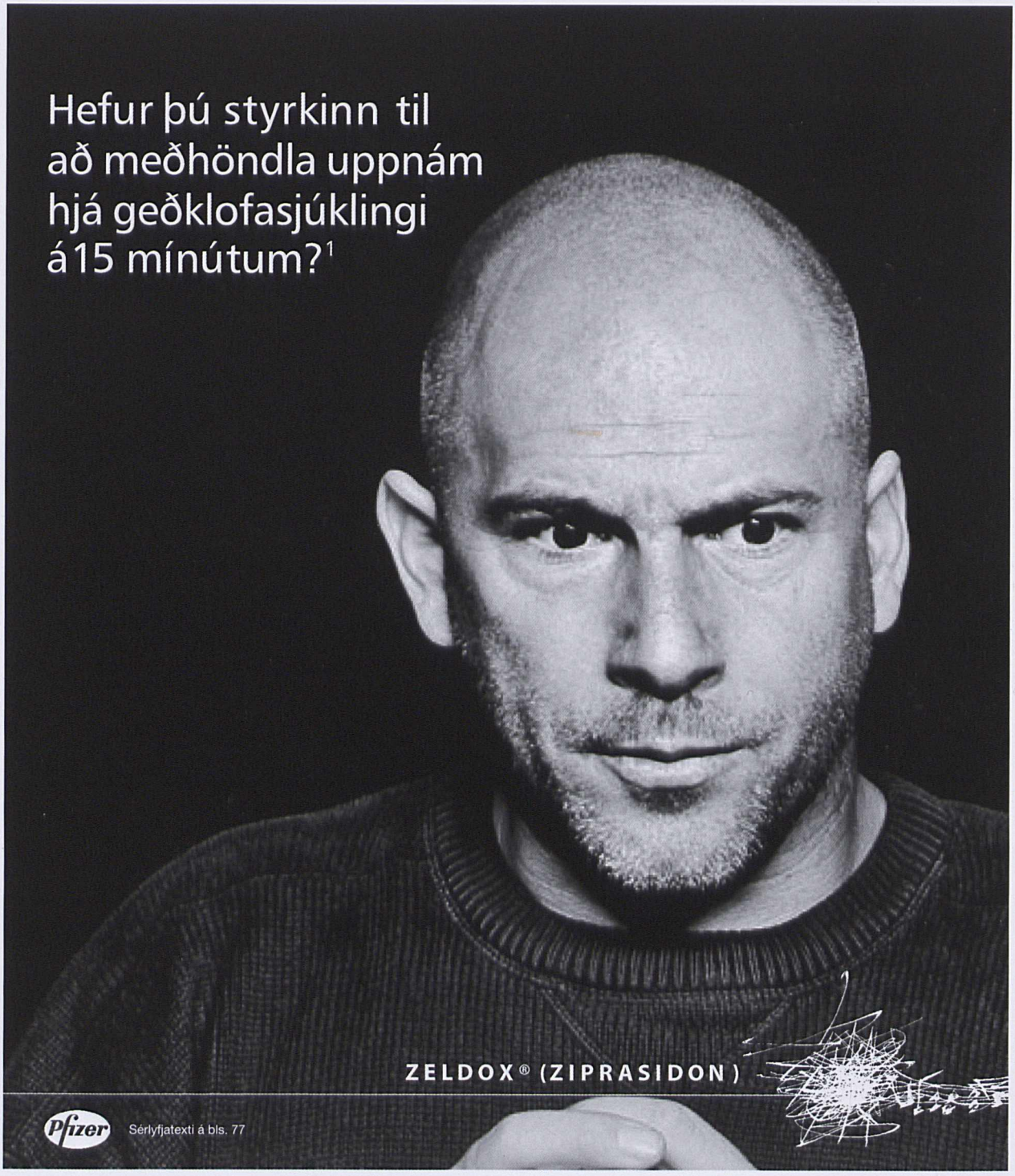
Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



1/2006


Hefur þú styrkinn til
að meðhöndla uppnám
hjá geðklofasjúklingi
á 15 mínútum?[1]
ZELDOX® (ZIPRASIDON)
Pfizer
Sérlyfjatexti á bls. 77

RITSTJÓRNARGREINAR

7 **Um þagnarskyldu lækna**
Sigurbjörn Sveinsson

9 **Á tímamótum**
Karl Andersen

FRÆÐIGREINAR

13 **Magabolsbólga – *Helicobacter Pylori* – Gastrin**
Fjölnir Elvarsson, Nick Cariglia, Ingi Þór Hauksson, Þorgeir Þorgeirsson

Magabolsbólga er algeng greining og erlendar rannsóknir hafa sýnt að um 25% sjúklinga sem fara í magaspeglun fái þá greiningu. Markmið rannsóknar var að greina áhættuþætti fyrir magabolsbólgu hjá sjúklingum sem höfðu fengið slíka greiningu eftir vefjasýnatöku úr maga og tengsl þeirra á slímhúð magabols.

21 **Hringormar berast í fólk á Íslandi við neyslu á lítið elduðum fiski**
Karl Skírnisson

Hér er greint frá tveimur tilfellum um hringormasmit hérlendis. Hætta er á að slíkum tilfellum geti fjölgað á næstunni þareð neysla á hráum fiski og hrognum færist í vöxt. Hringormar í fiskholdi drepast við hitun upp fyrir 70 gráður á celsíus í eina mínútu eða í 20 stiga frost í vikutíma.

27 **Samanburður á mati kransæðaþrengsla með tölvusneiðmyndatækni og hjartaþræðingu**
Birna Jónsdóttir, Ragnar Danielsen

TS-tæknin sýndi í heild gott samræmi við niðurstöður hjartaþræðingar við greiningu marktækra kransæðaþrengsla í æðahlutum sem voru yfir 2,0 mm í þvermál. Hjá eldri einstaklingum eru oft miklar kalkbreytingar í kransæðum sem torvelda mat þrengsla. TS-rannsókn af kransæðum virðist því hafa mest notagildi hjá yngri fólki þegar ástæða er til að skoða kransæðarnar til að komast hjá óþarfa hjartaþræðingu.

33 **Ritrýnar Læknablaðsins 2004 og 2005**
Védís Skarphéðinsdóttir

Læknablaðið

óskar lesendum sínum árs og friðar

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

1. tbl. 92. árg. janúar 2006

Aðsetur
Hlíðasmára 8, 201 Kópavogi

Útgefandi
Læknafélag Íslands
Læknafélag Reykjavíkur

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

Læknablaðið á netinu
www.laeknabladid.is

Ábyrgðarmaður í janúar
Karl Andersen

Ritnefnd
Bryndís Benediktsdóttir
Engilbert Sigurðsson
Þóra Steingrímsdóttir
Jóhannes Björnsson, ábm. og ritstjóri

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Auglýsingastjóri og ritari
Brynja Bjarkadóttir
brynja@lis.is

Blaðamennska/umbrot
Þröstur Haraldsson
throstur@lis.is

Upplag
1.600

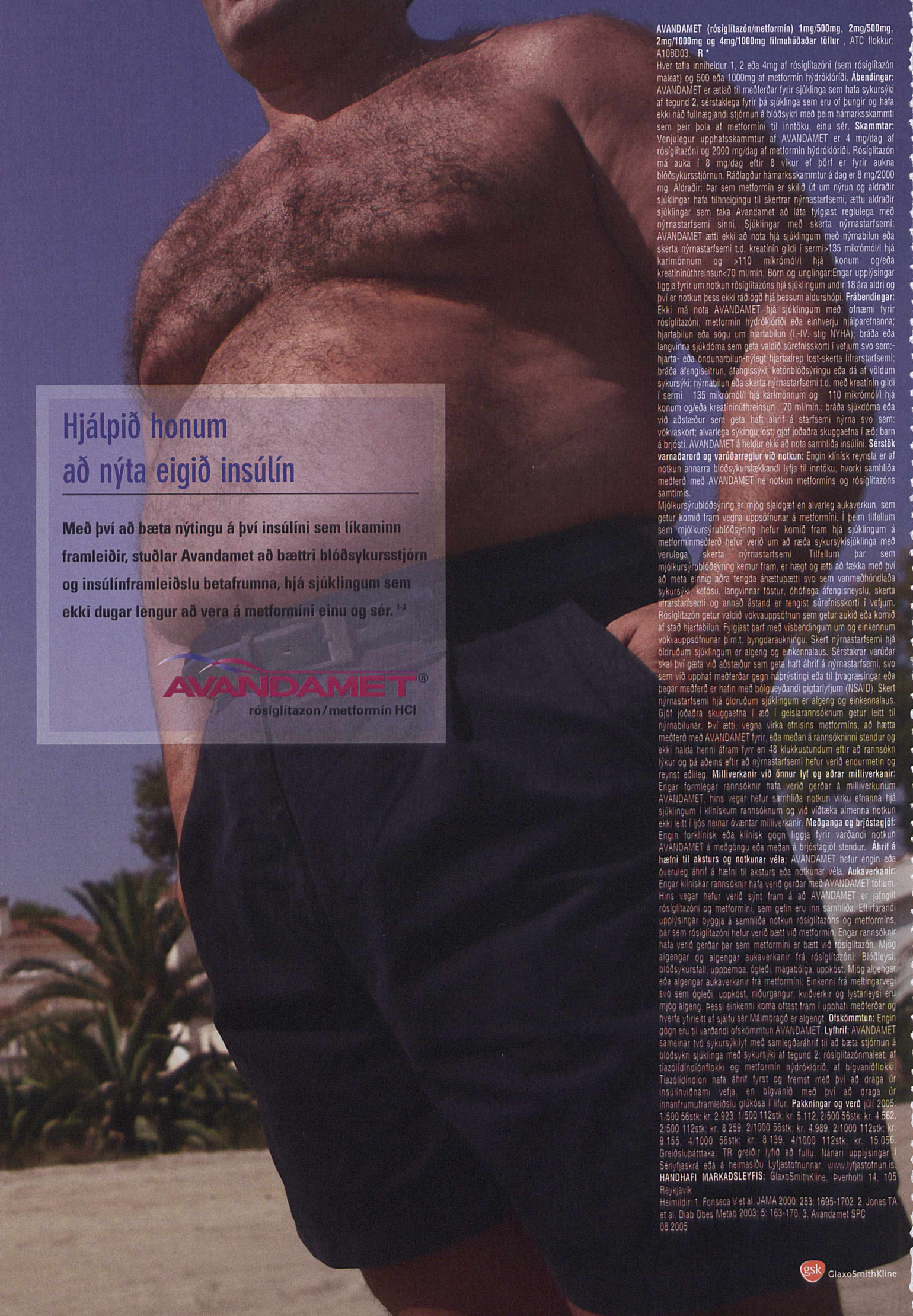
Áskrift
6.840,- m. vsk.
Lausasala
700,- m. vsk.

© 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 ehf.
Síðumúla 16-18
108 Reykjavík

Pökkun
Plastpökkun ehf.
Skemmuvegi 8m
200 Kópavogi

ISSN: 0023-7213



Hjálpið honum að nýta eigið insúlín

Með því að bæta nýtingu á því insúlíni sem líkaminn framleiðir, stuðlar Avandamet að bættri blóðsykursstjórn og insúlínframleiðslu betafrumna, hjá sjúklingum sem ekki dugar lengur að vera á metformíni einu og sér. [1-3]

AVANDAMET®

rósíglítazon / metformín HCl

AVANDAMET (rósíglítazón/metformín) 1mg/500mg, 2mg/500mg, 2mg/1000mg og 4mg/1000mg filmuhúðaðar töflur , ATC flokkur: A10BD03. **R** *

Hver tafla inniheldur 1, 2 eða 4mg af rósíglítazóni (sem rósíglítazón maleat) og 500 eða 1000mg af metformín hýdróklóríði. **Ábendingar:** AVANDAMET er ætlað til meðferðar fyrir sjúklinga sem hafa sykursýki af tegund 2, sérstaklega fyrir þá sjúklinga sem eru of þungir og hafa ekki náð fullnægjandi stjórnun á blóðsykri með þeim hámarksskammti sem þeir þola af metformíni til inntöku, einu sér. **Skammtar:** Venjulegur upphafsskammtur af AVANDAMET er 4 mg/dag af rósíglítazóni og 2000 mg/dag af metformín hýdróklóríði. Rósíglítazón má auka í 8 mg/dag eftir 8 vikur ef þörf er fyrir aukna blóðsykursstjórnun. Ráðlagður hámarksskammtur á dag er 8 mg/2000 mg. Aldraðir: Þar sem metformín er skilið út um nýrun og aldraðir sjúklingar hafa tilhneigingu til skertrar nýrnastarfsemi, ættu aldraðir sjúklingar sem taka Avandamet að láta fylgjast reglulega með nýrnastarfsemi sinni. Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi: AVANDAMET ætti ekki að nota hjá sjúklingum með nýrnabilun eða skerta nýrnastarfsemi t.d. kreatínín gildi í sermi>135 míkrómól/l hjá karlmönnum og >110 míkrómól/l hjá konum og/eða kreatínínúthreinsun<70 ml/mín. Börn og unglingar:Engar upplýsingar liggja fyrir um notkun rósíglítazóns hjá sjúklingum undir 18 ára aldri og því er notkun þess ekki ráðlögð hjá þessum aldurshópi. **Frábendingar:** Ekki má nota AVANDAMET hjá sjúklingum með: ofnæmi fyrir rósíglítazóni, metformín hýdróklóríði eða einhverju hjálparefnanna; hjartabilun eða sögu um hjartabilun (I.-IV. stig NYHA); bráða eða langvinna sjúkdóma sem geta valdið súrefnisskorti í vefjum svo sem:- hjarta- eða öndunarbilun-nýlegt hjartadrep lost-skerta lífrarstarfsemi; bráða áfengiseitrun, áfengissýki; ketónblóðsýringu eða dá af völdum sykursýki; nýrnabilun eða skerta nýrnastarfsemi t.d. með kreatínín gildi í sermi 135 míkrómól/l hjá karlmönnum og 110 míkrómól/l hjá konum og/eða kreatínínúthreinsun 70 ml/mín.; bráða sjúkdóma eða við aðstæður sem geta haft áhrif á starfsemi nýrna svo sem: vökvaskort; alvarlega sýkingu;lost; gjöf joðaðra skuggaefna í æð; barn á brjósti. AVANDAMET á heldur ekki að nota samhliða insúlíni. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Engin klínísk reynsla er af notkun annarra blóðsykurslækkandi lyfja til inntöku, hvorki samhliða meðferð með AVANDAMET né notkun metformíns og rósíglítazóns samtímis.

Mjólkursýrublóðsýring er mjög sjaldgæf en alvarleg aukaverkun, sem getur komið fram vegna uppsöfnunar á metformíni. Í þeim tilfellum sem mjólkursýrublóðsýring hefur komið fram hjá sjúklingum á metformínmeðferð hefur verið um að ræða sykursýkisjúklinga með verulega skerta nýrnastarfsemi. Tilfellum þar sem mjólkursýrublóðsýring kemur fram, er hægt og ætti að fækka með því að meta einnig aðra tengda áhættuþætti svo sem vanmeðhöndlaða sykursýki, ketósu, langvinnar föstur, óhóflega áfengisneyslu, skerta lifrarstarfsemi og annað ástand er tengist súrefnisskorti í vefjum. Rósíglítazón getur valdið vökvauppsöfnun sem getur aukið eða komið af stað hjartabilun. Fylgjast þarf með vísbendingum um og einkennum vökvauppsöfnunar þ.m.t. þyngdaraukningu. Skert nýrnastarfsemi hjá öldruðum sjúklingum er algeng og einkennalaus. Sérstakrar varúðar skal því gæta við aðstæður sem geta haft áhrif á nýrnastarfsemi, svo sem við upphaf meðferðar gegn háþrýstingi eða til þvagræsingar eða þegar meðferð er hafin með bólgueyðandi gigtarlyfjum (NSAID). Skert nýrnastarfsemi hjá öldruðum sjúklingum er algeng og einkennalaus. Gjöf joðaðra skuggaefna í æð í geislarannsóknum getur leitt til nýrnabilunar. Því ætti, vegna virka efnisins metformíns, að hætta meðferð með AVANDAMET fyrir, eða meðan á rannsókninni stendur og ekki halda henni áfram fyrr en 48 klukkustundum eftir að rannsókn lýkur og þá aðeins eftir að nýrnastarfsemi hefur verið endurmetin og reynst eðlileg. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Engar formlegar rannsóknir hafa verið gerðar á milliverkunum AVANDAMET, hins vegar hefur samhliða notkun virku efnanna hjá sjúklingum í klínískum rannsóknum og við viðtæka almenna notkun ekki leitt í ljós neinar óvæntar milliverkanir. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engin forklínísk eða klínísk gögn liggja fyrir varðandi notkun AVANDAMET á meðgöngu eða meðan á brjóstagjöf stendur. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** AVANDAMET hefur engin eða óveruleg áhrif á hæfni til aksturs eða notkunar véla. **Aukaverkanir:** Engar klínískar rannsóknir hafa verið gerðar með AVANDAMET töflum. Hins vegar hefur verið sýnt fram á að AVANDAMET er jafngilt rósíglítazóni og metformíni, sem gefin eru inn samhliða. Eftirfarandi upplýsingar byggja á samhliða notkun rósíglítazóns og metformíns, þar sem rósíglítazóni hefur verið bætt við metformín. Engar rannsóknir hafa verið gerðar þar sem metformíni er bætt við rósíglítazón. Mjög algengar og algengar aukaverkanir frá rósíglítazóni: Blóðleysi, blóðsykursfall, uppþemba, ógleði, magabólga, uppköst. Mjög algengar eða algengar aukaverkanir frá metformíni: Einkenni frá meltingarvegi svo sem ógleði, uppköst, niðurgangur, kviðverkir og lystarleysi eru mjög algeng. Þessi einkenni koma oftast fram í upphafi meðferðar og hverfa yfirleitt af sjálfu sér.Málmbragð er algengt. **Ofskömmtun:** Engin gögn eru til varðandi ofskömmtun AVANDAMET. **Lyfhrif:** AVANDAMET sameinar tvö sykursýkilyf með samlegðaráhrif til að bæta stjórnun á blóðsykri sjúklinga með sykursýki af tegund 2: rósíglítazónmaleat, af tíazólídíndíónflokki og metformín hýdróklóríð, af bígvaníðflokki. Tíazólídíndíon hafa áhrif fyrst og fremst með því að draga úr insúlínviðnámi vefja, en bígvaníð með því að draga úr innanfrumuframleiðslu glúkósa í lifur. **Pakkningar og verð** júlí 2005: 1/500 56stk: kr. 2.923, 1/500 112stk: kr. 5.112, 2/500 56stk: kr. 4.562, 2/500 112stk: kr. 8.259, 2/1000 56stk: kr. 4.989, 2/1000 112stk: kr. 9.155, 4/1000 56stk: kr. 8.139, 4/1000 112stk: kr. 15.056. Greiðsluþátttaka: TR greiðir lyfið að fullu. Nánari upplýsingar í Sérlyfjaskrá eða á heimasíðu Lyfjastofnunar, www.lyfjastofnun.is. **HANDHAFI MARKAÐSLEYFIS:** GlaxoSmithKline, Þverholti 14, 105 Reykjavík

Heimildir: 1. Fonseca V et al. JAMA 2000; 283: 1695-1702. 2. Jones TA et al. Diab Obes Metab 2003; 5: 163-170. 3. Avandamet SPC 08.2005

GlaxoSmithKline

UMRÆÐA OG FRÉTTIR

36 **Af sjónarhóli stjórnar LÍ: Heilbrigðisstjórnun og gæðastjórnun er eitt og hið sama**
Hugleiðingar eftir uppskeruhátíð IHI í Flórída
Ófeigur Þorgeirsson

37 **Nefnd um ofneyslu og hreyfingarleysi tekin til starfa**
Þröstur Haraldsson

39 **Þagnarskyldan er til að vernda mannréttindi einstaklingsins**
Gunnar Ármannsson framkvæmdastjóri LÍ segir að tiltölulega skýrar reglur gildi um samskipti lækna og lögreglu í fíkniefnamálum
Þröstur Haraldsson

42 **Læknadagar eiga að vera fjölbreyttir**
Rætt við Örnu Guðmundsdóttur sem tók við formennsku í Fræðslustofnun lækna í lok Læknadaga í fyrra
Þröstur Haraldsson

46 **Bréf til blaðsins. Af tuskum**
Pétur Pétursson

47 **Íslensk heilbrigðissaga komin út**
Þröstur Haraldsson

49 **Ný heimasíða Læknafélags Íslands**
Davíð Björn Þórisson

50 **Rafræn heilbrigðisþjónusta í sjónmáli**
Hægt að ljúka við Heilbrigðisnetið á 3-4 árum, segja Ingimar Einarsson og Benedikt Benediktsson í heilbrigðisráðuneytinu
Þröstur Haraldsson

52 **Samþykkt að sameina Lífeyrissjóð lækna og Almenna lífeyrissjóðinn**
Gunnar Baldvinsson

54 **Opnunarerindi Læknadaga 2005. Heilsa, hagsæld og hamingja íslensku þjóðarinnar**
Arnór Víkingsson, Snorri Ingimarsson

56 **Um lífsstíl og lífsvanda**
Erindi Sigurbjörns Einarssonar biskups við setningu Læknadaga 2005
Sigurbjörn Einarsson

FASTIR PISTLAR

63 **Íðorð 183: Gervilíffæri og ígræði**
Jóhann Heiðar Jóhannsson

65 **Lausar stöður/þing**

66 **Læknadagar 2006**

75 **Okkar á milli**

76 Sérlyfjatextar

83 **Ráðstefnur og fundir/styrkir**

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS



Ljósm. Bernhard Kristinn Ingimundarson © Gjörningaklúbburinn

Árið 2006 fagnar **Gjörningaklúbburinn** tíu ára afmæli sínu. Á vettvangi íslenskrar myndlistar á þessum áratug hafa fáir verið jafn ötulir í sýningahaldi, frumlegir í verkefnavali og metnaðarfullir í kynningu. Snemma á ferlinum mótuðust vinnuaðferðir sem æ síðan hafa einkennst af leik, örlæti, húmor, útsjónarsemi og vandvirkni sem hefur komið fram í uppákomum, ljósmyndum, skúlptúrum, myndböndum og teikningum. Gjörningaklúbbinn skipa þrír myndlistarmenn, Eirún Sigurðardóttir (1971), Jóní Jónsdóttir (1972) og Sigrún Hrólfsdóttir (1973). Þær útskrifuðust allar frá Myndlista- og handíðaskóla Íslands árið 1996. Síðan hafa þær stundað framhaldsnám í Berlín, Kaupmannahöfn og New York. Þær eru nú allar búsettar í Reykjavík.

Verkin þeirra spanna skrautlegan skala frá nánast ósýnilegum glærum teikningum til stærðar gjörninga sem jafnast á við risarokktónleika í samstarfi við Slökkviliðið og fleiri aðila. Þær hafa einkennandi handbragð og myndmál sem sækir jafnt í þjóðlega og alþjóðlega strauma og þær nálgast íslenska náttúru á ferskan hátt sem vísar bæði aftur í listasöguna og um leið til samtímans. Gott dæmi um sameiningu þessara þátta er þeirra nýjasta verk, **Innrás – Útrás** sem er gjörningur frá síðasta ári. Á forsíðu *Læknablaðsins* er mynd af undirritun samnings. Þar er Svartbakurinn þungamiðjan, hið tækifærissinnaða illfygli sem látinn er hegða sér eins og erindreki stjórnmála eða viðskipta með lobbíisma og samningagerð. Gjörningaklúbburinn notast iðulega við einfaldar táknmyndir, ýmist gamlar og þrungnar merkingu eða nýjar sem þær finna upp sjálfar. Með samsetningu ólíkra hluta auk óræðrar framvindu getur boðskapurinn verið misvísandi og margslunginn. En í gegnum yfirborð hlaðið táknum og myndmáli má skynja einlæga endurspeglun á samfélaginu sem við höfum skapað okkur, mannlegum samskiptum og tilfinningum. Gjörningaklúbburinn titlar sig erlendis *The Icelandic Love Corporation* og má nálgast frekari upplýsingar á vef þeirra, *www.ilc.is*

Markús Þór Andrésson



Sérlyfjatexti á bls. 18

01-2004

Um þagnarskyldu lækna



Sigurbjörn Sveinsson

Læknisefnum er innrætt frá fyrstu tíð að gæta ítrustu þagmælsku þegar málefni sjúklinga ber á góma; ekki megi ræða persónuleg málefni sjúklings nema í hans þágu og við þá sem vinna fyrir sjúklinginn og hafa umboð hans til þess. Þetta er góð regla sett fram til að tryggja trúnað sem ríkja þarf milli sjúklings og læknis og að læknirinn hafi alltaf þær upplýsingar sem nauðsynlegar eru til að veita viðeigandi hjálp. Þannig er reglan ekki eign læknisins eða skjöldur, heldur sjúklingsins og alfarið sett í hans þágu.

Þagnarskyldan hefur fylgt læknum svo lengi sem þeir þekkja sögu sína. Hippókratesareiðurinn, sem talinn er vafalítið um 2400 ára, segir: „Á allt það, sem mér kann að bera fyrir augu og að eyrum, þá er ég gegni starfi mínu, mun ég líta sem leyndarmál og þegja yfir, sama máli gegnir um það, er ég kann að frétta um lifnað annarra, þá er ég er utan starfs.“ (1) Codex ethicus íslenskra lækna segir: „Lækni er skylt að forðast af fremsta megni að hafast nokkuð að, er veikt gæti trúnaðarsamband hans við sjúklinga sína. Lækni er óheimilt að skýra frá heilsufari, sjúkdómsgreiningu, horfum, meðferð eða öðrum einkamálum sjúklinga eða afhenda gögn með upplýsingum, sem sjúklingar hafa skýrt honum frá eða hann hefur með öðrum hætti fengið vitneskju um í starfi sínu, nema með samþykki sjúklings, eftir úrskurði dómara eða samkvæmt lagaboði. Lækni ber að áminna samstarfsfólk og starfslið sitt um að gæta með sama hætti fyllstu þagmælsku um allt er varðar sjúkling hans. Lækni hlýðir ekki fyrir dómi, að leggja fram sjúkraskýrslur máli sínu til sönnunar án úrskurðar dómara. Sjúklingur getur hins vegar krafist þess, að slík skýrsla um hann sé lögð fram.“ (2)

Alþjóðafélag lækna, World Medical Association (WMA), hefur við ýmis tækifæri ályktað um þessa hlið læknisstarfsins og telur hana augljóslega eina af veigamestu grundvallarsetningum siðareglna lækna. Í Genfarheiti lækna segir: „Ég mun virða þau leyndarmál, sem mér er trúað fyrir, jafnvel eftir að sjúklingur er látinn.“ (3) Í alþjóðlegum siðareglum lækna segir: „Lækni ber að viðhalda algerri leynd um allt það, sem hann veit um sjúkling sinn, jafnvel eftir að sjúklingur er látinn.“ Lissabonyfirlýsingin segir: „Sjúklingur á þann rétt, að vænta þess að læknir hans virði trúnað um allar upplýsingar er varða læknisfræðileg atriði og einkahagi.“

Á þessi sjónarmið reyndi fyrir fáum misserum þegar umræður um miðlægan gagnagrunn á heilbrigðissviði stóðu sem hæst. Ein höfuðforsenda fyrir málatilbúnaði Læknafélags Íslands fyrir því að WMA tæki lög um gagnagrunn á heilbrigðissviði til umræðu var mikilvægi þess að ekki yrði rofinn trúnaður millum læknis og sjúklings, þannig að trúnaðarsambandið skaðaðist og spillti þannig hagsmunum sjúklingsins. Hvað sem mönnum fannst um ágæti umræddrar hugmyndar um gagnagrunn og framkvæmd hennar voru menn sammála um að þetta álitaefni væri nægjanlega alvarlegt til að fjalla um það og jafnvel ályktа, eins og síðar varð (4).

Löggjafinn hefur virt þagnarskyldu lækna á svipaðan hátt og læknar sjálfir. Lagaumhverfi þagnarskyldunnar virðist að inntaki endurspegla þann skilning að mikilvægi hennar felist einmitt í þeirri staðreynd að ekki megi fæla sjúklinga frá því að leita sér læknishjálpar vegna hættu á að læknirinn spilli einkahögum þeirra með lausmælgi. Um þetta er fjallað á öðrum stað hér í Læknablaðinu (5).

Nú er sótt að þessari þagnarskyldu. Á nýlegu málþingi í Norræna húsinu um samstarf og samskipti lögreglu og heilbrigðisþjónustu í tengslum við fíkniefni og Læknafélag Íslands átti aðild að komu fram efasemdir um að hin lögboðna skylda lækna ætti að vera svo fortakslaus eins og lög byðu eða gildandi lög skýrð á þann hátt sem nú væri almennt gert. Ljóst er að læknar í fremstu víglínu hafa ekki allir sama skilning á skyldum sínum varðandi einkahagi þeirra sem til bráðamóttöku leita. Annars vegar er sjónarmið þess sem telur að læknir eigi að láta sig engu varða hvað sjúklingurinn (glæpamaðurinn) aðhefst fyrir og eftir veitta læknishjálp, og hins vegar sjónarmið þess sem telur að þagnarskyldan eigi ekki að hindra lækni í að koma í veg fyrir frekari glæpi og stuðla að björgun mannslífa.

Þetta eru auðvitað virðingarverð úrlausnarefni sem krefjast alvarlegrar íhugunar og umræðu í hópi lækna. Því er frekari nauðsyn hennar að lögreglan virðist fremur hallast að eftirgjöf hvað varðar lagaskylduna, þó samhliða þeirri kröfu sé sýndur skilningur og virðing fyrir þessari aldagömlu reglu.

Ég tel að læknar eigi formlega að hefja umræðu um þagnarskylduna og hefur stjórn Læknafélags Íslands beint því til Siðfræðiráðs félagsins að hafa forgöngu í því máli.

Heimildir

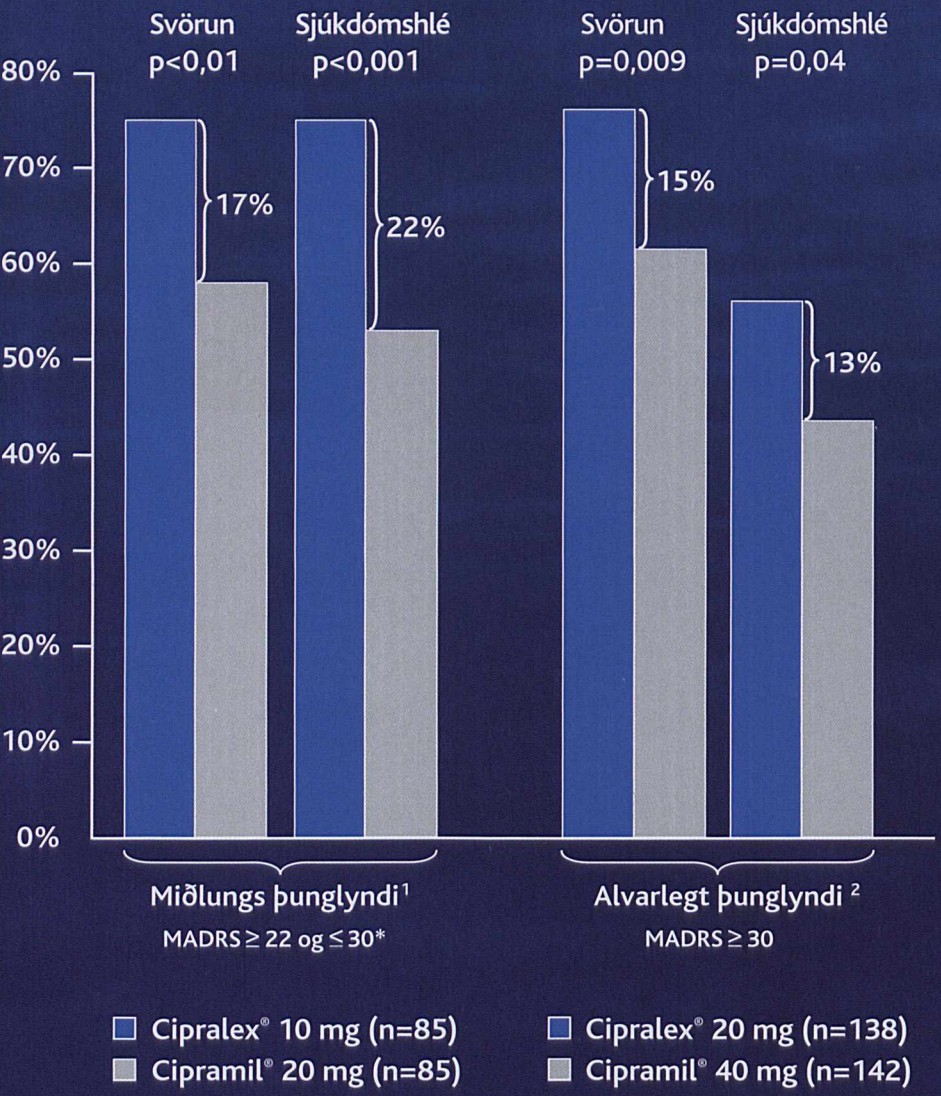
1. Steffensen V. Hippókrates faðir læknisfræðinnar, Reykjavík, Bókaútgáfan Norðri 1945.
2. Læknafélag Íslands, *www.lis.is*, Codex Ethicus – Siðareglur Læknafélags Íslands, 13. gr.
3. Bjarnason Örn. Siðfræði og siðamál lækna, Iðunn og LÍ og LR, Reykjavík 1991: 189.
4. The World Medical Association Decleration on Ethical Considerations Regarding Health Databases, adopted by the WMA General Assembly, Washington DC 2002.
5. Læknablaðið 2006; 92: 39-41.

Höfundur er heimilislæknir og formaður Læknafélags Íslands.

Cipralex® escitalopram vs. Cipramil® citalopram

Ekki bara munur að nafninu til!

Svörun og sjúkdómshlé eftir 8 vikna meðhöndlun





Svörun: ≥ 50% lækkun á MADRS skori; Sjúkdómshlé: MADRS skor ≤12.

* Undirhópur af heildar ITT hópnum.

1) Colonna, L. et al. Curr Med Res Opin 2005;21(10):1659-1668
2) Moore, N. et al. Int Clin Psychopharmacology 2005;20:131-137

Myndin er unnin af Lundbeck Pharma A/S úr heimild 1, bls. 1662, heimild 2, bls. 308 og heimild 3, bls. 134

Lundbeck

Cipralex®
escitalopram

Sérlyfjatexti á bls. 25

Á tímamótum



Karl Andersen

Þroski einstaklings ræðst öðru fremur af þeirri reynslu sem hann öðlast á lífsleiðinni og því, hvernig honum tekst að draga lærdóm af þeirri reynslu. Á tímamótum staldra menn við og líta um öxl. Rifja upp það sem á dagana hefur drifið og reyna að draga af því lærdóm, ef það má verða til þess að auka þroska þeirra og auka færni í að takast á við ný viðfangsefni. Á tímamótum gefst tækifæri til þessarar sjálfsskoðunar sem krefst bæði heiðarleika og sjálfsgagnrýni. Þegar vel tekst til verður slíkt uppgjör til þess að leggja grunn að framtíðaráformum, uppbyggingu og auknum framförum. Án þessa uppgjörs verður stöðnun.

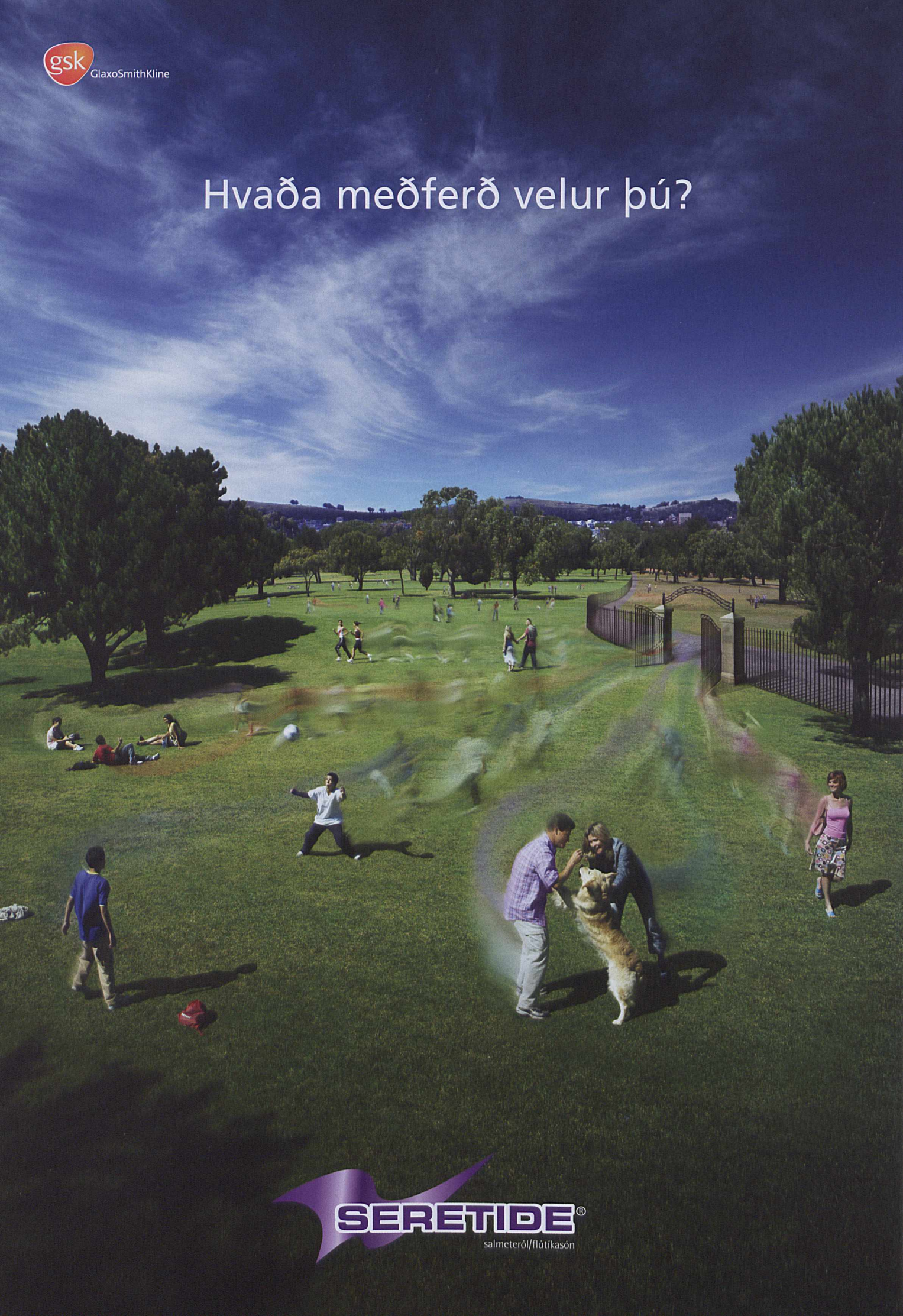
Læknar standa á tímamótum í mörgum skilningi um þessi áramót.

Faglega tökumst við læknar sífellt á við sérhæfðari verkefni sem varða líf og heilsu skjólstæðinga okkar. Á tímum upplýsingamiðlunar verða læknar að gæta þess að tapa ekki stöðu sinni sem sérfræðingar á sviði heilbrigðisþjónustu bæði í samskiptum við sjúklinga og heilbrigðisyfirvöld. Fagmennska í læknisfræði tryggir öðru fremur færni stéttarinnar og trúverðugleika. Í samræmi við Codex Ethicus verða hagsmunir skjólstæðinga okkar ávallt að vega þyngra en aðrir hagsmunir. Sparnaður, aðhald eða bágar efnahagslegar forsendur mega ekki rýra læknisfræðilega þjónustu sem sjúklingum stendur til boða. Skottulækningar eru vaxandi þjóðfélagsvandi sem birtast meðal annars í skrumi þar sem læknisfræðileg hugtök eru notuð af fullkomnu ábyrgðarleysi til þess að hafa fé af þeim sem veikir eru fyrir. Læknar bera samfélagslega ábyrgð á því að vara við slíkri starfsemi og koma í veg fyrir hana.

Læknar verða að nýta sérþekkingu sína til þess að verða leiðandi í stefnumótun heilbrigðiskerfisins. Ákvarðanir um markmið og leiðir eru alltof oft teknar út frá forsendum stjórnmálanna án þess að fagleg rök fái þar áheyrn. Engum ætti þó að dyljast að læknisfræðileg sjónarmið ættu að vera þar í fyrirrúmi. Dæmi um þetta er það hversu litlum fjármunum er varið til forvarna og fyrirbyggjandi læknisfræði. Stjórnvöld hafa rekið haftastefnu og skömmtunarkerfi í heilbrigðisþjónustu, en það er hugmyndafræði sem á ættir að rekja til úrelts hagkerfis austantjaldslanda. Sérfræðingum í heilsugæslu er bannað að reka eigin læknastofur, án þess að fyrir því séu nokkur sérstök rök. Sjálfstætt starfandi sérfræðingum er gert að taka á sig skuldbindingar Tryggingastofnunar ríkisins síðustu vikur ársins þegar verkeiningar klárast. Þó hafa skýrslur Ríkisendurskoðunar sýnt að starfsemi einkarekinna læknastofa er bæði ódýrari, hagkvæmari og skilvirkari en aðrir valkostir í heilbrigðisþjónustu.

Læknablaðið stendur á mikilvægum tímamótum. Í tíð fráfarandi ritstjórnar hefur blaðið vaxið og dafnað bæði að ytra umbúnaði og innihaldi. Vefútgáfa blaðsins frá árinu 2000 telst til merkra framfaraspora sem hefur aukið aðgengi að efni blaðsins og auðveldað leit í eldri árgöngum. Á 90. aldursári Læknablaðsins náðist sá mikilvægi áfangi að fá blaðið skráð í Index Medicus. Með því fylgir viðurkenning á þeim háa gæðastaðli sem blaðið heldur uppi. Um leið eru útdrættir vísindagreina sýnilegir á alþjóðlegum leitarvélum netsins og útbreiðsla fræðigreina margfaldast. Þar með opnast gluggi að alþjóðlegu vísindasamfélagi þar sem íslenskir vísindamenn eru virkir þátttakendur. Niðurstöður sem birtar sem hafa verið hafa vakið mikla athygli fyrir fræðilegt innihald og gæði. Ný ritstjórn Læknablaðsins byggir starf sitt á þeim grunni sem lagður hefur verið. Áfram verður unnið að því að auka veg og vanda blaðsins, bæta faglega umræðu og fræðilegt innihald. Á þessum tímamótum er mikilvægt að gera upp við fortíðina og horfa björtum augum til framtíðar.

Höfundur er hjartalæknir og í ritstjórn Læknablaðsins.


gsk
GlaxoSmithKline
Hvaða meðferð velur þú?
SERETIDE®
salmeteról/flútíkasón

CONCEPT[1] er fyrsta og eina rannsóknin sem er tvíblind slembi-rannsókn með tveimur lyfleysum. Rannsóknin náði yfir eitt ár og bar saman Seretide® DISKUS® 50/250 með reglulegri skömmtun (stable dosing) og búdesóníð/formóteról Turbuhaler 160/4,5 með skömmtun eftir einkennum (adjustable maintenance dosing).

	Einkennalausir dagar (Vika 5-52, meðalgildi)
Seretide® DISKUS® 50/250	74 %
Búdesóníð/formóteról Turbuhaler 160/4,5	65 %

Marktækt fleiri einkennalausir dagar með Seretide®

	Fjöldi versnana (Vika 1-52)
Seretide® DISKUS® 50/250	50
Búdesóníð/formóteról Turbuhaler 160/4,5	96

48% færri versnanir* með Seretide® (p=0,006)

* Skömmtun bud/for var í samræmi við leiðbeiningar framleiðenda.
Myndin er sett fram af GlaxoSmithKline



Seretide® Diskus®

Sérlyfjatexti á bls. 78

Cymbalta®
duloxetine HCl

Jafnvægi á líkama og sál



Sérlyfjatexti á bls. 32

Lilly

200523 AUGLÝSINGASTOFA SKAPARANS EHF.

Magabolsbólga – *Helicobacter Pylori* – Gastrin

Fjölnir Elvarsson[1]
LÆKNIR

Nick Cariglia[2]
YFIRLÆKNIR

Ingi Þór Hauksson[3]
LÆKNIR

Þorgeir Þorgeirsson[4]
MEINAFRÆÐINGUR

Ágrip

Tilgangur: Magabolsbólga er algeng greining og erlendar rannsóknir hafa sýnt að um 25% sjúklinga sem fara í magaspeglun fái þá greiningu. Markmið rannsóknar var að greina áhættuþætti fyrir magabolsbólgu hjá sjúklingum sem höfðu fengið slíka greiningu eftir vefjasýnatöku úr maga og tengsl þeirra á slímhúð magabols.

Efniviður og aðferðir: Um er að ræða afturvirka rannsókn. Sjúklingar voru valdir inn í rannsóknina úr tölvuskrá vefjasýna sem komu á árunum 1994-98 á meinafræðideild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri. Um var að ræða vefjasýni frá magabol. Þurftu sýnin að uppfylla greininguna langvinn bólga samkvæmt Lykilbók Snowmed P-1340 T-63500 M (M, morphology) eða númer 40000, 42100, 43000, 58000, 58010, 73320, auk vefjaskilmerkja Sydney. Sýni frá 172 sjúklingum uppfylltu ofangreind skilyrði. Sjúklingar skiluðu einnig sýni í blóðrannsókn til ýmissa mælinga auk öndunarsýnis (urea breath test) til mælingar á *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) stöðu.

Niðurstöður: Samtals voru 108 sjúklingar í rannsókninni. Meðalaldur var 71 ár (29-99 ára), karlar voru 57%. Algengasti áhættuþátturinn var *H. pylori* eða 39%. Nokkur fylgni er á milli bráðrar (active) bólgu og að vera *H. pylori* jákvæður, einkum ef einungis er til staðar langvinn (chronic) magabólga án visnunar (atrophy) eða vefjaummyndun (metaplasia intestinalis). Magavisnun er marktækt meiri ef til staðar er saltsýrufrumumótefni (parietal cell antibody). Engin tengsl eru á milli saltsýrufrumumótefna og skjaldkirtilsmótefna (microsomal antibody). Einstaklingar með magavisnun eða vefjaummyndun hafa hærra meðaltalsgildi saltsýruvaka (gastrin) samanborið við þá sem hafa einungis langvinna bólgu, ($p<0,05$), og einnig hjá þeim sem hafa langvinna bólgu borið saman við þá sem hafa virka bólgu, ($p<0,01$). Ekki var marktækur munur á gildum saltsýruvaka milli *H. pylori* jákvæðra og neikvæðra. Það er marktækt hærra gildi saltsýruvaka hjá þeim sem hafa saltsýrufrumumótefni, ($p<0,001$). Enginn munur var á gildum saltsýruvaka hjá þeim sem voru án eða með skjaldkirtilsmótefni.

[1]Lyflækningadeild og [2]speglunardeild FSA, [3]FSA, [4]FSA.

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Nick Cariglia, speglunardeild FSA, *nick@fsa.is*

Lykilorð: *magabolsbólga, Helicobacter pylori, saltsýruvaki, saltsýrufrumumótefnavaki.*

ENGLISH SUMMARY

Elvarsson F, Cariglia N, Hauksson IÞ, Þorgeirsson Þ

Corpus gastritis – Helicobacter Pylori - Gastrin

Læknablaðið 2006; 92: 13-8

Objective: Corpus gastritis is a common diagnosis. Studies have shown that about 25% of patients that undergo gastroscopy receive this diagnosis. This study was undertaken to investigate ethiological associations in patients with corpus gastritis in our northern Icelandic population.

Material and methods: Patients who had had a histological diagnosis of chronic corpus gastritis between the years of 1994 to1998 were retrieved from the computer files of the department of pathology. In all 172 patients fulfilled the Sydney pathological criteria. Pathology review was performed by the same pathologist. Blood samples were also taken for variable serology and a urea breath test for *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) was performed.

Results: Mean age 71 year old (24-99 year).Males were 57%. *H. pylori* infection was diagnosed in 39%. There appears to be a relationship between active gastritis and *H. pylori* positivity, especialy if there was only chronic gastritis without atrophy or metaplasia. Atrophy was significanty greater if anti-parietal antibody was present. No connections were found between anti-parietal antibody and anti-microsomal antibody. There was significantly higher mean gastrin levels in patients with atrophy or metaplasia compared with only chronic gastritis ($p<0.05$), present also in patients with chronic gastritis vs active gastritis ($p<0.01$). There was no difference in mean gastrin levels between *H. pylori* positive and *H. pylori* negative patients. Significantly higher mean gastrin levels were seen in patients with anti-parietal antibody ($p<0.001$). No difference was found in mean gastrin levels between patients with or with out antimicrosomal antibody.

Conclusions: There is a high probability that corpus gastritis and related complications are related to *H. pylori* infection in a large proportion of our population. Serum gastrin may well be a predictor of the histological grading of the chronic gastritis. We did not see a relationship with antimicrosomal activity.

Key words: *atrophic corpus gastritis, Helicbacter pylori, gastrin, parietal cell antibody.*

Correspondance: Fjölnir Elvarsson, *fjolnir@fsa.is*, Nick Cariglia, *nick@fsa.is*

Ályktun: Sterkar líkur eru á því að *H. pylori* eigi þátt í myndun magabolsbólgu og tengdum fylgikvillum í stórum hluta okkar sjúklinga. Hugsanlegt er að gildi saltsýruvaka segi til um vefjafræðilega stigun magabolsbólgu. Ekki fundust tengsl við skjaldkirtilsmótefni.

Inngangur

Magabólga er algengt vandamál og má búast við að um það bil 10% fullorðinna fái einkennagefandi magasár einhvern tíma á ævinni (1). Undirliggjandi orsök sárs er bráð eða langvinn bólga í slímhúð magans. Líkur eru á að eftir að sár greinist fylgi langur tími þar sem sjúklingur hefur einkenni frá meltingarfærum með hléum. Talið er að allt að 90% skeifugarna- og magasára hjá sjúklingum sem ekki eru á bólgueyðandi gigtarlyfjum komi til vegna langvinnrar magabólgu orsökuð af *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) (1). Oftast leggst bólga og sárasjúkdómur á forhelli magans (antrum) eða skeifugörn. Hafa fjölmargar rannsóknir verið gerðar á orsökum og myndun magabólgu. Flestar takmarkast þó við breytingar í neðri hluta magans og skeifugörn. Nokkrar sjúkdómsmyndir tengjast bólgu í miðhluta magans en líklegt er að þær bólgur séu tengdar uppkomu bólgu í forhelli. Vel er þekkt sú gerð magabólgu sem sleppir forhelli magans og leggst einkum á magabol (corpus) og er af völdum sjálfsnæmingar (autoimmune gastritis). Lengi vel hefur magabolsbólga með visnun (atrophic corpus gastritis) verið talinn sjálfsnæming þar sem myndast mótefni gegn saltsýrufrumum magans. Síðast liðin ár hefur færst í vöxt að rannsaka sérstaklega bólgu í magabol með tilliti til tíðni, orsaka og greiningarprófa. Nú er vel þekkt að *H. pylori* eigi þátt í meingerð á langvinnri magabólgu og svo síðar meir visnun á slímhúð magans (2-4), hjá allt að helmingi sjúklinga ef ómeðhöndlaðir (5). Þetta hefur svo að öllum líkindum í för með sér aukna hættu á magakrabbameini (6-8). Rannsóknir hafa sýnt að um þriðjungur sjúklinga með magabolsbólgu með visnun hafi *H. pylori* sýkingu á vefjasýni (2). 50%-80% sjúklinga með magabolsbólgu auk visnunar hafa merki sýkingar einungis í sermi (9,10) en allt að 2/3 þessara sjúklinga hafi einhver merki *H. pylori* sýkingu, vefjafræðilega og/ eða í sermi (9). Einnig hafa rannsóknir sýnt að sjúklingar með magabolsbólgu auk visnunar hafi hátt fastandi saltsýruvaka og saltsýrufrumumótefni í sermi (2, 9, 11) og ennfremur að breytingar á bólgu og magavisnun geti gengið til baka svo og starfræn próf ef *H. pylori* sýking er meðhöndluð (2, 12-15).

Margir sjúklingar fá greininguna magabolsbólga og hafa erlendar rannsóknir sýnt að allt að 25% sjúklinga sem fara í magaspeglun fái þessa greiningu (2, 11). Margir þessara sjúklinga frá hins vegar ekki einkenni fyrr en járn og B12 skortur kemur fram með tilheyrandi blóðleysi. Talið er að ferlið geti tekið allt að 20-30 ár og greinast sjúklingar því oft seint (16). Markmið þessarar rannsóknar var að skoða sjúkling með greininguna magabolsbólga með tilliti til áhættuþátta hér á landi og tengsl þeirra við breytingar á slímhúð magabols.

Efniviður og aðferðir

Sjúklingar voru valdir inn í rannsóknina úr tölvuskrá vefjasýna sem komu á árunum 1994-98 á meinafræðideild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri (FSA). Um var að ræða vefjasýni frá magabol. Þurftu sýnin að uppfylla greininguna langvinn bólga samkvæmt Lykilbók Snowmed P-1340 T-63500 M (M, morphology) eða númer 40000, 42100, 43000, 58000, 58010, 73320 (tafla 1) auk vefjaskilmerkja Sydney (29). Skilmerki fyrir magabolsbólgu var djúpsækin langvinn bólgufrumuíferð í slímhúð magans, með eða án visnunar eða vefjaummyndun.

Tafla I. *Úr lykilbók Snowmed.*

P1340	Biopsy Endoscopic
T63500	Stomach Corpus
M40000	Inflammation NOS
M42100	Innflammation, active, chronic
M43000	Inflammation, chronic, nos
M58000	Atrophy-nos
M58010	Atrophic Gastritis (primary atrophy)
M73320	Metaplasia Intestinal

Sýni frá 172 sjúklingum uppfylltu ofangreind skilyrði. Sjúklingum var boðin þátttaka í rannsókninni á árunum 1999-2001.108 sjúklingar samþykktu að taka þátt, 64 sjúklingar voru ekki notaðir í rannsóknarniðurstöður meðal annars vegna: fyrri aðgerða á maga (11), einstaklingar látnir (19), blóðsýni skiluðu sér ekki (8), vefjasýni reyndust of yfirborðslæg eða bólgan einungis grunnsækin (13), það náðist ekki í sjúklinga (6) eða sjúklingar vildu ekki taka þátt (7).

Í öllum þátttakendum var mælt í sermi saltsýruvaki (viðmiðunarmörk < 80 ng/L), saltsýrufrumumótefni og skjaldkirtilsmótefni. Til greiningar á *H. pylori* sýkingu var gert Urea breath test (Iris 13 c Breath Analyzer Wagner Bremen), CLO test (Ballaed medical products, Utah, USA) og mæld mótefni gegn *H. pylori* í sermi (Elisa sýkladeild Landspítala). Sjúklingur var álitinn vera með *H. pylori* sýkingu ef eitt eða fleiri þessarra prófa voru jákvæð. Mótefnamælingarnar eru framkvæmdar

á ónæmisfræðideild Landspítala. Fyrir saltsýrufrumumótefni er stuðst við próf frá tilraunastöð Háskóla Íslands í meinafræði (Keldum) eða ANA (anti nuclear antibody) skimpróf með líffærum (meðal annars maga) úr karl rottu, einnig er notað ELISA (ensyme linked immunofluorecence assay) próf (Varlisa frá Pharmacia og Upjohn). Fyrir skjaldkirtilsmótefni eru einnig notuð ELISA próf (Thymune-M og Thymune-T frá Murex) og fyrir saltsýruvaka mælingar er stuðst við RIA (radio immuno assay) mælingu með svokallaðri double antibody gastrin aðferð (Varelisa frá Diagnostic Products Corporation).

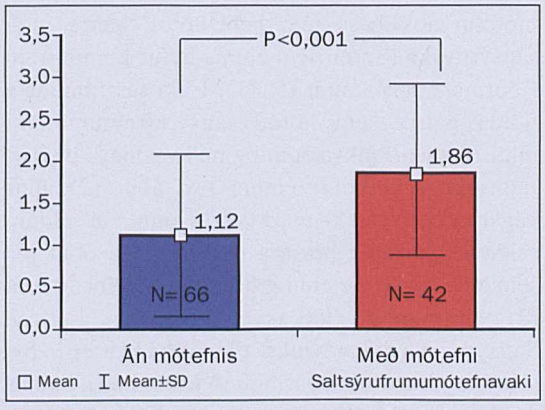
Tölfræðiniðurstöður voru fengnar með chi squared og t- test.

Siðanefnd FSA samþykkti rannsóknina og upplýst samþykki sjúklinga var fengið.

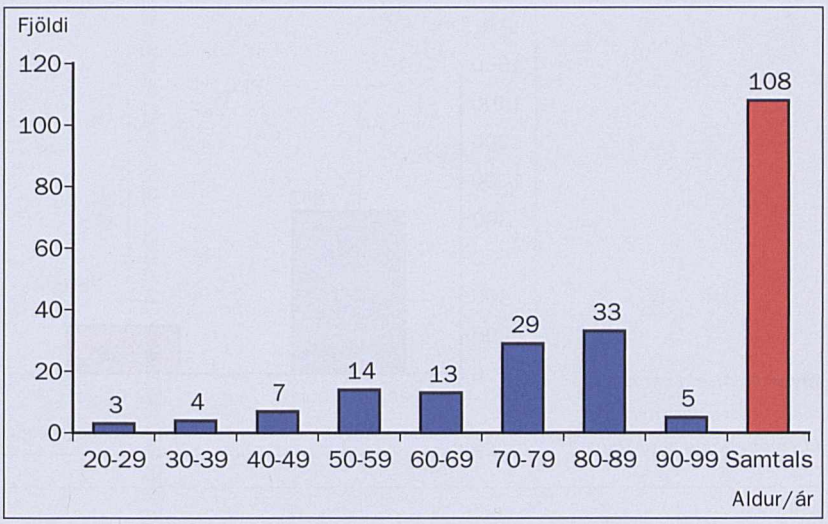
Niðurstöður

Alls voru 108 sjúklingar gjaldgengir í rannsóknina. Helstu ástæður speglana voru: meltingartruflun (dyspepsia), kviðverkir, blóðleysi (járnskortur, B 12 skortur), jákvætt saursýnir fyrir blóði, lystarleysi. Meðalaldur var 71 ár og voru karlar 57%, aldursdreifing sýnd í mynd 1. Hjá 107 sjúklingum var mælt mótefni fyrir *H. pylori* í sermi og reyndust 49 (45,8%) jákvæðir. Í Urea breath test fóru 107 sjúklingar og voru 44 (41,1%) jákvæðir. Hjá 84 sjúklingum var tekið Clo test og voru 23 (27,4%) jákvæðir.

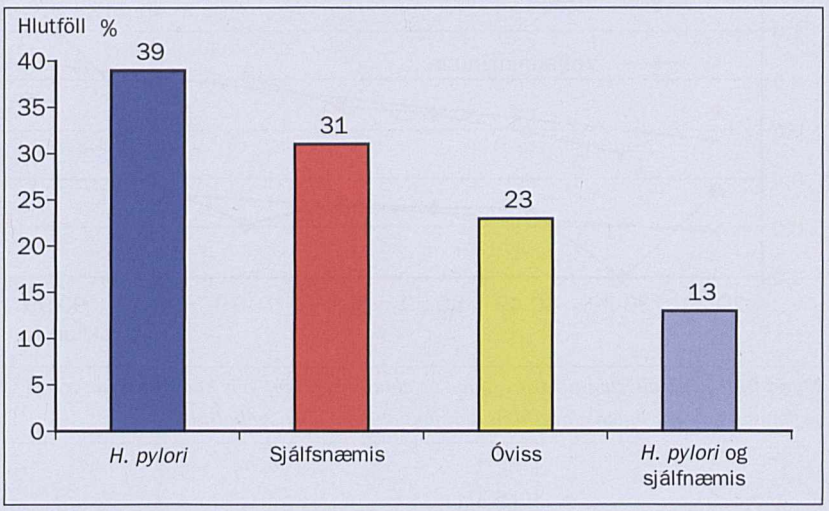
Algengustu áhættuþættir fyrir magabolsbólgu reyndust vera *H. pylori* (39%), sjálfsnæming (31%) eða blanda af hvoru tveggja, mynd 2. Nokkur fylgni reyndist vera á milli virkrar bólgu og að vera *H. pylori* jákvæður, einkum ef einungis er til staðar langvinn magabólga án visnunar eða vefjaummyndun. Magabolsvisnun reyndist marktækt meiri ef til staðar var saltsýrufrumumótefni, mynd 3. Engin tengsl reyndust á milli saltsýrufrumumótefna og skjaldkirtilsmótefna. Ekki



Mynd 3. *Meðaltalsgráða visnunar er marktækt hærri ef mótefni eru til staðar.*

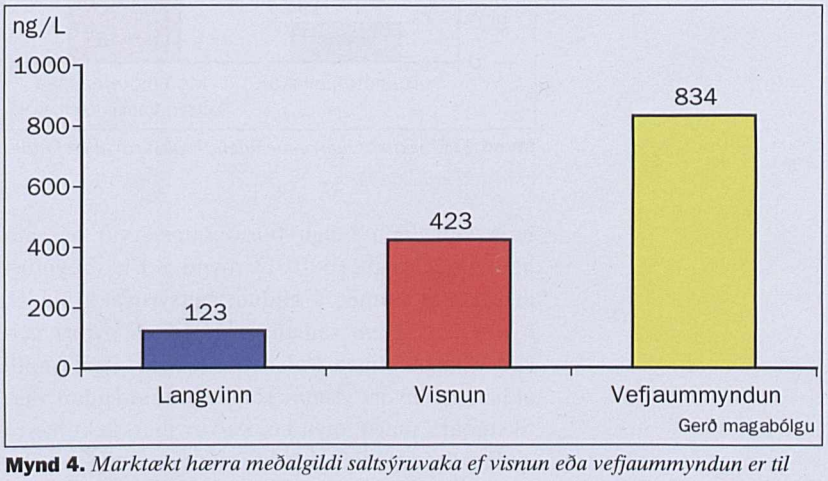


Mynd 1. *Aldursdreifing 108 sjúklinga í rannsóknarhópi.*

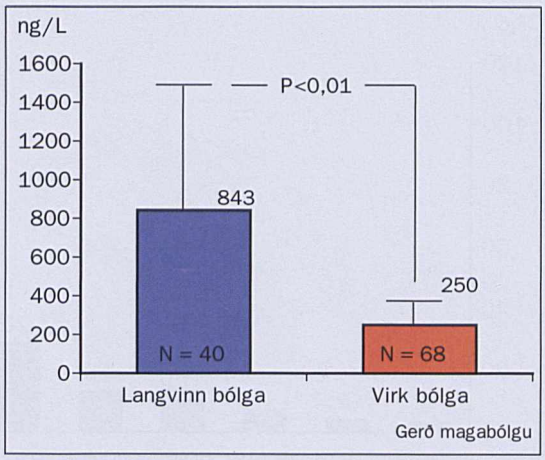


Mynd 2. *Algengustu áhættuþættir magabolsbólgu í rannsókninni.*

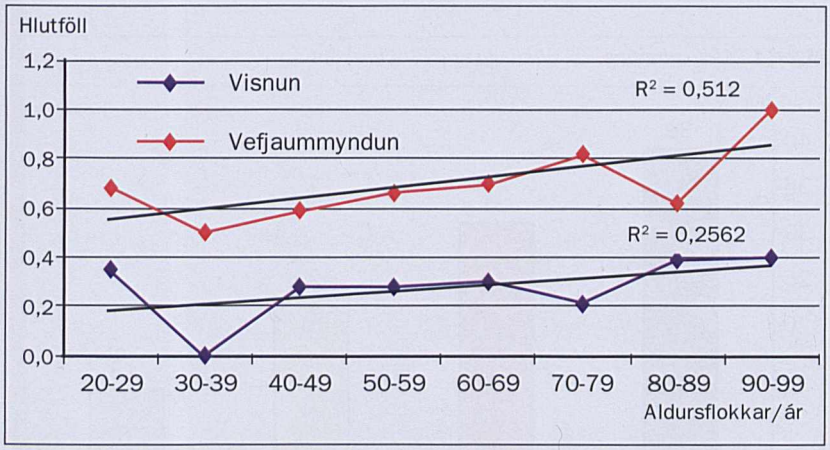
reyndist vera marktækur munur á saltsýrufrumumótefnum milli *H. pylori* jákvæðra og neikvæðra. Einstaklingar með magabolsvisnun eða vefjaummyndun hafa hærra meðaltalsgildi saltsýruvaka samanborið við þá sem hafa einungis langvinna bólgu, ($p<0,05$), mynd 4, og einnig hjá þeim sem



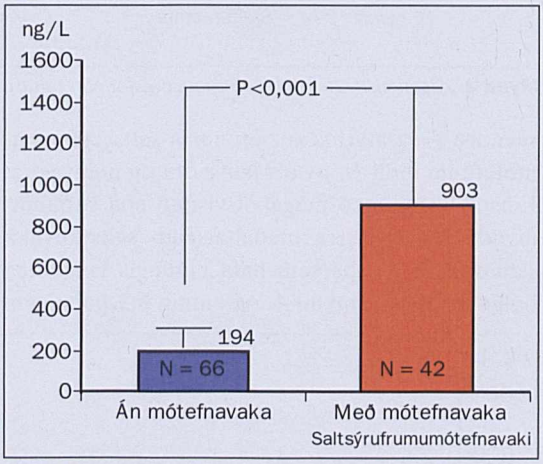
Mynd 4. *Marktækt hærra meðalgildi saltsýruvaka ef visnun eða vefjaummyndun er til staðar, $p<0,05$.*



Mynd 5. *Marktækt hærra meðalgildi saltsýruvaka ef langvinn bólga er til staðar.*



Mynd 6. *Fylgni milli slímhúðarbreytinga og aldurs. Myndin sýnir hlutföll visnunar og vefjaummyndunar innan aldurshóps hjá sjúklingum með magabolsbólgu.*



Mynd 7. *Marktækt hærra meðalgildi saltsýruvaka ef mótefnavaki er til staðar.*

hafa langvinna bólgu borið saman við þá sem hafa virka bólgu, ($p<0,01$), mynd 5. Ekki reyndist marktækur munur á gildum saltsýruvaka hjá *H. pylori* jákvæðum samanborið við H. pylori neikvæða einstaklinga. Það reyndist vera fylgni á milli aldurs og hvort visnun eða vefjaummyndun væri til staðar í maga, mynd 6. Það er marktækt hærra gildi saltsýruvaka hjá þeim sem eru með saltsýrufrumumótefni, ($p<0,001$), mynd 7.

