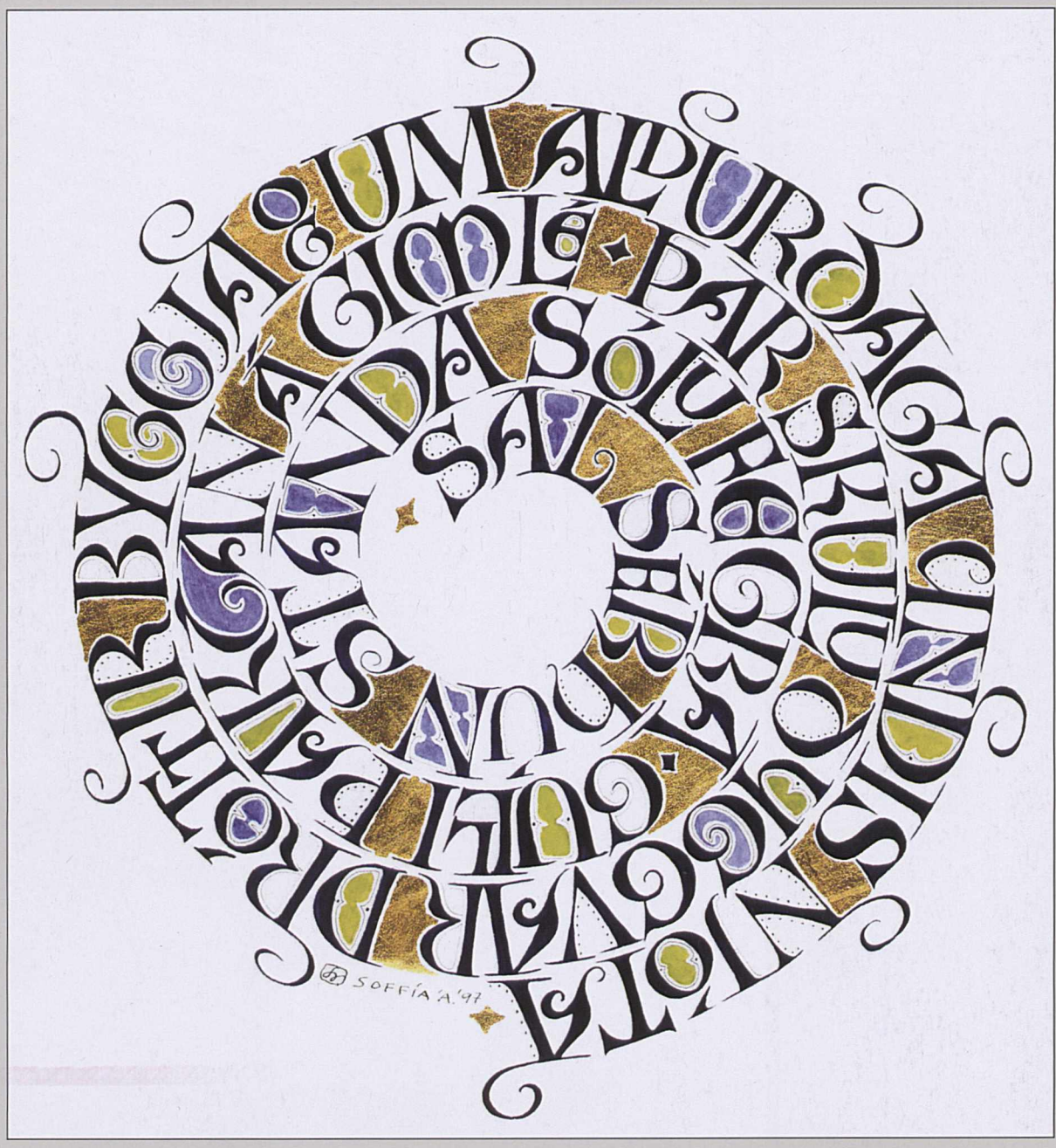
Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



12/2002

Með Zarator® (atorvastatin) 10-80 mg ná 95% sjúklinga meðferðarmarkmiði

95% sjúklinga höfðu náð LDL-kólesteról meðferðarmarkmiði eftir 54 vikur



Hunninghake D, et al. J Fam Pract 1998;47:349-356

Pfizer

Lyfjatexti á bls. 957

Zarator® (atorvastatin)

883 Ritstjórnargreinar:
Um læknisþjónustu sérgreina utan sjúkrahúsa
Þórður Sverrisson

887 **Að ónáða lækna á móðurmálinu**
Örn Bjarnason

891 **Evrópurannsóknin Lungu og heilsa (ECRHS): Hverjar eru helstu niðurstöður fram að þessu í ljósi sérstöðu Íslands?**
Davíð Gíslason, Unnur Steina Björnsdóttir, Þorsteinn Blöndal, Þórarinn Gíslason

Um er að ræða fyrstu stóru rannsóknina til að kanna landfræðilegan mun á asma og ofnæmi hjá yngra fólki þar sem nákvæmlega sama aðferðafræði og skilgreiningar voru notaðar á öllum rannsóknarsetrunum sem komu við sögu. Í greininni eru raktar helstu niðurstöður sem birtar hafa verið fram að þessu með sérstöku tilliti til stöðu íslenska þýðisins í samanburði við hinar þátttökuþjóðirnar.

909 **Greining atvinnusjúkdóma. Dæmi úr kúfiskvinnslu**
Gunnar Guðmundsson, Kristinn Tómasson, Vilhjálmur Rafnsson, Ásbjörn Sigfússon, Ólafur Hergill Oddsson, Unnur Steina Björnsdóttir, Víðir Kristjánsson, Sigurður Halldórsson, Helgi Haraldsson

Hér er lýst veikindum starfsmanna í kúskelvinnslu á Þórshöfn sem leiddu til mjög yfirgripsmikillar rannsóknar og til greiningar kúfisksóttar sem er tegund ofsanæmislungnabólgu. Samvinna margra aðila er nauðsynleg til þess að slík rannsókn skili árangri og mikilvægt er að koma upplýsingum um sameiginleg heilsufarseinkenni á vinnustað til Vinnueftirlits ríkisins.

915 **Yfirlit árangurs eftir brjóstaminnkunaraðgerðir, framkvæmdar á Landspítala við Hringbraut 1984-1993**
Kári Knútsson, Ólafur Einarsson

Aftursæ og lýsandi rannsókn sem var tvíþætt: farið var í gegnum sjúkraskrár 277 kvenna sem leitað höfðu til lýtalækna á Landspítala vegna stórra brjósta og gengist undir brjóstaminnkunaraðgerð á báðum brjóstum – hins vegar var sendur út spurningalisti til þessara kvenna og alls tóku því 258 konur þátt í rannsókninni.

920 **Klínískar leiðbeiningar. Bráðaofnæmi**
Starfshópur Landlæknisembættisins

Heimasíða Læknablaðsins
http://lb.icemed.is

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

12. tbl. 88. árg. Desember 2002

Aðsetur
Hlíðasmári 8, 201 Kópavogi

Útgefandi
Læknafélag Íslands
Læknafélag Reykjavíkur

Símar
Læknafélög: 564 4100
Læknablaðið: 564 4104
Bréfasími (fax): 564 4106

Læknablaðið á netinu
http://lb.icemed.is

Ritstjórn
Emil L. Sigurðsson
Hannes Petersen
Jóhannes Björnsson
Karl Andersen
Ragnhildur Inga Bjarnadóttir
Vilhjálmur Rafnsson ábm.

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@icemed.is

Auglýsingastjóri og ritari
Ragnheiður K. Thorarensen
ragnh@icemed.is

Blaðamennska/umbrot
Þröstur Haraldsson
umbrot@icemed.is

Upplag
1.600

Áskrift
6.840,- m.vsk.
Lausasala
700,- m.vsk.

© **Læknablaðið**
Læknablaðið áskilur sér rétt til að birta og geyma efni blaðsins á rafrænu formi, svo sem á netinu.
Blað þetta má eigi afrita með neinum hætti, hvorki að hluta né í heild án leyfis.

Prentun og bókband
Prentsmiðjan Gutenberg hf.,
Síðumúla 16-18,
108 Reykjavík

Pökkun
Plastpökkun,
Skemmuvegi 8,
200 Kópavogi.

ISSN: 0023-7213

NÚ ER HÆGT AÐ MEÐHÖNDLA INSÚLÍNÞOL

AVANDIA® ROSIGLITAZON

– Ný aðferð við meðhöndlun sykursýki af tegund 2



Avandia® minnkar insúlínþol, verndar ß-frumur briskirtilsins og bætir langtímastjórnun blóðsykurs.[1,2)]

Avandia® Rósiglítazón. Lyf við blóðsykurhækkun, ATC flokkur : A10 BG 02 Rósiglítazón er sérhæfður viðtakablokki sem binst PPARg (peroxisomal proliferator activated receptor gamma) kjarnaviðtaka og tilheyrir sykursýkislyfjum af tíazólídíndíónflokki. Það dregur úr blóðsykurshækkun með því að draga úr viðnámi insúlíns í fituvef, beinagrindarvöðvum og lifur. **Lyfjaform:** Filmuhúðaðar töflur (4 mg og 8 mg). **Ábendingar:** Rósiglítazón er einungis ætlað í samsettri meðferð til inntöku við sykursýki af tegund 2 hjá sjúklingum með ófullnægjandi blóðsykurstýringu þrátt fyrir hámarksskammt sem sjúklingurinn þolir af annað hvort metformíni eða súlfónýlúrealyfi einu sér til inntöku:-með metformíni einu sér hjá offitusjúklingum. með súlfónýlúrealyfi einu sér hjá sjúklingum sem sýna óþol við metformíni eða þar sem metformín er frábending. **Skammtar og lyfjagjöf:** Venjulega hefst rósiglítazónmeðferð á 4 mg/dag. **Frábendingar:** Ekki má nota rósiglítazón hjá sjúklingum með: þekkt ofnæmi fyrir rósiglítazóni eða einhverju hjálparefnanna í töflunum eða hjartabilun eða sögu um hjartabilun (I.-IV. stig NYHA) eða skerta lifrarstarfsemi. Rósiglítazón á heldur ekki að nota samhliða insúlíni.**Varnaðarorð og varúðarreglur:** Ekki er fyrirliggjandi klínísk reynsla af notkun rósiglítazóns með tveimur öðrum sykursýkilyfjum til inntöku.Ekki ætti að nota rósiglítazón sem eins lyfs meðferð.**Vökvauppsöfnun og hjartabilun:** Rósiglítazón getur valdið vökvauppsöfnun sem getur aukið eða komið af stað hjartabilun. Fylgjast þarf með visbendingum og einkennum um hjartabilun hjá sjúklingum, einkum þeim sem eru með skerta hjartastarfsemi. Hætta á meðferð með rósiglítazóni ef hjartastarfsemi versnar á einhvern hátt. Aukin tíðni hjartabilunar hefur sést í klínískum rannsóknum þegar rósiglítazón er notað með insúlíni. Því skal ekki nota rósiglítazón með insúlíni. Einnig var oftar greint frá hjartabilun hjá sjúklingum með sögu um hjartabilun, hjá öldruðum og hjá sjúklingum með væga eða miðlungi mikla nýrnabilun. Þar sem bólgueyðandi gigtarlyf (NSAID) og rósiglítazón tengjast vökvauppsöfnun, getur samhliða gjöf þeirra aukið líkur á bjúg. **Eftirlit með lifrarstarfsemi:** Stöku sinnum hefur verið greint frá vanstarfsemi lifrar eftir að lyfið kom á markað. Því er ráðlegt að fylgst sé reglulega með lifrarensímum hjá sjúklingum í rósiglítazónmeðferð. Rannsaka ætti lifrarensím hjá öllum sjúklingum áður en meðferð með rósiglítazóni hefst. Ekki ætti að hefja meðferð með rósiglítazóni hjá sjúklingum með hækkuð grunngildi lifrarensíma (ALT > 2.5x efri mörk eðlilegra gilda) eða aðrar vísbendingar um lifrarsjúkdóm. Eftir að meðferð með rósiglítazóni er hafin er ráðlegt að fylgst sé með lifrarensímum á tveggja mánaða fresti fyrstu 12 mánuðina og reglulega eftir það. Ef ALT gildi hafa hækkað upp í >3x efri mörk eðlilegra gilda meðan á meðferð með rósiglítazóni stendur, skal meta að nýju gildi lifrarensíma eins fljótt og auðið er. Ef ALT gildi halda áfram að vera >3x efri mörk eðlilegra gilda, skal hætta meðferð. Ef sjúklingur þróar einkenni sem benda til vanstarfsemi lifrar, sem m.a. getur lýst sér með ógleði af óþekktum orsökum, uppköstum, kviðverkjum, þreytu, lystarleysi og/eða dökkleitu þvagi, ætti að rannsaka lifrarensím. Ákvörðun um hvort halda eigi áfram að meðhöndla sjúklinginn með rósiglítazóni á að taka út frá klínísku mati byggðu á rannsóknarniðurstöðum. Verði vart gulu á að hætta lyfjameðferð. **Þyngdarauknin:** Í klínískum rannsóknum á rósiglítazóni komu fram merki um þyngdarauknингu. Því ætti að fylgjast náið með þyngd. **Blóðleysi:** Meðferð með rósiglítazóni tengist lækkuðum blóðrauðagildum. Hjá sjúklingum með lág blóðrauðagildi fyrir meðferð er aukin hætta á blóðleysi meðan á meðferð með rósiglítazóni stendur. **Aðrir:** Konur fyrir tíðahvörf hafa fengið rósiglítazón í klínískum rannsóknum. Þótt borið hafi á hormónaójafnvægi í forklínískum rannsóknum, hefur ekki orðið vart neinna marktækra aukaverkana sem tengjast truflunum á tíðablæðingum. Afleiðing betra insúlinnæmis getur lýst sér í því að egglos hefjist aftur hjá sjúklingum sem ekki hafa haft egglos vegna insúlínviðnáms. Sjúklingar ættu að vera meðvitaðir um hættuna á þungun og ef sjúklingur óskar eftir að verða barnshafandi eða ef þungun verður, á að hætta meðferð. Rósiglítazón hefur ekki verið rannsakað hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi og því er ekki mælt með því fyrir þessa sjúklinga.Gæta skal varúðar þegar paklítaxel og rósiglítazón er gefið samhliða. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Í in vitro rannsóknum sést að rósiglítazón umbrotnar aðallega fyrir tilstilli CYP2C8 og er CYP2C9 þar aðeins minni háttar ferli. Ekki fundust neinar milliverkanir sem máli skiptu þegar digoxín, CYP2C9 ensímhvarfefnið warfarín, CYP3A4 ensímhvarfefnin nifedipín, etinýlestradíól eða noretindrón voru gefin samhliða rósiglítazóni. **Meðganga og brjóstagjöf:** Rósiglítazón ætti ekki að nota á meðgöngu. Konur með barn á brjósti eiga ekki að nota rósiglítazón. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Engin þekkt áhrif á hæfni til aksturs eða notkunar véla. **Aukaverkanir:** Aukaverkanir, sem grunur leikur á eða líklegt þykir að tengist meðferð og greint hefur verið frá oftar en einu sinni hjá sjúklingum sem fá rósiglítazón ásamt súlfónýlúrealyfjum eða metformíni í tvíblindum rannsóknum, eru taldar upp hér að neðan eftir líffæraflokki og tíðni þeirra. Tíðni er skilgreind sem: Algengar >1/100, <1/10; sjaldgæfar >1/1000, < 1/100. Rósiglítazón ásamt metformíni: Rauðkorn Algengar: Blóðleysi Umbrot og næringarferli Algengar: Blóðsykurslækkun, blóðsykurshækkun Sjaldgæfar: Fitudreyri, blóðsýring af völdum mjólkursýru, versnun sykursýki, kólesterólhækkun. Mið- og úttaugakerfi Algengar: Höfuðverkur Sjaldgæfar: Svimi Meltingarfæri Algengar: Niðurgangur, uppþemba, ógleði, kviðverkir, meltingartruflanir Sjaldgæfar: Uppköst, lystarleysi, hægðatregða Almennt Algengar: Þreyta. Rósiglítazón ásamt súlfónýlúrealyfjum: Rauðkorn Algengar: Blóðleysi Blóðflögublæðing og storknun Sjaldgæfar: Blóðflagnafæð Umbrot og næringarferli Algengar: Blóðsykurslækkun, blóðsykurshækkun, þyngdarauknинг Sjaldgæfar: kólesterólhækkun, blóðfituhækkun, of mikið þríglýseríð í blóði Geðfræðilegt Sjaldgæfar: Svefnhöfgi Mið- og úttaugakerfi Sjaldgæfar: Svimi, höfuðverkur, breytt húðskyn Öndunarfæri Sjaldgæfar: Andnauð Meltingarfæri Sjaldgæfar: Kviðverkir, uppþemba, ógleði, aukin matarlyst Húð og útlimir Sjaldgæfar: Hárlos, útbrot Almennt Sjaldgæfar: Þreyta, þróttleysi Nánari upplýsingar í Sérlyfjaskrá. **Pakkningar og verð, 1. júlí 2002:** 4 mgx28 stk./5.445 kr.-4 mgx56 stk./9.598 kr.- 8 mgx28 stk./8.004 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskylt. **Greiðsluþátttaka:** TR greiðir lyfið að fullu. **Handhafi markaðsleyfis: GlaxoSmithKline. Þverholt 14, 105 Reykjavík, www.gsk.is. Heimildir: 1)** Focensa V et al. Effects of Metformin and Rosiglitazone Combination Therapy in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. JAMA 2000: 283:1695-1702. **2)** Wolffenbuttel BHR et al. Addition of low-dose rosiglitazone to sulphonylurea theraphy improves glycemic control in Type 2 diabetic patients. Diabetic Medicine 2000: 17:40-47. 01.10.02.(a)

gsk GlaxoSmithKline

AVANDIA rósiglítasón

UMRÆÐA OG FRÉTTIR

924 **Af sjónarhóli stjórnar LÍ: Hverjir eru hagsmunir sjúklingsins?**
Hulda Hjartardóttir

925 **Gjöf til Læknafélags Íslands**

Fallið frá innheimtu lyfjaeftirlitsgjalds

Handbók um reykleysi

926 **Líflegar umræður um siðfræði lífvísinda**
Rætt við Einar Oddsson formann stjórnar Siðfræðiráðs LÍ
Þröstur Haraldsson

927 **Eldri ökumenn með heilabilun**
Ólafur Ólafsson

928 **Öndunarmælingar á heilsugæslustöðvum**
Frá Landlæknisembættinu

929 **Tæpitungulaust. Bréf til Árna Kristjánssonar**
Árni Björnsson

930 **Húmor er ódýr og laus við aukaverkanir**
Rætt við Stein Tyrdal húmorritstjóra norska læknablaðsins
Þröstur Haraldsson

931 **Launalækkun**
Brynjólfur Ingvarsson

935 **Íðorðasafn lækna 150. Skimun**
Jóhann Heiðar Jóhannsson

937 **Faraldsfræði 23. Áhætta og lýðheilsa**
María Heimisdóttir

939 **Lyfjamál 110. Blóðfitulækkandi lyf**
Eggert Sigfússon

941 **Broshornið 32. Siðareglur og sársauki**
Bjarni Jónasson

943 **Læknadagar 2003**

950 **Ráðstefnur/þing**

951 **Lausar stöður**

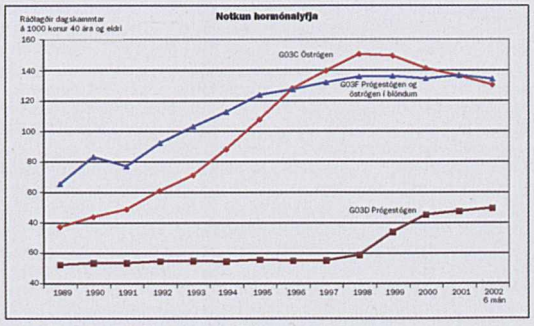
953 **Okkar á milli**

954 Sérlyfjatextar með auglýsingum birtir í stafrófsröð

959 **Minnisblaðið**

Leiðrétting

Í síðasta tölublaði Læknablaðsins urðu þau mistök við vinnslu á grafi sem fylgdi Lyfjamálum 109 að skýringartextar víxluðust. Hér til hliðar er grafið með réttum texta. Þeim sem vilja skoða þetta nánar er bent á heimasíðu Læknablaðsins *http://lb.icemed.is* en þar er rétt útgáfa birt með 11. tölublaði. Þetta leiðréttist hér með og eru höfundur og lesendur beðnir velvirðingar.



LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS


© Soffía Árnadóttir

Soffía Árnadóttir er einn helsti leturlistamaður sinnar kynslóðar á Íslandi. Þessa grein myndlistarinnar – leturlistina eða kalligrafíuna – hefur ekki borið hátt í sýningarhaldi hér á landi og er það miður því Íslendingar eiga frábæra listamenn á þessu sviði. Þekktastur á alþjóðavettvangi er líklega Gunnlaugur SE Briem sem lengi hefur búið og starfað erlendis. Þá er að telja Torfa Jónsson sem kennt hefur leturlist bæði hér á landi og erlendis en verk hans hafa líka víða birst á bókum. Torfi var einmitt kennari Soffíu.

Að baki leturlistinni liggja mikil fræði enda er viðfangsefni hennar skriftarsagan öll að viðbættu því sem lýtur að vönduðu handverki, bókagerð og fagurfræðinni sjálfri. Soffía hefur vald á ótal leturgerðum og skriftformum en mesta rækt hefur hún þó lagt við hið svokallaða únsíal-letur sem notað var á tímum Karlamagnúsar og þróaðist smátt og smátt allar miðaldirnar. Líkt og gert var í handritum á þeim tíma hefur Soffía stundum mikið við og skreytir verk sín blaðgulli og dýrum litum. Í verkum Soffíu sjáum við hvernig hún virðir og vinnur með hefðinni en líka hvernig hún nýtir sér möguleika leturformanna til nýsköpunar – til að draga fram og fegra hvern drátt pennans. Sambandið milli hefðbundinnar stafagerðar og nýrra eða „frjálsari“ forma sést líka vel í verkum Soffíu. Þar má einmitt sjá hlið við hlið annars vegar pappírsverk þar sem Soffía hefur skrifað faðirvorið á latínu með frumgotnesku letri, skrauti og gyllingu, og hins vegar til dæmis plötu úr íslensku grágrýti þar sem faðirvorið á íslensku hefur verið sandblásið í steininn eftir frumskrift hennar með einkar fínlegri frjálsri skrift.

Á kápu desemberheftis Læknablaðsins birtist nú verk eftir Soffíu þar sem hún vinnur úr tveimur ljóðlínum úr Völuspá. Þar er að finna fyrstu orð völvunnar um Valhöll, heimkynni goðanna. Frjálsleg útfærsla Soffíu á miðaldaminnum í letrinu kallast skemmtilega á við þennan fornhelga texta.

Jón Proppé



Beint fyrir framan nefið á þér er fljótlegri lausn gegn mígreni

Imigran nefúði er helmingi fljótvirkari en töflur [1)]

IMIGRAN

ÞEGAR TIL KASTANNA KEMUR

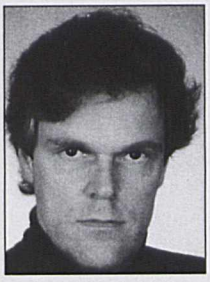
Imigran
GlaxoSmithKline

NEFÚÐALYF; N 02 C C 01. R.E. Hver skammtur inniheldur: Sumatriptanum INN, 20 mg, hjálparefni og Aqua purificata ad 0,1 ml. **STUNGULYF sc; N 02 C C 01.** 1 ml inniheldur: Sumatriptanum INN, súkkínat, 16,8 mg, samsvarandi Sumatriptanum INN 12 mg, Natrii chloridum 7 mg, Aqua ad iniectabilia ad 1 ml. **TÖFLUR; N 02 C C 01.** Hver tafla inniheldur: Sumatriptanum INN, súkkínat, samsvarandi Sumatriptanum INN 50 mg eða 100 mg. **Ábendingar:** Erfið mígreniköst, þar sem ekki hefur náðst viðunandi árangur með öðrum lyfjum. Cluster (Hortons) höfuðverkur. Lyfið á einungis að nota, þegar greiningin mígreni eða Cluster-höfuðverkur er vel staðfest. **Skammtar; Skammtastærðir handa fullorðnum:** Lyfið á að gefa við fyrstu merki um mígrenikast en getur verkað vel þó það sé gefið síðar. Imigran er ekki ætlað til varnandi meðferðar. **Töflur:** Venjulegur upphafsskammtur er ein 50 mg tafla. Sumir sjúklingar geta þó þurft 100 mg. Ef einkennin koma fram á nýjan leik má gefa fleiri skammta þó ekki meira en 300 mg á sólarhring. Töflurnar á að gleypa heilar með vatni. **Stungulyf:** Venjulegur upphafsskammtur er 6 mg (ein sprauta) undir húð. Ef ekki fæst fullnægjandi árangur má gefa aðra sprautu (6mg) innan 24 klst., en minnst 1 klst. verður að líða á milli lyfjagjafa. Takmörkuð reynsla er af gjöf fleiri en fjögurra skammta (24mg) á mánuði. **Nefúðalyf:** Venjuleg skammtastærð er 20 mg (einn úðaskammtur) í aðra nösina. Ef einkenni hverfa en koma aftur innan 24 klst. má taka annan skammt en þó fyrst eftir 2 klst. frá töku fyrri skammtsins. Ekki má taka fleiri en tvo skammta á sólarhring. Ef einkenni hverfa ekki eftir fyrsta skammt á ekki að taka annan skammt við sama mígrenikastinu. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Kransæðasjúkdómar, alvarlegur háþrýstingur, blóðrásartruflanir í útlimum, nýrnabilun, lifrarbilun. Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. Ekki má nota samtímis lyf, sem innihalda ergótamín. Imigran má ekki gefa fyrr en 24 klst. eftir gjöf ergótamíns og ergótamín má ekki gefa fyrr en 6 klst. eftir gjöf Imigran. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Við notkun lyfsins geta komið fram tímabundin einkenni eins og brjóstverkur og þrýstingstilfinning, sem getur orðið töluverð og leitt upp í háls. Þó þessi einkenni líkist hjartaöng, heyrir til undantekninga að þau séu af völdum samdráttar í kransæðum. Herpingur í kransæðum getur leitt til hjartsláttartruflanna, blóðþurrðar og hjartavöðvadreps. Sjúklinga, sem verða fyrir slæmum eða langvarandi einkennum, sem líkjast hjartaöng, ber að rannsaka með tilliti til blóðþurrðar. **Athugið:** Stungulyfið má ekki gefa í æð vegna herpings í kransæðum og mikillar blóðþrýstingshækkunar, sem getur átt sér stað. Vegna takmarkaðrar klínískrar neyslu er ekki mælt með notkun lyfsins handa sjúklingum eldri en 65 ára. **Milliverkanir:** Ekki má nota samtímis lyf sem innihalda ergótamín. Engar sérstakar milliverkanir hafa fundist við própranólól, díhýdróergótamín, pízótífen eða alkóhól. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki er vitað hvort lyfið geti skaðað fóstur en dýratilraunir benda ekki til þess. Ekki er vitað hvort lyfið skilst út í móðurmjólk. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Vara ber sjúklinga við stjórnun vélknúinna ökutækja eða vinnuvéla þar sem bæði mígrenið og lyfið geta haft slævandi áhrif. **Aukaverkanir:** Allt að 50% sjúklinganna fá einhverjar aukaverkanir. Ýmis þessara óþæginda hverfa eftir 30-60 mín. og gætu sum þeirra verið hluti af mígrenikastinu. **Algengar (>1%):** Óþægindi á stungustað (stungulyf). Bragð og tímabundin, væg erting eða sviði í nefi eða koki, blóðnasir (nefúðalyf). Þreyta og sljóleiki. Tímabundin blóðþrýstingshækkun og húðroði. Ógleði og uppköst. Máttleysi og spenna í vöðvum. Náladofi og hitatilfinning. Svimi. Þrýstingstilfinning með mismunandi staðsetningu, oftast fyrir brjósti. **Sjaldgæfar (0,1%-1%):** Hækkun lifrarensíma í blóði. **Mjög sjaldgæfar(<0,1%):** Ofnæmislost. Blóðþrýstingsfall, hægataktur, hjartsláttarónot, hraðtaktur. Kláði, roði, útbrot, ofsakláði. Krampar. Sjóntruflanir. **Ofskömmtun:** Við ofskömmtun skal fylgjast með sjúklingi í a.m.k. tíu klst. og veita stuðningsmeðferð eftir þörfum. Ekki er vitað um áhrif blóð- eða kviðskilunar á blóðþéttni súmatriptans. **Lyfhrif:** Súmatriptan virkjar sérhæft serótónínviðtaka af undirflokki 5-HT_{1D} í heilaæðum. Lyfið veldur þannig samdrætti í heilaæðum, einkum greinum a. carotis. Virkun þessara æða er talin orsök verkjanna við mígreni. **Lyfjahvörf:** Verkun lyfsins hefst 10-15 mínútum eftir gjöf undir húð, 15 mínútum eftir nefúða og um 30 mínútum eftir inntöku. Aðgengi eftir gjöf undir húð er nánast 100%, en að meðaltali 14-16% eftir inntöku eða nefúða. Blóðþéttni nær hámarki innan 25 mín. eftir gjöf undir húð, oftast innan 45 mín. eftir inntöku og 60-90 mín. eftir notkun nefúða. Dreifingarrúmmál er 2,7 l/kg. Binding við plasmaprótein er 20-30%. Lyfið umbrotnar að miklu leyti (80%) í óvirk umbrotsefni í lifur og skilst út í nýrum. **Pakkningar; Nefúðalyf:** Einnota nefúðatæki (0,1 ml) x 2; einnota nefúðatæki (0,1 ml) x 6. Stungulyf: einnota dæla 0,5 ml (=6 mg virkt efni) x 2; einnota dæla 0,5 (=6 mg virkt efni) x 2 + lyfjapenni (Glaxopen). Töflur 50 mg: 12 stk. (þynnupakkað). Töflur 100 mg: 6 stk. (þynnupakkað). Skráning lyfsins í formi stungulyfs er bundin því skilyrði, að notkunarleiðbeiningar á íslensku um meðfylgjandi lyfjapenna (Glaxopen) fylgi hverri pakkningu þess. Greiðsluþátttaka miðast við merkingu "E" í lyfjaskrám sem takmarkast við lyfjaávísun á mest 6 stk. einnota nefúðatæki (0,1 ml) x 6, 2 stk. einnota dælu 0,5 ml (=6 mg virkt efni), 12 töflur á 50 mg og 6 töflur á 100 mg. Imigram nefúði, verð: 6 stk. kr. 8.339, 2 stk. kr. 3455. Verð samkvæmt lyfjaverðskrá 23.02.2001.

[1)] Dahlöf C. Cephalgia, 1999; 19; 9. 769-778.

gsk GlaxoSmithKline
Þverholt 14 - sími 530 3700
www.gsk.is

Um læknisþjónustu sérgreina utan sjúkrahúsa



Þórður Sverrisson

Undanfarna mánuði hafa samningar sérfræðilækna og Tryggingastofnunar ríkisins (TR) verið til umfjöllunar víða. Sú umfjöllun hefur einkennst af lítilli þekkingu og innsæi en meira af upphrópunum og stórum orðum. Fyrir sérfræðinga hefur þessi umræða verið meiðandi en áhugi og vilji til að skoða málið af alvöru er takmarkaður hjá fjölmiðlum og eru þeir dyggilega studdir af ýmsum hrópendum af vettvangi stjórnmála og þjóðmála. Þessi umræða er þannig að trúlega er rétt að fyrirgefa þeim því þeir vita ei hvað þeir gjöra. Meginhættan er þó að almannatryggingakerfinu verði unnið óbætanlegt tjón og heilbrigðisþjónusta versni, samanber barnalæknaþjónustuna sem nýlega var í fréttum. Heilbrigðisþjónustan hvílir á þrem meginstoðum, heilsugæslu, sjúkrahúsum og -stofnunum og síðan sjálfstætt starfandi sérfræðingum. Síðastnefndi hópurinn hefur haft sérstöðu þar sem miðstýring hefur verið minnst þar og áherslan á að veita þjónustu mest. Þessi meginstoð hefur því sætt harðastri gagnrýni og er grunuð um ýmis þaulhugsuð samsæri gegn almenningi og skattgreiðendum í baráttu sinni gegn stofnanavæðingu og afkastaleysi. Svo mun alltaf verða. Merkilegt er að öll umræða um heilbrigðismál snýst fljótlega um launakjör lækna, líkt og menntamál snúast í umræðu um kjör kennara, og jafnvel trúmál um laun presta. Viðfangsefnið gleymist, – því að þjónusta skal hin sjúka, nemandann og sóknarbarnið. Sjálfstætt starfandi sérfræðingar hafa árum saman rekið stofur sínar og hefur þeim vaxið fiskur um hrygg þar sem tæknibyltingin hefur gert læknum kleift að veita meiri þjónustu á stofum. Þessi breyting bætir þjónustuna og er mun ódýrari en aðrir valkostir.

Mestar hafa breytingarnar orðið á síðustu fjórum til fimm árum. Nú starfa yfir 370 sérfræðingar innan þessa kerfis og sinna yfir 370.000 komum og 15.000 aðgerðum á ári hverju. Þessi vinna er unnin innan almannatryggingakerfisins þar sem hvert verk er skráð í svo gegnsæju kerfi að erfitt er að hugsa sér betrumbót á. Öll verk eru skráð á einstaka lækna og er það einn af annmörkum kerfisins. Svo virðist sem viðkomandi læknir hafi þessar greiðslur sem laun. Svo er ekki því þetta eru laun móttökuritarans, sjúkraliðans, hjúkrunarfræðingsins, – þær borga tækin sem notuð eru, tryggingar og svo framvegis.

Þá hefur umræðan aðallega snúist um útreikning á nokkrum einstaklingum sem eru undantekningar kerfisins en þjóna vel upphrópunum hinna hreinlyndu hneykslara. Reyndar má líkja því við að lýsa loftslagi með því að lýsa fjórum til fimm afbrigðilegustu dögunum og draga síðan ályktanir af því.

Vöxtur þessarar starfsemi hefur verið mikill síðustu ár. Þetta sýnir hversu vel þetta kerfi er fallið til að veita heilbrigðisþjónustu. Stór hluti svokallaðra ferliverka fluttist út af sjúkrastofnunum á stofur lækna á árunum 1998 til 2000. Fjárveitingarnar urðu hins vegar eftir á stofnunum. Meginvandamálið er að sá sparnaður hefur ekki skilað sér þótt verkefnum stofnana hafi fækkað. Stórar stofnanir ná ekki fram sparnaðinum sem þar ætti að koma fram. Niðurstaðan er að sérfræðingar eru sakaðir um að reyna að þurrausa sjóði heilbrigðiskerfisins. Það gera þeir ekki. Reyndar sýna staðtölur TR að kostnaður sérfræðilækna hefur hækkað minna en aðrir hlutar sjúkratrygginga. En hver hefur áhuga á því? Hver hefur áhuga á því að greiðslur fyrir tannlækningar eru 50% af öllum kostnaði sérfræðilækna. Tennurnar einar sér kosta helming af öllum sjúklingakomunum, öllum blóðrannsóknunum, röntgenrannsóknunum og aðgerðunum 15.000 hjá sérfræðingum! Þó er sjúklingahlutinn lágur hjá sérfræðingum miðað við tannlækna. En þetta vekur engan áhuga. Og þó að greiðslur sjúklinga séu hvergi hærri í almannatryggingakerfinu en hjá sérfræðingum þá er mesta eftirspurnin eftir þjónustu þar og mesti vöxturinn því þetta er þó kerfi sem enn getur veitt þjónustu þó markvisst sé unnið að því að gera sérfræðiþjónustu óaðgengilega.

Læknafélag Reykjavíkur hefur ítrekað sett fram tillögur sem miða að því að skapa samkeppni innan þessa kerfis. Hið pólitíska vald hefur hins vegar engan áhuga á því. Óttinn við að læknar kunni að hagnast á breytingum kemur í veg fyrir að hægt sé að fá fram samkeppni. Einnig er skráning allra verka á einstaka lækna til þess fallin að gera þessar læknastofur vanmáttug fyrirtæki. Þó mikið hafi áunnist síðustu ár eru fyrirtækin ekki nægjanlega sterk til að taka að sér stærri verkefni og munu ekki ná þroska og slagkrafti til viðameiri reksturs meðan þeim er haldið í núverandi spennutreyju afslátta, skerðinga og bakreikninga.

Helsta áhyggjuefnið nú er að TR nái að vinna almannatryggingakerfinu verulegt og varanlegt tjón. Samningar sérfræðinga eru nú fullir af skerðingum og takmörkunum um hvað einstaka læknar

Höfundur er formaður samninganefndar Læknafélags Reykjavíkur. Hann er einnig sérfræðingur við Augndeild Landspítala og sjálfstætt starfandi augnlæknir.

Frágangur fræðilegra greina

Höfundar sendi tvær gerðir handrita til ritstjórnar Læknablaðsins, Hlíðasmára 8, 201 Kópavogi. Annað án nafna höfunda, stofnana og án þakka sé um þær að ræða. Greininni fylgi yfirlýsing þess efnis að allir höfundar séu samþykkir lokaformi greinar og þeir afsali sér birtingarrétti til blaðsins.

Handriti skal skilað með tvöföldu línubili á A-4 blöðum. Hver hluti skal byrja á nýrri blaðsíðu í eftirtalinni röð:

- Titilsíða: höfundar, stofnanir, lykilorð á ensku og íslensku
- Ágrip og heiti greinar á ensku
- Ágrip á íslensku
- Meginmál
- Þakkir
- Heimildir

Töflur og myndir skulu vera á ensku eða íslensku, að vali höfunda.

Tölvuunnar myndir og gröf komi á rafrænu formi ásamt útprenti. Tölvugögn (data) að baki gröfum fylgi með, ekki er hægt að nýta myndir úr PowerPoint eða af netinu.

Eftir lokafrágang berist allar greinar á tölvutæku formi með útprenti.

Sjá upplýsingar um frágang fræðilegra greina: http://lb.icemed.is/

Umræðuhluti

Skilafrestur efnis í næsta blað er 20. undanfarandi mánaðar nema annað sé tekið fram.

mega vinna. Því miður er það svo að okkar öflugustu menn velja að fara erlendis og vinna niður biðlista útlendra manna frekar en að starfa hér á takmörkunum og skerðingum og eiga það á hættu að verða síðan „afhjúpaðir“ við að veita almennilega þjónustu.

Hin hættan stafar af því að nú þegar verið er byggja upp biðlista hjá sérfræðingum og takmarka þá þjónustu sem þeir mega veita er hætta á að sérfræðingar fari einfaldlega að starfa utan almannatryggingakerfisins. Um ágæti þess munu skiptar skoðanir.

Í heild er það svo að heilbrigðisþjónustu má ekki skipuleggja með það að leiðarljósi að takmarka tekjumöguleika sérfræðinga. Þjónustan við hinn tryggða verður að vera leiðarljósið.

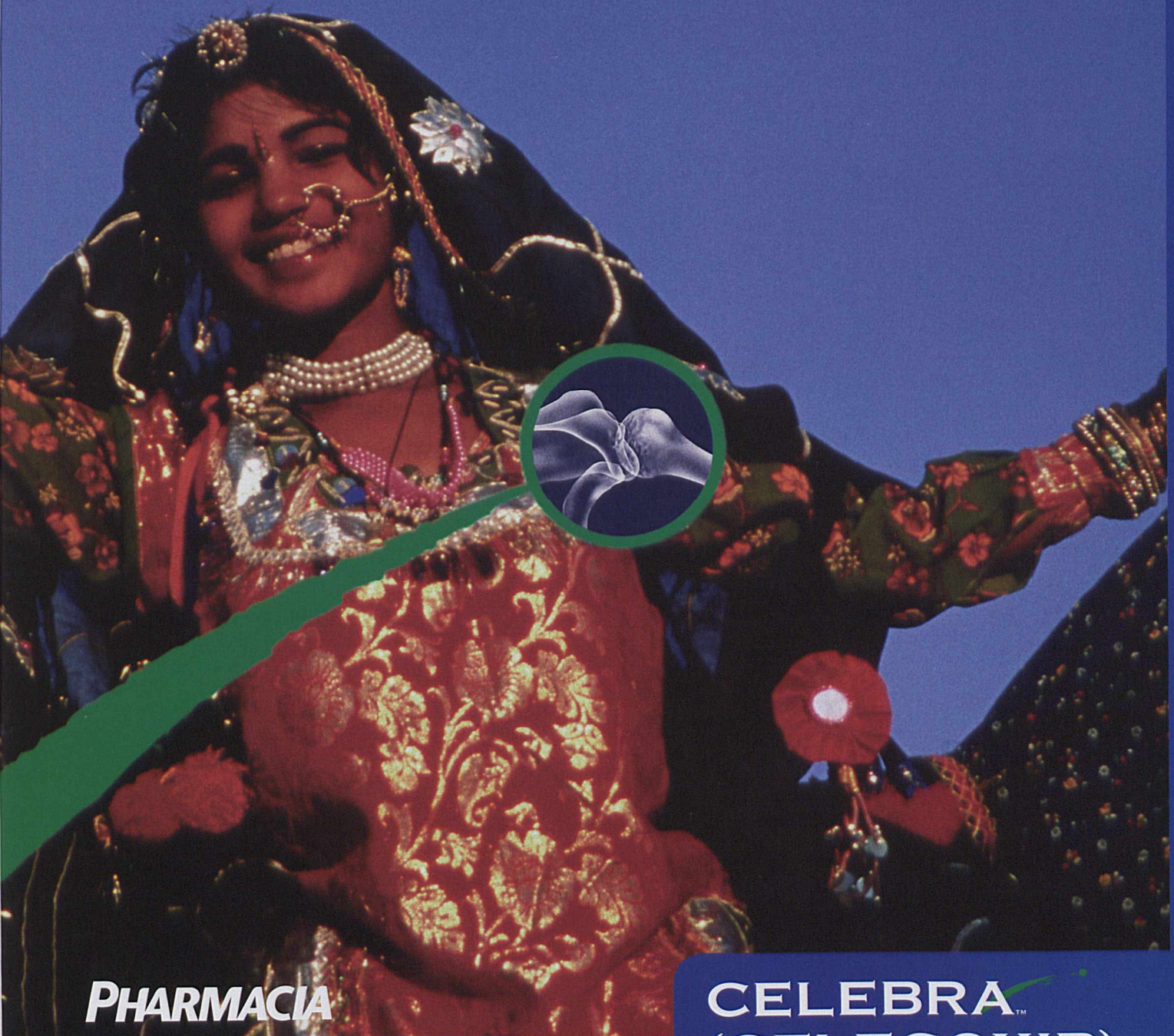
Sérfræðilæknisþjónustan er ódýrasta, skilvirkasta og best sundurgreinda stoð heilbrigðiskerfisins sem tekur til sín um 5% af kostnaði sjúkrastofnana og innan við helming af kostnaði heilsugæslunnar. Hún nýtur meira eftirlits hvað varðar skilvirkni, verkskil og fleira en nokkur annar hluti heilbrigðiskerfisins. Hún er einnig sá hluti kerfisins sem fjölmiðlar og stjórnmálamenn nota mest sem blóraböggul og sjúklingar velja helst þegar heilbrigðisþjónustu er þörf.

Celebra (celecoxib) (styttur sérlyfjaskrártexti)
Ábendingar: Til meðhöndlunar á einkennum slitgigtar og iktsýki. **Skammtar og lyfjagjöf:** *Skammtastærðir handa fullorðnum: Slitgigt:* Ráðlagður dagsskammtur er yfirleitt 200 mg einu sinni á sólarhring eða skipt í tvo skammta. Auka má skammtinn eftir þörfum í 200 mg tvisvar sinnum á sólarhring. *Iktsýki:* Ráðlagður dagsskammtur er 200-400 mg skipt í tvo skammta. Ráðlagður hámarksskammtur á sólarhring er 400 mg. Nota má Celebra með mat eða án. *Mismunur milli kynstofna:* Sjúklingum af svarta kynstofninum á í upphafi meðferðar að gefa minni skammtinn (200 mg á sólarhring). Síðar meir má eftir þörfum auka skammtinn í 400 mg á sólarhring (sjá Lyfjahvörf). *Aldraðir:* Öldruðum(>65 ára) á í upphafi meðferðar að gefa minni skammtinn (200 mg á sólarhring).Síðar meir má eftir þörfum auka skammtinn í 400 mg á sólarhring (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur og Lyfjahvörf). *Skert lifrarstarfsemi:* Hefja skal meðferð með helmingi ráðlagðs skammts hjá sjúklingum með staðfesta í meðallagi skerta lifrarstarfsemi sem hafa 25-35 g/l af albúmíni í sermi. Hvað þennan sjúklingahóp varðar liggur einungis fyrir reynsla frá sjúklingum með skorpulifur. *Skert nýrnastarfsemi:* Reynsla af notkun celecoxibs handa sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta nýrnastarfsemi er takmörkuð og skal því meðhöndla slíka sjúklinga með varúð. *Skammtastærðir handa börnum:* Celebra er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Meðganga og konur sem geta orðið þungaðar, nema notuð sé örugg getnaðarvörn. Hjá þeim tveimur dýrategundum sem hafa verið rannsakaðar hefur komið í ljós að celecoxib getur valdið fósturskemmdum. Hugsanleg áhætta fyrir þungaðar konur er ekki þekkt en ekki er unnt að útiloka hana. Brjóstagjöf. Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna.Þekkt ofnæmi fyrir sulphonamiðum.Sjúklingar sem hafa fengið einkenni astma, bráða nefslímubólgu, nefsepa (nasal polyps), ofsabjúg, ofsakláða eða annars konar ofnæmi eftir notkun acetýlsalicýlsýru eða bólgueyðandi gigtarlyfja (NSAID).Virkt sætisár eða blæðingar í meltingarvegi. Bólgusjúkdómur í þörmum. Alvarleg hjartabilun. Alvarlegur lifrarsjúkdómur (albúmín í sermi <25 g/l eða Child-Pugh=10). Sjúklingar með áætlaða kreatínínúthreinsun <30 ml/mín. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Hjá sjúklingum sem hafa fengið meðferð með celecoxibi hefur komið fyrir gatmyndun, sár og blæðingar í efri hluta meltingarvegar. Því skal gæta varúðar hjá sjúklingum með sögu um sjúkdóm í meltingarvegi, t.d. sármyndun eða bólgur og hjá sjúklingum sem eru í sérstakri hættu hvað þetta varðar. Svo sem við á um önnur lyf sem hemja nýmyndun prostaglandina hefur sést vökvasöfnun og bjúgur hjá sjúklingum sem nota celecoxib. Því skal nota celecoxib með varúð handa sjúklingum með sögu um hjartabilun, vanstarfsemi vinstri slegils eða háþrýsting og hjá sjúklingum sem eru með bjúg af einhverri annarri ástæðu, vegna þess að hömlun prostaglandina getur haft í för með sér versnun nýrnastarfsemi og vökvasöfnun. Einnig skal gæta varúðar hjá sjúklingum sem nota þvagræsilyf eða geta af öðrum orsökum verið í hættu á að verða fyrir blóðþurrð. Hjá öldruðum eru meiri líkur á skertri nýrna- eða lifrarstarfsemi og sér í lagi skertri hjartastarfsemi og skal nota minnsta virkan skammt handa þeim, auk þess sem læknar skulu hafa viðeigandi eftirlit með sjúklingunum.Í klínískum rannsóknum var sýnt fram á að celecoxib hefur svipuð áhrif á nýru og það NSAID sem miðað var við. Alvarlegar blæðingar hafa komið fyrir hjá sjúklingum sem jafnframt nota warfarin. Gæta skal varúðar þegar celecoxib er notað samtímis warfarini. Celecoxib hamlar CYP2D6. Enda þótt það sé ekki öflugur hemill þessa enzýms kann að vera nauðsynlegt að minnka skammta þeirra lyfja sem skömmtuð eru einstaklingsbundið og umbrotna fyrir tilstilli CYP2D6 (sjá Milliverkanir). Celecoxib getur dulið hita. Líklega er ekki það mikill mjólkursykur í hverju hylki (149,7 mg í 100 mg hylkjum og 49,8 mg í 200 mg hylkjum) að hann kalli fram sértæk einkenni mjólkursykursóþols. **Milliverkanir:** *Lyfhrifamilliverkanir:* Fylgjast á með blóðstorkuvirkni hjá sjúklingum sem nota warfarin eða svipuð lyf, einkum á nokkrum fyrstu dögunum eftir að meðferð með celecoxibi hefst og þegar skömmtum celecoxibs er breytt. Greint hefur verið frá blæðingum í tengslum við lengingu protrombintíma, einkum og sér í lagi hjá öldruðum sjúklingum, sem nota samtímis warfarin og celecoxib.NSAID geta dregið úr virkni þvagræsilyfja og háþrýstingslyfja.Eins og við á um NSAID getur hætta á bráðri nýrnabilun aukist við samtímis notkun ACE-hemla og celecoxibs. Á það hefur verið bent að samtímis notkun NSAID og ciclosporins eða tacrolimus geti aukið eiturverkanir ciclosporins og tacrolimus á nýru. Því skal fylgjast náið með nýrnastarfsemi þegar celecoxib er notað samtímis öðru hvoru þessara lyfja. Nota má celecoxib samtímis litlum skömmtum af acetýlsalicýlsýru en það kemur þó ekki í stað acetýlsalicýlsýru sem notuð er til fyrirbyggjandi meðferðar við hjarta- og æðasjúkdómum. *Lyfjahvarfamilliverkanir: Áhrif celecoxibs á önnur lyf* Celecoxib hemur CYP2D6. Við meðferð með celecoxibi jókst plasmaþéttni þeirra lyfja aukist, sem umbrotna fyrir tilstilli þessa enzýms.Meðal lyfja sem umbrotna fyrir tilstilli CYP2D6 eru geðlægðarlyf (þríhringlaga og SSRI), sefandi lyf (neuroleptics), lyf við hjartsláttartruflunum og fleiri. Þegar byrjað er á samtímis meðferð með celecoxibi þarf hugsanlega að minnka skammt CYP2D6 hvarfefna, sem skömmtuð eru einstaklingsbundið, eða auka skammtinn þegar meðferð með celecoxibi er hætt. *In vitro* rannsóknir gefa til kynna að celecoxib geti hamlað CYP2C19 hvöttum umbrotum. Klínískt mikilvægi þessara in vitro vísbendinga er ekki þekkt. Dæmi um lyf sem umbrotna fyrir tilstilli CYP2C19 eru diazepam, citalopram og imipramin. Í milliverkanarannsókn hafði celecoxib engin marktæk klínísk áhrif á lyfjahvörf getnaðarvarnalyfja til inntöku (1 mg noretísteron/35 míkróg etinylestradíol). Celecoxib hefur ekki áhrif á lyfjahvörf tolbutamíðs (CYP2C9 hvarfefni) eða glibenclamíds í þeim mæli að það skipti klínísku máli. Hjá sjúklingum með iktsýki hafði celecoxib engin tölfræðilega marktæk áhrif á lyfjahvörf (plasma- og nýrnaúthreinsun) metótrexats (í þeim skömmtum sem notaðir eru við gigt). Engu að síður skal íhuga viðeigandi eftirlit með eiturverkunum tengdum metótrexati, þegar þessi tvö lyf eru notuð samtímis. Hjá heilbrigðum einstaklingum sem fengu celecoxib 200 mg tvisvar sinnum á sólarhring og litíum 450 mg tvisvar sinnum á sólarhring jókst C_{max} litíums að meðaltali um 16% og AUC litíums jókst að meðaltali um 18%. Í upphafi og við lok meðferðar með celecoxibi skal því fylgjast náið með sjúklingum sem nota litíum. *Áhrif annarra lyfja á celecoxib:* Vegna þess að celecoxib umbrotnar að langmestu leyti fyrir tilstilli CYP2C9, skal nota helming ráðlagðs skammts hjá sjúklingum sem nota fluconazol. Samtímis notkun staks 200 mg skammts celecoxibs og fluconazols 200 mg, sem er öflugur CYP2C9 hemill, einu sinni á sólarhring leiddi til þess að C_{max} celecoxibs jókst að meðaltali um 60% og AUC jókst að meðaltali um 130%. Plasmaþéttni celecoxibs getur minnkað við samtímis notkun CYP2C9 hvata, svo sem rifampicins, carbamazepins og barbiturlyfja. Þess hefur ekki orðið vart að ketoconazol eða sýrubindandi lyf hafi áhrif á lyfjahvörf celecoxibs. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engar klínískar upplýsingar liggja fyrir um notkun celecoxibs á meðgöngu. Í dýrarannsóknum (rottur og kanínur) hafa sést eiturverkanir á æxlun, þ.á m. fósturskemmdir. Hugsanleg hætta fyrir menn er ekki þekkt en ekki er unnt að útiloka hana. Eins og önnur lyf sem hemja nýmyndun prostaglandina getur celecoxib valdið legtregðu (uterine inertia) og ótímabærri lokun á brjóstgangi (ductus arteriosus) á síðasta þriðjungi meðgöngu. Þungun og hugsanleg þungun er frábending fyrir gjöf celecoxibs. Verði kona þunguð í meðferð með celecoxibi skal hætta meðferðinni. Engar rannsóknir hafa verið gerðar á útskilnaði celecoxibs í brjóstamjólk. Hjá rottum útskilst celecoxib í mjólk í þéttni sem svarar til plasmaþéttni. Konur sem nota celecoxib eiga ekki að hafa barn á brjósti. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Sjúklingar sem finna fyrir sundli, svima eða syfju þegar þeir nota celecoxib eiga ekki að aka bifreið eða nota vélar. **Aukaverkanir:** ***Algengar (= 1%):*** Bjúgur á útlimum/vökvasöfnun. Kviðverkur, niðurgangur, meltingartruflun, vindgangur. Sundl. Svefnleysi. Kokbólga, nefslímubólga, skútabólga, sýkingar í efri hluta öndunarvegar. Útbrot. Sjaldgæfar (0,1%-1%): Blóðleysi. Hjarta og æðar: Háþrýstingur, hjartsláttarónot. Hægðatregða, ropi, magabólga, munnbólga, uppköst. Óeðlileg lifrarstarfsemi, hækkuð gildi transamínasa. Óeðlileg nýrnapróf (aukning kreatíníns og þvagefnis, blóðkalíumhækkun). Þokusýn, ofsjenna veðva, náladofi (paraesthaesia). Kvíði, geðlægð. Hósti, mæði.Ofsakláði. Sinadráttur, eyrnasuð, þreyta, þvagfærasýkingar. ***Mjög sjaldgæfar (<0,1%):*** Hvítfrumnafæð, blóðflagnafæð. Sármyndun í maga, skeifugörn og vélinda, kyngingartregða, gatmyndun í meltingarvegi, vélindisbólga, sortusaur. Ósamhæfing vöðvahreyfinga. Hárlos, aukið ljósnæmi. Breytt bragðskyn. Frá því lyfið var markaðssett hefur verið tilkynnt um höfuðverk, ógleði og liðverki auk eftirtalinna aukaverkana sem koma örsjaldan fyrir <1/10.000 eða sem einstök tilvik eru um: Alvarlegt ofnæmi, bráðaofnæmislost, ofsabjúgur. Blóðfrumnafæð.Hjartabilun, hjartadrep. Blæðingar í meltingarvegi, bráð brisbólga. Æðabólga, vöðvabólga. Lifrarbólga, gula. Rugl. Bráð nýrnabilun. Berkjukrampar. Einstök tilvik um skinnflagning, þ.á m. Stevens-Johnson heilkenni, dreplos húðþekju (epidermal necrolysis), regnbogaroðasótt. **Pakkningar og verð 1. september 2002:** *Hylki, hart 100 mg:* 100 stk. (Þynnupakkað) 7.559 kr. *Hylki, hart 200 mg:* 20 stk (þynnupakkað) 3.262 kr og 100 stk (þynnupakkað) 13.077 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskylt. **Greiðslufyrirkomulag:** E. **Handhafi markaðsleyfis:** Pharmacia AS. Overgaden neden Vandet 7, 1414 København K, Danmörk. **Umboðsaðili á Íslandi:** PharmaNor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ. Sérlyfjaskrártexta í fullri lengd (síðast uppfært 1.júlí 2002),má nálgast hjá Lyfjaumboðsdeild Parmacia, PharmaNor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ.

PHARMACIA

CELEBRA (CELECOXIB)

Líður gigtarsjúklingunum þínum svona vel?

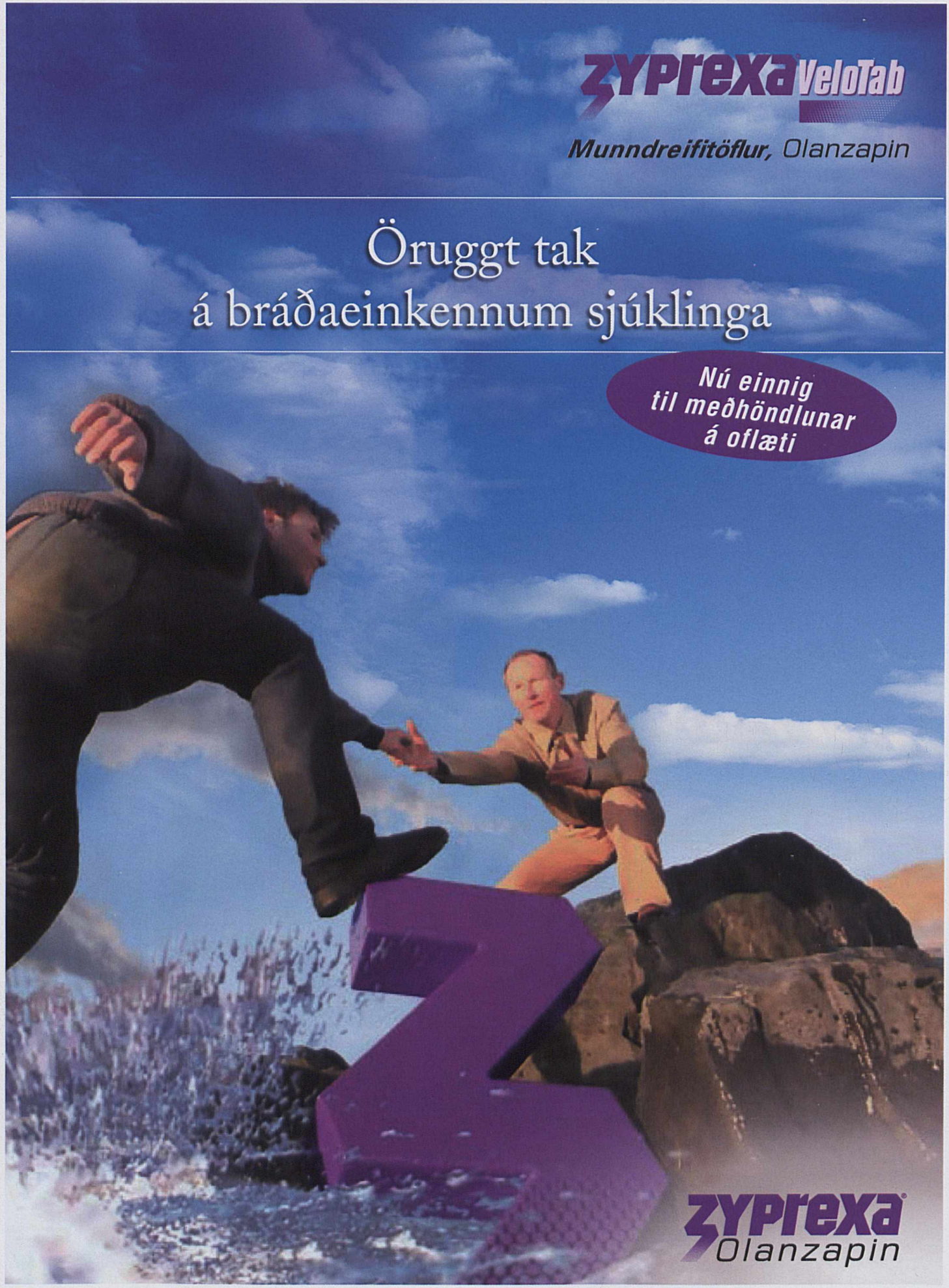


PHARMACIA

CELEBRA™
(CELECOXIB)

Frá bágri líðan til betri daga

PharmaNor hf.
Hörgatún 2, 210 Garðabæ
Sími: 535 7000
Fax: 565 9085

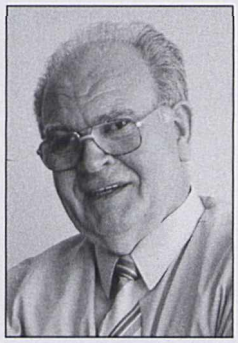


Lyfjatexti á bls. 956

Eli Lilly · Útibú á Íslandi · Brautarholti 28 · pósthólf 5285
125 Reykjavík · Sími 520 3400, fax 520 3401 · www.lilly.com

200221 / AUGLÝSINGASTOFA SKAPARANS EHF.

Að ónáða lækna á móðurmálinu



Örn Bjarnason

Höfundur er að mestu hættur lækningum og nýyrðasmíð. Hann vinnur nú að útgáfu á Læknabók Þorleifs Björnssonar (hirðstjóra) frá fimmtándu öld og er hún rituð á íslenzku.

Það getur ekki verið markmið læknasamtakanna að sínu leyti, að halda úti vísindariti, sem býr við þverrandi áhuga eigenda sinna. Áhugi okkar á íslenskri tungu og menningu, nýorðasmíð og fleiru af því tagi má ekki ganga af Læknablaðinu dauðu. (1)

Hvers vegna Læknablað?

Í fyrsta tölublaðinu í janúar 1915 birtist ritstjórnargrein, þar sem rakið var, hvernig Læknafélag Reykjavíkur varð til þess að stofna Læknablaðið og þar segir síðar: „Oss eru allar bjargir bannaðar til þess að bæta úr einangrun vorri og tengja stétt vora saman, nema þessi eina: að halda úti læknablaði. Það gerum vér ef vér viljum og það getur nægt til að ræða mál vor, nægt til þess að við gætum hagsmuna læknastéttarinnar, ef þess gerist þörf, og tengt oss saman í félagslynda bróðurlega heild (2).“

Frá byrjun hefir þannig verið ljóst, að Læknablaðinu er ætlað að vera málgagn læknasamtakanna, fréttablað og félagslegur miðill og í mínum huga á blaðið því sjálfstæðan tilverurétt, hvort sem í því eru fleiri eða færri vísindagreinar á íslenzku.

Hér mætti vera amen eftir efninu, en nú er Læknablaðið sagt búa við þverrandi áhuga eigenda sinna (1). Áður hafði Hannes Petersen vakið athygli á því, að „hin mikla gróska sem margir hafa þóst merkja í vísindastarfi á Íslandi [hafi] ekki skilað sér inn á síður Læknablaðsins nema síður sé (3).“

Tómas Guðbjartsson varpaði síðan fram þeirri hugmynd (4), að Læknablaðið birti allar vísindagreinar bæði á ensku og íslensku og er hliðstæðu þess að finna hjá Læknafélaginu danska (5). Annar kostur er nefndur í sömu andránni, því að talið er „eðlilegt að spurt sé hvort tímabært sé að vísindagreinar séu birtar eingöngu á ensku (1).“ Ég fagna hugmynd Tómasar, en þykir síðari kosturinn afleitur, þar sem hann leiddi aðeins til þess, að „stílæfingar“ (1) færu fram á ensku í stað íslenzku áður. Í báðum tilvikunum yrði að ráða aukalega sérfróðan ritstjóra enska hlutans og myndi það stórauka útgáfukostnað Læknablaðsins, því varla myndi slíkur sérfræðingur sætta sig við, að vinna kauplaust, eins og ritstjórnarmenn hafa gert síðastliðin áttatíu og átta ár.

Mótbára gegn læknablaði

Í fyrrnefndri ritstjórnargrein frá 1915 er sagt, að ein mótbáran gegn íslenzku læknablaði sé sú, „að læknar muni ekki fást til að láta blaðinu í té nauðsynlegar fréttir og skýrslur, muni hvorki hafa hirðusemi eða nenningu til þess. Ef þetta rætist er blaðið dautt.“ Þar segir einnig, að hver sá sem kaupir Læknablaðið á heimtingu á því, að vita með fullri vissu allt sem ber til tíðinda í læknamálum og heilbrigðisástandi í héruðum (2). Það ætti ekki að vera þörf á því, að vekja athygli á þeirri sjálfsögðu skyldu lækna, að greina stjórnmálamönnum og stjórnvöldum og öllum þegnum þessa lands, á auðskilinni íslenzku, frá þeim rannsóknum, sem fram fara innan heilbrigðiskerfisins og frá því hvað hefir fengizt fyrir það almannafé, sem beint og óbeint er veitt til þessara fræða og vísinda.

Hvers vegna nýyrðasmíð?

Guðmundur Hannesson markaði þá stefnu ritstjórnar Læknablaðsins, að íslenzkað skuli allt sem íslenzkað verður (6) og hann bætti við: „Undistöðuatriði ýmsra fræðigreina eru kennd í flestum skólum landsins, og þar er ekki unnt að nota erlendu heitin. Þau verða heldur ekki notuð í bókum, ritgerðum eða útvarpserindum, sem eiga að vera við alþýðuhæfi. Aðeins íslenzk heiti koma hér til greina (6).“ Þessari stefnu var til dæmis fylgt í ritinu Heilsurækt og mannamein. Læknisfræði nútímans fyrir almenning (7), sem út kom 1943. Þar voru erlendu heitin sett í sviga, ef um nýyrði var að ræða.

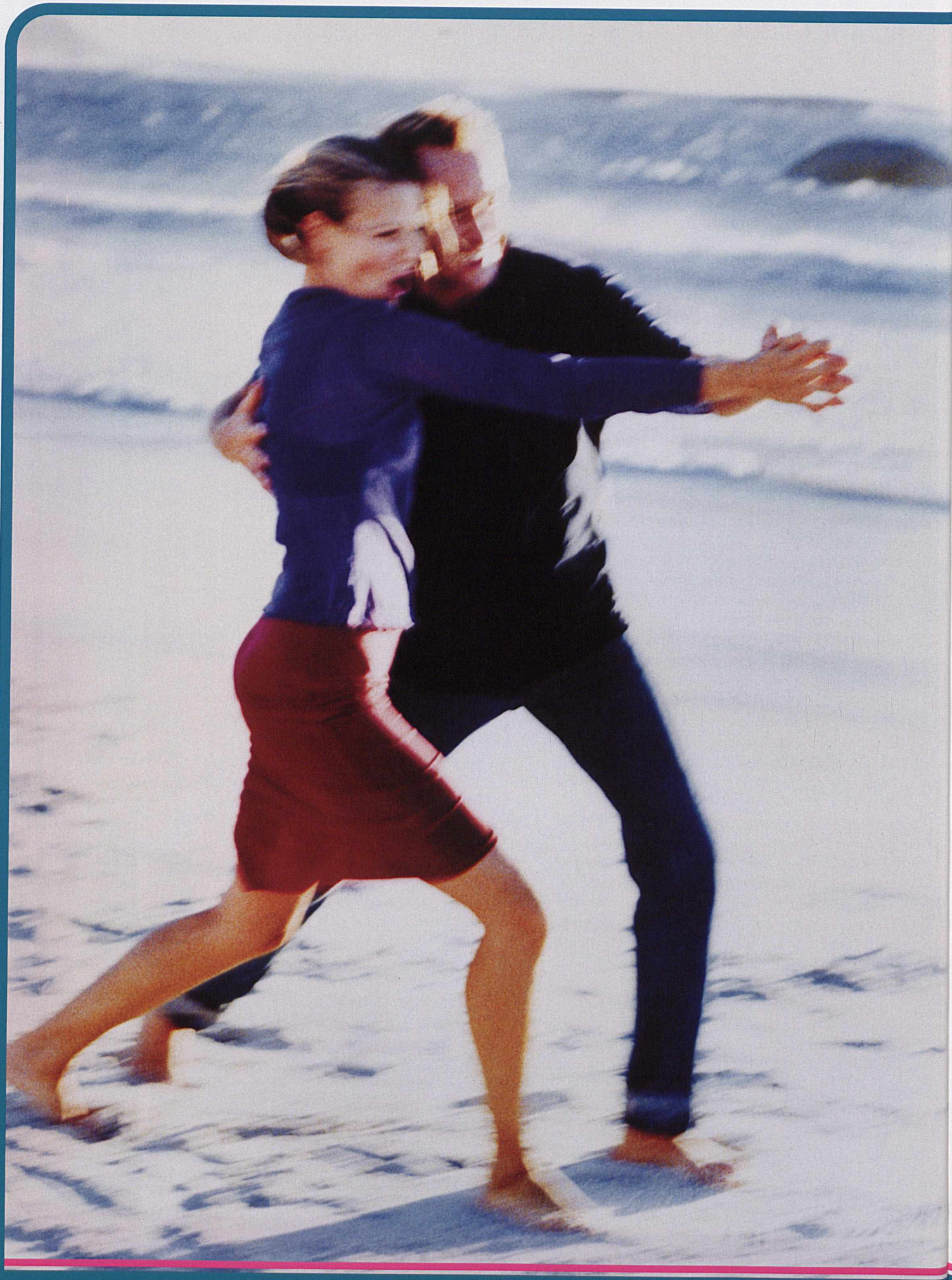
Íðorðasmíðin er ekki markmið í sjálfri sér. Hún er hins vegar nauðsynleg til þess, að íslenzkir læknar geti tjáð sig í ræðu og riti um heilsurækt og mannamein á móðurmálinu. Hér er ekki úr vegi, að vekja athygli á því, að það eru fleiri en læknar, sem leggja stund á íðorðasmíð. Um áratuga skeið hefir verið mælt fyrir um það í löggjöfinni, að lyfjaauglýsingar skuli vera á íslenzku (8) og lyfjum fylgja auðskildar og gagnorðar leiðbeiningar, einnig á íslenzku. Eiga þeir, sem þar halda á málum hrós skilið fyrir það, hversu vel hefir til tekizt.

