Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



6/2007

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.

Pfizer

Sérlyfjatexti á bls. 516

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

Boehringer Ingelheim

RITSTJÓRNARGREINAR

467 **Langvinn lungnateppa: Hinn duldi faraldur**
Óskar Einarsson

469 **Lyfjaskírteini**
Sigurður Thorlacius

FRÆÐIGREINAR

471 **Hversu algeng er langvinn lungnateppa? – Íslensk faraldsfræðileg rannsókn**
Bryndís Benediktsdóttir, Gunnar Guðmundsson, Kristín Bára Jörundsdóttir, William Vollmer, Þórarinn Gíslason

Stofnuð hafa verið alþjóðleg samtök sem hafa það markmið að staðla aðferðir til að meta og bera saman algengi langvinnrar lungnateppu og helstu áhættuþætti. Jafnframt er stefnt að því beita bestu aðferðum til þess að meta áhrif sjúkdómsins á lífsgæði, daglegt líf, öndunarfæraeinkenni og notkun heilbrigðisþjónustu. Á þennan hátt er vonast til þess að unnt reynist að gefa heildstæða mynd af útbreiðslu og áhrifum. Í greininni er skýrt frá niðurstöðum rannsóknar sem gerð var nýverið á algengi langvinnrar lungnateppu á Stór-Reykjavíkursvæðinu þar sem ofangreindum stöðluðu aðferðum var beitt.

479 **Geislagerlabólga vegna gleymdrar lykkju. Sjúkratilfelli og yfirlit um sjúkdóminn**
Ragnar Freyr Ingvarsson, Lárus Jónsson, Hafsteinn Sæmundsson, Magnús Gottfreðsson

Geislagerlabólga hefur verið þekkt síðan um lok 19. aldar. Fyrir tilkomu sýklalyfja var hún tíð, en síðan hefur dregið verulega úr algengi. Sýkillinn er oftast *Actinomyces israelii*, getur lagst á alla vefi og virðir ekki vefjamörk. Birtingarmynd sýkingar getur verið áþekk krabbameini og greining oft ekki ljós fyrr en eftir aðgerð og vefjarannsókn. Hér er lýst sjúkratilfelli þar sem sjötug kona fékk geislagerlabólgu í leg og eggjastokka vegna lykkju sem gleymst hafði innvortis í rúmlega fjóra áratugi. Konan var læknaðist eftir töku legs og eggjastokka úr henni, ásamt penicillíngjöf í hálft ár.

487 **Sjálfsprottinn innankúpu lágþrýstingur – sjúkratilfelli og umræða**
Ólafur Á. Sveinsson, Albert Páll Sigurðsson, Ólafur Kjartansson

Sjálfsprottinn innankúpu lágþrýstingur er sjaldgæf og líklega vangreind orsök höfuðverkja. Sjúkdómurinn hefur sérkennandi klínískt og myndrænt útlit og svarar meðferð vel þegar rétt staðsetning lekans hefur verið greind. Í þessu sjúkratilfelli sást hefðbundin dreifð skuggaefnisupptaka í heilahimnum sem náði niður á hálsmænu. Hins vegar var fjórða heilahólf ekki samhverft og skuggaefnisupptaka sást neðst og hægra megin í fjórða heilahólfi. Þetta vakti grun höfunda um að æðuflækja hefði togast niður. Ekki er vitað til þess að slíkri breytingu hafi verið lýst áður.

493 **Tilfelli mánaðarins**
Anna Gunnarsdóttir, Tómas Guðbjartsson

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

www.laeknabladid.is

6. tbl. 93. árg. júní 2007

Aðsetur
Hlíðasmára 8, 201 Kópavogi

Útgefandi
Læknafélag Íslands
Læknafélag Reykjavíkur

Símar
564 4104 – 564 4106 (fax)

Ritstjórn
Jóhannes Björnsson, ábm. og ritstjóri
Bryndís Benediktsdóttir
Engilbert Sigurðsson
Karl Andersen
Tómas Guðbjartsson
Þóra Steingrímsdóttir

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Blaðamaður
Hávar Sigurjónsson
havar@lis.is

Auglýsingastjóri og ritari
Dögg Árnadóttir
dogg@lis.is

Umbrot
Sævar Guðbjörnsson
saevar@lis.is

Upplag
1700

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, bókband og pökkun
Íslandsprent ehf.
Steinhellu 10
221 Hafnarfirði

ISSN: 0023-7213

gsk GlaxoSmithKline



Avodart®
Ræðst að rótum vandans...



...og dregur úr einkennum vegna góðkynja stækkunar blöðruhálskirtils

Avodart - Eina lyfið sem hemur bæði gerð I og gerð II af 5-alfa-afoxara (5AR)[1]

Avodart - 85% minnkun á DHT eftir aðeins 1 viku[1]

Avodart - Minnkað rúmmál blöðruhálskirtils eftir aðeins 1 mánuð[1,2]

Avodart - Betri flæðihraði eftir aðeins 1 mánuð[2]

Avodart - 57% minni líkur á bráðri þvagteppu eftir 2 ár[3]

Avodart - 48% minni líkur á skurðaðgerð tengdri góðkynja stækkun á blöðruhálskirtils eftir 2 ár[1,3]

Nr. 080906

Heimildir: **1.** Samantekt af eiginleikum lyfs sjá www.serlyfjaskra.is, **2.** Debruyne F, et al. Eur Urol 2004; 46: 488-95, **3.** Roehrborn CG, et al. Urol 2002; 60(3):434-41

Avodart®
dútasteríð

Sérlyfjatexti á bls. 514

UMRÆÐA OG FRÉTTIR

501 **Af sjónarhóli stjórnar. Lækningaminjasafn Íslands**
Sigurður Böðvarsson

502 **Rekstur BUGL gengur ekki upp án verulegra breytinga**
Hávar Sigurjónsson

500 **Brot af mannkynssögu alþýðu. Áhugamál Valgarðs Egilssonar**
Hávar Sigurjónsson

505 **Sjúkraflutningar í dreifbýli – athugasemd við grein**
Ágúst Oddsson

507 **Þáttur heilbrigðisstétta í eyðingu stúlkubarna**
Jóhann Ágúst Sigurðsson, Linn Getz, Anna Luise Kirkengen

509 **100 ár í heilbrigði**
Sigurbjörn Sveinsson

513 **Svar við Tilfelli mánaðarins**

513 **Nýtt félag lækna – FÍFL**

FASTIR PISTLAR

511 **Íðorð 199. Hjákenni**
Jóhann Heiðar Jóhannsson

512 **Einingaverð og taxtar**

514 **Sérlyfjatextar**

524 **Ráðstefnur og fundir**

525 **Eru ekki allir hressir? – Hugleiðing höfundar**
Gerður Kristný

Sumarlokun á skrifstofu læknafélaganna

Lokað frá og með 16. júlí til 7. ágúst
vegna sumarleyfa starfsfólks.

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS



Sýningarsalirnir sem hýsa nýjasta verk **Ragnars Kjartanssonar** (f. 1976), **FOLKSONG** (2007), óma af gítarleik og söng. Þótt maður heyri í verkinu löngu áður en það er barið augum kemur það samt sem áður á óvart, augliti til auglitis, því þar er listamaðurinn í eigin persónu. Klæddur í glæsilegan hvítan jakka, blúnduskyrtu og kúrekastíkvél, mundar hann eldrauðan rafmagnsgítar sem er magnaður með mikilli magnarastæðu. Hann endurtekur í sífellu sama hljómagangsinn sem víbrar í hljóðkerfinu og sönglar þess á milli angurværa tóna. Flutningurinn er alltaf eins og breytist ekkert hvort sem einhver er að horfa á verkið eða ekki. Sýningin stendur í tvær vikur og alla daga og frá opnun til lokunar er gjörningurinn í gangi, eilíf endurtekning sama stefsins. Svona vinnur Ragnar, hann hefur flutt verk í svipuðum anda á ýmsum stöðum og aldrei gefst hann upp þótt hann geri það sama daginn inn og út. Það er eins og hann fari í trans. Að þessu sinni hefur hann útbúið sviðsmynd í kring um sig, málað sólarlag á veggina og skorið út tré og grjót úr krossvið sem standa á stangli. Verkið minnir á „tableau vivant", eða skrautsýningu eins og tíðkuðust á tímum Sigurðar málara. Hann var þekktur fyrir að bjóða gestum lönó upp á uppstillingar úr Íslendingasögunum, glæsilegar sviðsmyndir þar sem leikarar stóðu stjarfir fullum klæðum allt frá því að leikhústjöldin voru dregin frá þar til þau voru dregin fyrir aftur nokkru síðar. Þannig sækir Ragnar töluvert í heim leikhússins en hann vinnur einnig með tónlist í verkum sínum. FOLKSONG (þjóðlag) var unnið í Hudson dal í Bandaríkjunum, þar sem þjóðlagatónlist er föst í sessi og tónlistarhátíðin Woodstock var haldin ekki langt undan. Sem hluti af þessu verki er skilti úti í vegkanti, nærri sýningarstaðnum þar sem vitnað er í Bob Dylan: „I ain't looking for nothing in anyone's eye" (ég leita ekki að neinu í augum nokkurs manns). Landslagið þar í sveit er skógi vaxið og Ragnar gerir af því eftirmynd inni í sýningarrýminu auk þess sem stemningin minnir á hin rómantísku landslagsverk Hudson málaranna. Það eru örlög myndlistar sem þessarar að þeir eru fáir sem fá hennar notið, hún er bundin við stað og stund og lifir síðan eingöngu sem minning.

Markús Þór Andrésson

Frjáls án einkenna



Með reglulegri notkun á Seretide er hægt að koma í veg fyrir astmaeinkenni og veita sjúklingum tækifæri til að njóta lífsins til fulls.[1-3]

Sérlyfjatexti á bls. 514

gsk GlaxoSmithKline

Langvinn lungnateppa: Hinn duldi faraldur



Óskar Einarsson

oskare@landspitali.is

Langvinn lungnateppa, ásamt æðasjúkdómum og lungnakrabbameini, er einn meginfylgikvilli reykingamanna en jafnframt sá sem minnst hefur verið í sviðsljósinu. Það var ekki fyrr en um miðja síðustu öld að sjúkdómnum var fyrst lýst í þeirri mynd sem nú hefur haldist: langvinnrar berkjubólgu og lungnaþembu (1). Undir lok síðustu aldar hófst gullvinna GOLD: Global Initiative of Obstructive Lung Disease. Þannig voru skilgreiningar og alþjóðaleiðbeiningar um greiningu og meðferð langvinnrar lungnateppu samhæfðar (2). Margt benti til að hér væri á ferðinni eitt af helstu heilbrigðisvandamálum nútímans, en upplýsingar skorti varðandi umfang sjúkdómsins. Því var hrundið af stað alþjóðlegri vinnu við að kortleggja algengi sjúkdómsins undir því djarfa nafni BOLD: Burden of Obstructive Lung Disease. Niðurstöður íslenska hluta BOLD-rannsóknarinnar líta nú dagsins ljós í *Læknablaðinu* (3).

Sú niðurstaða íslenska BOLD-hópsins að algengi langvinnrar lungnateppu reynist 18% meðal þeirra sem eru eldri en 40 ára á höfuðborgarsvæðinu vekur mesta athygli. Þetta er umtalsvert hærra algengi en áður var álitið. Skýring þessa liggur í því að BOLD-vinnan styðst við notkun blástursmælinga til greiningar en fyrri rannsóknir litu einungis á einkenni langvinnrar lungnateppu. Höfundar gefa jafnframt til kynna að langvinn lungnateppa sé vangreind af læknum á höfuðborgarsvæðinu en einungis um 7,4% karla og 9,3% kvenna höfðu greinst með langvinna lungnateppu. Þegar litið er á hóp stórreykingamanna (>20 pakkaár) eru tölurnar sláandi: þriðjungur þeirra uppfyllir GOLD-skilmerki lungnateppu en einungis 11,3% karla og 18,7% kvenna höfðu fyrri greiningu sjúkdómsins. Höfundar gera þessum niðurstöðum ekki skil í umræðu sinni. Skýringa gæti verið að leita í næmi blástursmælinga til greiningar einkenna frá öndunarfærum og að þær séu almennt vannýttar. Niðurstöður rannsóknarinnar geta hins vegar verið villandi þar sem ekki kemur fram hvort sjúklingar höfðu leitað til læknis vegna einkenna sinna og á þann hátt verið vangreindir. Vel getur hugsast að reykingamenn með þrálát einkenni líti á þau sem sjálfsögð og því ekki tilefni til kvartana. Fróðlegt væri að kanna hvort að þessu sé öðruvísi háttað utan höfuðborgarsvæðisins.

Erfitt er að draga víðtækar ályktanir af niðurstöðum rannsóknarinnar varðandi aldurs- og kynjaskiptingu sjúkdómsins eða tengsl við reykingar. Það vekur athygli að ekki verður vart aukins algengi sjúkdómsins fyrr en hjá þeim sem reykt hafa meir en 20 pakkaár en höfundar útskýra þessa niðurstöðu ekki nánar. Þeir benda hins vegar á að GOLD viðmiðunargildi blástursrannsókna hjá eldri einstaklingum eru til endurskoðunar en þau eru hugsanlega talin ofmeta skerðingu lungnastarfsemi. Í rannsóknarhópnum 70 ára og eldri eru 129 einstaklingar, eða 17% hópsins, og algengi langvinnrar lungnateppu er þar hæst, eða 40-45%. Þetta háa hlutfall kemur á óvart en gæti jafnframt skekkt meginniðurstöður rannsóknarinnar ef um falsk jákvæða greiningu er að ræða vegna þess að notuð eru of næm viðmiðunargildi.

Ég sakna umræðu varðandi þann hóp sem greinist með langvinna lungnateppu þrátt fyrir að hafa aldrei reykt. Þannig uppfylla 12,6% karla og 15,2% kvenna GOLD-skilmerkjum. Hluti þessa hóps gæti verið einstaklingar með atvinnutengda lungnateppu en einnig sjúklingar með astma sem ekki hafa fengið tilhlýðilega greiningu ellegar meðferð. Svörun við berkjuvíkkandi lyfjagjöf getur þannig í upphafi verið ófullnægjandi til að greina á milli astma og langvinnrar lungnateppu. Viðeigandi bólguhamlandi astmameðferð getur síðar endurvakið berkjuvíkkandi áhrif beta-örvunarefna. Á hinn bóginn skarast meingerð og meðferð þessara sjúkdóma og þrálátur astmi getur vissulega leitt til viðvarandi skerðingar blástursgilda. Að lokum er vaxandi þekking á skaðlegum áhrifum óbeinna reykinga, allt frá fósturstigi til fullorðinna, á lungnaþroska og lungnastarfsemi. Hugsanlegt er að næmir einstaklingar þrói þannig langvinna lungnateppu án þess að reykja sjálfir (4).

Samkvæmt upplýsingum á vef Landlæknisembættisins eru árlega um 5000 legudagar á sjúkrahúsum hér á landi vegna langvinnrar lungnateppu sem jafnframt er fimmta algengasta dánarorsökin bæði meðal karla og kvenna. Þó lungnateppa geti þróast samfara loftmengun, í kjölfar sýkinga ellegar vegna loftborinna áreita þá hafa reykingar reynst stærsti orsakavaldurinn. Álag á heilbrigðisþjónustuna eykst sífellt samfara því að stærri árgangar reykingamanna eldast. Lengi vel var talið að einungis um 15% reykingamanna fengi langvinna lungnateppu. Nú er ljóst að jafnvel 35-50% reykingamanna þróa með sér skerta lungnastarfsemi á lífsleiðinni ef stuðst er við blástursmælingar (5). Nýlegar tölur frá könnun Capacent Gallup á vegum Lýðheilsustöðvar sýna að 22,1% íslensku þjóðarinnar reykir, 32,1% eru fyrrum reykingamenn en 45,8% hafa aldrei reykt. Helmingur íslensku þjóðarinnar er því í aukinni áhættu á reykingatengdum fylgikvillum. Niðurstöður BOLD-hópsins eru þörf áminning um þessa áhættu og hvatning til frekari tóbaksvarna. Það er vel við hæfi á þeim tímamótum þegar reykingabann er innleitt á veitingastöðum hér á landi.

Chronic obstructive lung disease: the hidden epidemic

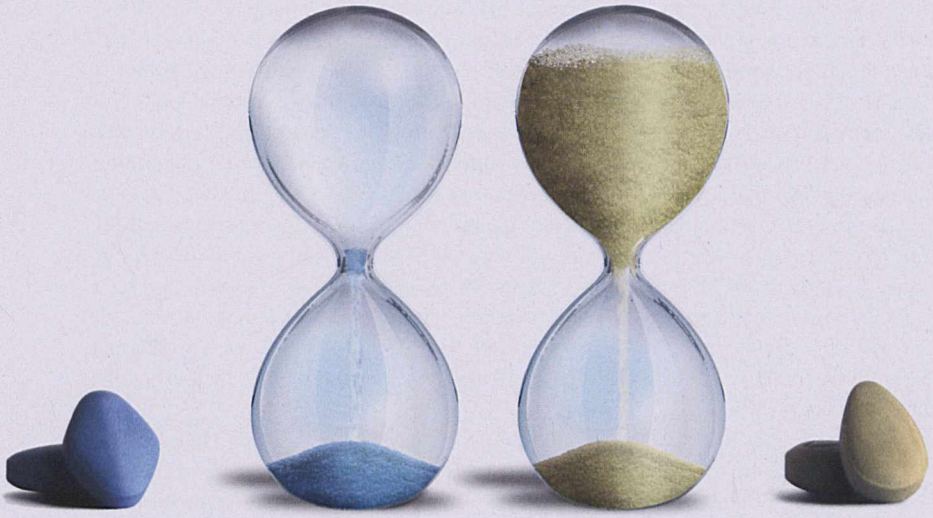
Consulting physician, Division of Pulmonary Medicine, Landspitali University Hospital, Fossvogi 101 Reykjavík.

Heilmildir

1. Oswald NC, Harold JT, Martin WJ. Clinical pattern of chronic bronchitis. Lancet 1953; 265: 639-43.
2. Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, Jenkins CR, Hurd SS. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) workshop summary. Am J Resp Crit Care Med 2001; 163: 1256-76.
3. Benediktsdóttir B, Guðmundsson G, Jörundsdóttir KB, Vollmer W, Gíslason Þ. Hversu algeng er langvinn lungnateppa? Íslensk faraldsfræðirannsókn. Læknablaðið 2007; 93: 471-7.
4. Gerbase MW, Schindler C, Zellweger JP, Kunzli N, Downs SH, Brändli O, et al. Respiratory effects of environmental tobacco exposure are enhanced by bronchial hyperreactivity. Am J Resp Crit Care Med 2006; 174: 1125-31.
5. Løkke A, Lange P, Scharling H, Fabricius P, Vestbo J. Developing COPD: a 25 years follow-up study of the general population. Thorax 2006; 61: 935-9.

Óskar Einarsson er læknir með sérmenntun í lyf- og lungnalækningum við Landspítala.

Cialis®
tadalafil



Þegar tíminn skiptir máli

Virkni Cialis varir í allt að

36 klukkustundir[1]

200703

1. Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Cialis og www.serlyfjaskra.is

Lilly

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

Sérlyfjatexti á bls. 518

Lyfjaskírteini



Sigurður Thorlacius

sigurdth@hi.is

Umræða undanfarið um hlutverk annars vegar starfsfólks í lyfjaverslunum og hins vegar lækna við að upplýsa fólk um hugsanlegan rétt þeirra til að fá lyfjaskírteini frá Tryggingastofnun ríkisins (TR) gefur tilefni til staldra við og velta fyrir sér tilgangi og tilurð lyfjaskírteina.

Tæp 20 ár munu vera síðan lyfjaskírteini komu til sögunnar. Í upphafi giltu þau fyrir lyf sem ekki voru í almennri greiðsluþátttöku, en mátti samþykkja í undantekningartilvikum. Þegar reglur sjúkratrygginga voru hertar árið 1991, vegna bágrar stöðu ríkissjóðs, var fyrir alvöru byrjað að gefa út lyfjaskírteini og síðan hefur útgáfa þeirra farið vaxandi ár frá ári. Nú orðið eru gefin út um 15.000 lyfjaskírteini á ári og í gildi eru um 40.000 skírteini. Lang mest, eða um þriðjungur útgefinna skírteina, er vegna prótónupumpuhemlara. Skilyrði fyrir veitingu lyfjaskírteinis er í þeim tilvikum að lífsstílsbreytingar (svo sem breytt mataræði, minnkun áfengisnotkunar, reykbindindi og megrun) hafi ekki borið árangur, meðferð hafi staðið í að minnsta kosti sex mánuði, dagleg langtímameðferð sé talin nauðsynleg og reynt hafi verið að minnka lyfjaskammt smám saman til að hætta meðferð (1). Svipaðar vinnureglur gilda fyrir önnur lyf. Lyfjagreiðslunefnd ákveður hvort og í hve miklum mæli sjúkratryggingar taka þátt í greiðslu lyfja sem eru á markaði hér á landi og á grundvelli ákvarðana hennar tekur TR þátt í að greiða fyrir lyf sem fólk notar utan sjúkrastofnana (2-5). Í grófum dráttum má flokka greiðsluþátttöku TR í lyfjum í þrennt. Í fyrsta lagi eru lyf sem talið er lífsnauðsynlegt fyrir fólk að nota að staðaldri og greiðir Tryggingastofnun þau að fullu. Sem dæmi má nefna lyf við sykursýki. Í öðru lagi eru lyf sem talin eru nauðsynleg og skiptist kostnaður vegna kaupa þeirra á milli sjúklings og TR samkvæmt reglugerð heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra (5). Í þann flokk falla flest lyf. Í þriðja lagi eru lyf sem falla undir hvorugan framangreindan flokk. Sem dæmi má nefna róandi lyf, svefnlyf og verkjalyf.

Ofangreinda flokkun ber að skoða sem almennan ramma um greiðsluþátttöku TR í lyfjum. Stofnunin getur veitt undanþágur frá þessum ramma og er það gert með útgáfu lyfjaskírteina (5). Læknir sækir þá um lyfjaskírteini fyrir sjúkling sinn. TR getur gefið út lyfjaskírteini ef brýn nauðsyn er fyrir sjúkling að nota um lengri tíma lyf sem TR greiðir ekki eða aðeins að hluta. Greiðslumerking er hækkuð um einn greiðsluflokk, til dæmis úr 0 í E vegna langvarandi nauðsynjar á notkun sýklalyfs eða blóðfitulækkandi lyfs eða greiðslutakmörkun (30 daga takmörkun frá 100 daga reglu) er aflétt, svo sem vegna lyfja við sýrutengdum sjúkdómi í vélinda, maga eða skeifugörn. Tryggingastofnun getur einnig gefið út lyfjaskírteini ef sjúklingur þarfnast meðferðar við mjög alvarlegu sjúkdómsástandi, til dæmis nýrnabilun eða krabbameini og greiðir TR lyf þá að fullu. Auk þess getur TR gefið úr lyfjaskírteini ef sjúklingi er nauðsynlegt að nota mörg lyf að staðaldri eða í lengri tíma. Greiðslumerking lyfjanna er þá hækkuð um einn greiðsluflokk. Ákveðin lyf eru hér ekki færð á milli greiðsluflokka og þar með ekki greidd af TR, svo sem lyf við stinningarvandamálum, nikótín lyf og getnaðarvarnarlyf.

Kostnaður sjúkratrygginga af lyfjum er mjög mikill og hratt vaxandi og þá sérstaklega af nýjustu lyfjunum (1). Þess vegna er greiðsluþátttaka TR í nýjum lyfjum ekki sjálfgefin. Sýna verður fram að að nýtt lyf hafi eitthvað fram yfir eldri og ódýrari lyf. Ekki er mikið vit í að eyða háum fjárhæðum í lyf sem ekki uppfyllir þetta skilyrði og í staðinn hægt að verja fénu í aðra og nytsamlegri meðferð. Af þeim sökum er greiðsluþátttakan í nýjum lyfjum í sumum tilvikum bundin framvísun lyfjaskírteinis. Ef lyfjagreiðslunefnd hefur hafnað greiðsluþátttöku í nýju lyfi sem veitt hefur verið markaðsleyfi, er gert ráð fyrir að stofnunin geti í undantekningartilvikum tekið þátt í kostnaði af notkun lyfsins með útgáfu lyfjaskírteinis. Læknirinn þarf þá að rökstyðja vel hvers vegna nota þarf umrætt lyf og styðja umsóknina með gögnum sem sýna fram á árangur af meðferðinni og hvað hún hefur fram yfir meðferð með þeim lyfjum sem fyrir eru á markaði.

Lyfjameðferð getur einnig verið býsna kostnaðarsöm fyrir sjúklinga og því er mikið í húfi fyrir þá að greiðsluþátttaka TR sé rétt. Læknir sem ber ábyrgð á lyfjameðferð sjúklings ber jafnframt ábyrgð á að gæta að rétti sjúklingsins til greiðsluþátttöku sjúkratrygginga í lyfinu eða lyfjunum og að sækja um lyfjaskírteini þegar við á. Það er því brýnt að læknar kynni sér og þekki vel til vinnureglna um útgáfu lyfjaskírteina, en þær er að finna á heimasíðu TR (1). Læknar geta einnig leitað upplýsinga í síma 560 4450, sem er beinn sími lyfjadeildar fyrir lækna, eða með því að senda bréf á netfangið *lyfjadeild@tr.is*

Social insurance certificate for medication

Former medical director of the state social security institute. Now associate professor of the medical division at the University of Iceland.

Heimildir

1. Heimasíða Tryggingastofnunar ríkisins, www.tr.is
2. Lög um almannatryggingar nr. 117/1993.
3. Lyfjalög nr. 94/1994.
4. Reglugerð heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um lyfjagreiðslunefnd nr. 213/2005.
5. Reglugerð heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um greiðslur almannatrygginga í lyfjakostnaði nr. 458/2005.

Höfundur er fyrrverandi tryggingayfirlæknir og dósent hjá HÍ.



Sérlyfjatexti á bls. 517



01-2004

Hversu algeng er langvinn lungnateppa? - Íslensk faraldsfræðirannsókn

Bryndís Benediktsdóttir[1]
Heimilislæknir

Gunnar Guðmundsson[1, 2]
Sérfræðingur í lyflækningum, lungna- og gjörgæslulækningum

Kristín Bára Jörundsdóttir[2]
Hjúkrunarfræðingur

William Vollmer[3]
Töfræðingur

Þórarinn Gíslason[1, 2]
Lungnasérfræðingur

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]lungnadeild Landspítala, [3]Center for Health Research Kaiser Permanente and Oregon Health and Science University, Portland, Oregon.

Fyrirspurnir og bréfaskriftir: Þórarinn Gíslason, lungnadeild Landspítala Fossvogi, 108 Reykjavík.

thorarig@landspitali.is

Lykilorð: *langvinn lungnateppa, faraldsfræði, kynjamunur, reykingar.*

Ágrip

Tilgangur: Markmið rannsóknarinnar var að kanna algengi og mögulega áhrifaþætti langvinnrar lungnateppu meðal Íslendinga á höfuðborgarsvæðinu.

Efniviður og aðferðir: Um er að ræða hluta af fjölþjóðarannsókn (www.BOLDCOPD.org) þar sem val á efnivið og aðferðir eru staðlaðar.

Rannsóknarhópurinn var slembiúrtak þeirra Íslendinga á höfuðborgarsvæðinu sem voru 40 ára og eldri og voru ekki á stofnun (n=938). Þátttakendur svöruðu stöðluðum spurningarlistum um öndunarfæraeinkenni, lífsstíl og áhættuþætti. Gert var blástursþróf sem varð að uppfylla strangar gæðakröfur og var það endurtekið eftir gjöf berkjuvíkkandi lyfs. Lungnateppustig I eða hærra samkvæmt skilgreiningu GOLD var skilgreint samkvæmt alþjóðaviðmiðun ef teppa var á blástursprófi (FEV1/FVC <70%).

Niðurstöður: Þátttakendur voru alls 755 (80,5%). Reyndist 18,0 % með stig I af eða hærra, en þar af voru 9,0 % með stig II eða hærra. Hlutfallslega voru mun fleiri ungar (40-49 ára) konur en karlar sem voru með langvinna lungnateppu (8,1% á móti 4.8%), en ekki var munur á heildaralgengi karla og kvenna. Algengi fór vaxandi með hækkandi aldri og umfangi tóbaksreykinga. Aðeins hluti þeirra sem uppfylltu skilmerki höfðu áður greinst með sjúkdóminn.

Ályktun: Niðurstöður okkar sýna háa tíðni langvinnrar lungnateppu meðal Íslendinga 40 ára og eldri þegar fylgt er alþjóðlega viðurkenndum og samræmdum vísindavinnubrögðum. Upplýsingarnar geta nýst heilbrigðisyfirvöldum til þess að forgangsraða verkefnum í heilbrigðisþjónustu.

Inngangur

Langvinn lungnateppa (LLT) er samheiti teppusjúkdóma í lungum, svo sem langvinnrar berkjubólgu, lungnaþembu og lokastigs astma. Árið 2001 hófst alþjóðasamvinna (Global Initiative for Obstructive Lung Disease (GOLD) www.goldcopd.org) um þessi vandamál, en í kjölfar þeirra

ENGLISH SUMMARY

Benediktsdóttir B, Guðmundsson G, Jörundsdóttir KB, Vollmer W, Gíslason Þ

Prevalence of COPD in Iceland - The ISOLD study

Læknablaðið 2007; 93: 471-77

Objective: To investigate the prevalence of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Iceland and possible risk factors.

Materials and Methods: This Icelandic survey is a part of an international study (www.BOLDCOPD.org). The target population consisted of a simple random sample taken among all non-institutionalized Icelanders 40 years and older living in Reykjavik and adjacent suburbs (n=938). Participants were subjected to a structured interview based on questionnaires on respiratory diseases, symptoms, life style and possible risk factors. They also underwent a spirometry that was repeated after inhalation of a bronchodilating agent. COPD stage I, or higher, was defined according to the GOLD staging (www.goldcopd.org) based on chronic airflow limitation (FEV1/FVC < 70%) persisting after inhaled bronchodilator.

Results: Full participation was by 755 (80.5%). Altogether 18.0 % of the participants fullfilled criteria for COPD, GOLD stage I or higher and 9.0 % for GOLD stage II or higher. There were proportionally more young females (40-49 years) than males diagnosed with COPD GOLD stage I or higher (8.1% compared to 4.8%), even though there was no difference in total prevalence between males and females. The prevalence of COPD increased with increasing age and the amount of tobacco smoked. Only a part of those fulfilling criteria for COPD had been diagnosed by doctors.

Conclusion: Our results show a high prevalence of COPD among Icelanders 40 years and older when internationally accepted criteria and methods are used. These results are useful for heath authorites when planning and giving priority in our future health care system.

Key words: *COPD, epidemiology, gender differences, smoking.*

Correspondence: *Þórarinn Gíslason, thorarig@landspitali.is*

vinnu hefur LLT verið skilgreind sem sjúkdómur er einkennist af teppu í lungum sem ekki er að fullu afturkræf eftir gjöf berkjuvíkkandi lyfja (1). Um allan heim hefur algengi LLT vaxið mikið á undanförnum árum, en árið 1990 var LLT talin sjötta algengasta dánarorsök í heiminum og búist við að hún kæmist í þriðja sæti árið 2020 og verði þá dánarorsök sex milljóna manna og kvenna (2). Nýleg samantekt um LLT á Norðurlöndum rekur líkur á vaxandi dánartíðni, sjúkleika og lyfjakostnaðar vegna þessa sjúkdóms (3). Þessar spár um hækkandi dánartíðni byggjast fyrst og fremst á því að kynslóðir sem mikið hafa reykt eru að komast á þann aldur þegar LLT gerir vart við sig. Nýlegar dánartölur frá Bandaríkjunum fyrir tímabilið 1970-2002 renna stoðum undir þessa spá (4).

Fyrri rannsóknir á algengi LLT hafa gefið mjög mismunandi niðurstöður enda hefur aðferðafræði þeirra verið mjög ólík (5, 6). Samkvæmt alþjóðaskilmerkjum við greiningu á LLT á að nota blástursþróf til þess að meta hvort teppa í lungum gengur til baka í kjölfar þess að sjúklingur andar að sér berkjuvíkkandi lyfi (1). Þessi aðferð við að stiga LLT á grundvelli blástursprófa hefur verið tekin upp af helstu samtökum lungnalækna, bæði í Bandaríkjunum og í Evrópu (7). Nýlegar rannsóknir á algengi LLT, sem byggjast á slembiúrtaki, frá Bandaríkjunum (8), Japan (9), Kóreu (10), Spáni (11) og Suður-Ameríku (12) hafa sýnt að stór hluti þeirra sem í raun eru með LLT hafa ekki áður verið greindir innan heilbrigðiskerfisins. Í nýlegri japanskri rannsókn reyndist algengi LLT vera 10,9%, en fram að þeim tíma höfðu japönsk heilbrigðisyfirvöld álitið algengi LLT vera 0,3% (9). Í sömu rannsókn kom í ljós að innan við 10% þeirra sem reyndust hafa LLT höfðu greinst áður með sjúkdóminn. Þetta háa hlutfall sjúklinga með ógreinda LLT er áhyggjuefni vegna þess að horfur reykingamanna batna ef greining og meðferð (reykbindindi) eru gerð í tíma (13). Í frásögn *Læknablaðsins* árið 1994 um dánartíðni vegna LLT á Íslandi á tímabilinu 1950-1990 kom fram hlutfallslega vaxandi dánartíðni, einkum meðal kvenna, en undir lok ofanskráðs tímabils reyndust fleiri konur en karlar hafa dáið úr LLT (14). Heildstætt mat á algengi LLT á Íslandi hefur ekki farið fram áður. Gerð var rannsókn á algengi LLT meðal ungra einstaklinga (20-44 ára), en í þeirri rannsókn var blástursþróf ekki endurtekið eftir gjöf berkjuvíkkandi lyfs (15).

Í upphafi þessarar aldar voru stofnuð alþjóðleg samtök „The Burden of Lung Disease" (BOLD) sem hafa það að markmiði að staðla aðferðir svo meta megi á samanburðarhæfan hátt algengi LLT og helstu áhættuþætti um allan heim (16).

Jafnframt er stefnt að því beita bestu aðferðum til þess að meta áhrif LLT á lífsgæði, daglegt líf, öndunarfæraeinkenni og notkun heilbrigðisþjónustu (1, 16, 17).

Á þennan hátt er vonast til þess að unnt reynist að gefa heildstæða mynd af útbreiðslu og áhrifum LLT. Í þessari grein er ætlunin að skýra frá niðurstöðum rannsóknar sem gerð var nýverið á algengi LLT á Stór-Reykjavíkursvæðinu þar sem ofangreindum stöðluðu aðferðum var beitt.

Efniviður og aðferðir

Fylgt var nákvæmlega þeim alþjóðlegu leiðbeiningum sem rannsóknin byggir á (16) og verður stuttlega lýst í þessari grein. Þjálfun framkvæmdaraðila (BB, KBJ, ÞG) fór fram í Lundúnum vorið 2004 og sama haust var hópur læknanema þjálfaður. Gæðaeftirlit af hálfu yfirstjórnar rannsóknarinnar fór fram jafnóðum.

Efniviður

Þátttakendur voru valdir á sama hátt og gert hefur verðir annars staðar í þessari fjölþjóðlegu rannsókn. www.kpchr.org/boldcopd. Miðað var við að þátttakendur væru með fasta búsetu á rannsóknarsvæðinu, en byggju ekki á heilbrigðisstofnun. Í lok nóvember 2004 reyndist samkvæmt þjóðskrá vera 35.228 karlar og 38.163 konur á þessum aldri á Stór-Reykjavíkursvæðinu, allt frá Mosfellsbæ til Hafnarfjarðar (tafla I). Valið var slembiúrtak 1000 manns úr þjóðskrá meðal íbúa þessa svæðis sem voru 40 ára og eldri. Við eftirgrennslan um þá 1000 sem voru í upphaflega slembiúrtakinu reyndust sex látnir, 19 brottfluttir, 30 voru vistmenn á stofnunum og heimilisfang var rangt skráð í þjóðskrá hjá sjö. Lokahópur rannsóknarinnar samkvæmt ofangreindum skilgreiningum var því 938 einstaklingar. Þeim voru send bréf og boðin þátttaka, en jafnframt var leitað viðbótarupplýsinga um heimilisfang og símanúmer þannig að tækist að ná til sem flestra. Þrátt fyrir eftirgrennslan reyndist ekki unnt að ná sambandi við 33 einstaklinga. Þeir sem komu og svöruðu spurningalistum og gerðu blástursþróf voru 758. Tókst öllum nema þremur þeirra að framkvæma öndunarprófið samkvæmt ströngustu skilmerkjum, þannig að alls tóku 755 (80,5% miðað við markhópinn 938) fullan þátt í rannsókninni (tafla I). Svörun var um og yfir 80% í öllum aldurshópum hjá báðum kynjum, nema konum 70 ára og eldri þar sem svörun var 69%.

Blástursþróf

Blástursþróf (spirometry) var framkvæmt í samræmi við alþjóðaskilmerki (18) og fengu eingöngu

þeir starfsmenn rannsóknarinnar að framkvæma blástursprófin sem hlotið höfðu sérstaka þjálfun og staðist próf (að minnsta kosti 10 viðurkenndar mælingar). Í lok hvers dags voru blástursprófin send rafrænt til gæðaeftirlits (Pulmonary Function Quality Control Center í Salt Lake City, Utah). Blástursprófin voru ekki viðurkennd nema þegar ströngustu gæðakröfur voru uppfylltar (18) bæði fyrir og eftir gjöf berkjuvíkkandi lyfs (tvö púst af salbútamóli). Reynt var að endurtaka blástursprófið næstu daga ,þar til fullnægjandi próf náðist. Blástursmælarnir voru allir af gerðinni ndd Easy One™ (ndd Medical Technologies, Zurich, Sviss). Þátttakendur sátu við prófið.

Tafla I. *Aldurs- og kynskipting rannsóknarhóps ásamt reykingasögu.*

	Karlar	Konur	Samtals
Íbúar Reykjavíkur og nágrennis			
(aldursbil)			
40-49	12.617	12.720	25.337
50-59	10.317	10.357	20.674
60-69	5973	6497	12.470
70+	6321	8589	14.910
Full þátttaka			
Aldur (ár)			
40-49	147	124	271
50-59	121	98	219
60-69	72	64	136
70+	62	67	129
Kynferði	402	353	755
Reykingasaga			
Reykir	63	75	138
Hætt (ur)	184	139	323
Aldrei reykt	155	139	294

Spurningalistar

Notaðir voru staðlaðir spurningalistar þar sem leitað var upplýsinga um helstu áhættuþætti og einkenni LLT (16). Einnig var spurt um heilsufar, öndunarfæraeinkenni, lyf, notkun heilbrigðisþjónustu, daglega færni og lífsgæði. Allir spurningalistar voru þýddir úr ensku og aðlagaðir íslenskri málvenju, en síðar þýddir aftur á ensku af löggiltum skjalaþýðanda sem var ókunnugt um frumútgáfuna. Á þennan hátt var reynt að tryggja að íslenski spurningalistinn væri sambærilegur þeim spurningalistum sem notaðir eru í alþjóðlegu rannsókninni. Hringt var í þá sem valist höfðu í markhópinn en tóku ekki þátt að öðru leyti og lagður fyrir þá stuttur spurningalisti um reykingar og öndunarfæraeinkenni og sjúkdóma. Svör við stuttum spurningalista voru eingöngu notuð til þess að meta hvort þeir sem ekki tóku þátt í rannsókninni að öðru leyti virtust frábrugðnir þátttakendum.

Skilgreiningar

Í samræmi við alþjóðaleiðbeiningar GOLD (1) er óafturkræf loftvegateppa til staðar þegar hlutfall fráblásturs á einni sekúndu (FEV1) miðað við heildarfráblástur (FVC) er áfram undir 70% eftir gjöf berkjuvíkkandi lyfs. Er það ástand skilgreint sem stig I, en við stig II er viðmiðunargildi FEV1 komið undir 80% af áætluðu gildi og á stigi III er viðmiðunargildi FEV1 undir 50% af áætluðu gildi. Við útreikninga á áætluðum gildum var stuðst við alþjóðaviðmið (19).

Talið var að þátttakandi hefði verið greindur áður með teppusjúkdóm í lungum ef hann svaraði jákvætt spurningum um það hvort læknir hefði áður greint hann með langvinna berkjubólgu, lungnaþembu eða LLT. Pakkaár voru reiknuð sem meðalfjöldi vindlinga (g) á dag deilt með 20, margfaldað með árafjöldanum sem viðkomandi hafði reykt og notuð til að endurspegla við síðari útreikninga magn þess sem reykt hafði verið.

Siðfræði

Rannsóknin var gerð með samþykki Vísindasiðanefndar (04-080).

Úrvinnsla og tölfræði

Allar niðurstöður rannsóknarinnar (án persónueinkenna) voru jafnóðum færðar inn rafrænt á heimasíðu rannsóknarinnar þar sem fylgst var með gæðum og innihaldi. Útreikningar á algengi fóru fram við Kaiser Research Center með forritinu PROC SURVEYMEANS in SAS (Version 9.1; Cary, NC). Tölfræðilegar aðferðir (20) voru notaðar til þess að vega hvort svörun í rannsókn okkar, með tilliti til aldurs og kynferðis, hefði skekkt niðurstöður þegar tekið var tillit til sömu þátta hjá heildarmannfjölda á höfuðborgarsvæðinu. Reyndist enginn munur vera á algengi og verða þeir útreikningar því ekki kynntir frekar.

Niðurstöður

Alls 755 manns (402 karlar og 353 konur) luku fullri þátttöku í rannsókninni, svöruðu spurningalistum og skiluðu fullnægjandi blástursprófi fyrir og eftir berkjuvíkkandi lyf (tafla I).

Mismunurinn á þýðinu (938) og þeim fjölda sem kom og tók þátt (758) var 180 manns og svöruðu 96 þeirra stuttum spurningalista. Reyndust svör þessa hóps um reykingar, lungnaeinkenni

Tafla II. *Algengi reykinga (%) á Stór-Reykjavíkursvæðinu.*

		40-49 ára	50-59 ára	60-69 ára	70+ ára	Samtals
Karlar						
	Aldrei reykt	30,1	34,7	45,8	33,9	38,6
	Hættir	38,1	47,9	43,1	62,9	45,7
	Reykja	21,8	17,4	11,1	3,2	15,7
Konur						
	Aldrei reykt	35,5	32,7	40,6	55,2	39,4
	Hættar	39,5	34,6	48,5	37,3	39,4
	Reykja	25,0	32,7	10,9	7,5	21,2

og hve oft læknar hefðu áður greint langvinna berkjubólgu, lungnaþembu hjá þeim vera hin sömu og meðal þeirra sem tóku þátt. Hvergi var um marktækan mun að ræða við samanburð á þátttakendum og þeim sem ekki vildu eða gátu tekið þátt.

Reykingar

Sama hlutfall (61%) karla og kvenna hafði reykt einhvern tíma á ævinni. Konur virðast síður hafa hætt að reykja en karlar þegar horft er til algengis reykinga í hverjum aldurshópi (töflur I og II). Hlutfallslega eru þó heldur færri konur (21,2%) en karlar (29,1%) stórreykingamenn (með 20 eða fleiri pakkaár að baki).

Algengi LLT

Meðalalgengi LLT (GOLD stig I eða hærra) í þýðinu var 18%, það sama hjá konum og körlum (tafla III) og var um helmingur þeirra (9%) með LLT á GOLD stigi II eða hærri. Hlutfallslega voru mun fleiri ungar (40-49 ára) konur en karlar með langvinna lungnateppu (8,1% á móti 4,8%), en ekki var munur á heildaralgengi karla og kvenna. Algengi fór hratt vaxandi með hækkandi aldri. LLT var algengari meðal þeirra sem reykt höfðu mikið; 34,8% meðal karla sem áttu 20 pakkaár eða meira að baki og 38,2% meðal kvenna (tafla IV).

Öndunarfæraeinkenni

Alls gáfu 12% sögu um langvinnan hósta, 9% höfðu sögu um langvinnan slímuppgang; en 4% þátttakenda sögðust hafa haft bæði einkennin að minnsta kosti þrjá mánuði á ári. Læknar höfðu áður greint langvinna berkjubólgu, lungnaþembu eða LLT hjá 8,3% þátttakenda.

Samfara auknum reykingum eykst hlutfall þeirra sem mælast með LLT, eru með öndunarfæraeinkenni eða hafa fyrri greiningu um LLT (tafla IV).

Umræða

Meginniðurstaða þessarar rannsóknar er sú að 18% þeirra sem eru 40 ára og eldri eru með LLT á GOLD stigi I eða hærra og að helmingur þeirra uppfyllir til viðbótar, skilmerki LLT á GOLD stigi II eða hærra með skerðingu á fráblástursgetu (FEV1). Góð þátttaka (80%) gefur til kynna að niðurstöður okkar endurspegli vel slembiúrtak höfuðborgarbúa og sýnir mat okkar á þeim hópi sem ekki tók þátt í rannsókninni mjög sambærilegar niðurstöður hvað varðar algengi reykinga

Tafla III. *Algengi (%) langvinnrar lungnateppu (LLT) með tilliti til aldurs og kynferðis.*

	40-49 ára	50-59 ára	60-69 ára	70+ ára	Samtals
GOLD* stig I eða hærra					
Karlar	4,8 (1,8)	10,7 (2,8)	31,9 (5,5)	45,2 (6,3)	18,2 (2,0)
Konur	8,1 (2,4)	8,2 (2,8)	20,3 (5,0)	41,8 (6,0)	17,5 (2,1)
GOLD* stig II eða hærra					
Karlar	2,0 (1,2)	3,3 (1,6)	12,5 (3,9)	27,4 (5,7)	8,5 (1,4)
Konur	3,2 (1,6)	5,1 (2,2)	17,2 (4,7)	17,9 (4,7)	9,3 (1,6)
Langvinnur hósti**					
Karlar	2,0 (1.2)	3,3 (1,6)	12,5 (3,9)	27,4 (5,7)	8,5 (1,4)
Konur	3,2 (1,6)	5,1 (2,2)	17,2 (4,7)	17,9 (4,7)	9,3 (1,6)
Langvinnur slímuppgangur**					
Karlar	2,0 (1,2)	3,3 (1,6)	12,5 (3,9)	27,4 (5,7)	8,5 (1,4)
Konur	3,2 (1,6)	5,1 (2,2)	17,2 (4,7)	17,9 (4,7)	9,3 (1,6)
LLT áður greind af lækni***					
Karlar	3,4 (1,5)	6,6 (2,3)	8,3 (3,3)	16,1 (4,7)	7,4 (1,3)
Konur	8,0 (2,4)	10,2 (3,1)	10,9 (3,9)	8,8 (3,4)	9,3 (1,5)

*Stigun LLT samkvæmt viðmiðun GOLD www.goldcopd.org
**Saga um hósta/slímuppgang í þrjá mánuði eða lengur á ári
***Átt er við langvinna berkjubólgu, lungnaþembu eða langvinna lungnateppu

og einkenni lungnasjúkdóma. Í flestum löndum er LLT algengari meðal karla en kvenna (9, 10, 15, 21), en víða í Vestur-Evrópu er LLT að verða jafnalgeng meðal karla og kvenna (22, 23). Margt bendir til þess að tóbaksreykingar séu konum jafnvel hættulegri en körlum (23, 24).