Umræða

Magabolsbólga með visnun er algeng greining og allt að 25% sjúklinga sem fara í magaspeglun fá þessa greiningu. Langvarandi bólga í magabolsslímhúð af völdum *H. pylori* getur valdið mótefnamyndun gegn saltsýrufrumum og eyðingu þeirra (3, 17-20) hjá allt að 20-30% *H. pylori* sýktra (21). Þannig getur skapast ástand með lágu sýrustigi og visnun slímhúðar auk vefjaummyndunar með hættu á myndun krabbameins í maga. Slíkt ástand getur viðgengist í langan tíma þar sem sjúklingar eru oft einkennalausir þar til blóðleysi eða einkenni frá meltingarfærum koma fram. Áður fyrr var talið að aðalorsök fyrir mótefnamyndun væri sjálfsnæmissjúkdómur sem leiddi til blóðkornafárs (penicious anemia) (16). Rannsóknir hafa nú sýnt að langvarandi sýking af *H. pylori* skiptir hér einnig máli en þessi baktería er nú flokkuð sem krabbameinsvaki (carcinogenic) af Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni (WHO) og því talið mikilvægt að uppræta sýkingar af völdum hennar. Einnig hefur verið sýnt fram á að *H. pylori* sé áhættuþáttur fyrir magakrabbameini hjá ungum fullorðnum (22, 23). Tíðni *H. pylori* sýkingar í sjúklingum með magabolsbólgu gæti verið vanmetin ef einungis er stuðst við vefjasýnatökur og hægt að auka nákvæmni greiningar ef einnig eru notuð sermispróf (10).

Rannsóknir hafa sýnt að *H. pylori* sé einn aðal áhættuþáttur fyrir magabolsbólgu (2, 9, 10) en í okkar sjúklingahóp reyndist það vera 39% sem er þó meira en hefur sést í öðrum rannsóknum. Einnig var saltsýrufrumumótefni algengur áhættuþáttur, 31%. Þessi rannsókn gefur okkur hugmynd um áhættuþætti magabolsbólgu. Ekki er hægt að draga of miklar ályktanir af þessu þar sem ekki er um slembiúrtak allra íbúa upptökusvæðis að ræða og því líkur á að skekkja geti verið til staðar þar sem sjúklingar voru einungis speglaðir vegna einkenna.

Í þessari rannsókn reyndist visnun magaslímhúðar meiri hjá þeim sem höfðu saltsýrufrumumótefni auk þess sem þeir höfðu hærra gildi saltsýruvaka í sermi sem einnig hefur komið fram í öðrum rannsóknum (5, 11). Ekki sást munur á fjölda þeirra sem höfðu saltsýrufrumumótefni milli *H. pylori* jákvæðum og neikvæðum í þessari rannsókn sem hefur einnig sést áður (2), hins vegar reyndist ekki marktækur munur á gildum saltsýruvaka milli þessara tveggja hópa ólíkt því sem ætla mætti og einnig hefur verið sýnt fram á (2) og höfum við ekki ákveðna skýringu á þessu. Saltsýruvakagildi reyndist einnig hækka eftir því sem breytingar á magaslímhúð urðu meiri, það er frá langvinnri bólgu til visnunar og svo vefjaummyndunar. Þetta samrýmist þeim hugmyndum

að með langvinnri sýkingu af *H. pylori* og bólgu í kjölfarið verði rýrnun á magaslímhúð með eyðingu saltsýrufruma. Þannig lækkar sýrustig magans og hömlun á myndun saltsýruvaka og losun minnkar með tilheyrandi hækkun á gildi þess í sermi. Það að fylgni sé á milli aldurs og slímhúðarbreytinga styður þá hugmynd að þessar breytingar gerist á löngum tíma. Það hefur verið talið að tengsl séu milli blóðkornafárs og annarra sjálfsnæmissjúkdóma, svo sem í skjaldkirtli, nýrnahettum og sykursýki (16). Í okkar rannsókn sáust engin tengsl milli saltsýrufrumumótefnavaka og skjaldkirtilsmótefnavaka en slíkt hefur einnig sést í öðrum rannsóknum (2).

Hugsanlega er hægt að nota saltsýruvakagildi til að segja til um vefjafræðilega stigun á magabolsbólgu og hverja skal taka til speglunar og jafnvel til að fylgja eftir árangri að lokinni upprætingarmeðferð og meta hverja þurfi að spegla aftur. Ein rannsókn hefur sýnt að sermispróf séu ekki nægilega góð til að meta árangur upprætingarmeðferðar og speglun sé betri kosturinn (12). Þar sem hætta á magakrabbameini er fyrir hendi hjá sjúklingum með magabolsbólgu auk visnunar er nauðsynlegt að fylgja þeim eftir. Sýnt hefur verið fram á að með speglun á tveggja til fjögurra ára fresti, háð gráðu misvaxtar (dysplasia), sé hægt að greina forstigsbreytingar krabbameins (24, 25). Hugsanlega er hægt að nota sermispróf, svo sem saltsýruvaka, til að segja til um vefjafræðilega stigun samanber okkar niðurstöður en slíkt þarf að rannsaka betur.

Áhætta á myndun magakrabbameins hjá sjúklingum með magabolsbólgu *H. pylori* auk visnunar magaslímhúðar á Íslandi er ekki þekkt en rannsóknir erlendis hafa sýnt áhættu (relative risk) frá 5 til 8,7, háð staðsetningu og gráðu visnunar (26-28). Auk þessa hefur sést hærri tíðni magakrabbameins hjá fyrstu gráðu ættingjum *H. pylori* jákvæðra sjúklinga með magabolsbólgu (2). Hvort hið sama er hér á landi er tilefni til frekari rannsóknar.

Þakkir

Ásgeiri Theodórs, meltingarsérfræðingi á St. Jósefsspítala eru færðar þakkir fyrir framkvæmd blásturspróf a fyrir *Helicobacter pylori*, Wyeth Lederle fyrir rannsóknarstyrk og Guðjóni Kristjánssyni meltingarsérfræðingi á lyflækningadeild FSA fyrir yfirlestur.

Heimildir

1. Chey WD. Scheinman JM. Peptic ulcer disease. In: Friedman SL. McQuaid KR. Grendell JH. eds. Current Diagnosis & Treatment in Gastroenterology. 2nd ed. New York: McGraw-Hill 2003: 324-6.
2. Annibale B, Marignani M, Azzoni C, D Ambra G, Caruana P, D Adda T, et al. Atrophic body gastritis: Distinct features associated vith *Helicobacter pylori* infection. Helicobacter 1997; 2: 57-64.
3. Valle J, Kekki M, Sipponen P, Ihamaki T, Siurala M. Long-term course and consequences of *Helicobacter pylori* gastritis. Result of a 32 year follow-up study. Scand J Gastroenterology 1996; 31: 546-50.
4. Sakaki N, Kozawa H, Egawa N, Tu Y, Sanaka M. Ten year prospective follow-up study on the relationship between *Helicobacter pylori* infection and progression of atrophic gastriti, particularly assessed by endoscopic findings. Aliment Pharmacol Therapeut 2002; 16: 198-203.
5. Sipponen P, Harkönen M, Alanko A, Suovaniemi AO. Diagnosis of atrophic gastritis from a serum sample. Clin Lab 2002; 48: 505-15.
6. Weinstein WM. Other types of gastritis and gastropathies. In: Sleisenger MH, Fordtran JS, eds. Gastrointestinal Disease, 6 th edn. Philadelphia: WB Saunders 1998: 711-32.
7. Asaka M, Kato M, Kudo M, Katagiri M, Nishikawa K, Yoshida J, et al. Relationship between *Helicobacter pylori* infection, atrophic gastritis and gastric carcinoma in a Japanese population. Eur J Gastroenterol Hepatol 1995; 7 Suppl. 1: S7-10,.
8. Wang J, Chi DS, Kalin GB, Sosinski C, Miller LE, Burja I, et al. *Helicobacter pylori* infection and oncogene expression in gastric carcinoma and its precurson lesions. Digest Dis Sci 2002; 47: 107-13.
9. Annibale B, Negrini R, Caruana P, Lahner E, Grossi C, Bordi C, et al. Two-third of atrophic body gastritis patients have evidence of *Helicobacter pylori* infection. Helicobacter 2001; 2: 225-33.
10. Kokkola A, Rautelin H, Puolakkainen P, Sipponen P, Farkkila M, Haapiainen R, et al. Diagnosis of *Helicobacter pylori* infection in patients with atrophic gastritis: Comparison of Histology, C-13- urea breath test and serolog. Scand Uni Press 2000; 2: 138-41.
11. Oksanen A, Sipponen P, Karttunen R, Miettinen A, Veijola L, Sarna S, et al. Atrophic gastritis and *Helicobacter pylori* infection in outpatients referred for gastroscopy. Gut 2000; 46: 460-3.
12. Lahner E, Bordi C, Di Giulio E, Caruana P, D Ambra G, Milione M, et al. Role of *Helicobacter pylori* serology in atrophic body gastritis after eradication treatment. Aliment Pharmacol Ther 2002; 16: 507-14.
13. Annibale B, Di Giulio E, Caruana P, Lahner E, Capurso G, Bordi C, et al. The long-term effects of cure of *Helicobacter pylori* infection on patients with atrophic body gastritis. Aliment Pharmacol Ther 2002; 16; 1723-31.
14. Yamana T, Miwa H, Fujino T, Hirai S, Yokoyama T, Sato N. Improvement of gastric atrophy after *Helicobacter pylori* eradication therapy. J Clin Gastroenterol 2003; 36: 405-10.
15. Ito M, Haruma K, Kamada T, Mihara M, Kim S, Kitadai Y, et al. *Helicobacter pylori* eradication threapy improves atrophic gastritis and intestinal metaplasia: a 5 year prospective study of patients with atrophic gastritis. Aliment Pharmacol Ther 2002; 16: 1449-56.
16. Toh BH, van Driel IR, Gleeson PA. Pernicious anemia, review article. New Engl J Med 1997; 337: 1441-8.
17. Negrini R, Lisato L, Zanella I, Cavazzini L, Gullini S, Villanacci V, et al. *Helicobacter pylori* infection induces antibodies cross-reacting with human gastric mucosa. Gastroenterol 1991; 101: 437-45.
18. Ma JY, Borch K, Mardh S. Human gastric H,K-adenosin triphosphatase beta-subunit is a major autoantigen in atrophic corpus gastritis. Expression of the recombinant human glycoprotein in insect cells. Scand J Gastroenterol 1994; 29: 790-4.
19. Beil W, Birkholz C, Wagner S, Sewing KF. Interaction of *Helicobacter pylori* and its fatty acids with parietal cells and gastric H+/K(+) –ATPase. Gut 1994; 35: 1176-80.
20. Negrini R, Savio A, Poiesi C, Appelmelk BJ, Buffoli F, Paterlini A, et al. Antigenic mimicry between *Helicobacter pylori* and gastric mucosa in the pathogenesis of body atrophic gastritis. Gastroenterol 1996; 111: 655-65.
21. Bergman MP, Vandenbroucke-Grauls CM, Appelmelk BJ, D'Elios MM, Amedei A, Azzurri A, et al. The story so far: *Helicobacter pylori* and gastric autoimmunity. [Review]. Intern Rev Immunol 2005; 24: 63-91.
22. Kokkola A, Valle J, Haapiainen P, Sipponen P, Kivilaakso E, Puolakkainen P. *Helicobacter pylori* infection in young patients with gastric carcinoma. Scand J Gastroenterol 1996; 31: 643-7.
23. Haruma K, Komoto K, Kamada, Ito M, Kitadai Y, Yoshihara M, et al. *Helicobacter pylori* infection is a major risk factor for gastric carcinoma in young patients. Scand J Gastroenterol 2000; 35: 255-9.
24. Kokkola A, Haapiainen R, Laxen F, Puolakkainen P, Kivilaakso E, Virtamo J, et al. Risk of gastric carcinoma in patients with mucosal dysplasia associated with atrophic gastritis: a follow up stydy. J Clin Pathol 1996; 49: 979-84.

25. Lahner E, Caruana P, D Ambra G, Ferrano G, Di Giulio E, Delle Fave G, et al. First endoscopic-histologic follow-up in patients with body-predominant atrophic gastritis: when should it be done? Gastrointest Endoscopy 2001; 53: 443-8.
26. Jedrychowski W, Popiela T, Boeing H, Warnest S, Matyja A, Gryglewski A, et al. A clinico-epidemiological stydy on gastritis in gastric carcinoma and in non-cancerous gastric pathology in Poland. Rev Environmental Health 1997; 12: 117-24.
27. Kato I, Tominaga S, Ito Y, Kobayashi S, Yoshii Y, Matsuura A, et al. A prospective study of atrophic gastritis and stomach cancer risk. Jap J Canc Res 1992; 83: 1137-42.
28. Tatsuta M, Iishi H, Nakaizumi A, Okuda S, Taniguchi H, Hiyama T, et al. Fundal atrophic gastritis as a risk factor for gastric cancer. Intern J Canc 1993; 53: 70-4.
29. Odze R. Surgical pathology of the GI tract, liver, biliary tract and pancreas. 1 st. edn. Pennsylvania: Saunders 2004: 144.

Imigran Radis; R, E, N02CC01
Töflur: Hver tafla inniheldur 50 mg eða 100 mg súmatriptan (sem súmatriptansúkkínat).
Ábendingar: Imigran Radis töflur eru ætlaðar til meðferðar á mígreniköstum, með eða án fyrirboðaeinkenna. **Skammtar og lyfjagjöf:** Imigran Radis töflur eru ekki ætlaðar til varnandi meðferðar. Það er ráðlegt að Imigran Radis sé tekið við fyrstu merki um mígrenikast en það getur hjálpað þó það sé tekið síðar. **Fullorðnir:**Ráðlagður skammtur handa fullorðnum er ein 50 mg tafla. Sumir sjúklingar geta þó þurft 100 mg.Ef fyrsti skammtur verkar ekki ættu sjúklingar ekki að taka annan skammt við sama kastinu. Það má taka Imigran Radis töflur við síðari köstum .Ef fyrsti skammturinn verkar en einkenni koma fram á nýjan leik, má taka annan skammt innan 24 klst., svo framarlega að ekki séu tekin meira en 300 mg á 24 klst. tímabili.Töflurnar á að gleypa heilar með vatni. Sjúklingar sem eiga erfitt með að kyngja töflunum geta leyst þær upp í litlu magni af vatni, fyrir inntöku. Slík blanda er beisk á bragðið. **Börn (yngri en 18 ára)** Öryggi og virkni súmatriptans hjá börnum hafa ekki verið metin. **Aldraðir (eldri en 65 ára)** Takmörkuð reynsla er af notkun súmatriptans hjá sjúklingum eldri en 65 ára. Ekki er verulegur munur á lyfjahvörfum hjá eldri sjúklingum annars vegar og yngri hins vegar en þar til frekari klínískar upplýsingar liggja fyrir er ekki mælt með notkun súmatriptans hjá sjúklingum eldri en 65 ára. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Það má ekki gefa súmatriptan sjúklingum sem hafa fengið kransæðastíflu eða hafa blóðþurrðarhjartasjúkdóm (IHD), hjartaöng/krampa í kransæðum, blóðrásartruflanir í útlimum eða sjúklingum sem hafa einkenni sem benda til blóðþurrðarhjartasjúkdóms. Það má ekki að gefa súmatriptan sjúklingum sem fengið hafa heilablóðfall (CVA) eða tímabundna blóðþurrð í heila (TIA). Það má ekki gefa súmatriptan sjúklingum með ómeðhöndlaðan háþrýsting. Það má ekki gefa súmatriptan sjúklingum með alvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi. Það má ekki nota súmatriptan samtímis ergotamíni eða ergotafleiðum (þ.m.t. metýlsergíð). Það má ekki nota súmatriptan samtímis MAO hemlum. Það þurfa að líða tvær vikur eftir að notkun MAO hemla er hætt áður en súmatriptan er notað. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Það á einungis að nota sumatriptan þegar greining á mígreni hefur verið staðfest. Súmatriptan er ekki ætlað til meðhöndlunar á heilastofns-, helftarlömunar- eða augnvöðvalömunarmígreni. Eins og á við um aðra bráðameðferð við mígreni, þarf að gæta þess að útiloka aðra taugasjúkdóma sem gætu verið alvarlegir, áður en höfuðverkur er meðhöndlaður hjá sjúklingum sem ekki hafa áður verið greindir með mígreni eða hjá mígrenisjúklingum sem fá óvenjuleg einkenni. Það skal haft í huga að mígrenisjúklingum getur verið hættara við að fá suma heilasjúkdóma (t.d. heilablóðfall, tímabundna blóðþurrð í heila). Við notkun súmatriptans geta komið fram tímabundin einkenni eins og verkur fyrir brjósti og þrýstingstilfinning, sem getur verið töluverð og leitt upp í háls . Þegar slík einkenni eru talin benda til blóðþurrðarhjartasjúkdóms ber að gera viðeigandi rannsóknir. Það á ekki að gefa súmatriptan sjúklingum sem eru líklegir til að hafa ógreindan hjartasjúkdóm nema að undangenginni rannsókn. Dæmi um slíka sjúklinga eru konur eftir tíðahvörf, karlmenn eldri en 40 ára og sjúklingar í áhættuhóp fyrir kransæðasjúkdóm. Hinsvegar er ekki tryggt að slíkar rannsóknir greini alla hjartasjúklinga og örfá dæmi eru um hjartaáföll hjá sjúklingum án undirliggjandi hjartasjúkdóms. Gæta þarf varúðar þegar súmatriptan er gefið sjúklingum með meðhöndlaðan háþrýsting þar sem tímabundin hækkun blóðþrýstings og aukning viðnáms í blóðrásinni hafa greinst hjá einstaka sjúklingi. Síðan lyfið kom á markað hefur sjaldgæfum tilfellum verið lýst þar sem sjúklingar hafa fundið fyrir máttleysi, auknum sinaviðbrögðum og truflun á samhæfingu eftir notkun á sértækum serótónín-endurupptökuhemlum og súmatriptani. Ef þörf er á samtímis notkun súmatriptans og serótónín-endurupptökuhemla er ráðlegt að viðhafa viðeigandi eftirlit með sjúklingnum. Aðgátar er þörf þegar súmatriptan er gefið sjúklingum með sjúkdóma sem geta haft marktæk áhrif á frásog, umbrot eða útskilnað lyfsins, t.d. skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi. Aðgátar er þörf þegar súmatriptan er gefið sjúklingum með sögu um flogaveiki eða aðrar afmarkaðar skemmdir í heila sem lækkað geta krampaþröskuld. Sjúklingar með ofnæmi fyrir súlfónamíðum geta fengið ofnæmisviðbrögð eftir notkun súmatriptans, allt frá ofnæmisviðbrögðum í húð að ofnæmislosti. Sannanir fyrir krossofnæmi eru takmarkaðar en samt ætti að gæta varúðar þegar súmatriptan er gefið þessum sjúklingum. Ekki ætti að nota stærri skammta af Imigran Radis en ráðlagðir eru. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Það hefur ekki verið sýnt fram á milliverkanir við própranólól, flúnarizín, pízótífen eða alkóhól. Greint hefur verið frá langvarandi æðasamdrætti af völdum ergotamíns. Þar sem þessi áhrif gætu aukist þurfa að líða 24 klst. áður en taka má súmatriptan á eftir lyfi sem inniheldur ergotamín. Af sömu ástæðu má ekki taka lyf sem innihalda ergotamín fyrr en að 6 klst liðnum frá töku súmatriptans. Milliverkun getur átt sér stað á milli súmatriptans og MAO hemla og því má ekki nota lyfin samtímis. Sjaldan geta átt sér stað milliverkanir á milli súmatriptans og serótónín-endurupptökuhemla. **Aukaverkanir:** Aukaverkanir hafa verið flokkaðar á eftirfarandi hátt eftir líffærakerfum og tíðni: Tíðnin er skilgreind sem: Mjög algengar (1/10), algengar 1/100, <1/10), sjaldgæfar (1/1000, <1/100), mjög sjaldgæfar (1/10.000, <1/1000), örsjaldan koma fyrir (<1/10.000) þar með talin einstök tilvik. Upplýsingar úr klínískum rannsóknum eru áætlaðar. Hafa skal í huga að ekki var tekið tillit til grunntíðni í samanburðarhópum. Upplýsingar um aukaverkanir lyfsins eftir að það kom á markað byggja á tíðni aukaverkanatilkynninga frekar en raunverulegri tíðni. **Klínískar rannsóknir: Taugakerfi:** *Algengar:* Náladofi, svimi, syfja. **Æðar:** *Algengar:* Tímabundin hækkun blóðþrýstings sem kemur fram skömmu eftir gjöf lyfsins. Roði. **Meltingarfæri:** *Algengar:* Ógleði og uppköst komu fram hjá sumum sjúklingum en orsakatengsl við súmatriptan eru ekki þekkt. **Stoðkerfi, stoðvefur, bein:** Eftirfarandi einkenni er venjulega tímabundið og getur verið svæsið og getur náð til allra líkamshluta, þ.m.t. brjósts og háls. *Algengar* Þyngslatilfinning. **Almennar aukaverkanir og ástand tengt íkomuleið:** Eftirfarandi einkenni eru venjulega tímabundin og geta verið töluverð og geta náð til allra líkamshluta, þ.m.t. brjósts og háls. *Algengar:* Verkur, hita-, þrýstings- eða þrýstingstilfinning. Eftirfarandi einkenni eru venjulega tímabundin og væg eða miðlungi slæm: *Algengar:* Máttleysi, þreyta. **Rannsóknaniðurstöður:** *Örsjaldan koma fyrir:* Einstaka sinnum hefur orðið vart við lítilsháttar truflanir á lifrarprófum. **Eftir að lyfið kom á markað: Ónæmiskerfi:** *Örsjaldan koma fyrir:* Ofnæmisviðbrögð, allt frá viðbrögðum í húð til sjaldgæfra tilfella ofnæmislosts. **Taugakerfi:** *Örsjaldan koma fyrir:* Krampar. Þó í sumum þessara tilfella hafi verið um að ræða sjúklinga sem annaðhvort hafa áður fengið flog eða aðstæður verið þannig að auknar líkur væru á flogum, þá voru einnig tilfelli þar sem ekki var vitað um slíka undirliggjandi þætti. Augntin, flygsur fyrir augum. **Augu:** *Örsjaldan koma fyrir:* Flökt, tvísýni, skert sjón. Sjónleysi (venjulega tímabundið). Hinsvegar geta sjóntruflanir átt sér stað í sjálfu mígrenikastinu. **Hjarta:** *Örsjaldan koma fyrir:* Hægur hjartsláttur, hraður hjartsláttur, hjartsláttarónot, hjartsláttartruflanir, tímabundnar blóðþurrðarbreytingar á hjartalínuriti, krampar í kransæðum og kransæðastífla (sjá 4.3 Frábendingar og 4.4 Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun). **Æðar:** *Örsjaldan koma fyrir:*Lágur blóðþrýstingur, Raynauds fyrirbæri. **Meltingarfæri:** *Örsjaldan koma fyrir:* Ristilbólga vegna blóðþurrðar. **Dagsetning fyrstu útáfu markaðsleyfis/endurnýunnar markaðsleyfis:** 29. nóvember 2004. **Hver lyfjaávísun takmarkast við 12 töflur á 50 mg og 6 töflur á 100 mg. Verð 1. október 2005. Töflur: 50 mg x 12, kr 8.251; 100 mg x 6, kr 7.680. Handhafi markaðsleyfis GlaxoSmithKline ehf. Nánari upplýsingar er finna á vef Lyfjastofnunar,** www.serlyfjaskra.is. Nr. 011005

IMIGRAN™
Þegar til kastanna kemur

gsk GlaxoSmithKline

SPIRIVA® (TIOTROPIUM)
Meira loft í lungun

Frelsi

SPIRIVA® er grunnurinn í meðhöndlun á LLT[1,2]

- Minnkar mæði við áreynslu[3]
- Eykur úthald við áreynslu[3]
- Fækkar versnunum og innlögnum vegna þeirra[4]
- Eykur lífsgæði sjúklings[5]



Heimildir: 1) Medicinsk Kompendium 2004; bls 1331. 2) Tashkin et al. Review. The Role of Long-Acting Bronchodilators in the Management of Stable COPD. CHEST 2004;125:249-259. 3) O'Donnell et al. Effects of tiotropium on lung hyperinflation, dyspnoea and exercise tolerance in COPD. Eur Respir J 2004;23:832-840. 4) Casaburi et al. A long-term evaluation of once daily inhaled tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 2002; 19:217-224. 5) Vincken et al. Improved health outcomes in patients with COPD during 1 years treatment with tiotropium. Eur Respir J 2002;19:209-216.

Umboðsaðili: Vistor hf.
Hörgatúni 2, 210 Garðabær
Sími: 535 7000, www.pfizer.is

Sérlyfjatexti á bls. 76

Pfizer

Boehringer Ingelheim

Pariet®
rabeprazole

Þegar ástandið þolir enga bið!

Pariet - skjót og stöðug sýrustjórnun

JANSSEN-CILAG

PARIET Janssen-Cilag **SÝRUHJÚPSTÖFLUR** **R E**

Virkt innihaldsefni: Rabeprazolum INN. **Ábendingar:** Virkt skeifugarnarsár, virkt góðkynja magasár, bakflæðissjúkdómar í maga og vélinda með tærandi og særandi einkennum, bakflæðissjúkdómar í maga og vélinda, lantímameðferð. Í samsetningu með sýklalyfjameðferð til að uppræta H. pylori hjá sjúklingum með sársjúkdóma í maga, vélinda eða skeifugörn. **Skammtar og lyfjagjöf:** *Fullorðnir/aldraðir: Virkt skeifugarnarsár og virkt góðkynja magasár:* 20 mg einu sinni á dag að morgni. Flestir sjúklingar með virkt skeifugarnarsár ná bata innan fjögurra vikna. Sumir sjúklingar geta þó þurft aðra fjögurra vikna meðferð til þess að ná bata. Flestir sjúklingar með virkt góðkynja magasár ná bata innan sex vikna. En eins og áður geta sumir sjúklingar þurft aðra sex vikna meðferð til þess að ná bata. *Tærandi eða særandi bakflæðissjúkdómar í maga/vélinda:* 20 mg einu sinni á dag í 4-8 vikur. *Langtímameðferð við bakflæðissjúkdómum í maga/vélinda:* 10 eða 20 mg viðhaldsskammtur einu sinni á dag, háð svörun sjúklings. *Uppræting á H. pylori:* Sjúklinga með *H. pylori* sýkingu skal meðhöndla með upprætingarmeðferð. Mælt er með eftirfarandi samsetningu sem gefin er í 7 daga: Pariet 20 mg tvisvar sinnum á dag + klaritrómýcín 500 mg tvisvar sinnum á dag og amoxicillín 1 g tvisvar sinnum á dag. Fyrir ábendingar þar sem meðhöndlun er einu sinni á dag á að taka Pariet töflur á morgnana, fyrir mat til þess að auka meðferðarfylgni. *Skert starfsemi nýrna eða lifrar:* Ekki þarf að breyta skömmtum handa sjúklingum með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi. Sjá *"Varnaðarorð og varúðarreglur"*. Börn: Lyfið ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir rabeprazóli, afleiðum benzímídazóls eða einhverju hjálparefni lyfsins. Meðganga og brjóstagjöf. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Minnkun sjúkdómseinkenna við meðferð með rabeprazóli útilokar ekki að illkynja breytingar í maga eða vélinda séu fyrir hendi. Þess vegna á að útiloka illkynja breytingar áður en meðferð er hafin. Fylgjast skal reglulega með sjúklingum í langtímameðferð (sérstaklega þeim sem eru meðhöndlaðir lengur en í eitt ár). Aðvara skal sjúklinga um að tyggja ekki né mylja. Lyfið er ekki ráðlagt börnum, þar sem engin reynsla er af notkun hjá þessum hópi. Engin gögn varðandi minnkað öryggi lyfsins komu fram í rannsókn hjá sjúklingum með vægan eða miðlungs mikla skerðingu á lifrarstarfsemi samanborið við viðmiðunarhóp af sama aldri og kyni en þar sem ekki er að finna gögn um notkun lyfsins við meðferð sjúklinga með alvarlegar truflanir á lifrarstarfsemi, er þeim sem ávísa lyfinu ráðlagt að gæta varúðar þegar meðferð með lyfið er fyrst hafin hjá slíkum sjúklingum. **Milliverkanir:** Rabeprazól er umbrotið af cýtókróm P450 (CYP450) kerfinu í lifur eins og önnur lyf af flokki prótónupumpuhemla (PPI). Rannsóknir á heilbrigðum einstaklingum hafa sýnt að rabeprazól hefur ekki klínískt marktækar milliverkanir við lyf sem voru rannsökuð og umbrotna fyrir tilstilli CYP450 kerfisins, warfarín, fenýtóín, teófýllín og díazepam. Rabeprazól veldur mikilli og langvarandi hömlun á seytingu magasýru. Milliverkanir við lyf þar sem frásog er háð sýrustigi geta komið fram. Því getur þurft að fylgjast með hverjum sjúklingi þegar slík lyf eru tekin samhliða rabeprazóli til þess að ganga úr skugga um hvort stilla þurfi skammta. Rabeprazól hefur ekki neikvæð áhrif á plasmaþéttni amoxicillíns eða klaritrómýcíns þegar það er gefið samtímis í þeim tilgangi að uppræta H. pylori sýkingu í efri hluta maga og garna. Engar milliverkanir við sýrubindandi lyf á fljótandi formi hafa sést. Það voru engar klínískt marktækar milliverkanir við fæðu. **Meðganga og brjóstagjöf:** Lyfið á ekki að nota á meðgöngu. Konur með barn á brjósti eiga ekki að nota lyfið. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Á grundvelli lyfhrifa og samantektar um aukaverkanir er ólíklegt að lyfið valdi truflunum við akstur eða minnki hæfni til að nota vélar. Ef árverkni verður minni vegna syfju er þó ráðlegt að forðast akstur og stjórnun flókins vélbúnaðar. **Aukaverkanir:** Lyfið þoldist yfirleitt vel í klínískum rannsóknum. Aukaverkanir sem komu fram hafa yfirleitt verið vægar eða fremur vægar og skammvinnar í eðli sínu. Algengustu aukaverkanirnar (tíðni > 5%) í klínískum rannsóknum voru höfuðverkur, niðurgangur og ógleði. **Algengar (>1%):** *Almennar:* Höfuðverkur, þróttleysi ótilgreindir verkir/bakverkir, svimi, inflúensulík einkenni, sýking , svefnleysi. Meltingarvegur: Niðurgangur, ógleði, kviðverkir, uppþemba, kokbólga, uppköst, hægðatregða. Öndunarfæri: Nefslímubólga, hósti. Sjaldgjæfar (0,1-1%): Almennar: Vöðvaþrautir, brjóstverkir, svefnhöfgi, kuldahrollur, ropi, sinadráttur í fótum, liðverkir, hiti. *Meltingarvegur:* Munnþurrkur, meltingartruflanir. *Húð:* Útbrot. *Öndunarfæri:* Berkjubólga, skútabólga. *Geð:* Taugaóstyrkur. *Þvagfæri:* Þvagfærasýkingar. **Ofskömmtun:** Allt að 80 mg skammtar á dag hafa þolast vel. Ekkert sérstakt mótefni er þekkt. Rabeprazól er mjög mikið próteinbundið og er þess vegna ekki auðvelt að himnuskilja. Eins og við aðra ofskömmtun á að veita meðferð við einkennum og almenna stuðningsmeðferð. **Lyfhrif:** Rabeprazól tilheyrir flokki andseytandi efna, benzímídazólafleiða, sem sýna hvorki andkólínvirka né H2 histamínblokkandi eiginleika, en bæla losun magasýru með sérstakri hömlun á H+/K+-ATPasa ensíminu. Áhrif eru skammtaháð og leiða til hömlunar á bæði grunn- og örvaðri sýrulosun, óháð áreiti. *Andseytandi virkni:* Eftir inntöku 20 mg skammts af rabeprazól natríum hefst andseytandi verkun innan einnar klst., hámarksáhrif koma fram innan 2-4 klst. *Áhrif á gastrín í sermi:* Í klínískum rannsóknum voru sjúklingar meðhöndlaðir einu sinni á dag með 10 mg eða 20 mg af rabeprazól natríum í allt að 43 mánuði. Gastrínþéttni í sermi jókst á fyrstu 2 til 8 vikunum sem endurspeglar hamlandi áhrif á sýrulosun og hélst stöðug meðan á meðferð stóð. *Önnur áhrif:* Ekki hafa sést almenn áhrif rabeprazól natríum á miðtaugakerfi, hjarta- og æðakerfi og öndunarfæri hingað til. Rabeprazól natríum, gefið í inntöku í 20 mg skömmtum í 2 vikur, hafði engin áhrif á starfsemi skjaldkirtils, kolvetnisefnaskipti eða blóðþéttni skjaldkirtilshormóns, kortisóls, estrógens, testósteróns, prólaktíns, kólesýstókíníns, sekretíns, glúkagons, FSH, LH, renins, aldósteróns og vaxtarhormóns. **Lyfjahvörf:** *Frásog:* Lyfið er á formi sýruhjúptaflna. Þetta lyfjaform er nauðsynlegt þar sem rabeprazól er óstöðugt í sýru. Frásog rabeprazóls hefst þess vegna ekki fyrr en taflan fer úr maga. Frásog er hratt, hámarksþéttni rabeprazóls kemur fram um 3,5 klst. eftir 20 mg skammt. *Dreifing:* Rabeprazól er um 97% bundið plasmapróteinum í mönnum. *Umbrot og útskilnaður:* Hjá mönnum eru tíóeter (M1) og karboxýlsýra (M6) aðalumbrotsefni í plasma auk súlfóns (M2), desmetýltíóeters (M4) og merkaptúrsýruafleiðu (M5) sem eru lítilvæg umbrotsefni sem greinast í minna mæli. . **Pakkningar/verð:. 1. október 2004:** 10 mg: 28 stk. 3.195 kr., 56 stk. 5.729 kr. 20 mg: 14 stk. 2.899 kr, 28 stk 5.175 kr., 56 stk. 9.147 kr, 120 stk. 17.648. **Hámarksmagns sem ávísa má með lyfseðli er sem svarar 30 daga skammti.**

Hringormar berast í fólk á Íslandi við neyslu á lítið elduðum fiski

Karl Skírnisson
DÝRAFRÆÐINGUR

Ágrip

Greint er frá tveimur tilfellum hringormasmits í fólki hér á landi. Tegundin *Pseudoterranova decipiens* fannst í koki tveggja einstaklinga sem neytt höfðu illa hitaðra rétta úr ferskum steinbít fimm og sex dögum áður. Þriðja stigs lirfur upprunnar úr fiskholdinu höfðu í báðum tilvikum þroskast upp á 4. stig á þeim tíma sem liðinn var frá smitun. Í fyrra tilvikinu vaknaði ungur karlmaður við að ormur var að hreyfa sig í koki og í hinu fann ung kona fyrir ertingu í hálsi. Þegar hún hóstaði barst lirfan upp í kok. Lirfur hringormanna *Pseudoterranova decipiens* og *Anisakis simplex* eru algengar í fiskum við Íslandsstrendur. Menn eru ekki náttúrulegir lokahýslar en hringormar sem koma úr fiski geta lifað í fólki og valdið sjúkdómi. Erlendis er *Anisakis simplex* mun algengari sjúkdómsvaldur og oftast heldur illskeyttari en *Pseudoterranova decipiens*. Hefðbundnar matreiðsluaðferðir hér á landi sem fela í sér suðu eða eldun á ferskum fiski upp fyrir 70°C hafa að líkindum að mestu komið í veg smitun manna. Hætta er þó á að tilfellum geti fjölgað hér á landi aukist neysla á hráum fiski og hráum hrognum eða fiskréttum sem ekki hafa verið hitaðir eða frystir nægjanlega lengi til að drepa í þeim hringorma.

ENGLISH SUMMARY

Skírnisson K

***Pseudoterranova decipiens* (Nematoda, Anisakidae) larvae reported from humans in Iceland after consumption of insufficiently cooked fish**

Læknablaðið 2006; 92: 21-5

Recently, two human cases of *Pseudoterranova decipiens* nematode larvae were confirmed in Iceland. In each case a larva was found in the throat five and six days after the consumption of insufficiently cooked filets of the common catfish *Anarhicas lupus* that were bought fresh in a fish store. In both cases the larva had already developed from 3rd to the 4th stage during the time of infection. In the former case a young male woke up in the morning as he noticed a larva crawling around in his throat. In the latter case a young woman coughed up the larva after intense itching in her throat. Anisakid larva of *Pseudoterranova decipiens* and *Anisakis simplex* are common in fish around Iceland. Both are known as human pathogens but usually *Anisakis simplex* causes more severe symptoms and is more commonly found in human cases than *Pseudoterranova decipiens*. Traditional cooking of fish in Iceland by boiling or thorough frying before consumption is believed to prevent human anisakidosis in Iceland. However, increased consumption of fresh or poorly heated fish and fish products might result in increased anisakidosis cases in Iceland.

Key words: *Pseudoterranova decipiens, fourth stage larvae, human infection, throat, Iceland.*

Correspondence: Karl Skírnisson, *karlsk@hi.is*

Inngangur

Lirfur nokkurra þráðormategunda sem iðulega sjást í innyflum og í holdi sjávarfiska hér við land eru nefndir hringormar en fullorðnir lifa þeir annaðhvort í maga sela eða tannhvala sem eru náttúrulegir lokahýslar þessara orma. Einkum tvær tegundanna; *Pseudoterranova decipiens* og *Anisakis simplex*, eru þekktar af því að geta lifað í fólki. Sjúkdómurinn sem þær valda er nefndur *anisakidosis* en ormarnir ná aldrei fullum þroska í mönnum þótt þeir geti stundum lifað í þeim mánuðum saman (1-4). Erlendis eru árlega greind fjölmörg tilfelli þar sem fólk hefur fengið í sig lifandi hringorma úr sjávarfiskum. Flest tilfellin koma frá löndum þar sem hefð er fyrir því að borða hráan eða hálfhráan fisk eins og til dæmis í Japan þar sem um 1000 tilfelli eru greind á hverju ári. Í langflestum tilvikum eru um að ræða tegundina *Anisakis simplex* (5).

Engar öruggar heimildir eru fyrirliggjandi um að Íslendingar hafi smitast af hringormum. Markmið greinarinnar er að greina frá tveimur nýlegum hringormatilfellum hér á landi í fólki, gera grein fyrir lífsferlum og líffræði hringorma og vara við hættunni sem stafað getur af því að neyta hrárra eða lítið hitaðra hringormasýktra sjávarafurða.

Um sýkingarform, tegundir og lífsferla hringorma

Gerður er greinarmunur á þremum sýkingarformum af völdum hringorma í mönnum (1-3):

Tilraunastöð Háskóla Íslands í meinafræði að Keldum, 112 Reykjavík.

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Karl Skírnisson, Tilraunastöð HÍ í meinafræði að Keldum, 112 Reykjavík. *karlsk@hi.is*

Lykilorð: Pseudoterranova decipiens, *fjórða stigs lirfa, maður, kok, Ísland.*

Einfaldasta gerðin er oftast tiltölulega meinlaus sýking í meltingarvegi en í þeim tilvikum ná lirfurnar ekki að bora sig inn í slímhimnu meltingarvegar og festa sig þar heldur flakka um meltingarveginn. Oft berast lirfurnar rétta boðleið út úr líkamanum en stundum skríða þær upp í kok og orsaka á leiðinni kitlandi tilfinningu sem sumir hafa líka lýst eins og náladofa. Oftast verður lirfanna ekki vart fyrr en þær eru komnar langleiðina upp í kok. Vitað er um tilvik þar sem slíkt gerðist 50 mínútum eftir smitun en lengsti tími sem vitað er að hefur liðið voru tvær vikur (6). Í næstu gerð sýkingar taka hringormalirfur sér bólfestu í vegg magans. Slíkum sýkingum fylgir magabólga og einkenni sem minna á magasár. Margir þjást ennfremur af ógleði, uppköstum, stöðugri hungurtilfinningu og kviðverkjum. Yfirleitt koma einkennin fram innan 12 klukkustunda frá smitun. Þriðja sýkingargerðin er smit í kviðarholi og er það jafnan talið alvarlegast. Í þessum tilvikum hafa lirfurnar annaðhvort búið um sig í þarmavegg eða farið í gegnum þarmana yfir í kviðarhol eða í líffæri, svo sem lifur, gallblöðru eða eitla. *Anisakis simplex* veldur mun oftar sýkingum í kviðarholi og maga en *Pseudoterranova decipiens* sem aftur á móti er oftast á ferðinni þegar lirfur skríða upp í kok. Sýkingar eru því yfirleitt alvarlegri þegar fyrrnefnda tegundin á í hlut þótt á því séu stundum undantekningar (1-6).

Anisakis simplex, Contracaecum osculatum, Phocascaris cystophorae og *Pseudoterranova decipiens* eru sníkjuþráðormar (Nematoda) af ættinni Anisakidae sem lifa fullorðnir í maga villtra sjávarspendýra hér við land. Allar eru tegundirnar algengar (7-9). Fyrstnefnda tegundin nær svo til eingöngu að verða kynþroska í tannhvölum og er þess vegna oft nefnd hvalormur en ókynþroska lirfur sjást einnig oft í selum. Stundum er hún kölluð síldarormur vegna þess hversu algengar lirfurnar geta verið í uppsjávarfiskum. Hinar ormategundirnar þrjár lifa aftur á móti fullorðnar í maga landsela og útsela hér við land en finnast einnig í flökkuselum. Ein þeirra; *Pseudoterranova decipiens* er ýmist kölluð sel- eða þorskormur vegna þess hversu algeng tegundin er í þessum hýslum hér við land. Hinar hafa ekki hlotið nafn (4, 7-9).

Lífsferli hringorma er skipt í fimm stig (1-4). Kynþroska ormar eru á fimmta stigi í maga sjávarspendýra og þar verpa þeir eggjum sem berast út í sjóinn með saur lokahýslanna. Eggin eru étin af krabbadýrum sem eru millihýslar í lífsferlinum og við þrenn hamskipti þroskast lirfurnar og stækka. Éti fiskur krabbadýr með þroskaðri þriðja stigs lirfu, sem jafnframt er smithæfa stigið í lífsferlinum, tekur lirfan sér bólfestu upprúlluð í fiskinum án þess þó að þroskast frekar. Fiskur gegnir því fyrst og fremst dreifingarhlutverki í lífsferlinum og er þess vegna oft nefndur burðarhýsill. Á þriðja stigi eru lirfur anisakid orma 2-4 sm langar og komnar með gadda bæði á fram- og afturenda sem auðvelda þeim að rjúfa sér braut á flakki í gegnum vefi. Í náttúrulegum lokahýsli sem étið hefur hringormasmitaðan fisk þroskast lirfur í maganum yfir á 4. stig á nokkrum dögum og eftir ein hamskipti til viðbótar hafa þær orðið að fullorðnum karl- eða kvenormum. Eftir mökun fara kvendýrin að verpa eggjum og hringrásinni er lokið. Fullorðnir ormar eru með framendann niðurgrafinn í slímhimnu magans og lifa í 3-7 vikur. Á þeim tíma fer fram gífurleg eggjaframleiðsla en áætlað hefur verið að hver kvenormur geti daglega verpt um 7500 eggjum (4, 10, 11).

Uppsjávarfiskar sem lifa einkum á krabbasvifi eins og ljósátu eða rauðátu sýkjast nær eingöngu af *Anisakis simplex* en fiskar sem lifa á krabbadýrum niðri við botn smitast fyrst og fremst af *Pseudoterranova decipiens*. Þetta ræðst fyrst og fremst af mismunandi eðlisþyngd eggjanna sem ákvarðar hvort þau svífa í sjónum eða falla til botns (10). Þroskatími lirfa í krabbadýrum fer eftir hitastigi og getur tekið allt að fjóra mánuði við 1,7°C en gengur mun hraðar þar sem sjór er hlýr (11).

Mönnum stafar sjaldnast hætta af *Contracaecum* og *Phocascaris* lirfum vegna þess að þær taka sér bólfestu í líffærum í líkamsholi fisksins en leita ekki út í fiskholdið eins og *Anisakis simplex* og *Pseudoterranova decipiens* lirfurnar gera (4). Eins og við er að búast er algengast að finna *Anisakis* hringorma í uppsjávarfiskum eins loðnu, síld eða makríl en *Pseudoterranova* hringormar eru algengir í botnfiskum. Ránfiskar eins og þorskur sem bæði lifa á botn- og uppsjávarfiskum safna í sig öllum tegundum hringorma (7-9) því þriðja stigs lirfur úr bráðinni bora sig út úr maga þorsksins og enda sumar úti í fiskholdinu. Því fjölgar hringormum í ránfiskum smám saman eftir því sem þeir eldast. Steinbítur er botnfiskur sem lifir þar á hryggleysingjum. Ungir steinbítar smitast af *Pseudoterranova decipiens* við að éta botnkrabbadýr en stundum komast steinbítar í uppsjávarfiska eins og loðnu og geta þá einnig smitast af *Anisakis simplex*. Ýsa, einn algengasti matfiskur Íslendinga, er oftast laus við hringormasmit af þeirri einföldu ástæðu að hún lifir fyrst og fremst á skeldýrum sem ekki eru millihýslar í lífsferli hringorma.

Efniviður og aðferðir

Vorið 2004 og haustið 2005 barst sitt hvor þráðormurinn til rannsóknar að Tilraunastöð HÍ í meinafræði að Keldum sem karl og kona höfðu

fundið í koki daginn áður. Eftir að hafa lýst ormana upp í mjólkursýru og rannsakað útlit þeirra voru þeir greindir til tegundar í smásjá. Stuðst var við greiningarlykil eftir Lick (4). Yfirlitsmyndir voru teknar í gegnum víðsjá á FinePix F 601 myndavél en smásjármyndir voru teknar á Leica DC 300 stafræna myndavél.

Niðurstöður

Tilfelli 1

Í maí 2004 vaknaði ungur karlmaður á höfuðborgarsvæðinu að morgni við að eitthvað var að hreyfa sig í munni hans og náði hann út úr sér lifandi ormi. Smásjárskoðun leiddi í ljós að þarna var á ferðinni fjórða stigs lirfa *Pseudoterranova decipiens* hringorms. Mælingar sýndu að lirfan var 34 mm löng og 1,05 mm í þvermál. Broddur sem er dæmigerður fyrir þriðja stigs lirfur var horfinn. Vel þroskaðar varir á framenda staðfestu að hamskiptum yfir á fjórða stig var lokið. Storknað blóð sást inni í fram- og afturenda ormsins (mynd 1).

Eftirgrennslan leiddi í ljós að sex dögum áður hafði viðkomandi neytt snöggsteikts steinbíts sem keyptur hafði verið ferskur í fiskbúð. Hvorki varð vart við fleiri orma eða einkenni sem bentu til frekara smits.

Tilfelli 2

Í október 2005 fann ung kona á höfuðborgarsvæðinu skyndilega fyrir óþægindum og ertingu í hálsi og þegar hún hóstaði barst lifandi ormur upp í kok. Smásjárskoðun leiddi í ljós að þarna var á ferðinni, eins og í fyrra tilfellinu, fjórða stigs hringormalirfa *Pseudoterranova decipiens*. Lirfan var 33 mm löng og 0,92 mm sver (mynd 2). Vel þroskaðar varir (mynd 3) staðfestu að lirfan hafði þegar náð að þroskast upp á 4. stig. Framendi ormsins var í upphafi skoðunar aðeins blóðlitaður en roðinn hvarf fljótlega í mjólkursýrubaðinu.

Fimm dögum áður hafði konan verið gestgjafi í matarboði þar sem ofnréttur úr stórum, ferskum steinbít var fram borinn. Konan sem síðar hóstaði upp lirfunni smakkaði ásamt tveimur öðrum matargestum hálfhráan bita úr réttinum eftir hálftíma bökun í ofni. Þar sem steinbíturinn var enn glær var ákveðið að baka réttinn þar til fiskurinn var orðinn hvítur og gegnheitur. Konan fann fyrir greinilegri ertingu í hálsi í 12 daga eftir að ormurinn hafði gengið upp í kok.

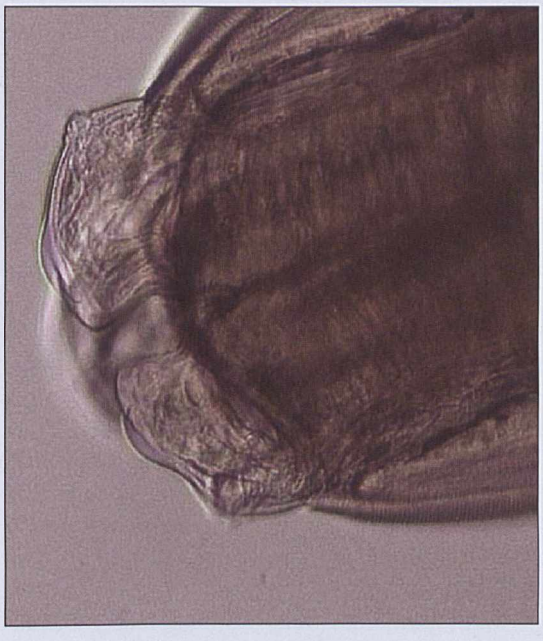
Umræður

Í báðum tilvikum virðist nokkuð ljóst að *Pseudoterranova decipiens* lirfurnar bárust úr maga upp í kok eftir vélindanu. Líklegast er að lirfurnar hafi



Mynd 1. *Fjórða stigs lirfa hringormsins* Pseudoterranova decipiens *sem fannst skríðandi í koki karls sex dögum eftir neyslu á hálfhráum steinbít. Blóð er sjáanlegt bæði á aftur- og framenda lirfunnar sem er 34 mm löng.* (Myndir: Karl Skírnisson.)





Mynd 2. *Framhluti 33 mm langrar fjórða stigs lirfu hringormsins* Pseudoterranova decipiens *sem kona hóstaði upp í kok fimm dögum eftir að hafa smakkað lítið eldaðan steinbít. Ör bendir á 0,7 mm langan framvísandi botnlanga sem er eitt greiningareinkenna ormsins.*

Mynd 3. *Framendi* Pseudoterranova decipiens *lirfunnar á mynd 2. Proskaðar varir á framenda sýna að lirfan var komin á fjórða stig.*

lengst af lifað í maganum þar sem þær náðu greinilega að næra sig það mikið að hamskipti gátu farið fram.

Sambærilegum tilfellum hefur verið lýst frá Chile (6) þar sem vitað er um sjö einstaklinga sem allir hóstuðu fjórða stigs lirfu *Pseudoterranova decipiens* upp í kok. Eins og í hérlendu tilfellunum voru lirfurnar alltaf einar á ferð. Fyrst á eftir kvörtuðu sumir Chile-búanna um ógleði, kláða- eða hroðatilfinningu í koki og jafnvel kláða í nefi. Lirfur uppgötvuðust í koki þessa fólks 1-7 dögum eftir áætlaða smitun. Einn lýsti ofnæmisviðbrögðum í koki í vikutíma eftir að ormurinn hafði gengið upp. Áður var vitað um þrjú önnur tilfelli í landinu. Í einu þeirra var um að ræða mann sem hafði haft verki ofarlega í maga sem líktust stöðugri hungurtilfinningu. Holsjárskoðun leiddi í ljós að lifandi ormur var í slímhimnu magans og var hann fjarlægður án uppskurðar með sérstökum vefjasýnistaka sem þræddur var niður vélindað. Greining sýndi að þarna var á ferðinni fjórða stigs lirfa *Pseudoterranova decipiens* (12). Sambærilegu tilfelli hefur einnig verið lýst frá Kóreu (13). Sýna þessi tilvik að *Pseudoterranova* lirfur geta búið um sig í magavegg þótt algengast sé samt að magasmit sé orsakað af *Anisakis simplex*.

Stundum lýsa einkenni eftir smit sér sem ógleði sem enda með uppköstum eftir nokkrar klukkustundir (14). Svipuð viðbrögð eru þekkt hjá öðrum landspendýrum. Þannig sjást oft á minkaslóðum við sjávarsíðuna hér á landi allmargar *Pseudoterranova decipiens* lirfur í slímkenndum slettum sem minkar hafa ælt upp eftir að hafa verið að éta hringormasmitaðan fisk eins og marhnút. Verði minkur var við hreyfingu hringormalirfa í maga ælir hann þeim umsvifalaust til að koma í veg fyrir að lirfurnar taki sér þar bólfestu (15).

Smittíðni í mönnum af völdum þessara hringormategunda er mismunandi. Í Japan þar sem sýkingar hafa verið hvað algengastar í heiminum undanfarna áratugi kom í ljós við skoðun ríflega 12.000 tilfella að einungis 335 þeirra voru rakin til sýkinga af völdum *Pseudoterranova decipiens* (2,8%) en í öllum hinum tilvikunum var *Anisakis simplex* orsakavaldurinn (5). Svipað er uppi á teningnum í Evrópulöndum. Árið 1999, þegar átta *anisakidosis* tilfelli höfðu verið greind á Spáni, voru sjö rakin til *Anisakis simplex* en í einu tilviki hafði *Pseudoterranova decipiens* lirfa búið um sig í magavegg (16). Heimildir frá Norður-Ameríku sýna aftur á móti að þar virðast tilvik af völdum *Pseudoterranova* algengari (1, 4). Iðulega láta læknar sem fjarlægja hringorma úr mönnum ekki greina tegundina þótt slíkt sé auðvelt náist ormarnir lifandi.

Mikil umfjöllun varð í fjölmiðlum í Vestur-Evrópu seint á 9. áratug síðustu aldar þegar fjölmargra sjúkdómstilfella varð vart hjá fólki sem neytt hafði það léttsaltaðra, léttreyktra eða illa marineraðra fiskafurða að hringormar höfðu lifað matvælavinnsluna af. Orsakavaldurinn var *Anisakis simplex* og smituðust menn fyrst og fremst af því að leggja sér til munns uppsjávarfiska eins og síld (4).

Hefðbundnar aðferðir hér á landi við að matbúa fisk þar sem þess hefur verið gætt að sjóða eða gegnumsteikja fisk virðast hafa dugað til að koma í veg fyrir að hringormar hafi komist lifandi ofan í menn. Hringormar í fiskholdi drepast við hitun upp fyrir 70°C í eina mínútu eða í 20°C frosti í vikutíma (3, 4).

Benzimidazole (albendazol, mebendazol, thiabendazol) og Ivermectin eru á lista yfir ormalyf sem ætlað er að drepa hringormalirfur í mönnum (3). Mebendazole er skráð hér á landi og notað gegn þráð- og bandormasýkingum í mönnum en Ivermectin er eingöngu skráð hér á landi sem dýralyf (17). Nýlega birtist grein þar sem albendazolgjöf í tvær vikur var talin hafa drepið hringorm í maga sjúklings (18).

Síðustu ár og áratugi hefur neysla á hráu eða lítt hituðu sjávarfangi færst í vöxt hér á landi. Af því getur stafað veruleg hætta, einkum þegar um er að ræða uppsjávarfiska sem sýktir eru af lirfum *Anisakis simplex* eða ránfiska sem hafa safnað þessum lirfum í sig. Dæmi eru um að íslenskir sjómenn borði hrá loðnuhrogn. Veruleg hætta er á að slíkt geti leitt til *Anisakis simplex* sýkingar. Sama hætta fylgir neyslu á hráum síldarhrognum og hráum fiski almennt. Undanfarin ár hefur neysla á hráum fiski í tilbúnum fiskréttum færst í vöxt. Brýnt er að fiskur sem notaður er í slíka rétti hafi áður verið vandlega ormahreinsaður (gegnumlýstur á ljósaborði) en öruggara er þó að hráefnið hafi áður verið fryst það lengi að lirfur í því séu örugglega dauðar.

Þakkir

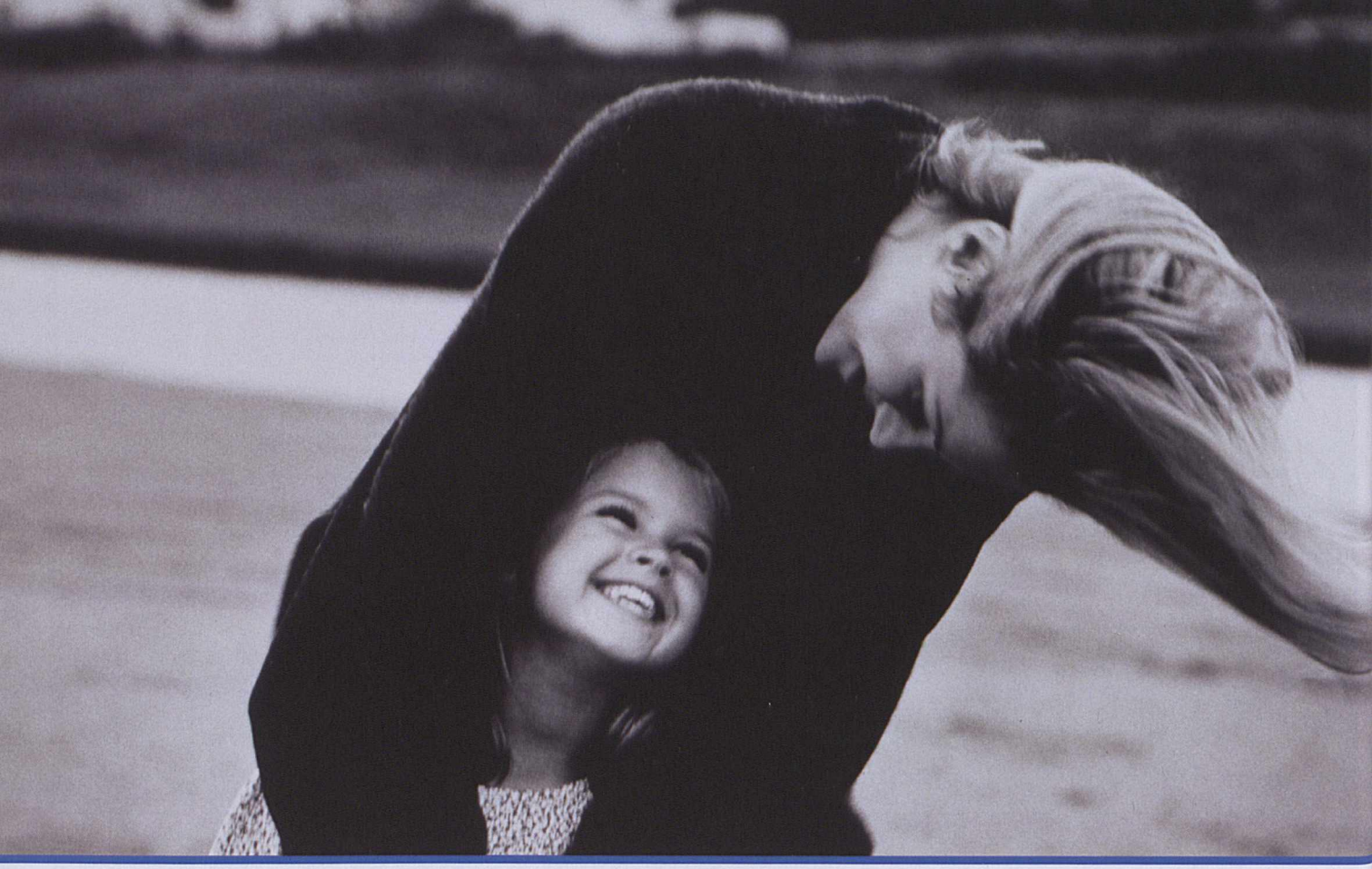
Árni Kristmundsson, líffræðingur aðstoðaði við greiningu lirfanna og öflun heimilda. Matthías Eydal líffræðingur las handrit og kom með ýmsar gagnlegar ábendingar. Sama gerðu tveir ónefndir ritrýnar. Öllum er þeim þakkað verðmætt liðsinni.

Heimildir

1. Beaver PC, Jung RC, Cupp EW. Clinical Parasitology. Lea & Febiger, Philadelphia 1984: 825.
2. Roberts LS, Janovy J. Foundations of Parastiology. MCGraw-Hill Higher Education, Boston, sjötta útgáfa, 2000: 670.
3. Aspöck H. Amöben, Bandwürmer, Zecken – Parasiten und parasitäre Erkrankungen des Menschen in Mitteleuropa. Biologizentrum des OÖ Landesmueums, Linz 2002: 600.