Vera má að einhverjum þyki þetta tóm þjóðernisremba, en geta menn í raun og veru hugsað sér, að taka upp hálf-enskuna, sem nú tröllríður sumum ljósvakafjölmiðlunum? Þannig gæti heiti þessara hugleiðinga verið á því máli:

Að bögga doktorana með móðurtungunni!

Tilvitnanir

1. Sigurbjörn Sveinsson. Um skurðlækna og gengi Læknablaðsins. Í umræðu og fréttum / Af sjónarhóli LÍ. Læknablaðið 2002; 88: 578-9.
2. Læknablaðið. Ritstjórnargrein. Læknablaðið 1915; 1: 1-3.
3. Hannes Petersen. Læknablaðið – frá læknum til lækna. Ritstjórnargrein. Læknablaðið 2002; 88: 183.
4. Tómas Guðbjartsson. Vangaveltur um framtíð Læknablaðsins sem vísindarits. Ritstjórnargrein. Læknablaðið 2002; 88: 471-2.
5. Sjá Danish Medical Bulletin. Journal of the Health Sciences. 2002; Vol 49. Free of charge for foreign medical institutions on request: Den Almindelige Danske Lægeforening, Trondhjemsgade 9, DK-2100 København Ø, Danmark.
6. Anatomia Islandica. Íslensk líffæraheiti eftir Guðmund Hannesson. Fylgir Árbók Háskóla Íslands 1936-1937. Reykjavík MCMXLI.
7. Heilsurækt og mannamein. Læknisfræði nútímans fyrir almenning. Níels Dungal prófessor sá um útgáfuna. Reykjavík: Bókaútgáfan Dagrenning. Prentsmiðjan Hólar H.F. 1943.
8. Lyfjalög nr. 93/1994; 14. grein. „Auglýsa má og kynna lyf sem markaðsleyfi hafa hér á landi á íslensku ...“.



AstraZeneca

Umboðsaðili: PharmaNor hf. • Sími 535 7000 • Fax 565 6485 • pharmanor@pharmanor.is • www.pharmanor.is



Framfarir án fylgikvilla!

Framfarir í nútíma-læknavísindum setja líðan og lífsgæði sjúklinga í ***heildstæðari*** brennipunkt en áður. Í meðhöndlun er kappkostað að losa sjúklinginn ***undan áþján óæskilegra fylgikvilla*** bæði ***sjúkdóms og lyfja***! Fylgikvillar geðklofa tengjast ***skerðingu á lífsgæðum*** sem stafa ýmist af ***einkennum geðklofa*** eða ***aukaverkunum lyfja***.

Vísindastarf AstraZeneca hefur nú ***markað þáttaskil*** í ***meðferð geðklofa*** með tilkomu Seroquel. Lyfið stendur jafnfætis öðrum lyfjum í sama flokki hvað varðar virkni þess á einkenni geðklofa. Það er ***sérstaða lyfsins varðandi aukaverkanir*** sem er svo mikilvæg!

Nú getur þú dregið mjög úr líkum á EPS-aukaverkunum!
Hverfandi líkur á að sjúklingur þinn finni fyrir ***EPS aukaverkunum***, jafnvel með hækkandi skömmtum af ***Seroquel***! [1]

Nú getur þú dregið mjög úr líkum á prólaktín-tengdum aukaverkunum!
Hverfandi líkur á prólaktínhækkun og meðfylgjandi aukaverkunum með Seroquel. [2,1]

Nú getur þú dregið mjög úr líkum á þyngdaraukningu!
Langtímanotkun á Seroquel veldur ***lítilli sem engri*** þyngdaraukningu hjá sjúklingum þínum. [3]

Sameiginlegt markmið
Í ljósi framþróunar er ***ekki ásættanlegt*** að horfa framhjá fylgikvillum lyfja. Þess vegna er það okkur hjá AstraZeneca fagnaðarefni að kynna ***markmið*** okkar: „***framfarir án fylgikvilla***". Við æskjum þess að starfa náið með ***íslenskum heilbrigðisstéttum*** að því markmiði.

Lyfjatexti á bls. 956

Seroquel®

EFLIR / HNOTSKÓGUR AZ 421-01

FOSAMAX VIKUTAFLA (ALENDRONAT, MSD)



SEX MORGNA VIKUNNAR GETUR SJÚKLINGURINN GLEYMT ÖLLU SEM TENGIST BEINÞYNNINGAR-MEÐFERÐINNI.

MERCK SHARP & DOHME

UMBOÐSAÐILI: FARMASÍA EHF

Lyfjatexti á bls. 954

VIKUTAFLA

FOSAMAX™

70mg alendronat

Evrópurannsóknin Lungu og heilsa (ECRHS): Hverjar eru helstu niðurstöður fram að þessu í ljósi sérstöðu Íslands?

Davíð Gíslason[1]

Unnur Steina Björnsdóttir[1]

Þorsteinn Blöndal[2]

Þórarinn Gíslason[1]

Ágrip

Inngangur: Evrópurannsóknin Lungu og heilsa (The European Community Respiratory Health Survey (ECRHS)) var fyrsta stóra rannsóknin til að kanna landfræðilegan mun á asma og ofnæmi hjá ungu fullorðnu fólki þar sem nákvæmlega sama aðferðafræði og skilgreiningar voru notaðar á öllum rannsóknarsetrunum sem komu við sögu. Tilgangur þessarar yfirlitsgreinar er að rekja helstu niðurstöður rannsóknarinnar sem birtar hafa verið fram að þessu, með sérstöku tilliti til stöðu íslenska þýðisins í samanburði við hinar þátttökuþjóðirnar.

Efniviður: Farið er yfir niðurstöður sem birtar hafa verið úr sameiginlegum rannsóknargögnum allra þátttökuþjóðanna. Niðurstöðurnar byggja á úrvinnslugögnum frá ~140.000 einstaklingum á aldrinum 20-44 ára (fæðingarár 1946-71) frá 22 þjóðum og 48 rannsóknarsetrum, þar sem þátttakendur komu meðal annars frá Reykjavíkursvæðinu. Þeir svöruðu póstsendum spurningalista með sjö spurningum um einkenni frá öndunarfærum, asma og lyfjanotkun við asma. Í seinni hluta rannsóknarinnar voru valdir 800 einstaklingar af handahófi á hverju rannsóknarsetri og þeir svöruðu ítarlegum spurningalistum, fóru í öndunarpróf, auðreitnipróf með metakólíni og pikkpróf með 11-12 ofnæmisvökum. Auk þess var dregið blóð fyrir sértækum IgE mótefnum og heildarmagni IgE. Í seinni hlutanum tóku þátt að einhverju eða öllu leyti 17 þjóðir og 37 rannsóknarsetur.

[1]Landspítala Vífilsstöðum, [2]Landspítala Hringbraut. Fyrirspurnir og bréfaskipti: Davíð Gíslason, Landspítala Fossvogi. Sími: 543 1005, *davidg@landspitali.is*

Lykilorð: *asmi, bráðaofnæmi, faraldsfræði, nýgengi, algengi, áhættuþættir.*

ENGLISH SUMMARY

Gíslason D, Björnsdóttir US, Blöndal Þ, Gíslason Þ

European Community Respiratory Health Survey: The main results so far with special reference to Iceland

Læknablaðið 2002; 88: 891-907

Introduction: The European Community Respiratory Health Survey (ECRHS) was the first project embarked on extensive study of geographical difference between countries with regards to asthma and atopy incidence in a young adult population. The same methodology and definitions were used at all study sites. The purpose of this article is to review the published results of the ECRHS with a special emphasis on the findings from the Icelandic population, and compare these results with those from the participants from the other nations and study sites.

Methods: Compiled results from all study sites participating in the ECHRS hereto published were reviewed. The compiled data are derived from approximately 140.000 individuals aged 20-44 (birth-years 1946-71) from 22 nations and 48 study sites. The Icelandic population was chosen from the greater Reykjavik metropolitan area. Subjects responded to seven questions on respiratory symptoms, diagnosis of asthma and use of asthma medications. In the latter part of the investigation, 800 individuals were randomly selected from each study site. They were asked to respond to a detailed questionnaire. Subsequently spirometry, methacholine challange and skin prick testing to 11-12 common aeroallergens was performed. Additionally, allergen specific IgE and total IgE was measured. Somewhat fewer sites participated in this latter part: 17 nations and 37 study sites.

Results: The findings are presented from two angles: the compiled data from all study sites and the results from the Icelandic population; specifically comparing the Icelandic data with the participants from the other nations.

The study showed a geographical difference in the incidence of asthma, bronchial hyper- responsiveness and other respiratory symptoms. In the first part of the study, an eight-fold difference in wheezing, six-fold difference in asthma, ten-fold difference in physician- diagnosed asthma and a four-fold difference in the prevalence of allergic rhinitis was found between the study sites. „English-speaking" nations had the highest prevalence of respiratory diseases and Iceland, Spain, Germany, Italy, Algeria and India had the lowest incidence. A three-fold difference in the prevalence of allergy and an eight-fold difference in bronchial responsiveness were found between study sites in the latter part of the study. The incidence of asthma was highest in the lower age groups.

Atopy prevalence (defined as a positive specific IgE for at least one allergen) was highest in Australia. Other English speaking nations and Switzerland had prevalence over 40%. Iceland had the lowest prevalence of atopy (23.6%) and Greece, Norway and Italy all had a prevalence of atopy under 30%. Total IgE was highest in Greece, France, Ireland and Italy (>50kU/L), but was lowest in Iceland (13.2 kU/L).

The article speculates on the possible effects of the environment on the prevalence of wheezing, bronchial reactivity and atopy in the different study sites.

Summary: Results from the European Community Respiratory Health Survey demonstrate a substantial difference in the prevalence of asthma, bronchial responsiveness and atopy between study sites. The prevalence was highest in countries where English is the native language. Of all study sites, the prevalence was lowest in Iceland. In the articles, possible explanations for this discrepancy are reviewed.

Keywords: *asthma, atopy, epidemiology, incidence, prevalence, risk factor.*

Correspondence: Davíð Gíslason, *davidag@landspitali.is*

Niðurstöður: Niðurstöður rannsóknarinnar eru skoðaðar út frá tveimur sjónarmiðum; hvernig þær voru í heildina tekið og hvernig íslenski rannsóknarhópurinn kom út gagnvart þátttakendum frá öðrum þjóðum. Rannsóknin sýndi mikinn landfræðilegan mun á algengi asma, annarra einkenna frá öndunarfærum og auðreitni í berkjum og ofnæmi. Þannig var í fyrri áfanga rannsóknarinnar áttfaldur munur á surg, sexfaldur munur á asma, meira en tífaldur munur á læknisgreindum asma og fjórfaldur munur á ofnæmiseinkennum í nefi milli rannsóknarsetranna. Enskumælandi lönd skáru sig úr með háar algengistölur fyrir öndunarfærasjúkdóma, en Ísland, hluti Spánar, Þýskaland, Ítalía, Alsír og Indland voru á neðri enda skalans. Í seinni hluta rannsóknarinnar kom fram nærri þrefaldur munur á ofnæmi og áttfaldur munur á auðreitni í berkjum. Nýgengi asma hækkaði með hækkandi fæðingarári (lækkandi aldri).

Bráðaofnæmi (mælt sem jákvætt próf fyrir einu eða fleiri sértækum IgE mótefnum) var mest í Ástralíu en önnur enskumælandi lönd og Sviss voru með algengi yfir 40%, en Ísland var lægst (algengi 23,6%) og Grikkland, Noregur og Ítalía voru með algengi <30%. Heildarmagn IgE mældist hæst í Grikklandi, Frakklandi, Írlandi og Ítalíu (>50kU/L) en það mældist lægst á Íslandi (13,2 kU/L).

Sagt er frá niðurstöðum úr Evrópurannsóknninni sem fjalla um það hvernig aðstæður í umhverfinu hafa áhrif á algengi surgs, asma, auðreitni í berkjum og ofnæmis.

Samantekt: Evrópurannsóknin Lungu og heilsa hefur sýnt fram á mikinn mun á algengi asma meðal þátttökuþjóðanna svo og annarra öndunarfærasjúkdóma, auðreitni í berkjum og ofnæmis. Þessir sjúkdómar eru algengastir meðal enskumælandi þjóða en sjaldgæfastir á Íslandi, þeirra þjóða sem þátt tóku í rannsókninni. Fjallað er um hugsanlega skýringu á sérstöðu Íslands að þessu leyti.

Inngangur

Á árunum 1990-94 var ráðist í mjög umfangsmikla fjölþjóðlega rannsókn á asma og ofnæmi. Á ensku fékk rannsóknin heitið The European Community Respiratory Health Survey (ECRHS) og á íslensku Evrópurannsóknin Lungu og heilsa. Tilgangur rannsóknarinnar var þríþættur (1): 1) að kanna og bera saman algengi asma, asmaeinkenna og ofnæmis í ýmsum löndum í Evrópu, 2) að kanna útbreiðslu þekktra eða hugsanlegra áhættuþátta asma, meta tengsl þeirra við sjúkdóminn og hvernig þeir skýra mismunandi algengi asma í Evrópulöndum, 3) að gera grein fyrir mismunandi meðferð á asma í Evrópu.

Hvatinn að rannsókninni var ekki síst mikil fjölgun asmatilfella víða um heiminn (2-4) og vaxandi dánartíðni (5-8). Þessi óheillaþróun var hraðari en svo að hún yrði skýrð út frá erfðafræðilegum lögmálum. Fyrir henni hlutu því að vera aðrar orsakir. Til stuðnings þeirri skoðun voru niðurstöður rannsókna sem sýndu að asmi kom oftar fyrir í þéttbýli en strjálbýli (9, 10). Fjöldi þeirra sem fengu meðferð vegna asma (11) og dánartíðni vegna asma (12) var hvort tveggja verulega breytilegt í löndum Evrópu sem gat bent til þess að einkenni asma væru mismikil eftir landsvæðum. Til þess að athuga hvort breytingar í umhverfinu gætu skýrt þennan landfræðilegan mun var farið á stað með þessa rannsókn sem bar saman tíðni og alvarleika asma og ofnæmissjúkdóma í mismunandi löndum og landsvæðum.

Fyrri rannsóknir höfðu sýnt aukningu á ofnæmissjúkdómum á ákveðnum svæðum á seinni hluta síðustu aldar (13-15). Þessar rannsóknir voru hins vegar unnar á mismunandi hátt, með mismunandi prófum og prófefnum. Þess vegna var erfitt að slá einhverju föstu um þann landfræðilega mun sem fannst á tíðni ofnæmis og asma. Evrópurannsóknin Lungu og heilsa er fyrsta rannsóknin sem gerð er til að kanna algengi asma og ofnæmissjúkdóma með nákvæmlega sömu aðferðum í mörgum löndum.

Rannsóknin var ekki eingöngu bundin við Evrópu því rannsóknarsetur voru einnig í Afríku, Asíu, Eyjaálfu og Bandaríkjum Norður-Ameríku. Þátttökusetrin voru í 21 landi og nærri 140 þúsund einstaklingar veittu heilsufarsupplýsingar.

Nú þegar um áratugur er liðinn frá því rannsóknin hófst hefur gögnum verið safnað í annarri umferð hennar (ECRHS II). Þess vegna er eðlilegt að líta um öxl og draga saman helstu niðurstöður fyrstu umferðar Evrópurannsóknarinnar.

Vitað er um hátt á annað hundrað greinar úr rannsókninni sem birtar hafa verið á ensku, auk fjölda greina á öðrum tungumálum. Á þriðja tug greina hefur birst úr sameiginlegum gagnabanka rannsóknarinnar og höfum við leitast við að draga hér fram helstu niðurstöður þeirra og leggjum sérstaka áherslu á rannsóknargögn þar sem íslenskir þátttakendur koma einnig við sögu. Hins vegar sneiðum við að mestu hjá greinum sem birtar voru um niðurstöður frá einstökum rannsóknarsetrum eða löndum.

Efniviður og aðferð

Rannsóknarhópar: Hvert rannsóknarsetur valdi úrtakssvæði með að lágmarki 150.000 íbúa. Rannsókninni var skipt í tvo hluta. Í fyrri hlutanum voru minnst 1500 konur og 1500 karlar á aldrinum 20-44 ára valin af handahófi úr þjóðskrá. Þau fengu senda spurningalista í pósti um asma, asmatengd einkenni, lyfjanotkun við asma og ofnæmi í nefi (16).

Í seinni áfanga könnunarinnar voru 800 einstaklingar valdir af handahófi úr fyrri rannsóknarhópnum og kallaðir til viðtals og rannsókna. Þeir svöruðu ítarlegri spurningalista en í fyrra skiptið. Einnig var framkvæmd ofnæmisrannsókn með pikkprófi og blóð-

prufur teknar þar sem mælt var heildarmagn IgE og sértæk mótefni fyrir fimm ofnæmisvökum. Blásturspróf (spirometria) var gert og auðreitni mæld í berkjum (metakólínpróf). Þeir sem höfðu einkenni um asma í fyrri áfanga könnunarinnar voru einnig teknir með í seinni áfanganum þótt þeir hefðu ekki valist þangað af handahófi (symptomatic group), en þeir voru ekki taldir með við faraldsfræðirannsóknir.

Spurningalistar: Spurningalistar sem sendir voru með pósti og þeir listar sem lagðir voru fyrir þátttakendur í seinni áfanga könnunarinnar voru unnir upp úr spurningalistum International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases (IUATLD) (17). Spurningar í seinni áfanga fjölluðu um öndunarfæraeinkenni, ofnæmi, reykingavenjur, ættarsögu, umhverfi, nám, störf og notkun asmalyfja.

Öndunar- og auðreitnipróf: Öndunarpróf mældi hámarks fráblástur (FVC: forced vital capacity) og fráblástur á einni sekúndu (FEV_1: forced expiratory volume in one second). Á flestum rannsóknarsetrum voru mælingar gerðar með Biomedin Spirometer (Biomedia, Padova, Italy), en þó voru önnur mælingatæki notuð á nokkrum rannsóknarsetrum (16).

Við auðreitnipróf með metakólíni var notaður Mefar MB3 skammtari (dosimeter) (Mefar, Brescia, Italy) (18). Metakólín kom frá Hoffman La Roche (Provocholine, Hoffman La Roche, Basel, Switzerland). Metakólín var þynnt í fjórar stofnlausnir (25 mg/ml, 6,25mg/ml, 1,56mg/ml og 0,39mg/ml) með 0,9% saltvatni og 0,4% fenóli, sem rotvarnarefni. Sýrustig (pH) var 7,0. Þátttakendur önduðu að sér metakólínlausn í hækkandi skömmtum upp í 1mg. Skammtur sem olli 20% falli á FEV_1 (PD_{20}) var reiknaður út frá skammtastærðinni og breytingum á FEV_1. Lækkun á $FEV_1 \geq 20\%$ var túlkað sem jákvætt metakólínpróf ($PD_{20} \leq 1$ mg) og merki um auðreitni (19). Einnig var reiknuð út hallatala fyrir þann feril sem breytileg FEV_1 gildi mynduðu með hækkandi skömmtum af metakólíni (log slope). Þegar meðalgildi fyrir jákvæð metakólínpróf eru há eru meðalgildi á hallatölu (mean slope) lág og þýðir það mikla auðreitni. Á sama hátt þýða lág meðalgildi fyrir PD_{20} há meðalgildi á hallatölunni og litla auðreitni (19, 20).

Ofnæmisrannsóknir: Húðpróf voru gerð með Phazets (Pharmacia Diagnostics, Uppsala, Sweden) (21). Sameiginlegir ofnæmisvakar sem notaðir voru á öllum rannsóknarsetrum voru: *Dermatophagoides pteronyssinus* (rykmaur), kettir, birki, vallarfoxgras, *Parietaria judaica*, ólífur, körfublóm (ragweed), *Cladosporium herbarum* og *Alternaria alternata*. Hvert rannsóknarsetur mátti bæta við prófum fyrir tveimur til þremur ofnæmisvökum eftir eigin höfði. Þátttakandi var talinn hafa jákvætt ofnæmispróf ef ein húðsvörun að minnsta kosti var ≥ 3 mm.

Heildarmagn IgE í sermi (Total IgE, geometric mean) og sértækt IgE fyrir *D. pteronyssinus*, vallarfoxgrasi, köttum og *Cladosporium* var mælt á öllum rannsóknarsetrunum. Aukalega var prófað fyrir birki í Norður-Evrópu, *Parietaria* í Suður-Evrópu og körfublómum í Bandaríkjunum og Eyjaálfu. Jákvæðar niðurstöður miðuðust við ≥ 0,35 kU/L (22). Mælingarnar voru allar gerðar á einni rannsóknarstofu með Pharmacia CAP System (Pharmacia Diagnostics, Uppsala).

Samhæfing og gæðaeftirlit: Haldin voru þjálfunarnámskeið fyrir starfsfólk rannsóknarsetranna áður en framkvæmdir hófust. Samhæfingarmiðstöð var í London (Department of Public Health Sciences, King's College London). Þaðan kom eftirlitsaðili á hvert rannsóknarsetur einu sinni meðan á framkvæmd gagnasöfnunar stóð. Virkni Mefar skammtarans og styrkur metakólíns var könnuð mánaðarlega. Þá fór fram ítarleg athugun á gögnum hvers rannsóknarseturs áður en þau voru lögð inn í sameiginlegan gagnabanka könnunarinnar.

Tölfræði: Notkun tölfræði byggðist á þeim verkefnum sem voru til meðferðar hverju sinni og er ekki fjallað um hana sérstaklega í þessari grein en þess í stað vísað til heimildarskrár.

Niðurstöður

Niðurstöður úr fyrri áfanga: Þátttökusetur í fyrri hluta rannsóknarinnar voru 48 frá 21 landi (tafla I) (23). Meðalþátttaka var 78% (á bilinu frá 54-100%) þeirra sem valdir voru í rannsóknina og heildarfjöldi þátttakenda um 137.600. Tafla II sýnir dreifingu jákvæðra svara við sjö spurningum sem lagðar voru fyrir með póstlista. Í töflunni eru spurningarnar örlítið styttar en þær hafa áður verið birtar á ensku (24) og íslensku (25). Svör frá Íslandi eru borin saman við lægstu gildi, miðgildi og hæstu gildi hjá rannsóknarsetrunum 48 (24). Jákvæð svör af Reykjavíkursvæðinu voru fyrir neðan miðgildi og voru þau frávik í öllum tilfellum marktæk, en þetta snerist við í Bretlandi, Bandaríkjunum og Eyjaálfu þar sem jákvæð svör við spurningunum sjö sýndu oftast gildi marktækt yfir miðgildum. Þegar tekin eru saman jákvæð svör við spurningunum um asma (Q5) og meðferð við asma (Q6) (tafla III, Current asthma (stage 1)) voru hæstu gildi í Eyjaálfu (Melbourne 11,9%), en rannsóknarsetur í Bretlandi og Oregon í Bandaríkjunum voru með litlu lægri gildi. Rannsóknarsetur í Svíþjóð voru einnig há, með um 6% jákvæð svör. Jákvæð svör voru fæst í Tartu (2,0%). Reykjavík var í tíunda sæti rannsóknarsetranna neðan frá (3,4%). Í heildina sýndu svör við spurningalistanum mikinn breytileika í tíðni asma og asmaeinkenna eftir landsvæðum þar sem enskumælandi lönd voru hæst, en Ísland var vel fyrir neðan meðallag og í öllum tilvikum lægra en Noregur og Svíþjóð.

Við spurningum um asmaköst á síðustu 12 mánuðum (Q5) voru flest jákvæð svör á Nýja-Sjálandi og

Table I. *Available data in the combined European Community Respiratory Helath Survey (ECRHS).*

		Stage 1	Stage 2		
Country	Centre	N: Screening questionnaires	N: Interviewer led questionnaires	N: Methacholine Challenge	Specific IgE
Iceland	Reykjavik	2903	559	469	518
Norwey	Bergen	3629	835	556	749
Sweden	Goteborg	2885	682	545	573
	Umea	3292	552	420	425
	Uppsala	3146	622	498	525
Denmark	Aarhus	3629	363	246	
The Netherlands	Bergen op Zoom	3396	452	402	418
	Geleen	3372	413	345	388
	Groningen	3116	380	339	355
Belgium	Antwerp City	2964	562	289	267
	South Antwerp	3076	577	315	558
Germany	Erfurt	3272	731	596	718
	Hamburg	3312	1252	1012	775
Austria	Vienna	2131			
Switzerland	Basel	4082	844	654	567
France	Bordeaux	2936	544	464	512
	Grenoble	2804	473	413	429
	Montpellier	3736	456	355	364
	Nancy	1263			
	Paris	3113	652	518	555
UK	Cardiff	2384			321
	Cambridge	2595	277	175	192
	Dundee	4275			
	Ipswich	3390	420	345	365
	Norwich	3148	473	340	365
Ireland	Dublin	2408	437	286	232
	Kilkenny-Wexford	1724			
Greece	Athens	3325	310		145
Italy	Pavia	816	309	233	250
	Turin	2505	244	194	177
	Verona	2713	340	290	332
Spain	Albacete	3391	658	347	390
	Barcelona	2731	393	178	175
	Galdakao	3037	486	364	365
	Huevla	2244	271	203	215
	Oviedo	2918	355	239	244
	Seville	2148	212		162
Portugal	Coimbra	1764			
	Oporto	2086			
Algeria	Algiers	3308			
India	Bombay	2210			
New Zealand	Auckland	2941			
	Christchurch	3024	455	304	268
	Hawkes Bay	2979	316	166	142
	Wellington	3033	481	312	301
Australia	Melbourne	3200	669	511	520
USA	Portland	2982	549	337	314

Table II. *Positive answers (%) to the postal questions. Reykjavik in comparation to all centres.*

	All answers	All centres		
Questions	In Reykjavik	Min	Median	Max
Q1. Have you had wheezing or whistling in the chest the last 12 months?	18,0	4,1	20,7	32,2
Q1.1. Have you been at all breathless when the wheezing noise was present?	9,0	1,4	9,8	16,3
Q1.2. Have you had this wheezing when you did not have a cold?	11,4	2,0	12,7	21,6
Q2. Have you woken up with a feeling of tightness in chest the last 12 months?	11,7	6,2	13,5	20,5
Q3. Have you been woken by shortness of breath in the last 12 months?	1,5	1,5	7,3	11,4
Q4. Have you been woken by an attack of coughing in the last 12 months?	20,7	6,0	27,9	42,6
Q5. Have you had attack of asthma in the last 12 months?	2,2	1,3	3,1	9,7
Q6. Are you currently taking any medicine for asthma?	2,4	0,6	3,5	9,8
Q7. Do you have any nasal allergies including hay fever?	17,8	9,5	20,9	40,9

Ástralíu (6,8-9,7%) en jákvæð svör voru lítið færri (yfir 5%) í Bretlandi og Oregon í Bandaríkjunum. Á Íslandi svöruðu 2,2% játandi spurningu um asmaköst síðustu 12 mánuði, 3,1% í Noregi og 3,3% í Svíþjóð en fæstir í Antwerpen í Belgíu (1,3%) og Erfurt í Þýskalandi (1,3%). Meðferð við asma fengu hlutfallslega flestir í Wellington á Nýja-Sjálandi (9,8%) og í öðrum rannsóknarsvæðum í Eyjaálfu en fæstir voru í meðferð við asma í Pavía á Ítalíu (1,3%) og Galdakao á Spáni (1,3%) (24). Í Svíþjóð, Bretlandi, Hollandi, Nýja-Sjálandi og Alsír voru yfir 80% þeirra sem fengu greininguna asma í meðferð við asma (24). Í Suður-Evrópu, sérstaklega á Ítalíu, í Frakklandi og á Spáni var þetta hlutfall lægra en 70% og lægst var það í Tartu í Eistlandi (30%). Það hefur sérstaklega verið fjallað um niðurstöður úr fyrri hluta Evrópurannsóknarinnar á Norðurlöndum (26). Þar voru flestir í asmameðferð í Vesturbotni í Svíþjóð (6,2%) en fæstir í Reykjavík (2,4%). Um 80% þeirra sem fengið höfðu asmaköst á síðustu 12 mánuðum voru í meðferð í Vesturbotni en 60% í Reykjavík. Á öðrum rannsóknarsvæðum á Norðurlöndum var þetta hlutfall 70%. Asmalyfjanotkun á Norðurlöndum var líka mest í Svíþjóð (53 DDD/1000 íbúa) en minnst á Íslandi (40 DDD/1000 íbúa). Finnland tók ekki þátt í Evrópurannsókninni Lungu og heilsa og tölur þaðan því ekki inni í þessum upplýsingum.

Niðurstöður úr seinni áfanga: Í seinni áfanga Evrópurannsóknarinnar þurfti að útiloka fimm rannsóknarsetur vegna ófullnægjandi gagna og önnur heltust úr lestinni af öðrum ástæðum. Eftir stóðu 37 rannsóknarsetur í 17 löndum sem luku að einhverjum hluta eða öllu leyti við seinni hluta rannsóknarinnar. Meðalþátttaka í seinni hlutanum var 65% úrtakshópsins (á bilinu 12-90%) og þátttakendur voru um 18.800 (23). Auk þeirra sem valdir voru í seinni hluta könnunarinnar af handahófi komu 2998 einstaklingar með vegna asmaeinkenna (symptomatic group) í útreikningum þar sem það á við. Þar sem spurningalistar í könnuninni voru samdir á ensku fyrir breskar aðstæður var gerð könnun á því hvort samræmi væri í svörum eftir löndum og málsvæðum. Niðurstaða þeirrar könnunar var sú að samræmi væri fullnægjandi milli landa nema á Spáni þar sem fram kom misræmi í svörum varðandi meðferð á asma (27).

Asmi og asmalyfjanotkun: Í töflu III eru niðurstöður frá Íslandi bornar saman við hæstu, mið- og lægstu gildi ýmissa atriða úr seinni áfanga könnunarinnar. Tvö skilmerki þurfti til að vera talinn með asma (stage 2): að læknir hefði einhvern tímann greint asma og að hafa fengið minnst eitt asmaeinkenni á síðastliðnum 12 mánuðum. Til asmaeinkenna töldust: surgur fyrir brjósti, að vakna að nóttu með andþyngsli, mæðiköst að degi til í hvíld, mæðiköst eftir mikla áreynslu og að hafa vaknað með mæðikast á síðustu 12 mánuðum. Þannig skilgreint var algengi asma hæst á Nýja-Sjálandi og í Ástralíu (11-13%), en

Table III. *Variation in the prevalence of respiratory symptoms, respiratory disease, sensitization, bronchial responsiveness, exposure and asthma treatment. Reykjavik in comparison to all centres.*

	Reykjavik	All centres	
		Median	Range
Asthma and rhinitis			
Current asthma (stage 1)	3,4	4,5	2,0 - 11,9
Asthma (stage 2)	2,5	5,2	1,2 - 13,0
Nasal allergy and hay fever	17,8	20,9	9,5 - 40,9
Treatment			
Asthma medication	3,4	6,2	1,5 - 16,0
Inhaled bronchodilators	2,5	4,6	0,7 - 12,4
Inhaled anti-inflammatory drugs	1	2,8	0,3 - 8,2
Oral asthma medication	0,5	1,4	0,2 - 6,5
Compliance	78	67	40 - 78
Chronic bronchitis	about 2,0	2,6	0,7 - 9,7
Bronchial responsiveness			
PD_{20}<1 mg	7,2	13	3,4 - 27,8
ECRHS slope (mean)	8,34	7,6	6,7 - 8,4
Allergic sensitization			
Mite	9,2	20,3	6,7 - 35,1
Cat	7,5	8,5	2,7 - 14,8
Timothy	11,9	18	8,1 - 34,6
Cladosporium	6,5	2,4	0,3 - 13,6
Any allergen	23,6	33,1	16,2 - 44,5
IgE (geometric mean) kU/L	13,2	35,9	13,2 - 62,2
Exposure			
Male smokers	43	38	17 - 65
Female smokers	36	33	14 - 52
Nonsmokers exposed in the work	18,0	23,8	2,5 - 53,8
Gas stoves	0,9	63.0	0 - 100
Cat ownership	12,5	20,1	3,7 - 68,6
Heredity			
Asthma prevalence in parents	6,9	5,8	3.4 - 10,6

það var einnig hátt á öðrum enskumælandi rannsóknarsvæðum og Montpellier og Bordeaux í Frakklandi (28). Það var lægst í Erfurt í Þýskalandi (1,2%) og á Spáni (1,5-3,0%). Algengi asma var nærri helmingi hærra í Noregi og Svíþjóð en á Íslandi.

Notkun asmalyfja var mest í Eyjaálfu (12-16%). Í heildina tekið höfðu 58% þeirra sem tóku asmalyf fengið greininguna asma á sama ári (28). Hlutfallið var hæst í Bretlandi (85%), en litlu lægra í Svíþjóð og Eyjaálfu. Á Íslandi tóku 71% þeirra sem greindir voru með asma á sama ári asmalyf, og 47% í Noregi. Í hópi þeirra sem greindust með asma var einhver notkun bólgueyðandi innöndunarlyfja á rannsóknarárinu mest í Bretlandi (49%) og Nýja-Sjálandi (47%), en minnst var hún í Frakklandi (20%) og á Ítalíu (17%). Hér á landi var notkun bólgueyðandi innöndunarlyfja hjá þeim sem greinst höfðu með asma um 25%. Dagleg notkun þessara lyfja var hins vegar miklu minni. Hún var mest í Nýja-Sjálandi (29%) og Bretlandi (27%) en minnst á Ítalíu (0%) og Bandaríkjunum (5%). Á Ísland var hún um 10% (28). Þegar kom að hómópatíu og jurtalækningum sögðust 16% Þjóðverja og 15% Belga nota þannig meðferð við asma (28). Hjá öðrum þjóðum voru þessar tölur á bilinu 0 (á Íslandi) til 9%. Kannað var hlutfallið milli notkunar bólgueyðandi innöndunar-

lyfja og berkjuvíkkandi lyfja. Berkjuvíkkandi lyf voru alls staðar meira notuð en hlutfallið var hæst í Belgíu (0,66), Hollandi (0,63), Bretlandi (0,61) og Eyjaálfu (0,58-0,59) (28). Það var lægst á Íslandi (0,35). Í Noregi var þetta hlutfall 0,51 og í Svíþjóð 0,43 (28).

Lagt var mat á asmaeinkennin síðustu 12 mánuði með því að spyrja um heimsóknir til lækna, hvort viðkomandi einstaklingur hefði vaknað vegna asma, hvort hann hefði fengið asmakast og hvort hann hefði verið lagður inn á spítala. Einnig voru öndunarpróf þeirra metin (tafla IV). Á Íslandi höfðu 8% asmasjúklinga lægra FEV_1 en 80% af áætluðum normalgildum. Í Bretlandi höfðu 23% asmasjúklinga FEV_1 lægra en 80% af áætluðum gildum. Niðurstöður fyrir aðrar þátttökuþjóðir voru á bilinu þar á milli. Í Þýskalandi höfðu 24% asmasjúklinga vaknað vegna andþyngsla og 25% á Íslandi en á Spáni höfðu 52% asmasjúklinga vaknað vegna andþyngsla en gildin fyrir aðrar þátttökuþjóðir voru þar á milli. Íslendingar skáru sig ekki úr hvað varðaði heimsóknir til lækna, fjölda asmakasta og innlagnir á sjúkrahús (28).

Einnig var könnuð notkun asmalyfja við asmatengdum einkennum. Eftirfarandi einkenni voru könnuð asmatengd: 1) surgur fyrir brjósti; 2) að vakna upp með andþyngsli; 3) mæðiköst að degi til í hvíld; 4) mæðiköst við erfiði; 5) að hafa vaknað upp með mæðikast á síðustu 12 mánuðum. Við þessum einkennum fengu flestir meðferð í Ástralíu (29%), Nýja-Sjálandi (27%) og Bretlandi (27%). Hins vegar voru samsvarandi tölur lægstar á Íslandi og Noregi (8%) og á Spáni (9%) (28). Þeir sem höfðu asmatengd einkenni og reyktu voru síður líklegir til að taka lyf en þeir sem höfðu einkennin og reyktu ekki. Í öllum þátttökulöndunum nema á Ítalíu og Íslandi var FEV_1 lægra hjá þeim sem fengu meðferð en hjá hinum sem ekki fengu meðferð (29).

Meðferðarheldni: Könnun var gerð á meðferðarheldni hjá 1771 einstaklingi frá 34 rannsóknarsetrum og 14 löndum sem fengu meðferð vegna asma (30). Þeir sem fengu lyf við asma voru spurðir hvort þeir tækju venjulega öll þau lyf samkvæmt fyrirmælum sem þeim var ætlað að taka. Þeir voru einnig spurðir að því hvort þeir tækju venjulega öll lyfin samkvæmt fyrirmælum sem þeim væri ætlað að taka við versnun á asma. Meðferðarheldnin var best á Íslandi (78%) en lökust í Bandaríkjunum (40%). Miðgildi fyrir könnunina var 67%. Við versnun á asma batnaði þó meðferðarheldnin og var miðgildið þá 72%. Ekki var þó munur á meðferðarheldni eftir því hve slæmur sjúkdómurinn var og ekki var heldur munur á meðferðarheldni eftir kynjum. Eldri einstaklingar sýndu betri meðferðarheldni en þeir sem yngri voru. Neikvætt samband var milli meðferðarheldni og fjölda heimsókna á bráðamóttöku vegna asma. Aðeins 25% álitu að þeir ættu að taka eins mikið af lyfjum við asma eins og þyrfti til að verða einkennalausir.

Table IV. *Doctor consultations and asthma severity in subjects with physician-diagnosed asthma (%).*

Country	Seen doctor*	Nocturnal awakenings*	Asthma attacks*	Hospitalizations*	FEV1** <80% pred.
Iceland	33	25	98	2	8
Norway	25	32	100	0	19
Sweden	37	33	72	4	10
Ireland	49	41	93	8	14
UK	53	44	100	2	23
Germany	50	24	44	3	19
Netherlands	54	42	100	2	16
Belgium	60	45	100	8	17
France	37	43	100	2	16
Spain	37	52	100	7	16
Italy	38	40	77	0	9
USA	32	27	100	2	10
New Zealand	49	45	97	4	15
Australia	48	39	99	1	19

*In the last 12 months. ** Forced expiratory volume in one second.

Table V. *BHR (bronchial hyperresponsiveness), specific IgE to four allergens and Total IgE for subjects with BHR data in 15 countries included in the study.*

Country	BHR "Slope" mean	BHR PD_{20}<1,0 mg %	Specific IgE Cat %	Specific IgE HDM %	Specific IgE Grass %	Specific IgE Cladosp. %	Specific IgE Any %	Total IgE geom. mean
Iceland	8,35	7,0	7,2	9,0	11,8	6,4	21,5	13,2
Norway	7,72	7,9	7,3	13,2	14,9	1,8	23,9	25,3
Sweden	7,84	9,4	13,7	9,6	17,6	2,2	29,1	23,3
The Netherland	7,58	12,4	8,0	27,1	20,0	4,1	36,1	33,2
Belgium	7,53	12,7	8,6	24,0	15,6	4,1	33,2	29,4
Germany	7,47	13,4	9,6	16,9	23,4	4,4	25,2	30,9
Switzerland	7,97	8,7	14,4	17,7	33,7	7,3	41,1	28,1
France	7,25	17,6	7,9	23,6	16,6	2,4	32,3	50,1
UK	7,23	19,1	8,9	23,4	24,2	2,5	37,5	27,2
Ireland	7,38	16,7	7,6	33,3	15,2	1,9	40,0	46,5
Italy	7,98	9,9	5,3	11,9	17,9	1,1	25,4	44,8
Spain	7,92	11,4	5,1	17,5	11,6	2,3	25,3	34,9
New Zealand	7,04	24,4	9,7	32,0	26,4	2,0	42,3	41,1
Australia	7,01	21,5	9,0	31,3	29,2	2,5	44,8	37,5
USA	7,22	18,2	18,2	19,6	32,7	4,4	42,9	22,7

HDM: house dust mite. Results from Greece not included.

Berkjuauðreitni: Auðreitni í berkjum var mæld á 35 rannsóknarsetrum og hjá 16 þjóðum (31). Við samanburð milli landa kom fram minnst auðreitni á Íslandi, en þátttakendur í Noregi, Sviss, Svíþjóð, Spáni og Ítalíu höfðu einnig litla auðreitni. Auðreitnin var hins vegar mest í Eyjaálfu, Bretlandi og Bandaríkjunum (31) (tafla V).

Ný asmatilfelli eftir árgöngum: Til könnunar á nýjum asmatilfellum eftir árgöngum voru lögð til grundvallar svör úr spurningunum: „Hefur þú nokkurn tímann fengið asma?" og „Hvað varst þú gamall/gömul í fyrsta skipti sem þú fékkst asmakast?" Þátttakendur voru 17,613 frá 35 rannsóknarsetrum og 15 löndum (32). Nýgengi asma hækkaði eftir því sem fæðingarárin færðust nær okkur í tíma. Áhættustuðlarnir (OR) voru 1,13 (0,94-1,34), 1,39 (1,17-1,66), 2,01 (1,60-2,51) og 2,33 (1,81-2,98) fyrir tilsvarandi árganga 1951-55, 1956-60, 1961-65 og 1966-71 þegar nýgengi asma þessara árganga var borið saman við nýgengi árganganna 1946-50. Aukning varð hjá báðum kynjum og óháð því hvenær asmi byrjaði. Árlegt nýgengi asma var 3,3 á þúsund íbúa fyrir aldurshópinn 0-15 ára og 1,2 á þúsund íbúa í aldurshópnum 16-44 ára (tafla VI). Fyrir Ísland voru þessar tölur 1,9 og 1,0.

Nýgengi asma eftir kyni: Með sömu spurningum var nýgengi asma hjá kynjunum borin saman frá barnæsku og fram að 44 ára aldri (33). Í barnæsku voru minni líkur á því að stúlkur fengju asma en drengir (OR: 0,74 og 0,56 fyrir aldurshópana 0-5 og 6-10). Um kynþroskaaldur voru líkur á asma svipaðar hjá báðum kynjum en eftir það voru meiri líkur til þess að konur fengju asma en karlmenn (OR: 1,38-5,91). Þessi munur á kynjum kom fram hjá öllum þátttökuþjóðunum.

Ofnæmissjúkdómar og erfðir: Spurt var um asma, ofnæmi í nefi og exem. Spurningar sem lagðar voru til grundvallar voru: Hefur þú nokkurn tímann fengið asma? Hefurðu haft nokkuð ofnæmi í nefi þar með talið frjókvef? Hefurðu nokkurn tímann haft exem eða einhvers konar húðofnæmi? Einnig var spurt um asma, ofnæmi í nefi og exem hjá systkinum og foreldrum. Þannig var hægt að kanna hvaða áhrif það hafði að eiga foreldra eða systkini með þessa sjúkdóma (34). Ofnæmisasmi (extrinsic asthma) var skilgreindur sem asmi samfara ofnæmissjúkdómum (exem/ofnæmi í húð eða ofnæmi í nefi og frjókvefi). Gögn voru fullnægjandi frá 13.963 einstaklingum frá 30 rannsóknarsetrum og 13 löndum. Í heildina höfðu 6,9% þátttakenda einhvern tímann fengið asma og 6,1% foreldra þeirra. Asmi hjá foreldrum var sterkur áhættuþáttur fyrir asma. Þegar faðir hafði asma voru líkur á astma (OR) 2,9 faldar (á Íslandi 0,6 faldar) og þegar móðir hafði asma voru líkurnar 3,2 faldar (á Íslandi 2,7 faldar). Þegar báðir foreldrar höfðu asma var hættan á astma 7,0 föld. Ef ofnæmisasmi var til staðar hjá öðru foreldri var hættan á ofnæmisasma 4,9 föld.

Table VI. *Description by country, yearly incidence of asthma, and prevalence of parental asthma.*

Country	Participation rate	n	Yearly incidence of asthma* 0 - 15	Yearly incidence of asthma* 16 - 44	Prevalence of parental asthma
Australia	41	666	6,7	2,9	19,9
Belgium	68	1118	2,9	0,3	7,8
France	20	2107	5,9	1,8	11,3
Germany	46	1981	1,3	0,9	8,5
Iceland	84	559	1,9	1,0	12,5
Ireland	76	427	2,8	1,0	8,4
Italy	49	890	3,2	1,2	10,2
Nederlands	65	1243	2,2	0,3	9,0
New Zealand	63	1236	6,3	2,0	14,7
Norway	87	834	3,1	1,0	10,5
Spain	70	1940	1,5	0,5	11,1
Sweden	89	1854	3,1	1,2	14,2
Switzerland	72	854	2,7	1,5	10,9
UK	66	1532	4,1	1,7	12,4
USA	45	381	4,7	2,0	12,8
Total	63	17613	3,3	1,2	11,4

Participation rate and prevalence of parents asthma are given as percentages. *Yearly incidence from 0-15 years of age, and from 16-44 years. Age 15 was the median age of asthma onset. Yearly incidence =(number of incident cases/sigma persone-year) x 1000.

Table VII. *Odds rations for asthma in occupations with excess asthma risk >30%.*

Occupation	n	Odds ratios (95% CL)* Bronchial hyper responsiveness and asthma symptoms or asthmamedication	Asthma symptoms or medication
Farmers	71	2,62 (1,29-5,35)	1,73 (1,00-3,01)
Other painters	65	2,34 (1,04-5,28)	1,44 (0,80-2,59)
Plastics	34	2,20 (0,59-8,29)	1,96 (0,87-4,40)
Cleaners**	443	1,97 (1,33-2,92)	1,82 (1,44-2,30)
Spray painters	56	1,96 (0,72-5,34)	2,83 (1,53-5,24)
Agricultural	181	1,79 (1,02-3,16)	1,41 (0,98-2,02)
Other non-metal, non-electrial	189	1,65 (0,82-3,31)	1,30 (0,88-1,92)
Textiles	212	1,59 (0,94-2,68)	1,13 (0,79-1,61)
Glass, ceramics	36	1,38 (0,31-6-13)	1,02 (0,38-2,71)
Chemicals	75	1,33 (0,46-3,38)	0,98 (0,51-1,89)
Construction and minmig	285	1,31 (0,78-2,20)	1,28 (0,94-1,76)
Welders	100	1,26 (0,56-2,83)	1,30 (0,80-2,11)
Housewives	845	1,23 (0,89-1,70)	1,34 (1,11-1,62)
Bakers	65	1,12 (0,43-2,90)	1,32 (0,71-2,43)
Metal-making	139	1,10 (0,49-2,45)	1,65 (1,10-2,47)
Other food	143	1,06 (0,47-2,36)	1,47 (0,99-2,20)
Professional, clerical, administrative***	8878	1,00	1,00

*Adjusted for age, sex, smoking status, and study sentre. **(Cleaners, caretakers, window-cleaners, chimney and road sweepers). ***Reference group (35)

Atvinna og asmi: Spurt var um atvinnusögu þátttakenda og könnuð tengsl atvinnu og asma. Í þessari athugun voru þátttakendur 15.637 frá 26 rannsóknarsetrum og 12 löndum (35). Asmi var skilgreindur út frá svörum í spurningalistum, notkun asmalyfja og útkomu á metakólínprófi. Niðurstaðan var sú að bændur væru í mestri hættu að fá asma, þá málarar og þar næst starfsmenn í plastiðnaði og fólk við hreinsunarstörf (tafla VII). Áhætta hreinsunarstarfsmanna var könnuð eftir löndum og var hún hæst á Íslandi (OR: 4,50) en aðeins tíu einstaklingar voru taldir hér til þessara starfsgreina. Næst mest var áhættan meðal hreinsunarstarfsmanna á Írlandi (OR: 2,75). Atvinna

Table VIII. *Prevalence of current smokers and past smokers by sex and country in people attending the European Commuity Respiratory Health Survey.*

Country	Current smokers %		Past smokers %	
	Males	Females	Males	Females
Belgium	40,5 (36,1 - 45,0)	31,5 (27,9 - 35,3)	18,7 (15,4 - 22,5)	24,0 (20,7 - 27,5)
Denmark	40,8 (32,9 - 49,0)	41,6 (34,7 - 48,7)	18,4 (12,6 - 25,5)	12,4 (8,2 - 17,7)
Germany	47,8 (44,7 - 50,9)	39,7 (36,6 - 42,9)	22,8 (20,2 - 25,5)	22,5 (19,9 - 25,3)
Spain	58,6 (55,3 - 61,7)	44,3 (41,2 - 47,4)	14,1 (12,0 - 16,5)	14,5 (12,4 - 16,9)
France	38,3 (35,3 - 41,3)	32,0 (29,2 - 34,9)	24,6 (22,1 - 27,4)	24,1 (21,6 - 26,8)
Ireland	44,2 (37,3 - 51,2)	46,5 (39,5 - 53,7)	18,4 (13,4 - 24,4)	13,9 (9,4 - 19,4)
Itali	42,8 (38,1 - 47,6)	30,1 (25,8 - 34,6)	20,0 (16,4 - 24,1)	18,6 (15,0 - 22,5)
The Netherlands	44,3 (40,4 - 48,2)	39,1 (35,4 - 42,9)	20,0 (17,0 - 23,3)	23,1 (19,9 - 26,4)
UK	28,3 (24,3 - 32,5)	25,9 (22,5 - 29,5)	24,6 (20,8 - 28,6)	18,4 (15,5 - 21,6)
Iceland	42,0 (36,1 - 48,1)	38,3 (32,7 - 44,1)	25,2 (20,2 - 30,8)	20,3 (15,9 - 25,4)
Norway	46,1 (41,6 - 50,7)	43,3 (38,8 - 47,9)	13,5 (10,6 - 16,8)	17,2 (13,9 - 20,8)
Sweden	26,2 (23,3 - 29,2)	31,0 (28,1 - 34,1)	23,6 (20,9 - 26,6)	21,7 (19,1 - 24,5)
Switzerland	41,2 (36,5 - 46,1)	40,2 (35,5 - 45,1)	19,2 (15,5 - 23,3)	17,3 (13,8 - 21,3)
New Zealand	21,8 (18,4 - 25,6)	23,7 (20,4 - 27,4)	24,3 (20,7 - 28,1)	24,2 (20,9 - 27,9)
USA	23,5 (18,1 - 29,7)	17,8 (13,8 - 22,3)	19,9 (14,9 - 25,8)	21,7 (17,4 - 26,5)
Australia	26,8 (22,0 - 32,0)	22,3 (18,0 - 27,0)	25,2 (20,6 - 30,4)	27,7 (23,1 - 32,8)

Data presented as prevalence rates (%) with 95% confidence interval in parentheses.

var metin orsakandi þáttur fyrir asma hjá 6,9% asmasjúklinga þegar asmi var skilgreindur eingöngu út frá svörum í spurningalista, en 9,9% ef niðurstöðum úr metakólínprófum var bætt inn í skilgreininguna. Hættan á atvinnuasma var heldur meiri hjá konum en körlum. Ísland var, ásamt Þýskalandi og Bandaríkjunum, með meira en 10% asmatilfella tengd atvinnu.

Bráðaofnæmi og IgE: Bráðaofnæmi var borið saman á 37 rannsóknarsetrum og hjá 16 þjóðum (36). Á Íslandi voru jákvæð IgE mótefni fyrir *D. pteronyssinus*, köttum og vallarfoxgrasi vel undir miðgildi. Hins vegar mældust jákvæð IgE mótefni fyrir *Cladosporium* næst hæst á Íslandi (6,4%) (tafla V). Áður hefur verið greint frá niðurstöðum úr húðprófum íslensku þátttakendanna (37). Nokkuð hærra hlutfall þátttakenda hafði jákvæð IgE mótefni fyrir grösum, rykmaurum og birki en jákvæð húðpróf. Mestu munaði þó á *Cladosporium* því 1,1% höfðu jákvæð húðpróf fyrir því. Svo virðist sem viðmiðin fyrir jákvæð IgE mótefni (≥0,35 kU/L) og jákvæð húðpróf (≥3 mm) séu ekki alveg sambærileg og kemur til greina að miða jákvæð húðpróf við minni húðsvaranir en hér er gert. Sá mikli munur sem er á niðurstöðum húðprófa og sértækra IgE mótefna fyrir *Cladosporium* á Íslandi er þó ekki þess vegna og hefur hann ekki verið skýrður.

Tíðni ofnæmis, mælt með sértækum IgE mótefnum, var mest í Ástralíu en önnur enskumælandi lönd og Sviss voru með algengi ofnæmis yfir 40%. Ofnæmi var minnst á Íslandi (23,6%) og þar næst í Grikklandi, Noregi og Ítalíu þar sem ofnæmi kemur fyrir hjá færri en 30% þátttakenda.

Þegar einstakir ofnæmisvakar eru skoðaðir í rannsóknarþýðinu í heild sinni var ofnæmi algengast fyrir rykmaurum; þeir voru í efsta sæti hjá 15 rannsóknarsetrum, kettir hjá átta setrum, grasfrjó hjá átta setrum, *Cladosporium* hjá tveimur og kettir og rykmaurar jafn algengir hjá einu rannsóknarsetri (36).

Við mælingu á heildarmagni IgE í sermi (total IgE, geometric mean) mældust hæstu meðalgildi í Grikklandi, Frakklandi, Írlandi og Ítalíu (>50 kU/L). Langlægsta meðalgildi mældist á Íslandi (13,2 kU/L) en næst lægst í Svíþjóð og þar næst Bandaríkjunum og Noregi (36) (tafla V). IgE gildin voru hærri í yngri aldurshópum en hjá þeim eldri og karlar voru með hærri gildi en konur. Tölfræðilegt samband fannst ekki milli heildarmagns IgE og ofnæmis (36), en hins vegar voru tölfræðileg tengsl milli IgE og auðreitni í berkjum (39).

Samanburður á sértækum IgE mælingum og húðprófum í Reykjavík og Uppsölum sýndu verulegan mun á milli borganna því 23,6% voru með sértæk IgE mótefni af einhverju tagi á Íslandi og 32,3% í Uppsölum. Önnur aðferð við að meta algengi ofnæmis er að skoða niðurstöður úr húðprófum, en 20,5% voru með jákvæð húðpróf á Íslandi og 34,2% í Uppsölum (38).

Auðreitni í berkjum og ofnæmi: Könnuð voru áhrif ofnæmis á útkomu auðreitnimælinga. Niðurstöður voru nýtanlegar frá 34 rannsóknarsetrum og 15 löndum og 11.215 einstaklingum sem bæði höfðu farið í blóðprufur fyrir sértækum IgE mótefnum og metakólínpróf (tafla V) (39). Auðreitni var yfir meðallagi hjá þeim sem höfðu ofnæmi fyrir köttum ($p=0,023$), rykmaurum ($p<0,001$) og grasi ($p=0,018$), en auðreitni var ekki aukin hjá þeim sem höfðu ofnæmi fyrir *Cladosporium*. Þeir sem voru með ofnæmi fyrir tveimur ofnæmisvökum höfðu meiri auðreitni en þeir sem einungis höfðu ofnæmi fyrir einum ofnæmisvaka og þeir sem höfðu ofnæmi fyrir þremur ofnæmisvökum höfðu meiri auðreitni en þeir sem höfðu ofnæmi fyrir tveimur.

Reykingar: Fyrir þátttakendur voru lagðar ítarlegar spurningar um reykingavenjur og því var hægt að bera saman reykingavenjur þátttökuþjóðanna (tafla VIII) (40). Meðal karla voru reykingamenn (current

smokers) flestir á Spáni (58,6%) en Íslendingar voru um miðjan hóp (42,0%). Minnstar voru reykingar á Nýja-Sjálandi (21,8%), en bandarískir karlmenn reyktu litlu meira. Í hópi kvenna var mest reykt á Írlandi (46,5%), en Íslendingar voru þar einnig um miðjan hóp (38,3%), en konur í Bandaríkjunum reyktu minnst (17,8%). Þátttakendur voru sagðir með langvinna berkjubólgu ef þeir höfðu hósta og uppgang á veturna flesta daga að minnsta kosti þrjá mánuði á ári. Þótt hér sé um að ræða fólk á besta aldri voru 2,6% með langvinna berkjubólgu. Flestir voru með þennan sjúkdóm í Albacete á Spáni (9,7%), en fæstir í Geleen í Hollandi (0,7%). Ísland var með heldur lægri algengistölur en Noregur og Svíþjóð (um 2%), en Danmörk var í efri kantinum (um 4%). Reykingar voru aðal áhættuþáttur fyrir langvinna berkjubólgu og áhætta jókst í takt við vaxandi fjölda pakkaára (OR: 3,51 eftir 1-14 pakkaár og 17,32 við 45 pakkaár eða meiri reykingar) (40).

Þegar skoðað var samband milli atvinnu og langvinnrar berkjubólgu var aukin hætta á langvinnri berkjubólgu í iðnaði tengdum landbúnaði, vefnaði, pappírsiðnaði, trjávöruiðnaði, efnaiðnaði og matvælaiðnaði (41). Tengsl berkjubólgu við atvinnu var meira áberandi hjá þeim sem reyktu.

Sérstök könnun var gerð á sambandi reykinga við ofnæmi og heildarmagn IgE (42). Gögn voru aðgengileg frá 13.002 einstaklingum frá 34 rannsóknarsetrum og 14 löndum þar sem þeir sem aldrei höfðu reykt mynduðu samanburðarhópinn. Reykingamenn höfðu oftar ofnæmi fyrir rykmaurum (OR: 1,13), en sjaldnar ofnæmi fyrir grasfrjóum (OR: 0,76) og köttum (OR: 0,69). Heildarmagn IgE (Total IgE geometric mean) var hærra hjá reykingamönnum.

Þegar könnunin var takmörkuð við rannsóknarsetur í Bretlandi var niðurstaðan hin sama, að þeir sem reyktu höfðu oftar ofnæmi fyrir rykmaurum en sjaldnar grasofnæmi og kattaofnæmi. Þeir sem reyktu höfðu líka heldur hærri IgE gildi en þeir sem hættir voru að reykja eða höfðu aldrei reykt (43). Í Uppsölum og Reykjavík var grasofnæmi einnig sjaldnar til staðar hjá þeim sem reyktu, en þegar allir ofnæmisvakar voru lagðir saman í þessum borgum var enginn munur á reykingamönnum og þeim sem ekki reyktu (38).

Þá voru einnig könnuð áhrif óbeinna reykinga á einkenni frá öndunarfærum, auðreitni, öndunarstarfsemi og IgE gildi. Gögn frá 7882 einstaklingum sem ekki reyktu voru skoðuð. Þeir voru frá 36 rannsóknarsetrum og 16 löndum (44). Spurt var hvort viðkomandi hefði verið útsettur fyrir tóbaksreyk síðustu 12 mánuði; hvort reykt væri á heimilinu; hvort reglulega væri reykt á vinnustaðnum og hvað hann væri útsettur margar klukkustundir fyrir reykingum annarra á sólarhring. Afar misjafnt var hversu margir voru útsettir fyrir tóbaksreyk á vinnustað. Það var algengast á Galdakao á Spáni (53,8%), en það var einnig algengt á öðrum stöðum á Spáni, Ítalíu, Hollandi og Belgíu. Á hinn bóginn var það sjaldgæft í Uppsölum (2,5%), en einnig mjög sjaldgæft á öðrum stöðum í Svíþjóð, Nýja-Sjálandi og Bandaríkjunum. Reykjavík (18,0%) og Bergen (19,1%) voru einnig fyrir neðan meðaltal hvað þetta varðaði. Óbeinar reykingar áttu þátt í andþyngslum að nóttu til (OR: 1,28), mæði að nóttu til (OR: 1,30), mæði eftir áreynslu (OR: 1,25) og auðreitni (-0,18). Marktæk tengsl voru einnig milli óbeinna reykinga á vinnustað og öndunarfæraeinkenna og asma (OR: 1,9). Óbeinar reykingar höfðu hins vegar ekki áhrif á IgE gildi (44).

Notkun á gasi við eldamennsku: Kannað var samband öndunarfæraeinkenna, fráblástursgilda og notkunar á gasi við eldamennsku (45). Til úrvinnslunnar voru notuð gögn frá 5561 karli og 6029 konum frá 23 rannsóknarsetrum í 11 löndum. Gögn frá Íslandi voru ekki notuð í þessari könnun þar sem aðeins 0,9% þátttakenda á Íslandi elduðu við gas. Ekki fannst marktækt samband milli notkunar á gasi og einkenna frá öndunarfærum hjá körlum en hjá konum fannst lakari lungnastarfsemi (FEV_1 og FEV_1/FVC) og aukin tíðni á surg síðustu 12 mánuði hjá þeim sem notuðu gas við eldamennsku (OR: 1,2).

Umhverfi og ofnæmi: Gerð var könnun á því hvort kettir á heimilum í æsku hefði áhrif á algengi ofnæmis á fullorðinsaldri (46). Efniviður kom frá 35 rannsóknarsetrum og 16 þjóðum og var blóð dregið í sértæk IgE mótefni fyrir köttum frá 13.509 einstaklingum. Þegar öll rannsóknarsetrin lögðu saman höfðu 9% kattaofnæmi (7,5% á Íslandi). Þeir sem höfðu ketti á heimili í æsku fengu síður ofnæmi fyrir köttum á fullorðinsárum; einkum og sér í lagi ef þeir höfðu ættarsögu um ofnæmi (OR: 0,68). Sumir höfðu mótefni fyrir köttum án þess að hafa nokkur einkenni um það. Þeir komu hlutfallslega fleiri frá heimilum þar sem kettir voru fyrir (OR: 1,57). Hins vegar fannst jákvætt samband milli fjölda katta í samfélaginu og ofnæmis fyrir köttum. Það fannst einnig jákvætt samband milli fjölda katta í samfélaginu og fjölda þeirra sem voru með asma eða önnur einkenni frá öndunarfærum og fengu meðferð við asma. Mest var um ketti í Hawkes Bay á Nýja-Sjálandi þar sem 68,6% heimila voru með ketti, en fæstir höfðu ketti í Huelva á Spáni (3,7%). Kettir voru á heimilum 12,5% þátttakenda á Íslandi. Kattahald var minna á Spáni, Írlandi og Erfurt í Þýskalandi en í Reykjavík, en það var afar útbreitt (>30%) á Nýja-Sjálandi, í Bandaríkjunum, Ástralíu og Ipswich og Norwich í Bretlandi.

Í annarri rannsókn voru könnuð áhrif umhverfis á uppvaxtarárum á útbreiðslu ofnæmis á fullorðinsaldri (47). Í þessari rannsókn tóku 13.932 einstaklingar þátt frá 36 rannsóknarsetrum og 17 löndum. Helstu niðurstöður sýndu að algengi ofnæmis var í öfugu sambandi við fjölskyldustærð (OR: 0,93); þar voru áhrif bræðra meiri en áhrif systra. Að deila svefnherbergi með öðrum í æsku minnkaði líkur á ofnæmi. Þess gætti þó ekki ef leiðrétt var fyrir fjöl-

skyldustærðinni. Áhrifin af fjölda systkina og samnýtingu svefnherbergja komu aðeins fram hjá þeim sem ekki áttu foreldra með ofnæmi. Hundar á heimilum í æsku drógu úr líkum á ofnæmi (OR: 0,85). Þetta átti einnig við um ketti og önnur gæludýr, en marktækni þeirra áhrifa hvarf þegar leiðrétt hafði verið fyrir áhrifum af hundum. Meðal þátta sem ekki höfðu áhrif á útbreiðslu ofnæmis var dagvistun í æsku, saga um alvarlegar öndunarfærasýkingar fyrstu fimm æviárin og reykingar foreldra.

Með þessar niðurstöður í huga vaknar sú spurning hvort það hafi áhrif á ofnæmi að alast upp í sveit. Til að leita svara við því var farið í gögn 6251 einstaklings úr Evrópukönnunin Lungu og heilsa í Svíþjóð, Belgíu, Hollandi, Frakklandi og Nýja-Sjálandi (48). Fæstir þátttakenda komu úr sveit í Antwerpen (2%) en flestir í Umeå (30%). Leiðrétt var fyrir þeim atriðum sem gátu haft villandi áhrif á niðurstöðurnar, svo sem dýrahaldi í æsku, fjölda systkina og ofnæmi hjá foreldrum. Að alast upp við búskap minnkaði hættuna á ofnæmi á fullorðinsárum (OR: 0,76). Þetta var sérstaklega greinilegt varðandi ofnæmi fyrir köttum (OR: 0,63) og grasfrjóum (OR: 0,68).

Innflytjendur: En skyldi það skipta máli hvort maður elst upp á öðru menningarsvæði en foreldrarnir þegar asmi, auðreitni og ofnæmi er annars vegar? Í Evrópukönnuninni var spurt um fæðingarland þátttakenda og ef það var annað en það land sem hann bjó í þegar könnunin var gerð var litið á hann sem innflytjanda. Samtals voru 1678 (8,6%) innflytjendur í seinni áfanga könnunarinnar. Asmi var algengari meðal innflytjenda (OR: 1,21) en auðreitni og ofnæmi var jafn algengt meðal innflytjenda og þeirra sem fæddir voru í rannsóknarlandinu (49).

Samspil bólgu í nefi og asma: Í stóru úrtaki eins og Evrópukönnuninni eru góðir möguleikar á að kanna samspil sjúkdóma. Því var athugað hvort einhver tengsl væru milli asma og þrálátrar bólgu í nefi (perennial rhinitis) (50). Gögn voru athuguð frá 34 rannsóknarsetrum. Þeir töldust hafa þrálátar bólgur í nefi sem svöruðu játandi spurningunum: „Hefur þú ofnæmi í nefi, þar með talið frjókvef?“ og „Þegar þú ert nálægt dýrum, svo sem köttum, hundum eða hestum og þegar þú notar fiðurkodda eða fiðursængur eða ert innan um húsryk, færðu þá nefrennsli, hnerra eða nefstíflur?“ Þeir sem svöruðu þessum spurningum játandi voru 1412 en 5198 svöruðu báðum spurningunum neitandi. Þeir mynduðu viðmiðunarhóp. Í báðum hópunum var vitað um asma, ofnæmi, auðreitni og hvort asmi væri í ættum. Sterk tengsl voru milli asma og þrálátrar bólgu í nefi hjá þeim sem höfðu ofnæmi (OR: 8,1) og enn sterkari tengsl hjá þeim sem ekki höfðu ofnæmi (OR: 11,6). Tengslin milli asma og þrálátrar bólgu í nefi voru ennþá sterkari þegar samanburðurinn var einskorðaður við þá sem ekki höfðu ofnæmi en voru með IgE ≤ 80 kU/L (OR: 13,3). Þeir sem ekki höfðu asma en voru með þráláta bólgu í nefi mældust oftar með auðreitni en þeir sem ekki höfðu bólgur í nefi (OR: 1,7). Þessar niðurstöður benda til þess að bólga í nefi sé sjálfstæður áhættuþáttur fyrir asma (50).

Mataræði, sjúkdómar og þyngdarstuðlar: Nokkrar spurningar fjölluðu um mataræði þátttakenda og hvort þeim yrði illt af að borða einhverja sérstaka fæðu. Einnig var spurt um einkenni sem þeir tengdu ákveðinni fæðu. Unnið var úr niðurstöðum þessara gagna frá 17.280 einstaklingum í 15 löndum (51). Áður hefur verið birt grein um þetta efni úr íslenska efniviðnum (52). Þeir sem svöruðu játandi spurningunni: „Hefurðu nokkurn tímann veikst eða orðið illt af að borða einhverja sérstaka fæðu eða mat?“ voru 19% (22,2% á Íslandi) og þeir sem svöruðu játandi spurningunni: „Hefurðu næstum alltaf veikst með sama hætti eða orðið illt á sama hátt af að borða þessa sérstöku fæðu?“ voru 12,2% (15,0% á Íslandi). Jákvæðar svartölur fyrir þessa spurningu voru hæstar í Ástralíu (19,1%) en lægstar frá Spáni (4,6%). Súkkulaði var oftast nefnt sem orsök einkenna, þá epli og heslihnetur, jarðarber og mjólk. Á Íslandi voru ávextir í fyrsta sæti, þá kjötvörur, fita og mjólkurvörur.

Spurt var sérstaklega hvort matur ylli eftirtöldum einkennum: Útbrotum og kláða, niðurgangi eða uppköstum, nefrennsli eða nefstíflu, slæmum höfuðverk eða mæði. Algengustu einkennin voru frá húð, meltingarvegi og höfuðverkur. Í töflu IX eru borin saman einkenni af mat hjá löndunum 15 í Evrópurannsókninni og hjá þátttakendum á Reykjavíkursvæðinu. Um 60% á Reykjavíkursvæðinu og 41% í Evrópurannsókninni gátu ekki flokkað óþægindi sín undir einhver áður talinna einkenna. Þeim hætti frekar til að fá fæðutengd óþægindi sem höfðu ofnæmi, asma einhvern tímann á ævinni, surg síðustu 12 mánuði, svo og þeir

Table IX. *Reported symptoms that occur nearly every time following eating particular food(s).*

Symptom type	n (percentage of responses) in ECRHS study	n (percentage of responses) in Reykjavík	Most commonly reported food items responsible for symptoms in the ECHRS study (percentage of responses)
Rash/itchy skin	800 (37,0)	17 (20,0)	Strawberries (10,1), apple (7,0), hazelnut (6,7)
Diarrhoea/vomiting	797 (36,9)	32 (37,6)	Milk (6,9), oyster (6,0), chocolate (4,2)
Runny/stuffy nose	207 (9,6)	4 (4,7)	Apple (9,2), hazelnuts (8,4), milk (6,9)
Severe headaches	326 (15,1)	11 (12,9)	Chocolate (10,7), hard cheese (4,3), milk (4,1)
Breathlessness	217 (10,0)	6 (7,0)	Hazelnuts (12,8), apple (7,0), peach (4,3)
Other	878 (40,6)	52 (61,1)	Apple (7,0), hazelnuts (6,8), milk (4,7)

sem notuðu asmalyf síðustu 12 mánuði fyrir rannsóknina. Á Íslandi fengu konur oftar fæðutengd einkenni en karlar (OR:1,72) og það var einnig í Noregi (OR: 2,00), Sviþjóð (OR: 1,98) og Þýskalandi (OR: 1,76). Á Spáni fengu færri konur en karlar einkenni af mat. Þeir sem sögðust fá mæði tengda ákveðinni fæðu höfðu oftar en hitt asma, ofnæmi eða auðreitni.