Á Íslandi hefur algengi LLT ekki verið kannað áður á kerfisbundinn hátt, enda þótt tíðni langvinnrar berkjubólgu hafi verið könnuð í völdum hópum. Í rannsókn Sveins Magnússonar á 50 og 80 ára körlum uppfylltu 8% skilmerki fyrir langvinnri berkjubólgu (25) og í rannsókn Bryndísar Benediktsdóttur meðal fimmtugra kvenna reyndist sambærileg tíðni vera 11,4% (26).

Samkvæmt fyrsta áfanga Evrópukönnunarinnar Lungu og heilsa sem gerður var á árunum 1989-1991 www.ecrhs.org uppfylltu alls 11% höfuðborgarbúa á aldrinum 20-44 ára skilmerki fyrir langvinnri berkjubólgu með langvinnum slímuppgangi en rúmlega 2% voru með LLT samkvæmt öndunarprófi sem þó var ekki endurtekið eftir gjöf berkjuvíkkandi lyfs (15). Í þessari sömu rannsókn var algengi reykinga metið í Evrópulöndum með sambærilegum aðferðum og reyktu þá 40% íslenskra þátttakenda (27). Meira en helmingur þeirra sem kosið hafði reyklausan lífsstíl og aldrei reykt var daglega útsettur fyrir tóbaksreyk annarra (27). Áratug síðar var sama hópi fylgt eftir og hafði þá dregið nokkuð úr bæði beinum og óbeinum reykingum, en Íslendingar voru þó áfram með sérstöðu því að óbeinar reykingar voru tvisvar til þrisvar sinnum algengari hér en hjá hinum Norðurlandaþjóðunum (28). Við samanburð reyndust konur síður hafa hætt reykingum en karlar og síður feitlagnir en grannir. Stutt skólaganga og vinna við ófaglærð störf tengdust einnig reykingum. Nýlega birtust niðurstöður um nýgengi LLT í Evrópu meðal annars á Íslandi og reyndust að meðaltali vera 2,8 ný LLT tilfelli / 1000 íbúa / ár (29). Reykingar voru sterkur áhættuþáttur, en jafnframt sýndu útreikningar að saga um langvinnan hósta og eða slímuppgang var sjálfstæður áhættuþáttur sem þrefaldaði líkur á LLT (29).

Þegar tíðni reykinga í þessari rannsókn og aldurssamsetning þjóðarinnar eru skoðuð eru sterkar líkur fyrir því að algengi LLT á Íslandi muni enn aukast. Búast má við auknu álagi á heilbrigðiskerfið þegar stórir árgangar reykingafólks kemst á þann aldur að LLT leiðir til sjúkrahússinnlagnar (meðalaldur þeirra sem leggjast inn á sjúkrahús á Reykjavíkursvæðinu í fyrsta skipti vegna LLT er 68 ár). Þegar LLT er komin á það stig að óafturkræf loftvegateppa leiðir til sjúkrahússinnlagnar eru bæði lífsgæði og lífslíkur mjög skert, einkum ef samhliða LLT eru aðrir sjúkdómar eins og sykursýki og hjartasjúkdómur (3, 30, 31).

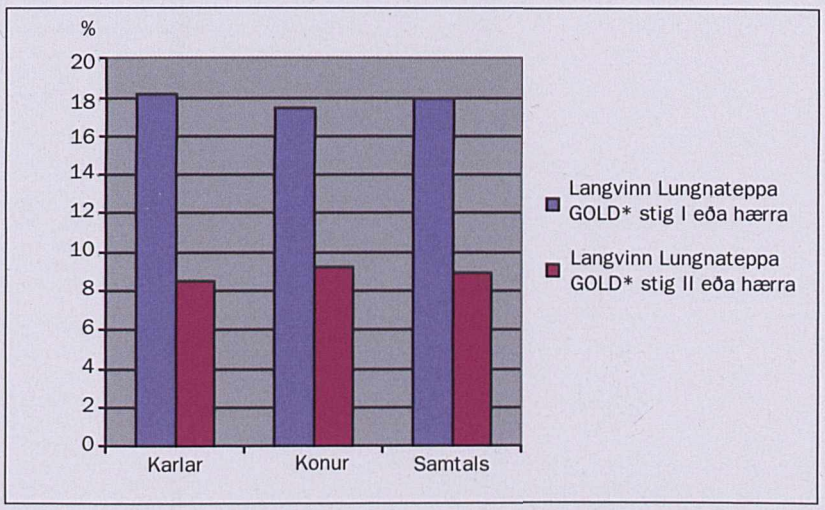
Tafla IV. *Algengi (%) langvinnrar lungnateppu (LLT) eftir GOLD stigun. Skipt eftir pakkaárum og kynferði.*

	Aldrei reykt	0-10	10-20	20+
GOLD* stig I eða hærra				
Karlar	12,6 (2,7)	11,4 (4,1)	8,0 (3,4)	34,8 (4,4)
Konur	15,2 (3,1)	5,7 (2,5)	13,2 (5,0)	38,2 (5,7)
GOLD* stig II eða hærra				
Karlar	5,4 (1,8)	3,4 (2,4)	4,7 (2,7)	17,6 (3,6)
Konur	8,3 (2,4)	2,1 (15)	6,6 (3,7)	21,5 (4,8)
Langvinnur hósti**				
Karlar	6,5 (2,0)	8,0 (3,4)	7,8 (3,3)	20,0 (3,7)
Konur	9,4 (2,5)	7,6 (2,8)	21,5 (6,0)	17,0 (4,3)
Langvinnur slímuppgangur**				
Karlar	5,9 (1,9)	5,0 (2,8)	15,4 (4,5)	16,1 (3,4)
Konur	5,3 (2,0)	6,5 (2,6)	13,0 (4,9)	13,1 (3,9)
LLT áður greind af lækni***				
Karlar	5,9 (1,9)	6,5 (3,1)	4,6 (2,6)	11,3 (3,0)
Konur	6,3 (2,0)	5,4 (2,4)	10,6 (4,5)	18,7 (4,5)

*Stigun LLT samkvæmt viðmiðun GOLD www.goldcopd.org
**Saga um hósta/slímuppgang í þrjá mánuði eða lengur á ári
***Átt er við langvinna berkjubólgu, lungnaþembu eða langvinna lungnateppu

LLT telst til þeirra sjúkdóma sem má koma í veg fyrir (3, 13, 23). Leiðarahöfundur tímaritsins *Thorax* benti á, þegar ofangreindar niðurstöður um unga LLT sjúklinga birtust (15), að þær ætti að nýta til að grípa inn í miklu fyrr og stöðva framþróun sjúkdómsins (32). Notkun blástursprófa við greiningu LLT sem víðast í heilbrigðisþjónustunni skiptir þar miklu og að fylgt sé alþjóðlegum leiðbeiningum (33) þannig að sem flestir fái rétta greiningu sem fyrst í sjúkdómsferlinu og að fylgst sé reglulega með öndunargetu þeirra sem eru í mestri áhættu.

Há tíðni LLT meðal eldri þátttakenda í okkar rannsókn er svipuð og lýst hefur verið í sambærilegum rannsóknum (34, 35), en meðal eldra fólks



Mynd 1. *Algengi (%) langvinnrar lungnateppu meðal karla og kvenna. *Stigun er samkvæmt viðmiðun GOLD (sjá:* www.goldcopd.org)

eru margir sem ekki hafa reykt. Hvort um er að ræða einstaklinga sem fyrir áratugum höfðu teppusjúkdóm í lungum (til dæmis astma) sem hvorki var greindur eða meðhöndlaður verður ekki skýrt á grunni þessarar þverskurðarrannsóknar. Einnig hefur verið bent á að ef hlutfallið FEV1/FVC <70 er notað fyrir eldri einstaklinga þá leiði það líklegast til ofmats á LLT meðal þeirra (34). Bent hefur verið á aðrar tölfræðilegar aðferðir sem nota mætti við túlkun blástursprófa (36), en ekki hefur náðst samstaða um þær enn.

Þessi rannsókn sýnir háa tíðni langvinnrar lungnateppu á Íslandi þegar fylgt er alþjóðlega viðurkenndum og samræmdum vísindavinnubrögðum. Upplýsingarnar munu nýtast yfirvöldum vel til þess að forgangsraða verkefnum í heilbrigðisþjónustu.

Þakkir

Höfundar vilja þakka þeim sem þátt tóku í rannsókninni. Einnig Lovísu Guðmundsdóttur og Sigrúnu Guðmundsdóttur fyrir frábæra aðstoð við framkvæmd og söfnun gagna. Eftirfarandi læknanemum fyrir vinnu við gagnasöfnun: Önnu Björnsdóttur, Guðrúnu Fönn Tómasdóttur, Jóhanni Matthíasi Haukssyni, Martin Inga Sigurðssyni, Óla Hilmari Ólafssyni, Ólöfu Birnu Margrétardóttur, Sigurði James Þorleifssyni og Vöku Ýr Sævarsdóttur. Vísindasjóður Landspítala og lyfjafyrirtækin GlaxoSmithKline og AstraZeneca studdu rannsóknina fjárhagslega, en höfðu engin áhrif á framkvæmd, túlkun á niðurstöðum eða skrif.

Heimildir

1. Pauwels RA, Buist AS, Calverley PMA, Jenkins CR, Hurd SS. On behalf of the GOLD Scientific Committee, Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. NHLBL/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop Summary. Am J Respir Crit Care Med 2001; 163:1256-1276. www.goldcopd.org
2. Murray CJL, Lopez AD. Alternative Projections of Mortality and Disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349: 1498-504.
3. Gulsvik A, Boman G, Dahl R, Gislason T, Nieminen M. The burden of obstructive lung disease in the Nordic countries. Respir Med 2006; 100 Suppl A:S2-9.
4. Jemal A, Ward E, Hao Y, Thun M. Trends in the Leading Causes of Death in the United States, 1970-2002. JAMA 2005; 294: 1255-9.
5. Celli BR, Halbert RJ, Isonaka S, Schau B. Population impact of different definitions of airway obstruction. Eur Respir J 2003; 22: 268-73.
6. Halbert RJ, Isonaka S, George D, Iqbal A. Interpreting COPD Prevalence Estimates: What is the True Burden of Disease? Chest 2003; 123: 1684-92.
7. Celli BR, MacNee W, and committee members. ATS/ERS Task force: Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: A summary of the ATS/ERS position paper. Eur Respir J 2004; 23: 932-46.
8. Mannino DM, Gagnon RC, Petty TL, Lydick E. Obstructive lung disease and low lung function in adults in the United States. Arch Intern Med 2000; 160: 1683-89.
9. Fukuchi Y, Nishimura M, Ichinose M, Adachi M, Nagai A, Kuriyama T, et al. COPD in Japan: the Nippon COPD Epidemiology study. Respirology 2004; 9: 458-65.
10. Kim DS, Kim YS, Jung KS, Chang JH, Lim CM, Lee JH, et al. Prevalence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Korea: A population- based spirometry survey. Am J Respir Crit Care Med 2005; 172: 842-7.
11. Pena VS, Miravitlles M, Gabriel R, Jimenez-Ruiz CA, Villasante C, Masa JF, et al. Geographic Variations in Prevalence and Underdiagnosis of COPD: Results of the IBERPOC Multicentre Epidemiological Study. Chest 2000; 118: 981-9.
12. Menezes AM, Perez-Padilla R, Jardim JR, Muino A, Lopez MV, Valdivia G, et al. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the Platino study): a prevalence study. Lancet 2005; 366: 1875-81.
13. Wise RA, Kanner RE, Lindgren P, Connett JE, Altose MD, Enright PL, et al. The effect of smoking intervention and an inhaled bronchodilator on airways reactivity in COPD: the Lung Health Study. Chest 2003; 124: 449-58.
14. Gíslason Þ, Tómasson K. Dánartíðni vegna astma, langvinnrar berkjubólgu og lungnaþembu. Læknablaðið 1994; 80: 239-43.
15. de Marco R, Accordini S, Cerveri I, Corsico A, Sunyer J, Neukirch F, et al. An international survey of chronic obstructive pulmonary disease in young adults according to GOLD stages. Thorax 2004: 59; 120-5.
16. Buist AS, Vollmer WM, Sullivan SD, Weiss KB, Lee TA, Menezes AM, et al. The Burden of obstructive Lung Disease Initiative (BOLD): Rationale and Design. COPD 2005; 2: 277-83.
17. Mannino DM, Doherty DE, Buist AS. Global Initiative on Obstructive Lung Disease (GOLD) classification of lung disease and mortality: findings from the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. Respir Med 2006; 100: 115-22.
18. American Thoracic Society Statement: Standardization of spirometry, 1994 update. Am J Respir Crit Care Med 1995; 152: 1107-36.
19. Hankinson JL, Odencrantz JR, Fedan KB. Spirometric Reference Values from a Sample of the General US Population. Am J Respir Crit Care Med 1999; 159: 179-87.
20. Lohr SL. Sampling: Design and Analysis, Duxbury 1999: 268-9.
21. Soriano JB, Maier WC, Egger P, Visick G, Thakrar B, Sykes J, et al. Recent trends in physician diagnosed COPD in women and men in the UK. Thorax 2005; 55:789-94.
22. Lundback B, Lindberg A, Lindstrom M, Ronmark E, Jonsson AC, Jonsson E, et al. Not 15 But 50% of smokers develop COPD? - Report from the Obstructive Lung Disease in Northern Sweden Studies. Repir Med 2003; 97: 115-22.
23. Chapman KR, Mannino DM, Soriano JB, Vermeire PA, Buist AS, Thun MJ, et al. Epidemiology and costs of chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 2006; 27: 188-207.
24. Connett JE, Murray RP, Buist AS, Wise RA, Bailey WC, Lindgren PG, et al. Lung Health Study Research Group. Changes in smoking status affect women more than men: Results of the Lung Health Study. Am J Epidemiol 2003; 157: 973-9.
25. Magnússon S, Gíslason T. Chronic bronchitis in Icelandic males and quality of life. Scand J Prim Health Care 1999; 17: 100-4.
26. Benediktsdóttir B, Tómasson K, Gíslason T. Undiagnosed chronic bronchitis among women. Abstract. Nordic Lung Congress. Copenhagen june 10-12, 1999.
27. Janson C, Chinn S, Jarvis D, Zock JP, Toren K, Burney P. Effect of passive smoking on respiratory symptoms, bronchial responsiveness, lung function, and total serum IgE in the European Community Respiratory Health Survey: a cross-sectional study. Lancet 2001; 35: 2103-9.
28. Künzli N, Marco de R, Chinn S, Jarvis D, Svanes C, Heinrich J, et al. Changes in active and passive smoking in the European Community Respiratory Health Survey. Eur Respir J 2006; 27: 517-24.
29. de Marco R, Accordini S, Cerveri I, Corsico A, Anto JM, Kunzli N, et al. Incidence of COPD in a Cohort of Young Adults According to the Presence of Chronic Cough and Phlegm. Am J Respir Crit Care Med 2007; 175: 32-9.

30. Janson C, Gíslason T, Suppli Ulrik C, Niemenen MM, Hallin R, Lindberg E, et al. Characteristics of hospitalised patients with COPD in the Nordic countries. Respir Med 2006; 100. Suppl A: S 10-6.
31. Guðmundsson G, Gíslason T, Lindberg E, Hallin R, Ulrik CS, Brondum E, et al. Mortality in COPD patients discharged from hospital: the role of treatment and co-morbidity. Respir Res 2006; 7: 109.
32. Vestbo J. COPD in the ECRHS. Thorax 2004; 59: 89-90.
33. Gulsvik A, Gallefoss F, Dirksen A, Kinnula V, Gíslason T, Janson C. A critical evaluation of the guidelines of obstructive lung disease and their implementation. Respir Med 2006;100 Suppl A:S22-30.
34. Schirnhofer L, Lamprecht B, Vollmer WM, Allison MJ, Studnicka M, Jensen RL, et al. COPD prevalence in Salzburg, Austria: results from the Burden of Obstructive Lung Disease (BOLD) Study. Chest 2007; 131: 29-36.
35. Hardie JA, Buist AS, Vollmer WM, Ellingsen I, Bakke PS, Morkve O. Risk of over-diagnosis of COPD in asymptomatic elderly never-smokers. Eur Respir J 2002; 20: 1117-22.
36. Chinn S, Gíslason T, Aspelund T, Guðnason V. Optimum expression of adult lung function based on all-cause mortality: results from the Reykjavík study. Respir Med 2007; 101: 601-9.

Psykiatrien i Vestfold HF

Nordre Vestfold DPS – avdeling Holmestrand og Tønsberg



Psykiatrien i Vestfold HF er landets eneste psykiatriforetak og består av 3 fylkesdekkende avdelinger: Barne- og Ungdomspsykiatrisk avdeling, Psykiatrisk fylkesavdeling og Vestfoldklinikken (spesialisert rus- og avhengighetsbehandling) og 2 DPSer: Søndre Vestfold DPS og Nordre Vestfold DPS (NVDPS). NVDPS yter psykiatriske tjenester til 9 kommuner, totalt et befolkningsgrunnlag på ca. 120 000 innbyggere. Avdelingen er geografisk plassert i Holmestrand, Horten og Tønsberg og yter spesialisttjenester i samarbeid med de fylkesdekkende avdelingene og kommunenes helse- og sosialtjenester. NVDPS har i dag 10 spesialiserte enheter: 4 døgnenheter, 5 poliklinikker og en dagenhet, herunder ambulante tjenester. Til sammen er vi ca. 240 ansatte og har 10 psykiaterstillinger og 28 psykologstillinger.

Ledige overlegestillinger - Id nr. 2684, Id nr. 6226 og Id nr. 9271

NVDPS ble fra nyttår ett stort DPS som består av tidligere Tønsberg DPS og Nordre Vestfold DPS. Målsettingen med sammenslåingen er å videreutvikle et DPS med robuste fagmiljøer og et godt, differensiert tjenestetilbud for halvparten av Vestfolds befolkning. Sammenslåingen er godt forankret i egne fagmiljøer. Det skal gjennomgående være diagnoserelaterte avsnitt innenfor allmennpsykiatri, psykose / rehabilitering og rus- avhengighetsbehandling. En av stillingene er tiltenkt et overordnet faglig og klinisk ansvar for ett av avsnittene (hvilket, kan drøftes med søker) og vedkommende inngår i avdelingssjefens ledergruppe.

Foretaket er godkjent som utdanningsinstitusjon, og vi har til enhver tid assistentleger under spesialisering.

Her er flere gode grunner for å søke deg til oss:

- Vi er et foretak som har realisert intensjonene i psykiatrireformen, og tilbyr spesialisert utredning og behandling på høyt faglig DPS- nivå.
- Vårt foretak stimulerer til forskning, og stiller til rådighet forskningsmidler og stipendiatstillinger. Vi har en egen forskningsenhet med 5 ansatte.
- Vi tilbyr permisjon med lønn og dekker utgifter til relevante kurs og videreutdanninger.
- Vi vil, så langt det er mulig, imøtekomme søkers preferanse om arbeidssted / avsnitt.
- Vi har et stort og kompetent legemiljø med dyktige og hyggelige kollegaer
- Vår arbeidsplass legger vekt på ivaretakelse og trivsel, og får gode tilbakemeldinger på at vi får det til

Vi inviterer gjerne til et besøk med en uforpliktende prat, omvisning og en presentasjon av foretaket og avdelingen.

Spørsmål om stillingene kan rettes til avdelingssjef Grethe Reizer, tlf + 47 932 18 622.

Søknad sendestil
Psykiatrien i Vestfold HF,
Postboks 2267,
3103 Tønsberg
eller post@piv.no **innen 10. juni 2007**

HELSE SØR

CICERO ab

www.piv.no

Það er ekki sumar án



Nýju sumri fylgir ný upplifun.
Ofnæmi á ekki að vera hindrun.

Flixonase

Fluticasone propionate 50 µg/sk

Verkun frá fyrsta degi[1]

Flixonase, GlaxoSmithKline
NEFÚÐALYF; R E **ATC: R01AD08**
1g inniheldur: Fluticasonum INN, própíónat, 0,5 mg, Benzalkonii chloridum 0,2 mg, Phenethanolum 2,5 mg, hjálparefni og Aqua purificata .s. ad 1 g. Hver úðaskammtur inniheldur: Fluticasonum INN, própíónat, 50 míkróg. **Eiginleikar:** Lyfið er vatnslausn af flútikasóni til staðbundinnar meðferðar á ofnæmisbólgum í nefslímhúð. Lyfið er barksteri með kröftuga bólgueyðandi verkun en hefur litlar almennar aukaverkanir, þar sem lyfið umbrotnar hratt í lifur í óvirkt umbrotsefni. Staðbundinn verkunartími er allt að 24 klst. **Ábendingar:** Til meðferðar á og til að fyrirbyggja ofnæmisbólgur í nefslímhúð. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. **Varúð:** Ekki er mælt með notkun lyfsins á meðgöngutíma. **Aukaverkanir:** Þurrkur og erting í nefi og hálsi. Óþægilegt bragð og lykt. Blóðnasir hafa komið fyrir. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** 2 úðanir í hvora nös einu sinni á dag. Í stöku tilvikum þarf að gefa lyfið tvisvar sinnum á dag. **Skammtastærðir handa börnum:** *Börn 12 ára og eldri:* Sömu skammtar og handa fullorðnum, sbr. hér að framan. *Börn 4-11 ára:* Ein úðun í hvora nös einu sinni á dag. Lyfið er ekki ætlað börnum yngri en 4 ára. **Pakkningar:** 16 ml (120 úðaskammtar) **Verð 1. desember 2004:** 2.297,- kr. 180505-01
Hverri pakkningu lyfsins fylgir leiðarvísir á íslensku með leiðbeiningum um notkun þess.

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

Heimildir: 1. Robert A. Nathan, Edwin A. Bronsky, Phillip Firemen, Jay Grossman, Graig F. LaForce et al. Once daily fluticasone propionate aqueous nasal spray is an effective treatment for seasonal allergic rhinitis. Annals of Allergy, vol 67, September1991: s.332-338.

Geislagerlabólga í sjötugri konu með gleymda lykkju

Sjúkratilfelli og yfirlit um sjúkdóminn

Ragnar Freyr Ingvarsson
LÆKNIR, Í SÉRNÁMI Í LYFLÆKNINGUM

Lárus Jónasson
SÉRFRÆÐINGUR Í MEINAFRÆÐI

Hafsteinn Sæmundsson
SÉRFRÆÐINGUR Í KVENSJÚKDÓMUM OG FÆÐINGARHJÁLP

Magnús Gottfreðsson
SÉRFRÆÐINGUR Í LYFLÆKNINGUM OG SMITSJÚKDÓMUM

Ágrip

Geislagerlabólga (actinomycosis) er sjúkdómur sem þekktur hefur verið síðan um lok nítjándu aldar. Fyrir tíma sýklalyfja var hann fremur algengur, en með tilkomu sýklalyfja hefur verulega dregið úr algengi sjúkdómsins. Sýkillinn er oftast *Actinomyces israelii* og finnst víða í líkamanum sem hluti af eðlilegri bakteríuflóru. Hann getur lagst á alla vefi, virðir ekki hefðbundin vefjamörk og getur dreifst víða. Birtingarmynd sýkingarinnar getur verið áþekk krabbameini og oft liggur endanleg greining ekki fyrir fyrr en eftir skurðaðgerð og vefjarannsókn. Hér er lýst sjúkratilfelli þar sem 71 árs gömul kona fékk geislagerlabólgu í leg og eggjastokka út frá lykkju sem hafði verið til staðar í rúmlega fjóra áratugi og gleymst. Birtingarmynd sjúkdómsins var áþekk því að um krabbamein væri að ræða og voru æxlisvísarnir CA 125, CA19-9 og CEA hækkaðir. Konan var læknuð með brottnámi á legi og eggjastokkum ásamt penicillíngjöf í sex mánuði.

ENGLISH SUMMARY

Ingvarsson RF, Jónasson L, Sæmundsson H, Gottfreðsson M

Actinomycosis in a 70 year old woman with a forgotten intrauterine contraceptive device

Læknablaðið 2007; 93: 479-85

Actinomycosis is an infectious disease that has been known since the late nineteenth century. In the preantibiotic era it was thought to be rather common but with increased use of antimicrobial agents its incidence has decreased significantly. The causative agent, most commonly *Actinomyces israelii*, is part of the commensal bacterial flora. It can infect any tissue, respects no tissue boundries and can spread throughout the body. The clinical presentation of this illness can be simliar to malignant disease and definite diagnosis is sometimes not apparent until after surgery and histologic examination. We report the case of a 71 year old woman who suffered from actinomycosis of the uterus and ovaries due to a forgotten intrauterine contraceptive device that had been in place for over four decades. The disease presentation was consistent with malignant disease and tumor markers, CA 125, CA 19-9 and CEA, measured in blood were elevated. She was treated succesfully with total hysterectomy and bilateral salphingo-oophorectomy, as well as penicillin for six months.

Sjúkratilfelli

71 árs gömul kona leitaði á bráðamóttöku vegna tveggja vikna sögu um mikinn slappleika, ógleði og lystarleysi. Hún kvaðst hafa verið hitalaus. Mest bar á ógleði eftir máltíðir. Hún hafði ekki haft kviðverki, uppköst eða niðurgang og lýsti hvorki breytingum á hægðavenjum né þyngdartapi. Í nokkra mánuði hafði borið á blóðugri útferð frá leggöngum af og til.

Heilsufarssaga

Ári fyrir komu fékk hún brot á stærri lærhnútu hægra megin eftir byltu og fór í aðgerð. Liðskiptaaðgerð var síðan framkvæmd á mjöðminni mánuði fyrir komu og var konan útskrifuð við ágæta líðan.

Í sjúkralegunni hafði hún haft blóðuga útferð frá leggöngum og var skoðun á grindarholi ráðgerð, en vegna nýlegrar aðgerðar á mjöðm var konunni ekki treyst í þá skoðun. Konan leitaði ekki til kvensjúkdómalæknis eftir útskrift þrátt fyrir ráðleggingar þar um.

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Magnús Gottfreðsson, lyflækningadeild Landspítala Fossvogi, 108 Reykjavík. *magnusgo@landspitali.is*

Fjórum árum fyrir komu greindist konan með kransæðasjúkdóm og gekkst undir æðavíkkun með ísetningu á stoðneti. Hún fékk utanbastsblæðingu (epidural hemorrhage) í kjölfar byltu sjö árum fyrir núverandi veikindi og þurfti að fara í bráðaaðgerð þess vegna og náði nær fullum bata. Hún hafði sögu um gallsteina en ekki fengið meðferð við þeim.

Lyf við komu

Konan tók amlódípín, amíódarón, atenólól, fúrósemíð og kalíumtöflur.

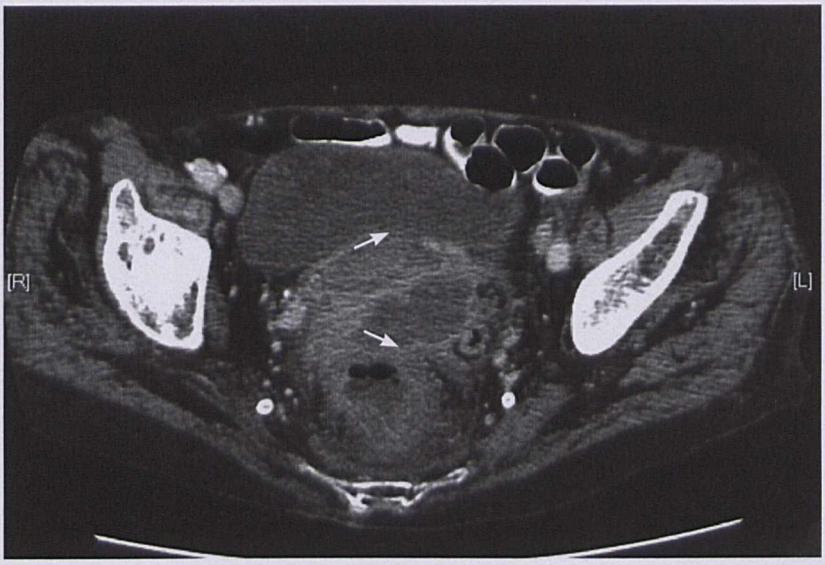
Skoðun

Við komu á bráðamótttöku var konan ekki bráðveikindaleg að sjá. Blóðþrýstingur var 135/60 og

Tafla 1. *Niðurstöður blóðrannsókna við komu.*

Mæling	Gildi við komu	Viðmiðunargildi
Hemóglóbín	122 g/L	118-152 g/L
Hematókrít – reiknuð	0,37 L/L	0,35-0,46 L/L
Hvít blóðkorn	8,3 x10^9/L	4-10,5 x10^9/L
Rauð blóðkorn	3,74 x10^{12}/L	4-5,4 x10^{12}/L
Blóðflögur	497 x10^9/L*	150-400 x10^9/L
Natríum	131 mmól/L*	137-145 mmól/L
Kalíum	2,8 mmól/L*	3,5-5,0 mmól/L
CRP	12 mg/L	<10 mg/L
Sökk	12 mm/klst	<23 mm/klst
S-CA 15-3	26 U/mL	< 28 U/L
S-CA 125	75,9 U/mL*	< 35 U/L
S-CA 19-9	111,1 U/mL*	< 31 U/L
S-CEA	9,9 U/mL*	< 4,6 µg/L

*Utan viðmiðunargilda.



Mynd 1. *Tölvusneiðmynd af grindarholi sýndi stóra fyrirferð sem aðskildist illa frá endaþarmi og bungaði inn í aftari blöðruvegg. Mældist hún 5x6 cm að stærð. Þéttni fyrirferðarinnar var mjög mismunandi og virtist hún innihalda blöðrumyndanir að hluta til. Örvar benda á hvar fyrirferðin bungar inn í þvagblöðruvegginn og að endaþarmi.*

hjartsláttartíðni 80 slög á mínútu. Hún var hitalaus við komu, súrefnismettun var 96% án súrefnisgjafar. Lítil fyrirferð þreifaðist í utanverðum neðri fjórðungi á vinstra brjósti. Eitlastækkanir þreifuðust ekki. Kvið- og endaþarmsskoðun var lýst sem eðlilegri. Ekkert blóð greindist í hægðum. Að öðru leyti var líkamsskoðun ómarkverð.

Rannsóknir

Niðurstöður blóðrannsókna við komu eru sýndar í töflu I. Hjartalínurit sýndi sínustakt, fyrstu gráðu gáttasleglarof og vinstri öxul. Q takkar sáust í leiðslu I og aVF. Hjartaensím voru neikvæð. Röntgenmynd af lungum var eðlileg.

Gangur og meðferð

Konan var með kalíumbrest og vægan natríumbrest sem talinn var á grunni þvagræsilyfja og fékk hún vökva í æð. Vegna einkenna hennar var gerð magaspeglun sem sýndi eðlilega maga- og skeifugarnarslímhúð. Lifrarensím voru innan eðlilegra marka. Ómskoðun af lifur, gallvegum og brisi sýndi talsvert ómríkar breytingar í lifur sem taldar voru samrýmast fituíferð. Í gallblöðru sást fjöldi lítilla steina, en engin bólga. Bris var eðlilegt.

Vegna sögu um blóðuga útferð var fengið álit kvensjúkdómalæknis sem sá þráð sem stóð úr leghálsi. Getnaðarvarnalykkja var síðan fjarlægð, en hún hafði verið sett upp 45 árum áður. Þreifing og ómskoðun var metin eðlileg. Tekin voru sýni úr leghálsi og legi sem send voru til frekari rannsókna.

Fengin var tölvusneiðmynd af kviðar- og grindarholi með skuggaefni í æð (mynd 1). Eðlilega útlítandi leg sást ekki en allstór fyrirferð kom í ljós, samvaxin við endaþarm. Var talið hugsanlegt að fyrirferðin kynni að vera útgengin frá legi. Samdægurs barst svar frá rannsóknastofu í meinafræði. Í sýnum frá leghálsi og legi sáust áberandi bólgubreytingar og grófevfur (granulation tissue). Þétt íferð bólgufrumna sást með ummerkjum um virka bólgu en engar illkynja breytingar. Geislagerlar (Actinomyces) sáust í talsverðu magni í sýninu frá leginu. Sýnið var ekki sent til ræktunar og tegundargreining því ekki gerð.

Líðan konunnar var svipuð fram á 5. dag sjúkrahúsdvalarinnar, en þá fékk hún hita, 38,2°C. Meðferð var hafin með háum skömmtum af penicillíni í æð, þrjár milljón einingar sex sinnum á dag. Gerð var stutt ristilspeglun þar sem sást talsverður sarpsjúkdómur en að öðru leyti var speglun eðlileg.

Álitið var að sjúklingurinn væri með geislagerlabólgu í legi en ekki var hægt að útiloka illkynja sjúkdóm í grindarholi þar sem væg hækkun var á CA 19-9, CA 125 og CEA. Konan var því flutt yfir á kvennadeild til frekara mats og meðferðar.

Kviðsjárspeglun var gerð til frekari greiningar. Þar var ekki hægt að útiloka illkynja vöxt og var því ákveðið í sömu aðgerð að framkvæma brottnám á legbol, eggjaleiðurum og eggjastokkum.

Í vefjarannsókn á legi og eggjaleiðurum sáust bæði langvinnar bólgubreytingar með grófev og ígerðarbreytingum sem náðu misdjúpt niður í legvöðvann. Breytingar sáust einnig í hálahjúp (serosa) legsins og í legvöðva neðan hálahjúps. Bólgan gekk út í hægri eggjaleiðara með eggjaleiðarabólgu (mynd 2) og ígerð í eggjastokkshengi (mesovarium) ásamt ígerð í berki (cortex) og á yfirborði hægri eggjastokks. Á nokkrum stöðum í bólgunni sáust bakteríusamsöfn (sulphur granules) af greinóttum bakteríum sem samrýmdust geislagerlum, Actinomyces (mynd 3 og 4).

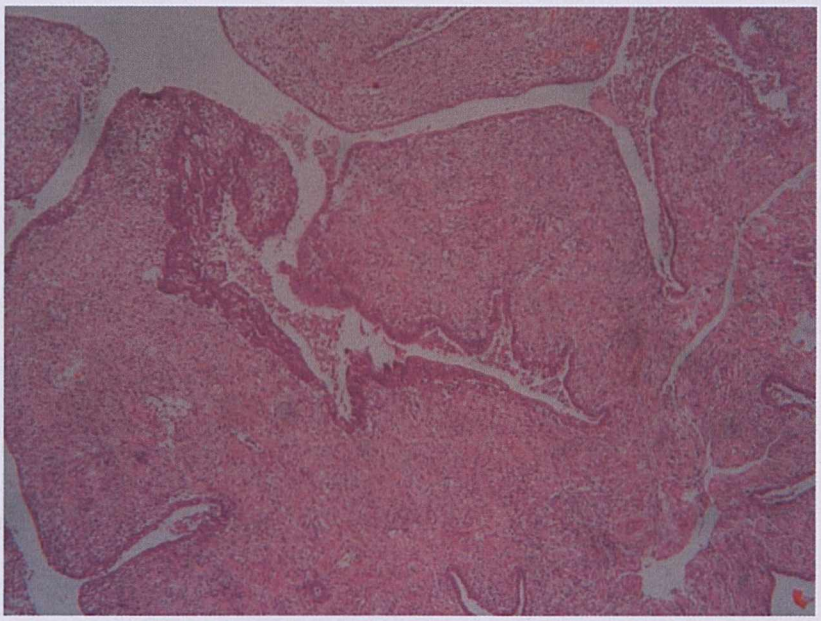
Útskrifaðist sjúklingur á sjötta degi eftir aðgerð við ágæta líðan. Konan fékk penicillín í sex mánuði alls og þoldi meðferðina vel. Við skoðun hálfu ári síðar hafði hún náð fullum bata.

Umræða og yfirlit

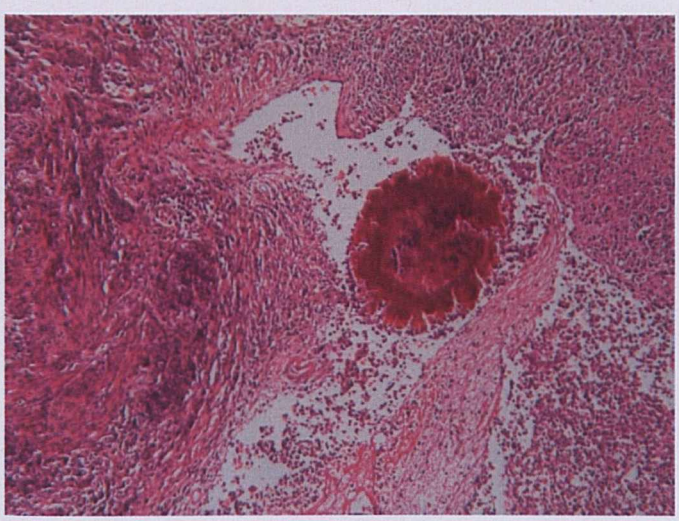
Geislagerlabólgu (Actinomycosis) í mönnum var fyrst lýst árið 1878 (1) en 1891 var bakterían einangruð með ræktun (2). Þessar bakteríur voru í fyrstu ranglega taldar vera sveppir (3). Actinomyces eru loftfælnar eða smáloftsæknar og vaxa best þegar hlutþrýstingur koltvísýrings er aukinn og eru jafnframt lítt krefjandi á næringarefni (4). Bakteríurnar litast gram-jákvæðar, eru þráðlaga í smásjárskoðun, mynda ekki spora og eru flokkaðar í fjölskyldu Actinomycetaceae (5). Innan Actinomyces ættkvíslarinnar eru að minnsta kosti 14 mismunandi tegundir og eru í það minnsta sex þeirra þekktar af því að valda sjúkdómi í mönnum (6).

Actinomyces tilheyra eðlilegri bakteríuflóru mannsins og finnast í munnholi, ristli og leggöngum. Rof á slímhúð, til dæmis vegna tannviðgerða, tannsýkinga, sarpsbólgu, botnlangabólgu, skurðaðgerða í kviðarholi eða vegna áverka (6), getur valdið sýkingu í nánast hvar sem er í líkamanum. Birtingarmynd þessa sjúkdóms er afar fjölbreytileg og helgast af þeim eiginleika sýkilsins að geta lagst á alla vefi líkamans. Actinomyces valda hægfara sýkingu sem veldur þéttum trafkenndum vilsufylltum fyrirferðum sem dreifst geta samfellt eftir yfirborði slímhúða eða brotist gegnum vefi, oft með fistlamyndun út á húð eða inn í nærliggjandi hollíffæri (7). Sýkingin virðir engin vefjamörk og getur einnig valdið fjarlægum meinvörpum (8). Vegna þessara eiginleika bakteríunnar er geislagerlabólgu oft ruglað saman við krabbamein og skýrir hvers vegna þessi sjúkdómur getur verið erfiður í greiningu. Einstaka sinnum má greina kornótta, gulleita útferð sem vellur úr fistlum og eru kornin gjarnan nefnd brennisteinskorn (sulfur granules) (7). Brennisteinskorn eru samsöfn bakteríunnar þar sem hún hefur safnast saman í þyrpingar. Þau eru ekki sértæk fyrir geislagerlabólgu, og geta einnig sést í nókardíusýki (nocardiosis) og litmyglu (chromomycosis) (6).

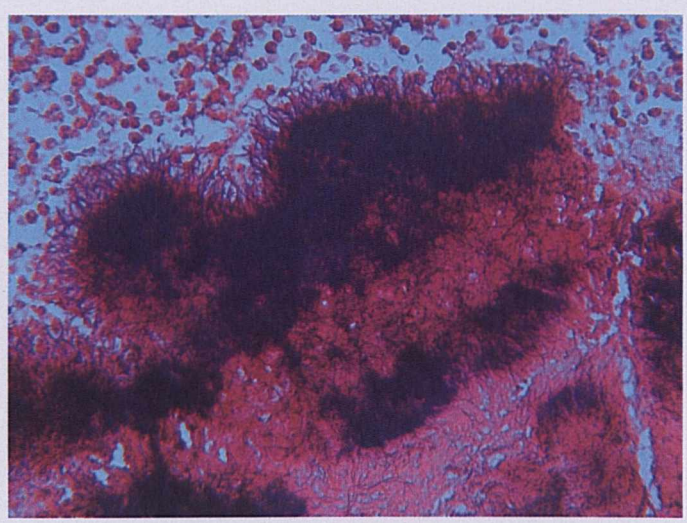
Almennt er talið að aðrir sýklar séu meðvirkir í sýkingum af völdum geislagerla (7). Sumir höfundar telja að mismunandi birtingarmynd sjúkdómsins helgist af því hvaða bakteríur séu meðvirkandi í hverri sýkingu (4). Holm greindi frá því um miðja seinustu öld að hann hefði greint meðal annars *Actinobacillus actinomycetemco-*



Mynd 2. *Eggjaleiðarabólga af völdum geislagerla (H&E litun).*



Mynd 3. *Geislagerlasamsafn (sulphur granule) með ígerð í legvöðva (H&E litun)*



Mynd 4. *Gramslitun sýnir greinóttar gram-jákvæðar bakteríur sem samrýmast Actinomyces.*

mitans, Eikenella corrodens, Enterbacteriaceae, Fusobacterium, Bacteroides, Capnocytophaga, staphylokokka og streptókokka í sýnum með Actinomyces (9,10). Jordan og félagar sýndu fram á að sýkingar urðu þrálátari þegar mýs voru smitaðar með *A. actinomycetemcomitans* og *A. israelii* saman (11). Sami rannsóknarhópur sýndi einnig fram á að meinvirkni Actinomyces virtist aukast þegar *E. corrodens* var með í spilinu (12). Svo virðist að sampil streptókokka og Actinomyces baktería auki viðnám þeirra síðarnefndu gegn ónæmiskerfinu (13). Lýst hefur verið sýkingum í miðtaugakerfi þar *Haemophilus paraphrophilus* var í för með Actinomyces (14). Í rannsókn Pulverer og félaga þar sem skoðuð voru sýni frá tæplega 2000 tilfellum af staðfestri geislagerlabólgu á höfði og hálsi ræktaðist fjöldi annarra baktería, svo sem staphýlokokkar, streptókokkar og fusobakteríur auk fjölda annarra. Í aðeins 4,5% tilvika ræktuðust einungis Actinomyces (4). Álitu þeir félagar að geislagerlabólga væri nær alltaf blönduð sýking (4).

Faraldsfræði geislagerlabólgu

Erfitt er að henda reiður á algengi sjúkdómsins. Helstu ástæður þess eru fyrst og fremst þær að Actinomyces tilheyra eðlilegri bakteríuflóru mannsins. Einnig er geislagerlabólga ekki tilkynningarskyld til heilbrigðisyfirvalda og getur það haft áhrif á mat manna á algengi hennar. Eldri rannsóknir benda til að algengi sjúkdómsins sé nálægt 1-2,5 tilfelli/100.000 íbúa (15,16). Þrátt fyrir að faraldsfræðilegar upplýsingar séu að einhverju leyti óáreiðanlegar virðist tíðnin hafa lækkað mikið á undanförnum þremur til fjórum áratugum og er talið að sú lækkun stafi af aukinni notkun á sýklalyfjum og bættri tannheilsu (7).

Þekkt er að geislagerlabólga er algengari í körlum (15) og er hlutfallið milli kynja 3:1 (7). Áverkar á andlit og verri tannhirða er talin vera ástæða þessa (7). Algengi sjúkdómsins hér á landi er með öllu óþekkt. Áður hefur verið greint frá geislagerlabólgu hérlendis, en þar var um að ræða tilfellaröð frá Barnadeild Landakotsspítala frá árinu 1968 sem birtist í *Læknablaðinu* (8).

Geislagerlabólga í andliti og hálsi

Sýkingar í andliti og hálsi eru algengastar af sýkingum af völdum geislagerla (6) en talið er að 55% sýkinga leggist á höfuð og háls (15). Actinomyces finnast í miklu magni í kokeitlum og í tannholds- og tannsprungum (gingivodental crevices) og er talið að þetta skýri hvers vegna svo margar slíkar sýkingar koma fram í munnholi. Helstu áhættuþættir sýkinga eru léleg tannheilsa (15), nýlegar tannaðgerðir og þrálátar kokeitlabólgur (6). Einnig er talið að áverkar á andlit kunni að auka hættu á sýkingum (7). Oftast er um langvinna og hægfara sýkingu að ræða (17), en einkenni geta einnig verið bráð (6, 7). Birtingarmynd geislagerlabólgu í andliti og hálsi getur verið bólga í mjúkvefjum, ígerð eða verkjalaus fyrirferð (4, 6, 7).

Geislagerlabólga í brjóstholi

Actinomyces getur valdið sýkingum í lungum, fleiðru, miðmæti eða í brjóstvegg (6). Lungnasýkingar eru um 15% af öllum sýkingum af völdum þessara baktería (7). Sýking í lungum kemur fyrir í öllum aldurshópum en er sjaldgæf í börnum (18).

Talið er að aðalsýkingarleiðir séu ásvelging frá munnholi eða maga (6). Fyrir tíma sýklalyfja gat sýking náð til lungna með því að komast í gegnum þind frá sýkingarstað í kviðarholi, til dæmis framhjá þind eða aftan lífhimnu (retroperitonealt) (6), en það er talið afar sjaldgæft í dag (7). Jafnframt er mögulegt að sýkingin geti borist beina leið um fellabrautir (fasciuplön) frá hálsi niður í brjósthol (6).