4. Lick RR. Untersuchungen zu Lebenszyklus (Krebse – Fische – marine Säuger) und Gefrierresistenz anisakider Nematoden. Bercihte aus dem Institut für Meereskunde der CAU Universität Kiel. Nr. 218. 1991: 203.
5. Ihsikura H, Kikuchi K, Nagasawa K, Ooiwa T, Takamiya H, Sato N, et al. Anisakidae and asnisakiosis. Prog Cli Parasitol 1993; 3: 43-103.
6. Mercado R, Torres P, Munoz V, Apt W. Human infection by *Pseudoterranova decipiens* (Nematoda, Anisakidae) in Chile: Report of seven cases. Mem. Inst. Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro 2001; 96: 653-5.
7. Ólafsdóttir D. Review of the ecology of sealworm, *Pseudoterranova* sp. (p.) (Nematoda: Ascaridoidae) in Icelandic waters. NAMMCO Scientific Publication 2001: 3: 95-111.
8. Ólafsdóttir D, Hauksson E. Anisakid (Nematoda) infestations in Icelandic grey seals (*Halichoerus grypus* Fabr.). J Northw Atl Fish Sci 1997; 22: 259-69.
9. Ólafsdóttir D, Hauksson E. Anisakid nematodes in the common seal (*Phoca vitulina* L.) in Icelandic waters. Sarsia 1998; 83: 309-16.
10. McClelland G. *Phocanema decipiens*: Moulting in seals. Exp Parasit 1980; 49: 128-36.
11. Brattey J. Effect of temperature on egg hatching in three ascaridoid nematode species from seals. Can Bull Fish Aquati Sci 1990; 222: 27-39.
12. Mercado R, Torres P, Maira J. Human case of gastric infection by a fourth larval stage of *Pseudoterranova decipiens* (Nematoda, Anisakidae). Rev Saude Publica 1997; 31: 178-181.
13. Yu JR, Seo M, Kim YW, Oh MH, Sohn WM. A human case of gastric infection by *Pseudoterranova decipiens* larva. Kor J Parasitol 2001; 39: 193-6.
14. Cabrera R, Luna-Pineda MA, Suárez-Ognio L. Nuevo caso de infección humana por una larva de *Pseudoterranova decipiens* (Nematoda, Anisakidae) en el Perú. Rev Gastroenterol Perú 2003; 23: 217-20.
15. Margolis L, Beverley-Burton M. Response of mink (*Mustela vison*) to larval *Anisakis simplex* (Nematoda: Ascaridida). Intern J Parasitol 1977; 7: 269-73.
16. Rosales MJ, Mascaró C, Fernandez C, Luque F, Moreno MS, Parras L, et al. Acute intestinal anisakiasis in Spain: a fourth-stage *Anisakis simplex* larva. Mem Inst Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro 1999; 94: 823-6.
17. Jóhannesson Þ. Sýklalyfjafræði III. Háskólaútgáfan, Reykjavík 1996: 110.
18. Moore DA, Girdwood RW, Chiodini PL. Treatment of anisakiasis with albendazole. Lancet 2002; 360: 54.

Cipralex® escitalopram. 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 (flecaíníð, própafenón, metóprólól, desipramín, klómipramín, nortryptilín, risperidón, thíorídazín 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. **Akstur og notkun véla:** Þrátt fyrir að sýnt hafi verið fram á að escítalópram hafi ekki áhrif á vitsmunalega starfsemi eða hreyfigetu (psychomotor performance) geta öll geðlyf skert dómgreind eða hæfni. Sjúklingar skulu varaðir við hugsanlegri hættu á áhrifum á hæfni til aksturs og notkunar véla. **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 cítalópram 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. **Ofskömmtun:** Teknir hafa verið inn 190 mg skammtar af escítalóprami án þess að alvarleg einkenni hafi komið fram. Einkenni ofskömmtunar eftir inntöku racemísks cítalóprams (>600 mg): Svimi, skjálfti, geðshræring, svefnhöfgi, meðvitundarleysi, krampar, hraðtaktur, breytingar á hjartarafriti (ECG) með breytingum á ST-T, breikkun á QRS-komplex, lengt QT-bil, hjartsláttartruflanir, andnauð, uppköst, rákvöðvalýsa (rhabdomyolosis), efnaskiptablóðsýring, of lág blóðþéttni kalíums. Búist er við að ofskömmtun af escítalóprami myndi valda svipuðum einkennum. Ekki er um sérstakt mótefni að ræða. Tryggið opinn öndunarveg, nægilegt súrefni og fullnægjandi öndun. Magaskolun skal framkvæma eins fljótt og auðið er eftir inntöku. Mælt er með eftirliti með hjartastarfsemi og lífsmörkum ásamt almennri einkennameðferð. **Pakkningar og verð (Apríl 2005):** Cipralex 5 mg 28 stk kr. 2.604, Cipralex 5 mg 100 stk kr. 6.627, Cipralex 10 mg 28 stk kr. 3.460, Cipralex 10 mg 56 stk kr. 6.256, Cipralex 10 mg 100 stk kr. 10.443, Cipralex 10 mg 200 stk kr. 19.265, Cipralex 15 mg 28 stk kr. 5.872, Cipralex 15 mg 100 stk kr. 17.435, Cipralex 20 mg 28 stk kr. 7.242, Cipralex 20 mg 56 stk kr. 13.551, Cipralex 20 mg 100 stk kr. 21.731.
Handhafi markaðsleyfis: H. Lundbeck A/S, Ottiliavej 9, DK-2500 Kaupmannahöfn – Valby, Danmörk. Umboðsmaður á Íslandi: Lundbeck hf., Ármúla 1, 108 Reykjavík; sími 414 7070. Markaðsleyfi var veitt 31. maí 2002.



sanofi aventis

Because health matters

Vaxandi lyfjafyrirtæki

Lyfjafyrirtækið sanofi-aventis varð til árið 2004 við samruna Sanofi-Synthelabo og Aventis Pharma. Sanofi-aventis er þriðja stærsta lyfjafyrirtæki heims og það stærsta í Evrópu.

Sölu- og markaðsdeild sanofi-aventis á Íslandi tók formlega til starfa 1. október sl. og starfa sex manns í deildinni.

sanofi-aventis · Hörgatún 2 · 210 Garðabæ · Sími 535 7000 · sanofi-aventis@vistor.is · www.sanofi-aventis.is

Samanburður á mati kransæðaþrengsla með tölvusneiðmyndatækni og hjartaþræðingu

Birna Jónsdóttir[1]
SÉRFRÆÐINGUR Í LÆKNISFRÆÐILEGRI MYNDGREININGU

Ragnar Danielsen[2]
SÉRFRÆÐINGUR Í ALMENNUM LYFLÆKNINGUM OG HJARTALÆKNINGUM

Ágrip

Tilgangur rannsóknar: Að kanna notagildi og áreiðanleika tölvusneiðmynda (TS) rannsóknar af kransæðum til að meta æðabreytingar og þrengsli í samanburði við kransæðamyndatöku með hjartaþræðingu.

Efniviður og aðferðir: Metin voru gögn 44 einstaklinga (25 karla, 19 kvenna) (meðalaldur 63 ár, aldursbil 34 til 80 ár) sem vísað var í TS-rannsókn og einnig höfðu farið í hjartaþræðingu innan eins árs. Kransæðatrénu var skipt í svæðishluta, breytingar í æðunum stigaðar og niðurstöður beggja aðferða bornar saman. Algengi kalks í kransæðum var einnig sérstaklega kannað hjá 150 einstaklingum sem fóru í TS-rannsókn.

Niðurstöður: Við hjartaþræðingu fundust marktæk kransæðaþrengsli (≥ 50%) í 29 svæðishlutum, 17 þeirra voru yfir 2,0 mm í þvermál og af þeim greindust 14 á TS-rannsókn (83%). Aftur á móti greindi TS-rannsókn fjögur marktæk þrengsli sem ekki sáust við hjartaþræðingu. Í TS-rannsóknunum jókst algengi kalks í kransæðum með aldri og var í hópi 60 ára og eldri 96% hjá körlum og 71% hjá konum (p=0,025).

Ályktun: TS-tæknin sýndi í heild gott samræmi við niðurstöður hjartaþræðingar við greiningu marktækra kransæðaþrengsla í æðahlutum sem voru yfir 2,0 mm í þvermál. Hjá eldri einstaklingum eru oft miklar kalkbreytingar í kransæðunum sem torvelda mat þrengsla. TS-rannsókn af kransæðum virðist því hafa mest notagildi hjá yngri einstaklingum þegar ástæða er til að skoða kransæðarnar til að komast hjá óþarfa hjartaþræðingu.

Hagsmunir: Annar höfunda, Birna Jónsdóttir, er einn af eigendum Læknisfræðilegrar myndgreiningar ehf. sem rekur Röntgen Domus.

[1]Röntgen Domus, [2]hjartadeild Landspítala.

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Birna Jónsdóttir, Röntgen Domus, sími 5519330, *birna@rd.is*

Lykilorð: *kransæðasjúkdómur, tölvusneiðmynd af kransæðum, hjartaþræðing.*

Inngangur

Dauðsföllum af völdum kransæðasjúkdóma hefur fækkað á Íslandi á undanförnum árum og er bættri greiningu og meðferð að þakka að hluta, auk öflugs forvarnarstarfs (1, 2). Enn greinast þó sumir einstaklingar ekki með kransæðasjúkdóm fyrr en í kjölfar skyndidauða (3). Kransæðasjúkdóm má greina á mismunandi hátt: 1) Staðfest saga um kransæðastíflu. 2) Saga um dæmigerða hjartaöng og jákvætt áreynslupróf. 3) Slagæðafitukalkanir í kransæðavegg með myndgreiningarrannsókn (4). Þriðja greiningaraðferðin gerir kleift að finna einkennalausa einstaklinga og eftir því sem aðgengi að áhættuminni rannsóknaraðferðum eykst, mun fjölga þeim einstaklingum sem þannig greinast.

Kransæðamyndataka með hjartaþræðingu hefur áratugum saman verið nákvæmasta myndgreiningaraðferðin til að meta kransæðasjúkdóm. Hefðbundin kransæðamyndataka með hjartaþræð-

ENGLISH SUMMARY

Jónsdóttir B, Danielsen R

Comparison between coronary angiography with multislice computed tomography and by cardiac catheterisation for assessing atherosclerotic lesions and stenosis

Læknablaðið 2006; 92: 27-32

Aim of study: To compare the utility and reliability of coronary angiography with multislice computed tomography (MSCT) and by cardiac catheterisation in assessing atherosclerotic lesions and stenosis.

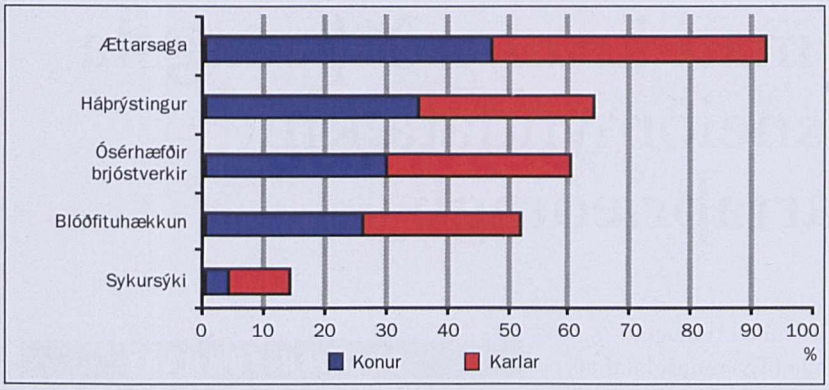
Material and methods: Data were assessed from 44 subjects (25 men, 19 women) (mean age 63 years; range 34-80 years) referred to MSCT who also had undergone invasive coronary angiography within a time frame of one year. Coronary angiograms from both studies were assessed by segmental analysis and the atherosclerotic severity graded. The frequency of coronary calcification on MSCT was separately assessed in 150 subjects.

Results: By retrospective evaluation, 29 segments were found to have significant stenosis (≥ 50%) on the invasive coronary angiogram. Of these 17 had a diameter over 2,0 mm and 14 (83%) thereof were correctly diagnosed by MSCT. On the other hand, MSCT assessed four stenosis to be significant that were not judged so on the invasive angiogram. On MSCT, the frequency of coronary calcifications increased with age and in those 60 years and older it was 96% in males and 71% in females (p=0.025).

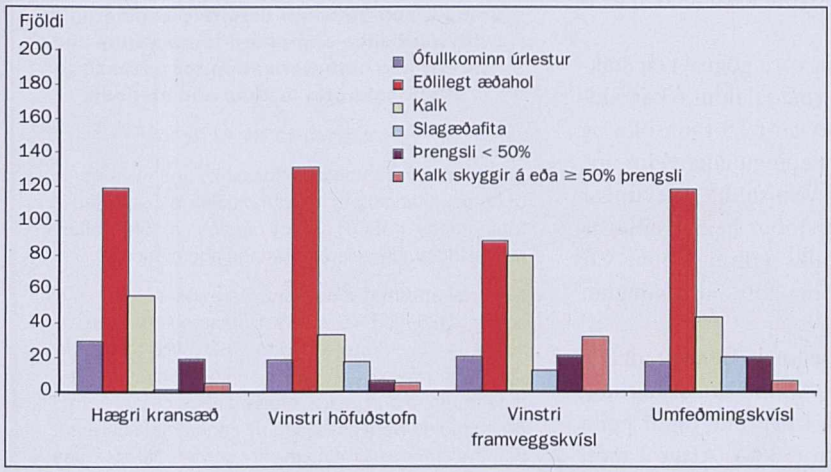
Conclusion: Good agreement was found between MSCT and invasive coronary angiography in assessing significant stenosis in vessel segments over 2,0 mm. In older subjects coronary calcification on MSCT is frequent and diminishes its accuracy. MSCT seems most useful in relatively young subjects in whom the coronary arteries need to be evaluated to avoid unnecessary cardiac catheterisation.

Keywords: *coronary artery disease, multislice computed tomography, cardiac catheterisation.*

Correspondence: Birna Jónsdóttir, *birna@rd.is*



Mynd 1. *Algengustu ábendingar fyrir tölvusneiðmynd af kransæðum.*



Mynd 2. *Aðalniðurstöður eftir úrlestur tölvusneiðmynda af kransæðum hjá fyrstu 150 einstaklingunum er rannsakaðir voru.*

ingu, gjöf röntgenskuggaefnis og myndatöku með skyggnirannsóknartækni hefur verið hið „gullna viðmið" við mat á æðaholi en hefur takmarkaða möguleika á að meta ástand sjálfs æðaveggsins (5). Innanæðaómskoðun hefur þó verið viðbótaraðferð við hjartaþræðingu sem gefur möguleika á að sýna fram á töluverðan æðakölkunarsjúkdóm þó holmyndataka af æðinni sýni engar afgerandi þrengingar (6).

Tölvusneiðmyndatækni hefur í vaxandi mæli verið notuð við greiningu æðasjúkdóma og tækniframfarir, sérstaklega aukinn sneiðafjöldi og styttri snúningstími röntgenlampans um sjúklinginn, hafa aukið vonir um notagildi hennar til greiningar á kransæðasjúkdómum (7). TS-æðarannsókn með gjöf röntgenskuggaefnis gefur kost á að meta bæði ástand æðaveggjarins og sjálft æðaholið (8). Myndgreining af kransæðum með hjartaþræðingu er áhættumeiri fyrir viðkomandi einstakling en TS-tæknin, en báðar rannsóknirnar valda nokkru geislaálagi.

Tilgangur núverandi rannsóknar var að kanna notagildi og áreiðanleiki tölvusneiðmyndarannsóknar af kransæðum til að meta æðabreytingar og þrengsli í samanburði við kransæðamyndatöku með hjartaþræðingu.

Efniviður og aðferðir

TS-kransæðarannsóknir

Þýði 150 einstaklinga (72 konur, 78 karlar) sem fyrstir komu í TS-kransæðamyndatöku hjá Röntgen Domus frá árslokum 2003 og fram í ágúst 2004 var skoðað. Meðalaldur alls hópsins var 57 ár, hjá konunum 58 ár (aldursbil 40 til 80 ár) og körlunum 56 ár (aldursbil 34 til 80 ár). Rannsóknin var gerð með 16 sneiða tölvusneiðmyndatæki. Allir einstaklingarnir komu samkvæmt tilvísun frá lækni, þar af í 90% tilfella frá sérfræðingi í hjartasjúkdómum. Algengustu ábendingar fyrir rannsókninni voru ættarsaga, háþrýstingur, ósérhæfðir brjóstverkir og aðrir þekktir áhættuþættir fyrir kransæðasjúkdómi (mynd 1). Rannsóknin var gerð bæði fyrir og eftir skuggaefnisgjöf í bláæð. Stafræn gagnasöfnun er að mestu leyti rúmvíð og úrlestur fór fram í sértækum þrívíddar tölvuvinnustöðvum sem endurbyggja sneiðmyndir í öllum víddum þannig að möguleiki er líka á beinni þvervíddarskoðun á sérhverjum æðahluta.

Hjartaþræðingar

Af heildarhópnum höfðu 44 einstaklingar einnig farið í kransæðamynd með hjartaþræðingu á Landspítala Hringbraut innan eins árs frá því að TS-rannsóknin var gerð. Hjartaþræðingar eru gerðar á æðarannsóknarstofu og kransæðarnar myndaðar í tvívídd með stafrænni tækni. Skuggaefnisinndæling er gerð í slagæðalegg sem þræddur hefur verið sértækt í upptök hvorrar kransæðar fyrir sig. Sérhver æðahluti er skoðaður frá nokkrum mismunandi sjónarhornum og úrlestur mynda fer fram í alhliða tvívíddar tölvuvinnustöð. Allir nema tveir fóru í hjartaþræðingu eftir TS-rannsóknina. Meðaltími milli rannsókna var rúmir tveir mánuðir og í öllum tilvikum nema einu skemmri en sex mánuðir. Einn sjúklingurinn hafði farið í hjartaþræðingu fyrir 11 mánuðum en niðurstöður hennar og TS-rannsóknarinnar voru samhljóða.

Samanburður á úrlestri

Meðalaldur þeirra 44 einstaklinga sem fóru bæði í TS-kransæðamynd og hjartaþræðingu var 63 ár, þar af voru 19 konur (meðalaldur 62 ár; aldursbil 50 til 72 ár) og 25 karlar (meðaladur 64 ár; aldursbil 34 til 80 ár). Af heildarhópnum fóru því 29% einstaklinganna í báðar rannsóknirnar og voru þeir að meðaltali eldri en þeir er ekki fóru í hjartaþræðingu (meðalaldur 55 ár; aldursbil 34 til 80 ár). Gerður var samanburður á úrlestri TS-kransæðamynda sem var í höndum fjögurra sérfræðinga í

læknisfræðilegri myndgreiningu og þræðingarniðurstöðum sem átta hjartalæknar mátu. Við þennan samanburð var notast við líffræðilega skiptingu kransæðatrésins í 14 æðahluta (mynd 4) (9). Samtals var möguleiki á að bera saman þrengsli í 616 kransæðahlutum, en 23 æðahlutum var sleppt í lokaúrlestri þar sem myndgæði TS-rannsóknarinnar töldust óviðunandi. Þannig byrgðu miklar kalkanir sýn í 17 æðahlutum, þar af tilheyrðu 14 sama einstaklingi og var öll rannsókn hans dæmd ófullkomin. Í tveimur æðahlutum voru stoðnet sem ollu myndskemmdum og hreyfióskerpa eyðilagði aðra fjóra. Þeir 593 æðahlutar sem að lokum voru bornir saman eftir úrlestur beggja rannsókna voru stigaðir á eftirfarandi hátt:

Eðlilegur hluti = 1 stig
minni en 30 % þrengsli = 2 stig
30-49% þrengsli = 3 stig
50-70% þrengsli = 4 stig
meiri en 70% þrengsli = 5 stig
lokaður æðahluti = 6 stig

Rannsóknin var gerð með samþykki Persónuverndar og Vísindasiðanefndar.

Endurmat á úrlestri

Gert var endurmat á úrlestri í þeim tilvikum þar sem misræmi var milli TS-rannsóknar og hjartaþræðingar á því hvort marktæk kransæðaþvermálsþrengsli (≥ 50%) væru til staðar. Endurmat rannsóknanna var gert sameiginlega af sérfræðingi í hjartasjúkdómum og sérfræðingi í læknisfræðilegri myndgreiningu. Misræmi kom fram í 26 æðahlutum (4,4%) hjá 14 einstaklingum, fjórir voru konur (meðalaldur 64 ár; aldursbil 56 til 68 ár), og tíu karlar (meðalaldur 70 ár; aldursbil 57 til 78 ár). Meðalaldur þeirra sem endurmat var gert hjá reyndist hærri en hjá öðrum í rannsóknarhópnum (68 á móti 60 ár). Einnig voru endurmetnar myndir þeirra einstaklinga sem greindust með slagæðafitu á TS-rannsókn.

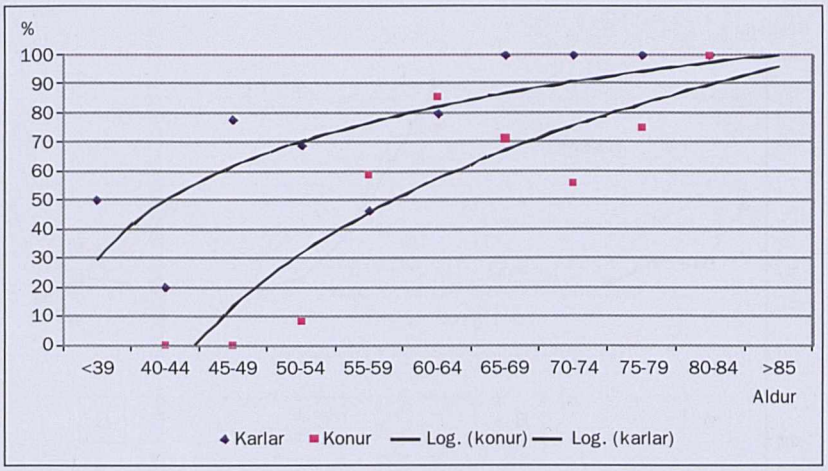
Niðurstöður

Kalkbreytingar í kransæðum: Helstu niðurstöður eftir úrlestur TS-mynda fyrir þá 150 einstaklinga sem voru í heildarþýðinu eru sýndar á mynd 2. Þar kemur fram að nokkuð áberandi munur er á sjúkdómsgreiningu eftir kransæðum. Algengasta sjúklega breytingin er kalkanir í æðaveggjum, oftast í vinstri framveggskvísl, sem fer vaxandi með aldri og er einnig háð kyni (mynd 3). Í aldurshópnum 55 ára og yngri sást kalk í kransæðum hjá 56% af körlunum en aðeins hjá 4% af konunum ($p<0,001$). Í hópi 60 ára og eldri var algengi kalks hins vegar hækkað í 96% hjá körlum og 71% hjá konum ($p=0,025$).

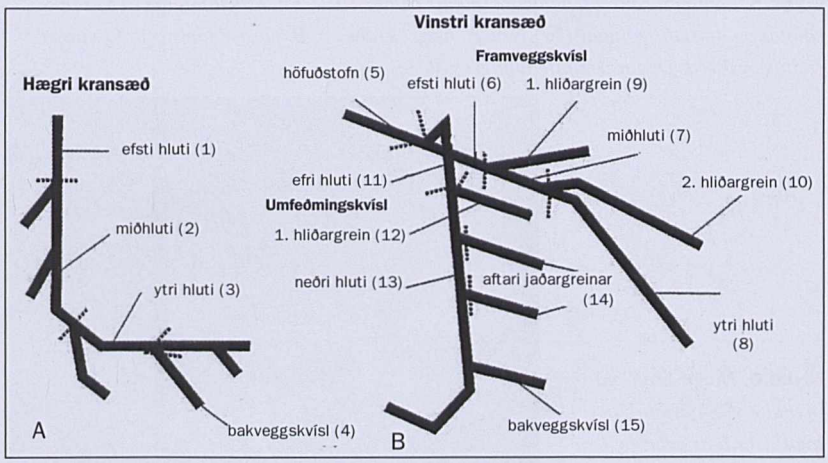
Marktæk kransæðaþrengsli: Við afturvirkan samanburð sáust við hjartaþræðingu yfir 50% æðaþrengsli í 29 svæðishlutum. Þar af voru 17 svæðishlutar yfir 2,0 mm í þvermál og af þeim greindust yfir 50% þrengsli í 14 á TS-rannsókn (83%). Við TS-rannsókn greindust til viðbótar fjögur þrengsli sem voru yfir 50% í svæðishlutum með þvermál yfir 2,0 mm sem ekki sáust á kransæðamynd við hjartaþræðingu.

Heildarniðurstaða fyrir samanburð á TS-rannsóknum og hjartaþræðingum eftir fyrsta úrlestur og samlagningu stigafjölda sérhvers æðahluta kemur skýrar fram á mynd 5. Ákveðinn mismunur kemur fram við mat á einstaka meginkvíslum og æðahlutum og á það sér mismunandi skýringar.

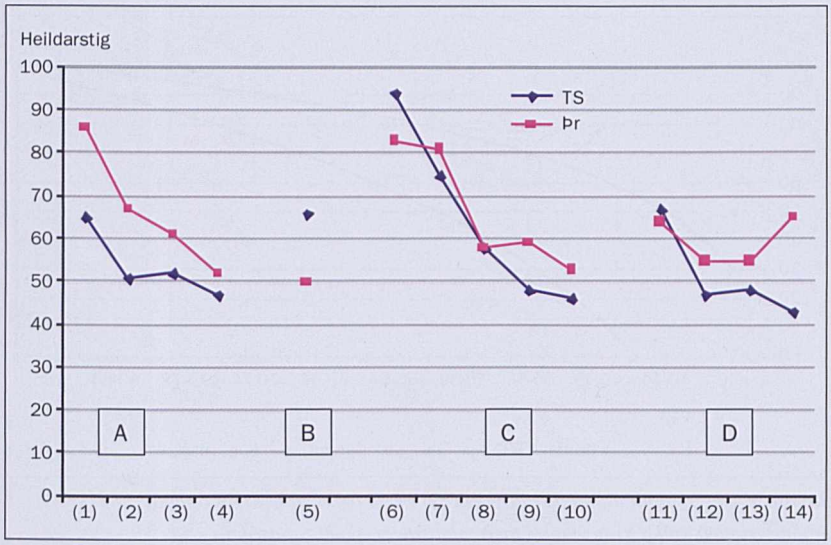
Hægri kransæð: Ófullkominn úrlestur var algengastur fyrir hægri kransæð og almennt vanmat TS-rannsóknin ástand hægri kransæðar í samanburði við niðurstöðu hjartaþræðingar. Eins og fram kom í úrlestri upphaflega þýðis þeirra 150 sem fyrstir fóru í TS-rannsókn voru myndskemmdir algengastar í hægri kransæð. Ófull-



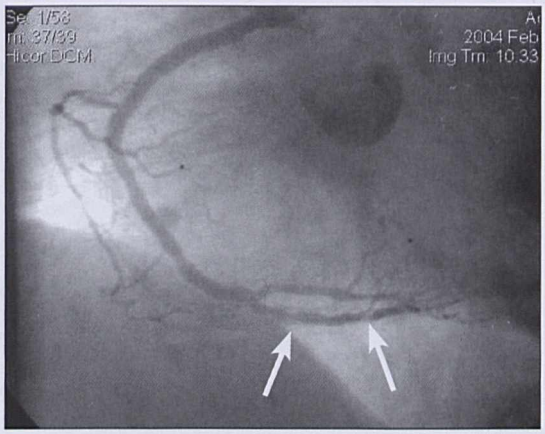
Mynd 3. *Tengsl aldurshópa og hlutfalls (%) karla og kvenna í viðkomandi hópi er greindust með kalk í kransæðum með tölvusneiðmynda rannsókn.*



Mynd 4. *Númeraðir æðahlutar kransæða sem voru skoðaðir. A: hægri kransæð. B: vinstri kransæð. Niðurstöður æðahluta 4 og 15 voru sameinaðar þar sem aðeins fjórir einstaklingar höfðu ríkjandi vinstri kransæð.*



Mynd 5. *Samanburður á heildarstigun eftir frumúrlestur tölvusneiðmynda (TS) rannsóknar og hjartaþræðingar (Þr) fyrir A. hægri kransæð, B. vinstri aðalstofn, C. vinstri framveggskvísl, D. vinstri umfeðmingskvísl.*

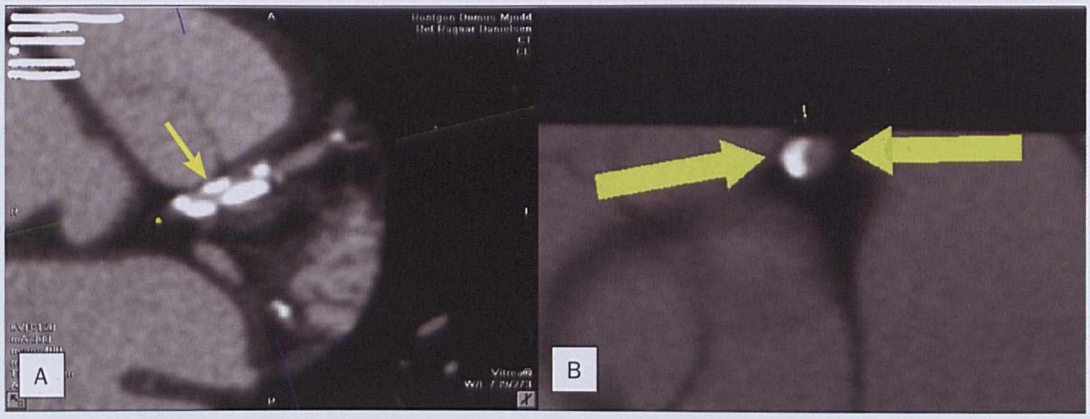


Mynd 6. *Hægri kransæð mynduð við hjartaþræðingu. Dreifðar æðabreytingar og þrengsli í útlægum greinum (örvar).*

komin þrívíddarmyndbygging og truflanir höfðu áhrif í 23 af 150 (15%) rannsóknum sem reyndist nær tvisvar sinnum algengara en í 12 af 150 (8%) rannsóknum í vinstri kransæð. Við endurmat og samanburð TS-rannsókna og hjartaþræðinga var í tveim tilvikum marktækt vanmat á efri hluta hægri kransæðar (æðahlutar 1 og 2) við TS-rannsókn. Einn sjúklingur var þræddur fjórum mánuðum eftir TS-rannsóknina vegna bráðra kransæðaeinkenna og reyndist þá vera með lokaða hægri kransæð. Útlægari æðahlutar eru margir svo smáir að erfitt getur verið að meta þá með TS-rannsókn, þrátt fyrir endurmat, en þeir sjást betur við hjartaþræðingu (mynd 6).

Vinstri höfuðstofn: Algengara var að TS-rannsóknin mæti breytingar á þessu svæði meiri en hjartaþræðingin, oftast var um eins stig munur milli aðferðanna. Yfirleitt var skýringin sú að kalkanir í æðaveggnum voru ekki greindar fullnægjandi við upphaflegan úrlestur við þræðingu þó þær sæjust í sumum tilfellum afturvirkt. Þessi æðahluti er oft víðasti hluti kransæðatrésins og skuggaefnið er þar þéttast við þræðingu. Veggkalkanir „drukkna" stundum í röntgenskuggaefni við úrlestur þræðingamynda á meðan þær bjarma upp vegna þéttni kalksins við TS-rannsókn (mynd 7). Hjá tveim sjúklingum var um vanmat á þrengslum í aðalstofni að ræða við þræðingu. Í einu tilfelli þar sem TS-rannsókn sýndi meiri en 50% þrengsli kom aftur á móti í ljós við þræðingu skömmu síðar að slagæðafitukölkun hafði rifnað upp (æðaskellurof) og valdið mun meiri þrengslum og fór sá sjúklingur í kjölfarið í opna hjáveituaðgerð.

Vinstri framveggskvísl: Í samanburði við hjartaþræðingu sýndi TS-rannsóknin meiri æðabreytingar í efsta hluta framveggskvíslar, gott samræmi fyrir miðhlutann, en vanmat útlægu greinarnar (mynd 8). Með TS-rannsókninni var sérstaklega leitast við að finna slagæðafitu í efsta hluta framveggskvíslar og greindust slíkar breytingar hjá fjórum sjúklingum í sjötta æðahluta. Í einu tilfelli var slagæðafita ranglega greind og reyndist í raun vera vöðvabrú er umlukti efsta hluta framveggskvíslarinnar. Í nokkrum tilfellum við endurmat á efsta hluta framveggskvíslar var um að ræða vanmat á þrengslum við upphaflegan úrlestur hjartaþræðingar. Útlægustu æðagreinarnar þar sem algengt er að sjá þrengsli við þræðingu eru hér eins og í hægri kransæðinni gjarna minni en 2,0 mm og erfitt að meta þær með TS-rannsókn. Í einu tilfelli er við hjartaþræðingu lýst þrengslum í upptökum 2,0 mm víðrar hliðargreinar en TS-



Mynd 7. *A). Tölvusneiðmynda rannsókn af kransæðum er sýnir miklar kalkbreytingar í aðalstofni og ofarlega í framveggskvísl vinstri kransæðar (ör). B). Þverskurður af vinstri aðalstofni sem sýnir kalk þrengja að holrúmi æðarinnar (örvar).*

rannsóknin sýndi að stór kransæðabláæð þrýsti þar á (mynd 9).

Vinstri umfeðmingskvísl: Samræmi milli úrlestrar TS-rannsóknar og hjartaþræðingar var gott í efri hluta þessarar kvíslar en lakara fyrir miðhlutann og útlægar greinar þar sem TS-rannsóknin var greinilega síðri til mats á þrengslum.

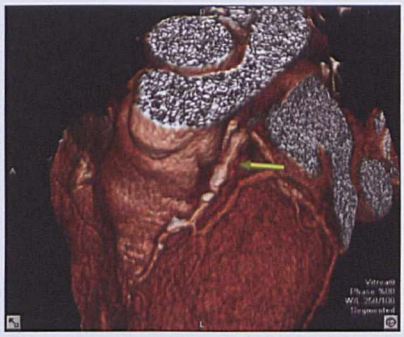
Umræða

Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna að í samanburði við kransæðamyndatöku með hjartaþræðingu getur TS-rannsókn með viðunandi nákvæmni greint marktæk þrengsli í kransæðum sem eru yfir 2,0 mm í þvermál. Ennfremur virðist TS-myndgreining á kransæðum henta til að útiloka kransæðasjúkdóm hjá einstaklingum með litlar líkur á kransæðaþrengslum. Með auknum aldri og æðakölkunarbreytingum í kransæðum gætir hins vegar vaxandi misræmis í samanburði við niðurstöður hjartaþræðingar og er það í samræmi við erlendar rannsóknir (4). Samanburðurinn í núverandi rannsókn var afturvirkur og ekki staðlaður tími milli rannsóknanna sem vissulega getur að hluta skýrt mismun í stigun á kransæðabreytingunum. Ekki var sérstaklega valið í rannsóknarhópinn og hann einkennist af því að oftast er um einstaklinga að ræða með ósérhæfða brjóstverki og áhættuþætti fyrir kransæðasjúkdómi fremur en sjúklinga með dæmigerða hjartaöng sem líklegra er að læknar sendi í hjartaþræðingu.

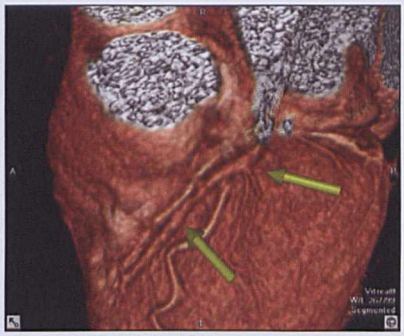
Í samanburði við hjartaþræðingu metur TS-rannsókn best miðhluta framveggskvíslar og efsta hluta umfeðmingskvíslar vinstri kransæðar, ofmetur breytingar í vinstri aðalstofni og efst í framveggskvíslinni, en vanmetur almennt útlægar greinar vinstri kransæðar. Ennfremur getur TS-rannsókn vanmetið breytingar í öllum æðahlutum hægri kransæðar, oft vegna tæknilegra vandamál við myndgreiningu. Æðin liggur umlukin fitu í krika milli hægri gáttar og slegils. Myndtruflanir frá blóðrennsli í hægri gátt geta einnig torveldað úrlestur. TS-rannsókn er næm aðferð til að meta fitubreytingar í æðaholi, en ef til staðar er vöðvabrú þar sem hlutar vinstri kransæðarinnar liggja í slegilsveggnum er hægt að mistúlka niðurstöður TS-rannsóknarinnar sem marktæk þrengsli. Stundum nær vöðvinn að umlykja æðahluta alveg hringlægt, en í öðrum tilfellum er æðakvísl í nokkurs konar gróf utanvert í vöðvanum.

Kransæðakalkanir finnast hjá ungu fólki þegar um þrítugt og fara vaxandi með aldri (10). Greinilegur kynjamunur er eins og fram kom við þessa rannsókn, sérstaklega í yngri aldurshópum. Í núverandi rannsóknarþýði er um 50% karla milli 40 og 50 ára með kransæðakalk og svipaðar líkur eru á að finna kalk hjá konum á aldrinum 50-60 ára. Kalkanir eru svo algengar hjá eldra fólki að þær hafa verulega truflandi áhrif á úrlestur TS-kransæðarannsókna. Þegar mikið kalk er til staðar er erfitt að meta holrúm æðarinnar og hvort marktæk þrengsli séu til staðar (11). Í núverandi rannsókn voru kransæðarnar metnar með 16 sneiða TS-tæki. Nýjasta TS-tækið sem farið er að nota hérlendis við kransæðarannsóknir er hins vegar 64 sneiða og enn hraðvirkari en eldri búnaður. Fyrstu rannsóknaniðurstöður úr því tæki sýna greinilega minni truflanir frá æðakalki og vegna aukins hraða við rannsóknina verða einnig minni truflanir við myndgreiningu hægri kransæðar. Greiningarhæfni TS-rannsókna er talin ná til æðahluta stærri en 1,5 mm ef rannsóknin er gerð með 64 sneiða tæki, en með 16 sneiða tæki eins og notað var í núverandi rannsókn, er miðað við þvermál æðahluta sem eru yfir 2,0 mm þegar marktæk þrengsli eru metin (12). Í samanburði við hjartaþræðingu hafa rannsóknir með slíkum tækjabúnaði sýnt fram á 72-95% næmi og um 98% sérhæfni við mat á svæðishlutum með 50% eða meiri kransæðaþrengslum, en næmi er hærra ef lítið kalk er í æðunum (4, 11). TS-rannsóknin ofmat hins vegar kerfisbundið þrengslin í einni rannsókninni (4).

Stigun kransæðasjúkdóms hefur lengst af verið gerð með mati á þrengslum í æðaholi er sjást á kransæðamynd við hjartaþræðingu. Innanæðaómun, TS-myndgreining og segulómun sýna betur breytingar í sjálfum æðaveggnum og hafa nú þegar breytt áherslum í greiningu, stigun og meðferð kransæðasjúkdóma (5, 13). Þannig getur greining kransæðabreytinga á TS-mynd hjá einstaklingi með áhættuþætti fyrir kransæðasjúkdómi, jafnvel þótt hann sé einkennalaus, stutt ákvörðun um fyrirbyggjandi áhættuþáttameðferð með lífsstílsbreytingum og jafnvel blóðfitulækkandi lyfjum. Bundnar eru vonir við gagnsemi þéttnimælingar á slagæðafitu sem og magnmælingu á æðakalki til þess að meta líkur á kransæðastíflu (5). Mæling á magni kransæðakalks hefur ekki verið gerð hér á landi hjá yngra fólki en er hins vegar hluti af öldrunarrannsókn Hjartaverndar.



Mynd 8. *Tölvusneiðmynd af vinstri framveggskvísl með víðtækum æðakölkunarbreytingum og þrengslum (ör).*



Mynd 9. *Stór bláæð (örvar) þrýstir á upptök efstu hliðargreinar vinstri framveggskvíslar .*

Lokaorð

Rannsókn þessi sýnir að í 83% tilfella bar TS-rannsókn og kransæðamynd með hjartaþræðingu saman um hvort marktæk kransæðaþrengsli (≥50%) væru til staðar í æðagreinum sem voru yfir 2,0 mm í þvermál. Hjá eldri einstaklingum (>50-60 ára), þar sem vaxandi kalkbreytingar í kransæðunum geta torveldað úrlestur TS-rannsóknar, er æskilegra að viðkomandi fari fremur í hjartaþræðingu ef að klínískt er líklegt að marktæk kransæðaþrengsli séu til staðar er þarfnast æðaviðgerðar. Notagildi TS-rannsóknar af kransæðum virðist mest hjá ungum einstaklingum (<50-60 ára) þegar talin er þörf á að skoða kransæðar. Augljós ávinningur er af því að geta í slíkum tilvikum metið ástand kransæða með fljótlegri og áhættulítilli myndgreiningaraðferð og tekið ákvörðun um viðeigandi meðferð. Aðstöðu á hjartaþræðingarstofu mætti aftur á móti nýta betur fyrir þá sjúklinga sem líklegra er að þurfi á kransæðavíkkun að halda. Skilgreina þarf nánar með klínískum leiðbeiningum fyrir hvaða einstaklinga TS-rannsókn af kransæðum hentar best (7).

Heimildir

1. Danielsen R, Eyjólfsson K, Sigurðsson AF, Jónmundsson EJ. Árangur kransæðavíkkunaraðgerða á Íslandi 1987-1998. Læknablaðið 2000; 86: 241-9.
2. Sigfússon N, Sigurðsson G, Agnarsson U, Guðmundsdóttir II, Stefánsdóttir I, Sigvaldason H, et al. Declining coronary heart disease mortality in Iceland: Contribution by incidence, recurrence and case fatality rate. Scand Cardiovasc J 2002; 36: 337-41.
3. Þorgeirsson G, Þorgeirsson G, Sigvaldason H, Witteman J. Risk factors for out-of-hospital cardiac arrest: the Reykjavík study. Eur Heart J 2005; 26: 1499-505.
4. Hoffmann MHK, Shi H, Schmitz B, Schmid FT, Lieberknecht M, Schulze R, et al. Noninvasive Coronary Angiography With Multislice Computed Tomography. JAMA 2005; 20: 2471-8.
5. Budoff MJ, Cohen M, Garcia M, Hodgson J, Hundley WG, Lima JAC, et al. ACCF/AHA Clinical Competence Statement on Cardiac Imaging With Computed Tomography and Magnetic Resonance. J Am Coll Cardiol 2005; 46: 383-402.
6. Thompson PD, Balady GJ, Chaitman BR, Clark LT, Levine BD, Myerburg RJ. Task Force 6: Coronary artery disease. J Am Coll Cardiol 2005; 45: 1348-53.
7. Sechtem U, Vöhringer M. The clinical role of „non-invasive" coronary angiography by multidetector spiral computed tomography: yet to be defined. Eur Heart J 2005; 26: 1942-4.
8. Morgan-Hughes GJ, Roobottom CA, Owens PE, Marshall AJ. Highly accurate coronary angiography with submillimetre, 16 slice computed tomography. Heart 2005; 91: 308-13.
9. Austin WG, Edwards JE, Frye RL, Gensini GG, Gott VL, Griffith LSG, et al. A reporting system on patients evaluated for coronary artery disease (AHA committee report). Circulation 1975; 51: 5-40
10. Stary HC. The sequence of cell and matrix changes in atherosclerotic lesions of coronary arteries in the first forty years of life. Eur Heart J 1990; (suppl E): 3-19.
11. Kuettner A, Trabold T, Schroeder S, Feyer A, Beck T, Brueckner A, et al. Noninvasive detection of coronary lesions using 16-detector multislice spiral computed tomography technology. J Am Coll Cardiol 2004; 44: 1230-7.
12. Lescha S, Alkadhi H, Plass A, Desbiolles L, Grunenfelder J, Marincek B, et al. Accuracy of MSCT coronary angiography with 64-slice technology: first experience. Eur Heart J 2005; 26: 1482-7.
13. Yock PG, Fitzgerald PJ. Intravascular ultrasound: state of the art and future directions. Am J Cardiol 1998; 81: 27E-32E.

Cymbalta® duloxetine HCl

SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS. Heiti lyfs, lyfjaform og pakkningastærðir: CYMBALTA 30 mg hörð sýruþolin hylki eða CYMBALTA 60 mg hörð sýruþolin hylki. CYMBALTA 30 mg fæst í 28 hylkja pakkningum. CYMBALTA 60 mg fæst í 28 og 98 hylkja pakkningum. **Virk innihaldsefni og styrkleikar:** Virka innihaldsefnið í CYMBALTA er duloxetin. Hvert hylki inniheldur 30 eða 60 mg af duloxetini sem duloxetin hýdróklóríð. **Ábendingar:** Til meðferðar á alvarlegum þunglyndislotum (major depressive episodes). Til meðferðar á útlægum taugaverkjum vegna sykursýki hjá fullorðnum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Til inntöku. Fullorðnir: *Alvarlegar þunglyndislotur:* Ráðlagður upphafsskammtur og viðhaldsskammtur er 60 mg einu sinni á dag án tillits til máltíða. Skammtar yfir 60 mg einu sinni á dag, upp að hámarksskammti 120 mg á dag gefið í jöfnum skömmtum hafa verið metnir með tilliti til öryggis í klínískum rannsóknum. Hins vegar benda upplýsingar úr klínískum rannsóknum ekki til þess að sjúklingar sem svara ekki ráðlögum upphafsskammti hafi gagn af hærri skammti. Svörun sést venjulega eftir 2-4 vikna meðferð. Mælt er með að meðferð sé veitt í nokkra mánuði eftir að svörun hefur fengist til að forðast bakslag. *Útlægir taugaverkir vegna sykursýki:* Ráðlagður upphafsskammtur og viðhaldsskammtur er 60 mg einu sinni á dag án tillits til máltíða. Skammtar yfir 60 mg einu sinni á dag, upp að hámarksskammti 120 mg á dag gefið í jöfnum skömmtum hafa verið metnir með tilliti til öryggis í klínískum rannsóknum. Mikill einstaklingsmunur er á plasmaþéttni duloxetins. Því gætu sjúklingar með ófullnægjandisvörun á 60 mg haft gagn af hærri skammti. Meta skal svörun lyfsins eftir 2 mánaða meðferð. Frekari svörun eftir þann tíma er ólíkleg. Endurmeta skal ávinning meðferðarinnar reglulega (að minnsta kosti á þriggja mánaða fresti). *Aldraðir: Alvarlegar þunglyndislotur:* Ekki er mælt með skammtaaðlögun hjá öldruðum sem eingöngu er byggð á aldri. Aldraðir skulu meðhöndlaðir með varúð eins og við á um önnur lyf, sérstaklega með CYMBALTA 120 mg/dag þar sem takmarkaðar upplýsingar eru til um notkun. *Útlægir taugaverkir vegna sykursýki:* Ekki er mælt með skammtaaðlögun hjá öldruðum sem eingöngu er byggð á aldri. Aldraðir skulu meðhöndlaðir með varúð. *Börn og unglingar:* Rannsóknir á öryggi og virkni duloxetins hjá sjúklingum í þessum aldurshópi hafa ekki verið framkvæmdar. Því er ekki mælt með notkun CYMBALTA fyrir börn og unglinga. *Skert lifrarstarfsemi:* CYMBALTA ætti ekki að gefa sjúklingum með lifrarsjúkdóm með skertri lifrarstarfsemi. *Skert nýrnastarfsemi:* Ekki er þörf á skammtaaðlögun hjá sjúklingum með væga eða miðlungs skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatinin úthreinsun 30 til 80 ml/mín). *Meðferð hætt:* Þegar meðferð með CYMBALTA er stöðvuð eftir meira en 1 viku meðferð, er að öllu jöfnu ráðlegt að draga smám saman úr skammtinum á minnst 2 vikum til að draga úr hættu á fráhvarfseinkennum. Almennt er ráðlagt að minnka skammtinn um helming eða gefa lyfið annan hvern dag. Við ákvörðun um skammtaminnkun skal hins vegar taka tillit til einstaklingsbundinna atriða varðandi sjúkling, svo sem lengd meðferðar, skammtastærð þegar ákveðið er að hætta o.s.frv. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. CYMBALTA á ekki nota samhliða ósérhæfðum, óafturkræfum Mónóamín Oxidasa hemlum (MAO hemlum). Lifrarsjúkdómur með skertri lifrarstarfsemi. Ekki ætti að nota CYMBALTA samhliða fluvoxamini, ciprofloxacini eða enoxacini (þ.e. virkum CYP1A2 hemlum) því það veldur hækkaðri plasmaþéttni duloxetins. Mikið skert nýrnastarfsemi (kreatinin úthreinsun <30 ml/mín). **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** *Geðhæð og krampar:* CYMBALTA skal notað með varúð hjá sjúklingum með sögu um geðhæð eða sem hafa greinst með geðhvarfasýki og/eða krampa. *Ljósopsstæringu:* Ljósopsstæringu hefur verið lýst og tengd við duloxetin, því ætti að ávísa CYMBALTA með varúð hjá sjúklingum með hækkaðan augnþrýsting eða með þekkta hættu á bráðri þrönghornsgláku. *Blóðþrýstingur:* Fylgjast skal með blóðþrýstingi eftir því sem við á hjá sjúklingum með háþrýsting og/eða aðra hjartasjúkdóma. *Skert nýrnastarfsemi:* Plasma-þéttni duloxetins hækkar hjá sjúklingum með mikið skerta nýrnastarfsemi sem krefst blóðskilunar (kreatinin úthreinsun <30 ml/mín). Sjá nánari upplýsingar í kafla 4.3 um sjúklinga með mikið skerta nýrnastarfsemi. Sjá nánari upplýsingar í kafla 4.2 um sjúklinga með væga eða miðlungs skerta nýrnastarfsemi. *Notkun með þunglyndislyfjum:* Gæta skal varúðar sé CYMBALTA notað samhliða þunglyndislyfjum. Sérstaklega er ekki mælt með samhliða notkun sértækra afturkræfra MAO-hemla. *Jóhannesarjurt:* Tíðni aukaverkana getur aukist ef CYMBALTA er notað samhliða náttúrulyfjum sem innihalda Jóhannesarjurt (Hypericum perforatum). *Sjálfsvíg: Alvarlegar þunglyndislotur:* Þunglyndi er tengt aukinni hættu á sjálfsvígshugsunum, sjálfsskaða og sjálfsvígum. Þessi áhætta er til staðar uns marktækur bati fæst. Fylgjast skal náið með sjúklingum uns bati fæst, því ekki er víst að batamerki sjáist á fyrstu vikum meðferðar. Almenn klínísk reynsla af öllum þunglyndismeðferðum er að sjálfsvígsáhættan geti aukist á fyrstu batastigum. Dæmi eru um sjálfsvígshugmyndir og sjálfsvígsatferli meðan á duloxetinmeðferð stendur eða skömmu eftir að meðferð var hætt. Fylgjast skal náið með sjúklingum sem eru í sérstakri áhættu. Aðvara skal sjúklinga (og aðstandendur sjúklinga) um þörf á að fylgjast með tilkomu sjálfsvígshugmynda/hegðunar eða hugsana um sjálfsskaða og að leita læknisaðstoðar samstundis ef þessi einkenni koma fram. *Útlægir taugaverkir vegna sykursýki:* Eins og við á um önnur lyf með svipuð lyfjafræðileg áhrif (þunglyndislyf), eru einstaka dæmi um sjálfsvígshugmyndir og sjálfvígstilburði meðan á duloxetinmeðferð stendur eða skömmu eftir að meðferð var hætt. Læknar skulu hvetja sjúklinga til að tilkynna um allar bölsýnishugsanir eða vanlíðan. *Notkun hjá börnum og unglingum undir 18 ára aldri:* Engar klínískar rannsóknir hafa verið framkvæmdar með duloxetini hjá börnum. Ekki ætti að nota CYMBALTA til að meðhöndla börn og unglinga undir 18 ára aldri. Sjálfsvígstengdar hegðanir (tilraunir til sjálfsvígs og sjálfsvígshugsanir) og fjandskapur (aðallega árásarhneigð, móthróí og reiði) komu oftar fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfleysu. Ef samt sem áður er ákveðið að meðhöndla, byggt á klínískri þörf, þarf að fylgjast vandlega með því hvort sjálfsvígseinkenni koma fram hjá sjúklingnum. Að auki skortir langtíma upplýsingar um öryggi hjá börnum og unglingum á vöxt, þroska og vitsmuna og atferlisþroska. *Súkrósi:* CYMBALTA hörð sýruþolin hylki innihalda súkrósa. Sjúklingar með mjög sjaldgæft arfgengt frúktósa óþol, glúkósa-galaktósa vanfrásog eða súkrasa-isomaltasa skort skulu ekki taka lyfið. *Blæðingar:* Lýst hefur verið óeðlilegum húðblæðingum eins og marblettum og purpura tengt sérhæfðum serótónín endurupptöku hemlum (SSRI). Gæta skal varúðar hjá sjúklingum sem taka blóðþynningarlyf og/eða lyf sem vitað er að hafa áhrif á starfsemi blóðflagna og hjá sjúklingum með þekkta tilhneigingu til blæðinga. *Natríumlækkun:* Mjög sjaldgæf dæmi eru um natríumlækkun, sérstaklega hjá öldruðum, þegar CYMBALTA er gefið með öðrum lyfjum í sama lyfhrifaflokki. *Meðferð hætt:* Sumir sjúklingar geta fundið fyrir einkennum þegar meðferð með CYMBALTA er hætt, sérstaklega ef meðferð er stöðvuð skyndilega (sjá kafla 4.2 og 4.8). *Aldraðir: Alvarlegar þunglyndislotur:* Takmarkaðar upplýsingar eru til um notkun CYMBALTA 120 mg hjá öldruðum sjúklingum með alvarlegar þunglyndisraskanir. Þess vegna skal gæta varúðar þegar aldraðir eru meðhöndlaðir með hámarksskömmtum. *Lyf sem innihalda duloxetin:* Mismunandi lyf sem innihalda duloxetin eru fáanleg við mismunandi ábendingum (taugaverkir vegna sykursýki, alvarlegt þunglyndi sem og áreynsluþvagleki). Forðast skal samhliða notkun á fleiri en einu þessara lyfja. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** *Lyf sem verka á miðtaugakerfið:* áhættan á gjöf duloxetins samhliða öðrum lyfjum með verkun á miðtaugakerfið hefur ekki verið metin kerfisbundið nema eins og lýst er í þessum kafla. Þar af leiðandi skal gæta varúðar þegar CYMBALTA er tekið samhliða öðrum lyfjum og efnum sem verka á miðtaugakerfið þar með talið áfengi og róandi lyf (t.d. benzodiazepin lyf morfínlík lyf, sefandi lyf, phenobarbital, andhistamín með róandi verkun). *Mónóamín Oxidasa hemlar (MAO hemlar):* vegna hættu á serótónín heilkenni skal ekki nota CYMBALTA samhliða ósérhæfðum, óafturkræfum MAO hemlum eða innan minnst 14 dögum frá því að meðferð með MAO hemlum var hætt. Miðað við helmingunartíma duloxetins skulu líða minnst 5 dagar frá því að meðferð með CYMBALTA var hætt áður en meðferð með MAO hemlum hefst. Fyrir sérhæfða, afturkræfa MAO hemla, eins og moclobemid, er hættan á serótónín heilkenni minni. Samt sem áður er ekki mælt með samhliða notkun á CYMBALTA og sérhæfðum, afturkræfum MAO hemlum. *Serótónín heilkenni:* mjög sjaldgæf dæmi eru um serótónín heilkenni hjá sjúklingum sem nota SSRI lyf (t.d. paroxetin, fluoxetin) samhliða serótónvirkum lyfjum. Gæta skal varúðar ef CYMBALTA er gefið samhliða serótónvirkum þunglyndislyfjum eins og SSRI lyfjum, þríhringlaga þunglyndislyfjum eins og clomipramini og amitriptýlíni, Jóhannesarjurt (Hypericum perforatum), venlafaxini eða triptan lyfjum, tramadoli, pethidini og tryptophani. *Áhrif duloxetins á önnur lyf: Lyf sem eru umbrotin af CYP1A2:* í klínískri rannsókn fundust engin marktæk áhrif á lyfjahvörf teófýllíns, sem er CYP1A2 hvarfefni, þegar það var gefið samtímis duloxetini (60 mg tvisvar á dag). Rannsóknin var framkvæmd hjá körlum og ekki er unnt að útiloka að konur sem hafa minni CYP1A2 virkni og hærri plasmaþéttni duloxetinsgeti fengið milliverkanir tengdar CYP1A2 hvarfefnum. *Lyf umbrotin af CYP2D6:* samtímis gjöf duloxetins (40 mg tvisvar á dag) eykur jafnvægis AUC tolterodins (2 mg tvisvar á dag) um 71% en hefur ekki áhrif á lyfjahvörf virka 5-hydroxy umbrotsefnisins og ekki er mælt með skammtaaðlögun. Ef CYMBALTA er gefið samhliða lyfjum sem eru aðallega umbrotin af CYP2D6 skal það gert með varúð ef þau eru með þröngan lækningalegan stuðul. *Getnaðarvarnartöflur og aðrir sterar:* niðurstöður in vitro rannsókna sýna að duloxetin örvar ekki ensímvirkni CYP3A. Sérstakar in vivo rannsóknir á milliverkunum lyfjanna hafa ekki verið framkvæmdar. *Áhrif annarra lyfja á duloxetin: Sýrubindandi lyf og H2 blokkar:* samtímis gjöf duloxetins og sýrubindandi lyfja sem innihalda ál og magnesíum eða með famotidini hafi engin marktæk áhrif á frásogshraða eða magn duloxetins sem frásogaðist eftir inntöku 40 mg skammts. *Lyf sem hamla CYP1A2:* þar sem CYP1A2 tekur þátt í umbroti duloxetins, er líklegt að samhliða notkun duloxetins með öflugum CYP1A2 hemlum auki þéttni duloxetins. Fluvoxamin (100 mg einu sinni á dag), sem er öflugur CYP1A2 hemill, lækkaði greinanlega plasma úthreinsun duloxetins um u.þ.b. 77% og 6 faldaði AUC0-t. Því ætti ekki að gefa CYMBALTA samhliða öflugum CYP1A2 hemlum eins og fluvoxamini (sjá kafla 4.3). *Lyf sem hvetja CYP1A2:* Rannsóknir á lyfjahvörfum hafa sýnt að reykingamenn hafa næstum 50% lægri duloxetin styrk í plasma samanborið við þá sem reykja ekki. **Meðganga og brjóstagjöf:** *Meðganga:* Ekki eru fyrirliggjandi nein gögn um notkun duloxetins hjá þunguðum konum. Dýrarannsóknir hafa sýnt skaðleg áhrif á frjósemi við almenna útsetningu duloxetins (AUC) sem var lægra en mesta klíníska útsetningin. Hugsanleg áhætta fyrir menn er ekki þekkt. Eins og með önnur serótónvirk lyf er hugsanlegt að nýburinn fái fráhvarfseinkenni ef móðirin tók duloxetin skömmu fyrir fæðingu. Aðeins ætti að nota CYMBALTA á meðgöngu ef hugsanlegur ávinningur réttlætir hugsanlega áhættu fyrir fóstur. Konum skal ráðlagt að láta lækninn vita ef þær verða þungaðar eða hafa í hyggju að verða þungaðar meðan á meðferð stendur. *Brjóstagjöf:* Duloxetin og/eða umbrotsefni þess eru skilin út í mjólk hjá rottum. Hegðunaraukaverkanir sáust hjá afkvæmum í eitrunarrannsóknum á rottum sem framkvæmdar voru við og eftir burðarmál. Ekki liggja fyrir neinar rannsóknir á útskilnaði duloxetins og/eða umbrotsefna þess í brjóstamjólk. Ekki er mælt með notkun CYMBALTA meðan á brjóstagjöf stendur yfir. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Þrátt fyrir að samanburðarrannsóknir hafi ekki sýnt fram á að duloxetin skerði hreyfifærni, skilvitlega færni eða minni, getur það valdið syfju. Sjúklingar skulu því varaðir við áhrifum lyfsins á hæfni til aksturs eða notkunar hættulegra véla. **Aukaverkanir:** Algengustu aukaverkanirnar sem tilkynnt var um hjá sjúklingum með þunglyndi á CYMBALTA meðferð voru ógleði; munnþurrkur og hægðatregða. Algengustu aukaverkanirnar sem vart varð við hjá sjúklingum með taugaverki vegna sykursýki á CYMBALTA meðferð voru: ógleði; svefnhöfgi; sundl; hægðatregða og þreyta. Aukaverkanir sem komu fyrir marktækt oftar hjá sjúklingum sem fengu duloxetin en lyfleysu og með 2% tíðni eða hafa mögulega klínískt gildi eru: minnkuð matarlyst, þyngdartap, svefnleysi, minnkuð kynhvöt, fullnægingarstol (anorgasmia), sundl, svefnhöfgi, skjálfti, óskýr sjón, hitakóf, niðurgangur, uppköst, aukin svitamyndun, ristruflun*, seinkað sáðlát*, sáðlátsröskun* og þreyta. *Aðlagað að kyni. Dæmi eru um fráhvarfseinkenni þegar notkun CYMBALTA er hætt. Algeng einkenni, sérstaklega þegar hætt er snögglega, eru sundl, ógleði, svefnleysi, höfuðverkur og kvíði. Vitað er að duloxetin hefur áhrif á viðnám í þvagrás. Dæmi eru um sjálfsvígshugmyndir og sjálfsvígsatferli hjá sjúklingum á duloxetin meðferð eða skömmu eftir að meðferð var hætt. **Handhafi markaðsleyfis:** Eli Lilly Nederland BV, Grootslag 1-5, NL-3991 RA Houten, Holland. **Dagsetning fyrstu útgáfu markaðsleyfis/endurnýjunar markaðsleyfis:** 17. desember 2004. **Verð skv. Lyfjaverðskrá frá og með 1. nóvember 2005.** Tryggingastofnun ríkisins tekur þátt í greiðslu lyfsins (B-merkt). Cymbalta 30 mg hylki, 28 stk. 3.765 kr. Cymbalta 60 mg hylki, 28 stk. 5.692 kr. Cymbalta 60 mg hylki, 98 stk. 17.004 kr.

Ritrýnar Læknablaðsins 2004 og 2005

Það er gömul hefð læknablaða að birta með reglubundnum hætti lista yfir þá sem lagt hafa útgáfunni lið með kröftum sínum og stuðlað að auknu vísindalegu gildi þeirra fræðigreina sem sendar eru til blaðsins. Allar fræðigreinar sem berast Læknablaðinu eru sendar í ritrýni utan ritstjórnar. Umsagnir ritrýna eru sendar höfundum ásamt athugasemdum ritstjórnar sé þeim til að dreifa. Sú meginregla gildir að greinarhöfundar fá ekki að vita hver ritrýnir og ritrýnar vita ekki um greinarhöfunda.

Á árinu 2005 urðu þau merku tíðindi á 90 ára ferli Læknablaðsins að það hlaut náð fyrir augum bandarískra vísindagagnabankans Medline og skráning ritstjórnargreina og fræðigreina hófst. Þetta felur í sér mikla upphefð fyrir blaðið og vísindaefni sem birt er í Læknablaðinu öðlast annað og meira gildi en áður var vegna þessarar skráningar. Þetta felur jafnframt í sér auknar skyldur og gæðaeftirlit af blaðsins hálfu og eitt með öðru er að frá árinu 2005 fá langflestar vísindagreinar ritrýni tveggja aðila. Fyrir vikið þarf blaðið að kalla til fleiri glögg augu en áður og vonast til þess að úti á akrinum sýni menn áfram velvilja og skilning á þessu hlutverki sem kemur öllum til góða.

Starf ritrýnis felur ekki í sér nein laun eða umbun af nokkru tagi fyrir viðkomandi og því vill Læknablaðið ítreka bestu þakkir fyrir gott unnið verk til allra þeirra sem ritrýnt hafa í þágu blaðsins á liðnum árum. Án þessara ómetanlegu krafta væri ekki hægt að gefa út blað í nafni lækna þar sem birtar eru vísindagreinar sem standa undir nafni.

Hér er birtur listi yfir þá sem ritrýndu greinar sem birtust í Læknablaðinu árin 2004 og 2005.

Í ritstjórn Læknablaðsins hafa setið þessi tvö ár Emil L. Sigurðsson, Hannes Petersen, Jóhannes Björnsson, Karl Andersen, Ragnheiður Inga Bjarnadóttir og Vilhjálmur Rafnsson ábyrgðarmaður. Þann 1. desember 2005 að telja var sett á laggirnar ný ritstjórn, skipuð sem hér segir: Bryndís Benediktsdóttir, Engilbert Sigurðsson, Karl Andersen, Þóra Steingrímsdóttir og Jóhannes Björnsson ritstjóri og ábyrgðarmaður.