Á Íslandi voru þátttakendur látnir svara nokkrum spurningum um mígreni, ofsakláða, ofsabjúg og lyfjaofnæmi sem ekki voru lagðar fyrir þátttakendur í öðrum löndum. Við athugun á svörum við þessum spurningum kom fram sterk fylgni þessara sjúkdóma við einkenni tengd einhverjum fæðutegundum (52).

Hæð og vigt var meðal þeirra atriða sem skráð voru í Evrópurannsóknninni. Meðalhæð íslenskra karlmanna var 181 cm, en karlmenn voru hæstir í Groningen í Hollandi, 182 cm, og lægstir í Huelva á Spáni, 171 cm. Konur á Íslandi voru að meðaltali 167 cm, en þær voru hæstar í Groningen, 168 cm, og lægstar í Galdakao, Ovieda og Huelva á Spáni, 159 cm (53). Þyngdarstuðull (mean bodymass index (kg/m^2)) var einnig reiknaður út fyrir hverja þátttökuþjóð. Þyngdarstuðull Íslendinga var 24,0 sem var sá sami og meðaltal allra þátttökuþjóðanna. Hæstur var þyngdarstuðullinn í Bandaríkjunum (26,5) en lægstur í Frakklandi (22,8) (51).

Þátttakendum var einnig skipt upp í hópa eftir þyngdarstuðlum (<20, 20 - <25, 25 - <30, ≥ 30) (54). Á Íslandi voru 6,9% karla og 4,9% kvenna með þyngdarstuðul ≥30. Íslendingar voru í tíunda sæti af 16 þjóðum neðan frá hvað þessar tölur varðar en Frakkar voru neðstir með 2,6% karla og 3,6% kvenna. Efstir á listanum voru Bandaríkjamenn en 16,1% karla og 23,3% kvenna höfðu þyngdarstuðul ≥ 30.

Kannað var samband líkamsþyngdar og öndunarfæraeinkenna. Þeir sem höfðu þyngdarstuðul ≥30 voru í aukinni hættu að fá surg eða mæði (OR fyrir karla 1,85 og fyrir konur 2,03) (54). Svipað samband kom fram milli þyngdar og annarra einkenna sem bentu til asma. Hins vegar fannst ekki samband milli líkamsþyngdar og ofnæmiseinkenna í nefi né líkamsþyngdar og sértækra IgE mótefna fyrir rykmaurum, köttum og grösum. Það fannst heldur ekki samband milli líkamsþyngdar og heildarmagn IgE í sermi (54).

Svefnrannsóknir í Evrópurannsóknninni: Í seinni áfanganum voru þátttakendur í Reykjavík, Uppsölum, Gautaborg og Antwerpen beðnir að svara spurningum um svefngæði og svefnháð einkenni, en þessar spurningar höfðu áður verið notaðar í rannsóknum í Reykjavík og Uppsölum (55, 56). Spurningum um svefntruflanir svöruðu 2202 einstaklingar og þátttakendur í Reykjavík og Svíþjóð svöruðu einnig spurningum um svefnvenjur og svefnlengd (57). Langvinnir erfiðleikar að sofna sem vöruðu í meira en þrjár vikur komu fyrir hjá 6-9%, þá áttu 5-6% í erfiðleikum með svefn í morgunsárið. Um 0,9-1,1% vöknuðu á nóttunni og 0,9-6,8% nefndu að þeir fengju martraðir. Þessar tölur voru marktækt lægri fyrir Reykjavík en hin rannsóknarsetrin. Notkun svefnlyfja var minnst í Uppsölum (0,4%), en hún var mest í Antwerpen (2,0%). Í Reykjavík notuðu 1,7% svefnlyf.

Einnig var kannað í sama úrtaki frá Svíþjóð, Reykjavík og Antwerpen hvort asmi hefði áhrif á svefntruflanir og dagsyfju (58). Í hópnum voru 267 einstaklingar með einkenni um asma sem greindir höfðu verið af lækni. Erfiðleikar með að sofna og erfiðleikar með að sofa í morgunsárið voru helmingi algengari meðal asmasjúklinga en annarra þátttakenda og dagsyfja var 50% algengari meðal þeirra sem greinst höfðu með asma. Í tengslum við asma var reiknuð áhætta (OR) fyrir erfiðleika með að sofna (1,8), erfiðleika með að sofa í morgunsárið (2,0), dagsyfju (1,6), hrotur (1,7) og öndunarhlé í svefni (3,7). Af þeim sem greindust með asma sögðust 71% hafa ofnæmi í nefi og reyndist það óháður áhættuþáttur fyrir svefntruflanir.

Einnig var kannað samband bakflæðiseinkenna og einkenna frá öndunarfærum (59). Bakflæðiseinkenni voru skilgreind sem brjóstsviði eða nábítur einu sinni eða oftar á viku eftir að gengið var til hvílu á kvöldin og gengust 101 (4,6%) þátttakenda við þessum einkennum. Þeir sem höfðu bakflæði voru þyngri en samanburðarhópurinn og var sá munur marktækur. Þeir höfðu líka oftar ofnæmiseinkenni frá nefi, hrutu oftar, svitnuðu oftar í svefni, fengu öndunarhlé í svefni og martraðir oftar en samanburðarhópurinn. Einkenni frá öndunarfærum voru borin saman hjá þeim sem höfðu bakflæði og samanburðarhópnum og hafði bakflæðihópurinn oftar surg, hvíldarmæði, mæði við áreynslu, næturmæði, hósta og uppgang. Áhættustuðullinn (OR) fyrir þessi einkenni var á bilinu 1,7-3,0. Áhættustuðull fyrir asma var 2,2 ($p<0,05$) í bakflæðihópnum.

Umræða

Í fyrri áfanga rannsóknarinnar var þátttaka góð hjá flestum rannsóknarsetrum en lægst 54%. Í seinni áfanga var þátttaka lakari hjá nokkrum rannsóknarsetrum. Má þar nefna Sevilla og Huevala á Spáni, þátttökusetrin á Ítalíu, Cambridge í Englandi, Aþenu í Grikklandi og Hawkes Bay á Nýja-Sjálandi. Þátttökuhlutfallið var gott á Íslandi (77% fyrir svörun spurningalistans í seinni áfanga) sem og á hinum Norðurlöndunum. Samanburður á niðurstöðum frá Íslandi við meðaltal alls rannsóknarþýðisins er því vel marktækur þótt niðurstöður frá einstaka rannsóknarþýðum kunni að vera ómarktækar vegna lítillar þátttöku.

Skoða má niðurstöður Evrópurannsóknarinnar út frá tveimur sjónarhólum; annars vegar sem hnattrænar niðurstöður í þjóðfélögum sem flest eru með þeim best stæðu í heiminum og hins vegar út frá stöðu Íslands í samanburði við aðrar þátttökuþjóðir. Rann-

sóknin leiðir í ljós mikinn mismun milli þjóða á algengi einkenna frá öndunarfærum, asma, ofnæmis og auðreitni í berkjum. Þannig var áttfaldur munur á surg, sexfaldur munur á asma (stage 1), meira en tífaldur munur á læknisgreindum asma (stage 2) og fjórfaldur munur á ofnæmiseinkennum í nefi. Öll enskumælandi löndin skáru sig úr með háar tölur fyrir öndunarfærasjúkdóma, en Ísland, hluti Spánar, Þýskaland, Ítalía, Alsír og Indland voru á neðri hluta skalans. Áttfaldur munur mældist á auðreitni þar sem hún var mest og þar sem hún var minnst og gott samræmi var milli auðreitni og einkenna í öndunarfærum (31).

Gott samræmi var einnig milli ofnæmis og einkenna frá öndunarfærum og enn röðuðust enskumælandi löndin í efstu sætin þegar um ofnæmi var að ræða, með þeirri undantekningu þó að Sviss kom í öðru sæti eftir Ástralíu, en aftur kom Ísland í neðsta sæti. Þessar niðurstöður hafa verið bornar saman við niðurstöður úr afar umfangsmikilli fjölþjóðlegri rannsókn sem nefnd er ISAAC-rannsóknin á börnum 13-14 ára (60). Algengistölur voru að jafnaði lægri í Evrópurannsókninni en í ISAAC-rannsókninni þótt gott samræmi sé í niðurstöðum hjá einstaka þjóðum. Niðurstöður úr ISAAC-rannsókninni fyrir Ísland liggja enn ekki fyrir.

Á þeim tíma sem gagnasöfnun rannsóknarinnar fór fram var almennt viðurkennt að asmi væri bólgusjúkdómur sem meðhöndla bæri með bólgueyðandi sterum (61). Það er því umhugsunarefni hve lágt hlutfall þeirra sem greindir voru með asma á rannsóknarárinu notuðu bólgueyðandi lyf daglega. Það náði hvergi þriðjungi sjúklinganna og á Íslandi voru það aðeins 10%. Við samanburð á stöðu íslenskra asmasjúklinga og sjúklinga annarra þátttökuþjóða kann að virðast sem íslenskir asmasjúklingar séu bæði lítið og illa meðhöndlaðir. En þá ber að hafa í huga að einkenni íslenskra sjúklinga eru minni en annarra sjúklinga ef mið er tekið af blástursgildum og nætureinkennum. Það er því ekki bara minna um asma á Íslandi miðað við sambærilegar þjóðir heldur eru einkenni þeirra sem þennan sjúkdóm hafa vægari hér en almennt gerist. Það kemur einnig fram að meðferðarheldni er meiri á Íslandi en annars staðar sem kann að þýða það að val á meðferð sé betri hér á landi og að íslenskir sjúklingar séu vel upplýstir.

Því hefur stundum verið haldið fram þegar yfirvöldum eða einstaklingum blöskrar það fjármagn sem varið er til lyfjakaupa að læknar ofnoti lyf. En hvernig stöndum við Íslendingar í samanburði við aðrar þjóðir Evrópurannsóknarinnar varðandi meðferð á asmatengdum einkennum? Við erum þar í lægsta sæti ásamt Norðmönnum með aðeins 8% einstaklinga í meðferð. Þetta vekur upp spurningar um það hvort einhverjir fari á mis við meðferð sem ættu að fá hana, en við því höfum við ekkert svar.

Evrópurannsóknin sýnir að asmi er sífellt að aukast í þjóðfélögum með vestrænan lífsstíl og hefur stefnan í þá átt verið stöðug frá seinni helmingi síðustu aldar. Þannig hefur nýgengi asma meira en tvöfaldast á árabilinu 1950-1971 og er þróunin á Íslandi ekki frábrugðin (32). Á fyrstu aldursárunum eru minni líkur á því að stúlkur fái asma en drengir, þetta jafnast út um kynþroskaaldur, en um miðbik ævinnar fá fleiri konur en karlar asma. Þetta er í samræmi við eldri niðurstöður (62, 63). Hafa ber í huga að hér er um afturvirka könnun að ræða þar sem gera má ráð fyrir meiri skekkjum í niðurstöðum þegar lengra líður frá því atviki sem spurt er um. Á fyrri hluta þess tímabils sem þátttakendur rannsóknarinnar eru fæddir á var sú skoðun ríkjandi meðal lækna á Íslandi að asmi væri mjög sjaldgæfur hjá börnum og þar af leiðandi kann hann að hafa verið vangreindur sem í hinu íslenska tilfelli myndi ýkja þann mun sem er á fyrri hluta og seinni hluta rannsóknartímans.

Í töflu X er yfirlit yfir þau atriði sem í rannsókninni höfðu áhrif á algengi surgs, asma, auðreitni og ofnæmis (23). Hefur áður í greininni verið fjallað um einstök efnisatriði töflunnar. Þar er þó sérstök ástæða til að benda á þau atriði sem draga úr hættu á ofnæmi, en það er stór systkinahópur og dýr í umhverfi í æsku. Nú eru þetta ekki ný sannindi því sýnt var fram á þýðingu stærðar systkinahópsins 1989 (64) og fleiri rannsóknir hafa staðfest þær niðurstöður (65-68), og gildir þá einu hvort í rannsóknunum tóku þátt börn (68), unglingar (65) eða fullorðnir (67). Í sumum rannsóknum hefur verið sýnt fram á sterkari áhrif af eldri systkinum (64, 67) og í öðrum rannsóknum hafa áhrifin verið sterkar tengd drengjum en stúlkum (47, 67). Samnýting herbergja í æsku hafði einnig áhrif (47).

Eldri rannsóknir hafa sýnt að ofnæmisvakar frá köttum finnast í 100 til 1000 sinnum meira magni á heimilum þar sem ketti búa en á heimilum sem ekki eru með ketti (69). Af þeirri ástæðu hefur fram undir þetta þótt nærri sjálfsagt að gæludýr á heimili ykju hættuna á því að börn fengju ofnæmi (70). Í samræmi við það hafa sérfræðingar óhikað ráðlagt foreldrum að útiloka dýr úr umhverfi barnanna á fyrstu æviárunum til að minnka hættuna á ofnæmi. Niðurstöður Evrópurannsóknarinnar ganga þvert á þessar hugmyndir. Þegar mat er lagt á niðurstöðurnar má þó halda því fram að fjölskyldur sem stríða við ofnæmi séu líklegri til að forðast dýrahald heldur en fjölskyldur sem ekki eiga við slíkt vandamál að etja. Í Evrópurannsókninni var leiðrétt fyrir slíkum áhrifum enda kom í ljós að áhrif af hundahaldi voru svipuð í ofnæmisfjölskyldum og þeim fjölskyldum sem ekki höfðu sögu um ofnæmi (47). Nýlegar greinar sem fjalla um áhrif dýrahalds í æsku á ofnæmi eru ekki samhljóða í niðurstöðum. Anyo og félagar komust að þeirri niðurstöðu að hundar eða kettir í umhverfi á fyrstu tveimur aldursárunum minnkuðu líkur fyrir frjóofnæmi (OR: 0,73) (71). Sænsk rannsókn sýndi að börn sem umgengust ketti á fyrstu æviárun-

Table X. *Variables explaining variation in the prevalence of wheeze, asthma, atopic sensitization and bronchial responsiveness.*

	Wheeze	Asthma	Bronchial responsiveness	Atopic sensitization
Age	(–)	(–)		–
Female sex		– (in childhood) + (in adulthood)	(+)	–
Rhinitis		+	+	+
Allergic sensitization	(+)	(+)	+	
Current smoking	(+)		(+)	+ (to mite) – (to grass and cat)
Gas cooking	+ (in women)			
Cat ownership				+ (to cat in subjects without symptoms)
Damp dwellings	(+)	(+)	(+)	
Occupational exposure	+	+	+	
Parental asthma		+	(+)	
Parental atopy				(+)
Number of siblings in childhood	(–)	(–)	(–)	–
Dog in childhood				–
Cat in childhood				– (to cat in subjects with atopic heredity)
Severe respiratory infection before the age of 5 years		(+)		

+: positive association; –: negative association; parenthesis indicate the association was shown in local analysis, as opposed to the whole data set.

um höfðu síður ofnæmi fyrir köttum um 12-13 ára aldur og að börnum sem höfðu umgengist gæludýr í æsku var síður hætt við ofnæmi í nefi og asma. Niðurstöður breyttust ekki þótt út úr könnuninni væru tekin börn þeirra foreldra sem meðvitað höfðu ákveðið að vernda börn sín fyrir umgengni við dýr (72). Í framvirkri rannsókn í Tucson Arizona var niðurstaðan hins vegar þveröfug. Fylgst var með börnunum frá fæðingu til 13 ára aldurs og fundust ekki nein verndandi áhrif gegn ofnæmi hjá þeim börnum sem umgengust ketti eða hunda á fyrstu æviárunum (73). Þess vegna hefur því ekki verið endanlega svarað hvort náin umgengni við hunda og ketti í æsku sé verndandi gegn ofnæmi.

En hvað þá um mun á ofnæmi í þéttbýli og sveitum? Samkvæmt grein úr Evrópurannsóknninni var fjórðungi minna um ofnæmi meðal þeirra sem ólust upp við búskap en hinna sem ólust upp í þéttbýli (48). Þetta er fyrsta rannsóknin sem kannar þess konar áhrif hjá fullorðnum. Áður höfðu birst greinar sem sýndu fram á minna frjóofnæmi meðal bændabarna en annarra barna frá fimm ára aldri upp til 24 ára aldurs (74-79). Sumar þessara rannsókna sýndu að búskaparumhverfi minnkaði hættu á öllu ofnæmi (74, 75, 77, 79). Í rannsóknarþýði Evrópurannsóknarinnar var munurinn marktækur varðandi ofnæmi fyrir grasfrjói og köttum, en það kom einnig fram munur varðandi rykmaura (OR: 0,81), þótt hann væri ekki marktækur (48).

Nærtækt er að útskýra gagnverkandi samband búskaparumhverfis og ofnæmis með því að mikið návígi við dýr valdi þoli fyrir dýrum (77). Strachan, sem fyrstur sýndi fram á þýðingu fjölskyldustærðarinnar, áleit að skýringin á minna ofnæmi í stórum fjölskyldum væri sú að eldri systkini smituðu yngri systkinin með sýklum og við það fengju þau þol gegn ofnæmi (64). Von Mutius og félagar hennar báru saman magn endotoxína úr frumuveggjum Gram-neikvæðra sýkla á heimilum bænda sem héldu dýr og fjölskyldna í sama umhverfi sem ekki bjuggu við dýr (80). Magn endotoxína var meira hjá þeim sem héldu dýr og rannsóknaraðilarnir vörpuðu fram þeirri skoðun að endotoxínin hefðu verndandi áhrif gegn ofnæmi. Björksten og félagar hans nálguðust þessa hugmynd frá annarri hlið. Þeir báru saman gerlamyndun í saur ungbarna með ofnæmi og heilbrigðra barna á fyrsta æviárinu (81). Hjá börnum með ofnæmi fundu þeir sjaldnar enterococca á fyrsta mánuði ævinnar ($p<0,05$) og einnig ræktuðust sjaldnar bifidobacteria á aldursskeiðunum 1, 3, 6 og 12 mánuðum eftir fæðingu ($p< 0,05$). Hins vegar höfðu börnin með ofnæmi meira af clostridia eftir þrjá mánuði og staphylococcus aureus eftir sex mánuði. Höfundar greinarinnar benda á að áður hafi verið sýnt fram á mismun í þarmaflóru barna með ofnæmi og þeirra sem ekki höfðu ofnæmi (82-84) og þeir velta því fyrir sér hvort mismunandi

þarmaflóra örvi ónæmiskerfið á mismunandi hátt í átt til eða frá ofnæmi eftir tegundum sýkla í þörmunum.

Í samræmi við þær niðurstöður sem hér hafa verið nefndar er því haldið fram að sýklar vinni móti ofnæmi með því að beina þroskaferli Th0 fruma frá myndun Th2 fruma sem stuðla að bráðaofnæmi og myndun IgE-mótefna, yfir í Th1 frumur með minni framleiðslu af IgE (76, 80, 85). Lipopolysaccharidar úr frumuveggjum Gram-neikvæðra sýkla örva framleiðslu á interlaukin (IL)-12 og interferon gamma sem bæði stýra þroskaferli T fruma í átt að Th1 frumum og frá Th2 frumum, og endotoxín í húsryki örvar ónæmissvörun af Th1 gerð (85-87).

Sú niðurstaða er athyglisverð að saman fari annars vegar fjöldi katta í samfélaginu og hins vegar algengi kattaofnæmis, asma og annarra öndunarfæraeinkenna sem og algengi þeirra sem fá meðferð við asma (46). Þetta gefur til kynna að ofnæmisvakar frá köttum séu dreifðir í samfélaginu í magni sem nægir til að valda ofnæmi og einkennum, en að þetta magn sé annaðhvort of lítið til að vekja þol gegn köttum eða að þolmyndun af nábýli við dýr verði ekki til fyrir áhrif ofnæmisvakanna sjálfra, heldur fyrir áhrif einhverra annarra umhverfisþátta sem tengjast dýrunum, hugsanlega endotoxína.

Hvergi í niðurstöðum Evrópurannsóknarinnar var sérstaða Íslendinga greinilegri en við mælingu á heildarmagni IgE sem mældist nærri helmingi lægra en hjá Svíum sem komu næstir (36). Mikil umræða hefur verið um erfðir sem ákvarðandi þátt í myndun IgE, en það verður að teljast ólíklegt að erfðir eigi afgerandi þátt í þeim mismun í meðalgildum IgE sem fram komu milli rannsóknarsetranna þegar horft er á mikinn mun milli nátengdra rannsóknarsetra, svo sem í Þýskalandi, Frakklandi og á Spáni. Það er ekki heldur líklegt að sníkjudýr í innyflum valdi miklu um IgE gildin þótt vitað sé að þau hafi áhrif í löndum þar sem sníkjudýr eru algeng. Þótt ekki væri tölfræðilegt samband milli IgE og sértækra IgE mótefna fannst þó marktækt samband IgE við auðreitni í berkjum bæði við heildarúrvinnslu rannsóknargagnanna (39) og við skoðun á gögnum frá Spáni (88) og Ítalíu (89).

Að tvennu leyti má segja að Íslendingar komi síst betur út úr Evrópurannsókninni en aðrar þátttökuþjóðir: það er varðandi reykingar, þar sem Íslendingar voru um miðjan hóp, og atvinnutengdan asma þar sem þeir voru meðal efstu þjóða.

Þegar efri aldursmörk í Evrópurannsókninni voru ákveðin 45 ár var einkum haft í huga að sjúkdómar tengdir reykingum væru ennþá sjaldgæfir við þann aldur. Þrátt fyrir það greindust um 2,6% með langvinna berkjubólgu. Það kemur ekki á óvart að reykingar skyldu vera aðal áhættuþáttur langvinnrar berkjubólgu með allt að 17 faldan áhættustuðul fyrir stórreykingafólkið. Einnig er vert að benda á áhrif óbeinna reykinga. Í könnuninni var sýnt fram á slæm áhrif óbeinna reykinga á lungnaeinkenni þeirra sem ekki reykja, svo sem mæði, asma og auðreitni. Staðfestir þetta svipaðar niðurstöður eldri rannsókna (90, 91). Þegar reykingar Íslendinga eru skoðaðar í samanburði við nágrannaþjóðirnar þá eru þær svipaðar og í Noregi en miklu meiri en í Svíþjóð.

Hvað atvinnusjúkdómum viðkemur vekja niðurstöður Evrópurannsóknarinnar upp spurningar um það hvort ekki þurfi að huga betur að vinnuvernd á Íslandi þó svo að rannsóknarþýðið hafi verið lítið sem vissulega dregur úr áreiðanleika niðurstaðnanna.

Samanburður á einkennum af ákveðinni fæðu er erfiður vegna þess hve venjur þjóða varðandi mataræði eru ólíkar. Þó er ljóst að afar algengt er að fólk telji sig fá óþægindi eða verði illt af að borða einhverja ákveðna fæðu og varðandi það voru aðeins fjórar þjóðir með meiri einkenni en Íslendingar. Það er einnig ljóst að aðeins lítill minnihluti þeirra sem telja að sér verði illt af ákveðinni fæðu hafa raunverulegt ofnæmi fyrir mat (92, 93). Í grein um þennan þátt rannsóknarinnar kom fram að það fóru saman einkenni tengd ákveðinni fæðu annars vegar og surgur fyrir brjósti, mígreni, ofsakláði, ofsabjúgur og kvartanir um lyfjaofnæmi/óþol (52). Einnig var athyglisvert að konur voru þarna í miklum meirihluta. Þar sem spurningar um mígreni, ofsakláða, ofsabjúg og lyfjaofnæmi voru eingöngu lagðar fyrir íslenska þátttakendur er ekki vitað hvernig sambandi þessara einkenna er varið annars staðar.

Evrópurannsóknin Lungu og heilsa var ekki við það miðuð að kanna áhrif svefnháðra einkenna frá öndunarvegum, en aukaspurningar varðandi svefnvenjur og einkenni tengd svefni sem lagðar voru fyrir þátttakendur í Reykjavík, tveimur rannsóknarsetrum í Svíþjóð og Antwerpen sýndu fram á afar neikvæð áhrif asma á svefngæði sem lýsir sér meðal annars með aukinni dagsyfju hjá þeim sem greindust með asma. Sambandi bakflæðiseinkenna við skert svefngæði og einkenni frá öndunarfærum í svefni hefur ekki verið lýst áður. Í ritstjórnargrein í Chest er fjallað um þessar niðurstöður og bent á að offita, hrotur og dagsyfja séu vel þekkt einkenni tengd kæfisvefni, en þessar rannsóknir sýni hins vegar fram á þátt bakflæði í svefnháðum öndunartruflunum og að einstaklingar með bakflæði séu helmingi líklegri til að hafa asma en aðrir þótt tillit sé tekið til aldurs, kyns, þyngdarstuðuls og annarra einkenna sem fylgja kæfisvefni (94). Þannig hafi verið sýnt fram á bakflæði sem óháðan áhættuþátt fyrir hrotur, dagsyfju og svefntruflanir.

Enn er ósvarað þeirri spurningu hvers vegna Ísland sker sig úr með minna ofnæmi og asma miðað við fjölda þjóða með svipaðan efnahag og menntunarstig. Þegar niðurstöður ofnæmisrannsókna í Evrópurannsókninni eru skoðaðar fyrir Ísland með tilliti til aldurs sést að veruleg aukning verður á ofnæmi hjá þeim sem fæddir eru eftir 1960 (37), en sambærilegar niðurstöður eru því miður ekki handbærar fyrir Evr-

ópurannsóknina í heild sinni. Því verður ekki fullyrt að svipuð þróun hafi átt sér stað meðal annarra þátttökuþjóða.

Eftir hrun járntjaldsins vaknaði mikill áhugi á því að rannsaka ofnæmi og ofnæmistengda sjúkdóma í Austur-Evrópu og bera niðurstöður þaðan saman við sambærilegar rannsóknir í Vestur-Evrópu; einkum þegar í ljós kom að ofnæmi og asmi voru ekki eins algengir sjúkdómar meðal barna í Austur-Þýskalandi og í Vestur-Þýskalandi (95-97). Gerður var samanburður á 10-12 ára börnum í borginni Konin í Póllandi og Sundsvall í Svíþjóð varðandi ofnæmi og einkenni frá lungum (98). Í Konin höfðu 13,7% jákvæð húðpróf en 35,3% í borginni Sundsvall og 26,8% í héraðinu umhverfis borgina. Þannig var nærri þrefaldur munur á algengi ofnæmis í þéttbýli í Svíþjóð borið saman við þéttbýli í Póllandi. Hins vegar voru einkenni frá öndunarfærum algengari í Konin en í Sundsvall og miklu algengari en í héraðinu umhverfis Sundsvall. Skýrist það væntanlega af miklu meiri loftmengun í Konin.

Rannsókn sem gerð var á dreifðu úrtaki Austur- og Vestur-Þjóðverja á aldrinum 25-69 ára sýndi meira ofnæmi í Vestur-Þýskalandi þegar blóðsýni voru könnuð fyrir IgE mótefnum gegn rykmaurum, köttum, hundum, cladosporium herbarum, vallarfoxgrasi, birki, rúgi og „mugwort" (99). Þátttakendum var skipt niður eftir kyni og aldri. Algengi ofnæmis féll hratt með hækkandi aldri ($p<0,0001$). Undir 40 ára aldri var marktækt meira ofnæmi í Vestur-Þýskalandi bæði hjá konum ($p<0,0001$) og körlum ($p<0,005$). Þetta eru sérstaklega áhugaverðar niðurstöður þar sem um er að ræða þjóð sem lifði við sambærileg lífskjör fram að lokum seinni heimsstyrjaldarinnar, en býr síðan við afar ólík skilyrði fram undir þann tíma að rannsóknin er gerð. Rannsóknin bendir til þess að áhrifa af mismunandi lífsstíl hafi farið að gæta um miðja tuttugustu öldina sem hafi orðið til þess að ofnæmi varð algengara í Vestur-Þýskalandi. Líklega má yfirfæra þetta á flestar vestrænar þjóðir meðan þakka má lífsháttum austan við járntjaldið að ofnæmi varð minna í Austur-Evrópu.

Sérstakur samanburður var gerður á þátttakendum á Reykjavíkursvæðinu og í Uppsölum í þeirri von að það mætti varpa einhverju ljósi á sérstöðu Íslands meðal þátttökuþjóða Evrópurannsóknarinnar (38). Ofnæmi var um þriðjungi algengara í Uppsölum. Þegar umhverfisþættir eru bornir saman skýrir meira birkifrjómagn í Uppsölum meira birkiofnæmi þar. Íslendingar voru miklu meiri reykingamenn en Svíar, en það skýrði þó ekki muninn á ofnæmi (38). Sjö sinnum fleiri Íslendingar höfðu teppi út í horn í íbúðum sínum en Svíar. Teppi taka í sig ofnæmisvaka umfram aðra hluti á heimilinu (100, 101) og eldri teppi hafa í sér meira magn ofnæmisvaka en þau sem nýrri eru (102). Við kannanir í heimahúsum hafa komið fram tengsli heimilisdýra, svo sem hunda og katta, og óværu á borð við kakkalakka við endotoxín (103-105). Eftir stendur að sýna fram á að teppalögð heimili hafi meira af endótoxínum en teppalaus heimili. Í umræddri rannsókn frá Uppsölum og Reykjavík var ekki athugað hvort gólfteppi hefðu áhrif á ofnæmi. Að óreyndu verður því ekki fullyrt um hvort gólfteppi hafi áhrif á algengi ofnæmis.

Marktækur munur var á Uppsölum og Reykjavík á fleiri sviðum. Vatnsskaði var algengari í Uppsölum, helmingi fleiri Svíar bjuggu við ketti og hunda en Íslendingar og þessi dýr voru einnig algengari á heimilum Svía á æskuárum þeirra. Hins vegar voru fjölskyldurnar stærri á Íslandi ($p<0,001$). Í Reykjavík var meðalfjöldi systkina 2,9 en 2,0 í Uppsala. Þetta skýrir að hluta muninn sem er á ofnæmi á Íslandi og í Svíþjóð, en því miður hafa ekki verið birtar sambærilegar tölur fyrir aðrar þátttökuþjóðir Evrópurannsóknarinnar.

Eins og áður hefur komið fram í þessari grein voru nokkrar spurningar lagðar fyrir íslensku þátttakendurna í Evrópurannsókninni sem ekki voru lagðar fyrir aðra þátttakendur. Meðal annars var spurt um vinnu við gegningar eða í heyryki. Þeir sem svöruðu þessari spurningu játandi voru spurðir hvernig þeir hefðu komist í snertingu við hey og um einkenni frá öndunarfærum og augum af heyrykinu. Niðurstöður úr þessum efniviði hafa verið birtar (106). Sextíu og níu af hundraði allra karla og 41% kvenna höfðu einhvern tíma unnið við gegningar eða verið í heyryki. Gera verður ráð fyrir að þessir einstaklingar hafi líka umgengist dýr og 49% allra þátttakenda höfðu annaðhvort alist upp í sveit (10,4%) eða verið í sveit á sumrin (38,6%). Íslensku þátttakendurnir í Evrópurannsókninni höfðu því miklu meiri snertingu við dýr og líklega komið meira í snertingu við endotoxín en lesa má útúr svörum við þeim spurningum sem lagðar voru fyrir alla þátttakendur Evrópurannsóknarinnar. Með aukinni vélvæðingu á seinni helmingi seinustu aldar fækkaði fólki í sveitum landsins og mörg býli lögðust í eyði. Börnum sem send voru í sveit á sumrin fækkaði og tengslin við húsdýr, kúamykju og önnur óhreinindi bústarfanna minnkaði um leið og gott hreinlæti varð almennara með þjóðinni. Hafa þessar þjóðfélagsbreytingar stuðlað að auknu ofnæmi? Því verður ekki svarað hér en það má gera ráð fyrir því að Íslendingar séu núna komnir um borð í ofnæmishraðlestina sem flestar nágrannaþjóðir okkar hafa ferðast með síðustu áratugina.

Þakkir

Höfundar færa eftirtöldum aðilum bestu þakkir fyrir veittan fjárstuðning: Heilbrigðisráðuneytinu, Vísindaráði, SÍBS og Vísindasjóði Landspítalans. Einnig þökkum við hjúkrunarfræðingunum Ástu Karlsdóttur og Höllu Jóhannesdóttur, Lilju Petru Ásgeirsdóttur meinatæki og Lovísu Guðmundsdóttur fulltrúa fyrir ómetanlega aðstoð við gagnaöflun.

Heimildir

1. Burney PG, Luczynska C, Chinn S, Jarvis D. The European Community Respiratory Health Survey. Eur Respir J 1994; 7: 954-60.
2. Burr ML, Butland BK, King S, Vaughan-Williams E. Changes in asthma prevalence: two surveys 15 years apart. Arch Dis Child 1989; 65: 1452-6.
3. Åberg N. Asthma and allergic rhinitis in Swedish conscripts. Clin Exp Allergy 1989; 19: 59-63.
4. Robertson CF, Heycock E, Bishop J, Nolan T, Olinsky A, Phelan PD. Prevalence of asthma in Melbourne schoolchildren: changes over 26 years. BMJ 1991; 302: 1116-8.
5. Burney PG. Asthma mortality in England and Wales: evidence for a further increase, 1974-1984. Lancet 1986; Aug 9:2 (8502): 323-6.
6. Bousquet J, Hatton F, Godard P, Michel FB. Asthma mortality in France. J Allergy Clin Immunol 1987; 80: 389-94.
7. Evans R. Recent advances reflecting increases in mortality from asthma. J Allergy Clin Immunol 1987; 80: 377-9.
8. Charlton J, Velez R. Some international comparisons of mortality amenable to medical intervention. BMJ 1986; 292: 295-301.
9. Waite DA, Eyles EF, Tonkin SL, O´Donnell TV. Asthma prevalence in Tokelauan children in two environments. Clin Allergy 1980; 10: 71-5.
10. Keeley DJ, Neill P, Gallivan S. Comparison of the prevalence of reversible airways obstruction in rural and urban Zimbawean children. Thorax 1991; 4: 59-65.
11. Ruggieri F, Hindle M. Diagnosis and treatment of asthma across Europe. Eur Respir J Suppl 6 1989: 536-9.
12. Holland W. Atlas of Avoidable Deaths. Commission of EC Health Services Research Series No. 3, Oxford, Oxford University Press, 1988.
13. Wüthrich B. In Switzerland pollinosis has really increased in the last decade. ACI News 1991; 3/2: 41-4.
14. Miyamoto T, Takafuji S, Suzuki S, Tadokoro K, Muranaka M. Allergy and changing environment-industrial/urban pollution. Progress in Allergy Clinical Immunology. Toronto: Hogrefe & Huber Publisher, 1989: 265-70.
15. Flemning DM, Crombie DL. Prevalence of asthma and hay fever in England and Wales. BMJ 1987; 294: 279-83.
16. European Community Respiratory Health Survey. Protocol for the European Community Respiratory Health Survey. Dept of Puplic Health Medicine, UMDS, St. Thomas´ Campus, London 1993.
17. Burney PG, Chinn S. Developing a new questionnair for measuring the prevalence and distribution of asthma. Chest 1987; 91: 79-83.
18. Dennis JH, Avery AJ, Walters EH, Hendrick DJ. Calibration of aerosol output from the Mefar dosimeter; Implication for epidemiological studies. Eur Respir J 1992; 5: 1279-82.
19. Chinn S, Britton JR, Burney PG, Tattersfield AK, Papacosta AO. Estimation and repeatability of the response to inhaled histamine in a community survey. Thorax 1987; 42: 45-52.
20. Chinn S, Arossa WA, Jarvis DL, Luczynska CM, Burney PG. Variation in nebuliser aerosol output and weight output from the Mefar dosimeter: implication for multicenter studies. Eur Respir J 1997; 10: 452-6.
21. Belin L, Dreborg S, Einarsson R, Halvorsen R, Holgersson M, Lund B, et al. Phazets – a new type of skin prick test: Calibration and stability. Allergy 1985; 40 Suppl 4: 60-3.
22. Leimgruber A, Mosimann B, Cleys M, Seppey M, Jaccard Y, Aybert V, et al. Clinical evaluation of a new in vitro assay for specific IgE, the ImmunoCAP System. Clin Experim Allergy 1991; 21: 127-31.
23. Janson C, Anto J, Burney P, Chinn S, de Marco R, Heinrich J, et al. The European Community Respiratory Health Survey: what are the main results so far? Eur Respir J 2001; 18: 598-611.
24. Burney P, Chinn S, Jarvis D, Luczynska C, Lai E. Variations in the prevalence of respiratory symptoms, self-reported asthma medication in the European Community Respiratory Health Survey (ECRHS). Eur Respir J. 1996; 9: 687-95.
25. Gíslason Þ, Gíslason D, Blöndal Þ, Helgason H, Rafnsson V. Öndunarfæraeinkenni Íslendinga á aldrinum 20-44 ára. Læknablaðið 1993; 79: 343-7.
26. Janson C, Gíslason D, Iversen M, Omenaas E, Norrman E, Plascke P. Astmasymptom och astmaläkemedel i fyra nordiska länder. Nord Med 1996; 111: 147-50.
27. Sunyer J, Basagana X, Burney P, Anto JM. International assessment of the internal consistency of respiratory symptoms. European Community Respiratory Health Study (ECRHS). Am J Respir Crit Care Med 2000, 162: 930-5.
28. Janson C, Chinn S, Jarvis D, Burney PG. Physician-diagnosed asthma and drug utilization in the European Community Respiratory Health Survey. Eur Respir J 1997; 10: 1795-802.
29. Janson C, Chinn S, Jarvis D, Burney P. Individual use of antiasthmatic drugs in the European Community Respiratory Health Survey. Eur Respir J 1998; 12: 557-63.
30. Cerveri I, Locatelli F, Zoia MC, Corsico A, Accordini S, de Marco R. International variations in asthma treatment compliance. Eur Respir J 1999; 14: 288-94.
31. Chinn S, Burney P, Jarvis D, Luczynska C. Variation in bronchial responsiveness in the European Community Respiratory Health Survey (ECRHS). Eur Respir J 1997; 10: 2495-501.
32. Sunyer J, Anto JM, Tobias A, Burney P. Generational increase of self-reported first attack of asthma in fifteen industrialized countries. Eur Respir J 1999; 14: 885-91.
33. De Marco R, Locatelli F, Sunyer J, Burney P. Differences in Incidence of Reported Asthma Related to Age in Men and Women. Am J Respir Crit Care Med 2000; 162: 68-74.
34. The European Community Respiratory Health Survey Group. Genes for Asthma? An Analysis of the European Community Respiratory Health Survey. Am J Respir Crit Care Med 1997; 156: 1773-80.
35. Kogevinas M, Antó JM, Sunyer J, Tobias A, Kromhout H, Burney PG. Occupational asthma in Europe and other industrialised areas: a population-based study. Lancet 1999; 353: 1750-4.
36. Burney PG, Malmberg E, Chinn S, Jarvis D, Luczynska C, Lai E. The distribution of total and specific serum IgE in the European Community Respiratory Health Survey. J Allergy Clin Immunol 1997; 99: 314-22.
37. Gíslason D, Gíslason Þ, Blöndal Þ, Helgason H. Bráðaofnæmi hjá 20-44 ára Íslendingum. Læknablaðið 1995; 81: 606-12.
38. Gíslason D, Björnsson E, Gíslason Þ, Janson G, Sjöberg O, Elfman L, et al. Sensitization to airborne and food allergen in Reykjavík (Iceland) and Uppsala (Sweden) – a comparative study. Allergy 1999; 54: 1160-7.
39. Chinn S, Burney P, Sunyer J, Jarvis D, Luczynska C. Sensitization to individual allergens and bronchial responsiveness in the ECRHS. European Community Respiratory Health Study. Eur Respir J 1999; 14: 876-84.
40. Cerveri I, Accordini S, Verlato G, Corsico A, Zoia MC, Casali L, et al. Variations in the prevalence across countries of chronic bronchitis and smoking habits in young adults. Eur Respir J 2001; 18: 85-92.
41. Zock JP, Sunyer J, Kogevinas M, Kromhout H, Burney P, Antó JM. Occupation, Chronic Bronchitis, and Lung Function in Young Adults. An International Study. Am J Respir Crit Care Med 2001; 163: 1572-7.
42. Jarvis D, Chinn S, Luczynska C, Burney P. The association of smoking with sensitization to common environmental allergens: results from the European Community Respiratory Health Survey. J Allergy Clin Immunol 1999; 104: 934-40.
43. Jarvis D, Luczynska C, Chinn S, Burney P. The association of age, gender and smoking with total IgE and specific IgE. Clin Exp Allergy 1995; 25: 1083-91.
44. Janson C, Chinn S, Jarvis D, Zock JP, Toren K, Burney P. Effect of passive smoking on respiratory symptoms, bronchial responsiveness, lung function, and total serum IgE in the European Community Respiratory Health Survey: a cross-sectional study. Lancet 2001; 358: 2103-9.
45. Jarvis D, Chinn S, Sterne J, Luczunska C, Burney P. The association of respiratory symptoms and lung function with the use of gas for cooking. Eur Respir J 1998; 11: 651-8.
46. Roost HP, Kunzli N, Schindler C, Jarvis D, Chinn S, Perruchoud AP, et al. Role of current and childhood exposure to cat and atopic sensitization. European Community Respiratory Health Study. J Allergy Clin Immunol 1999; 104: 941-7.
47. Svanes C, Jarvis D, Chinn S, Burney P. Childhood environment and adult atopy: results from the European Community Respiratory Health Survey. J Allergy Clin Immunol 1999; 103: 415-20.
48. Leynaert B, Neukirch C, Jarvis D, Chinn S, Burney P, Neukirch F. Does living on a farm during childhood protect against asthma, allergic rhinitis, and atopy in adulthood? Am J Respir Crit Care Med 2001; 164: 1829-34.
49. Tobías A, Soriano JB, Chinn S, Antó JM, Sunyer J, Burney P. Symptoms of asthma, bronchial responsiveness and atopy in immigrants and emigrants in Europe. Eur Respir J 2001; 18: 459-65.
50. Leynaert B, Bousquet J, Neukirch C, Liard R, Neukirch F. Perennial rhinitis: an independent risk factor for asthma in non-atopic subjects. J Allergy Clin Immunol 1999; 104: 301-4.
51. Woods RK, Abramson M, Bailey M, Walters EH. International prevalences of reported food allergies and intolerances. Comparisons arising from the European Community Respiratory Health Survey (ECRHS) 1991-1994. Eur J Clin Nutr 2001; 55: 298-304.
52. Gíslason D, Björnsson E, Gíslason Þ. Fæðuofnæmi og fæðuóþol Íslendinga á aldrinum 20-44 ára. Læknablaðið 2000; 86: 851-7.
53. Roca J, Burgos F, Sunyer J, Saez M, Chinn S, Anto JM, et al. References values for forced spirometry. Eur Respir J 1998; 11: 1354-62.
54. Jarvis D, Chinn S, Potts J, Burney P. Association of body mass index with respiratory symptoms and atopy: results from the European Community Respiratory Health Survey. Clin Exp Allergy 2002; 32: 931-837.

55. Gíslason Þ, Almquist M. Somatic diseases and sleep complaints. Acta Med Scand 1987; 221: 475-81.
56. Gíslason Þ, Benediktsdóttir B, Björnsson JK, Kjartansson G, Kjeld M, Kristbjarnarson H. Snoring, hypertension and the sleep apnea syndrome-an epidemiological survey of middle age women. Chest 1993; 103: 1147-51.
57. Janson C, Gíslason Þ, De Baker W, Plaschke P, Björnsson E, Hetta J, et al. Prevalence of Sleep Disturbances Among Young Adults in Three European Countries. Sleep 1995; 18: 589 – 97.
58. Janson C, De Backer W, Gíslason Þ, Plaschke P, Björnsson E, Hetta J, et al. Increased prevalence of sleep disturbances and daytime sleepiness in subjects with bronchial asthma: a population study of young adults in three European countries. Eur Respir J; 1996: 2132-8.
59. Gíslason Þ, Janson C, Vermeire P, Plaschke P, Björnsson E, Gíslason D, et al. Respiratory Symptoms and Nocturnal Gastro-esophageal Reflux. A Population-Based Study of Young Adults in Three European Countries. Chest 2002; 121: 158-63.
60. Pearce N, Sunyer J, Cheng S, Chinn S, Bjorksten B, Burr M, et al. Coparison of asthma prevalence in the ISAAC and the ECRHS. ISAAC Steering Committee and the European community Respiratory Health Survey. International Study of Asthma Allergies in Childhood. Eur Respir J 2000; 16: 420-6.
61. Barnes PJ. A new approach to the treatment of asthma. N Engl J Med 1990; 322: 1237-8.
62. Dodge RR, Burrow B. The prevalence and incidence of asthma-like symptoms in a general populations sample. Am Rev Respir Dis 1980; 122: 567-75.
63. Venn A, Lewis S, Cooper M, Hill J, Britton J. Questionnaire study of effect of sex and age on the prevalence of wheeze and asthma in adolescence. BMJ 1998; 316: 1945-6.
64. Strachan DP. Hay fever, hygiene and household size. BMJ 1989; 299: 1259-60.
65. Räsänen M, Laitinen T, Kaprio J, Koskenvuo M, Laitinen LA. Hay fever, asthma and number of older siblings-a twin study. Clin Exp Allergy 1997; 27: 515-8.
66. Strachan DP, Harkins LS, Johnston IDA, Anderson HR. Childhood antecedents of allergic sensitization in young British adult. J Allergy Clin Immunol 1997; 99: 6-12.
67. Strachan DP, Harkins LS, Golding J. Sibship size and self-reported inhalant allergy among adult women. ALSPAC Study Team. Clin Exp Allergy 1997; 27: 151-5.
68. von Mutius E, Martinez F, Fritzsch C, Nicolai T, Reitmeir P, Thiemann H. Skin test reactivity and number of siblings. BMJ 1994; 308: 692-5.
69. Munir AK, Einarsson R, Kjellman NI, Björkstén B. Mite (Der p1, Der f1) and cat (Fel d1), allergens in the homes of babies with family history of allergy. Allergy 1993; 48: 158-63.
70. Wahn U, Lau S, Bergmann R, Kulig M, Forster J, Bergmann K, et al. Indoor allergen exposure is a risk factor for sensitization during the first three years of life. J Allergy Clin Immunol 1997; 99: 763-9.
71. Anyo G, Brunekreef B, de Meer G, Aarts F, Janssen NA, van Vliet P. Early, current and past ownership: associations with sensitization, bronchial responsiveness and allergic symptoms in school children. Clin Exp Allergy 2002; 32: 361-6.
72. Hesselmar B, Åberg N, Åberg B, Eriksson B, Björksten B. Does early exposure to cat or dog protect against later allergy development. Clin Exp Allergy 1999; 29: 611-7.
73. Remes ST, Castro-Rodriguez JA, Holberg CJ, Martinez FD, Wright AL. Dog exposure in infancy decreases the subsequent risk of frequent wheeze but not atopy. J Allergy Clin Immunol 2001; 108: 509-15.
74. Breun-Fahrländer C, Gassner M, Grize L, Neu U, Sennhauser FH, Varonier HS, et al. Prevalence of hay fever and allergic sensitization in farmers children and their peers living in the same rural community. Clin Exp Allergy 1999; 29: 28-34.
75. Gassner-Bachmann M, Wüthrich B. Farmers children have a low prevalence of hay fever and asthma. Dtsch Med Wochenschr 2000; 125: 924-31.
76. von Ehrenstein OS, von Mutiusz E, Illi S, Baumann L, Böhm O, von Kries R. Reduced risk of hay fever and asthma among children of farmers. Clin Exp Allergy 2000; 30: 187-93.
77. Riedler J, Eder W, Oberfeld G, Schreuer M. Austrian children living on a farm have less hay fever, astma and allergic sensitization. Clin Exp Allergy 2000; 30: 194-200.
78. Ernst P, Cormier Y. Relative scarcity of asthma and atopy among rural adolescents raised on a farm. Am J Respir Crit Care Med 2000; 161: 1563-6.
79. Kilpeläinen M, Terho EO, Helenius H, Koskenvuo M. Farm environment in childhood prevents the development of allergies. Clin Exp Allergy 2000; 30: 201-8.
80. von Mutius E, Braun-Fahrlander C, Schierl R, Riedler J, Ehlermann S, Maisch S, et al. Exposure to endotoxin or other bacterial components might protect against the development of atopy. Clin Exp Allergy 2000; 30: 1230-4.
81. Björkstén B, Sepp E, Julge K, Voor T, Mikelsaar M. Allergy development and intestinal microflora during the first year of life. J Allergy Clin Immunol 2001; 108: 516-20.
82. Björkstén B, Naaber P, Sepp E, Mikelsaar M. The intestinal microflora in allergic Estonian and Swedish 2-year old children. Clin Exp Allergy 1999; 29: 342-6.
83. Böttcher M, Sandin A, Norin E, Midtvedt T, Björkstén B. Microflora associated characteristics in faces from allergic and non-allergic children. Clin Exp Allergy 2000; 30: 590-6.
84. Kalliomäki M, Kirjavainen P, Eerola E, Kero P, Salminen S, Isolauri E. Distinct patterns of neonatal gut microflora in infants developing or not developing atopy. J Allergy Clin Immunol 2001; 107: 129-34.
85. Martinez FD, Holt PG. Role of microbial burden in etiology of allergy and asthma. Lancet 1999; 354/Suppl 2: 12-5.
86. Holt PG, Macaubas C, Prescott SL, Sly PD. Microbial stimulation as an etiological factor in atopic disease. Allergy 1999; 54: 12-6.
87. Gereda JE, Leung DYM, Thatayatikom A, Streib JE, Price MR, Klinnert MD, Liu AH. Relation between house-dust endotoxin exposure, type 1 T-cell development, and allergen sensitization in infants at high risk of asthma. Lancet 2000; 355: 1680-3.
88. Sunyer J, Antó JM, Castellsagué J, Soriano JB, Roca J, and the Spanish group of the European study of Asthma. Total serum IgE is associated with asthma independently of specific IgE levels. Eur Respir J 1996; 9: 1880-4.
89. European Respiratory Health Survey (ECRHS)-Italy. Determinants of bronchial responsiveness in the European Community Respiratory Health Survey in Italy: evidence of an independent role of atopy, total serum IgE levels, and asthma symptoms. Allergy 1998; 53: 673-81.
90. Leuenberger P, Schwartz J, Ackermann-Liebrich U, Blaser K, Bolognini G, Bongard G, et al. Passive smoking exposure in adults and chronic respiratory symptoms. (SAPALDIA study). Am J Respir Crit Care Med 1994; 150: 1222-8.
91. Robbins AS, Abbey DE, Lebowitz MD. Passive smoking and chronic respiratory disease symptoms in non-smoking adults. Int J Epidemiol 1993; 22: 809-17.
92. Young E, Stoneham MD, Petruckevitch A, Barton J, Rona R. A population study of food intolerance. Lancet 1994; 343: 1127-30.
93. Jansen JJ, Kardinaal AF, Huijbers G, Vlieg-Boerstra BJ, Martens BP, Ockhuizen T. Prevalence of food allergy and intolerance in the Dutch population. J Allergy Clin Immunol 1994; 93: 446-56.
94. Orr WC. Sleep-Related Breathing Disorders. Is It All About Apnea? Chest 2002; 121: 8-10.
95. von Mutius E, Fritzsch C, Weiland SK, Roell G, Magnussen H. Prevalence of asthma and allergic disorders among children in united Germany: a descriptive comparison. BMJ 1992; 305: 1395-9.
96. von Mutius E, Martinez FD, Fritzsch C, Nicolai T, Roell G, Thiemann HH. Prevalence of asthma and atopy in two areas of West and East Germany. Am J Respir Crit Care Med 1994; 149: 358-64.
97. von Mutius E, Martinez FD, Fritzsch C, Nicolai T, Reitmeir P, Thiemann HH. Skin test reactivity and numer of siblings. BMJ 1994; 308: 692-5.
98. Bråbäck L, Breborowicz A, Dreborg S, Knutsson A, Pieklik H, Björkstén B. Atopic sensitization and respiratory symptoms among Polish and Swedish school children. Clin Exp Allergy 1994; 24: 826-35.
99. Nicolai T, Bellach B, von Mutius E, Thefeld W, Hoffmeister H. Increased prevalence of sensitization against aeroallergens in adult West compared with East Germany. Clin Exp Allergy 1997; 27: 886-92.
100. Arlian LG, Neal JS, Morgan MS, Rapp CM, Clobes AL. Distribution and removal of cat, dog and mite allergens on smooth surfaces in homes with and without pets. Ann Allergy Asthma Immunol 2001; 87; 296-302.
101. Martin IR, Wickens K, Patchett K, Kent R, Fitzharris P, Siebers R, et al. Cat allergens level in public places in New Zealand. N Z Med J 1998; 111: 356-8.
102. Wickens K, Siebers R, Ellis I, Lewis S, Sawyer G, Tohill S, et al. Determinates of house dust mite allergen in homes in Wellington, New Zealand. Clin Exp Allergy 1997; 27; 1977-85.
103. Heinrich J, Gehring U, Douwes J, Koch A, Fahlbusch B, Bischof W, et al. Pets and vermin are associated with high endotoxin levels in house dust. Clin Exp Allergy 2001; 31: 1839-45.
104. Park JH, Spiegelman DL, Gold DR, Burger HA, Milton DK. Predictors of airborn endotoxin in the home. Environ Health Perspect 2001; 109: 859-64.
105. Gereda JE, Klinnert MD, Price MR, Leung DY, Liu AH. Metropolitan home living conditions associated with indoor endotoxin levels. J Allergy Clin Immunol 2001; 107: 790-6.
106. Gíslason D, Gíslason Þ. IgE-mediated allergy to Lepidoglyphus destructor in an urban population-an epidemiologic study. Allergy 1999; 54: 878-83.

XENICAL®

orlístat

Tapið þyngd. Bætið heilsu.

LYF VIÐ OFFITU

hylki 120 mg: 42 stk.; 84 stk.

1 hylki 3svar á dag með mat.

Roche

F. Hoffmann-La Roche Ltd
www.roche.com

THORARENSEN LYF
Lynghálsi 13 · 110 Reykjavík · Sími 530 7100

Fylgikvillar offitu[1]:

Verulega aukin áhætta (yfir þreföld áhætta)	Töluvert aukin áhætta (tvö- til þreföld áhætta)
Sykursýki (gerð 2)	Kransæðasjúkdómur
Gallblöðrusjúkdómar	Háþrýstingur
Hækkaðar blóðfitur	Slitgigt í hnjám
Insúlínviðnám	Þvagsýrudreyri/-gigt
Mæði	
Kæfisvefn	

Lítillega aukin áhætta (allt að tvöföld áhætta)

Brjóstakrabbamein eftir tíðahvörf
Legslímukrabbamein
Ristilkrabbamein
Óeðlileg hormónaframleiðsla í æxlunarfærum
Fjölblöðru-eggjastokksheilkenni
Minnkuð frjósemi
Mjóbaksverkir
Aukin áhætta við svæfingu
Fósturgallar sem tengjast offitu móður

Flokkun eftir verkun: Lyf við offitu án verkunar á miðtaugakerfið (ATC-flokkun A08AB01).

Lyfjaform og útlit: Hylki, blágræn með áletrun „ROCHE" og „XENICAL 120".

Virk innihaldsefni: Hvert hylki inniheldur 120 mg orlístat.

Lyfhrif: Orlístat er kröftugt, sértækt og langverkandi lyf sem hamlar virkni lípasa í meltingarveginum. Það verkar í maga og smágirni með því að mynda samgilt tengi við virka serín setið á lípasa í maga og lípasa frá brisi. Óvirka ensímið getur því ekki hýdrólýserað fitu úr fæðunni, á formi þríglýseríða, yfir í fríar fitusýrur og einglýseríð.

Ábendingar: Xenical er ætlað ásamt hitaeiningaskertu fæði til meðferðar hjá offitusjúklingum með þyngdarstuðul (BMI= þyngd(kg)/hæð(m)·hæð(m)) hærri eða jafn og 30 kg/m² (BMI) eða yfirþyngdarsjúklingum (BMI ≥28 kg/m²) með tengda áhættuþætti.
Meðferð með orlístati ætti einungis að hefja ef megrunarfæði eingöngu hefur leitt til minnst 2,5 kg þyngdartaps á 4 vikum. Meðferð með orlístati á að hætta eftir 12 vikur ef sjúklingi hefur ekki tekist að losa sig við a.m.k. 5% af líkamsþyngd sinni reiknað frá upphafi lyfjameðferðar.

Skammtar og lyfjagjöf:
Fullorðnir: Ráðlagður skammtur af orlístati er eitt 120 mg hylki, sem á að taka rétt fyrir, með eða allt að einni klst. eftir aðalmáltíð, þ.e. 3 hylki á dag. Sé máltíð sleppt eða hún án fitu á að sleppa að taka lyfið inn.
Sjúklingurinn á að vera á fæði sem inniheldur öll nauðsynleg næringarefni, en aðeins færri hitaeiningar en hans daglega þörf segir til um og ætti um 30% hitaeininganna að vera úr fitu.
Mælt er með ríkulegri neyslu ávaxta og grænmetis.
Daglegri neyslu fitu, kolvetna og próteins skal dreifa á þrjár aðalmáltíðir dagsins.
Ekki hefur verið sýnt fram á að orlístat skammtar stærri en 120 mg þrisvar á dag bæti árangur.
Áhrif orlístats leiða til aukningar á fitu í saur, strax 24-48 klukkustundum eftir inntöku. Þegar meðferð er hætt verður fituinnihald hægða yfirleitt aftur eins og það var fyrir meðferð, innan 48-72 klukkustunda.
Upplýsingar um öryggi og verkun eftir 2 ára notkun eru ekki fyrirliggjandi, því ætti meðferð með orlístati ekki að vara lengur en í 2 ár.
Sérstakir sjúklingahópar: Áhrif orlístats hjá sjúklingum með lifrar- og/eða nýrnabilun, börnum og öldruðum sjúklingum hafa ekki verið rannsökuð.
Börn: Orlístat er ekki ætlað til notkunar handa börnum.

Frábendingar: Langvinnt vanfrásogsheilkenni. Gallteppa. Brjóstagjöf. Þekkt ofnæmi fyrir orlístati eða einhverju af innihaldsefnum lyfsins.
Orlístat er ekki ráðlagt til notkunar á meðgöngu.

Varnaðarorð og varúðarreglur: Í klínískum rannsóknum var minnkun líkamsþyngdar við orlístat meðferð minni hjá sjúklingum með fullorðinssykursýki heldur en hjá sjúklingum sem ekki voru með sykursýki. Þegar orlístat er tekið getur nákvæmt eftirlit með sykursýki lyfjameðferð verið nauðsynlegt.
Meðferð með orlístati getur hugsanlega truflað frásog fituleysanlegra vítamína (A, D, E, K). Flestir sjúklinganna, sem fengu meðferð með orlístati í allt að 2 ár í klínískum rannsóknum voru með A-, D-, E- og K-vítamín og betakarótíngildi sem voru innan eðlilegra marka. Til að tryggja fullnægjandi næringu á að ráðleggja sjúklingum á megrunarfæði að neyta fæðu sem inniheldur ávexti og grænmeti og íhuga skal neyslu fjölvítamína. Vítamín á að taka minnst 2 klst. eftir gjöf orlístats eða að kvöldi fyrir svefn.
Ráðleggja skal sjúklingum að halda sig við það mataræði sem mælt er með (sjá kafla um skammta). Hætta á meltingartruflunum (sjá kafla um aukaverkanir) getur aukist þegar orlístat er tekið með fituríkri fæðu (t.d. fæða með 2000 hitaeiningum á dag, þar sem > 30% hitaeininga úr fitu jafngildir > 67 g af fitu). Daglegri fituneyslu ætti að dreifa á þrjár aðalmáltíðir dagsins.
Ef orlístat er tekið með einstakri fituríkri máltíð, geta líkur á meltingartruflunum aukist.

Milliverkanir: Samtímis gjöf orlístats og fíbrata, akarbósa eða lyfja sem valda lystarleysi er ekki ráðlögð ef rannsóknir á milliverkunum eru ekki fyrirliggjandi.
Þegar warfarín eða önnur segavarnarlyf eru gefin ásamt orlístati (stórir skammtar og langtíma meðferð) á að fylgjast með blóðstorkugildum.
Engar milliverkanir við bíguaníð, digoxín, fenýtóín, getnaðarvarnartöflur, nífedipín, nífedipín forðalyf, eða alkóhól hafa komið fram.
Vítamín og betakarótín: Taka þarf tillit til minnkunar á frásogi D- og E-vítamíns og betakarótíns (sjá kafla um Varnaðarorð og varúðarreglur).
Ciclospórín: Vart hefur orðið við minnkun í þéttni ciclospóríns í plasma ef það er gefið með orlístati. Þess vegna er mælt með því að fylgst sé oftar en venja er með plasmagildum ciclospóríns við samhliða gjöf og eftir að töku orlístats er hætt þar til ciclospórínþéttni er stöðug (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur).

Meðganga og brjóstagjöf: Notkun orlístats á meðgöngu er ekki ráðlögð. Enn sem komið er eru ekki fullnægjandi upplýsingar fyrirliggjandi um töku orlístats hjá þunguðum konum til þess að meta hugsanleg áhrif orlístats á því að valda afbrigðileika í fóstri eða eituráhrifum.
Þar sem ekki er vitað hvort orlístat berst í brjóstamjólk á ekki að nota orlístat við brjóstagjöf.

Akstur og stjórnun vinnuvéla: Ekkert hefur komið fram sem bent gæti til að lyfið hafi áhrif á hæfni til aksturs eða stjórnunar vélknúinna tækja.

Aukaverkanir: Aukaverkanir af völdum orlístats eru aðallega frá meltingarvegi. Á fyrsta meðferðarári voru algengustu aukaverkanirnar fitublettir frá endaþarmi (27% sjúklinga), hægðavottur með vindgangi (24% sjúklinga), bráð þörf fyrir hægðalosun (22% sjúklinga), fitugar/seigfljótandi hægðir (20% sjúklinga), þunnfljótandi hægðir (12% sjúklinga), aukin hægðalosun (11% sjúklinga) og vangeta við stjórn á hægðum (8% sjúklinga).
Tíðni aukaverkana minnkaði með langtímanotkun orlístats.
Algengar > 1%: Meltingarfæri: Kviðverkir/-óþægindi, vindgangur, þunnfljótandi hægðir, linar hægðir, verkir/óþægindi í endaþarmi, tannkvillar og tannholdskvillar. *Öndunarfæri:* Sýkingar í efri öndunarfærum, sýkingar í neðri öndunarfærum. *Miðtaugakerfi:* Höfuðverkur. *Kynfæri:* Tíðatruflanir. *Geð:* Kvíði. *Almennar:* Þreyta. *Þvagfæri:* Sýkingar í þvagrás.
Fá tilfelli ofnæmis hafa verið tilkynnt. Aðaleinkenni eru kláði, útbrot, ofsakláði, ofsabjúgur og bráðaofnæmi.
Eftir markaðssetningu hefur verið tilkynnt um mjög sjaldgæf tilfelli á aukningu á transamínasa og alkalínfosfatasa í lifur.

Ofskömmtun: Ekki hefur verið greint frá ofskömmtun orlístats. Einstakir 800 mg skammtar og endurteknir skammtar allt að 400 mg þrisvar á dag í 15 daga hafa verið prófaðir bæði hjá fólki sem er innan eðlilegra þyngdarmarka og hjá offitusjúklingum, án marktækra aukaverkana. Auk þess hafa 240 mg skammtar þrisvar á dag verið gefnir offitusjúklingum í sex mánuði. Eigi umtalsverð ofskömmtun orlístats sér stað, er mælt með því að fylgst sé með sjúklingnum í sólarhring. Rannsóknir á dýrum og mönnum hafa bent til þess að öll áhrif á líkamann af völdum hömlunar á lípasa gangi hratt til baka.

Pakkningar og hámarksverð í smásölu frá 1.2. 2002:
Hylki 120 mg: 42 stk. (þynnupakkað): 6.521 kr.; 84 stk. (þynnupakkað): 11.964 kr.

Greiðsluþátttaka: Tryggingastofnun ríkisins tekur ekki þátt í greiðsu lyfsins nema sjúklingur hafi lyfjaskírteini. Elli- og örorkulífeyrisþegar með lyfjaskírteini greiða að hámarki 1.375 krónur fyrir lyfið, en aðrir að hámarki 4.950 krónur.

Afgreiðslutilhögun: Lyfið er lyfseðilsskylt. Heimilt er að ávísa lyfinu til 100 daga notkunar í senn.

Texti Sérlyfjaskrár: Júlí 2001.

Heimild:
1) WHO. Prevention and management of the global epidemic of obesity. Report of the WHO Condultation on Obesity (Geneva, 3-5 June, 1997). Geneva: WHO.

Greining atvinnusjúkdóma

Dæmi úr kúfiskvinnslu

Gunnar Guðmundsson[1]

Kristinn Tómasson[2]

Vilhjálmur Rafnsson[3]

†Ásbjörn Sigfússon[4]

Ólafur Hergill Oddsson[5]

Unnur Steina Björnsdóttir[1]

Víðir Kristjánsson[2]

Sigurður Halldórsson[6]

Helgi Haraldsson[2]

[1]Lyflækningadeild Landspítala Fossvogi, [2]Vinnueftirliti ríkisins, [3]rannsóknastofu háskólans í heilbrigðisfræði, [4]rannsóknastofu háskólans í ónæmisfræði, [5]héraðslæknir Norðurlands, [6]Heilbrigðisstofnun Þingeyinga. Fyrirspurnir og bréfaskipti: Gunnar Guðmundsson, Lyflækningadeild E-7, Landspítala Fossvogi, 108 Reykjavík. Sími: 543-6876, fax: 543-6568, *ggudmund@landspitali.is*

†Ásbjörn Sigfússon lést hinn 8. september 2001.

Lykilorð: *atvinnusjúkdómar, ofsanæmislungnabólga, kúfisksótt.*

Ágrip

Mikilvægt er að tilkynna um atvinnusjúkdóma til Vinnueftirlits ríkisins því þá er hægt að greina þá, rannsaka ítarlega og gera tillögur til úrbóta. Hér er lýst veikindum starfsmanna í kúskelvinnslu á Þórshöfn sem leiddu til mjög yfirgripsmikillar rannsóknar og til greiningar kúfisksóttar sem er tegund ofsanæmislungnabólgu. Margir aðilar tóku þátt rannsókninni sem leiddi til endurbóta á verksmiðjunni sem hafa komið starfsfólki til góða.

Inngangur

Atvinnusjúkdómar eru frábrugðnir öðrum sjúkdómum og hafa sérstöðu á margan hátt. Þeir ná oft til hóps fólks sem fær svipuð einkenni og vinnur á sama stað en á að öðru leyti ekki margt sameiginlegt. Einkenni atvinnusjúkdóma eru oft óljós og ekki alltaf augljóst að hægt sé að rekja þau til atvinnu. Þá blandast einnig inn þættir eins og hagsmunir atvinnurekanda, svo sem fjarvistir frá vinnu, afköst og kostnaður vegna endurbóta atvinnuumhverfis. Leiðir þetta stundum til þess að erfitt er að viðurkenna að um atvinnusjúkdóm sé að ræða. Á hinn bóginn koma hagsmunir launþegans sem óttast að umkvartanir leiði til atvinnumissis eða breytinga á starfsumhverfi. Þá getur einnig verið tregða hjá læknum að viðurkenna að um atvinnusjúkdóm sé að ræða því þeir óttast að það að upplýsa um slíkan sjúkdóm geti leitt til mikillar skriffinnsku og aukavinnu fyrir þá, auk þess að draga úr trausti þeirra í bæjar- eða sveitarfélaginu þar sem þeir starfa. Ef marka má fjölda tilkynninga um atvinnutengda sjúkdóma til Vinnueftirlits ríkisins mætti halda að þeir væru mjög fátíðir á Íslandi. Hér verður rakin frásögn af rannsókn á atvinnutengdum einkennum sem upp komu í kúfiskvinnslu og reynt að sýna fram á hversu flókin og yfirgripsmikil slík rannsókn getur orðið og hve margir aðilar koma að rannsókninni og mikilvægi þess að allir aðilar vinni markvisst að lausn vandans og þá ekki síst atvinnurekendur og starfsmenn.

Kúskel og kúskelvinnsla

Kúskel (arctica islandica) finnst nánast í kringum allt Ísland og lifir á 0-100 metra dýpi í leir- eða sandbotni þar sem hún liggur niðurgrafin í sjávarbotninn. Hún er langlíf og vex hægt en hún getur orðið yfir 200 ára gömul. Slíkar skeljar eru verðmæt neysluvara vegna mikils prótíninnihalds og bragðgæða. Þær hafa verið veiddar við austurströnd Bandaríkjanna frá 1944 og eru þar verksmiðjur sem vinna fiskinn úr skelinni í neytendaumbúðir. Kúskelin hefur lengi verið veidd við Ísland til beitu en árið 1995 hófust veiðar til útflutnings (1). Í nóvember 1996 hófst vinnsla til útflutnings á Bandaríkjamarkað hjá Hraðfrystistöð Þórshafnar. Vinnslan fer þannig fram að skelin kemur inn í hús á færibandi og fer síðan í sjóðheitt vatn og opnast þá skelin og fiskurinn losnar frá. Hann flyst síðan á færibandi þar sem skeljabrot og önnur óhreinindi eru losuð frá sem og sandur og innyfli. Í fremri sal þar sem skelin kom í hús á færibandi fór hún í suðukatla og mynduðust þar miklar gufur auk þess sem skeljabrot duttu af (sal 1). Síðan fór skelin á færibandinu inn í sal 2 þar sem sandur og innyfli voru skilin frá. Þar var lofti dælt í gegnum bandið til þess að hreinsa sand og skeljaleifar og fóru við það úðadropar út í loftið. Þarna var fiskurinn síðan unninn frekar og pakkað til útflutnings. Salur 1 og 2 voru skildir að með þykku plasthengi. Fiskurinn var síðan frystur. Mikið vatn var notað við allt ferlið og var það endurnýtt.