Hærri tíðni sýkinga í lungum virðist vera hjá þeim sem eru með lungnasjúkdóma eins og langvinna lungnateppu eða berkjuskúlk (bronchiectasis) (19, 20) og einnig meðal þeirra sem eiga við áfengisvandamál að stríða (21). Actinomyces sýking í gollurshúsi er alvarlegur en sjaldgæfur sjúkdómur. Einungis hefur rúmlega 20 tilfellum verið lýst síðan 1950 (22). Eitt slíkt tilfelli er þekkt á Íslandi en það var í átta ára gamalli stúlku sem lagðist inn á Barnadeild Landakotsspítala (8).

Klínísk einkenni geislagerlabólgu í brjóstholi eru gjarnan hósti, hitavella og þyngdartap, stundum með brjóstverkjum (20, 23). Sýking í lungum getur einnig birst sem fyrirferð sem vex inn í berkju (24). Sýkingu í lungum getur fylgt vökvasöfnun í fleiðru (25), fleiðruholsígerð, skemmdir á nærlægum rifjum eða bringubeini (26). Greining getur verið snúin því einkenni eru oft ósértæk og geta líkst fjölda annarra sjúkdóma (18).

Geislagerlabólga í kviðarholi

Talið er að um 20% af öllum sýkingum með Actinomyces komi fyrir í kviðarholi (7). Athygli vekur að greining á sýkingum í grindar- og kviðarholi virðist færast í vöxt en tíðni sýkingarinnar virðist vera á undanhaldi annars staðar (27). Mánuðir og jafnvel ár geta liðið frá því sýkill nær bólfestu í kviðarholi þar til fullnægjandi greining liggur fyrir (17).

Algengast er að geislagerlabólga í kviðarholi komi í kjölfar gegnumsmjúgandi áverka, líffærarofs eða eftir skurðaðgerð á kviðarholslíffærum (28). Botnlangabólga, sérstaklega með rofi, er algeng orsök og er talin tengjast allt að 65% allra Actinomyces sýkinga í kviðarholi og er hægri mjaðmargrófin þess vegna algengur sýkingarstaður (7).

Þrálátri geislagerlabólgu er auðvelt að rugla saman við aðra sjúkdóma á borð við berkla, amöbusýkingu, þráláta botnlangabólgu, Crohns sjúkdóm eða krabbamein í nærenda digurgirnis (coecum) (6, 29). Actinomyces getur valdið sýkingu í lifur sem erfitt getur verið að greina frá krabbameini (30). Í uppgjöri á 181 tilfelli af Actinomyces sýkingum var lifur sýkt í 5% tilfella (17). Jafnframt getur sýkingin komið fram í gallgöngum (31). Geislagerlabólga getur valdið þrengingu í endaþarmi, ígerðum í kringum endaþarm eða fistilmyndunum (6) sem jafnvel geta opnast í þvagblöðru (32). Sýkingin getur einnig komið fram í þvagfærum þar sem hún getur valdið rennslishindrun í þvagleiðurum (33, 34) og orsakað vatnsnýra (35).

Geislagerlabólga í grindarholi

Actinomyces sýkingar í grindarholi eru taldar sjaldgæfar (36). Í úttekt sem gerð var á Strong Memorial sjúkrahúsinu í Bandaríkjunum á nær 7000 innlögnum vegna grindarholsbólgu á árunum 1952-1972 voru einungis tveir sjúklingar greindir með sjúkdóm af völdum Actinomyces (37). Vísbendingar eru þó um að algengi þessa sjúkdóms kunni að vera að aukast (38). Actinomycosis í grindarholi er fágætari sýking í körlum en í konum, en lýst hefur verið sýkingum í pung (39, 40) og blöðruhálskirtli (41). Áður var talið að sjúkdómur í grindarbotni væri oftast útgenginn frá sjúkdómi í kviðarholi en síðustu áratugi hefur notkun getnaðarvarnalykkju verið tengd þessu vandamáli í vaxandi mæli (37, 42, 43). Almennt er talið að legholið sé laust við bakteríur (44, 45), en sýnt hefur verið fram að ísetning lykkju sýklar legholið tímabundið (46, 47). Rannsóknir frá áttunda áratugnum, þar sem konur með lykkju voru bornar saman við konur án hennar, bentu til að um 3-8% kvenna með lykkju væru sýklaðar með Actinomyces, en engar konur án lykkju (48, 49). Langoftast eru þessar konur einkennalausar. Ekki þarf að gefa sýklalyf eða fjarlæga lykkju hjá einkennalausum sjúklingi með jákvæða ræktun (36). Þrátt fyrir þetta hlýtur þó að teljast öruggt að sýklun legholsins vegna lykkjunnar hljóti vera mikilvæg forsenda Actinomyces sýkingar í grindarholi (7). Hættan eykst eftir því sem lykkjan er lengur til staðar í leginu (50, 51). Allar tegundir getnaðarvarnalykkja hafa verið tengdar sýkingum í grindarholi (51).

Klínísk birtingarmynd geislagerlabólgu í grindarholi er oftast hægfara og einkennist af kviðverkjum, hita, þyngdartapi og útferð frá leggöngum (7). Í tilfellaröð frá 2005 var algengasta kvörtun sjúklinga kviðverkir (35). Í annarri tilfellaröð þar sem skoðuð voru 92 tilfelli af ígerðum af völdum geislagerlabólgu sem tengdust notkun lykkjunnar kvörtuðu 85% kvennanna undan kviðverkjum, 60% voru með hita, þyngdartap hafði átt sér stað hjá tæpum helmingi þeirra og útferð var til staðar hjá fjórðungi kvennanna (51). Tölvusneiðmynd af geislagerlabólgu í grindarholi sýnir gjarnan þéttar fyrirferðir sem hlaða upp skuggaefni eða blöðrukenndar þykkveggja fyrirferðir (35) eins og raunin var í því tilfelli sem hér var lýst. Greining fæst sjaldnast nema eftir að skurðaðgerð hefur verið framkvæmd og sýktur vefur fjarlægður (51, 52).

Æxlisvísar í grindarholssjúkdómum

Æxlisvísar geta verið gagnlegir í greiningu krabbameina, eftirliti með sjúkdómsgangi, geta spáð fyrir um endurkomu sjúkdóms og gagnsemi meðferðar (53). Fjölmörgum æxlisvísum hefur verið lýst í tengslum við mismunandi krabbamein.

CA 125 er hækkað í 80% sjúklinga með eggjastokkakrabbamein (54, 55). CA 125 getur einnig verið hækkað við góðkynja sjúkdóma í grindarholi, til dæmis blöðrur í eggjastokkum, ígerð í eggjaleiðurum, grindarholsbólgu og legslímuflakk (56).

CEA er oft hækkað hjá sjúklingum með ristilkrabbamein (53) enda framleitt af 90% slíkra krabbameina (57). CEA getur einnig verið hækkað hjá sjúklingum með góðkynja sjúkdóma í ristli (58).

CA 19-9 er æxlisvísir sem oft er hækkaður í ristil- og briskrabbameinum (53). Jafnframt er þekkt að CA 19-9 getur verið hækkað í krabbameinum sem gengin eru út frá gallvegum (59). CA 19-9 getur einnig verið hækkað í langvinnri bris- og gallblöðrubólgu (60). Almennt er talið að æxlisvísar henti illa til skimunar illkynja sjúkdóma þar sem næmi þeirra og sértæki er lágt (53, 60, 61).

Meðferð

Meðferð á Actinomyces sýkingum byggir að miklu leyti á notkun penicillíns en tilkoma þess gerbreytti gangi sjúkdómsins. Nauðsynlegt er að meðhöndla með háum skömmtum og til langs tíma (7). Það er vegna þess að erfitt er að ná hárri þéttni lyfsins í trafkenndum og æðalitlum sýktum vef (15). Enda þótt litið sé á penicillín sem kjörlyf í meðferð

geislagerlabólgu er til fjöldi heimilda um árangursríka meðferð með erytrómýcíni, tetracýklínum og klindamýcini (7). Skurðaðgerð eða hreinsun á sýktum vef er talin vera mikilvægur þáttur í meðferð (62) en þó er til fjöldi tilfellalýsinga þar sem jafnvel útbreidd geislagerlabólga hefur verið meðhöndluð með sýklalyfjum einvörðungu (7).

Lokaorð

Í þessari grein segir frá konu sem fékk getnaðarvarnarlykkju uppsetta í kringum 1960 og hafði ekki verið í reglubundnu eftirliti um langt árabil. Af þessum sökum gleymdist lykkjan og var því í leginu í ríflega fjóra áratugi. Klínísk mynd okkar sjúklings er talsvert frábrugðin því sem lýst hefur verið í læknaritum þar sem hún hafði hvorki haft kviðverki, hita né fundið fyrir þyngdartapi sem eru algengustu einkenni geislagerlabólgu í grindarholi (51). Ekki var unnt að greina hvaða tegund Actinomyces var hér á ferðinni. Þar sem væg hækkun var á æxlisvísum var ekki hægt að útiloka illkynja sjúkdóm. Þess fundust þó engin merki við vefjarannsókn. Því er ljóst að bæta má geislagerlabólgu á lista yfir góðkynja sjúkdóma sem valdið geta hækkun á CA 125, CA 19-9 og CEA. Þetta tilfelli minnir einnig á nauðsyn þess að lykkjur séu fjarlægðar hjá konum sem komnar eru yfir tíðahvörf. Síðast en ekki síst sýnir það að árangur meðferðar er góður ef beitt er í senn skurðaðgerð og lyfjameðferð.

Heimildir

1. Israel J. Neue beobachtungen auf dem gebiete der mykosen des Menschen. Archiv Path Anat Physiol Klin Med 1878; 74: 15-33.
2. Wolfe M, Israel J. Ueber Reincultur des Actinomyces and seine Uebertragbarkheit auf thiere. Virchows Arch Pathol Anatomie 1891; 126: 11-59.
3. Rippon JW. The Pathogenic Fungi and the Pathogenic Actinomycetes. In: Wonsiewicz M, editor. Medical Mycology. 3rd ed. W.B. Saunders Co; Philadelpia 1988: 30-52.
4. Pulverer G, Schutt-Gerowitt H, Schaal KP. Human cervicofacial actinomycoses: microbiological data for 1997 cases. Clin Infect Dis 2003; 37: 490-7.
5. Stackebrandt E, Rainey F, Ward-Rainey N. Proposal for a new hierarchic classifications system, Actinobacteria classis nov. Int J Syst Microbiol 1997; 47: 479-91.
6. Smego RA, Jr., Foglia G. Actinomycosis. Clin Infect Dis 1998; 26: 1255-61.
7. Russo TA. Agents of Actinomycosis. Í: Mandell, Bennett & Dolin (ritstj.): Principles and Practice of Infectious Diseases 6th ed: Churchill Livingstone 2005: 2246-53.
8. Laxdal Þ. Actinomycosis - 4 tilfelli af Barnadeild Landakotsspítala. Læknablaðið 1978: fylgirit 5: 68-76.
9. Holm P. Studies on the etiology of human Actinomycosis. I. The „other microbes" of actinomycosis and their importance. Acta Pathol Microbiol Scand 1950; 27: 736-51.
10. Holm P. Studies on the etiology of human Actinomycosis. II. The „other microbes" of actinomycosis and their importance. Acta Pathol Microbiol Scand 1951; 28: 391-406.
11. Jordan HV, Kelly DM. Persistence of associated gram-negative bacteria in experimental actinomycotic lesions in mice. Infect Immun 1983; 40: 847-9.
12. Jordan HV, Kelly DM, Heeley JD. Enhancement of experimental actinomycosis in mice by Eikenella corrodens. Infect Immun 1984; 46: 367-71.
13. Ochiai K, Kurita-Ochiai T, Kamino Y, Ikeda T. Effect of co-aggregation on the pathogenicity of oral bacteria. J Med Microbiol 1993; 39: 183-90.
14. Simpson AJ, Das SS, Mitchelmore IJ. Polymicrobial brain abscess involving Haemophilus paraphrophilus and Actinomyces odontolyticus. Postgrad Med J 1996; 72: 297-8.
15. Bennhoff DF. Actinomycosis: Diagnostic and therapeutic considerations and a review of 32 cases. Laryngoscope 1984; 94: 1198-217.
16. Pulverer G, Schaal KP. Human Actinomycosis. Drugs Exp Clin Res 1984; 10: 187-96.
17. Brown JR. Human actinomycosis. A study of 181 subjects. Hum Pathology 1973; 4: 319-30.
18. Mabeza GF, Macfarlane J. Pulmonary actinomycosis. Eur Respir J 2003; 21: 545-51.
19. Schaal KP, Lee HJ. Actinomycete infections in humans--a review. Gene 1992; 115: 201-11.
20. Heffner JE. Pleuropulmonary manifestations of actinomycosis and nocardiosis. Semin Respir Infect 1988; 3: 352-61.
21. Apotheloz C, Regamey C. Disseminated infection due to Actinomyces meyeri: case report and review. Clin Infect Dis 1996; 22: 621-5.
22. Makaryus AN, Latzman J, Yang R, Rosman D. A rare case of Actinomyces israelii presenting as pericarditis in a 75-year-old man. Cardiology Rev 2005; 13: 125-7.
23. Kinnear WJ, MacFarlane JT. A survey of thoracic actinomycosis. Respir Med 1990; 84: 57-9.
24. Ariel I, Breuer R, Kamal NS, Ben-Dov I, Mogel P, Rosenmann E. Endobronchial actinomycosis simulating bronchogenic carcinoma. Diagnosis by bronchial biopsy. Chest 1991; 99: 493-5.
25. Coodley EL, Yoshinaka R. Pleural effusion as the major manifestation of actinomycosis. Chest 1994; 106: 1615-7.
26. Bassiri AG, Girgis RE, Theodore J. Actinomyces odontolyticus thoracopulmonary infections. Two cases in lung and heart-lung transplant recipients and a review of the literature. Chest 1996; 109: 1109-11.
27. Yeguez JF, Martinez SA, Sands LR, Hellinger MD. Pelvic actinomycosis presenting as malignant large bowel obstruction: a case report and a review of the literature. Am Surg 2000; 66: 85-90.
28. Cintron JR, Del Pino A, Duarte B, Wood D. Abdominal actinomycosis. Dis Colon Rectum 1996; 39: 105-8.
29. Harris LA, DeCosse JJ, Dannenberg A. Abdominal actinomycosis: evaluation by computed tomography. Am J Gastroenterol 1989; 84: 198-200.
30. Sharma M, Briski LE, Khatib R. Hepatic actinomycosis: an overview of salient features and outcome of therapy. Scand J Infect Dis 2002; 34: 386-91.
31. Hadley DA, Porschen RK, Juler GL. Actinomycosis of the common bile duct presenting as chronic cholecystitis. Surgery 1981; 90: 117-9.
32. Deshmukh AS, Kropp KA. Spontaneous vesicocutaneous fistula caused by actinomycosis: case report. J Urol 1974; 112: 192-4.
33. Maeda H, Shichiri Y, Kinoshita H, Okubo K, Okada T, Aoki Y, et al. Urinary undiversion for pelvic actinomycosis: a long-term follow up. Int J Urol 1999; 6: 111-3.
34. Ord J, Mishra V, Hudd C, Reginald P, Charig M. Ureteric obstruction caused by pelvic actinomycosis. Scand J Urol Nephrol 2002; 36: 87-8.
35. Kayikcioglu F, Akif Akgul M, Haberal A, Faruk Demir O. Actinomyces infection in female genital tract. Eur J Obst Gynecol Reprod Biol 2005; 118: 77-80.
36. Lippes J. Pelvic actinomycosis: a review and preliminary look at prevalence. Am J Obstet Gynecol 1999; 180: 265-9.
37. Henderson SR. Pelvic actinomycosis associated with an intrauterine device. Obstet Gynecol 1973; 41: 726-32.
38. Stringer MD, Cameron AE. Abdominal actinomycosis: a forgotten disease? Brit J Hosp Med 1987; 38: 125-7.
39. Jani AN, Casibang V, Mufarrij WA. Disseminated actinomycosis presenting as a testicular mass: a case report. J Urol 1990; 143: 1012-4.
40. Sarosdy MF, Brock WA, Parsons CL. Scrotal actinomycosis. J Urol 1979; 121: 256-7.
41. de Souza E, Katz DA, Dworzack DL, Longo G. Actinomycosis of the prostate. J Urol 1985; 133: 290-1.
42. Bhagavan BS, Gupta PK. Genital actinomycosis and intrauterine contraceptive devices. Cytopathologic diagnosis and clinical significance. Hum Pathol 1978; 9: 567-78.
43. Cleghorn AG, Wilkinson RG. The IUCD-associated incidence of Actinomyces israelii in the female genital tract. Aust NZ J Obstet Gynaecol 1989; 29: 445-9.

44. Sparks RA, Purrier BG, Watt PJ, Elstein M. Bacteriological colonisation of uterine cavity: role of tailed intrauterine contraceptive device. Brit Med J Clin Res Ed 1981; 282: 1189-91.
45. Mishell DR, Jr., Moyer DL. Association of pelvic inflammatory disease with the intrauterine device. Clin Obstet Gynecol 1969; 12: 179-97.
46. Mishell DR, Jr., Bell JH, Good RG, Moyer DL. The intrauterine device: a bacteriologic study of the endometrial cavity. Am J Obstet Gynecol 1966; 96: 119-26.
47. Curtis EM, Pine L. Actinomyces in the vaginas of women with and without intrauterine contraceptive devices. Am J Obstet Gynecol 1981; 140: 880-4.
48. Hager WD, Douglas B, Majmudar B, Naib ZM, Williams OJ, Ramsey C, et al. Pelvic colonization with Actinomyces in women using intrauterine contraceptive devices. Am J Obstet Gynecol 1979; 135: 680-4.
49. Aubert JM, Gobeaux-Castadot MJ, Boria MC. Actinomyces in the endometrium of IUD users. Contraception 1980; 21: 577-83.
50. Schmidt WA, Bedrossian CW, Ali V, Webb JA, Bastian FO. Actinomycins and intrauterine contraceptive devices: the clinicopathologic study. Diagn Gynecol Obstet 1980; 2: 165-77.
51. Fiorino AS. Intrauterine contraceptive device-associated actinomycotic abscess and Actinomyces detection on cervical smear. Obstet Gynecol 1996; 87: 142-9.
52. Marella VK, Hakimian O, Wise GJ, Silver DA. Pelvic actinomycosis. Urologic perspective. Int Braz J Urol 2004; 30: 367-76.
53. Chatterjee SK, Zetter BR. Cancer biomarkers: knowing the present and predicting the future. Future Oncology 2005; 1: 37-50.
54. Carlson K. Screening for ovarian cancer. Uptodate.com; 2006.
55. Bast RC, Jr., Badgwell D, Lu Z, Marquez R, Rosen D, Liu J, et al. New tumor markers: CA125 and beyond. Int J Gynecol Cancer 2005; 15 Suppl 3: 274-81.
56. Meden H, Fattahi-Meibodi A. CA 125 in benign gynecological conditions. Int J Biol Markers 1998; 13: 231-7.
57. Goldstein MJ, Mitchell EP. Carcinoembryonic antigen in the staging and follow-up of patients with colorectal cancer. Cancer Invest 2005; 23: 338-51.
58. van der Schouw YT, Verbeek AL, Wobbes T, Segers MF, Thomas CM. Comparison of four serum tumour markers in the diagnosis of colorectal carcinoma. Brit J Cancer 1992; 66: 148-54.
59. Strom BL, Maislin G, West SL, Atkinson B, Herlyn M, Saul S, et al. Serum CEA and CA 19-9: potential future diagnostic or screening tests for gallbladder cancer? Int J Cancer 1990; 45: 821-4.
60. Michl P, Pauls S, Gress T. Evidence-based diagnosis and staging of pancreatic cancer. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2006; 20: 227-51.
61. Bast RC, Jr., Ravdin P, Hayes DF, Bates S, Fritsche H, Jr., Jessup JM, et al. 2000 update of recommendations for the use of tumor markers in breast and colorectal cancer: clinical practice guidelines of the American Society of Clinical Oncology.[erratum appears in J Clin Oncol 2001 Nov 1;19(21):4185-8]. J Clin Oncol 2001; 19: 1865-78.
62. Sumer Y, Yilmaz B, Emre B, Ugur C. Abdominal mass secondary to actinomyces infection: an unusual presentation and its treatment. J Postgrad Med 2004; 50: 115-7.



Fall
er fararheill

Atacor – *Fellir kólesterólið*
Atorvastatin 10, 20 og 40 mg

actavis
hagur í heilsu

Sérlyfjatexti á bls. 521

Sjálfsprottinn innankúpulágþrýstingur - sjúkratilfelli og umræða

Ólafur Árni Sveinsson[1]
Læknir

Albert Páll Sigurðsson[1]
Taugalæknir

Ólafur Kjartansson[2]
Röngenlæknir

Ágrip

Þrjátíu og þriggja ára kona leitaði á slysa- og bráðamóttöku með þriggja daga sögu um versnandi höfuðverk sem varð betri við að liggja út af. Skoðun var eðlileg en segulómun af höfði sýndi upphleðslu í heilahimnum. Gerð var mænuholsástunga en þrýstingur var ekki mælanlegur og fékkst mænuvökvi með því að reisa höfðalag sjúklings. Próteinhækkun kom fram í mænuvökva en engin merki um sýkingar né bólgur. Tölvusneiðmyndataka með skuggaefni af mænuholi sýndi leka frá slíðri annarrar hálstaugar hægra megin. Gerð var blóðbót við aðra hálstaugarót hægra megin með nokkrum árangri. Sjúklingur lagðist aftur inn fjórum dögum síðar þar eð höfuðverkur hafði versnað. Blóðbót var endurtekin yfir annarri hálstaugarót með litlum árangri. Því var gerð bót með trefjalími á sama stað, en batinn af henni entist aðeins í sólarhring. Tölvusneiðmyndataka með skuggaefni af mænuholi sýndi leka frá áttundu háls- og fyrstu brjósttaugarót vinstra megin en engan leka frá annarri hálstaugarót. Gerðar voru endurteknar bætur á báðum þessum bilum með nokkrum árangri. Vegna takmarkaðs árangurs var gerð segulómmynd af háls- og brjósthrygg sem sýndi ummerki um bætur á fyrstu brjósttaugarót vinstra megin en engin merki um bót við áttundu hálstaugarót vinstra megin. Því var gerð bót með trefjalími á því bili. Við það varð sjúklingur einkennalaus og útskrifaðist heim við ágætis líðan. Hér að neðan verður tilfelli af sjálfsprottnum innankúpu lágþrýstingi með leka frá fleirum en einum stað lýst auk yfirlits yfir sjúkdóminn.

Sjúkratilfelli: Þrjátíu og þriggja ára kona leitaði á slysa- og bráðamóttöku Landspítala vegna höfuðverkja. Þremur dögum áður fór hún að finna fyrir höfuðverk sem óx á hálfri klukkustund. Verkurinn byrjaði aftan til í hálsi en leiddi síðar fram í höfuðið beggja vegna. Verkurinn lýsti sér sem sláttur, verstur um 9,5/10 á VAS (Visual Analog Scale) og fylgdi honum ógleði og uppköst. Hún var með viðvarandi höfuðverk í liggjandi stöðu sem versnaði við að rísa upp að því marki að hún gat varla lengur reist höfuð frá kodda við komu á slysa- og bráðamóttöku.

Heilsufarsaga var ómarkverð, það var engin saga um höfuðverki, áverka né nýleg veikindi. Hún tók engin lyf. Almenn líkams- og taugaskoðun var

[1]Taugalækningadeild, [2]röntgendeild Landspítala.

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Albert Páll Sigurðsson, taugadeild Landspítala Fossvogi, 108 Reykjavík. *alberts@landspitali.is*

Lykilorð: *höfuðverkur, leki á mænuvökva, innankúpulágþrýstingur.*

ENGLISH SUMMARY

Sveinsson ÓÁ, Sigurðsson AP, Kjartansson Ó

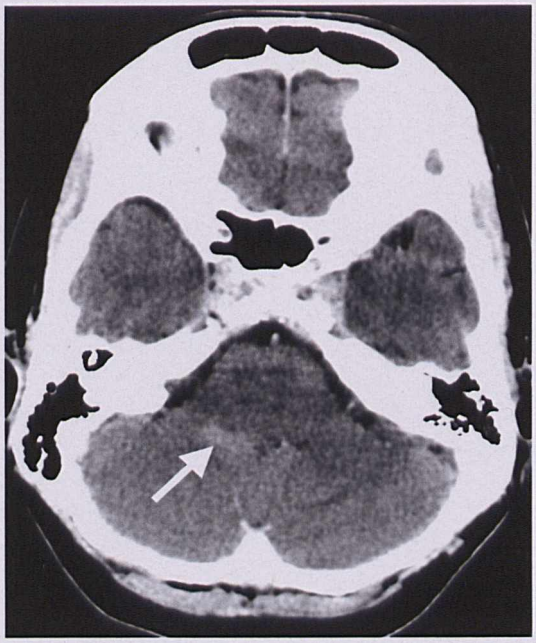
Spontaneous intracranial hypotension – a case report and discussion

Læknablaðið 2007; 93: 487-91

Abstract: Thirty three year old woman came to the emergency room with of 3 days history of worsening headache which was relived by lying down. Examination was normal. Magnetic Resonance Imaging (MRI) of the head showed an enhancement of the meninges. No pressure could be measured during lumbar puncture and cerebrospinal fluid (CSF) was obtained by elevating the patient's head. There was an elevation of protein in the CSF without signs of infection or inflammation. Computerised tomography (CT) myelogram showed a prominent leak from the 2nd right cervical nerve sheath. A blood patch was done at this level with some improvement of symptoms. The patient was readmitted four days later as the headache had worsened. A blood patch was repeated at the same level with limited results. Therefore a fibrinogen patch was done at the same level, of which the effect lasted only 24 hours. A repeated CT myelogram showed a leak from the left 8th cervical and 1st thoracic nerve sheets, but not from the 2nd right cervical nerve sheath. Blood and fibrinogen patches were done at these levels repeatedly with limited results. Therefore, a MRI of cervical-thoracic spine was done which showed signs of previous blood patch at the 1st left thoracic nerve sheath but no sign of a patch over the 8th left cervical nerve sheath. A fibrinogen patch was done at this level. The patient became symptom free and was finally discharged home. We present a case of complicated spontaneous intracranial hypotension and review of the literature.

Key words: *headache, cerebrospinal fluid leak, intracranial hypotension.*

Correspondence: Albert Páll Sigurðsson, *alberts@landspitali.is*

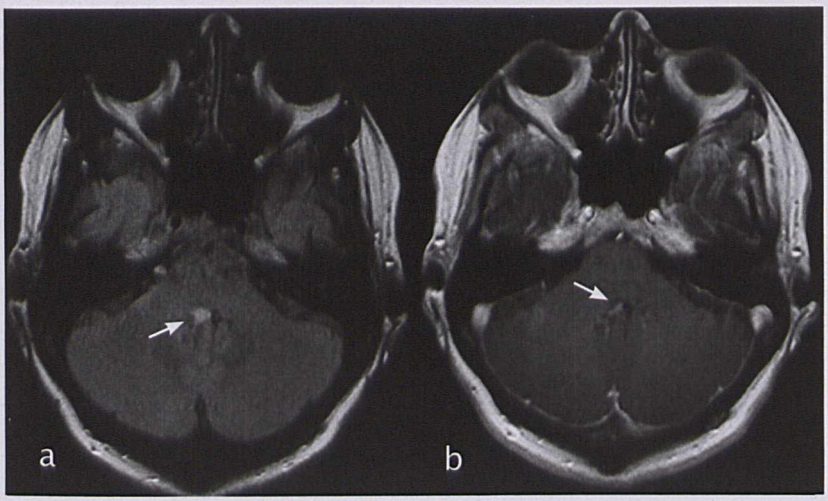


Mynd 1. *TS mynd af heila sýnir staðbundið háþéttnisvæði hægra megin við fjórða heilahólf (hvít ör).*

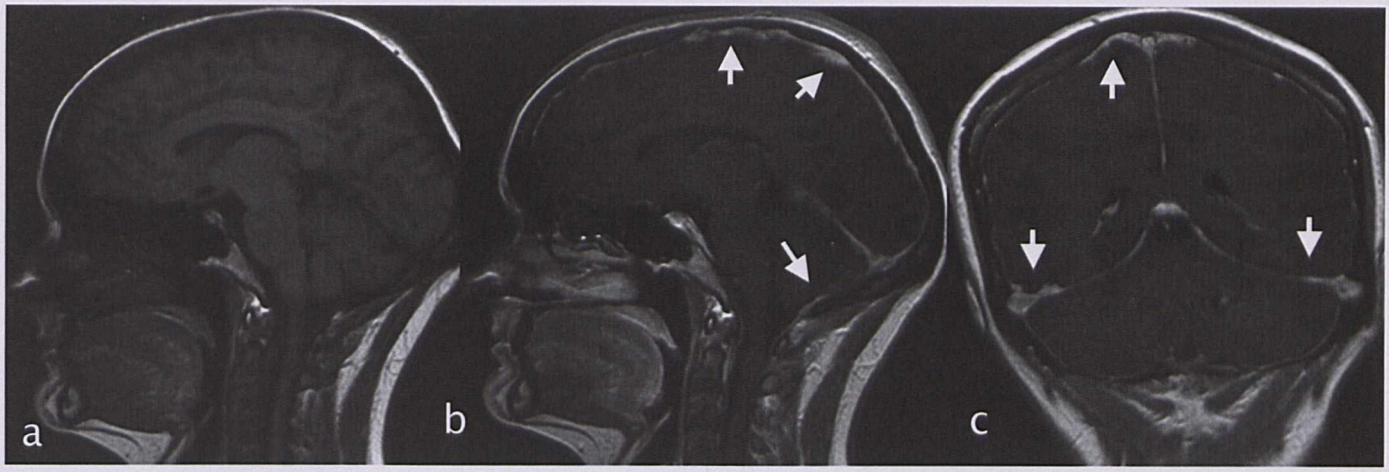
eðlileg og engin merki fundust um hnakkastífleika. Blóðhagur, sölt, blóðsykur, kreatínín og CRP voru eðlileg. Tölvusneiðmynd (TS) af höfði (mynd 1) vakti grun um blæðingu eða fyrirferð í hægri heilastilk (pedunculus cerebri). Því var gerð segulómun (SÓ) af höfði með og án skuggaefnis. Breytingin í hægri heilastilk var óljós, hugsanlega blóðæxli (hemangioma) eða stækkun og tilfærsla á æðuflækju (plexus choroideus), en þetta var talið vera tilfallandi og ótengt einkennum sjúklings (mynd 2). SÓ sýndi einnig útbreidda skuggaefnisupptöku í heilahimnum sem náði niður á hálsmænu (mynd 3). Mænuvökvaþrýstingur var ekki mælanlegur og fékkst mænuvökvi með því að reisa höfðalag sjúklings. Mænuvökvarannsókn (tafla I) sýndi hækkun á prótínum en engin merki um bólgu eða sýkingu. Ræktanir á mænuvökva voru neikvæðar. Í ljósi þessa þótti líklegast að sjúklingur hefði höfuðverk vegna mænuvökvaleka. Gerð var mænugangarannsókn með skuggaefni og eftirfylgjandi TS rannsókn af öllum mænugangi strax þar á eftir. TS sýndi leka á mænuvökva frá annarri hálstaugarót (C1- C2) hægra megin og skuggaefnistaum þaðan yfir í skuggaefnispoll aftan við mænusekkinn (mynd 4). Sjúklingur var meðhöndlaður með koffeintöflum, 500 mg þrisvar á dag auk verkja -og ógleðistillandi lyfja eftir þörfum. Gerð blóðbót með 20 ml af blóði yfir annarri hálstaugarót daginn eftir. Höfuðverkurinn minnkaði en hvarf ekki. Sjúklingur var orðinn rólfær og útskrifaðist heim á níunda degi. Fjórum dögum síðar jókst höfuðverkurinn aftur. Sjúklingur var lagður inn á ný og blóðbót gerð daginn eftir á sama utanbastsbili. Árangur hennar var takmarkaður og var því gerð önnur bót með trefjalími (fibrinogen; Tissel®) á sama stað sex dögum síðar. Sjúklingur var höfuðverkjalaus í um sólarhring, en þá tók verkurinn sig upp aftur. TS mynd af mænuholi með skuggaefni var endurtekin, en hún sýndi nú mænuvökvaleka við áttundu hálstaugarót og fyrstu brjósttaugarót vinstra megin (mynd 5) en enginn leki sást frá annarri hálstaugarót hægra megin. Í kjölfarið var gerð blóðbót við áttundu hálstaugarót og fyrstu brjósttaugarót vinstra megin. Við þetta löguðust einkenni mikið og útskrifaðist hún heim á 16. degi frá þeirri innlögn. Lagðist aftur inn fimm dögum síðar, þar sem höfuðverkur hafði versnað. Verkurinn var þó minni en áður, en töluverð ógleði auk suðs og hellu fyrir eyrum var til staðar. Gerð var ný bót með vefjalími yfir áttundu hálstaugarót og fyrstu brjósttaugarót vinstra megin þremur dögum síðar. Við þetta urðu einkenni sjúklings betri og útskrifaðist hún heim. Hún lagðist þó enn inn þremur dögum síðar vegna versnandi stöðubundins höfuðverkjar. Gerð var SÓ af hálshrygg og efri hluta brjósthryggjar sem sýndi blóðbót aftan við fyrstu brjósttaugarót en ekki aftan við áttundu hálstaugarót vinstra megin (mynd 6). Því var sett trefjalím yfir þá hálstaugarót. Eftir það var sjúklingur með óþægindatilfinningu í höfði við langvarandi upprétta stöðu en engan höfuðverk. Ógleði og suð fyrir eyrum var enn til staðar. Sjúklingur fór því aftur í TS mænuholsmyndatöku af hálshrygg sem hluti af undirbúning fyrir opna skurðaðgerð en rannsóknin sýndi nú

Tafla I. *Mænuvökvi.*

Rauð blóðkorn	340 x106/L	0
Prótín	1021 mg/L	150-600
Sykur	2,8 mmól/L	2,4-4,3



Mynd 2. *(a) SÓ af heila sýndi aukið segulskin á T2 myndröð hægra megin við fjórða heilahólf (hvít ör). (b) Sýndi upphleðslu í æðahimnu á T1 myndröð eftir skuggaefnisgjöf (hvít ör).*



Mynd 3. *(a) T1 mynd í þykktarskurði fyrir skuggaefnisgjöf. T1 myndir í þykktarskurði (b) og kransskurði (c) eftir skuggaefnisgjöf sýna útbreidda skuggaefnisupptöku í heilahimnum (hvítar örvar).*

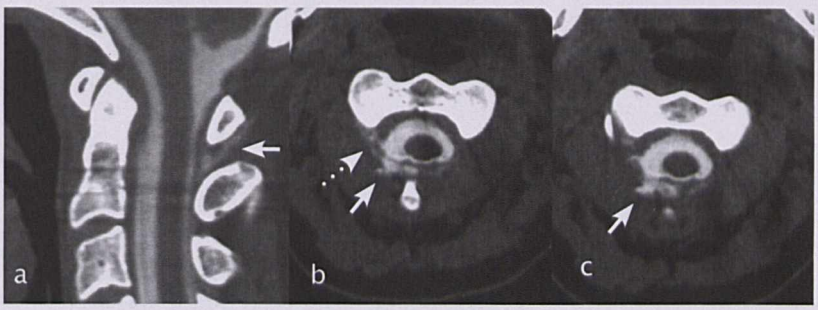
engin merki um mænuvökvaleka. Eftir það fór líðan sjúklings batnandi og útskrifaðist hún heim skömmu síðar.

Yfirlit

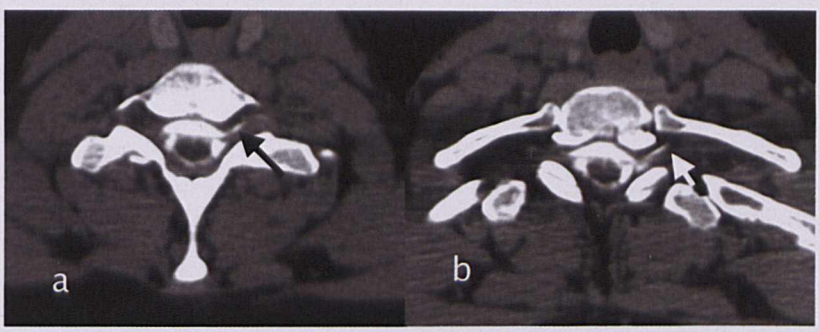
Orsakir og meinalífeðlisfræði

Árið 1938 lýsti Schaltenbrand fyrstur manna sjálfsprottnum innankúpulágþrýstingi (SIL) (1, 2). Orsök lágþrýstingsins var talin stafa af minnkaðri seytingu æðuflækju og/eða auknu frásogi mænuvökva, en sannanir vantaði. Lekinn er nú oftast talinn stafa af rofi á heilahimnum. Við aðgerð geta sést mismunandi orsakir leka eins og einföld göt á basthimnu, veikleiki eða sekkur á heilahimnu og jafnvel að basthimnan, sem vanalega klæðir hryggjartaugina, sé ekki til staðar. Sýnt hefur verið fram á tengsl milli ýmissa frávika í gerð heilahimna og leka á mænuvökva, en almennt eru þessi frávik sjaldgæf (3, 4). Þekkt er að beinnabbar orsaki mænuvökvaleka með rofi á heilabastshimnum (5, 6). Hugsanlegt er að minni háttar hálsmeiðsli hjá slíkum einstaklingi geti valdið mænuvökvaleka. Í slíkum tilvikum getur verið nauðsynlegt að gera aðgerð og fjarlægja beinnabbann (4). Tengsl bandvefssjúkdóma og SIL eru þekkt, en allt að þriðjungur sjúklinga með SIL hafa undirliggjandi bandvefssjúkdóm eins og Marfan heilkenni, Ehlers-Danlos heilkenni af gerð 2 eða ofurhreyfanleika liða (8).

Mænuvökvaleki sést oftast í háls- eða brjósthrygg, en algengastur er hann á mótum háls- og brjósthryggjar. Hjá sjúklingum með SIL safnast vökvi oft aftan við mænusekk í hæð við fyrsta og annan hálshryggjarlið. Vökvasöfnun á því svæði er ekki öruggt merki um leka frá annarri hálstaugarót heldur getur verið um svokallaða falska staðsetningu að ræða. Líklegast er að vökvasöfn-



Mynd 4. *(a) TS mænugangarannsókn með skuggaefni sýnir leka á mænuvökva frá (hvít ör) í þykktarskurði, (b) sýnir að lekinn er frá annarri hálsmænurót hægra megin (svört ör) auk þess að sýna skuggaefnispollinn aftan við mænusekkinn (hvít ör) sem sést einnig á mynd (c).*



Mynd 5. *(a) TS mynd af mænuholi með skuggaefni sýnir leka frá áttundu hálstaugarót vinstra megin (svört ör). (b) Sýnir leka frá fyrstu brjósttaugarót vinstra megin (hvít ör).*



Mynd 6. *SÓ mynd sýnir bót í hæð við fyrstu brjósttaugarót vinstra megin (hvít ör).*

un þessi stafi þá af mænuvökvaleka annars staðar frá, en talið er að hún berist upp utanbastsbilið frá neðrihluta hálsmænu (9).

Höfuðverkur samfara SIL er talinn orsakast af tilfærslu heilans niður á við sem veldur togi á sársaukanæma vefi eins og basthimnu og æðar. Í uppréttri stöðu er heilinn „fljótandi" inni í kúpunni vegna flotáhrifa mænuvökvans og haldreipisáhrifa innankúpuæða. Ef flotáhrif mænuvökvans minnka verður meira álag á innankúpuæðar vegna togs og aflögunar þeirra. Æðarnar og basthimnan eru næm fyrir sársauka og því kemur höfuð verkur fram í uppréttri stöðu vegna togs og aflögunar þeirra (10).

Monro-Kellie tilgátan segir til um að heildarrúmmál heilans, mænuvökvans og innankúpublóðs sé ávallt hið sama þegar stafsemi heilans er óskert (11, 12). Af þessu leiðir að ef rúmmál eins þáttar minnkar þarf að koma fram aukning í rúmmáli annarra þátta. Ef rúmmál mænuvökva minnkar þá þarf að koma til aukning á rúmmáli heilans eða innankúpublóðrúmmáli. Þar sem rúmmál heilans getur lítið breyst verður að koma til aukning á rúmmáli blóðs með meðfylgjandi víkkun á heilaláæðum, en hin útbreidda skuggaefnisupptaka í heilahimnum er talin vera teikn um þetta. Sýnt hefur verið fram á að utanbastsbláæðar í hálsi sjúklinga með SIL eru marktækt stærri en hjá viðmiðunarhópi sem ekki er með SIL. Einnig hefur verið sýnt fram á samsvörun í gráðu víkkunar heilaláæða og magns leka (13). Almennt er enginn kynjamunur hvað varðar mænuvökvaþrýsting (14), en athyglisvert er að höfuðverkur vegna SIL er algengari hjá konum en körlum í hlutfallinu 3:1 (15).

Skilyrði fyrir greiningu á SIL er að sýna fram á lágan mænuvökvaþrýsting þar sem rof á heilahimnu hefur ekki orðið vegna læknisfræðilegra inngripa (10). Eigi að síður hefur komið í ljós að sjúklingar geta haft SIL þrátt fyrir eðlilegan mænuvökvaþrýsting (16), en í einni rannsókn voru 11 af 60 sjúklingum með eðlilegan mænuvökvaþrýsting (3, 16). Í slíkum tilfellum skal leitað að leka þrátt fyrir eðlilegan mænuvökvaþrýsting (16). Því virðist sem mænuvökvaþurrð skipti meira máli en þrýstingslækkunin og hafa sumir viljað kalla ástandið mænuvökvaþurrðar heilkenni í stað innankúpulágþrýstings (13, 17). Í flestum tilfellum er mænuvökvaþrýstingur þó mjög lágur eða ómælanlegur. Mænuvökvaþrýstingur ræðst af sambandi rúmmáls mænuvökva og skúmshols (cavum subarachnoideale). Því þarf mænuvökvaþrýstingur ekki að lækka í kjölfar minnkandi rúmmáls mænuvökva ef jafn mikil minnkun verður á rúmmáli skúmhols.

Einkenni

Höfuðeinkenni SIL eru höfuðverkur sem versnar við að setjast upp en skánar við að liggja út af. Önnur einkenni eru tvísýni (lömun augnvöðva vegna togs í sjöttu heilataug), suð fyrir eyrum, hella, ógleði, uppköst, hálsverkur og ljósfælni. Hjá einstaka sjúklingum hefur skert meðvitund komið fram í kjölfar tilfærslu milliheilans niður á við eða vegna efri hálsmænuskaða sem kemur vegna tilfærslu og aflögunar mænunnar við að þrýstast niður á við (18).

Rannsóknir

Kjörmyndgreiningarannsókn við greiningu SIL er segulómun af heila með skuggefni. Rannsóknin sýnir innanbastsvökvasafnanir, upphleðslu skuggaefnis í heilahimnur, aukna vídd bláæða, tilfærslu heila niður á við og stækkun á heiladingli. Það sem sérkennir skuggaefnisupphleðslu í SIL er að hún er dreifð, órofin, ekki hnútótt, sérstaklega yfir framheila og gagnaugablaði þar sem hún er oft þykk og bylgjulaga (19). Auk þessa getur SÓ sýnt hvort sjóntaugavíxl (chiasma opticum) hafi flast út, hvort tilfærsla hafi orðið á brúnni (pons) að hnakkabeinskleyf (clivus) eða hvort hnykileitlar (tonsilla cerebelli) hafi færst undir mænugat (foramen magnum), en þrjú hin síðarnefndu einkenna geta líkst Arnold-Chiari vansköpun.

Kjörrannsókn til að staðsetja mænuvökvalekann er mænugangarannsókn með skuggaefni með eftirfylgjandi TS rannsókn af mænugangi strax á eftir (3). Ísótopamænugangarannsókn og heilahólfamyndataka (radionuclide cisternography) er gerð þegar áfram er klínískur grunur um SIL en ekki hefur tekist að sýna fram á leka með ofangreindum aðferðum.

Mænuholsástungu með þrýstingsmælingu er eðlilegt að gera rétt á undan mænugangarannsókn með skuggaefni. Mænuvökvaþrýstingur er yfirleitt mjög lágur (<60mm vatns). Rannsóknir á mænuvökva sýna oft væga hækkun á hvítum einkyrningsfrumum og prótíni en eru að öðru leyti eðlilegar.

Sýnataka úr heilabasti og undirliggjandi heilahimnum sýnir fjölgun bandvefsfrumna og nýmyndun æða (20). Ekki er ástæða að taka sýni úr heilabasti nema grunur sé um aðra sjúkdóma.

Greining

Greining SIL byggir á sögu um höfuðverk sem versnar við að setjast upp en skánar við að liggja út af, lágan mænuvökvaþrýsting (<60mm vatns) og að ekki hafi orðið rof á heilahimnu vegna læknisfræðilegra inngripa (10). Skuggaefnisupphleðsla

heilahimna á SÓ rannsókn af heila er það sem helst gefur grun um SIL, en útbreidd skuggaefnisupptaka í heilahimnum getur einnig orsakast af innanbastsblæðingum, meinvörpum í heilahimnur og vegna bólgusjúkdóma (21). Þessar orsakir valda þó ekki víkkun á utanbastsbláæðum né minnkuðu magni mænuvökva.

Meðferð

Almennt er mælt með að gera blóðbót við SIL og er árangur hennar ágætur (10). Í blóðbót felst að dregið er bláæðarblóð úr sjúklingi. Í skyggningu er blóðinu sprautað í utanbastsbil á lekastað, en við storknun þess á gat á mænusekk að lokast. Mikilvægt er fyrir sjúklinga að liggja fyrstu dagana eftir blóðbót til þess að þrýstingur byggist upp í mænuvökvarými að nýju. Koffein er oft notað við SIL en lítið er um rannsóknir sem liggja þar að baki. Verkjalyf eru notuð eftir þörfum en hafa takmörkuð áhrif. Sjaldgæft er að gera þurfi skurðaðgerð, en árangur þeirra er góður. Skurðaðgerð felst meðal annars í því að binda fyrir leka á heilahimnupoka eða pakka með vöðva eða gelfroðu (gelfoam) í utanbastsbilið á lekasvæði (3, 4). Það er sjaldgæft að meðferð beri ekki árangur og höfuðverkurinn verði langvinnur, en þekkist þó.