Védís Skarphéðinsdóttir

2004

Aðalsteinn Guðmundsson
Ársæll Kristjánsson
Ásgeir Theódórsson
Ástráður B. Hreiðarsson
Brynjólfur Kristjánsson
Bjarni Torfason
Björn Guðbjörnsson
Björn Magnússon
Davíð O. Arnar
Elías Ólafsson
Fritz Berndsen
Haraldur Sigurðsson
Hulda Hjartardóttir
Ingólfur Kristjánsson
Jón Hersir Elíasson
Karl Kristjánsson
Kristinn Tómasson
Kristján Guðmundsson
Martin Grabowski
Matthías Halldórsson
Ólafur Þór Gunnarsson
Pétur Lúðvíksson
Rafn Benediktsson
Ragnar Sigurðsson
Sigurbjörn Birgisson
Sigurður Ólafsson
Sigurður E. Sigurðsson
Stefán Yngvason
Tryggvi Þórir Egilsson
Unnur Steina Björnsdóttir
Þorvaldur Ingvarsson
Þórður Þórkelsson

2005

Atli Dagbjartsson
Ástríður Stefánsdóttir
Birna Jónsdóttir
Brynjar Viðarsson
Drífa Freysdóttir
Eyþór H. Björnsson
Friðrik Sigurbergsson
Gísli H. Sigurðsson
Guðmundur Þorgeirsson
Guðrún Sigmundsdóttir
Guðrún Zoëga
Gunnar Guðmundsson
Helga Sigurjónsdóttir
Hjörtur Gíslason
Ingibjörg Hilmarsdóttir
Ingimundur Gíslason
Jóhann Ágúst Sigurðsson
Jón Högnason
Jón Friðrik Sigurðsson
Jón G. Stefánsson
Karl Kristinsson
Karl Kristjánsson
Kristinn Tómasson
Laufey Steingrímsdóttir
Magnús Jóhannsson
Martin Grabowski
Ólafur Steingrímsson
Páll Helgi Möller
Rafn Benediktsson
Reynir Arngrímsson
Runólfur Pálsson
Sigurjón Stefánsson
Steinn Jónsson
Sveinbjörn Brandsson
Valgerður Sigurðardóttir
Vilhjálmur Ari Arason
Þorsteinn Blöndal
Þórður Sigmundsson
Þórólfur Guðnason

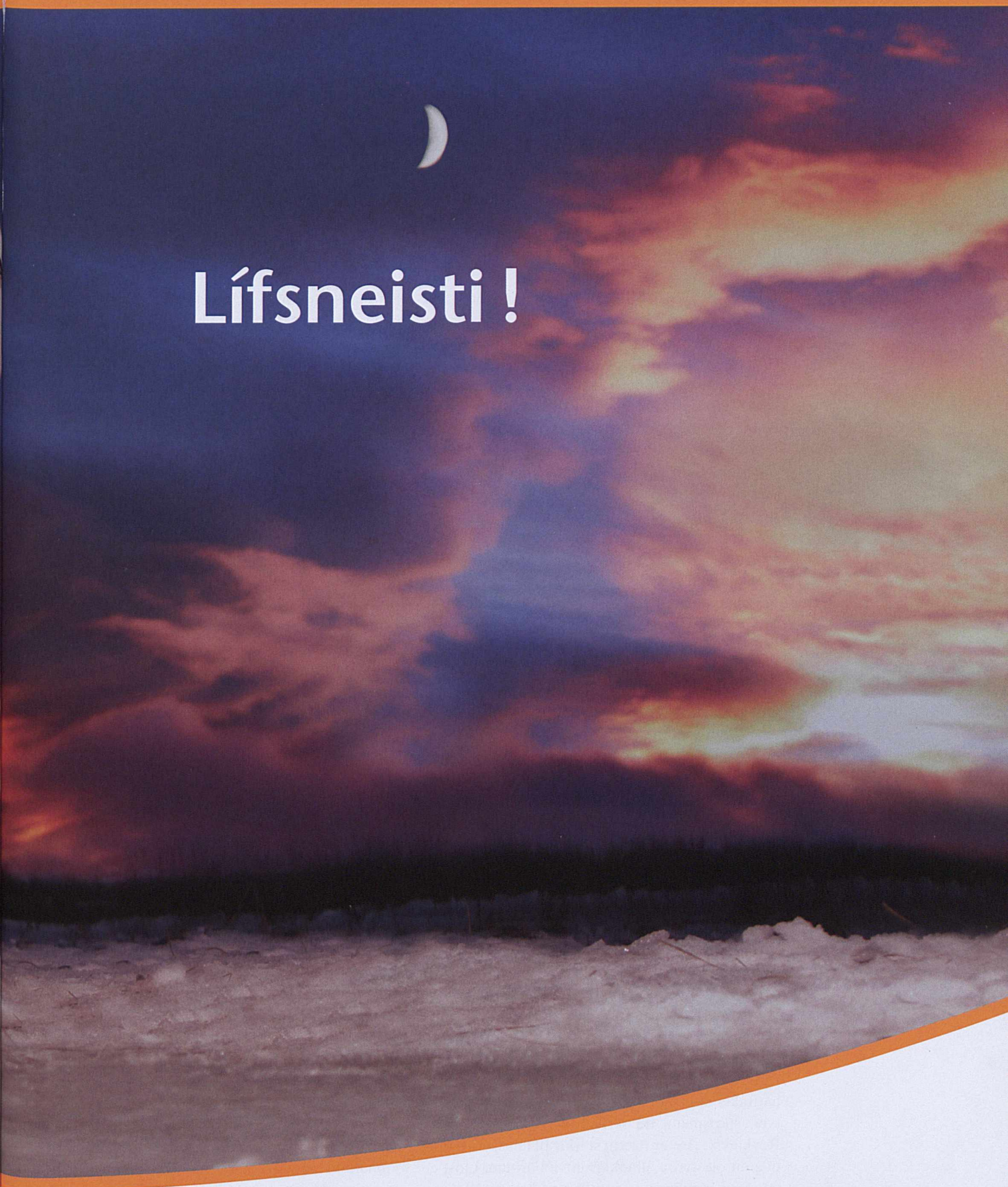
Ritrýnar í Læknablaðinu

1994; 80: 497
1997; 83: 39
1999; 85: 420
2001; 87: 907
2004; 90: 235



CRESTOR gerir marktækt fleiri sjúklingum fært að ná LDL-C meðferðarmarkmiðum en atorvastatín, simvastatín og pravastatín.[1]

AstraZeneca



CRESTOR
rósúvastatín

Sérlyfjatexti á bls. 82

Lifið á leik!

Heilbrigðisstjórnun og gæðastjórnun er eitt og hið sama

Hugleiðingar eftir uppskeruhátíð IHI í Flórída



Ófeigur Þorgeirsson

ofeigur@landspitali.is

Höfundur er lyflæknir og heimilislæknir, starfandi á Landspítala, og ritari í stjórn LÍ.

Í pistlunum **Af sjónarhóli stjórnar** birta stjórnarmenn LÍ sínar eigin skoðanir en ekki félagsins.

Dagana 11.-14. desember síðastliðinn hélt IHI (Institute for Healthcare Improvement) sína árlegu uppskeruhátíð í Orlando í Flórída. Þessi stofnun sem er mörgum íslenskum læknum að góðu kunn var stofnuð árið 1991 af Donald Berwick, barnalækni í Boston. IHI tekur þátt í og leiðir fjölmörg samstarfsverkefni um allan heim á sviði gæðamála og heilbrigðisstjórnunar. Verkefnin eru fjölbreytt og má þar nefna innleiðingu virkrar meðferðar við eyðni í Afríku, lækkun nýburadauða í Rússlandi, fækkun ónauðsynlegra dánartilfella á sjúkrahúsum, hönnun/innleiðingu nýs módels í stofulækningum og betrumbætur og nútímavæðingu í stjórnun heilbrigðisstofnana. IHI tók upp þau markmið sem birtust í riti Institute of Medicine „Crossing the Quality Chasm" þar sem öryggi, sjúklingamiðun, sparnaður, skilvirkni, árangur og jafnræði var sett á oddinn.

Á samkomunni í ár voru 5500 þátttakendur, þar af um 500 frá öðrum löndum en Bandaríkjunum. Á ráðstefnunni voru margar vinnubúðir þátttakenda og svokallaðir „mini-courses" en hvort tveggja byggist á mikilli þátttöku viðstaddra. Vegna þessa var samkoman mun meira gefandi og ánægjulegri fyrir vikið. Þarna kynntist maður ekki einungis skoðunum þeirra sem fóru fyrir hverjum viðburði, heldur einnig viðhorfum annarra þátttakenda sem oftast endurspegluðu mikla kunnáttu.

Af nágrannaþjóðum okkar er það að segja að Danir kynntu verkefni sem miðar að því að útrýma tjóðrun sjúklinga á geðdeildum á landsvísu. Mjög metnaðarfullt verkefni. Svíar kynntu meðal annars styttingu biðtíma sjúklinga heilsugæslunnar í Jönköping og nágrenni. Frá Noregi hitti ég tvo starfsmenn læknafélagsins sem sinna faglegum gæðamálum og útdeila styrkjum læknafélagsins í ýmis verkefni tengd gæðum. Frá Íslandi voru sex þátttakendur, fjórir læknar frá Landspítala og tveir starfsmenn frá skrifstofu Heilsugæslunnar í Reykjavík. Bretar mættu sterkir til leiks, voru fjölmennir og stýrðu allnokkrum viðburðum. Ljóst er að mikil samvinna er á milli hins breska NHS og IHI. Í þessu sambandi má geta þess að Elísabet Bretadrottning aðlaði Donald Berwick í byrjun desember fyrir framlag hans til umbóta innan bresku heilbrigðisþjónustunnar. Ástralir og Nýsjálendingar kynntu mörg gæðaverkefni. Ástralir kynntu meðal annars stórt verkefni við innleiðingu meðferðarmódels á sviði langvinnra sjúkdóma í heilsugæslu og náði til hvorki meira né minna en 600 læknastofa. Það fer ekki framhjá manni eftir þessa ráðstefnu að hin anglósaxneski heimur er ekki einungis á blússandi siglingu í gæðamálum heldur einnig í nýsköpun heilbrigðisstjórnunar.

Af einstökum viðburðum langar mig að nefna kynningu hins hollenska Vim Schelkens sem er læknir og forstjóri Reiner de Graaf sjúkrahússins í Delfi, Hollandi. Fjallaði hann um verkfæri til gæðavinnu innan heilbrigðisstofnana. Ræddi hann í því sambandi að „láta gæði gerast" (making quality happen) með áherslu á ferla. Sjúklingamiðuð heilbrigðisþjónusta var honum ofarlega í huga og ljóst er að ekki þykir lengur við hæfi að tala á nótum stofnanamiðaðra vinnubragða. Ef eitthvað hentar ekki sjúklingum í þjónustunni þá er það heilbrigðisstarfsmanna að bregðast við því. Nefndi hann að ná þyrfti öllum saman sem snerta gæðamál á hverjum stað (þverfaglegt). – Gerði hann greinarmun á faglegum gæðum annars vegar og stofnanatengdum gæðum hins vegar og þetta tvennt þyrfti að fylgjast að hönd í hönd. Þörf áminning fyrir þá sem ætla einir af stað með gæðaverkefni. Hinn títtnefndi „shame-blame" kúltúr á ekki heima í gæðaumræðu, fremur en annars staðar. Þannig ræddi hann að gera gott betra, fremur en að slæmt verði gott. Að lokum talaði hann um að leiða með fordæmi og aðrir munu fylgja. Þörf áminning fyrir karla eins og mig sem hafa meira gaman af því að tala en að gera.

Lynn Maher frá hinu breska NHS ásamt David Gustafson frá Wisconsin háskóla leiddu vinnubúðir um viðhald gæðaverkefna. Eitt af stóru vandamálum þeirra sem leiða gæðamál er stuttur lifitími slíkra verkefna. Í því sambandi var fjallað um hvernig gæðavinna endaði oft sem einangrað fyrirbæri sem næði ekki að dreifa sér og viðhalda. Viðhald gæðavinnu felur í sér að halda því sem áunnist hefur og að þróa verkefnið áfram. Þá gildir að þekkingu og reynslu sé deilt á báða bóga. Viðhald er að mati þeirra ekki minna orkukrefjandi en að koma verkefnum og gæðakúltúr af stað. David Gustafson líkti vinnu við viðhald gæða við meðferð langveikra og færði góð rök fyrir þeirri samlíkingu. Þótti mér þetta áhugavert. Á ráðstefnunni var mikið rætt um verkfæri til gæðavinnu og bar þar mest á svonefndum PDSA-hringferli (Plan-Do-Study-Act) sem er kennt við Tomas Nolan hjá IHI og góð reynsla er af. Gildir þar

að gera lítið og einfalt í nánast endalausum og síendurteknum hringferlum. PDSA fellur vel að vinnubrögðum heilbrigðisstarfsmanna. Best er að leggja af stað með lítið og einfalt, helst eftir stuttan undirbúning, mæla síðan það sem gert var. Að lokum eru gerðar nauðsynlegar breytingar á sama verkefni áður en næsti hringur er farinn. Í þessu sambandi er nauðsynlegt að gera sér grein fyrir að langur undirbúningur ásamt langri úrvinnslu drepur flest gæðaverkefni.

Anne Lewis frá IHI og forstjóri CareSouth heilbrigðisstofnuninnar í Suður-Karólínu ræddi hlutverk heilbrigðisstjórnenda í gæðamálum. Ljóst er að mikil þróun á sér stað í stjórnunarmálum heilbrigðisstofnana þar sem stjórnendur án mikilla tengsla við framlínu starfseminnar munu brátt heyra sögunni til. Það var ljóst á tali hennar, og reyndar flestra sem ég ræddi við og hlustaði á, að gæðamál þyrftu að vera á borðum stjórnenda og stjórnarnefnda heilbrigðisstofnana frá byrjun. Á CareSouth eru allir stjórnarfundir gæðafundir enda hefur það sýnt sig að ekkert eitt hefur jafnmikil áhrif á rekstur og fjármál og innbyggð gæðavinna í rekstri heilbrigðisstofnana. Nú er mælt með að róa á mið nýsköpunar. Of miklar breytingar hafa átt sér stað til að hægt sé að lappa upp á gamla kerfið þannig að það mæti þörfum samtímans. Undir þessum umræðum hefði verið gaman að sitja við hliðina á einhverjum úr ráðuneytinu okkar!

Af mörgu öðru er að taka en plássins vegna ætla ég ekki að hafa fleiri orð um þessa hátíðarsamkomu sem maður upplifði í hitanum í Flórída. Og hitinn stafaði mest af þeim skriðþunga sem málefni gæðaþróunar í heilbrigðismálum hafa náð. Spennandi tímar eru framundan. Það er löngu tímabært að við íslenskir læknar förum að líta uppúr gamalgrónum aðferðum við útfærslu heilbrigðisþjónustu. Okkar góða þekking sem við öflum okkur í námi skilar sér ekki til sjúklingsins í eins miklum mæli og æskilegt (eða nauðsynlegt) er. Kerfinu þarf að breyta. Ef þessi umræða tekst ekki á flug á næstu misserum er mikil hætta að við missum af lestinni. Sá sem tapar þá mest verður sjúklingurinn sem situr á móti okkur og við öll sem borgum skatta til að viðhalda eyðslufreku kerfi sem skilar ekki nægjanlega miklu. Þess vegna vona ég að fleiri læknar sjái sér fært að koma á ráðstefnu IHI að ári liðnu. Hvet ég hjúkrunarfræðinga og stjórnendur heilbrigðisstofnana til að íhuga slíkt hið sama.

Að lokum vil ég þakka samferðamönnum mínum fyrir ánægjulega samfylgd á ráðstefnuna, þeim Hildi Harðardóttur, yfirlækni á kvennadeild, Maríu Heimisdóttur sérfræðilækni á skrifstofu lækningaforstjóra og Óskari Einarssyni, sérfræðilækni á Lyflækningasviði, öll á Landspítala.

Nefnd um ofneyslu og hreyfingarleysi tekin til starfa

Um þessar mundir eru haldnir reglulegir fundir í húsakynnum læknafélaganna í Hlíðasmára. Þar er að verki nefnd sem einhverjir kalla Þorgrímu en hún hefur það hlutverk að greina „vanda sem tengist óhollu mataræði, offitu, átröskun og hreyfingarleysi“ eins og segir í skipunarbréfi forsætisráðherra frá 31. október síðastliðnum.

Ofangreint nafn dregur nefndin af formanni sínum sem er Þorgrímur Þráinsson blaðamaður en aðrir nefndarmenn eru: Sigurbjörn Sveinsson formaður Læknafélags Íslands, dr. Jón Óttar Ragnarsson næringarfræðingur, Halla Karen Kristjánsdóttir íþróttakennari, Anna Ólafsdóttir forstjóri Lýðheilsustöðvar, Sæunn Stefánsdóttir aðstoðarmaður heilbrigðisráðherra, Árni Einarsson uppeldis- og menntunarfræðingur, Petrína Baldursdóttir leikskólastjóri og Valur N. Gunnlaugsson matvælafræðingur.

Nefndin er skipuð í framhaldi af þingsályktun sem Alþingi samþykkti í maí síðastliðnum en það var Læknafélag Íslands sem átti frumkvæðið að samþykkt hennar.

„Umræðan um afleiðingar offitu hafa farið vaxandi eftir aldamótin og ég beindi því á sínum tíma til innkirtlafræðinga að þeir skyldu hafa forystu í umræðum um þörf á sérstökum viðbrögðum við þessum vanda,“ sagði Sigurbjörn Sveinsson í spjalli við Læknablaðið. „Ég heyrði í nýskipuðum landlækni Bandaríkjanna skýra frá því að forsetinn hefði sagt honum að vandamál tengd offitu skyldu hafa algjöran forgang í störfum hans og eftir það færði ég þetta í tal á aðalfundi LÍ haustið 2002. Ég taldi það vera í verkahring lækna að hafa frumkvæði og eftir umræður í stjórn LÍ sendum við heilbrigðis- og tryggingarnefnd þingsins drög að tillögu til þingsályktunar í febrúar 2003. Leitaði

Þröstur Haraldsson



Nefnd forsætisráðuneytisins að störfum í Hlíðasmára 8.

stjórnin meðal annars ráða hjá Emil L. Sigurðssyni og Guðmundi Þorgeirssyni þegar tillagan var í smíðum.

Nefndarmenn lýstu áhuga sínum á málinu en vorið 2003 var kosningavor svo þeir höfðu öðrum hnöppum að hneppa þá. En í vor var tillagan svo samþykkt og var endanleg útgáfa hennar mjög í samræmi við tillögur okkar lækna. Forsætisráðherra skipaði nefndina núna í haust og við ætlum að skila áliti í apríl næstkomandi eins og kveðið er á um í þingsályktuninni."

Hreyfing er allra meina bót

Sigurbjörn segir að læknar telji málið mjög brýnt og þess vegna hafi LÍ boðið fram húsnæði fyrir fundina, auk þess sem framkvæmdastjóri félagsins er ritari nefndarinnar. En um hvað er rætt á fundunum?

„Það er ekki verið að boða neinn splunkunýjan stórasannleik heldur snýst umræðan um staðreyndir sem læknum hafa verið ljósar um áratuga skeið. Vandamálið er hins vegar orðið það æpandi í vestrænu nútímasamfélagi að engum dylst það lengur.

Rannsóknir síðustu ára hafa leitt í ljós að ofneysla er ekki eini vandinn heldur einnig hreyfingarleysið. Mönnum er orðið ljóst að hreyfing er sjálfstæður og jákvæður þáttur í heilsufari fólks sem sést á því að þeir sem eru eins á líkamlega mælikvarða eru misvel settir ef hreyfingin er mismunandi. Raunar hafa nýjar rannsóknir í Svíþjóð sýnt fram á að það er hægt að mæla áhrif hreyfingar á geðslag einstaklinga. Það þarf ekki lengur að reiða sig á upplifun þeirra sjálfra heldur er vitað hvað gerist í heilanum þegar menn stunda hreyfingu," segir Sigurbjörn.

Hann kveðst vongóður um að nefndarstarfið skili áþreifanlegum árangri. „Ég á von á því að hún komi frá sér ábendingum um það á hvaða sviðum er rétt að starfa áfram. Vandamálið er fjölþætt og snertir marga málaflokka og þess vegna er mikilvægt að koma sér niður á þau svið þar sem vænlegast er að verja kröftunum. Ég vona að útkoman verði ekki bara eitthvert skyndiátak og lúðrablástur heldur langtímaárangur með breyttu viðhorfi og skipulagi.

Starf nefndarinnar hefur leitt í ljós að víða er verið að gera góða hluti og margar jákvæðar hugmyndir eru uppi um það með hvaða hætti er best að sporna gegn heilsutjóni af völdum ofneyslu og hreyfingarleysis. Slíkt starf krefst hins vegar samræmingar og aðkomu ráðuneyta, embættis- og stjórnmálamanna. Þeir þurfa að fóstra áhuga almennings og skapa honum umhverfi sem skilar árangri. Þetta snýst nefnilega um almenning en ekki okkur sem sitjum í nefndinni," segir Sigurbjörn Sveinsson formaður LÍ.

Læknablaðið mun á næstunni fjalla meira um baráttuna gegn offitu og ofþyngd.

Forsögn forsætisráðherra

Eins og fram kemur í viðtalinu við Sigurbjörn er nefndin skipuð í framhaldi af samþykkt þingsályktunar 11. maí í vor. Í frétt frá forsætisráðuneytinu daginn sem nefndin var skipuð segir að starfshópnum sé falið að greina bæði orsakir og afleiðingar vandans og á hann að hafa eftirfarandi að leiðarljósi:

> Við greiningu á orsökum verði horft á marga þætti, svo sem áhrif mataræðis og lífsstíls nútímafjölskyldna, áherslur í hreyfingu og starfi og aðalnámskrá leik- og grunnskóla. Ennfremur verði hugað að verðlagsmálum, aðstöðu almennings til íþrótta, útivistar og hreyfingar, skipulagi byggðar og samgangna og hlutverki starfsmanna skóla og heilbrigðisþjónustu við greiningu á vanda einstaklinga í forvarnarráðgjöf til foreldra og eftirfylgni aðgerða.
>
> Við mat á afleiðingum verði meðal annars horft til áhrifa á einstaklinginn, heilbrigði hans og félagslega stöðu, á atvinnulífið og á heilbrigðis- og tryggingakerfið. Þá skuli heildarkostnaður samfélagsins af afleiðingum vandans metinn.

Þagnarskyldan er til að vernda mannréttindi einstaklingsins

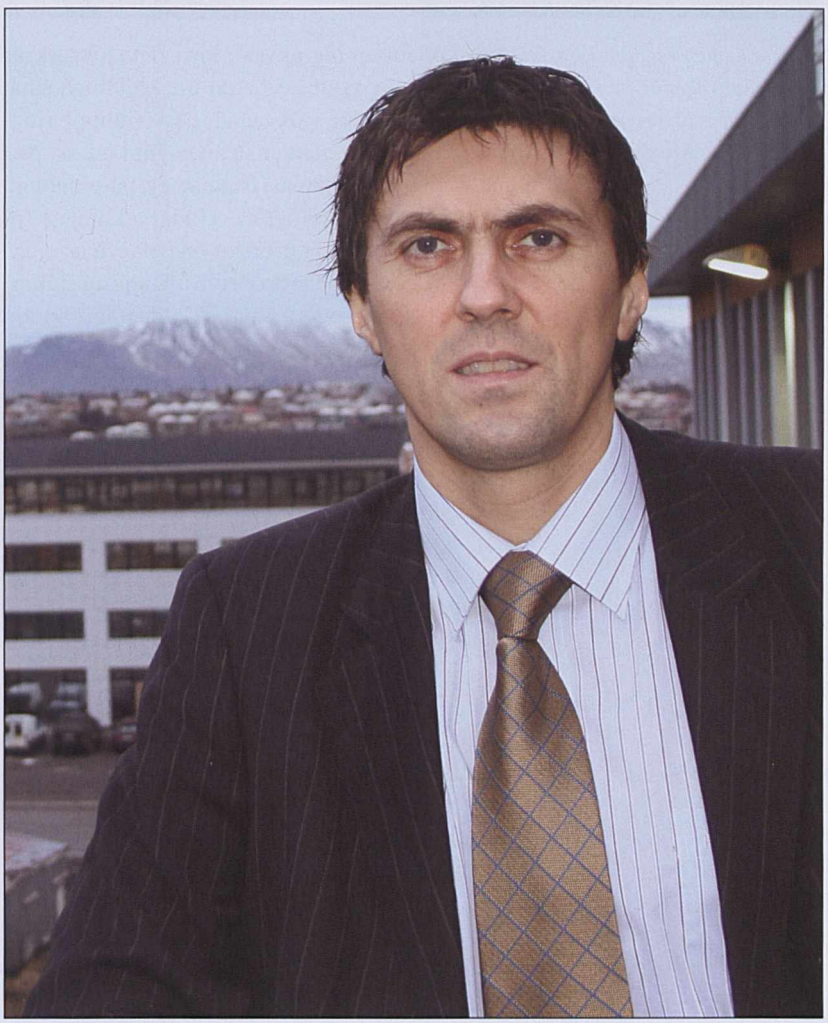
– Gunnar Ármannsson framkvæmdastjóri LÍ segir að tiltölulega skýrar reglur gildi um samskipti lækna og lögreglu í fíkniefnamálum

Samstarf og samskipti lögreglu og heilbrigðisþjónustu á sviði fíkniefnamála var umræðuefni ráðstefnu sem haldin var í Norræna húsinu snemma í desember. Að henni stóðu bráðalæknar, Landspítali, landlæknir, Læknafélag Íslands, lögreglan í Reykjavík og sýslumaðurinn á Keflavíkurflugvelli. Þar var farið yfir sviðið og fíkniefnavandinn skoðaður með augum lækna og lögreglumanna. Meðal frummælenda á ráðstefnunni var Gunnar Ármannsson hdl. og framkvæmdastjóri LÍ en hann fjallaði um þagnarskyldu heilbrigðisstétta og hvernig hún virkar í fíkniefnamálum.

Erindi Gunnars vakti töluverða athygli á ráðstefnunni. Læknablaðið tók Gunnar því tali og bað hann að segja lesendum blaðsins frá því sem fram kom á ráðstefnunni.

„Mitt hlutverk var að skoða þagnarskyldu læknisins, hvað hann megi segja og hvað ekki. Í læknalögunum segir að þagnarskyldan sé mjög rík og gildi um hvaðeina sem fram kemur í samskiptum lækna og sjúklinga. Hins vegar segir þar einnig að hægt sé að víkja frá þagnarskyldunni ef lög heimili slíkt eða ef brýna nauðsyn beri til. Um þessar undanþágur gilda matskenndar reglur og í greinargerð með lögunum segir að þær geti til dæmis gilt ef um er að ræða rannsókn á alvarlegum brotamálum eða öðrum refsimálum. Ef eingöngu er horft á læknalögin virðast því reglurnar við fyrstu sýn geta verið býsna matskenndar.

Árið 1995 var hins vegar gerð breyting á stjórnarskrá sem klárlega þrengir þann ramma sem læknalög draga upp. Í ákvæðum 71. greinar um friðhelgi einkalífs segir að þagnarskyldu megi ekki rjúfa nema fyrir liggi sérstök lagaheimild. Þetta ákvæði gengur lengra en læknalög og þar sem stjórnarskrá er æðri almennum lögum verða læknar að fara eftir henni. Hæstiréttur hefur fjallað um þessa grein stjórnarskrárinnar og komist að þeirri niðurstöðu að tilgangur hennar sé að vernda einstaklinginn og þess vegna sé þagnarskyldan mikilvæg, bæði vegna almennra mannréttindasjónarmiða og í þeim tilgangi að samband sjúklings og læknis geti verið náið og heilsuvernd og lækningar skilað sem mestum árangri. Einstaklingurinn þarf að geta treyst á þjónustu heilbrigðiskerfisins, jafnvel þótt hann hafi gerst brotlegur við lög."



Gunnar Ármannsson héraðsdómslögmaður og framkvæmdastjóri LÍ.

Þagnarskylda og vitnaskylda

Gunnar vitnar einnig til laga um réttindi sjúklinga þar sem finna má undanþágur frá þagnarskyldunni ef lög kveða á um slíkt. „Þar má nefna barnaverndarlög sem kveða á um að upplýsingaskylda um hag barna sé ríkari en þagnarskyldan. Það er beinlínis kveðið á um það í lögunum svo það fer ekkert á milli mála. Einnig má nefna tilkynningar samkvæmt sóttvarnalögum þar sem kveðið er á um skyldur lækna til að tilkynna sóttvarnalækni um sjúklinga sem greinast með tiltekna smitsjúkdóma. Þar er verið að horfa á almannahag og löggjafinn hefur í því tilviki talið að þagnarskyldan verði að víkja.

Þröstur Haraldsson



Gunnar í pallborði ásamt læknunum Valgerði Rúnarsdóttur, Sigurbirni Sveinssyni og Kristínu Sigurðardóttur.

Ég skoðaði einnig ákvæði laga um sjúkraskrár sem læknum er skylt að halda um sjúklinga sína. Þar er að finna mjög viðkvæmar persónuupplýsingar þar sem meginreglan er sú að enginn má sjá þær nema aðrir heilbrigðisstarfsmenn og þá eingöngu ef það er í þágu þess sjúka. Undantekningar frá þessari reglu eru mjög þröngar en þær eru að sjúklingum er heimilt að veita öðrum aðgang að sjúkraskrá sinni og auk þess er það til í dæminu að lög kveði á um aðgang annarra að sjúkraskrám. Það á til dæmis við um lækna Tryggingastofnunar ríkisins í ákveðnum tilvikum. Loks getur Persónuvernd veitt skriflegt leyfi fyrir aðgangi að sjúkraskrám vegna vísindarannsókna. Aðrir mega ekki skoða sjúkraskrár og þar með ekki starfsmenn löggæslunnar.

Í lögum um meðferð opinberra mála er kveðið á um vitnaskyldu. Þar segir í 55. grein að vitnum sé óleyfilegt að svara spurningum fyrir dómi án leyfis þess sem í hlut á ef um er að ræða atriði sem varða einkahagi manna og vitninu hefur verið trúað fyrir í starfi sínu. Þarna eru sérstaklega tilteknir læknar, prestar, lyfsalar, lögfræðingar og fleiri stéttir. Frá þessari reglu er ein undantekning og hún er sú að ef um er að ræða afbrot sem við liggur að minnsta kosti tveggja ára fangelsi þá ber vitninu að greina frá því sem það veit. Það er dómara að skera úr um það hvort ákæran í málinu varði slíkt brot og það liggur yfirleitt ekki fyrir fyrr en ákæra hefur verið gefin út. Lögregla sem rannsakar mál getur því ekki krafist þess að læknar rjúfi þagnarskyldu sína vegna þess að hún veit sjaldnast hvort ákært verður fyrir brot sem varða tveggja ára fangelsisvist hið minnsta.

Þetta er mikilvægt ákvæði og á það hefur reynt í Hæstarétti. Það varðaði prest sem talið var að byggi yfir upplýsingum um kynferðisbrot gegn barni. Rétturinn komst að þeirri niðurstöðu að prestinum bæri að virða þagnarskylduna af því að í refsilögum var ekki kveðið á um neina lágmarksrefsingu fyrir brotið sem ákæran varðaði. Dómstólar fara því mjög bókstaflega eftir þessu ákvæði.

Það eru eingöngu gróf brot sem varða tveggja ára lágmarksrefsingu svo það var mín niðurstaða að væru læknar í vafa um hvort þeir eigi að víkja frá þagnarskyldunni, komi sú staða upp, beri þeim að túlka þann vafa skjólstæðingnum í hag og neita að upplýsa um þau tilvik sem lögreglan óskar upplýsinga um."

Löggjöfin styður þagnarskylduna

Gunnar nefndi dæmi af sjúkrahúslækni sem fær til sín burðardýr með fullan kvið af fíkniefnum sem því hefur orðið meint af. Hvað á hann að gera?

„Hann á að veita viðkomandi þá læknisþjónustu sem til þarf. Þegar hann er búinn að ná fíkniefnunum úr líkama burðardýrsins á hann að gera yfirvöldum viðvart um efnin og skila þeim til lögreglunnar. Hann á hins vegar að virða þagnarskyldu sína gagnvart sjúklingnum. Hann má með öðrum orðum ekki upplýsa lögreglu um það hver hafði þessi efni innvortis. Í þessu tilviki er verið að vernda einstaklinginn og tryggja að hann geti leitað til heilbrigðiskerfisins og fengið þá þjónustu sem hann þarf án þess að eiga á hættu að lenda hjá lögreglu eða vera dreginn fyrir dóm.

Um þetta má nefna dæmið af Litháanum sem fannst látinn í höfninni í Neskaupstað. Í því máli gerðust þeir sem með honum voru sekir um að koma honum ekki til hjálpar, það var sjálfstætt brot þeirra. Hins vegar má vel vera að þeir hafi haft af því áhyggjur að ef þeir leituðu til heilbrigðiskerfisins væru þeir að koma upp um sjálfa sig og burðardýrið. Það hafi síðan leitt til þess að maðurinn lét lífið. Það er tilgangur laganna að vernda þá sem lenda í þessari stöðu, þeir eiga að geta treyst því að þeir verði ekki settir bakvið lás og slá bara fyrir það eitt að leita til heilbrigðisstarfsmanna þegar þeir lenda í vanda."

Þessar reglur virðast vera mjög skýrar eins og þú setur þær fram. En hvað um refsiábyrgð læknis sem annað hvort rýfur þagnarskylduna eða neitar að bera vitni þótt honum sé það skylt?

„Þarna skiptir miklu máli að meginhugsun í refsilöggjöfinni er að tryggja að þeir sem bundnir eru þagnarskyldu rjúfi hana ekki. Þar sem um svo mikilsverð réttindi þess sem á njóta trúnaðar er að ræða hefur löggjafinn sett inn refsiákvæði gagnvart þeim sem bundnir eru trúnaði ef þeir rjúfa hann. Á hinn bóginn eru þar ákvæði um refsileysi í ákveðnum tilvikum, svo sem þegar menn gera eitthvað í nauðvörn eða með skírskotun til meiri hagsmuna, neyðarréttar. Sem dæmi má nefna bráðalækni sem heyrir á tal sjúklings í annarlegu ástandi sem hann hefur haft hjá sér að hann hyggist fara út í bæ og drepa mann. Þá ber honum að gera lögreglu viðvart. Í þessu tilviki eiga ákvæði um refsileysi við gagnvart honum.

Vissulega geta slík tilvik verið matsatriði en menn verða að hafa í huga að þarna eru mikilvæg



Ráðstefnan í Norræna húsinu var vel sótt.

mannréttindi sjúklings í húfi og þess vegna má segja að sé læknir í vafa þá ber honum að túlka allan vafa sjúklingnum í hag."

Varasamt að auka undanþágur

Gunnar áréttar að ef vafi leiki á hvort víkja skuli frá þagnarskyldunni þá séu það dómstólar einir sem geti knúið lækna til að rjúfa þagnarskylduna. Komi upp ágreiningur milli læknis og lögreglu verði lögreglan að leita eftir úrskurði dómara um það hvort læknum sé skylt að greina frá því sem hann veit.

„Á ráðstefnunni mátti greina að lögreglan gerir kröfu um að fá rýmri heimildir til þess að knýja lækna til sagna en sú krafa snýr að löggjafanum, ekki læknum. Reglurnar í gildandi lögum eru nokkuð skýrar og ljóst hvernig læknirinn á að haga sér. Fyrirspurnir lögreglumanna og tollvarða á ráðstefnunni gáfu til kynna að sumir þeirra hafi staðið í þeirri trú að heimildir þeirra væru víðtækari og að þeir gætu krafið lækna um svör í ríkara mæli en þeir geta. Það er kannski þess vegna sem lögreglan er að þrýsta á um frekari undanþágur frá þagnarskyldunni.

Ef víkja á frá þagnarskyldunni í ákveðnum afmörkuðum og vel skilgreindum tilvikum vil ég leggja áherslu á að það er mjög vandasamt að ákveða hvaða undanþágur ætti að veita vegna þess hversu mikil áhersla er lögð á mannréttindi einstaklingsins og friðhelgi einkalífsins í stjórnarskránni. Það þarf að fara mjög varlega í að víkja frá þagnarskyldunni."

– Finnst þér ákvæði laganna um samskipti lækna og lögreglu vera nægilega skýr?

„Já, mér finnst þau nógu skýr. Mér fyndist það vera áhyggjuefni ef löggjafinn ætlar að draga úr þeirri vernd sem þagnarskyldan veitir. Þá væri verið að stíga skref inn í friðhelgi einstaklingsins og draga úr líkunum á að hann leiti eftir aðstoð heilbrigðiskerfisins, eigi hann það á hættu að sagt verði frá honum. Ég skil mjög vel áhuga lögreglunnar á því að komast yfir þær upplýsingar sem heilbrigðisstarfsmenn geta búið yfir og gætu nýst í viðleitni hennar til að koma í veg fyrir dreifingu fíkniefna í landinu. En meðan við leggjum svona mikla áherslu á að vernda mannréttindi einstaklingsins þá verðum við að fara afskaplega varlega."

Gunnar sagðist vera mjög ánægður með ráðstefnuna, hún hefði skýrt línurnar og aukið gagnkvæman skilning heilbrigðisstarfsmanna og lögreglunnar. „Það er mjög mikilvægt að heilbrigðisstarfsmenn setji sig inn í aðstæður lögreglumanna og ekki síður að lögreglan skilji að staða heilbrigðismanna er við hlið sjúklinga sem þeim ber að vernda," sagði Gunnar Ármannsson héraðsdómslögmaður.

Læknadagar eiga að vera fjölbreyttir

Rætt við Örnu Guðmundsdóttur sem tók við formennsku í Fræðslustofnun lækna í lok Læknadaga í fyrra



Arna Guðmundsdóttir formaður Fræðslustofnunar lækna og undirbúningsnefndar Læknadaga.

Þröstur Haraldsson

LÆKNADAGAR ERU í aðsigi og eflaust margir farnir að hlakka til þeirra, þó ekki væri nema árshátíðarinnar sem þeim lýkur með. Undirbúningsnefndin hefur staðið í ströngu við að framreiða sem girnilegasta dagskrá en hún lýtur nú forystu nýs formanns: Arnór Víkingsson hætti að loknum Læknadögum í fyrra en við af honum tók Arna Guðmundsdóttir. Læknablaðið hitti Örnu að máli og innti hana eftir því hvernig undirbúningurinn hefði gengið.

Arna sem er sérfræðingur í lyflækningum og efnaskiptasjúkdómum á Landspítala eignaðist barn í apríl. „Ég fór í fæðingarorlof og það kom sér vel að vera ekki í fullri vinnu meðan undirbúningur Læknadaga stóð sem hæst. Ég tók vissulega við góðu búi þar sem allt var í traustum farvegi en það er mikið púsl sem fylgir því að koma dagskránni saman," sagði Arna. Það hefur líka verið ómetanlegt að hafa vanan starfsmann hjá Læknafélaginu, hana Margréti Aðalsteinsdóttur, til þess að halda utan um alla skipulagninguna.

Arna sagði að læknar sýndu Læknadögum mikinn áhuga og nefndin hefði fengið fjölmargar ábendingar um fyrirlesara og efni. „Það var töluverð vinna að velja og hafna úr öllum tillögunum og passa að ekki yrði mikil endurtekning milli ára. Við höfum það að leiðarljósi að þingið verði sem fjölbreyttast en af einhverjum ástæðum fór það svo núna að barnalækningar eru talsvert fyrirferðarmiklar í dagskránni. Við reynum þó að koma hlutunum þannig fyrir að ekki sé boðið upp á fleiri en eitt málþing í sömu grein á sama tíma," segir hún.

Einhverfa og hamfaralækningar

Meðal þess sem fellur undir barnalækningar er málþing um einhverfu sem haldið er í tilefni af 20 ára afmæli Greiningarstöðvar ríkisins. Annað málþing er um langvinn veikindi áhættubarna þar sem þekktur breskur læknir, Neil Marlow frá Nottingham, heldur erindi um veikindi lítilla fyrirbura en um það efni skrifaði hann grein í New England Journal of Medicine sem vakti mikla athygli. Af öðrum málþingum sem Arna benti á má nefna þing um ristilkrabbamein og annað um HOUPE-rannsóknina á heilsufari lækna þar sem staða hennar verður kynnt.

Arna sagði að auk erinda um klíníska læknisfræði væri það orðin venja að bjóða upp á erindaflutning um ýmislegt sem snertir heilbrigðiskerfið og starfskjör lækna. „Það verður meðal annars fjallað um starfsframa lækna og óvenjulegan starfsferil þar sem læknar sem tekið hafa þátt í þróunarhjálp og starfað að hamfaralækningum miðla reynslu sinni. Á þriðjudagskvöldinu verður fjallað um þróun starfsferils, framhaldsmenntun á Íslandi og framtíð íslenska heilbrigðiskerfisins, svo eitthvað sé nefnt. Og að sjálfsögðu verður slegið á léttari strengi. Spekingarnir glíma að vanda í lok þingsins en við setningu þess flytur Davíð Oddsson erindi þar sem hann segir frá reynslu sinni af samskiptum við lækna."

Söknum spítalalæknanna

Eins og dagskrá Læknadaga ber með sér verða þeir stöðugt umfangsmeiri og innihaldsríkari. Það kostar að sjálfsögðu fé og í hitteðfyrra var farið inn á þá braut að taka gjald af þátttakendum á þinginu. „Það blasir við okkur að taka fjármögnun Læknadaga til endurskoðunar og finna fleiri leiðir til að standa straum af kostnaðinum. Ein leiðin er sú að hækka ráðstefnugjaldið en við þurfum einnig að vera opin fyrir fleiri leiðum til fjármögnunar. Eins og er styrkir GlaxoSmithKline þinghaldið, auk þess sem önnur lyfjafyrirtæki styrkja einstök málþing eða fyrirlesara. Læknadagar þurfa hins



Málin rædd á Læknadögum 2005. Arna segir að dagarnir séu helgaðir símenntun lækna en þeir gegni ekki síður mikilvægu hlutverki í félagslífi lækna.

vegar að standa undir sér ef við viljum efla þá."

– Hvernig er aðsóknin að Læknadögum?

„Unglæknar og heimilislæknar eru duglegir að sækja þingið en við þurfum að gera átak í því að fá fleiri sjúkrahúslækna, þeir hafa ekki verið nógu duglegir að mæta. Þetta er spurning um skipulag vinnunnar enda heyrum við að það er urgur í mörgum sjúkrahúslæknum vegna þess að þeir fá sig ekki lausa úr vinnu til að sækja fyrirlestra. Það þarf að huga að þessu með einhverjum fyrirvara eins og gert er þegar menn sækja ráðstefnur í útlöndum. Það á ekki að vera neitt meira mál að skipuleggja störfin á spítölunum svo þau falli að Læknadögum.

Læknadagar eru að sjálfsögðu mikilvægur liður í símenntun lækna en þeir eru einnig hápunktur í félagslífi íslenskra lækna. Tilgangur þeirra er ekki síður að þjappa okkur saman og efla liðsheildina."

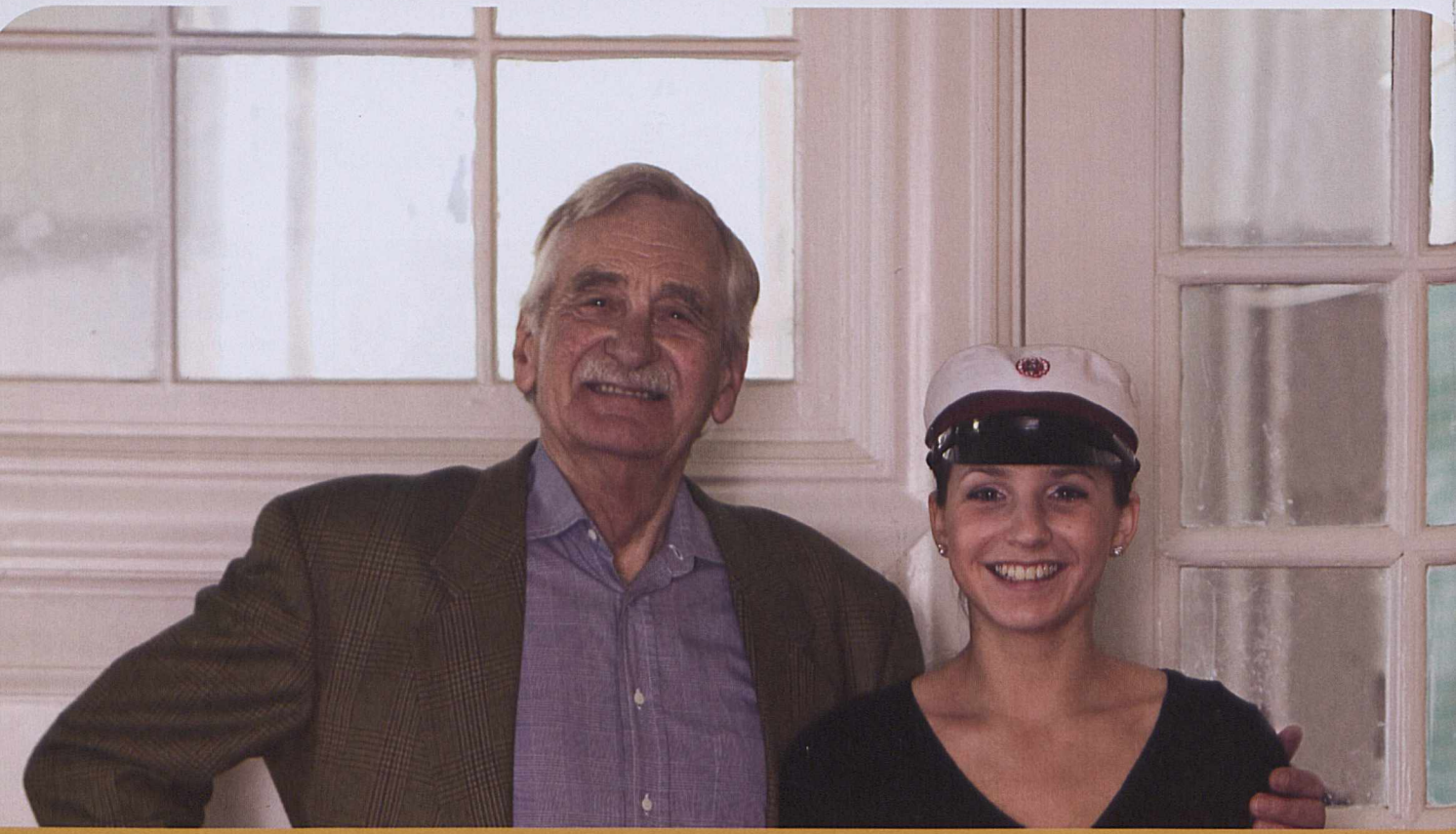
Símenntun og ráðstefnuhald

Fræðslustofnun hefur fleira á sinni könnu en að skipuleggja Læknadaga. „Þeir hafa hins vegar tekið langmestan tímann svo það hefur ekki verið mikið aflögu til að sinna öðru. Við þurfum hins vegar að blása auknu lífi í stjórn Fræðslustofnunar svo hún geti tekist á við brýn verkefni sem bíða hennar. Þar ber hæst að koma á skráningu og eftirliti með símenntun lækna. Þetta hefur verið rætt meðal lækna en sú umræða þyrfti að verða meiri. Íslenskir heimilislæknar eru reyndar komnir lengra í þessu en starfsbræður þeirra.

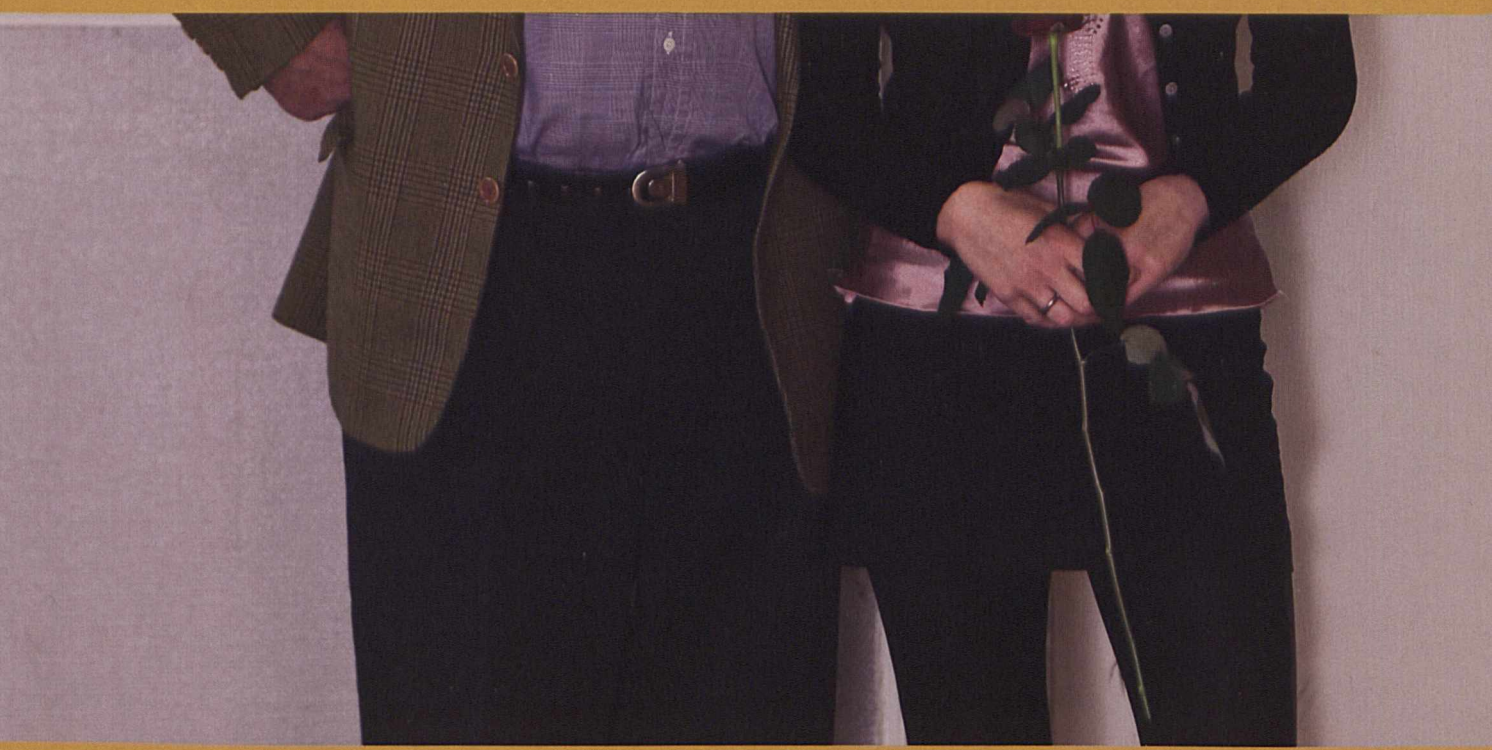
Það sem þarf að ræða er hvort ekki þurfi að ákveða lágmarkskröfur sem gera þurfi til lækna um að þeir sinni símenntun. Í Bandaríkjunum gilda sérfræðipróf, svonefnd boardspróf, í 10 ár en þá þurfa menn að endurnýja þau. Þeir missa ekki læknaleyfið þótt þeir endurnýi ekki prófið en staða þeirra á vinnumarkaði veikist. Við þurfum að koma á einhverju kerfi sem miðast ekki við að refsa læknum sem ekki standa sig heldur umbuna þeim sem standa sig vel. Með því móti hvetur það lækna til að sinna menntun sinni.

Við þurfum að vinda okkur í að útfæra slíkt kerfi og svara ýmsum spurningum, svo sem hvaða leiðir á að fara í skráningunni, hver eigi að halda utan um hana og hver eigi að standa straum af kostnaði við kerfið. Eigum við að borga þetta úr eigin vasa, á LÍ að koma þar inn eða er hægt að gera kröfu um að vinnuveitendur eða stjórnvöld taki þátt í kostnaðinum? Það er mikilvægt að við sinnum þessu því kröfur um að læknar geti sýnt fram á að þeir viðhaldi kunnáttu sinni, hvort sem er bóklegri eða verklegri, munu aukast. Ef við komum ekki svona kerfi á er viðbúið að einhver annar geri það og þá er hætt við að aðferðin yrði okkur síður að skapi.

Nú, það er annað verkefni sem okkur langar að sinna betur en það er að koma á skipulegu, alþjóðlegu ráðstefnuhaldi fyrir lækna hér á landi. Slíkt ráðstefnuhald fer vaxandi í takt við auknar kröfur um símenntun. Nú er vinsælt að halda ráðstefnur á framandi stöðum og Ísland hlýtur einnig að koma til greina. Við erum vel í sveit sett mitt á milli Evrópu og Ameríku svo þetta ætti að vera góður möguleiki. Markhópur slíkra þinga eru útlendir læknar en fyrirlesarar geta verið hvort sem er íslenskir eða útlendir. Ef vel tekst til gæti þetta orðið fjáröflunarleið fyrir Fræðslustofnun og veitir ekki af að skjóta undir hana styrkari stoðum," segir Arna Guðmundsdóttir formaður Fræðslustofnunar lækna.



Hann er með hjartabilun og vill taka þátt í lífinu!



Atacand má gefa sjúklingum með hjartabilun og skerta slagbilsstarfsemi vinstri slegils, einnig sem viðbótarmeðferð við ACE-hemla eða þegar ACE-hemlar þolast ekki. Upphafsskammtur er 4 mg og skammtur er tvöfaldaður með tveggja vikna millibili að ákjósanlegasta skammti, sem er 32 mg eða hæsti skammtur sem þolist.

AstraZeneca



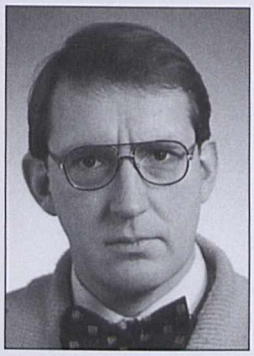
Atacand® - nú einnig við hjartabilun[1]

Heimild: 1. Atacand töflur - Samantekt á eiginleikum lyfs: Sérlyfjaskrá ágúst 2005.

Atacand® candesartan

Sérlyfjatexti á bls. 82

Af tuskum



Pétur Pétursson

Höfundur er læknir á Akureyri.

Forysta læknasamtakanna auglýsti nýverið siðferðisstyrk sinn og dómgreind fyrir alþjóð og umheiminum með því að reka ritstjóra Læknablaðsins eftir 12 ára glæsilegan feril. Mun það hafa verið gert að boði athafnaskálds nokkurs, sem forðum tíð öðlaðist íslenzkt lækningaleyfi með afbrigðum gegn drengskaparyfirlýsingu um að vinna af sér þriggja mánaða héraðsskyldu sína í fyllingu tímans. Ekki fer frekari sögum af þeirri fyllingu. Nokkrir samstarfsaðilar umrædds athafnaskálds höfðu áður sagt af sér sem ritnefndarmenn vegna ágreinings við hinn brottrekna ritstjóra, en nú hafa sumir þeirra verið kallaðir aftur til starfa við Læknablaðið, þannig að enginn þarf að fara í grafgötur um afstöðu forystu læknafélaganna í deilum þessum, eftir að hún hafði tekið við fyrirmælum og hótunum frá lögmanni Kára Stefánssonar í máli þessu. Það hafði komið fram í leiðurum blaðsins, að það var sérstakt áhugamál hins burtflæmda ritstjóra að Læknablaðið markaði sér þá stefnu, að gerð væri grein fyrir öllum hagsmunatengslum vísindamanna og greinahöfunda blaðsins við fyrirtæki á samkeppnismarkaði. Eitthvað munu þær hugmyndir hans hafa fengið misjafnar undirtektir, þótt nú til dags leggi öll metnaðarfull læknatímarit mikla áherzlu á að draga slíkt upp á borðið og jafnframt að varðveita sjálfstæði ritstjórnanna gagnvart stórfyrirtækjum í heilsutengdum greinum (1-2).

Ekki get ég annað sagt en að stjórnarmenn LÍ og LR hafi komið mér nokkuð á óvart með undirlægjuhætti sínum og skammsýni og hefur maður þó ýmsu kynnst úr þeirri átt hér áður fyrr. Fyrir tæpum áratug yfirgaf ég þessi samtök, þar sem þau virtust leggja meiri áherzlu á að gæta stundarhagsmuna fjáraflamanna úr læknastétt en að stuðla að endurbótum á heilbrigðiskerfinu, notendum þess til hagsbóta. Hefur mér vegnað ágætlega utan þessa félagsskapar og einskis farið á mis. Hef aukinheldur hvað eftir annað verið kallaður til viðvika fyrir læknafélögin. Ég hef hins vegar hingað til haldið tryggð við Læknablaðið og greitt áskriftargjöld þess, enda þótt blaðið hafi verið aðgengilegt á netinu. Af þeim sökum er ég hneykslaður á fyrrgreindum ákvörðunum, sem hafa munu afar skaðleg áhrif á trúverðugleika blaðsins og valda Íslendingum álitshnekki í hinu alþjóðlega vísindasamfélagi.

Hér er um mjög afgerandi stefnubreytingu að ræða hjá stjórn Læknafélags Íslands, sem á undanförnum árum hefur unnið ötullega að því að styrkja vísindasiðferði meðal íslenzkra lækna og í flestum tilfellum staðið af sér ásókn gróðaafla. Formaður félagsins hefur oft tekið einarða afstöðu gegn mútuþægni stéttarinnar í samskiptum við lyfjaiðnaðinn. Þessi nýtilkomna undanlátssemi stjórnarinnar við Kára Stefánsson og sú aðferð, sem stjórnin velur til að þakka Vilhjálmi Rafnssyni ritstjórnarstörfin, verður því að teljast stórfrétt og stéttinni allri til skammar.

Kjarni þessa máls er sá, að forysta læknasamtakanna hefur brugðist Læknablaðinu, lesendum þess og óháðu vísindastarfi íslenzkra lækna. Heiður blaðsins sem trúverðugs fræðitímarits hefur verið traðkaður í svaðið með því að taka við boðum frá samkeppnisfyrirtæki, sem er að hasla sér völl í lyfjageiranum. Sá flekkaði skjöldur verður ekki fægður af ritstjórnarmönnum, sem eiga áframhaldandi vísindaframa sinn undir duttlungum forstjóra deCode Genetics. Af þeim sökum kýs ég að segja upp áskrift minni að blaðinu.

Heimildir

1. *www.wame.org/wamestmt.htm*
2. *www.icmje.org*

Íslensk heilbrigðissaga komin út

Um miðjan desember rann upp langþráð stund í sögu Læknafélags Íslands en þá kom út ritið *Líf og lækningar – Íslensk heilbrigðissaga* sem Jón Ólafur Ísberg sagnfræðingur hefur ritað. Formaður LÍ afhenti Jóni Kristjánssyni heilbrigðisráðherra fyrsta eintakið við hátíðlega athöfn sem fram fór í Þjóðmenningarhúsinu.

Bókin er 312 bls. að stærð í stóru broti og skiptist í 10 kafla. Kaflaheitin gefa góða mynd af efni bókarinnar en þau eru: Læknislist fyrri alda, Upphaf raunlækninga, Íslensk læknislist, Upphaf heilbrigðiskerfis, Heilbrigðis- og tryggingakerfið á 20. öld, Sjúkdómar og sóttir, Sjúkdómar á 20. öld, Heilbrigt samfélag!, Læknar og heilbrigðismál og Samtök lækna.

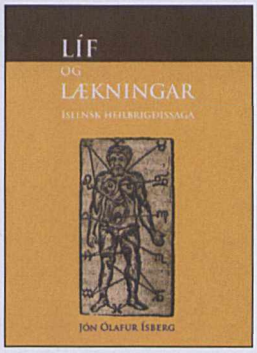
Með útgáfu bókarinnar lýkur verkefni sem hófst með samþykkt aðalfundar LÍ á Húsavík árið 1994. Þá var Örn Bjarnason kjörinn formaður ritnefndar og gegndi hann því embætti fram til ársins 2001 þegar Hafsteinn Sæmundsson tók við og lauk verkinu. Ýmsir læknar hafa lagt á ráðin en á síðasta sprettinum unnu þau Hlíf Steingrímsdóttir og Lúðvík Ólafsson með Hafsteini.

Samið var við Hið Íslenska bókmenntafélag um útgáfu bókarinnar og er hún til sölu í öllum helstu bókabúðum.

–ÞH

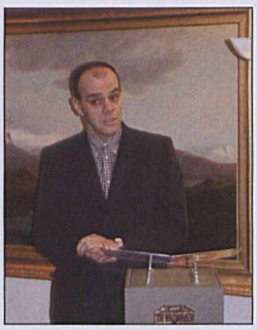


Jón Kristjánsson heilbrigðisráðherra tekur við fyrsta eintakinu og þakkar Sigurbirni Sveinssyni formanni LÍ fyrir.



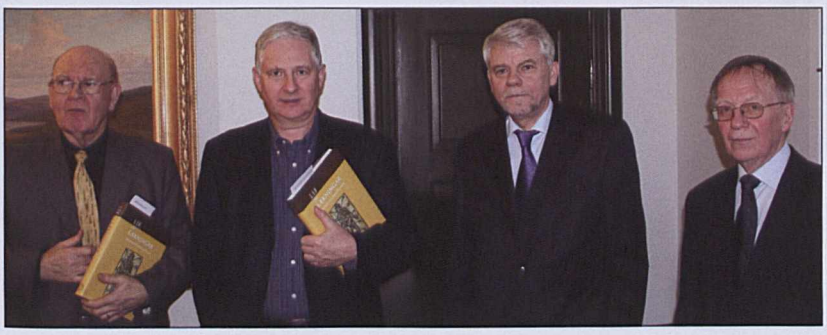
Á kápu bókarinnar er mynd úr Þórðarrími sem kom út í Skálholti árið 1692. Á henni eru leiðbeiningar um hvar taka eigi mönnum blóð út frá stöðu himintunglanna.







Höfundur bókarinnar þakkar fyrir sig og ráðherra hlakkar til að lesa bókina, nú er jólanóttinni bjargað.

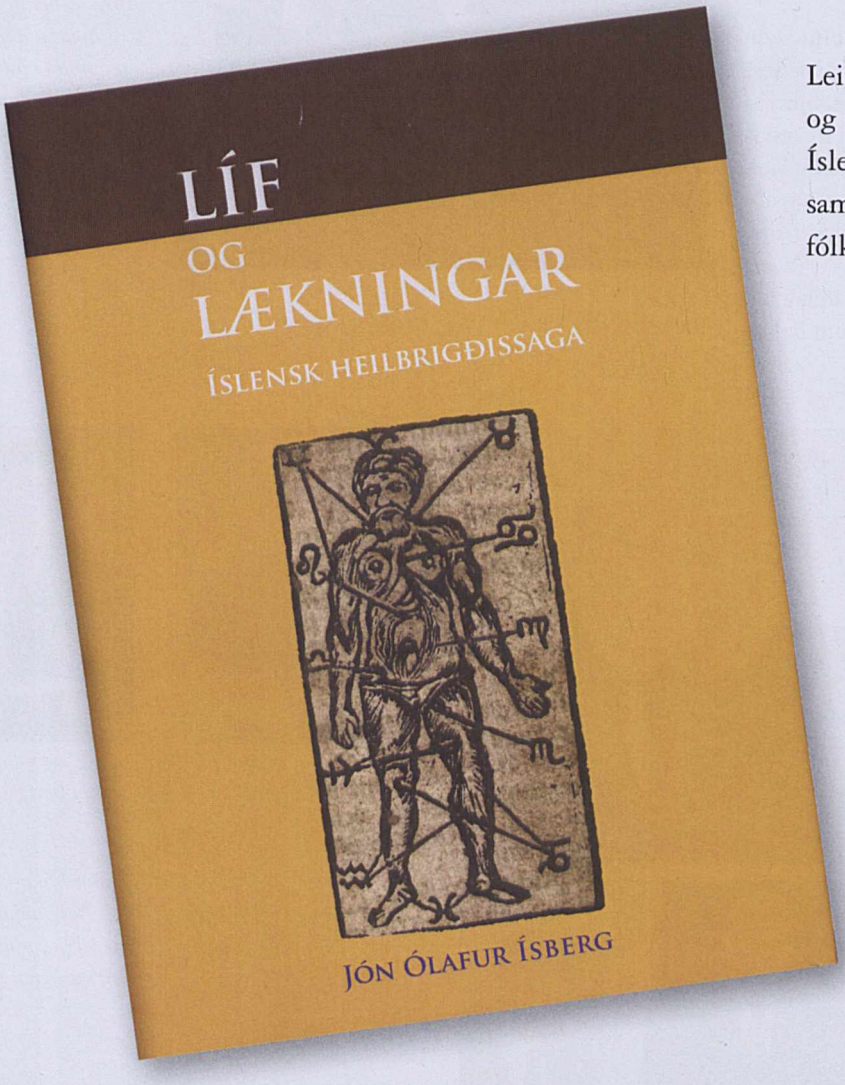


Á efri myndinni til vinstri er höfundur bókarinnar, Jón Ólafur Ísberg, á milli þeirra Sverris Bergmanns og Arnar Bjarnasonar. Sverrir var formaður LÍ þegar ákveðið var að ráðast í gerð bókarinnar og Örn var fyrsti formaður ritnefndar.