ENGLISH SUMMARY

Guðmundsson G, Tómasson K, Rafnsson V, Sigfússon Á, Oddsson ÓH, Björnsdóttir US, Kristjánsson V, Halldórsson S, Haraldsson H

Diagnosing occupational diseases
Examples from shellfish industry

Læknablaðið 2002; 88: 909-12

It is very important to report suspected occupational diseases in Iceland to the Administration of Occupational Safety and Health, so they can be diagnosed, investigated in details and improvements made. This article describes the illness of clam workers at Þórshöfn, a small village in the northern part of Iceland. It lead to a detailed investigation and the diagnosis of clamworkers hypersensitivity pneumonitis. Many specialists participated in the study that lead to improvement in the factory that has benefitted the workers.

Keywords: *occupational diseases, hypersensitivity pneumonitis, clam workers disease.*

Correspondance: Gunnar Guðmundsson, *ggudmund@landspitali.is*

Upphaf rannsókna á atvinnutengdum einkennum
Í nóvember 1996 hafði heilsugæslulæknir á Þórshöfn samband við Vinnueftirlit ríkisins vegna nýhafinnar kúskelfiskvinnslu og lýsti ýmiss konar öndunarfæraeinkennum hjá starfsmönnum þar. Í ársbyrjun 1997 barst Vinnueftirlitinu síðan erindi frá Hraðfrystistöð Þórshafnar (HÞ) vegna veikinda starfsfólks í kúskelfiskvinnslu. Þar var greint frá óþægindum frá öndunarvegum, hósta, mæði, særindum og surgi fyrir brjósti. Þessi óþægindi komu fram ýmist á vinnutíma, í lok vinnudags eða að honum loknum. Oft voru flensulík einkenni og hrollur samfara. Fór þá af stað rannsókn á starfsfólki í samvinnu HÞ, Vinnueftirlit ríkisins, Rannsóknastofu háskólans í ónæmisfræði, göngudeildar ofnæmis á Vífilsstaðaspítala og héraðslæknis Norðurlands. Hjúkunarfræðingur frá Vífilsstaðaspítala fór til Þórshafnar og gerði öndunarmælingar, húðpróf og starfsmenn fylltu út spurningalista um fyrri ofnæmi og einkenni. Húðprófin voru neikvæð og ekki fannst teppa við öndunarmælingar. Áfram var haldið rannsóknum. Athugun á fimm starfsmönnum HÞ leiddi í ljós fjölgun á hvítum blóðkornum, lækkun á komplímentþætti C4 og væga hækkun á komplímentþætti C3d í blóði undir lok vinnudags. Komu þannig fram merki um bólgusvörun. Mótefnamælingar í blóðvatni gegn prótínum úr kúfiski sýndu að af 33 starfsmönnum í vinnslunni voru 30 með mótefni en enginn af 27 starfsmönnum á Landspítala sem notaðir voru sem samanburðarhópur var með mótefni. Til samanburðar voru tekin fjögur sýni frá starfsmönnum í kúskelfiskvinnslu í Rhode Island í Bandaríkjunum og þeir reyndust allir með mótefni. Verksmiðjan þar var heimsótt og borin saman við verksmiðju HÞ. Kom fram í heimsókninni að veikindi væru ekki vandamál hjá starfsmönnum bandarísku verksmiðjunnar. Var þetta túlkað þannig að það væri ekki kúfiskurinn sem slíkur heldur þættir sem tengdust sérstöðu vinnslulínunnar sem yllu veikindunum hjá starfsmönnum HÞ. Voru gerðar tillögur um breytingar á vinnslulínunni en vinnsla á þessum tíma hafði einkennst af miklum „gufumekki" sem var um allt vinnslusvæðið bæði í sal þar sem suða fór fram (sal 1) og einnig í sal þar sem hreinsun og pökkun fór fram (sal 2). Skömmu síðar hætti vinnsla þar eð báturinn sem veiddi kúskelina sökk.

Rannsókn á atvinnutengdum einkennum heldur áfram
Þegar vinnsla hófst að nýju haustið 1999 höfðu verið gerðar endurbætur þannig að gufa og úði var mun minni í sal 1 og salur 2 var orðinn „gufulaus". Þann 15. nóvember 1999 voru fengin sýni að nýju frá 11 starfsmönnum og sýndu einvörðungu tvö þeirra væga fjölgun á hvítum blóðkornum. Þetta var talin vísbending um að árangur væri að nást í málinu.

Í janúar 2000 kom hins vegar fram að starfsmenn ættu enn við veikindi að stríða. Einkenni voru svipuð og áður. Við skoðun á vinnslulínunni 15. mars 2000 var áberandi mikil gufa í sal 1 þar sem fiskur er soðinn, pökkunarsalur var hins vegar laus við gufu. Vatn var gruggugt en það er endurnýtt við skolun á fiskinum. Einnig voru áberandi dropaslettur frá færibandi í átt að vitum starfsmanna. Loftræsing var mikil en reykprófanir sýndu að loft þeyttist í ýmsar áttir bæði að og frá vitum starfsmanna. Fiskurinn var volgur út alla vinnslulínuna. Á þessum tíma var einungis verið að vinna kúfiskinn í beitu. Í viðræðum við hóp starfsmanna kom fram að einkenni voru enn veruleg hjá þeim.

Þann 22. mars 2000 voru skoðaðir sjö einstaklingar sem vinna eða hafa unnið í kúfiski og fimm einstaklingar sem valdir voru úr almennu fiskvinnslunni.

Af sjö starfsmönnum var einn án einkenna, einn starfsmaður hafði einkenni frá því áður en hann byrjaði í kúskelfiskvinnslu og tveir höfðu þurft að hætta vegna einkenna. Einkenni voru þau sömu og áður er lýst auk þess að nokkrir höfðu fengið blóðnasir.

Einn starfsmaður var rannsakaður með háskerputölvusneiðmynd af lungum sem reyndist eðlileg og síðan var gerð berkjuspeglun og blóð tekið til rannsóknar. Hvít blóðkorn voru innan eðlilegra marka í blóðsýni. Berkjuspeglun sýndi vægt aukna æðateikningu í stórum berkjum sem er merki um bólgu. Berkju- og lungnablöðruskol leiddi í ljós aukningu á heildarfjölda frumna þar sem eitilfrumur voru um 50% en meirihluti þeirra voru T-frumur, CD4/CD8 hlutfallið var 1,2. Fjörutíu og tvö prósent voru kleifkjarnafrumur og 8% voru átfrumur (macrophagar) en undir eðlilegum kringumstæðum eru átfrumur um 95-100% af frumum úr skolvökva sem þessum.

Niðurstaða læknisviðtals og lungnaskoðunar á fimm starfsmönnum HÞ sem ekki vinna við kúskelvinnslu var eðlileg utan að einn starfsmaður með langa reykingasögu var með væga lungnateppu.

Við loftsýnamælingu í vinnslusal fyrir breytingar kom fram mikið magn prótína. Þannig var um að ræða 949 $\mu g/m^3$ af heildar köfnunarefni sem var sú mæliaðferð sem notuð var. Mæliflöskurnar höfðu mettast áður en söfnun var lokið og getur því hafa verið um vanáætlun að ræða. Þetta magn samsvarar þó að minnsta kosti 5,9 mg/m^3 af prótínum.

Enn komu fram ráðleggingar um endurbætur á verksmiðjunni til að draga úr prótínmengun í lofti og þar með að prótín úr kúfisknum kæmust í öndunarfæri starfsmanna og væru að valda bólguviðbrögðum. Endurbætur væru gerðar meðal annars á loftræsingu til að tryggja að ferskt loft væri alltaf fyrir vitum starfsmanna og síðan var dregið úr endurnýtingu vatns.

Starfsmenn hafa frá 1.2.2001 til 1.2.2002 verið í nákvæmu heilsufarseftirliti sem framkvæmt hefur verið af starfsmönnum Heilbrigðisstofnunar Þingeyinga. Eftirlitið hefur verið í því fólgið að starfsmenn hafa svarað spurningalistum um heilsufar og öndunarfæraeinkenni og blásturspróf hafa verið framkvæmd.

Þá hefur blóðhagur með deilitalningu verið mældur. Alls voru 67 einstaklingar rannsakaðir og þar af var gerð ein rannsókn hjá 27, þannig að þeir voru eingöngu rannsakaðir þegar þeir hófu vinnu og unnu síðan það stutt að þeir voru hættir áður en kom að næsta eftirliti sem var á tveggja mánaða fresti þegar vinnsla var í gangi. Af þeim 40 starfsmönnum sem til voru fleiri en ein eftirlitsrannsókn af voru sjö sem svöruðu spurningum um einkenni á vinnustað játandi. Enginn þeirra hafði breytingar á blóðhag eða blástursprófum á þessu eins árs tímabili. Fimm þeirra notuðu svokallaða fersloftgrímu vegna þess að einkenni komu fram þrátt fyrir breytingar. Einkenni allra þeirra hurfu eða minnkuðu verulega við notkun grímunnar sem tekur inn andrúmsloft frá ómenguðum stöðum. Fjórir þeirra höfðu fyrri sögu um einkenni tengd kúfiskvinnslu. Tveir starfsmenn sem höfðu einkenni áður notuðu ekki grímu og hafði annar þeirra ekki frekari einkenni en einn starfsmaður hélt áfram vinnu grímulaus og hafði áfram einkenni. Engin ný tilfelli komu upp af kúfisksótt á eftirfylgdartímanum.

Kúfisksótt

Ofsanæmislungnabólga (hypersensitivity pneumonitis, extrinsic allergic alveolitis) er langlíklegasta greiningin og verður nefnd hér kúfisksótt. Öll einkenni sem starfsmenn lýsa eru dæmigerð fyrir ofsanæmislungnabólgu (2). Blóðnasir sem nokkrir lýsa er óvenjulegt einkenni en skýrist væntanlega af því hve mikið er af ofnæmisvakanum í vinnuumhverfinu. Ofnæmisvakinn er langlíklegast prótín úr skelfiskinum og á þrennt sinn þátt í að valda einkennum hjá starfsmönnum:

- hitun fisksins/skeljanna
- endurnýting vatnsins
- úða- og dropamengun

Margar gerðir ofsanæmislungnabólgu eru þekktar. Sú sem best er þekkt, þar á meðal á Íslandi, er heysótt. Hún kemur fram þegar bændur gefa hey sem hefur verið illa þurrkað þannig að hitakærar bakteríur hafa vaxið í heyinu. Hlutar þeirra þyrlast upp í loftið og berast ofan í lungun. Einkenni koma gjarnan fram fjórum til sex klukkustundum síðar og lýsa sér sem hiti, hrollur, höfuðverkur, mæði og særindi í öndunarfærum (2). Heysótt var fyrst lýst í heiminum árið 1790 á Íslandi (3). Með nútíma heyverkun, það er heyrúllum, hefur tíðni þessa sjúkdóms minnkað mjög mikið á Íslandi. Er hann nú afar fátíður. Meingerð þessara sjúkdóma hefur verið vel lýst á undanförnum árum (4, 5, 6). Ofnæmi fyrir skelfiski er vel þekkt bæði hjá þeim sem hans neyta og einnig hjá þeim sem vinna hann (7). Hér getur verið um að ræða bráðaofnæmi með mótefnum af IgE gerð og einnig hefur húðbólgum og asma verið lýst (8, 9). Lýst hefur verið ofsanæmislungnabólgu hjá skelfiskvinnslufólki (10, 11). Ekki eru þó til lýsingar á kúfisksótt fyrr svo vitað sé til.

Margvíslegar ráðleggingar voru gefnar til að draga úr einkennum hjá starfsfólki HÞ. Þar á meðal má nefna:

- draga úr úða- og dropamengun
- stöðva/draga úr endurnýtingu vatns
- endurhanna loftræsingu þannig að loftflæði verði sem mest fyrir vitum starfsmanna
- kæling kúfisksins strax eftir suðu getur reynst hjálpleg

Einnig voru gefnar leiðbeiningar um eftirlit með heildarmagni prótína í lofti og læknisskoðanir til að fylgjast með heilsufari starfsmanna, sérstaklega með tilliti til kúfisksóttar.

Í framhaldi af þessu var enn og aftur ráðist í viðamiklar endurbætur á húsnæði vinnslunnar. Gerðar voru miklar úrbætur á loftræsingu sem miða að því að ferskt loft sé alltaf fyrir vitum starfsmanna. Þetta var gert með miklum og jöfnum loftskiptum og tryggt jafnt og óhindrað loftflæði á fersku lofti, jafnframt sem dregið var mjög úr endurnýtingu vatns. Reynt hefur verið að endurbæta svo vinnslulínuna að starfsmenn séu sem minnst á þeim svæðum þar sem mögguleiki á prótínmengun er mestur. Þetta hefur leitt til þess að mun færri hafa fengið einkenni og þeir sem fengið hafa einkenni hafa geta losnað við þau að mestu með notkun á fersloftsgrímum.

Það er niðurstaða okkar að greining kúfisksóttar sé fyrst og fremst klínísk, það er byggist á sögu og skoðun. Rannsóknir geta sýnt ýmis ósérhæf frávik rétt á meðan á köstum stendur eins og lýst er að framan og eru því ekki sérstaklega hjálplegar en geta greint aðrar mismunagreiningar. Enn fremur virðast flestir sem við þessa vinnslu starfa mynda mótefni gegn skelfisknum án tillits til einkenna kúfisksóttar eins og lýst hefur verið í heysótt.

Ekkert í niðurstöðum þessarar rannsóknar bendir til að einstök og stutt köst kúfisksóttar valdi heilsutjóni til lengri tíma. Enginn hefur þó verið útsettur fyrir kúfiski í langan tíma. Með tilliti til reynslu af svipuðum sjúkdómum eins og heysótt er afar mikilvægt að bregðast fljótt við einkennum þar sem þau eru líkleg til að valda með tímanum varanlegri skerðingu á lungnastarfsemi ef um langvarandi útsetningu er að ræða.

Verður það sameiginlega á ábyrgð atvinnurekanda og heilsugæslu á staðnum að upplýsa alla nýja starfsmenn um sjúkdóminn og mikilvægi þess að láta strax vita af einkennum svo hægt sé að gera viðeigandi ráðstafanir eins og fyrr er lýst áður en varanlegt heilsutjón hlýst af.

Þetta er reyndar ekki alltaf eins einfalt og sýnist, bæði vegna þess að starfsmenn eru af mörgum þjóðernum og tungumálaerfiðleikar oftar en ekki til staðar, og svo hitt að aðrir atvinnumöguleikar á staðnum

eru oft litlir sem engir. Erlenda verkafólkið er auk þess háð þeim atvinnurekanda sem réð það til starfa samkvæmt núgildandi reglugerðum. Starfsfólk Heilsugæslunnar á Þórshöfn hefur þannig grun um að fáeinir einstaklingar sem starfa í vinnslunni leyni eða geri lítið úr einkennum kúfisksóttar.

Þrátt fyrir þessa annmarka er varla hægt annað en að telja það á ábyrgð einstaklingsins sjálfs að halda áfram óbreyttu starfi með einkenni og án þess að nota grímu, hafi hann fengið fullnægjandi fræðslu um sjúkdóminn og afleiðingar hans. Ábyrgð atvinnurekandans er að tryggja að vinnuumhverfið sé gott og haldist gott jafnframt því sem viðeigandi persónuhlífar séu aðgengilegar og notkun þeirra sé rétt.

Niðurlag

Í grein þessari hefur verið leitast við að draga fram nauðsyn þess að atvinnutengd einkenni séu tilkynnt til Vinnueftirlits ríkisins. Einnig hefur verið sýnt hve samvinna margra aðila er nauðsynleg til þess að rannsókn á atvinnutengdum einkennum takist sem best. Í þessu tilfelli komu að sem dæmi: efnafræðingar, verkfræðingar, tæknifræðingar, tæknimenn, hjúkrunarfræðingar, meinatæknar, auk lækna með mismunandi sérgreinar. Þá er einnig mikilvæg samvinna við atvinnurekanda, starfsmenn og heilsugæslulækna sem tilkynna slík tilfelli. Hér hefur verið um mjög góða samvinnu við stjórnendur og starfsmenn HÞ að ræða auk heilsugæslu á Þórshöfn sem hefur verið lykillinn að lausn þessarar gátu.

Við viljum hvetja alla lækna til að muna eftir tilkynningu um atvinnusjúkdóma sem send er Vinnueftirliti ríkisins en án slíkrar upplýsingar hefði rannsókn sem þessi ekki farið í gang.

Þakkir

Starfsmenn og stjórnendur HÞ, Halla Jóhannesdóttir hjúkrunarfræðingur Vífilsstöðum, starfsfólk Heilbrigðisstofnunar Þingeyinga og Vinnueftirlits ríkisins sem komið hafa að rannsókninni.

Heimildir

1. Þórarinsdóttir GG, Einarsson ST. Kúfskel við Ísland. Náttúrufræðingurinn 1997; 66: 91-100.
2. Ando M, Suga M. Hypersensitivity Pneumonitis. Curr Opin Pulm Med 1997; 3: 391-5.
3. Pálsson S. Íslensk sjúkdómanöfn. Tímarit hins konunglega íslenska lærdómslistafélags 1790; 9: 202.
4. Guðmundsson G, Bosch A, Davidson BL, Berg DJ, Hunninghake GW. Interleukin-10 modulates expression of hypersensitivity pneumonitis in mice. Am J Resp Cell Mol Biol 1998; 19: 812-8.
5. Guðmundsson G, Monick MM, Hunninghake GW. Interleukin-12 modulates expression of hypersensitivity pneumonitis. J Immunol 1998; 161: 991-9.
6. Guðmundsson G, Hunninghake GW. Interferon-gamma is necessary for the expression of hypersensitivity pneumonitis. J Clin Invest 1997; 99: 2386-90.
7. Durborow RM. Health and safety concerns in fisheries and aquaculture. Occup Med 1999; 14: 373-406.
8. Malo JL, Cartier A. Occupational reactions in the seafood industry. Clin Rev Allergy 1993; 11: 223-40.
9. Weytjens K, Cartier A, Malo JL, Chretien P, Essiembre F, Lehrer S, et al. Aerosolized snow-crab allergens in a processing facility. Allergy 1999; 54:892-3.
10. Orford RR, Wilson JT. Epidemiologic and immunologic studies in processors of the King Crab. Am J Industr Med 1985; 7: 155-69.
11. Malo JL, Chretien P, McCants M, Lehrer S. Detection of snow-crab antigens by air sampling of a snow-crab production plant. Clin Exp Allergy 1997; 27: 75-8.

Cipralex®
Cipralex, filmuhúðar töflur N 06 AB
Hver filmuhúðuð tafla inniheldur escítalópram 5 mg, 10 mg, 15 mg eða 20 mg (sem oxalat). Ábendingar: Meðferð gegn alvarlegum þunglyndisköstum. Felmtursröskun (panic disorder) með eða án víðáttufælni (agoraphobia). Skammtar og lyfjagjöf: Alvarleg þunglyndisköst: Venjulegur skammtur er 10 mg einu sinni á dag. Tekið skal mið af svörun sjúklings, en skammtinn má auka í allt að 20 mg á dag. Venjulega tekur 2-4 vikur að fá fram verkun gegn þunglyndi. Eftir að einkennin hverfa, þarf meðferðin að halda áfram í a.m.k. 6 mánuði, til að tryggja að árangur haldist. Felmtursröskun (panic disorder) með eða án víðáttufælni (agoraphobia): Ráðlagður upphafsskammtur er 5 mg á dag. Eftir einnar viku meðferð er skammturinn aukinn í 10 mg á dag. Auka má skammtinn enn frekar eða í allt að 20 mg á dag, eftir því hver svörun sjúklingsins er. Hámarksárangur næst eftir u.þ.b. þrjá mánuði. Meðferðin stendur yfir í nokkra mánuði. Aldraðir sjúklingar (> 65 ára): Íhuga skal að hefja meðferð með hálfum ráðlögðum upphafsskammti og nota lægri hámarksskammt (sjá lið 5.2 Lyfjahvörf). Börn og unglingar (<18 ára): Öryggi og verkun lyfsins hjá börnum og unglingum, hafa ekki verið rannsökuð og því er ekki ráðlagt að nota lyfið fyrir sjúklinga í þessum aldurshópum.Skert nýrnastarfsemi: Aðlögun skammta er ekki nauðsynleg hjá sjúklingum með væga eða miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi. Gæta skal varúðar hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi (CLCR minni en 30 ml/mín.) Skert lifrarstarfsemi: Ráðlagður upphafs-skammtur er 5 mg á dag, í 2 vikur. Eftir það má auka skammtinn í 10 mg, háð svörun sjúklings. Frábendingar: Ofnæmi fyrir escítalóprami eða einhverju hjálparefnanna. Samhliða meðferð með ósérhæfðum, óafturkræfum mónóamín oxidasa hemlum (MAO-hemlum). Varúð: Hjá sumum sjúklingum með felmtursröskun geta kvíðaeinkenni aukist í upphafi meðferðar með geðdeyfðarlyfjum. Ef sjúklingur fær krampa skal undantekningarlaust hætta gjöf lyfsins. Forðast skal notkun serótónín endurupptökuhemla hjá sjúklingum með óstöðuga flogaveiki. Nákvæmt eftirlit skal hafa með sjúklingum með flogaveiki, sem tekist hefur að meðhöndla og stöðva skal meðferð með serótónín endurupptökuhemlum ef tíðni floga eykst. Gæta skal varúðar við notkun SSRI lyfja hjá sjúklingum sem hafa átt við oflæti að stríða (mania/hypomania). Stöðva skal meðferð með SSRI lyfjum ef sjúklingur stefnir í oflætisfasa. Hjá sjúklingum með sykursýki getur meðferð með SSRI lyfjum haft áhrif á sykurstjórnun. Nauðsynlegt getur verið að aðlaga skammta af insúlíni og/eða sykursýkislyfjum til inntöku. Almenn klínísk reynsla af notkun SSRI lyfja sýnir, að sjálfsvígshætta getur aukist á fyrstu vikum meðferðar. Mikilvægt er að fylgjast náið með sjúklingi á þessu tímabili. Lækkun natríums í blóði hefur sjaldan verið skráð við notkun SSRI lyfja og hverfur venjulega þegar meðferðinni er hætt. Óeðlilegar húðblæðingar s.s. flekkblæðingar (ecchymoses) og purpuri hafa verið skráðar í tengslum við notkun sértækra serótónín endurupptökuhemla. Sérstakrar varúðar ber að gæta hjá sjúklingum sem fá SSRI lyf samhliða lyfjum sem hafa áhrif á starfsemi blóðflagna svo og hjá sjúklingum með sögu um blæðingartilhneigingu. Almennt er ekki mælt með samhliða notkun escítalóprams og MAO-A hemla vegna hættunnar á að valda serótónín heilkenni. Í sjaldgæfum tilfellum hefur serótónín heilkenni verið skráð hjá sjúklingum, sem nota SSRI lyf samhliða serótónvirkum lyfjum. Ef þetta gerist skal strax hætta meðferð. Þegar meðferð með Cipralex er hætt, skal dregið úr skömmtum smám saman, á einni til tveimur vikum, til að koma í veg fyrir hugsanleg fráhvarfseinkenni. Milliverkanir: Notkun escítalóprams er frábending samhliða ósérhæfðum MAO-hemlum. Vegna hættunnar á serótónín heilkenni, er ekki mælt með samhliða notkun escítalóprams og MAO-A hemils og gæta skal varúðar við samtímis notkun selegilíns (óaftur-kræfur MAO-B-hemill). Gæta skal varúðar þegar samtímis eru notuð önnur lyf, sem geta lækkað krampaþröskuld. Gæta skal varúðar við samtímis notkun litíums og tryptófans. Forðast skal samtímis notkun náttúrulyfsins jónsmessurunna (St. John´s Wort). Ekki er vænst neinna milliverkana í tengslum við lyfhrif eða lyfjahvörf, á milli escítalóprams og alkóhóls. Samt sem áður, eins og við á um önnur geðlyf, er samhliða notkun alkóhóls ekki æskileg. Nauðsynlegt getur verið að minnka skammta af escítalóprami við samtímis notkun ensímhemlanna ómeprazóls og címetidíns. Gæta skal varúðar þegar escítalópram er gefið samhliða lyfjum, sem umbrotna fyrir tilstilli ensímanna CYP2D6 (flecaínið, própafenón, metóprólól, desipramín, klómipramín, nortryptilín, risperidón, thíoridazín og halóperidól) og CYP2C19. Meðganga og brjóstagjöf: Engar klínískar upplýsingar liggja fyrir um notkun escítalóprams á meðgöngu. Því ætti ekki að nota Cipralex á meðgöngu, nema brýna nauðsyn beri til. Gert er ráð fyrir að escítalópram skiljist út í brjóstamjólk. Ekki ætti að gefa konum með börn á brjósti escítalópram. Aukaverkanir: Aukaverkanir eru algengastar á fyrstu og annarri viku meðferðar og yfirleitt dregur úr tíðni og styrk þeirra við áframhaldandi meðferð. Sé meðferð með sértækum serótónín endurupptökuhemlum hætt skyndilega eftir langvarandi meðferð, geta fráhvarfseinkenni komið fram hjá sumum sjúklingum. Þrátt fyrir að fráhvarfseinkenni geti komið fram þegar meðferð er hætt, benda fyrirliggjandi forklínískar og klínískar upplýsingar ekki til þess að um ávanahættu sé að ræða. Fráhvarfseinkenni af völdum escítalóprams hafa ekki verið metin á kerfisbundinn hátt. Þau fráhvarfseinkenni sem komið hafa fram í tengslum við racemískt citalópram eru svimi, höfuðverkur og ógleði. Meirihluti þeirra eru væg og afmörkuð (self-limiting). Í tvíblindum samanburðarrannsóknum með lyfleysu var tíðni eftirfarandi aukaverkana hærri vegna escítalóprams en lyfleysu: ógleði, sviti, svefnhöfgi, svimi, svefnleysi, hægðatregða, niðurgangur, minnkuð matarlyst, kynlífstruflanir, þreyta, hiti, bólgur í ennis- og kinnholum og geispar.Pakkningar og verð (júlí 2002): Cipralex 5 mg 28 stk kr.2685, Cipralex 5 mg 100 stk kr. 7706, Cipralex 10 mg 28 stk kr. 4419, Cipralex 10 mg 56 stk kr. 7906 Cipralex 10 mg 100 stk kr. 13010, Cipralex 15 mg 28 stk kr. 6053, Cipralex 15 mg 100 stk kr. 18590, Cipralex 20 mg 28 stk kr. 7616, Cipralex 20 mg 56 stk kr. 13970, Cipralex 20 mg 100 stk kr. 23573. Handhafi markaðsleyfis: H. Lundbeck A/S, Ottiliavej 9, DK-2500 Kaupmannahöfn – Valby, Danmörk. Umboðsmaður á Íslandi: Austurbakki hf., Köllunarklettsvegi 2,104 Reykjavík; sími 563 4000. Markaðsleyfi var veitt 31. maí 2002 **Heimildir: 1.** Owens MJ, Knight DL, Nemeroff CB. Second-Generation SSRIs: Human Monoamine Transporter Binding Profile of Escitalopram and R-Fluoxetine. Biol Psychiatry 2001; 50: 345-350. **2.** Wade A, Lemming OM, Hedegaard KB. Escitalopram 10 mg/day is effective and well tolerated in a placebo-controlled study in depression in primary care. Int Clin Psychopharmacol 2002; 17: 95-102. **3.** Burke WJ, Gergel I, Bose A. Fixed-Dose Trial of the Single Isomer SSRI Escitalopram in Depressed Outpatients. J Clin Psychiatry 63:4, April 2002. **4.** Gorman JM, Korotzer A, Su G. Efficacy Comparison of Escitalopram and Citalopram in the Treatment of Major Depressive Disorder: Pooled Analysis of Placebo-Controlled Trials. CNS Spectrums, April 2002, volume 7 (suppl 1): 40-44. **5.** Montgomery SA et al. Escitalopram (S-Enantiomer of Citalopram): Clinical Efficacy and Onset of Action Predicted from a Rat Model. Pharmacology & Toxicology 2001, 88, 282-286.

Cipralex® escitalopram – rökrétt framþróun frá Cipramil® citalopram



- Cipralex® skjót linun þunglyndiseinkenna[2, 3, 4]
- Cipralex® 10-20 mg hefur marktækt betri verkun en Cipramil® 20-40 mg - einnig í alvarlegu þunglyndi
  (Greining á sameiginlegum niðurstöðum (pooled data) 3 lyfleysustýrðra rannsókna*)[4]
- Cipralex® þolist vel með aukaverkanir svipaðar og af Cipramil®[5]
- Cipralex® er sértækasta SSRI lyfið[1]

* = Betri verkun samkvæmt MADRS skala í viku 1 og 8, við alvarlegu þunglyndi í viku 1, 6 og 8 (OC-greining).

Lundbeck Cipralex escitalopram

Lundbeck Pharma A/S
Umboð á Íslandi: Austurbakki hf.
Köllunarklettsvegi 2 · 104 Reykjavík
Sími 563 4000 · Fax 563 4090
www.austurbakki.is



Lopress

ÖFLUGT LYF VIÐ HÁÞRÝSTINGI

Lopress
Hver tafla inniheldur:
Losartanum INN, kalíumsalt,
12,5 mg eða 50 mg.

Ábendingar: Háþrýstingur. Hjartabilun þegar meðferð með ACE–hemlum er ekki lengur talin henta. Ekki er mælt með að skipta yfir í meðferð með lósartan ef hjartasjúklingar eru í jafnvægi á ACE–hemlum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar eru einstaklingsbundnir. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** *Háþrýstingur:* Venjulegur upphafs- og viðhaldsskammtur fyrir flesta sjúklinga er 50 mg einu sinni á dag. Lósartan má gefa einu sinni á dag eða tvisvar á dag og heildarskammtur er á bilinu 25–100 mg á dag. Ef ekki fæst nægjanlega góð stjórnun á blóðþrýstingnum með því að gefa lósartan einu sinni á dag, getur verið betra að skipta skammtinum í tvennt eða auka hann í 100 mg einu sinni á dag. Hámarksblóðþrýstingslækkandi áhrif lyfsins nást 3–6 vikum eftir að meðferð er hafin. Nota skal 25 mg upphafsskammt, einu sinni á dag, handa sjúklingum með minnkað blóðrúmmál t.d. þeim sem meðhöndlaðir eru með stórum skömmtum af þvagræsilyfjum og þeim sem hafa sögu um skerta lifrarstarfsemi (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur). Ekki er þörf á að breyta upphafsskammti aldraðra sjúklinga eða sjúklinga með skerta nýrnastarfsemi, þ.m.t. sjúklinga sem fá kvið- eða blóðskilun (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur). Lósartan má gefa með öðrum háþrýstingslyfjum. *Hjartabilun:* Upphafsskammtur hjá sjúklingum með hjartabilun er 12,5 mg einu sinni á dag. Auka má skammtinn um 12,5 mg á viku fresti (þ.e. í skammtana 25 mg daglega eða 50 mg daglega), í venjulegan viðhaldsskammt, 50 mg einu sinni á dag eða eins og sjúklingurinn þolir. Lósartan er venjulega gefið samhliða þvagræsilyfjum og digitalis. Skammtastærðir handa börnum: Lyfið er ekki ætlað börnum. Lósartan má gefa með eða án matar. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir lósartani eða einhverju af innihaldsefnum lyfsins. Sjá einnig kaflann um meðgöngu og brjóstagjöf. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Ofnæmi. Ofnæmisbjúgur (sjá Aukaverkanir). *Lágþrýstingur og blóðsalta/vökva ójafnvægi:* Hjá sjúklingum með vökvaskort (t.d. þeim sem meðhöndlaðir eru með stórum skömmtum af þvagræsilyfjum) geta einkenni um lágþrýsting komið fyrir. Þennan vökvaskort á að leiðrétta fyrir gjöf lósartans eða nota lægri upphafsskammt af lósartani. *Skert lifrarstarfsemi:* Ihuga ætti lægri upphafsskammt fyrir sjúklinga með sögu um skerta lifrarstarfsemi, en samkvæmt gögnum úr lyfjahvarfafræði hefur verið sýnt fram á marktækt aukna plasmaþéttni hjá sjúklingum með skorpulifur. *Skert nýrnastarfsemi:* Sem afleiðing af hömlun renín-angíótensín-kerfisins, hafa breytingar á nýrnastarfsemi, þ.m.t. nýrnabilun, verið skráðar hjá næmum einstaklingum; þessar breytingar á nýrnastarfsemi geta gengið til baka ef meðferð er hætt. Önnur lyf sem hafa áhrif á renín-angíótensín-kerfið geta aukið þvagefni og kreatínín í sermi hjá sjúklingum með þrengsli í annarri eða báðum nýrnaslagæðum. Svipuð áhrif hafa verið skráð um lósartan; þessar breytingar á nýrnastarfsemi geta gengið til baka, ef meðferð er hætt. Ekki ætti að nota kalíumuppbót eða kalíumsparandi þvagræsilyf samtímis lósartan án samráðs við lækni. **Milliverkanir:** Ekki þekktar. Samböndum sem hafa verið rannsökuð eru m.a.: hýdróklórtíazíð, digoxín, warfarín, cimetidín, fenemal, ketókónazól og erýthrómýcín. Rifampicín og flúkónazól hafa lækkað blóðþéttni virka umbrotsefnisins. Klínísk þýðing þessara milliverkana hefur ekki verið metin. Eins og við á um önnur lyf sem hamla angíótensíni II eða verkunum þess, getur samhliða notkun kalíumsparandi þvagræsilyfja (t.d. spírónólaktóns, tríamterens og amílóríðs), kalíumuppbótar og salta sem innihalda kalíum, leitt til kalíumhækkunar í blóði. Eins og við á um önnur blóðþrýstingslækkandi lyf, geta blóðþrýstingslækkandi áhrif lósartans deyfst við samhliða töku bólgueyðandi lyfsins indómetasíns. **Meðganga og brjóstagjöf:** Þrátt fyrir að engin reynsla sé af notkun lyfsins hjá þunguðum konum hafa rannsóknir á dýrum sýnt að lósartan veldur fósturskaða, fósturlátum og nýburadauða og er það talið vera vegna lyfjafræðilegra áhrifa á renín-angíótensín-kerfið. Hjá mannsfóstri hefst blóðrás um nýru sem er háð myndun renín-angíótensínkerfisins á öðrum þriðjungi meðgöngu, og er því hættan fyrir fóstrið aukin ef lyfið er gefið á öðrum eða þriðja þriðjungi meðgöngu. Lyf sem hafa beina verkun á renín-angíótensínkerfið geta valdið fósturskaða og jafnvel fósturláti, séu þau notuð á öðrum eða þriðja þriðjungi meðgöngu. Eigi þungun sér stað, skal stöðva lósartanmeðferð svo fljótt sem auðið er. *Brjóstagjöf:* Ekki er vitað hvort lósartan skilst út í brjóstamjólk kvenna. Á það skal þó bent að umtalsvert magn af lósartani og virku umbrotsefni þess hefur komið fram í rottumjólk. Vegna mögulegra aukaverkana á barn á brjósti, skal taka ákvörðun um hvort hætta eigi brjóstagjöfinni eða notkun lyfsins, m.t.t. mikilvægis lyfsins fyrir móðurina. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Engin þekkt áhrif á hæfni til aksturs eða notkunar véla. **Aukaverkanir: Algengar (>1%):** Svimi, lágþrýstingur. **Sjaldgæfar (0,1-1%):** *Ofnæmi:* Bráðaofnæmi, ofsabjúgur þ.á. m. þroti í barkakýli og raddböndum sem lokar öndunarveginum og/eða þroti í andliti, vörum, koki og/eða tungu. Sumir þessarra sjúklinga hafa áður fengið ofsabjúg af völdum annarra lyfja, þ.á m. ACE–hemla. *Æðabólga* hefur sjaldan sést, þar með talið purpuraliki sem svipar bæði til purpuralíkis Henochs og Schönleins, með kviðverkjum, maga- og garnablæðingum, liðverkjum og nýrnabólgu. *Meltingarfæri:* Niðurgangur, lifrarbólga, truflanir á lifrarstarfsemi. *Blóð:* Blóðleysi. *Húð:* Ofsakláði, kláði. *Stoðkerfi:* Vöðaverkir. *Taugakerfi:* Mígreni. *Öndunarfæri:* Hósti. *Breytingar á blóðgildum:* Hækkað kalíum í blóði (>5,5 mmól/l (ca. 1,5%)); væg hækkun á lifrarensímum kom sjaldan fyrir og gekk venjulega til baka ef meðferð var hætt. **Ofskömmtun:** Takmarkaðar upplýsingar eru til varðandi ofskömmtun í mönnum. Líklegasta merki ofskömmtunar er lágþrýstingur og hraðtaktur, hægsláttur gæti komið fyrir. Ef lágur blóðþrýstingur veldur einkennum skal hefja stuðningsmeðferð. Hvorki er hægt að fjarlægja lósartan né virka umbrotsefnið með blóðskilun. **Pakkningar og hámarksverð í smásölu – 1. nóv. 2002:** Töflur 12,5 mg: 28 stk. 2.350 kr.; töflur 50 mg: 28 stk. 3.632 kr.; 98 stk. 10.559 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R. **Greiðsluþátttaka:** B. Markaðsleyfishafi: Omega Farma. Nóv. 2002.

Omega Farma

Yfirlit árangurs eftir brjóstaminnkunar-aðgerðir, framkvæmdar á Landspítala Hringbraut 1984-1993

Kári Knútsson[1]

Ólafur Einarsson[2]

Ágrip

Brjóstaminnkun er viðurkennd og áhrifarík aðgerð til að lina þjáningar kvenna með ofvöxt í brjóstum (*Hyperplasia mammae/Macromastia*). Þetta er ein algengasta aðgerð sem lýtalæknar framkvæma í dag.

Tilgangur: Að kanna árangur eftir brjóstaminnkunaraðgerðir sem framkvæmdar voru á lýtalækningadeild Landspítalans á tíu ára tímabili, 1984-1993, með aftursærri og lýsandi rannsókn.

Efniviður og aðferðir: Þrír lýtalæknar framkvæmdu flestar aðgerðirnar, eða 248 (96%), og notuðu mismunandi aðferðir við framkvæmd þeirra.

Rannsóknin var tvíþætt, annars vegar var farið í gegnum sjúkraskrár allra þeirra 277 kvenna sem leituðu til lýtalækna á Landspítalanum vegna stórra brjósta og gengist höfðu undir brjóstaminnkun á báðum brjóstum. Skráðar voru margþættar upplýsingar um sjúklingana, aðgerðina og árangur, sérstaklega með tilliti til fylgikvilla. Hins vegar var sendur spurningalisti til þeirra kvenna sem tóku þátt í rannsókninni. Helst var spurt um einkenni fyrir aðgerð, hvernig þær upplifðu aðgerðina (galla og kosti) og síðast en ekki síst árangur aðgerðar að þeirra mati. 258 konur tóku því þátt í rannsókninni (19 féllu úr), en 195 (75,5%) þeirra svöruðu spurningalistanum.

Niðurstöður: 28 sjúklingar (11,5%) fengu meiriháttar fylgikvilla eftir aðgerð, en 28,5% sjúklinga fengu minniháttar fylgikvilla. Allir minniháttar fylgikvillar greru á fáum vikum en hugsanlegt er að læknarnir hafi verið misduglegir við að skrá þá. Af alvarlegum fylgikvillum þurfti helmingur í bráða enduraðgerð vegna blæðingar og hinn helmingurinn í síðkomna enduraðgerð vegna annarra fylgikvilla.

Algengasti fylgikvillinn var drep í húð (39% af fylgikvillum). Aðrir algengir fylgikvillar voru sár (18,5%), blæðing (15,5%), sýking (11,5%), og gliðnun (8%). Alvarlegir fylgikvillar eftir skurðlæknum voru á bilinu 9% til 14,5%.

Niðurstöður spurningalistans voru þær helstar að 94% sjúklinga höfðu líkamleg einkenni og þar af 82% með bæði líkamleg og sálræn vandamál fyrir aðgerð. 81% kvennanna fannst árangur aðgerðar vera góður eða mjög góður. 44% kvennanna fannst helstu

ENGLISH SUMMARY

Knútsson K, Einarsson Ó

Reduction mammaplasty in Reykjavik, Iceland 1984-1993; An outcome analysis

Læknablaðið 2002; 88: 915-9

Breast reduction is an established and effective operation in reducing symptoms of macromastia (*Hyperplasia mammae*). This is one of the most common operation done by plastic surgeons today.

Objective: The purpose of this retrospective descriptive analysis was to determine the results of bilateral reduction mammaplasty in the period 1984-1993, at the department of Plastic Surgery, National University Hospital, Reykjavík, Iceland.

Material and methods: Three plastic surgeons performed most of the operations (96%) and used different operation methods. Data from 277 patient charts was reviewed, and a total of 258 women were included in the study. Calculation of the complication rate was made for the whole group and each surgeon.

A questionnaire form was sent to all of the 258 women that underwent bilateral reduction mammaplasty due to macromastia. Preoperative symptoms, the experience of the operation and lastly the patients opinion of the overall result of the operation were evalueted. 195 (75.5%) of the patients responded.

Results: 28 patients or 11.5% had major complications (needed reoperation) and 69 patients or 28.5% had minor complications. The minor complications healed in a short time (a few weeks), but it is possible that the surgeons did not register all the minor complications equally. Of the major complications half needed reoperation within the first two days because of bleeding/hematoma and the other half needed reoperation later for other resons. The rate of major complications varied from 9% to 14.5% between the surgeons.

The most common complication was necrosis of the skin (39% of the complications). Other common complications were minor wounds (18.5%), bleedings (15.5%), infections (11.5%), and dehiscence (8%).

Data from the questionnaire indicated that 94% of the patients had physical symptoms and 82% had also emotional symptoms preoperatively. 81% thought the overall result was very good or good. 44% of the patients thought the main disadvantage of the operation was scar appearance. 84% thought the operation met their expectations in all (50%) or most regards (34%). 91.5% of the women would recommend operation to a friend. 66% said that macromastia was in the family.

Conclusion: The overall results of this study indicate that reduction mammaplasty is an effective method in relieving symptoms due to macromastia and that, despite the complications, the majority of the operated women were pleased with the results.

Keywords: *reduction mammaplasty, breast reduction.*

Correspondence: Kári Knútsson, *kari.knutsson@sha.is*

[1]Skurðdeild Sjúkrahúss Akraness, [2]lýtalækningadeild Landspítala Hringbraut, 101 Reykjavík. Fyrirspurnir og bréfaskipti: Kári Knútsson, Skurðdeild Sjúkrahúss Akraness, 300 Akranesi. *kari.knutsson@sha.is*

Lykilorð: *brjóstaminnkun, brjóstaaðgerð.*

Table I. *Total, mean (SD*), median and range values calculated for the variables.*

	Number of patients	Mean (SD*)	Median	Range
Age (years)	258	37 (14.5)	34	15-77
BMI**	231	25.9 (3.8)	25.2	17.5-40.0
Operating time (min)	248	128.1 (21.2)	125	80-180
Reduction (g)	258	1356.7 (639.6)	1297.5	165-4750
Suction drain (ml)	250	128.1 (101.3)	106	0-917
Hospital stay (days)	248	5.5 (4.0)	5	3-53

* Standard deviaton. ** Body mass index.

Table II. *Number of different minor and major complications. 146 patients with no complication. N = 243.*

	Minor complications (%)	Major complications (%)	Total complications (%)
Necrosis	29 (11.9)	9 (3.7)	38 (15.6)
Wounds	18 (7.4)	0	18 (7.4)
Hematoma	0	15 (6.2)	15 (6.2)
Infection	9 (3.7)	2 (0.8)	11 (4.5)
Dehiscence	6 (2.5)	2 (0.8)	8 (3.3)
Other	7 (2.9)	0	7 (2.9)
Total	69 (28.4)	28 (11.5)	97 (40.0)

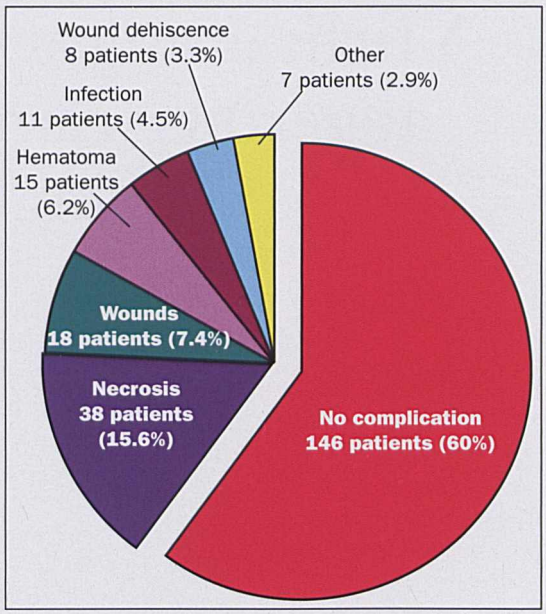


Fig. 1. *Percentage of different complications vs. no complications. N = 243.*

gallar aðgerðarinnar vera ör en aðeins 14,5% höfðu gengist undir enduraðgerð vegna þess.

84% fannst aðgerðin hafa skilað tilætluðum árangri að öllu (50%) eða verulegu leyti (34%). 91,5% kvennanna mundu ráðleggja öðrum konum með stór brjóst aðgerð ef þær yrðu spurðar. 66% kvennanna sögðu stór brjóst vera ættgeng hjá þeim.

Ályktanir: Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna að brjóstaminnkun er áhrifarík aðgerð til að lina þjáningar kvenna með ofvöxt í brjóstum og að allflestar konur eru ánægðar með árangurinn, þrátt fyrir fylgikvillana.

Inngangur

Ofvöxtur í brjóstum er ástand/sjúkdómur sem virðist nokkuð algengur og oft liggja í ættum. Margar af þessum konum fá stór brjóst fljótlega eftir kynþroska og oftar en ekki stækka brjóstin með árunum og fjölda barneigna. Óþægindi vegna stórra brjósta eru vel þekkt (1, 2). Þessar konur hafa oft veruleg líkamleg einkenni en algengustu kvartanirnar eru verkir/óþægindi í hnakka, öxlum og baki (1). Þetta leiðir oft til þess að konurnar verða lotnar í baki og herðum (1). Aðrar afleiðingar eru tíðir höfuðverkir (1). Önnur einkenni, svo sem fyrirferð brjóstanna, exem undir brjóstum og skora í öxlum undan brjóstahaldara, eru vel þekkt (2). Fjölmörgum aðferðum við brjóstaminnkanir hefur verið lýst í vísindaritum og bókum sem hafa sýnt fram á góðan árangur (1-21). Mismunurinn er fólginn í hvernig stilkurinn sem geirvartan er flutt á er hannaður.

Tilgangur rannsóknarinnar var því að kanna árangur aðgerðar eftir upplýsingum sem fram koma annars vegar í sjúkraskrám og hins vegar frá sjúklingum sjálfum með spurningalistum.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin var afturvirk og náði yfir tíu ára tímabil, 1984-1993. Farið var í gegnum sjúkraskrár allra kvenna sem höfðu leitað til lýtalækna á Landspítalanum á umræddu tímabili og gengist undir brjóstaminnkunaraðgerð vegna ofvaxtar í brjóstum. Skráðar voru upplýsingar frá sjúkraskrám, svo sem aldur, hæð og þyngd. Að auki voru skráðar upplýsingar um aðferð við brjóstaminnkun, aðgerðartíma, magn brjóstvefjar sem fjarlægður var, hversu mikið blæddi í kera og innlagnatíma. Síðast en ekki síst voru skráðir fylgikvillar sem komu í kjölfar aðgerðar.

Fylgikvillum var skipt í tvennt, minniháttar fylgikvillar í skurðsári sem greru án enduraðgerða og meiriháttar fylgikvillar í skurðsári sem þörfnuðust enduraðgerða. Öll minniháttar sár voru skráð sem fylgikvilli.

Tölulegar upplýsingar um samsetningu sjúklingahóps hvers sérfræðings og heildarhópsins eru gefnar í töflum 1 og 3. Hóparnir voru bornir saman með Kruskal-Wallis- og Mann-Whitney-prófunum. Munur telst marktækur ef $p<0,05$.

Árið 1995 sendur var spurningalisti til þeirra kvenna sem náðist í og síðan hringt til þeirra sem ekki sendu inn svör. Alls var farið í gegnum 277

Table III. *Calculations for some variables for surgeons 1, 2 and 3. No significant difference in complication rate, median operating time or reduction between the surgeons.*

	Number of patients (%)	Minor complications (%)	Major complications (%)	Median BMI*(N)	Median op. time	Median reduction
Surgeon 1	109 (46.6)	29 (26.6)	10 (9.2)	25.8** (102)	120 min	1292.5 g
Surgeon 2	82 (35)	25 (30.5)	12 (14.6)	23.7** (80)	130 min	1330 g
Surgeon 3	43 (18.4)	11 (25.6)	6 (14)	28.4** (39)	130 min	1290 g
Total	234	65	28	231	248	258

* Body mass index. ** Significant difference between every 2 surgeons ($p<0.001$).

sjúkraskrár en af þeim höfðu átta látist á tímabilinu en 11 flutt erlendis og náðist ekki í þær konur.

258 konur fengu því spurningalistann sendan heim en 195 konur, eða 75,5%, svöruðu spurningunum (meðtaldar þær 30 konur sem hringt var til).

Afdrif þeirra 63 kvenna (með tilliti til fylgikvilla) sem ekki svöruðu voru ekki athuguð sérstaklega.

Það ber einnig að undirstrika að niðurstöður frá spurningalistum annars vegar og sjúkraskrám hins vegar voru ekki bornar saman hjá einstaka sjúklingum.

Um er að ræða tvo rannsóknarhópa – hóp 258 sjúklinga þar sem upplýsingar um árangur aðgerðar voru fengnar frá sjúkraskrám, og hóp 195 sjúklinga sem svöruðu spurningalistum.

Á spurningalistanum var leitað svara við eftirfarandi atriðum:

1. líkamleg einkenni fyrir aðgerð
2. sálræn vandamál fyrir aðgerð
3. ættgengi
4. aðrar úrlausnir fyrir aðgerð, til dæmis megrun, sérhannaðir brjóstahaldarar og fleira
5. árangur aðgerðar
6. helstu kostir aðgerðar
7. helstu gallar aðgerðar
8. útlit öra
9. þurfti/þarf að laga örin?
10. hefur aðgerð skilað þeim árangri sem vonast var til?
11. hefur sjúklingur orðið fyrir varanlegu lýti vegna aðgerðar?
12. hve lengi frá vinnu/námi/heimilisstörfum?
13. mundi sjúklingur ráðleggja öðrum með sama vandamál að fara í svona aðgerð?

Niðurstöður úr sjúkraskrám:

Tafla I sýnir mið- og meðalgildi ásamt dreifingu á helstu breytum, af öllum hópnum. Athugið að þýðið fyrir mismunandi breytur er breytilegt vegna einstakrar vöntunar á upplýsingum. 36 konur (14%) fengu blóðgjöf eftir aðgerð (ein til fimm einingar).

Þrír lýtalæknar framkvæmdu flestar aðgerðirnar, eða 248 (96,1%), einn framkvæmdi níu aðgerðir og annar eina aðgerð. Tveir þeir síðarnefndu eru ekki hafðir með þegar skurðlæknarnir eru bornir saman (tafla III).

Upplýsingar um fylgikvilla vantaði hjá 15 (5,8%) kvennanna (engin göngudeildarnóta), oftast vegna búsetu langan veg frá Reykjavík. Þýðið sem útreikningar fylgikvilla byggist á er því 243 (mynd 1 og tafla II). 40 % af öllum hópnum (97 sjúklingar) fengu einhvern fylgikvilla eftir aðgerð. 69 sjúklingar fengu minniháttar fylgikvilla (28,4% af heildinni) og 28 sjúklingar meiriháttar fylgikvilla (11,5% af heildinni).

Algengasti fylgikvillinn var drep í húð, oftast undir brjóstinu þar sem flipar mætast eða í hluta/allri geirvörtunni (ekki nákvæmlega skráð). 38 sjúklingar, eða 15,6% af heildinni. Sáravandamál höfðu 18 sjúklingar, eða 7,4%.

Blæðingu strax eftir aðgerð höfðu 15 sjúklingar, eða 6,2%. Allir í þessum hóp þörfnuðust enduraðgerðar á fyrsta eða fyrstu sólarhringum eftir aðgerð. Blæðing er því algengasti alvarlegi fylgikvillinn. Minniháttar blæðingar voru ekki skráðar.

Sýkingavandamál höfðu 11 sjúklingar eða 4,5%. Nokkrir í þessum hóp höfðu fleiri en einn fylgikvilla (þó ekki tvískráðir). Gliðnun höfðu átta sjúklingar, eða 3,3% af fylgikvillum. Aðrir algengustu minniháttar fylgikvillar (2,9%) voru erting af saumum (þrír), fistlar (tveir) og fleira (tveir) en enginn þeirra þarfnaðist enduraðgerðar. 6% sjúklinganna voru skráðir með fleiri en einn fylgikvilla.

Þess má geta að í þessari rannsókn eru ljót ör ekki skilgreind sem fylgikvilli, enda eru þau að minnsta kosti stundum afleiðing ofannefndra fylgikvilla.

Mynd 1 sýnir glögglega hlutfall mismunandi fylgikvilla af öllum hópnum samanborið við enga fylgikvilla.

Tafla II sýnir algengi mismunandi minniháttar og meiriháttar fylgikvilla af öllum hópnum. Það ber að undirstrika að eingöngu þeir sjúklingar sem eru skráðir með meiriháttar fylgikvilla (samtals 28) þurftu að fara í enduraðgerð. Eins og sjá má er blæðing algengasta ástæða fyrir enduraðgerð (6,2%) vegna fylgikvilla.

Tafla III sýnir samanburð á ýmsum breytum fyrir skurðlækna 1, 2 og 3. Eins og sjá má er ekki tölulegur marktækur munur á þessum breytum fyrir mismunandi skurðlækna, nema BMI (Body mass index).

Tafla IV sýnir fjölda mismunandi aðgerðategunda af öllum hópnum. Þess má geta að fyrstnefnda að-

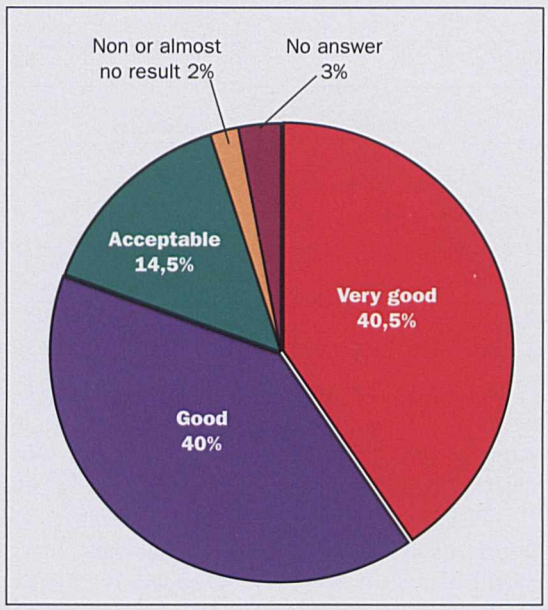


Fig. 2. *Questionnaire: The patients' opinion of the overall result of the operation.*

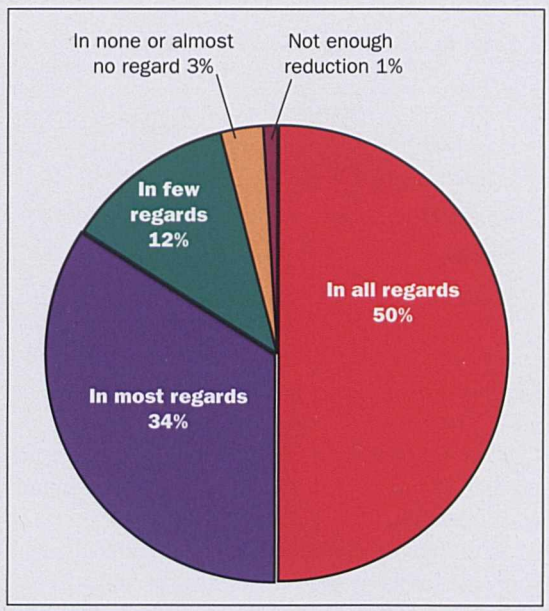


Fig. 3. *Questionnaire: Did the operation meet expectations?*

Table IV. *Number of patients operated by different operation methods.*

Operation method	Number of patients (%)
Bilateral Strömbeck – horizontal bipediculer	165 (64)
Medial Strömbeck – medial unipediculer	42 (16.5)
Hugo – superior unipediculer	37 (14.5)
Mc Kissock – vertical bipediculer	3 (1)
Free transplantation of areola	11 (4)

ferðin, Bilateral Strömbeck, er lítið notuð í dag. Ekki var gerð tilraun til að finna hvort fylgni var milli tíðni fylgikvilla og aðgerðategunda, vegna tiltölulega lítils fjölda í flestum hópum. Þess má geta að flestir hópanna eru einnig samsettir (fleiri skurðlæknar). Ein kona greindist með lungnarek sex dögum eftir aðgerð. Þrjár konur greindust með brjóstakrabbamein í smársjárskoðun og fóru síðar í aðgerð vegna þess.

Niðurstöður spurningalista

Eins og fram hefur komið svöruðu 195 konur (75,6%) spurningalistanum. Allflestar konurnar, eða 183 (93,8%), sögðust hafa haft líkamleg einkenni fyrir aðgerð, en flestar af þeim, eða 160 (82%), sögðust einnig hafa haft félagsleg vandamál. 129 (66,1%) konur svöruðu játandi spurningunni um ættgengi. Ríflega helmingur, eða 101 (51,8%), höfðu reynt aðrar úrlausnir áður en til aðgerðar kom (megrun, sérhannaðir brjóstahaldarar, sjúkraþjálfun, nudd og fleira).

Mynd 2 sýnir árangur aðgerðar að mati sjúklinga. 170 (87,2%) konur sögðu helstu kosti aðgerðar vera minni líkamleg einkenni. 46 (23,6%) fannst útlit fyrst og fremst betra (15% svöruðu bæði), átta (4,1%) svöruðu ekki en tvær (1,0%) sögðu enga kosti. 85 (43,6%) konum fannst ör aðalgalli aðgerðar. 61 (31,3%) fannst aðrir gallar til dæmis að ekki geta mjólkað, ljót brjóst, tilfinningaleysi í geirvörtum og fleira. 9% kvennanna fannst hvort tveggja. 36 (18,5%) fannst engir gallar og 16% svöruðu ekki. 104 (53,3%) kvennanna fannst útlit öra mjög gott (19 %) eða vel viðunandi (34%). 60 (30,8%) fannst örin þolanleg og 29 (14,8%) fannst þau slæm. Tvær (1%) svöruðu ekki. 28 (14,3%) konur höfðu þegar farið í aðgerð til að fjarlægja örin en 46 (23,6%) sögðu að þess þyrfti en voru ekki búnar að fara í aðgerð. 128 (65,6%) sögðu að ekki þyrfti að laga örin. Sumar svöruðu fleiri en einum lið (3,5%).

Mynd 3 svarar spurningunni hvort árangur aðgerðar var í hlutfalli við væntingar. Spurt var um varanleg einkenni eða lýti eftir aðgerð. 145 (74,4%) svöruðu spurningunni neitandi. 37 (18,9%) fannst örin varanleg lýti en 16 (8,2%) annað, til dæmis misstór brjóst, ljót brjóst og fleira. Sumar svöruðu fleiri en einum lið. 95 (48,7%) höfðu verið frá vinnu, námi eða heimilisstörfum í fjórar til átta vikur, 51 (26,1%) í tvær til fjórar vikur og 27 (13,8%) í tvær vikur eða skemmri tíma. 14 (7,2%) lengur en í átta vikur en átta konur (4,1%) svöruðu ekki/mundu ekki. 178 (91,3%) kvennanna sögðust ráðleggja öðrum konum aðgerð ef þær yrðu spurðar. 11 (5,6%) myndu ekki ráðleggja aðgerð, fjórar (2,0%) vissu ekki og tvær (1,0%) svöruðu bæði já og nei.

Umræða og ályktun

Niðurstöður frá spurningalista eru áþekkar öðrum spurningalistum sem uppbyggðir hafa verið með líkum hætti (12, 13, 16, 17), að allflestar konur sem gengist hafa undir aðgerð vegna stórra brjósta eru ánægðar með árangurinn (80,5% í þessari rannsókn). Afdrif þeirra tæplega 25% kvenna sem ekki svöruðu spurningalistanum er erfitt að spá um, en það ber að

undirstrika að allt að 11 ár liðu frá því að fyrstu konurnar fóru í aðgerð þangað til að spurningalistinn var sendur.

Mörgum finnst ef til vill að 40% fylgikvillar sé há tala. Sumar rannsóknir hafa reyndar sýnt fram á mun lægri tíðni (3), en aðrar mjög áþekkar tölur (til dæmis 13). Að okkar mati er skýringanna að leita meðal annars í mismunandi skilgreiningu á minniháttar fylgikvillum. Í aðgerðinni felast stórir sárafletir og nokkuð mikill saumaskapur. Því er eðlilegt að upp komi minniháttar sáravandamál og er spurning hvort um raunverulega fylgikvilla er að ræða (samanber skilgreiningu).

Hvað sem því líður sýnir þessi rannsókn glögglega að konunum finnast þessir fylgikvillar almennt ekkert tiltökumál þegar sárin eru gróin.

Eins hafa aftursæjar rannsóknir eins og þessi sínar takmarkanir, en stundum er erfitt að lesa úr upplýsingum fengnum úr sjúkraskrám. Sem dæmi er skráning minniháttar fylgikvilla, en oft á tíðum var erfitt að átta sig á því hvaða fylgikvilli kom í byrjun því þeir skarast oft á tíðum (6% sjúklinga skráðir með fleiri en einn fylgikvilla).

Fram kemur í töflu III að ekki er marktækur munur á tíðni fylgikvilla milli skurðlækna 1, 2 og 3, en athyglisvert að það er marktækur munur á BMI milli skurðlæknanna.

Eins og fram kemur í niðurstöðum frá spurningalista fannst flestum konum helsti galli aðgerðar vera örin og er vert að hafa það í huga þegar konur eru upplýstar um aðgerðina.

Einnig er umhugsunarvert að í þessari rannsókn eru þrjár konur sem greinast með brjóstakrabbamein (1%) og má spyrja sig hvort ástæða sé til að framkvæma alltaf brjóstamyndatöku hjá konum, til dæmis eldri en 35 ára, fyrir aðgerð.

Það er ljóst að mjög mörgum aðferðum við að minnka brjóst hefur verið lýst og ákveðnar aðferðir hafa náð vinsældum á mismunandi tímum. Hvort ein aðferð er betri en önnur verður látið ósagt hér, en ljóst er að rannsóknir hafa sýnt fram á mjög mismunandi árangur hvað varðar fylgikvillana (samanber ofan).

Það má segja að mest notaða aðferðin til að minnka brjóst í þessari rannsókn var barn síns tíma. Aðrar áherslur eru í dag. Annað sem hefur breyst er að mun algengara er að skurðlæknar sprauti blöndu af staðdeyfingu með adrenalíni í brjóstin áður en aðgerðin hefst, en það hefur verið sýnt fram á minni blæðingu í aðgerð ef þetta er gert (22).

Að lokum má geta þess að innlagnatími hjá þessum sjúklingahópi (eins og margra annarra) hefur styst verulega síðustu ár og eru sjúklingar í dag jafnvel sendir heim samdægurs.

Heimildir

1. Letterman G, Schurter M. The effects of mammary hypertrophy on the skeletal system. Ann Plast Surg 1980; 5: 425-31.
2. Aston J, Beastley W, Thorne HM. Grabb and Smith's Plastic Surgery, 5 th. ed. Lippincott-Raven, 1997.
3. Hugo NE, McClellan RM. Reduction mammaplasty with a single superiorly-based pedicle. Plast Reconstr Surg 1979; 63: 230-4.
4. McKissock PK. Reduction mammaplasty with a vertical dermal flap. Plast Reconstr Surg 1972; 49: 245-52.
5. Orlando JC, Guthrie RHJ. The superomedial dermal pedicle for nipple transposition. Br J Plast Surg 1975; 28: 42-5.
6. Pitanguy I. Surgical treatment of breast hypertrophy. Br J Plast Surg 1967; 20: 78-85.
7. Ribeiro, L. A new technique for reduction mammaplasty. Plast Reconstr Surg 1975; 330-4.
8. Robbins TH. A reduction mammaplasty with the areola-nipple based on an inferior dermal pedicle. Plast Reconstr Surg 1977; 59: 64-7.
9. Skoog, T. A technique of breast reduction, transposition of the nipple on a cutaneous vascular pedicle. Acta Chir Scand 1963; 126: 453-65.
10. Strombeck JO. Reduction mammaplasty. Surg Clin North Am 1971; 51: 453-69.
11. Strombeck, J. O. Mammoplasty: Report of a new technique based on the two-pedicle procedure. Br J Plast Surg 1960; 13: 79-90.
12. Boschert MT, Barone CM, Puckett CL. Outcome analysis of reduction mammaplasty. Plast Reconstr Surg 1996; 98: 451-4.
13. Dabbah A, Lehman JAJ, Parker MG, Tantri D, Wagner DS. Reduction mammaplasty: an outcome analysis. Ann Plast Surg 1995; 35: 337-41.
14. Hughes LA, Mahoney JL. Patient satisfaction with reduction mammaplasty: an early survey. Aesthetic Plast Surg 1993; 17: 345-9.
15. Miller AP, Zacher JB, Berggren RB, Falcone RE, Monk J. Breast reduction for symptomatic macromastia: can objective predictors for operative success be identified? Plast Reconstr Surg 1995; 95: 77-83.
16. Schnur PL, Schnur DP, Petty PM, Hanson TJ, Weaver AL. Reduction mammaplasty: an outcome study. Plast Reconstr Surg 1997; 100: 875-83.
17. Udesen A, Lundhus E, Geertsen UA. Breast reduction surgery. County of Velje; A 12-year follow-up study. Ugeskr Laeger 1994; 156: 7680-4.
18. Kinell I, Beausang-Linder M, Ohlsen L. The effect on the preoperative symptoms and the late results of Skoog's reduction mammaplasty. A follow-up study on 149 patients. Scand J Plast Reconstr Hand Surg 1990; 24: 61-5.
19. Mandrekas AD, Zambacos GJ, Anastasopoulos A, Hapsas DA. Reduction mammaplasty with the inferior pedicle technique: early and late complications in 371 patients. Br J Plast Surg 1996; 49: 442-6.
20. Blomqvist L. Reduction mammaplasty: analysis of patients' weight, resection weights, and late complications. Scand J Plast Reconstr Hand Surg 1996; 30: 207-10.
21. Bolger WE, Seyfer AE, Jackson SM. Reduction mammaplasty using the inferior glandular pedicle: experiences with 300 patients. Plast Reconstr Surg 1987; 80: 75-84.
22. Brantner JN, Peterson HD. The role of vasoconstrictors in control of blood loss in reduction mammaplasty. Plast Reconstr Surg 1985; 75: 339-41.

Ofnæmislost (anaphylaxis)

Unnur Steina Björnsdóttir, Sigurveig Þ. Sigurðardóttir og Björn Rúnar Lúðvíksson skipuðu vinnuhóp um leiðbeiningar um ofnæmislost. Þær hafa verið unnar í samvinnu við Sigurð Helgason ritstjóra klínískra leiðbeininga og Rannveigu Einarsdóttur yfirlyfjafræðing LSH. Leiðbeiningarnar hafa verið samþykktar af Félagi íslenskra ofnæmis- og ónæmislækna og verða endurskoðaðar í ljósi nýrrar vitneskju en eigi síðar en eftir tvö ár.