Umræða

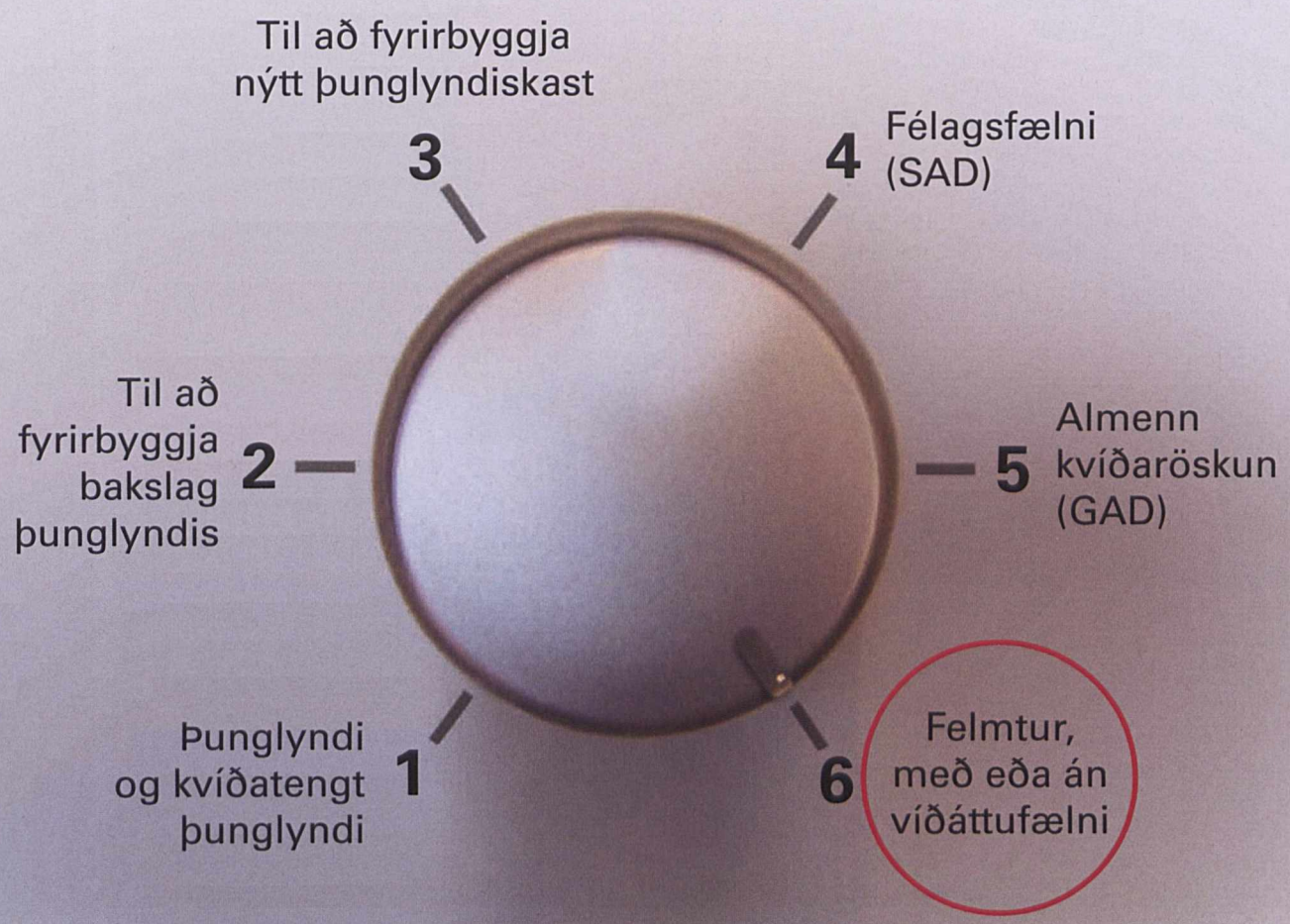
Sjálfsprottinn innankúpulágþrýstingur er sjaldgæf og líklega vangreind orsök höfuðverkja. Sjúkdómurinn hefur sérkennandi klínískt og myndrænt útlit og svarar meðferð vel þegar rétt staðsetning lekans hefur verið greind. Í framangreindu sjúkratilfelli sást hin hefðbundna dreifða skuggaefnisupptaka í heilahimnum sem náði niður á hálsmænu (mynd 3). Hins vegar var fjórða heilahólf ekki samhverft auk þess sem skuggaefnisupptaka sást neðst og hægra megin í fjórða heilahólfi. Þetta vakti grun höfunda, síðar meir, hvort æðuflækjan hefði togast niður. Þar sem mynd af höfði var ekki endurtekin eftir að einkenni sjúklings gengu yfir er ekki hægt að staðfesta hvort breytingin hafi gengið til baka. Höfundar vita ekki til þess að slíkri breytingu hafi verið lýst áður.

Hér er því um nokkuð snúið tilfelli að ræða. Við teljum okkur hafa sýnt fram á að um leka frá þremur bilum hafi verið að ræða. Að öllum líkindum hefur fyrst lekið frá annarri hálstaugarót hægra megin, en síðar farið að leka frá áttundu hálstaugarót og fyrstu brjósttaugarót vinstra megin. Höfundar telja að ekki hafi verið um svokallaða falska staðsetningu leka að ræða. Það er þekkt að leki geti verið frá fleiri en einum stað samtímis, en höfundum er ekki kunnugt um að lýst hafi verið áður tilfellum þar sem sjálfsprottinn mænuvökvaleki kemur fram á mismunandi stöðum og á mismunandi tímum.

Heimildir

1. Schaltenbrand G. Normal and pathological physiology of the cerebrospinal fluid circulation. Lancet 1953; 1: 805-8.
2. Schaltenbrand G. Neure Anschauungen zur Pathophysiologie der Liquorzirkulation. Zentralb. Neurochir 1938; 3: 290-300.
3. Schievink WI, Meyer FB, Atkinson JLD, Mokri B. Spontaneous spinal cerebrospinal fluid leaks and intracranial hypotension. J Neurosurg 1996; 84: 598-605.
4. Schievink WI, Morreale VM, Atkinson JL, Meyer FB, Piepgras DG, Ebersold MJ. Surgical treatment of spontaneous spinal cerebrospinal fluid leaks. J Neurosurg 1998; 88: 243-6.
5. Vishteh AG, Schievink WI, Baskin JJ, Sonntag VK. Cervical bone spur presenting with spontaneous intracranial hypotension. Case report. J Neurosurg 1998; 89: 483-4.
6. Eross EJ, Dodick DW, Nelson KD, Bosch P, Lyons MK. Orthostatic headache syndrome with CSF leak secondary to bony pathology of the cervical spine. Cephalalgia 2002; 22: 439-43.
7. Schievink WI. Spontaneous spinal cerebrospinal fluid leaks and intracranial hypotension. JAMA 2006; 19: 2286-96.
8. Schievink W, Gordon O, Tourje J. Connective tissue disorders with spontaneous spinal cerebrospinal fluid leaks and intracranial hypotension: a prospective study. Neurosurgery 2004; 54: 65-71.
9. Schievink Wouter I, Maya M, Tourje J. False localising sign of C1-2 cerebrospinal fluid leak in spontaneous intracranial hypotension. J Neurosurg 2004; 100: 639-44.
10. Rando TA, Fishman RA. Spontaneous intracranial hypotension-report of 2 cases and review of the literature. Neurology 1992; 42: 481-7.
11. Monro-Kellie Fishman RA, Dillon WP. Dural enhancement and cerebral displacement secondary to intracranial hypotension. Neurology 1993; 43: 609-11.
12. Mokri B. The Monro-Kellie hypothesis. Applications in CSF volume depletion. Neurology 2001; 56: 1746-8.
13. Miyazawa K, Shiga Y, Hasegawa Y, Endoh M, Okita N, Higano S, et al. CSF hypovolemia vs intracranial hypotension in „spontaneous intracranial hypotension syndrome". Neurology 2003; 60: 941-7.
14. Ekstedt J. CSF hydrodynamic studies in man. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1978; 41: 345-53.
15. Horton JC, Fishman RA. Neurovisual findings in the syndrome of spontaneous intracranial hypotension from dural cerebrospinal fluid leak. Ophthalmology 1994; 101: 244-51.
16. Mokri B, Hunter SF, Atkinson JLD, Piepgras DG. Orthostatic headaches caused by CSF leak but with normal CSF pressures. Neurology 1998; 51: 786-90.
17. Mokri B. Spontaneous cerebrospinal fluid leaks: from intracranial hypotension to cerebrospinal fluid hypovolemia-evolution of a concept. Mayo Clin Proc 1999; 74: 1113-23.
18. Pleasure SJ, Abosch A, Friedman J, Ko NU, Barbaro N, Dillon W, et al. Spontaneous intracranial hypotension resulting in stupor caused by diencephalic compression. Neurology 1998; 50: 1854-7.
19. Tosaka M, Sato N, Fujimaki H, Takahashi A, Saito N. Wave-like appearance of diffuse pachymeningeal enhancement associated with intracranial hypotension. Neuroradiology 2005; 47: 362-7.
20. Mokri B, Parisi JE, Scheithauer BW, Piepgras DG, Miller GM. Meningeal biopsy in intracranial hypotension: meningeal enhancement on MRI. Neurology 1995; 45: 1801-7.
21. Case records of the Massachusetts General Hospital (Case 2-1998). N Engl J Med 1998; 338: 180-8.

EFEXOR® DEPOT



M080425EF1S

icepharma

Tilvitnun: Sérlyfjaskrá

Wyeth

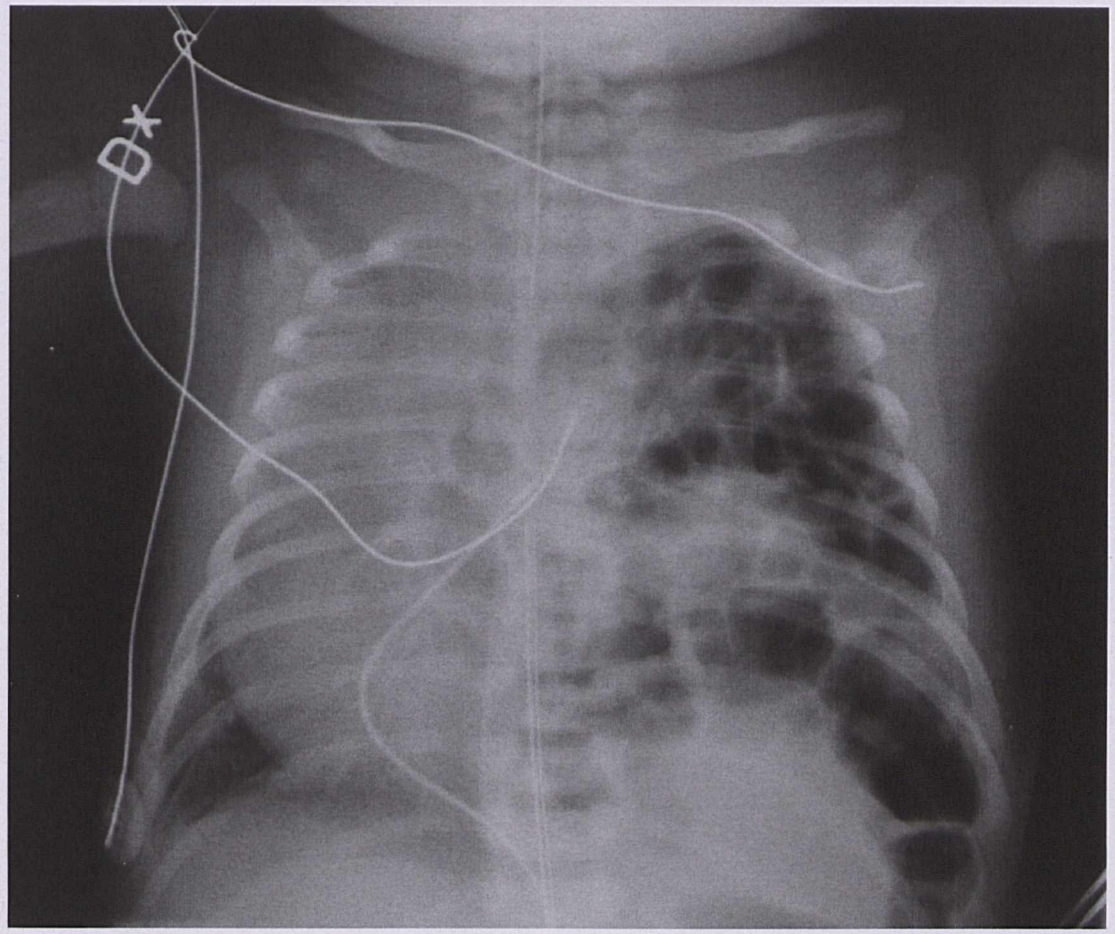
Sérlyfjatexti á bls. 520

Tilfelli mánaðarins

Fullburða drengur er tekinn með keisaraskurði eftir eðlilega 38 vikna meðgöngu. Strax eftir fæðingu ber á miklum öndunarerfiðleikum og þarf hann bráða öndunarvélameðferð. Tekin er röntgenmynd af lungum, mynd 1.

Anna Gunnarsdóttir[1]

Tómas Guðbjartsson[2]



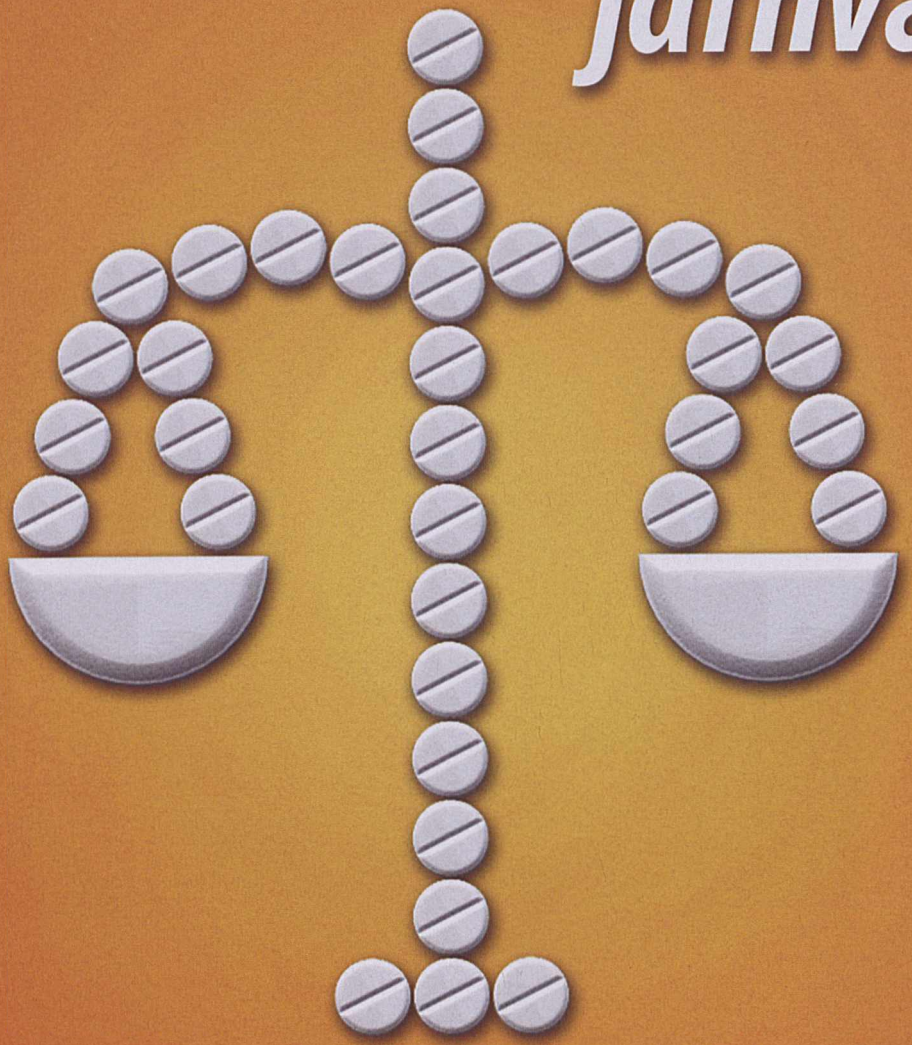
Mynd 1.

Hver er greiningin og hver er besta meðferðin?

Svar er að finna á bls. 513: „Svar við tilfelli mánaðarins“.

[1]Barnaskurðdeild háskólasjúkrahússins í Lundi, Svíþjóð.
[2]Hjarta- og lungnaskurðdeild Landspítala.

Í góðu jafnvægi



Glimeryl *Glímepíríð 1, 2 og 3 mg*

– Kemur jafnvægi á blóðsykurinn

Glimeryl töflur innihalda blóðsykurslækkandi lyfið glímepíríð sem ætlað er til meðferðar á insúlínóháðri sykursýki (tegund 2).

actavis
hagur í heilsu

Sérlyfjatexti á bls. 515

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA / ACTAVIS 7026041

Lækningaminjasafn Íslands

Á aðalfundi Læknafélags Reykjavíkur 29. mars sl. var samþykkt ályktun er heimilaði stjórn félagsins að leggja allt að 25 milljónir króna til uppbyggingar lækningaminjasafns að uppfylltum ákveðnum skilyrðum. Ályktunin var svohljóðandi:

Aðalfundur Læknafélags Reykjavíkur, haldinn 29. mars 2007, heimilar stjórn félagsins að leggja allt að 25 milljónir króna til byggingar lækningaminjasafns í Nesi við Seltjörn. Upphæðin verði aldrei hærri en sú upphæð, sem Læknafélag Íslands kann að leggja fram í sama skyni. Framlagið er háð því skilyrði, að Seltjarnarnesbær gangist fyrir uppbyggingu og rekstri lækningaminjasafnsins með þátttöku ríkissjóðs lögum samkvæmt.

Forsaga málsins er sú að Jón heitinn Steffensen, prófessor emeritus, arfleiddi Læknafélag Íslands að umtalsverðum hluta eigna sinna til uppbyggingar lækningaminjasafns í Nesi við Seltjörn árið 1990. Í erfðaskrá sinni fól Jón Læknafélagi Íslands umsjón þessara eigna og ábyrgð á því að þær kæmu að þeim notum sem til var ætlast. Málið hefur síðan verið til umræðu og athugunar og árið 1997 var gengist fyrir opinni hönnunarsamkeppni um nýja safnbyggingu. Árið 2000 keypti Læknafélag Íslands húsnæði á Seltjarnarnesi að Bygggörðum 7 og afhenti ríkinu að gjöf í þeim tilgangi að bjarga safnmunum frá skemmdum í ónýtum útihúsum í Nesi. Þá þegar var ljóst að um bráðabirgðagjörning væri að ræða og undanfara lækningaminjasafns eins og þáverandi menntamálaráðherra ítrekaði við afhendingu gjafarinnar. Verulegur skriður komst loks á málið árið 2006 þegar Alþingi heimilaði vegna breytinga á skipulagi Seltjarnarness, að fyrrnefnd fasteign að Bygggörðum 7 yrði seld og söluandvirðinu ráðstafað til að reisa safnbyggingu fyrir Lækningaminjasafn Íslands í námunda við Nesstofu á Seltjarnarnesi. Söluandvirði þeirrar eignar er nú áætlað um 120 milljónir króna. Á undanförnum vikum hefur tekist samkomulag um stofnkostnað, byggingu og rekstur húsnæðis fyrir Lækningaminjasafn Íslands og menningartengda starfsemi á milli Læknafélags Íslands, Læknafélags Reykjavíkur, menntamálaráðuneytis, Seltjarnarnesbæjar og Þjóðminjasafns Íslands. Heildarkostnaður við hina nýju safnbyggingu er áætlaður um 345 milljónir króna.

Gert er ráð fyrir 25 milljón króna framlagi frá LR með fyrirvörum eins og fyrr er getið og 25 milljón króna framlagi frá Læknafélagi Íslands með fyrirvara um samþykki aðalfundar sem haldinn verður að hausti. Seltjarnarnesbær leggur til lóð undir safnið við Nesstofu og bærinn og ríkissjóður munu fjármagna þær 295 milljónir sem á vantar. Framlag læknafélaganna er endanlegt og munu frávik í byggingarkostnaði ekki breyta þeim. Seltjarnarnesbær mun bera ábyrgð á byggingu safnsins og annast stjórn og rekstur þess eftir að starfsemin hefst í nýju húsnæði. Safninu er ætlað að vera miðstöð safnastarfsemi á sviði lækna- og heilbrigðisvísinda og bera ábyrgð á söfnun, varðveislu, rannsóknum og miðlun á þeim munum og minjum sem snerta sögu lækninga á Íslandi. Í safnstjórn munu sitja tveir menn tilnefndir af Læknafélagi Íslands, einn af Þjóðminjasafni og tveir án tilnefningar samkvæmt ákvörðun Seltjarnarnesbæjar.

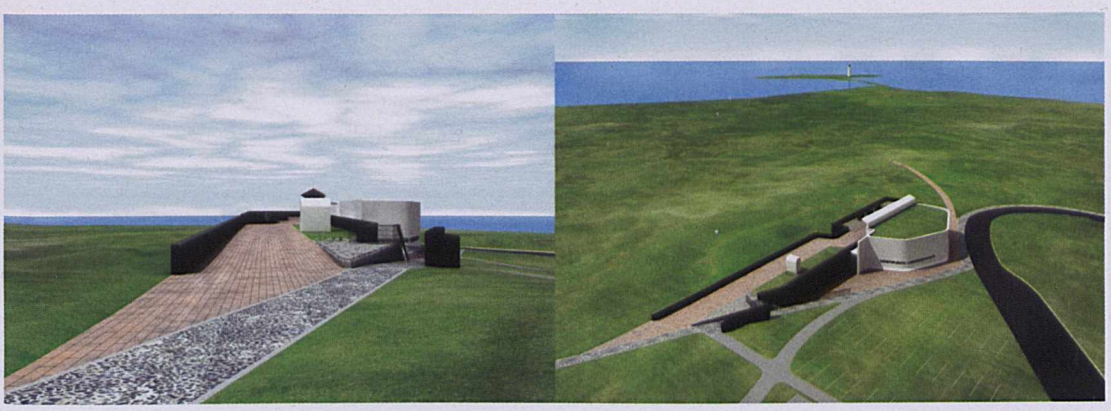
Hvað varðar fjárframlög læknafélaganna er ljóst að hér er um verulegar fjárhæðir að ræða. Ég tel að þessu fé sé vel varið. Það er til í sjóðum félaganna og þessi ráðstöfun mun ekki hafa áhrif á starfsemi þeirra. Öllum má ljóst vera mikilvægi þess að hlúa að sögu og menningu læknisfræðinnar á Íslandi. Þá er ekki síður mikilvægt að efla vöxt og viðgang læknastéttarinnar á Íslandi í nútíð og framtíð. Lækningaminjasafn Íslands yrði mikilvægur vettvangur þessa verkefnis.



Sigurður Böðvarsson

sigurdbo@landspitali.is

Höfundur er sérfræðingur í lyf- og krabbameinslækningum Landspítala og Læknasetri.



Útsýni yfir Gróttu. Arkitektastofan YRKI hannaði safnið.

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

Rekstur BUGL gengur ekki upp án verulegra breytinga

Umræða um vanda Barna- og unglingageðdeildar Landspítalans varð nokkuð áberandi í aðdraganda alþingiskosninga og talsmenn nokkurra flokka lýstu vandlætingu sinni á því að allt að 200 börn og unglingar fengju ekki þá þjónustu á þessu sviði sem þau þyrftu svo sárlega á að halda. Ólafur Ó. Guðmundsson yfirlæknir á BUGL varð fyrir svörum um í hverju vandi deildarinnar væri fólginn og hvernig mætti bregðast við honum.

Hávar Sigurjónsson

Hvernig hefur þessi margnefndi biðlisti BUGL orðið til?

„Það er í sjálfu sér ekki nýtt að til sé biðlisti eftir þjónustu BUGL. Hann hefur verið viðvarandi í mörg ár og biðtíminn mislangur. Fyrir 9 árum var fjallað um þetta í fyrsta sinn markvisst í skýrslu sem unnin var undir stjórn Tómasar Zoega og fjöldi fagfólks kom að gerð hennar. Þá þegar var ljóst að gera þyrfti eitthvað róttækt í geðheibrigðismálum barna og unglinga. Hópurinn sem kom að gerð skýrslunnar var sammála um gera þyrfti tafarlausar úrbætur að forgangsmáli í heilbrigðiskerfinu. Samt gerðist ekki neitt, þó að skýrslan væri unnin að frumkvæði heilbrigðisráðuneytisins. Ég man reyndar eftir að minnsta kosti tveimur eldri skýrslum sem unnar voru innan Landspítalans og fleiri hafa verið unnar síðan.

Í rauninni hefur aldrei verið tekist á við vandann í grunninn og allar aðgerðir hafa beinst að því að bæta það sem þegar hefur verið til staðar fremur en takast á við grundvallarbreytingar. Biðlistinn var til staðar þá og hefur verið allar götur síðan. Þótt þjónusta BUGL hafi aukist á undanförnum árum og mun fleiri fái þjónustu en áður, bæði á göngudeild og legudeildum, hefur biðlistinn ekkert minnkað. Hann er breytilegur milli ára og einnig árstíma. Síðastliðið eitt til tvö ár hefur mönnunarvandi bæst við önnur vandkvæði í rekstri. Það hefur verið erfitt að halda í reynt fólk og ekki annað en tiltölulega óreynt fólk fengist til starfa sem þarf mikla handleiðslu. Ástæða þessa er fjárhagsvandi spítalans, þar sem tekist hefur að halda í horfinu með því sýna ákveðna hörku í launamálum gagnvart vissum stéttum, svo sem sálfræðingum, félagsráðgjöfum og iðjuþjálfum. Læknar hafa annars konar samninga og geta aukið tekjur sínar með því að taka vaktir og sumir eru auk þess á stofu utan spítalans.

Álag á starfsfólk hefur einnig verið mikið og upplifun þess af starfinu er að alvarlegri tilfellum hafi fjölgað. Það má í rauninni segja að í vetur hafi ákveðnum mörkum verið náð og biðlistinn því byrjað að lengjast frá því sem verið hefur. Einnig kom til að stjórnendur göngudeildarteymisins treystu teyminu ekki til að taka við fleiri tilvísunarmálum og deildin hefur því eingöngu sinnt bráða- og forgangsmálum. Áfram halda þó tilvísanir að streyma til okkar og fjöldinn á biðlistanum jókst úr 80-100 í vel á annað hundrað núna þegar leið fram á veturinn."

Starfsemin þróast en umgjörðin ekki

- Er lausnin fólgin í því að auka fjárveitingar til BUGL?

„Það þarf að hugsa betur hvernig reka á þessa starfsemi sem einingu og hvaða hlutverki henni er beinlínis ætlað að gegna. Það hefur verið nokkur umræða utan Landspítala um BUGL í vetur og skýrslur samdar um hvernig byggja eigi geðheilbrigðisþjónustu upp. Þetta er tiltölulega ný þjónusta í okkar þjóðfélagi, BUGL er stofnað 1970 upp úr Geðverndardeild barna sem var á vegum borgarinnar og staðsett á Heilsuverndarstöðinni. Með BUGL var mætt þörf fyrir þjónustu á landsvísu. Þekking í barna- og unglingageðlæknisfræði hefur fleygt fram, ekki síst á síðustu 10 árum þar sem mjög margar góðar rannsóknir hafa verið gerðar, fyrst og fremst erlendis, en einnig höfum við lagt okkar af mörkum. Upplýsingar berast



Ólafur Ó. Guðmundsson yfirlæknir á BUGL.

hratt og fólk sem þekkir stöðu barna er meðvitað um að vandamálum þarf ekki að kyngja heldur er hægt að gera ýmislegt til bóta. Hlutverk BUGL hefur í rauninni aldrei verið skilgreint með hliðsjón af þeim þörfum og kröfum sem gerðar eru til deildarinnar í dag. Upphaflega var henni ætlað að sinna alvarlegum einhverfutilfellum og geðfötluðum og veita göngudeildarþjónustu að einhverju marki. Síðan hefur starfsemin orðið víðfeðmari, göngudeildarþjónustan þróast og legudeildir eru tvær, barnadeild og unglingadeild. Við leggjum einnig meiri áherslu á dagdeildarþjónustu en áður auk þess sem kennsla og þjálfun nema og fagfólks hefur aukist og eftirspurn eftir þjónustu og handleiðslu deildarinnar til ýmiss konar stofnana og utanaðkomandi aðila vaxið. Í rauninni er starfsemin orðin miklu umfangsmeiri en öll umgjörð um hana er svipuð og hún var 1970. Að því frátöldu að við sameiningu spítalanna í Reykjavík árið 2000 var tekin miðlæg ákvörðun um að skipta faghópum á lækningaþættinum upp, ekki innan sérgreina eða deilda, heldur innan sviða, sem þýddi það að stjórnun varð flókin og ábyrgð óljós, þó formlega séð eigi hún að vera hjá yfirlækni deildarinnar. Stjórnunarlega er umgjörðinni því verulega ábótavant, ekki bara að mati okkar læknanna á BUGL, heldur hefur verið bent á þetta í skýrslum utanaðkomandi aðila. Í stað þess að deildin sé rekin sem heild er henni skipt í miðstýrða þætti sem yfirlæknir á samt sem áður að bera ábyrgð á."

Ertu að tala um að BUGL væri betur sett sem sjálfstæð stofnun?

„Fyrst þarf að ákveða hversu víðtækt hlutverk BUGL á að vera, bæði á landsvísu og einnig fræðilega séð. Hversu langt á að ganga í útseldri þjónustu með samningum og hvernig kennsluhlutverkinu verði fyrirkomið? Og einnig hversu stóran hlut af klínísku þjónustunni sé æskilegt að deildin veiti. Um þetta hefur verið allnokkur umræða og í þrengsta skilningi mætti hugsa sér að BUGL sinnti eingöngu bráðaþjónustu og legudeildum en öll göngudeildarþjónustan væri veitt utan spítalans. Það er ein leið. Þá væri hægt að afmarka og einfalda starfsemina mjög mikið. Stjórn Landspítala hefur hins vegar sagt að framtíðin felist í dag- og göngudeildarþjónustu fremur en legudeildum og það gildi jafnt um barna- og unglingageðlækningar sem aðrar sérgreinar. Það má líka segja að það sé erfitt að vera kennslusjúkrahús nema hafa aðgang að göngudeildarþjónustu. Auðvitað mætti semja um slíkt við þá aðila sem tækju að sér rekstur göngudeildar. En ef menn vilja hafa göngudeildarþjónustuna áfram innan spítalans og jafnvel í vaxandi mæli, þá þarf að finna henni eðilega umgjörð. Hún gengur ekki upp eins og hún er í dag. Vandi



„Aðgerðir eins og húsbygging og fjölgun starfsfólks eru nauðsynlegar en ekki nægilegar," segir Ólafur Ó. Guðmundsson yfirlæknir en framkvæmdir við viðbyggingu BUGL að Dalbraut í Reykjavík standa nú yfir.

okkar er svipaður og á göngudeildum annarra deilda þar sem hvata vantar og hjá okkur verður þetta enn flóknara þar sem margir faghópar koma að hverju verkefni og þurfa að vinna náið saman."

Börn með samsettan geðrænan vanda

Er álagið á göngudeild BUGL of mikið?

„Það er miklu meira en göngudeildin ræður við. Fleira fagfólk vantar til starfa til að anna verkefnum og fyrirkomulag við rekstur og stjórn deildarinnar er ekki eins og það ætti að vera að mínu mati og margra annarra bæði innan og utan BUGL. Aðgerðir eins og húsbygging og fjölgun starfsfólks eru nauðsynlegar en ekki nægilegar. Það verður að endurskipuleggja starfsemina í samræmi við hversu stór hluti þeirrar þjónustu sem samfélagið kallar eftir í geðheilbrigðisþjónustu barna- og unglinga á að fara fram á vegum BUGL og hversu stóran hluta á að fela öðrum, einkaaðilum og sveitarfélögum. Heilsugæslustöðvar þurfa einnig að koma markvissar inn í þessa þjónustu og búið er að taka ákveðin skref um myndun teymis innan nokkurra stöðva en það dugar engan veginn til og ef slíkar aðgerðir eiga að skila raunverulegum árangri verður að samstilla aðgerðir."

Hvaða aðilar vísa helst til ykkar?

„Þeir eru nokkuð margir. Barnalæknar eru stærsti hópurinn og síðan barnageðlæknar, heilsugæslulæknar, sálfræðiþjónustur og félagsþjónustur sveitarfélaganna. Að öllu jöfnu eru þessir aðilar búnir að meta vandann og reyna að taka á honum en meta hann það flókinn að hann þurfi úrlausnar við á sérfræðimiðstöð sem byggir á þverfaglegri þjónustu. Aldurshópurinn sem við fáum eru aðallega börn á grunnskólaaldri, frá 5-17 ára því oft koma vandamálin skýrar fram þegar börnin eru byrjuð í grunnskóla.

Yfirleitt eru börnin sem til okkar er vísað með samsettan vanda. Það eru geðræn vandamál sem birtast í hegðun eða líðan, og ofan á bætast ýmis konar þroskavandamál, bæði sértæk og almenn. Þessi vandamál birtast með ýmsum hætti og þegar um frávik í félagslegu samspili er að ræða getur verið stutt yfir í einhverfurófið en það er mjög mikilvægt að greina þau börn snemma til þess að þau fái markvissa þjálfun og nauðsynlegan stuðning. Aðstæður barnanna eru mjög misjafnar, bæði heima og í skólanum. Þetta gerir það að verkum að við þurfum að eiga mjög virka samvinnu við

félagsþjónustu sveitarfélaga og skóla og samræmingarfundir um aðgerðir í hverju tilfelli með þessum aðilum eru rútína í vinnslu mála hjá okkur."

Og virkar þetta kerfi þannig að ef ykkar staða væri betri þá væri ástandið viðunandi?

„Í þeim málum sem við náum að sinna gengur yfirleitt vel en sannarlega er víða pottur brotinn. Heilsugæslan er víðast hvar illa í stakk búin til að mæta vandanum og heilsugæslulæknar hafa fengið litla þjálfun á þessu sviði. Sveitarfélög í landinu eru jafn misjöfn og þau eru mörg en stærstu sveitarfélögin eru með öflugustu þjónustuna. Sérfræðiþjónustan er algerlega sprungin og símar barnageðlækna eru rauðglóandi og mjög erfitt að komast að hjá þeim. Okkur vantar hreinlega fleira fagfólk til að mæta þessum vanda og það er vissulega áhyggjuefni hversu fáir ungir læknar virðast hafa áhuga á að leggja barnageðlækningar fyrir sig. Þar sjáum við fram á enn frekari skort en nú er á næstu árum."

Hvaðan finnið þið helst fyrir þrýstingi um meðferð?

„Það eru foreldrar og skólayfirvöld og sérfræðiaðilar sem tengjast skólunum og eru að kljást við börn sem þeir telja að séu veik og þurfi þjónustu í samræmi við það. Stundum eru þessi aðilar mjög örvæntingarfullir og það er eðlilegt þegar biðtíminn er kannski á annað ár en við leggjum vinnu í að meta hvert tilfelli og hvort það kalli á forgang í meðferð. Ef um bráðamál er að ræða þá sinnum við þeim strax. Skráð bráðamál hafa verið um 150-200 á ári, en göngudeildarkomur í heild hafa verið um 5000. Ný mál eru um 400 á ári, þar af eru tilvísanir um 250 og bráðamál um 150. Þá er einnig hópur af börnum og unglingum sem þurfa eftirfylgd deildarinnar árum saman, sum jafnvel allt til 18 ára aldurs þegar við sleppum hendinni af þeim."

Forvarnahlutverkið æ mikilvægara

Er þetta eðlilegur fjöldi miðað við það sem þekkist í nágrannalöndunum sem við miðum okkar gjarnan við?

„Þetta er í rauninni lítið miðað við það sem við teljum okkur vita um útbreiðslu geðraskana og ekki væri óeðlilegt að okkur bærust um að minnsta kosti tvöfalt fleiri mál á ári."

Er þá hægt að álykta að ríflega helmingur geðraskana barna- og unglinga sé vangreindur?

„Það er alltaf visst ósamræmi milli faraldsfræðilegra rannsókna og fjöldans sem leitar eftir þjónustu. Í sumum tilfellum skortir upplýsingu til almennings og aðrir kjósa að fara aðrar leiðir þó þeir viti af þjónustunni. Yfirvöld í nágrannalöndunum hafa sett upp áætlanir um hvernig mæta skuli þessum vanda og leggja sérstaka áherslu á forvarnahlutverk barna- og unglingageðlækninga vegna þess að með síaukinni þekkingu á geðsjúkdómum vitum við að geðraskanir á eldri unglingsárum og fullorðinsárum eiga sér oft rætur í æsku. Ekki eingöngu í þeim hefðbundna skilningi sem lagður var í áhrif umhverfis og uppeldis heldur í líffræðilegum orsökum þar sem erfðafræðilegir þættir sem gera einstaklinga útsettari fyrir geðröskunum birtast strax í bernsku og þá með nokkuð öðrum hætti en síðar. Það er því mjög mikilvægt að auka þekkinguna á þessu sviði og vita hvernig eigi að bregðast við. Þá er ég ekki endilega að tala um læknisfræðilegt inngrip með lyfjameðferð eða slíku, heldur líka hvernig samfélagið bregst við með þjálfun og stuðningi við börn með þekkta áhættuþætti og fjölskyldur þeirra, þannig að draga megi úr líkum á að þau veikist síðar. Þekkingu innan barnageðlæknisfræðinnar fleygir sífellt hvað þetta varðar."

Brot af mannkynssögu alþýðunnar

– viðtal við Valgarð Egilsson

Hávar Sigurjónsson

„Ég setti Íslandsmet í 500 metra bringusundi haustið 1958. Við gætum talað um það," segir Valgarður Egilsson doktor í frumulíffræði og rithöfundur og skáld. Við erum sestir niður innan um bækur af öllu tagi í lesstofunni á heimili þeirra hjóna Valgarðs og Katrínar Fjeldsted við Hólatorg í Reykjavík. Bækurnar þekja alla veggi og þar kennir margra grasa; skáldsögur og vísindarit standa þétt saman í hillum og augljóst að þær hafa verið lesnar spjalda á milli.

Erindi mitt við Valgarð er að eiga við hann samtal um æskustöðvar hans við utanverðan Eyjafjörð að austanverðu en síðustu þrjá áratugi hefur hann leitt fjölda göngufólks um strandir, dali og fjöll í Fjörðum, við Látraströnd og Flateyjardal, og frætt um mannlíf og sögu svæðisins. Hann hefur einnig leitt göngufólk um svæðið vestan við Eyjafjörð utanverðan, andspænis æskustöðvunum, Hvanndali og Héðinsfjörð enda voru mikil og sterk tengsl milli þessara svæða á fyrri tíð. Sundafrek verða að bíða betri tíma.

Framundan er sumarið, tími útivistar og gönguferða, og ekki ólíklegt að einhverja fýsi að ganga um Fjörður eða Héðinsfjörð svona rétt áður en hann verður opnaður fyrir bílaumferð þegar Héðinsfjarðargöng verða tekin í notkun. „Það er auðvitað hrein vitleysa að gera þessi göng og mun ekki breyta þeirri staðreynd að Siglufjörður er hverfandi byggð og þrátt fyrir tengingu milli Ólafsfjarðar og Siglufjarðar um Héðinsfjarðargöng mun ungt fólk ekki sjá tilgang með búsetu á Siglufirði," segir Valgarður og bætir því við að á Siglufirði sé svo að byggðinni þrengt vegna snjóflóðahættu að þar verði ekki byggt utan núverandi bæjarstæðis án verulegrar áhættu. „Þeir eru í rauninni landlausir."



Gönguhópur í Fjörðum þræðir einstigi undir leiðsögn Valgarðs.

Forn-germanskt uppeldi

Valgarður er fæddur á Grenivík árið 1940 og alinn upp að eigin sögn á „forn-germanskan hátt".

Hvað felst í því?

„Að vera utanhústegund og ekki vanur stofuhita í híbýlum. Vera sífellt vakandi fyrir náttúrunni og eiga allt undir henni. Fylgjast vel með veðrabrigðum og kunna að lesa úr skýjafari. Ef maður sá þoku safnast í Hvanndalabjörgin þá vissi maður að vindur var koma á norðaustan og eins gott að safna fénu saman. Það er ansi fjarri uppeldisaðferðum í þéttbýli nútímans að vera strax 8-9 ára gamall orðinn ábyrgur fyrir hjörð heimilisins. Þá er maður að gá til veðurs oft á dag og skynjar allt umhverfið útfrá því. Þar á ofan var ég sem barn heillaður af náttúrunni og notaði hverja stund til að ganga um fjöllin og skoða grös og fuglalíf. Við vorum þrír bræðurnir og höfðum allir ánægju af að ganga á fjöll og klífa tinda."

Á ferðum sínum um Fjörður og Látraströnd hefur Valgarður haft börn sín með sér og segir að Jórunn dóttir hans, heimilislæknir á Selfossi, hafi sem barn og unglingur fylgt sér dyggilega. „Börnin mín sögðu: „Pabbi er alltaf svo eðlilegur þegar hann kemur út í Fjörðu." Ætli það sé ekki besta lýsingin á því hversu vel ég kann við mig þarna."

Áhugi Valgarðs á svæðinu hefur ekki einasta takmarkast við náttúrufar heldur hefur alþýðusagan og mannlífið sem þarna dafnaði einnig fangað hug hans.

„Fólkið sem þarna bjó, fólkið í landinu, það heillaði mig alveg frá upphafi. Ég man ekki eftir mér öðruvísi en hugföngnum af fólkinu og sögunni sem það bjó yfir. Ég er enn jafn heillaður af þessu. Þarna átti sér stað brot af mannkynssögu alþýðunnar og hún er sannarlega nógu dramatísk því þarna var sjómennska meginatvinnuvegur um aldir. Á 19. öld eru hákarlaveiðar aðaleinkenni þessarar menningar og það mótaði mannlífið þar sem lífshættan var stöðug og mannskaðar við veiðarnar voru tíðir. Þessi menning átti enn gríðarlega sterk ítök í fólkinu þegar ég var alast upp þó veiðarnar sjálfar væru aflagðar. Fólkið lifði jöfnum höndum á sjósókn og landbúnaði og sjálfur ólst ég upp við hvorutveggja þar sem faðir minn stundaði sjó frá Grenivík en keypti svo jörðina Hléskóga þar sem ég var með lögheimili fram yfir tvítugt þó ég væri í rauninni farinn að heiman að miklu



Alinn upp sem utanhústegund og ekki vanur stofuhita í híbýlum," segir Valgarður Egilsson.

leyti við 15 ára aldur. Ég vann á sumrum í síld á Raufarhöfn en einnig á Siglufirði, var í menntaskóla á veturna og á þeim sumrum kynntist ég byggðinni og landinu vestan við Eyjafjörðinn."

Eins orðs ljóð

Valgarður hefur skrifað talsvert um byggðirnar beggja vegna Eyjafjarðar og er meðal annars höfundur stórs hluta Árbókar Ferðafélags Íslands árið 2000 þar sem hann fléttar saman mannlífi, sögu og lýsingum á náttúrfari á sérlega skemmtilegan og læsilegan hátt. Þetta er ómissandi lesning fyrir þá sem hyggja á ferð á þessar slóðir. Nema auðvitað að þeir ráði Valgarð sem leiðsögumann í ferðina þá fá þeir fræðsluna beint af vörum hans.

„Já, ég byrjaði á því að fylgja fólki um þetta svæði eftir að ég flutti heim frá London eftir sérnám rétt fyrir 1980. Smám saman vatt þetta upp á sig og varlega áætlað er ég búinn að leiða vel á annað þúsund manns um þessar slóðir. Ég geng þarna um á hverju sumri og nýt þess alltaf jafnmikið. Alltaf er eitthvað nýtt að sjá og upplifunin er aldrei söm."

Hvað er það sem helst einkennir svæðið?

„Þetta var geysilega harðbýlt land og síðustu bæir á Látraströndinni fara í eyði 1942 og í Fjörðum 1944. Þarna er mjög snjóþungt og snjóa leysir seint. Láglendi lítið. Vegna snjóþyngsla var engin vetrarbeit svo gróðurfar er allt annað og meira en til dæmis í innsveitum Eyjafjarðar. Þar sést varla lyngtutla, aðeins blásnir melar langt inn til fjalla en í Fjörðum er lyng og skógviðarbróðir upp um allar hlíðar. Landbúnaður var því erfiður á þessum slóðum og fólkið treysti á sjóinn eftir lífsbjörginni."

Örnefni eru Valgarði hugleikin og hann orðar það þannig að falleg örnefni séu „eins orðs ljóð". „Þetta er reyndar kapphlaup við tímann því örnefnin hverfa hratt með þeim kynslóðum sem nú eru elstar. Margt er reyndar þegar horfið en þó hefur verið unnið mikið starf við að safna og varðveita örnefni. Ég hef sett fram þá kenningu að



Fjörður og Flateyjardalur séð utan úr Grímsey.

við örnefnagift þá eru menn að persónugera landið um leið. Auðvitað er margt annað sem hefur áhrif en þetta er eitt helsta einkenni örnefnagiftar. Allir drangar heita „karlar" og „kerlingar", sker heita „sveinar og systur", „kerling" og „jómfrú" eru beint fyrir ofan Akureyri og þannig má áfram telja. Svo er svipur á fjöllum sem þau taka nafn af, „yggla" og nær allir líkamshlutar mannsins eiga sér samsvörun í örnefnum. Það er nánast hægt að byrja á hvirflinum og fikra sig niður eftir líkamanum og alls staðar finnast hliðstæður í örnefnum. Höfuð, hnakki, hvirfill, enni, brúnir, augu, nef, nasir, kinn, kjálki, háls, axlir, bringa, hryggur, lend, mjöðm, eistu, læri, hné, sköflungur, hæll, rist, il, tá svo fátt eitt sé nefnt. Og síðan eru öll örnefnin sem draga nafn af búsmalanum. Sjálfur man ég eftir því að hafa persónugert allt í kringum mig og var alinn upp við slíka hugsun; manni fannst vindurinn hafa sjálfstæðan vilja og ætla að rífa þakið af húsinu og bólgnir lækirnir á vorin voru staðráðnir í að brjótast yfir bakkana og dreifa möl og aur um gróið land. Allt var lifandi í kringum mann og birtist í nafngiftum á landslagi og fyrirbærum náttúrunnar. Landið fær allt aðra mynd í huga manns þegar örnefnin eru kunn."