Á myndinni hér til vinstri er Örn ásamt arftaka sínum, Hafsteini Sæmundssyni en með þeim eru fulltrúar útgefenda, Sverrir Kristinsson og Sigurður Líndal frá Hinu íslenska bókmenntafélagi.

LÍF OG LÆKNINGAR
er íslensk heilbrigðissaga

Gallspeki, gullgerðarlist, þvagrýni, stjörnufræði, rím, óguðleg hegðun, hættulegir sjúkdómar, banvænar sóttir, hungurdauði, bólusetningar, karból, vatnsveitur, leikfimi, lýsisgjafir, pensilín og læknisráð af öllum gerðum er viðfangsefni þessarar bókar. Hún fjallar um líf og dauða, og flest þar á milli, sem tengist heilsu fólks og tengsl lækningavisku, læknislistar og læknisfræði.



Leitað er aftur til fortíðar og sagan rakin hvernig Íslendingar byggðu upp samfélag þar sem heilbrigði fólks er viðfangsefni allra.

Hið íslenska bókmenntafélag
Skeifunni 3b · Sími: 588 9060 · Netfang: hib@islandia.is · www.hib.is

Ný heimasíða Læknafélags Íslands



Davíð Björn Þórisson

Heimasíða Læknafélagsins var opnuð í ársbyrjun 2003 og er þrátt fyrir stuttan líftíma orðin barn síns tíma enda þróun í heimasíðutækni gríðarlega ör. Hún hefur engu að síður nýst félaginu vel en þó ekki reynst eins mikið sameiningartól fyrir íslensku læknastéttirnar eins og hafði verið vonast eftir. Fáir læknar hafa tjáð sig á spjallrásum hennar og málefnin eftir því. Sérgreinafélögin hafa mörg hver óskað eftir heimasíðu til eigin nota og búast má við að menn séu virkari þátttakendur í vefsíðu sé vettvangurinn aðeins bundinn við kollega sem þeir umgangast reglulega.

Markmið nýrrar síðu

Okkur sem að heimasíðu LÍ stöndum var því ljóst að kominn var tími til að skipuleggja nýja síðu frá grunni. Samhliða því að vera almenn upplýsingaveita og samskiptavettvangur fyrir íslenska lækna mun sérgreinafélögum gert kleift að halda afmarkað utan um sitt efni og læsa því sem er viðkvæmt. Nú er óskað eftir fulltrúa úr hverri sérgrein til að sinna starfi sérgreinaritstjóra sem halda mun utan um félagsmenn, upplýsingaflæði og samskipti síns hóps. Þegar efni er vistað innan hópsins er jafnframt ákveðið hvort það skuli vera læst eða opið öllum félagsmönnum LÍ. Sé það opið birtist það jafnframt á almennum vettvangi síðunnar. Skrifstofa LÍ vistar einnig þar það efni sem varðar félagið allt. Með þessu er vonast til að sérgreinafélögin taki þátt í efnislegri uppbyggingu síðunnar og að félagsmenn geti auðveldlega fylgst með hvað er á seyði meðal kollega sinna. Möguleikarnir eru margir og spennandi. Til dæmis býður þetta form upp á að læknir geti ráðfært sig óformlega við sérgreinina þar sem allir geta fylgst með svarinu og lært af.

Gömul tól, ný tól

Fréttir, tilkynningar og umræður verða til staðar á heimasíðunni eins og áður en í endurbættu formi. Hægt verður að nota textasnið og myndskreytingar til að gera innihald efnisríkara. Umræður verða eins og áður segir ýmist afmarkaðar við hóp eða á almennum vettvangi. Notendur munu geta skrifað nafnlaust ef þess er óskað en ritstjóri mun þó geta rakið nafn höfundar til að fyrirbyggja misnotkun. Notendur geta gerst áskrifendur að umræðu og fengið tölvupóst þegar umræða er virk. Ritstjóri getur lokað innleggi sem þykir ómálefnalegt og jafnvel lokað notanda tímabundið frá umræðurás. Með þessu er vonast til að umræður verði opnar en jafnframt málefnalegar.

Nýtt tól er atburðadagatal þar sem safnað verður saman upplýsingum um væntanlegar uppákomur. Þar sem sérgreinaritstjórar, auk almenns ritstjóra LÍ, vista efni inn á þetta dagatal er vonast til að það gefi góðar upplýsingar um það sem er á döfinni fyrir læknastéttina.

Félagatalið verður mun ítarlegara og gefur betri upplýsingar um sérhæfingu hvers læknis og auðvelt verður að fletta upp læknum eftir sérgrein eða læknanúmeri. Læknar hafa þá greiðan aðgang að upplýsingum um kollega, svo sem þegar tilvísanir eru gerðar.

Hvert sérgreinahorn mun hafa til umráða skráarsafn til að vista hvers konar skjöl. Geta menn þá geymt á síðunni efni eins og klínískar vinnuleiðbeiningar, myndskeið eða jafnvel hljóðskrár.

Ýmislegt fleira mun verða til staðar, svo sem ítarleg tölfræði heimsókna, orlofssíða, greiðslutól, kannanir og rafrænar umsóknir. Öll tól sem voru til staðar á gömlu síðunni verða þar áfram, til dæmis póstlistar og einkaskilaboð.

Öryggi

Nýjasta forritunartækni frá Microsoft (Asp.net) er byltingarkennd og gefur vefhönnuðum margfalt fleiri og öflugri möguleika við gerð vefsíðna. Leyniorð notenda eru nú vistuð í svokölluðu „kóðuðu" formi þannig að enginn getur lesið þau þegar þau hafa verið vistuð. Ef notandi gleymir leyniorði sínu þarf því að útbúa nýtt því engin leið er að endurheimta hið fyrra. Þá er allt efni nú geymt í öflugum SQL gagnagrunni og nánast ógjörlegt að brjótast inn á hann.

Útfærsla og tímaáætlun

Ný heimasíða verður áfram á sömu slóð, *www.lis.is* og verður tilbúin til notkunar í janúar. Eftir opnun verður safnað saman athugasemdum og ábendingum notenda hennar og hún fullmótuð eftir þeim.

Að lokum skal tekið fram að LÍ greiðir allan kostnað við heimasíðuna og not sérgreinafélaga af henni verða gjaldfrjáls. Ljóst er að hér er stórt og spennandi verkefni á ferðinni sem gæti, ef vel tekst til, brotið blað í sögu samskipta og upplýsingaflæði íslenskra lækna.

Höfundur er læknakandídat.

Rafræn heilbrigðisþjónusta í sjónmáli

– Hægt að ljúka við Heilbrigðisnetið á 3-4 árum, segja Ingimar Einarsson og Benedikt Benediktsson í heilbrigðisráðuneytinu

Þröstur Haraldsson

Rafræn sjúkraskrá er ekki enn orðin að veruleika þótt ýmsu hafi þokað áfram. Að flestra mati er þetta eitt brýnasta mál heilbrigðiskerfisins, bæði vegna hagræðis sem af henni hlýst og ekki síður vegna öryggis sjúklinga. Í haust svaraði Jón Kristjánsson heilbrigðisráðherra fyrirspurn um stöðu málsins og af því mátti ráða að einhver hreyfing er að verða á málinu. Læknablaðið fór því á fund Ingimars Einarssonar skrifstofustjóra í heilbrigðisráðuneytinu og ræddi við hann um rafræna sjúkraskrá. Með honum var Benedikt Benediktsson tölvunarfræðingur sem er verkefnisstjóri í því sem nefnt hefur verið Heilbrigðisnetið.

Þeir Ingimar og Benedikt sögðu að venjan hefði verið að ræða annars vegar um rafræna sjúkraskrá sem á sér stað innan einstakra heilbrigðisstofnana og hins vegar um Heilbrigðisnetið en því var ætlað að tengja stofnanirnar saman þannig að allir hefðu aðgang að öllum upplýsingum í heilbrigðiskerfinu. „Þessi uppskipting hefur verið að riðlast eins og sést meðal annars á því að á erlendum ráðstefnum þar sem um þessi mál er fjallað eru menn hættir að greina á milli rafrænnar sjúkraskrár, landsneta og þriðja þáttarins sem eru fjarlækningar. Nú heitir þetta einu nafni e-health á ensku sem mætti nefna rafræna heilbrigðisþjónustu," segja þeir.

Mikið verk að samræma

Ingimar segir að vinna við Heilbrigðisnetið hafi byrjað seint á tíunda áratugnum en 1998 var mótuð stefna í uppbyggingu netsins. Síðan hefur verið unnið að ýmsum þróunarverkefnum og nefnir hann sem dæmi rafræna lyfseðla sem reyndir hafa verið á Húsavík og Akureyri. „Nú er það verkefni komið á lokastig og við munum byrja á að innleiða það snemma á árinu 2006. Gangi allt eðlilega ættu rafrænir lyfseðlar að vera komnir í notkun um allt land fyrir lok ársins. Verkefnið hefur sýnt fram á hagkvæmni rafrænna lyfseðla, auk þess sem það gerir læknum auðveldara að velja ódýrari lyf. Þeir fá upp á skjáinn hjá sér nokkra kosti af sambærilegum lyfjum ásamt verðlista."

Rafræn sjúkraskrá hefur verið í gangi allt frá árinu 1992 og ýmis fyrirtæki komið nærri þeirri þróun. „Staðan er sú að sjúkraskrárkerfið Saga er komið í fulla notkun á heilsugæslustöðvunum en sjúkrahúsin eru ekki komin eins langt í að innleiða sjúkraskrárkerfi. Það hafa verið stigin stór skref í því að bæta tölvukost stofnananna en við höfum aðallega verið í því að samræma verklag við skráningu, velja kóða og koma þeim í notkun. Á þessu ári var ráðinn starfsmaður í ráðuneytið til þess að vinna að þessari samræmingu enda mikilvægt að geta keyrt út samræmdar upplýsingar um heilbrigðiskerfið. Þetta er miklu meira verk en við gerðum ráð fyrir."

Sjúkraskrárkerfið Saga tilheyrir fyrstu kynslóð skráningarkerfa og segja þeir Ingimar og Benedikt að töluverð vinna hafi verið lögð í að þróa það og uppfæra í takt við breyttar þarfir heilbrigðiskerfisins.

Einn eða tveir milljarðar?

Ingimar segir að fyrir tveimur árum hafi menn byrjað að huga að því að meta kostnað við að koma á heildstæðu tölvukerfi fyrir heilbrigðiskerfið sem stæðist samanburð við það besta sem þekkist í heiminum.

„Við fengum ráðgjafa til liðs við okkur, íslenska fyrirtækið ParX ásamt IBM í Danmörku, og niðurstaða okkar varð sú að hægt væri að koma á nýju skráningarkerfi og landsneti fyrir tvo milljarða króna ef byggt væri frá grunni. Það þýddi að ýmis kerfi sem nú eru í gangi yrðu tekin úr notkun. Okkur þótti það ekki fýsilegur kostur svo við fórum að reikna aftur og nú gengum við út frá því að nýta þær fjárfestingar sem þegar hefur verið lagt í. Þá sýndist okkur við komast ansi langt þótt við hefðum ekki nema einum milljarð króna úr að spila.

Síðarnefnda lausnin byggist á því að samræma þau kerfi sem eru fyrir, tryggja að þau geti talað saman og byggja svo landsnet ofan á þau. Við teljum að þetta ætti ekki að þurfa að taka nema þrjú til fjögur ár, svo fremi það takist að tryggja nægilegt fjármagn. Þetta er sú hugmyndafræði sem við vinnum eftir núna og þótt enn vanti dálítið af peningum til framkvæmda er verið að stíga ákveðin skref. Við erum því tiltölulega bjartsýnir á að hægt verði að gera töluvert mikið á árunum 2006-2009. Þessi fjárfesting skilar sér fjárhagslega, meðal annars í minna pappírsmagni, en sérstaklega í auknu öryggi og bættri þjónustu.

Við þetta má bæta að það er ekki hægt að reisa

nýtt hátæknisjúkrahús nema þetta sé í lagi. Það eru að koma nýjar kynslóðir til starfa sem hafa alist upp við tölvutæknina og þær gera kröfu til þess að þessi hlutir séu í lagi. Það er ekki nóg að byggja hús og skapa góðan aðbúnað fyrir sjúklinga, menn hljóta að gera sömu kröfu til upplýsingatækninnar."

„Heimabanki" með heilsufarsupplýsingar

Ingimar ítrekar að rafræn heilbrigðisþjónusta snúist fyrst og fremst um að bæta þjónustu við sjúklinga og öryggi heilbrigðiskerfisins. „Þetta kemur í veg fyrir að sjúklingar þurfi að segja sögu sína aftur og aftur, auk þess sem öryggið mun stóraukast. Að undanförnu hefur verið rætt mikið um mistök í heilbrigðiskerfinu og að það sé ekki sérstaklega öruggur staður. Rafræn skráning er mikilvægur þáttur í að bæta úr því. Til dæmis er mjög brýnt að koma á rafrænum lyfjafyrirmælum því erlendar rannsóknir sýna að oft eru gerð mistök vegna þess að fyrirmælin skolast til í samskiptum starfsmanna."

Þeir Ingimar og Benedikt segja að lausnin sem nú er unnið að byggist ekki á einum miðlægum gagnagrunni heldur að landsnetið sé eins konar hattur ofan á þá gagnagrunna sem fyrir eru á stofnununum. Um netið fari öll samskipti milli heilbrigðisstofnana og það verður notað til leitar í hinum dreifðu gagnagrunnum.

„Þegar þessu er lokið sýnist okkur að næsta skref verði að koma á því sem kallað er „patientöversikt" á norrænum tungum en það er kerfi sem svipar til heimabanka þar sem hver og einn getur haft aðgang að lykilupplýsingum um heilsufar sitt og samskipti við heilbrigðiskerfið. Þetta breiðist nú hratt út á Norðurlöndum og verður eflaust komið á hér áður en langt um líður," segja þeir.



Benedikt Benediktsson verkefnisstjóri (til vinstri) og Ingimar Einarsson skrifstofustjóri í heilbrigðisráðuneytinu.

Þeir viðurkenna að oft hafi miðað hægt í því að koma rafrænni heilbrigðisþjónustu á laggirnar en það hafi ekki verið vegna þess að ekkert hafi verið gert. Það sé búið að vinna ýmsa grunnvinnu sem nauðsynleg er og hún tekur oft æði mikinn tíma. „Það þarf að tryggja öryggi kerfisins og prófa það, auk þess sem leita þarf hagkvæmustu lausna. Við höfum rekið okkur á að stundum er reynt að margselja sömu lausnirnar lítið breyttar og framhjá því þarf að sigla. En nú teljum við okkur vera farin að sjá til lands og vonum að hér verði komið á gott heilbrigðisnet innan örfárra ára," sögðu þeir Ingimar Einarsson og Benedikt Benediktsson.

Samþykkt að sameina Lífeyrissjóð lækna og Almenna lífeyrissjóðinn



Gunnar Baldvinsson

Gunnar.Baldvinsson@isb.is

Höfundur er framkvæmdastjóri Lífeyrissjóðs lækna og Almenna lífeyrissjóðsins.

Sjóðfélagar í Lífeyrissjóði lækna og Almenna lífeyrissjóðnum hafa samþykkt að sameina lífeyrissjóðina frá og með 1. janúar 2006. Sameinaður lífeyrissjóður mun heita Almenni lífeyrissjóðurinn og verður hann 5. stærsti lífeyrissjóður landsins. Heildareignir sjóðsins verða rúmlega 60 milljarðar um áramótin og skráðir sjóðfélagar um 25000. Almenni lífeyrissjóðurinn er traustur lífeyrissjóður sem hentar þeim sem geta valið lífeyrissjóð og vilja greiða viðbótariðgjöld til að auka ráðstöfunartekjur sínar á eftirlaunaárunum. Aðild að sjóðnum er öllum opin en jafnframt er sjóðurinn starfsgreinasjóður arkitekta, leiðsögumanna, lækna, tónlistarmanna og tæknifræðinga.

Lífeyrissjóður lækna var stofnaður 1967 og hafði því starfað í núverandi mynd í 38 ár. Aðrir sjóðir sem hafa sameinast í Almenna lífeyrissjóðinn eru Lífeyrissjóður arkitekta stofnaður 1967, Lífeyrissjóður starfsmanna SÍF stofnaður 1968, Lífeyrissjóður FÍH stofnaður 1970, Lífeyrissjóður Félags leiðsögumanna stofnaður 1977, Lífeyrissjóður Tæknifræðingafélags Íslands stofnaður 1965 og ALVÍB stofnaður 1990.

Lágmarksiðgjald verður 10% af launum

Lágmarksiðgjald í sameinuðum sjóði verður 10% af launum og skiptist þannig að 2% greiðast í séreignarsjóð og 8% í samtryggingarsjóð. Lágmarksiðgjald í Lífeyrissjóð lækna var hins vegar 11% af launum og greiddist allt í samtryggingarsjóð. Tilgangurinn með þessari breytingu er að auka svigrúm sjóðfélaga þegar kemur að töku lífeyris en kosturinn við séreignarsjóði er að sjóðfélagar hafa meira val um hvernig þeir fá greiddan lífeyri. Viðbótariðgjald (iðgjald umfram 10% af launum) er greitt í séreignarsjóð.

Samkvæmt kjarasamningum sjúkrahúslækna eru heildariðgjöld í lífeyrissjóð fyrir lækna 14% af launum. Af þeim verða 10% greidd sem lágmarksiðgjald og 4% sem viðbótariðgjald. Heildariðgjaldið skiptist þá þannig að 8% greiðast í samtryggingarsjóð og 6% í séreignarsjóð.

Í Almenna lífeyrissjóðnum geta sjóðfélagar nýtt viðbótariðgjaldið til að kaupa viðbótarörorkutryggingar. Þeir geta einnig óskað eftir því að greiða hærra hlutfall af launum í samtryggingarsjóð til þess að auka lífeyrisréttindi.

Val um ávöxtunarleiðir

Í séreignarsjóði Almenna lífeyrissjóðsins geta sjóðfélagar valið á milli fjögurra verðbréfasafna, Ævisafna I, II, III og IV með mismunandi ávöxtun og áhættu. Sjóðfélagar geta valið sér safn ýmist eftir því hversu mikla áhættu þeir vilja taka eða eftir aldri. Þeir geta líka valið Ævileiðina en þá flyst inneign þeirra milli safna eftir aldri.

Nýtt skipulag samtryggingarsjóðs

Samtryggingarsjóður sameinaðs lífeyrissjóðs verður með nýju skipulagi. Í því felst að samtryggingarsjóðnum verður skipt í þrjár deildir:

- **Tryggingadeild** sem greiðir örorku-, maka- og barnalífeyri.
- **Eftirlaunadeild** sem ávaxtar fé sjóðfélaga til að tryggja þeim ellilífeyrisgreiðslur til æviloka.
- **Lífeyrisdeild** sem greiðir ellilífeyri til æviloka og makalífeyri til maka látinna lífeyrisþega.

Sá hluti iðgjalds í samtryggingarsjóð sem ætlaður er til að tryggja ellilífeyri til æviloka verður lagður í sérstakan eftirlaunasjóð á nafni hvers sjóðfélaga. Þegar sjóðfélagar hefja töku lífeyris í starfslok er sjóðnum breytt í ævilangan ellilífeyri. Eftirlaunasjóðurinn erfist ekki við fráfall sjóðfélaga.

Valkostir lækna við sameiningu

Til að hjálpa sjóðfélögum að aðlagast breyttum reglum um ávinnslu makalífeyris í framtíðinni er læknum gefinn kostur á að hluta af eftirlaunaréttindum verði varið til

1) að tryggja maka fjölskyldulífeyri (eingreiðslu) ef sjóðfélagi fellur frá fyrir 67 ára aldur. Fjárhæðin lækkar með aldrinum þar sem séreignarsjóður sem erfist við fráfall byggist upp á móti.
2) að greiða í séreignarsjóð allt að 20% af eftirlaunaréttindum.

Sjóðurinn mun senda sjóðfélögum eyðublað um þessa valkosti sem verður að skila til sjóðsins **fyrir 25. janúar 2006**. Fram að þeim tíma geta sjóðfélagar komið á skrifstofu sjóðsins og fengið ráðgjöf. Einnig verður haldinn kynningarfundur **fimmtu-**

daginn 12. janúar kl. 20:00 í Gullteigi, Grand Hótel Reykjavík, þar sem kynntir verða valkostir sem sjóðfélögum bjóðast.

Sameiningin tekur tíma

Þrátt fyrir að sjóðirnir sameinist formlega um áramót mun taka nokkurn tíma að gera upp eignir og skuldbindingar þeirra um áramót. Þar sem iðgjöld í lífeyrissjóði eru yfirleitt greidd mánuði eftir launatímabil þarf að bíða fram í febrúar á meðan iðgjöld vegna ársins 2005 verða bókuð. Tryggingafræðilegt uppgjör sjóðanna verður síðan framkvæmt í febrúar og þá kemur endanlega í ljós hvernig áunnin réttindi flytjast yfir í sameinaðan sjóð.

Greiðið iðgjöld vegna 2005 tímanlega

Læknar, sem greiða iðgjöld í Lífeyrissjóð lækna af tekjum af sjálfstæðum rekstri, eru hvattir til að greiða iðgjöld vegna ársins 2005 tímanlega í janúar 2006 vegna uppgjörs sjóðsins og sameiningarinnar. Iðgjöld sem berast síðar munu verða skráð samkvæmt samþykktum sameinaðs sjóðs.

Nánari upplýsingar

Nánari upplýsingar er að finna á vefsíðu Almenna lífeyrissjóðsins, *www.almenni.is* og á skrifstofu sjóðsins á Kirkjusandi. Sjóðfélagar geta einnig hringt í 440-4900 og fengið nánari upplýsingar hjá lífeyrisráðgjöfum.

Dreifibréf Landlæknisembættisins nr. 13/2005

Efni: Bólusetning gegn hettusótt

Eins og fram hefur komið í Farsóttafréttum sóttvarnalæknis (*www.landlaeknir.is*) þá hafa 73 einstaklingar fengið staðfesta hettusótt á tímabilinu maí til og með nóvember 2005. Síðastliðið haust var faraldurinn talinn vera í rénun en nú hefur komið í ljós að hann er vaxandi ef eitthvað er. Einkum eru einstaklingar á aldrinum 20 til og með 24 ára að sýkjast, en það eru þeir sem misstu af MMR bólusetningunni sem hófst hjá 18 mánaða gömlum börnum 1989 og 9 ára börnum 1994.

Heilsugæslan er beðin um að hvetja alla á sínu svæði sem fæddir eru 1981 til og með 1985 til að láta bólusetja sig með MMR (ein sprauta). Bólusetningin er ofangreindum að kostnaðarlausu en greidd af hinu opinbera eins og aðrar almennar ungbarnabólusetningar.

Sóttvarnalæknir

Dreifibréf Landlæknisembættisins nr. 14/2005

Efni: Skortur á Diftavax

Enn á ný er kominn upp skortur á Diftavax (difteria-/tetanus toxoid) bóluefninu sem gefið er 14 ára börnum í almennum barnabólusetningum hér á landi. Ástæða þess er mikil notkun á bóluefninu utan við almennar barnabólusetningar. Hér á landi má búast við að árlega þurfi um 4000-4500 einstaklingar Diftavax-bólusetningu í almennum bólusetningum en hið opinbera greiðir hins vegar fyrir um 8000 skammta á hverju ári.

Sóttvarnalæknir vill leggja áherslu á eftirfarandi:

- DiTeBooster frá Statens Serum Institut mun koma í stað Diftavax þar til næsta sending fæst af Diftavax sem væntanlega verður í febrúar 2006. DiTeBooster er sambærilegt að innihaldi og Diftavax og verkun og aukaverkanir því sambærilegar. DiTeBooster verður á undanþágulista hjá Lyfjastofnun frá 1. janúar 2006.
- Hið opinbera greiðir einungis fyrir bóluefni sem notuð eru í almennum barnabólusetningum. Bóluefni sem notuð eru hjá fullorðnum og ferðamönnum eiga því að greiðast af heilsugæslustöðvunum sjálfum sem síðan eiga endurkröfurétt á hinn bólusetta.

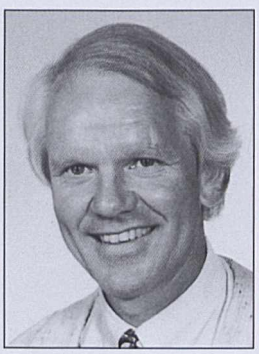
Sóttvarnalæknir

Opnunarerindi Læknadaga 2005

Heilsa, hagsæld og hamingja íslensku þjóðarinnar



Arnór Víkingsson



Snorri Ingimarsson

Tilvísanir í greininni eru í myndir sem er að finna á heimasíðu Læknablaðsins.

Arnór er gigtarlæknir og Snorri geðlæknir á Landspítala.

arnor@landspitali.is

Meginhlutverk lækna er að stuðla að og varðveita heilsu. Með því að fyrirbyggja heilsutjón og halda niðri eða lækna sjúkdóma hafa læknar sýnt í verki ásetning sinn til að bæta heilsu fólks. En orðið heilsa getur haft víðtækari merkingu. Samkvæmt íslenskri orðsifjabók er heilsa jafngildi heilbrigðis, gæfu, sáluhjálpar og þess að vera heill. Allt eru þetta eftirsóknarverð gæði sem flestir vonast eftir að halda eða öðlast. En í hverju felst betri heilsa? Felst hún í langlífi, lífi án þjáninga, fjárhagslegri hagsæld, í hamingju, í því að geta unnið eða í einhverju allt öðru? Hverjar eru mælistikur góðrar heilsu? Sennilega er ekkert eitt rétt svar við þessum spurningum sem þó eru svo mikilvægar og ættu að lita alla umræðu okkar lækna og þjóðfélagsins í heild þegar ákvarðanir eru teknar um heilsubætandi stefnumótun.

Hjá hinu opinbera er algengast að heilsa sé metin með heilbrigðistölfræði. Samkvæmt slíkum mælingum komum við Íslendingar býsna vel út í samanburði við nágrannalöndin og aðrar þjóðir fjær og við erum oftast við toppinn eftirsóknarverða. Endurspeglist góð heilsa í vellíðan og hamingju geta Íslendingar einnig brosað breitt því í slíkum mælingum komum við einnig vel út.

Það virðist því fátt benda til þess að þörf sé á að hafa áhyggjur af heilsu og velferð þjóðarinnar. Engu að síður heyrast óánægjuraddir hjá þegnum landsins og læknar finna fyrir auknu álagi í starfi sínu.

Í eftirfarandi pistli birtast hugleiðingar okkar um heilsu íslensku þjóðarinnar í víðum skilningi þess orðs.

Heilbrigði þjóðarinnar hefur tekið slíkum stakkaskiptum síðustu öld að erfitt er að gera sér í hugarlund heilsufar fólks hér áður. Heilsutjóni og fjölmörgum banvænum sjúkdómum hefur nánast verið útrýmt með markvissum slysavörnum, heilsuvernd, tilkomu læknismeðferða og aukinni hagsæld þjóðarinnar. Nægir þar að nefna árangur í meðferð bráðra sýkinga (1), berkla (2) og fækkun dauðsfalla vegna slysa (3). Nýburadauði hefur lækkað úr um 12% um aldamótin 1900 í 0,4% nú (4). Samhliða þessum framförum hafa ævilíkur við fæðingu tvöfaldast á hundrað árum (5). Athyglisvert er að samkvæmt spá Hagstofu Íslands fram til 2040 er ekki búist við að ævilíkur Íslendinga aukist mikið frá núgildi (6). Auk lengri ævi hafa gæði þess lífs á margan hátt breyst. Til dæmis voru margir hér áður fyrr lagstir í kör vegna skemmdra mjaðma og hnjáliða, aðrir einangraðir vegna daprar sjónar eða heyrnarleysis og geðveikt fólk utanveltu við samfélagið. Sambærilegar framfarir hafa orðið í gigtlækningum (7), krabbameinslækningum (8) og í baráttunni við hjartasjúkdóma (9). Í dag eru árlega framkvæmdar á sjöunda hundrað mjaðma- og hnjáliðaskiptaðgerðir og um 40% áttræðra og eldri hafa gerviaugastein. Hágæða heyrnartæki ásamt meðhöndlun heyrnardeyfandi sjúkdóma hefur nánast útrýmt þeirri einangrun og einmanakennd sem Beethoven og forverar okkar upplifðu. Meðferð og önnur úrræði fyrir geðfatlaða hafa gjörbreytt hlutskipti þeirra í lífinu.

Þá sem skráðu Nýja testamentið fyrir nær 2000 árum hefur sennilega ekki rennt í grun að „kraftaverkin“ þar sem blindir fengju sýn og haltir gengju á ný yrði daglegt brauð hjá þegnum velmegandi þjóða 21. aldarinnar. Nútíminn hreyfist með ógnar hraða og viðhorf og væntingar fólks breytast með. Það sem áður þótti kraftaverk þykir allt að því sjálfsagður hlutur í dag. Það sem „maður á rétt á“. Gamall bóndi fór árið 1985 í gerviaugasteinsaðgerð. Hann fékk sjón á ný og efndi heit það sem hann gaf fyrir aðgerðina: Færði augnlækninum gæðing að gjöf. Fyrir bóndann var það kraftaverk að fá sýn í annað sinn. Áður vonuðust sjúklingar til að þeir lifðu lengi og héldu heilsu, í dag vænta þeir þess.

Hagsæld íslensku þjóðarinnar hefur aukist feiknamikið síðustu 100 árin (10). Áður var almenn menntun ónóg, heilbrigðisþjónusta takmörkuð, atvinnuhættir fornir, framleiðni einhæf (11), atvinnutækifæri fá (12) og opinber stuðningur lítill. Dauðsföll splundruðu fjölskyldum og lögðu í rúst framtíðardrauma margra um menntun og störf. Síðan er eins og þjóðin fái hlutverk í ævintýri. Hún rís upp úr öskustónni, eignast á ný sjálfstæði og sjálfsvirðingu, menntar sig (13) og framleiðir verðmæti (14) og er aftur lögst í víking víða um heim.

Í hvað hefur öll þessi verðmætasköpun farið? Glæstir farkostir (15), húsakynni (16), tölvuvæðing (17) og tíð ferðalög til útlanda (18) er ein hlið ríkidæmisins. Einnig hafa framlög til heilbrigðis- og félagsmála aukist á sama tíma (19). Okkur verður

tíðrætt um þessa hlið velmegunarinnar og látum stundum eins og veraldlegar lystisemdir skyggi á iðkun andans. Í fjölmiðlum hafa birst greinar um vaxandi „ómenningu“ á kostnað menningar. Íslendingar kunni ekki gott mál, séu hættir að lesa bækur, sækja leikhús og aðra listviðburði. En er það svo? Samkvæmt tölum Hagstofu Íslands hefur orðið veruleg aukning í hvers kyns menningarneyslu Íslendinga síðustu 30 ár (20). Er þetta ekki jákvætt og uppörvandi dæmi um hvernig efnahagsleg velmegun hefur hækkað menningarstig þjóðarinnar?

Hagvöxtur er ein meginforsenda hagsældar og víst hefur hagvöxtur verið mikill á Íslandi síðustu áratugi (21). En aukinn hagvöxtur hefur sínar dökku hliðar. Hann er streituvaldandi því forsenda hagvaxtar er síaukin framlegð einstaklinganna sem starfa í hagkerfinu. Samkvæmt skýrslu Evrópusambandsins segjast um 60% vinnubærra manna þurfa að vinna mjög hratt og eftir knöppum tímaáætlunum *www.agency.osha.eu.int* og í breskri skýrslu er bent á að um 20% vinnubærra manna telja starf sitt vera mjög eða afar streituvaldandi *www.hse.gov.uk/statistics/causdis/stress.htm* Streita er talin vera lykilorsök fyrir fjarvistum frá vinnu og ýmsum langvinnum krankleika (22). Samkvæmt könnun Vinnueftirlits ríkisins leita einstaklingar sem eru undir miklu álagi mun meira til læknis (23). Til viðbótar streitu á vinnustað er óumdeilt að fjarskipta- og upplýsingaöld samtímans hefur margvísleg streituhvetjandi áhrif á daglegt líf.

Hamingja íslensku þjóðarinnar. Elsta merking orðsins hamingja er verndarvættur, heilladís, fylgja. Enn eimir eftir af hinni fornu merkingu í orðatiltækjum eins og „það má hamingjan vita“ eða „hamingjan hjálpi mér“!

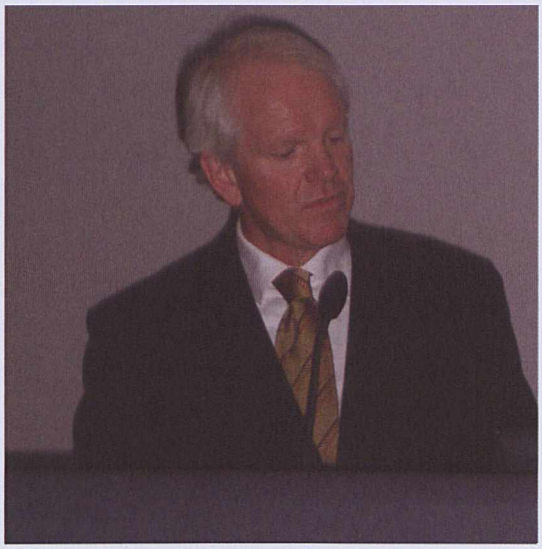
Eitt af meginmarkmiðum okkar í lífinu er að vera hamingjusöm. Að höndla hamingjuna getur hins vegar vafist fyrir okkur, ekki síst vegna þess að óljóst er hvað felst í því að vera hamingjusamur. Er lykillinn að hamingjunni fólginn í hófsemi, jafnvægi í lífinu og að vera sáttur (Aristoteles, Nýja testamentið, Dalai Lama), eða í því að halda vellíðan í hámarki og vanlíðan í lágmarki (Epíkúrós)?

> Hin sanna þýðing hamingjunnar er oft misskilin. Menn rugla stundum hamingju við ánægju, sátt eða hugarró. Munurinn er best útskýrður með því að líkja ánægju við tilfinninguna sem fylgir því þegar allt gengur í haginn, á meðan hamingja er tilfinningin sem við upplifum þegar lífið verður skyndilega betra. Á því augnabliki þegar eitthvað undursamlegt gerist í lífi okkar, hrískast um okkur sælutilfinning, við verðum gagntekin af gleði og hrifningu – þá upplifum við augablik sannrar hamingju.

Morris D. The nature of happiness. Little Books by Big Names, 2004.

Það er mjög einstaklingsbundið hvaða augum menn líta hamingjuna og hvernig þeir upplifa hana. Við viljum þó fullyrða að markaðsöfl nútímans vilja gjarnan halda að okkur vellíðunarskilgreiningu á hamingjunni því augljóslega gefur hún betri söknarfæri í sölumennsku.

Á vegum Félagsvísindastofnunar HÍ hafa verið gerðar skoðanakannanir árin 1984, 1990 og 1999 þar sem meðal annars er spurt um hamingju þátttakenda. Samkvæmt niðurstöðum telja 97% Íslendinga sig vera nokkuð eða mjög hamingjusama (24). Slíkt ætti ekki að koma á óvart í ljósi mikillar hagsældar. En samsíða þessari björtu mynd blasir við önnur talsvert uggvænleg og fær mann til að staldra við og spyrja hvort íslenska þjóðin sé á réttri leið.



Snorri Ingimarsson flytur opnunarerindi Læknadaga 2005.

Hvers vegna fjölgar fóstureyðingum (25) og lögskilnuðum (26)? Er eðlilegt að 6,3% leikskólabarna þurfi sérstakan stuðning (27), að 20% grunnskólabarna þurfi sérkennslu vegna náms- og hegðunarvandamála og að um 20% barna og unglinga búi við geðraskanir og taki mörg hver geðlyf? Af hverju hefur lyfjanotkun Íslendinga aukist svo mjög (28, 29) sem og notkun náttúrulyfja (30)? Af hverju nota aldraðir Íslendingar í heimaþjónustu svona mikið af geðlyfjum (31)? Af hverju hafa heimsóknum til sjúkraþjálfa (32) og til óhefðbundinna meðferðaraðila (33) stóraukist? Af hverju hafa komur á bráðamóttöku í Fossvogi vegna sjálfsvígstilrauna nær þrefaldast á fimm árum (34)? Af hverju fjölgar öryrkjum svo mikið (35)?

Þessum spurningum er ekki auðsvarað. Hluti skýringarinnar liggur í jákvæðum áhrifum tækniþróunar og velmegunar vestrænna samfélaga sem gerir okkur kleift að veita vanheilum þarfan stuðning í erfiðleikum sínum. Grunur leikur á að þessar tölulegu staðreyndir birti einnig annan veruleika: Vaxandi tilhneigingu fólks til að kaupa sér nútímalausnir við vandamálum daglegs lífs. Virka þessar lausnir?

„Sönn hamingja kostar lítið, samt borgum við mikið fyrir eftirlíkingu hennar.“

Hosea Ballou, 1771-1852

Um lífsstíl og lífsvanda

Erindi Sigurbjörns Einarssonar biskups við setningu Læknadaga 2005

Sigurbjörn Einarsson

Mér finnst notalegt í meira lagi að vera kominn á læknafund og finna hvergi til. Það er ómetanlegt, að læknar eru til og tiltækir í þörf en ennþá ómetanlegra að þurfa ekki á lækni að halda.

Eitthvert erindi ætti ég samt að eiga við ykkur. En varðandi viðfangsefni þessa þings kem ég með margar spurningar en fá svör, ef nokkur.

En það góða boð hingað, sem ég hef þegið með þökkum, tek ég sem ósk og von og fyrirheit um nána samvinnu lækna og presta, heilbrigðisstétta og kirkju í brýnni nauðsyn. Því fagna ég. Og ég vil þakka það, hvernig heilbrigðisyfirvöld og læknar hafa vakið athygli á uggvænlegum brestum í heilsufari hér á landi. Ég minnist í því sambandi skýrslu, sem heilbrigðisráðherra og landlæknir létu vinna, og birtist á síðastliðnu ári, og fjallaði um „streitubundin lífsstílsvandamál". Ég veit ekki, hver hefur smíðað þetta orð, „lífsstílsvandamál", – kannski landlæknir, hann hefur ætterni til þess að vera orðhagur – en þetta er nýtt orð í íslensku máli. Það út af fyrir sig segir nokkuð.

Orðið streita er ekki nýyrði, en það er nýtt í því hlutverki, sem það gegnir nú: Að tákna sjúklega ofurspennu í huganum.

Nafnið á skýrslunni gefur ótvírætt til kynna, að sá sjúkleiki stafi beinlínis af því, hvernig við lifum nú á dögum, að ríkjandi lífsstíll eða lífernishættir séu miður hollir fyrir heilsuna.

Þar með er ekki sagt, að orsakasamhengið sé auðrakið. Mannleg viðbrögð hafa ævinlega getað verið dularfull og meinleg örlög, sem margan hrjá fyrr og síðar, voru sjaldan auðskýranleg.

En það er í augum uppi, að mannfélag nútímans, eins og það er í öllum nægtalöndum, er stórum margbrotnara en áður þekktist í sögunni, það býður upp á möguleika eða tækifæri, sem virðast óþrjótandi, bara ef maður kann að grípa þau og neyta þeirra. En það er aldrei vandalaust að bregðast við stórum tækifærum eða eiga um margt og mikið að velja, það hafa menn vitað frá fornu fari, eins og þjóðsögur og ævintýri og goðsagnir þjóðanna sýna með órækum hætti. Þar má finna djúpvísan skilning á því, að stóru, gullnu tækifærin eru próf, sem unnt er að standast en ekki sjálfsagt. Og þar er bent á, að þegar maðurinn hefur glæstast gengi er honum hættast við að falla – fyrir sjálfum sér.

Á ráðstefnu um fyrrnefnda skýrslu kom margt íhugunarvert fram, þar var talað af ábyrgð og þekkingu og skírskotað með sterkum rökum til þjóðarinnar og hún beðin að athuga sig, íhuga og átta sig á, hvar hún er stödd. Og áhersla var lögð á það, að eitt brýnasta verkefnið til að bæta heilsu þjóðarinnar væri að draga úr hraða og streitu.

Aðvaranir af sama tagi hafa komið fram margoft síðan og aldrei oftar né með meiri þunga en á næstliðnum vikum.

Þetta vitið þið betur en ég. Ég er hættur að horfa á veröldina öðruvísi en útundan mér – það þýðir ekki að ég gefi henni hornauga undir lokin, því síður illt auga, en hún má vera fullsátt við það, að ég afskrifi hana eins og hún mig.

En sú veröld, sem er á förum frá mér, er býsna ólík þeirri, sem tók á móti mér fyrst og ég átti við að kljást lengstum. Annars hef ég kynnst jarðneskri tilveru í mörgum myndum, en ég hef átt annan heim jafnframt, sem hefur aðeins eina mynd, albjarta. Það á ég Kristi að þakka, að ég á þann heim, veröld sem afskrifar mig ekki. Og engan mann. Og varpar sínu vonarljósi yfir þennan heim, á hverju sem gengur þar.

Um þau hamskipti heimsins, sem ég hef lifað, gæti ég spunnið langan lopa fyrir ykkur. Ég sleppi því. En það vil ég segja, að mig langar ekki í þá veröld, sem var. Það er mikill kostamunur á þjóðfélaginu nú og þá. Hvergi kveður meira að því en á sviði heilbrigðismála, þar hefur gerst eitt mesta og besta ævintýrið af mörgum, sem þjóðin hefur fengið að lifa á minni tíð.

Samt getur sett að manni efa um, að heimurinn sé núna að öllu leyti hollari manninum en hinn, sem er farinn.

En margt sameinar báða heima. Frumlægustu lífsskilyrðin eru hin sömu og lífsverðmætin einnig. Í heimi nútímans má sjá og finna mikið af því, sem á öllum tímum og við allar aðstæður er mestur auður mannlífsins, en það er góðvild, hollur vilji, heilbrigð, mennsk viðhorf og viðbrögð. Það er slæm vanheilsa að taka ekki eftir slíku og kunna ekki að meta það né þakka. Skyldi eitt af meinum samtímans vera nokkurt ónæmi á einfaldar, góðar, ómissandi staðreyndir og samfara því visst ofnæmi fyrir hinu verra? Það hef ég oft sagt, að ef skuggahliðar mannlífsins sækja á hugann, þá sé eitt besta ráðið að heimsækja sjúkrahús og hliðstæðar stofnanir og finna þá hlýju, þá þolinmæði og fórnfýsi gagnvart sjúkum og hrumum, sem þar er látin í té. Og margoft þreifar maður á þeim leyndardómi,

Höfundur er fyrrverandi biskup Íslands.

sem franska skáldið Victor Hugo benti á fyrir löngu: Augasteinarnir stækka í myrkri og finna að lokum ljós í því, eins og sálin stækkar í neyðinni og finnur að lokum Guð.

Mörg sótt, sem áður var oftast banvæn, er nú úr sögunni. En ný veiki er komin upp, asasótt, spennusýki. Og hugsýki, þunglyndi, er orðinn faraldur.

Líkamlegur þrældómur, eins og hann var, og fólk á mínum aldri kynntist af eigin raun, er nánast úr sögunni. En þá er önnur þrælkun komin upp. Hvaða harðjaxl og kúgari og arðræningi veldur honum? Líklega verður að viðurkenna, að hér sé hver sinn eiginn böðull. Og verður það með því að gerast þræll þeirra lífsháttа eða lífsstíls, sem þjóðfélagið er „haldið af", eins og komist var að orði á ráðstefnunni í fyrra.

Við höfum hvað eftir annað að undanförnu verið upplýst um óhóflega notkun geðlyfja, íslensk börn hafa Norðurlandametið í þeirri grein. „Vafasamt met", hét grein í Morgunblaðinu í síðustu viku, var eftir sálfræðing og fjallaði um þetta sorglega afrek.

Ekki bætir það úr að fullorðnir landar eru líka í fremstu röð meðal frændþjóðanna í samskonar neyslu.

Ætli við séum ekki nokkuð framarlega í hófleysi á fleiri sviðum? Ekki leikur vafi á því, að við förum stundum fram úr öðrum í hamslausum ólátum. Það blasir við á nýársnótt og er frægt orðið.

Allir vita, að mikið tilstand og tilhald og ærusta getur farið illa með einstaklinga og fjölskyldur. Á aðfangadag síðastliðinn birtist stutt viðtal við fjölskylduráðgjafa. Hann segir að óánægja, leiðindi, illindi milli hjóna og innan fjölskyldna séu áberandi fylgifiskar þeirrar spennu, sem hinn mikli fyrirgangur kringum jólin veldur, og aldrei hafi þetta verið eins áskyggilega áberandi og nú.

Áníðslan vegna gróðavona út á jólin hefst nú orðið fyrir septemberlok, stendur með öðrum orðum í þrjá mánuði með linnulausri ákefð og látum. Það hefur áhrif, gefur gróða, eins og til er ætlast, en veldur verri áhrifum og meira tjóni en nokkur ætlast til eða er fær um að meta. En þannig fer þegar fólk verður haldið.

Þau heilsufarsvandamál, sem rakin verða til ríkjandi lífsstíls, eru áberandi og mikið rædd í öllum tæknivæddum allsnægtalöndum. Það á ekki síst við um Bandaríkin, en helst er það þar, sem sá lífsstíll hefur mótast, sem hefur orðið öfundarefni og hugsjón eða hatursefni víða. Ég hef séð, að þar vestra finnst mörgum, að sjónvarpsnotkun sé meðal lífsstílsvandamála, en þar er sjónvarp opið á hverju heimili sex stundir á sólarhring til jafnaðar. Ég sleppi að minnast á efnið, sem þar er í boði og í fyrirrúmi oft. En án tillits til þess er einsætt, að það getur ekki verið gott fyrir heimilin og einkalíf



Sigurbjörn Einarsson biskup fylgist með erindaflutningi við setningu Læknadaga 2005.

að láta þetta aðvífandi og bægslamikla stórfygli undiroka sig. En þörfin fyrir afþreyingu sýnist takmarkalítil. Og fjöldi fólks þolir ekki þögn.

Það hefur vitnast, að börn og unglingar hér á landi sitja daglega rígbundin yfir myndböndum og tölvuleikjum klukkutímum saman og í skrifum um það mál koma fram áhyggjur af slíkum þrásetum, aðallega vegna afleiðinganna fyrir holdafarið, en „offita er orðin þjóðfélagslegt vandamál", segir Morgunblaðið í leiðara sínum um síðustu áramót, og hefði einhvern tíma þótt fyrirsögn að sá voði færi að steðja að Íslendingum, svo margir þeirra, sem þjáðust og dóu af ófeiti fyrr á tíð. En plágurnar ætla ekki að skilja við mannfólkið, þótt þær kunni að hafa hamskipti.

Tæknin, vitið, vísindin hafa bægt svo mörgum ytri plágum frá dyrum og blessað er það. Manneskjan ætti að finna sig óhultari, öruggari, ánægðari með kjör sín en nokkru sinni. Er hún svo ótrúlega hugvitssöm í því að búa sjálf til plágur handa sér, snúa láni upp í ólán?

Í nýlegri bók bandarískri (John Ortberg: *The Life you've always wanted*) las ég fróðlega upplýsingu. Hún er um Amish-fólkið í Pennsylvaniu. Það kom til Ameríku frá Þýskalandi og Niðurlöndum á 17. öld, er mjög trúað, kristið fólk og hefur um aldir lifað sínu lífi samkvæmt skilningi sínum á hollum, hófsömum lífsháttum og vegna þess bægt frá sér margri nýlundu. Meðal annars notar það ekki útvarp, sjónvarp né myndbönd. Og viti menn: Þetta fólk er alveg sér á báti í Bandaríkjunum, það þekkir ekki margumtöluð lífsstílsvandamál, streitu, lífsleiða, eða aðrar þær plágur og kvilla, sem kannski mætti rekja til ofmötunar og kalla ofmötunarsýki. Fólki getur orðið bumbult af fleiru en þungum mat og fengið velgju af fleiru en hnallþórutertum í tíma og ótíma, en kannski þolir sálin



Paxetin - *Paroxetin 20 mg*

Jákvæðara viðhorf

Sérlyfjatexti á bls. 79

actavis

hagur í heilsu

meira, í bili allténd, eða lætur bjóða sér meira en maginn, en því verri eru viðbrögðin, þegar henni er ofboðið. Hún kann ekki eins vel og meltingarfærin að skila af sér, upp eða niður, óþverra sem hún lætur ofan í sig. Því sálin er við sjálf, persónan, sá ég, sá þú, sem **er**, og við getum aldrei skilað af okkur né flúið frá, hvorki lifandi né dauð.

Asi og ofurkapp valda streitu. Og streita heimtar meiri hraða, meiri spennu. Hávaði og ærusta eru bæði orsök og afleiðing streitunnar. Nútíminn er hávær. Skemmtistaðir til að mynda. Gleðin þar, allir gleðivakar verða að vera hástemmdir, óðlátir, yfirspenntir. Og í ljósvakamiðlum svonefndum, sem höfða til vinsælda, þarf allt tal að vera þindarlaus óðamælgi og önnur tjáning uppskrúfuð, hamslaus.

Hávaða þolir engin skepna. Það sýnir sig þegar við hér á Íslandi sláum öll met í háværum glossagangi.

Stundum er skepnan augljóslega vitrari en maðurinn. Það vitum við, sem ólumst upp með ratvísum hestum og hundum, jafnvel sauðum, sem voru yfirnáttúrulega veðurglöggir. Og kúm, sem þótti svo gott, þegar mjaltakonan raulaði eða söng, og seinna þegar útvarpið kom til, uppgötvuðu bændur, að kýr elska göfuga, hljóðláta músík, Bach, Mozart til dæmis, en hætta að selja eða missa nytina um leið og þær heyra popp og rokk.

Það sýndi sig í þeim ósköpum, sem dundu yfir austur í Asíu á 2. í jólum, að dýrin skynja eitthvað í þögninni innra með sér, sem varar þau við yfirvofandi háska, og þau hlýða þeirri rödd. Mennirnir tóku ekki eftir hegðun dýranna, ekki nema fámennur þjóðflokkur á steinaldarstigi, sem bjargaði sér í tíma undan flóðinu, hann tók eftir. Nema hitt sé, að það frumstæða fólk eigi sjálft svo næmt skyn í þögninni innra með sér, að það finni á sér, þegar voði steðjar að. Erum við komin of langt í því að sigrast á náttúrunni?

Tæknin er komin á hátt stig, meðal annars sölutæknin. Og hún er ágeng. Frumregla hennar er að vekja ófullnægju, löngun, sem verði sterkari en hin náttúrulega tregða á að láta peninga af hendi. (Þetta las ég fyrir löngu í *Burton's Manager Guide*).

Auglýsing, sem ég rakst á, situr í mér. Þar sagði: „Sættu þig aðeins við það, sem er betra".

Þetta væri falleg brýning og góð, ef um væri að ræða lífernishugsjón, en þegar verið er að auglýsa vöru eða munað, þá er þetta vond beita. Ætli það geti ekki verið ein af orsökum hraðans, ofurkappsins, og skipbrotanna, til dæmis í hjúskaparmálum, að fólk sættir sig ekki við það, sem það hefur, alltaf á að vera betra að fá. Þetta síast inn í dulvitund. Það er einmitt meginregla sölutækninnar að hafa áhrif á dulvitund og vekja þar tilfinningu fyrir vöntun og þar með eftirspurn.

Sú innræting að sætta sig aldrei við það, sem maður hefur, heldur láta sig alltaf langa í eitthvað betra og glæsilegra, hvort sem þá er um að ræða bíl eða tölvu, hús eða skemmtiferð, ellegar jafnvel rekkjunaut, það getur ekki leitt til annars en sjúklegs missættis við lífið.

Þunglyndi barna er skelfileg staðreynd. Hvað veldur? Frumnauðsyn, lífsnauðsyn barns er að mæta blíðu, hlýrri snertingu, brosi, heyra sefandi rödd, vakna smám saman til meðvitundar um sjálft sig og sína nýju veröld þannig, að því þyki gott að vera til. Það er leyndarmál okkar allra, þegar við komum inn í þennan heim, að við treystum því, að einhver heyri grátinn okkar, bænina okkar, að einhverjum þyki vænt um okkur. Þetta grunntraust er áskapað og ef það bregst fáum við dulda áverka, sem kunna að verða illkynjuð mein síðar meir.

Veldur ríkjandi lífsstíll og lífsstefna því, að eitthvað brestur hér? Hvernig þá og af hverju? Þetta eru miklar spurningar, lífsspursmál að leita svara við þeim og taka þau til greina, ef fást.

Lífið gerir vissar frumkröfur, sem jafnframt eru frumlægar lífsgjafir, sem opna hamingjulindir, nærtækar og gjöfular. Þetta gildir um barnið. Það gerir kröfu til móður og föður og gefur ómælt á móti.

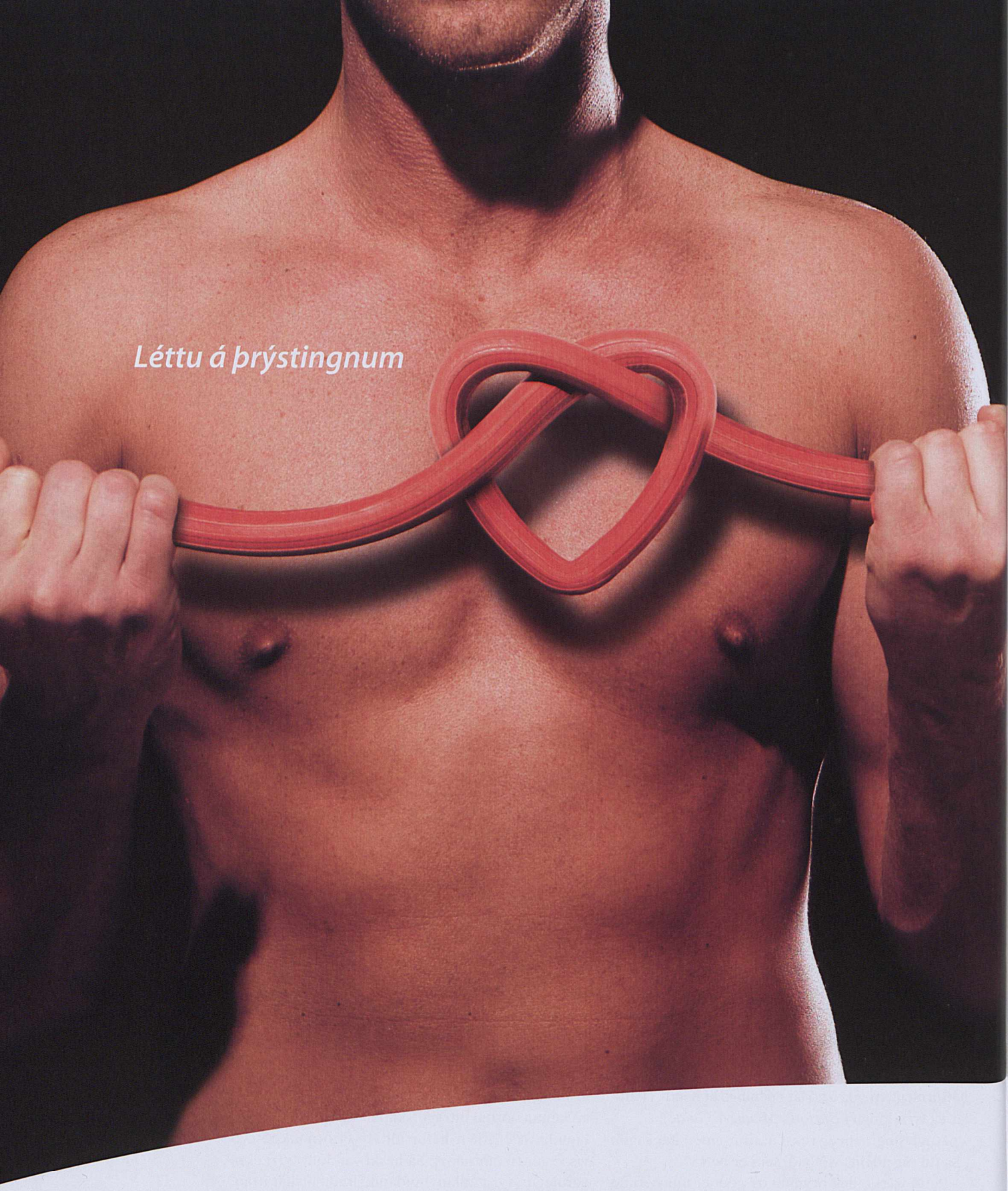
Barnið er orðið unglingur fyrr en varir. Það er ekki auðvelt að vera unglingur í heimi nútímans. Það hefur aldrei verið allskostar auðvelt. Við göngum öll á völtum fótum út í lífið og jafnvægisskynið ekki traust á unglingsárum og vaxtarverkir miklir oft. Þá skiptir heimanfylgjan miklu, bernskureynslan, já, uppeldið, svo ég leyfi mér að segja það, líklega í trássi við vindstöðuna nú um sinn.

Danskur prestur, sem ég hef kynnst nokkuð, kona, kunn fyrir árangursrík sálgæslustörf, skrifaði einu sinni: „Ég var að tala við ungan læknastúdent, sem var fallinn fyrir eiturlyfjum. Ég spurði hann, hvernig hann hefði lent á þessari háskabraut. Hann svaraði: „Af því að faðir minn sagði alltaf já. Ég dó innvortis af því að hann sagði alltaf já við öllu, sem ég tók upp á.""

Kannski eru þessi beisku orð aðeins eitt dæmi af mörgum um þá margreyndu, mannlegu hneigð að kenna öðrum um sjálfskaparvíti. En agaleysi og taumlaust eftirlæti hefur alltaf verið nokkuð svo vís vegur til ófarnaðar. Sá háski var áður fyrri ekki verulegur fyrir allan fjöldann, lífið, lífsbaráttan, setti flestum nægar skorður og vel það. Þetta er breytt og gott er það. En þá kemur enn að þessari sömu, gömlu raunspeki: Það þarf sterk bein til að þola góða daga.

Frelsið er ómetanlega gott. En misskilið og misnotað frelsi snýst upp í þrældóm af versta tagi.

Ég er hræddur um, að margar slysfarir unglinga eigi rætur sínar að rekja til þess, að tilfinninga- og hvatalíf þeirra fær svo sterk og mögnuð áreiti eftir



Ramíl
Ramipril

Ramazíð
Ramipril/hydroklortiazid

Ramipril er ACE-hemill sem ýmist er notaður einn sér eða í blöndu með hydroklortiazid til meðhöndlunar á háum blóðþrýstingi. Lyfið er einnig notað til að lækka dánartíðni og minnka líkur á alvarlegum hjarta- og æðasjúkdómum hjá sjúklingum í áhættuhópum.

actavis
hagur í heilsu

Sérlyfjatexti á bls. 80-81

ótal leiðum og áhrifin verða væntingar um auðfengna lífsnautn, um hamingju, sem sé svimandi sæla eða sæluvíma, sér í lagi á kynlífssviðinu, og þegar þessar falsvonir bregðast illa, eins og þær hljóta að gera, brestur tiltrúin til lífsins og lífsgleðin.

Við megum kannski líka hugsa út í það, að þjóðfélagsumræðan hefur um langt skeið miðað að því að vekja væntingar. Og vissulega hefur það leitt mikið gott af sér.

En væntingar geta vaxið yfir sig. Og ofvæni getur verið sjúkt. Ef það snýst upp í eða birtist í ofvöxnum kröfum á hendur öðrum, fjölskyldu eða mannfélagi, þá er það orðið illkynjað.

Nú er það bersýnilegt að kröfur vaxa sífellt, hver umbót, hver fullnægja kallar á meira eða annað betra. Og vitaskuld ber að muna, að lengi getur gott batnað og aldrei náum við því marki í góðri viðleitni, að ekki verði betur gert. Alltaf er sú hætta, að einhverjir verði útundan, kannski þeir, sem síst skyldi.

En hvað getum við gengið langt í tilætlunarsemi og velsæld? Hvað þolir náttúran? Og hvað er til ráða gegn þeim öflum í manninum sjálfum, sem augljóslega geta leikið hann afar illa, hvað sem ytri högum líður?

Ég hef tekið eftir því, að menn í grannlöndum okkar, sem hafa varið lífi sínu til að bæta kjör og koma opinberri þjónustu í betra horf, hafa stundum verið vonsviknir á efri árum, þeir þóttust reka sig á það, að kröfum varð aldrei fullnægt, óánægju með kjör og kosti linnti ekki. Til hvers hafði þá verið barist?

Sú reynsla er gömul og gild, að ekkert leikur mann verr en að hafa það meðlæti, sem maður metur ekki, kann ekki að þakka.

Það er hægðarleikur að benda á lífsfjandsamleg atriði í mannlífi nútímans. Athyglin hefur um langt skeið beinst að ytri atriðum, að líkamssjúkdómum, orsökum þeirra og ráðum til að verjast þeim og lækna þá, svo og vanköntum þjóðfélagsins og ráðum gegn þeim, að umbótum á ytri högum og aðstöðu. Þarna hefur mikið unnist.

En maðurinn á sinn innri heim, og það sker úr um allan farnað, hvernig háttar um hann. Það stoðar ekki manninn að eignast allan hinn ytri heim, ef hann týnir og fyrirgjörir sálu sinni. Þau orð Jesú verða aldrei ógilt.

Það eru komin upp aðvörunarmerki við hraðbraut nútímalífs. Þar fjölgar innri slysförum, þaðan berast neyðaróp, þar blasa við hörmulegar ófarir.

Já. En hvað svo? Hverjir heyra og sjá í raun og veru? Taka eftir aðvörunum, taka þær til greina?

Mér er minnisstætt viðtal í blaði við ungan mann, sem lenti í hörðum árekstri með bíl, sem hann stýrði, og slasaðist svo illa, að hann er alveg lamaður ævilangt frá öxlum og niður og hendurnar eru nær ónýtar. Hann átti sjálfur sök á árekstrinum, segir hann, asinn var of mikill, hraðinn, gáleysið. Hann biður fyrir þau skilaboð í lokin, að hann biðji menn að gæta betur að sér, þegar þeir eru undir stýri. En segir svo: „Þrátt fyrir þessi varnaðarorð hef ég samt í huga, að engu máli virðist skipta, hvað sagt er við fólk, það hlustar ekki fyrr en það er orðið of seint".

Þetta voru þung orð. En því miður alltof sönn. Það er lítt merkjanlegt, að hörmulegustu umferðarslys veki til meiri varkárni, slái á asann og ofsann og tillitsleysið, fólk hlustar ekki fyrr en það er orðið of seint.

Er það kannski eitt alvarlegasta lífsstílsvandamálið í svonefndu upplýsingaþjóðfélagi með öllum sínum orðaaustri og bylmingi, að athyglin verður sljó og tilfinningarnar, jafnvel samviskan? Vafalaust er þetta einn versti vandinn, sem kirkjan á við að stríða.

Nú, nú. Því meira sem við er að etja, því meiri er þörfin að láta til sín taka. Læknar vita, að það er til mikils ætlast af þeim og að þeir fá miklu áorkað. Ég samfagna íslenskri samtíð með læknana, sem hún á, og efa ekki, að þeir muni góðu heilli að sínu leyti takast á við mannlífsmein nútímans.

Hvað er hamingja?

Hamingja er engin meiri og áþreifanlegri en sú að fá að vera einhverjum til góðs.

Frelsi...