Meðferð – flæðirit

Ef grunur er um ofnæmislost á að gefa adrenalín í vöðva (0,3 til 0,5 mg eða 0,3 til 0,5 ml af 1:1000 lausn) og fjarlægja ofnæmisvald strax

Grunur um ofnæmislost
Urticaria (ofsakláði)/
Angioedema (ofsabjúgur)/
Hvæsandi öndun

NEI → Mismunagreiningar
Óvenjuleg sjúkdómsmynd
Endurmat

JÁ ↓

Lífshættuleg einkenni?
↑ Púls, ↓ Blóðþrýstingur,
Merki um súrefnisskort

NEI → Meðferðarmöguleikar
Adrenalín IM
Antihistamín
Barksterar
Fjarlægja ofnæmisvald

JÁ ↓

Kalla eftir aðstoð (112, neyðarhnappur)
Adrenalín: Fullorðnir: 0,3-0,5 mg IM (1:1000; 0,3-0,5 ml)
Börn: 0,01 mg/kg IM (hámark 0,3-0,5 mg)
Antihistamín: Fullorðnir: Dífenhýdramín: 50-75 mg IV á 5-10 mínútum, IM eða PO
Börn: 1 mg/kg IV eða PO (hámark 75 mg)
Fjarlægja ofnæmisvald

Ef sjúklingur svarar ekki meðferð skal hefja:
ENDURLÍFGUN
O_2 í nefgrímu, halda súrefnismettun í blóði > 90%
Hröð vökvun (0,9% NaCl, Ringerslausn eða kvoðulausn)
Barksterar
Blóðþrýstingshækkandi innrennslislyf (Vasopressors)
Berkjuvíkkandi innöndunarlyf
Fullorðnir: Ventolín: 2 mg/ml: 2,5 ml gefnir í friðarpípu með O_2
Börn: Ventolín: 0,1 mg/kg gefnir í friðarpípu með O_2 (hámark 5 mg)
Barkaþræðing
Barkaástunga (varhugaverð < 10 ára)

↓

Endurmat
Nákvæm saga – orsakaleit (lyf / fæða / umhverfi / athafnir)
Vöktun eftir ofnæmislost
Væg – miðlungs (ofsakláði, berkjukrampi) 12 klukkustundir
Alvarleg (breyting á lífsmörkum, viðvarandi berkjukrampi) > 24 klukkustundir
Kennsla – ráðleggingar
EpiPen sprauta
Medic Alert merki

IV – intravenous = í æð; IM – intramuscular = í vöðva; PO – per os = um munn

Ofnæmislost (anaphylaxis)

Ofnæmislost – Notkun og skammtastærðir lyfja

Fullorðnir

I. Adrenalín: 0,3-0,5 mg. Ef gefið er í vöðva þá skal nota í þynningunni 1:1000 en 1:10.000 þynnt í 5 ml af 0,9% NaCl ef gefið er IV eða í barkaslöngu. Endurtaka á 10-15 mínútna fresti þar til svörun næst. Rétt er að byrja með lægri skammta hjá öldruðum eða hjartasjúklingum (0,2-0,4 mg).

II. Antihistamín

A. *H1-hemjarar:*
- Difenhýdramín: 25-75 mg IV á 5-10 mínútum, IM eða PO, má endurtaka á sex klukkustunda fresti.
- Clemastinum (Tavegyl®): 1-3 mg PO, má endurtaka á 12 klukkustunda fresti.

B. *H2-hemjarar:*
- Ranitidin 300 mg PO á sólarhring eða 50 mg IV á átta klukkustunda fresti.
- Cimetidine 300 mg PO.

III. Barksterar

A. Prednisólón: 0,5-1 mg/kg/sólarhring í tveimur til þremur jöfnum skömmtum PO.

B. Metýlprednisólón (Solu-Medrol®): 1-2 mg/kg/sólarhring í tveimur jöfnum skömmtum I.V.

C. Hýdrókortísón (Solu-Cortef®): 150-200 mg IV á sex til átta klukkustunda fresti (5-10 mg/kg). Minnka skammt niður í ekkert á tveimur til fjórum dögum eftir einkennum.

IV. Blóðþrýstingshækkandi innrennslislyf – Vasopressors

A. Efedrín/Adrenalín/Norepinephrine: 2-12 μg/mín.

B. Dópamín: 2-20 μg/kg/mín.

V. Ef sjúklingur er á β-hemjandi meðferð

A. Glúkagon: 1-5 mg IV, gefið á tveimur til fimm mínútum.

B. Ísópróterenól: Upphafsskammtur er 2 μg/mín, títrerað þar til að hjartsláttur er 60 slög á mínútu og/eða eðlilegum blóðþrýstingi hefur verið náð.

Börn

I. Adrenalín

1:1000: 0,01 mg/kg IM (= 0,01 ml/kg IM) eða adrenalín 1:10000: 0,01 mg/kg (=0,1 ml/kg) IV, (mest 0,3-0,5 mg). Þennan skammt má endurtaka á 15 mínútna fresti tvisvar sinnum.

II. Antihistamín

A. *H1-hemjarar:*
- Difenhýdramín: 1 mg/kg IV, IM eða PO á sex klukkustunda fresti í að minnsta kosti 48 klukkustundir, mest 75 mg/skammt.
- Clemastinum INN (Tavegyl®): 0,02-0,06 mg/kg/ skammt eða 3-6 ára: 0,5 mg. PO; 6-12 ára: 0,5-1 mg PO, má endurtaka á 12 klukkustunda fresti.

B. *H2-hemjarar:*
- Ranitidin: 1 mg/kg/skammt IV, 2-3 mg/kg/skammt PO (mest 300 mg), endurtaka eftir 12 klukkustundir.
- Cimetidine: 10 mg/kg/skammt, (mest 300 mg) IV eða PO, endurtaka eftir átta klukkustundir.

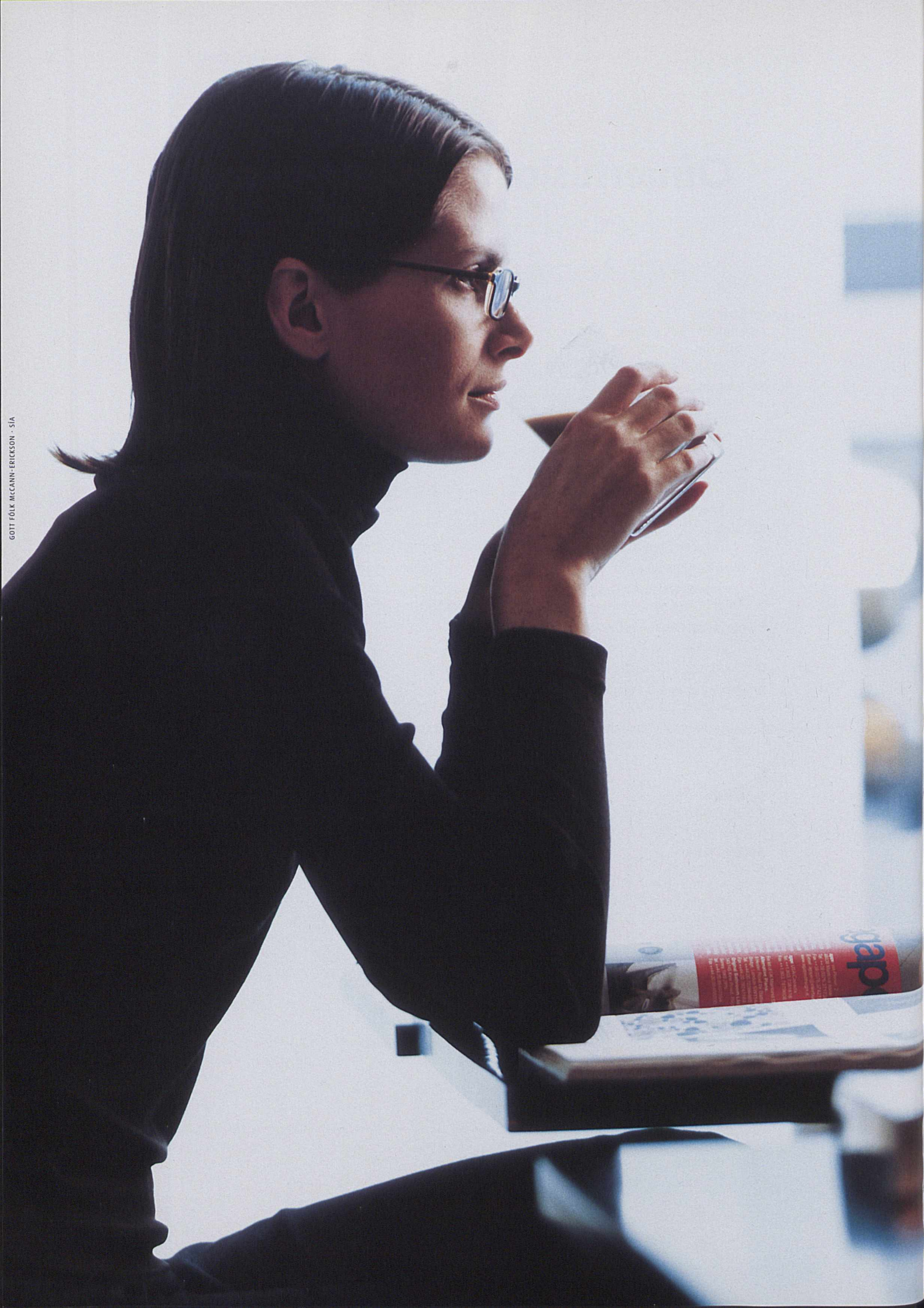
III. Barksterar

Prednisólón 0,5-1 mg/kg PO í tveimur til þremur jöfnum skömmtum. Solumedrol 1 mg/kg IV gefið á 30 mínútum (skammtur fyrir börn ræðst af sjúkdómsástandi fremur en aldri og stærð), má endurtaka á átta klukkustunda fresti í 48 klukkustundir.

Þungaðar konur

Öruggt er talið að nota adrenalín, dífenhýdramín og barkstera. Þó er ráðlegt að gefa efedrín 10-15 mg IV (β >> α adrenísk áhrif, hefur minni áhrif á samdrátt legs en adrenalín) ef ekki er um lífshættuleg einkenni að ræða.

IV – intravenous = í æð; IM – intramuscular = í vöðva; PO – per os = um munn



GOTT FÖLK McCANN-ERICKSON - SÍA

Minni astmi. Betra líf.

Með **Seretide Diskus** fær sjúklingurinn í einu tæki áhrifaríka meðferð við astma- og bólgueinkennum. Hann getur því tekið fullan þátt eins og aðrir.

Lyfjatexti á bls. 956



Hverjir eru hagsmunir sjúklingsins?



Hulda Hjartardóttir

Höfundur er ritari stjórnar Læknafélags Íslands.

Sjónarmið þau er fram koma í pistlunum **Af sjónarhóli stjórnar** eru höfundar hverju sinni og ber ekki að taka sem samþykktir stjórnar LÍ.

Það nægir um okkur læknana þessa dagana þrátt fyrir hlýindin í lofti. Við virðumst eiga í baráttu alls staðar. Heimilislæknar eru í baráttu vegna launa og starfskjara og fá skammir fyrir að sinna ekki sjúklingunum. Unglæknar berjast fyrir sömu mannréttindum og aðrir læknar hafa fengið í sambandi við vinnutíma og hvíld. Verstu útreiðina í fjölmiðlum hafa þó sérfræðingar sem starfa á sjálfstætt reknum stofum fengið. Við erum sögð sækja okkur fé í vasa Tryggingastofnunar og sólunda fé skattborgaranna. Í fjölmiðlum hefur fréttaflutningur verið á þá leið að við séum ekkert annað en fégráðugir peningapúkar og líklega bara til óþurftar. Það er lítið talað um það að eftirspurn eftir viðtölum hjá sérfræðingum er oft á tíðum miklu meiri en framboðið og stöðugur þrýstingur frá almenningi um meiri þjónustu. Allir hafa þó heyrt um skortinn á heimilislæknum og það hve erfitt sé að komast að hjá þeim en einhvern veginn er alltaf látið í veðri vaka að það sé heimilislæknum að kenna en ekki á ábyrgð heilbrigðisyfirvalda.

Sjúkrahússtjórnendum finnst sér líka vera ógnað af sérfræðingum í stofuvinnu og að við séum í samkeppni við þá. Það er erfitt að skilja hvers vegna þeim finnst þetta. Flestir þeir sérfræðingar sem vinna á sjúkrahúsunum eru aðeins með sjálfstæðan stofurekstur lítinn hluta af sínum heildarvinnutíma, gjarnan 20%. Meirihluta vinnutímans erum við hins vegar í vinnu á sjúkrahúsunum. Erum við að gera það sama á stofunum og við gerum á sjúkrahúsinu? Nei að sjálfsögðu ekki, við erum ekki að reka lítil sjúkrahús úti í bæ. Við erum þar með göngudeildarþjónustu sem fyrirfinnst varla á sjúkrahúsunum. Á Landspítala er ekki pláss fyrir hana og ekki vilji til að reka slíka þjónustu eins og er. Það er nauðsynlegt í nær öllum sérgreinum að geta hitt sjúklinga á göngudeild. Það er óeðlilegt að sérfræðingar vinni eingöngu við að sinna sjúklingum inniliggjandi á deildum, hvort sem það er til lyfjameðferðar eða skurðaðgerða, og geti ekki stundað þessa sömu sjúklinga áður og eftir að þeir útskrifast. Einnig er það hluti af vinnu í hverri sérgrein að lækna fólk án innlagnar á sjúkrahús og flestir sérfræðingar vilja halda áfram að vinna slíka vinnu þó þeir vilji líka geta haft aðstöðu til að sinna veikara fólki inni á sjúkrahúsum. Þetta skapar fjölbreytni í starfinu og ánægju hjá lækninum. Stjórnendur sjúkrahúsanna ættu líka að staldra við og skoða betur ofan í kjölinn hvað ræður því að sérfræðingar eru óánægðir með að vinna eingöngu á sjúkrahúsum. Það er oftast mikill erill á stóru sjúkrahúsi. Læknarnir stýra ekki nema að litlu leyti hve mikið vinnuálagið er og það er síbreytilegt. Í sjálfstæðum rekstri er vinnutíminn ákvarðaður af lækninum, álagið er einnig ákvarðað af lækninum og truflanir eru litlar. Læknirinn ræður sjálfur umhverfinu og hversu ört er bókað. Hann stundar lækningar og gefur ráð án þess að vera stýrt af neinu öðru en sinni bestu læknisfræðilegu þekkingu. Þar ráða engin önnur sjónarmið. Ef stjórnendum sjúkrahúsanna finnst við vera í samkeppni við þá verða þeir að huga að því að gera starfið meira aðlaðandi inni á sjúkrahúsunum, ekki bara horfa á launaþáttinn. Með starfinu er átt við tíma, aðstöðu og sjálfdæmi. Það er óásættanlegt eftir 15 ára nám að hafa lítið sem ekkert um það að segja hvernig störfum manns er háttað.

Þetta er meðal annars það sem heimilislæknar eru að berjast fyrir. Það skiptir máli að vera viðurkenndur sem sérfræðingur, geta ráðið sér sjálfur og hvernig maður vill stunda sína sjúklinga. Það er ekki greiðslufyrirkomulagið sem skiptir mestu máli heldur þetta sjálfstæði sem heilbrigðisyfirvöld virðast eiga erfitt með að skilja.

Það sem vill gjarnan gleymast í allri þessari umræðu er miðpunkturinn sjálfur, sjúklingurinn og hverjir hans hagsmunir séu. Það er ekki oft spurt hvernig fólk vilji hafa heilbrigðisþjónustuna. Það sem við vitum hins vegar er að fólk er afskaplega þakklátt fyrir þann tíma sem maður gefur því og vill gjarnan halda áfram að leita til læknis sem það treystir. Það sama gildir um okkur öll og þarf ekki einu sinni veikindi til að fólk leiti aftur á sama staðinn. Flestir þekkja það hjá sjálfum sér að þeir vilja helst fara til sama rakarans eða hárgreiðslukonunnar ef þeir eru farnir að þekkja þau að góðu einu og treysta þeim til að gera vel. Það er því nauðsynlegt að geta fylgt sjúklingunum sínum eftir innan og utan sjúkrahússins og nýtt það traust sem sjúklingurinn ber til manns til að hjálpa honum að ná bata. Það sama á við um heimilislækna, sjúklingum er illa við að skipta um lækni sem það treystir og heimilislæknunum finnst slæmt að geta ekki sinnt sjúklingunum sínum eins og þeir vilja. Það er því alveg öruggt mál að uppsagnir heimilislækna undanfarið voru ekki auðveldar fyrir þá frekar en sjúklingana. Uppsagnirnar byggjast á langvarandi óánægju með starfskjörin. Ábyrgðin er heilbrigðisyfirvalda að setja sig inn í aðstæður heimilislækna og sýna vilja til að endurskoða afstöðu sína í launamálum þeirra til að skapa svigrúm fyrir heimilislækna svo að þeir geti unnið á þann hátt sem þeim þykir réttastur. Læknir sem hefur á tilfinningunni að hann geti ráðið þessum þáttum er sáttur og ánægður og getur sinnt sínu starfi, að lækna sjúklinga, eins og best verður á kosið. Hann á eftir að þjóna samfélaginu vel og lengi og sjúklingarnir geta verið öruggir með áralanga þjónustu.

Gjöf til Læknafélags Íslands

60 árgangar af Læknablaðinu

Á DÖGUNUM kom Gunnlaugur Snædal læknir og fyrrverandi formaður Læknafélags Reykjavíkur og stjórnarmaður í Læknafélagi Íslands færandi hendi í Hlíðasmára 8. Hann hafði meðferðis 60 árganga af Læknablaðinu, fagurlega innbundna, og afhenti þá LÍ að gjöf. Þarna er um að ræða alla árganga frá því blaðið hóf göngu sína árið 1915 fram til 1974.

Sigurbjörn Sveinsson formaður LÍ veitti gjöfinni viðtöku og þakkaði fyrir hana. Bað hann Gunnlaug síðan að aðstoða sig við að stimpla fyrsta árganginn með sérstökum stimpli sem hann hafði látið útbúa og merkja það þannig bæði gefanda og þiggjanda. Með Gunnlaugi í för voru tveir synir hans, Jón og Kristján, og einnig sonardóttirin Jóhanna Kristjánsdóttir.

Sigurbjörn Sveinsson formaður LÍ og Gunnlaugur Snædal stimpla fyrsta árganginn.



Gunnlaugur Snædal og sonardóttirin Jóhanna á milli sonanna Jóns (til vinstri) og Kristjáns. Gjöfin er á borðinu fyrir framan þau.

Fallið frá innheimtu lyfjaeftirlitsgjalds

Í ÁGÚSTMÁNUÐI í sumar ritaði Sigurbjörn Sveinsson formaður LÍ bréf til Lyfjastofnunar þar sem hann mótmælti innheimtu lyfjaeftirlitsgjalds fyrir árið 2002. Nú hefur Lyfjastofnun svarað þessu bréfi og er það svar svohljóðandi:

Lyfjaeftirlitsgjöld árið 2002

Vísað er í bréf Læknafélags Íslands, dags. 20. ágúst, vegna álagningar lyfjaeftirlitsgjalda árið 2002. Að gefnu tilefni vill Lyfjastofnun taka fram að stofnunin hefur fallið frá álagningu lyfjaeftirlitsgjalds árið 2002 á einstaka lækna, sem kaupa lyf í heildsölu í eigin nafni. Engar breytingar hafa verið gerðar vegna innheimtu eftirlitsgjalds á læknastöðvar. Fjársýsla ríkisins hefur verið upplýst um þessa ákvörðun og mun stofnunin endurgreiða þeim sem hafa greitt eftirlitsgjöld í samræmi við það.

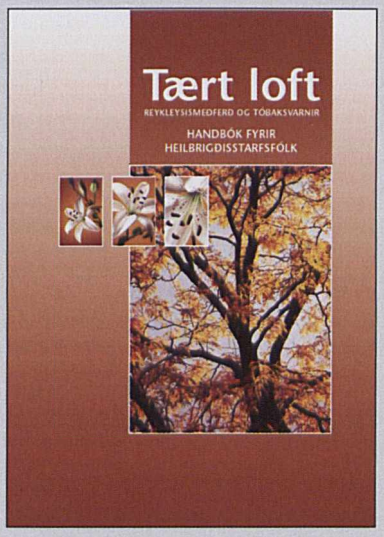
F.h. Lyfjastofnunar,
Daníel Viðarsson
Sviðstjóri gæða- og eftirlitssviðs

Handbók um reykleysi

ÚT ER KOMIN handbók fyrir heilbrigðisstarfsfólk sem fjallar um reykleysismeðferð og tóbaksvarnir. Bókin nefnist Tært loft og er unnin með hliðsjón af breskri bók, „Cleaning the air“, en staðfærð og löguð að íslenskum aðstæðum. Í henni er að finna leiðbeiningar fyrir heilbrigðisstarfsfólk um hvernig það getur aðstoðað fólk við að hætta að reykja á sem áhrifaríkastan hátt.

Tilgangur bókarinnar er að

- auka þekkingu heilbrigðisstarfsmanna á áhrifum reykinga á lýðheilsu
- kynna helstu ákvæði tóbaksvarnalaga
- veita heilbrigðisstarfsfólki upplýsingar um reykleysismeðferð í því skyni að bæta hæfni þeirra og öryggi á því sviði
- styðja heilbrigðisstarfsfólk til að veita markvissa aðstoð til reykleysis



- kynna úrræði og helstu leiðir við framkvæmd reykleysismeðferðar
- bæta þekkingu heilbrigðisstarfsfólks á lyfjameðferð við tóbaksfíkn með og án nikótíns og auka hæfni þess til að ráðleggja reykingamönnum um lyfjameðferð og gerð áætlunar fyrir hvern og einn.

Bókin fæst hjá Krabbameinsfélagi Reykjavíkur.

(Úr fréttatilkynningu)

Líflegar umræður um siðfræði lífvísinda

Einar Oddsson formaður stjórnar Siðfræðiráðs LÍ sótti heimsráðstefnu á Spáni

Þröstur Haraldsson

NÚ Á HAUSTDÖGUM sótti Einar Oddsson læknir og formaður stjórnar Siðfræðiráðs Læknafélags Íslands alþjóðlega ráðstefnu um siðfræði í lífvísindum sem haldin var í borginni Gíjon í Astúrías-héraði á Norður-Spáni. Í nálægri borg, Oviedo, var hinn 4. apríl 1997 undirritaður sáttmálinn um mannréttindi og líf-siðfræði sem gildir nú í aðildarríkjum Evrópuráðsins. Til umræðu voru ýmis siðferðileg álitamál sem brenna á læknum jafnt sem öðrum stéttum sem fást við lífvísindi. Voru samþykktar þrjár ályktanir um alnæmi, mannlega virðingu og matvælaástandið í heiminum.

Ráðstefnan var skipulögð af *Societé International de Bioethica*, skammstafað SIBI, sem eru virt samtök á sviði lífvísinda en þetta er annað heimsþingið sem þau standa fyrir. Samtökin hafa einnig haldið ráðstefnur þar sem ræddar hafa verið samþykktir á sviði siðfræði lífvísinda sem Evrópuráðið og Unesco hefur tekið mið af við útgáfu á siðareglum en þessar tvær stofnanir eru þær sem helst veita leiðsögn á því sviði í heiminum. Helsti forystumaður samtakanna er spænskur læknir, Marcello Palacios að nafni, en hann býr í Gíjon. Kofi Annan framkvæmdastjóri Sameinuðu þjóðanna sendi ráðstefnunni kveðju sína svo það er fylgst með starfi þessara samtaka á þeim vettvangi.

„Ráðstefnan fjallaði um siðfræði lífvísinda sem er víðara hugtak en siðfræði læknavísinda. Hún stóð í fjóra daga og þar var fjallað um alnæmi og eyðnisýkingar, siðfræði erfðafræði og einræktunar og um matvælaástandið en sú umræða snerist annars vegar um matvælaþörfina í heiminum og hins vegar um erfðabreytt matvæli. Þetta var því ansi vítt svið og á köflum varð umræðan mjög pólitísk."

Ábyrgð Vesturlanda

Einar segir að umræðan hafi kannski ekki höfðað sérstaklega til Íslendinga heldur hafi hún spannað allan heiminn.

„Hún snerist heldur ekki eingöngu um lækna og þeirra starf. Ef ég vitna til ályktunarinnar um alnæmi þá er þar lögð áhersla á að menn reyni að forðast fordóma og að helst öllum standi til boða sú meðferð sem til er. Þar er meðal annars hvatt til þess að fátækari ríkjum sé gert kleift að veita þegnum sínum sem smitaðir eru viðeigandi lyfjameðferð með því að bjóða þeim lyf á viðráðanlegu verði. Einnig er varað við misnotkun á fólki í tilraunum með lyf gegn eyðniveirunni eins og átt hefur sér stað. Þá er varað við



þeim hugsunarhætti að fólk sem smitast hefur hafi kallað veikina yfir sig en hann er töluvert útbreiddur um heiminn.

Yfirlýsingin um mannlega reisn er almennt orðuð og hnykkir í raun fyrst og fremst á Mannréttindayfirlýsingu Sameinuðu þjóðanna og þeim yfirlýsingum sem á henni eru byggðar. Þar er varað við afleiðingum þess að milljónir manna þjáist af hungri, sjúkdómum og skorti á drykkjarvatni og húsnæði en á öllum þessum vanda séu til auðveldar lausnir ef vilji er fyrir hendi. Þá er ítrekað að ofbeldi, hvers eðlis sem það er, sé í andstöðu við skynsamlega breytni og grafi undan menningu og mannlegri reisn. Það vakti líka athygli mína að í ályktuninni er lögð á það áhersla að rétturinn til þess að njóta gæða náttúrunnar sé hluti af almennum mannréttindum.

Í ályktuninni um matvælaástandið er vakin athygli á því að á þriðja tug milljóna jarðarbúa eigi ekki kost á nægri næringu á sama tíma og nógur matur er til í heiminum. Matvælin berast einfaldlega ekki þeim sem þarfnast þeirra. Þar er gagnrýndur sá hægagangur sem hefur verið á því að fækka þeim sem vannærðir eru og í því sambandi bent á ábyrgð fjölþjóðafyrirtækja og vestrænna allsnægtarþjóðfélaga á meðbræðrum sínum í þriðja heiminum."

Hungur og erfðabreytt matvæli

„Einnig er í síðastnefndu ályktuninni fjallað um erfðabreytt matvæli og hvatt til þess að menn reyni að forðast slys í þeirri þróun en stefnt skuli að því að ýta undir kostina sem hún geti haft í för með sér og dregið

úr vanköntunum svo sem unnt er. Á ráðstefnunni kom fram að skoðanir á erfðabreyttum matvælum eru mjög skiptar í heiminum. Það stafar ekki síst af því hversu erfitt er að rannsaka langtímaáhrif erfðabreytinganna. Flestar þær rannsóknir sem gerðar eru hafa verið kostaðar af framleiðendum erfðabreyttra matvæla og því er ekki hægt að segja að þær séu með öllu marktækar. Margir íbúar þriðja heimsins binda miklar vonir við erfðabreytt matvæli og á þinginu voru fulltrúar frá Kúbu mjög ánægðir með þær tilraunir sem þar hafa verið gerðar með notkun slíkra aðferða við ræktun og framleiðslu.

Á móti hafa margir bent á að við vitum ekki hver áhrifin á flóruna verða til lengri tíma, ekki síst í ljósi þess að nytjategundum fer stöðugt fækkandi. Hins vegar er erfitt að sjá hvernig þessi breyttu gen stökkvi yfir í mannfólkið þótt það neyti jurta sem innihalda þau.

Loks má nefna að rætt var um þá mótsögn sem er fólgin í því að í sumum heimshlutum er fólk að deyja úr hungri á sama tíma og fólk veikist og deyr úr ofáti á Vesturlöndum. Hins vegar er það staðreynd að fæðuskortur og alnæmi hrjáir sömu lönd og þar er vandinn svo mikill að hann yfirskyggir allt annað. Þetta er náttúrulega hápólitísk umræða sem snertir efnahagslega afkomu þessara ríkja," sagði Einar Oddsson og bætti því við að íslenskir læknar ættu fullt erindi í þá umræðu sem fram fer á ráðstefnum sem þessum.

Eldri ökumenn með heilabilun

GREIN um „ökumenn og heilabilun" eftir Jón Snædal yfirlækni og Helgu M. Hallgrímsdóttur félagsráðgjafa birtist í Læknablaðinu nýlega (Læknablaðið 2002; 88: 303-6).

Rannsókn náði til 346 einstaklinga er leituðu á minnismóttöku Öldrunardeildar Landspítalans á Landakoti. Af 346 voru 121 virkur ökumaður (35%), 110 höfðu hætt akstri, þar af 84% af eigin hvötum en 48 höfðu aldrei haft ökuskírteini. Vitræn skerðing var greind með skilmerkjun MMSE (Mini-Mental State Examination). Vitræn skerðing var talin alvarleg ef stigin voru 20 eða færri af 30, en væg eða þó nokkur (mild to moderate) ef stigin voru fleiri en 20. Af þeim er höfðu vægari skerðingu óku 104 eða 40%. Alls höfðu 12 einstaklingar, eða 5,2%, lent í óhöppum síðustu þrjú ár á undan eftir að einkenni vitrænnar skerðingar komu fram. Aðstandendur 27 virkra ökumanna höfðu áhyggjur af akstri þeirra. Alvarleg slys eru ekki tíð en hafa þó komið einstaka sinnum fyrir.

Niðurstaða höfunda er að akstur einstaklinga með byrjandi heilabilun sé í heild ekki stórt vandamál. Talið er að 65 ára og eldri séu í 1,6-2,0 meiri hættu en fólk á aldrinum 25-64 ára að lenda í óhappi. Slysa- og árekstrartíðni ungra ökumanna á fyrsta ári eftir ökupróf er um 40%. En skýrari reglur skortir. Eigum við að láta þetta lönd og leið eða bregðast við? Við teljum einfaldast að mat á ökuhæfni nái einnig til minnishæfni. Heimilislæknar eru vel í stakk búnir að mæla slíkt. Ef ökubeiðandi hefur töluverða minnisskerðingu er rétt að vísa honum til taugasálfræðings eða taugasérfræðings sem gætu þá metið réttilega dómgreind, innsæi, fjarlægðar- og rýmdarskynjun viðkomandi. Þessu er kastað hér fram til nánari athugunar.

Að lokum ein tillaga: að láta þá 65 ára og eldri er lenda í árekstrum gangast undir ökupróf (meðal annars minnispróf). Í grein 21 er kveðið á um að dómsmálaráðuneytið setji í samráði við landlækni leiðbeinandi reglur um útgáfu og endurnýjun ökuskírteina.

Fyrir hönd stjórnar Félags eldri borgara

Ólafur Ólafsson



Ólafur Ólafsson

Höfundur er fyrrverandi landlæknir og formaður Félags eldri borgara.

Frá Landlæknisembættinu

Öndunarmælingar á heilsugæslustöðvum

TIL AÐ GREINA lungnasjúkdóma eru tæki til öndunarmælinga mjög mikilvæg. Blástursmælir (spirometer) er eitt þessara tækja og ætti að vera hluti af þeim grunnbúnaði sem til er á heilsugæslustöðvum. Með slíku tæki má til dæmis greina hvort um er að ræða lungnasjúkdóm sem leiðir til herpu eða hvort um er að ræða teppu. Teppusjúkdómar í lungum eru algengir og er áætlað að 5% fullorðinna sé með asma og hjá börnum er hlutfallið enn hærra. Þá er áætlað að tíðni langvinnra lungateppusjúkdóma muni aukast mjög á komandi árum og verði enn meira heilbrigðisvandamál en nú er. Blástursmæli má nota til greiningar og mismunagreiningar þessara sjúkdóma og það má nota hann til að meta árangur meðferðar. Þá er einnig vaxandi áhugi á því að nota blástursmælingar til að greina langvinna lungnateppu á byrjunarstigi og beina reykleysismeðferð sérstaklega að þeim hópi. Með því mætti draga úr tíðni langvinnra lungateppusjúkdóma svipað og gert hefur verið við hjarta- og æðasjúkdóma. Nú reykja um það bil 25% fullorðinna Íslendinga. Af þeim hópi er líklegt að um 15-25% fái langvinna lungateppu. Um 45 ára aldur er hægt með lungnablástursprófum að greina þá reykingamenn sem eru í mestri hættu að fá langvinna lungnateppusjúkdóma. Með öflugu forvarnarstarfi og eftirliti má forða þessum einstaklingum frá frekari lungnaskaða sem kemur ekki í ljós klínískt fyrr en 10-15 árum seinna. Af ofanskráðu er ljóst mikilvægi blástursmæla í greiningu og meðferð lungnasjúkdóma.

Fyrri hluta ársins 2000 var gerð könnun á vegum Landlæknisembættisins á því hversu margar heilsugæslustöðvar ættu öndunarmæla. Kom þar í ljós að aðeins rúmlega helmingur heilsugæslustöðva í landinu átti slíkan búnað. Víða var um að ræða gömul tæki sem voru orðin lítið notuð og óáreiðanleg. Þá vantaði víða betri þjálfun starfsfólks bæði í að framkvæma prófin á réttan hátt og að lesa úr þeim. Var talið augljóst að hér þyrfti að bæta mikið úr.

Á vegum Landlæknisembættisins er starfandi vinnuhópur sem hefur að markmiði að efla notkun tækja til öndunarmælinga í heilsugæslu á Íslandi. Þessi vinnuhópur í samvinnu við Tóbaksvarnanefnd og lyfjafyrirtækið GlaxoSmithKline stofnaði árið 2001 félagsskap sem fékk nafnið Loftfélagið. Í þessum félagsskap starfa heilbrigðisstarfsmenn sem áhuga hafa á öndunarmælingum og að efla vitneskju um lungnasjúkdóma. Má þar nefna lækna með ýmsar sérgreinar, hjúkrunarfræðinga og lyfjafræðinga. Seinni hluta árs 2001 gaf Loftfélagið öndunarmæla af gerðinni Spiro 2000 frá Medikro á 25 heilsugæslustöðvar um land allt. Hér er um að ræða mjög fullkomna öndunarmæla sem eru tölvutengdir og vinna í PC-tölvuumhverfi og nýtast því vel á tölvuvæddum heilsugæslustöðvum. Jafnframt þessu var farið með fræðsluefni á fundi um allt land og kennd grundvallaratriði öndunarmælinga. Yfir 200 starfsmenn heilsugæslustöðva voru fræddir á þessum fundum og var afhent mappa með fræðsluefni um lungnasjúkdóma og öndunarmælingar. Fyrri hluta ársins 2002 fengu síðan fleiri stöðvar afhenta öndunarmæla þannig að alls eiga 35 af 53 heilsugæslustöðvum á Íslandi þessa gerð af öndunarmælum og auk þess eiga hinar stöðvarnar aðrar gerðir þannig að nú eiga allar heilsugæslustöðvar öndunarmæla. Að auki fékk Læknadeild Háskóla Íslands einn mæli til þjálfunar fyrir nema.

Vorið 2002 var aftur haldin fræðsla um öndunarmælingar og reykleysismeðferð með átta fundum um land allt. Þannig eiga allar heilsugæslustöðvar nú að geta framkvæmt öndunarmælingar og eru starfsmenn stöðvanna hvattir til að nota þessi tæki til að aðstoða við greiningu og meðferð lungnasjúkdóma.

Gunnar Guðmundsson
lungnalæknir
Sigurður Guðmundsson
landlæknir

Bréf til Árna Kristinssonar

Opið svar við bréfi kolleganna í „Þjónustumiðstöð rannsóknarverkefna“

KOLLEGAR GÓÐIR!

Þakka ykkur fyrir bréfið og allt gamalt og gott bæði fyrr og síðar. Ég er vanur að svara bréfum, ekki síst þegar um er að ræða jafn ágætt og merkilegt bréf og þetta. Hitt hlýtur ykkur að vera ljóst að ég mun ekki hlýða kallinu og bað símastúlku í fyrirtækinu ykkar og Íslenskrar erfðagreiningar (ÍE), „Þjónustumiðstöð rannsóknarverkefna“, að senda mér ekki fleiri bréf. Ég vil í fyrsta lagi ekki láta bendla nafnið mitt við ÍE enda hef ég löngu sagt mig úr gagnagrunninum, blessuð sé minning hans. Í öðru lagi verð ég að játa fyrir ykkur og öðrum kembileitarmönnum að ég hef takmarkaða trú á slíkri leit. Munurinn á þeim og fjárleitum er sá að í fjárleitum er leitað á afmörkuðum landssvæðum að tiltölulega ákveðnum, mörkuðum fjölda fjár sem er fé og lítur út eins og fé, en í genakembileitum er verið að leita á óendanlegu svæði að óendanlegum fjölda einhvers sem ekki er vitað hvort er fé eða eitthvað annað.

Ég fæ að vissu leyti skilið að jafn vel gefnir menn og þið létuð blekkjast af Kára í upphafi, en erfiðara er að skilja að nú þegar genabólan er sprungin og tætlurnar liggja á víð og dreif um lækningaheiminn, þar á meðal litla heiminn okkar, skulið þið, svo ágætir fræðimenn í læknisfræði, vera reiðubúnir að reyna að tjasla tætlunum saman, fyrir hvað og hvern? Ég held að læknastéttin sé á villigötum í leit sinni að fjölgenasjúkdómum og svo í kembileitum að forstigum sjúkdóma. Því miður sýnist mér að afraksturinn sé ekki sérlega mikill og að óhjákvæmilegir fylgikvillar, líkamlegir og félagslegir, geti orðið verri en það sem átti að fyrirbyggja, en auðvitað skapa þessar aðgerðir læknastéttinni hróður og eitthvað í aðra hönd.

Ég vona að þið gefið mér það til sakir elli og þar af leiðandi byrjandi elliglapa þó mér finnist á stundum ég vera staddur í vísindaskáldsögu. Því langar mig að ljúka þessu tilskrifi með dæmi um hugsanlegan framgang mála í framtíðinni eins og hann kemur mér fyrir mínar gömlu sjónir.

Fyrir um það bil þrem vikum fæddist hraust og fallegt sveinbarn á fæðingardeild Landspítalans. Foreldrarnir eru bæði hraust ungmenni á þrítugsaldri. Af móðurforeldrum piltsins er það að segja að móðirin er líkamlega hraust en þjáðist af þunglyndisköstum í æsku. Faðirinn hefur slitgigt í hnjám en er að öðru leyti hraustur. Af föðurforeldrum piltsins hefur afinn krabbamein í blöðruhálskirtli og amman hefur haft iktsýki, afabróðir piltsins hafði sykursýki en var auk þess alltof feitur stórdrykkjumaður. Ömmubróðir dó úr magakrabba en hafði líka hjartabilun. Móðuramma piltsins hefur geðklofa, móðurömmusystir hefur háþrýsting og asma og önnur móðurömmusystir dó úr brjóstakrabbameini. Móðurafi hefur langvinna hjartabilun og tveir móðurafabræður dóu úr krabbameini í blöðruhálskirtli. Móðurömmubróðir hafði sykursýki og framdi sjálfsmorð. Svona í lokin má geta þess að langalangalangafi dó úr Alzheimer. Látum þetta nægja en eflaust mætti finna fleiri sjúkdóma í ættinni ef vel er leitað. Gerum ráð fyrir að innan áratugs verði hægt að búa til genakort fyrir einstaklinga. Foreldrar drengsins vilji undirbúa framtíð hans af kostgæfni og láti því gera kort fyrir hann svo hægt sé að fyrirbyggja væntanlega sjúkdóma og finna strax lyf sem kunna að hæfa ákveðnum þáttum í genaflórunni. Sjálfsagt vill faðirinn kaupa líftryggingu handa syninum en þá vill tryggingaragentinn fá að skoða genakortið. Þá eru umhverfisþættirnir eftir, en án efa verða einhverjir til að kortleggja þá í framtíðinni og þá má tengja umhverfisþáttakortið, genakortið og ættartöluna saman í gagnagrunni sem yrði í vörslu þjóðhöfðingja á borð við Davíð Oddsson framtíðarinnar og í einkaeign Kára Stefánssonar og deCODE framtíðarinnar. Ég sé fram á blómatíð Íslendinga, en hlýt þó að vera þakklátur fyrir að verða þá undir grænu torfunni sem mun, hvað sem kembileitum líður, hylja okkur öll að lokum.

Með vinar- og kollegialkveðju
Árni Björnsson



Árni Björnsson

Árshátíð LR verður haldin 18. janúar

Húmor er ódýr og laus við aukaverkanir

Rætt við Stein Tyrdal húmorritstjóra norska læknablaðsins

Þröstur Haraldsson

HÚMOR OG HEILSA var yfirskrift á námskeiði sem haldið var í byrjun nóvember á vegum Endurmenntunarstofnunar Háskóla Íslands. Þar voru flutt mörg lærð erindi um hlutverk kímni og húmors í störfum heilbrigðisstétta og gerður góður rómur að. Einn þeirra sem erindi fluttu á námskeiðinu var norski bæklunarskurðlæknirinn Stein Tyrdal en hann ber titilinn „humorredaktør" á tímariti Norska læknafélagsins, auk þess að vera forseti samtakanna Nordisk selskab for medisinsk humor.

Blaðamaður Læknablaðsins hitti Stein Tyrdal að máli milli erinda og bar undir hann þá sögu sem hann hafði heyrt að hann hefði eiginlega ráðið sig sjálfur til starfa við tímarit norskra lækna.

„Þetta gerðist þannig að ég fékk nokkuð alvarlegan lungnasjúkdóm og hafði verið settur á stóran skammt af steralyfjum. Við það hætti ég að sofa og átti rétt eins á hættu að það færi að styttast í þessu hjá mér. Þá ákvað ég að koma tvennu í verk sem ég hafði trassað lengi. Í fyrsta lagi hóf ég framleiðslu á nýrri tegund af felguskrúfum sem eru merktar „Uppi að framan; niðri að framan" og svo framvegis. Það hafði alltaf farið í taugarnar á mér að hafa þessar skrúfur ómerktar. Ég fékk svo styrk frá norsku byggðastofnuninni til að stofna fyrirtæki um þessa uppfinningu mína.

Hitt var að sækja um starf húmorritstjóra á norska læknablaðinu. Ég hafði tekið eftir því að þegar læknar hittust sögðu þeir gjarnan sögur úr starfinu. Þennan menningarkima vildi ég opna og sýna öðrum. Mér fannst þetta eiga erindi í tímarit norskra lækna og bauðst til þess að ritstýra föstum dálki í ritinu um húmor. Vaninn á blaðinu er sá að bregðast við hugmyndum um nýja fastaþætti með því að humma þá fram af sér þar til viðkomandi missir áhugann en að þessu sinni brá Magne Nylenna ritstjóri hart við þegar hann fékk bréfið frá mér, bauð mér í mat og þrem dögum eftir að ég sendi bréfið var ég ráðinn. Það sem ég held að hafi ráðið úrslitum um að ég fékk starfið var að ég skrifaði í umsóknarbréfið að ef ég fengi starfið myndi ég örugglega skemmta mér vel en ef ekki þá hefði ég skemmt mér vel. Ég get því með góðri samvisku gefið atvinnulausum það ráð að sækja um störf sem ekki eru til og hafa því ekki verið auglýst. Þá þurfa þeir ekki að óttast samkeppnina."

Hluti af mannlegum samskiptum

Þetta var fyrir fimm árum en frá ársbyrjun 1998 hefur þátturinn *Leger på tvers* verið fastagestur á síðum norska læknablaðsins sem kemur út á 10 daga fresti. En hvernig hafa lesendur brugðist við?

„Viðbrögðin hafa verið afskaplega jákvæð. Ég óttaðist í fyrstu að nú myndi ég endanlega eyðileggja mannorð mitt með því að halda úti þætti með eintómu bulli og kjaftæði. Hver myndi treysta einhverjum brandarakalli til að skera sig upp? En þeim fjölgar stöðugt sem segja mér að dálkurinn minn sé það fyrsta sem þeir lesa í blaðinu. Ég fæ stöðugan straum af sögum frá kollegum og nú á ég alltaf hálfs árs skammt af þeim í tölvunni minni. Ég þarf því ekki lengur að byggja eingöngu á þeim sögum sem ég kann."

– Færðu aldrei viðbrögð á þá lund að nóg sé nú að þurfa að sýna sjúklingum fyllstu kurteisi þótt menn þurfi ekki að vera fyndnir líka?

„Nei, við þurfum ekki endilega að vera fyndnir. Rannsóknir sýna að sjúklingar vilja framar öllu fá rétta meðhöndlun. En þeir vilja gjarnan eiga góð samskipti við lækninn og það gerist ef menn eru manneskjulegir. Húmor er hluti af mannlegum samskiptum enda hlær fólk og hefur það gott þegar samskiptin eru góð. Það þurfa læknar að hafa í huga, til dæmis þegar þeir eru að gantast við ritarann á stofunni. Þá hættir þeim við að skrúfa fyrir gamanið þegar sjúklingurinn birtist og þar með finnst honum verið að halda sér utan við. Að sjálfsögðu eiga læknar ekki að leika trúð eða reyta af sér brandara og alls ekki að beita fyndni til að laða að sér sjúklinga. En þeir eiga að vera opnir fyrir því sem er broslegt, jafnvel gálgahúmor ef þeim finnst það hæfa og þeir skynja að sjúklingurinn hefur þörf fyrir það. Þeir verða hins vegar að geta greint á milli ólíkra tegunda af húmor. Sum gamanmál geta brotið sjúklinginn niður meðan önnur byggja upp og styrkja."

Þola meira en við höldum

– Þú sagðir í erindi þínu að heilbrigðisstarfsmönnum hætti til að svara ekki þegar sjúklingar bregða fyrir sig húmor og að læknar væru verstir með þetta. Eru læknar almennt húmorlausir?

„Nei, læknar eru almennt afskaplega skemmtilegir og með vel þroskað skopskyn. Hins vegar eru þeir svo uppteknir af læknaeiðnum sem mælir svo fyrir að þeir megi ekki á neinn hátt særa sjúklinginn. Húmor getur verið meiðandi ef honum er beitt af óvarkárni. Hann á það til að vera svartur og sé honum beitt ótæpilega getur sú hlið orðið ríkjandi. Menn verða að gæta þess að beita húmor á réttum tíma og í réttu samhengi, að öðrum kosti geta menn valdið fólki sársauka að nauðsynjalausu.

Hafi menn ekki góða reynslu af því að beita húmor í samskiptum við sjúklinga er algengt að þeir bregð-

ist við með því að halda honum utan við þau. Mér finnst rangt að bregðast þannig við. Í fyrsta lagi þola sjúklingar meira en við höldum, í öðru lagi hafa sjúklingar þörf fyrir að læknirinn bregðist við öllum hliðum þeirra en noti ekki bara illskiljanleg orð og síðast en ekki síst geta læknar ekki hagað sér eins og þeir séu hafnir yfir allar hefðir og venjur í mannlegum samskiptum. Þá brenna þeir út fyrir tímann."

Ekki mælanleg áhrif, en ...

– Í umræðum um húmor og heilsu er oft nefnt að húmor geti unnið gegn því að læknar brenni út, en eru einhverjar sannanir til fyrir því að húmor hafi lækningamátt?

„Af og til eru birtar niðurstöður rannsókna sem sýna að lífsglatt og jákvætt fólk hafi betri lífslíkur en þeir sem eru geðvondir og þverir. Vandinn við þessar rannsóknir er að þær eru ekki nógu margar og niðurstöðurnar misvísandi. Það er í sjálfu sér eðlilegt því allur kraftur rannsakenda fer í að rannsaka það sem gerir okkur veik og að finna svör við því. Við höfum ekki rannsakað hinn jákvæða kraft sem býr í manninum. Þetta sést ágætlega á lyfleysurannsóknum. Þær leiða í ljós að 30-80% af áhrifamætti lyfja felst í því að þau eru til, í táknrænu gildi þeirra. Ég skrifa oft út verkjalyf til sjúklinga minna en segi þeim síðan að leysa þau út og geyma þau í náttborðskúffunni. Þar verka þau best. Öryggistilfinningin sem fylgir því að eiga lyfin vís í skúffunni er mjög mikilvæg sjúklingnum. Þetta þurfa læknar að notfæra sér, rétt eins og húmorinn sem hefur svipuð áhrif og lyfleysa. Það má því segja að húmor hafi ekki bein og mælanleg líkamleg áhrif heldur sé áhrifamáttur hans fyrst og fremst félagslegur og sálrænn."

Besta ráðið gegn streitu

Þegar talið berst að læknahúmor sjá menn oftast fyrir sér lækninn að tala við sjúkling á stofu sinni. En hvað um húmor á sjúkrahúsum? Þar eru aðstæður oft tvísýnar, sjúklingur og læknir á leið í aðgerð sem getur farið á ýmsa vegu. Er pláss fyrir húmor þar?



Stein Tyrdal bæklunarskurðlæknir og húmorritstjóri tímarits Norska læknafélagsins.

„Já, sé nokkurs staðar þörf fyrir húmor þá er það á sjúkrahúsunum. Við vitum að sjúklingar þjást oft af streitu þegar þeir koma á sjúkrahús, þeir eru kvíðnir og óöruggir. Við vitum líka að ef hægt er að draga úr streitu hjá sjúklingnum ganga skurðaðgerðir jafnan betur og alls kyns smávandamál verða ekki til trafala. Streita getur líka dregið úr krafti ónæmiskerfisins og kemur við sögu í allt að 70% sjúkdóma. Þess vegna er mikilvægt að beita öllum brögðum til að draga úr streitu og fá sjúklinginn til að slaka á.

Þar kemur húmorinn að góðum notum því hann er eitt allra besta ráðið sem við höfum til að draga úr streitu. Hann hefur líka þá kosti að vera ódýr og að heita má laus við aukaverkanir," sagði Stein Tyrdal húmorritstjóri frá Noregi.

Launalækkun

Atvinnan er ekkert grín,
engin ráð ég þekki,
stöðugt lækka launin mín
löglega eða ekki.

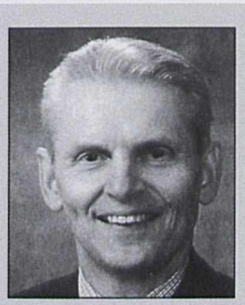
Finnst mér enn á FSA
fjarska gott að vinna,
þó læknis gömul gloría
gefi minna og minna.

Samið var í sumar leið
við sérfræðingaskara,
en við launaseðlaseið
set ég fyrirvara.

Það er hvorki ljúft né létt
í ljósi fyrri tíðar
að áskilja sér allan rétt
á endurskoðun síðar.

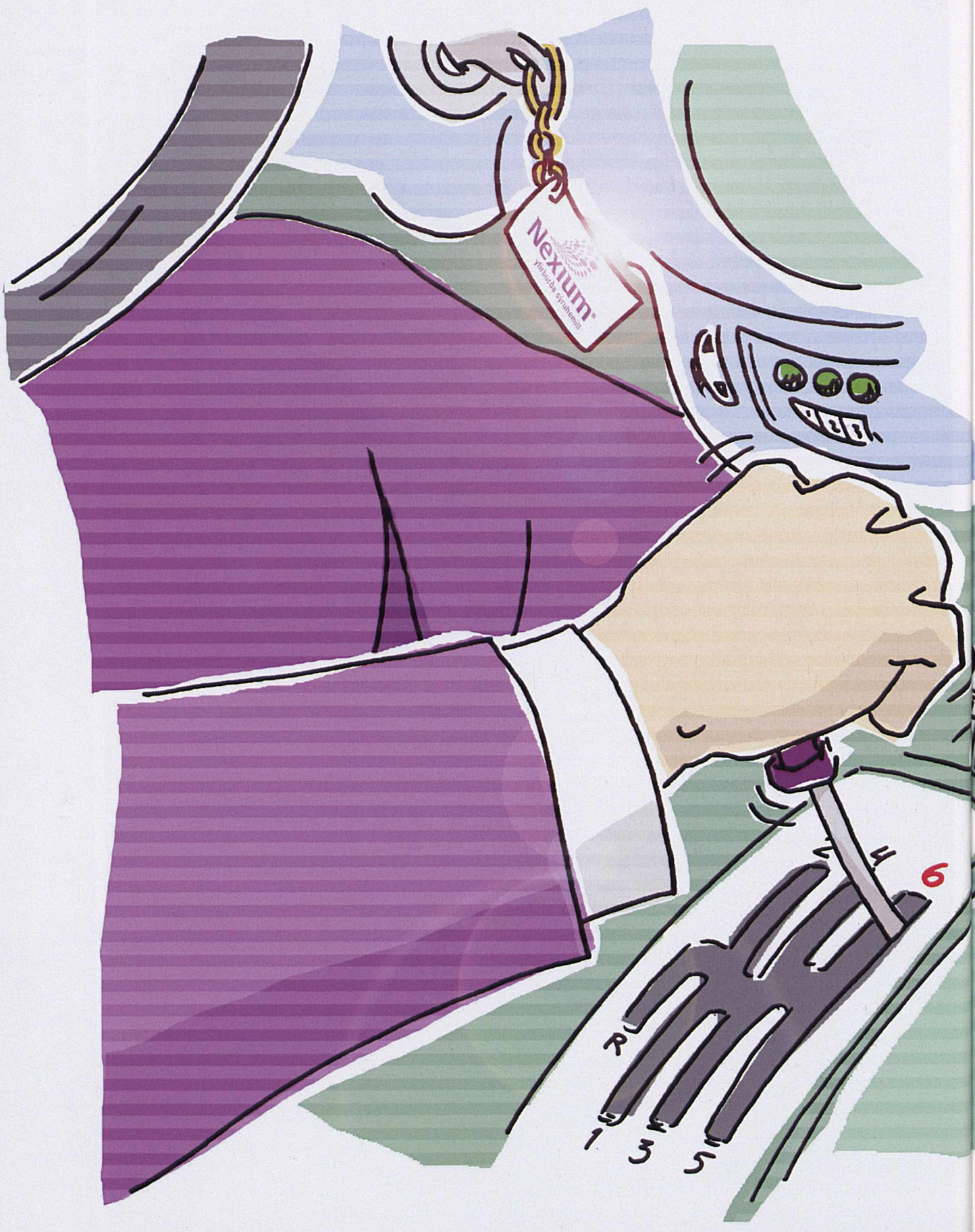
Aldarfarið um ég veit
ekkert nú á dögum
enda kominn ofan úr sveit,
algjört barn í lögum.

Yngri-Rauð ég aldrei sel,
er þó sjaldan feginn,
svon' er að reyna að vinna vel
og vera hýrudreginn.



Brynjólfur Ingvarsson

Höfundur er geðlæknir á Akureyri.



EFLIR / HNOTSKÓGUR AZ 417-01

AstraZeneca Leiðarstjarna í lækningu meltingarsjúkdóma Umboðsaðili: PharmaNor hf. • Hörgatúni 2, 210 Garðab

Er einhver ástæða til að lækna vélindabólgu á átta vikum, ef þú getur gert það á fjórum? Skiptu upp í Nexium®!

Nexium er nútímalegur sýruhemill sem hagnýtir kosti hreins ísómers. *1,2,3*
Í víðtækum rannsóknum á yfir **15.000 sjúklingum** í meira en 20 löndum er upplýst að **öflugasti sýruhemill** sem völ er á er Nexium. *4,5,6,7,8*
Hraðvirkni Nexium gerir þér kleift að **flýta fyrir bata sjúklinga þinna**, þannig að þeir upplifa **einkennalausa** daga og nætur miklu fyrr en ella. *6,7*
Nú er **tímabært að skipta upp í Nexium**.

(Sjá sérlyfjaskrártexta og heimildaskrá á síðu 955)



Nexium®
yfirburða sýruhemill

Sími 535 7000 • Fax 565 6485 • Fax pantanamóttöku 565 5628 • pharmanor@pharmanor.is • www.pharmanor.is

NÝTT

Aventis

Auðvitað vekur nýjasta tegund líka forvitni hjá eldri sjúklingum



Optinate® Septimum 35 mg

Nýjasta bífosfónatið er loks fáanlegt sem tafla til inntöku vikulega

til meðferðar og varnar beinþynningu eftir tíðahvörf

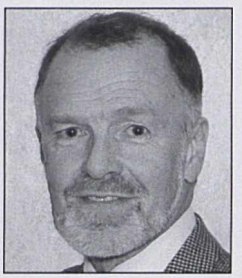
Optinate™
risedronat
SEPTIMUM

35 mg einu sinni í viku

Er til í eftirfarandi pakkningum: 1x4 töflur og 1x12 töflur

Lyfjatexti á bls. 955

Skimun



Jóhann Heiðar Jóhannsson

johannhj@landspitali.is

ÁSGEIR Theódórs, læknir, hringdi og vildi fá aðstoð við að finna heiti á sjúkdómsleit sem hann var í vafa um hvort nefna mætti **skimun**. Ásgeir vísar þar í svonefnda Vitundarvakningu um ristilkrabbamein sem nú nýverið var sett af stað hér á landi. Beitt verður þeirri aðferð að dreifa upplýsingum um ristilkrabbamein, einkenni þess og áhættur og hvetja fólk til þess að forðast áhættuþætti. Þá eru einstaklingar 50 ára og eldri hvattir til að þiggja skimun eftir ristilkrabbameini, einfalda rannsókn sem felst í árlegri leit að leyndu blóði í hægðum, en hægðablóð getur einmitt verið upprunnið í ristilkrabbameini.

Vitundarvakning

Vitundarvakningin er nákvæmlega það sem orðið gefur til kynna. Menn eru vaktir til meðvitundar eða vitneskju um eitthvað. Vitundarvakning um sjúkdóm þarf því hvorki að fela í sér skimun né neina aðferð til greiningar eða rannsóknar. Fræðsla ein getur verið ætluð til að vekja menn til þeirrar meðvitundar, sem vonast er eftir. Oftast fer vitundarvakning þó einnig fram með hvatningu eða ábendingu, til dæmis með því að benda á ýmis líkamleg einkenni, sem annars væri ekki fengist um, eða með því að hvetja menn til ákveðinna verka eða hegðunar.

Að skima

Sögnin **að skima** merkir samkvæmt Íslensku tölvuorðabókinni *1. líta í kringum sig, skyggnast um, horfa. 2. geiga frá beinni stefnu, stefna til hliðar. 3. rannsaka í smásjá*. Undirritaður kannast ekki við síðasta merkingarliðinn, þrátt fyrir að hafa unnið við smásjár nær alla sína starfsævi, og finnst hann beinlínis rangur, enda á dæmið sem tekið er, *gen eru skimuð í leit að stökkbreytingum*, ekki við. Gen eru ekki rannsökuð með smásjárskoðun. Fyrsti merkingarliðurinn er hins vegar sá sem við á, þegar verið er að vísa í læknisfræðilega skimun.

Fyrr á árum var sögnin **að skima** gjarnan notuð í samsetningunum **skima að einhverju** eða **skima eftir einhverju** og merkti í báðum tilvikum það sama, *svipast um í leit að einhverju*. Rétt er að benda einnig á, að **svipast um** merkir *gá að einhverju, leita einhvers lauslega*. Það eru þessi tvö blæbrigði merkingar sem sögnin að skima gefur svo vel til kynna, annars vegar **líta til ýmissa átta** og hins vegar **gá eða leita lauslega**. Athygli vert er að sögnin að skima er nú gjarnan notuð með forsetningunni **fyrir** og þá talað um **að skima fyrir einhverju**.

Svo hefur farið í Íðorðasafni lækna að enska sögnin **to scan** hefur verið þýdd með sögninni skima. Sú þýðing virðist þó ekki hafa náð neinni útbreiðslu meðal lækna. Ensk-íslensk orðabók Arnar og Örlygs gefur merkingarnar: *1. grannskoða; virða rannsakandi fyrir sér; 2. renna augum yfir, líta yfir; 3. skipta eftir bragliðum, skiptast í bragliði; 4. skima, skanna, fara yfir með skanna.* Sögnin **að skanna** er sú sem helst virðist hafa náð fótfestu í læknamálinu. Rétt er að vekja athygli á þessum mismun, að **skanna** merki helst skoða vandlega, en **skima** merki fremur skoða lauslega.

Screen

Ensku sögnina **to screen** hefur Íðorðasafn lækna þýtt með íslensku sögninni *kemba*. Því hefur nafnorðið **screening** fengið íslensku þýðinguna *kembileit*. Nafnorðið **screen** er skilrúm, skermur, net, sía, hlíf, skjár eða tjald. Hin læknisfræðilega merking sagnarinnar **screen** er því án efa helst í ætt við **sigta, sía** eða **skilja frá**. Undirritaður, sem kynntist fíngerðum lúsakambinum strax á barnsaldri, hefur aldrei getað sætt sig við þessa þýðingu. Honum finnst að **kembileit** hljóti að vera nákvæm leit, en að **screening** geti verið lausleg eða fremur ónákvæm og að þar eigi íslenska nafnorðið **skimun** best við.

Aerosol

Guðrún Sigmundsdóttir, smitsjúkdómalæknir, óskaði eftir íslensku heiti á fyrirbærið **aerosol**. Læknisfræðiorðabók Dorlands upplýsir að **aerosol** sé: *1. efnakerfi* (colloid system), *tegund lausnar* (sol, solution), *þar sem dreifiefnið* (dispersion medium) *er lofttegund. 2. vökvi sem geymdur er undir þrýstingi ásamt með drifefni (propellant) þannig að dreifa megi lausninni sem fínum úða. 3. lausn af lyfi sem hægt er aðýra sem fínum úða til innöndunarmeðferðar.* Við skoðun kemur í ljós að Íðorðasafn lækna á ekki íslenskt heiti fyrir **aerosol**. Um leið sést að þýðing þess á nafnorðinu **colloid**, *kvoðulausn*, er ekki fullnægjandi því að í orðabók Dorlands kemur fram að **colloid** sé 1. kvoðukennt eða límkennt efni. 2. efni sem gert er úr örsmáum óuppleystum ögnum, venjulega 1-1000 nm í þvermál, sem dreifast jafnt eða svífa í samfelldu dreifiefni. Í Læknisfræðiorðabók Stedmans er tekið í sama streng. Samkvæmt þessu ætti **colloid** að birtast þannig í Íðorðasafninu: 1. **kvoðulausn**, kvoðu- eða límkennt efni. 2. **sviflausn**, efni gert úr örsmáum ögnum sem svífa í lausnarefninu án þess að falla.

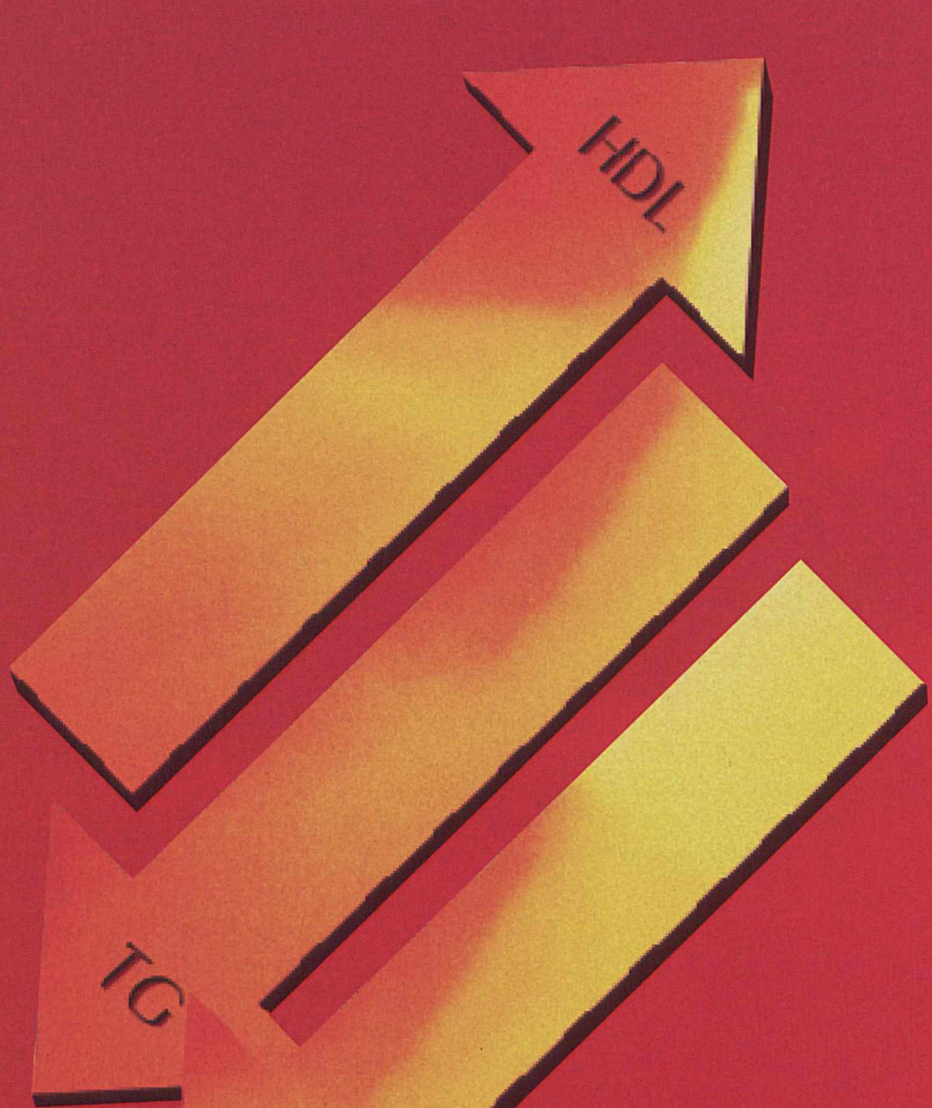
Svifúði

Það fór svo, sem reyndar gerist ekki mjög oft í íðorðavinnunni, að undirritaður bjó til á augabragði nýyrði sem fyrirspyrjanda líkaði. Með hliðsjón af ofanrituðu varð það heitið **svifúði**, sem skýra má þannig: úði sviflausnar, það er úði óuppleystra efnisagna í viðeigandi dreifiefni.

