Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



7-8/2007

Af hverju er mikilvægt að vera harður?



Það geta verið margar ástæður fyrir því að menn allt niður í 40 ára eiga við risvandamál að stríða og vandamálið er mismunandi mikið. Þegar verið er að meðhöndla ristruflun er það aðalatriðið að maðurinn nái risi sem er nógu hart til að hann geti haft viðunandi samfarir.

Hvað heldur þú að þínum sjúklingum finnist skipta mestu máli þegar kemur að meðferð við ristruflun? Viagra (síldenafíl) er mest rannsakaða ristruflanalyfið. Á því hafa verið gerðar 103 klínískar rannsóknir sem spanna 13.000 sjúklingaár[1]. Í hluta af þessum rannsóknum hefur verið litið á mikilvægi þess að ná fullri stinningu. Í dag er stinningunni skipt í 4 stig, þar sem 3. og 4. stig veita þá stinningu sem nægir til að hafa og ljúka samförum[2]. Niðurstöður einnar rannsóknar sýndu að 85% karlmanna náðu þessum stigum eftir inntöku 100 mg af Viagra og þegar litið var á 50 mg skammtinn dugði hann í 80% tilfella[2]. Eftir 3 ára notkun eru 95% sjúklinga ánægðir með stinninguna sem staðfestir að gæði stinningar eru mikilvæg.

Þess vegna er Viagra góður kostur þegar meðhöndla á ristruflun.

Hart og haldgott ris[2]



Sérlyfjatexti á bls. 551

RITSTJÓRNARGREIN

531 **Hin mannlega ásýnd læknisfræðinnar í hátækniheimi**
Jóhann Ág. Sigurðsson
Linn Getz

FRÆÐIGREINAR

535 **Beina- og kalkbúskapur sjúklinga með herslismein**
Bjarki Þór Aðalsteinsson, Árni Jón Geirsson, Ísleifur Ólafsson, Leifur Franzson, Gunnar Sigurðsson, Björn Guðbjörnsson

Herslismein er sjaldgæfur fjölkerfasjúkdómur af ónæmisfræðilegum toga, algengi um sjö tilfelli á hverja 100.000 íbúa. – Beinþynning er einatt fylgikvilli. Skýrt er frá rannsóknum á 24 einstaklingum en meirihluti þeirra hafði eðlilega beinumsetningu og beinþéttni. Kanna verður beinþéttni allra sjúklinga með herslismein óháð öðrum áhættuþáttum og er nauðsynlegt að tryggja fullnægjandi beinvernd þessara sjúklinga.

543 **543 Líknardráp – siðferðilegur valkostur?**
Ólafur Árni Sveinsson

Mikið hefur verið rætt og ritað víða um lönd um líknardráp og lögleiðingu þess. Fáar þjóðir hafa lögleitt líknardráp og eru Hollendingar ein þeirra. Fylgjendur líknardráps minna á rétt sjúklinga til að deyja og segja engan eðlismun á líknardrápi og líknarmeðferð. Höfundur teflir fram sjónarmiðum gegn líknardrápi og telur að svarið við kröfunni um líknardráp sé líknarmeðferð þar sem samræðan við sjúklinginn skipti aðalmáli. Til að samræðan skili árangri verði hún að vera einlæg og opinská og umönnunaraðilar verði að kunna og vilja ræða saman innbyrðis og við sjúklinga.

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL
www.laeknabladid.is

7-8. tbl. 93. árg. júlí- ágúst 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

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. 574

gsk GlaxoSmithKline

UMRÆÐA OG FRÉTTIR

553 **Af sjónarhóli stjórnar: Nýr heilbrigðisráðherra: Fjölbreytt rekstrarform, forvarnir og vísindi í hjáverkum**
Sigríður Ólína Haraldsdóttir