Breytingar á örnefnum hafa sumstaðar orðið í gegnum tíðina og Valgarður rifjar upp að í Náttfaravíkum er áin Purká. „Þetta er enska orðið „pork" en í sóknarlýsingu frá 1840 kemur í ljós að áin hét áður Svíná og dalurinn Svínárdalur, nú Kotadalur, og hvers vegna þetta breyttist er ekki vitað. En þetta er merkileg breyting sem þarna hefur orðið og í rauninni furðulegt að eldri örnefnin skuli hafa horfið svona gersamlega. Þá eru líka ótalin öll örnefnin sem menn notuðu til að staðsetja fiskimið og tóku þá gjarnan mið af tveimur eða fleiri sjónpunktum úr landi. Stundum höfðu fjöll sín sérstöku örnefni utan frá sjó séð sem



Styrkur göngustafur sem einnig má nota til að verjast útilegumönnum.

voru aldrei notuð í öðru samhengi. Þessi örnefni á grunnslóð í kringum landið eru óðum að hverfa og mörg eru alveg týnd."

Spáði fyrir um Kárahnjúka

Ritstörf hafa verið Valgarði hugleikin um langa hríð og hann er meðal annars höfundur tveggja leikrita Dags hríðar spor og Maðurinn er normal. Hið fyrrnefnda var sýnt á Litla sviði Þjóðleikhússins 1981 í leikstjórn Brynju Benediktsdóttur og vakti talsverða athygli enda gerólíkt því sem aðrir leikritahöfundar íslenskir voru að fást við á þeim tíma. Verkið er ljóðrænt og ást höfundarins á náttúrunni er dylst engum. Þar reyndist Valgarður merkilega sannspár um hver þróunin yrði í umgengni við íslenska náttúru þegar stóriðju yxi fiskur um hrygg. „Það er næstum hægt að segja að þetta sé leikrit um Kárahnjúkaævintýrið í smáatriðum," segir hann sposkur.

Hann segir leiklist hafa fangað hug sinn því fallega fluttur texti á leiksviði hafi heillað sig umfram annað. Hann teiknar líka og lýsir því þannig að þegar hann vilji vera alvarlegur þá skrifi hann prósa en þegar léttúð færist yfir þá grípi hann teiknipennann.

Svo skemmtilega vill til að að einmitt núna í lok maí kom út hjá JPV útgáfu ljóðabók eftir Valgarð sem hann hefur unnið að undanfarin ár og því vaknar sú spurning hvort vísindamaðurinn

og skáldið hafi ávallt skipað jafnan sess eða hvort tekist hafi verið á um tíma og athygli.

„Í seinni tíð þá finn ég fyrir því að mig vantar tíma en fram að því þá hélt ég að ég gæti látið þetta fara saman. Um talsvert langa hríð lagði ég ritstörfin alveg til hliðar og sökkti mér í rannsóknir á líffræði frumna. Ég hafði á sínum tíma þá hugsun að til að þekkja mannseðlið yrði ég að kynnast manninum alveg niður í einstakar frumur. Það var í rauninni ástæðan fyrir því að ég fór út í læknisfræði á sínum tíma. Ég varð síðan svo gagntekinn af frumunni sem fyrirbæri að ég lagðist í þau fræði og hef aldrei verið hamingjusamari en fyrstu tvö árin mín í doktorsnámi í London. Það er gaman að segja frá því að doktorsverkefnið mitt snérist um gerjun og öndun (hvatbera) í frumum, mitochondria, og ég byggði rannsókn mína að nokkru leyti á kenningum þýska nóbelsverðlaunahafans Otto Warburg um að krabbameinsfruma væri fruma með laskaða öndun og of mikla gerjun. Warburg hlaut Nóbelsverðlaunin í læknisfræði 1930 og kenning hans hafði verið lögð til hliðar og þótti gamaldags og mér var legið á hálsi fyrir að vinna útfrá henni. Menn gerðu grín að Warburg og mér líka fyrir að fást við þetta. En um aldamótin 2000 snérist þetta gersamlega við og vísindaheimurinn hefur síðan verið logandi af áhuga á að rannsaka þetta samspil gerjunar og öndunar í krabbameinsfrumum. Það er skrýtið að upplifa þetta," segir vísindamaðurinn og skáldið Valgarður Egilsson sem safnar orku og kröftum á göngum sínum um æskuslóðir í Fjörðum norður. Fer hann norður í sumar?

„Að sjálfsögðu."

Úthafskirkjan

María, ljáðu mér möttulinn þinn
Kristur, ljáðu mér kyrtilinn þinn
Sankti Pétur, ljáðu mér
sjóhettuna þína
(Bæn úr Fjörðum)

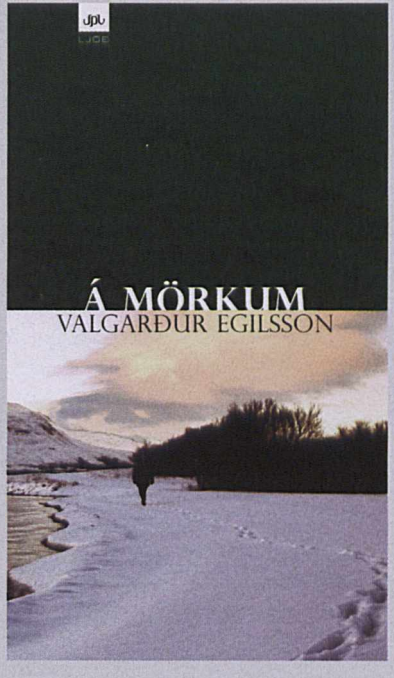
Ómerkt eru leiðin
liðinna frænda
sem liggja hér í jörð
hlið við hlið
við ysta haf

og horfin kirkjan

er léði þeim styrk
á landi og sjó
á langvetrum hörðum
Það skorti alltaf
skjólflíkur í Fjörðum
Faðir minn er róinn
Ljáðu mér nú hettuna þína
Sankti Pétur, á sjóinn

Með eigin viti
þeir vinsuðu kjarnann úr Heilögu Riti
því biskupar óttuðust Illagil
og eggjar Trölladals háar
- sögðu eftir litlu að sælast
sálir í Fjörðum það fáar

Þótt grandvara feður og mæður
skjólflíkur skorti
við úthafið yst
var siður allur í ætt við Krist



- er leið að sólstöðum
kom lóan með vorið
og leysti alfennið hvítt
- fagurt er í Fjörðum
þá frelsarinn gefur veðrið blítt;
og laufvindar leika á hausti

Í augum hins algenga manns
stund hans
- og staður
Hvort fylgir því helgi
að heita algengur maður?

Kirkja við úthaf
var eignuð dýrlingum fimm
- menn hefðu útlátalítið
af einum séð
og ávarpað Maríu mey
möttulinn hefði hún léð

Þeir lofa mest Ólaf kóng
er hvorki sáu hann né heyrðu
þann digra mann
er sjaldgæfa sigra vann

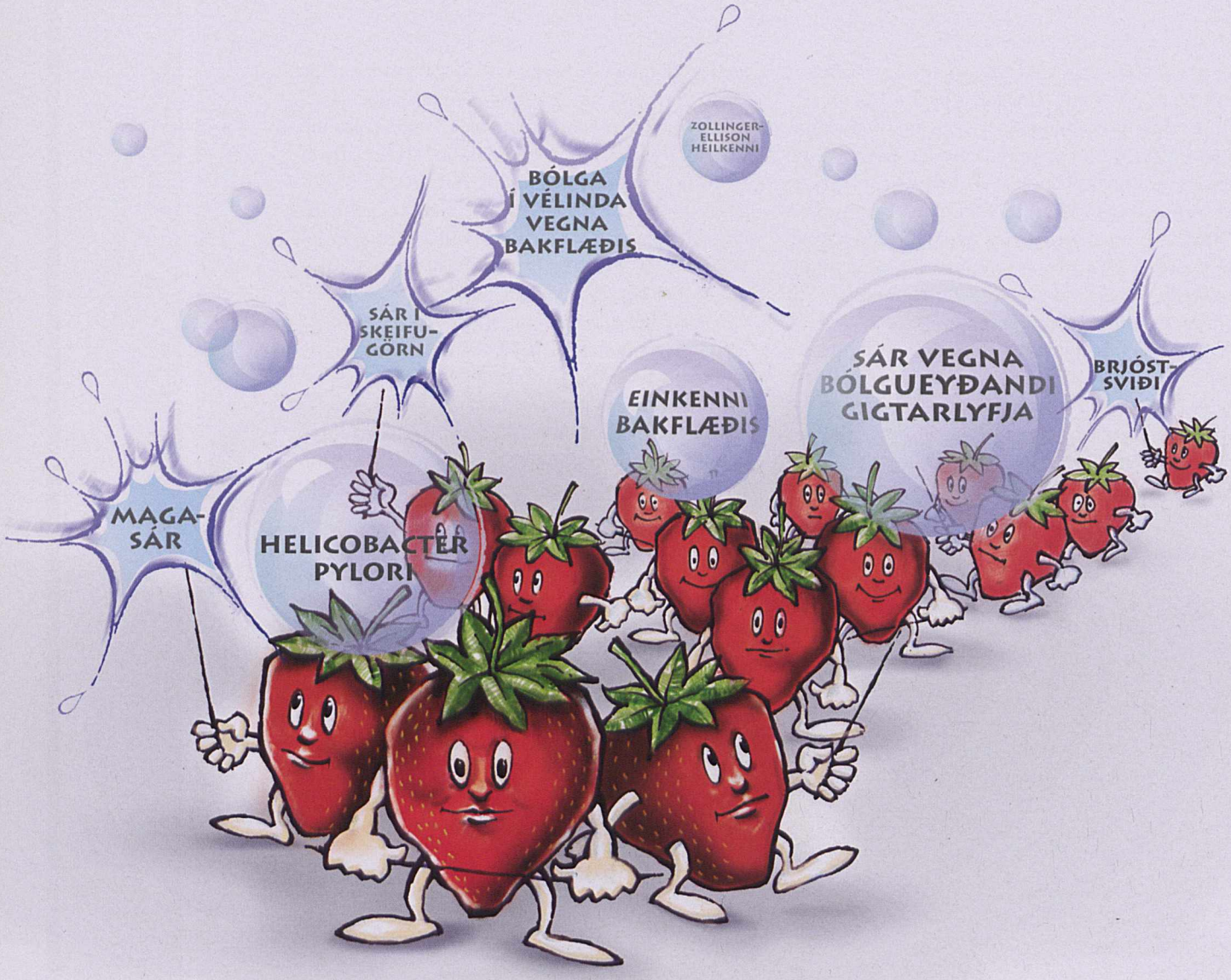
og sextán orustu kóngurinn
er sístur var til
var síðan helgur lýstur

Víst eru áheit ábatasöm
séu auglýst jarteiknin vel
með vilyrði um himnanna ríki

En undarleg sýki
að sækja í það
að sigra fólk hér á jörðu
Ólafur Haraldsson hann átti lítið
erindi út í Fjörðu

Hér átti að helga kirkju
við hafið Maríu mey
hinni mildu frú
farið betur við frændanna trú
Hvort fylgir því helgi
að heita algengur maður?

Úr ljóðabókinni Á mörkum
eftir Valgarð Egilsson.
JPV ÚTGÁFA, Reykjavík 2007.



LANZO

-í forystusveit

Töflur með jarðarberjabragði sem leysast upp í munni og veita hraða og kröftuga sýrubælingu.

icepharma

Tilvitnun: Sérlyfjaskrá

Wyeth

Sérlyfjatexti á bls. 520

Sjúkraflutningar í dreifbýli – athugasemdir við grein

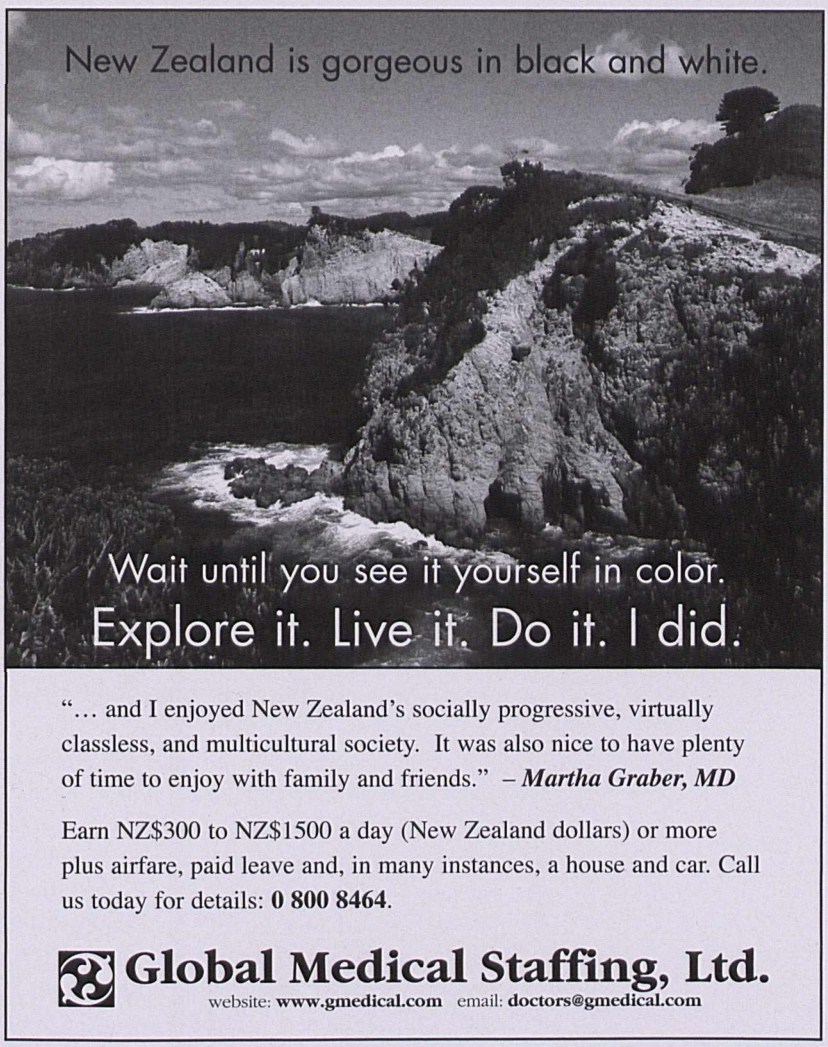


Ágúst Oddsson
LÆKNIR HVAMMSTANGA

Ég las í *Læknablaðinu* hér um daginn fróðlega grein um sjúkraflutninga í dreifbýli. Komið er inn á menntunarþörf sjúkraflutningamanna á landsbyggðinni og vakin athygli á því að við sjúkraflutninga eru starfandi aðilar sem ekki hafa lokið grunnnámi sjúkraflutningamanna, það þurfi að laga. Þessu geta allir verið sammála, menntun og þjálfun sjúkraflutningamanna er mikilvæg. Eitt er þó í þessari grein sem vekur ugg minn en það eru hugmyndir um að fækka sjúkrabílum til þess eins að geta haft fleiri menntaða sjúkraflutningamenn á vakt. Ef ég hef skilið hugmyndir greinarhöfunda rétt þá er það þeirra skoðun að öryggi landsmanna sé best tryggt með þjálfun viðbragðsaðila í vettvangshjálp, svo sem slökkviliðsmanna og lögreglu, á sama tíma og sjúkrabílum verði fækkað. Sjúkrabíll með sjúkraflutningamönnum komi síðan einhvern tíma seinna, allt eftir því hvar bráðavettvangurinn er. Ekki verður þetta skilið öðruvísi en að það eigi að fækka þeim læknishéruðum sem hafa yfir sjúkrabíl að ráða til þess eins að bæta menntun sjúkraflutningamanna. Hér vantar eitthvað í röksemdafærsluna.

Í dag er málum þannig háttað að í öllum bráðaútköllum sjúkrabíla á landsbyggðinni er læknir með í för. Til samanburðar er læknir með í för í einum sjúkrabíl á höfuðborgarsvæðinu en það er í neyðarbílnum. Ég á erfitt með að sjá fyrir mér þá stöðu mála að til dæmis sjúkrabílar verði aðeins staðsettir á einum stað á Norðurlandi vestra. Það myndi fljótt skapa þá stöðu að læknir þess héraðs þar sem enginn sjúkrabíll væri staðsettur, þyrfti að fara einn á slysstað á sínum vaktbíl með lágmarksútbúnað. Hann þyrfti að sjá af þeirri upplýstu og hlýju starfsstöð sem sjúkrabíll er auk þess sem flest nauðsynleg tæki til aðstoðar slösuðum og bráðveikum væru utan seilingar. Með þessu værum við komin áratugi aftur í tímann þegar menn voru að pukrast úti í myrkrinu og kuldanum reynandi að gera sitt besta. Ég ætla ekki að gera lítið úr menntun og þjálfun sjúkraflutningamanna en ég tel mikilvægara að læknir á slysstað hafi yfir að ráða vel útbúnum sjúkrabíl og góðu aðstoðarfólki en að veita hugmyndum greinarhöfunda um fækkun sjúkrabíla brautargengi. Í mínu héraði og mörgum þar sem ég þekki til eru hjúkrunarfræðingar, ljósmæður og sjúkraliðar sendir með sjúklingum í flutning á milli stofnana ef ástæða þykir til. Þetta er gert einmitt til að auka öryggi sjúklinga. Vel menntaðir sjúkraflutningamenn geta væntanlega gert sama gagn í mörgum tilfellum en skynsamlegar lausnir mega ekki líða fyrir löngun einnar stéttar til menntunar og viðurkenningar.

Allra síst sé ég fyrir mér framtíð þar sem sjúkraflutningamenn verði nýttir í heimaþjónustu, til að mæla blóðþrýsting eða almennt eftirlit hvað svo sem það nú þýðir. Þar eiga heima heilbrigðisstarfsmenn sem hafa fengið til þess menntun og þjálfun en ekki sjúkraflutningamenn í hjáverkum bíðandi eftir útkalli þar sem kasta þarf frá sér öllu þegar kallið kemur, það gengi aldrei í heimaþjónustu. Ég hvet því höfunda greinarinnar til að hugsa málin betur og hverfa frá sínum hugmyndum um fækkun sjúkrabíla á landsbyggðinni svo að við berumst ekki 40 ár aftur í tímann í læknishéruðum landsins hvað varðar gæði bráðaþjónustu.



"… and I enjoyed New Zealand's socially progressive, virtually classless, and multicultural society. It was also nice to have plenty of time to enjoy with family and friends." – ***Martha Graber, MD***

Earn NZ$300 to NZ$1500 a day (New Zealand dollars) or more plus airfare, paid leave and, in many instances, a house and car. Call us today for details: **0 800 8464**.

Global Medical Staffing, Ltd.
website: **www.gmedical.com** email: **doctors@gmedical.com**

Þáttur heilbrigðisstétta í eyðingu stúlkubarna

Jóhann Ágúst Sigurðsson
prófessor heimilislæknisfræði/ læknadeild HÍ og Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, Sólvangi, 220 Hafnarfirði.
johsig@hi.is

Linn Getz
trúnaðarlæknir Landspítala og dósent við Institutt for Samfunnsmedisin, Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet, Þrándheimi, Noregi.

Anna Luise Kirkengen
prófessor Institutt for Samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, Noregi.

Don't say that he's hypocritical,
Say rather that he's apolitical.
„Once the rockets are up,
who cares where they come down?
That's not my department,"
says Wernher von Braun.

Tom Lehrer: Wernher von Braun, 1965

Hátt hlutfall ungbarnadauða má oftast nær rekja til fátæktar, stríðsástands, menntunarskorts, bágborinnar heilbrigðisþjónustu eða ýmiss konar faraldra.

Á síðustu áratugum hefur hins vegar önnur orsök hás ungbarnadauða skotið upp kollinum sem rekja má til pólitískra ákvarðana, menningar og tækniframfara í læknisfræði. Hér er einkum átt við þá uggvænlegu þróun sem birtist í röskun á kynjahlutfalli; fækkun stúlkubarna miðað við sveinbörn í Austur- og Suður Asíu (1-3), sérstaklega í Indlandi (4-6) og Kína (7, 8). Vandamálið „horfin stúlkubörn" (á ensku eru oft notað „female infanticide", „sexicide" eða tölfræðilega hugtakið „missing girls") er nú mikið til umfjöllunar í virtum fræðiritum í læknisfræði (2-10). Þar er meðal annars bent á að fjöldi horfinna stúlkubarna sé nú um 80 milljónir eingöngu í Indlandi og Kína (9).

Kynjahlutfall fæddra barna er skilgreint sem fjöldi fæddra drengja fyrir hverjar 100 fæddar stúlkur. Þetta hlutfall hefur hækkað jafnt og þétt undanfarin ár í þessum löndum. Sem dæmi má nefna að árið 1991 var hlutfall drengja 114 á móti hverjum 100 stúlkum á aldrinum 0-6 ára í Punjab héraði í Indlandi. Tíu árum síðar (árið 2001) var hlutfallið orðið 126:100. Innan skamms verða um 12-15% fleiri karlar en konur komnir á giftingaraldur á mörgum svæðum með ófyrirsjáanlegum samfélagslegum afleiðingum (9, 10).

Það gefur auga leið að þessi þróun er ekki eðlilegur gangur náttúrunnar. Önnur öfl standa þar að baki. Þar ráða miklu pólitískar ákvarðanir frá níunda áratug síðustu aldar um eitt barn á fjölskyldu, svo og menningarleg viðhorf þessara þjóða um að drengir séu mun æskilegri en stúlkur. Athyglisvert er að hvarf stúlkubarna í Indlandi er algengara meðal vel menntaðra kvenna borið saman við ómenntaðar konur (6). Einnig skiptir máli hvort og hve mörg börn fjölskyldan á fyrir. Rannsóknir sýna til dæmis að ef um fyrsta barn er að ræða í fjölskyldunni er hlutfall drengja á móti stúlkum að meðaltali 105:100, en fer allt upp í 132:100 ef um fjórða barn er að ræða (9).

Í lok síðustu aldar voru skýringar á ójöfnu kynjahlutfalli 0-6 ára barna meðal annars þær að fædd stúlkubörn voru oftar vanrækt en drengirnir og dánartíðni stúlkubarna á fyrstu æviárunum hærri en hjá drengjum. Talið er að náðst hafi góður árangur varðandi bættan hag stúlkubarna á fyrstu árum ævi sinnar og að dánartíðni ungra stúlkna umfram drengi hafi minnkað (9). Hins vegar hefur þessi ávinningur þurrkast út, tölfræðilega séð, með tilkomu háþróaðrar tækni við kynjagreiningu snemma á fósturskeiði og eyðingu stúlkubarna í kjölfarið (5). Læknar, aðrar heilbrigðisstéttir og hátækniiðnaður tengdur læknisfræði (the medical industrial complex) eru þannig orðinn snar þáttur í þessari helför gegn stúlkubörnum. Aðkoma þessara stétta að málinu krefst því nánari umræðu.

Nú kann einhver að hugsa sem svo að Indland og Kína séu svo fjarlæg okkur að málið varði vart vestrænar læknastéttir. Því miður er málið ekki svo einfalt. Sem dæmi má nefna að árið 1998 voru formannaskipti í alþjóðasamtökum um ómskoðanir í meðgöngu- og kvensjúkdómafræðum (International Society of Ultrasound in Obstetrics & Gynecology; ISUOG) og við tók læknir frá Norðurlöndunum. Í viðtali við hinn nýja formann um helstu framtíðarverkefni samtakanna lagði hann áherslu á að samtökin þyrftu að hafa hönd í bagga með fræðslu og þjálfun þeirra sem sjá um ómskoðanir víða um heim, meðal annars í Kína og nýta sér sambönd í gegnum Hong Kong í samvinnu við framleiðendur og seljendur tækjabúnaðarins (11). Við erum ekki að gera því skóna að þessi samtök hafi neitt illt í hyggju, heldur benda á þá ábyrgð sem á herðum þeirra hvílir. Það er þó vert að hugleiða hvaða öfl hafa þarna hagsmuna að gæta og hvað getur hlotist af nýtingu þessarar þekkingar og tækni.

Í inngangi þessara skrifa er hluti af sönglagatexta Toms Lehrer frá 1965, en hann starfaði einnig sem prófessor í stærðfræði við Harvard háskóla. Lehrer víkur að Von Braun í sönglagatexta sínum, en hann var sem kunnugt er forystumaður í sveit Hitlers við þróun árásareldflauga. Árið 1945 hvarf von Braun af sjónarsviðinu en skaut síðar upp kollinum sem forstöðumaður við geimferðaáætlanir Bandaríkjamanna. Lehrer bendir með kaldhæðnislegum hætti á að „hlutleysi vísindamanna" eigi

ekki alltaf við. Í The Russel-Einstein manifesto frá 1955 höfðu Albert Einstein, Bertrand Russell og aðrir þekkir fræðimenn verið með sambærilegar áskoranir til vísindasamfélagsins (12). Ábendingar þessara hugsuða eiga enn fullan rétt á sér. Því miður gerist það alltof oft að einmitt vísindamenn og lykilpersónur af ýmsum stéttum beri því við að þeir sjálfir séu „bara hlutlaust fagfólk" og beri þar með enga ábyrgð á því hvernig þekking þeirra er notuð. Vandinn varðandi þátt lækna og annarra heilbrigðisstétta í eyðingu stúlkubarna kann því að vera það sem nefna mætti „Wernher von Braun heilkennið" sem Tom Lehrer lýsir svo snilldarlega. Það einkennist af skorti á innsæi eða vilja til að skoða með gagnrýnum hætti að fagleg þekking verður aldrei einangrað fyrirbæri, heldur ávallt samofin öðrum þáttum samfélagsins.

Stjórnvöld lýðræðisríkja sem framleiða vopn leggja að jafnaði bann við því að vopn séu seld til átakasvæða. Miðað við þessa samlíkingu er full ástæða til að skora á íslenska læknastétt og heilbrigðisyfirvöld að stíga varlega til jarðar varðandi samvinnu eða samstarf við lönd Austur- og Suður Asíu á sviði fósturgreininga. Jafnframt er rétt að minna á að ef forystumenn íslensku þjóðarinnar fá tækifæri til að taka þátt í þróunaraðstoð við Indverja til dæmis, er í því samhengi vart hægt að komast hjá því að ræða vanda og úrræði varðandi hvarf stúlkubarna úr indversku þjóðfélagi.

Heimildir

1. Fathalla M. The missing millions. People Planet 1998; 7: 10-1.
2. Oomman N, Ganatra BR. Sex selection: the systematic elimination of girls. Reprod Health Matters 2002; 10: 184-8.
3. van Balen F, Inhorn MC. Son preferences, sex selection, and the „new" new reproductive technologies. Int J Health Serv 2003; 33: 235-53.
4. Allahbadia GN. The 50 million missing women. J Assist Reprod Genet 2002; 19: 411-6.
5. Sen A. Missing women – revisited. Reduction in female mortality has been counterbalanced by sex selective abortions. BMJ 2003; 327: 1297-8.
6. Jha P, Kumar R, Vasa P, Dhingra N, Thiruchelvam D, Moineddin R. Low male-to-female sex ratio of children born in India: national survey of 1.1 million households. Lancet 2006; 367: 211-8.
7. Wu Z, Viisainen K, Wang Y, Hemminki E. Perinatal mortality in rural China: retrospective cohort study. BMJ 2003; 327; 1319-22.
8. Festini F, de Martino M. Twenty five years of the one child family policy in China. J Epidemiol Community Health 2004; 58: 358-60.
9. Hesketh T, Xing ZW. Abnormal sex ratios in human populations: causes and consequences. Proc Nantl Acad Sci USA 2006; 103: 13271-5.
10. Bagchi S. Filmmaker focuses on female infanticide. BMJ 2005; 331: 56.
11. Viðtal í OBGYN.net www.obgyn.net/displaytranscript.asp?page=/avtranscripts/ISUOG98-eik-nes
12. The Russell-Einstein Manifesto. J Humanitarian Med 2005; 5. www.iahm.org/journal/vol_5/num_3/text/vol5n3p32.htm

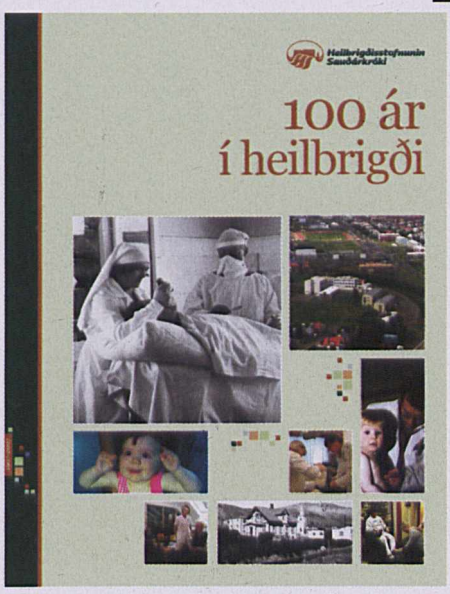
Sigurbjörn Sveinsson

100 ár í heilbrigði

Heilbrigðisstofnunin Sauðárkróki hefur gefið út ritið *100 ár í heilbrigði.* Eins og nafnið ber með sér er tilefnið að eitt hundrað ár eru frá stofnun Sjúkrahúss Skagfirðinga. Sjúkrahúsið við Aðalgötu var reist að mestu fyrir samskotafé frá almenningi.

Húnvetningar réðu Jósep Skaftason lækni til sín 1836 og fengu konungsstyrk til þess að hluta. Styrkurinn var veittur með konungsúrskurði, þar sem það skilyrði var sett, að læknirinn gegndi jafnframt kalli Skagfirðinga. Þessar sýslur voru gerðar að einu læknishéraði 1856 og var svo til 1876. Jósep Skaftason og síðar Þorvarður Kjerúlf, sem gegndu héraðinu bjuggu alla tíð í Húnavatnssýslum, lengst af á Hnausum í Sveinsstaðahreppi. Með nýrri læknaskipan 1876 fengu Skagfirðingar sinn eigin lækni, sem þeir deildu með Húnvetningum austan Blöndu (9. læknishérað). Bogi Pétursson settist að á Sjávarborg í Skarðshreppi og síðar kom Árni Jónsson og bjó á Sauðárkróki og á Sauðá en síðar í Glæsibæ. Þessi saga frá 1875 er rakin lauslega í ritinu og meðal annars þáttur þeirra Guðmundar Magnússonar og Guðmundar Hannessonar í þróun heilbrigðismála Skagfirðinga. Guðmundur Hannesson virðist hér eins og víðar hafa haft nokkur áhrif til byggingar hins nýja sjúkrahúss. Er þess sérstaklega getið að Guðmundur Hannesson hafi tvinnað sjúklingunum til hugarléttis við aðgerðir, því aðalatriði hafi verið að sýna ekki tilfinningaleysi. Mun hann hafa verið frændum sínum líkur.

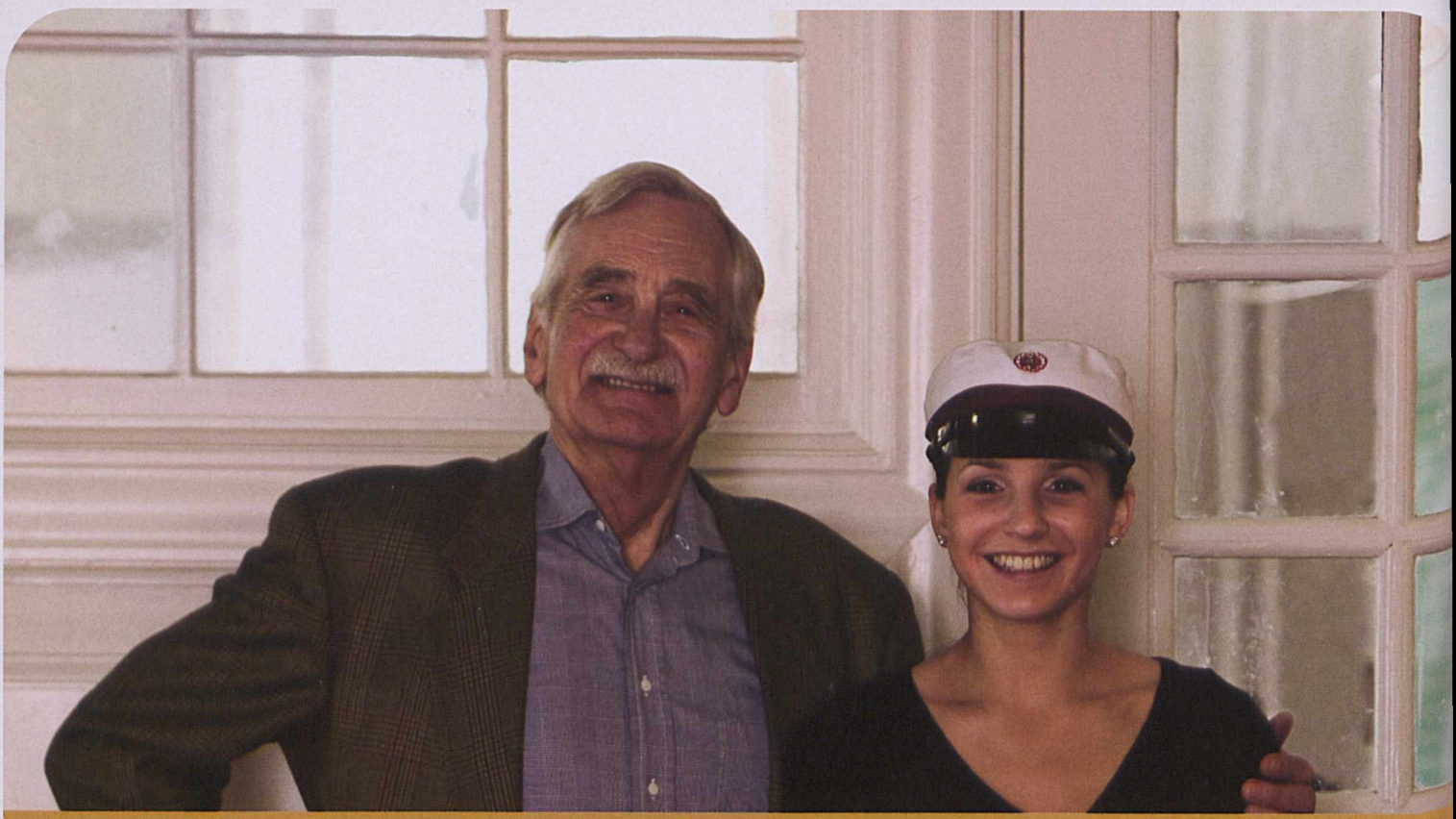
Skemmtilegur fróðleikur um sögu sjúkrahússins er fenginn úr ritum Kristmundar á Sjávarborg um sögu Skagfirðinga og safnað hefur verið athyglisverðum myndum. Þá er sérstakur kafli um



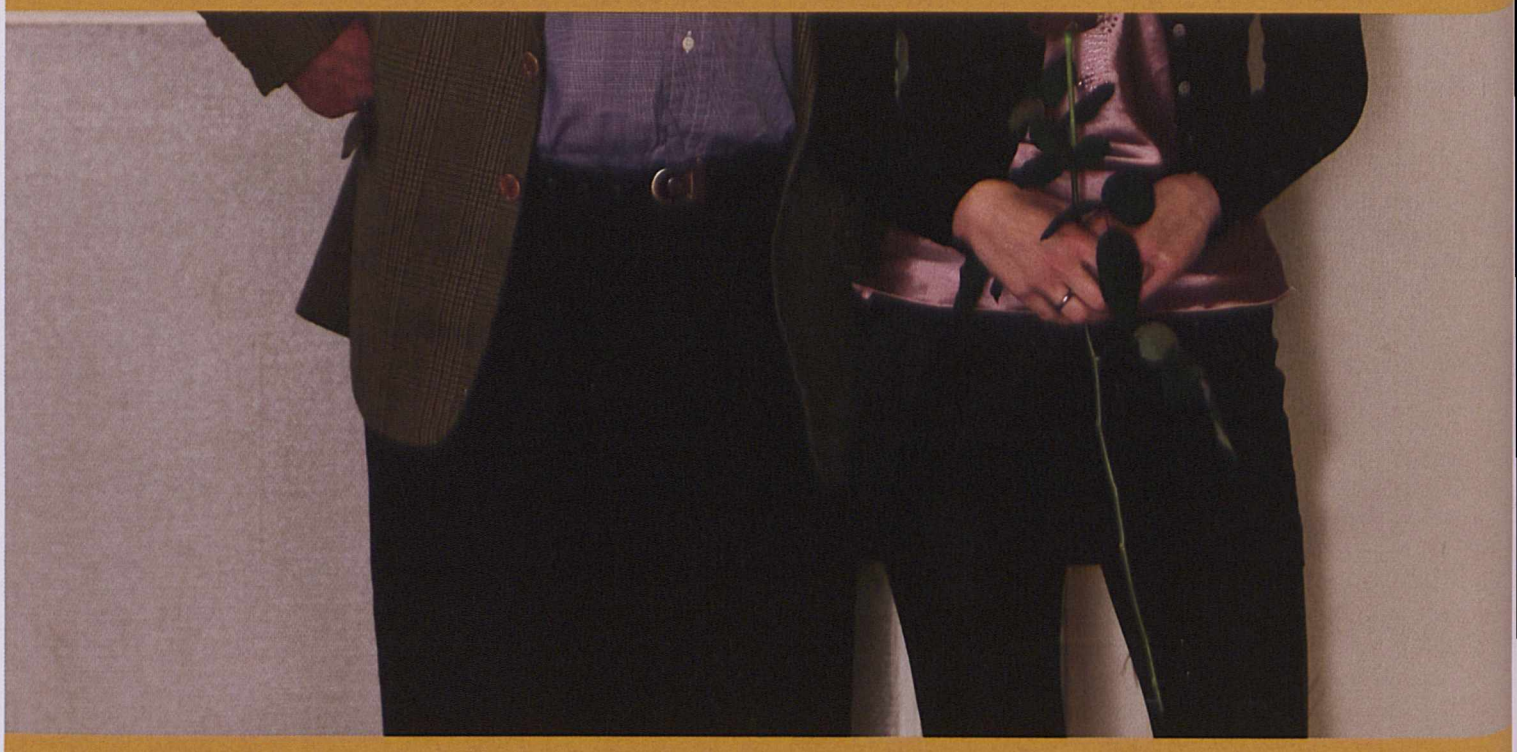
eftirminnilega samtímamenn, þá Friðrik Jens Friðriksson og Ólaf Sveinsson lækna og Sæmund Hermannsson sjúkrahúsráðsmann.

Ritið er hóflegt að stærð, fallega um brotið, 44 síður.

Það er fengur að öllu framtaki fyrir safn til sögu læknisfræðinnar.



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. 519



Endurtekinn kynfæraherpes veldur sjúklingum mikilli streitu. [1,2,3]
Með Valtrex einu sinni á dag er hægt að koma í veg fyrir útbrot.
Sjúklingurinn stjórnar þá veirunni í stað þess að láta hana stjórna sér.

VALTREX VALACICLOVIR

gsk GlaxoSmithKline

Valtrex töflur, GlaxoSmithKline J05 A B 11
Hver tafla inniheldur: Valaciclovirum INN 250 mg eða 500 mg. **Ábendingar:** Ristill (herpes zoster) hjá sjúklingum með eðlilegt ónæmiskerfi þar sem búist er við að sjúkdómurinn verði erfiður. Herpes simplex sýkingar í húð og slímhúðum, þ.m.t. herpes genitalis bæði frumsýking og seinni endursýkingar. Varnandi meðferð við endurteknum herpes simplex sýkingum í húð og slímhúðum, þ.m.t. herpes genetialis. Varnandi meðferð við sýkingum af völdum cytomegalóveira eftir líffæraflutning, en meðferðin getur minnkað líkur á höfnun viðkomandi líffæris, tilfallandi sýkingum og öðrum herpessýkingum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir valacíklóvíri eða acíklóvíri. Varúð: Skert nýrnasterfsemi getur leitt til uppsöfnunar lyfsins. Huga þarf að nægjanlegri vökvagjöf hjá eldri sjúklingum og sjúklingum með lækkun á kreatínínklerans. **Meðganga og brjóstagjöf:** Klínísk reynsla af gjöf lyfsins hjá barnshafandi konum er takmörkuð. Mælt er með að nota lyfið aðeins að mjög vel yfirlögðu ráði hjá barnshafandi konum. Lyfið útskilst í brjóstamjólk en áhrif á barnið teljast ólíkleg við venjulega skömmtun þess. **Aukaverkanir:** Algengustu aukaverkanir eru höfuðverkur og ógleði. Algengar (>1%): Almennar: Höfuðverkur, ógleði, uppköst. Sjaldgæfar (0,1-1%): Húð: Útbrot. Mjög sjaldgæfar (< 0,1%): Almennar: Svimi. Miðtaugakerfi: Rugl, ofskynjanir, syfja. Athugið: Klínísk reynsla af notkun valacíklóvírs hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi er lítil. **Skammtastærðir handa fullorðnum: Ristill (herpes zoster):** 1 g þrisvar sinnum á dag í eina viku. Hefja skal meðferð sem fyrst eftir að einkenna verður vart, helst innan 72 klst. **Herpes simplex:** 500 mg tvisvar á dag í 3-5 daga. Við frumsýkingu getur verið þörf á að meðhöndla í allt að 10 daga. **Varnandi meðferð við endurteknum herpes simplex sýkingum:** Sjúklingar með eðlilegt ónæmiskerfi: 500 mg einu sinni á dag. Sjúklingar sem fá tíðar endursýkingar (oftar en 10 sinnum á ári gagnast betur að fá þennan skammt í tvennu lagi, þ.e. 250 mg tvisvar á dag. Sjúklingar með skert ónæmiskerfi 500 mg tvisvar á dag. Aðlaga skal skammta hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. **Pakkningar og hámarksverð jan. 2005:** Töflur 250 mg 60 stk. (þynnupakkað) kr. 11.723. Töflur 500 mg 10 stk. (þynnupakkað) kr. 3.930; 42 stk. (þynnupakkað) kr. 14.051. Afgreiðslutilhögun: R. Greiðslutilhögun: E. 1) R Patel et al Patient Attitude to Genital Herpes Disease, Diagnosis and Therapy. 14th Meeting of the Int. Soc. for STD Research, June 2001, Berlin. 2) John Green et al, The journal of the Intern. Herpes Managem Forum, Dec 2003, Vol 11, No 3. 3) R Patel et al Patients' perspectives on the burden of recurrent genital herpes International Journal of STD & AIDS 2001; 12(10). 04.2005 c.

Hjákenni

Paraneoplastic syndrome

Sigríður Ólína Haraldsdóttir, lungnalæknir, sendi tölvupóst og sagðist vera að skrifa texta um lungnakrabbamein, þar sem meðal annars yrði fjallað um **paraneoplastic syndrome**. Íslenskt heiti fannst ekki í Íðorðasafni lækna. Undirritaður fletti þegar upp í tiltækum læknisfræðiorðabókum til að finna skilgreiningu eða lýsingu á fyrirbærinu. Eftir þá athugun varð til þessi almenna lýsing: *Heild einkenna og teikna sem byggist á óbeinum og fjarlægum áhrifum æxlisvaxtar en ekki af staðbundinni íferð eða útþenslu æxlisins eða meinvarpa frá því.* Þær breytingar á eðlilegri líkamsstarfsemi, sem fram koma, geta stafað af því að æxlin framleiði lífrænt virk peptíð eða prótín eða komi af stað ónæmisviðbragði gegn boð- eða byggingarefnum líffæra.

Paraneoplastic

Þetta lýsingarorð er búið til úr gríska forskeytinu **para-**, sem hefur ýmsar merkingar í hinum mismunandi samsetningum þess: *við hliðina á; hliðar-; nálægt; hjá-; grenndar-; líkt; sýndar-; auka-; aðskilinn; utan-; afbrigðilegur*, og gríska lýsingarorðinu **neoplastic**: *sem tilheyrir eða á við um æxli*. Þetta má túlka þannig að fyrirbæri, sem lýst er sem **paraneoplastic**, sé, beint eða óbeint, til hliðar við, utan við eða aðskilið frá æxlisvextinum, sem það tengist. Einkenni frá fjarlægum stöðum ættu að geta fallið undir slíkt.

Hjákenni

Undirritaður setti fljótt fram þá hugmynd að tala um **æxlisvaxtarheilkenni**, sem yrði þá heiti á þessu fyrirbæri, hvað sem liði beinni orðhlutaþýðingu, svo sem **hjá-**, **hliðar-** eða **utanæxlisheilkenni**. Sigríði Ólínu líkaði þetta ekki nógu vel og kom á móti með tillögu að nýyrði: **æxlishjákenni**. Þetta er allrar athygli vert og er hér með lagt fram til umræðu og athugasemda, stuðnings eða gagnrýni. Benda má á að íslenska heitið **heilkenni** er búið til úr orðunum **heild** og **einkenni** (sjá *Læknablaðið* 1995; 81: 498).

Remission

Margrét Árnadóttir, nýrnalæknir, óskaði eftir umræðu um íslenskt heiti í stað latneska heitisins **remissio**. Nafnorð þetta er myndað úr forskeytinu **re-** (aftur-, endur-, til baka) og sagnorðinu **mittere** (senda, sleppa), þannig að **remittere** merkir: *senda til baka, senda aftur, láta ganga til baka, draga úr, slaka á, hætta við, láta af hendi*. Heitið **remissio** er í læknisfræði notað 1. um það þegar dregur úr sjúkdómseinkennum, þegar sjúkdómsbati verður eða 2. um þann tíma sem slíkt gerist. Ensk-íslensk orðabók Arnar og Örlygs gefur nokkrar þýðingar á enska nafnorðinu **remission**: *1. eftirgjöf, uppgjöf. 2. sóttarhlé, þrautahlé, rénun. 3. fyrirgefning.* Íðorðasafn lækna gefur þýðingarnar: *1. léttir, linun. 2. sóttarhlé, sjúkdómshlé.*

Bati, afturbati

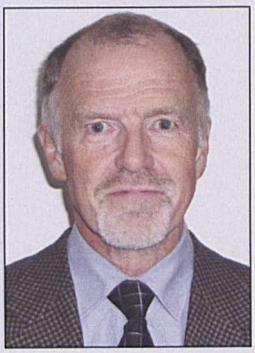
Samkvæmt Íslenskri orðabók Eddu merkir nafnorðið **bati**: *afturbati, bötnun, betrun* og nafnorðið **afturbati** merkir á sama hátt: *bati (eftir veikindi)*. Hvorugt gefur til kynna fullkomna lækningu, sbr. orðatiltækið *fyrr bati en albati*. Það gerir enska heitið **remission** ekki heldur. Undirritaður leggur því til að þessi orð, **bati** og **afturbati,** verði notuð um það þegar dregur úr sjúkdómseinkennum eða þegar sjúkdómsbati verður. Því miður hefur orðið afturbati stundum fengið á sig neikvæðan blæ, en vonandi verður hægt að líta framhjá slíku. Á sama hátt verði talað um **bata-** eða **afturbataskeið** þegar vísað er til tímans þegar slíkt gerist.