Zocor
MSD
TÖFLUR: C 10 A A 01

Hver tafla innheldur: Simvastatinum INN 10 mg, 20 mg, 40 mg eða 80 mg. **Ábendingar:** Kransæðasjúkdómur. Lyfið er ætlað sjúklingum með kransæðasjúkdóm til þess að auka lífslíkur, draga úr hættu á dauðsföllum af völdum kransæðasjúkdóms og minnka hættu á hjartadrepi, minnka hættu á heilablóðfalli (stroke) og tímabundinni blóðþurrð í heila (TIA, transient ischemic attacks), minnka þörf fyrir aðgerðir til þess að auka blóðflæði til hjartavöðvans (hjáveituaðgerðir og kransæðavíkkanir); og hægja á framgangi kransæðasjúkdóms (coronary atherosclerosis), þ.á.m. draga úr myndun nýrra skemmda og nýrra lokana. Ofhleg blóðfituhækkun (Hyperlipidemia) Simvastatin, ásamt ákveðnu mataræði, er ætlað til þess að draga úr hækkuðu heildarkólesteróli, LDL-kólesteróli, þríglýceríðum og apólípópróteini B og einnig til að hækka HDL-kólesteról hjá sjúklingum með ofhlega kólesterólhækkun, þar á meðal arfbundna arfgenga kólesterólhækkun (Heterozygous familial hypercholesterolemia) (Fredrickson týpa IIa) eða samsetta blóðfituhækkun (combined hyperlipidemia)(Fredrickson týpa IIb) þegar tilætlaður árangur hefur ekki náðst með ákveðnu mataræði og öðrum aðferðum án lyfja. Simvastatin lækkar því LDL/HDL-kólesteról hlutfallið og heildarkólesteról/HDL-kólesteról hlutfallið. Simvastatin er ætlað til meðferðar á sjúklingum með þríglýceríðhækkun (hypertriglyceridemia) (Fredrickson týpa IV hyperlipidemia) og til meðferðar á sjúklingum með dysbetalípóproteinemia (Fredrickson týpa III hyperlipidemia). Lyfið er einnig ætlað til notkunar ásamt ákveðnu mataræði og öðrum aðferðum sem ekki byggjast á mataræði til meðferðar á sjúklingum með arfhreina arfgenga kólesterólhækkun til þess að lækka hækkað heildarkólesteról, LDL-kólesteról og apólípóprótein B. **Skammtar og lyfjagjöf:** *Skammtaráðir handa fullorðnum:* Sjúklingurinn á að hefja kólesteróllækkandi fæðis, áður en lyfið er gefið og á að halda því áfram meðan á lyfjameðferð stendur. **Kransæðasjúkdómur:** 20 mg upphafsskammtur á dag í einu lagi að kvöldi. Ef þörf er á að auka skammtinn skal gera það með minnst fjögurra vikna millibili, í allt að 80 mg á dag í einum skammti að kvöldi. Ef LDL-kólesteról gildi fellur niður fyrir 1,94 mmól/l (75 mg/dl) eða heildarkólesteról gildi fellur niður fyrir 3,6 mmól (140 mg/dl) skal íhuga minnkun simvastatíns skammtsins. **Ofhleg blóðfituhækkun:** Upphafsskammturinn er venjulega 10 mg á dag, gefinn í einu lagi að kvöldi. Við vægri til miðlungsalvarlegri kólesterólhækkun er upphafsskammturinn 5 mg á dag. Ef þörf er á að auka skammtinn skal gera það samkvæmt leiðbeiningunum hér að ofan. *Arfhrein ættbundin kólesterólhækku (Homozygous familial hyper-cholesterolemia):* Þegar um arfhreina ættbundna kólesterólhækkun er að ræða er skammturinn 40 mg/dag að kvöldi eða 80 mg/dag í þremur aðskildum skömmtum, 20 mg, 20 mg og 40 mg að kvöldi. Hjá þessum sjúklingum á að nota simvastatin ásamt öðrum aðferðum til að lækka blóðfitu (t.d. LDL blóðskilun (apheresis)). *Samhliða lyfjagjöf:* Simvastín er árangursríkt eitt sér eða með gallsýrubindandi lyfjum. Fyrir sjúklinga, sem fá ciklóspórín, fíbrót eða níkótínsýru ásamt lyfinu, er hámarksskammturinn 10 mg/dag. Skömmtun við skerta nýrnastarfsemi: Þar sem simvastatín skilst að litlu leyti út um nýrun, á ekki að vera þörf fyrir skammtabreytingar við miðlungsalvarlega nýrnabilun. Hjá sjúklingum með alvarlega nýrnabilun (kreatínínúthreinsun <30 ml/mín), skal ekki gefa meira en 10 mg á dag nema að vandlega athuguðu máli. Ef slíkir skammtar eru nauðsynlegir skal gefa þá með varúð. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir einhverju innihaldsefna lyfsins. Virkur lifrarsjúkdómur eða viðvarandi hækkaðir transaminasar í blóði af óþekktum orsökum. Samhliða gjöf mibefradils (afskráð lyf) sem er kalsíumgangaloki úr tetralóflokki (sjá varnaðarorð). Meðganga og brjóstagjöf. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** *Vöðvaáhrif:* Simvastatín og aðrir HMG-CoA afoxunarmiðlahemlar geta stundum valdið vöðvakvilla, sem lýsir sér sem vöðverkur eða þróttleysi sem tengist mikið hækkuðum kreatínkínasa (> 10 x eðlileg efri mörk). Rákvöðvalýsa, með eða án bráðrar nýrnabilunar, vegna myóglóbíns í þvagi hefur verið skráð í sjaldgæfum tilvikum. *Vöðvakvilli sem orsakast af milliverkunum lyfja:* Tíðni og alvarleiki vöðvakvilla eykst með samhliða gjöf HMG-CoA afoxunarmiðlahemla og lyfja, sem geta valdið vöðvakvilla, þegar þau eru gefin ein sér, eins og gemfíbrózíl og önnur fíbrót og blóðfitulækkandi skammtar (>1g/dag) af níkótínsýru. Að auki getur hættan á vöðvakvilla aukist með háum gildum á virkni HMG-CoA afoxunarmiðlahemla í plasma. Simvastatín og aðrir HMG-CoA afoxunarmiðlahemlar eru umbrotnir af cýtókróm P450 ísóformi 3A4(CYP3A4). Ákveðin lyf sem, í lækningaskömmtum, hindra markvirkt þessa umbrotsleið geta hækkað plasmagildi HMG-CoA redúktasahemla umtalsvert og því aukið hættu á vöðvakvilla. Þau eru m.a. ciklóspórín, kalsíumgangalokinn mibefradil úr tetralóflokki, ítrakónazól, ketókónazól og önnur azól-sveppalyf, makrólíð-sýklalyfin erýtrómýcín og klaritrómýcín, HIV próteasahemlar og geðlyfðarlyfið nefazódón.Þegar sjúklingar hefja simvastatín meðferð skal greina þeim frá hættunni á vöðvakvilla og þeim sagt að láta vita án tafar ef þeir verða varir við óútskýranlega vöðaverki, eymsli í vöðvum eða vöðvaslappleika. Sé gildi kreatín kínasa hærra en tíföld eðlileg efri mörk hjá sjúklingi með óútskýrða vöðaverki er um vöðvakvilla að ræða. Ef vöðvakvillar greinist eða grunur leikur á honum skal stöðva simvastatín meðferð. Í flestum tilvikum gengu einkenni frá vöðvum sem og kreatín kínasa hækkanun til baka þegar meðferð var hætt. Sjúklingarnir sem fengu rákvöðvasundrun höfðu margir haft ýmsa sjúkdóma. Sumir höfðu haft skerta nýrnastarfsemi, yfirleitt var það afleiðing sykursýki sem hafði staðið lengi. Hjá slíkum sjúklingum verður að gæta varúðar þegar skammtar eru auknir. Þar sem engar aukaverkanir eru þekktar af því að hætta meðferð í skamman tíma, skal stöðva simvastatín meðferð í nokkra daga áður en meiri háttar aðgerð er ástuð og einnig ef sjúklingur þarf að gangast undir bráða aðgerð eða um bráða sjúkdóma er að ræða. Ef samsett meðferð með simvastatíni og lyfi sem veldur milliverkunum er fyrirhuguð ber að vega og meta væntanlegt gagn annars vegar og mögulega áhættu hins vegar og hafa nákvæmt eftirlit með sjúklingunum m.t.t. einkenna s.s. verkja, eymsla og máttleysis í vöðvum. Þetta á sérstaklega við á fyrstu mánuðum meðferðarinnar og þegar skammtar af öðru hvoru lyfinu eru auknir. Reglulegar mælingar á kreatín kínasa eru hugsanlegar í slíkum tilfellum en koma þó ekki örugglega í veg fyrir vöðvakvilla.Notkun simvastatíns samhliða fíbrötum eða níkótínsýru ætti að forðast nema aukin lækkun blóðfitu vegi þyngra en sú aukna áhætta sem fylgir notkun þessara lyfja saman. Samsett meðferð með lítlum skömmtum af simvastatíni ásamt fíbrótum og níkótínsýru hefur verið notuð í klínískum skammtímarannsóknum undir nákvæmu eftirliti, án þess að vöðvakvillar hafi átt sér stað. Þegar þessi lyf eru gefin ásamt simvastatíni lækkar LDL-kólesteról yfirleitt lítið meira en áður, meiri lækkun getur hins vegar orðið á þríglýceríðum og einnig meiri hækkun á HDL-kólesteróli. Ef nauðsynlegt er að nota annað þessara lyfja með simvastatíni ber að hafa í huga að klínískar rannsóknir benda til þess að hættan á vöðvakvilla sé minni af níkótínsýru en fíbrótum. Hjá sjúklingum sem taka cýklósporín, fíbrót eða níkótínsýru samhliða simvastatíni á yfirleitt ekki að geta stærri skammt af simvatíni en 10 mg/dag (sjá 4.2 Skammtar og lyfjagjöf, Samhliða meðferð) þar sem hættan á vöðvakvilla eykst verulega með stærri skömmtum. Notkun simvastatíns samhliða ítrakónazóli, ketókónazóli, erýthrómýcíni, clarithrómýcíni, HIV próteasahemlum og nefazódóni er ekki ráðlögð. Ef engin önnur meðferð en skammtíma meðferð með ítrakónazóli, ketókónazóli, erýthromýcíni, eða clarithrómýcíni, er möguleg, skal hafa í huga að gera stutt hlé á simvastatín meðferðinni þar sem engin óskaleg áhrif eru þekkt af því að gera stutt hlé á langvinnri kólesteról-lækkandi meðferð. Samhliða notkun annarra lyfja sem hafa ólíug hamlandi áhrif á CYP3A4 í lækningalegum skömmtum, skal forðast, nema árangur af samhliða meðferð vegi þyngra en aukin áhætta. *Áhrif á lifrarstarfsemi:* Mælt er með því, að prófanir á lifrarstarfsemi séu gerðar hjá öllum sjúklingum, áður en meðferð hefst og síðan með reglulegu millibili (t.d. tvisvar á ári) fyrsta ár meðferðarinnar eða þar til einu ári eftir síðustu skammtahækkun. Hjá sjúklingum sem fá 80 mg skammt ætti auk þess að athuga lifrarstarfsemi eftir 3 mánuði. Sérstak eftirlit þarf að hafa með þeim sjúklingum sem fá transamínasahækkanir, mælingar ber að endurtaka án tafar og síðan reglulega með styttra millibili en ella. Ef transamínasaþéttnin virðist stöðugt hækka og sérstaklega ef hún hækkar í þrisvar sinnum eðlileg efri mörk og er viðvarandi skal hætta lyfjameðferðinni. Hjá sjúklingum sem neyta verulegs magns af áfengi og/eða hafa einhvern tíma fengið lifrarsjúkdóm, ætti að nota lyfið með varúð. Virkir lifrarsjúkdómar eða óskýrðir hækkaðir transaminasar eru frábendingar fyrir notkun simvastatíns. Eins og á við um önnur lyf sem lækka blóðfitur hafa miðlungsmiklar transaminasahækkanir (minna en þreföld eðlileg efri mörk) verið skráðar eftir meðferð með simvastatíni. Þessar breytingar komu fram fljótlega eftir að meðferð með simvastatíni var hafin, voru oft tímabundnar, án nokkurra einkenna og ekki var þörf á að breyta meðferðinni. **Milliverkanir:** Gæta skal varúðar við samhliða notkun Zocor og lyfja sem markvirkt hindra cytokróm P450 3A4 (svo sem cýklósporíns, HIV próteasa hemlar, azól-sveppalyfjanna ítrakónazóls og ketókónazóls, makrólíð-sýklalyfjanna erýtrómýcíns og klaritrómýcíns og þunglyndislyfsins nefazódóns) eða fíbrata eða níacíns. Greipávaxtasafi getur aukið blóðþéttni Zocor. Zocor eykur áhrif kúmarín-segavarnarlyfja og því ætti próthrombíntíminn að vera ákvarðaður áður en Zocor meðferð er hafin og nógu oft í upphafi meðferðar til að engin markbæk breyting á próthrombíntíma komi fyrir. Ef Zocor-skammti er breytt eða meðferð er hætt, ætti að endurtaka sömu mælingar. **Meðganga og brjóstagjöf:** *Zocor* má ekki nota á meðgöngu og kona með barn á brjósti má ekki nota Zocor. **Aukaverkanir:** Simvastatín þolist almennt vel. Aukaverkanir hafa aðallega verið vægar og skammvinnar. Minna en 2% sjúklinga hafa hætt í klínískum viðmiðunarrannsóknum vegna aukaverkana, sem rekja má til simvastíns. Algengasta aukaverkunin er hægðatregða (2-3%). **Algengar** (>1%): *Meltingarfæri:* Hægðatregða, kviðverkir, uppþemba, ógleði. ***Sjaldgæfar (0,1-1%):*** *Almennt:* þróttleysi, höfuðverkur. *Meltingarfæri:* Meltingartruflanir; niðurgangur. *Húð:* Útbrot. ***Mjög sjaldgæfar (<0,1%):*** *Almennt:* Svimi. *Blóð:* Blóðleysi. *Meltingarfæri:* Uppköst. *Húð:* Kláði, hárlap. *Lifur:* Gula, lifrarbólga, brisbólga. *Stoðkerfi:* Vöðvakrampar, vöðvabólga, vöðvakvilli, rákvöðvalýsa. *Taugakerfi:* Höfuðverkur, svimi, úttaugakvillar. Ofnæmisheilkenni hefur sést en sjaldan og hefur hafi einhver eftirfarandi einkenna : hiti, andlitsroði, ofsakláði, ljósnæmi, andnauð, slappleiki, ofsabólgur, einkenni lík rauðum úlfum, fjöl-vöðva-gigt, æðabólga, blóðflagnafæð, eósínfíkla fjölda, hækkað sökk, liðbólga og liðverkir. Blóðmeina- og meinefnafræðilegar rannsóknir: Greinilegar og þráláttar hækkanir á blóðþéttni lifrarensíma hafa sjaldan sést. Hækkaður alkalískur fosfatasi og gamma-GT hafa sést. Frávik frá lifrarstarfsemisprófum hafa venjulega verið væg og skammvinn. Hækkanir á blóðþéttni kreatínkínasa (CK) frá beinagrindarvöðvum hafa sést (sjá Varúð). **Afgreiðsla:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþátttaka:** 0 **Pakkningar og verð (apríl, 2002): Töflur 10 mg:** 28 stk. 4012 kr.; 98 stk. 11747 kr. **Töflur 20 mg:** 28 stk. 5998 kr; 98 stk. 18258 kr. **Töflur 40 mg:** 28 stk. 7036 kr; 98 stk. 21436 kr. **Töflur 80 mg:** 28 stk. 8636 kr; 98 stk. 26386 kr. **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

ÞRÍÞÆTT ÁHRIF



EVIDENSBASERET ZOCOR® MEDICIN

ZOCOR®* (SIMVASTATIN, MSD)
20-40 mg
Eykur lífslíkur
- eins og sýnt var í 4S [1,2,3,4]



Tilvitnanir:
1. Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir COZAAR® **2.** 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension, Guidelines for the Management of Hypertension. J of Hypertens 1999;17:151-183. **3.** Internationel Medical Statistics (IMS) december 2000. **4.** Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir COZAAR® Comp.

09-2001-ZCR-00-SCAN-(DK)-001-J/M

* Skráð vörumerki hjá Merck & Co., INC, Whitehouse Station, N.j., USA

MERCK SHARP & DOHME
Umboðsaðili á Íslandi: Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík

Faraldsfræði í dag

Áhætta og lýðheilsa



María Heimisdóttir

mh02@isl.is

Í NÝLEGRI umfjöllun um klíníska faraldsfræði var rætt um nokkrar stærðir sem notaðar eru til að lýsa niðurstöðum klínískra íhlutunarrannsókna (clinical trials) þar sem könnuð er gagnsemi (og áhætta) af ákveðinni meðferð. Þarna var meðal annars um að ræða hlutfallslega áhættuminnkun (relative risk reduction) og skilyrðislausa eða algera áhættuminnkun (absolute risk reduction). Þessar stærðir endurspegla áhrif tiltekinnar íhlutunar eða meðferðar í rannsóknarhópnum og geta gefið vísbendingar um árangur sem vænta má í svipuðu þýði ef meðferðinni er beitt þar. Þessar stærðir eru því gagnlegar til að átta sig á lýðheilsuáhrifum af meðferðinni. Í áhorfsrannsóknum (observational studies) er áhrifum áhættuþáttar hins vegar oft lýst sem hlutfallslegri áhættu (relative risk) þar sem líkur á útkomu eða sjúkdómi eru bornar saman meðal tveggja hópa, annars vegar þeirra sem hafa áhættuþáttinn en hins vegar þeirra sem hafa hann ekki. Hlutfallsleg áhætta segir til um að hve miklu leyti einstaklingur með áhættuþáttinn er líklegri til að fá sjúkdóminn en einstaklingur án áhættuþáttarins. Há hlutfallsleg áhætta er oft sterk vísbending um að orsakasamband sé til staðar milli áhættuþáttar og útkomu en fleira kemur þar til eins og áður hefur verið rætt. Jafnvel þegar leiddar hafa verið sterkar líkur að orsakasambandi gefur hlutfallsleg áhætta ein sér ekki upplýsingar um áhrif áhættuþáttarins á lýðheilsu. Mjög há hlutfallsleg áhætta hefur litla þýðingu fyrir lýðheilsu ef um sjaldgæfan áhættuþátt er að ræða en tiltölulega lág hlutfallsleg áhætta getur hins vegar haft veruleg áhrif á lýðheilsu ef áhættuþátturinn er algengur. Þannig geta lýðheilsuaðgerðir gegn tiltölulega veikum en algengum og umbreytanlegum áhættuþáttum gagnast betur en aðgerðir gegn sterkari og sjaldgæfari áhættuþáttum.

Til að túlka skýrar áhrif áhættuþáttar með tilliti til hópa eða þýðis, það er með tilliti til lýðheilsu, þarf að nota önnur hugtök sem lýsa hlutdeild áhættuþáttarins í tilurð sjúkdómsins í þýðinu. Einfaldast þessara hugtaka er hlutdeildaráhætta (attributable risk, risk difference). Hlutdeildaráhætta er fengin með því að reikna einfaldlega mismuninn á nýgengi sjúkdómsins meðal þeirra sem hafa áhættuþáttinn og hinna sem hafa hann ekki. Hlutdeildaráhætta lýsir þeirri umframáhættu (á að fá tiltekinn sjúkdóm) sem er til staðar meðal þeirra sem eru útsettir fyrir áhættuþættinum miðað við þá sem eru það ekki, og segir þannig til um skilyrðislaus eða alger áhrif áhættuþáttarins (absolute effect). Ólíkt því sem gildir um hlutfallslega áhættu byggist túlkun hlutdeildaráhættu á því að orsakasamband hafi þegar verið staðfest eða sé að minnsta kosti nokkuð vel grundvallað hlutdeildaráhætta er í eðli sínu í raun ekki túlkanleg nema orsakasamband liggi fyrir. Ef engin tengsl eru milli áhættuþáttar og útkomu mun nýgengi sjúkdómsins vera hið sama meðal þeirra sem hafa áhættuþáttinn og hinna sem hafa hann ekki og hlutdeildaráhættan verður engin. Ef orsakasamband er hins vegar til staðar verður hlutdeildaráhættan einhver og stærð hennar segir til um fjölda tilfella af sjúkdómnum (meðal þeirra sem hafa áhættuþáttinn) sem beinlínis stafa af áhættuþættinum eða fjölda tilfella sem mætti koma í veg fyrir ef áhættuþátturinn væri fjarlægður.

Auk hlutdeildaráhættu má reikna hlutfall tilfella meðal þeirra sem hafa tiltekinn áhættuþátt sem koma mætti í veg fyrir með því að fjarlægja áhættuþáttinn.

Þetta hlutfall (attributable risk percent, attributable proportion) af heildarfjölda sjúkdómstilfella meðal þeirra sem eru útsettir fyrir áhættuþættinum er sá hluti tilfella sem beinlínis orsakast af honum og er stundum kallað orsakabrot (etiologic fraction).

Ef um er að ræða verndandi þátt en ekki áhættuþátt er á samsvarandi hátt unnt að reikna hlutdeildarvernd (attributable protection) og verndarbrot (preventive fraction), en þessar stærðir endurspegla þann aukna fjölda eða hlutfall sjúkdómstilfella sem til hefðu orðið ef hins verndandi þáttar hefði ekki notið við.

Hlutdeildaráhætta og orsakabrot eru óháð því hve algengur áhættuþátturinn er meðal þýðisins í heild. Þessi hugtök eiga aðeins við um hlutdeild ákveðins áhættuþáttar í tilurð sjúkdómsins meðal þeirra sem áhættuþáttinn hafa. Í lýðheilsutilliti er ekki síður gagnlegt að átta sig á hlutdeild áhættuþáttar í tilurð sjúkdómsins í þýðinu í heild. Slík þýðishlutdeildaráhætta (population attributable risk) er fengin með því að reikna mismuninn á nýgengi sjúkdómsins í heildarþýðinu annars vegar en nýgengi hans meðal þeirra sem hafa ekki áhættuþáttinn hins vegar. Þessi stærð segir til um þann umfram fjölda tilfella í þýðinu (sem er blanda einstaklinga með og án áhættuþáttar) sem ætla má að rekja megi til áhættuþáttarins. Á sama hátt og orsakabrot er reiknað fyrir einstaklinga með áhættuþáttinn má reikna orsakabrot þýðis (population attributable risk percent). Orsakabrot þýðis lýsir hlutfalli sjúkdóms í þýðinu sem orsakast af áhættuþættinum og mætti hindra með því að fjarlægja hann.

Ef þú vilt vera viss um að sjúklingurinn fái það lyf sem þú ávísar merktu það þá með ...



ÞANNIG FERÐ ÞÚ AÐ ...

Lyfseðill

Nafn sjúklings

Lyfseðill gildir til

Lyfseðill gildir í lengst 12 mánuði frá útgáfudegi.

Kennitala

Kvittun lyfjafr.

Heiti lyfs **LANZO®**

Styrkleiki

Ávísað magn

Lyfjaform

Wyeth Lederle Nordiska, 920025

Sýruhjúphylki; A 02 B C 03 R E

Hvert sýruhjúphylki inniheldur: Lansoprazolum INN 15 mg eða 30 mg.

Ábendingar: Sársjúkdómur í skeifugörn og maga. Bólga í vélinda vegna bakflæðis. Zollinger- Ellisonheilkenni. Æskilegt er að þessar greiningar séu staðfestar með röntgen eða speglun. Fyrirbyggjandi vegna aukinnar hættu á óþægindum, eins og sársjúkdómi í maga, vélinda eða skeifugörn, fleiðri í maga og/eða skeifugörn eða meltingartruflunum, við meðferð með bólgueyðandi gigtarlyfjum. Langtímanotkun við bólgu í vélinda vegna bakflæðis eða við endurteknum sárum í skeifugörn. Uppræting á Helicobacter pylori úr efri hluta meltingarfæra hjá sjúklingum með sársjúkdóma, ásamt viðeigandi sýklalyfjum. **Einkennameðferð:** Meðferð brjóstsviðseinkenna og einkenna vegna sýrubakflæðis við bakflæðisjúkdóm í vélinda og maga. **Frábendingar:** Engar þekktar. **Varúð:** Við skerta lifrarstarfsemi er helmingunartími lengdur og skammta getur þurft að minnka. **Meðganga og brjóstagjöf:** Klínísk reynsla af gjöf lyfsins á meðgöngutíma uppköst, vindgangur. **Húð:** Útbrot. Sjaldgæfar (0,1-1%): Þreyta. **Milliverkanir:** Lyfið umbrotnar fyrir tilstilli cýtókróm P450 ensýma og gæti haft milliverkanir við önnur lyf sem þetta ensýmkerfi umbrýtur. Lyfið virðist ekki hafa milliverkanir við diazepam, fenýtóín, teófýllín, warfarín, sýrubindandi lyf eða bólgueyðandi gigtarlyf. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Sýruhjúphylkin á að gleypa heil og má hvorki tyggja þau né mylja. Hins vegar má tæma innihaldið úr hylkjunum og blanda því saman við kaldan vökva skömmu fyrir inntöku. Sjúklingum sem ekki er unnt að gefa Lanzo með magaslöngu. Innihaldi eins sýruhjúphylkis skal blandað í 5 ml af eplasafa og gefa í gegnum slönguna. **Skeifugarnarsár:** Venjulegur skammtur er 30 mg á dag í 2 vikur. Hafi sárið ekki gróið, má halda meðferð áfram í 2 vikur í viðbót. Við bakslag skal meðferð endurtekin. Við langtímameðferð er ráðlagður skammtur 15 mg á dag. Ef einkenni versna má auka skammtinn í 30 mg einu sinni á dag. Meðhöndlun á góðkynja maga- og **Magasár:** Venjulegur skammtur er 30 mg á dag í 4 vikur. Hafi sárið ekki gróið, má halda meðferð áfram í 4 vikur til viðbótar. Fyrir sjúklinga í sérstökum skeifugarnarsárum vegna bólgueyðandi gigtarlyfja og linun einkenna: Lanzo 15 mg eða 30 mg einu sinni á dag, í 7 daga. **Zollinger Ellison heilkenni:** Ráðlagður skammtur í upphafi meðferðar er 60 mg einu sinni á dag. Finna þarf áhættuhópi eða með magasár sem gæti raynst erfitt að græða, ætti að nota hærri skammta og/eða lengri meðferðartíma. **Upprætting á Helicobacter pylori:** Lanzoprazól 30 mg gefið tvisvar sinnum á dag auk tveggja af eftirfarandi sýklalyfjum: Amoxicillin 1 g tvisvar á dag, metrónídazól 400 mg tvisvar á dag, klaritrómýcin 250 mg tvisvar á dag, í 7 daga. Fyrir þá sem ekki hafa náð fullum bata, má halda meðferð áfram í 4 vikur til viðbótar. Fyrir sjúklinga í sérstökum hæfilegan skammtur er 30 mg einu sinni á dag. Fyrir suma sjúklinga er 15 mg daglega nægjanlegur skammtur. Skammtur getur verið allt að 180 mg daglega. Fari dagskammtur yfir 120 mg ætti að skipta honum í tvær lyfjagjafir. **Einkennameðferð:** Venjulegur skammtur er 30 mg einu sinni á dag. Fyrir suma sjúklinga er 15 mg daglega nægjanlegur skammtur. Ef einkenni eru enn til staðar eftir 2-4 vikna meðferð ætti sjúklingur að gangast undir frekari rannsóknir.

Skammtastærðir handa börnum: Lyfið er ekki ætlað börnum. **Pakkningar og verð:** Sýruhjúphylki 15mg: 28 stk. (þynnupakkað); kr. 2.097. 56 stk. (þynnupakkað); kr. 3.051. 98 stk. (þynnupakkað); kr. 4.587. Sýruhjúphylki 30 mg: 28 stk. (þynnupakkað); kr. 3.070. 56 stk. (þynnupakkað); kr. 6.129.

Verð samkvæmt lyfjaverðskrá 1. okt. 2002.

Austurbakki
Köllunarklettsvegi 2 104 Reykjavík

Wyeth

Lyfjamál 110

Blóðfitulækkandi lyf



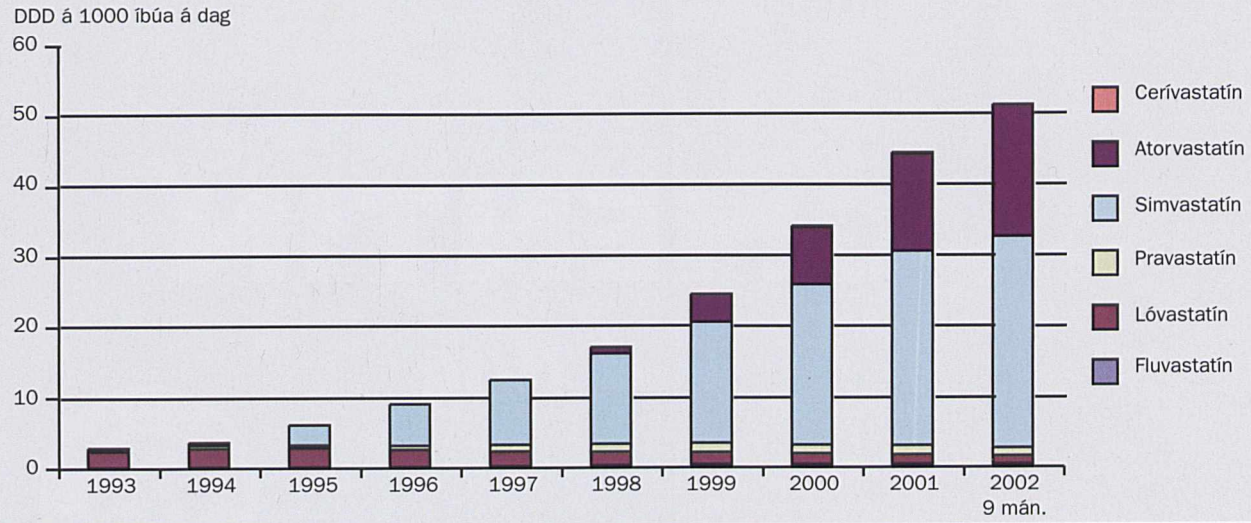
Eggert Sigfússon

Höfundur er deildarstjóri í Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti.

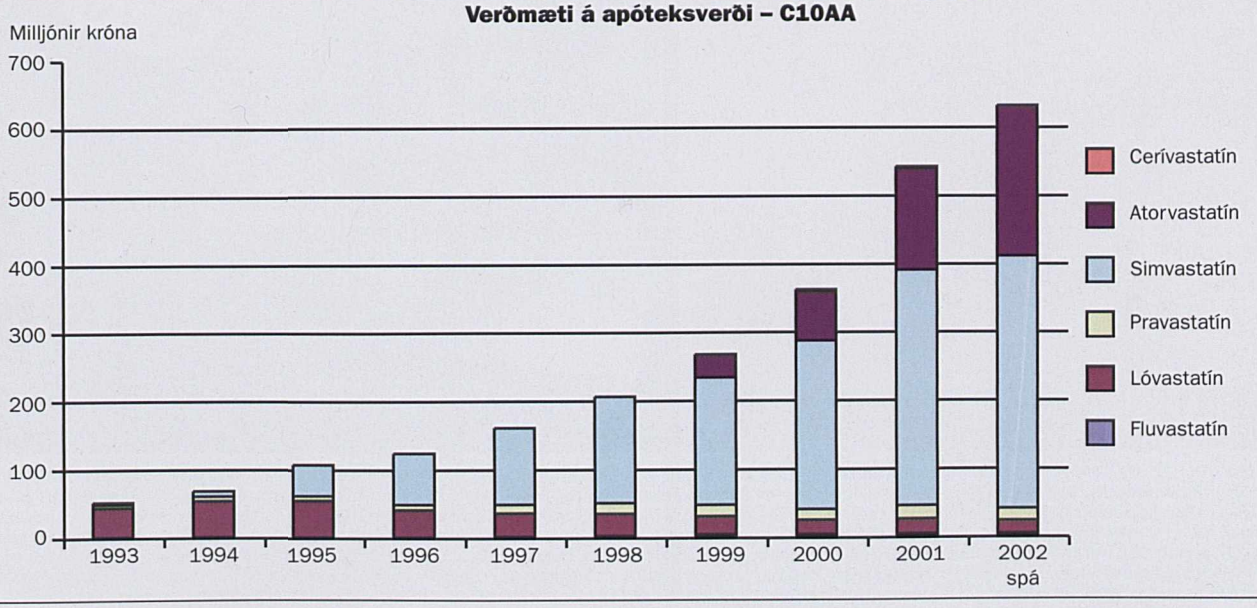
Notkun blóðfitulækkandi lyfja af tegundinni HMG CoA redúktasa hemlar, öðru nafni statín, hefur farið ört vaxandi undanfarin tíu ár eins og sjá má á súluritum hér að neðan. Spáin fyrir 2002 byggist á sölu fyrstu níu mánaða ársins. Á tímabilinu hafa sex mismunandi statín verið á markaði hér. 1988 kom lóvastatín og 1989 pravastatín en þau hafa aldrei komist verulega í notkun. Simvastatín kom 1991 en notkun þess fór ekki að aukast verulega fyrr en 1995 eftir að fræg fjölþjóðarannsókn staðfesti gagnsemi þess. Heldur hefur dregið úr notkun þess síðustu ár eftir að atorvastatín kom á markað 1998. Það lyf virðist nú njóta ört vaxandi vinsælda. Cerívastatín kom á markað í byrjun árs 2000 en hvarf aftur á miðju næsta ári vegna óviðunandi aukaverkana án þess að ná teljanlegri sölu hér á landi.

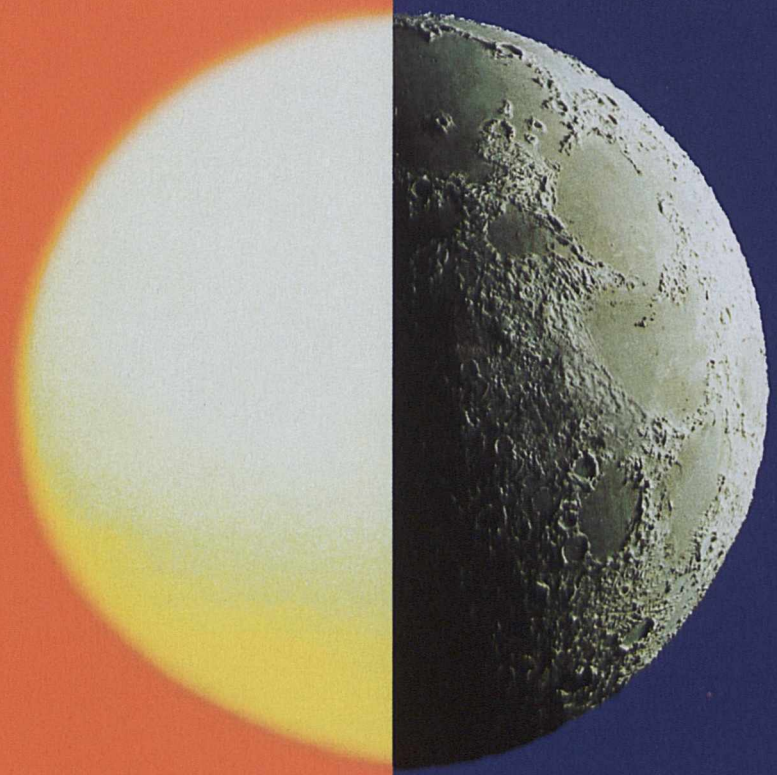
Þrátt fyrir mikinn kostnað vegna þessara lyfja verður þessi þróun þó að teljast jákvæð því allt bendir til að nú séu þeir, sem mest þurfa á þessum lyfjum að halda, einmitt að fá þau og vaxandi notkun atorvastatíns er þar að auki hagstæð þar eð dagskammtur þess er að meðaltali ódýrastur.

Notkun blóðfitulækkandi lyfja 1993-2002
HMG CoA redúktasa hemlar (C10AA)



Verðmæti á apóteksverði – C10AA





NÝTT

AUGMENTIN

tvisvar á dag

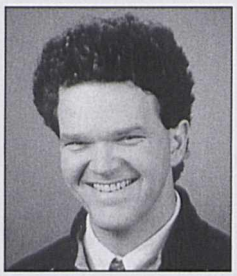
MIXTÚRA & TÖFLUR

gsk GlaxoSmithKline

Nasst... / GLA 01-01-21

AUGMENTIN (GlaxoSmithKline 870191. (Amoxisillín og klavúnatsýra). **Ábendingar:** Sýkingar af völdum sýkla, sem eru næmir fyrir lyfjablöndunni. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir beta-laktam lyfjum, t.d. penicillíni og cefalósporínsamböndum. Mononucleosis. Saga um gulu eða skerta lifrarstarfsemi, sem tengist gjöf á Augmentin eða skyldum lyfjum. **Aukaverkanir:** Við venjulega skömmtun lyfsins má búast við aukaverkunum hjá 5% sjúklinga. Aukaverkanir frá meltingarvegi svo sem linar hægðir, ógleði, uppköst og meltingartruflanir eru þó algengari ef hærri skammtar eru gefnir. Virðast þessar aukaverkanir algengari við gjöf þessa lyfs en við amoxicillíns eins sér. ***Algengar (>1%):*** Meltingarvegur: Linar hægðir. Húð: útbrot, kláði. ***Sjaldgæfar (0,1-1%):*** Blóð: Afturkræf hvítfrumnafæð, afturkræf blóðflagnafæð. Meltingarvegur: Ógleði, uppköst. Húð: Ofsakláði. **Milliverkanir:** Próbenecíð seinkar útskilnaði amoxicillíns, en ekki útskilnaði klavúlansýru. Því er ekki mælt með samtímis gjöf próbenecíðs og Augmentin. Samtímis gjöf amoxicillíns og allópúrínóls getur aukið líkur á ofnæmisútbrotum í húð. Engar upplýsingar eru um samtímis gjöf Augmentin og allópúrínóls. Eins og önnur breiðvirk sýklalyf getur Augmentin dregið úr virkni getnaðarvarnataflna. **Varúð:** Við skerta nýrnastarfsemi (kreatínínklerans < 30 ml/mín.) þarf að minnka skammta fyrir 250 mg + 125 mg töflur og 500 mg + 125 mg töflur og ekki á að nota 875 mg + 125 mg töflur. Gæta skal varúðar hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. Vegna aspartaminnihalds mixtúrunnar skal gæta varúðar hjá sjúklingum með fenýlketonureu. Lenging á prótrombín tíma hefur verið lýst í einstaka tilvikum hjá sjúklingum sem fá Augmentin. Þegar blóðþynningarlyf eru gefin samtímis skal viðeigandi eftirliti vera framfylgt. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Venjulegur skammtur er ein tafla 250 mg + 125 mg þrisvar sinnum á dag. Við alvarlegum efri loftvegasýkingum og lungnasýkingum ein tafla 500 mg + 125 mg þrisvar sinnum á dag eða ein tafla 875 mg + 125 mg tvisvar sinnum á dag. - Æskilegt er að gefa lyfið við upphaf máltíðar. **Skammtastærðir handa börnum:** Mixtúra 80/11,4 mg/ml (1 ml mixtúra = 80 mg amoxicillín): Dagsskammtur 25/3,6 mg/kg - 45/6,4 mg/kg. **Athugið:** Fullbúin mixtúra hefur 7 daga geymsluþol í ísskáp (2-8°C). Afgreiðslutilhögun R. Greiðslutilhögun 0. **Pakkningar og hámarksverð:** Mixtúruduft 80 mg + 11,4 mg/ml: 70 ml verð kr. 2465,-. Töflur 875 mg + 125 mg:12 stk. (þynnupakkað) verð kr. 2546,-. (19012001)

Siðareglur og sársauki



Bjarni Jónasson

bjarni.jonasson@gb.hgst.is

Siðareglur sjúklinga

- Reyndu ávallt að vera upplífgandi. Læknirinn þinn er mjög önnum kafinn, er stöðugt undir miklu álagi og þarfnast því allrar þeirrar góðvildar og stuðnings sem unnt er að veita.
- Reyndu að þjást af þeim sjúkdómi sem herjar á þig og gleymdu því ekki að orðspor læknisins er í húfi.
- Reyndu aldrei að spyrja lækninn hvað hann er að gera og hvers vegna. Það væri til of mikils mælst að hann útskýrði það fyrir þér á þann hátt að þú skildir hvað væri á seyði.
- Reyndu aldrei að ræða við nokkurn mann innan heilbrigðisþjónustunnar um það þegar þér þykir læknirinn hafa brotið á þér. Mundu að trúnaður þinn við lækninn er heilagur.
- Reyndu ekki að kvarta ef meðferðin sem þú færð bætir ekki heilsu þína. Treystu því að læknirinn hafi öðlast svo djúpa innsýn í eðli sjúkdómsins sem þú gengur með að bati er líklega ekki besta lausnin.
- Greiddu alla reikninga frá lækninum umyrðalaust og með glöðu geði. Þú ættir að líta á það sem forréttindi að geta á þann hátt stuðlað að velferð læknisins og fjölskyldu hans.

Fréttaflutningur

„Ég er með góðar fréttir," sagði læknirinn við sjúklinginn, „en ég er einnig með slæmar fréttir."

„Leyfðu mér fyrir alla muni að heyra góðu fréttirnar fyrst," sagði sjúklingurinn.

„Það verður sérstakur sjúkdómur nefndur eftir þér."

Sársaukinn yfirfærður

Hjónin voru mætt á fæðingardeildina og konan komin á tíma. Læknirinn greindi frá því að þeim stæði til boða að nota sérstakt tæki sem verið væri að gera tilraun með og gerði það að verkum að sársauki tengdur fæðingunni færðist frá móður yfir til föður. Hjónin ákváðu að slá til og prófa gripinn.

Þegar konan var komin í fæðingu stillti læknirinn tækið á 10% og greindi manninum frá því að nú færi hann líklega að finna fyrir meiri sársauka en hann hefði upplifað áður. Öllum viðstöddum til mikillar undrunar fann maðurinn ekkert til. Læknirinn jók styrkinn í tækinu hægt og rólega, en maðurinn kenndi sér ekki meins. Eiginmaðurinn bað meira að segja um að mesti styrkur yrði settur á tækið þannig að konan gæti eignast barnið sársaukalaust. Og það gekk eftir.

Konan hafði ákveðið að njóta sængurlegunnar heima og yfirgaf því fæðingardeildina ásamt manni sínum skömmu eftir að hún varð léttari. Þegar hjónin óku inn heimreiðina að húsi sínu sáu þau hvar bréfberinn lá dauður við útidyrnar.

Á veitingastað

Snæfinnur skurðlæknir ætlaði að gera sér dagamun og fór út að borða. Þjónninn gekk að borði hans og sagði:

„Ég er með kryddlegna lifur, froskalappir og soðna tungu."

„Það er nefnlega það," sagði læknirinn. „Ég er nú kominn hingað til að borða en ekki til að hlusta á þín vandamál."

Hreyfingarleysi á miðjum aldri

Halldór og Guðrún voru miðaldra hjón sem leituðu til Símonar heimilislæknis vegna þreytu og óyndis. Eftir að hafa heyrt í þeim hljóðið og skoðað þau bæði sagði læknirinn: „Það er ekkert að ykkur annað en hreyfingarleysi og leti. Það er best að þið takið ykkur tak og farið að hreyfa ykkur reglulega úti í guðsgrænni náttúrunni. Þið ættuð fljótlega að finna hve góð áhrif það hefur á ykkur."

Mánuði seinna kom Halldór aftur á stofuna til Símonar. „Ég fór að ráði þínu, keypti mér golfsett og hef ekki slegið slöku við frá því við hittumst um daginn, enda líður mér alveg stórkostlega."

„Það var ánægjulegt að heyra," sagði læknirinn. „En hvernig gengur Guðrúnu?"

„Æ, því miður hefur ekkert breyst hjá henni. Hún harðneitar að hreyfa sig."

„Það var leitt að heyra," sagði læknirinn. „Ætli sé ekki vænlegast að ég ræði aftur við hana?"

„Mikið yrði ég þér þakklátur fyrir það," sagði Halldór. „Það er náttúrulega mesta sóun að láta sláttuvélina sem ég keypti um daginn fyrir fimmtíu þúsund kall standa ónotaða í bílskúrnum."

Fleyg orð

Læknislistin snýst um að stytta sjúklingnum stundirnar meðan náttúran læknar sjúkdóminn.

– Voltaire


einu
sinni í
mánuði
Nú þarf hún aðeins að huga að getnaðarvörn
NuvaRing® (etinýlestradíól / etónógestrel) er byltingarkennd nýjung í getnaðarvörnum. Nú þurfa konur ekki lengur að huga að getnaðarvörninni á hverjum degi. NuvaRing® er auðveldur í notkun. Konan kemur hringnum sjálf fyrir og fjarlægir[1]. NuvaRing® veitir sama öryggi gegn þungun og samsettar getnaðarvarnar-pillur en inniheldur minna af hormónum[1]. Í klínískum rannsóknum voru flestar konur – 96% sem notuðu hringinn ánægðar eða mjög ánægðar með þessa aðferð til getnaðarvarna[2].
Organon
Heilsan skiptir máli
www.nuvaring.dk • www.nuvaring.com
Lyfjatexti á bls. 955
NUVARING®
(etinýlestradíól/etónógestrel)
Getnaðarvörn - einu sinni í mánuði
Sérlyfjaskrátexta og heimildaskrá er að finna á næstu síðu.

Læknadagar 2003

13. - 17. janúar

Símenntunarnámskeið fyrir alla lækna,
framhaldsmenntunarnámskeið
fyrir deildarlækna og aðra unglækna

Fræðslustofnun lækna

Framhalds-menntunarráð læknadeildar

Mánudagur og þriðjudagur í Hlíðasmára 8, Kópavogi
Miðvikudagur, fimmtudagur og föstudagur á Grand hóteli, Reykjavík

Skráning á Læknadaga er nauðsynleg og hefst 6. janúar
Þátttökugjald er kr. 2.000

Mánudagur 13. janúar í Hlíðasmára 8

Kl. 09:00-12:00 **Málþing: Mæði**
Fundarstjóri: Ragnhildur Bergþórsdóttir
09:00-09:30 **Skilgreiningar, mismunagreiningar, uppvinnsla**: Ólafur Baldursson
09:30-10:00 **Súrefnisgjöf og tækni, ábendingar fyrir notkun**: Guðrún Halldórsdóttir, deildarstjóri
10:00-10:30 **Kaffihlé**
10:30-12:00 **Sjúkratilfelli og umræður**: Óskar Einarsson
Blóðsegarek til lungna
Hjartabilun
Langvinn lungnateppa

Kl. 12:00-13:00 Hádegishlé

Kl. 13:00-16:00 Málþing: Offita
Fundarstjórar: Sigríður Björnsdóttir, Hulda María Einarsdóttir
13:00-13:20 **Almennt yfirlit, algengi, mikilvægi forvarna, comorbid sjúkdómar, hvenær á að grípa inn í:** Emil L. Sigurðsson
13:20-13:40 **Endurhæfing og atferlismeðferð**: Ludvig Guðmundsson
13:40-14:00 **Næringarráðgjöf við offitu**: Laufey Steingrímsdóttir
14:00-14:20 **Meðferð – þjálfun**: Guðlaugur Birgisson sjúkraþjálfari
14:20-14:50 **Kaffihlé**
14:50-15:10 **Skurðaðgerðir við offitu, ábendingar og frábendingar, kostir og gallar**: Hjörtur Gíslason
15:10-15:30 **Offita barna – meðferðarúrræði og ábendingar**: Ragnar Bjarnason
15:30-16:00 **Lyfjameðferð, sjaldgæfari orsakir offitu og framtíðarsýn í meðferð**: Gunnar Valtýsson

Þriðjudagur 14. janúar í Hlíðasmára 8

Kl. 09:00-12:00 Málþing: Lyfjaávísanir lækna og eftirlit með þeim
Fundarstjóri: Magnús Jóhannsson
09:00-09:05 **Inngangur unglæknis**: auglýst síðar
09:05-09:30 **Eftirlitshlutverk lyfjastofnunar**: Rannveig Gunnarsdóttir forstjóri Lyfjastofnunar
09:30-09:55 **„Óeðlilegar" lyfjaávísanir – hvað gerir lyfjafræðingurinn?:** Unnur Björgvinsdóttir, lyfjafræðingur
09:55-10:15 **Kaffihlé**
10:15-10:30 **Sjónarmið heimilislæknis**: Margrét Georgsdóttir
10:30-10:45 **Sjónarmið sjúkrahúslæknis**: auglýst síðar
10:45-11:00 **Sjónarmið vímuefnalæknis**: Einar Axelsson
11:00-11:25 **Umfram allt, skaðið ekki!**: Haukur Valdimarsson
11:25-12:00 **Pallborðsumræður**

Kl. 12:00-13:00 **Hádegishlé**

Kl. 13:00-16:00 **Málþing: Blóð- og prótínmiga frá ýmsum sjónarhornum**
Fundarstjóri: Ásgeir Thoroddsen
13:00-13:15 **Tilfelli – saga og skoðun**: Ólafur Skúli Indriðason
13:15-13:45 **Uppvinnsla lyflæknis**: Margrét Andrésdóttir
13:45-14:15 **Uppvinnsla skurðlæknis**: Eiríkur Jónsson
14:15-14:45 **Kaffihlé**
14:45-15:15 **Uppvinnsla fæðingarlæknis**: Þóra Steingrímsdóttir
15:15-15:45 **Tilfelli – greining og meðferð**: Ólafur Skúli Indriðason
15:45-16:00 **Umræður**

Miðvikudagur 15. janúar á Grand hóteli

Kl. 09:00-12:00 **Málþing: Bólusetningar**
Fundarstjórn: Sigurveig Þ. Sigurðardóttir
A. Til hvers og hvers ber að gæta?
09:00-09:20 **Af hverju þarf að bólusetja?** Katrín Davíðsdóttir
09:20-09:40 **Æskilegt ónæmissvar – hvað gegn hverju?** Ingileif Jónsdóttir
09:40-09:55 **Hvers ber að gæta? Er hægt að bæta endalaust við?** Sigurveig Þ. Sigurðardóttir
09:55-10:10 **Geta bólusetningar valdið sjúkdómum?** Þórólfur Guðnason
10:10-10:40 **Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning**
B. Nýjungar
10:40-11:25 **RSV – Vaccine Development – what is in the way?** Prof.dr. Jan L.L. Kimpen, chairman of pediatrics, Wilhelmina Children's Hospital, Utrecht
11:25-11:45 **RSV – íslenskar rannsóknir**: Sigurður Kristjánsson
11:45-12:00 **Hvað tekur við næst?**: Þórólfur Guðnason

Kl. 09:00-12:00 **Málþing um augnlækningar**
Fundarstjóri: Auglýst síðar
09:00-10:30 **Aldursbundin hrörnun í augnbotnum**: Einar Stefánsson, Guðmundur Viggósson, Haraldur Sigurðsson
Fjallað verður um nýjungar í meðferð, íslenskar faraldsfræði- og erfðarannsóknir og Sjónstöð Íslands. Einnig verður fjallað um hefðbundna sjúkdómsþætti, s.s. faraldsfræði, einkenni, meðferð og horfur
10:30-11:00 **Kaffihlé**
11:00-12:00 **Rautt auga**: Jóhannes Kári Kristinsson

Kl. 09:00-12:00 **Málþing: Hvernig halda áramótaheitin? Að styðja fólk til breytinga á lífsstíl**
Fundarstjóri: Pétur Heimisson
09:00-09:20 **Effect of smoking on health in Iceland**: Gunnar Sigurðsson
09:20-10:00 **Motivational interviewing: constructive consultations about lifestyle change and medication use. Introduction**: Dr. Stephen Rollnick heimilislæknir, klínískur sálfræðingur og lektor í heimilislækningum við Háskólann í Wales, Bretlandi
10:00-10:20 **Kaffi, lyfja- og áhaldasýning**
10:20-12:00 **Motivational interviewing: constructive consultations about lifestyle change and medication use. Small group discussions, demonstrations and video examples.** Dr. Stephen Rollnick

Kl. 09:00-12:00 **Húðvandamál – samræðufundir**
09:00-10:15 **Meðferð sára**
Málshefjendur: Guðmundur Már Stefánsson, Baldur Tumi Baldursson
10:15-10:45 **Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning**
10:45-12:00 **Húðsjúkdómar**
10:45-11:00 **Langerhans frumur: Hlutverk í ónæmissvörum húðar**: Friðrika Harðardóttir
11:00-11:20 **Langerhans frumur í klínísku samhengi**: Steingrímur Davíðsson
11:20-12.00 **Bráð húðsjúkdómavandamál – greining og meðferð**: Steingrímur Davíðsson
Hámarksfjöldi þátttakenda er 20. Sérskráning nauðsynleg.

Kl. 12:00-13:00 Hádegishlé

Hádegisverðarfundir
Úr sögu læknisfræðinnar: Um klíníska, myndræna og vitræna greiningu hugsunar: Sverrir Bergmann
Léttur málsverður er innifalinn. Hámarksfjöldi þátttakenda er 50. **Sérskráning er nauðsynleg.**

Power Point II: Rannveig Ásgeirsdóttir

Spirometria: Gunnar Guðmundsson
Léttur málsverður er innifalinn. Hámarksfjöldi þátttakenda er 12. **Sérskráning er nauðsynleg.**
Fundirnir eru styrktir af GlaxoSmithKline.

Kl. 13:00-16:00 Málþing: Heilaskaðar – dulin fötlun
Fundarstjóri: Gunnar K. Guðmundsson
13:00-13:25 **Faraldsfræði heilaskaða á Íslandi**: Guðrún Karlsdóttir
13:25-13:50 **Heilaskaði – fyrstu viðbrögð**: Garðar Guðmundsson
13:50-14:10 **Minni – áttun**: María Jónsdóttir, taugasálfræðingur
14:10-14:30 **Tal – samskipti**: Elísabet Arnardóttir, talmeinafræðingur
14:30-15:00 **Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning**
15:00-15:30 **Hegðunartruflanir**: Guðný Daníelsdóttir
15:30-16:00 **Félagsleg aðlögun við breyttar aðstæður**: Ólöf H. Bjarnadóttir

Kl. 13:00-15:00 Spekingar glíma
Tveir sérfræðingar takast á við erfitt sjúkratilfelli með aðstoð áheyrenda.
Glímt verður til þrautar.
Fundarstjóri: Kjartan Örvar
Glímumenn: Friðbjörn Sigurðsson og Nick Cariglia

Kl. 13:00-16:00 Málþing: „Hvert lystir yður leið að kanna?“
Fundarstjóri: Bjarni A. Agnarsson
13:00-13:30 **Vaginal vandræði**: Hvað skal gera? Ingibjörg Hilmarsdóttir
13:30-14:00 **Haemochromatosis á Íslandi**: Jón Jóhannes Jónsson
14:00-14:30 **Samskipti klíníska lækna og meinafræðinga**: Jón Gunnlaugur Jónasson
14:30-15:00 **Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning**
15:00-15:30 **Bólguvísar í blóði**: Ingunn Þorsteinsdóttir
15:30-16:00 **Krabbameinsvísar í blóði**: Ólöf Sigurðardóttir, Leifur Franzson

Fimmtudagur 16. janúar á Grand hóteli

Kl. 09:00-12:00 Málþing: Háþrýstingur – er eitthvað nýtt í greiningu og meðferð?
Fundarstjóri: Auglýst síðar
09:00-09:30 **Einföld ráð til að bæta öryggi í greiningu háþrýstings**: Rafn Benediktsson
09:30-10:15 **The role of self monitored and ambulatory blood pressure in clinical practice**: Dr. Paul L. Padfield
10:15-10:45 **Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning**
10:45-11:15 **Lyfjameðferð: skynsamlegt val lyfja byggt á rannsóknum**: Þorkell Guðbrandsson
11:15-12:00 **Primary aldosteronism, more common than we thought?**: Dr. Paul L. Padfield

Kl. 09:00-12:00 Málþing: Atvinnusjúkdómar
Fundarstjóri: Kristinn Tómasson
09:00-10:30 **Occupational diseases – the case of pulmonary disorders**: Joel N. Kline, M.D., Associate Professor, Faculty of Pulmonary, Critical Care and Occupational Medicine, University of Iowa Hospitals and Clinics
10:30-11:00 **Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning**
11:00-11:20 **Ofnæmi sem atvinnusjúkdómur**: Davíð Gíslason
11:20-11:40 **Húðsjúkdómar sem atvinnusjúkdómur**: Jón Hjaltalín Ólafsson
11:40-12:00 **Staða atvinnusjúkdóma á Íslandi og Evrópu**: Kristinn Tómasson

Kl. 09:00-12:00 **Blóð, sviti og tár – vinnubúðir**
Verkleg þjálfun í greiningu sjúklinga með blóðsjúkdóma
Hlíf Steingrímsdóttir, Vilhelmína Haraldsdóttir, Jóhanna Björnsdóttir
Hámarksfjöldi þátttakenda er 25. **Sérskráning er nauðsynleg.**
Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning

Kl. 10:30-12:00 **Restless legs syndrome – samræðufundur**
Fundarstjóri: Albert Páll Sigurðsson
Fyrirlesari: David Rey
Hámarksfjöldi þátttakenda er 30. **Sérskráning er nauðsynleg.**
Léttar veitingar í boði GlaxoSmithKline

Kl. 12:00-13:00 **Hádegishlé**

Hádegisverðarfundir
Frá grunnvísindum til sjúkrabeðs: Frumulíffræði æða og æðakölkun: Guðmundur Þorgeirsson
Léttur málsverður er innifalinn. Hámarksfjöldi þátttakenda er 50. **Sérskráning er nauðsynleg.**

Sjúkratilfelli af slysa- og bráðadeild: Jón Baldursson

Verkjameðferð: Bjarni Valtýsson
Léttur málsverður er innifalinn. Hámarksfjöldi þátttakenda er 12. **Sérskráning er nauðsynleg.**
Fundirnir eru styrktir af GlaxoSmithKline.

Kl. 13:00-16:00 **Augnskoðun/eyrnaskoðun – vinnubúðir**
Elínborg Guðmundsdóttir, Ingibjörg Hinriksdóttir
Hámarksfjöldi þátttakenda er 12. **Sérskráning er nauðsynleg.**
Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning

Kl. 13:00-16:00 **Málþing: Heilablóðföll**
Fundarstjóri: Haukur Hjaltason
13:00-13:50 **Acute stroke treatment**: Julien Bogousslavsky
13:50-14:30 **Heilavefsblæðingar**: Albert Páll Sigurðsson
14:30-15:00 **Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning**
15:00-15:30 **Heilaslög hjá börnum**: Ólafur Thorarensen
15:30-16:00 **Neurosyphilis og heilaslag**: Elías Ólafsson

Kl. 13:00-16:00 **Málþing: Þunglyndi (geðheilsa) og færni**
Fundarstjóri: Kristinn Tómasson
13:00-14:30 **Depression (mental health) home and work**: Stephen Stansfeld Chair of Psychiatry. Department of Psychiatry, Queen Mary University of London
14:30-15:00 **Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning**
15:00-15:30 **Þunglyndi (geðheilsa) heimili og skóli**: Ólafur Guðmundsson
15:30-16:00 **Þunglyndi (geðheilsa) og færni aldraða innan og utan heimilis**: Sigurður Páll Pálsson

Kl. 13:00-16:00 **Málþing: Ofnæmis- og ónæmisfræði á nýrri öld**
Fundarstjóri: Sigurður Kristjánsson
13:00-13:20 **Ofnæmi og asmi hja íslenskum börnum**: Mikael Clausen
13:20-13:40 **Ofnæmi og asmi hjá fullorðnum íslendingum**: Davíð Gíslason
13:40-14:00 **Meðferðarheldni í asma**: Gunnar Jónasson
14:00-14:20 **Umhverfisþættir og ónæmisviðbrögð**: Ásgeir Haraldsson
14:20-14:40 **Erfðir asma og ofnæmis**: Hákon Hákonarson
14:40-15:10 **Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning**
15:10-15:30 **Fæ ég asma? Hversu slæmur verður hann? Er hægt að spá fyrir um myndun asma og ofnæmis með erfðum?**: Unnur Steina Björnsdóttir
15:30-16:00 **Nýjungar í meðferð á asma og ofnæmi: anti-IgE**: Björn Árdal

Kl. 16:00-18:00 **The medical profession under stress – how do we keep doctors happy?**
Fundarstjórar: Sigurbjörn Sveinsson, Jóhann Ág. Sigurðsson
16:00-16:10 **Welcome – introduction**: Sigurbjörn Sveinsson

16:10-16:40 **Happy doctors – are they few and far between?** Magne Nylenna, General Practitioner, Secretary General of the Norwegian Medical Association
16:40-16:55 **Pharaohs and slaves? How organisational structure affects quality of physicians working life**: Ólafur Mixa
16:55-17:00 **Hlé**
17:00-17:15 **Prozac or Platon? Body technicians in search of lost meaning**: Linn Getz
17:15-17:30 **„You need to rule out cancer" – defensive medicine in an unforgiving world**: Sigurður Böðvarsson
17:30-17:45 **How do female doctors stay happy in Iceland?**: Ólöf Sigurðardóttir
17:45-18:00 **Seven steps to medical happiness**: Óttar Guðmundsson

Föstudagur 17. janúar á Grand hóteli

Kl. 08:00-12:20 Málþing: **Diagnosis and Treatment of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): Are stimulant medications over- or under prescribed? Perspectives from USA, Britain and Iceland**
Fundarstjóri: Gísli Baldursson
08:00-08:05 **Introduction**: Dagbjörg Sigurðardóttir
08:05-08:50 **Diagnosis of ADHD: what isn't ADHD though it looks remarkably like it...?** Peter Hill,
08:50-09:35 **The NIMH Multimodal Treatment Study for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (The MTA Study): analysis and main outcomes. Reports of the results of the NIMH Collaborative Multisite Multimodal Treatment Study of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder**: L. Eugene Arnold, M.Ed., M.D., Professor Emeritus of Psychiatry, Ohio State U.
09:35-10:05 **Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning**
10:05-10:50 **Perspectives from Great Britain: new recommendations from the National Institute for Clinical Excellence („NICE"). New guidance from the National Institute for Clinical Excellence (NICE) recommends the use of methylphenidate as part of a comprehensive treatment programme for children with severe attention deficit/hyperactivity disorder. The guidance suggests that thousands of children who do not currently receive the drug should be on treatment**: Professor Peter Hill, Department of Psychiatry, Great Ormond Street Hospital, London
10:50-11:35 **The NIMH Multimodal Treatment Study for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (The MTA Study): implications for clinical practice; which treatments for which patients?** L. Eugene Arnold
11:35-12:20 **Panel: Is ADHD over or under diagnosed?** With L. Eugene Arnold, Peter Hill, Jóhann Ágúst Sigurðsson and Bertrand Lauth

Kl. 08:30-12:00 Málþing: **Kvennaheilsa frá ýmsum hliðum**
A. Ofbeldi gegn konum eins og það birtist læknum.
Fundarstjóri: Guðbjörg Sigurgeirsdóttir
08:30-09:10 **How are we responsible on the field of sexualized violence?**: Gun Heimer
09:10-09:30 **Ofbeldi gegn konum; Norðurlandarannsókn meðal skjólstæðinga kvennadeilda**: Þóra Steingrímsdóttir
09:30-09:45 **Umræður**
09:45-10:15 **Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning**
B. Ný sjónarhorn á keisaraskurð, fæðingu og hormónameðferð á breytingaskeiði
Fundarstjóri: Hulda Hjartardóttir
10:15-10:55 **Caesarean section on maternal request**: Mike Robson
10:55-11:15 **Hæð móður og stærð fósturs: forspárgildi um gang fæðingar?** Sæmundur Guðmundsson
11:15-11:25 **Umræður**
11:25-12:00 **Hormónameðferð, ný sjónarmið?** Jens A. Guðmundsson

Kl. 09:00-12:00 Málþing: **Bláæðasegasjúkdómar**
Fundarstjórar: Gunnar Guðmundsson, Brynjar Viðarsson
09:00-09:10 **Inngangur**: Gunnar Guðmundsson
09:10-09:25 **Notkun myndgreiningar við greiningu lungnareks**: Brynjar Viðarsson

09:25-09:40 **Notkun blóðprófa við greiningu bláæðasega**: Páll Torfi Önundarson
09:40-10:00 **Chronic Pulmonary Thromboembolic Disease**: Eyþór Björnsson
10:00-10:30 **Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning**
10:30-11:15 **TBA**: Haraldur Bjarnason, frá Mayo Clinic, Rochester, Minnesota
11:15-11:45 **Skurðaðgerðir við bláæðasega**: Helgi H. Sigurðsson
11:45-12:00 **Umræður**
Málþingið er haldið í samvinnu Félags blóðlækna, Félags lungnalækna og Æðaskurðlæknafélags Íslands

Kl. 12:00-13:00 Hádegishlé

Hádegisverðarfundir
Tengsl kvíða og vefjagigtar: Cathrine Woodman
Léttur málsverður er innifalinn. Hámarksfjöldi þátttakenda er 50. **Sérskráning er nauðsynleg.**

Sykursýki barna: Árni Þórsson

Hagkvæm notkun sýklalyfja: Sigurður B. Þorsteinsson
Léttur málsverður er innifalinn. Hámarksfjöldi þátttakenda er 12. **Sérskráning er nauðsynleg.**
Fundirnir eru styrktir af GlaxoSmithKline.

Fræðslustofnun gefur einnig þátttakendum kost á léttum hádegisverði í veitingasal á kr. 250 gegn afhendingu „matarmiða".

Kl. 13:00-16:00 Málþing: Unglingalækningar
Fundarstjóri: Katrín Davíðsdóttir
13:00-13:45 **Unglingalækningar – hvað er það?**: Kristina Berg Kelly , barna- og unglingalæknir og dósent í barnalækningum í Gautaborg
13:45-14:15 **Hvenær verður barnið fullorðið?** Hróðmar Helgason
14:15-14:45 **Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning**
14:45-15:05 **Unglingamóttaka á Íslandi, hvernig gengur**: Guðrún Gunnarsdóttir
15:05-15:25 **Þunganir unglingsstúlkna**: Ósk Ingvarsdóttir
15:25-16:00 **Áhættuhegðun unglinga**: Kristina Berg Kelly
Málþingið er styrkt af **Astra Zeneca**

Kl. 13:00-16:00 Málþing: Fyrirbyggjandi læknisfræði og lýðheilsa – hlutverk lækna
Fundarstjóri: Runólfur Pálsson
13:00-13:50 **Prevention and treatment of fractures in the elderly**: Neil Binkley, MD Assistant Professor Department of Medicine, University of Wisconsin-Madison
13:50-14:20 **Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning**
14:20-14:40 **Fyrirbyggjandi læknisfræði frá sjónarhóli lyflæknis**: Ari Jóhannesson
14:40-15:00 **Heilsuvernd í heilsugæslu – nýjar áherslur**: Jóhann Ág. Sigurðsson
15:00-15:20 **Heilsuvernd og lýðheilsa**: Sigurður Guðmundsson
15:20-16:00 **Pallborðsumræður**

Kl. 13:00-16:00 Málþing: Meðferð á magakrabbameini 2003
Fundarstjóri: Friðbjörn Sigurðsson
13:00-13:15 **Faraldsfræði magakrabbameins**: Jónas Magnússon
13:15-13:30 **Skurðaðgerðir við magakrabbameini**: Hjörtur Gíslason
13:30-14:10 **Skiptir skurðaðgerð við magakrabbameini máli?** Erlendur fyrirlesari, auglýst síðar
14:10-14:50 **Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning**
14:50-15:30 **Aðjúvant meðferð við magakrabbameini**: Erlendur fyrirlesari, auglýst síðar
15:30-15:45 **Meðferð við óskurðtækum sjúkdómi**: Auglýst síðar
15:45-16:00 **Pallborðsumræður**

Kl. 16:00-17:00 Lokafyrirlestur: Lífið, læknisfræði og stjórnmál: Dagur B. Eggertsson

Kl. 17:00 Kokdillir
Í boði GlaxoSmithKline



Aprovel (Sanofi Pharma Bristol-Myers Squibb). **Töflur; C 09 C A 04 – R.B.** Hver tafla inniheldur: irbesartanum INN 150 mg eða 300 mg. **Ábendingar:** Háþrýstingur. **Skammtar og lyfjagjöf:** Venjulegur upphafs- og viðhaldsskammtur sem mælt er með er 150 mg einu sinni á dag, óháð máltíðum. Auka má skammtinn í 300 mg, þó skal geta 75 mg byrjunarskammt sjúklingum sem eru í blóðskilun og þeim sem eru eldri en 75 ára. Með þvagræsilyfi t.d. hýdróklórtíazíði auka Aprovels hefur samanlögð verkun beggja lyfja. Skert nýrnastarfsemi: Ekki er nauðsynlegt að breyta skömmtum hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. Skert blóðrúmmál: Leiðrétta skal blóðrúmmál og/eða natríumskort fyrir gjöf Aprovels. Skert lifrarstarfsemi: Ekki er nauðsynlegt að breyta skömmtum hjá sjúklingum með vægá eða skerðingu á meðallagi á lifrarstarfsemi. Engin klínísk reynsla er til notkun lyfsins hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi á alvarlegu stigi. Aldraðir sjúklingar: Ekki er að jafnaði nauðsynlegt að breyta skömmtum hjá öldruðum þótt mælt sé með 75 mg upphafsskammti. Börn: Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum lyfsins. Annar og þriðji þriðjungur meðgöngu. Brjóstagjöf. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Skert blóðrúmmál: Lágþrýstingur, sérstaklega eftir fyrsta skammt, getur komið fram hjá sjúklingum sem hafa skert blóðrúmmál og/eða natríumskort eftir öfluga þvagræsandi meðferð, saltsnautt fæði, niðurgang eða uppköst. Slíkt skal lagfæra áður en Aprovel er gefið. Nýrnaháþrýstingur: Lyfið á ekki að nota hjá sjúklingum með þrengsli í nýrnaslagæðum. Skert nýrnastarfsemi og nýrnaígræðsla: Mælt er með reglulegri mælingu kalíums og kreatíníngilda í sermi þegar Aprovel er notað hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. Há kalíumgildi í blóði: Meðferð lyfsins ásamt öðrum lyfjum sem hafa áhrif á renín-angíótensín-aldósterón kerfið geta valdið hækkun kalíums í blóði sérstaklega hjá þeim sem eru með skerta nýrnastarfsemi og/eða hjartabilun. Ráðlagt er að mæla kalíum í sermi hjá áhættuhópum. Gæta skal varúðar við notkun lyfsins hjá sjúklingum með: Ósæðar- og míturlokuþrengsli og hjartavöðvakvilla með útstreymishindrun (obstructive hypertrophic cardiomyopathy). Ekki á að nota lyfið hjá sjúklingum með Aldósterónheilkenni. **Milliverkanir:** Þvagræsilyf og önnur háþrýstilyf geta aukið blóðþrýstingslækkandi áhrif irbesartans. Samtímis notkun Aprovels og kalíumsparandi þvagræsilyfja, kalíumuppbótar, saltuppbótar sem inniheldur kalíum eða önnur blóðkalíum aukandi lyf (t.d. heparín) getur valdið aukningu á kalíum í blóði. Lítíum: Við samtímis gjöf lítíums og ACE-hemla hefur orðið vart hækkunar á lítíumgildum í sermi, því er mælt með að mæla lítíum í sermi reglulega við samtímis notkun þess og Aprovel. **Meðganga og brjóstagjöf:** sjá Frábendingar. Í varúðarskyni skal ekki nota irbesartan á fyrsta þriðjungi meðgöngu. Skipta skal yfir á aðra hentuga meðferð ef þungun er ráðgerð. Á öðrum og þriðja þriðjungi meðgöngu geta efni sem verka beint á renín-angíótensín kerfið valdið nýrnabilun hjá fóstri eða nýbura, minnkuðum vexti höfuðkúpu hjá fóstri og jafnvel fósturláti. Því skal ekki nota irbesartan á öðrum og þriðja þriðjungi meðgöngu.Verði kona þunguð á meðan á meðferðinni stendur á að hætta gjöf lyfsins svo fljótt sem auðið er og kanna nýrnastarfsemi og þroska höfuðkúpu fóstursins með ómskoðun ef meðhöndlað var í ógáti í langan tíma. Konur með barn á brjósti mega ekki nota lyfið. **Aukaverkanir:** Aukaverkanir eru sjaldgæfar. Vegna áhrifa lyfsins má búast við svima og stöðubundnum lágþrýstingi. Algengar (> 1 %):Stoðkerfi: Sköddun á stoðkerfi. Sjaldgæfar (0,1-1%): Húð: Andlitsroði. Eins og við notkun annarra angíótensín II viðtakablokka hafa örfá tilvik ofnæmis verið skráð (kláði, ofsakláði, ofsabjúgur), eftir markaðssetningu irbesartans. Örfá tilvik eftirtalinna einkenna hafa verið skráð eftir markaðssetningu irbesartans: Þróttleysi, niðurgangur, sundl, meltingartruflanir, höfuðverkur, hækkun kalíums í blóði, vöðvaverkir, ógleði, hraður hjartsláttur, röskun lifrarstarfsemi, þar með talin lifrarbólga og skert nýrnastarfsemi, þar með talin einstök tilvik nýrnabilunar hjá sjúklingum í áhættu . **Ofskömmtun:** Engar sérstakar upplýsingar eru fyrirliggjandi um meðferð Aprovel ofskömmtunar. Fylgjast skal náið með sjúklingi og veita stuðnings- og einkennameðferð. Mælt er með því að gefa uppsölulyf og/eða framkvæma magaskolun. Við meðferð gegn ofskömmtun getur verið gagnlegt að nota lyfjakol. Irbesartan skilst ekki út með blóðskilun. **Pakkningar/verð: 01.05.02.** Töflur 150 mg: 28 stk. (þynnupakkað) – 3.267 kr.; 98 stk. (þynnupakkað) – 9.406 kr. Töflur 300 mg: 28 stk. (þynnupakkað) – 4.193 kr.; 98 stk. (þynnupakkað) – 12.308 kr. **Umboðsaðili á Íslandi:** Thorarensen Lyf, Lynghálsi 13, 110 Reykjavík. Sími: 530-7100.