Vesicare® (solifenacin) - ný meðferð handa sjúklingum með ofvirka þvagblöðru

- Bætir öll einkenni sem koma fram hjá sjúklingum með ofvirka þvagblöðru[1]
  - Meira en 50% fækkun bráðra þvagláta eftir 12 vikna meðferð[2]
  - Meira en 50% sjúklinga með þvagleka voru lausir við þvagleka eftir 12 vikna meðferð[1]
- 89% sjúklinganna fundu ekki fyrir munnþurrki við meðferð með ráðlögðum dagskammti, 5 mg[1]

astellas

Handhafi markaðsleyfis: Yamanouchi

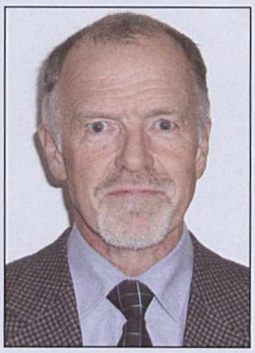
Vistor hf.
Hörgatúni 2
210 Garðabæ

Sérlyfjatexti á bls. 78

Vesicare® (solifenacin)

Bráð bót og viðvarandi árangur

Gervilíffæri og ígræði



Jóhann Heiðar Jóhannsson

johannhj@landspitali.is

Prosthesis

Frá Þýðingamiðstöð utanríkisráðuneytisins barst verkefni. Í firnalöngum evrópskum útboðslista, þar sem meðal annars var tilgreindur ýmis konar lækningabúnaður, kom á nokkrum stöðum fyrir heitið **prosthesis**. Lagt hafði verið til að þar yrði notað íslenska heitið **ígræði**. Undirritaður fékk sendan hluta listans og var beðinn um álit. Við nána skoðun kom í ljós að hugtökin **implant** og **prosthesis** voru ekki notuð og aðgreind eins og vera ætti.

Gervilíffæri

Íðorðasafn lækna notar íslenska heitið **gervilíffæri** um **prosthesis**. Upprunalega heitið er komið úr grísku, myndað úr forskeytinu **pros-**, sem merkir *nálægt, í áttina, að e-u*, og sögninni **tithenai**, sem merkir *að setja, bæta við*. Læknisfræðiorðabók Dorlands lýsir **prosthesis** þannig að um sé að ræða *tilbúinn hlut í stað líkamshluta sem vantar, svo sem handlegg, fótlegg, auga eða tönn, ýmist til að bæta starfsemi eða útlit*. Aðrar heimildir gefa einnig til kynna að **prosthesis** sé langoftast notað um heila líkamshluta eða líffæri og að engu skipti hvort hluturinn sé áfestur eða ígræddur. Dæmi um slík gervilíffæri og -líkamshluta eru, gerviauga, gervibrjóst, gervifótur, gervihjarta, gervihné, gerviliður, gerviloka og gervimjöðm.

Ígræði

Íðorðasafn lækna notar íslenska heitið **ígræði** í stað enska nafnorðsins **implant**. Það er komið úr latínu, myndað af forskeytinu **im-**, sem merkir *í, inn í*, og nafnorðinu **planta**, sem táknar *græn grein* eða *græðlingur*. Læknisfræðiorðabók Dorlands lýsir merkingunni þannig að **implant** sé *tilbúinn hlutur eða efni, sem er grætt eða sett inn í líkamann sem gervilíffæri eða gervilíkamshluti eða til meðferðar, greiningar eða rannsóknar*. Aðrar heimildir leggja ýmist áherslu á að hluturinn sé tryggilega festur og settur djúpt í líkamann eða honum varanlega komið fyrir. Nokkur tilgreind dæmi eru **breast implant** (brjóstaígræði), **cochlear implant** (kuðungsígræði), **intraocular implant** (augnígræði), **penile implant** (reðurígræði) og **testicular implant** (eistaígræði).

Aðgreining

Undirritaður lagði til að þessum hugtökum yrði haldið aðgreindum. **Ígræði** er eitthvað sem komið er fyrir í líkamanum (grætt í) og getur verið búnaður, tæki eða gervilíffæri. **Prosthesis** er hins vegar gervilíffæri eða gervilíkamshluti og getur verið áfestur eða ígræddur.

Honeycomb lung

Sigríður Ólína Haraldsdóttir, lungnalæknir, sendi tölvupóst og sagðist vera að leita að íslensku orði til að þýða enska orðið **honeycomb** í samsetningunni **honeycomb lung**. Undirritaður benti á að Íðorðasafn lækna geymdi heitið **býkúpulungu**, en að það heiti hefði sennilega ekki sömu myndrænu tilvísun fyrir Íslendinga og það enska hefði fyrir innfædda í mörgum öðrum löndum. Sigríður Ólína svaraði með því að hún hefði oft notað samlíkingu við **fiskinet** til að lýsa þessu ástandi, þar sem fiskinet væru Íslendingum líklega hugleiknari en býflugnabú.

Býkúpa

Ensk-íslensk orðabók Arnar og Örlygs birtir ágæta lýsingu á **honeycomb**: *1. vaxkaka með sexstrendum hólfum, búin til af hunangsflugum undir egg þeirra og hunang. 2. hvað eina sem líkist þessu að gerð.* Læknisfræðiorðabók Dorlands lýsir **honeycomb lung** þannig: *útlit á lungna röntgenmynd, sem einkennist af geislaglærum útvíkkunum í lungnavef, svo sem við lungnatrefjun af óþekktum uppruna; birtist einnig sem fjölmargar litlar blöðrur eða holrými*. Læknisfræðiorðabók Stedmans bætir því við að útlitslýsingin geti einnig átt við um þær breytingar sem greinast við skoðun á lungnavef með berum augum eftir skurðaðgerð eða krufningu. Ekki kemur fram að holrýmin í lungunum séu reglulega sexstrend eins og hólfin í býkúpunni, miklu fremur að þau séu óreglulega hringlótt. Því má gera ráð fyrir að líkingin við býkúpuna byggist fyrst og fremst á fjölda holrýmanna og þunnum, vel afmörkuðum veggjum þeirra.

Netlunga?

Gaman væri að geta fundið íslenskt heiti sem hefur jafn dramatíska, myndræna tilvísun og hið enska heiti, **honeycomb lung**. Lýst er eftir hugmyndum og tillögum frá þeim sem áhuga hafa. Fyrstu innlegg í þann hugmyndabanka eru (í stafrófsröð) eftirfarandi: **froðulunga, gatasigtislunga, loftbólulunga, netlunga, sápukúlulunga**.

Jóhann Heiðar er læknir á Landspítala Hringbraut.



Ekki hélt ég að mér tækist að sinna starfinu

Núna get ég það

Við geðklofa (schizophrenia) og örlyndi í tvíhverfri geðröskun (bipolar disorder)

- Öflug virkni, fyrsta val í árangurs-ríkri stjórn á einkennum
- Traust þol veldur sátt sjúklinga
- Varanlegir kostir sem hjálpa þér að ná fram því besta í sjúklingnum

FYRSTI VIÐMIÐUNAR-SKAMMTUR 600 mg á dag

AstraZeneca
annt um líf og líðan

Sérlyfjatexti á bls. 79

Seroquel
quetiapine

Leggðu þeim lið til að njóta sín

Ársþing Skurðlæknafélags Íslands og Sværfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands

verður haldið í háskólanum á Akureyri

31. mars-1. apríl 2006

Frjáls erindi frá kl. 13:15-18:00 á föstudag og á laugardag frá kl 09:00-12:00 og frá kl. 15:00-18:00.

Á þinginu verða flutt frjáls erindi og kynnt veggspjöld. Ágrip erinda skulu berast fyrir 20. janúar til Björns Gunnarssonar læknis á svæfingadeild FSA, *bjorngun@fsa.is*

Vísindanefnd áskilur sér rétt til að hafna innsendum ágripum og einnig rétt til að hafna ágripum til flutnings en samþykkja í formi veggspjalds. Höfundar geti þess hvort þeir óska eftir að flytja erindi eða sýna veggspjald. Ágrip skulu skrifuð á íslensku. Hámarkslengd ágripa er 1800 letureiningar. Nafn flytjanda skal feitletrað.
Við ritun ágripa skulu eftirtalin atriði koma fram í þeirri röð sem hér segir.

- Titill ágrips, nöfn og vinnustaður höfunda, inngangur, efniviður og aðferðir, niðurstöður og ályktanir.

Málþing á laugardagsmorgni um verki og slitgigt og forgangsröðun sjúklinga í gerviliðaaðgerðir. Á þingið koma tveir erlendir gestir:
prófessor Paul Dieppe frá Bristol í Englandi og prófessor Stefan Lohmander frá Lundi í Svíþjóð.

Hátíðarkvöldverður Skurðlæknafélags Íslands og Sværfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands verður á laugardagskvöldi á Hótel KEA og byrjar kl. 19.00. Hægt er að fá pakkaferðir með flugi, hóteli, gistingu og skíðapassa hjá Ferðaskrifstofu Akureyrar (sími 460 0600).

Nauðsynlegt að fundarmenn skrái sig sem fyrst með tölvupósti hjá Helgu K. Magnúsdóttur *helgam@fsa.is* sími 860 0568 eða Girish Hirlekar *girish@fsa.is* sími 860 0567.







Aðalfundur Sværfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands (SGLÍ)

Aðalfundur SGLÍ haldinn í háskólanum á Akureyri föstudaginn 31. mars 2006, kl. 17:45.

Dagskrá

1. Hefðbundin aðalfundarstörf.
2. Önnur mál.

Stjórnin

Aðalfundur Skurðlæknafélags Íslands

Aðalfundur haldinn í háskólanum á Akureyri föstudaginn 31. mars 2006, kl. 17:45.

Dagskrá

1. Hefðbundin aðalfundarstörf.
2. Önnur mál.

Stjórnin

Læknadagar 2006

16.-20. janúar á Hótel Nordica

Skráning á *lis.is*

Mánudagur 16. janúar

09:00-12:00 Salur A
Yfirlitserindi I – Fundarstjóri: Margrét Kristín Guðjónsdóttir
09:00-09:30 Ónæmiskerfið - alla ævi!: Ásgeir Haraldsson
09:30-10:00 Sýkingar hjá öldruðum: Már Kristjánsson
10:00-10:30 Kaffihlé
10:30-11:00 Bráðar sýkingar hjá börnum: Þórólfur Guðnason
11:00-11:30 Lost hjá börnum af völdum bráðra sýkinga: Þórður Þórkelsson
11:30-12:00 Áverkar hjá börnum: Theódór Friðriksson

12:00-13:00 Hádegishlé

13:00-16:00 Salur A
Yfirlitserindi II – Fundarstjóri: Kristján Guðmundsson
13:00-13:30 Eitranir hjá börnum: Elísabet Benedikz
13:30-14:00 Sýkingar ferðamanna: Magnús Gottfreðsson
14:00-14:15 Kaffihlé
14:15-16:00 PCI vs CABG for multivessel coronary artery disease – Fundarstjóri: Tómas Guðbjartsson
Introduction: Tómas Guðbjartsson
Pro: Professor Lars Grip, Department of Cardiology, Sahlgrenska University, Sweden
Con: Professor David P. Taggart, Department of Cardiothoracic Surgery, University of Oxford
Panel discussion
Fundurinn er styrktur af Medtronic & Vistor

Hádegisverðarfundir – **sérskráning**
Úr sögu læknisfræðinnar. Baðmenning og baðlækningar til forna: Jón Þorsteinsson
Umsjón: Félag áhugamanna um sögu læknisfræðinnar
Hámarksfjöldi 50 – Salur I

Þróunarhjálp: Lovísa Leifsdóttir
Hámarksfjöldi 20 – Salur E
Fundirnir eru styrktir af GlaxoSmithKline

16:30 Salur A
Lækningar og listir – Setningardagskrá Læknadaga
Setning: Arna Guðmundsdóttir
Ávarp: Sigurbjörn Sveinsson
Ræða: Davíð Oddsson Seðlabankastjóri
Strengjakvartett skipaður læknanemum flytur tónlist – Léttar veitingar í boði Læknafélags Íslands

Þriðjudagur 17. janúar

09:00-12:00 Salur A
Samband hugar og hjarta – Fundarstjóri: Vilmundur Guðnason
09:00-09:10 Rannsóknir Hjartaverndar á öldrun: Vilmundur Guðnason
09:10-09:35 Hjartarannsóknir í öldruðum: Guðmundur Þorgeirsson
09:35-09:55 Myndgreiningarrannsóknir á heila í Öldrunarrannsókn Hjartaverndar: Ólafur Kjartansson
09:55-10:25 Kaffihlé
10:25-10:50 Rannsóknir á heilastarfsemi í Öldrunarrannsókn Hjartaverndar: Pálmi V. Jónsson
10:50-11:15 Örblæðingar í heila aldraðra á Íslandi: Sigurlaug Sveinbjörnsdóttir
11:15-11:35 Samband æðakölkunar, heilaskemmda og heilastarfsemi: Vilmundur Guðnason
11:35-12:00 Samantekt og pallborðsumræður: Vilmundur Guðnason

09:00-12:00 Salur B
Slitgigt – Fundarstjóri: Grétar Ottó Róbertsson
09:00-09:30 Handarslitgigt – orsakir – faraldsfræði – erfðir – ný meðferðarform?: Helgi Jónsson
09:30-10:00 Slitgigt í mjöðmum og hnjám – árangur af aðgerðum – hverjir eiga að fá aðgerð?: Þorvaldur Ingvarsson
10:00-10:30 Kaffihlé
10:30-11:00 Breyttar eða nýjar gerviliðaaðgerðir – nýtt vín á gömlum belgjum?: Guðni Arinbjarnar
11:00-11:30 Hverjir hafa mest gagn af endurhæfingu eftir aðgerðir við slitgigt?: Ingvar Þóroddsson
11:30-12:00 Umræður

09:00-12:00 **„Sárar" vinnubúðir – Grundvallaratriði í sárameðferð** – Umsjón: Baldur Tumi Baldursson
Salur G Hámarksfjöldi þátttakenda er 20, skráning er nauðsynleg

12:00-13:00 Hádegishlé

Hádegisverðarfundir – **sérskráning**
Meðferð geðhvarfa: Engilbert Sigurðsson
Hámarksfjöldi 50 – Salur I
Fundurinn er styrktur af Lilly

Berklar: Magnús Gottfreðsson
Hámarksfjöldi 20 – Salur E

Beinþynning: Björn Guðbjörnsson
Hámarksfjöldi 20 – Salur F
Fundirnir eru styrktir af GlaxoSmithKline

13:00-16:00 **Fíknsjúkdómar** – Fundarstjóri: NN
Salur A
13:00-13:35 Fíknsjúkdómur yfirlitserindi – einkenni, orsakir, greining og meðferð á áfengissýki: Valgerður Rúnarsdóttir
13:35-13:50 Umræður, fyrirspurnir
13:50-14:25 Lögleg vímuefni, lyf – einkenni og meðferð: Sverrir Jónsson
14:25-14:40 Umræður, fyrirspurnir
14:40-15:10 Kaffihlé
15:10-15:45 Ólögleg vímuefni – einkenni og meðferð: Þórarinn Tyrfingsson
15:45-16:00 Umræður, fyrirspurnir

13:00-16:00 **Ristilkrabbamein –** Fundarstjóri: Sunna Guðlaugsdóttir
Salur B
13:00-13:05 Inngangsorð: Sigurður Guðmundsson
13:05-13:15 Faraldsfræði og nýgengisspá fyrir Norðurlöndin til 2020: Jón Gunnlaugur Jónasson
13:15-13:25 Krabbamein í ristli: „Hinn þögli morðingi": Tryggvi Stefánsson
13:25-13:40 Klínískar leiðbeiningar: Meðal og mikil áhætta: Nick Cariglia
13:40-13:50 Síðgreining: Hvað er vandamálið?: Óskar Reykdalsson
13:50-14:05 Fræðsla um ristilkrabbamein: Kemur hún að gagni?: Jón Þorvaldsson
14:05-14:35 Kaffihlé
14:35-16:00 **Skimun eftir ristilkrabbameini**
Fundarstjóri: Sigurjón Vilbergsson
14:35-14:50 Skimun á Íslandi. Hvers vegna?: Sigurður Guðmundsson
14:50-15:05 Leit að ristilkrabbameini: Kostnaðarvirknigreining: Axel Hall
15:05-15:30 Hverjir skima í Evrópu, hvers vegna og hvernig?: Meinhard Classen
15:30-16:00 Pallborðsumræður – Umræðustjórar: Ásgeir Theodórs/Friðbjörn Sigurðsson

13:00-15:00 **Hagnýtt um nýrnabilun** – Fundarstjóri: Hrefna Guðmundsdóttir
Salur H
13:00-13:40 Skert nýrnastarfsemi – frumgreining og mat í heilsugæslu: Ólafur Skúli Indriðason
13:40-14:20 Langvinn nýrnabilun – það sem allir þurfa að vita: Margrét Birna Andrésdóttir
14:20-15:00 Bráð nýrnabilun – möguleikar hátæknisjúkrahússins: Runólfur Pálsson

20:00-22:00 **Sérfræðingar framtíðarinnar**
Þróun starfsferils (career management), framhaldsmenntun á Íslandi og framtíð íslensks heilbrigðiskerfis
Nánar auglýst síðar

Miðvikudagur 18. janúar

09:00-12:00 **Klínískar rannsóknir á Íslandi: Vísindi eða markaðssetning?**
Salur A
Fundarstjórar: Haraldur Briem og Atli Árnason
09:00-09:30 Eru klínískar rannsóknir vísindi eða markaðssetning?: Guðmundur Þorgeirsson
09:30-09:50 Þekking eða peningar – Hvers vegna eiga íslenskir læknar að taka þátt í klínískum rannsóknum?: Karl Andersen
09:50-10:10 Niðurstöður lyfjarannsókna og gagnreynd læknisfræði: Ari Jóhannesson
10:10-10:40 Kaffihlé
10:40-11:10 Ísland/Evrópa/Umheimurinn – stöndum við öðrum þjóðum framar?: N.N.
11:10-11:30 Hver eru bein og óbein áhrif rannsókna á íslenskt vísindasamfélag?: Ingileif Jónsdóttir
11:30-12:00 Siðferðileg álitamál við lyfjarannsóknir: Björn Guðbjörnsson
Málþingið er styrkt af MSD

09:00-12:00 **Blóðflögumótefni á meðgöngu** – Fundarstjóri: Atli Dagbjartsson
Salur H
09:00-09:10 Inngangur: Hulda Hjartardóttir

09:10-10:10 Thrombocyte antigens and alloimmunization: genetics, phenotype and pathogenesis of neonatal alloimmune thrombocytopenia: Ann Husebekk
10:10-10:40 Kaffihlé
10:40-11:40 Clinical management of Fetal and Neonatal Alloimmune Thrombocytopenia: Prof dr Humphrey Kanhai, Chairman dept. of Obstetrics, Leiden University Medical Center
11:40-12:00 Pallborðsumræður

09:00-12:00 Salur B
Yfirlitserindi III – Fundarstjóri: Arna Guðmundsdóttir, Bjarni Þjóðleifsson
09:00-09:30 Legslímuflakk: Auður Smith
09:30-10:30 Fylgikvillar skorpulifrar. Ný þekking og bætt meðferðarúrræði: Sigurður Ólafsson
10:30-11:00 Kaffihlé
11:00-12:00 Ellihrörnun í augnbotnum, nýjungar í eftirliti, greiningu og meðferð: Ólafur Már Björnsson

09:00-12:00 Salur G
Kirurgia minor – vinnubúðir – Umsjón: Guðjón Birgisson
Hámarksfjöldi 16, skráning nauðsynleg
Vinnubúðirnar eru styrktar af A. Karlssyni

12:00-13:00 Hádegishlé

Hádegisverðarfundir – **sérskráning**
Ófrjósemi: Guðmundur Arason
Hámarksfjöldi 50 – Salur I

Bruni: Jens Kjartansson
Hámarksfjöldi 20 – Salur E

Samskipti við túlkaða læknisþjónustu, viðmið og væntingar: Gauti Kristmannsson
Hámarksfjöldi 20 – Salur F
Fundirnir eru styrktir af GlaxoSmithKline

13:00-16:00 Salur A
Eftirlit og meðferð sjúklinga með langvinna sjúkdóma – hvar og hvernig?
– Fundarstjóri: Sigurður Ólafsson
13:00-13:10 Setning og inngangur: Sigurður Ólafsson
13:15-13:45 Hlutverk almennra lyflækninga: Ófeigur T. Þorgeirsson
13:45-14:05 Frumþjónusta í höndum sérhæfðra lyflækna?: Runólfur Pálsson
14:05-14:35 Kaffihlé
14:35-14:55 Hlutverk heimilslækna: Elínborg Bárðardóttir
14:55-15:15 Framtíðarsýn: Sigurður Guðmundsson landlæknir
15:15-16:00 Pallborðsumræður
Málþing á vegum Félags íslenskra lyflækna

13:00-16:00 Salur B
Íþróttaáverkar – Fundarstjóri: Sveinbjörn Brandsson
13:00-13:15 Almennt um íþróttaáverka: Sveinbjörn Brandsson
13:15-13:30 Hnéáverkar (með áherslu á krossbandsáverka): Sveinbjörn Brandsson
13:30-13:45 Ökklaáverkar við greiningu og meðferð: Jón Karlsson
13:45-14:00 Hásinaáverkar/hásinasjúkdómar: Jón Karlsson
14:00-14:15 Hlutverk liðslæknis við greiningu og meðferð áverka: Gauti Laxdal
14:15-14:30 Þreytubrot í neðri útlimum: Stefán Carlsson
14:30-15:00 Kaffihlé
15:00-15:15 Axlaráverkar hjá íþróttamönnum: Ágúst Kárason
15:15-15:30 Handaráverkar hjá íþróttamönnum: Magnús Páll Albertsson
15:30-15:45 Þáttur sjúkraþjálfa í íþróttaendurhæfingu: Stefán Stefánsson sjúkraþjálfari
15:45-16:00 Lífeðlisfræðilegar rannsóknir á íþróttamönnum: Stefán B. Sigurðsson deildarforseti læknadeildar

13:00-16:00 Salur H
Fósturlát frá ýmsum hliðum – Fundarstjóri: Ragnheiður I. Bjarnadóttir
13.00-13.20 Inngangur. Fósturlát á fyrsta þriðjungi meðgöngu og nýjungar í meðferð við tæmingu legs: Jens A. Guðmundsson
13.20-14.20 Recurrent miscarriages: Dr Raj Rai BSc MD MRCOG, Senior Lecturer / Consultant Gynaecologist, Sub specialist in Reproductive Medicine
14.20-14.50 Kaffihlé
14.50-15.30 Fósturlát á öðrum þriðjungi meðgöngu: Þóra Steingrímsdóttir
15.30-16.00 Áhrif fósturláts á sálræna líðan: Líðan eftir fósturlát. Gagnlegur stuðningur, greining og eftirfylgni: Margrét Gunnarsdóttir BSc, PG Dip Integrative Psychotherapy

13:00-16:00 Salur G
Fyrsta hjálp við þjóðveginn – vinnubúðir – Umsjón: Hjalti Már Björnsson
Kennt verður hvernig læknir getur best brugðist við sé hann fyrir tilviljun staddur á slysstað, hvernig hann getur bjargað sér án þess að nota sérhæfðan búnað, um öryggi á slysstað, stjórnun og samvinnu björgunar-

aðila, áverkaskoðun og fyrsta mat slasaðra, aðhlynningu og forgangsröðun sjúklinga til flutnings, upplýsingamiðlun til sjúkrahúss og stuðning við aðstandendur. Eftir fyrirlesturinn verður farið í verklegar tilfellaæfingar.
Kennarar: Hjalti Már Björnsson, Jón Baldursson, Gísli E. Haraldsson og Kristín Sigurðardóttir
Hámarksfjöldi 24, sérskráning nauðsynleg

16:20-18:00 **Beinþynning – nýir meðferðarmöguleikar**
Salur A
Fundarstjóri: Björn Guðbjörnsson
16:20-16:25 Inngangur og fundargestir boðnir velkomnir: Björn Guðbjörnsson
16:25-16:45 Faraldsfræði og meingerð beinþynningar á Íslandi: Gunnar Sigurðsson
16:45-17:05 Meðferð á beinþynningu: Hildur Thors
17:05-17:50 A novel dosing schedule for the management of osteoporosis: ibandronate once-monthly: Dr. Socrates Papapoulos, Professor of Medicine, Consultant Physician and Director of Bone and Mineral Research at the Department of Endocrinology and Metabolic Diseases of the University of Leiden Medical Center.
17:50-18:20 Pallborðsumræður
Boðið upp á léttar veitingar áður en fundur hefst
Málþingið er haldið af Roche og GlaxoSmithKline

Fimmtudagur 19. janúar

09:00-12:00 **Sig á grindarbotnslíffærum** – Fundarstjóri: Jón Ívar Einarsson
Salur B
09:00-09:05 Inngangur og gestir boðnir velkomnir
09:05-09:25 Líffærafræði grindarbotnsins
09:25-09:45 Blöðrusig
09:45-10:05 Sig á leggangatoppi og legi
10:05-10:35 Kaffihlé
10:35-10:55 Sig á aftara segmenti
10:55-11:15 Notkun viðbótarefna
11:15-11:35 Aðgerðir við þvagleka
11:35-11:55 Teymisvinna
11:55-12:00 Lokaorð og umræða

09:00-12:00 **Næturvæta (enuresis nocturna)** – Fundarstjóri: Sigurveig Þ. Sigurðardóttir
Salur H
09:00-09:05 Introduction and welcome: Sigurveig Þ. Sigurðardóttir
09:05-09:45 Nocturnal enuresis: clinical features in the Icelandic population: Viðar Örn Eðvarðsson
09:50-10:30 Nocturnal enuresis: genetic aspects: Kristleifur Kristjánsson
10:30-11:00 Coffee
11:00-11:50 Pathophysiology of nocturnal enuresis: implications for therapy: Sören Rittig, MD, Consultant, Pediatric Nephrology Department of Pediatrics, Skejby University Hospital, Aarhus, Denmark

09:00-12:00 **Snemmgreining á Alzheimerssjúkdómi** – Fundarstjóri: Jón Snædal
Salur A
09:00-09:30 Er snemmgreining Alzheimerssjúkdóms æskileg? Hvaða aðferðir koma til greina?: Jón Snædal
09:30-10:00 Væg vitræn skerðing, forstig Alzheimerssjúkdóms? Skilmerki og greining: María K. Jónsdóttir Dr. Ph., klínískur dósent
10:00-10:30 Kaffihlé
10:30-11:15 The use of EEG in the diagnosis of Alzheimer's Disease: Ingmar Rosén Dr. Med., Neurophysiologiska Kliniken, háskólasjúkrahúsinu í Lundi
11:15-12:00 Notkun heilalínurits við greiningu á Alzheimerssjúkdómi, notkun lyfja og úrvinnslutækni: Kristinn Johnsen Dr.Ph., Mentis Cura

09:00-12:00 **Skoðun gigtsjúklinga – vinnubúðir** – Umsjón: Björn Guðbjörnsson
Salur G
Hámarksfjöldi þátttakenda er 18, sérskráning nauðsynleg

Kl. 12:00-13:00 Hádegishlé

Kl. 13:00-16:00 **Einhverfa og skyldar raskanir** – Fundarstjóri: Ýr Sigurðardóttir
Salur A
13:00-13:40: Autism spectrum disorders – an overview: Dr. Pauline A. Filipek, Associate Professor í barnalækningum og taugasjúkdómum við University of California Medical Center, Irvine, Kaliforníu

13:40-14:00 Autism spectrum disorders in Iceland? Early detection and diagnosis: Stefán J. Hreiðarsson
14:00-14:20 Autism spectrum disorders in Iceland – changes in Epidemiology: Evald Sæmundsen sálfræðingur
14:20-14:50 Kaffihlé
14:50-15:25 The Biology of Autism – current knowledge and reasearch issues: Dr. Pauline A. Filipek
15:25-16:00 Is autism a treatable disorder?: Dr. Pauline A. Filipek

Hádegisverðarfundir – sérskráning
Streita: Ólafur Þór Ævarsson
Hámarksfjöldi 50 – Salur I
Fundurinn er styrktur af Lilly

Astmatískur bronkítis: Michael Clausen
Hámarksfjöldi 20 – Salur E

Fjarlækningar, aðgengi að sérfræðiþjónustu innan heilbrigðiskerfis:
Margrét Valdimarsdóttir og Rúnar Reynisson
Hámarksfjöldi 20 – Salur F
Fundirnir eru styrktir af GlaxoSmithKline

13:00-16:00 Salur B

Umgjörð og heilsa í starfi lækna – HOUPE læknarannsóknin – Fundarstjóri: Matthías Halldórsson

13:00-13:15 Umgjörð og heilsa í starfi lækna – framkvæmd og staða læknarannsóknarinnar: Lilja Sigrún Jónsdóttir
13:15-14:00 The medical profession in transition: from black box to full transparency: Olaf Gjerløw Aasland MD, MHA prófessor við Institute of Health Management and Health Economics við Oslóarháskóla og forstjóri rannsóknastofnunar norsku læknasamtakanna
14:00-14:30 Umræður
14:30-15:00 Kaffihlé
15:00-15:10 Heilsa og lífsstíll íslenskra lækna: Árdís Björk Ármannsdóttir læknanemi
15:10-15:20 Vinnuumhverfi lækna, munur á HOUPE læknarannsókninni og fyrri rannsókn Vinnueftirlitsins og læknaráðs Landspítala: Kristinn Tómasson
15:20-15:30 „Hvernig líður lækninum mínum?" Möguleikar og hindranir læknastéttarinnar frá sjónarhóli okkar hinna: Þorgerður Einarsdóttir félagsfræðingur við Rannsóknastofu í kvenna- og kynjafræði við Háskóla Íslands
15:30-16:00 Pallborðsumræður

13:00-16:00 Salur H

Verkjasmiðjan – Fundarstjóri: Valgerður Sigurðardóttir

Verkjasmiðjan tekur mið af þverfaglegri nálgun í verkjameðferð. Út frá nokkrum sjúkratilfellum verður rætt um grunnatriði í verkjameðferð með stuttum fyrirlestrum og umræðum. Fjallað verður um væntanlegar klínískar leiðbeiningar um meðferð krabbameinsverkja, skilgreiningar og mat á verkjum, verkjakvarða, verkun og aukaverkanir ópíóíða, hlutverk stoðverkjalyfja í verkjameðferð og meðferð langvinnra verkja annarra en krabbameinsverkja með ópíóíðum.
Fyrirlesarar: Anna Gyða Gunnlaugsdóttir hjúkrunarfræðingur, Bjarni Valtýsson, Guðmundur Björnsson, Hlynur Níels Grímsson, Þórunn K. Guðmundsdóttir klínískur lyfjafræðingur og Valgerður Sigurðardóttir
14:30-15:00 Kaffihlé

16:20-18:00 Salur H

Lækningahúmor – er hann til gagns eða aðeins til gamans?
Stein Tyrdal dr. med., forseti Nordisk Selskap for Medisinsk Humor (NSMH)
Fundurinn er styrktur af GlaxoSmithKline

Föstudagur 20. janúar

09:00-12:00 Salur A

Langvinnur hósti frá sjónarhornum ýmissa sérgreina
Fundarstjórar: Árni Sch Thorsteinsson, Gunnar Guðmundsson
09:00-09:45 Chronic cough: overview: Dr Surinder Birring MD, Consultant Respiratory Physician, Glenfield Hospital, University Hospitals of Leicester NHS Trust, UK
09:45-10:15 Hósti og vélindabakflæði: Sigurbjörn Birgisson
10:15-10:45 Kaffihlé
10:45-11:10 Hósti og efri öndunarfæri: Hannes Petersen
11:10-11:35 Hósti og neðri öndunarfæri: Gunnar Guðmundsson
11:35-12:00 Hóstagreining: Jón Steinar Jónsson
Málþingið er styrkt af GlaxoSmithKline

09:00-12:00 Salur H

Antidepressants use in children and adolescents – current controversies and guidelines
Fundarstjóri: Sigurður Guðmundsson, landlæknir
09:00-09:20 Introduction and epidemiological data in Iceland: Bertrand Lauth

09:20-10:40 Antidepressant and suicidality in children and adolescents: David Shaffer, F.R.C.P. (Lond), F.R.C.psych (Lond), Philips Professor of Psychiatry and Pediatrics, Department of Child Psychiatry, Columbia University and New York State Psychiatric Institute
10:40-11:10 Coffee break
11:10-11:30 Antidepressant and suicidality: experience in adult psychiatry: Sigurður Páll Pálsson
11:30-12:00 Panel: treatment of pediatric depresssive disorders and practical guidelines

09:00-12:00 Salur B
Hálshnykkir – Fundarstjóri: Ragnar Jónsson
09:00-09:05 Kynning
09:05-09:35 „Whiplash Associated Disorders, etiology and the Psycho-social model“: Gordon Waddell prófessor
09:35-09:45 Umræða – spurningar
09:45–09:55 Faraldsfræði hálshnykksáverka í Reykjavík, 1974-2004: Brynjólfur Mogensen, Ragnar Jónsson
09:55-10:05 Íslensk rannsókn á hálshnykksáverkum í Reykjavík: Torfi Magnússon, Ragnar Jónsson
10:05-10:20 Andleg og geðræn einkenni eftir hálshnykksáverka: Kristinn Tómasson
10:20-10:35 Meðferð vegna hálshnykks á Íslandi – ný nálgun: Magnús Ólason
10:35-10:45 Hvað þarf að koma fram í læknisvottorðum vegna hálshnykksáverka?: Guðmundur Björnsson
10:45-10:50 Umræða – spurningar
10:50-11:20 Kaffihlé
11:20-11:30 Eru skurðaðgerðir vegna hálshnykksáverka gagnslausar?: Björn Zoëga
11:30-11:40 Hvað kosta hálshnykksáverkar þjóðfélagið?: Sigurður Thorlacius
11:40-12:00 Umræða – spurningar

09:00-12:00 Salur G
Liðástungur – vinnubúðir – Umsjón: Árni Jón Geirsson, Jón Atli Árnason, Arnór Víkingsson
Farið verður yfir ábendingar og tækni við liðástungur.
Hámarksfjöldi 12. **Sérskráning**

12:00-13:00 Hádegishlé

Hádegisverðarfundir – **sérskráning**
Hamfaralækningar: Már Kristjánsson
Hámarksfjöldi 50 – Salur I

Sjúklingar nútímans: Stefán Þórarinsson
Hámarksfjöldi 20 – Salur E

Má bjóða þér kaffi? – holl efni eða eitur:
Magnús Jóhannsson
Hámarksfjöldi 20 – Salur F
Fundirnir eru styrktir af GlaxoSmithKline

13:00-16:00 Salur A
Geðlækningar og almennar lækningar
– Fundarstjóri: Þórður Sigmundsson
13:00-13:50 Psychiatric treatment in later life: Focus on the elderly: Dr. Jeanne Jackson-Siegal M.D., Yale University School of Medicine
13:50-14:10 Sjálfsvígsáhættumat í almennum lækningum: Sigurður Páll Pálsson
14:10-14:30 Líkamleg einkenni eða geðræn?: Sigurður Örn Hektorsson
14:30-15:00 Kaffihlé
15:00-16:00 „Vandrötuð leið sjúklinga með algengar geðraskanir?“ Frá heilsugæslunni til bráðamóttöku og göngudeildar geðdeildar og heim aftur.
Framsöguerindi: Katrín Fjeldsted, Halldóra Ólafsdóttir, Jón Baldursson
Pallborðsumræður

13:00-16:00 Salur B
Langvinn veikindi áhættubarna – Fundarstjóri: Atli Dagbjartsson
13:00-13:05 Kynning
13:05-14:25 Litlir fyrirburar – langvinn veikindi
a. Longterm health problems of ELBW children – the UK study: Neil Marlow, barnalæknir frá Nottingham
b. Long Term Health Problems of Icelandic ELBW children: Ingibjörg Georgsdóttir o.fl.
c. Follow-up Clinic for ELBW Children – an Introduction of a New Service: Katrín Davíðsdóttir
14:25-14:55 Kaffihlé
14:55-16:00 Langvinn veikindi áhættubarna
a. Flogaveik börn: Pétur Lúðvígsson
b. Höfuðáverkar barna: Ólafur Thorarensen
c. Langvinnir erfiðleikar ættleiddra barna: Dagbjörg Sigurðardóttir barnageðlæknir og samstarfsaðilar BUGL
d. Eftirlit og stuðningur heilsugæslunnar við langveik skólabörn: Ragnheiður Elídóttir

13:00-16:00 **The Perspective of Cure and Palliation in Oncology and Palliative Medicine**
Salur H
Fundarstjóri: Valgerður Sigurðardóttir, Friðbjörn Sigurðsson
13:00-13:05 Introduction: Valgerður Sigurðardóttir
13:05-13.45 Cancer therapy of today and tomorrow: Helgi Sigurðsson
13:45-14:30 Palliative Medicine of today and tomorrow: Charles von Gunten MD, PhD
14.30-15:00 Kaffihlé
15:00-16:00 Panel discussion on cure and palliation, and recommendations on treatment at end-of-life: Helgi Sigurðsson, Charles von Gunten, Friðbjörn Sigurðsson and Valgerður Sigurðardóttir

13:00-16:00 **Tobacco Dependence: Keys to Successful Assessment and Management**
Salur G
Fundarstjóri: Sigríður Ólína Haraldsdóttir
13:00-13:15 Introduction: Pétur Heimisson chairman of Tóbaksvarnarráð:
How are we doing on nicotine dependence treatment in Iceland?
Seminar: Terry Rustin MD Associate Professor, University of Texas Health Science Center
13:15-14:30 Part I: Tobacco dependence is an addiction
Part II: Assessing the patient
14:30-15:00 Coffee
15:00-16:00 Part III: Medication management
Part IV: Office counseling strategies
Málþingið er á vegum Félags lækna gegn tóbaki

16:00-17:00 **Lokadagskrá Læknadaga**
Salur A
Spekingar glíma
Blásið verður til gargandi glímu.
Glímustjórar: Kjartan Örvar, Arnór Víkingsson og Ásmundur Jónasson

17:00 **Kokdillir** í boði GlaxoSmithKline

Í undirbúningsnefnd eru:
Anna Guðmundsdóttir
Arna Guðmundsdóttir
Guðjón Birgisson
Gunnþórunn Sigurðardóttir
Jón Steinar Jónsson
Margrét Aðalsteinsdóttir
Ólafur Baldursson

gsk GlaxoSmithKline

Aðalstyrktaraðili Læknadaga 2006

Árshátíð LR

LR 1909

á Broadway
laugardaginn 21. janúar

Hefurðu farið á netið í dag?
leaknabladid.is



Það skiptir máli að stjórna eigin þvaglátum

Ofvirk blaðra er króníska vandamál sem þarfnast langvarandi meðhöndlunar[1]

Pfizer

Vistor hf., Hörgatún 2, 210 Garðabæ
Sími: 535 7000, fax: 565 9292, www.pfizer.is

Sérlyfjatexti á bls. 76

Detrusitol® Retard
tolterodin

Geðlæknafélag Íslands

Málþing um geðheilbrigðismál

Laugardaginn 18. febrúar 2006 í sal Læknafélags Íslands í Hlíðarsmára

Samfélagsgeðlækningar og geðheilbrigðisþjónusta á landsbyggðinni

Framsögumenn

13.00-13.20	Prófessor Hannes Pétursson sviðsstjóri geðsviðs Landspítala
13.20-13.40	Sigurður Guðmundsson landlæknir
13.40-14.00	Óskar S. Reykdalsson lækningaforstjóri Heilbrigðisstofnun Suðurlands
14.00-14.20	Sigmundur Sigfússon forstöðulæknir geðdeildar Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri
14.20-14.40	Kaffi
14.40-15.00	Magnús Haraldsson geðlæknir á Landspítala
15.00-15.15	Auður Axelsdóttir verkefnisstjóri hjá Hugarafli, heilsugæslu Reykjavíkur
15.15-15.30	Auður Styrkársdóttir/Erna Indriðadóttir frá aðstandendasamtökum geðsjúkra
15.30-15.45	Sigríður Bjarnadóttir verkefnastjóri geðteymis heimahjúkrunar
15.45-16.30	Pallborðsumræður

Málþingið er opið öllum

Stjórn Geðlæknafélags Íslands

Til sölu

glæsilegt 165 m² einbýlishús í Malmö í Svíþjóð. Vandfundin eign sem er einstaklega vel staðsett. Áhugasömum er bent á heimasíðuna:
http://home.rixtele.com/~olab

Sérfræðingur og deildarlæknir

Staða sérfræðings við sjúkrahúsið Vog er laus til umsóknar nú þegar.

Sérmenntun í geðlækningum, lyflækningum eða heimilislækningum æskileg.
Einnig er laus staða deildarlæknis.

Nánari upplýsingar veitir Þórarinn Tyrfingsson forstöðulæknir í síma 824 7600.

Umsóknir sendist SÁÁ Stórhöfða 45, 110 Reykjavík merktar „læknir".

Fræðsludagur heimilislækna

4. mars 2006

Hinn árlegi fræðslu- og fagnaðardagur heimilislækna verður haldinn á Nordica Hótel fyrsta laugardag í mars. Öldrunarlæknar eru sem fyrr hjartanlega velkomnir.

Fræðsludagurinn er sem áður skipulagður af FÍH og styrktur af AstraZeneca.

Dagskráin hefst kl. 9:00.

Nánari dagskrá verður send læknum sérstaklega.

Fræðslunefnd FÍH
AstraZeneca

Heimasíður og netföng

Læknafélag Íslands: **www.lis.is**
Formaður LÍ: **sigurbjorn.sveinsson@mjodd.hr.is; form@lis.is**
Framkvæmdastjóri LÍ: **gunnar@lis.is**
Formaður LR: **oskare@mac.com**
Formaður FÍH: **elinborgb@simnet.is**
Félag ungra lækna: **unglaeknar.is**
Félag íslenskra barnalækna: **www.barnalaeknar.is**
Íslenska bæklunarlæknafélagið: **www.iceort.org**
Félag kvenna í læknastétt á Íslandi: **www.fkli.is**
FÍLÍN: **www.vefur.is/filin**
Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið: **www.stjr.is/htr**
Landlæknisembættið: **www.landlaeknir.is**
Tryggingastofnun Íslands: **www.tr.is**
Lyfjastofnun: **www.lyfjastofnun.is**
Nordiska hälsovårdshögskolan: **www.nhv.se**
Krabbameinsfélag Íslands: **www.krabb.is**
Landspítali: **www.landspitali.is**
Ráðstefnur á netinu: **www.docguide.com**
Golfklúbbur lækna: **www.come.to/doctorgolf**
Medscape-vefrit um læknisfræði: **www.medscape.com**
Norska læknafélagið: **www.legeforeningen.no**
Danska læknablaðið: **www.ugeskriftet.dk**
Norska læknablaðið: **www.tidsskriftet.no**
Sænska læknablaðið: **www.lakartidningen.se**
Norræna kóðunarmiðstöðin: **www.nordclass.uu.se**
World Organization of Family Doctors:
www.GlobalFamilyDoctor.com

Aðsetursskipti innanlands

Áskrifendur Læknablaðsins eru vinsamlega beðnir að tilkynna breytt heimilisföng til blaðsins, sími 564 4104 eða *brynja@lis.is*

Flutningur til útlanda

Áskrift að Læknablaðinu sem fólgin er í félagsgjöldum LÍ fellur niður þegar læknar flytja til útlanda. Áskrifendur sem vilja halda blaðinu eru beðnir að tilkynna það í síma 564 4104 eða *brynja@lis.is* Ársáskriftargjald erlendis er 6000 kr.

Einingaverð og fleira

Heilsugæslueining	**frá 1. janúar 2006**	98,36
Eining fyrir sjálfstætt starfandi heimilislækna	**frá 1. janúar 2006**	72,80
Sérfræðieining fyrir klíníska greinar sem sömdu 2004	**frá 1. janúar 2006**	220

Heimilislæknasamningur

A liður 1	frá 1. janúar 2006	277.293
A liður 2	frá 1. janúar 2006	242.496
B liður	frá 1. janúar 2006	445.734
D liður 1-6	frá 1. janúar 2006	285
D liður 7-8	frá 1. janúar 2006	570

Skólaskoðun í framhaldsskólum
Miðað við fyrri forsendur 222

Kílómetragjald frá 1. október 2005
Almennt gjald 62,00
Sérstakt gjald (utan malbiks + 15%) 71,00

Dagpeningar frá 1. október 2005
Innanlands

Gisting og fæði í einn sólarhring	14.300
Gisting í eina nótt	8.300
Fæði í heilan dag, minnst 10 klst.	6.000
Fæði í hálfan dag, minnst 6 klst.	3.000

Dagpeningar frá 1. júní 2005

	Gisting	SDR Annað	Alls
Almennir dagpeningar:			
London, New York, Washington DC og Tókíó	145	110	255
Annars staðar	110	100	210
Dagpeningar vegna þjálfunar, náms eða eftirlitsstarfa:			
London, New York, Washington DC og Tókíó	93	70	163
Annars staðar	70	64	134

Umsóknarfrestur vegna páskaúthlutunar orlofshúsa og erlendra orlofskosta rennur út

13. janúar

og vegna sumarúthlutunar orlofshúsa

17. febrúar

Detrusitol® Retard (tolterodin) RE

Hvert hylki inniheldur: Tolterodintartrat 2 mg og 4 mg, samsvarandi tolterodini 1,37 mg eða 2,74 mg. Litarefni í 1,4 mg forðahylkinu: Indígókarmín (E132), gult járnoxíð (E172) og títantvíoxíð (E 171). *Litarefni í 2,8 mg forðahylkinu:* Indígókarmín (E132) og títantvíoxíð (E 171). **Ábendingar:** Meðferð á einkennum bráðra þvagláta, með eða án bráðaþvagleka, yfirleitt með tíðum þvaglátum eða næturþvaglátum, sem geta komið fram hjá sjúklingum með ofvirka þvagblöðru (overactive bladder). **Skammtar og lyfjagjöf:** Forðahylkin má taka með mat eða án og þau verður að gleypa í heilu lagi. Eftir 6 mánaða meðferð skal endurskoða þörf fyrir áframhaldandi meðferð. *Skammtastærðir handa fullorðnum (þar með talið aldraðir):* Ráðlagður skammtur er 2,8 mg einu sinni á sólarhring nema hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi eða alvarlega skerta nýrnastarfsemi (GFR < 30 ml/mín.) en þá er ráðlagður skammtur 1,4 mg einu sinni á sólarhring. Komi óþægilegar aukaverkanir fram má minnka skammtinn úr 2,8 mg í 1,4 mg einu sinni á sólarhring. *Skammtastærðir handa börnum:* Ekki hefur enn verið sýnt fram á öryggi og verkun hjá börnum. Notkun Detrusitol Retard forðahylkja er því ekki ráðlögð handa börnum fyrr en frekari upplýsingar liggja fyrir. **Frábendingar:** Frábendingar fyrir notkun tolterodins eru: Þvagteppa (urinary retention). Ómeðhöndluð (uncontrolled) þrönghornsgláka. Vöðvaslensfár. Þekkt ofnæmi fyrir tolterodini eða einhverju hjálparefnanna. Alvarleg sáraristilbólga. Eitrunarstórristill (toxic megacolon). **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Gæta skal varúðar við notkun tolterodins hjá sjúklingum með: Marktæka tæmingarhindrun þvagblöðru (bladder outlet obstruction) og hættu á þvagteppu. Þrengsli í meltingarvegi t.d. portþrengsli í maga. Skerta nýrnastarfsemi. Lifrarsjúkdóm. Taugakvilla í ósjálfráða taugakerfinu. Vélindisgapshaul (hiatus hernia). Hættu á skertum hreyfanleika í meltingarvegi. Svo sem við á um önnur lyf í þessum flokki skal gæta varúðar hjá sjúklingum með þekkta áhættuþætti hvað varðar lengingu QT-bils (þ.e. kalíumbrestur, hægsláttur og samhliða notkun lyfja sem þekkt er að lengja QT-bil) og eru með hjartasjúkdóm sem skiptir máli hvað þetta varðar (þ.e. hjartavöðvablóðþurrð, sláttarglöp, hjartabilun). Svo sem ætið á við þegar heilkenni ofvirkrar blöðru er meðhöndlað skal athuga skal líffræðilegar ástæður fyrir bráða þvagleka og tíðum þvaglátum áður en meðferð er hafin. Samtímis notkun öflugra CYP3A4-hemla er ekki ráðlögð (sjá Milliverkanir). Sjúklingar með sjaldgæfa, erfðabundna sjúkdóma er varða frúktósaóþol, skert frásog glúkósu-galaktósu eða skerta virkni súkrasa-ísómaltasa eiga ekki að nota þetta lyf. **Milliverkanir:** Ekki er mælt með samhliða notkun öflugra CYP3A4-hemla til almennrar (systemic) notkunar eins og sýklalyfja í flokki makrólíða (erýtrómýcín og klaritrómýcín), sveppalyfja (t.d ketoconazol og itraconazol) og próteasa-hemla, vegna aukinnar þéttni tolterodins í sermi hjá þeim sem eru með lítil CYP2D6 umbrot og eru í hættu hvað varðar ofskömmtun. Verkun og aukaverkanir tolterodins geta aukist við samhliða notkun lyfja sem hafa andmúskarínvirk áhrif. Hins vegar getur verkun tolterodins minnkað við samhliða notkun lyfja með múskarínkólínvirk áhrif (muscarinic cholinergic receptor agonists). Tolterodin getur dregið úr verkun lyfja sem hraða magatæmingu eins og metóklópramíðs og cisapríðs. Samhliða notkun með flúoxetíni (öflugur CYP2D6-hemill) veldur ekki klínískt marktækri milliverkun því tolterodin og CYP2D6 háð umbrotsefni þess, 5-hýdroxýmetýltolterodin, eru jafnvirk. Rannsóknir á milliverkunum við lyf hafa hvorki leitt í ljós milliverkanir við warfarin né samsett getnaðarvarnarlyf (etinýlestradíól/levonorgestrel). Klínísk rannsókn hefur gefið vísbendingar um að tolterodin hamli ekki umbrota sem verða fyrir tilstilli CYP2D6, 2C19, 3A4 eða 1A2. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki mælt með notkun Detrusitol Retard á meðgöngu. Forðast skal notkun tolterodins þann tíma sem barn er haft á brjósti. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Þar sem lyfið getur valdið sjónstillingartruflunum og haft áhrif á viðbragðsflýti getur það dregið úr hæfni til aksturs og notkunar véla. **Aukaverkanir:** Tolterodin getur valdið vægum til í meðallagi miklum andmúskarínvirkum áhrifum t.d. munnþurrki, meltingartruflun og augnþurrki. Algengar (>1%): Augu: Augnþurrkur, óeðlileg sjón þar á meðal sjónstillingartruflanir. Almennar: Þreyta, höfuðverkur, brjóstverkur. Meltingarfæri: Meltingartruflanir, hægðatregða, kviðverkur, vindgangur, uppköst. Taugakerfi: Sundl, svefnhöfgi, náladofi (paraesthesia). Geðrænar: Taugaóstyrkur. Húð og undir húð: Húðþurrkur. Sjaldgæfar (0,1-1%): Almennar: Bjúgur, bjúgur á útlimum. Geðrænar: Rugl. Nýru og þvagfæri: Þvagteppa (urinary retention). Ónæmiskerfi: Ofnæmi, ekki nánar tilgreint. Mjög sjaldgæfar (< 0,1%): Geðrænar: Ofskynjanir. Hjarta: Hraðsláttur. Aðrar aukaverkanir sem greint hefur verið frá við notkun tolterodins eru bráðofnæmi þ.mt. ofsabjúgur (kemur örsjaldan fyrir) og hjartabilun (kemur örsjaldan fyrir). Hjartsláttaróstur og sláttarglöp (mjög sjaldgæf) erun þekktar aukaverkanir fyrir þennan lyfjaflokk. **Útlitslýsing:** 1,4 mg forðahylkið er blágrænt með hvítri áletrun (tákn og 2). 2,8 mg forðahylkið er blátt með hvítri áletrun (tákn og 4). **Markaðsleyfishafi:** Pfizer ApS, Laudrupvang 8, 2750 Ballerup, Danmörk. **Umboðsaðili á Íslandi:** Vistor hf., Hörgatún 2, Garðabær. **Pakkningar og verð 1. desember 2005:** Forðahylki, hart 1,4 mg: 30 stk. kr. 5.794,- Forðahylki, hart 2,8 mg: 30 stk. kr. 5.986,- Forðahylki, hart 2,8 mg: 100 stk. kr. 16.733,- Stytting á texta Sérlyfjaskrár október 2005. Hægt er að nálgast sérlyfjaskrártexta og samantekt á eiginleikum lyfs SPC í fullri lengd hjá lyfjaumboðsdeild Pfizer, Vistor hf.

Heimildir: 1) P. Van Kerrebroeck et al. „Tolterodine Once-Daily: Superior Efficacy and Tolerability in the Treatment of the Overactive Bladder", Urology, vol. 57 (3) 2001.

Pfizer

Detrusitol Retard tolterodin

Spiriva, Innöndunarduft í hylkjum, R03B B04

Innihaldslýsing: Hvert hylki inniheldur 22,5 míkrógrömm af tíótrópínbrómíð einhýdrati samsvarandi 18 míkrógrömmum af tíótrópíni ásamt hjálparefninu Mjólkursykur einhýdrat. **Ábendingar:** Tíótrópín er ætlað sem berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð til að lina einkenni hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu (COPD). **Skammtar og lyfjagjöf:** Ráðlagður skammtur af tíótrópínbrómíði er innöndun á innihaldi úr einu hylki með HandiHaler innöndunartæki einu sinni á dag, alltaf á sama tíma dagsins. Ekki má nota stærri skammta en ráðlagðir eru. Tíótrópínbrómíð hylki má ekki gleypa. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ráðlagt börnum yngri en 18 ára. **Sérstakir sjúklingahópar:** Aldraðir sjúklingar mega nota tíótrópínbrómíð í ráðlögðum skömmtum. Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi mega nota tíótrópínbrómíð í ráðlögðum skömmtum. Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi mega nota tíótrópínbrómíð í ráðlögðum skömmtum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir tíótrópínbrómíði, atrópíni eða afleiðum þess, t.d. ípratrópíni eða oxítrópíni eða hjálparefninu mjólkursykur einhýdrati. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Tíótrópínbrómíð, sem er berkjuvíkkandi lyf gefið sem viðhaldsmeðferð einu sinni á dag, á ekki að nota sem upphafsmeðferð við bráðum berkjukrampa, þ.e. bráðameðferð. Skyndilegt ofnæmi getur komið fram eftir gjöf tíótrópínbrómíðs innöndunardufts. Eins og á við um önnur andkólínvirk lyf á að nota tíótrópínbrómíð með varúð hjá sjúklingum með þrönghornsgláku, blöðruhálskirtilsstækkun eða þrengsli í blöðruhálsi. Innöndunarlyf geta valdið innöndunartengdum berkjukrampa. Þar sem plasmaþéttni hækkar við skerta nýrnastarfsemi hjá sjúklingum með miðlungs til alvarlega skerta nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun 50 ml/mín.) á aðeins að nota tíótrópínbrómíð ef ávinningur er umfram hugsanlega áhættu. Engin reynsla er af langtímanotkun hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi. Sjúklingar skulu áminntir um að varast að duftið berist í augu. Þeim skal sagt að það geti valdið útfellingum eða versnun þrönghornsgláku, verk í auga eða óþægindum, tímabundinni þokusýn, áru í auga (visual halos) eða lituðum blettum (coloured images) í tengslum við roða í augum vegna vökvasöfnunar í táru eða glæru. Sjúklingar eiga að hætta notkun tíótrópínbrómíðs og hafa strax samband við lækni ef einkenni eða merki um þrönghornsgláku koma fram. Munnþurrkur, sem hefur komið fram við notkun andkólvirkra lyfja, getur tengst tannskemmdum sé hann langvarandi. Tíótrópínbrómíð á ekki að nota oftar en einu sinni á dag. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Engar formlegar milliverkanarannsóknir hafa verið gerðar en tíótrópínbrómíð innöndunarduft hefur verið notað samtímis öðrum lyfjum án þess að aukaverkanir hafi komið fram. Meðal þessara lyfja eru berkjuvíkkandi lyf með adrenhermandi verkun, metýlxantín, sterar til inntöku og innöndunar, sem almennt eru notuð í meðferð við langvinnri lungnateppu. Samtímis notkun tíótrópínbrómíðs og annarra andkólínvirkra lyfja hefur ekki verið könnuð og er því ekki ráðlögð. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engar klínískar upplýsingar eru fyrirliggjandi um útsetningu fyrir tíóprópínbrómíði á meðgöngu. Rannsóknir á dýrum hafa sýnt fram á skaðleg áhrif á æxlun sem tengjast eiturárhifum á móðurina. Engar klínískar upplýsingar eru fyrirliggjandi um útsetningu kvenna með barn á brjósti fyrir tíótrópínbrómíði. Byggt á niðurstöðum úr rannsóknum á mjólkandi nagdýrum berst tíótrópínbrómíð í litlu magni í brjóstamjólk. Því skal hvorki nota tíótrópínbrómíð handa þunguðum konum né konum með barn á brjósti nema væntanlegur ávinningur sé meiri en hugsanleg áhætta fyrir fóstrið eða barnið. **Aukaverkanir:** Algengasta aukaverkunin sem kom fram í klínískum rannsóknum hjá 906 sjúklingum sem fengu tíótrópínbrómíð í eitt ár var munnþurrkur. Munnþurrkur kom fram hjá um 14% sjúklinga. Munnþurrkur var venjulega vægur og hvarf oft við áframhaldandi meðferð. Aðrar aukaverkanir sem fram komu hjá sjúklingum sem meðhöndlaðir voru með tíótrópínbrómíði í klínískum rannsóknum í eitt ár (samkvæmt líffæraflokkunarkerfi WHO) voru: Algengar (>1/100,<1/10): **Meltingarfæri**: Hægðatregða. **Varnarkerfi**: Sveppasýking (moniliasis). **Öndunarfæri**: Skútabólga, kokbólga. Sjaldgæfar (>1/1000,<1/100): **Almennar**: Ofnæmi. **Hjartsláttur og taktur**: Hraðtaktur. **Þvagfæri**: Erfiðleikar við þvaglát, þvagteppa. **Ofskömmtun:** Stórir skammtar af tíótrópínbrómíði geta valdið einkennum andkólínvirkra áhrifa. Þó komu engar almennar aukaverkanir fram vegna andkólínvirkra áhrifa hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum eftir innöndun á einum skammti allt að 340 míkrógrömmum af tíótrópínbrómíði. Auk þess komu engar aukaverkanir fram sem skipta máli, fyrir utan munnþurrk, hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum sem fengu allt að 170 míkrógrömm af tíótrópínbrómíði á dag í 7 daga. Í rannsókn á endurteknum skömmtum hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu sem fengu mest 43 míkrógramma dagsskammt af tíótrópínbrómíði í 4 vikur hafa engar marktækar aukaverkanir komið fram. Bráð eiturverkun vegna inntöku tíótrópínbrómíðs hylkja af vangá er ólíkleg þar sem aðgengi er lítið eftir inntöku. **Lyfhrif:** Tíótrópínbrómíð er langvirkur, sértækur múskarínviðtaka-blokki (andkólínvirkt lyf). Með bindingu við múskarínviðtaka í sléttum vöðvum í berkjum hindrar tíótrópínbrómíð kólínvirk áhrif (berkjuþrengingu). Í öndunarvegi hamlar tíótrópínbrómíð M_3-viðtaka í sléttum vöðvum, en hömlunin einkennist af samkeppni og er afturkræf og leiðir til slökunar. Áhrifin voru skammtaháð og stóðu yfir í meira en 24 klst. **Greiðslufyrirkomulag:** B. **Pakkningar og verð:** 1. febrúar 2005, 30 hylki,18 µg með HandiHaler®: 6763 kr, 30 hylki,18µg án HandiHaler®: 6472 kr. **Handhafi markaðsleyfis:** Boehringer Ingelheim Danmörku A/S, Strødamvej 52, 2100 København Ø. Markaðssett í samstarfi við: Pfizer ApS, Danmörku, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup. **Umboð á Íslandi:** Vistor hf., Hörgatúni 2, Garðabæ. **Nánari upplýsingar er að finna í Sérlyfjaskrá. Pfizer, febrúar 2005.**

Zeldox

Pfizer ApS

Hylki, HART: N 05AE 04 Hvert hylki inniheldur: Zíprasídon 20 mg, 40 mg, 60 mg eða 80 mg. Laktósu. **Stungulyfsstofn og leysir, lausn;** N 05AE 04 1 ml inniheldur: Zíprasídon 20 mg, súlfóbútýl eter beta-cýklódextrín natríum 294,33 mg. *Leysir:* Vatn í stungulyf. **Ábendingar:** Zeldox hylki til meðferðar á geðklofa. Zeldox stungulyfsstofn og leysir, lausn er ætlað til meðferðar á bráðum æsingi geðklofasjúklinga, í mesta lagi í 3 daga í röð þegar meðferð til inntöku hentar ekki. Hætta skal meðferð með Zeldox stungulyfsstofni og leysi, lausn og breyta yfir í gjöf til inntöku um leið og klínískt ástand leyfir. Sjá milliverkanir og sérstaka varúð varðandi mögulega lengingu á QT-bili. **Skömmtun: Fullorðnir:** Zeldox hylki: Ráðlagður skammtur, við bráða meðferð, er 40 mg tvisvar sinnum á sólarhring. Lyfið á að taka með mat. Skömmtum má síðan breyta, háð klínísku ástandi einstaklingsins, að hámarksskammti sem er 80 mg tvisvar sinnum á sólarhring. Ef þurfa þykir má auka skammta þannig að ráðlagður hámarksskammtur náist á þriðja degi meðferðar. Sjúklingar í viðhaldsmeðferð eiga að fá minnsta virkan skammt. Zeldox i.m.: Til notkunar í vöðva þegar meðferð til inntöku er ekki talin henta. Ráðlagður skammtur er 10 mg gefið eftir þörfum að hámarksskammti sem er 40 mg á dag. 10 mg skammta má gefa á 2 klukkustunda fresti. Sumir sjúklingar gætu þurft 20 mg upphafsskammt sem má fylgja eftir með 10 mg til viðbótar eftir 4 klukkustundir. Eftir það má gefa 10 mg skammta á tveggja klukkustunda fresti að hámarks dagskammti sem er 40 mg. Gjöf zíprasídons í vöðva lengur en 3 daga í röð hefur ekki verið rannsökuð. Ef þörf er á langtíma meðferð ætti að skipta yfir á zíprasídon hýdróklóríð hylki til inntöku, allt að 80 mg tvisvar sinnum á sólarhring, eins fljótt og mögulegt er. **Aldraðir:** Zeldox hylki: Hjá 65 ára og eldri þarf hugsanlega að minnka upphafsskammt en það fer eftir klínísku ástandi. Zeldox i.m.: Klínísk reynsla af i.m. meðferð hjá öldruðum (> 65 ára) er takmörkuð. Ekki er mælt með meðferð með stungulyfinu hjá þessum sjúklingahópi. **Börn:** Lyfið er ekki ætlað börnum. **Skert lifrarstarfsemi:** Hugleiða þarf minni skammta. Skert nýrnastarfsemi: Ekki er nauðsynlegt að breyta skömmtun hylkja en stungulyf til notkunar í vöðva á að nota með varúð. **Frábendingar:** Þekkt ofnæmi fyrir zíprasídoni eða einhverju hjálparefnanna. Þekkt lenging á QT-bili. Meðfætt langt QT heilkenni. Nýafstaðin bráð kransæðastífla. Ómeðhöndluð hjartabilun. Hjartsláttartruflanir sem eru meðhöndlaðar með lyfjum úr flokki IA og III við hjartsláttartruflunum. Samtímis meðferð með lyfjum sem lengja QT-bil svo sem lyf við hjartsláttartruflunum úr flokki IA og III, arsenictríoxíð, halófantrín, levómetadýl acetat, mesóridasín, tíróidasín, pímósíð, sparfloxacín, gatifloxacín, moxifloxasín, dólasetrón mesýlat, meflókín, sertindól eða cisapríð. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur:** Til að sannkenna þá sjúklinga sem zíprasídón meðferð er ekki ráðlögð hjá þarf læknisskoðun, fyrri lyfjasaga og mat á fjölskyldusögu að liggja fyrir. Zíprasídon veldur lítilli eða í meðallagi mikilli skammtaháðri lengingu á QT-bili (sjá frábendingar og milliverkanir). Zíprasídon á því ekki að gefa samtímis öðrum lyfjum sem vitað er að lengja QT-bil. Gæta þarf varúðar hjá sjúklingum með verulega hægan hjartslátt. Truflun á saltajafnvægi t.d. blóðkalíumlækkun og blóðmagnesíumlækkun eykur líkurnar á hættulegum hjartsláttartruflunum og þarf því að leiðrétta áður en meðferð með zíprasídoni hefst. Áður en meðferð sjúklinga með hjartasjúkdóma sem hafa náð jafnvægi hefst þarf að meta þörf fyrir hjartalínurit. Ef QTc-bil er >500 msek. er mælt með að hætta meðferð. Öryggi og verkun zíprasídons hjá börnum og unglingum hefur ekki verið staðfest. Ekki hefur verið greint frá illkynja sefunarheilkenni (NMS) hjá sjúklingum sem fengu zíprasídon í klínískum rannsóknum. Við NMS ætti að hætta töku lyfsins. Ef einkenna um síðkomna hreyfitruflun verður vart, þarf að íhuga að minnka skammta eða hætta töku zíprasídons. Mælt er með því að gæta varúðar þegar sjúklingar með sögu um krampa eru meðhöndlaðir. Gæta skal varúðar hjá sjúklingum með alvarlega skerta lifrarstarfsemi. Nánar varðandi Zeldox i.m.: Sundl, hraðtaktur og réttstöðuþrýstingsfall er ekki óalgengt hjá sjúklingum eftir gjöf zíprasídons í vöðva. Greint hefur verið frá einstaka tilviki um háþrýsting. Gæta skal varúðar, sérstaklega hjá göngudeildarsjúklingum. **Meðganga og brjóstagjöf:** Lyfið er ekki ætlað þunguðum konum eða konum með barn á brjósti. **Milliverkanir:** Samtímis meðferð með karbamasepíni getur lækkað plasmastyrk Zeldox um u.þ.b. 35%. Allar rannsóknir á milliverkunum hafa farið fram á Zeldox hylkjum. Sjá frábendingar. **Aukaverkanir:** Zeldox hylki hafa verið gefin meira en 5.500 einstaklingum. Algengasta aukaverkunin var slen. Aukaverkanir (1%): Þróttleysi, höfuðverkur, hægðatregða, munnþurrkur, meltingartruflun, aukin munnvatnsmyndun, ógleði, uppköst, geðæsing, óeirð, sundl, truflað vöðvaspenna, utanstrýtueinkenni, ofstæling, skjálfti, brengluð sjón. Sum einkenni sem voru skráð sem aukaverkanir geta tengst einkennum undirliggjandi sjúkdóma. Zeldox til notkunar í vöðva hefur verið gefið meira en 1.000 einstaklingum. Algengustu aukaverkanir sem komu fram voru verkur á stungustað, ógleði, slen og sundl. Aukaverkanir (1%): þróttleysi, höfuðverkur, háþrýstingur, réttstöðuþrýstingsfall, niðurgangur, óeirð. **Ofskömmtun:** Ekkert sértækt mótefni er til fyrir zíprasídóni. **Pakkningar og verð 1. desember 2005;** Zeldox hylki 20 mg, 56 stk.: 13.621 kr., hylki 40 mg, 14 stk.: 4.757 kr., hylki 40 mg, 56 stk.: 15.039 kr., hylki 60 mg, 56 stk.: 18.268 kr., hylki 80 mg, 56 stk.: 20.951 kr., sts. 20 mg/hgl, 1 hgl.: 2.065 kr. Lyfið er lyfseðilsskylt. Stungulyf er S merkt. Greiðslufyrirkomulag: ∗. **Nánari upplýsingar er að finna í Sérlyfjaskrá. Umboðs-og dreifingaraðili: Vistor hf.**

Pfizer/Vistor hf. • Hörgatúni 2
212 Garðabæ • Sími 535 7000
www.pfizer.is

Heimild: David G. et al. "Intramuscular (IM) ziprasidone 20 mg is effective in reducing acute agitation associated with psychosis: a double-blind, randomized trial." Psychopharmacology (2001) 155: 128-134.