Partial remission

Margrét var einnig að fást við heiti sem notuð eru til að aðgreina mismunandi mikinn bata, **complete remission** og **partial remission**. Í þessum samsetningum má tala um **algjöran** eða **fullkominn bata** eða **afturbata** og **bata að hluta** eða **hlutabata**. Hið lipra heiti **albati** kemur einnig til greina. **Afturbati að hluta** er þyngra í vöfum og einnig samsetningin **hlutaafturbati**.

Föst fylgja

Hildur Harðardóttir, kvensjúkdómalæknir, bað um endurskoðun á heitum sem lýsa meinvefjafræðilegum tegundum fastrar fylgju. Hildur var ekki fyllilega sátt við eitt af þeim heitum sem birt eru í Íðorðasafni lækna, að **placenta percreta** nefndist **niðurgróin fylgja**. Hún lagði til að tekið yrði upp íslenska heitið **gegnumgróin fylgja**, sem undirritaður tók vel en vildi einnig gefa kost á styttingunni **gegngróin fylgja**. Með þessari breytingu verða heitin á fastri fylgju þannig: **placenta accreta** (fylgja föst við legvegg en totur ganga ekki inn í vöðvahjúp) **viðgróin fylgja**, **placenta increta** (fylgja föst við legvegg og fylgjutotur ganga inn í vöðvahjúpinn) **inngróin fylgja** og loks **placenta percreta** (fylgja föst við legvegg og totur ganga í gegnum vöðvahjúpinn) **gegngróin** eða **gegnumgróin fylgja**.



Jóhann Heiðar Jóhannsson

johannhj@landspitali.is

Jóhann Heiðar er læknir á Landspítala Hringbraut.

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: **sigurdbo@landspitali.is**

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**

FÍLUS: **http://filus.icemed.is**

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið:

www.stjr.is/htr

Landlæknisembættið: **www.landlaeknir.is**

Tryggingastofnun Íslands: **www.tr.is**

Lyfjastofnun: **www.lyfjastofnun.is**

Krabbameinsfélag Íslands:

www.krabb.is

Landspítali: **www.landspitali.is**

Ráðstefnur á netinu: **www.docguide.com**

Norska læknafélagið:

www.legeforeningen.no

Danska læknablaðið: **www.ugeskriftet.dk**

Norska læknablaðið: **www.tidsskriftet.no**

Sænska læknablaðið: **www.lakartidningen.se**

World Organization of Family Doctors:

www.GlobalFamilyDoctor.com

Einingaverð og fleira

Heilsugæslueining	**frá 1. janúar 2007**	111,13
Eining fyrir sjálfstætt starfandi heimilislækna	**frá 1. janúar 2007**	80,47
Sérfræðieining fyrir klíníska greinar sem sömdu 2004	**frá 1. janúar 2007**	235 + 4 kr. fyrir rafræn skil

Heimilislæknasamningur

A liður 1	frá 1. janúar 2007	330.206
A liður 2	frá 1. janúar 2007	288.768
B liður	frá 1. janúar 2007	484.937
D liður 1-6	frá 1. janúar 2007	306
D liður 7-8	frá 1. janúar 2007	612

Skólaskoðun í framhaldsskólum

Miðað við fyrri forsendur	222

Kílómetragjald frá 1. desember 2006

Almennt gjald	68,00
Sérstakt gjald (utan malbiks + 15%)	78,20

Dagpeningar frá 1. nóv. 2006
Innanlands

Gisting og fæði í einn sólarhring	15.100
Gisting í einn sólarhring	8.700
Fæði í heilan dag, minnst 10 klst.	6.400
Fæði í hálfan dag, minnst 6 klst.	3.200

Dagpeningar frá 1. desember 2006
Erlendis

SDR

	Gisting	Annað	Alls
Mexíkóborg, New York borg, Tókýó, Washington DC	170	113	283
Aþena, Dublin, Hong Kong, Istanbúl, London, Lúxemborg, Moskva, Seúl, Singapúr	149	100	249
Amsterdam, Barsilóna, Brussel, Genf, Kaupmannahöfn, Osló, París, Stokkhólmur	136	90	226
Annars staðar	117	78	195

Svar við tilfelli mánaðarins

Hér er um meðfætt þindarslit (congenital diaphragmatic hernia) að ræða á vinstri hluta þindar. Gat er á þind og kviðarholslíffæri hafa færst upp í brjóstholið. Þetta sést greinilega á mynd 1 þar sem loftfylltar garnir fylla vinstri hluta brjósthols og valda hliðrun á hjarta og miðmæti yfir til hægri.

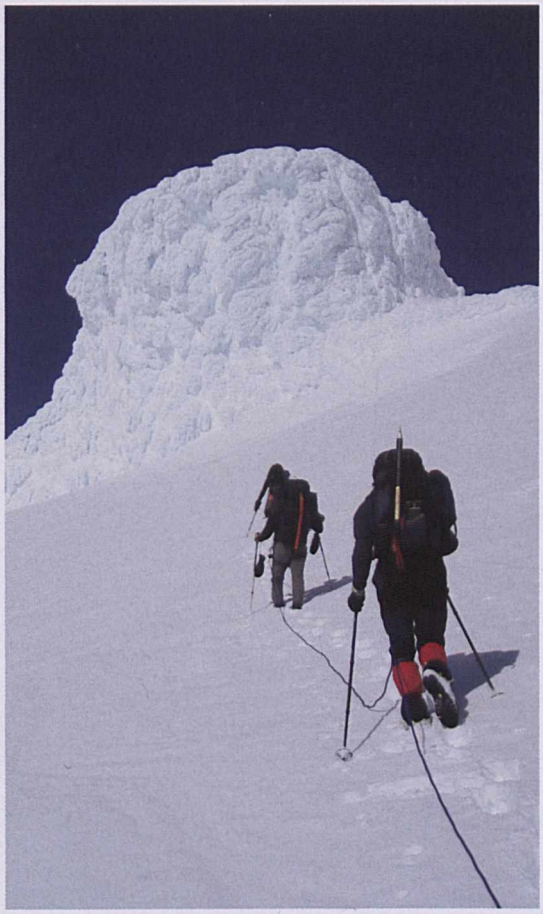
Meðfætt þindarslit er sjaldgæfur meðfæddur galli sem greinist í 1:2-4000 lifandi fæddum börnum. Það er mun oftar vinstra megin (80%) og algengara hjá drengjum (4:1) (1). Aðrir meðfæddir gallar eru algengir hjá þessum börnum (35-43%) og eru hjartagallar algengastir (allt að 50% tilfella) (1, 2). Helstu einkenni stafa frá öndunarfærum og langflest þessara barna þurfa aðstoð með öndunarvél vegna öndunarerfiðleika. Í dag greinast mörg börn á meðgöngu við ómskoðun sem framkvæmd er við mæðraeftirlit. Hin greinast flest á fyrstu klukkustundum eftir fæðingu, eins og var reyndin í þessu tilviki. Ef gatið á þindinni er lítið geta sjúklingar verið án einkenna og greining tafist þar til síðar á ævinni.

Meðferð meðfædds þindarslits er skurðaðgerð þar sem kviðarholslíffæri eru færð úr brjóstholi í kviðarhol. Síðan er lokað fyrir gatið og er oftast hægt að gera það án þess að notast við bót. Gjörgæslumeðferð fyrir og eftir skurðaðgerð er oft mjög flókin, sérstaklega hjá börnum með vanþroska lungu (pulmonary hypoplasia) og lungnaháþrýsting, en hvort tveggja eru algengir fylgifiskar meðfædds þindarslits.

Í dag er almennt ráðlagt að bíða með skurðaðgerð þar til lungnaháþrýstingur hefur gengið til baka. Oftast er beitt hefðbundinni meðferð í öndunarvél en stundum er gripið til hátíðniöndunar (HFOV, high-frequency oxycillation ventilation) eða í einstökum tilvikum ECMO-dælu (extra corporeal membranous oxygenation) (3). Framfarir í gjörgæslu hafa bætt lífshorfur þessara sjúklinga mjög á síðasta áratug og nú má gera ráð fyrir 70-90% barnanna lifi af aðgerðina (3, 4). Þau börn sem eru með vanþroska lungu og/eða aðra alvarlega meðfædda galla hafa þó verri lífshorfur eftir aðgerð (2).

Heimildir

1. Robert E, Kallen B, Harris J. The epidemiology of diaphragmatic hernia. Eur J Epidemiol 1997; 13: 665-73.
2. Bedoyan JK, Blackwell SC, Treadwell MC, Johnson A, Klein MD. Congenital diaphragmatic hernia: associated anomalies and antenatal diagnosis. Outcome-related variables at two Detroit hospitals. Pediatr Surg Int 2004; 20: 170-6
3. Frenckner B, Ehren H, Granholm T, Linden V, Palmer K. Improved results in patients who have congenital diaphragmatic hernia using preoperative stabilization, extracorporeal membrane oxygenation, and delayed surgery. J Pediatr Surg 1997; 32: 1185-9.
4. Skari H, Bjornland K, Frenckner B, Friberg LG, Heikkinen M, Hurme T, et al. Congenital diaphragmatic hernia in Scandinavia from 1995 to 1998: Predictors of mortality. J Pediatr Surg 2002; 37: 1269-75.



Haldið á brattann undir hrímuðum tindi Eyjafjallajökuls (1660 mys).



Toppnum náð og aðalfundur að baki. Frá vinstri: Gunnar Guðmundsson, Tómas Guðbjartsson, Ólafur Baldursson og Engilbert Sigurðsson.

FÍFL á fjöllum

Á sumardaginn fyrsta hélt FÍFL, sem er skammstöfun fyrir Félag íslenskra fjallalækna, í árlega sumargöngu. Að þessu sinni var ferðinni heitið á Eyjafjallajökul. Farin var svokölluð Seljavallaleið og tók gangan tæpa 9 klukkutíma. Veður var með eindæmum gott og stemmningin eftir því. Á toppnum var haldinn ársfundur FÍFL og var Gunnar Guðmundsson lungnalæknir valinn formaður og Ólafur Baldursson yfirleiðsögumaður. FÍFL er félag í stöðugri sókn og fleiri tindar og fjöll eru í sigtinu, m.a. Hvannadalshnjúkur og Hekla. Eru kollegar með fjalladellu boðnir velkomnir í félagsskapinn.

Seretide Diskus (flútíkasón og salmeteról),sjá nánar www.lyfjastofnun.is ATC flokkur: R03AK06. R,B. Innöndunarduft, afmældir skammtar.

Hver skammtur af Seretide Diskus gefur: 50 míkróg af salmeteróli (sem salmeterólxínafóat) og 100, 250 eða 500 míkróg af flútíkasónpróþíónati. **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 hámarksárangri, jafnvel þótt einkenni séu ekki til staðar. Finna þarf lægsta skammt sem nær að halda einkennum niðri. Þegar hægt er að halda einkennum niðri með lægsta styrkleika samsettu meðferðarinnar, tvisvar á dag, gæti næsta skref falist í að prófa eingöngu barkstera til innöndunar. Einnig væri hægt að finna hæfilegan skammt af Seretide Diskus, til notkunar einu sinni á dag, fyrir sjúklinga sem þarfnast langvirks berkjuvíkkandi lyfs ef læknirinn telur það nægja til þess að halda sjúkdómnum í skefjum. Ef lyfið er notað einu sinni á dag og sjúklingurinn hefur haft nætureinkenni gæti hann notað lyfið á kvöldin en ef sjúklingurinn hefur aðallega haft einkenni á daginn gæti hann notað lyfið á morgnana. 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 flútíkasón-próþíónat, tvisvar sinnum á dag. Hámarksskammtur af flútíkasónpróþíónati í Seretide Diskus, sem skráður er fyrir börn, er 100 míkróg tvisvar á dag. Upplýsingar 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 flútíkasón-próþíónat, 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. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun** Meðferð á astma 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 sem þarfnast skjót- og stuttverkandi berkjuvíkkandi lyfja. Ráðleggja ætti sjúklingum að hafa lyf við bráðum astmaköstum ávallt við höndina. Önnur sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun (sjá nánar sérlyfjaskrártexta). **Milliverkanir** Forðast ber notkun bæði sérhæfðra og ósérhæfðra beta-blokka nema þörfin fyrir þá sé mjög brýn. Samtímis notkun annarra beta-adrenvirkra lyfja getur hugsanlega valdið aukinni verkun. Undir eðlilegum kringumstæðum fæst mjög lág þéttni flútíkasónpróþíónats í plasma eftir innöndun lyfsins, vegna verulegra umbrota við fyrstu umferð um lifur og mikillar úthreinsunar fyrir tilstilli cýtókróms P450 3A4 í meltingarvegi og lifur. Því er ólíklegt að klínískt mikilvægar milliverkanir við flútíkasónpróþíónat komi fram. **Meðganga og brjóstagjöf** Ekki liggja fyrir nægjanlegar upplýsingar varðandi notkun á salmeteróli og flútíkasónpróþíónati á meðgöngu og við brjóstagjöf hjá konum, til þess að meta hugsanleg skaðleg áhrif. Notkun Seretide Diskus á meðgöngu ætti einungis að íhuga þegar væntanlegur ávinningur fyrir móður er meiri en hugsanleg áhætta fyrir fóstur. 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. Mjög algengar (1/10), höfuðverkur, skjálfti. Algengar (1/100 og <1/10) hjartsláttarónot, erting í hálsi, hæsi/raddtruflanir, vöðvakrampar. Sjaldgæfar (1/1000 og <1/100) Ofnæmis-viðbrögð í húð, hraður hjartsláttur.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. Vegna flútíkasónpróþíónatþáttarins geta hæsi og sveppasýking í munni og hálsi 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. Hugsanlegar almennar aukaverkanir eru m.a. Cushingssjúkdómur, einkenni sem líkjast Cushingssjúkdómi, bæling á nýrnahettustarfsemi, seinkun á vexti hjá börnum og unglingum, beinþynning, drer í auga og gláka. Örsjaldan hefur verið greint frá hækkun blóðsykurs. Eins og á við um önnur innöndunarlyf getur óvæntur berkjusamdráttur komið fyrir **HANDHAFI. MARKAÐSLEYFIS** GlaxoSmithKline ehf. Þverholti 14,105 Reykjavík

PAKKNINGAR OG VERÐ (MAÍ 2007)
Seretide Diskus 50/100 míkróg/skammt innönd. 60 sk. Kr. 5.412.
Seretide Diskus 50/250 míkróg/skammt innönd. 60 sk. Kr. 6.748.
Seretide Diskus 50/500 míkróg/skammt innönd. 60 sk. Kr. 8.772.

Heimildir:
1. Bateman ED *et. al. Am J Respir Crit Care Med* 2004; **170**: 836-844. **2.** Woodcock AA *et. al. Prim Care Respir J* 2007 in press. **3.** Bateman *ED et. al. Eur Respir J* 2007; **29**: 56-63 A/07/082 April 2007.

Avodart, hylki

GlaxoSmithkline. R E. ATC: G04CB02.

Hvert hylki inniheldur 0,5 mg af dútasteríði.

Ábendingar

Meðferð við miðlungsmiklum sem og verulegum einkennum af völdum góðkynja stækkunar á blöðruhálskirtli (benign prostatic hyperplasia, BPH).

Draga úr áhættu á bráðri þvagteppu (acute urinary retention, AUR) og þörf fyrir skurðaðgerð hjá sjúklingum með miðlungsmikil sem og veruleg einkenni af völdum góðkynja stækkunar á blöðruhálskirtli.

Skammtar og lyfjagjöf

Fullorðnir (þ.m.t. aldraðir): Ráðlagður skammtur af Avodart er eitt hylki (0,5 mg) til inntöku einu sinni á dag. Hylkin skal gleypa heil, með eða án fæðu. Þrátt fyrir að árangur geti náðst fljótlega eftir að meðferð er hafin, getur tekið allt að 6 mánuði að fá svörun við meðferðinni. Ekki er þörf á aðlögun skammta fyrir aldraða.

Skert nýrnastarfsemi: Áhrif skertrar nýrnastarfsemi á lyfjahvörf dútasteríðs hafa ekki verið rannsökuð. Ekki er gert ráð fyrir aðlögun skammta fyrir sjúklinga með skerta nýrnastarfsemi.

Skert lifrarstarfsemi: Áhrif skertrar lifrarstarfsemi á lyfjahvörf dútasteríðs hafa ekki verið rannsökuð og því ætti að gæta varúðar hjá sjúklingum með lítilsháttar eða miðlungs skerta lifrarstarfsemi.

Frábendingar

Avodart er ekki ætlað konum, börnum né unglingum. Avodart er ekki ætlað sjúklingum með ofnæmi fyrir dútasteríði, öðrum 5-alfa-afoxunarmiðlahemlum, eða öðrum hjálparefnum lyfsins. Avodart er ekki ætlað til notkunar hjá sjúklingum með alvarlega skerta lifrarstarfsemi.

Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun

Þreifing á blöðruhálskirtli um endaþarm sem og aðrar rannsóknir m.t.t. krabbameins í blöðruhálskirtli, eiga að fara fram hjá sjúklingum með góðkynja stækkun á blöðruhálskirtli, áður en meðferð með Avodart er hafin og reglulega eftir að meðferð hefst. Dútasteríð frásogast um húð og því skulu konur, börn og unglingar forðast snertingu við lek hylki. Ef snerting á sér stað skal þvo svæðið samstundis með vatni og sápu. Dútasteríð var ekki rannsakað hjá sjúklingum með lifrarsjúkdóm. Gæta skal varúðar þegar dútasteríð er gefið sjúklingum með lítilsháttar eða miðlungs skerta lifrarstarfsemi. Þéttni PSA (Prostata specific antigen) í sermi er mikilvægur þáttur í greiningu á krabbameini í blöðruhálskirtli. Almennt gefur heildarþéttni PSA í sermi, sem er hærri en 4 ng/ml (Hybritech), tilefni til frekari rannsókna og jafnvel til töku vefjasýnis úr blöðruhálskirtli. Læknum skal vera ljóst að grunngildi PSA sem er lægra en 4 ng/ml hjá sjúklingum á Avodart meðferð útilokar ekki krabbamein í blöðruhálskirtli. Avodart veldur lækkun á þéttni PSA í sermi um u.þ.b. 50% eftir 6 mánuði hjá sjúklingum með góðkynja stækkun á blöðruhálskirtli, jafnvel þegar um krabbamein í blöðruhálskirtli er að ræða. Enda þótt lækkun á PSA geti verið einstaklingsbundin, má gera ráð fyrir u.þ.b. 50% lækkun, þar sem slík lækkun átti sér stað óháð því hvert grunngildi PSA var (grunngildi voru á bilinu 1,5 til 10 ng/ml). Því skal tvöfalda PSA gildi hjá einstaklingi sem hefur verið á Avodart meðferð í 6 mánuði eða lengur, til samanburðar við eðlileg gildi hjá mönnum sem ekki eru á Avodart meðferð. Þessi aðlögun hefur hvorki áhrif á næmi (sensitivity) né sértækni (specificity) PSA greiningaraðferðarinnar og breytir því ekki gildi aðferðarinnar til greiningar á krabbameini í blöðruhálskirtli. Viðvarandi hækkun á PSA gildum meðan á Avodart meðferð stendur ber að íhuga gaumgæfilega, en m.a. gæti verið um skort á meðferðarheldni að ræða. Heildarþéttni PSA í sermi nær aftur grunngildi innan 6 mánaða eftir að meðferð er hætt. Avodart meðferð hefur ekki áhrif á hlutfall óbundins PSA af heildarþéttni PSA í sermi. Ef læknar kjósa að nota hlutfall óbundins PSA til hjálpar við greiningu krabbameins í blöðruhálskirtli hjá mönnum á Avodart meðferð er ekki þörf á aðlögun gilda þess.

Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir

Notkun samhliða CYP3A4 og/eða P-glýkópróteinhemlum: Brotthvarf dútasteríðs er aðallega með umbroti. In vitro rannsóknir sýna að umbrotið er hvatt af CYP3A4 og CYP3A5. Engar formlegar rannsóknir á milliverkunum hafa verið gerðar með öflugum CYP3A4 hemlum. Engu að síður kom fram í rannsókn á lyfjahvörfum að þéttni dútasteríðs í sermi var að meðaltali 1,6 sinnum hærri hjá fámennum hópi sjúklinga sem fengu samhliða meðferð með verapamíli og að meðaltali 1,8 sinnum hærri hjá þeim fáu sjúklingum sem fengu samhliða meðferð með diltíazemi (miðlungsöflugir CYP3A4 hemlar og P-glýkópróteinhemlar), en hjá öðrum sjúklingum. Langtímameðferð með lyfjum sem eru öflugir CYP3A4 hemlar (t.d. rítónavír, indínavír, nefazódón, ítrakónazól og ketókónazól til inntöku) samhliða dútasteríð meðferð, getur aukið þéttni dútasteríðs í sermi. Enn frekari hömlun 5-alfa-afoxunarmiðils við aukna þéttni dútasteríðs er ólíkleg. Verði aukaverkana hins vegar vart, má láta líða lengri tíma milli skammta. Þess skal gætt að þegar um ensímhömlun er að ræða getur langur helmingunartími lengst enn meira og það getur tekið meira en 6 mánuði af samhliða meðferð að ná nýju jafnvægi. Gjöf 12 g af kólestýramíni einni klukkustund fyrir inntöku eins staks 5 mg skammts af dútasteríði hafði engin áhrif á lyfjahvörf dútasteríðs. Áhrif dútasteríðs á lyfjahvörf annarra lyfja: Dútasteríð hefur hvorki áhrif á lyfjahvörf warfaríns né dígoxíns. Þetta gefur til kynna að dútasteríð hvorki hamlar né hvetur CYP2C9 eða flutningspróteinið P-glýkóprótein. In vitro rannsóknir á milliverkunum sýna að dútasteríð hamlar ekki eftirfarandi ensímum: CYP1A2, CYP2D6, CYP2C9, CYP2C19 og CYP3A4.

Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla

Ekki gert ráð fyrir að meðferð með dútasteríði hafi áhrif á hæfni til aksturs eða notkunar véla.

Aukaverkanir

Um það bil 19% þeirra 2167 sjúklinga, sem fengu dútasteríð í samanburðarrannsókn með lyfleysu í fasa 3, fengu aukaverkanir. Flestar aukaverkanirnar voru vægar eða miðlungi slæmar og komu fyrir í æxlunarfærum.

Greint hefur verið frá eftirfarandi aukaverkunum með hærri tíðni en hjá lyfleysu hópum á fyrsta ári meðferðar í klínískum samanburðarrannsóknum. Helstu aukaverkanir: Æxlunarfæri og brjóst: Getuleysi (6%), breytt (minnkuð) kynhvöt (3,7%), truflun á sáðláti (1,8%), brjóstastækkun hjá karlmönnum (1,3%). Tíðni aukaverkana lækkar með tímanum. Tíðni sjaldgæfari aukaverkana eða aukaverkana, sem geta átt sér stað eftir langtímameðferð, er óþekkt enn sem komið er.

Pakkningar, verð og afgreiðsla. 1. ágúst 2006: 30 stk. 5.500 kr, 90 stk. 12.653. R, E.

Glimeryl – Glimepirid 1, 2 og 3 mg

Glimeryl 1 mg, 2 mg og 3 mg töflur. **Virk innihaldsefni og styrkleikar:** Hver tafla inniheldur 1, 2 eða 3 mg af glímepíríði. **Ábendingar:** Glimeryl er ætlað til meðferðar á insúlínóháðri sykursýki (sykursýki tegund 2), þegar mataræði, líkamsþjálfun og megrun hafa ekki borið árangur. **Skammtar og lyfjagjöf:** Töflur til inntöku. Skammtar eru ákvarðaðir út frá niðurstöðum mælinga á sykurmagni í blóði og þvagi. Upphafsskammtur er 1 mg af glímepíríði á dag. Ef góð stjórnun næst með þessum skammti á að nota hann áfram til viðhaldsmeðferðar. Ef viðunandi stjórnun næst ekki skal auka skammtinn, með hliðsjón af blóðsykursmælingum í nokkrum þrepum, með 1 til 2 vikna millibili, í 2, 3 eða 4 mg af glímepíríði á dag. Aðeins í undantekningartilvikum næst betri árangur með stærri skömmtum en 4 mg á dag. Ekki er mælt með stærri skömmtum en 6 mg af glímepíríði á dag. Hjá sjúklingum þar sem ekki næst viðunandi blóðsykursstjórnun með hámarksdagsskammti af metformíni, má hefja samhliða meðferð með glímepíríði. Halda skal áfram með sama skammt af metformíni og áður, viðbótarmeðferð með glímepíríði skal hefja með lágum skammti og auka hann síðan smám saman í þann hámarksskammt sem þarf til að ná ákjósanlegri stjórn á efnaskiptum. Samsetta meðferðin skal hafin undir nánu eftirliti læknis. Hjá sjúklingum þar sem ekki næst viðunandi blóðsykursstjórnun með hámarksdagsskammti af Glimeryl, má hefja samhliða insúlínmeðferð ef þurfa þykir. Glímepíríðskammti er haldið óbreyttum og insúlínmeðferð hafin með lágum skömmtum sem síðan eru auknir þar til ákjósanlegri stjórn á efnaskiptum er náð. Samsetta meðferðin skal hafin undir nánu eftirliti læknis. Venjulega nægir að gefa einn skammt af glímepíríði á sólarhring. Mælt er með að þessi skammtur sé tekinn rétt fyrir eða með staðgóðum morgunverði eða ef ekki er borðaður morgunverður þá rétt fyrir eða með fyrstu máltíð dagsins. Ef skammtur gleymist á ekki að leiðrétta það með því að auka næsta skammt. Töflurnar á að gleypa heilar með vökva. Fái sjúklingur sem tekur 1 mg af Glimeryl á dag einkenni blóðsykursfalls, bendir það til þess að hann geti náð stjórn á blóðsykri með mataræði einu sér. Meðan á meðferð stendur getur þörfin fyrir glímepíríð minnkað þar sem bætt blóðsykursstjórn tengist auknu insúlínnæmi. Til að forðast blóðsykursfall ætti að íhuga að minnka skammta eða hætta meðferð í tæka tíð. Breytingar á skömmtum geta einnig verið nauðsynlegar, ef breytingar verða á þyngd sjúklingsins eða lifnaðarháttum eða öðrum þáttum sem geta aukið hættuna á lækkun eða hækkun blóðsykurs. *Breytt úr notkun annarra blóðsykurslækkandi lyfja til inntöku í Glimeryl:* Venjulega er hægt að breyta frá notkun annarra blóðsykurslækkandi lyfja til inntöku í Glimeryl. Áður en breytt er í Glimeryl þarf að taka tillit til styrkleika og helmingunartíma fyrra lyfsins. Í sumum tilvikum, einkum ef sykursýkislyfið hefur langan helmingunartíma (t.d. klórprópamíð), er nokkurra daga útskolunartímabil ráðlagt til að lágmarka hættu á blóðsykursfalli vegna samlegðaráhrifa lyfjanna. Ráðlagður upphafsskammtur er 1 mg af glímepíríði á dag. Með hliðsjón af svörun má auka glímepíríðskammtinn í þrepum eins og lýst er hér að framan. *Breytt úr notkun insúlíns í Glimeryl:* Í undantekningartilvikum, þar sem insúlínóháðri sykursýki (sykursýki tegund 2) er stjórnað með insúlíni, getur breyting yfir í notkun Glimeryl átt við. Breytingin á að vera undir nánu eftirliti læknis. **Frábendingar:** Glimeryl skal ekki nota í eftirfarandi tilvikum: við insúlínháðri sykursýki, sykursýkisdái, ketónblóðsýringu (ketoacidosis), alvarlegum nýrna- eða lifrarsjúkdómum, þekktu ofnæmi fyrir glímepíríði, öðrum súlfónýlúrealyfjum eða súlfónamíðum eða hjálparefnum í töflunum. Við alvarlega skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi skal skipta yfir í insúlínmeðferð. Þetta lyf inniheldur laktósa. Sjúklingar með sjaldgæft arfgengt galalaktósaóþol, t.d. laktasaþurrð eða glúkósa-galaktósa vanfrásog, skulu ekki taka lyfið inn. Litarefnin í Glimeryl 2 mg töflum, Sunset Yellow FCF (E110) og Tartrazine (E102) geta valdið ofnæmisviðbrögðum. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Glimeryl skal taka rétt fyrir eða með mat. Ef máltíðir eru óreglulegar eða þeim sleppt, getur meðhöndlun með Glimeryl valdið blóðsykursfalli. Hugsanleg einkenni blóðsykursfalls eru m.a. höfuðverkur, ofsafengið hungur, ógleði, uppköst, þróttleysi, syfja, svefnerfiðleikar, eirðarleysi, árásargirni, skert einbeiting, skert árvekni, skertur viðbragðsflýtir, þunglyndi, rugl, tal- og sjóntruflanir, málstol, skjálfti, lömun, skyntruflanir, svimi, hjálparleysi, tap á sjálfstjórn, óráð, krampar, svefnhöfgi og meðvitundarleysi sem getur leitt til dauðadás, grunn öndun og hægur hjartsláttur. Auk þess hafa vísbendingar um adrenvirka mótsvörun sést, s.s. aukin svitamyndun, rök húð, kvíði, hraður hjartsláttur, hækkun á blóðþrýstingi, hjartsláttarónot, hjartaöng og hjartsláttaróregla. Þau klínísku einkenni sem sjást við alvarlega lækkun á blóðsykri geta líkst þeim sem sjást við heilablóðfall. Yfirleitt er hægt að ná góðri stjórnun á einkennum strax eftir inntöku á kolvetnum. Gervisætuefni hafa engin áhrif. Við notkun annarra súlfónýlúrealyfja hefur sést að blóðsykurslækkunin getur endurtekið sig þrátt fyrir að fyrri meðferðir hafi borið árangur. Alvarleg eða langvarandi blóðsykurslækkun, sem aðeins lagast tímabundið með venjulegu magni af sykri, þarfnast tafarlausrar meðferðar og stundum sjúkrahúsvistunar. Atriði sem auka hættu á blóðsykursfalli eru m.a.: Samstarfsvilji ekki fyrir hendi (algengara hjá eldri sjúklingum) eða getuleysi sjúklings til samstarfs, vannæring, óreglulegar máltíðir, máltíðum sleppt eða fastað, breytingar á mataræði, ójafnvægi milli líkamsáreynslu og inntöku kolvetna, neysla alkóhóls, sérstaklega ef máltíðum er einnig sleppt, skert nýrnastarfsemi, alvarlegir lifrarsjúkdómar, ofskömmtun af Glimeryl, ákveðnir ómeðhöndlaðir sjúkdómar í innkirtlakerfinu sem hafa áhrif á efnaskipti kolvetna eða þegar gagnstjórnun á blóðsykurslækkuninni á sér stað (t.d. við ákveðnar truflanir á starfsemi skjaldkirtils, heiladinguls eða við vanstarfsemi nýrnahettubarkar), samtímis notkun ákveðinna annarra lyfja. Við meðferð með Glimeryl er þörf á reglulegum mælingum á sykurmagni í blóði og þvagi. Auk þess er mælt með að hlutfall af sykurtengdum blóðrauða sé staðfest. Reglubundið eftirlit með lifrar- og blóðhag (sérstaklega hvítum blóðkornum og blóðflögum) er nauðsynlegt við meðferð með Glimeryl. Í tengslum við álag (s.s. slys, bráðaaðgerðir, sýkingar með hita o.s.frv.) getur reynst nauðsynlegt að skipta yfir í insúlín tímabundið. Engin reynsla er af notkun Glimeryl hjá sjúklingum með alvarlega skerta lifrarstarfsemi eða hjá sjúklingum í blóðskilun. Hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi er mælt með að skipta yfir í insúlínmeðferð. **Milliverkanir:** Samtímis notkun Glimeryl og annarra lyfja getur valdið óæskilegri hækkun eða lækkun á blóðsykursáhrifum glímepíríðs. Vegna þessa á aðeins að taka önnur lyf í samráði við lækni eða samkvæmt ávísun hans. Glímepíríð umbrotnar fyrir tilstilli cýtókróm P450 2C9 (CYP2C9). Vitað er að samtímis notkun CYP2C9 hvata (t.d. rífampisíns) eða hemla (t.d. flúkónazóls) hefur áhrif á umbrot glímepíríðs. Niðurstöður úr in vivo rannsóknum á milliverkunum, sem birtar hafa verið, sýna að um tvöföld aukning verður á AUC glímepíríðs vegna áhrifa flúkónazóls, sem er einn virkasti CYP2C9 hemillinn. Samkvæmt reynslu af notkun Glimeryl og annarra súlfónýlúrealyfja er nauðsynlegt að minnast á eftirfarandi milliverkanir: *Aukning á blóðsykurslækkandi áhrifum, sem í sumum tilvikum getur leitt til blóðsykursskorts, getur átt sér stað þegar eftirfarandi lyf eru tekin inn samhliða Glimeryl:* Fenýlbútazón, azaprópazón og oxýfenbútazón, insúlín og sykursýkislyf til inntöku, metformín, salisýlöt og p-amínósalisýlsýra, vefjaaukandi sterar og karlhormón, klóramfeníkól, kúmarín segavarnarlyf, fenflúramín, fíbröt, ACE-hemlar, flúoxetín, allópúrinól, andadrenvirk lyf, cýkló-, trí- og ífósfamíð, súlfínpýrazón, ákveðin langverkandi súlfónamíð, tetrasýklín, MAO-hemlar, kínólón sýklalyf, próbenesíð, míkónazól, pentoxýfýllín (háir skammtar gefnir sem inndæling), trítókvalín, flúkónazól. *Blóðsykurslækkandi áhrif glímepíríðs geta minnkað, sem leiðir til verri blóðsykursstjórnar ef Glimeryl er tekið inn með eftirfarandi lyfjum:* Estrógen og prógestagen, saltræsilyf (saluretics), tíazíð þvagræsilyf, lyf sem örva skjaldkirtil, sykursterar, fenótíazín afleiður, klórprómazín, adrenalín og adrenvirk lyf, nikótínsýra (háir skammtar) og nikótínsýruafleiður, hægðalyf (langtímanotkun), fenýtóín, díazoxíð, glúkagon, barbitúröt og rífampicín, acetoxólamíð. H2-blokkar, beta-blokkar, klónídín og reserpín geta ýmist aukið eða minnkað blóðsykurslækkandi áhrif. Merki um adrenvirka mótsvörun við blóðsykurslækkun getur minnkað eða alveg horfið við notkun á andadrenvirkum lyfjum, s.s. beta-blokkum, klónídíni, guanetidíni eða reserpíni. Neysla alkóhóls getur á ófyrirsjáanlegan hátt aukið eða minnkað blóðsykurslækkandi áhrif glímepíríðs. Gjöf glímepíríðs getur aukið eða minnkað áhrif kúmarín afleiða. **Meðganga og brjóstagjöf:** *Meðganga:* Áhætta tengd sykursýki: Aukin tíðni fæðingargalla og aukin dánartíðni við fæðingu getur verið afleiðing óeðlilegs blóðsykurs á meðgöngu. Fylgjast þarf því vel með blóðsykri á meðgöngutímanum til að komast hjá hættu á vansköpun. Við þannig aðstæður er þörf á insúlínmeðferð. Sjúklingar sem íhuga barneignir skulu láta lækninn vita. Áhætta tengd glímepíríði: Ekki liggja fyrir neinar fullnægjandi rannsóknarniðurstöður um notkun glímepíríðs á meðgöngu. Rannsóknir á dýrum hafa sýnt fram á skaðleg áhrif á frjósemi sem líklega má rekja til lyfhrifa (blóðsykurslækkun) glímepíríðs. Þess vegna ætti ekki að nota glímepíríð á meðgöngu. Ef konur á meðferð með glímepíríði huga að barneignum eða verða þungaðar, verður að skipta yfir í meðferð með insúlíni eins fljótt og hægt er. *Brjóstagjöf:* Ekki er vitað hvort lyfið berist í brjóstamjólk. Glímepíríð berst í mjólk hjá rottum. Þar sem aðrar súlfónýlúreaafleiður skiljast út í brjóstamjólk og vegna hættu á blóðsykurslækkun hjá brjóstmylkingum er ekki mælt með brjóstagjöf samhliða meðferð með glímepíríði. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Einbeitingarhæfni og viðbragðsflýtir sjúklinga getur skerst vegna blóðsykurslækkunar eða blóðsykurshækkunar eða t.d. vegna sjóntruflana. Þetta getur valdið hættu við aðstæður þar sem þessir eiginleikar eru mikilvægir (t.d við akstur eða notkun véla). Sjúklingum er ráðlagt að gera varúðarráðstafanir til þess að koma í veg fyrir blóðsykursfall við akstur. Þetta er sérstaklega mikilvægt fyrir þá sem verða síður eða alls ekki varir við varúðareinkenni blóðsykursfalls eða fá oft blóðsykursfall. Íhuga ætti hvort skynsamlegt sé að aka bíl eða nota vélar við þessar aðstæður. **Aukaverkanir:** *Sjaldgæfar (>1/1.000 og < 1/100):* Sjóntruflanir (venjulega tímabundnar og koma helst fram í upphafi meðferðar, vegna breytinga á blóðsykursgildum). Ofnæmi í húð, s.s. kláði, útbrot, ofsakláði. *Mjög sjaldgæfar (>1/10.000 og <1/1.000):* Breytingar á blóðmynd (sem ganga venjulega til baka eftir að meðferð er hætt), þ.m.t.: miðlungs til alvarleg blóðflagnafæð (thrombocytopenia), hvítfrumnafæð (leukopenia), rauðkornafæð (erythrocytopenia), kyrningafæð (granulocytopenia), kyrningahrap (agranulocytosis), blóðlýsublóðleysi (haemolytic anaemia), blóðfrumnafæð (pancytopenia). Hækkun á lifrarensímum. *Í örfáum tilvikum (<1/10.000, þar með talin einstök tilvik):* Vægt ofnæmi getur þróast í alvarlegt ofnæmi með andþrengslum (dyspnoea), blóðþrýstingsfalli og hugsanlega losti. Ofnæmisæðabólga. Krossofnæmi við súlfónýlúrea, súlfónamíð og skyld efni. Blóðsykurslækkun (á sér oftast stað strax, getur orðið alvarleg og er ekki alltaf auðveld í meðhöndlun. Eins og við aðrar blóðsykurslækkandi meðferðir fer ofangreind svörun eftir einstaklingsbundnum þáttum eins og matarvenjum og skammtastærð). Óþægindi frá meltingarvegi, s.s. ógleði, uppköst, niðurgangur, þrýstings- eða uppþembutilfinning og kviðverkir (þessar verkanir leiða sjaldan til þess að notkun lyfsins sé hætt). Skert lifrarstarfsemi, t.d. með gallteppu og gulu. Lifrarbólga (getur þróast í lifrarbilun). Ljósnæmi. Blóðnatríumlækkun. **Ofskömmtun:** Eftir inntöku á of stórum skammti getur komið fram blóðsykurslækkun, sem getur varað frá 12-72 klst. eftir inntöku og getur komið fram aftur eftir að náðst hefur jafnvægi á blóðsykri. Einkenni koma stundum ekki fram fyrr en allt að 24 klst. eftir inntöku á Glimeryl. Almennt séð er því mælt með sjúkrahúsvist. Ógleði, uppköst og kviðverkir geta komið fram. Blóðsykurslækkuninni fylgja venjulega taugaeinkenni, s.s. óróleiki, skjálfti, sjóntruflanir, erfiðleikar við samhæfingu, syfja, meðvitundarleysi (dá) og krampar. Meðferðin felst aðallega í því að hindra frásog glímepíríðs með því að framkalla uppköst og síðan láta sjúkling drekka vatn eða límonaði með lyfjakolum (aðsogar) og natríumsúlfati (hægðalyf). Ef stórir skammtar hafa verið teknir, er mælt með magaskolun, síðan lyfjakolum og natríumsúlfati. Í mjög alvarlegum tilvikum af ofskömmtun er mælt með gjörgæsluvist á sjúkrahúsi. Hefja skal gjöf glúkósa, eins fljótt og hægt er, ef nauðsyn krefur þá á að byrja með 50 ml af glúkósa 50% með inndælingu í æð, fylgja því svo eftir með innrennsli 10% lausnar og fylgjast nákvæmlega með blóðsykursgildum. Frekari meðferð skal haga eftir einkennum. Sérstaklega skal athuga við ofskömmtun hjá smábörnum og ungum börnum að skammtinum sem gefinn er af glúkósa sé nákvæmlega stjórnað til að koma í veg fyrir að hættuleg blóðsykurshækkun verði. Nákvæmlega skal fylgjast með glúkósa í blóði. **Pakkningar og hámarksverð í smásölu 1. febrúar 2007:** Töflur 1 mg, 90 stk.: 1.975 kr., 2 mg, 90 stk.: 3.203 kr., 3 mg, 90 stk.: 4.028 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R **Greiðsluþátttaka:** * **Markaðsleyfishafi:** Actavis hf. Desember 2005

actavis
hagur í heilsu

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. **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 eituráhrifum 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. mars 2006, 30 hylki,18 µg með HandiHaler®: 6218 kr, 30 hylki,18µg án HandiHaler®: 5787 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.**

SPIRIVA® (tiotropium)

Pfizer

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 ætlaðar. 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/endurnýjunar 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