Heimildir: 1. Kessler-Taub K. et al. Am J Hypertens. 1998;11:445-453. 2. Mancia G. et al. Am J Hypertens. 2000;13 (part 2):1151A. 3. Oparil S. et al. Clin Ther.1998;20:398-409. 4. Larochelle P. et al. Am J Cardiol. 1997;80:1613-15. 5. Parving H. et al. N Engl J Med. 2001; 345:870-78. 6. Lewis E.J. et al. N Engl J Med. 2001;345:851-60. *(losartan, valsartan)

Marktækt

Með Aprovel hefur náðst marktækt meiri lækkun á blóðþrýstingi samanborið við aðra angiotensin II blokka.*[1-3]
Með stærri skammti aukast áhrifin, án aukningar á aukaverkunum.[4]

Að auki hafa tvær stórar rannsóknir (IDNT/IRMA 2) sýnt marktækt fram á verndandi áhrif Aprovel á nýrun hjá sjúklingum með háþrýsting, sykursýki af gerð II og hækkaðan albumínútskilnað í þvagi.[5,6]

Hafirðu enn ekki heyrt um Aprovel, er kominn tími til.

APROVEL®
(irbesartan)

THORARENSEN LYF
Lynghálsi 13 • 110 Reykjavík • Sími: 530 7100

sanofi~synthelabo

Ellefta ráðstefnan um rannsóknir í læknadeild, tannlæknadeild og lyfjafræðideild Háskóla Íslands

3. og 4. janúar 2003

Munið að skrá þátttöku og taka fram ef þátttökugjald er greitt af stofnun/fyrirtæki

Staðsetning: Ráðstefnan fer fram í Læknagarði, Vatnsmýrarvegi 16.

Þátttakendur: Þátttaka í dagskrá ráðstefnunnar miðast fyrst og fremst við kennara og starfsmenn deildanna en kennarar og starfsmenn annarra deilda Háskóla Íslands eru jafnframt velkomnir. Ennfremur er gert ráð fyrir þátttöku starfsmanna stofnana sem tengjast deildunum, kennslusjúkrahúsum landsins og öðrum kennslustofnunum deildanna. Aðilum sem vinna að rannsóknum í samvinnu við starfsmenn læknadeildar, lyfjafræðideildar og tannlæknadeildar er einnig boðin þátttaka.

Þátttökugjald: Kr. 3500 almennt gjald, kr. 1500 fyrir háskólanema. Ekki verður tekið við greiðslu með kortum. Greiði stofnun/deild þátttökugjald/-gjöld **fylgi skrifleg beiðni** til framkvæmdastjóra ráðstefnunnar.

Erindi og veggspjöld: Í frjálsum erindaflutningi fær flytjandi 10 mínútur sem skiptast þannig: sjö mínútur í kynningu og þrjár í umræðu. Tímamörkum verður nákvæmlega fylgt. Stærð veggspjalda er 90 cm (breidd) og 120 cm (hæð). Höfundar komi með veggspjöld tilbúin til uppsetningar. Auk frjálsra erinda verða gestafyrirlesarar boðnir til ráðstefnunnar.

Ágrip: Ágrip erinda og veggspjalda verða gefin út í Fylgiriti Læknablaðsins sem mun koma út fyrir ráðstefnuna. Auk þess mun dagskrá ráðstefnunnar birtast þar.

Tæknibúnaður: Boðið verður upp á tölvuskjávarpa (windows stýrikerfi) og skyggnuvél við flutning erinda.

Skráning: Hjá framkvæmdastjóra ráðstefnunnar Birnu Þórðardóttur, símar: 862 8031 / 552 1570 / 552 9075 (h); netfang: *birna@birna.is*. Þátttakendur er hvattir til **að skrá sig tímanlega**.

Vísindanefnd læknadeildar, tannlæknadeildar og lyfjafræðideildar

Elín Soffía Ólafsdóttir
Gísli Sigurðsson
Jórunn Erla Eyfjörð
Sigfús Þór Elíasson
Svandís Sigurðardóttir
Þór Eysteinsson

Við rúmstokkinn

Sjúkratilfellafundur Fræðslustofnunar lækna verður haldinn að Hótel Loftleiðum laugardaginn 7. desember næstkomandi frá kl. 10:00 til 11:30. Léttur morgunverður er frá kl. 9:30-10:00.

58 ára gömul kona með áreynslubundna verki og máttleysi í ganglimum og lækkað kalk í blóði

Kynning á sjúkratilfelli: Gunnar Tómasson unglæknir
Umræða um tilfelli: Ólafur Skúli Indriðason
Myndgreining: Verður tilkynnt síðar
Vefjameinafræði: Sigfús Þ. Nikulásson

Allir læknar og 4.-6. árs læknanemar eru hvattir til að mæta.

Fundurinn er í boði GlaxoSmithKline.

Fræðslustofnun lækna

Laus staða læknis

við Heilbrigðisstofnunina á Egilsstöðum

Staðan veitist frá 1. febrúar 2003 eða samkvæmt samkomulagi. Um er að ræða 100% stöðu, en hlutastarf kemur til greina.

Við stofnunina eru tvö starfssvið, heilsugæsla og sjúkradeild. Full mönnun gerir ráð fyrir fjórum stöðum lækna og skipta þeir með sér störfum á báðum sviðum, þar á meðal vöktum. Sérmenntun í heimilislækningum er æskileg, en sérfræðingar í öðrum sérgreinum eða þeir læknar aðrir sem vilja starfa við heilbrigðisþjónustu í dreifbýli eru eindregið hvattir til að sækja um starfið.

Heilbrigðisstofnunin er í góðu húsnæði, býður upp á góða vinnuaðstöðu og tækjakost, vaktbifreið og góð laun. Stofnunin útvegar lækninum húsnæði á mjög góðum kjörum.

Umsóknarfrestur er til 20. desember næstkomandi.

Nánari upplýsingar um starfið veita Pétur Heimisson yfirlæknir í vinnusíma 471 1400 eða heimasíma 471 2345, *petur@hsa.is*, Emil Sigurjónsson rekstrarstjóri í síma 895-2488 eða heimasíma 473 1478, *emils@hsa.is*

Heilbrigðisstofnun Austurlands
Egilsstöðum

1) Sjá lyfjaupplýsingar, samþykktar af Lyfjastofnun.

Vioxxakut
TAFLA; M 01 AH 02. *Hver tafla inniheldur:* Rofecoxib 25 mg eða 50 mg. **Ábendingar:** Meðferð við bráðum verkjum. Meðferð við verkjum sem stafa af tíðablæðingum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Lyfið er ætlað til inntöku og má taka inn með eða án fæðu. Vioxxakut ætti ekki að nota samhliða öðrum lyfjum sem innihalda sama virka efnið, þ.e. rófecoxíb. Lyfið skal aðeins nota á meðan á bráðum einkennum stendur. *Skammtastærðir handa fullorðnum: Bráðir verkir:* Ráðlagður upphafsskammtur er 50 mg einu sinni á dag. Eftir það skal gefa 25 mg eða 50 mg einu sinni á dag. Ráðlagður hámarksskammtur á dag er 50 mg. *Verkir vegna tíðablæðinga:* Ráðlagður skammtur er 25 mg eða 50 mg einu sinni á dag. Ráðlagður hámarksskammtur á dag er 50 mg. Lyfið gæti verið áhrifaríkast hjá sjúklingum með bráða verki á vægu til miðlungsalvarlegu stigi. Hjá sjúklingum með bráða verki á alvarlegu stigi hefur verið sýnt fram á að rófecoxíb dregur úr notkun kvalastillandi lyfja (narcotics), þó svo að það komi ekki í stað þeirra (sjá Lyfhrif). *Aldraðir:* Eins og á við um önnur lyf sem gefin eru öldruðum er skynsamlegt að nota minnsta ráðlagðan skammt. Gæta skal varúðar við meðferð aldraðra sjúklinga. (Sjá Varnaðarorð og varúðarreglur og Lyfjahvörf). *Skert nýrnastarfsemi:* Skammta þarf ekki að aðlaga hjá sjúklingum með kreatínínúthreinsun 30 – 80 ml/mín (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur og Lyfjahvörf). Lyfið er ekki ætlað sjúklingum með kreatínínúthreinsun <30 ml/mín (sjá Frábendingar). *Skert lifrarstarfsemi:* Sjá Frábendingar. *skammtastærðir handa börnum:* Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Sjúklingar sem hafa þekkt ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Sjúklingar með virkan sársjúkdóm í meltingarvegi eða blæðingu í meltingarvegi. Sjúklingar með truflun á lifrarstarfsemi. Sjúklingar með áætlaða kreatínínúthreinsun < 30 ml/mín. Sjúklingar sem hafa haft einkenni astma, bólgu í nefslímhúð, sepa í nefslímhúð, ofsabjúg (angioneurotic oedema) eða ofsakláða (urticaria) eftir inntöku acetýlsalicýlsýru eða annarra bólgueyðandi verkjalyfja (NSAID). Notkun á stóasta þriðjungi meðgöngu eða meðan á brjóstagjöf stendur (sjá Meðganga og brjóstagjöf). Sjúklingar með bólgusjúkdóm í þörmum (inflammatory bowel disease). Sjúklingar með langt gengna hjartabilun. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Prostaglandín í nýrum geta gegnt mikilvægu hlutverki í að viðhalda blóðflæði um nýru, þegar blóðflæðið er af einhverjum ástæðum minnkað. Rófecoxíb dregur úr myndun prostaglandína og getur með því minnkað blóðflæði um nýru enn meira og þannig valdið skerðingu á nýrnastarfsemi. Þeir sem eru í mestri hættu m.t.t. þessa eru sjúklingar sem hafa verulega skerta nýrnastarfsemi fyrir, sjúklingar sem hafa hjartabilun sem líkaminn hefur ekki náð að bæta upp, og sjúklingar með skorpulifur. Hafa skal eftirlit með nýrnastarfsemi slíkra sjúklinga. Gæta skal varúðar þegar meðferð er hafin hjá sjúklingum með verulegan vökvaskort. Ráðlegt er að bæta slíkan vökvaskort upp áður en meðferð með rófecoxíbi er hafin. Vökvasöfnun, bjúgur og hár blóðþrýstingur hafa komið fram hjá sjúklingum á rófecoxíb meðferð. Þessi einkenni virðast vera skammtatengd og sjást frekar við langvarandi notkun rófecoxíbs og við stærri meðferðarskammta. Þar sem meðferð með rófecoxíbi getur leitt til vökvasöfnunar skal gæta varúðar hjá sjúklingum sem hafa fengið hjartabilun, truflanir á starfsemi vinstri slegils eða háan blóðþrýsting og einnig hjá sjúklingum sem af einhverjum öðrum orsökum hafa bjúg fyrir. Minnstu ráðlögðu skammta rófecoxíbs ætti að nota hjá þessum sjúklingum (sjá Milliverkanir). Sértækir COX-2 hemlar koma ekki í stað acetýlsalicýlsýru við fyrirbyggjandi meðferð hjá hjarta- og æðasjúklingum þar sem það hefur engin áhrif á blóðflögur. Þar sem rófecoxíb telst til COX-2 hemla, kemur það ekki í veg fyrir kekkjun blóðflagna og skal ekki hætta blóðþynningarmeðferð. Íhuga skal slíka meðferð hjá sjúklingum sem hafa fengið, eða eiga á hættu að fá, blóðsega í hjarta eða annarsstaðar (sjá Lyfhrif). Gæta skal varúðar hjá sjúklingum með þorsógu um blóðþurrð í hjarta vegna þeirra lyfhrifa COX-2 hemla sem bent er á hér að framan. Gera skal viðeigandi ráðstafanir og íhuga að hætta rófecoxíb meðferð ef klínísk einkenni benda til að sjúkdómsástands þessara sjúklinga versni. Eftirlit skal haft með öldruðum og sjúklingum með truflanir á nýrna-, lifrar-, eða hjartastarfsemi, þegar þeir eru á rófecoxíbmeðferð (sjá Skammtar og lyfjagjöf og Frábendingar). Rófecoxíb getur dulið hækkaðan líkamshita. Notkun rófecoxíbs, sem og allra annarra lyfja sem hamla COX-2, er ekki ráðlögð hjá konum sem eru að reyna að verða þungaðar (sjá Meðganga og brjóstagjöf og Lyfhrif). *Sérstakrar varúðar skal gæta við langvarandi notkun rófecoxíbs við slitgigt:* Í klínískum rannsóknum fengu sumir sjúklinganna sem voru á rófecoxíbmeðferð rof, sár eða blæðingar í meltingarvegi. Sjúklingar sem áður höfðu fengið rof, sár eða blæðingar og sjúklingar sem voru eldri en 65 ára virtust vera í meiri hættu á að fá fyrrnefndar aukaverkanir. Við langvarandi meðferð með skömmtum yfir 25 mg á dag, eykst hættan á einkennum frá meltingarvegi óháð rofi, sáramyndun eða blæðingum (sjá Aukaverkanir). Hækkanir á ALAT og/eða ASAT (u.þ.b. þreföld eðlileg efri mörk, eða meira) hafa verið skráðar í klínískum rannsóknum á rófecoxíbi hjá u.þ.b. 1 % sjúklinga með slitgigt. Ef sjúklingur fær einkenni sem benda til truflana á lifrarstarfsemi, eða ef niðurstöður úr lifrarprófum eru óeðlilegar, skal athuga hvort endurtekin lifrarpróf séu óeðlileg. *Börn:* Rófecoxíb hefur ekki verið rannsakað hjá börnum og skal aðeins gefið fullorðnum. Magn laktósu í hverri töflu (79,34 mg í 25 mg töflunni og 158,68 mg í 50 mg töflunni) er líklega ekki nægilegt til þess að framkalla sértæk einkenni laktósaóþols. **Milliverkanir:** Milliverkanir í tengslum við lyfhrif: *Hja sjúklingum sem nað höfðu jafnvægi á langvarandi warfarin meðferð varð 8 % lenging á prótrombintíma (International Normalized Ratio) við daglega gjöf 25 mg af rófecoxíbi. Lenging á prótrombintíma hefur sést hjá sjúklingum sem töku rófecoxíb í klínískum skömmtum samhliða warfaríni, sem leiddi til þess að hlé var gert á warfarinmeðferðinni og í sumum tilvikum þurfti að hefja meðhöndlun til að minnka áhrif blóðþynningarinnar. Því skal hafa nákvæmt eftirlit með prótrombintíma hjá sjúklingum sem taka warfarin eða svipuð lyf sérstaklega á fyrstu dögunum eftir að rófecoxíb meðferð er hafin eða breyting er gerð á skammtastærð rófecoxíbs.*Hja sjúklingum með vægan eða miðlungsmikinn háþrýsting varð örlítil minnkun á blóðþrýstings-lækkandi áhrifum (meðalaukning á meðalþrýstingi í slagæðum (MAP) 2,8 mmHg) samhliða gjöf 25 mg af rófecoxíbi á dag og ACE-hemils (benazepríl, 10-40 mg á dag) (4 vikur, miðað við áhrifin af ACE-hemlinum eingöngu. Hvað varðar önnur lyf sem hamla cýklóoxýgenasa, þá getur gjöf ACE-hemils samhliða rófecoxíbi, hjá sumum sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi, leitt til enn meiri skerðingar á nýrnastarfsemi, sem þó gengur venjulega til baka. Þessar milliverkanir ber að hafa í huga þegar sjúklingar fá rófecoxíb samhliða ACE-hemlum. Notkun bólgueyðandi verkjalyfja samhliða rófecoxíbi gæti einnig dregið úr blóðþrýstingslækkandi verkun beta-blokka og þvagræsilyfja sem og annarra verkana þvagræsilyfja. Engar upplýsingar liggja fyrir um mögulegar milliverkanir rófecoxíbs og beta-blokka eða þvagræsilyfja. Við jafnvægi höfðu 50 mg af rófecoxíbi, einu sinni á dag, engin áhrif á verkun lítilla skammta af acetýlsalicýlsýru á blóðflögur. Forðast skal samhliða gjöf rófecoxíbs og stærri skammta af acetýlsalicýlsýru eða annarra bólgueyðandi verkjalyfja. Samhliða gjöf ciklósporíns eða takrólímus og bólgueyðandi verkjalyfja getur aukið eiturverkanir ciklósporíns eða takrólímus á nýru. Eftirlit skal haft með nýrnastarfsemi þegar rófecoxíb er gefið samhliða öðru hvoru þessara lyfja. *Áhrif rófecoxíbs á lyfjahvörf annarra lyfja:* Plasmaþéttni litíums getur aukist af völdum bólgueyðandi verkjalyfja. Aukning í plasmaþéttni litíums hefur verið skráð eftir markaðssetningu rófecoxíbs. Engin marktæk áhrif komu fram á plasmaþéttni metótrexats, mældu með AUC0-24 klst, hjá sjúklingum sem fengu 7,5 mg til 20 mg metótrexat einu sinni í viku vegna liðagigtar þegar 12,5 mg, 25 mg eða 50 mg af rófecoxíbi voru gefin. Þegar 75 mg af rófecoxíbi (þreföldur til sexfaldur ráðlagður skammtur fyrir slitgigt) voru gefin einu sinni á dag í 10 daga jókst plasmaþéttni metótrexats (AUC (0-24klst.)) um 23 % hjá sjúklingum með liðagigt sem fengu 7,5 mg til 15 mg af metótrexati á viku. Hafa ber í huga þörf fyrir viðeigandi eftirlit með eiturverkunum tengdum metótrexati þegar rófecoxíb er gefið samhliða metótrexati. Engar milliverkanir við digoxín hafa komið fram. Niðurstöður in vivo rannsókna á milliverkunum rófecoxíbs/warfaríns og rófecoxíbs/teófýllíns benda til þess að rófecoxíb valdi vægri hömlun á CYP1A2. Gæta skal varúðar þegar rófecoxíb er gefið samhliða öðrum lyfjum sem umbrotna fyrst og fremst fyrir tilstilli CYP1A2 (t.d. amitriptýlíni, tacríni og zileütoni). Þegar 12,5 mg, 25 mg og 50 mg af rófecoxíbi voru gefin einu sinni á dag í 7 daga jókst plasmaþéttni teófýllíns (AUC(0-•)) um 38 til 60 % hjá heilbrigðum einstaklingum sem fengu einn 300 mg skammt af teófýllíni. Íhuga skal að fylgjast með plasmaþéttni teófýllíns þegar meðferð er hafin með rófecoxíbi eða þegar henni er breytt hjá sjúklingum sem fá teófýllín. Tilhneiging rófecoxíbs til að hamla eða örva CYP3A4 virkni var rannsökuð hjá mönnum með mídazólam prófi og i.v erýtrómýcín öndunarprófi. Rófecoxíb (25 mg á dag í 12 daga) örvaði CYP3A4 hvött umbrot mídazólams, sem leiddi til 30 % minnkunar á AUC mídazólams. Þessi minnkun er að öllum líkindum vegna aukins umbrots í fyrstu umferð vegna virkjunar rófecoxíbs á CYP3A4 í meltingarvegi. Í samanburði við lyfleysu hafði rófecoxíb (75 mg á dag í 14 daga) engin marktæk áhrif á erýtrómýcín afmetýleringu, sem sýnir að það virkjar ekki CYP3A4 virkni í lifur. Þrátt fyrir að rófecoxíb örvi CYP3A4 virkni í meltingarvegi, er ekki talið að áhrifin á lyfjahvörf lyfja sem eru fyrst og fremst umbrotin fyrir tilstilli CYP3A4 séu það mikil að það hafi klíníska þýðingu. Engu að síður skal gæta varúðar þegar lyfjum sem umbrotna fyrir tilstilli CYP3A4 er ávísað samhliða rófecoxíbi. Í rannsóknum á milliverkunum lyfja, hafði rófecoxíb ekki klínískt mikilvæg áhrif á lyfjahvörf prednisóns/prednisólons eða getnaðarvarnartaflna (etinýlöstradíóls/noretíndróns 35/1).Samkvæmt niðurstöðum in vitro rannsókna er ekki gert ráð fyrir að rófecoxíb hamli cýtókróm P450 2C9, 2C19, 2D6 eða 2E1, þó að in vivo niðurstöður séu ekki fyrir hendi. Áhrif annarra lyfja á lyfjahvörf rófecoxíbs: *Meginumbrotsleið rófecoxíbs er afoxun yfir í cis- og trans-díhýdróróf ecoxíb (hýdroxýsýrur). Þegar öflugir cýtókróm P450 örvar eru ekki til staðar, eru CYP-hvött umbrot ekki meginumbrotsleið rófecoxíbs.* Engu að síður olli samhliða gjöf rófecoxíbs og rífampicíns, sem er öflugur CYP enzýmörvi, u.þ.b. 50 % lækkun á plasmaþéttni rófecoxíbs. Því skal íhuga að gefa stærsta skammt af rófecoxíbi sem ráðlagður er í hverju tilviki fyrir sig, þegar það er gefið samhliða lyfjum sem eru öflugir enzýmörvar umbrota í lifur. Gjöf ketókónazóls (öflugur CYP3A4 hemill) hafði ekki áhrif á lyfjahvörf rófecoxíbs í plasma. Címetidín og sýruhamlandi lyf hafa ekki klínískt marktæk áhrif á lyfjahvörf rófecoxíbs. **Aukaverkanir:** Eftirtaldar lyfjatengdar aukaverkanir voru skráðar í > 1 % tilvika, og af hærri tíðni en þegar um lyfleysu var að ræða, í klínískum rannsóknum hjá sjúklingum sem fengu 25 mg eða 50 mg af rófekoxíbi í 1 til 5 daga: Svimi, niðurgangur, aukin svitamyndun og meltingartruflanir. *Algengar (>1%):* Almennar: Bjúgur/vökvasöfnun, kviðverkir, svimi. *Blóð og eitlar:* Lækkun á blóðskilun (haematocrit). *Hjarta- og æðakerfi:* Hár blóðþrýstingur. *Meltingarfæri:* Brjóstsviði, óþægindi í efri hluta kviðar, niðurgangur, ógleði, meltingartruflanir. *Lifur og gall:* Hækkun á ALAT, hækkun á ASAT. *Taugakerfi:* Höfuðverkur. *Húð og undirhúð:* Kláði. Sjaldgæfar (0,1-1%): *Almennar/óskilgreind staðsetning:* Þreyta/máttleysi, uppþemba, brjóstverkir. *Blóð og eitlar:* Lækkun á hemóglóbíni, fækkun rauðra og hvítra blóðkorna. *Meltingarfæri:* Hægðatregða, sár í munni, uppköst, vindgangur, súrt bakflæði í vélinda. *Lifur og gall:* Aukning á alkalískum fosfatasa. Eyru og völundarhús: *Eyrnasuð. Efnaskipti og næring:* Þyngdaraukning. Stoðkerfi: Sinadráttur. *Taugakerfi:* Svefnleysi, svefnhöfgi, svimi (vertigo). Geðræn vandamál: Geðdeyfð, minnkuð andleg skerpa. Öndunarfæri: Andþyngsli. *Þvag- og kynfæri:* Aukning á þvagefni, aukning á kreatíníni, prótein í þvagi. *Húð og tengdir vefir:* Útbrot, atópískt exem. Mjög sjaldgæfar (<0,1%): *Meltingarfæri:* Sár í meltingarvegi, rof og blæðingar í meltingarvegi (aðallega hjá öldruðum sjúklingum), magabólgur.Koma örsjaldan fyrir: Almennar: Ofnæmisviðbrögð, þar á meðal ofsabjúgur (angioedema), ofsakláði (urticaria), bráðaofnæmi. Blóð og eitlar: Blóðflagnafæð. *Hjarta- og æðakerfi:* Hjartabilun. Augu: Oskýr sjón. *Taugakerfi:* Náladofi. *Geðræn vandamál:* Rugl, ofskynjanir. *Öndunarfæri:* Berkjukrampi.. *Þvag- og kynfæri:* Skert nýrnastarfsemi, þar á meðal nýrnabilun sem oftast gengur til baka þegar meðferð er stöðvuð (sjá Varnarorð og varúðarreglur). *Húð undirhúð:* Skallamyndun. **Einstök tilvik:***Hjarta- og æðakerfi:* Hjartadrep (ekki hefur verið sýnt fram á bein tengsl þar á milli). *Lifur og gall:* Eituráhrif á lifur þ.á m. lifrarbólga og gula. *Taugakerfi:* Heilahimnubólga (án sýkingar.) *Húð og undirhúð:* Aukaverkanir á húð og slímhúðir og alvarleg viðbrögð í húð þ.á m. Steven-Johnsons heilkenni. Í klínískum rannsóknum var um sambærilegar aukaverkanir að ræða hjá sjúklingum sem meðhöndlaðir voru í eitt ár eða lengur með rófecoxíbi. Eftirtaldar alvarlegar aukaverkanir hafa verið skráðar í tengslum við notkun bólgueyðandi verkjalyfja (NSAID) og ekki er hægt að útiloka þær í tengslum við töku rófecoxíbs: Eiturverkanir á nýru, þ.á m. millivefsnýrnabólga og nýrungaheilkenni og eiturverkanir á lifur, þ.á m. lifrarbilun. **Pakkningar og verð (apríl, 2002):** Töflur 25 mg: 5 stk.1277 10 stk. 2411 Töflur 50 mg: 5 stk.1277 10 stk.2411 **Afgreiðslutilhögun:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþátttaka:** 0. **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

NÝTT
VIOXX*AKUT*®
sem meðferð við
bráðum verkjum.
Ráðlagður
upphafsskammtur
50mg 1x á dag.



Öflugt. Fljótvirkt[1]. 24 klst. verkjastilling.

EIN Á DAG
VIOXX® AKUT
(RÓFECOXÍB, MSD)

MERCK SHARP & DOHME
Umboðsaðili á Íslandi: Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík

Heimasíður og netföng

Læknafélag Íslands: **www.icemed.is**
Formaður LÍ: **sigurbjorn.sveinsson@mjodd.hr.is/ form@icemed.is**
Formaður LR: **oskare@landspitali.is**
Formaður FÍH: **thorbk@vortex.is**
Formaður FUL: **thorira@hotmail.com**
Félag íslenskra barnalækna: **www.barnalaeknar.is**
Félag íslenskra landsbyggðarlækna: **www.icemed.is/felog_laekna/fill.htm**
Félag sérfræðinga í meltingarsjúkdómum: **www.gastro.is**
FÍLÍB: **p.matthiasson@iop.kcl.ac.uk**
FÍLÍN: **www.vefur.is/filin • pjul@haukeland.no**
FÍLÍS: **www.filis.nu**
Thorarinn.Gudnason@hjl.gu.se
Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið: **www.stjr.is/htr**
Landlæknisembættið: **www.landlaeknir.is**
Tryggingastofnun ríkisins: **www.tr.is**
Lyfjaeftirlit ríkisins: **www.ler.is**
Lyfjastofnun: **www.lyfjastofnun.is**
Nordiska hälsovårdshögskolan: **www.nhv.se**
Klínísk eðlisfræði, æðarannsóknir: **www.hi.is/~lpa**
Krabbameinsfélag Íslands: **www.krabb.is**
Landspítali: **www.landspitali.is**
Barnaspítali Hringsins: **www.landspítali.is/hringur**
HNE-deildin: **www.hi.is/~hne**
Orðabanki Íslenskrar málstöðvar: **www.ismal.hi.is/ob**
Ráðstefnur á netinu: **www.docguide.com**
Golfklúbbur lækna: **www.come.to/doctorgolf**
Medscape – vefrit um læknisfræði: **www.medscape.com**
Norsk upplýsingasíða fyrir lækna: **www.legeforeningen.no**
Ugeskrift for læger: **www.dadl.dk**
Tidskrift for Den norske lægeforening: **www.tidsskriftet.no**
tidsskriftet@legeforeningen.no
Läkartidningen: **www.ronden.se/lt**
redaktionen@lakartidningen.se
World Organization of Family Doctors: **www.GlobalFamilyDoctor.com**

Hef flutt

læknastofu mína í Læknastöðina, Álfheimum 74, sími 535 6800.

Ársæll Kristjánsson
sérgrein: þvagfæraskurðlækningar

Einingaverð og fleira

Heilsugæslueining	**frá 1. ágúst 2000**	42
Sérfræðieining fyrir klíníska greinar sem sömdu 1998	**frá 1. janúar 2002**	194

Heimilislæknasamningur

A liður 1	frá 1. janúar 2001	221.743
A liður 2	frá 1. janúar 2001	194.021
B liður	frá 1. júlí 2002	334.685
E liður 1-6	frá 1. júlí 2002	255
E liður 7	frá 1. júlí 2001	510

Skólaskoðun í framhaldsskólum
Miðað við fyrri forsendur 222

Kílómetragjald frá 1. júní 2002

Almennt gjald	53,00
Sérstakt gjald (utan malbiks +15%)	61,52

Dagpeningar frá 1. júní 2002
Innanlands

Gisting og fæði í einn sólarhring	14.500
Gisting eina nótt	9.300
Fæði í heilan dag, minnst 10 klst.	5.200
Fæði í hálfan dag, minnst 6 klst.	2.600

Dagpeningar frá 1. júní 2002
Erlendis

	Gisting	Annað	SDR Alls
Bretland og Rússland	133	94	227
New York og Washington DC	139	82	221
Asía, Afríka, S-Ameríka	136	110	246
Annars staðar	100	94	194

Félag íslenskra gigtlækna

Vísindastyrkir

Vísindasjóður Félags íslenskra gigtlækna auglýsir til umsóknar allt að þrjá rannsóknastyrki. Heildarupphæð er kr. 1.000.000.

Umsóknarfrestur er til 4. janúar 2003. Umsóknareyðublöð og nánari upplýsingar fást hjá Birni Guðbjörnssyni, formanni sjóðsins, á Rannsóknastofu í gigtsjúkdómum, Landspítala Hringbraut, í síma: 543 6865, *bjorngu@landspitali.is*

Tilvitnun:
1. Dahlöf B, devereux RB, Kjedlsen et al. cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study(LIFE):
A randomised trial against atanolol. Lancet 2002;359:995-1003

Cozaar
MSD
TÖFLUR; C 09 C A 01
Virkt innihaldsefni: Losartanum INN, kalíumsalt, 12,5 mg, 50 mg eða 100 mg.
Ábendingar: Háþrýstingur. Hjartabilun þegar meðferð með ACE hemlum er ekki lengur talin henta. Ekki er mælt með að skipta yfir í meðferð með Cozaar ef hjartasjúklingar eru í jafnvægi á ACE hemlum.
Skammtar og lyfjagjöf:
Skammtastærðir handa fullorðnum:
Háþrýstingur: Venjulegur upphafs- og viðhaldsskammtur fyrir flesta sjúklinga er 50 mg einu sinni á dag. Hámarksblóðþrýstingslækkandi áhrif lyfsins nást 3-6 vikum eftir að meðferð er hafin. Hjá sumum sjúklingum næst aukinn árangur með því að auka skammtinn í 100 mg einu sinni á dag. Hjá sjúklingum með minnkað blóðrúmmál (t.d. þeim sem fá stóra skammta af þvagræsilyfjum) skal íhuga að hafa upphafsskammtinn 25 mg einu sinni á dag (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur). Ekki er þörf á að breyta upphafsskammti aldraðra sjúklinga eða sjúklinga með skerta nýrnastarfsemi, þ.m.t. sjúklinga sem fá kvið- eða blóðskilun, en gefa sjúklingum með sögu um skerta lifrarstarfsemi lægri upphafsskammt (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur). Lyfið má gefa með öðrum háþrýstingslyfjum.
Hjartabilun: Upphafsskammtur lyfsins hjá sjúklingum með hjartabilun er 12,5 mg einu sinni á dag. Skammtinn ætti að auka vikulega (t.d. 12,5 mg á dag, 25 mg á dag, 50 mg á dag) upp í hinn venjulega viðhaldsskammt sem er 50 mg einu sinni á dag, háð þoli sjúklingsins. Losartan er venjulega gefið samhliða þvagræsilyfjum og dígitalis. ***Skammtastærðir handa börnum:*** Lyfið er ekki ætlað börnum. Lyfið má gefa með eða án matar. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Ofnæmi. Ofsabjúgur (sjá Aukaverkanir). *Lágþrýstingur og truflun á jóna- og vökvajafnvægi:* Hjá sjúklingum með minnkað blóðrúmmál (þ.e. þeir sem meðhöndlaðir eru með stórum skömmtum af þvagræsilyfjum) geta einkenni um lágþrýsting komið fyrir. Þennan vökvaskort á að leiðrétta fyrir gjöf lyfsins eða nota lægri upphafsskammt af því (sjá Skammtastærðir handa fullorðnum). *Skert lifrarstarfsemi:* Þar sem marktækt hærri blóðþéttni lósartans hefur komið fram í hjá sjúklingum með skorpulifur, skal íhuga að gefa sjúklingum sem hafa haft skerta lifrarstarfsemi minni skammta af lósartani (sjá Skammtar og Lyfjahvörf). Skert nýrnastarfsemi: Sem afleiðing af hömlun renín-angíótensín kerfisins, hafa breytingar á nýrnastarfsemi, þ.m.t. nýrnabilun, sést hjá næmum einstaklingum; þessar breytingar á nýrnastarfsemi geta gengið til baka ef meðferð er hætt. Önnur lyf sem hafa áhrif á renín-angíótensín kerfið geta aukið þvagefni og kreatínín í sermi hjá sjúklingum með þrengsli í báðum nýrnaslagæðum eða hafa eitt nýra og þrengsli í nýrnaslagæðinni til þess. Svipuð áhrif hafa sést hjá losartani; þessar breytingar á nýrnastarfsemi geta gengið til baka, ef meðferð er hætt. **Milliverkanir:** Ekki þekktar. **Meðganga og brjóstagjöf:** Cozaar á ekki að nota á meðgöngu og kona með barn á brjósti á ekki að nota Cozaar. **Aukaverkanir:** Lyfið þolist almennt vel. Almennt hafa aukaverkanir verið vægar og tímabundnar og hafa ekki orðið til þess að hætta hafi þurft meðferð. Heildartíðni aukaverkana sem sést hafa eftir notkun lyfsins hafa verið sambærilegar við lyfleysu. Í klínískum samanburðarrannsóknum á háþrýstingi var svimi eina aukaverkunin sem skráð var sem lyfjatengd aukaverkun, sem hafði hærri tíðni en þegar lyfleysa var notuð, hjá ≥ 1% sjúklinga sem fengu lósartan. Auk þess hafa skammtaháð áhrif á stöðutengdan blóðþrýsting komið fram hjá < 1% sjúklinga. Útbrot áttu sér stað í sjaldgæfum tilvikum, en tíðni þeirra í klínískum samanburðarrannsóknum var lægri en þegar lyfleysa var gefin. Í þessum tvíblindu klínísku samanburðarrannsóknum á háþrýstingi, komu eftirfarandi aukaverkanir fram í tengslum við gjöf lyfsins hjá ≥ 1% sjúklinga, án tillits til annarra lyfja. Tíðni þessara aukaverkana var yfirleitt svipuð og þegar lyfleysa var notuð. *Almennar:* Kviðverkir, mátthleysi/þreyta, brjóstverkur, bjúgur/þroti. *Hjarta- og æðakerfi:* Hjartsláttarónot, hraðtaktur. *Meltingarfæri:* Niðurgangur, meltingartruflanir, ógleði. *Stoðkerfi:* Bakverkir, vöðvakrampar. *Taugakerfi/geðræn einkenni:* Svimi, höfuðverkur, svefnleysi. *Öndunarfæri:* Hósti, nefstífla, hálsbólga, kvillar í ennis- og kinnholum (sinus disorder), sýking í efri loftvegum. Lyfið hefur almennt verið vel þolað í klínískum rannsóknum á hjartabilun. Aukaverkanir voru þær sem við var að búast hjá þessum sjúklingahópi. Algengustu aukaverkanirnar tengdar töku lyfsins voru svimi og lágþrýstingur. Eftirfarandi aukaverkanir hafa einnig sést eftir almenna notkun lyfsins: *Ofnæmi:* Bráðaofnæmi, ofsabjúgur þ.á m. þroti í barkakýli og raddböndum sem lokar öndunarveginum og/eða þroti í andliti, vörum, koki og/eða tungu, hafa í sjaldgæfum tilvikum sést hjá sjúklingum á lósartan meðferð. Sumir þessarra sjúklinga hafa áður fengið ofsabjúg af völdum annarra lyfja, þ.á m. ACE hemla. Æðabólga hefur sjaldan sést, þar með talið purpuralíki sem svipar bæði til purpuralíkis Henochs og Schönleins, með kviðverkjum, maga- og garnablæðingum, liðverkjum og nýrnabólgu. *Meltingarfæri:* Lifrarbólga (sjaldgæf), truflanir á lifrarstarfsemi. *Blóð:* Blóðleysi. *Stoðkerfi:* Vöðvaverkir. *Taugakerfi/geðræn einkenni:* Mígreni. *Öndunarfæri:* Hósti. *Húð:* Ofsakláði, kláði. *Breytingar á blóðgildum:* Í klínískum samanburðarrannsóknum á háþrýstingi komu klínískt mikilvægar breytingar í sjaldgæfum tilvikum fram á stöðluðum rannsóknagildum í tengslum gjöf lósartans. Hækkað kalíum (í blóði (>5,5 mmól/l (ca 1,5%)); væg hækkun á lifrarensímum kom sjaldan fyrir, og gekk venjulega til baka ef meðferð var hætt. **Afgreiðsla:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþátttaka:** B. **Pakkningar og verð (apríl, 2002): Töflur 12,5 mg:** 28 stk 2459 kr. **Töflur 50 mg:** 28 stk. 3825 kr; 98 stk. 11160 kr. **Upphafspakkning 12,5 mg og 50 mg:** 35 stk. 3825 kr. **Töflur 100 mg:** 28 stk. 5790 kr; 98 stk. 17176 kr. **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

Uppbygging LIFE rannsóknarinnar:
Framsækin, fjölstöðva, tvíblind, samanburðarannsókn, þar sem sjúklingar með háþrýsting (höfðu verið í meðferð eða ekki) og stækkaðan vinstri slegil metið út frá EKG voru slembivalin í tvo hópa og fengu lósartan eða atenólól í minnst 4 ár. Meginmarkmið: Að bera saman langtíma verkun af lasartani og atanólóli m.t.t. áfalla og dauða (dauða af völdum hjarta- eða æðasjúkdóma, hjarta- eða heilaáföll). Pátttakendur voru 9193 menn og konur á aldrinum 55 - 80 ára.

FOSAMAX 70 mg
MSD
IS/1/01/007/01
TÖFLUR; M 05 B A 04
Hver tafla inniheldur: Acidum alendronatum 70 mg. Töflurnar innihalda laktósu. **Ábendingar:** Meðferð á beinþynningu eftir tíðahvörf. Fosamax dregur úr hættu á samfalli hryggjarliða og mjaðmarbrotum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Ráðlagður skammtur er ein 70 mg tafla einu sinni í viku. *Eftirfarandi atriði eru mikilvæg til þess að frásog alendrónats verði fullnægjandi:* Fosamax verður að taka á fastandi maga að morgni, a.m.k. hálfri klukkustund áður en önnur lyf eru tekin og fæðu eða drykkjar er neytt. Lyfið skal tekið inn með vatni. Aðrir drykkir (þ.á m. sódavatn), fæða og önnur lyf geta dregið úr frásogi alendrónats (sjá Milliverkanir). Sjúklingar ættu að fá kalk og D-vítamín ef ekki er nægjanlegt magn af því í fæðunni (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur). *Notkun hjá öldruðum:* Í klínískum rannsóknum hafði aldur hvorki áhrif á verkun alendrónats né öryggi notkunar þess. Því er ekki þörf á aðlögun skammta hjá öldruðum. *Skert nýrnastarfsemi:* Aðlögun skammta er ekki nauðsynleg hjá sjúklingum með gauklasíunarhraða (GFR: Glomerular filtration rate) meiri en 35 ml/mín. Alendrónat er ekki ráðlagt fyrir sjúklinga með meiri skerðingu á nýrnastarfsemi (GFR < 35 ml/mín) þar sem nægileg reynsla er ekki fyrir hendi. *Notkun hjá börnum:* Alendrónat hefur ekki verið rannsakað m.t.t. notkunar fyrir börn og á því ekki að gefa börnum lyfið. Notkun Fosamax 70 mg taflna hefur ekki verið rannsökuð m.t.t. meðferðar við beinþynningu af völdum sykurhrífandi barkstera. **Frábendingar** : Óeðlilegt vélinda, eða annað sem seinkar tæmingu vélindans, s.s. þrengsli (strictura) eða vélindakrampi (achalasia), sjúklingar sem ekki geta setið eða staðið upprétt í a.m.k. 30 mínútur, ofnæmi fyrir alendrónati eða einhverjum hjálparefnanna, of lágt kalkgildi í blóði, Sjá einnig Varnaðarorð og varúðarreglur. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Alendrónat getur valdið staðbundinni ertingu í slímhúð í efri hluta vélindans. Þar sem sá möguleiki er fyrir hendi að undirliggjandi sjúkdómur versni, skal gæta varúðar þegar alendrónat er gefið sjúklingum með virka sjúkdóma í efri hluta meltingarvegar, svo sem kyngingarörðugleika, sjúkdóma í vélinda, eða bólgusjúkdóm eða sár í maga eða skeifugörn. Ennfremur þeim sem hafa nýlega (á síðastliðnu ári) haft sjúkdóma í meltingarvegi svo sem sár eða blæðingu og þeim sem gengist hafa undir skurðaðgerð á efri hluta meltingarvegar, að undanskilinni magaportslögun (pyloroplasty) (sjá Frábendingar). Aukaverkanir á vélinda (sem geta verið svo alvarlegar að sjúkrahúsinnlögn er nauðsynleg) s.s. vélindabólga, vélindasár og fleiður í vélinda sem í sjaldgæfum tilvikum hafa leitt til þrengingar í vélinda, hafa verið skráðar hjá sjúklingum í meðferð með alendrónati. Læknar ættu því að vera á verði gagnvart einkennum sem benda til áhrifa á vélinda og benda skal sjúklingunum á að hætta að taka inn alendrónat og leita til læknis ef þeir verða varir við kyngingarörðugleika, verki við kyngingu, verk undir bringubeini eða brjóstsviða sem fer versnandi eða hefur ekki verið til staðar áður. Hættan á alvarlegum aukaverkunum í vélinda virðist vera meiri hjá sjúklingum sem ekki taka alendrónat inn á réttan hátt og/eða halda áfram að taka inn alendrónat eftir að einkenni koma fram sem benda til ertingar í vélinda. Það er mjög mikilvægt að sjúklingar fái fullnægjandi leiðbeiningar um það hvernig beri að taka lyfið inn og að þeir skilji þær til hlítar (sjá Skammtar og lyfjagjöf). Upplýsa skal sjúklinga um að sé leiðbeiningunum ekki fylgt geti það aukið hættu á vandamálum í vélinda. Prátt fyrir að ekki hafi komið fram aukin áhætta í víðtækum klínískum rannsóknum, hafa maga- og skeifugarnarsár í sjaldgæfum tilvikum verið skráð, við almenna notkun lyfsins, sum alvarleg og með fylgikvillum. Orsakasamband hefur samt ekki verið útilokað. Sjúklingar skulu fá leiðbeiningar um hvað þeim beri að gera gleymi þeir að taka skammt af Fosamax, en þeir skulu taka töflu strax morguninn eftir að þeir muna eftir því. Ekki skal taka tvær töflur sama daginn, en halda skal áfram að taka eina töflu einu sinni í viku á þeim degi sem upphaflega var valinn. Alendrónat er ekki ráðlagt fyrir sjúklinga með skerta nýrnastarfsemi þegar GFR er minna en 35 ml/mín (sjá Skammtar og lyfjagjöf). Íhuga skal aðrar orsakir beinþynningar en östrógenskort og aldur. Leiðrétta þarf lágt kalkgildi í blóði áður en meðferð með alendrónati er hafin (sjá Frábendingar). Aðrar truflanir á efnaskiptum (svo sem D-vítamínskort) þarf einnig að meðhöndla á árangursríkan hátt. Þar sem alendrónat tekur þátt í að auka steinefni í beinum, getur minniháttar lækkun í styrk kalks og fosfats í sermi komið fram, sérstaklega hjá sjúklingum sem fá sykurhrífandi barkstera (glucocorticoids), en þeir eiga á hættu að kalkfrásog minnki. Mikilvægt er því að tryggja að sjúklingar sem taka sykurstera fái nægjanlegt kalk og D-vítamín. **Milliverkanir:** Mjög líklegt er að matur og drykkur (þ.á m. sódavatn), kalk, sýrubindandi lyf og önnur lyf dragi úr frásogi alendrónats séu þau tekin inn samtímis því. Því eiga sjúklingar að láta a.m.k. hálfa klukkustund líða frá því að þeir taka inn alendrónat, þar til þeir taka inn önnur lyf (sjá Skammtar og lyfjagjöf og Lyfjahvörf). Ekki er búist við neinum öðrum milliverkunum sem hafa klíníska þýðingu. Sumir sjúklinganna í klínísku rannsóknum fengu östrógenmeðferð (í leggöng, um húð eða til inntöku) á meðan þeir voru á alendrónat meðferð. Engar aukaverkanir komu fram í tengslum við þessa samhliða meðferð. Þó að ekki hafi verið gerðar sérstakar rannsóknir á milliverkunum var alendrónat notað samhliða fjölda annarra algengra lyfja í klínískum rannsóknum, án nokkurra klínískra einkenna um aukaverkanir. **Meðganga og brjóstagjöf:** Fullnægjandi upplýsingar um notkun alendrónats á meðgöngu liggja ekki fyrir. Rannsóknir á dýrum benda ekki til beinna skaðlegra áhrifa m.t.t. meðgöngu, fósturþroska eða þroska eftir fæðingu. Þegar alendrónat var gefið rottum á meðgöngu olli það erfiðleikum við got í tengslum við lágt kalkgildi í blóði. Af þessum orsökum ætti ekki að nota alendrónat á meðgöngu. Ekki er vitað hvort alendrónat skilst út í brjóstamjólk. Því ættu konur með börn á brjósti ekki að nota alendrónat. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Engin áhrif á aksturshæfni eða hæfni til að stjórna vélbúnaði hafa komið fram. **Aukaverkanir: Algengar (>1%):** *Meltingarfæri:* Kviðverkir, meltingartruflanir, hægðatregða, niðurgangur, vindgangur, vélindasár*, blóð í hægðum (melaena), kyngingarörðugleikar*, uppþemba, súrt bakflæði, ógleði. *Stoðkerfi:* Verkir í stoðkerfi (beinum, vöðvum, liðum). *Taugakerfi:* Höfuðverkur. **Sjaldgæfar (0,1-1%):** *Almennar:* Útbrot, roði. *Meltingarfæri:* Ógleði, uppköst, bólga í magaslímhúð, bólga í vélindaslímhúð*, fleiður í vélinda*. **Mjög sjaldgæfar (<1%):** *Almennar:* Ofnæmisviðbrögð, þ.á m. ofsakláði og ofsabjúgur. Útbrot ásamt ljósnæmi. *Meltingarfæri:* Þrengslamyndun í vélinda*, sár í munnkoki*, rof, sár eða blæðingar í efri hluta meltingarvegar, en ekki er hægt að útiloka að um orsakasamband sé að ræða. *Sérhæfð skilningarvit:* Æðahjúpsbólga (uveitis). * Sjá Varnaðarorð og varúðarreglur og Skammtar og lyfjagjöf. *Niðurstöður blóðrannsókna:* Í klínískum rannsóknum kom fram tímabundin, væg, einkennalaus lækkun á kalsíum- og fosfatgildum í blóði hjá u.þ.b. 18% og 10% sjúklinga í meðferð með 10 mg/dag af alendrónati, en hjá u.þ.b. 12% og 3% þeirra sem fengu lyfleysu. Prátt fyrir það var tíðni kalsíumlækkunar í < 8,0 mg/dl (2,0 mmól/l) og fosfatlækkunar í 2,0 mg/dl (0,65 mmól/l) svipuð hjá báðum hópunum. **Ofskömmtun:** Of lágt kalsíumgildi í blóði, of lágt fosfatgildi í blóði og aukaverkanir í efri hluta meltingarvegar, s.s. magaópægindi, brjóstsviði, bólga í slímhúð í vélinda, bólga í magaslímhúð eða sár geta hlotist af inntöku of stórra skammta. Engar sértækar upplýsingar eru fyrir hendi um meðferð vegna ofskömmtunar alendrónats. Gefa skal mjólk eða sýrubindandi lyf til þess að binda alendrónat. Vegna hættu á ertingu í vélinda skal ekki framkalla uppköst og sjúklingurinn ætti að sitja eða standa upprétt. **Pakkningar og verð (nóvember, 2002):** 4 stk. 5179 kr; 12 stk. 13328 kr. Afgreiðslutilhögun: Lyfseðilsskylda. Greiðsluþátttaka: E. Handhafi markaðsleyfis: Merck Sharp & Dohme, B.V., Haarlem, Holland. Umboðsaðili á Íslandi: Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

Nexium SÝRUHJÚPTÖFLUR, A 02 BC 05 (Styttur sérlyfjaskrártexti og heimildaskrá)

Innihaldslýsing: *Hver sýruhjúptafla inniheldur:* Esomeprazolum INN, magnesíum þríhýdrat samsvarandi Esomeprazolum INN 20 eða 40 mg. **Ábendingar:** *Sjúkdómar af völdum bakflæðis frá maga í vélinda (gastroesophageal reflux disease):* Meðferð á ætandi bólgu í vélinda af völdum bakflæðis, langtímameðferð til þess að koma í veg fyrir að læknuð bólga í vélinda taki sig upp að nýju, meðferð á einkennum sjúkdóma af völdum bakflæðis frá maga í vélinda. *Til upprættingar á Helicobacter pylori ásamt viðeigandi sýklalyfjameðferð:* Til að lækna Helicobacter Pylori tengt skeifugarnarsár og koma í veg fyrir endurtekinn sársjúkdóm í meltingarvegi hjá sjúklingum með Helicobacter Pylori tengd sár. **Skammtar og lyfjagjöf:** Töflurnar á að gleypa heilar ásamt vökva og þær má hvorki tyggja né mylja. *Sjúkdómar af völdum bakflæðis frá maga í vélinda (gastroesophageal reflux disease): Meðferð á ætandi bólgu í vélinda af völdum bakflæðis:* 40 mg einu sinni á sólarhring í 4 vikur. Fjögurra vikna meðferð til viðbótar er ráðlögð handa þeim sjúklingum sem ekki hafa fengið lækningu eða er einkenni eru enn til staðar. Langtímameðferð til að koma í veg fyrir að læknuð bólga í vélinda taki sig upp að nýju: 20 mg einu sinni á sólarhring. *Meðferð á einkennum vegna bakflæðis frá maga í vélinda:* 20 mg einu sinni á sólarhring handa sjúklingum sem ekki eru með bólgu í vélinda. Ef einkenni hafa ekki horfið innan 4 vikna, skal sjúklingur gangast undir frekari rannsóknir. Eftir að einkenni hafa horfið, má halda þeim niðri með því að taka 20 mg einu sinni á sólarhring eftir þörfum. *Ásamt viðeigandi sýklalyfjameðferð til upprætingar á Helicobacter pylori og til að lækna Helicobacter pylori tengt skeifugarnarsár og koma í veg fyrir endurtekinn sársjúkdóm í meltingarvegi hjá sjúklingum með Helicobacter pylori tengd sár:* 20 mg ásamt amoxicillini 1 g og klaritromycini 500 mg eru gefin samtímis tvisvar sinnum á sólarhring í 7 daga. *Börn: Nexium er ekki ætlað börnum. Skert nýrnastarfsemi:* Hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi er ekki nauðsynlegt að breyta skömmtum. *Vegna takmarkaðrar reynslu hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi, skal gæta varúðar við meðferð þeirra. Skert lifrarstarfsemi:* Hjá sjúklingum með vægt til miðlungs alvarlega skerta lifrarstarfsemi er ekki nauðsynlegt að breyta skömmtum. Sjúklingum með alvarlega skerta lifrarstarfsemi ætti ekki að gefa meira en 20 mg hámarksskammt af Nexium. *Aldraðir:* Hjá öldruðum er ekki nauðsynlegt að breyta skömmtum. **Frábendingar:** Þekkt ofnæmi fyrir esómeprazóli, benzímidazólsamböndum eða öðrum innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur við notkun lyfsins:** Útiloka skal illkynja sjúkdóm, þar sem meðferð með Nexium getur dregið úr einkennum og seinkað sjúkdómsgreiningu. Sjúklingar á langtímameðferð (sérstaklega ef meðferð varir lengur en eitt ár) skulu vera undir reglulegu eftirliti. Sjúklingum sem nota lyfið eftir þörfum skal leiðbeina um að hafa samband við lækninn sinn ef eðli einkenna breytast. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** *Áhrif esómeprazóls á lyfjahvörf annarra lyfja:* Minna sýrumagn í maga við meðferð með esómeprazóli getur aukið eða minnkað frásog lyfja, ef frásog þeirra er háð sýrustigi magans. Eins og á við um önnur lyf sem hamla sýruseytingu eða sýrubindandi lyf, getur frásog ketókónazóls minnkað meðan á meðferð með esómeprazóli stendur. Esómeprazól hamlar CYP2C19, sem er aðalumbrotsensím esómeprazóls. Þegar esómeprazól er gefið samtímis lyfjum sem umbrotna fyrir tilstilli CYP2C19, eins og díazepam, citalópram, imipramín, klómipramín, fenýtóín o.s.frv., getur það valdið aukinni plasmaþéttni þessara lyfja þannig að minnka þurfi skammta. Þetta skal hafa í huga, sérstaklega þegar esómeprazóli er ávísað til notkunar eftir þörfum. Samtímis gjöf á 30 mg af esómeprazóli olli 45% lækkun á klerans díazepams, sem er CYP2C19 hvarfefni. Við samtímis gjöf á 40 mg af esómeprazóli jókst lægsta plasmaþéttni fenýtóíns um 13% hjá flogaveikum sjúklingum. Ráðlagt er að fylgjast með plasmaþéttni fenýtóíns þegar meðferð með esómeprazóli hefst eða henni er hætt. Hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum olli gjöf á 40 mg af esómeprazóli samtímis gjöf á cisapríði því að flatarmál undir plasmaþéttni-tíma ferli (AUC) jókst um 32% fyrir cisapríð og útskilnaðarhelmingunartími (t1/2) lengdist um 31%, en engin marktæk hækkun varð á hámarksþéttni cisapríðs. Örlítil lenging á QTc bili, sem kom í ljós eftir gjöf á cisapríði einu sér, lengdist ekki frekar þegar cisapríð var gefið ásamt esómeprazóli. Sýnt hefur verið fram á að esómeprazól hefur ekki klínísk marktæk áhrif á lyfjahvörf amoxicillíns, kínidíns eða warfaríns. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engar upplýsingar liggja fyrir um notkun esómeprazóls á meðgöngu. Gæta skal varúðar þegar lyfið er gefið þunguðum konum. Ekki er vitað hvort esómeprazól berst í brjóstamjólk og ættu konur með barn á brjósti ekki að nota Nexium. **Aukaverkanir:** ***Algengar (> 1%):*** Höfuðverkur, kviðverkir, niðurgangur, vindgangur, ógleði/uppköst, hægðatregða. ***Sjaldgæfar (0,1-1%):*** Svimi, munnþurrkur, húðbólgur (dermatitis), kláði, ofsakláði. **Lyfhrif:** Esómeprazól er S-handhverfa ómeprazóls og dregur úr seytingu magasýru og er verkunarháttur mjög sértækur. Það hemlar sértækt sýrupumpuna í parietal frumum magans. Bæði R- og S- handhverfur ómeprazóls hafa svipuð lyfhrif. **Lyfjahvörf:** *Frásog og dreifing:* Esómeprazól er ekki sýrustöðugt og þess vegna er það gefið til inntöku sem sýruhjúpkyrni. Umbreyting í R-handhverfu er óveruleg in-vivo. Esómeprazól frásogast hratt, hámarksþéttni í plasma næst um 1-2 klst. eftir inntöku. Aðgengi er 64%. Dreifirúmmál við stöðuga þéttni er um 0,22 l/kg líkamsþunga. Esómeprazól er 97% próteinbundið í plasma. Fæðuneysla bæði seinkar og dregur úr frásogi esómeprazóls en hefur engin marktæk áhrif á verkun esómeprazóls á sýrustig magans. **Pakkningar og hámarksverð:** Hámarksmagn sem ávísa má með lyfseðli er sem svarar 30 daga skammti: *20 mg: 7 töflur í veski:* 1.679 kr., *28 töflur í veski:* 5.294 kr., *50 töflur, þynnupakkaðar:* 8.591 kr., *56 töflur í veski:* 9.574 kr., *100 töflur, glas:* 15.835 kr. 40 mg: *7 töflur í veski:* 2.191 kr., *28 töflur í veski:* 6.676 kr., *50 töflur þynnupakkaðar:* 11.057 kr., *100 töflur í glasi:* 20.509 kr. **Afgreiðslutilhögun:** ***Lyfið er lyfseðilskylt.*** **Greiðsluþátttaka: E.** September 2002.

Heimildaskrá *1.* Junghard O, Hassan-Alin M, Hasselgren G; The effect of AUC and Cmax of esomeprazole on acid secretion and intragastric pH; Gastroenterology 2000; 118:A17. *2.* Åbelö A, Andersson T, Antonsson M, Naudot AK, Skånberg I, Weidolf L. Stereoselective metabolism of omeprazole by human CYT P450 enzymes. Drug Metab Dispos 2000; 28:966-972. *3.* Lind T, Rydberg L, Kylebäck A, Jonsson A, Andersson T, Hasselgren G et al. Esomeprazole provides improved acid control vs omeprazole in patients with symptoms of gastro-esophageal reflux disease. Aliment Pharmacol Ther 2000;14:861-67. *4.* Wilder-Smith C, Röhss K, Lundin C, Rydholm H. Esomeprazole 40 mg provides more effective acid control than pantoprazole 40 mg. Gastroenterology 2000; 118:A22. *5.* Röhss K, Claar-Nilsson, Rydholm H, Nyman L. Esomeprazole 40 mg provides more effective acid control than lanzoprazole 30 mg. Gastroenterology 2000; 118:A20. *6.* Richter JE, kahrilas PJ, Hwang C, Marino V, Hamelin B. Esomeprazole is superior to omeprazole for helaing of erosive esophagitis in GERD patients. Gastroenterology 2000; 118:A20. *7.* Kahrilas PJ, Falk G, Johnson DA, Schmitt C, Collins DW, Whipple J et al. Esomeprazole improves healing and symptom resoloution as compared with omeprazole in reflux esophagitis patients: a randomized controlled trial. Aliment Pharmacol Ther 2000;14:1249-58. *8.* Johnson DA, Benjamin SB, Whipple J, D'Amico D, Hamelin B. Efficacy and safety of esomeprazole as maintenance therapy in GERD patients with healed erosive esophagitis. Gastroenterology 2000; 118:A17.

Markaðsleyfishafi: *AstraZeneca, A/S Albertslund, Danmark.* **Umboð á Íslandi:** *PharmaNor hf., Hörgatúni 2, Garðabæ.* **Nánari upplýsingar er að finna í Sérlyfjaskrá**

NuvaRing, leggangahringur, G03AA. Samsetning: Hver skeiðarhringur inniheldur 11,7 mg af etónógestreli og og 2,7 mg af etinýlestradíóli. **Ábending:** Getnaðarvörn. Öryggi og verkun hefur verið staðfest hjá konum á aldrinum 18 til 40 ára. **Skammtar og lyfjagjöf:** Konan getur sjálf komið hringnum fyrir í leggöngum. Þegar hringnum hefur verið komið fyrir skal hann hafður í leggöngum samfellt í 3 vikur. NuvaRing á að fjarlægja eftir 3 vikna notkun á sama vikudegi og ísetning hringsins fór fram. Eftir vikulangt hlé er nýr hringur settur í leggöng. Í 3 vikur losna daglega að meðaltali 0,120 mg af etónógestreli og 0,015 mg af etinýlestradíóli úr hringnum. **Frábendingar:** Segamyndun eða saga um segamyndun í blæðæum með eða án lungnablóðreks. Segamyndun eða saga um segamyndun í slagæðum eða fyrirboði um segamyndun. Þekkt tilhneiging til segamyndunar í blæðæum eða slagæðum með eða án erfðaþátta. Sykursýki með fylgikvillum í æðum. Alvarlegir áhættuþættir, einn eða fleiri, fyrir segamyndun í blæðæum eða slagæðum. Alvarlegur lifrarsjúkdómur eða saga um slíkt hafi niðurstöður úr lifrarprófum ekki orðið eðlilegar aftur. Lifraræxli (góðkynja eða illkynja) eða saga um slíkt. Illkynja hormónaháð æxli í kynfærum eða brjóstum eða grunur um slíkt. Blæðingar frá leggöngum af óþekktum orsökum. Ofnæmi fyrir virku efnunum eða einhverju hjálparefna NuvaRing. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Ef eitthvert eftirtalins ástands/áhættuþátta er fyrir hendi skal meta kosti notkunar NuvaRing gegn hugsanlegri áhættu í hverju tilviki fyrir sig. *Æðasjúkdómar:* Notkun samsettra getnaðarvarnataflna hefur verið tengd aukinni hættu á segamyndun í blæðæum (segamyndun í djúpum blæðæum og lungnablóðreki) og segamyndun í slagæðum og tengdum fylgikvillum. Aðrir sjúkdómar sem hafa verið tengdir æðasjúkdómum eru sykursýki, rauðir úlfar, blóðlýsuþvageitrunarheilkenni (hemolytic uraemic syndrome), langvinnur bólgusjúkdómur í þörmum (t.d. Crohns sjúkdómur eða sáraristilbólga). Aukin tíðni mígrenikasta svo og ef þau verða verri getur verið fyrirboði heilablóðfalls. *Æxli:* Aukinni hættu er á krabbameini í leghálsi hjá konum við langtímanotkun samsettra getnaðarvarnataflna og örlítið aukin hætta á greiningu brjóstakrabbameins. Einstaka sinnum hefur verið greint frá góðkynja lifraræxlum og enn sjaldnar illkynja lifraræxlum hjá þeim sem nota samsettar getnaðarvarnatöflur. *Aðrir sjúkdómar:* Konur með hátt þríglýseríð í blóði eða fjölskyldusögu um slíkt geta verið í aukinni hættu á að fá brisbólgu þegar þær nota hormónagetnaðarvörn. Þótt greint hafa verið frá lítils háttar blóðþrýstingshækkun hjá mörgum konum, sem nota hormónagetnaðarvörn, hefur ekki verið sýnt fram á samhengi milli notkunar hormónagetnaðarvarnar og háþrýstings sem hefur klíníska þýðingu. Bráðar eða langvinnar truflanir á lifrarstarfsemi geta gert það að verkum að nauðsynlegt reyndist að hætta notkun NuvaRing þar til lifrargildin eru komin í eðlilegt horf. Fylgjast þarf vel með sykursýkissjúklingum meðan á notkun NuvaRing stendur, einkum á fyrstu mánuðum notkunar. Versnun á Crohns sjúkdómi og sáraristilbólgu hefur sést í tengslum við notkun hormónagetnaðarvarna. Þungunarfrekna (chloasma gravidarum) hefur stöku sinnum orðið vart, einkum hjá konum með sögu um slíkt á meðgöngu. Legsig, blöðrusig og/eða endaþarmssig, alvarleg eða langvinn hægðategða geta gert notkun NuvaRing erfiða eða ómögulega. **Milliverkanir:** Lyf sem hvetja frymisagnarensím (microsomal enzymes) geta leitt til aukinnar úthreinsunar kynhormóna (t.d. fenýtóín, fenóbarbital, prímidón, karbamazepín, rífampicín og hugsanlega einnig oxkarbazepín, tópíramat, felbamat, ritónavír, gríseófúlvín og vörur sem innihalda Jóhannesarjurt). Dregið getur úr hringrás östrógens um lifur og þarma þegar ákveðin sýklalyf eru gefin samtímis og getur það leitt til lækkunar á þéttni etinýlestradíóls (t.d. penicillín, tetracýklín). Milliverkanir hormónagetnaðarvarnalyfja og annarra lyfja geta leitt til milliblæðinga og/eða að getnaðarvörn bregðist. Meðganga og brjóstagjöf: NuvaRing á ekki að nota á meðgöngu. **Aukaverkanir:** *Algengar:* Þrymlabólur, höfuðverkur og mígreni, geðlægð, tilfinningalegt ójafnvægi, minnkuð kynhvöt, kviðverkir, ógleði, þyngdaraukning, kviðverkir (tengdir kynfærum), verkur í brjóstum, aukaverkanir tengdar lyfjaforminu, tíðaþrautir, útferð, óþægindi í leggöngum og leggangaþroti. Kynfæri karla: Aukaverkanir tengdar lyfjaforminu (t.d. óþægindi við samfarir). **Ofskömmtun:** Ekki hefur verið greint frá alvarlegum skaðlegum verkunum við ofskömmtun hormónagetnaðarvarna. Einkenni sem geta komið fram í þeim tilvikum eru ógleði, uppköst og smávægilegar blæðingar frá leggöngum hjá ungum stúlkum. **Útlit:** NuvaRing er sveigjanlegur, gegnsær hringur, 54 mm í þvermál og með 4 mm þversniði. **Pakkningar og verð:** 1. nóv. 2002, 1 hringur: 1.916 kr, 3 hringir: 4.644 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskylt. **Greiðslufyrirkomulag:** Ekki greitt af TR. Sérlyfjaskrártextinn er verulega styttur. Texta í fullri lengd er hægt að nálgast á heimasíðu Lyfjastofnunar eða hjá PharmaNor hf, Hörgatúni 2, 212 Garðabæ. Umboð á Íslandi: PharmaNor hf • Hörgatúni 2 • 212 Garðabæ • Sími 535 7000 • Fax: 535 7188 • Tölvupóstfang: organon@pharmanor.is

Heimildir:

1. Timmer CJ, Mulders TMT. Pharmacokinetics of Etonogestrel and Ethinylestradiol Released from a Combined Contraceptive Vaginal Ring. Clin. Pharmacokinet 2000;39:233-242.
2. Roumen FJME, Apter D, Mulders TMT, Dieben TOM. Efficacy, tolerability and acceptability of a novel contraceptive vaginal ring releasing etonogestrel and ethinyl estradiol. Hum. Reprod. 2001;16:469-475.

Optinate Septimum - Aventis

Optinate Septimum 35 mg filmuhúðaðar töflur. **Virk innihaldsefni og styrkleikar** Ein filmuhúðuð tafla inniheldur 35 mg af rísedrónatríum sem er jafngilt 32,5 mg af rísedrónsýru. **Ábendingar** Meðferð á beinþynningu eftir tíðahvörf til að draga úr hættu á brotum í hrygg. Meðferð á beinþynningu eftir tíðahvörf, sem hefur verið staðfest, til að draga úr hættu á mjaðmarbrotum. Til varnar beinþynningu eftir tíðahvörf hjá konum með aukna hættu á beinþynningu. **Skammtar og lyfjagjöf** Ráðlagður skammtur hjá fullorðnum er ein 35 mg tafla til inntöku vikulega. Taka á töfluna alltaf á sama vikudegi. Fæða hefur áhrif á frásog rísedrónats og til að tryggja nægilegt frásog eiga sjúklingar því að taka Optinate Septimum 35 mg annað hvort: a.m.k. 30 mínútum fyrir fyrstu máltíð eða drykk (annars en drykkjarvatns) dagsins EÐA 2 klst. fyrir eða eftir að matar hefur verið neytt á öðrum tímum sólarhringsins og a.m.k. 30 mínútum áður en gengið er til náða. Ef skammtur gleymist á að ráðleggja sjúklingum að taka eina Optinate Septimum 35 mg töflu sama dag og munað er eftir því. Síðan eiga sjúklingar að halda áfram að taka lyfið vikulega á sama vikudegi og venjulega. Ekki á að taka tvær töflur sama dag. Töflurnar verður að gleypa í heilu lagi og má hvorki sjúga þær né tyggja. Við töku Optinate Septimum 35 mg á að vera í uppréttri stöðu og taka töfluna með glasi af drykkjarvatni (120 ml) til að auðvelda henni að komast niður í maga. Sjúklingar eiga ekki að leggjast útaf fyrr en í fyrsta lagi 30 mínútum eftir töku töflunnar. Íhuga skal töku kalsíums og D-vítamíns til viðbótar ef ekki er nóg af þeim efnum í fæðunni. *Börn:* Öryggi og verkun rísedrónats hjá börnum og unglingum hefur ekki verið staðfest. **Frábendingar** Þekkt ofnæmi fyrir rísedrónati eða einhverju hjálparefnanna. Blóðkalsíumlækkun. Meðganga og brjóstagjöf. Alvarlega skert nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun <30 ml/mín.). **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun** Verkun bífosfónata við meðferð beinþynningar eftir tíðahvörf tengist lágri steinefnaþéttni í beinum (bone mineral density (BMD T-stig í mjöðm eða lendarhrygg ≤-2,5 SD) og/eða tíðum beinbrotum. Hár aldur eða klínískir áhættuþættir á beinbrotum einir sér eru ekki næg ástæða til að hefja meðferð við beinþynningu með bífosfónötum. Upplýsingar sem styðja verkun bífosfónata þar á meðal rísedrónats hjá háölduðum konum (>80 ára) eru takmarkaðar. Sum bífosfónöt hafa verið tengd vélindisbólgu og sármyndun í vélinda. Sjúklingar eiga því að fylgja skammtaleiðbeiningum. Gæta á sérstakrar varúðar við notkun rísedrónats hjá sjúklingum með sögu um vandamál í vélinda sem seinka gegnumferð eða tæmingu vélinda, t.d. þrengsli eða vélindislokakrampi, eða geta ekki verið í uppréttri stöðu í a.m.k. 30 mínútur eftir að þeir hafa tekið töfluna inn, þar sem takmörkuð klínísk reynsla liggur fyrir um þessa sjúklinga. Þeir sem ávísa lyfinu eiga að brýna fyrir þessum sjúklingum mikilvægi þess að fara eftir skammtaleiðbeiningum. Meðhöndla á blóðkalsíumlækkun áður en meðferð með Optinate Septimum 35 mg hefst. Meðhöndla á aðrar truflanir á efnaskiptum beina og steinefna (t.d. kalkkirtilstruflun, D-vítamínskort) um leið og meðferð með Optinate Septimum 35 mg hefst. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir** Engar formlegar rannsóknir á milliverkunum hafa verið gerðar. Hins vegar sáust engar klínískt mikilvægar milliverkanir við önnur lyf í klínískum rannsóknum. Í rísedrónat fasa III rannsóknum á daglegum skömmtum við beinþynningu var greint frá notkun asetýlsalisýlsýru hjá 33% sjúklinga eða notkun bólgueyðandi gigtarlyfja (NSAID) hjá 45% sjúklinga. Í fasa III rannsóknunni á vikulegum skömmtum var greint frá notkun asetýlsalisýlsýru hjá 57% sjúklinga eða notkun bólgueyðandi gigtarlyfja hjá 40% sjúklinga. Ef þörf er á má nota rísedrónat samhliða uppbótarmeðferð með östrógeni. Matur, drykkir (aðrir en drykkjarvatn) og lyf sem innihalda fjölgilda katjónir (svo sem kalsíum, magnesíum, járn og ál) geta hindrað frásog rísedrónats og ætti ekki að taka samhliða. Optinate Septimum 35 mg á því annað hvort að taka a.m.k. 30 mínútum fyrir fyrstu máltíð eða drykk dagsins eða a.m.k. tveimur klukkustundum fyrir eða eftir máltíð eða drykk á öðrum tímum dagsins. Rísedrónat umbrotnar ekki í líkamanum, örvar ekki cýtókróm P450 ensím og er lítið próteinbundið. **Meðganga og brjóstagjöf** Barnshafandi konur og konur með barn á brjósti mega ekki nota rísedrónat. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla** Engin áhrif á hæfni til aksturs eða notkunar véla hafa komið fram. **Aukaverkanir** Í tvíblindri fjölsetra rannsókn sem stóð í 1 ár, þar sem borin voru saman Optinate 5 mg daglega og Optinate Septimum 35 mg vikulega hjá konum með beinþynningu eftir tíðahvörf, kom fram sambærilegt öryggi og þol. Í níu fasa III rannsóknum á beinþynningu, sem stóðu yfir í allt að 3 ár, kom sambærilegt öryggi og þol fram eftir Optinate 5 mg og lyfleysu. Flestar aukaverkanir sem komu fram í klínískum rannsóknum voru vægar eða í meðallagi miklar. Yfirleitt þurfti ekki að hætta meðferðinni vegna þeirra. *Algengar aukaverkanir* (>1/100, <1/10): Verkir, meltingartruflun, ógleði, kviðverkir, hægðatregða, niðurgangur, maga- og garnaraskanir, vöðva- og beinverkir, höfuðverkur. *Sjaldgæfar aukaverkanir* (>1/1.000): Vélindisbólga, sár í vélinda. Sjaldan var greint frá lithimnubólgu í klínískum rannsóknum. *Rannsóknaniðurstöður:* Snemmkomin, tímabundin, einkennalaus og lítils háttar lækkun á gildum kalsíums og fosfats í sermi hefur sést hjá nokkrum sjúklingum. Greint hefur verið frá óeðlilegum niðurstöðum úr prófum á lifrarstarfsemi, en það er sjaldgæft. **Pakkningarstærðir og hámarksverð** (október 2002): Töflur 35 mg: 4 stk. (5.471 kr.), Töflur 35 mg: 12 stk. (14.436 kr.) **Afgreiðslutilhögun** Lyfið er lyfseðilsskylt **Greiðsluþátttaka:** E **Umboðsaðili á Íslandi:** PharmaNor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabær. **Styttur texti Samantektar um eiginleika lyfs** Síðast endurskoðað í nóvember 2002.