Bonviva 150 mg filmuhúðaðar töflur

Virkt innihaldsefni er íbandrónsýra (íbandrónnatríum einhýdrat). **Ábendingar.** Meðferð við beinþynningu hjá konum eftir tíðahvörf til þess að draga úr hættu á samfallsbrotum í hrygg. Ekki hefur verið gengið úr skugga um virkni gegn brotum á lærleggshálsi. **Skammtar og lyfjagjöf.** Til inntöku. Ráðlagður skammtur er ein 150 mg filmuhúðuð tafla einu sinni í mánuði. Helst á að taka töfluna á sömu dagsetningu hvers mánaðar. Taka á Bonviva eftir næturföstu (að lágmarki 6 klst.) og 1 klukkustund fyrir fyrsta mat eða drykk (annað en vatn) dagsins eða önnur lyf til inntöku eða fæðubótarefni (að meðtöldu kalki) • Gleypa á töflur í heilu lagi með glasi af vatni (180-240 ml) meðan sjúklingur situr eða stendur uppréttur. Sjúklingar eiga ekki að leggjast næstu 1 klukkustund eftir töku Bonviva • Venjulegt vatn er eini drykkurinn sem taka á með Bonviva. • Sjúklingar eiga hvorki að tyggja né sjúga töfluna vegna möguleika á sáramyndun í munni og koki. Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi. Ekki er þörf fyrir skammtaaðlögun hjá sjúklingum með lítið eða miðlungi skerta nýrnastarfsemi þar sem kreatínínúthreinsun er 30 ml/mín eða meira. Ekki er mælt með Bonviva fyrir sjúklinga með kreatínínúthreinsun undir 30 ml/mín vegna takmarkaðrar klínískrar reynslu. Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi og aldraðir. Ekki er þörf á skammtaaðlögun. Börn og unglingar. Bonviva hefur ekki verið reynt hjá þessum aldurshópum og á ekki að gefa þeim lyfið. **Frábendingar.** Blóðkalsíumlækkun, ofnæmi fyrir íbandrónsýru eða einhverju hjálparefnanna. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun.** Rétta verður blóðkalsíumlækkun áður en Bonviva meðferð hefst. Einnig þarf að ná árangri við meðhöndlun annarra truflana á umbroti beina og steinefna. Brýnt er að allir sjúklingar fái nóg af kalki og D-vítamíni. Bífosfónöt hafa tengst kyngingartregðu, vélindabólgu og vélinda- eða magasárum. Því eiga sjúklingar, einkum þeir sem eru með sjúkrasögu um hæga kyngingu, að gæta sérstaklega vel að skammtaráðleggingum og vera færir um að fara eftir þeim. Læknar eiga að vera vakandi fyrir merkjum eða einkennum sem gefa til kynna hugsanleg viðbrögð frá vélinda meðan á meðferð stendur og leiðbeina á sjúklingum um að hætta að nota Bonviva og leita læknis ef þeir fá einkenni um ertingu í vélinda svo sem ef kyngingartregða gerir vart við sig eða versnar, sársauka við kyngingu, verk undir bringubeini eða brjóstsviða. Þar sem bæði bólgueyðandi verkjalyf og bífosfónöt tengjast ertingu í meltingarvegi, á að gæta varúðar við samtímis notkun. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir.** Milliverkanir við mat Aðgengi íbandrónsýru til inntöku er yfirleitt minna þegar fæða er til staðar. Einkum eru fæðutegundir sem innihalda kalk og aðrar fjölgildar katjónir (svo sem ál, magnesíum, járn), að meðtalinni mjólk, líklegar til að trufla frásog Bonviva, en það er í samræmi við niðurstöður úr dýrarannsóknum. Því eiga sjúklingar að fasta á nóttunni (a.m.k. 6 klst.) áður en þeir taka Bonviva og að fasta áfram í klukkustund eftir töku Bonviva. Milliverkanir við lyf. Líklegt er að fæðubótarefni með kalki, sýrubindandi efni og ákveðin lyf til inntöku sem innihalda fjölgildar katjónir (svo sem ál, magnesíum, járn) trufli frásog Bonviva. Því eiga sjúklingar ekki að taka önnur lyf til inntöku í a.m.k. 6 klukkustundir áður en Bonviva er tekið og í eina klukkustund eftir töku Bonviva. Í rannsóknum á milliverkunum lyfjahvarfa hjá konum eftir tíðahvörf hefur komið í ljós að engar milliverkanir eru hugsanlegar við tamoxífen eða uppbótarmeðferð með hormónum (estrógen). Ekki varð vart við milliverkun þegar lyfið var gefið samhliða melfalan/prednisóloni hjá sjúklingum með mergæxlager. Í heilbrigðum karlkyns sjálfboðaliðum og konum eftir tíðahvörf olli ranitídín í æð aukningu á aðgengi íbandrónsýru sem nam um 20 %, sennilega vegna hækkunar á sýrustigi í maga. Þar sem þessi aukning er innan eðlilegs breytileika fyrir aðgengi íbandrónsýru, er þó ekki talið nauðsynlegt að aðlaga skammta þegar Bonviva er gefið með H2-hemlum eða öðrum virkum efnum sem hækka sýrustig í maga. Íbandrónsýra skilst eingöngu út um nýru og verður ekki fyrir neinum umbrotum. **Aukaverkanir.** Aukaverkanir eru flokkaðar eftir tíðni og líffærakerfum. Hafa skal í huga að ekki var tekið tillit til grunntíðni í samanburðarhópum. Algengar aukaverkanir (1/10 - >1/100). Meltingarfæri: meltingartruflanir, ógleði kviðverkir niðurgangur, vindgangur, bakflæðissjúkdómur, magabólga, vélindabólga. Taugakerfi: höfuðverkur. Almennar aukaverkanir: inflúensulík veikindi, þreyta. Stoðkerfi og stoðvefur: vöðvaverkir, liðverkir, vöðvakrampar, verkir í stoðkerfi, stirðleiki í stoðkerfi. Húð: útbrot. Sjaldgæfar aukaverkanir (1/100 – >1/1000). Meltingarfæri: kyngingartregða, uppköst, magabólga, vélindabólga að meðtöldum vélindasárum eða þrengingum. Taugakerfi: sundl. Stoðkerfi og stoðvefur: bakverkur. Mjög sjaldgæfar (1/1000 - >1/10.000). Meltingarfæri: skeifugarnarbólga. Ónæmiskerfi: ofnæmisviðbrögð. Húð og undirhúð: ofsabjúgur, andlitsbjúgur, ofsakláði. **Pakkningastærð og verð.** 1 tafla 150mg þynnupökkuð kr 4.734, 3 töflur 150mg þynnupakkaðar kr 11.654. **Handhafi markaðsleyfis:** Roche. **Afgreiðsla:** R, E. **Dagsetning endurskoðunar textans:** 15. september 2005.

SERETIDE®
salmeteról/flútíkasón

Seretide Diskus

Samantekt á eiginleikum lyfs
GlaxoSmithKline, R 03 AK 06 **R,B**

Innúðaduft (duft í afmældum skömmtum til innúðunar með Diskus-tæki). Hver afmældur skammtur inniheldur: 50 míkróg af salmeteróli (sem salmeterólxínafóat) og 100, 250 eða 500 míkróg af flútíkasón-própíónati.

Ábendingar Astmi: Seretide Diskus er ætlað til samfelldrar meðferðar gegn astma, þar sem samsett meðferð (langverkandi berkjuvíkkandi lyfs og barkstera til innöndunar) á við: - þegar ekki næst nægileg stjórn á sjúkdómnum með notkun barkstera til innöndunar og stuttverkandi berkjuvíkkandi (beta-2-örvandi) lyfja. Eða - þegar viðunandi stjórn á sjúkdómnum næst með notkun barkstera til innöndunar og langverkandi berkjuvíkkandi (beta-2-örvandi) lyfja Athugið: Seretide Diskus 50/100 míkróg styrkleikinn hæfir hvorki fullorðnum sjúklingum né börnum með slæman astma. **Langvinn lungnateppa** Seretide Diskus er ætlað til meðferðar á einkennum hjá sjúklingum með alvarlega langvinna lungnateppu (FEV1 < 50% af áætluðu eðlilegu gildi) sem hafa umtalsverð einkenni þrátt fyrir reglulega meðferð með berkjuvíkkandi lyfjum og sögu um endurtekna versnun. **Skammtar og lyfjagjöf** Seretide Diskus er eingöngu ætlað til innöndunar. Gera þarf sjúklingum ljóst að Seretide Diskus verður að nota daglega til að ná hámarks árangri, jafnvel þótt einkenni séu ekki til staðar. Sjúklingar ættu að fá þann styrkleika af Seretide Diskus sem inniheldur viðeigandi skammt af flútíkasónpróþíónati m.t.t. sjúkdómsástands. Ef sjúklingur þarf á skömmtum að halda sem liggja utan ráðlagðra skammtastærða, ætti að ávísa viðeigandi skömmtum af berkjuvíkkandi lyfi og/eða barkstera. Ráðlagðir skammtar: **Astmi** Fullorðnir og unglingar 12 ára og eldri: Einn skammtur með 50 míkróg salmeteról og 100 míkróg flútíkasónpróþíónat, tvisvar sinnum á dag. Eða Einn skammtur með 50 míkróg salmeteról og 250 míkróg flútíkasónpróþíónat, tvisvar sinnum á dag. Eða Einn skammtur með 50 míkróg salmeteról og 500 míkróg flútíkasónpróþíónat, tvisvar sinnum á dag. Börn 4 ára og eldri: Einn skammtur með 50 míkróg salmeteról og 100 míkróg flútíkasónpróþíónat, tvisvar sinnum á dag. Upplýsingar fyrir varðandi notkun Seretide Diskus hjá börnum yngri en 4 ára, liggja ekki fyrir. **Langvinn lungnateppa** Fullorðnir: Einn skammtur með 50 míkróg salmeteról og 500 míkróg flútíkasónpróþíónat, tvisvar sinnum á dag. Sérstakir sjúklingahópar: Ekki þarf að breyta skömmtum hjá öldruðum eða sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. Það liggja ekki fyrir upplýsingar um notkun Seretide Diskus hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. Notkun Diskus-tækisins: Tækið er opnað og hlaðið með þar til gerðri sveif. Munnstykkið er síðan sett í munninn og það umlukið með vörunum. Þá er hægt að anda skammtinum að sér og síðan er tækinu lokað.

Frábendingar Seretide Diskus er ekki ætlað sjúklingum með ofnæmi fyrir virku efnunum eða hjálparefninu.

Varnaðarorð og varúðarreglur Meðferð á astma og lanvinnri lungnateppu ætti venjulega að fylgja áfangaáætlun og svörun sjúklings ætti að meta út frá klínískum einkennum og lungnaprófum. Seretide Diskus er ekki ætlað til meðhöndlunar á bráðum astmaeinkennum. Í slíkum tilfellum ætti að nota stuttverkandi berkjuvíkkandi lyf (t.d. salbútamól) sem sjúklingar ættu ávalt að hafa við höndina. Stöðvun meðferðar hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu getur einnig fylgt versnun einkenna og hún ætti að vera undir eftirliti.

Milliverkanir: Vegna þess hve lítil þéttni lyfjanna er í blóðvökva eftir innandaða skammta eru líkurnar á klínískt mikilvægum milliverkunum ekki miklar. Gæta þarf varúðar þegar samtímis eru gefnir þekktir, öflugir CYP3A4-hemlar (t.d. ketókónazól, rítónavír) þar sem þéttni flútíkasónpróþíónats getur hugsanlega aukist. Aukin þéttni við langvarandi notkun lyfjanna getur leitt til aukinnar bælingar á starfsemi nýrnahettna. Greint hefur verið frá nokkrum tilfellum slíkra milliverkana sem höfðu klíníska þýðingu (sjá 4.4 Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun). Forðast ber notkun bæði sérhæfðra og ósérhæfðra betablokka nema þörfin fyrir þá sé mjög brýn.

Meðganga og brjóstagjöf: Notkun Seretide Diskus á meðgöngu og hjá konum með barn á brjósti ætti einungis að íhuga þegar væntanlegur ávinningur fyrir móður er meiri en hugsanleg áhætta fyrir fóstur eða barn. Það er takmörkuð reynsla af notkun á salmeterólxínafóati og flútíkasónpróþíónati á meðgöngu og við brjóstagjöf hjá konum. Við meðferð hjá þunguðum konum ætti að nota lægsta skammt af flútíkasónpróþíónati sem nægir til að halda astmaeinkennum í skefjum.

Aukaverkanir: Þar sem Seretide Diskus inniheldur salmeteról og flútíkasónpróþíónat 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. Eins og hjá öðrum innöndunarlyfjum getur óvæntur berkjusamdráttur átt sér stað. Eftirfarandi aukaverkanir hafa verið tengdar notkun salmeteróls eða flútíkasónpróþíónats: Salmeteról: Lyfjafræðilegar aukaverkanir beta-2 örvandi efna, svo sem skjálfti, hjartsláttarónot og höfuðverkur hafa komið fram, en hafa yfirleitt verið tímabundnar og minnkað við reglubundna meðferð. Hjartsláttartruflanir (þ.m.t. gáttatitringur (atrial fibrillation), ofanslegilshraðsláttur (supraventricular tachycardia) og aukaslög (extrasystols) geta komið fram hjá sumum sjúklingum. Greint hefur verið frá liðverkjum, vöðvaverkjum, vöðvakrömpum, ertingu í koki og ofnæmisviðbrögðum, þ.m.t. útbrotum, bjúg og ofsabjúg (angioedema). Flútíkasón-própíónat: Hæsi og sveppasýking í munni og hálsi geta komið fram hjá sumum sjúklingum. Hægt er að draga úr bæði hæsi og tíðni sveppasýkinga með því að skola munninn með vatni, eftir notkun lyfsins. Einkenni sveppasýkingar er hægt að meðhöndla með staðbundinni sveppalyfjameðferð, samtímis notkun á Seretide Diskus. Greint hefur verið frá ofnæmisviðbrögðum í húð. Greint hefur verið frá mjög sjaldgæfum tilfellum bjúgs í andliti og koki. Hugsanlegar almennar aukaverkanir eru m.a. bæling á nýrnahettustarfsemi, seinkun á vexti hjá börnum og unglingum, beinþynning, drer í auga og gláka (sjá 4.4 Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun). Klínískar rannsóknir á Seretide Diskus: Eftirfarandi aukaverkanir reyndust algengar (>1/100 og <1/10): Hæsi/raddtruflun, erting í hálsi, höfuðverkur, sveppasýking í munni og hálsi og hjartsláttarónot.

Pakkningar og verð: Diskus - tæki. Innúðaduft 50 míkróg + 100 míkróg./ skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Innúðaduft 50 míkróg + 250 míkrógramm: 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: 5.846 krónur, Seretide 50/250: 7.050 krónur, Seretide 50/500: 9.269 krónur.

Dagsetning 220405-01

Tilvitnanir:

1) FitzGerald JM, Boulet L-P, and Follows R.M.A.: http://www.clinicaltherapeutics.com/xpress.html Vol.27, No.4, 2005 CONCEPT (CONtrolled CEntred Patient Treatment study).

gsk GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline ehf Þverholti 14 105 Reykjavik
Sími: 530 3700 Fax: 530 3701 www.gsk.is

VESICARE® (solifenacin)

Hver tafla inniheldur 5 mg solifenacin súccínat, sem samsvarar 3,8 mg af solifenacini eða 10 mg solifenacin súccínat, sem samsvarar 7,5 mg af solifenacini. **Ábendingar:** Til meðferðar á einkennum bráðs þvagleka og/eða tíðum þvaglátaþörf, sem koma fram hjá sjúklingum með ofvirka þvagblöðru. **Skammtar og lyfjagjöf:** Fullorðnir, þar með taldir aldraðir: Ráðlagður skammtur er 5 mg solifenacin súccínat einu sinni á sólarhring. Ef þurfa þykir má stækka skammt í 10 mg solifenacin súccínat einu sinni á sólarhring. Börn og unglingar: Öryggi og verkun hefur til þessa ekki verið metin hjá börnum og unglingum. Því má ekki nota Vesicare handa börnum. Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi: Ekki er nauðsynlegt að breyta skömmtum hjá sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun >30 ml/mín.). Gæta skal varúðar við meðferð hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 30 ml/mín.) og ekki má nota stærri skammt en 5 mg einu sinni á sólarhring. Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi: Ekki er nauðsynlegt að breyta skömmtum hjá sjúklingum með vægt skerta lifrarstarfsemi. Gæta skal varúðar við meðferð hjá sjúklingum með í meðallagi skerta lifrarstarfsemi (Child-Pugh gildi frá 7 til 9) og ekki má nota stærri skammt en 5 mg einu sinni á sólarhring. Öflugir cýtókróm P450 3A4-hemlar: Takmarka skal hámarksskammt af Vesicare við 5 mg við samtímis meðhöndlun með ketoconazoli eða ráðlögðum skömmtum af öðrum öflugum CYP3A4-hemlum t.d. ritonaviri, nelfinaviri, itraconazoli. Lyfjagjöf: Vesicare er til inntöku og gleypa á töflurnar heilar með vökva. Taka má töflurnar inn með eða án matar. **Frábendingar:** Ekki má nota solifenacin hjá sjúklingum með þvagteppu, alvarlegan sjúkdóm í meltingarfærum (þ.m.t. eitrunarrisaristil [toxic megacolon]), vöðvaslensfár eða þrönghornsgláku og sjúklingum sem eru í hættu á að fá þessa sjúkdóma. Sjúklingar með ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Sjúklingar sem eru í blóðskilunarmeðferð. Sjúklingar með alvarlega skerta lifrarstarfsemi. Sjúklingar með alvarlega skerta nýrnastarfsemi eða í meðallagi skerta lifrarstarfsemi sem eru í meðferð með öflugum CYP3A4-hemli, t.d. ketoconazoli. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Meta á aðrar ástæður tíðra þvagláta (hjartabilun eða nýrnasjúkdómur) áður en meðferð með Vesicare er hafin. Ef til staðar er þvagfærasýking skal hefja viðeigandi sýklalyfja meðferð. Gæta skal varúðar við notkun Vesicare hjá sjúklingum: með veruleg þrengsli í þvagrás þegar hætta er á þvagteppu; með teppu vegna meltingarfærakvilla; þegar hætta er á minnkuðum meltingarfærahreyfingum; með alvarlega skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 30 ml/mín) og skammtar handa þessum sjúklingum eiga ekki að vera stærri en 5 mg einu sinni á sólarhring; með í meðallagi skerta lifrarstarfsemi (Child-Pugh gildi frá 7 til 9) og skammtar handa þessum sjúklingum eiga ekki að vera stærri en 5 mg einu sinni á sólarhring; við samtímis notkun öflugs CYP3A4-hemils, t.d. ketoconazols; með vélindisgapshaul (hiatus hernia)/maga-vélindisbakflæði og/eða hjá sjúklingum sem samhliða nota lyf (eins og bisfosfónöt) sem orsakað geta eða valdið versnun á vélindisbólgu; ósjálfráðan taugakvilla (autonomic neuropathy). Öryggi og verkun hefur ekki enn verið metin hjá sjúklingum þegar orsök ofvirkni tæmivöðva þvagblöðru (detrusor) er af taugrænum toga. Sjúklingar með sjaldgæfu, arfgengu kvillana galaktósuóþol, Lapplaktasaskort eða glúkósu-galaktósu vanfrásog eiga ekki að nota þetta lyf. Búast má við að hámarksverkun af Vesicare fáist í fyrsta lagi eftir 4 vikur. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Milliverkanir við lyfhrif: Notkun annarra lyfja með andkólínvirka eiginleika samhliða getur aukið lyfhrif og aukaverkanir. Eftir að meðferð með Vesicare er hætt skal láta líða um eina viku áður en önnur andkólínvirk meðferð er hafin. Lyfhrif solifenacins geta minnkað þegar kólínvirkir viðtakaörvar (cholinergic receptor agonists) eru notaðir samhliða. Solifenacin getur dregið úr áhrifum lyfja sem örva meltingarfærahreyfingar, t.d. metoclopramid og cisaprid. Áhrif annarra lyfja á lyfjahvörf solifenacins:Solifenacin er umbrotið fyrir tilstilli CYP3A4. Því ætti að takmarka hámarksskammt Vesicare við 5 mg þegar það er notað samhliða ketoconazoli eða ráðlögðum skömmtum af öðrum öflugum CYP3A4-hemlum (t.d. ritonaviri, nelfinaviri, itraconazoli). Ekki má nota solifenacin samhliða öflugum CYP3A4-hemli hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi eða í meðallagi skerta lifrarstarfsemi. Þar sem solifenacin er umbrotið fyrir tilstilli CYP3A4 eru milliverkanir við lyfjahvörf hugsanlegar við önnur CYP3A4 hvarfefni sem hafa meiri sækni (t.d. verapamil, diltiazem) og CYP3A4 örva (t.d. rifampicin, phenytoin, carbamazepin). Áhrif solifenacins á lyfjahvörf annarra lyfja: Getnaðarvarnarlyf til inntöku: Við inntöku á Vesicare komu ekki fram neinar milliverkanir á lyfjahvörfum solifenacins við samsett getnaðarvarnarlyf til inntöku (ethinylestradiol/levonorgestrel). Warfarin: Inntaka Vesicare breytti hvorki lyfjahvörfum R-warfarins né S-warfarins eða áhrifum þeirra á prótrombíntíma. Digoxin: Inntaka Vesicare hafði ekki áhrif á lyfjahvörf digoxins. **Meðganga og brjóstagjöf:** Meðganga: Engin klínísk reynsla liggur fyrir um konur sem urðu þungaðar á meðan þær notuðu Vesicare. Rannsóknir á dýrum hafa ekki sýnt fram á bein skaðleg áhrif á frjósemi, þroska fósturvísis/fósturs eða fæðingu. Hugsanleg áhætta fyrir menn ekki þekkt. Gæta skal varúðar við notkun handa þunguðum konum. Brjóstagjöf: Engar upplýsingar liggja fyrir um útskilnað solifenacins í brjóstamjólk. Solifenacin og/eða umbrotsefni þess skiljast út í mjólk hjá músum og valda skammtaháðri versnun á lífvænleika nýfæddra músa. Því skal forðast notkun Vesicare hjá konum með barn á brjósti. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Solifenacin, eins og önnur andkólínvirk lyf, getur valdið sjóntruflunum og í sjaldgæfum tilvikum svefndrunga og þreytu, sem getur skert hæfni til aksturs eða notkunar véla. **Aukaverkanir:** Vegna lyfhrifa solifenacin getur það valdið andkólínvirkum aukaverkunum sem venjulega eru vægar eða í meðallagi alvarlegar. Tíðni andkólínvirkra aukaverkana er skammtaháð. Algengasta aukaverkun Vesicare sem greint var frá var munnþurrkur sem kom fram hjá 11% sjúklinga sem fengu meðferð með 5 mg einu sinni á sólarhring, 22% sjúklinga sem fengu meðferð með 10 mg einu sinni á sólarhring og hjá 4% sjúklinga sem fengu meðferð með lyfleysu. Munnþurrkurinn var venjulega vægur og leiddi aðeins stöku sinnum til þess að meðferð var hætt. Meðferðarfylgni var almennt mikil (um 99%) og um 90% sjúklinga sem fengu Vesicare luku við meðferðina í rannsóknin sem stóð yfir í 12 vikur. **Lyfhrif:** Flokkun eftir verkun: Lyf sem hafa krampalosandi verkun á þvagfæri, ATC flokkur: G04B D08. Verkunarháttur: Solifenacin er sértækur samkeppnishemill kólínvirkra-viðtaka. **Lyfjahvörf:** Lyfjahvörf almennt: Frásog: Eftir inntöku Vesicare taflna næst hámarksplasmaþéttni solifenacins (C_{max}) eftir 3 til 8 klst. T_{max} er óháð skammti. C_{max} og flatarmál undir blóðþéttniferlinum (AUC) stækkar í hlutfalli við skammt á bilinu 5 til 40 mg. Aðgengi (absolute bioavailability) er um 90%. Fæða hefur ekki áhrif á gildi C_{max} og AUC fyrir solifenacin. Umbrot: Solifenacin umbrotnar mikið í lifur, aðallega fyrir tilstilli P450 3A4 (CYP3A4). Hins vegar eru aðrir umbrotsferlar fyrir hendi sem geta stuðlað að umbroti solifenacins. Almenn (systemic) úthreinsun solifenacins er um 9,5 l/klst. og lokahelming- unartími solifenacins er 45 - 68 klst. **Handhafi markaðsleyfis**: Yamanouchi Europe B.V. Hollandi. **Umboðsaðili á Íslandi**: Vistor hf.,Hörgatúni 2, 210 Garðabæ. **Pakkningar og verð í nóvember 2005:** Töflur 5mg 30 stk.kr.5.564.-; töflur 5mg 90 stk. kr. 13.897.-; töflur 10mg 30 stk.kr. 6.567.-; töflur 10mg 90 stk. kr. 16.9374.-. **Greiðsluþátttaka: E.** Styttur texti, hægt er að nálgast samantekt á eiginleikum lyfsins (SPC) í fullri lengd hjá Lyfjaumboðsdeild II og á heimasíðu **Lyfjastofnunar.**

Heimildir:

1. Samantekt á eiginleikum lyfsins.
2. Chapple et al. Randomized, doubble-blind placebo- and tolterodine- controlled trial of the oncedaily antimuscarinic agent solifenacin in patients with symptomatic overactive bladder. BJU (2004); 303-310.

Vesicare® (solifenacin)

SEROQUEL AstraZeneca: SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS Seroquel töflur N 05 A H 04

AstraZeneca

Hver tafla inniheldur: Quetiapinum INN fúmarat, samsvarandi Quetiapinum INN 25 mg, 100 mg, 200 mg og 300 mg. **Ábendingar:** Geðklofi. Meðalalvarlegar til alvarlegar geðhæðarlotur. Ekki hefur verið sýnt fram á að Seroquel komi í veg fyrir endurteknar geðhæðar- eða þunglyndislotur (sjá kafla 5.1 (í Sérlyfjaskrá)). **Skammtar og lyfjagjöf:** Seroquel á að gefa tvisvar á dag, með eða án matar. ***Fullorðnir:*** Við meðferð á geðklofa er heildardagsskammtur fyrstu fjóra daga meðferðarinnar 50 mg (dagur 1), 100 mg (dagur 2), 200 mg (dagur 3) og 300 mg (dagur 4). Frá fjórða degi á að breyta skammti smám saman í venjulegan virkan skammt sem er á bilinu 300-450 mg á dag. Ef þörf krefur má breyta skammtinum frekar, háð klínískri svörun og þoli viðkomandi sjúklings, innan skammtabilsins 150-750 mg/dag. Við meðferð á geðhæðarlotum í tengslum við tvíhverfa geðröskun (bipolar disorder) er heildarskammtur fyrstu fjóra daga meðferðarinnar 100 mg (dagur 1), 200 mg (dagur 2), 300 mg (dagur 3) og 400 mg (dagur 4). Frekari skammtabreytingar í allt að 800 mg/dag á degi 6 ætti að gera með því að auka skammt í mesta lagi um 200 mg/dag. Skömmtum má breyta, háð klínískri svörun og þoli viðkomandi sjúklings, innan skammtabilsins 200-800 mg/dag. Árangursrík verkun fæst venjulega á skammtabilinu 400-800 mg/dag. ***Aldraðir:*** Eins og við á um önnur geðrofslyf, á að nota Seroquel með varúð hjá öldruðum, sérstaklega í upphafi meðferðar. Verið getur að breyta þurfi skömmtum hægar og lækningalegur dagsskammtur getur verið lægri en hjá yngri sjúklingum en það er háð klínískri svörun og þoli viðkomandi sjúklings. Úthreinsun quetíapíns úr plasma var að meðaltali um 30-50% hægari hjá öldruðum en hjá yngri sjúklingum.***Börn og unglingar:*** Mat á öryggi og verkun lyfsins hjá börnum og unglingum er ekki fyrirliggjandi. ***Sjúklingar með nýrnabilun:*** Ekki er nauðsynlegt að breyta skömmtum. ***Sjúklingar með lifrarbilun:*** Quetíapín umbrotnar að miklu leyti í lifur. Því skal nota Seroquel með varúð hjá sjúklingum með þekkta lifrarbilun, sérstaklega í upphafi meðferðar. Upphafsskammtur Seroquel ætti að vera 25 mg/dag hjá sjúklingum með þekkta lifrarbilun. Skammtinn skal auka daglega um 25-50 mg þar til viðunandi skammti er náð, sem er háður klínískri svörun og þoli viðkomandi sjúklings. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins.Samtímis notkun á cýtókróm P450 3A4 ensímhemlum, eins og HIV-próteasa hemlum, azól sveppalyfjum, erýtrómýcíni, klaritrómýcíni og nefazódóni er frábending. (Sjá einnig kafla 4.5 í Sérlyfjaskrá: Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir). **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** ***Hjarta og æðakerfi:*** Seroquel á að nota með varúð hjá sjúklingum með þekktan hjarta- og æðasjúkdóm, sjúkdóm í heilaæðum og sjúklingum sem hættir til að fá of lágan blóðþrýsting. Quetiapine getur orsakað réttstöðuþrýstingsfall, sérstaklega í upphafi þegar verið er að auka skammta smám saman, því skal íhuga að minnka skammta eða auka skammta hægar ef þetta gerist. ***Krampar:*** Í klínískum samanburðarrannsóknum var enginn munur á tíðni krampa (seizure) hjá sjúklingum sem fengu Seroquel eða lyfleysu. Eins og á við um önnur geðrofslyf, skal gæta varúðar við meðhöndlun sjúklinga sem hafa fengið krampa. ***Utanstýrueinkenni:*** Í klínískum samanburðarrannsóknum var enginn munur í tíðni utanstýrueinkenna hjá sjúklingum sem fengu ráðlagða skammta eða lyfleysu. ***Síðkomin hreyfitruflun (tardive dyskinesia):*** Ef vart verður merkja eða einkenna um síðkomna hreyfitruflun ætti að íhuga að hætta notkun Seroquel eða minnka skammta. ***Illkynja sefunarheilkenni (Neuroleptic Malignant Syndrome):*** Illkynja sefunarheilkenni hefur verið tengt við meðferð með geðrofslyfjum, þ.m.t. Seroquel (sjá Aukaverkanir). Klínísk einkenni eru t.d. ofurhiti, breytt andlegt ástand, vöðvastífni, óstöðugleiki í ósjálfráða taugakerfinu og hækkun á kreatín fosfókínasa. Í slíkum tilvikum skal hætta gjöf Seroquel og veita viðeigandi lyfjameðferð. ***Milliverkanir:*** Sjá einnig kaflann um Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir. Þegar Seroquel er notað samtímis öflugum lifrarensímahvötum s.s. karbamazepíni eða fenýtóíni lækkar plasmaþéttni quetíapíns verulega og getur það haft áhrif á Seroquel meðferðina. Sjúklingum sem nota lifrarensímhvata skal eingöngu gefa Seroquel ef læknir metur kosti Seroquel meðferðar mikilvægari áhættunni af því að hætta töku lifarensímhvatans. Það er mikilvægt að allar breytingar á notkun ensímhvatans gerist hægt og ef nauðsyn krefur nota annað lyf sem ekki hvetur lifrarensím (t.d. natríumvalpróat). ***Blóðsykurshækkun:*** Blóðsykurshækkun eða versnun á sykursýki hefur komið fram í einstaka tilvikum meðan á meðferð með quetíapíni stendur. Mælt er með viðeigandi klínísku eftirliti hjá sykursjúkum og hjá sjúklingum sem eru í hættu á að fá sykursýki (sjá einnig kaflann um Aukaverkanir). ***Frekari upplýsingar:*** Upplýsingar um Seroquel gefið ásamt divalproexi eða litíum í meðalalvarlegum til alvarlegum geðhæðarlotum eru takmarkaðar; engu að síður þoldist samsett meðferð vel (sjá kafla 4.8 og 5.1 í Sérlyfjaskrá). Niðurstöðurnar sýndu samverkan í viku 3. Önnur rannsókn sýndi ekki samverkun í viku 6. Engar upplýsingar eru fyrirliggjandi um samsetta meðferð eftir viku 6. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Þar sem áhrif quetíapíns beinast að mestu að miðtaugakerfinu ber að gæta varúðar við samtímis notkun Seroquel og annarra lyfja sem verka á miðtaugakerfið sem og alkóhóls. Cýtókróm P450 (CYP) 3A4 er það ensím sem hefur mest áhrif á cýtókróm P450 miðlað umbrot quetíapíns. Í rannsókn á milliverkunum sem gerð var á heilbrigðum sjálfboðaliðum og gefið var saman quetíapín (25 mg) og ketókónazól, CYP3A4 hemill, jókst flatarmál undir blóðþéttniferli (AUC) quetíapíns 5 til 8 falt. Með þetta til hliðsjónar þá er samtímis notkun quetíapíns og CYP3A4 hemla frábending. Einnig er ekki mælt með að drekka greipaldinsafa með töku quetíapíns. Í fjölskammta rannsókn sem gerð var til að meta lyfjahvörf quetíapíns þegar það var gefið fyrir og samtímis meðferð með karbamazepíni (þekktum lifrarensímhvata) kom fram að karbamazepín eykur úthreinsun quetíapíns marktækt. Þessi aukning á úthreinsun minnkaði almenna útsetningu fyrir quetíapíni (mælt sem AUC) að meðaltali niður í um 13% af því sem var þegar quetíapín er notað eitt sér; þó að meiri áhrif hafi komið fram hjá sumum sjúklingum. Afleiðing þessarar milliverkunar getur verið minni plasmaþéttni sem getur haft áhrif á Seroquel meðferðina. Samtímis notkun Seroquel og fenýtóíns (annar míkrósómal ensímhvati) jók úthreinsun quetíapíns um það bil 450%. Hjá sjúklingum sem nota lifrarensímhvata ætti eingöngu að hefja meðferð með Seroquel ef læknir metur það svo að kostir Seroquel meðferðarinnar séu meiri en áhættan af að hætta notkun lifrarensímhvatans. Það er mikilvægt að allar breytingar á notkun lifrarensímhvatans gerist hægt og ef nauðsyn krefur nota annað lyf sem ekki hvetur lifrarensím (t.d. natríumvalpróat) (sjá einnig kafla 4.4 Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun).Lyfjahvörf quetíapíns breyttust ekki marktækt við samtímis notkun þunglyndislyfjanna imípramíns (þekktur CYP 2D6 hemill) eða flúoxetíns (þekktur CYP 3A4 og CYP 2D6 hemill). Geðrofslyfin risperídón og halóperidól höfðu ekki marktæk áhrif á lyfjahvörf quetíapíns þegar þau voru notuð samtímis. Úthreinsun quetíapíns jókst um það bil 70% þegar tíorídazín er gefið samtímis. Lyfjahvörf quetíapíns breytast ekki ef það er notað samtímis cimetidíni. Lyfjahvörf litíums breytast ekki ef það er notað samtímis Seroquel. Þegar natríumvalpróat og Seroquel voru gefin samtímis breyttust lyfjahvörf þeirra ekki að því marki að það hefði klíniska þýðingu. Ekki hafa verið gerðar formlegar rannsóknir á milliverkunum við algeng lyf gegn hjarta- og æðasjúkdómum. **Aukaverkanir:** Algengustu aukaverkanirnar sem greint hefur verið frá við meðferð með Seroquel eru svefnhöfgi, sundl, munnþurrkur, vægt þróttleysi, hægðatregða, hraður hjartsláttur, réttstöðuþrýstingsfall og meltingartruflanir. Eins og á við um önnur geðrofslyf hefur þyngdaraukning, yfirlið, illkynja sefunarheilkenni, hvítfrumnafæð, hlutleysiskyrningafæð og útlægur bjúgur tengst notkun Seroquel. Tíðni aukaverkana í tengslum við meðferð með Seroquel, er talin upp hér að neðan í samræmi við þá uppsetningu sem Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS III Working Group; 1995) mælir með. Tíðni aukaverkana er flokkuð í samræmi við eftirfarandi: Mjög algengar (>1/10), algengar (>1/100, <1/10), sjaldgæfar (>1/1000, <1/100), mjög sjaldgæfar (>1/10.000, <1/1000) og einstök tilvik (<1/10.000). ***Blóð og eitlar:*** Algengar: Hvítfrumnafæð. Sjaldgæfar: Fjölgun eósínfíkla. Einstök tilvik: Daufkyrningafæð. ***Ónæmiskerfi:*** Sjaldgæfar: Ofnæmi. ***Efnaskipti og næring:*** Einstök tilvik: Blóðsykurshækkun, sykursýki. ***Taugakerfi:*** Mjög algengar: Sundl, svefnhöfgi, höfuðverkur. Algengar: Yfirlið. Sjaldgæfar: Krampar. Einstök tilvik: Síðkomin hreyfitruflun (tardive dyskinesia) ***Hjarta:*** Algengar: Hraðtaktur. ***Æðar:*** Algengar: Réttstöðuþrýstingsfall. ***Öndunarfæri, brjósthol og miðmæti:*** Algengar: Nefslímubólga. Meltingarfæri: Algengar: Munnþurrkur, hægðatregða, meltingartruflanir. ***Lifur og gall:*** Mjög sjaldgæfar: Gula. Einstök tilvik: Lifrarbólga. ***Húð og undirhúð:*** Einstök tilvik: Ofsabjúgur, Stevens-Johnson heilkenni. ***Æxlunarfæri og brjóst:*** Mjög sjaldgæfar: Standpína. ***Almennar aukaverkanir og ástand tengt ökumuleið:*** Algengar: Vægt þróttleysi, útlægur bjúgur. Mjög sjaldgæfar: Illkynja sefunarheilkenni.

Pakkningar og verð: Töflur 25 mg: 100 stk (þynnupakkað); 9.181 kr., Töflur 100 mg: 30 stk (þynnupakkað); 7.811 kr., 100 stk (þynnupakkað); 17.040 kr., Töflur 200 mg: 30 stk (þynnupakkað); 11.255 kr., 100 stk (þynnupakkað); 28.042 kr., Töflur 300 mg: 100 stk (þynnupakkað); 42.567 kr., Töflur, samsett pakkning: 10 stk (þynnupakkað; 6 x 25 mg, 3 x 100 mg, 1 x 200 mg); 2.310 kr.
Afgreiðslutilhögun: R. Greiðsluþátttaka: 100 (Tryggingastofnun greiðir lyfið að fullu.). **Ágúst 2005.**

Seroquel quetiapine

Markaðsleyfishafi: AstraZeneca UK Ltd., Macclesfield, Cheshire. **Umboð á Íslandi:** Vistor hf., Hörgatúni 2, Garðabæ. ***Nánari upplýsingar er að finna í Sérlyfjaskrá.***

Paxetin - Paroxetin 20 mg

Hver tafla inniheldur paroxetinhýdróklóríð, samsvarandi 20 mg af paroxetini. **Ábendingar:** Þunglyndi (miðlungs alvarleg til alvarleg þunglyndisköst). Þráhyggju- og/eða árátusýki. Felmtursröskun. Félagsfælni. Almenn kvíðaröskun. Streituröskun eftir áfall. **Skammtar og lyfjagjöf:** *Þunglyndi:* Ráðlagður upphafsskammtur er 20 mg á dag. Ef nauðsyn krefur má auka skammtinn í 10 mg þrepum með a.m.k. 2 vikna millibili í allt að 50 mg á dag háð svörun sjúklings. *Þráhyggju-árátusýki:* Ráðlagður skammtur er 40 mg á dag en hefja skal meðferð með 20 mg á dag. Ef nauðsyn krefur má auka skammtinn í 10 mg þrepum með a.m.k. 2 vikna millibili í allt að 60 mg á dag háð svörun sjúklings. *Felmtursröskun:* Ráðlagður skammtur er 40 mg á dag en hefja skal meðferð með 10 mg á dag. Ef nauðsyn krefur má auka skammtinn í 10 mg þrepum með a.m.k. 2 vikna millibili í allt að 60 mg á dag háð svörun sjúklings. Ráðlagt er að hefja meðferð með lágum upphafsskammti til að draga úr líkum á versnun kvíðakasta við upphaf meðferðar gegn felmtursröskun. *Félagsfælni:* Ráðlagður skammtur er 20 mg á dag. Ef nauðsyn krefur má auka skammtinn í 10 mg þrepum með a.m.k. 2 vikna millibili í allt að 50 mg á dag háð svörun sjúklings. Klínískar rannsóknir með samanburði við lyfleysu sýna fram á virkni paroxetins gegn félagsfælni við 3 mánaða meðferð. Ekki hefur verið sýnt fram á virkni til lengri tíma. *Almenn kvíðaröskun/Streituröskun eftir áfall:* Ráðlagður skammtur er 20 mg á dag. Svari sjúklingur ekki 20 mg skammti má auka hann í 10 mg þrepum í allt að 50 mg á dag háð svörun sjúklings. Paroxetin ætti að gefa að morgni í einum skammti, með mat. Töfluna ætti að gleypa með vökva, frekar en tyggja. *Aldraðir:* Ráðlagður upphafsskammtur fyrir aldraða sjúklinga ætti að vera sá sami og hjá yngri fullorðnum. Ef nauðsyn krefur má auka hann í 10 mg þrepum með a.m.k. 2 vikna millibili í allt að 40 mg á dag háð svörun sjúklings. *Börn:* Notkun paroxetins hjá börnum og unglingum undir 18 ára aldri er ekki ráðlögð þar sem ekki hefur verið sýnt fram á öryggi og verkun lyfsins fyrir þennan aldurshóp. *Sjúklingar með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi:* Aukin þéttni í blóðvökva getur komið fram hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun <30 ml/mín.) eða verulega skerta lifrarstarfsemi. Því ætti að nota lægri skammta en gefnir eru upp fyrir hverja ábendingu. *Lengd meðferðar:* Sjúklinga ætti að meðhöndla nægilega lengi til að tryggja að þeir séu lausir við sjúkdómseinkenni. Þetta tímabil getur verið nokkrir mánuðir ef um er að ræða þunglyndi og jafnvel lengra sé um að ræða þráhyggju- og/eða árátusýki eða felmtursröskun. Meðferð skal haldið áfram í að minnsta kosti 3 mán. (yfirleitt 6 mán.) eftir að klínísk svörun sést. Til að komast hjá versnun einkenna þegar meðferð er hætt, ætti að minnka skammta smám saman. **Frábendingar/Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Ofnæmi fyrir paroxetini eða einhverju hjálparefna. Ekki má nota paroxetin og ósértæka, óafturkræfa MAO-hemla samtímis. Þessi samsetning getur leitt til alvarlegra, stundum lífshættulegra viðbragða (serótónín heilkenni). Paroxetin ætti ekki að gefa fyrstu 2 vikurnar eftir að meðferð með ósértækum, óafturkræfum MAO-hemli er hætt. Eftir það skal gæta varúðar við upphaf meðferðar með paroxetini og skammtar hækkaðir í þrepum þar til kjörsvörun fæst. Meðferð með ósértækum, óafturkræfum MAO-hemli ætti ekki að hefja fyrr en að minnsta kosti 2 vikum eftir að meðferð með paroxetini er hætt. Samhliða notkun sértækra MAO-A-hemla er alls ekki ráðlögð og ætti ekki að eiga sér stað nema hún sé greinilega nauðsynleg. Ef þessi lyf eru gefin samhliða, þarf að gæta sérstakrar varúðar (nákvæm vöktun sjúklinga, innlögn á spítala við upphaf samhliða notkunar og hefja meðferð með lægstu ráðlögðum skömmtum). Hætta á serótónín heilkenni er minni þegar í hlut eiga sértækir MAO-B-hemlar (selegilín) og paroxetin í ráðlögðum skömmtum en ef um er að ræða ósértæka MAO-hemla. Engu að síður ætti aðeins að nota selegilín og paroxetin samhliða þegar brýn nauðsyn er fyrir hendi og gæta þá sérstakrar varúðar. Við meðhöndlun á þunglyndi er hætta á sjálfsvígum, einkum við upphaf meðferðar þar sem klínísk svörun fæst ekki strax. Eins og við á um alla sértæka serótónín endurupptökuhemla (SSRI) líða 3-4 vikur þar til full meðferðaráhrif nást. Því þarf að fylgjast nákvæmlega með sjúklingum við upphaf meðferðar. Paroxetini skal ávallt ávísað í lágmarksmagni til að draga úr hættu á ofskömmtun. Fráhvarfseinkenni hafa komið fram í tengslum við SSRI-lyf. Meðal einkenna eru: Svimi, skyntruflanir (t.d. truflað húðskyn), svefntruflanir, höfuðverkur, ógleði, kvíði og aukin svitamyndun. Forðast ætti að hætta meðferð skyndilega. Hjá sumum sjúklingum hefur serótónín heilkenni komið fram sem getur verið lífshættulegt. Notkun lyfsins skal hætt og stuðningsmeðferð beitt. Eins og við á um önnur þunglyndislyf skal gæta varúðar við notkun paroxetins hjá sjúklingum með sögu um geðhæð. Greint hefur verið frá geðrofi og skapsveiflum í átt að geðhæðarfasa. Nauðsynlegt getur reynst að hætta meðferð. Gæta skal varúðar við notkun paroxetins hjá sjúklingum með flogaveiki, undirliggjandi þætti sem valdið geta flogum eða sögu um flog. Hætta skal meðferð með paroxetini hjá sjúklingum sem fá flog. Þegar um er að ræða alvarlega skerðingu á lifrar- eða nýrnastarfsemi skal nota lægri skammta en almennt eru ráðlagðir. Íhuga ætti að hætta meðferð með paroxetini ef fram kemur langvarandi hækkun á niðurstöðum prófa á lifrarstarfsemi. Gæta skal varúðar við meðhöndlun sjúklinga með hjarta- og æðasjúkdóma. Sjaldan hefur verið greint frá lækkuðum gildum natríums í blóði, einkum hjá öldruðum. Lækkunin gengur yfirleitt til baka þegar meðferð er hætt. Í sjaldgæfum tilvikum veldur paroxetin vikkun sjáaldra og skal því gæta varúðar við notkun þess hjá sjúklingum með þrönghornsgláku. Takmörkuð reynsla er af notkun paroxetins samhliða raflostsmeðferð. Talið er að SSRI-lyf geti aukið tilhneigingu til blæðinga vegna hindrunar á serótónín-upptöku í blóðflögum. Því skal gæta varúðar hjá sjúklingum með sögu um hættu á blæðingum og við samhliða notkun lyfja sem geta aukið blæðingahættu, þ.m.t. segavarnarlyfja og lyfja sem hafa áhrif á virkni blóðflagna (t.d. bólgueyðandi lyf (NSAID), acetýlsalicýlsýra, tíklódipín, dípýridamól) þar sem milliverkun gæti átt sér stað. Paroxetin ætti ekki að nota ásamt þríhringlaga þunglyndislyfjum eða öðrum lyfjum sem hafa áhrif á miðtaugakerfi nema að það sé greinilega nauðsynlegt. Gæta skal varúðar við notkun paroxetins hjá sjúklingum á róandi lyfjum þar sem einkenni illkynja sefunarheilkennis hafa komið fram. Paroxetin hefur ekki reynst auka áhrif áfengis en forðast ætti neyslu áfengis samhliða töku lyfsins eins og við á um önnur lyf sem hafa áhrif á miðtaugakerfið. Paroxetin og afurðir sem innihalda Jóhannesarjurt ætti ekki að taka samhliða því tíðni aukaverkana getur aukist. Ekki er ráðlagt að gefa börnum eða unglingum undir 18 ára aldri paroxetin. **Milliverkanir:** MAO-hemlar; sjá kafla um varúðarreglur. Forðast ætti samhliða notkun með dextrómetorfani vegna hættu á serótónín heilkenni því dextrómetorfan er veikur hemill gegn upptöku serótóníns. Að auki eru paroxetin og dextrómetorfan bæði umbrotin fyrir tilstilli cýtókróm P450 2D6 og geta hindrað umbrot hvors annars með virkri samkeppni. *Aðrar samsetningar:* Samhliða notkun paroxetins og segavarnarlyfja til inntöku getur leitt til aukinna segavarnaráhrifa og valdið hættu á blæðingum. Því ætti að gæta varúðar við notkun paroxetins hjá sjúklingum á segavarnarlyfjameðferð. INR-gildi ætti að mæla oftar og ef nauðsyn krefur aðlaga skammta segavarnarlyfja. Paroxetin hindrar CYP2D6 ísóensímið og getur því hindrað umbrot lyfja sem umbrotna fyrir tilstilli þessa ensíms, t.d. sumra þríhringlaga þunglyndislyfja (klómipramín, desipramín, nortríptýlín, ímipramín, amítríptýlín), annarra róandi fenótíazínlyfja (t.d. perfenazín, tíórídazín), lyfja af gerð IC gegn hjartsláttaróreglu (t.d. flecaíníð, encaíníð, própafenón) og annarra SSRI-lyfja (t.d. flúoxetín). Gæta þarf varúðar við samhliða notkun paroxetins og þessara lyfja. Hindrun eða örvun ensíma sem stuðla að umbroti lyfja geta haft áhrif á umbrot og lyfjahvörf paroxetins. Samhliða notkun címetidíns og paroxetins getur aukið þéttni paroxetins í blóðvökva þar sem címetidín getur hindrað umbrot paroxetins fyrir tilstilli CYP. Lækka getur þurft skammta paroxetins. Samhliða notkun prócýklidíns og paroxetins getur aukið þéttni prócýklidíns í blóðvökva. Komi fram andkólínvirk áhrif ætti að lækka skammta prócýklidíns. Eins og við á um önnur SSRI-lyf getur gjöf paroxetins og serótónvirkra efna (t.d. MAO-hemla, L-tryptófans) valdið serótónín heilkenni. Einkennin geta verið eirðarleysi, rugl, aukin svitamyndun, ofskynjanir, ofviðbrögð, vöðvakrampar, kuldaskjálftar, hraður hjartsláttur, skjálfti, ógleði og niðurgangur. Samhliða notkun triptan-lyfja (almótriptan, fróvatriptan, naratriptan, rízatriptan, súmatriptan, zolmitriptan) eykur hættu á háþrýstingi og samdrætti í kransæðum vegna viðbótar serótónvirkra áhrifa. Hættan við notkun paroxetins ásamt öðrum efnum er hafa áhrif á miðtaugakerfi hefur ekki verið metin á kerfisbundinn hátt. Því skal gæta varúðar ef samhliða notkun er nauðsynleg. Gæta skal varúðar við samhliða notkun paroxetins og litíums vegna hættu á vægu serótónín heilkenni. Bólgueyðandi lyf (NSAID), acetýlsalicýlsýra; sjá kafla um varúðarreglur. Aukaverkanir geta orðið algengari við samhliða notkun paroxetins og náttúrulyfja sem innihalda Jóhannesarjurt. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki liggja fyrir fullnægjandi upplýsingar varðandi notkun paroxetins hjá þunguðum konum. Rannsóknir á dýrum hafa leitt í ljós eituráhrif við fjölgun. Hætta fyrir menn er ekki þekkt. Paroxetin ætti ekki að nota á meðgöngu nema það sé greinilega nauðsynlegt. Paroxetin berst yfir í brjóstamjólk í mjög lítlu magni. Þéttni í blóðvökva barna á brjósti þegar mæður taka 10-50 mg af paroxetini á dag var undir mælanlegum mörkum (<2 ng/ml) í flestum tilfellum og undir magnákvörðunarmörkum (<4 ng/ml) í hinum. Engin áhrif komu fram hjá neinum af þessum börnum. Engu að síður ætti ekki að gefa konum með barn á brjósti paroxetin nema að ávinningurinn sé meiri en möguleg áhætta fyrir barnið. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Klínísk reynsla af notkun paroxetins bendir ekki til neinna neikvæðra áhrifa á andlega eða líkamlega færni. Engu að síður ætti að brýna fyrir sjúklingum að gæta varúðar við akstur/notkun véla. **Aukaverkanir:** *Algengar:* Aukin svitamyndun, hjartsláttarónot, hægðatregða, höfuðverkur, kynlífsvandamál, (truflað sáðlát, minnkuð kynhvöt, getuleysi, fullnægingarvandamál), meltingartruflanir, minnkuð matarlyst, munnþurrkur, náladofi, niðurgangur, ógleði, óróleiki, réttstöðulágþrýstingur, skjálfti, svefnhöfgi, svefnleysi, svimi, uppköst, vindgangur, þróttleysi, þyngdaraukning, æðavíkkun. *Sjaldgæfar:* Bjúgur (útlimir, andlit), blóðflagnafæð, einkenni of mikils mjólkurhormóns í blóði/mjólkurflæði, gúlshraðsláttur, illkynja sefunarheilkenni, kláði, ljósopsvíkkun, ofstæling, skammvinn hækkun lifrarensíma, útbrot og ofnæmisviðbrögð, suð fyrir eyrum, þvagteppa. *Mjög sjaldgæfar:* Bráð gláka, krampar, óeðlilegar blæðingar (einkum flekkblæðing í húð og blóðflagnafæðarpurpuri), lág natríumþéttni í blóði, lifrarsjúkdómar (s.s. lifrarbólga, stundum ásamt gulu og/eða lifrarbilun), ljósnæmi, ofsakláði, rugl, utanstýrueinkenni. *Koma örsjaldan fyrir, þ.m.t. einstök tilvik:* Quinckes-bjúgur, rósahnútar, trefjalunga. Þó að fráhvarfseinkenni geti komið fram þegar meðferð er hætt benda fyrirliggjandi forklínískar og klínískar upplýsingar ekki til þess að SSRI-lyf séu ávanabindandi. Einkenni sem tilkynnt hefur verið um þegar meðferð hefur verið hætt eru: Svimi, skyntruflanir (t.d. truflað húðskyn), svefntruflanir, höfuðverkur, ógleði, kvíði og aukin svitamyndun. Flest fráhvarfseinkenni eru væg og hverfa af sjálfu sér og geta staðið yfir í eina eða tvær vikur. Íhuga ætti að minnka skammta í þrepum við lok meðferðar. Í undanteknigar-tilvikum hefur komið fram hækkun á lifrarensímum og bráð lifrarbólga, sjaldan alvarleg. Meðferð skal hætt komi fram einkenni um óeðlilega lifrarstarfsemi. **Pakkningar og hámarksverð í smásölu 1.1.2005:** Paxetin 20 mg 20 stk. 2.456 kr., 60 stk. 6.062 kr., 100 stk. 8.308 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R. **Greiðsluþátttaka:** B. **Markaðsleyfishafi:** Actavis hf. Október 2004.