CIALIS. Lilly ICOS Limited. CIALIS (tadalafil) filmuhúðaðar töflur: 10 mg, 20 mg. G04BE08
Ábendingar: Til meðferðar við ristruflunum. Til þess að CIALIS verki þarf kynferðisleg örvun að koma til. CIALIS er ekki ætlað konum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Til inntöku. **Fullorðnir karlar:** Ráðlagður skammtur er 10 mg sem tekinn er fyrir væntanlegar samfarir og án tillits til máltíða. Þeir sjúklingar sem ekki fá viðunandi verkun af tadalafil 10 mg, geta reynt að taka 20 mg. Taka skal lyfið minnst 30 mínútum fyrir samfarir. Hámarksskammtatíðni er einu sinni á sólarhring. Samfelld dagleg notkun lyfsins er alls ekki ráðlögð, þar sem langtíma rannsóknir á öryggi daglegra skammta hafa ekki verið framkvæmdar og einnig vegna þess að verkun tadalafils varir venjulega lengur en í einn sólarhring. **Aldraðir karlar:** Ekki er þörf á skammtabreytingum fyrir aldraða sjúklinga. **Karlar með skerta nýrnastarfsemi:** Ekki er þörf á skammtabreytingu fyrir sjúklinga með væga til miðlungs skerta nýrnastarfsemi. Hjá sjúklingum með mikið skerta nýrnastarfsemi eru 10 mg hæsti ráðlagður skammtur. **Karlar með skerta lifrarstarfsemi:** Ráðlagður skammtur af CIALIS er 10 mg sem tekinn er fyrir væntanlegar samfarir og án tillits til máltíða. Takmarkaðar klínískar upplýsingar liggja fyrir um öryggi CIALIS fyrir sjúklinga með mikið skerta lifrarstarfsemi (Child-Pluch Class C); ef lyfinu er ávísað skal læknirinn meta einstaklingsbundinn ávinning/áhættu áður en lyfinu er ávísað. Ekki eru fyrirliggjandi upplýsingar um notkun stærri skammta af tadalafil en 10 mg hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. **Karlar með sykursýki:** Ekki er þörf á skammtabreytingum fyrir sjúklinga með sykursýki. **Börn og unglingar:** CIALIS skal ekki gefið einstaklingum yngri en 18 ára. **Frábendingar:** Tadalafil jók blóðþrýstingslækkandi áhrif nítrata í klínískum rannsóknum. Talið er að það stafi af samanlögðum áhrifum nítrata og tadalafils á nítur oxíð/cGMP ferilinn. Þess vegna má ekki nota CIALIS samhliða neinni tegund lífrænna nítrata. Lyf til meðferðar á óviðunandi stinningu getnaðarlims, þar með talið CIALIS, á ekki að gefa körlum með hjartasjúkdóm sem ráðið er frá því að stunda kynlíf. Læknar skulu íhuga þá áhættu sem er af kynlífi fyrir sjúklinga með undirliggjandi hjartasjúkdóm. Eftirtaldir sjúklingahópar með hjarta- og æðasjúkdóma tóku ekki þátt í klínískum rannsóknum og eru þessir sjúkdómar því frábending fyrir notkun tadalafils: sjúklingar sem höfðu fengið hjartadrep á síðustu 90 dögum, sjúklingar með hvikula hjartaöng eða hjartaöng við iðkun kynlífs, sjúklingar með hjartabilun af gráðu 2 eða hærri samkvæmt flokkun NYHA (New York Heart Association) á síðustu 6 mánuðum, sjúklingar með takttruflanir sem hafa ekki svarað meðferð, lágþrýsting (< 90/50 mm Hg), eða lágþrýsting sem hefur ekki svarað meðferð, sjúklingar sem fengið hafa heilablóðfall á síðustu 6 mánuðum. CIALIS skal ekki gefið sjúklingum með ofnæmi fyrir tadalafil eða einhverju hjálparefnanna. **Varúð:** Kanna skal sjúkdómssögu og rannsókn gerð til greiningar á hvort um ristruflanir sé að ræða og ganga úr skugga um hugsanlega undirliggjandi orsök áður en ákvörðun er tekin um notkun lyfsins. Áður en einhver meðferð við ristruflunum hefst skal læknirinn rannsaka ástand hjarta- og æðakerfis sjúklingsins þar sem nokkur áhætta er fyrir hendi hvað varðar hjartað í tengslum við samfarir. Tadalafil hefur æðavikkandi eiginleika, sem valda vægri og tímabundinni lækkun blóðþrýstings og auka því blóðþrýstingslækkandi áhrif nítrata. Alvarlegir hjarta- og æðasjúkdómar, þar með talið hjartadrep, skyndilegur hjartadauði, hvikul hjartaöng, sleglatakttruflanir, heilablóðföll, skammvinn blóðþurrðarköst, brjóstverkir, hjartsláttarónot og hraðataktur hafa komið fram eftir markaðssetningu og/eða í klínískum rannsóknum. Flestir sjúklingar sem fengu slík einkenni höfðu sögu um áhættuþætti fyrir hjarta- og æðasjúkdóma. Hins vegar er ekki unnt að ákveða með vissu hvort þessi tilvik tengjast beint þessum áhættuþáttum, CIALIS, stundun kynlífs eða blöndu þessara eða annarra þátta. Ekki er mælt með notkun hemla fosfódiesterasa af gerð 5 (PDE5 hemla) hjá sjúklingum með sögu um framlægan blóðþurrðar augntaugakvilla án slagæðabólgu (NAION). Takmarkaðar klínískar upplýsingar eru fyrirliggjandi um öryggi CIALIS hjá sjúklingum með mikið skerta lifrarstarfsemi (Child-Pugh Class C); ef lyfinu er ávísað skal læknirinn meta einstaklingsbundinn ávinning/áhættu áður en lyfinu er ávísað. Sjúklingar sem fá stinningu sem varir í 4 tíma eða meira skal ráðlagt að leita samstundis eftir aðstoð læknis. Sé langvinn stinning ekki meðhöndluð strax, geta vefir í getnaðarlim skemmst, sem getur valdið varanlegu getuleysi. Lyf til meðhöndlunar við ristruflunum, þar með talið CIALIS, skulu notuð með varúð hjá sjúklingum með vanskapaðan getnaðarlim (svo sem beygðan lim, bandvefshersli í lim (cavernosal fibrosis) eða Peyronies sjúkdóm) eða sjúklingum með sjúkdóma sem geta valdið sístöðu getnaðarlims (svo sem sigðfrumublóðleysi, mergæxlisger (multiple myeloma) eða hvítblæði). Við mat á ristruflunum skal einnig kannað hvort undirliggjandi sjúkdómar gætu verið orsakavaldur og veita síðan viðeigandi meðferð eftir sjúkdómsgreiningu. Ekki er vitað hvort CIALIS er virkt hjá sjúklingum með mænuskaða og hjá sjúklingum sem hafa gengist undir grindarholsskurðaðgerð eða algert brottnám blöðruhálskirtils án þess að reynt væri að hlífa taugum. CIALIS skal ekki gefið sjúklingum með arfgengt galaktósaóþol, skort á Lapp laktasa eða skert frásog á glúkósa-galaktósa. Samhliða gjöf CIALIS hjá sjúklingum sem taka alfa(1) blokka, svo sem doxazósín getur valdið lágþrýstingi með einkennum hjá sumum sjúklingum. Því er ekki mælt með að gefa tadalafil samhliða alfa blokkum. CIALIS skal gefið með varúð sjúklingum sem nota öfluga CYP3A4 hemla (ritonavir, saquinavir, ketókonazól, ítrakónazól og erýtrómýcín) því dæmi eru um aukið tadalafil álag (AUC) þegar þessi lyf eru gefin samhliða. Ekki hafa verið rannsökuð áhrif og öryggi þess að nota CIALIS samhliða öðrum meðferð-um við ristruflunum. Því er ekki mælt með slíkri samhliða meðferð. Hjá hundum sem fengu 25 mg/kg/dag eða meira, af tadalafil daglega í 6 til 12 mánuði (samsvarandi að minnsta kosta þrefaldri mestu blóðþéttni [spannar 3,7 – 18,6] sem sést hjá mönnum eftir einn 20 mg skammt) fundust breytingar á þekjuvef í sáðpíplum sem leiddi til minni sæðisframleiðslu hjá fáeinum hundum. Niðurstöður úr tveim 6 mánaða rannsóknum hjá sjálfboðaliðum benda til þess að þessi áhrif séu ólíkleg hjá mönnum. Áhrif af daglegri notkun í lengri tíma hafa ekki verið rannsökuð. Því er dagleg notkun alls ekki ráðlögð. Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla: Talið er að CIALIS hafi hverfandi áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla. Engar rannsóknir hafa verið gerðar til að meta hugsanleg áhrif. Þrátt fyrir að tíðni tilkynninga um svima í lyfleysu og tadalafil örmum klínískra rannsókna hafi verið svipuð, skulu sjúklingar vera meðvitandi um hvernig CIALIS verkar á þá, áður en þeir aka eða stjórna vélum. **Milliverkanir:** Rannsóknir á milliverkunum voru framkvæmdar með 10 og/eða 20 mg af tadalafil eins og fram kemur hér fyrir neðan. Í þeim rannsóknum á milliverkunum sem fóru eingöngu fram með 10 mg af tadalafil, er ekki unnt að útiloka milliverkanir með hærri skömmtum. ***Áhrif annarra lyfja á tadalafil***: Umbrot tadalafils fara aðallega fram fyrir áhrif CYP3A4. Ketókónazól (200 mg daglega) er sértækur CYP3A4 hemill sem tvöfaldaði álag (AUC) tadalafils (10 mg) og jók C_{max} um 15% samanborið við AUC og C_{max} þegar tadalafil var gefið eitt sér. Ketókónazól (400 mg daglega) fjórfaldaði álag (AUC) tadalafils (20 mg) og jók C_{max} um 22%. Ritonavir (200 mg skammtur gefinn tvisvar á dag), sem er próteasa hemill sem hemur CYP3A4, CYP2C9, CYP2C19 og CYP2D6, tvöfaldaði álag (AUC) tadalafils en hafði engin áhrif á C_{max}. Þrátt fyrir að sérstakar rannsóknir á milliverkunum hafi ekki farið fram, er mælt með að aðrir próteasa hemlar, svo sem saquinavir og aðrir CYP3A4 hemlar, eins og erýtrómýcín, klaritrómýcín og ítrakónazól, greipaldinsafi séu gefnir samhliða með varúð því líklegt er að þeir auki þéttni tadalafils í plasma. Þar af leiðandi gæti tíðni aukaverkana aukist. Hlutverk flutningspróteina (til dæmis p-glýkóprótein) við útskilnað tadalafils er ópekkt. Milliverkanir við lyf sem hafa áhrif á flutningsprótein er því möguleg. Rifampicin sem örvar CYP3A4 lækkar AUC tadalafils um 88%, samanborið við AUC þegar tadalafil er gefið eitt sér (10 mg skammtur). Búast má við að samhliða gjöf annarra lyfja sem örva CYP3A4 eins og fenóbarbital, fenýtóín eða karbamazepín muni einnig draga úr aðgengi tadalafils. ***Áhrif tadalafils á önnur lyf:*** Tadalafil (10 og 20 mg) jók blóðþrýstings-lækkandi áhrif nítrata í klínískum rannsóknum. Því má ekki gefa CIALIS samhliða neinum lífrænum nítrötum. Niðurstöður klínískrar rannsóknar þar sem 150 einstaklingar fengu tadalafil 20 mg daglega í 7 daga og 0,4 mg nítróglýcerin undir tungu á ýmsum tímum, staðfesta að milliverkunin varði í meira en 24 tíma og ekki varð vart við þessa milliverkun 48 tímum eftir töku síðasta tadalafil skammts. Þegar gjöf nítrata er talin nauðsynleg við aðstæður sem eru lífshættulegar fyrir sjúkling sem hefur fengið CIALIS ávísað, skulu minnst 48 tímar vera liðnir frá síðasta CIALIS skammti áður en gjöf nítrata er íhuguð. Við þessar kringumstæður, ætti eingöngu að gefa nítrót undir eftirliti læknis með viðeigandi vöktun á blóðþrýstingi. Ekki er talið að tadalafil hafi klínísk áhrif til hömlunar eða aukningar á útskilnaði lyfja sem eru umbrotin af CYP450 samsætuformum. Rannsóknir hafa staðfest að tadalafil hvorki hemur né örvar CYP450 samsætuform, þar með talin CYP3A4, CYP1A2, CYP2D6, CYP2E1, CYP2C9 og CYP2C19. Tadalafil (10 og 20 mg) hafði engin klínísk marktæk áhrif á AUC S-warfarins, eða R-warfarins (CYP2C9 hvarfefni) og tadalafil hafði engin áhrif á lengingu prótrombíntíma sem warfarín veldur. Tadalafil (10 og 20 mg) hafði engin áhrif á lengingu blæðingartíma sem acetýlsalicýlsýra veldur. Í lyfjafræðirannsóknum á lyfhrifum var kannað hvort tadalafil yki blóðþrýstingslækkandi áhrif blóðþrýstingslækkandi lyfja. Helstu flokkar blóðþrýstingslækkandi lyfja voru rannsakaðir þar með taldir kalsíumgangalokar (amlódípín), ACE (angiotensin converting enzyme) hemlar (enalapríl), beta-adrenvirkir viðtakablokkar (metóprólól), tíazíð þvagræsilyf (bendroflúazíð), og angiotensín II viðtakablokkar (ýmsar tegundir og skammtar, einir sér eða samhliða með tíazíðum kalsíumgangalokum, betablokkum og/eða alfablokkum). Tadalafil (10 mg ef frá eru taldar rannsóknir með angiotensin II viðtakablokkum og amlódípín, en þá var 20 mg skammtur notaður) hafði engar klínískar marktækar milliverkanir við neinn þessara lyfjaflokka. Í annarri klínískri rannsókn á lyfhrifum tadalafils (20 mg) var samhliða meðferð rannsökuð með allt að 4 flokkum blóðþrýstingslækkandi lyfja. Hjá einstaklingum sem tóku mörg blóðþrýstingslækkandi lyf, virtust breytingar á blóðþrýstingi við komu á göngudeild tengjast því hversu góð blóðþrýstingsstjórn var. Hjá einstaklingum í rannsókninni þar sem náðst hafði góð blóðþrýstingsstjórn, var blóðþrýstingslækkunin í lágmarki og svipuð því sem sést hjá heilbrigðum einstaklingum. Hjá einstaklingum í rannsóknninni sem höfðu ekki svarað blóðþrýstingslækkandi meðferð, var lækkunin meiri en tengdist ekki blóðþrýstingslækkandi einkennum hjá meirihluta sjúklinganna. Tadalafil 20 mg samhliða meðferð með blóðþrýstingslækkandi lyfjum getur valdið blóðþrýstingslækkun, sem (undantekning alfa blokkar - sjá hér að neðan) er venjulega væg og hefur líklega engin klínískt áhrif. Greining á gögnum úr 3 stigs rannsóknum sýndi engan mun á aukaverkunum hjá sjúklingum sem tóku tadalafil með eða án blóðþrýstingslækkandi lyfja. Hins vegar skal veita þessum sjúklingum viðeigandi upplýsingar um mögulega blóðþrýstingslækkun ef þeir eru meðhöndlaðir með blóðþrýstingslækkandi lyfjum. Tadalafil (20 mg) samhliða doxazósíni (8 mg daglega), sem er alfa (1A)-adrenvirkur viðtakablokki, jók blóðþrýstingslækkandi verkun doxazósíns. Þessi áhrif voru viðvarandi 12 tímum eftir gjöf og voru í flestum tilvikum horfin eftir 24 tíma. Fleiri einstaklingar höfðu hugsanlega klínískt marktæka blóðþrýstingslækkun í standandi stöðu í hópnum sem fékk bæði lyfin. Sumir einstaklingar fengu svima en yfirlið var ekki lýst. Ekki hafa verið gerða rannsóknir með lægri skammta af doxazósíni. Því er ekki mælt með samhliða gjöf tadalafils og alfa blokka. Í einni rannsókn á 18 heilbrigðum sjálfboðaliðum, hafði tadalafil (10 og 20 mg) engin marktæk klínísk áhrif á blóðþrýstingsbreytingar vegna tamsulósíns, sem er sértækur alfa (1A)-adrenvirkur viðtaka blokki. Ekki er vitað hvort unnt er að yfirfæra þessar niðurstöður á aðra alfa (1A)-adrenvirka viðtakablokka. Tadalafil (10 eða 20 mg) hafði engin áhrif á þéttni áfengis í blóði (meðalþéttni í blóði 0,08%). Auk þess fundust engar breytingar á þéttni tadalafils 3 tímum eftir samhliða notkun áfengis. Áfengisgjöf var hagað til að hámarka frásogshraða áfengis (fastandi að morgni og engin fæðuinntaka heimiluð fyrr en 2 tímum eftir gjöf áfengis). Tadalafil (20 mg) jók ekki meðaltals blóðþrýstingslækkandi áhrif áfengis (0,7 g/kg eða um 180 ml af 40% áfengi [vodka] í 80 kg karlmann) en sumir einstaklingar urðu varir við stöðubundinn svima og réttstöðu blóðþrýstingslækkun. Þegar tadalafil var gefið samhliða lægri skömmtum áfengis (0,6 g/kg), varð ekki vart við blóðþrýstingslækkun og tíðni svima var sambærileg við áfengi eitt sér. Tadalafil (10 mg) jók ekki áhrif áfengis á skilvitlega starfsemi.Sýnt hefur verið fram á að tadalafil auki aðgengi etinýlestradíóls til inntöku ; gera má ráð fyrir svipaðri aukningu á aðgengi terbútalíns til inntöku, þó klínísk áhrif séu óþekkt. Þegar tadalafil (10 mg) var gefið samhliða teófýllíni (ósértækur fosfódiesterasa hemill) í rannsókn á lyfhrifum, fannst engin milliverkun við lyfjahvörf. Einungis varð vart við væga aukningu á hjartslætti (3,5 slög/mín). Þrátt fyrir að þetta séu væg áhrif og hafi ekki haft klínískа þýðingu í þessari rannsókn skulu þau höfð í huga ef þessi lyf eru gefin samhliða. Rannsóknir á milliverkunum við sykursýkislyf hafa ekki verið framkvæmdar. **Aukaverkanir:** Algengustu tilkynningar um aukaverkanir eru höfuðverkur, meltingartruflun. **Mjög algengar (>10%)** Höfuðverkur, meltingartruflun. Algengar (1-10%): Svimi, andlitsroði, nefstífla, bakverkur, vöðvaverkur. **Sjaldgæfar aukaverkanir (0,1-1%):** Proti í augnlokum, tilfinning sem lýst er sem augnópægindi og blóðhlaupin augu. Aukaverkanir sem tilkynnt var um vegna tadalafils voru tímabundnar og yfirleitt vægar eða miðlungs alvarlegar. Takmarkaðar upplýsingar eru um aukaverkanir hjá sjúklingum eldri en 75 ára. **Aukaverkanir sem örsjaldan koma fyrir og tilkynnt hefur verið um eftir markaðssetningu hjá sjúklingum sem taka tadalafil eru: Augu:** Framlægur blóðþurrðar augntaugakvilli án slagæðabólgu (NAION),þokusýn, sjónsviðsskerðing, æðastiflun í sjónu. **Líkaminn í heild:** ofnæmisviðbrögð með útbrotum, ofsakláða, andlitsbjúg, Stevens-Johnson heilkenni og skinnflagningsbólgu. **Hjarta- og æðakerfi:** Alvarlegir hjarta- og æðasjúkdómar, þar með talið hjartadrep, skyndilegur hjartadauði, hvikul hjartaöng, sleglatakttruflanir, heilablóðföll, skammvinn blóðþurrðarköst, brjóstverkir, hjartsláttaróнot og hraðataktur hafa komið fram eftir markaðssetningu og/eða í klínískum rannsóknum. Flestir sjúklingar sem fengu slík einkenni höfðu sögu um áhættuþætti fyrir hjarta- og æðasjúkdóma. Lágþrýstingur (algengara að komi fyrir þegar tadalafil er gefið sjúklingum sem þegar taka blóðþrýstingslyf), háþrýstingur og yfirlið. **Húð og undirhúð:** mikil svitamyndun. **Meltingarfæri:** kviðverkir og maga- vélindisbakflæði. **Þvag- og kynfæri:** reðursístaða og langvarandi stinning. **Pakkningar og verð (apríl 2006):** CIALIS 10 mg x 4 stk: 5.196 kr. CIALIS 20 mg x 4 stk: 4.599 kr. CIALIS 20 mg x 8 stk: 8.397 kr. **Lyfið er lyfseðilsskylt (R) og sjúklingur greiðir það að fullu (0). Samantekt á eiginleikum lyfs er stytt í samræmi við reglugerð um lyfjaauglýsingar. Hægt er að nálgast samantekt um eiginleika lyfs í fullri lengd hjá Eli Lilly Danmark A/S Útibú á Íslandi, Brautarholti 28, 105 Reykjavík.**

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

Cialis™ (tadalafil)

Symbicort Turbuhaler SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS. Skammtar og lyfjagjöf

AstraZeneca

Astmi: Meðferðarnálgun með Symbicort er tvíþætt:

A. Viðhaldsmeðferð með Symbicort: Symbicort er notað sem regluleg viðhaldsmeðferð með stöku, skjótvirku berkjuvíkkandi lyfi sem bráðalyfi.

B. Viðhaldsmeðferð og meðferð eftir þörfum við einkennum (reliever therapy) með Symbicort: Symbicort er notað sem regluleg viðhaldsmeðferð og eftir þörfum sem svörun við einkennum.

A. Viðhaldsmeðferð með Symbicort. *Ráðlagðir skammtar: Fullorðnir (18 ára og eldri):* 1-2 skammtar til innöndunar tvisvar sinnum á sólarhring. Vera má að sumir sjúklingar þurfi að hámarki allt að 4 skammta til innöndunar tvisvar sinnum á sólarhring. *Unglingar (12-17 ára):* 1-2 skammtar til innöndunar tvisvar sinnum á sólarhring. *Börn (6 ára og eldri):* Lægri styrkleiki er fáanlegur fyrir börn 6-11 ára.

B. Viðhaldsmeðferð og meðferð eftir þörfum við einkennum (reliever therapy) með Symbicort. Sjúklingar nota daglegan viðhaldsskammt af Symbicort og að auki Symbicort eftir þörfum sem svörun við einkennum. Ráðleggja á sjúklingum að hafa Symbicort ávallt meðferðis til notkunar sem bráðalyf. *Ráðlagðir skammtar:Fullorðnir (18 ára og eldri):* Ráðlagður viðhaldsskammtur er 2 skammtar til innöndunar á sólarhring, annað hvort sem einn skammtur til innöndunar að morgni og kvöldi eða 2 skammtar til innöndunar annað hvort að morgni eða kvöldi. Vera má að sumir sjúklingar þurfi 2 skammta til innöndunar tvisvar sinnum á sólarhring sem viðhaldsskammt. Sjúklingar eiga að nota 1 viðbótarskammt til innöndunar eftir þörfum sem svörun við einkennum. Ef einkenni hverfa ekki eftir nokkrar mínútur á að nota viðbótarskammt til innöndunar. Ekki má nota fleiri en 6 skammta til innöndunar í hvert skipti. Yfirleitt þarf heildarsólarhringsskammturinn ekki að vera stærri en 8 skammtar til innöndunar, þó má vera að þörf sé á að heildarsólarhringsskammtur sé allt að 12 skammtar til innöndunar í takmarkaðan tíma. Mæla á sterklega með að sjúklingar sem nota fleiri en 8 skammta á sólarhring leiti læknis. Endurmeta á meðferð þeirra og endurskoða viðhaldsmeðferðina. *Börn og unglingar yngri en 18 ára:* Ekki er mælt með notkun Symbicort viðhaldsmeðferðar og meðferðar eftir þörfum við einkennum handa börnum og unglingum. ***Langvinn lungnateppa:*** *Fullorðnir:* 2 skammtar til innöndunar tvisvar sinnum á sólarhring. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Mælt er með að skammtar séu minnkaðir smám saman þegar meðferð er hætt og ekki ætti að hætta meðferð skyndilega. Ef sjúklingur telur að meðferð skili ekki viðunandi árangri eða notar meira en stærsta ráðlagðan skammt af Symbicort, skal hann leita læknis. Skyndileg og áframhaldandi versnun á stjórn astma eða langvinnrar lungnateppu getur verið lífshættuleg og brýnt er að meðferð sjúklingsins sé endurmetin. Í slíkum tilvikum skal hafa í huga þörf á aukinni meðferð með barksterum, t.d. með barksterum til inntöku til skamms tíma eða sýklalyfjameðferð ef sýking er til staðar. Ráðleggja á sjúklingum að hafa ávallt meðferðis innöndunarstauk til notkunar í bráðatilvikum, annað hvort Symbicort (fyrir sjúklinga með astma sem nota Symbicort sem viðhaldsmeðferð og meðferð eftir þörfum við einkennum) eða stakt, skjótvirkt berkjuvíkkandi lyf (fyrir alla sjúklinga sem aðeins nota Symbicort til viðhaldsmeðferðar). Minna á sjúklinga að nota viðhaldsskammtinn af Symbicort eins og læknir hefur ávísað, einnig þegar einkenni eru ekki til staðar. Fyrirbyggjandi notkun Symbicort, t.d. fyrir áreynslu hefur ekki verið rannsökuð. Notkun Symbicort eftir þörfum við einkennum er ætlað sem svörun við astmaeinkennum en er ekki til reglulegrar fyrirbyggjandi notkunar t.d. fyrir áreynslu. Til slíkra nota skal hafa í huga notkun staks, skjótvirks berkjuvíkkandi lyfs. Ekki á að hefja meðferð með Symbicort meðan á versnun stendur. Eins og við á um önnur lyf til innöndunar getur komið fram óvæntur berkjukrampi með auknum öndunarerfiðleikum strax eftir innöndun skammts. Þá skal hætta meðferð með Symbicort, endurmeta meðferðina og veita annars konar meðferð ef nauðsyn krefur. Almenn áhrif geta komið fram við notkun hvaða barkstera til innöndunar sem er, sérstaklega þegar stórir skammtar eru notaðir í langan tíma. Þessi áhrif koma miklu síður fram við meðferð til innöndunar heldur en við notkun barkstera til inntöku. Hugsanleg almenn áhrif eru m.a. bæling nýrnahettna, seinkun á vexti hjá börnum og unglingum, minnkuð steinefnaþéttni í beinum, drer og gláka. Mælt er með að fylgst sé reglulega með hæð barna sem fá langvarandi meðferð með barksterum til innöndunar. Ef hægist á vexti á að endurmeta meðferðina með það að markmiði að minnka skammtinn af barksterum til innöndunar. Meta skal vandlega ávinning af barkstera meðferð á móti hugsanlegri hættu á vaxtarbælingu. Auk þess skal meta hvort vísa eigi sjúklingnum til barnalæknis sem er sérfræðingur í öndunarsjúkdómum. Takmarkaðar upplýsingar úr langtíma rannsóknum gefa til kynna að flest börn og unglingar sem fá meðferð með budesonidi til innöndunar muni að lokum ná eðlilegri hæð sinni (target height) við fullorðinsaldur. Samt sem áður hefur sést að lítillega og tímabundið getur hægt á vexti í upphafi (um það bil 1 cm). Þetta kemur venjulega fram á fyrsta ári meðferðar. Hafa skal í huga hugsanleg áhrif á beinþéttni sterkastega hjá sjúklingum sem nota stóra skammta í langan tíma og sem hafa aðra áhættuþætti fyrir beinþynningu. Langtíma rannsóknir á áhrifum budesonids til innöndunar hjá börnum sem fengu að meðaltali 400 míkrógrömm (afmældur skammtur) á sólarhring og fullorðnum sem fengu 800 míkrógrömm (afmældur skammtur) á sólarhring hafa ekki bent til neinna marktækra áhrifa á steinefnaþéttni beina. Ekki liggja fyrir upplýsingar um áhrif Symbicort í stærri skömmtum. Ef minnsta ástæða er til að ætla að starfsemi nýrnahettna sé skert eftir fyrri meðferð með stera til inntöku, skal gæta varúðar þegar skipt er í meðferð með Symbicort. Ávinningur meðferðar með budesonidi til innöndunar lágmarkar venjulega þörf á sterum til inntöku, en hjá sjúklingum sem eru að hætta að nota stera til inntöku getur hættan á skertri starfsemi nýrnahettna varað í töluverðan tíma. Sjúklingar sem áður hafa þurft á stórum skömmtum af barksterum í bráðatilvikum að halda eða fá meðferð með stórum skömmtum af barksterum til innöndunar til langs tíma geta einnig verið í hættu. Hafa á í huga hugsanlega þörf á viðbótarmeðferð með barksterum til inntöku á álagstímum og í kringum fyrirfram ákveðnar skurðaðgerðir. Til þess að lágmarka hættu á candidasýkingu í munnkoki á að leiðbeina sjúklingum um að skola munn með vatni eftir innöndun viðhaldsskammtsins. Ef þruska í munnkoki kemur fram eiga sjúklingar einnig að skola munninn með vatni eftir skammta til innöndunar eftir þörfum. Forðast á samhliða notkun með itraconazoli og ritonaviri eða öðrum öflugum CYP3A4 hemlum (sjá kafla 4.5 Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir). Ef það er ekki mögulegt ætti tími á milli þess sem lyfin eru notuð að vera eins langur og unnt er. Hjá sjúklingum sem nota öfluga CYP3A4 hemla er ekki mælt með notkun Symbicort sem viðhaldsmeðferðar og meðferðar eftir þörfum við einkennum. Gæta skal varúðar við notkun Symbicort handa sjúklingum með skjaldvakaóhóf, krómfíklaæxli (phaeochromocytoma), sykursýki, ómeðhöndlaða blóðkalíumlækkun, ofvaxtarhjartavöðvakvil la með teppu, sjálfvakta neðanósæðarþröng (idiopathic subvalvular aortic stenosis), alvarlegan háþrýsting, slagæðagúlp eða aðra alvarlega hjarta- og æðasjúkdóma, eins og blóðþurrðarhjartasjúkdóm, hraðsláttartruflanir eða alvarlega hjartabilun. Gæta skal varúðar við meðferð sjúklinga með lengingu á QTc-bili. Formoterol getur valdið lengingu á QTc-bili. Endurmeta skal þörf og skammta af barksterum til innöndunar hjá sjúklingum með virka eða óvirka lungnaberkla, sveppa- eða veirusýkingar í öndunarvegum.Hætta á alvarlegri blóðkalíumlækkun er hugsanleg eftir stóra skammta af beta2-örvum. Samhliða meðferð með beta2-örvum og lyfjum sem geta valdið blóðkalíumlækkun eða auka áhrif blóðkalíumlækkunar t.d. xantín-afleiður, sterar og þvagræsilyf geta aukið hugsanleg blóðkalíumlækkandi áhrif beta2-örva. Mælt er með að sérstakrar varúðar sé gætt við óstöðugan astma þegar notkun skjótvirks berkjuvíkkandi lyfs er breytileg, við bráðan alvarlegan astma þar sem súrefnisskortur getur aukið hættuna og í öðrum tilvikum þegar líkur á aukaverkunum vegna blóðkalíumlækkunar eru auknar. Mælt er með eftirliti með kalíumgildum í sermi við þessar kringumstæður. Eins og við á um alla beta2-örva, ætti að hafa í huga að auka tíðni blóðsykursmælinga hjá sykursjúkum. Symbicort Turbuhaler inniheldur mjólkursykur (<1 mg/innöndun). Þetta magn hefur venjulega ekki vandamál í för með sér hjá einstaklingum með mjólkursykursóþol. **Pakkningar og verð:** Symbicort Turbuhaler: Innöndunarduft 160/4,5 míkrógrönn/innöndun, 120 skammtar: 8.127 kr.; 360 skammtar (3x120): 21.526 kr. **Afgreiðslumáti: R. Greiðsluþátttaka:** B. Febrúar 2007.

SMART

Symbicort

Handhafi markaðsleyfis: AstraZeneca A/S, Albertslund, Danmörk. **Umboð á Íslandi:** Vistor hf., Hörgatúni 2, Garðabæ.
Nánari upplýsingar er að finna í Sérlyfjaskrá, www.serlyfjaskra.is.

Atacand TÖFLUR. SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS.

AstraZeneca

Atacand töflur: Hver tafla inniheldur: 4 mg, 8 mg, 16 mg eða 32 mg af candesartan cilexetili. **ATC-flokkun: C 09 C A 06 Ábendingar:** Frumkominn háþrýstingur (essential hypertension). Meðferð sjúklinga með hjartabilun og skerta slagbilsstarfsemi vinstri slegils (útfallsbrot vinstri slegils ≤ 40%) sem viðbótarmeðferð við ACE-hemla eða þegar ACE-hemlar þolast ekki (sjá kafla 5.1 Lyfhrif). **Skammtar og lyfjagjöf:** *Skammtar við háþrýsting:* Ráðlagður upphafsskammtur og venjulegur viðhaldsskammtur er 8 mg einu sinni á sólarhring. Stækka má skammtinn í 16 mg einu sinni á sólarhring. Ef ekki hefur náðst nægileg stjórn á blóðþrýstingnum eftir 4 vikna meðferð með 16 mg einu sinni á sólarhring má stækka skammtinn enn frekar í að hámarki 32 mg einu sinni á sólarhring. Ef ekki hefur náðst stjórn á blóðþrýstingum með þessum skammti skal skoða aðrar meðferðarleiðir. Áðlaga á meðferð til samræmis við blóðþrýstingssvörun. Blóðþrýstingslækkandi áhrifin eru að mestu leyti komin fram innan 4 vikna frá því að meðferð hefst. *Notkun handa öldruðum:* Ekki er nauðsynlegt að breyta upphafsskammti handa öldruðum sjúklingum. *Notkun handa sjúklingum með skert blóðrúmmál:* Hafa skal í huga að nota 4 mg upphafsskammt handa sjúklingum sem eru í hættu á að fá lágþrýsting, eins og sjúklingar sem hugsanlega eru með vökvaskort. *Skert nýrnastarfsemi:* Upphafsskammturinn er 4 mg handa sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi, þ.m.t. sjúklingar í blóðskilun. Breyta á skammtinum í samræmi við svörun. *Skert lifrarstarfsemi:* Mælt er með 2 mg upphafsskammti handa sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta lifrarstarfsemi. Breyta má skammtinum í samræmi við svörun. *Lyf notuð samhliða:* Sýnt hefur verið fram á að notkun þvagræsilyfs af tiazid-gerð eins og hydroklórtiazid með Atacand hefur samleggjandi blóðþrýstingslækkandi áhrif. Sjá nánar í Sérlyfjaskrá. *Skammtar við hjartabilun* Venjulegur ráðlagður upphafsskammtur Atacand er 4 mg einu sinni á sólarhring. Stækkun skammts í markskammtinn 32 mg einu sinni á sólarhring, eða stærsta skammti sem þolist, á að fara fram með því að tvöfalda skammtinn með að minnsta kosti 2 vikna millibili. *Sérstakir sjúklingahópar:* Ekki er nauðsynlegt að breyta upphafsskammti handa öldruðum sjúklingum eða sjúklingum með skert blóðrúmmál, skerta nýrnastarfsemi eða vægt til í meðallagi skerta lifrarstarfsemi. *Samhliða meðferð:* Nota má Atacand ásamt öðrum lyfjum til meðferðar við hjartabilun, þ.m.t. ACE-hemlum, beta-blokkum, þvagræsilyfjum og hjartaglýkósíðum eða blöndu þessara lyfja. *Lyfjagjöf:* Atacand á að taka inn einu sinni á sólarhring með eða án matar. Sjá nánar í Sérlyfjaskrá. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir candesartancilexetili eða einhverju hjálparefnanna. Meðganga og brjóstagjöf. Alvarlega skert lifrarstarfsemi og/eða gallteppa. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** *Skert nýrnastarfsemi:* Eins og við á um önnur lyf sem hamla renin-angiotensin-aldosteronkerfinu má búast við breytingum á nýrnastarfsemi hjá næmum sjúklingum sem fá meðferð með Atacand. Þegar Atacand er notað handa sjúklingum með háþrýsting og skerta nýrnastarfsemi er mælt með reglulegu eftirliti með kalíum- og kreatíníngildum í sermi. Reynsla hjá sjúklingum með mjög alvarlega skerta nýrnastarfsemi eða nýrnabilun á lokastigi (Clkreatínín <15 ml/mín.) er takmörkuð. Hjá þessum sjúklingum á að stækka skammt Atacand varlega undir nánu eftirliti með blóðþrýstingi. Mat sjúklinga með hjartabilun á að fela í sér reglulegt eftirlit með nýrnastarfsemi, sérstaklega hjá öldruðum sjúklingum 75 ára eða eldri og sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. Við stækkun skammts af Atacand er mælt með eftirliti með kreatíníni og kalíumi í sermi. Sjúklingar með kreatíníni í sermi >265 µmól/l (>3 mg/dl) tóku ekki þátt í klínískum rannsóknum á hjartabilun. *Samhliða meðferð með ACE-hemli við hjartabilun:* Hætta á aukaverkunum, sérstaklega skertri nýrnastarfsemi og blóðkalíumhækkun getur aukist þegar candesartan er notað ásamt ACE-hemli. Sjúklingar sem fá þessa meðferð eiga að fara reglulega í nákvæmt eftirlit. *Himnuskilun:* Meðan á himnuskilun stendur getur blóðþrýstingur verið sérstaklega viðkvæmur fyrir AT1-viðtakablokkun vegna minnkaðs plasmarúmmáls og virkjunar renin-angiotensin-aldosteronkerfisins. Því ætti að hækka skammta Atacand varlega undir nánu eftirliti með blóðþrýstingi hjá sjúklingum sem undirgangast himnuskilun. *Nýrnaslagæðarþrengsli:* Önnur lyf sem verka á renin-angiotensin-aldosteronkerfið, t.d.angiotensin-converting-enzyme (ACE) hemlar, geta aukið þvagefni í blóði og kreatíníni í sermi hjá sjúklingum með nýrnaslagæðarþrengsli báðum megin eða hjá sjúklingum með eitt nýra og nýrnaslagæðarþrengsli. Búast má við svipuðum áhrifum af völdum angiotensin II viðtakablokka. *Lágþrýstingur:* Lágþrýstingur getur komið fram við meðferð með Atacand hjá sjúklingum með hjartabilun. Eins og lýst hefur verið við notkun annarra lyfja sem verka á renin-angiotensin-aldosteronkerfið, getur lágþrýstingur einnig komið fram hjá sjúklingum með háþrýsting og skert blóðrúmmál eins og þeim sem fá stóra skammta af þvagræsilyfi. Gæta skal varúðar í upphafi meðferðar og leitast við að leiðrétta blóðþurrð. *Blóðkalíumhækkun:* Með hliðsjón af reynslu af notkun annarra lyfja sem hafa áhrif á renin-angiotensin-aldosteronkerfið, getur samhliða notkun Atacand og kalíumsparandi þvagræsilyfja, kalíumuppbótar, saltauppbótar sem inniheldur kalíum eða annarra lyfja sem geta aukið kalíumgildi (t.d. heparin), valdið hækkun á kalíum í sermi hjá sjúklingum með háþrýsting. Hjá sjúklingum með hjartabilun sem fá meðferð með Atacand, getur blóðkalíumhækkun komið fram. Við meðferð með Atacand hjá sjúklingum með hjartabilun, er mælt með reglulegu eftirliti með kalíum í sermi, sérstaklega við samhliða notkun með ACE-hemlum og kalíumsparandi þvagræsilyfjum eins og spironolactoni. Sjá nánar í Sérlyfjaskrá. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Engar milliverkanir við önnur lyf sem hafa klínískа þýðingu hafa komið fram. Brotthvarf candesartans verður aðeins að litlu leyti vegna lifrarumbrots (CYP2C9). Þær rannsóknir á milliverkunum sem til staðar eru benda ekki til áhrifa á CYP2C9 og CYP3A4 en áhrif á önnur cytochrom P450 ísóensím eru sem stendur ekki þekkt. Við samhliða notkun angiotensin II viðtakablokka og bólgueyðandi gigtarlyfja sem ekki eru sterar (t.d. sértækir COX-2 hemlar, asetýlsalicýlsýra (>3 g/dag) og ósértækra bólgueyðandi gigtarlyfja [NSAIDs]) geta blóðþrýstingslækkandi áhrif dvínað. Eins og við á um ACE-hemla, getur samhliða notkun angiotensin II viðtakahemla og bólgueyðandi gigtarlyfja (NSAIDs) valdið aukinni hættu á versnandi nýrnastarfsemi, þ.m.t. hugsanlega bráðri nýrnabilun og hækkun á kalíum í sermi, sérstaklega hjá sjúklingum sem fyrir eru með lélega nýrnastarfsemi. Fæða hefur ekki áhrif á aðgengi candesartans. Sjá nánar í Sérlyfjaskrá. **Aukaverkanir:** *Meðferð háþrýstings:* Í klínískum samanburðarrannsóknum voru aukaverkanir vægar og tímabundnar og samþærilegar við lyfleysu. Heildartíðni aukaverkana virtist ekki tengjast skammti eða aldri. Tíðnin þegar meðferð var hætt vegna aukaverkana var svipuð fyrir candesartancilexetil (3,1%) og lyfleysu (3,2%). Í sameinaðri greiningu á niðurstöðum klínískra rannsókna var greint frá eftirtöldum algengum (>1/100) aukaverkunum candesartancilexetils, þar sem tíðni aukaverkana vegna candesartancilexetils var að minnsta kosti 1% hærri en tíðni vegna lyfleysu: *Taugakerfi:* Sundl/svimi, höfuðverkur. *Sýkingar af völdum baktería og sníkjudýr:* Öndunarfærasýkingar. Yfirleitt þarf ekki að gera neinar reglubundnar rannsóknir hjá sjúklingum sem fá Atacand. Hins vegar er mælt með reglulegu eftirliti með kalíum í sermi og kreatíníngildum hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. Sjá nánar í Sérlyfjaskrá. *Meðferð hjartabilunar* Reynsla af aukaverkunum Atacand hjá sjúklingum með hjartabilun var í samræmi við lyfhrif lyfsins og heilsufar sjúklinganna. Í klínísku rannsóknunni 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 candesartancilexetil og 16,1% af hópnum sem fékk lyfleysu, meðferðinni vegna aukaverkana. Algengar aukaverkanir (≥ 1/100, <1/10) sem komu fram voru: *Æðar:* Lágþrýstingur. *Efnaskipti og næring:* Blóðkalíumhækkun. *Nýru og þvagfæri:* Skert nýrnastarfsemi. *Rannsóknaniðurstöður:* Hækkun kreatíníns, þvagefnis og kalíums. Mælt er með reglulegu eftirliti með kreatíníni og kalíumi í sermi. Sjá nánar í Sérlyfjaskrá.

Pakkningar og verð: Töflur 4 mg: 28 stk. (þynnupakkað), kr. 2.911; 98 stk. (þynnupakkað), kr. 8.122. Töflur 8 mg: 28 stk. (þynnupakkað), kr. 3.223; 98 stk. (þynnupakkað), kr. 8.704. Töflur 16 mg: 28 stk. (þynnupakkað), kr. 3.915; 98 stk. (þynnupakkað), kr. 10.543. Töflur 32 mg: 28 stk. (þynnupakkað), kr. 4.603; 98 stk. (þynnupakkað), kr. 13.282.

Atacand candesartan

Handhafi markaðsleyfis: AstraZeneca A/S, Albertslund, Danmörk. **Umboð á Íslandi:** Vistor hf., Garðabæ. Afgreiðsla og greiðsluþátttaka: R, B. Sjá nánari upplýsingar í Sérlyfjaskrá á vef Lyfjastofnunar: www.lyfjastofnun.is. maí 2007.

Lanzo áður Lanzo Melt **A02BC03** **RE**
Wyeth Lederle Nordiska AB, Lansóprazól 15 mg eða 30 mg. Sýrupolin munndreifitafla. **Ábendingar:** Sársjúkdómur í skeifugörn og maga. Bólga í vélinda vegna bakflæðis.Samtímis meðferð með sýklalyfjum vegna meðferðar á sári í skeifugörn af völdum Helicobacter pylori.Langtímameðhöndlun vegna sjúkdurtekinnar bakflæðisvélindabólgu. Einkennameðhöndlun á brjóstsviða og vegna sýrubakflæðis við bakflæðissjúkdóm í vélinda og maga. Zollinger-Ellison heilkenni. Meðhöndlun á sári í maga, vélinda eða skeifugörn vegna bólgueyðandi gigtarlyfja. Fyrirbyggjandi meðferð vegna aukinnar hættu á sári í maga, vélinda og skeifugörnum vegna bólgueyðandi gigtarlyfja. **Skammtar og lyfjagjöf:** Lanzo taflan er sett á tungu þar sem hún leysist upp. Taflan leysist fljótt í munni og við það losnar sýrupolna örkyrnið og er kyngt með munnvatninu. Töflurnar má einnig gleypa heilar með vatni. Þær má hvorki mylja né tyggja. Til að ná hámarksverkun, skal taka töflurnar fyrir morgunmat. Við skömmtun tvisvar á dag skal taka töflurnar að morgni og að kvöldi fyrir máltíð. **Skeifugarnarsár:** Ráðlagður skammtur er 30 mg einu sinni á dag. Skeifugarnarsár læknast venjulega á 2 vikum. Hjá þeim sjúklingum sem ekki hafa náð fullum bata eftir fyrstu meðhöndlun skal halda lyfjagjöf áfram í tvær vikur til viðbótar með sama skammti. **Magasár:** Ráðlagður skammtur er 30 mg einu sinni á dag. Magasár læknast venjulega á 4 vikum. Hjá þeim sjúklingum sem ekki hafa náð fullum bata eftir fyrstu meðhöndlun skal halda lyfjagjöf áfram í 4 vikur til viðbótar með sama skammti. **Uppræting á Helicobacter pylori:** Lanzo 30 mg, amoxicillín 1g og klaritrómýcín 250 mg gefið tvisvar á dag í 7 daga eða Lanzo 30 mg, klaritrómýcín 250 mg og metrónídazól 400 mg gefið tvisvar á dag í 7 daga. Ef um ónæmi er að ræða má nota eftirfarandi samsetningu: Lanzo 30 mg amoxicillín 1g og metrónídazól 400 mg gefið tvisvar á dag í 7 daga. **Bólga í vélinda vegna bakflæðis:** Ráðlagðir skammtar eru 30 mg einu sinni á dag. Lækning verður venjulega innan fjögurra vikna. Hjá þeim sjúklingum sem ekki hafa náð fullum bata, skal halda meðferð áfram í 4 vikur til viðbótar með sömu skömmtum. Þá sjúklinga sem svara ekki meðferð með H(2)-viðtakablokkum má meðhöndla í allt að 8 vikum með 30 mg af Lanzo einu sinni á dag. Við bakslag er meðferðin endurtekin. **Langtíma meðhöndlun bólgu í vélinda vegna bakflæðis:** 15 mg einu sinni á dag. Ef þetta dugar ekki má auka skammta upp í 30 mg einu sinni á dag. **Meðferð á einkennum vegna bakflæðissjúkdóms:** Venjulegur dagskammtur er 15-30 mg. Ef meðferð á einkennum hefur ekki borið árangur eftir 2-4 vikna meðferð eru frekari rannsóknir ráðlagðar. Meðferðina má endurtaka eftir þörfum. **Zollinger-Ellison heilkenni:** Ráðlagður skammtur í upphafi meðferðar er 60 mg einu sinni á dag. Finna þarf hæfilegan skammt hverju sinni og skal meðferðinni haldið áfram svo lengi sem nauðsyn krefur. Skammtur getur verið allt að 180 mg daglega. Fari dagskammtur yfir 120 mg ætti að skipta honum í tvennt. **Meðhöndlun á sári í maga, vélinda eða skeifugörn vegna bólgueyðandi gigtarlyfja:** 30 mg einu sinni á dag í 4 vikur. Hafi sárið ekki gróið eftir 4 vikna meðferð er meðhöndlun haldið áfram í 4 vikur í viðbót. Hjá sjúklingum í sérstökum áhættuhópi þar sem lækning gæti reynst erfið, ætti að nota lengri meðferðartímann. **Fyrirbyggjandi meðferð vegna aukinnar hættu á sári í maga, vélinda og skeifugörn eða meltingartruflunum vegna bólgueyðandi gigtarlyfja:** 15 mg einu sinni á dag. Ef þetta dugar ekki má auka skammta í 30 mg einu sinni á dag. **Frábendingar:** Engar þekktar. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Skert lifrarstarfsemi. Ef grunur er um sársjúkdóm, skal það staðfest með röntgenmyndatöku eða speglun snemma á veikindaferlinu til að komast hjá óþarfa meðferð. Við meðhöndlun á magasári skal útiloka illkynja sjúkdóm. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Forðast skal samtímis meðferð með ketókónazóli. Lansóprazól umbrotnar fyrir tilstilli cýtókróm P-450 ensíma í lifur, þannig að milliverkanir með öðrum lyfjum sem einnig umbrotna fyrir tilstilli þessa kerfis, geta hugsanlega átt sér stað. Lyf sem umbrotna fyrir tilstilli cýtókróm P-450 ensímkerfisins og hafa þröngt lækningalegt svið á ekki að gefa samtímis Lanzo. Gæta skal ítrustu varúðar við samtímis meðhöndlun með karbamazepíni, fenýtóíni og teófýllíni. Engin klínísk marktæk verkun á blóðþéttni díazepams eða warfaríns hefur komið fram við samtímis notkun þeirra og lansóprazóls. Ekki hefur komið fram milliverkun milli lansóprazóls og sýrubindandi lyfja eða bólgueyðandi gigtarlyfja við samtímis notkun. **Meðganga og brjóstagjöf. Meðganga:** Klínísk reynsla á meðgöngu er takmörkuð. Dýratilraunir hafa ekki sýnt fram á aukna áhættu fyrir fóstrið. **Brjóstagjöf:** Ekki eru til upplýsingar um hvort lansóprazól skilst út í brjóstamjólk. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Engar upplýsingar benda til að lyfið skerði hæfni manna til aksturs bifreiða og/eða stjórnunar annarra véla. **Aukaverkanir:** Algengustu aukaverkanir sem skráðar hafa verið í klínískum rannsóknum með Lanzo hafa verið frá meltingarfærum, eins og niðurgangur, magaverkir, ógleði, höfuðverkur og svimi (> 1%). Algengar (>1/100)Almennar: Höfuðverkur, svimi. Meltingarfæri: Niðurgangur, ógleði, kviðverkir, hægðatregða, uppköst, vindgangur, meltingartruflanir. Húð: Útbrot, kláði, ofsakláði. Sjaldgæfar (1/100 – 1/1000) Almennar: Þreyta. Lifur: Breytingar á lifrarprófum. Mjög sjaldgæfar (<1/1000) Almennar: Bjúgur í útlimum. Ofnæmisviðbrögð eins og ofsabjúgur, hiti og ofnæmislost. Blóð: Hvítkornafæð, blóðflagnafæð, blóðfrumnafæð, kyrningahrap, fjölgun eósínfilkla, depilblæðingar. Miðtaugakerfi: Þunglyndi, náladofi, ruglingur, ofskynjanir. Innkirtlar: Brjóstastækkun hjá karlmönnum. Meltingarfæri: Munnþurrkur, breytingar á bragðskyni Húð: Hárlos, aukið ljósnæmi, Stevens-Johnson heilkenni, drep í húðþekju (toxic epidermal necrolysis), regnbogaroðasótt. Lifur: Gula, lifrarbólga. Stoðkerfi: Liðverkir (arthralgia), vöðvaþrautir Þvagfæri: Millivefsbólga í nýrum Augu: Þokusýn.
Dagsetning endurskoðunar textans: 10. maí 2006. Pakkningar og verð 10. desember 2006: Lanzo Melt selt meðan birgðir endast; 15 mg 28 stk. 3232 kr., 98 stk. 8570 kr., 30 mg 28 stk. 4839. Lanzo 30 mg: 56 stk. 8624 kr.