Seroquel AstraZeneca, 960203 TÖFLUR; N 05 A H 04 (Styttur sérlyfjaskrártexti og heimildaskrá)

Hver tafla inniheldur: Quetiapinum INN, fúmarat, samsvarandi Quetiapinum INN 25 mg, 100 mg eða 200 mg. Töflurnar innihalda mjólkursykur (laktósu). **Ábendingar:** Seroquel er notað til meðhöndlunar á geðklofa. **Skammtar og lyfjagjöf:** Seroquel á að gefa tvisvar á dag, með eða án matar. Fullorðnir: Heildardagskammtur fyrstu fjóra daga meðferðarinnar er 50 mg (dagur 1), 100 mg (dagur 2), 200 mg (dagur 3) og 300 mg (dagur 4). Eftir þessa fjóra daga er mælt með 300 mg dagskammti. Dagskammtinn má aðlaga að klínískum viðbrögðum og þoli viðkomandi sjúklings, á bilinu 150-750 mg/dag. Aldraðir: Eins og með önnur geðlyf, skal lyfið notað með varúð hjá öldruðum, sérstaklega í upphafi meðferðar. Skammtaaukning getur þurft að vera hægari og dagsskammtur lægri en hjá yngri sjúklingum, og fer það allt eftir klínískum viðbrögðum og þoli viðkomandi sjúklings. Klerans quetiapíns var að meðaltali um 30-50% minni hjá öldruðum samanborið við yngri sjúklinga. Börn og unglingar: Mat á öryggi og verkun lyfsins hjá börnum og unglingum er ekki fyrirliggjandi. Sjúklingar með nýrnabilun: Ekki er nauðsynlegt að aðlaga skammtinn. Sjúklingar með lifrarbilun: Quetiapin umbrotnar að miklu leyti í lifur, og skal því notað með varúð hjá sjúklingum með lifrarbilun, sérstaklega í upphafi meðferðar. Upphafsskammtur lyfsins skal vera 25 mg/dag hjá sjúklingum með lifrarbilun. Skammtinn skal auka daglega um 25-50 mg þar til viðunandi skammti er náð, og fer það allt eftir klínískum viðbrögðum og þoli viðkomandi sjúklings. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Samtímis sjúkdómar: Lyfið skal nota með varúð fyrir sjúklinga með þekkta hjarta- og æðasjúkdóma, sjúkdóma í heilaæðum og fyrir sjúklinga sem hættir til að fá of lágan blóðþrýsting. Seroquel getur orsakað stöðubundið blóðþrýstingsfall, sérstaklega í upphafi þegar verið er að auka skammta smám saman. Flog: Í klínískum samanburðarrannsóknum var enginn munur í tíðni floga hjá sjúklingum sem fengu lyfið eða lyfleysu. Eins og með önnur geðlyf, skal gæta varúðar við meðhöndlun sjúklinga sem fengið hafa flog. Síðkomin hreyfitruflun (tardive dyskinesia): Í klínískum samanburðarrannsóknum var enginn munur í tíðni extrapýramídal einkenna hjá sjúklingum sem fengu ráðlagða meðferðarskammta af lyfinu eða lyfleysu. Þetta bendir til að lyfið valdi síður síðkominni hreyfitruflun en venjuleg sefandi lyf. Hafa skal í huga að minnka skammta lyfsins eða hætta notkun þess ef vísbending og einkenni um síðkomna hreyfitruflun koma fram. Illkynja sefunarheilkenni: Illkynja sefunarheilkenni hefur verið tengt við sefandi lyfjameðferð. Klínísk einkenni eru t.d. ofurhiti, breytt andlegt ástand, vöðvastífni, óstöðugleiki í ósjálfráða taugakerfinu og hækkun á kreatínín fosfókínasa. Í slíkum tilvikum skal hætta notkun á lyfinu og gefa viðeigandi lyfjameðferð **Milliverkanir:** Aðalverkun lyfsins er á miðtaugakerfið, og því skal gæta varúðar við samtímis notkun annarra lyfja sem verka á miðtaugakerfið og alkóhóls. Lyfjahvörf lithíums breytast ekki ef það er notað samtímis lyfinu. Samtímis notkun á sefandi lyfjum um risperidon eða halóperidól hefur ekki marktæk áhrif á lyfjahvörf quetiapins. Samtímis notkun á thioridazín eykur klerans quetiapins. Lyfið örvar ekki lifrarensímin sem taka þátt í umbrotum fenazóns. Samtímis notkun á fenýtóíni (örvar microsomal ensím) veldur aukningu í klerans quetiapins. Sjúklingar sem taka samtímis lyfinu og fenýtóín, eða önnur lyf sem örva lifrarensím s.s. karbamazepín, barbitúröt og rifampicín, geta þurft að auka skammtinn af lyfinu til að hafa stjórn á einkennum sjúkdómsins. Ef sjúklingur hættir að taka fenýtóín og tekur í staðinn lyf sem örva ekki lifrarensím, s.s. natríum valpróat, getur þurft að minnka skammtinn af lyfinu. Ensímið CYP3A4 er helst ábyrgt fyrir sýtókróm P450 tengdum umbrotum quetiapins. Samtímis notkun á címetidíni, sem letur P450 ensímið, hefur ekki áhrif á lyfjahvörf quetiapins. Samtímis notkun á geðdeyfðarlyfjunum imipramín (letur CYP2D6) eða flúoxetín (letur CYP3A4 og CYP2D6) hefur ekki marktæk áhrif á lyfjahvörf quetiapins. Samt sem áður er mælt með að gæta varúðar þegar lyfið er notað samtímis lyfjum sem letja CYP3A4 (t.d. ketókónazól eða erýthrómýcín). **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki hefur verið færð sönnun á öryggi og verkun lyfsins á meðgöngu. Því skal aðeins nota lyfið á meðgöngu ef kostir þess réttlæta hugsanlega áhættu af notkun þess. Ekki er vitað að hve miklu leyti lyfið útskilst í móðurmjólk. Því skal ráðleggja konum sem nota lyfið að forðast að hafa börn á brjósti. **Akstur og stjórnun annarra véla:** Sjúklingum skal ráðlagt að aka ekki bifreið eða stjórna öðrum tækjum fyrr en þeir vita hvaða áhrif lyfið hefur. **Aukaverkanir:** Algengasta aukaverkunin er svefnhöfgi, sem kemur helst fram í upphafi meðferðar, en hættir yfirleitt við áframhaldandi meðferð. Lyfið veldur ekki hækkun á prólaktíni líkt og mörg önnur geðlyf. **Algengar (>1%):** Taugakerfi: *Svefnhöfgi.* Almennt: *Þróttleysi, svimi.* Hjarta- og æðakerfi: *Réttstöðuþrýstingsfall, of lágur blóðþrýstingur, hraðtaktur.* Meltingarfæri: *Hægðatregða, munnþurrkur, meltingartruflun.* Blóð: *Fækkun hvítra blóðkorna, hlutleysiskyrningafæð.* Efnaskipti: *SGPT (ALT) hækkun, SGOT (AST) hækkun, þyngdaraukning.* Öndunarfæri: *Nefslímubólga.* **Sjaldgæfar (0,1-1%):** Almennt: *Illkynja sefunarheilkenni.* Hjarta- og æðar: *Yfirlið.* Efnaskipti: *Kólesterólhækkun, blóðfituhækkun, hækkun á gamma-GT.* Blóð: *Fjölgun eósínfíkla.* Taugakerfi: *Rykkjakrampi, grand mal rykkjakrampi.* Meðferð með lyfinu hefur tengst örlítilli skammtaháðri lækkun á skjaldkirtilshormónum, sérstaklega í heildar T4 og fríu T4. Lækkunin náði hámarki á fyrstu 2-4 vikum meðferðarinnar, en við áframhaldandi notkun varð ekki frekari lækkun. **Ofskömmtun og eiturverkanir:** Takmörkuð reynsla er af ofskömmtun á lyfinu í klínískum rannsóknum. **Útlit:** Töflur 25 mg: *Kringlóttar, Ø 6 mm, ferskjulitaðar, kúptar og filmuhúðaðar.* Töflur 100 mg: *Kringlóttar, Ø 8,5 mm, gular að lit, kúptar og filmuhúðaðar.* Töflur 200 mg: *Kringlóttar, Ø 11 mm, hvítar að lit, kúptar og filmuhúðaðar.* **Pakkningar:** Pakkningar: Töflur 25 mg: *100 stk (þynnupakkað); 11.607 kr.,* Töflur 100 mg: *30 stk (þynnupakkað); 7.876 kr., 100 stk (þynnupakkað); 21.100 kr.,* Töflur 200 mg: *30 stk (þynnupakkað); 11.412 kr., 100 stk (þynnupakkað); 32.500 kr.* Töflur, *samsett pakkning: 10 stk (þynnupakkað; 6 x 25 mg, 3 x 100 mg, 1 x 200 mg); 1.082 kr.* **Afgreiðslutilhögun:** ***Lyfið er lyfseðilskylt.*** **Tryggingastofnun ríkisins greiðir lyfið að fullu.** Júlí 2002.

Heimildaskrá *1.* ARVANITIS LA, MILLER BG: Multiple fixed doses of Seroquel (quetiapine) in patients with acute exacerbation of schizophrenia: a comparison with haloperidol and placebo. The Seroquel Trial 13 Study Group. Biological Psychiatry (1997) 42:233-46. *2.* SMALL JG, HIRSCH SR, ARVANITIS LA, MILLER BG, LINK CG: Quetiapine in patients with schizophrenia. A high- and low-dose double-blind comparison with placebo. Seroquel Study Group. Arch. Gen. Psychiatry (1997) 54:549-57. *3.* BRECHERM, RAK TW, MELVIN K, JONES AM: The long-term effect of quetiapine (Seroquel monotherapy on weight in patients with schitzophrenia). International Journal of Psychiatry in Clinical Practice (2000) 4:287-91.

Umboð á Íslandi: *PharmaNor hf. AstraZeneca, Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, Sími:535 7152 Fax: 565 7366*

Seretide Diskus
GlaxoSmithKline, R 03 AK 06 R,B

Innúðaduft (duft í afmældum skömmtum til innúðunar með Diskus-tæki). Hver afmældur skammtur inniheldur: Salmeterolum INN, xínafóat 72,5 míkróg samsvarandi Salmeterolum INN 50 míkróg og Fluticasonum INN, própíónat 100 míkróg, 250 míkróg eða 500 míkróg. **Ábendingar:** Seretide er ætlað til samfelldrar meðferðar gegn teppu í öndunarvegi, sem getur gengið til baka, þ.m.t. astma hjá börnum og fullorðnum, þar sem samsett meðferð (berkjuvíkkandi lyfs og barkstera til innöndunar) á við s.s.: Hjá sjúklingum sem svara viðhaldsmeðferð með langvirkandi berkjuvíkkandi lyfjum og barksterum til innöndunar. Hjá sjúklingum sem hafa einkenni þrátt fyrir að nota barkstera til innöndunar. Hjá sjúklingum á berkjuvíkkandi meðferð, sem þurfa barkstera til innöndunar. **Skammtar og lyfjagjöf:** Lyfið er eingöngu ætlað til innöndunar um munn. *Ráðlagðir skammtar fyrir fullorðna og börn eldri en 12 ára:* Einn skammtur (50 míkróg+100 míkróg, 50 míkróg+250 míkróg eða 50 míkróg+500 míkróg) tvisvar á dag. *Sérstakir sjúklingahópar:* Ekki þarf að breyta skömmtum hjá öldruðum eða sjúklingum með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi. *Skammtastærðir handa börnum 4 ára og eldri:* Einn skammtur (50 míkróg salmeteról og 100 míkróg flútíkasónprópíónat) tvisvar á dag. Ekki eru til upplýsingar um notkun lyfsins hjá börnum yngri en 4 ára. **Frábendingar:** Þekkt ofnæmi gegn einhverjum af innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Meðferð á teppu í öndunarvegi, sem getur gengið til baka, ætti venjulega að fylgja áfangaáætlun og svörun sjúklings ætti að meta út frá klínískum einkennum og lungnaprófum. Lyfið er ekki ætlað til meðhöndlunar á bráðum einkennum. Í slíkum tilfellum ætti að nota stuttverkandi berkjuvíkkandi lyf (t.d. salbútamól) sem sjúklingar ættu ávallt að hafa við höndina. **Milliverkanir:** Jafnvel þótt lítið finnist af lyfinu í blóði er ekki hægt að útiloka milliverkanir við önnur efni sem bindast CYP 3A4. Forðast ber notkun bæði sérhæfðra og ósérhæfðra betablokka hjá sjúklingum með teppu í öndunarvegi, sem getur gengið til baka, nema að þörfin fyrir þá sé mjög brýn. **Meðganga og brjóstagjöf:** Notkun lyfja hjá þunguðum konum og hjá konum með barn á brjósti ætti einungis að íhuga þegar væntanlegur hagur fyrir móður er meiri en hugsanleg áhætta fyrir fóstur eða barn. Það er takmörkuð reynsla af notkun á salmeterólxínafóati og flútíkasónprópíónati á meðgöngu og við brjóstagjöf hjá konum. Við notkun hjá þunguðum konum skal ávallt nota minnsta virka skammt. **Aukaverkanir:** Þar sem lyfið inniheldur salmeteról og flútíkasónprópíónat má búast við aukaverkunum af sömu gerð og vægi og af hvoru lyfinu fyrir sig. Ekki eru nein tilfelli frekari aukaverkana þegar lyfin eru gefin samtímis. Hæsi/raddtruflun, erting í hálsi, höfuðverkur, sveppasýking í munni og hálsi og hjartsláttarónot sáust hjá 1-2% sjúklinga við klínískar rannsóknir. Eftirtaldar aukaverkanir hafa verið tengdar notkun salmeteróls eða flútíkasón- própíónats: *Salmeteról:* Lyfjafræðilegar aukaverkanir beta-2-örvandi efna, svo sem skjálfti, hjartsláttarónot og höfuðverkur hafa komið fram, en hafa yfirleitt verið tímabundnar og minnkað við áframhaldandi meðferð. Algengar (>1%): *Hjarta- og æðakerfi:* Hjartsláttarónot, hraðtaktur. *Miðtaugakerfi:* Höfuðverkjur. *Stoðkerfi:* Skjálfti, vöðvakrampi. Sjaldgæfar(<0,1%): *Almennar:* Ofnæmisviðbrögð, þ.m.t., bjúgur og ofsabjúgur (angioedema). *Hjarta-og æðakerfi:* Hjartsláttaróregla t.d. gáttatif (atrial fibrillation), gáttahraðtaktur og aukaslög. *Húð:* Ofsakláði, útbrot. *Efnaskifti:* Kaliumskortur í blóði. *Stoðkerfi:* Liðverkjir, vöðvaþrautir. *Flútíkasónprópíónat:* Algengar(>1%): *Almennar:* Hæsi og sveppasýking í munni og hálsi. Sjaldgæfar(<0,1%): *Húð:* Ofnæmisviðbrögðum í húð. *Öndunarvegur:* Berkjukrampi. Hægt er að minnka líkurnar á hæsi og sveppasýkingum með því að skola munninn með vatni eftir notkun lyfsins. Einkenni sveppasýkingar er hægt að meðhöndla með staðbundinni sveppalyfjameðferð samtímis notkun innöndunarlyfsins. Eins og hjá öðrum innöndunarlyfjum getur óvænt berkjusamdráttur átt sér stað með skyndilega auknu surgi eftir innöndun lyfsins. Þetta þarf að meðhöndla strax með skjót- og stuttverkandi berkjuvíkkandi lyfi til innöndunar. Hætta verður notkun strax, ástand sjúklings skal metið og hefja aðra meðferð, ef þörf krefur. **Pakkningar og verð:** Diskus - tæki. Innúðaduft 50 míkróg + 100 míkróg/skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Innúðaduft 50 míkróg + 250 míkróg/skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Innúðaduft 50 míkróg + 500 míkróg/skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Seretide 50/100: 6.008 krónur, Seretide 50/250: 7.532 krónur, Seretide 50/500: 10.045 krónur. 10.09.02

Tilvitnun 1: KR Chapman, N Ringdal Et al. Can. Respir. J. 1999; 6 (1): 45-51.
Tilvitnun 2: G Shapiro Et al., Am. J, Respir. Crit.Care Med. 2000; 161: 527-534.

Þverholti 14 • 105 Reykjavík • Sími 530 3700 • www.gsk.is

ZYPREXA og ZYPREXA VELOTAB Eli Lilly Nederland. Zyprexa (olanzapin) töflur: 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg, 15 mg. Zyprexa Velotab (olanzapin) munndreifitöflur: 5 mg, 10 mg, 15 mg; N05AH03. **Ábendingar:** Olanzapin er ætlað til meðferðar við geðklofa. Olanzapin er einnig virkt til framhaldsmeðferðar fyrir sjúklinga sem hafa sýnt bata við byrjun meðferðar. Olanzapin er ætlað til meðferðar við meðal til alvarlegu oflæti. Ekki hefur verið sýnt fram á að olanzapin komi í veg fyrir að oflæti eða þunglyndi taki sig upp á ný. **Skammtar og lyfjagjöf:** Geðklofi: Mælt er með að gefa 10 mg af olanzapin einu sinni á dag í byrjun meðferðar. Oflæti: Upphafsskammtur er 15 mg einu sinni á dag í eins lyfs meðferð eða 10 mg á dag í samhliða meðferð. Á meðferðartíma við bæði geðklofa og oflæti má breyta þessum skammti með hliðsjón af einkennum einstaklingsins, innan skammtabilsins 5-20 mg/dag. Mælt er með, að einkenni sjúklings verði endurmetin, áður en skammtastærð er aukin umfram ráðlagðan upphafsskammt og skulu einkenni endurmetin eigi sjaldnar en á 24 tíma fresti. Gefa má olanzapin án tillits til máltíða því frásog er óháð fæðu. Íhuga ætti að minnka skammta smám saman þegar meðferð með olanzapini er hætt. Olanzapin munndreifitöflu er komið fyrir í munni, þar sem hún sundrast hratt upp í munnvatni, þannig að auðvelt er að kyngja henni. Erfitt er að ná munndreifitöflunni heilli úr munni. Vegna þess hve munndreifitaflan er viðkvæm, skal hún tekin strax eftir að þynnan hefur verið opnuð. Auk þess sundra töflunni í fullu glasi af vatni eða öðrum hentugum drykk (appelsínusafa, eplasafa, mjólk eða kaffi), og drekka strax. Olanzapin munndreifitafla er jafngild olanzapin húðuðum töflum, m.t.t. frásogshraða og frásogs. Skömmtun og skammtastærðir eru eins og með olanzapin húðuðum töflum. **Börn:** Olanzapin hefur ekki verið gefið einstaklingum undir 18 ára aldri í rannsóknum. **Aldraðir:** Venjulega er ekki mælt með lægri byrjunarskammti (5 mg/dag), en kemur til álita, ef einstaklingurinn er 65 ára eða eldri þegar klínísk einkenni geta tilefni til þess. **Sjúklingar með skerta lifrar- og/eða nýrnastarfsemi:** Til greina kemur að gefa þessum einstaklingum lægri byrjunarskammt (5 mg). Ef um er að ræða meðal skerta lifrarstarfsemi (cirrhosis, Child-Pugh Class A eða B), ætti byrjunarskammtur að vera 5 mg og einungis aukinn með varúð. **Frábendingar:** Olanzapin má ekki gefa sjúklingum með ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum lyfsins. Olanzapin má ekki gefa sjúklingum með þekkta áhættu fyrir þrönghornsgláku. **Varúð:** Blóðskyrushrækkun eða versnun sykursýki, stundum með ketónblóðsýringu eða meðvitundarleysi, hefur einstaka sinnum verið lýst og einnig nokkrum dauðsföllum. Þyngdaraukningu hafði þá stundum verið lýst áður, sem gæti verið vísbending. Mælt er með að fylgst sé vel með sykursjúkum og sjúklingum í áhættuhóp fyrir sykursýki. **Áhrir sjúkdómar samtímis:** Þrátt fyrir að olanzapin hafi sýnt andkólínvirk áhrif *in vitro*, hafa klínískar rannsóknir sýnt lágt nýgengi slíkra einkenna. Þar sem klínísk reynsla olanzapins hjá sjúklingum sem hafa jafnframt aðra sjúkdóma er takmörkuð skal gæta varúðar við gjöf lyfsins hjá sjúklingum með stækkun á blöðruhálskirtli eða þarmalömun og önnur svipuð einkenni. Nokkrir dagar eða vikur geta liðið uns merki sjást um bata af sefandi meðferð. Fylgjast skal náið með sjúklingum á þessu tímabili. **Laktósi:** Olanzapin taflna inniheldur laktósa. **Fenýlalanín:** Olanzapin munndreifitafla inniheldur aspartam, fenýlalanín er umbrotsefni aspartams. **Mannitol:** Olanzapin munndreifitafla inniheldur mannitol. **Natríum methýl parahýdroxýbenzóat og natríum própýl parahýdroxýbenzóat:** Olanzapin munndreifitafla inniheldur natríum methýl parahýdroxýbenzóat og natríum própýl parahýdroxýbenzóat. Þessi rotvarnarefni geta valdið ofsaköstum. Dæmi eru um síðbúin einkenni eins og snertiofnæmi (contact dermatitis), en bráð einkenni með berkjukrampa eru sjaldgæf. Tímabundin eða einkennalaus hækkun á lifrartransamínósum ALT og AST hefur stundum verið hjá sjúklingum með hækkað ALT og/eða AST, hjá sjúklingum sem hafa einkenni um skerta lifrarstarfsemi, hjá sjúklingum með sögu um skerta lifrarstarfsemi og fá einnig meðferð með lifrartoxískum lyfjum. Í þeim tilfellum þar sem ALT og/eða AST hækka meðan á meðferð stendur ætti að fylgjast sérstaklega með sjúklingnum og meta þörf á að lækka lyfjaskammtinn. Ef greining lifrarbólgu er staðfest, skal meðferð með olanzapini hætt. Eins og með önnur sefandi lyf skal gæta varúðar hjá sjúklingum sem hafa fækkun á hvítfrumum og/eða hlutleysiskyrningum hver sem orsökin er, hjá sjúklingum sem hafa minnkaða virkni beinmergs vegna lyfjanotkunar, hjá sjúklingum sem hafa minnkaða virkni beinmergs vegna annars sjúkdóms, geislameðferðar eða krabbameinslyfjameðferðar, og hjá sjúklingum sem hafa eósínfílafjölda eða myeloproliferativa sjúkdóma. 32 sjúklingar sem höfðu áður fengið hlutleysiskyrningafæð eða kyrningahrap tengt clozapinmeðferð fengu olanzapinmeðferð án þess að fjöldi hlutleysiskyrninga fækkaði. Tilkynningar um hlutleysiskyrningafæð hafa verið algengar þegar olanzapin og valpróat eru gefin samhliða. Takmarkaðar upplýsingar eru um samhliða meðferð með lítium og valpróati. Ekki eru fyrirliggjandi neinar upplýsingar um samhliða meðferð með olanzapini og carbamazepini, hins vegar hafa verið gerðar rannsóknir á lyfjahvörfum.Neuroleptiskt Malignant Syndrom (NMS): NMS er alvarlegt lífshættulegt ástand tengt meðferð með sefandi lyfjum. Mjög fá tilfelli, lýst sem NMS, hafa líka verið tengd olanzapini. Klínísk einkenni NMS eru ofurhiti, vöðvastífni, breytt hugarástand og einkenni um truflanir í ósjálfráða taugakerfinu (óreglulegur púls eða óreglulegur blóðþrýstingur, hraður hjartsláttur, aukin svitamyndun og hjartsláttartruflanir). Frekari einkenni geta verið hækkaður kreatín fosfókínasi, myoglóbúlín í þvagi (rákvöðvasundrun) og bráð nýrnabilun. Ef sjúklingur fær merki og einkenni um NMS, eða hefur hækkaðan líkamshita án þekktrar skýringar og án annarra klínískra einkenna um NMS skal hætta notkun allra sefandi lyfja, þar með talið olanzapin. Olanzapin skal notað með varúð hjá sjúklingum sem hafa sögu um krampa eða fá meðferð sem gæti lækkað krampaþröskuld. Krampar sjást einstaka sinnum hjá sjúklingum sem fá meðferð með olanzapini. Í flestum tilvikum er jafnframt um að ræða sögu um krampa eða áhættuþætti sem auka líkur á krömpum. Síðkomnar hreyfitruflanir: Í samanburðarrannsóknum sem stóðu í allt að eitt ár voru hreyfitruflanir af völdum lyfja tilkynnaðar marktækt sjaldnar tengdar olanzapini. Hins vegar aukast líkur á síðkomnum hreyfitruflunum við langtíma notkun og því skal meta hvort lækka skuli lyfjaskammtinn eða hætta notkun lyfsins ef hreyfitruflanir koma fram hjá sjúklingi sem fær olanzapin. Slík einkenni geta versnað tímabundið eða jafnvel komið fram eftir að notkun lyfsins hefur verið hætt. Vegna megináhrifa olanzapins á miðtaugakerfið, skal gæta varúðar í samtímis notkun annarra lyfja sem verka á miðtaugakerfið og áfengis. Þar sem olanzapin sýnir anddópamínvirkni in vitro, getur það minnkað áhrif efna sem hafa beina eða óbeina dópamínvirkni. Réttstöðu blóðþrýstingslækkun kom stundum fyrir hjá eldra fólki í klínískum rannsóknum á olanzapini. Eins og með önnur sefandi lyf, er mælt með því að mæla reglulega blóðþrýsting hjá sjúklingum eldri en 65 ára. Olanzapin var ekki tengt viðvarandi lengingu á QT-bili í klínískum rannsóknum. Einungis 8 af 1685 einstaklingum fengu endurtekið lengingu á QTc bil. Eins og með öll önnur sefandi lyf skal fara varlega þegar olanzapin er gefið samtímis öðrum lyfjum sem vitað er að geti lengt QTc bilið, sérstaklega hjá öldruðum, hjá sjúklingum með þéttætt lengt QT heilkenni, blóðrikishjartabilun, ofstækkun hjarta, oflækkun kalíums eða oflækkun magnesíums. **Milliverkanir:** Gæta skal varúðar hjá sjúklingum sem fá meðferð með lyfjum sem geta valdið bælingu á miðtaugakerfi. Mögulegar milliverkanir við olanzapin: Þar sem olanzapin er umbrotið um CYP1A2, geta efni sem örva eða letja þetta ísóenzým haft áhrif á lyfjahvörf olanzapins. Örvun CYP1A2: Umbrot olanzapins geta örvast af reykingum og karbamazepíni, sem getur leitt til lægri þéttni olanzapins. Einungis hefur orðið vart við væga eða meðal aukningu á úthreinsun olanzapins. Líklega eru klínísk áhrif takmörkuð, en klínískt eftirlit er ráðlegt og gefa má hærri skammta ef með þarf (sjá kafla 4.2 Skammtar og lyfjagjöf). Hömlun CYP1A2: Fluvoxamín er sértækur CYP1A2 hemill, sem hefur sýnt marktæk hemjandi áhrif á umbrot olanzapins. Meðalhækkun C_{max} olanzapins eftir gjöf fluvoxamíns var 54% hjá konum sem reyktu ekki og 77% hjá körlum sem reyktu. Meðalhækkun olanzapin AUC var 52% annars vegar og 108% hins vegar hjá sömu hópum. Íhuga skal lægri byrjunarskammt olanzapins hjá sjúklingum sem fá fluvoxamín eða aðra CYP1A2 hemla, svo sem ciprofloxacin eða ketoconazol. Íhuga skal lækkun skammta olanzapins ef lyfjameðferð er hafin með CYP1A2 hemli. Lækkað aðgengi: Lyfjakol draga úr aðgengi olanzapins eftir inntöku um 50 til 60% og skulu gefin að minnsta kosti 2 tímum fyrir eða eftir inntöku olanzapins. Ekki hafa fundist merki um að flúoxetín (CYP2D6 hemill), einstakir skammtar af sýrubindandi lyfjum (ál-, magnesíumsamböndd) eða cimetidíni hafi marktæk áhrif á lyfjahvörf olanzapins. Hugsanleg áhrif olanzapins á önnur lyf: Olanzapin getur dregið úr áhrifum lyfja sem hafa bein eða óbein dópamínhrvandi áhrif. Olanzapin hemur ekki aðal CYP450 ísóenzým in vitro (t.d. 1A2, 2D6, 2C8, 2C19, 3A4). Því er ekki búist við milliverkunum, sem hefur verið staðfest í *in vivo* rannsóknum þar sem ekki hefur fundist hömlun á umbrotum eftirtalinna lyfja: þríhringlaga geðdeyfðarlyf (svarar að mestu leyti til CYP2D6 kerfisins), warfarín (CYP2C9), teófýllín (CYP1A2) eða diazepam (CYP3A4 og 2C19). Olanzapin olli engum milliverkunum þegar það var gefið samhliða lítium eða biperideni. Mælingar á plasmaþéttni valpróats benda ekki til að breyta þurfi skammtastærðum valpróats, eftir að samhliða gjöf olanzapins er hafin. **Meðganga:** Þar sem þekking um áhrif lyfsins á fóstur er takmörkuð skal lyfið einungis notað hjá þunguðum konum ef ávinningur af meðferðinni er talinn réttlæta áhættuna fyrir fóstrið. **Brjóstagjöf:** Ekki er vitað hvort lyfið skilst út í brjóstamjólk. Konum skal ráðlagt að hafa ekki barn á brjósti meðan á töku lyfsins stendur. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Þar sem olanzapin getur valdið syfju er sjúklingum ráðlagt að gæta varúðar við stjórnun hættulega véla, þar með talið akstur bifreiðar. **Aukaverkanir.** Syfja og þyngdaraukning voru einu mjög algengu (>10%) aukaverkanirnar hjá sjúklingum sem fengu olanzapin í klínískum rannsóknum. Þyngdaraukningin var tengd lægri body mass index (BMI) fyrir meðferð og byrjunarskammti 15 mg eða meira. Tilkynningar um óeðlilegt göngulag hafa verið mjög algengar í klínískum rannsóknum á sjúklingum með Alzheimers sjúkdóm. Í einni klínískri rannsókn á sjúklingum með geðhvarfsýki var tíðni hlutleysiskyrningafæðar 4,1%; sem hugsanlega stafaði af því hve plasmaþéttni valpróats var há. Þegar olanzapin var gefið samhliða með lítium eða valpróati varð vart við aukningu (>10%) á eftirtöldum einkennum: Skjálfta, munnþurrki, aukinni matarlyst og þyngdaraukningu. Tilkynningar um talgalla voru einnig algengar (1-10%). Við meðferð með olanzapini samhliða lítium eða divalproex varð vart við þyngdaraukningu ≥7% frá grunnlínu hjá 17,4% sjúklinga á meðan á bráðameðferð stóð (allt að 6 vikur). **Mjög algengar (>10%):** Þyngdaraukning, svefnhöfgi, í klínískum rannsóknum á sjúklingum með Alzheimers sjúkdóm hefur verið lýst óeðlilegu göngulagi, hækkað plasma prólaktín. **Algengar (1-10%):** Eósínfíklafjöld, aukin matarlyst, hækkaðar blóðsykur, hækkaðir þríglyseríðar, svimi, akathisia, réttstöðu blóðþrýstingslækkun, væg skammvinn andkólínvirk áhrif þ.m.t. hægðatregða og munnþurrkur, skammvinn, einkennalaus hækkun lifrar transamínasa (ALT, AST), sérstaklega í byrjun meðferðar, þróttleysi, bjúgur. **Sjaldgæfar (0,1-1%):** Hægsláttur með eða án blóðþrýstingslækkunar eða yfirliða, ljósnæmisviðbrögð, hækkaður kreatínín fosfókínasi. **Mjög sjaldgæfar (0,01-0,1%):** Hvítfrumnafæð, krömpum hefur mjög sjaldan verið lýst hjá sjúklingum sem eru meðhöndlaðir með olanzapini, útbrot. **Örsjaldan koma fyrir (<0,01%):** Blóðflagnafæð, blóðsykurshrækkun eða versnun sykursýki, stundum með ketónblóðsýringu eða meðvitundarleysi hefur örsjaldan verið lýst, þar með talin fáein dauðsföll, ofhækkun þríglyseríða, tilfellum af NMS (Neuroleptic Malignant Syndrome), tengd olazapini hefur verið lýst, brisbólga, lifrarbólga, langvarandi stinning reðu. **Pakkningar og verð (ágúst 2002):** Zyprexa töflur. 28 stk. x 2,5 mg: kr. 8.021. 28 stk. x 5 mg: 11.106. 56 stk. x 7,5 mg: 28.713. 28 stk. x 10 mg: 19.485. 56 stk. x 10 mg: 36.534. 28 stk. x 15 mg: 36.534. Zyprexa Velotab (munndreifitöflur). 28 stk. x 5 mg: 12.880. 28 stk. x 10 mg: 23.398. 28 stk. x 15 mg: 33.936. Afgreiðslutilhögun og greiðslupátttaka almannatrygginga: R, 100. **Samantekt um eiginleika lyfs er stytt í samræmi við reglugerð um lyfjaauglýsingar. Hægt er að nálgast samantekt um eiginleika lyfs í fullri lengd hjá Eli Lilly Danmark A/S Útibú á Íslandi, Brautarholti 28, 105 Reykjavík.**

ZARATOR - Pfizer.
Hver tafla inniheldur: Atorvastatinum INN, kalsíumsalt (þríhýdrat), samsvarandi Atorvastatinum INN 10 mg, 20 mg, 40 mg eða 80 mg. **Ábendingar:** Of hátt heildarkólesteról, LDL-kólesteról, apólípóprótein B og þríglýseríð hjá sjúklingum með kólesterólhækkun af ókunnri orsök,arfgenga(fjölskyldutengda) kólesterólhækkun,blandaða blóðfituhækkun(svo sem IIa- og IIb-gerð skv. Flokkun Fredericksons), þegar viðunandi árangur hefur ekki náðst með sérstöku matarræði eða öðrum ráðstöfunum en lyfjagjöf. **Skammtar handa fullorðnum:** Sjúklingur á að byrja á stöðluðu kólesteróllækkandi matarræði áður en honum er gefið atorvastatín og ætti að halda því áfram á meðan á meðferð með atorvastatíni stendur. Venjulegur upphafsskammtur er 10 mg einu sinni á dag. Skammta á að ákveða fyrir hvern einstakling með tilliti til upphaflegs LDL-kólesterólgildis, markmiðs meðferðarinnar og svörunar sjúklings. Skammta skal aðlaga (leiðrétta) með 4 vikna millibili eða sjaldnar. Hámarksskammtur er 80 mg einu sinni á dag. Lyfið má taka hvenær sólarhringsins sem er með eða án fæðu. Ekki þarf að breyta skömmtum vegna aldurs eða nýrnastarfsemi. *Börn:* Takmörkuð reynsla er af notkun atorvastatíns hjá börnum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum lyfsins, virkur lifrarsjúkdómur eða óskýrð viðvarandi þreföld hækkun á transamínósum í blóði, vöðvakvillar (myopathia), meðganga, brjóstagjöf. Konur á barneignaraldri verða að nota getnaðarvarnir. **Varnaðarorð og varúðarreglur: Áhrif á lifur.** Rannsaka skal lifrarstarfsemi áður en meðferð hefst og síðan reglulega meðan á meðferð stendur. Gera skal prófanir á lifrarstarfsemi sjúklinga ef merki eða einkenni um hugsanlegar lifrarskemmdir koma fram. Hækki transamínasagildi skal fylgjast með sjúklingum þar til gildi verða eðlileg. Hækki transamínasar meira en þrefalt miðað við efri mörk meðalgilda er mælt með því að minnka skammta eða stöðva Zarator gjöf. Nota skal Zarator með varúð hjá sjúklingum sem neyta mikils magns áfengis og/eða hafa fengið lifrarsjúkdóm. **Áhrif á beinagrindarvöðva** Atorvastatín, eins og aðrir HMG CoA redúktasa hemlar, getur í einstaka tilvikum haft áhrif á beinagrindarvöðva og valdið vöðvaþrautum, vöðvaþrota og vöðvakvillum sem geta leitt til rákvöðvalýsu, sem er lífshættulegt ástand sem einkennist af hækkuðu CPK-gildi (meiri en tíföld efri mörk mæligilda), vöðvarauða í blóði (myoglobinaemia) og vöðvarauðamigu (myoglobinuria) sem getur valdið nýrnabilun. Gera þarf sjúklingum grein fyrir mikilvægi þess að tilkynna strax ef þeir finna fyrir vöðvaverkjum, stífni eða máttleysi sérstaklega ef lasleiki eða hiti fylgir. Ef klínísk merki um hækkað CPK-gildi (meiri en tíföld efri mörk mæligilda) eða rákvöðvalýsu eða grunur um rákvöðvalýsu koma fram á að hætta notkun atorvastatíns. Eins og á við um aðra HMG CoA redúktasa hemla hefur verið greint frá tilvikum um rákvöðvalýsu (sem sum leiddu til bráðrar nýrnabilunar vegna vöðvarauðamigu) eftir notkun atorvastatíns. Líkur á rákvöðvalýsa aukast þegar atorvastatín er gefið samtímis lyfjum eins og ciklósporíni, erýtrómýsíni, klaritrómýsíni, ítrakónasóli, ketókónasóli, nefasódóni, níasín fíbrötum og HIV-próteasa hemlum. **Milliverkanir:** Hætta á vöðvakvilla eykst við meðferð með öðrum lyfjum í þessum flokki ef cýklósporín, fíbröt, erýtrómýsín, azól-sveppalyf eða níasín eru tekin inn samtímis og hefur í örfáum tilvikum leitt til rákvöðvasundrunar (rhabdomyolysis) auk skertrar nýrnastarfsemi af völdum vöðvarauðamigu (myoglobinuria). Atorvastatín umbrotnar fyrir áhrif cýtókróm P450 3A4. Með hliðsjón af reynslu við notkun annarra HMG-CoA hemla skal gæta varúðar þegar Zarator er gefið samtímis cýtókróm P450 3A4 hemli (t.d. cýklósporíni, makrólíðsýklalyfjum og azól-sveppalyfjum). Áhrif efna, sem örva cýtókróm P450 3A4 (t.d. rífampicín eða fenýtóín), á atorvastatín eru ekki þekkt. Í klínískum rannsóknum sáust engar klínískt marktækar milliverkanir þegar atorvastatín var gefið samtímis blóðþrýstingslækkandi lyfjum eða blóðsykurlækkandi lyfjum. Við notkun atorvastatíns og dígoxíns samtímis um nokkurt skeið eykst stöðug blóðþéttni digoxíns um það bil um 20%. Fylgjast skal náið með sjúklingum á dígoxínmeðferð. Við samtímis notkun atorvastatíns og getnaðarvarnalyfs til inntöku jókst þéttni noretíndróns og etínýlestradíóls. Hafa skal þessar hækkanir á þéttni í huga þegar skammtar getnaðarvarnalyfja til inntöku eru ákveðnir. Blóðþéttni atorvastatíns lækkaði (u.þ.b. 25%) þegar kólestípól var gefið með Zarator. Verkun á lípíð varð hins vegar meiri þegar atorvastatín og kólestípól voru gefin saman en þegar efnin eru gefin hvort fyrir sig. Við samtímis gjöf atorvastatíns og sýrubindandi mixtúra, sem innihalda magnesíum og álhýdroxíð, lækkaði blóðþéttni atorvastatíns u.þ.b. 35%; lækkun á LDL-kólesteróli breyttist hins vegar ekki. Við samtímis notkun atorvastatíns og warfaríns styttist prótrombíntími lítillega fyrstu daga meðferðarinnar en varð aftur eðlilegur innan 15 daga. Engu að síður skal fylgjast náið með sjúklingum á warfarín meðferð þegar atorvastatíni er bætt við. **Meðganga og brjóstagjöf: Lyfið getur valdið fósturskemmdum** og meðganga og brjóstagjöf eru frábendingar við notkun atorvastatíns. Konur á barneignaraldri eiga að nota öruggar getnaðarvarnir. **Aukaverkanir:** Algengustu aukaverkanir sem búast má við eru einkenni frá meltingarfærum þar á meðal hægðatregða, vindgangur, meltingartruflanir, kviðverkir sem venjulega lagast við áframhaldandi meðferð. Innan við 2% sjúklinga hættu þátttöku í klínísknum rannsóknum vegna aukaverkana, sem tengdust Zarator. Eftirfarandi listi yfir aukaverkanir er byggður á niðurstöðum klínískra rannsókna og aukaverkunum sem skráðar hafa verið eftir markaðssetningu lyfsins. Áætluð tíðni tilvika er flokkuð samkvæmt eftirfarandi reglu: algengar (>1/100, <1/10); sjaldgæfar (>1/1.000,<1/100); mjög sjaldgæfar (>1/10.000,<1/1.000); koma örsjaldan fyrir (<1/10.000). **Meltingarfæri:** Algengar: Hægðatregða, vindgangur, meltingartruflun, ógleði, niðurgangur. Sjaldgæfar: Lystarleysi, uppköst. **Blóð og eitlar:** Sjaldgæfar: Blóðflagnafæð. **Ónæmiskerfi:** Algengar: Ofnæmi. Koma örsjaldan fyrir: Bráðaofnæmi. **Innkirtlar:** Sjaldgæfar: Hárlos, of mikill eða of lítill blóðsykur, brisbólga. **Geðræn vandamál:** Algengar: Svefnleysi, Sjaldgæfar: Minnisleysi. **Taugakerfi:** Algengar: Höfuðverkur, sundl, breytt hlóðskyn. Sjaldgæfar: Úttaugakvilli. **Lifur og gall:** Mjög sjaldgæfar: Lifrarbólga, stíflugula. **Húð og undirhúð:** Algengar: Húðútbrot, kláði. Sjaldgæfar: Ofsakláði. Koma örsjaldan fyrir: Ofsabjúgur, útbrot með blöðrum (þ.m.t. regnbogaroðasótt, Steven-Johnsons heilkenni og drep í húðþekju). **Stoðkerfi:** Algengar: Vöðvaþrautir, liðverkir. Sjaldgæfar: Vöðvakvilli. Mjög sjaldgæfar: Vöðvaþroti, rákvöðvalýsa. **Æxlunarfæri:** Sjaldgæfar: Getuleysi. **Almennar:** Algengar: Þróttleysi, brjóstverkur, bakverkur, bjúgur á útlimum. Sjaldgæfar: Lympa, þyngdaraukning. **Rannsóknir:** Hækkun á transamínósum í sermi hefur verið skráð hjá sjúklingum sem fá Zarator líkt og af völdum annarra HMG-CoA redúktasa hemla. Þessar breytingar voru oftast vægar og tímabundnar og ekki reyndist þörf á að hætta meðferð. Hækkun á transamínósum í sermi sem hafði klíníska þýðingu (hærri en þreföld efri mörk meðalgilda) kom fram hjá 0,8% sjúklinga sem fengu Zarator. Þessar hækkanir voru skammtaháðar og gengu til baka hjá öllum sjúklingunum. Í klínískum rannsóknum kom fram hækkun á kreatín fosfókínasa í sermi (CPK)-gildum (hærri en þreföld efri mörk meðalgilda) hjá 2,5% sjúklinga sem fengu Zarator sem er sambærilegt og af völdum annarra HMG-CoA redúktasa hemla. Meira en tíföld gildi umfram efri meðalgildi komu fram hjá 0,4% sjúklinga sem fengu Zarator. **Pakkningar og verð 1. október 2002: Töflur 10 mg:** (þynnupk.), 30 stk. 4.720 kr., 100 stk. 13.400 kr. **Töflur 20 mg:** (þynnupk.), 30 stk. 6.751 kr., 100 stk. 19.238 kr. **Töflur 40 mg:** (þynnupk.), 30 stk. 9.960 kr., 100 stk. 29.265 kr. **Töflur 80 mg:** (þynnupk.), 30 stk. 10.139 kr., 100 stk. 29.301 kr.
Sjá nánari upplýsingar um lyfið í Sérlyfjaskrá. Lyfið er lyfseðilsskylt og greiðist samkv. greiðslufyrirkomulagi 0 í lyfjaverðskrá.
Pfizer, einkaumboð á Íslandi: PharmaNor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabær.

ZYBAN FORÐATÖFLUR; N06 A X 12 R0
Hver tafla inniheldur: Bupropionum INN, klóríð, 150 mg. **Ábendingar:** Zyban töflur eru ætlaðar, ásamt stuðningsmeðferð, til að aðstoða sjúklinga sem háðir eru nikótíni við að hætta reykingum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Meðferð ætti að vara í 7-9 vikur. Þó ekki sé búist við fráhvarfseinkennum þegar hætt er að taka Zyban, mætti íhuga að hætta í áföngum. Ef engin áhrif sjást eftir sjö vikur ber að stöðva meðferð. Mælt er með að meðferð hefjist á meðan sjúklingur reykir ennþá og að viðkomandi velji sér dag til að hætta innan tveggja vikna frá upphafi Zyban-meðferðar, helst í seinni vikunni. Upphafsskammtur er 150 mg einu sinni á dag, í sex daga. Hann er síðan aukinn á sjöunda degi í 150 mg tvisvar á dag. Að minnsta kosti 8 klst. þurfa að líða á milli skammta. Það má ekki taka meira en 150 mg í einum skammti og hámarksdagsskammtur er 300 mg. Ekki er mælt með notkun lyfsins hjá yngri sjúklingum en 18 ára þar sem öryggi og virkni lyfsins hefur ekki verið metin hjá þessum aldurshópi. Gæta skal varúðar þegar Zyban er gefið öldruðum. Ekki er hægt að útiloka aukið næmi hjá sumum öldruðum einstaklingum. Ráðlagður skammtur fyrir aldraða er 150 mg einu sinni á dag. Gæta skal varúðar þegar Zyban er gefið sjúklingum með skerta lifrar- eða nýrnastarfsemi. Vegna aukins breytileika í lyfjahvörfum hjá sjúklingum með væga eða nokkra skerðingu á lifrar- eða nýrnastarfsemi er ráðlagður skammtur handa þessum sjúklingum 150 mg einu sinni á dag. **Frábendingar:** Eftirtaldir sjúklingar mega ekki nota Zyban: Sjúklingar sem hafa ofnæmi fyrir búprópíóni eða öðrum innihaldsefnum lyfsins, sjúklingar með krampa eða einhverja fyrri sögu um krampa, sjúklingar með æxli í miðtaugakerfi, sjúklingar sem greindir hafa verið með lotugræðgi eða lystarstol, sjúklingar með alvarlega skorpulifur, sjúklingar með sögu um geðhvarfasýki (bipolar disorder). Þegar hætta er á áfengisfráhvarfseinkennum eða þegar langtímanotkun benzódíazepína er hætt snögglega má ekki nota Zyban. Ekki má nota Zyban og MAO-hemla samtímis. A.m.k. 14 dagar ættu að líða frá því að meðferð með MAO-blokkum með óafturkræfa verkun lýkur og þar til meðferð með búprópíóni hefst. **Varúð:** Það má ekki nota stærri skammta af búprópíóni en ráðlagðir eru þar sem aukin hætta virðist vera á krömpum með hækkandi skömmtum af búprópíóni. Við skammtastærðir allt að ráðlögðum hámarksskammti (300 mg á dag), er tíðni krampa um það bil 0,1% (1/1000). Það er aukin hætta á krömpum samfara notkun á Zyban þegar áhættuþættir sem leiti geta til lægri krampaþröskuldar eru til staðar. Það má ekki nota búprópíón hjá sjúklingum með fyrirliggjandi áhættuþætti nema að hugsanlegur heilsufarslegur ávinningur af því að hætta reykingum vegi þyngra en hugsanlega aukin áhætta á krömpum. Hjá slíkum sjúklingum ætti að íhuga 150 mg hámarksskammt allan meðferðartímann. Skoða ætti alla sjúklinga með tilliti til fyrirliggjandi áhættuþátta, svo sem: 1: samtímis notkun annarra lyfja sem vitað er að geta lækkað krampaþröskuldinn (t.d. geðlyf, þunglyndislyf, lyf gegn malaríu, tramadól, teófýllín, sterar til inntöku, klínólónar og slævandi andhistamín). 2: Misnotkun áfengis. 3: Saga um höfuðáverka. sykursýki meðhöndlaða með blóðsykurslækkandi lyfjum eða insúlíni. 4: Notkun örvandi lyfja eða megrunarlyfja. Hætta þarf notkun á Zyban og ekki hefja hana aftur hjá sjúklingum sem fá krampa meðan á meðferð stendur. Vegna milliverkana er tengjast lyfjahvörfum, getur þéttni búprópíóns eða umbrotsefna þess breyst og hætta á aukaverkunum (t.d munnþurrki, svefnleysi, flogum) þar með aukist . Því ber að gæta varúðar þegar búprópíón er gefið samtímis öðrum lyfjum sem geta örvað eða hindrað umbrot þess. Búprópíón hindrar umbrot sem á sér stað fyrir tilstilli cýtókróm P450 2D6. Ráðlegt er að gæta varúðar þegar lyf sem umbrotið er af þessu enzými er gefið samtímis Zyban. Takmarkaðar upplýsingar úr klínísknum rannsóknum benda til þess að betri árangur náist við að hætta að reykja með samtímis notkun Zyban og nikótínlyfja. Hins vegar þarf að gæta varúðar þegar lyfin eru notuð samtímis og fylgjast þarf með því vikulega hvort meðferðin valdi hækkuðum blóðþrýstingi. Læknar ættu að kynna sér lyfjaskrártexta fyrir nikótínforðaplástra áður en þeim er ávísað samtímis Zyban. Ofnæmi: Stöðva ber notkun á Zyban ef ofnæmisviðbrögð (t.d útbrot, kláði, verkur fyrir brjósti, bjúgur eða mæði) koma fram hjá sjúklingum meðan á meðferð stendur. Liðverkir, vöðvaverkir og hiti hafa einnig komið fram í tengslum við útbrot og önnur einkenni sem benda til síðbúins ofnæmis. Þessi einkenni geta líkst blóðvatnsveiki (serum sickness) (Sjá kafla um Aukaverkanir). Einkennin hafa gengið til baka hjá flestum sjúklingum þegar búprópíónmeðferð hefur verið hætt og meðferð með andhistamínum eða barksterum hafin. Þau hafa svo horfið með tímanum. Sérstakir sjúklingahópar: Búprópíón er umbrotið að stórum hluta í virk umbrotsefni í lifur, sem eru umbrotin frekar. Ekki sást tölfræðilega marktækur munur á lyfjahvörfum búprópíóns hjá sjúklingum með væga til talsverða skerðingu á lifrarstarfsemi, í samanburði við heilbrigða sjálfboðaliða, en þéttni búprópíóns í blóði var breytilegri hjá sjúklingunum. Því ber að gæta varúðar þegar Zyban er gefið sjúklingum með væga eða talsverða skerðingu á lifrarstarfsemi. Ráðlagður skammtur fyrir þessa sjúklinga er 150 mg einu sinni á dag. Fylgjast ætti með sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi með tilliti til hugsanlegra aukaverkana (t.d. svefnleysis, munnþurrks, floga) sem gætu bent til hækkaðrar þéttni lyfsins eða umbrotsefna þess. Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi voru ekki rannsakaðir. Búprópíón er skilið út í þvagi, aðallega í formi umbrotsefna þess. Þess vegna er ráðlagður skammtur handa sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi 150 mg, einu sinni á dag, þar sem búprópíón og umbrotsefni þess geta safnast upp hjá slíkum sjúklingum í meiri mæli en venjulegt er. Fylgjast ætti með sjúklingum með tilliti til hugsanlegra aukaverkana vegna hækkaðrar þéttni lyfsins og umbrotsefna þess. Klínísk reynsla hefur ekki leitt í ljós að aldraðir þoli búprópíón á annan hátt en aðrir fullorðnir sjúklingar. Hins vegar er ekki hægt að útiloka aukið næmi aldraðra einstaklinga fyrir lyfinu. Aldraðir sjúklingar eru líklegri til að hafa skerta nýrnastarfsemi og þess vegna er ráðlagður skammtur handa þeim 150 mg, einu sinni á dag. Þar sem lyfjafræði búprópíóns og sumra geðdeyfðarlyfja er svipuð, er hætta á að Zyban geti leitt til geðvandamála hjá viðkvæmum sjúklingum. Niðurstöður dýratilrauna gefa til kynna hættu á misnotkun lyfsins. Hinsvegar benda rannsóknir á tilhneigingu manna til að misnota lyfið og víðtæk klínísk reynsla til lítillar hættu á misnotkun á búprópíóns. **Milliverkanir:** Sjúklingar sem nota lyf sem vitað er að lækka krampaþröskuldinn, ættu ekki að fá Zyban nema að hugsanlegur heilsufarslegur ávinningur af því að hætta reykingum vegi þyngra en hugsanlega aukin áhætta á krömpum. Reykingum fylgir aukin CYP1A2-virkni. Eftir að reykingum er hætt getur dregið úr úthreinsun þeirra lyfja sem umbrotna fyrir tilstilli þessa enzýms. Þetta getur leitt til hækkaðrar þéttni þessara lyfja. Þetta getur einkum haft þýðingu fyrir lyf sem aðallega eru umbrotin af CYP1A2 og hafa lækningagildi á þröngu þéttnisviði (t.d. teófýllín, takrín, klózapín). Klínískar afleiðingar þess að hætta að reykja á önnur lyf sem aðallega eru umbrotin af CYP1A2 (t.d. ímipramín, ólanzapín, klómípramín og flúvoxamín) eru ekki þekktar. Þrátt fyrir að búprópíón sé ekki umbrotið af ísóenzými CYP2D6, hafa rannsóknir in vitro á P450 úr mönnum sýnt fram á að búprópíón og hýdroxýbúprópíón hemja CYP2D6 ferlið. Við rannsókn á lyfjahvörfum hjá mönnum olli samtímis notkun heilbrigðra sjálfboðaliða á búprópíónklóríði og desípramíni, sem vitað var að höfðu umfangsmikið umbrot á ísóenzými CYP2D6, fimmfaldri aukningu á AUC og tvöfaldri aukningu á Cmax fyrir desípramín. Hindrun CYP2D6 var til staðar í a.m.k 7 daga eftir síðasta skammt búprópíónklóríðs. Notkun á Zyban samtímis öðrum lyfjum sem CYP2D6 umbrýtur, hefur ekki verið rannsökuð sérstaklega. Þess vegna ætti að hefja meðferð með lyfjum sem að mestum hluta eru umbrotin fyrir tilstilli þessa ísóenzýms og hafa lækningargildi á þröngu þéttnisviði, þ.m.t. ákveðnum þunglyndislyfjum (t.d. desípramín, ímípramín, paroxetín), geðlyfjum (t.d. risperídón, tíorídazín) betablokkum (t.d. metóprólól) og lyfjum við hjartsláttaróreglu af flokki 1 C (t.d. própafón, flecaínið) í tiltölulega lágum skömmtum. Niðurstöður in vitro rannsókna benda til þess að búprópíón sé umbrotið í hýdroxýbúprópíón, helsta virka umbrotsefni búprópíóns, að mestu fyrir tilstuðlan cýtókróm P450 CYP2B6. Þess vegna er þörf á sérstakri aðgæslu þegar Zyban er gefið samtímis lyfjum sem vitað er að hafa áhrif á CYP2B6 ísóenzým (t.d. orfenadrín, cýklófosfamíð, ísófosfamíð). Nikótínforðaplástrar höfðu ekki áhrif á lyfjahvörf búprópíóns og umbrotsefna þess. Vegna þess að búprópíón er að stórum hluta umbrotið, þarf að gæta varúðar þegar það er notað samtímis lyfjum sem örva umbrot (t.d. karbamazepín, fenóbarbital, fenýtóín) eða lyfjum sem hemja umbrot (t.d. valpróat), þar sem þau geta haft áhrif á klíníska virkni og öryggi þess. Rannsókn leiddi í ljós að Cmax og AUC fyrir búprópíón, treóhýdróbúprópíón og erýtróhýdróbúprópíón minnkaði um 85% og jókst um 50% fyrir hýdroxýbúprópíón þegar búprópíón töflur (venjulegar töflur) voru gefnar samtímis karbamazepíni. Rannsókn leiddi í ljós að AUC fyrir hýdroxýbúprópíón tvöfaldaðist næstum þegar búprópíón (venjulegar töflur) var gefið um leið og valpróat. Engin áhrif sáust á lyfjahvörf búprópíóns og umbrotsefnanna treóhýdróbúprópíón og erýtróhýdróbúprópíón. Eðli þessarar milliverkunar er ekki þekkt. Gæta þarf varúðar þegar Zyban er gefið sjúklingum sem samtímis fá levódópa. Takmarkaðar klínískar upplýsingar benda til hærri tíðni aukaverkana (t.d. ógleði, uppköst, óróa, eirðarleysi og skjálfti). **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki hefur verið sýnt fram á að óhætt sé að nota Zyban á meðgöngu. Það ætti að hvetja þungðar konur til að hætta að reykja án lyfjameðferðar. Ekki ætti að nota Zyban á meðgöngu. Vegna þess að búprópíón og umbrotsefni þess eru skilin út í brjóstamjólk ber að ráða mæðrum frá því að hafa börn á brjósti þegar þær nota Zyban. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Eins og önnur lyf sem verka á miðtaugakerfið getur búprópíón haft áhrif á aðgerðir sem krefjast dómgreindar eða athygli eða hreyfistjórnunar. Einnig hefur verið greint frá því að Zyban hafi valdið svima eða ringli. Sjúklingar þurfa því að gæta varúðar við akstur eða stjórnun véla þar til að þeir eru vissir um að Zyban skerði ekki hæfni þeirra. **Aukaverkanir:** Eftirgreindar aukaverkanir hafa komið fram í klínískum tilraunum. Mikilvægt er að athuga að nikótínfráhvarfseinkenni (t.d. óróleiki, svefnleysi, skjálfti, svitakóf) koma oft fram þegar fólk hættir að reykja. Sum þessara einkenna greinast einnig sem aukaverkanir af völdum Zyban. Algengar (> 1 %): Almennar: Hiti. Meltingarfæri: Munnþurrkur, meltingartruflanir, þ.m.t. ógleði og uppköst, kviðverkir, hægðatregða. Miðtaugakerfi: Svefnleysi, skjálfti, skert einbeiting, höfuðverkur, svimi, geðdeyfð, eirðarleysi, kvíði. Húð / ofnæmi: Útbrot, kláði, aukin svitamyndun, ofnæmisviðbrögð svo sem ofsakláði. Skynfæri: Truflað bragðskyn. Sjaldgæfar (0,1-1 %): Almennar: Brjóstverkur, þróttleysi. Hjarta og æðakerfi: Hraðtaktur, hækkaður blóðþrýstingur (stundum alvarlega), roði. Miðtaugakerfi: Rugl. Innkirtlar og efnaskipti: Lystarleysi. Skynfæri: Eyrnasuð, sjóntruflanir. Mjög sjaldgæfar (< 0,1 %): Hjarta og æðakerfi: Æðaútvíkkun, réttstöðuþrýstingsfall, yfirlið. Miðtaugakerfi: Krampi, tíðni er um það bil 0,1 %. Algengastur er þankippakrampi og stundum verður vart við rugl og minnisleysi að þeim loknum. Húð / ofnæmi: Alvarleg ofnæmisviðbrögð, þ.m.t. ofsabjúgur, andþrengsli/berkjukrampi og ofnæmislost. Liðverkir, vöðvaverkir og hiti hafa einnig komið fram í tengslum við útbrot og önnur einkenni sem benda til síðbúins ofnæmis. Þessi einkenni geta líkst blóðvatnsveiki (serum sickness). Einnig hefur verið greint frá regnbogaroðasótt (erythema multiforme) og Stevens Johnson heilkenni. **Pakkningar:** 60 stk. þynnupakkað og 100 stk. þynnupakkað. Hámarksverð 1. júlí 2002: 60 stk. 9.121, 100 stk. 12.883. **Heimildir:** 1: Sérlyfjaskrá. 2: Ascher JA, Cole JO, Colin JN et al. Bupropion: A review of its mechanism of antidepressant activity. J Clin Psychiatry 1995; 56:395-401. 3: Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cesation. N Engl J Med 1997; 337:1195-1202. 4: Leshner AI. Understanding drug addiction: Implications for treatment. Hospital Practice. October 15, 1996:47-59. 5: Pontieri FE, Gianluigi T, OrziF et al. Effects of nicotine on the nucleus accumbens and similarity of those of addictive drugs. Nature 1996;382:255-257. 01.07.02. Styttur sérlyfjaskrártexti. Sjá nánar í Sérlyfjaskrá eða á heimasíðu Lyfjastofnunar.

LIFE RANNSÓKNIN

COZAAR® SÝNDI MEÐ LIFE RANNSÓKNINNI, AÐ ÞAÐ SKIPTIR MÁLI HVERNIG ÞÚ MEÐHÖNDLAR SJÚKLINGA MEÐ HÁÞRÝSTING.

Cozaar® minnkar hættuna á heilablóðfalli um 25% m.v. atenólól (p = 0,001)[1]



takk !

COZAAR®
(LOSARTAN, MSD)
ÖRYGGI. ÁRANGUR. ÁNÆGJA.

MERCK SHARP & DOHME
Umboðsaðili á Íslandi: Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík

Lyfjatexti á bls. 954



Ráðstefnur og fundir

3.-4. janúar
Í Læknagarði v/Vatnsmýrarveg. 11. vísindaráðstefna læknadeildar, tannlæknadeildar og lyfjafræðideildar Háskóla Íslands. Sjá auglýsingu í blaðinu. Ágrip erinda og veggspjalda ásamt dagskrá verða birt í Fylgiriti Læknablaðsins sem út kemur fyrir ráðstefnuna. Nánari upplýsingar hjá framkvæmdastjóra ráðstefnunnar Birnu Þórðardóttur: *birna@birna.is*

15.-19. mars
Í Kaupmannahöfn. Á vegum World Federation for Medical Education. Global Standards in Medical Education For Better Health Care. Netfang: *wfme2002@ics.dk* Heimasíða: *www.sund.ku.dk/wfme*

2.-5. apríl
Í Veróna, Ítalíu. 37. árlegur vísindafundur European society for clinical investigation (ESCI 2003), þar sem umræðuefnið verður The pathology of diseases: from bench to bedside. Nánari upplýsingar: *www.esci.eu.com*

27.-29. apríl
Í Reykjavík. 8. norræna öldrunarlæknaþingið. Þema þingsins er „Prevention of Brain Aging". Nánari upplýsingar hjá Halldóri Kolbeinssyni *halldork@landspitali.is* og hjá NorAge *norage.sec@nordemens.no.*

25.-28. júní
Í Kuopio, Finnlandi. The International XVII Puijo Symposium: „Physical Activity and Health: Gender Differences Across the Lifespan". Skráning á netfanginu *puijo.symposium@uku.fi* og nánari upplýsingar á heimasíðu þingsins *www.uku.fi/conf/puijo*

3.-8. ágúst
í Helsinki í Finnlandi, 12th World Conference on Tobacco or Health. Frekari upplýsingar fást á netinu: *www.wctoh2003.org* Einnig liggja gögn frammi á skrifstofu Læknafélagsins.

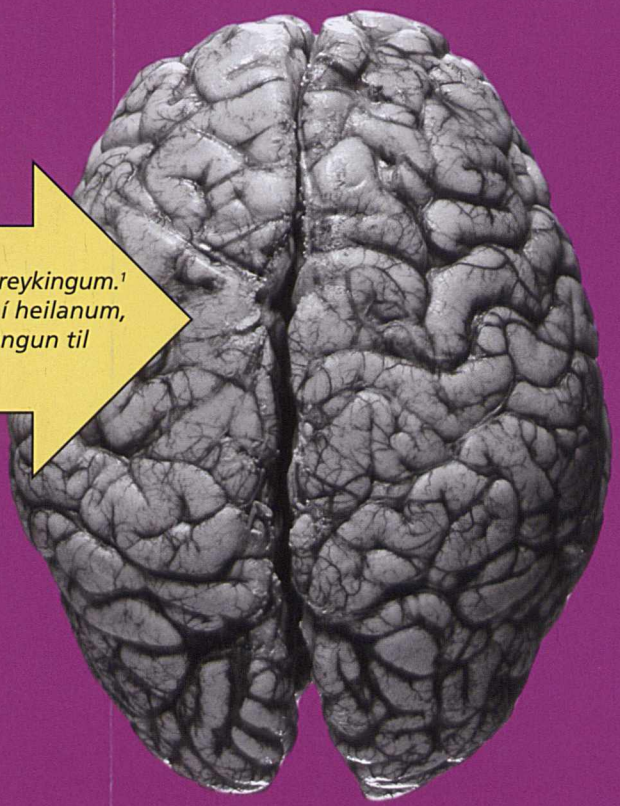
13.-16. ágúst
Reykjavík. Norræna geðlæknaþingið haldið í Háskólabíói. Þema þingsins er „Promoting psychiatric care". Nánari upplýsingar á heimasíðu þingsins: *www.icemed.is/npc2003*

1.-26. september
Í Santiago, Chile. XVII þing FIGO, Federation International Gynecology & Obstetrics. Nánari upplýsingar: FIGO 2003 Congress Secretariat, c/o Events International Meeting Planners Inc. Attn.: Rita De Marco, 759 Victoria Square, Suite 300, Montrèal, Quèbec, Canada H2Y 2J7. Sími: (514) 286-0855; bréfasími: (514) 286-6066; *demarcor@eventsintl.com*

8.-10. september
Í Stokkhólmi. REUMA 2003, Reumatikerförbundet, þverfagleg ráðstefna ætluð heilbrigðisstarfsfólki sem starfar við meðferð gigtsjúkra. Nánari upplýsingar á heimasíðunni: *www.reumatikerforbundet.org*

Heimasíða Læknablaðsins
http://lb.icemed.is

ÞETTA ER ALLT Í HÖFÐINU Á ÞÉR



Zyban er eina nikótínlausa lyfið gegn reykingum.[1]
Zyban verkar beint á nikótínfíknina í heilanum, dregur úr fráhvarfseinkennum og löngun til að reykja.[2-5]

ZYBAN®
bupropion HCl forðatöflur 150 mg

www.nice.org.uk
NICE
MÆLIR MEÐ ZYBAN

gsk GlaxoSmithKline

Lyfjatexti á bls. 957