actavis
hagur í heilsu

Ramíl - Ramipril

Virk innihaldsefni: Hver tafla inniheldur 2,5 mg, 5 mg eða 10 mg af ramipríli. **Ábendingar:** Lækkun dánartíðni og fækkun hjarta- og heilaslaga hjá sjúklingum í verulegri hættu, með kransæðasjúkdóma eða sykursýki 2 ásamt viðbótaráhættuþáttum. Meðferð gegn háþrýstingi. Lækkun dánartíðni hjá sjúklingum með væga eða miðlungs alvarlega hjartabilun eftir brátt hjartadrep. Meðferð gegn greinilegum gauklakvilla án tengsla við sykursýki. **Skammtar og lyfjagjöf:** Töflurnar skal taka fyrir, með eða eftir máltíð með glasi af vatni. *Lækkun dánartíðni og fækkun hjarta- og heilaslaga hjá sjúklingum í verulegri hættu, með hjarta- og æðasjúkdóma eða sykursýki af gerð 2 ásamt viðbótar áhættuþáttum:* Ráðlagður upphafsskammtur er 2,5 mg af ramipríli einu sinni á dag. Skammtinn skal auka smátt og smátt, háð þoli. Eftir eina viku er ráðlagt að tvöfalda skammtinn og eftir 3 vikur til viðbótar ætti að auka hann í 10 mg á dag. Venjulegur viðhaldsskammtur er 10 mg einu sinni á dag. *Háþrýstingur:* Ráðlagður upphafsskammtur er 2,5 mg af ramipríli einu sinni á dag. Ef svörun sjúklings er ekki viðunandi má hækka upphafsskammtinn eftir 2-3 vikur. Ráðlagt er að tvöfalda skammtinn. Venjulegur viðhaldsskammtur er 2,5-5 mg á dag. Skammtinn má auka í hámarksskammt, 10 mg á dag, háð svörun sjúklings eða bæta þvagræsilyfi eða öðru háþrýstingslyfi við meðferðina án þess að hækka ramipríl skammtinn upp í meira en 5 mg á dag. *Lækkun dánartíðni af völdum hjarta- og æðasjúkdóma hjá sjúklingum með hjartabilun eftir brátt hjartadrep:* Hefja skal meðferð á 3.-10. degi eftir brátt hjartadrep. Upphafsskammtur eru 1,25-2,5 mg tvisvar á dag. Ef upphafsskammturinn 2,5 mg þolist ekki má lækka skammtinn í 1,25 mg tvisvar á dag í tvo daga. Fylgjast skal með blóðþrýstingi og nýrnastarfsemi. Síðan skal tvöfalda skammtinn, háð svörun sjúklings, með a.m.k. tveggja daga millibili, í að hámarki 10 mg á dag. Skammtinn má gefa einu sinni eða tvisvar á dag, háð þoli sjúklings. *Meðferð gegn greinilegum gauklakvilla án tengsla við sykursýki:* Ráðlagður skammtur er 1,25 mg einu sinni á dag. Skammtinn má auka með því að tvöfalda hann á 2-3 vikna fresti. Viðhaldsskammtur er 5 mg á dag. Hámarksdagsskammtur er 10 mg. *Almennt:* Leiðrétta skal blóðsalta- og/eða vökvaskort ef unnt er eða ef sjúklingur er í þvagræsimeðferð má hugsanlega draga úr eða hætta henni 2-3 dögum fyrir meðferð með ramipríli (hjá sjúklingum með hjartabilun, skal hinsvegar meta þetta m.t.t. hættu á bjúgsöfnun). Hjá þessum sjúklingum skal hefja meðferð með lægsta staka skammti af ramipríli, 1,25 mg að morgni. Eftir gjöf fyrsta skammts en einnig eftir hækkun ramipríl skammta og/eða skammta óflugra þvagræsilyfja, skulu sjúklingar vera undir eftirliti læknis í að minnsta kosti 8 klst. til að forðast alvarlegt réttstöðublóðþrýstingsfall. *Skammtar við skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi:* Hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 20-50 ml/mín/1,73m^2) er ráðlagður upphafsskammtur 1,25 mg ramipríl en hámarksskammtur má ekki fara yfir 5 mg af ramipríli einu sinni á dag. Hjá sjúklingum með kreatínín úthreinsun <20 ml/mín/1,73m^2 er ráðlagður upphafsskammtur 1,25 mg af ramipríli annan hvern dag en hámarksskammtur má ekki fara yfir 2,5 mg af ramipríli einu sinni á dag. Varðandi sjúklinga með skerta lifrarstarfsemi sjá „Varnaðarorð og varúðarreglur". *Notkun hjá öldruðum:* Skammta skal miða við nýrnastarfsemi hjá öldruðum. *Notkun hjá börnum:* Notkun er ekki ráðlögð. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir ramipríli, einhverju hjálparefna lyfsins eða öðrum ACE-hemli. Saga um ofsabjúg í tengslum við fyrri meðferð með ACE-hemli. Arfgengur eða sjálfvakinn ofsabjúgur. Annar og síðasti þriðjungur meðgöngu. Þrengingar í báðum nýrnaslagæðum eða þrenging í slagæð til staks nýra, er hafa blóðaflfræðilega þýðingu. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** *Lágur blóðþrýstingur sem veldur einkennum* kemur sjaldan fram hjá sjúklingum með háþrýsting án fylgikvilla. Hjá sjúklingum með háan blóðþrýsting sem fá ramipríl, er lágur blóðþrýstingur líklegri ef um vökvaskort er að ræða, t.d. vegna meðferðar með þvagræsilyfjum, takmörkunar á salti í fæðu, skilunar, niðurgangs eða uppkasta eða ef um verulegan, renínháðan háþrýsting er að ræða. Hjá sjúklingum með hjartabilun, með eða án tengdrar nýrnabilunar, hefur komið fram lágur blóðþrýstingur með einkennum. Líklegast er að þetta komi fram hjá sjúklingum með alvarlega hjartabilun, sem endurspeglast í notkun hárra skammta af kröftugum þvagræsilyfjum, lágri þéttni natríums í blóði eða skertri nýrnastarfsemi. Fylgjast þarf vel með sjúklingum sem hætt er við lágum blóðþrýstingi með einkennum við upphaf meðferðar og skammtaaðlögun. Sama á við um sjúklinga með blóðburðarsjúkdóma í hjarta eða í heilaæðum þar sem verulegt blóðþrýstingsfall gæti leitt til hjartadreps eða heilablóðfalls. Falli blóðþrýstingur skal leggja sjúkling útaf og ef nauðsyn krefur gefa saltvatn með innrennsli í bláæð. Skammvinnt blóðþrýstingsfall er ekki frábending gegn frekari notkun en yfirleitt er hægt að halda áfram án vandkvæða er blóðþrýstingurinn hefur hækkað eftir vökvagjöf. Hjá sumum sjúklingum með hjartabilun sem hafa eðlilegan eða lágan blóðþrýsting getur ramipríl valdið viðbótarlækkun blóðþrýstings. Þessi áhrif eru fyrirsjáanleg og yfirleitt ekki ástæða til að hætta meðferð. Ef einkenni lágþrýstings koma fram getur reynst nauðsynlegt að lækka skammta eða hætta notkun ramipríls. *Lágur blóðþrýstingur með bráðu hjartadrepi:* Ekki má hefja meðferð með ramipríli hjá sjúklingum með brátt hjartadrep sem eiga á hættu að fá blóðþrýstingsfall eftir meðferð með æðavíkkandi lyfi. Þetta eru sjúklingar með slagbilsþrýsting 100 mmHg eða lægri og sjúklingar í hjartalosti. *Ósæðar- og míturlokuþrengsli/-ofvaxtarhjartavöðvakvilli:* Eins og við á um aðra ACE-hemla, skal gæta varúðar við notkun ramipríls hjá sjúklingum með míturlokuþrengsli og hindrun á útflæði úr vinstri slegli s.s. ósæðarþrengsli eða ofvaxtarhjartavöðvakvilla. Ekki skal gefa ramipríl í tilvikum þar sem um slíkar blóðafl fræðilegar truflanir er að ræða. *Skert nýrnastarfsemi:* Miða skal upphafsskammt af ramipríli við kreatínín úthreinsun sjúklingsins og síðan samkvæmt svörun sjúklingsins við meðferð. Hjá þessum sjúklingum er reglulegt eftirlit með kalíum og kreatíníni hluti venjulegs lækniseftirlits. *Hjartabilun:* Hjá sjúklingum með hjartabilun, getur blóðþrýstingslækkun í upphafi meðferðar með ACE-hemlum valdið frekari skerðingu á nýrnastarfsemi. Greint hefur verið frá bráðri nýrnabilun, yfirleitt afturkræfri, við slíkar aðstæður. *Þrengingar í báðum nýrnaslagæðum eða þrenging í slagæð til staks nýra:* Hjá sumum þessara sjúklinga sem fá meðferð með ACE-hemlum hefur komið fram hækkuð þéttni þvagefnis í blóði og kreatíníns í sermi, sem yfirleitt gengur tilbaka þegar meðferð er hætt. Þetta á sérstaklega við um sjúklinga með skerta nýrnastarfsemi. Ef nýrnaháþrýstingur er einnig til staðar er aukin hætta á alvarlegum lágþrýstingi og alvarlegri skerðingu á nýrnastarfsemi. Hefja skal meðferð hjá þessum sjúklingum undir nákvæmu lækniseftirliti með lágum skömmtum og gæta varúðar við skammtaaðlögun. Þar sem meðferð með þvagræsilyfjum getur stuðlað að ofangreindu, skal hætta notkun þeirra og fylgjast með nýrnastarfsemi fyrstu vikur meðferðar með ramipríli. *Háþrýstingur:* Hjá sumum sjúklingum með háþrýsting, án greinanlegra undirliggjandi sjúkdóma í nýrnaæðum, hefur komið fram aukning í þéttni þvagefnis í blóði og kreatíníns í sermi, sem yfirleitt er væg og tímabundin, einkum þegar ramipríl hefur verið gefið samhliða þvagræsilyfi. Meiri líkur eru á að þetta komi fram hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. Nauðsynlegt getur reynst að lækka skammta og/eða hætta meðferð með þvagræsilyfinu og/eða ramipríli. *Brátt hjartadrep:* Við brátt hjartadrep skal ekki hefja meðferð með ramipríli hjá sjúklingum með merki um skerta nýrnastarfsemi. Komi fram skerðing á nýrnastarfsemi meðan á meðferð með ramipríli stendur ætti að íhuga að hætta notkun ramipríls. *Nýrnaígræðsla:* Engin reynsla er af notkun ramipríls hjá sjúklingum sem nýlega hafa gengist undir nýrnaígræðslu og notkun því ekki ráðlögð. *Sjúklingar í blóðskilun:* Greint hefur verið frá bráðaofnæmisviðbrögðum hjá sjúklingum sem fengu ACE-hemla samhliða skilun með háflæðihimnum. Hjá þessum sjúklingum skal íhuga notkun annarrar tegundar af himnu við skilun eða notkun blóðþrýstingslækkandi lyfja úr öðrum flokki. *Ofnæmi/ofsabjúgur:* Mjög sjaldan hefur verið greint frá ofsabjúgi í andliti, útlimum, vörum, tungu, raddböndum og/eða barkakýli hjá sjúklingum á meðferð með ACE-hemlum, þ.m.t. ramipríli. Þetta getur átt sér stað hvenær sem er meðan á meðferð stendur. Í slíkum tilvikum skal strax hætta meðferð með ramipríli og hefja viðeigandi meðferð og eftirlit til að tryggja að einkenni hafi algerlega gengið til baka áður en sjúklingar eru útskrifaðir. Jafnvel í þeim tilvikum þar sem aðeins kemur fram bólga í tungu, án öndunarörðugleika, geta sjúklingar þurft á eftirliti að halda í langan tíma þar sem ekki er víst að meðferð með andhistamínum og barksterum nægi. Örsjaldan hefur verið greint frá dauðsföllum er tengjast ofsabjúgi í barkakýli eða tungu. Sjúklingar sem fá einkenni í tungu, raddbönd eða barkakýli eiga á hættu að fá teppu í öndunarveg, einkum þeir sem áður hafa gengist undir aðgerðir á öndunarvegi. Í slíkum tilvikum skal beita bráðameðferð án tafar. Hún getur falið í sér gjöf adrenalíns og/eða að halda öndunarvegi opnum. Sjúklingurinn skal vera undir nákvæmu eftirliti læknis þar til algert og viðvarandi afturhvarf einkenna hefur verið staðfest. Sjúklingar sem áður hafa fengið ofsabjúg, án tengsla við notkun ACE-hemla, geta verið í aukinni hættu vegna ofsabjúgs við notkun ACE-hemla. *Bráðaofnæmi í tengslum við LDL-skilun:* Mjög sjaldan hefur verið greint frá lífshættulegum bráðaofnæmisviðbrögðum hjá sjúklingum sem fengu ACE-hemla samhliða LDL-skilun með dextransúlfati. Komist var hjá þessum viðbrögðum með því að gera tímabundið hlé á meðferðinni með ACE-hemlinum fyrir hverja skilun. *Ónæming:* Komið hafa fram bráðaofnæmisviðbrögð hjá sjúklingum sem fá ACE-hemla meðan á ónæmingu stendur. Komist hefur verið hjá þessum einkennum með tímabundnu hléi á meðferð en þau hafa komið fram aftur ef lyfið hefur verið gefið aftur fyrir slysni. *Lifrarbilun:* Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi geta haft minni hæfni til að mynda virka efnið ramiprílat. Ekki er næg reynsla til staðar til að gefa ákveðnar ráðleggingar varðandi skömmtun. Mjög sjaldan hefur notkun ACE-hemla tengst heilkenni, sem byrjar með stíflugulu sem þróast í alvarlegt drep og (stundum) dauða. Meinmyndun heilkennisins er ekki þekkt. Sjúklingar sem fá ramipríl og fá gulu eða verulega hækkun lifrarensíma ættu að hætta notkun ramipríls og gangast undir viðeigandi læknisfertirlit. *Frumkomið aldósterónheilkenni:* Sjúklingar með frumkomið aldósterónheilkenni svara ekki blóðþrýstingslækkandi lyfjum sem hafa áhrif með hindrun renín-angíótensínkerfisins. Notkun ramipríls hjá þessum sjúklingum er því ekki ráðlögð. *Daufkyrningafæð/kyrningahrap:* Greint hefur verið frá daufkyrningafæð/kyrningahrapi, blóðflagnafæð og blóðleysi hjá sjúklingum sem fá ACE-hemla. Hjá sjúklingum með eðlilega nýrnastarfsemi og enga aðra áhættuþætti kemur daufkyrningafæð mjög sjaldan fram. Daufkyrningafæð og kyrningahrap ganga til baka eftir að notkun ACE-hemilsins er hætt. Gæta skal sérstakrar varúðar við notkun ramipríls hjá sjúklingum með bandvefs æðasjúkdóm, sjúklingum sem eru á ónæmisbælandi meðferð, meðferð með allópúrínóli eða prócaínamíði eða einhverja samsetningu þessara áhættuþátta, einkum ef vitað er um skerta nýrnastarfsemi. Sumir þessara sjúklinga fengu alvarlegar sýkingar, sem í nokkrum tilvikum svöruðu ekki öflugri meðferð með sýklalyfjum. Ef ramipríl er notað hjá slíkum sjúklingum er reglulegt eftirlit með fjölda hvítra blóðkorna ráðlagt og sjúklingum skal gefa fyrirmæli um að greina frá öllum einkennum sýkinga. *Kynþættir:* Tíðni ofsabjúgs af völdum ACE-hemla er hærri hjá sjúklingum af svarta kynstofninum en af öðrum kynþáttum.Eins og á við um aðra ACE-hemla, geta blóðþrýstingslækkandi áhrif ramipríls verið minni hjá sjúklingum af svarta kynstofninum, hugsanlega vegna þess að lág renínvirkni eru algengari hjá háþrýstisjúklingum af svarta kynstofninum. *Hósti:* Greint hefur verið frá hósta við notkun ACE-hemla. Einkennandi er að hóstinn er án uppgangs, viðvarandi og hverfur eftir að meðferð er hætt. Hafa skal hósta af völdum ACE-hemla í huga við greiningu orsaka hósta. *Skurðaðgerðir/svæfingar:* Hjá sjúklingum sem gangast undir meiriháttar skurðaðgerðir eða við svæfingar með lyfjum sem valda blóðþrýstingslækkun, getur ramipríl hamlað myndun angíótensíns II sem svörun við renínlosun. Ef lágþrýstingur kemur fram, sem talinn er vera vegna þessa ferlis, má leiðrétta hann með vökvagjöf. *Hækkuð kalíumþéttni* í sermi hefur komið fram hjá sumum sjúklingum á meðferð með ACE-hemlum, þ.m.t. ramipríli. Sjúklingar sem eiga hækkun kalíums í blóði á hættu eru m.a. sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi, sykursýki og þeir sem eru samhliða á meðferð með kalíumsparandi þvagræsilyfjum, kalíumuppbót eða nota saltliki sem inniheldur kalíum eða sjúklingar sem taka önnur lyf sem auka þéttni kalíums í sermi. Ef samhliða notkun áðurnefndra efna er talin viðeigandi, er mælt með reglulegu eftirliti með kalíum í sermi. **Milliverkanir:** *Kalíumsparandi þvagræsilyf, kalíumuppbót* eða saltliki sem inniheldur kalíum geta valdið verulegri hækkun kalíums í sermi. ACE-hemlar draga úr kalíumtapi af völdum þvagræsilyfja. Ef þörf er á samhliða notkun vegna þess að lækkun hafi komið fram á kalíumþéttni, skal gæta varúðar við notkun þessara efna og framkvæma reglulegt eftirlit með kalíumþéttni í sermi. *Tíazíð og öflug þvagræsilyf:* Fyrri meðferð með háum skömmtum af þvagræsilyfjum getur valdið vökvatapi og hættu á lágum blóðþrýstingi við upphaf meðferðar með ramipríli. Draga má úr blóðþrýstingslækkandi áhrifum með því að hætta notkun þvagræsilyfsins, auka vökva- eða saltneyslu eða með því að hefja meðferð með ramipríli í lágum skömmtum. *Önnur lyf gegn háþrýstingi:* Samhliða notkun getur aukið blóðþrýstingslækkandi áhrif ramipríls. Samhliða notkun nítróglýceríns og annarra nítrata eða æðavíkkandi lyfja geta lækkað blóðþrýsting enn frekar. *Litíum:* Greint hefur verið frá afturkræfri hækkun á litíumþéttni í sermi og eituráhrifum við samhliða notkun litíums og ACE-hemla. Samhliða notkun tíazíðþvagræsilyfja getur aukið hættuna á litíumeitrun og aukið enn frekar eituráhrif litíums vegna ACE-hemla. Notkun ramipríls ásamt litíum er ekki ráðlögð en þegar slík notkun reynist nauðsynleg, skal fylgjast vel með þéttni litíums í sermi. *Þríhringlaga þunglyndislyf/geðrofslyf /svæfingalyf:* Notkun ákveðinna svæfingalyfja, þríhringlaga þunglyndislyfja og geðrofslyfja samhliða ACE-hemlum getur valdið frekari lækkun blóðþrýstings. *Bólgueyðandi lyf (NSAID):* Langvinn notkun bólgueyðandi lyfja getur dregið úr blóðþrýstingslækkandi áhrifum ACE-hemils. Bólgueyðandi lyf og ACE-hemlar hafa samlegðaráhrif á aukningu kalíums í sermi og geta leitt til skerðingar á nýrnastarfsemi. Þessi áhrif eru yfirleitt afturkræf. Mjög sjaldan getur komið fram bráð nýrnabilun, einkum hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi, s.s. öldruðum eða þeim sem líða vökvaskort. *Adrenvirk lyf* geta dregið úr blóðþrýstingslækkandi áhrifum ACE-hemla. *Sykursýkislyf:* Faraldsfræðilegar rannsóknir benda til að samhliða notkun ACE-hemla og sykursýkislyfja (insúlíns, sykursýkislyfja til inntöku) geti aukið blóðsykurslækkandi áhrif lyfjanna og aukið hættu á blóðsykursfalli. Meiri líkur virtust á því að þetta kæmi fram á fyrstu vikum samhliða meðferðar og hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. *Allópúrínól, prókaínamíð, frumueyðandi eða ónæmisbælandi lyf:* Hætta á hvítkornafæð eykst, einkum ef ACE-hemlar eru gefnir í hærri skömmtun en ráðlagðir eru. *Trímetóprím* notað samhliða ACE-hemlum getur stuðlað að hárri kalíumþéttni í blóði. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ramipríl skal ekki nota á fyrsta þriðjungi meðgöngu. Þegar þungun er áætluð eða staðfest skal skipta yfir á aðra meðferð eins fljótt og unnt er. Ekki má nota ramipríl á öðrum og síðasta þriðjungi. Langvarandi útsetning ACE-hemla á öðrum og síðasta þriðjungi meðgöngu veldur eituráhrifum á fóstur og nýbura. Hafi ramipríl verið notað eftir upphaf annars þriðjungs meðgöngu er ómskoðun á nýrnastarfsemi og höfuðkúpu ráðlögð. Fylgjast skal náið með ungbörnum mæðra sem tekið hafa ramipríl m.t.t. lágþrýstings, þvagburðar og hárrar kalíumþéttni í blóði. Ramipríl, sem fer yfir fylgju, hefur verið fjarlægt úr blóði nýbura með kviðskilun með einhverjum klínískum árangri og fræðilega má fjarlægja það með blóðskiptum. Ekki er vitað hvort ramipríl skilst út í brjóstamjólk kvenna. Notkun ramipríls er ekki ráðlögð hjá konum sem eru með barn á brjósti. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Ramíl hefur lítil eða væg neikvæð áhrif á hæfni til aksturs eða notkunar véla. Þetta á einkum við í upphafi meðferðar eða þegar skipt er yfir frá öðrum lyfjum og við samhliða neyslu áfengis. **Aukaverkanir:** *Algengar:* Svimi, höfuðverkur, réttstöðuáhrif (þ.m.t. lágþrýstingur), hósti, niðurgangur, uppköst, skert nýrnastarfsemi. *Sjaldgæfar:* Skapbreytingar, náladofi, svimi (vertigo), bragðtruflanir, svefntruflanir, hjartadrep eða heilablóðfall (hugsanlega tengt blóðþrýstingsfalli hjá sjúklingum í áhættuhópi), hjartsláttaróþol, hraðtaktur, Raynauds heilkenni, mæði, nefslímubólga, ógleði, kviðverkir, meltingartruflanir, lystarleysi, útbrot, kláði, getuleysi, þreyta, máttleysi, hækkuð þéttni þvagefnis í blóði, hækkuð þéttni kreatíníns í sermi, hækkuð lifrarensím, hækkuð þéttni kalíums í blóði. *Mjög sjaldgæfar:* Lækkað hemóglóbín, lækkuð blóðkornaskil, rugl, munnþurrkur, ofnæmi/ofsabjúgur, ofsakláði, hárlos, psoriasis, þvageitrun, bráð nýrnabilun, brjóstastækkun hjá körlum, hækkuð þéttni bilirúbíns í sermi, lækkuð þéttni natríums í blóði. *Örsjaldan koma fyrir:* Beinmergsbæling, blóðleysi, blóðflagnafæð, hvítkornafæð, kyrningahrap, blóðlýsublóðleysi, eitlastækkanir, sjálfsofnæmissjúkdómar, blóðsykurslækkun, berkjukrampar, skútabólga, ofnæmislungnabólga, brisbólga, lifrarbólga í lifrarfrumum eða af völdum gallteppu, gula, ofsabjúgur í þörmum, gallvegaskorpulifur, svitamyndun, blöðrusótt, drep í húðþekju, Steven-Johnsons heilkenni, regnbogaroðasótt, þvagþurrð/þvagleysi. Greint hefur verið frá safni einkenna sem geta verið eitt eða fleiri eftirgreindra: Hiti, æðabólga, vöðvaverkir, liðverkir/liðbólga, jákvætt ANA, hækkað sökk, eósínfiklafjöld og hvítfrumnafjölgun, útbrot, ljósnæmi eða aðrir húðsjúkdómar geta komið fram. **Pakkningar og hámarksverð í smásölu** (01.08.05): Töflur 2,5 mg: 30 stk. 1.811 kr., 100 stk. 4.949 kr. Töflur 5 mg: 30 stk. 2.744 kr., 100 stk. 6.162 kr. Töflur 10 mg: 100 stk. 9.464 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R. **Greiðsluþátttaka:** B. **Markaðsleyfishafi:** Actavis hf. Október 2004.

actavis
hagur í heilsu

Ramazíð - *Ramipril/hydroklortiazid*

Virk innihaldsefni: Hver tafla inniheldur 2,5 mg ramipril og 12,5 mg hýdróklórtíazíð (HCT). **Ábendingar:** Háþrýstingur sem ekki er hægt að meðhöndla á viðunandi hátt með ramipríli einu sér (eða HCT einu sér). **Skammtar og lyfjagjöf:** Gjöf ramipríls og HCT í sömu töflunni er eingöngu ráðlögð eftir einstaklingsbundna aðlögun skammta með virku efnunum hvoru í sínu lagi. Ramazíð töflur skal taka í einum skammti fyrir, með eða eftir morgunverð. Ramazíð töflur á ekki að brjóta í sundur. Skammtinn má auka með a.m.k. þriggja vikna millibili. Venjulegur viðhaldsskammtur er 1 tafla að morgni. Hámarksskammtur er 2 töflur. *Fyrri meðferð með þvagræsilyfjum:* Hætta skal meðferð með þvagræsilyfjum 2-3 dögum áður en meðferð með Ramazíð er hafin. Ef þetta er ekki mögulegt, skal hefja meðferð með ramipríli einu sér, 1,25 mg skammti. *Aldraðir sjúklingar og sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi:* Hjá öldruðum sjúklingum og sjúklingum með kreatínín úthreinsun 30-60 ml/mín skal gæta sérstakrar varúðar við aðlögun skammta hvors virks efnis fyrir sig áður en skipt er yfir í Ramazíð. Skammturinn ætti að vera eins lágur og mögulegt er. Ekki má nota Ramazíð hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun <30 ml/mín/1,73 m^2 líkamsyfirborðs). *Skert lifrarstarfsemi:* Hjá sjúklingum með væga til miðlungs alvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi ætti að aðlaga ramipríl skammtinn áður en skipt er yfir í Ramazíð. Ekki skal nota Ramazíð hjá sjúklingum með alvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi og/eða gallteppu. *Börn og unglingar (< 18 ára):* Ekki hefur verið sýnt fram á öryggi og virkni Ramazíðs hjá börnum og er notkun því ekki ráðlögð. **Frábendingar:** Saga um ofnæmi fyrir ramipríli, öðrum ACE-hemli eða einhverju hjálparefna lyfsins. Saga um ofnæmi fyrir HCT eða öðrum lyfjum sem innihalda súlfonamíð. Ofsabjúgur í tengslum við fyrri meðferð með ACE-hemli. Arfgengur eða sjálfvakinn ofsabjúgur. Verulega skert nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun <30 ml/mín). Verulega skert lifrarstarfsemi. Annar eða síðasti þriðjungur meðgöngu. Brjóstagjöf. Þvagsýrugigt. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Ramipríl: Sjá sérlyfjaskrártexta fyrir Ramil hér að framan. HCT: *Skert nýrnastarfsemi:* Hjá sjúklingum með nýrnasjúkdóma geta tíazíð valdið aukningu köfnunarefnissambanda í blóði. Hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi geta komið fram samlegðaráhrif lyfjanna. Ef framsækinn nýrnasjúkdómur kemur fram, sem einkennist af aukningu köfnunarefnis sem ekki kemur úr próteinum, þarf að meta meðferðina vandlega og íhuga skal að hætta meðferð með þvagræsilyfjum. *Skert lifrarstarfsemi:* Gæta skal varúðar við notkun tíazíða hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi eða framsækinn lifrarsjúkdóm þar sem litlar sveiflur í vökva- og saltajafnvægi geta valdið lifrardái. *Áhrif á efnaskipti og innkirtla:* Meðferð með tíazíði getur dregið úr sykurþoli. Hjá sykursýkissjúklingum gæti þurft að aðlaga skammta af insúlíni eða sykursýkislyfjum til inntöku. Sykursýki sem ekki hefur verið greind getur komið fram við tíazíð meðferð. Hækkun kólesteróls og þríglýseríða í blóði hefur verið tengd þvagræsandi meðferð með tíazíði. Þvagsýrudreyri og greinileg þvagsýrugigt geta komið fram hjá sumum sjúklingum við meðferð með tíazíð þvagræsilyfjum. *Ójafnvægi í blóðsaltabúskap:* Eins og hjá öllum sjúklingum á meðferð með þvagræsilyfjum skal reglulega framkvæma mælingar á blóðsöltum í sermi. Tíazíð, þ.m.t. HCT, geta valdið truflunum á vökva-og blóðsaltajafnvægi. Einkenni er benda til röskunar vökva- eða blóðsaltajafnvægis eru munnþurrkur, þorsti, máttleysi, svefnhöfgi, syfja, eirðarleysi, vöðvaverkir/vöðvakrampar, vöðvaslappleiki, lágur blóðþrýstingur, þvagþurrð, hraðtaktur og meltingaróþægindi s.s. ógleði og uppköst. Þó lág kalíumþéttni geti komið fram við notkun tíazíð þvagræsilyfja, getur samhliða notkun ramipríls dregið úr áhrifum þvagræsilyfsins til lækkunar á kalíumþéttni. Líkur á lágri kalíumþéttni eru mestar hjá sjúklingum með skorpulifur, hjá sjúklingum sem verða fyrir snöggri þvagræsingu, hjá sjúklingum sem neyta ekki nægilegs magns af söltum og hjá sjúklingum á samhliða meðferð með barksterum eða ACTH. Í hita getur komið fram lág natríumþéttni hjá sjúklingum með bjúg. Klóríðskorturinn er yfirleitt vægur og krefst ekki meðhöndlunar. Tíazíð geta dregið úr útskilnaði kalsíums með þvagi og valdið vægri tímabundinni hækkun kalsíums í sermi, jafnvel þó ekki sé um að ræða þekktar truflanir á kalsíumefnaskiptum. Greinileg hækkun kalsíum getur verið vísbending um leynda ofstarfsemi skjaldkirtils. Hætta skal notkun tíazíða áður en prófanir á virkni skjaldkirtils eru gerðar. Sýnt hefur verið fram á að tíazíð auki útskilnað magnesíums um nýru, sem getur leitt til lágrar magnesíumþéttni. *Daufkyrningafæð/kyrningahrap:* Notkun Ramazíðs skal hætt ef daufkyrningafæð (fjöldi daufkyrninga minni en 1000/mm3) greinist eða grunur leikur á að um slíka fækkun sé að ræða. *Lyfjapróf:* HCT getur framkallað jákvæðar niðurstöður á lyfjaprófum. *Annað:* Ofnæmisviðbrögð geta komið fram hjá sjúklingum með eða án sögu um ofnæmis- eða berkjuastma. Greint hefur verið frá mögulegri versnun eða virkjun rauðra úlfa. **Milliverkanir:** Ramipríl: Sjá sérlyfjaskrártexta fyrir Ramil hér að framan. HCT: *Amfótericín B, carbenoxolón, barksterar, kortikótrópín (ACTH) eða örvandi hægðalosandi lyf:* HCT getur truflað blóðsaltajafnvægi, einkum lækkað kalíumþéttni. *Kalsíumsölt:* Aukin þéttni kalsíum í sermi vegna minni útskilnaðar getur komið fram ef söltin eru gefin samhliða tíazíð þvagræsilyfjum. *Hjartaglýkósíð:* Aukin hætta á digitaliseitrun ásamt lækkaðri kalíumþéttni af völdum tíazíðs. *Kólestýramín resín og kólestípól* geta minnkað eða hægt á frásogi HCT. Því ætti að taka súlfonamíðþvagræsilyf a.m.k. einni klukkustund fyrir eða 4-6 klukkustundum eftir töku þessara lyfja. *Vöðvaslakandi lyf sem ekki valda afskautun (t.d. túbókúrarínklóríð):* HCT getur aukið áhrif þessara lyfja. *Lyf tengd sleglahraðtakti:* Vegna hættu á lækkun kalíumþéttni, skal gæta varúðar ef HCT er notað samhliða lyfjum sem tengjast sleglahraðtakti, t.d. sumum róandi lyfjum og öðrum lyfjum sem vitað er að örva sleglahraðtakt. *Sótalól:* Lág kalíumþéttni vegna tíazíðnotkunar getur aukið hættu á hjartsláttartruflunum af völdum sótalóls. Ramipríl/HCT: *Kalíumuppbót, kalíumsparandi þvagræsilyf eða saltlíki sem inniheldur kalíum:* Þrátt fyrir að í klínískum rannsóknum á notkun ACE-hemla hafi kalíumþéttni í sermi almennt haldist innan eðlilegra marka, kom hækkun á kalíumþéttni fram hjá nokkrum sjúklingum. Áhættuþættir vegna hækkunar á kalíumþéttni voru meðal annars skert nýrnastarfsemi, sykursýki og samhliða notkun kalíumsparandi þvagræsilyfja, kalíumuppbótar eða saltlíkis sem inniheldur kalíum, einkum hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi sem getur valdið verulegri hækkun kalíums í sermi. Ef ramipríl er gefið ásamt kalíumlosandi þvagræsilyfi, getur það haft áhrif gegn lækkun á kalíumþéttni af völdum þvagræsilyfsins. *Litíum:* Greint hefur verið frá afturkræfri hækkun á lítíumþéttni í sermi og eituráhrifum við samhliða notkun litíums og ACE-hemla. Samhliða notkun tíazíðþvagræsilyfja getur aukið hættuna á litíumeitrun og aukið þegar aukin eituráhrif litíums vegna ACE-hemla. Notkun ramipríls ásamt litíum er ekki ráðlögð en þegar slík notkun reynist nauðsynleg skal fylgjast vel með þéttni litíums í sermi. *Trímetóprím:* Samhliða notkun ACE-hemla, tíazíða og trímetópríms eykur hættu á of hárri kalíumþéttni. *Natríumklóríð:* Blóðþrýstingslækkandi áhrif samsettrar meðferðar með ramipríli og HCT minnka. *Meðferð með salicýlötum í háum skömmtum (>3 g/dag):* HCT getur aukið eituráhrif salicýlata á miðtaugakerfið. **Meðganga og brjóstagjöf:** *Meðganga*: Notkun Ramazíðs er ekki ráðlög á fyrsta þriðjungi meðgöngu. Þegar þungun er skipulögð eða staðfest skal hefja aðra meðferð eins fljótt og unnt er. Samanburðarrannsóknir á notkun ACE-hemla hjá mönnum hafa ekki verið framkvæmdar en í takmörkuðum fjölda tilvika þar sem útsetning hefur orðið á fyrsta þriðjungi meðgöngu hefur ekki komið fram vansköpun. Ramazíð á ekki að nota á öðrum og síðasta þriðjungi meðgöngu. Langvarandi útsetning á öðrum og síðasta þriðjungi meðgöngu getur aukið eituráhrif hjá fóstrum og nýburum. Ef um langvinna útsetningu fyrir HCT á síðasta þriðjungi meðgöngu er að ræða getur það valdið blóðþurrð í fóstri/fylgju og hættu á heftingu vaxtar. Ennfremur hefur verið greint frá sjaldgæfum tilvikum blóðsykurslækkunar og blóðflagnafæðar hjá nýburum sem hafa verið útsettir fyrir HCT rétt fyrir fæðingu. HCT getur dregið úr rúmmáli plasma, svo og blóðflæði um fylgju. Hafi Ramazíð verið notað eftir upphaf annars þriðjungs meðgöngu er ómskoðun á nýrnastarfsemi og höfuðkúpu ráðlögð. *Brjóstagjöf:* Konur með barn á brjósti mega ekki nota Ramazíð. Bæði ramipríl og HCT skiljast út í brjóstamjólk há konum. Tíazíðnotkun kvenna með barn á brjósti hefur verið tengd minnkun á og jafnvel talin hindra mjólkurmyndun. Ofnæmi fyrir lyfjum af súlfónamíð uppruna, lág kalíumþéttni og gulufárstaugakvellur geta komið fram. Vegna hættunnar á alvarlegum aukaverkunum á börn á brjósti, af völdum beggja lyfja, skal taka ákvörðun um hvort hætta beri brjóstagjöf eða hætta meðferðinni en taka ber tilliti til mikilvægis meðferðarinnar fyrir móðurina. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Ramazíð hefur engin eða óveruleg áhrif á hæfni til aksturs eða notkunar véla. **Aukaverkanir:** Eftirtaldar aukaverkanir hafa komið fram í tengslum við notkun ACE-hemla, ramipríls eða HCT. *Algengar:* Lágur blóðþrýstingur, svimi, þreyta, höfuðverkur, slappleiki, hósti, berkjubólga, ógleði, kviðverkir, uppköst, meltingartruflanir, ofnæmisviðbrögð eins og útbrot, lág kalíumþéttni, þvagsýrudreyri ásamt aukningu á þvagefni og kreatíníni, blóðsykurshækkun, þvagsýrugigt. *Sjaldgæfar:* Svefnhöfgi, sinnuleysi, taugaveiklun, próteinmiga, uppmagálskrampi, þorsti, hægðatregða, niðurgangur, lystarleysi, ljósnæmi, versnun Raynaudsveiki, kláði, ofsakláði, bjúgur við ökkla (aukin tíðni ofsabjúgs hjá svörtu fólki), há kalíumþéttni, lág natríumþéttni, lág magnesíumþéttni, há klóríðþéttni, há kalsíumþéttni, tárubólga/hvarmaþroti, minnkuð kynhvöt. *Mjög sjaldgæfar:* Segarekssjúkdómar, yfirlið, eirðarleysi, brenglað lyktarskyn, jafnvægistruflanir, brenglað húðskyn, hræðsla, rugl, þunglyndi, svefntruflanir, skert nýrnastarfsemi, hækkað BUN, þvagefni í blóði og kreatíníni í sermi, vökvaskortur, mæði, skútabólga, nefslímubólga, kokbólga, tungubólga, berkjukrampar, millivefslungnabólga, munnþurrkur, uppköst, brenglað bragðskyn, munnþurrkur, bólgin slímhúð í munni og á tungu, munnvatnskirtlabólga, tungubólga, hækkun lifrarensíma og/eða bilírúbíns, roði, aukin svitamyndun, ofsabjúgur, vöðvakrampar, vöðvaverkir, liðverkir, vöðvaslappleiki, liðagigt, lækkað hemóglóbín, lækkuð blóðkornaskil, hvítkornafæð, blóðflagnafæð, truflanir á blóðsalt- og vökvajafnvægi (einkum hjá sjúkl. með nýrnasjúkdóma), lág klóríðþéttni, efnaskiptablóðlýting, skammvinn nærsýni, sjóntruflanir, eyrnasuð, getuleysi. *Örsjaldan koma fyrir:* Hjartadrep, hjartsláttarónot, hjartsláttartruflanir, hraðtaktur, hjartaöng, versnun Raynaudsveiki, bláæðatruflanir, segamyndun, segarek, skammvinn blóðþurrðartilvik, heilablæðing, (bráð) nýrnabilun, nýrungaheilkenni, nýrna- og skjóðubólga, þvagþurrð, ofsabjúgur ásamt lífshættulegri öndunarteppu, lungnabjúgur vegna ofnæmi fyrir HCT, garnastífla, brisbólga (blæðandi), gula vegna gallteppu, lifrarbólga, gula, gallblöðrubólga (hjá þeim sem hafa gallsteina fyrir), lifrardrep, regnbogaroðasótt, Stevens-Johnson heilkenni, drep í húðþekju, æðabólga, upphleypt og psóríasiskennd viðbrögð í húð, helluroði, hárlos, versnun psóríasis, naglalos, æðabólga, segamyndun, segarek, bráðaofnæmisviðbrögð, lömun, kyrningahrap, blóðfrumnafæð, eósínfíklafjöld, blóðlýsublóðleysi hjá sjúklingum með G-6-PDH, hækkun þríglýseríða, hækkun kólesteróls í blóði, aukning amýlasa, versnun sykursýki. **Pakkningar og hámarksverð í smásölu (01.08.05):** Töflur 2,5/12,5 mg: 30 stk. 2.329 kr., 100 stk. 6.224 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R. **Greiðsluþátttaka:** B. **Markaðsleyfishafi:** Actavis hf. Október 2004.

actavis
hagur í heilsu

ATACAND AstraZeneca: SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS

AstraZeneca

Atacand töflur: Hver tafla inniheldur 4 mg, 8 mg, 16 mg eða 32 mg candesartan cílexetíl. **Ábendingar:** Hár blóðþrýstingur.Meðferð sjúklinga með **hjartabilun** og skerta slagbilsstarfsemi vinstri slegils (útfallsbrot vinstri slegils ≤ 40%) sem viðbótarmeðferð við ACE-hemla eða þegar ACE-hemlar þolast ekki. **Skammtar og lyfjagjöf:** ***Skömmtun við háþrýstingi:*** Ráðlagður upphafsskammtur Atacand er 8 mg einu sinni á dag. Venjulegur viðhaldsskammtur er 8 mg til 16 mg einu sinni á dag. Ráðlagður hámarksskammtur er 32 mg einu sinni á dag. Hámarks blóðþrýstingslækkandi verkun næst innan 4 vikna frá upphafi meðferðar. Þeim sjúklingum sem ekki fá nægilega lækkun á blóðþrýstingi með Atacand er mælt með að gefa einnig tíazíð þvagræsilyf. *Lyf gefin samtímis:* Atacand má gefa ásamt öðrum blóðþrýstingslækkandi lyfjum. ***Skömmtun við hjartabilun:*** Venjulegur ráðlagður upphafsskammtur af Atacand er 4 mg einu sinni á dag. Skammtar eru auknir varlega með því að tvöfalda skammtinn eftir 2 vikur og síðan hækka hann smám saman á 2ja vikna fresti að ákjósanlegasta skammti eða 32 mg einu sinni á dag. *Lyf gefin samtímis:* Atacand má gefa á sama tíma og aðra meðferð við hjartabilun, þar með talið ACE hemla, beta-blokka, þvagræsilyf og hjartaglýkósíða eða blöndu þessara lyfja. ***Lyfjagjöf:*** Atacand á að taka inn einu sinni á dag með eða án matar. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum Atacand.Meðganga og brjóstagjöf. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** *Nýrnaslagæðaþrengsli (renal artery stenosis):* Önnur lyf sem verka á renín-angíótensín-aldósterón kerfið þ.e. ACE- hemlar, geta aukið þvagefni í blóði og kreatínín í sermi hjá sjúklingum með tvíhliða nýrnaslagæðaþrengsli eða þrengsli í slagæð að einu nýra ef aðeins eitt nýra er til staðar. Búast má við svipuðum áhrifum af völdum angíótensín II viðtakablokkum. *Lágþrýstingur:* Lágþrýstingur getur komið fram við meðferð með Atacand hjá sjúklingum með hjartabilun. Varúðar skal gæta í upphafi meðferðar og leitast skal við að leiðrétta skert blóðrúmmál. *Skert nýrnastarfsemi:* Á meðan verið er að stilla skammt af Atacand, er ráðlagt að fylgjast með kreatíníni og kalíum í sermi. *Samtímis meðferð með ACE-hemli við hjartabilun:* Hættan á aukaverkunum, sérstaklega skertri nýrnastarfsemi og blóðkalíumhækkun, getur aukist þegar candesartan er notað ásamt ACE-hemli. *Blóðkalíumhækkun:* Með hliðsjón af reynslu af notkun annarra lyfja sem hafa áhrif á renín-angíótensín-aldósterón kerfið, getur samtímis notkun Atacand og kalíumsparandi þvagræsilyfja, kalíumuppbótar, saltuppbótar sem inniheldur kalíum eða annarra lyfja sem geta aukið kalíumgildi (t.d. heparín), leitt til aukningar á kalíummagni í sermi hjá háþýstingssjúklingum. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Engar milliverkanir við önnur lyf hafa komið fram, sem hafa klíníska þýðingu. Blóðþrýstingslækkandi áhrif Atacand geta aukist ef önnur blóðþrýstingslækkandi lyf eru notuð samtímis. Fæðuneysla hefur ekki áhrif á aðgengi candesartans. **Aukaverkanir:** ***Meðferð á háþrýstingi:*** Í klínískum samanburðarrannsóknum hafa aukaverkanir verið vægar og tímabundnar og sambærilegar við lyfleysu. Heildartilvik aukaverkana bentu ekki til neinna tengsla við skammt, aldur eða kyn. Í greiningu á samanteknum niðurstöðum úr klínískum rannsóknum, var tilkynnt um eftirtaldar algengar (>1/100) aukaverkanir vegna candesartan cílexetíl, þar sem tíðni aukaverkana vegna candesartan cílexetíls var að minnsta kosti 1% hærri en tíðni vegna lyfjaleysu: Taugakerfi: Sundl/svimi, höfuðverkur. Sýkingar af völdum baktería og sníkjudýra: Öndunarfærasýkingar. *Rannsóknaniðurstöður:* Engar sérstakar rannsóknir þarf að framkvæma reglulega hjá sjúklingum sem fá Atacand. Hins vegar ætti að íhuga að fylgjast reglulega með kalíummagni í sermi og kreatíníngildum hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi. ***Meðferð á hjartabilun:*** Reynsla af aukaverkunum Atacand hjá sjúklingum með hjartabilun var í samræmi við lyfhrif lyfsins og heilsufar sjúklinganna. Í klínísku rannsókninni CHARM, þar sem Atacand í skömmtum allt að 32 mg (n=3.803) var borið saman við lyfleysu (n=3.796), hætti 21,0% af hópnum sem fékk candesartan cilexetíl og 16,1% af hópnum sem fékk lyfleysu, meðferðinni vegna aukaverkana. Algengar aukaverkanir (≥ 1/100, <1/10) sem komu fram voru: *Æðakerfi:* Lágþrýstingur *Efnaskipti og næring:* Blóðkalíumhækkun. *Nýru og þvagfæri:* Skert nýrnastarfsemi. *Rannsóknarniðurstöður:* Hækkun kreatíníns, þvagefnis og kalíums. Reglulegt eftirlit með þéttni kreatíníns og kalíums í sermi er ráðlagt.

Pakkningar og verð: Töflur 4 mg: 28 stk. (þynnup.), kr. 2911; 98 stk. (þynnup.), kr. 7899. Töflur 8 mg: 28 stk. (þynnup.), kr. 3223; 98 stk. (þynnup.), kr. 8932. Töflur 16 mg: 28 stk. (þynnup.), kr. 3915; 98 stk. (þynnup.), kr. 10606. Töflur 32 mg: 28 stk. (þynnup.), kr. 4603; 98 stk. (þynnup.), kr. 13282.

Atacand® candesartan

Handhafi markaðsleyfis: AstraZeneca A/S, Albertslund, Danmörk. **Umboð á Íslandi:** Vistor hf., Hörgatúni 2, Garðabæ. **Afgreiðslutilhögun og greiðsluþátttaka: R, B. Nánari upplýsingar er að finna í Sérlyfjaskrá. AstraZeneca, ágúst 2005.**

CRESTOR AstraZeneca: SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS

AstraZeneca

Crestor 5 mg, 10 mg, 20 mg og 40 mg filmuhúðaðar töflur: Hver tafla inniheldur 5 mg, 10 mg, 20 mg eða 40 mg rósúvastatín (sem rósúvastatín kalsíum).

Ábendingar: Eðlislæg kólesterólhækkun í blóði (tegund IIa, þar með talin arfblendin ættgeng kólesterólhækkun í blóði) eða blönduð blóðfitutruflun (mixed dyslipidaemia) (tegund IIb), sem viðbót við mataræði þegar sérstakt mataræði og önnur meðferð án lyfja (t.d. líkamsþjálfun og megrun) hefur ekki borið viðunandi árangur. Arfhrein ættgeng kólesterólhækkun í blóði sem viðbót við sérstakt mataræði og aðra blóðfitulækkandi meðferð (t.d. LDL síun (LDL apheresis)) eða ef slík meðferð á ekki við. **Skammtar og lyfjagjöf:** Áður en meðferð er hafin ætti sjúklingurinn að vera á stöðluðu kólesteróllækkandi fæði, sem skal haldið áfram meðan á meðferð stendur. Skammtur á að vera einstaklingsbundinn og í samræmi við meðferðarmarkmið og svörun sjúklings við meðferðinni, fylgja skal gildandi viðmiðunarreglum. Ráðlagður upphafsskammtur er 5 eða 10 mg til inntöku einu sinni á dag, bæði hjá sjúklingum sem ekki hafa áður fengið statín og sjúklingum sem eru að skipta úr öðrum HMG-CoA redúktasa hemli. Við val á upphafsskammti á að taka tillit til kólesterólgildis viðkomandi sjúklings og hættu á hjarta- og æðasjúkdómum í framtíðinni sem og hugsanlegrar hættu á aukaverkunum. Hækka má skammtinn að næsta skammti að fjórum viknum liðnum sé þess þörf. Í ljósi fjölgunar á tilkynningum um aukaverkanir 40 mg skammtsins samanborið við lægri skammta ætti eingöngu að íhuga hækkun skammts að hámarksskammtinum 40 mg hjá sjúklingum með kólesterólhækkun í blóði á háu stigi og í mikilli hættu á hjarta- og æðasjúkdómum (sérstaklega þeir sem eru með ættgenga kólesterólhækkun í blóði), sem ekki ná meðferðarmarkmiðum með 20 mg og hjá þeim sem verða í reglulegu eftirliti. Mælt er með að sérfræðingur hafi yfirumsjón þegar byrjað er að gefa 40 mg skammt. Crestor má taka á hvaða tíma dags sem er, með eða án matar. ***Notkun handa börnum:*** Öryggi og verkun hefur ekki verið staðfest hjá börnum. Reynsla af notkun hjá börnum er takmörkuð og bundin við lítinn hóp barna (8 ára og eldri) með arfhreina ættgenga kólesterólhækkun í blóði. Þess vegna er notkun Crestor ekki ráðlögð handa börnum að svo stöddu. ***Notkun handa öldruðum:*** Mælt er með 5 mg upphafsskammti hjá sjúklingum >70 ára. Ekki er þörf á öðrum skammtabreytingum í tengslum við aldur. ***Skammtar handa sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi:*** Ekki er þörf á að breyta skömmtum hjá sjúklingum með væga til í meðallagi skerta nýrnastarfsemi. Ráðlagður upphafsskammtur handa sjúklingum með í meðallagi skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun <60 ml/mín.) er 5 mg. Ekki má nota 40 mg skammtinn handa sjúklingum með í meðallagi skerta nýrnastarfsemi. Ekki má nota Crestor handa sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi og á það við um alla skammta. ***Skammtar handa sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi:*** Engin aukning varð á almennri þéttni (systemic exposure) rósúvastatíns hjá einstaklingum með Child-Pugh skor 7 eða lægra. Hins vegar hefur aukin almenn þéttni komið fram hjá einstaklingum með Child-Pugh skor 8 og 9. Hjá þessum sjúklingum ætta að hafa í huga að meta nýrnastarfsemina. Engin reynsla er af notkun hjá einstaklingum með Child-Pugh skor sem hærra en 9. Crestor er ekki ætlað sjúklingum með virkan lifrarsjúkdóm. ***Kynþáttur:*** Aukin almenn þéttni hefur sést hjá asískum einstaklingum. Ráðlagður upphafsskammtur er 5 mg fyrir sjúklinga af asískum uppruna. Ekki má nota 40 mg skammtinn hjá þessum sjúklingum. ***Skammtur handa sjúklingum með þekkta áhættuþætti vöðvakvilla:*** Ráðlagður upphafsskammtur er 5 mg hjá sjúklingum með þekkta áhættuþætti vöðvakvilla. Ekki má gefa sumum þessara sjúklinga 40 mg skammtinn. **Frábendingar:** Ekki má nota Crestor: handa sjúklingum með ofnæmi fyrir rosuvastatini eða einhverju hjálparefnanna; handa sjúklingum með virkan lifrarsjúkdóm, þar með talið óútskýrða, viðvarandi hækkun á transamínósum í sermi og hækkun á transamínósum í sermi sem er meiri en þreföld eðlileg efri mörk (ULN [upper limit of normal]); handa sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun <30 ml/mín.); handa sjúklingum með vöðvakvilla; handa sjúklingum sem fá ciclosporin samhliða; á meðgöngu og brjóstagjöf og handa konum á barneignaraldri sem ekki nota viðeigandi getnaðarvörn. Ekki má nota 40 mg skammtinn handa sjúklingum með þekkta áhættuþætti vöðvakvilla/rákvöðvalýsu. Slíkir þættir geta verið: í meðallagi skert nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun <60 ml/mín.); vanstarfsemi skjaldkirtils; saga eða fjölskyldusaga um arfgenga vöðvasjúkdóma; saga um eituráhrif á vöðva við meðferð með öðrum HMG-CoA redúktasta hemli eða fíbrati; misnotkun áfengis; ástand þar sem plasmagildi geta hækkað; asískir sjúklingar; samhliða notkun fíbrata. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** ***Áhrif á nýru:*** Próteinmiga greind með strimilprófi og aðallega upprunnin í píplum, hefur komið fram hjá sjúklingum sem höfðu fengið stóra skammta af Crestor, sérstaklega 40 mg en það var í flestum tilvikum tímabundið eða ósamfellt. Ekki hefur verið sýnt fram á að próteinmiga sé fyrirboði um bráðan eða versnandi nýrnasjúkdóm. Mat á nýrnastarfsemi skal höfð í huga við reglubundið eftirlit hjá sjúklingum sem fá 40 mg skammt. ***Áhrif á beinagrindarvöðva:*** Greint hefur verið frá áhrifum á beinagrindarvöðva hjá sjúklingum sem fá meðferð með Crestor, t.d. vöðaverkjum, vöðvakvilla og í mjög sjaldgæfum tilvikum rákvöðvalýsu og á það við um allar skammta og sérstaklega við skammta >20 mg. ***Mæling kreatínkínasa:*** Kreatínkínasa (CK) ætti ekki að mæla eftir erfiðar æfingar eða þegar önnur líkleg ástæða fyrir CK hækkun er fyrir hendi sem getur ruglað mat á niðurstöðum. Ef grunnlína CK gildis er umtalsvert hækkuð (>5xULN) ætti að gera mælingu því til staðfestingar innan 5-7 daga. Ef endurtekin mæling staðfestir grunnlínu CK >5xULN, ætti ekki að hefja meðferð. ***Áður en meðferð er hafin:*** Eins og gildir um aðra HMG-CoA redúktasa hemla, á að ávísa Crestor með varúð til sjúklinga með þekkta áhættuþætti vöðvakvilla/rákvöðvalýsu. Slíkir þættir geta verið: skert nýrnastarfsemi; vanstarfsemi skjaldkirtils; eigin saga eða fjölskyldusaga um arfgenga vöðvasjúkdóma; saga um eituráhrif á vöðva við meðferð með öðrum HMG-CoA redúktasta hemli eða fíbrati; misnotkun áfengis; aldur > 70 ár; ástand þar sem plasmagildi geta hækkað; samhliða notkun fíbrata. Hjá þessum sjúklingum ætti að meta áhættu af meðferð á móti hugsanlegum ávinningi hennar og er klínískt eftirlit ráðlagt. Ef grunnlína CK gildis er umtalsvert hækkuð (>5xULN) ætti ekki að hefja meðferð. ***Meðan á meðferð stendur:*** Biðja ætti sjúklinga um að tilkynna þegar í stað óútskýrða vöðvaverki, þróttleysi eða krampa, sérstaklega ef einnig verður vart lasleika eða hita. Hjá þessum sjúklingum ætti að mæla CK-gildi. Hætta á meðferð ef CK-gildi eru umtalsvert hækkuð (>5xULN) eða ef vöðvaeinkenni eru alvarleg og valda daglegum óþægindum (jafnvel þó CK gildi eru ≤ 5xULN). Ef einkenni lagast og CK gildi verður aftur eðlilegt, má íhuga að hefja á ný meðferð með Crestor eða öðrum HMG-CoA redúktasta hemli og gefa minnsta skammt undir nánu eftirliti. Ekki er krafists reglulegs eftirlits með CK gildum hjá sjúklingum án einkenna. Í klínískum rannsóknum komu engar vísbendingar fram um aukin áhrif á beinagrindarvöðva hjá litlum hópi sjúklinga sem fékk Crestor og aðra meðferð samtímis. Aukin tíðni vöðvaþrota og vöðvakvilla hefur hinsvegar komið fram hjá sjúklingum sem fengu aðra HMG-CoA redúktasa hemla ásamt fíbrínsýruafleiðum þ.m.t. gemfíbrózíli, ciclosporíni, nikótínsýru, azól sveppalyfjum, próteasahemlum og makrólíð sýklalyfjum. Gemfíbrózíl eykur hættu á vöðvakvilla þegar það er notað samhliða sumum HMG-CoA redúktasa hemlum. Þess vegna er ekki ráðlagt að nota Crestor og gemfíbrozil á sama tíma. Ávinning af frekari breytingum á lípíðgildum með samsettri notkun Crestor ásamt fíbrati eða níacíni skal vandlega meta á móti hugsanlegri áhættu slíkra samsetninga. Ekki má nota 40 mg skammtinn samhliða fíbrötum. Ekki á að nota Crestor handa sjúklingum með bráðan, alvarlegan sjúkdóm sem bendir til vöðvakvilla eða gæti leitt til nýrnabilunar af völdum rákvöðvalýsu (t.d. blóðsýking, lágþrýstingur, meiriháttar skurðaðgerðir, áverki, alvarleg efnaskiptaröskun, innkirtlaröskun og truflun á saltajafnvægi eða krampa sem ekki er stjórn á). ***Áhrif á lifur:*** Eins og á við um aðra HMG-CoA redúktasa hemla, ætti að nota Crestor með varúð handa sjúklingum sem neyta áfengis í miklum mæli og/eða hafa sögu um lifrarsjúkdóm. Ráðlagt er að mæla lifrarstarfsemi áður en og þremur mánuðum eftir að meðferð er hafin. Hætta á meðferð með Crestor eða minnka skammta þess ef gildi transamínasa í sermi eru hærri en 3 eðlileg efri mörk. Hjá sjúklingum með síðkomna kólesterólhækkun (secondary hypercholesterolaemia) í blóði af völdum skertrar starfsemi skjaldkirtils eða nýrungaheilkennis (nephrotic syndrome), ætti að meðhöndla undirliggjandi sjúkdóm áður en meðferð með Crestor er hafin. ***Kynþáttur:*** Rannsóknir á lyfjahvörfum sýna aukna þéttin (exposure) hjá asískum einstaklingum samanborið við einstaklinga af hvítum kynþætti. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** ***Ciclosporin:*** Við samhliða meðferð með Crestor og ciclosporini var AUC gildi rosuvastatins að meðaltali 7 sinnum hærra en hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum. Samhliða meðferð hafði ekki áhrif á plasmaþéttni ciclosporins. ***K-vítamín hemlar:*** Eins og á við um aðra HMG-CoA redúktasa hemla getur orðið hækkun á INR (International Normalised Ratio) við upphaf meðferðar með Crestor eða þegar skammtur er aukinn hjá sjúklingum sem samhliða fá meðferð með K-vítamín hemli (t.d. warfarini). INR getur lækkað þegar meðferð með Crestor er hætt eða skammtur er minnkaður. Í slíkum tilvikum er viðeigandi eftirlit með INR æskilegt. ***Gemfibrozil og önnur blóðfitulækkandi lyf:*** Tvöföldun varð á Cmax og AUC rosuvastatins við samhliða notkun Crestor og gemfibrozils. Samkvæmt upplýsingum úr sértækum rannsóknum á milliverkunum er engra lyfjahvarfa milliverkanar sem skipir máli að væenta við meðferð með fenofibrati en þrátt fyrir það getur komið fram milliverkun á lyfhrifum. Gemfibrozil, fenofibrat, önnur fíbrót og blóðfitulækkandi skammtar (> eða jafnt og 1 g/dag) af níacíni (nikótínsýru) auka hættu á vöðvakvilla þegar þau eru gefin samtímis HMG-CoA redúktasa hemlum, sennilega vegna þess að þeir geta valdið vöðvakvilla þegar þeir eru gefnir einir sér. Ekki má nota 40 mg skammtinn samhliða notkun fíbrata. Þessir sjúklingar eiga einnig að hefja meðferð með 5 mg skammtinum. ***Sýrubindandi lyf:*** Við samhliða gjöf Crestor með sýrubindandi mixtúru, dreifu sem innihélt ál- og magnesíumhýdroxíð lækkaði plasmaþéttni rosuvastatins um u.þ.b. 50%. Áhrifin voru minni þegar sýrubindandi lyfið var tekið 2 klst. á eftir Crestor. Klínísk þýðing þessarar milliverkunar hefur ekki verið rannsökuð. ***Erytromycin:*** Samhliða notkun Crestor og erytromycins leiddi til 20% minnkunar á AUC (0-t) og 30% lækkunar á Cmax rosuvastatins. Þessi milliverkun gæti stafað af auknum þarmahreyfingum af völdum erytromycins. ***Getnaðarvarnalyf til inntöku/uppbótarmeðferð með hormónum:*** Samhliða notkun Crestor og getnaðarvarnalyfja til inntöku leiddi til 26% aukningar á AUC etinylestradiols og 34% aukningar á AUC norgestrels. Þessa auknu plasmaþéttni ætti að hafa í huga þegar skammtur getnaðarvarnalyfs til inntöku er ákveðinn. Engar upplýsingar um lyfjahvörf eru fyrirliggjandi hjá einstaklingum sem fá Crestor og uppbótarmeðferð með hormónum samhliða og þess vegna er ekki hægt að útiloka svipuð áhrif. Hins vegar var samsetningin mikið notuð hjá konum í klínískum rannsóknum og þoldist vel. ***Önnur lyf:*** Samkvæmt upplýsingum úr sértækum rannsóknum á milliverkunum er ekki búist við neinum milliverkunum við digoxin sem hafa klíníska þýðingu. ***Cýtókróm P450 ensím:*** Niðurstöður in vitro og in vivo rannsókna sýna að rosuvastatin hvorki hemur né hvetur cýtókróm P450 ísóensím. Að auki er rosuvastatin lélegt hvarfefni fyrir þessi ísóensím. Milliverkanir við rosuvastatin, sem hafa klíníska þýðingu, hafa hvorki komið fram við samhliða notkun fluconazols (CYP2C9 og CYP3A4 hemill) né ketoconazols (CYP2A6 og CYP3A4 hemill). Samhliða notkun itraconazols (CYP3A4 hemill) og rosuvastatins olli 28% stækkun á AUC rosuvastatins. Þessi lítla aukning er ekki talin hafa klíníska þýðingu. Þess vegna er ekki að væenta milliverkana vegna umbrota fyrir tilstilli cýtókróm P450. **Aukaverkanir:** Aukaverkanir sem hafa komið fram við meðferð með Crestor eru venjulega vægar og tímabundnar. Innan við 4% þeirra sjúklinga sem fengu Crestor í klínískum samanburðarrannsóknum þurftu að hætta í rannsókn vegna aukaverkana. Tíðni aukaverkana er flokkuð samkvæmt eftirfarandi: 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). ***Ónæmiskerfi.*** *Mjög sjaldgæfar:* Ofnæmi þar með talinn ofsabjúgur. ***Taugakerfi.*** *Algengar:* Höfuðverkur, sundl. ***Meltingarfæri.*** *Algengar:* Hægðatregða, ógleði, kviðverkir. ***Húð og undirhúð.*** *Sjaldgæfar:* Kláði, útbrot og ofsakláði. ***Stoðkerfi, stoðvefur og bein.*** *Algengar:* Vöðvaverkir. *Mjög sjaldgæfar:* Vöðvakvilli og rákvöðvalýsa. ***Almennar aukaverkanir.*** *Algengar:* Þróttleysi. Eins og á við um aðra HMG-CoA redúktasa hemla hefur tíðni aukaverkana tilhneigingu til að vera skammtaháð. ***Áhrif á nýru:*** Próteinmiga, greind með strimilprófi og aðallega upprunnin í píplum, hefur komið fram hjá sjúklingum sem fá meðferð með Crestor. Breytingar á próteinmagni í þvagi úr engu eða snefilmagni í ++ eða meira, á einhverjum tíma meðan á meðferð með 10 og 20 mg stóð, komu fram hjá <1% sjúklinga og hjá um 3% sjúklinga sem fengu 40 mg. Breyting úr engu eða snefilmagni í + jókst minniháttar við 20 mg skammtinn. Í flestum tilvikum dró úr próteinmigu eða hún gekk sjálfkrafa til baka þegar meðferð var haldið áfram og ekki hefur verið sýnt fram á að hún sé fyrirboði um bráðan eða versnandi nýrnasjúkdóm. ***Áhrif á beinagrindarvöðva:*** Greint hefur verið frá áhrifum á beinagrindarvöðva hjá sjúklingum sem fá meðferð með Crestor, t.d. vöðvaverkjum, vöðvakvilla og í mjög sjaldgæfum tilvikum rákvöðvalýsu, og á það við um alla skammta og sérstaklega skammta > 20 mg. Skammtaháð aukning á CK gildum hefur komið fram hjá sjúklingum sem fengu rósúvastatín, meirihluti tilvikanna voru væg, án einkenna og tímabundin. Ef CK gildi eru hækkuð (>5xULN), ætti að stöðva meðferð. ***Áhrif á lifur:*** Eins og við á um aðra HMG-CoA redúktasa hemla, hefur komið fram skammtaháð hækkun á transamínósum hjá fámennum hópi sjúklinga sem fengu rósúvastatín; meirihluti tilvikanna voru væg, án einkenna og tímabundin.

Heimildaskrá *1.* Jones PH, Davidson MH, Stein EA et al. Comparison of the Efficacy and Safety of Rosuvastatin Versus Atorvastatin, Simvastatin and Pravastatin Across Doses (STELLAR Trial), *Am J Cardiol* 2003; **92**:152-160.

Pakkningar og verð: Filmuhúðaðar töflur 5 mg: 28 stk. (þynnupakkað), kr. 4.258; 98 stk. (þynnupakkað), kr. 11.315. Filmuhúðaðar töflur 10 mg: 28 stk. (þynnupakkað), kr. 4.258; 98 stk. (þynnupakkað), kr. 11.315; 100 stk., kr. 12.548. Filmuhúðaðar töflur 20 mg: 28 stk. (þynnupakkað), kr. 6.213; 98 stk. (þynnupakkað), kr. 16.119; 100 stk., kr. 18.465. Filmuhúðaðar töflur 40 mg: 28 stk. (þynnupakkað), kr. 9.097; 98 stk. (þynnupakkað), kr. 27.624.

CRESTOR rósúvastatín

Handhafi markaðsleyfis: AstraZeneca A/S, Albertslund, Danmörk. **Umboð á Íslandi:** Vistor hf., Garðabæ. **ATC-flokkun: C 10 A A 07. Afgreiðsla: R. Greiðsluþátttaka: 0.**
Sjá nánari upplýsingar í Sérlyfjaskrá. AstraZeneca, desember 2005

Ráðstefnur og fundir

20.-21. janúar
Stavanger.
Ársfundur NUGA (Nordic Uro-Gynecological Association). Sjá nánar á slóðinni: *www.nuga.no <http://www.nuga.no/* Netfang: *bef@sir.no*

26.-28. maí
Reykjavík.
Árlegt þing Scandinavian Society for the Study of Diabetes.
Umsjónaraðili er Félag um innkirtlafræði.
Sjá *www.innkirtlar.org*

9.-11. júní
Selfossi.
XVII. þing Félags íslenskra lyflækna verður haldið á Hótel Selfossi. Skipulagningu annast: Menningarfylgd Birnu ehf, s. 862 8031, netfang: *birna@birna.is*
Athugið breytta dagsetningu frá fyrri auglýsingu!

15.-16. júní
Reykjavík
Norrænt þing um offitu - Nordic Obesity Meeting (NOM) - verður haldið á Grand hóteli. Umsjónaraðili er Félag fagfólks gegn offitu í samvinnu við systurfélög á Norðurlöndunum.Sjá nánar: *www.it-conferences.is/nom2006*

27.-31. ágúst
Flórens, Ítalíu.
Frá Wonca, efnið er Towards Medical Renaissance, – sjá slóðina:
www.woncaeuropa2006.org

8.-15. september
Washington og Anchorage í Alaska.
Sjöunda ráðstefna Wonca um Rural Health og ber heitið: Transforming Rural Practice Through Education. Sjá nánar á slóðinni: *www.ruralwonca2006.org*

11.-14. október
Buenos Aires, Argentínu.
Ráðstefnan: Pursuing Equity and Efficiency in Healthcare: The Role of the Family Doctor. Sjá nánar á slóðinni: *www.aamf.org.ar*

5.-9. nóvember
Bangkok í Tælandi.
15. þing Asíu/Kyrrahafsdeildar Wonca undir heitinu: Happy and Healthy Family.
Sjá *www.thaifammed.org*

11.-15. desember
Vancouver í Kanada.
Wonca Americas Region/Family Medicine Forum, þing sem heitir: Preparing for Tomorrow. Sjá *www.cfpc.ca*

Félag íslenskra gigtlækna

Vísindastyrkir

Vísindasjóður Félags íslenskra gigtlækna auglýsir til umsóknar allt að þrjá rannsóknastyrki.

Umsóknarfrestur er til 9. janúar 2006. Umsóknareyðublöð og nánari upplýsingar fást hjá Helga Jónssyni, formanni sjóðsins, Landspítala Fossvogi, í síma 543 6465, *helgijon@landspitali.is*

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:
www.laeknabladid.is/bladid

Umræðuhluti

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



Nr. 211105

52 eða 12 töflur á ári, hvort kjósa þínir sjúklingar?

Það kemur ekki á óvart að í klínískri rannsókn á konum með beinþynningu völdu 71% Bonviva mánaðartöflu fram yfir alendrónat vikutöflu (93% svarhlutfall)[1].

Byggjum bein með einni töflu einu sinni í mánuði

gsk GlaxoSmithKline

Roche

NÝTT EINU SINNI Í MÁNUÐI Bonviva Íbandrónsýra

Það er bara ein

Sérlyfjatexti á bls. 77