icepharma

Wyeth

EFEXOR DEPOT **NO6A X16** **RB**
Wyeth AB. Venlafaxín-hýdróklóríð, samsvarandi venlafaxín 37,5 mg, 75 mg eða 150 mg. Forðahylki, hart. **Ábendingar:** Þunglyndi (major depression), þar með talið bæði djúpt og alvarlegt innlægt þunglyndi (melancholia) og kvíðatengt þunglyndi. Almenn kvíðaröskun (GAD). Til að koma í veg fyrir bakslag þunglyndis eða til að koma í veg fyrir endurtekið þunglyndi. Félagsfælni. Felmtur með eða án víðáttufælni. **Skammtar og lyfjagjöf:** Efexor Depot ætti að taka með mat. Hylkin skal gleypa heil. Efexor Depot ætti að gefa einu sinni á dag. Upphafsskammtur er 75 mg. *Þunglyndi:* Ef þörf krefur, er hægt að auka skammtinn um 75 mg á dag á a.m.k. 4 daga fresti. Við miðlungs alvarlegu þunglyndi má títra skammta upp í 225 mg á dag og við alvarlegu þunglyndi er hámarksskammtur 375 mg á dag. *Almenn kvíðaröskun (GAD/Félagsfælni):* Hjá sjúklingum sem ekki sýna neina svörun við 75 mg upphafsskammti á dag, getur verið gagnlegt að auka skammta upp að hámarki 225 mg á dag. Skammta má auka með u.þ.b. 2 vikna millibili eða meira, en aldrei skemur en 4 daga fresti. *Felmtur:* Ráðlagður skammtur er 75 mg af Efexor Depot einu sinni á dag. Við upphaf meðferðar skal gefa 37,5 mg upphafsskammt á dag af Efexor Depot fyrstu 4 – 7 dagana, en auka síðan skammtinn upp í 75 mg einu sinni á dag. Hjá sjúklingum sem ekki sýna neina svörun við 75 mg skammti á dag, getur verið gagnlegt að auka skammta upp í að hámarki 225 mg á dag. Til að lengja losun venlafaxíns (extended-release) má auka skammtinn um 75 mg á dag með u.þ.b. 2 vikna millibili eða meira, en aldrei skemur en 4 daga fresti. Þegar æskilegur árangur hefur náðst ætti að minnka skammtinn smám saman niður í minnsta viðhaldsskammt miðað við svörun og þol sjúklings (yfirleitt 75-150 mg/dag). Hjá öldruðum og sjúklingum með hjarta- og æðasjúkdóma/háþrýsting ætti að auka skammtinn með varúð. Við meðferð sjúklinga með skerta nýrna- og/eða lifrarstarfsemi er mælt með minni skömmtum. Ef kreatíníníúthreinsun er 10-70 ml/mín. þarf að minnka skammt um 25-50%. Heildardagskammt af venlafaxíni þarf að minnka um 50% í blóðskilunarsjúklingum. Ekki má gefa venlafaxín fyrr en blóðskilun er lokið. Við meðal alvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi ætti að minnka skammtinn um 50%. Ef um alvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi er að ræða kann að reynast nauðsynlegt að minnka skammtinn enn meir. Í slíkum tilvikum kann að vera nauðsynlegt að gefa Efexor töflur. Skammtar til að koma í veg fyrir bakslag eða endurtekið þunglyndi eru venjulega þeir sömu og notaðir eru við upphaflegu meðferðina. Hafa skal reglulegt eftirlit með sjúklingum til að hægt sé að meta árangur af langtímameðferð.Lyfið er ekki ætlað börnum yngri en 18 ára. Ekki er mælt með neinni skammtaaðlögun venlafaxíns vegna aldurs. Efexor depot forðahylki inniheldur kúlur, sem losa lyfið hægt út í meltingarfærin. Óuppleysanlegur hluti þessara kúlna skilst út og getur sést í hægðum. *Eftirlit með lyfjagjöf og skömmtum.* Meðferð ætti að halda áfram í a.m.k. þrjá mánuði (yfirleitt í sex mánuði) eftir að bata er náð. Þegar ætlunin er að hætta meðferð með Efexor Depot ætti að minnka skammt sjúklings smám saman í a.m.k. tvær vikur ef venlafaxín hefur verið notað í meira en 6 vikur að viðhafði aðgát vegna hættu á bakslagi. Tíminn sem þarf til að minnka skammtinn getur verið háður skammtinum, lengd meðferðar og ástandi sjúklings. Haft skal samband við sérfræðing ef enginn bati hefur náðst eftir eins mánaðar meðferð. **Frábendingar:** Brátt hjartadrep, bráður sjúkdómur í heilaæðum og ómeðhöndlaður háþrýstingur. Samtímis meðferð með mónóamínoxíðasahemlum. Ofnæmi fyrir venlafaxíni eða einhverjum hjálparefnanna. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Aldraðir (>65 ára). Sjúklingar með þekktan sjúkdóm í hjarta-æðakerfi eða heilaæðum, þ.m.t. meðhöndlaðan háþrýstingur. Skert nýrna- og/eða lifrarstarfsemi. Krampa getur orðið vart við venlafaxín meðferð, nota ætti venlafaxín með varúð hjá sjúklingum með sögu um krampa. Þegar er skipt frá mónóamínoxíðasahemli til venlafaxíns skal gera minnst 14 daga meðferðarhlé. Ef breytt er meðferð frá venlafaxíni til mónóamínoxíðasahemils er mælt með 7 daga meðferðarhléi.Gera verður ráð fyrir hættu á sjálfsvígi hjá öllum sjúklingum sem haldnir eru þunglyndi og ávísa ætti minnsta skammti í upphafi til að draga úr hættu á ofskömmtun. Hætta á sjálfsvígi fylgir þunglyndi og kann að vera fyrir hendi þar til verulegur bati hefur náðst. Fylgjast þarf vel með hvort sjúklingum sem meðhöndlaðir eru með venlafaxín versnar og einnig hvort sjálfsvígshugsanir gera vart við sig, sérstaklega í upphafi meðferðar eða þegar einhverjar breytingar verða á skammtastærð eða skammtafyrirmælum.Venlafaxín kann hjá sumum sjúklingum að valda hækkuðum blóðþrýstingi (lagbilsþrýstingur hækkar um 10-30 mmHg). Mælt er með því að viðkomandi læknir fylgist með blóðþrýstingi við hverja heimsókn sjúklings. Hjá öldruðum og sjúklingum með þekktan hjarta- og æðasjúkdóm ætti að fylgjast með blóðþrýstingi á hálfsmánaðar fresti í 4-6 vikur og eftir það við hverja heimsókn til viðkomandi læknis. Sjúklinga í langtímameðferð ætti að fræða um mikilvægi góðrar tannhirðu vegna þess að þurrkur í munni kann að valda aukinni hættu á tannskemmdum. Ekki hefur fengist reynsla af meðferð sjúklinga með geðklofa. Áhrif venlafaxíns á þunglyndi í geðhvarfasýki (bipolar depression) hafa ekki verið könnuð. Hjá sjúklingum með geðhvarfasýki getur orðið þróun til geðhæðarfasa. Sjúklingar með flogaveiki þarfnast viðeigandi flogaveikilyfja á meðan á meðferð stendur. Ekki hefur fengist klínísk reynsla hjá börnum. Lækkun natríums í blóði og/eða óeðlileg seyting þvagtemprandi hormóns (Syndrome of Inappropriate Anti-
idiuretic hormone (SIADH)) hefur stöku sinnum sést við meðferð með geðlægðarlyfjum, m.a. serótóníníupptökuhemlum, oftast hjá öldruðum og sjúklingum sem eru á þvagræsilyfjum. Upp hafa komið örfá tilvik með lækkun natríum í blóði af völdum Efexors, yfirleitt hjá öldruðum, sem hefur leitt til þess að hætt var við að gefa lyfið. Hraðari hjartslátt getur komið fyrir, sérstaklega við töku hærri skammta. Varúðar ætti að gæta hjá sjúklingum þar sem undirliggjandi sjúkdómar gætu versnað með hraðari hjartslætti. Ljósopsstæring getur komið fyrir í tengslum við venlafaxín. Mælt er með að sjúklingar með hækkaðan augnþrýsting eða sjúklingar með hættu á þrönghornsgláku séu undir sérstöku eftirliti. Hættan á húð- og slímhúðarbleðingum getur aukist hjá sjúklingum sem taka venlafaxín. Nota ætti venlafaxín með varúð hjá sjúklingum sem eiga til að fá blæðingar á þessum stöðum.Öryggi og virkni venlafaxíns meðferðar samhliða megrunarlyfjum hefur ekki verið könnuð. Ekki er mælt með samhliða töku venlafaxíns hýdróklóríðs og megrunarlyfja. Venlafaxín er ekki ætlað sem megrunarlyf, hvorki eitt og sér, né samtímis töku annarra efna. Í klínískri rannsókn þar sem venlafaxín var borið saman við lyfleysu, sást aukning á kólesteróli í blóði sem skipti máli hjá 5,3% sjúklinga sem fengu venlafaxín en 0,0% sjúklinga sem fengu lyfleysu í a.m.k. 3 mánuði. Íhuga ætti að mæla kólesteról í blóði við langtímameðferð.Í klínískri rannsókn hjá börnum, var aukning í skráningu á neikvæðum hugsunum og, sérstaklega þar sem um alvarlegt þunglyndi var að ræða, aukning á sjálfsmorðshugsunum og sjálfskaða. Fráhvarfseinkenni sem fram koma þegar töku gedeyfðarlyfja er hætt eru vel þekkt. Því er mælt með að venlafaxín skammturinn verði smám saman minnkaður og fylgst verði vel með sjúklingnum. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Engar milliverkanir hafa komið fram hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum eftir einfaldan skammt af litíum, díazepami og etanóli á meðan á meðferð stendur með venlafaxíni. Rannsóknir benda til þess að venlafaxín umbrotni í O-desmetýlvenlafaxín af völdum ísóensímsins CYP2D6 og í N-desmetýlvenlafaxín af völdum ísóensímsins CYP3A3/4. Vænta má eftirtalinna milliverkana þótt þær hafi ekki verið rannsakaðar sérstaklega *in vivo*. Samtímis meðferð með lyfjum, sem hamla CYP2D6, gæti valdið aukinni uppsöfnun venlafaxíns svipað því og búast má við í einstaklingi með hæg umbrot debrisokíns. Aðgát skal höfð þegar Efexor er gefið ásamt lyfjum svo sem kínidíni, paroxetíni (sjá fleiri dæmi í þessum kafla). Þar eð venlafaxín gæti dregið úr umbrotum annarra lyfja sem CYP2D6 umbrýtur ætti að gæta varúðar við notkun venlafaxíns ásamt slíkum lyfjum þar eð plasmaþéttni þeirra gæti aukist. Búast má við mikilli uppsöfnun venlafaxíns ef einstaklingi með hæg umbrot CYP2D6 er gefinn CYP3A3/4 hemill á sama tíma. Því skyldi gæta varúðar við notkun Efexors samfara lyfjum sem hamla gegn CYP3A3/4 t.d. ketókónasóli. Segavarnaráhrif warfarins geta aukist hjá sjúklingum við það að taka venlafaxín samtímis.Rannsókn á lyfhrifum með gjöf halóperidóls hefur sýnt eftirfarandi niðurstöður fyrir halóperidól: 42% minnkun á heildaráthreinsun við inntöku (oral clearance), 70% aukning á AUC og 88% aukning á Cmax en engin breyting á helmingunartíma. Sýnt hefur verið fram á að címetidín kemur í veg fyrir umbrot venlafaxíns við fyrstu umferð í lifur við stöðugt ástand; címetidín hefur aftur á móti engin áhrif á lyfhrif O-desmethylvenlafaxíns. Talið er að heildarlyfhrif venlafaxíns og O-desmethylvenlafaxíns aukist aðeins í flestum sjúklingum. Í öldruðum og í sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi getur verið að þessi milliverkun sé greinilegri. Byggt á þekkingu á virkni venlafaxíns og möguleika á serótónin heilkenni, er mælt með varúð þegar venlafaxín er gefið samtímis öðrum lyfjum sem gætu haft áhrif á serótónin boðefnakerfið, svo sem triptan,og sértækir serótónin endurupptöku blokkarar. **Meðganga og brjóstagjöf:** *Meðganga:* Takmörkuð klínísk reynsla hefur fengist af því að gefa barnshafandi konum lyfið. Rannsóknir á dýrum hafa leitt í ljós minnkaða þyngd og stærð fóstra og lakari lífsmöguleika, líklega vegna eiturvirkni á móður. Þar til frekari reynsla hefur fengist af Efexor ætti ekki að gefa það á meðgöngutíma nema að vandlega athuguðu máli. Ef venlafaxín er gefið fram að fæðingu eða skömmu fyrir fæðingu, getur nýburinn orðið fyrir fráhvarfseinkennum. Nýburar sem hafa verið útsettir fyrir venlafaxíni seint á þriðja hluta meðgöngu hafa fengið einkenni sem krefjast aðstoðar við öndun eða lengri sjúkrahúsdvalar. *Brjóstagjöf:* Venlafaxín og O-desmethylvenlafaxín skiljast út í móðurmjólk; því ætti að taka ákvörðun um það hvort halda skuli brjóstagjöf áfram eða hætta töku venlafaxíns. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Hugsanlegt er að meðferð með Efexor Depot kunni að hægja á viðbrögðum sumra sjúklinga. Þetta ætti að hafa í huga við aðstæður sem krefjast sérstakrar árvekni, t.d. við akstur. *Aukaverkanir:* Algengar (>1/100): *Almennar:* Þróttleysi, lystarleysi, höfuðverkur, kviðverkir, þyngdarminnkun eða þyngdaraukning, svitakóst (einnig nætursviti), kláði, syfja, skjálfti.Blóðrás: Háþrýstingur, stöðubundinn lágþrýstingur, hraðtaktur, æðavíkkun, hjartsláttarónot. *Miðtaugakerfi:* Rugl, martröð, minnkuð kynhvöt, svefnleysi, truflað húðskyn, kvíði, aukinn vöðvasam-dráttur, taugaóstyrkur. *Meltingafæri:* Ógleði, uppköst, minnkuð matarlyst, hægðatregða, meltingartruflun, munnþurrkur. Efnaskipti:Hækkun á kólesteróli í blóði (sérstaklega við langvarandi notkun og hugsanlega í stórum skömmtum). *Húð:* Sviti (þar með talinn nætursviti). *Þvag- og kynfæri:* Áhrif á sáðlát/fullnægingu, getuleysi, minnkuð þvaglát (aðallega erfiðleikar við losun (mostly hesitancy)). *Augu:* Sjónstillingartruflun, ljósopsstærsing, sjóntruflanir. Sjaldgæfar (>1/1000, <1/100) *Almennar:* Bjúgur, eyrnasuð.*Blóð:* Flekkblæðing, blæðingar í slímhúð.*Blóðrás:* Lágþrýstingur, réttstöðuþrýstingsfall, hraðtaktur. *Miðtaugakerfi:* Slen, ósamhæfðar hreyfingar, ofhreyfni, ofskynjanir, geðhæð, sljóleiki, vöðvakippir, æsingur. *Meltingarfæri:* Bólga í vélinda, magabólga, tannholdsbólga, bragðbreytingar, tannagnistur,niðurgangur. *Húð:* Hárlos, útbrot, ofsakláði, aukið ljósnæmi. *Lifur:* Hækkuð lifrarensím í blóði, blóðnatríumlækkun. *Öndunarfæri:* Astmi. *Kyn- og þvagfæri:* Óeðlileg fullnæging (konur), miklar tíðablæðingar, þvagteppa. *Augu:* Tárubólga. Mjög sjaldgæfar (<1/1000) *Almennar:* Hálfdvali (stupor). *Blóð:* Lenging á blæðingartíma, blóðflagnafæð. *Blóðrás:* Breytingar á hjartarafriti (T-bylgja, S-T hluti, gátta-sleglarof af gráðu I). *Miðtaugakerfi:* Krampar, einkenni um utanstýtukvilla (Parkinsonlík einkenni), persónuleikatruflun, illkynja sefunarheilkenni (NMS), serótónvirkt heilkenni (Serotonergic Syndrome). *Lifur:* Lifrarbólga, óeðlileg seyting þvagtemprandi hormóns (SIADH). Koma örsjaldan fyrir (<1/10 000) *Almennar:* Ofnæmislost. *Blóðrás:* QT lenging, sleglatif, sleglahraðsláttur (þar með talið torsade de pointes). *Melt-ingarfæri:* Brisbólga. *Blóð:* Blóðmein (þar með talið kyrningahrap, vanmyndunarblóðleysi, daufkyrningafæð og blóðfrumnafæð). *Efnaskipti:* Aukning í prólaktíni. *Stoðkerfi og stoðvefur:* Rákvöðvasundrun. *Miðtaugakerfi:* Æði, utanstrýtu einkenni (þar með talið truflað vöðvaspenna og hreyfingatregða), síðkomin hreyfitregða. *Öndunarfæri:* Fjölgun eósínófíla í lungum. *Húð:* Regnbogaroðasótt, Stevens Johnson heilkenni, kláði. Tilkynnt hefur verið um eftirfarandi einkenni þegar meðferð hefur verið hætt skyndilega: ólmhugur, kvíði, geðaesingur, taugaóstyrkur, rugl, svefnleysi og aðrar svefntruflanir, þreyta, svefnhöfgi, náladofi, krampi, sundl, svimi, höfuðverkur, eyrnasuð, sviti, munnþurrkur, þyngdartap, niðurgangur, ógleði og uppköst. Meiri hluti þeirra einkenna sem koma fram þegar meðferð er hætt eru væg og ganga til baka án meðferðar. Í þunglyndi er ávallt erfitt að greina á milli raunverulegra aukaverkana lyfja og einkenna um þunglyndi. Aukaverkanirnar ógleði og uppköst tengjast skammtastærð; stærri upphafsskammtar valda aukinni tíðni af ógleði. Styrkur og tíðni þessarar aukaverkunar minnka yfirleitt við áframhaldandi meðferð. Í klínískum rannsóknum á börnum og unglingum (6-17 ára) sáust almennt sömu aukaverkanir af venlafaxíni og hjá fullorðnum. Þó sást aukning í skráningu á neikvæðum hugsunum og, sérstaklega þar sem um alvarlegt þunglyndi var að ræða, aukning á sjálfsvígstengdum atvikum eins og sjálfsvígshugsunum og sjálfskaða. **Ofskömmtun:** Eftir markaðssetningu hefur aðallega verið tilkynnt um ofskömmtun venlafaxíns í tengslun við samhliða notkun alkóhóls og/eða annarra lyfa. *Eiturvirkni:* Fullvaxnir einstaklingar hafa tekið inn allt að 6,75 g og orðið fyrir meðalsvæsnum eitrunaráhrifum. *Einkenni:* Bæling miðtaugakerfisins, krampar, andkólínvirk einkenni. Hraðtaktur (gúls og slegils), hægataktur, lækkaður blóðþrýstingur, breytingar á hjartarafriti, ST/T-breytingar, lenging QT-bils, lenging QRS-bils. *Meðferð:* Tryggja að öndunarvegur sé vel opinn, fylgjast með hjartarafriti; lyfjakol; magaskolun kemur til greina. Þegar hætta er á ásvelgingu er ekki mælt með að framkalla uppköstum. Ráðstafanir sem beinast að einkennum. Ólíklegt er að þvinguð þvaglát, skilun, hreinsun blóðs með aðsogi og blóðskipti kom að gagni. Engin þekkt mótefni eru fyrir venlafaxíni. Sérlyfjaskrártexti: 17. mars 2006.
Pakkningar og verð í desember 2006: Efexor Depot forðahylki **75 mg: 28 stk 4.599 kr., 98 stk. 13.222 kr., 100 stk 13.787 kr.** Efexor Depot 150 mg: **28 stk. 8.262 kr, 98 stk. 23.664 kr., 100 stk 24.385 kr.**

icepharma

Wyeth

Atacor - Atorvastatin 10, 20 og 40 mg

Atacor 10 mg, 20 mg og 40 mg. filmuhúðaðar töflur. **Virk innihaldsefni og styrkleikar:** Hver filmuhúðuð tafla inniheldur: 10 mg, 20 mg eða 40 mg atorvastatín (sem atorvastatín kalsíum). **Ábendingar:** Atacor er notað sem viðbót við mataræðisbreytingu til að lækka of hátt heildar-kólesteról, LDL-kólesteról, apólípóprótein B eða þríglýseríð hjá sjúklingum með kólesterólhækkun af ókunnri orsök, ættgenga kólesterólhækkun, blandaða blóðfituhækkun (svo sem IIa- og IIb-gerð skv. flokkun Fredericksons), þegar viðunandi árangur hefur ekki náðst með sérstöku mataræði eða öðrum ráðstöfunum en lyfjagjöf. Til viðbótar annarri blóðfitulækkandi meðferð, t.d. með öðrum LDL-kólesteróllækkandi lyfjum, eða ef aðrar ráðstafanir hafa ekki reynst árangursríkar til lækkunar á heildarkólesteróli og LDL-kólesteróli hjá sjúklingum með arfhreina (homozygot), ættgenga kólesterólhækkun. **Skammtar og lyfjagjöf:** Sjúklingur á að byrja á stöðluðu kólesteróllækkandi mataræði áður en honum er gefið Atacor og ætti að halda því áfram meðan á meðferð með Atacor stendur. Skammta á að ákveða fyrir hvern einstakling með tilliti til upphaflegs LDL-kólesterólgildis, markmiða meðferðarinnar og svörunar sjúklings. Venjulegur upphafsskammtur er 10 mg einu sinni á sólarhring. Skammta skal aðlaga með 4 vikna millibili eða sjaldnar. Hámarksskammtur er 80 mg einu sinni á sólarhring. Sólarhringsskammt á að taka í einu lagi en hann má taka hvenær sem er sólarhringsins með eða án fæðu. *Kólesterólhækkun eingöngu og blönduð (samsett) blóðfituhækkun:* Hæfilegur skammtur handa flestum sjúklingum er 10 mg Atacor á sólarhring. *Arfblendin ættgeng kólesterólhækkun:* Upphafsskammtur er 10 mg Atacor á sólarhring. Skammta skal ákveða fyrir hvern einstakling og aðlaga með 4 vikna millibili í allt að 40 mg á sólarhring. Síðan má auka skammt annaðhvort í 80 mg hámarksskammt á sólarhring eða gefa 40 mg af atorvastatín einu sinni á sólarhring og gallsýrubindandi lyf samtímis. *Arfhrein ættgeng kólesterólhækkun:* 10-80 mg á sólarhring, til viðbótar annarri blóðfitulækkandi meðferð (t.d. öðrum LDL-kólesteróllækkandi lyfjum), þegar viðunandi árangur hefur ekki náðst með annarri meðferð. *Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi:* Nýrnasjúkdómar hafa hvorki áhrif á plasmaþéttni né verkun atorvastatíns á blóðfitu og þarf því ekki að breyta skömmtum. *Aldraðir:* Verkun og öryggi af notkun ráðlagðra skammta hjá sjúklingum eldri en 70 ára er svipuð og hjá öðrum fullorðnum. *Börn og unglingar:* Notkun hjá börnum á að vera undir eftirliti sérfræðings. Reynsla af notkun lyfsins hjá börnum er takmörkuð og bundin við lítinn hóp sjúklinga (á aldrinum 4–17 ára) með alvarlega afbrigðilega blóðfituhækkun eins og arfhreina ættgenga kólesterólhækkun. Ráðlagður upphafsskammtur fyrir þennan hóp er 10 mg atorvastatín á sólarhring. Eftir svörun og þoli má auka skammtinn í 80 mg á sólarhring. Ekki er búið að meta upplýsingar um öryggi varðandi þroska hjá þessum hópi. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Virkur lifrarsjúkdómur eða óskýrð viðvarandi hækkun á transamínösum í sermi þar sem hækkunin er meiri en þreföld efri mörk meðalgilda. Vöðvakvilli. Meðganga og brjóstagjöf. Konur á barneignaraldri sem nota ekki getnaðarvarnir. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** *Áhrif á lifur:* Rannsaka skal lifrarstarfsemi áður en meðferð hefst og síðan reglulega meðan á meðferð stendur. Gera skal prófanir á lifrarstarfsemi sjúklinga ef merki eða einkenni um hugsanlegar lifrarskemmdir koma fram. Hækki transamínasagildi skal fylgjast með sjúklingum þar til gildi verða eðlileg. Hækki transamínasar meira en þrefalt miðað við efri mörk meðalgilda er mælt með því að minnka skammta eða stöðva Atacorgjöf. Nota skal Atacor með varúð hjá sjúklingum sem neyta mikils magns áfengis og/eða hafa fengið lifrarsjúkdóm. *Áhrif á beinagrindarvöðva:* Atorvastatín, eins og aðrir HMG CoA redúktasa-hemlar, getur í einstaka tilvikum haft áhrif á beinagrindarvöðva og valdið vöðvaþrautum, vöðvaþrota og vöðvakvillum sem geta leitt til rákvöðvalýsu, sem er lífshættulegt ástand og einkennist af hækkuðu CPK-gildi (meiri en tíföld efri mörk mæligilda), vöðvarauða í blóði og vöðvarauðamigu sem getur valdið nýrnabilun. Atorvastatín á að nota með varúð hjá sjúklingum sem eru útsettir fyrir rákvöðvalýsu. Mæla á (CPK-gildi) áður en meðferð með statínum hefst þegar um er að ræða sjúklinga með skerta nýrnastarfsemi, skjaldvakabrest, sögu um arfgenga vöðva-kvilla, sögu um vöðvakvilla eftir fyrri notkun statína eða fíbrata, lifrarbilun og/eða þegar um mikla alkóhólneyslu er að ræða. CPK-gildi skal einnig mæla áður en meðferð er hafin hjá öldruðum (70 ára og eldri). Meta á þörf fyrir slíka mælingu út frá fyrrgreindum þáttum. Í þessum tilvikum þarf að íhuga vandlega hugsanlegt gagn umframáhættu meðferðarinnar og mælt er með nákvæmu klínísku eftirliti. Ef CPK-gildi er mark-tækt hátt (meira en fimmföld efri mörk mæligilda) á ekki að hefja meðferð. *Mælingar kreatínfosfókínasa (CPK):* Ekki á að mæla CPK í kjölfar erfiðra æfinga eða ef einhver þáttur er til staðar sem líklegur er til að hækka CPK-gildið, þar sem það gerir túlkun erfiða. Ef CPK-gildi er marktækt hátt (meira en fimmföld efri mörk mæligilda) á að endurtaka mælingu eftir 5–7 daga til staðfestingar. Meðan á meðferð stendur þarf að gera sjúklingum grein fyrir mikilvægi þess að tilkynna strax ef þeir finna fyrir vöðvaverkjum, krömpum eða máttleysi sérstaklega ef lasleiki eða hiti fylgir. Ef þessi einkenni koma fram meðan á atorvastatín-meðferð stendur á að mæla CPK-gildi og ef það reynist marktækt hækkað (meira en fimmföld efri mörk mæligilda) á að hætta meðferð. Ef einkenni frá vöðvum eru alvarleg eða valda daglegum óþægindum á að hugleiða að hætta meðferð, jafnvel þótt CPK-gildi reynist ekki vera hærri en fimmföld efri mörk mæligilda. Ef einkenni hverfa og CPK-gildi verður eðlilegt má hugleiða að hefja meðferð atorvastatíns eða annars statíns, þá með lægsta skammti og undir nákvæmu eftirliti. Ef klínísk merki um hækkað CPK-gildi (meira en tíföld efri mörk mæligilda) eða rákvöðvalýsu eða ef grunur um rákvöðvalýsu koma fram á að hætta meðferð atorvastatíns. **Milliverkanir:** Hætta á vöðvakvilla við notkun HMG CoA redúktasa hemla eykst ef ciklósporín, fíbröt, makrólíðsýklalyf þ.m.t. erytrómýsín, azól-sveppalyf eða níasín eru tekin inn samtímis og hefur í örfáum tilvikum leitt til rákvöðvalýsu auk skertrar nýrnastarfsemi af völdum vöðvarauðamigu. Íhuga þarf vandlega hugsanlegan ávinning umfram áhættu við samtímis notkun. *Cýtokróm P450 3A4 hemlar:* Atorvastatín umbrotnar fyrir áhrif cýtókróm P450 3A4. Milliverkanir geta átt sér stað þegar Atacor er gefið samtímis cýtókróm P450 3A4 hemli og skal gæta varúðar þegar atorvastatín er gefið samtímis slíkum lyfjum því það getur leitt til aukinnar plasmaþéttni atorvastatíns. Við samtímis gjöf atorvastatíns 10 mg einu sinni á sólarhring og erytrómýsíns (500 mg fjórum sinnum á sólarhring) eða klarítrómýsíns (500 mg tvisvar sinnum á sólarhring), en það eru þekktir cýtókróm P-450 3A4 hemlar, kom fram hækkun á plasmaþéttni atorvastatíns. Klaritrómýsín jók C_{max} atorvastatíns um 56% og AUC um 80%. Atorvastatín og niðurbrotsefni þess eru hvarfefni P-glýkópróteins. Hemlar P-glýkópróteins (t.d. ciklósporín) geta aukið aðgengi atorvastatíns. Samtímis gjöf atorvastatíns 40 mg og ítrakónazóls 200 mg á sólarhring leiddi til þrefaldrar hækkunar á AUC atorvastatíns. Samtímis notkun atorvastatíns og próteasa hemla sem eru þekktir CYP3A4 hemlar leiddu til aukinnar plasmaþéttni atorvastatíns. Greipaldinsafi inniheldur eitt eða fleiri efni sem hamla CYP3A4 og geta leitt til aukinnar plasmaþéttni lyfja sem eru umbrotin fyrir tilstilli CYP3A4. AUC atorvastatín jókst um 37% og AUC hins virka orthohýdroxý-umbrotsefnis minnkaði um 20,4% eftir inntöku 240 ml af greipaldinsafa. Hinsvegar veldur mikið magn greipaldinsafa (meira en 1,2 l á dag í fimm daga) 2,5 faldri aukningu á AUC atorvastatíns og 1,3 faldri aukningu á AUC virkra HMG-CoA redúktasa hemla (atorvastatín og virk umbrotsefni). Því er ekki ráðlagt að drekka mikið magn af greipaldinsafa meðan á atorvastatín meðferð stendur. *Cýtókróm P450 3A4 örvar:* Áhrif efna sem örva cýtókróm P450 3A4 (t.d. rífampisín eða fenýtóín) á Atacor eru ekki þekkt. Hugsanlegar milliverkanir annarra hvarfefna þessa ísóensíms eru óþekktar, en þær ætti að hafa í huga þegar um lyf með þröngan lækningafræðilegan stuðul er að ræða, t.d. lyf við hjartsláttartruflunum af flokki III, þ.m.t. amíódarón. *Gemfíbrózíl/Fíbröt:* Hætta á atorvastatín hvötuðum vöðvakvilla getur aukist við samtímis gjöf fíbrata. Niðurstöður *in vitro* rannsókna benda til þess að gemfíbrózíl hindri glúkúróneringu atorvastatíns og getur þannig hugsanlega valdið aukinni plasmaþéttni atorvastatíns. *Dígoxín:* Endurteknir skammtar dígoxíns og atorvastatíns 10 mg samtímis höfðu ekki áhrif á stöðuga plasmaþéttni dígoxíns. Hinsvegar jókst þéttni dígoxíns um 20% við samtímis notkun dígoxíns og atorvastatíns 80 mg daglega. Þessa milliverkun má skýra með hindrun á himnuflutningspróteininu P-glycóprótein. Fylgjast skal náið með sjúklingum á dígoxínmeðferð. *Getnaðarvarnalyf til inntöku:* Við samtímis notkun atorvastatíns og getnaðarvarnalyfja til inntöku jókst þéttni noretíndróns og etinýlestradíóls. Hafa skal þessar hækkanir á þéttni í huga þegar skammtar getnaðarvarnalyfja til inntöku eru ákveðnir. *Kólestípól:* Plasmaþéttni atorvastatíns og virkra umbrotsefna þess lækkaði (u.þ.b. 25%) þegar kólestípól var gefið með Atacor. Verkun á blóðfitu varð hins vegar meiri þegar atorvastatín og kólestípól voru gefin saman en þegar efnin voru gefin hvort fyrir sig. *Sýrubindandi lyf:* Við samtímis gjöf atorvastatíns og sýrubindandi mixtúra, sem innihalda magnesíum og álhýdroxíð, lækkaði plasmaþéttni atorvastatíns og virkra umbrotsefna þess u.þ.b. 35%; lækkun á LDL-kólesteróli breyttist hins vegar ekki. *Warfarín:* Við samtímis notkun atorvastatíns og warfaríns styttist prótrombíntími lítillega fyrstu daga meðferðarinnar en varð aftur eðlilegur innan 15 daga. Engu að síður skal fylgjast náið með sjúklingum á warfarín-meðferð þegar atorvastatíni er bætt við. *Fenazón:* Við samtímis notkun atorvastatíns og fenazóns um nokkurt skeið komu aðeins lítil eða engin sýnileg áhrif á úthreinsun fenazóns í ljós. *Címetidín:* Í einni rannsókn á címetidíni og atorvastatín m.t.t. milliverkana komu engar slíkar í ljós. *Amlódipín:* Samtímis notkun atorvastatíns 80 mg og amlódipíns 10 mg hafði ekki áhrif á lyfjahvörf atorvastatíns við stöðuga blóðþéttni. *Önnur lyf:* Í klínískum rannsóknum sáust engar klínískt marktækar milliverkanir þegar atorvastatín var gefið samtímis blóðþrýstingslækkandi lyfjum eða blóðsykurslækkandi lyfjum. **Meðganga og brjóstagjöf:** Meðganga og brjóstagjöf eru frábendingar við notkun Atacor. Konur á barneignaraldri verða að nota örugga getnaðarvörn meðan á meðferðinni stendur. Ekki hefur enn verið sýnt fram á öryggi við notkun atorvastatíns á meðgöngu og við brjóstagjöf. Rannsóknir á dýrum benda til þess að HMG-CoA redúktasa-hemlar geti haft áhrif á þroska fósturvísa og fóstra. Ekki er vitað hvort atorvastatín eða umbrotsefni þess skiljast út í brjóstamjólk hjá mönnum. **Akstur og notkun véla:** Atacor hefur engin áhrif á hæfni til aksturs eða notkunar véla svo vitað sé. **Aukaverkanir:** Algengustu aukaverkanir sem búast má við eru einkenni frá meltingarfærum þar á meðal hægðatregða, vindgangur, meltingartruflanir og kviðverkir sem venjulega lagast við áframhaldandi meðferð. Innan við 2% sjúklinga hættu þátttöku í klínískum rannsóknum vegna aukaverkana. Eftirfarandi listi yfir aukaverkanir er byggður á niðurstöðum klínískra rannsókna og aukaverkunum sem skráðar hafa verið eftir markaðssetningu lyfsins. *Algengar (>1/100, <1/10):* Hægðatregða, vindgangur, meltingartruflun, ógleði, niðurgangur, ofnæmi, svefnleysi, höfuðverkur, sundl, breytt húðskyn, snertiskynsminnkun, húðútbrot, kláði, vöðvaþrautir, liðverkir, þróttleysi, brjóstverkur, bakverkur, bjúgur á útlimum. *Sjaldgæfar (>1/1.000,<1/100):* Lystarleysi, uppköst, blóðflagnafæð, hárlos, of hár eða of lágur blóðsykur, brisbólga, minnisleysi, úttaugakvilli, eyrnasuð, ofsakláði, vöðvakvilli, getuleysi, lasleiki, þyngdaraukning. *Mjög sjaldgæfar (>1/10.000,<1/1.000);* Lifrarbólga, stíflugula, vöðvaþroti, rákvöðvalýsa. *Koma örsjaldan fyrir (<1/10.000):* Bráðaofnæmi, ofsabjúgur, útbrot með blöðrum (þ.m.t. regnbogaroðasótt, Steven-Johnsons heilkenni og drep í húðþekju). **Ofskömmtun:** Engin sérstök meðferð er til við ofskömmtun Atacor. Sé um ofskömmtun að ræða skal sjúklingur meðhöndlaður eftir einkennum og fá nauðsynlega stuðningsmeðferð. Fylgjast skal með lifrarstarfsemi og CPK-gildum í sermi. Vegna mikillar bindingar við plasmaprótein er þess ekki að vænta að blóðskilun auki úthreinsun atorvastatíns marktækt. **Pakkningar og hámarksverð í smásölu (1. júní 2006):** Filmuhúðaðar töflur 10 mg, 100 stk.: 9358 kr., 20 mg, 100 stk.: 12.746 kr., 40 mg, 100 stk.: 15.741 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R. **Greiðsluheimild:** E. **Markaðsleyfishafi:** Actavis hf., Reykjavíkurvegi 76-78, 220 Hafnarfirði. *Maí 2006.*

actavis
hagur í heilsu

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.

Ráðstefnur og fundir

13.-16. júní
Reykjavík.
15. þing norrænna heimilislækna, undir heitinu: „The human face of medicine in a hi-tech world".
www.meetingiceland.com/gp2007

27.-30. júní
Reykjavík.
46. ársfundur International Spinal Cord Society (ISCoS) og samhliða því er 10. þing Nordic Spinal Cord Society (NoSCoS).
www.sci-reykjavik2007.org

8.-11. ágúst
Askja, náttúrufræðahús Háskóla Íslands
Heiti: Cerebral amyloid angiopathy: emerging concepts.
www.yourhost.is/caa2007

21.-23. september
Vín, Austurríki.
5. heimsþingið um: Men's Health and Gender WCMH.
www.wcmh.info

31. júlí til 4. ágúst
í Akkra í Gana
Alþjóðleg ráðstefna sem félagið Ghana Women's Medical and Dental Practitioners stendur fyrir og ber heitið "Women in the world of medicine".
www.mwiainghana.org/index.html

12.-15. september
Reykjavík.
Norræn gigtlækningaráðstefna:
www.reuma2007.com

6. október
Akureyri.
Haustþing Læknafélags Akureyrar og Hjúkrunarfélags Íslands, Norð-austurdeildar.
Smitsjúkdómar

18.-21. maí 2008
Reykjavík.
Norræn ráðstefna um illa meðferð á börnum: Börn og vanræksla: Þarfir – skyldur – ábyrgð.
www.congress.is/nfbo2008

§

Læknadagar 2008

21.-25. janúar

á Hótel Sögu

Eru ekki allir hressir?

Í tíu ár vann ég hjá sama fyrirtækinu, tímaritaútgáfu sem farin er á hausinn. Í hádeginu safnaðist fólk saman og snæddi hádegisverð í frið og spekt. Ég kaus samt alltaf heldur að borða inni á skrifstofunni minni, annaðhvort ein eða með mér yngra fólki sem deildi með mér dálæti á pizzum. Ástæðan fyrir því að ég forðaðist að borða með öðru samstarfsfólki mínu var umræðuefnið sem leitaði helst á það yfir samlokunum og sódavatninu. Hvers kyns veikindi voru þeim nefnilega tömust á tungu. Í mestu uppáhaldi voru krabbamein og tilheyrandi geislameðferðir, þá alls kyns uppskurðir en einnig gat óskiljanlegur barnadauði fyllt upp í þagnirnar. Þegar allt þetta þrennt kom saman gat mikið gengið á.

Ég tengdi þennan áhuga alltaf við starfsemina sem fór fram hjá fyrirtækinu. Okkur var jú ætlað að fylla blöðin af lífsreynslusögum. Hvort sem okkur líkar betur eða verr seldu svona sögur tímarit. Aldrei hefur verið hringt jafnmikið í mig út af nokkru öðru viðtali og þegar maður nokkur sagði frá því hvernig hann hefði ferðast til Ísrael til að fá lækningu við tinnitus.

Þegar ég fór að ræða við vini og kunningja um allt þetta sjúkdómatal kom í ljós að það tíðkaðist auðvitað mun víðar. Það var alveg sama hvort fólk vann í tölvufyrirtækjum, bókabúðum eða bakaríum. Alls staðar virtist vera talað um konur sem höfðu „barasta þurft að láta hreinsa allt út" og karla sem voru „svo illa haldnir af krabba að læknarnir höfðu ekki fyrr opnað hann en þeir lokuðu honum bara aftur. Það var bara ekkert hægt að gera fyrir hann. En endilega smakkið kjötbollurnar. Ég eldaði svoleiðis allt of mikið af þeim í gærkvöldi."

Svona sögur heyrði ég aldrei heima hjá mér þegar ég var að alast upp. Talað var um eitthvað allt annað og sjúkdómurinn sem ættin hafði fengið að kenna á lá í algjöru þagnargildi; þunglyndið. Við létum eins og það væri ekki til þótt það sæti stöðugt til borðs með okkur, legðist til hvílu með okkur á kvöldin og færi alltaf fyrst á fætur.

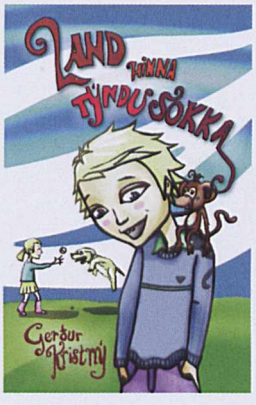
Oft hef ég hugsað til þess hvað gaman hefði verið ef kennarar mínir í barnaskóla hefðu sleppt fallbeygingunum í smá stund og rætt þess í stað andlega líðan okkar. Nógu miklu púðri var eytt í að fræða okkur um skaðsemi reykinga á þessum tíma – alls ekki of miklu þó. Sýndar voru afar áhrifamiklar heimildamyndir um fólk sem dró á eftir sér súrefniskúta eða hafði jafnvel misst útlimi vegna nikótínfíknar. Þessar myndir settu mark sitt á líf mitt. Aldrei hefur hvarflað að mér að reykja. Krakkar eru móttækilegir fyrir hvers kyns áróðri og um að gera að reyna því að ná til þeirra sem fyrst. Það þarf heldur ekki að vera flókið að hlúa að andlegri líðan sinni. Á meðal þeirra ráða sem við hefðum getað fengið strax í barnaskóla var að temja okkur bjartsýni, hreyfa okkur daglega, læra af mistökum okkar og rækta hæfileika okkar. Allt hljómar þetta eflaust nokkuð kunnuglega í eyrum fullorðinna en það er af því að þessi einfaldi boðskapur er á listanum yfir Geðorðin tíu sem send voru í hvert hús fyrir fáeinum árum og er því kominn á nær annan hvern ísskáp. Það væri samt ástæða til að koma þessari þekkingu almennilega inn í skólakerfið því þessi þjóð á ekki aðeins mörg orð yfir „snjókomu", hún á líka grunsamlega mörg orð yfir sögnina „að farga sér".

Fyrir stuttu las ég minningargreinar í Morgunblaðinu um ungan mann og í einni þeirra kom einmitt fram að hann hafði flýtt fyrir sér. Í annarri var þó sagt að hann hefði hlakkað til framtíðarinnar. Það var eins og sá sem skrifaði fyrrnefndu greinina hefði ekki fengið sms-skilaboðin um að ekki mætti segja frá eða var það kannski höfundur þeirrar síðari sem hafði haft slökkt á símanum sínum og vissi ekki að ákveðið hefði verið að fela ekki neitt? Að minnsta kosti ríkir enn þögn hér á landi um þunglyndi og það verður erfitt að hrista hana af sér. Kannski væri reynandi að fara að tala jafnopinskátt um þennan sjúkdóm og krabbameinið. Við ættum að ryðja upp úr okkur sögum af fólki með sængina dregna upp fyrir haus alla daga af ótta við að himnarnir hrynji ofan á það. Við eigum það eflaust öll sameiginlegt að þekkja þannig fólk og fleiri en okkur grunar geta talað af eigin reynslu. Skiptumst ekki bara á uppskriftum í matartímanum, skiptumst líka á geðorðum.



Ljósmynd: Jónatan Grétarsson

Gerður Kristný



Gerður Kristný er fædd 1970. Hún lauk B.A.-prófi í frönsku og almennri bókmenntafræði frá Háskóla Íslands. Hún stundaði nám í hagnýtri fjölmiðlun 1992-1993 og var lengi ritstjóri tímaritsins Mannlífs.

Gerður Kristný hefur hlotið verðlaun og viðurkenningar fyrir margvísleg ritstörf sín: (2004) Bókmenntaverðlaun Halldórs Laxness fyrir skáldsöguna *Bátur með segli og allt* og Bókaverðlaun barnanna árið 2003 fyrir *Mörtu smörtu*. Fyrir bók sína *Myndin af pabba – Saga Thelmu* hlaut Gerður Kristný Blaðamannaverðlaun Íslands 2005. Barnabókin *Land hinna týndu sokka* (2006) er nýjasta bók höfundar.

Gjörbreytt hugsun í astmameðferð!

Nú þurfa sjúklingar með astma aðeins eitt lyf - bæði sem viðhaldsmeðferð og við bráðaeinkennum*)

*) Á aðeins við ef lyfið heitir Symbicort

SMART

Symbicort SMART® = Symbicort Maintenance And Reliever Therapy

Symbicort®
budesonide/formoterol

Sérlyfjatexti á bls. 519

AstraZeneca

Umboðsaðili: Vistor.hf. Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, sími 535 7151, www.astrazeneca.is