554 **Samfélagsgeðlækningar eru forgangsverkefni**
Hávar Sigurjónsson

557 **Heilsa og sjúkdómar í kynjaspegli**

559 **Læknir matgæðingur og skvassspilari**
Hávar Sigurjónsson

561 **Yfir tvö þúsund læknar**

564 **Læknar vanmeta áhrif sín**
Hávar Sigurjónsson

566 **Orlofsíbúð í Stokkhólmi**

567 **Hlaut viðurkenningu á norrænu læknaþingi**
Hávar Sigurjónsson

FASTIR PISTLAR

571 **Íðorð 200. Lungað úr nóttinni?**
Jóhann Heiðar Jóhannsson

572 **Einingaverð og taxtar**

574 **Sérlyfjatextar**

582 **Ráðstefnur og fundir**

Sumarlokun á skrifstofu læknafélaganna

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

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS

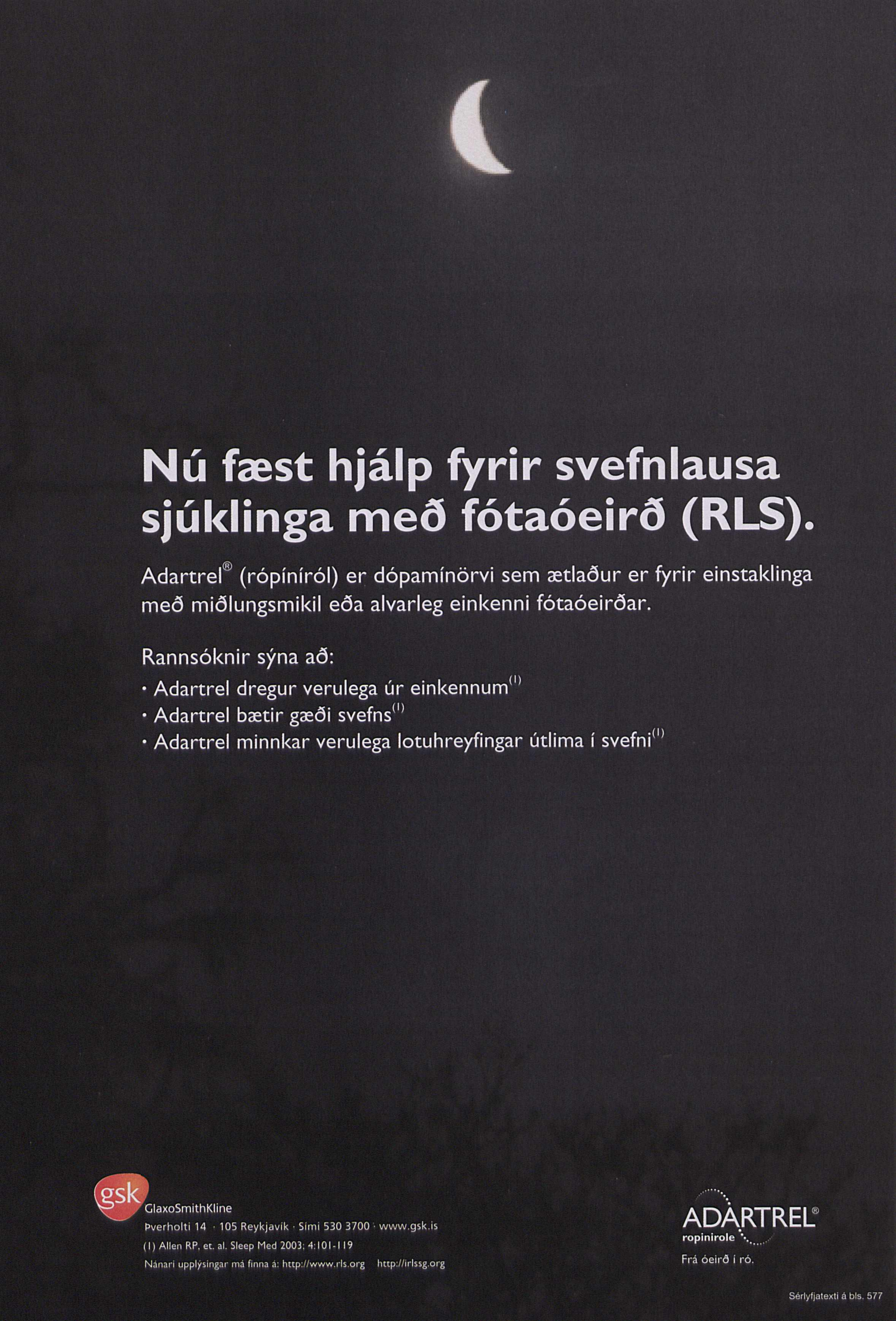


Furðulegar andstæður kallast á í því verki sem varð fyrir valinu á forsíðu blaðsins að þessu sinni. Fyrst er um að ræða ólíka tæknilega útfærslu inni á sama myndfletinum, en einnig er spennandi togstreita í inntakinu. Verkið er unnið á striga annars vegar með hefðbundinni málunartækni þar sem litunum er ekki blandað, heldur eru þeir aðskildir hver um sig á sínum fleti í ýktri tvívídd. Hins vegar er nostursamlega unnin blýantsteikning sem mótar þrívídd með skuggum, blæbrigðum og hárnákvæmu ljósmyndaraunsæi. Málningin mótar lög af seigfljótandi efni sem eins og lekur yfir teikninguna þannig að fyrsta kastið kann að vera erfitt að greina hvað hún sýnir. Búkar vaxtarræktarmanna renna saman í óljósan klasa hnykklaðra vöðva, svo greina má brjóst- og magavöðva en ekki sést í höfuð eða útlimi.

Guðmundur Thoroddsen (f. 1980) heldur um þessar mundir sína fyrstu einkasýningu í Gallerí 101 sem hann kallar Rjómaísland. Þar eru verk í anda þess sem hér um ræðir, teikningar af tröllvöxnum körlum og ævintýralandslagi og yfir allt lekur bráðnandi ís. Flestar myndirnar sýna fjallaform og þannig blandar Guðmundur íslensku landslagshefðinni í verk sín á heldur óhefðbundinn hátt. Í stað snjóalaga og jökla eru á tindum rjómaís í mismunandi bragðtegundum ef marka má mjólkurlitina.

Að túlka verkið er enginn hægðarleikur, það sem listamaðurinn setur fram er í senn fáránlegt og heillandi. Til hugar kemur undarleg blætidsýrkun þegar vöðvastæltir karlmenn löðrandi í rjómaís eru annars vegar en í verkinu sýnist ljóst að þetta tvennt fer engan veginn saman, teikningin og málningin eru allt annars eðlis og algjörlega aðskilin. Hugsanlega er á ferðinni pólitískur undirtónn með tilvísun í bráðnun jökla og karllægan sperring framámanna sem ýtir undir losun gróðurhúsalofttegunda. Guðmundur hefur áður sýnt í verkum sínum fantasíukennda frásagnarlist, til að mynda með uppáklæddum dýrum, lifandi skemmtigarðaleiktækjum og ástleitnum íþróttamönnum.

Markús Þór Andrésson



Nú fæst hjálp fyrir svefnlausa sjúklinga með fótaóeirð (RLS).

Adartrel® (rópíníról) er dópamínörvi sem ætlaður er fyrir einstaklinga með miðlungsmikil eða alvarleg einkenni fótaóeirðar.

Rannsóknir sýna að:

- Adartrel dregur verulega úr einkennum[1]
- Adartrel bætir gæði svefns[1]
- Adartrel minnkar verulega lotuhreyfingar útlima í svefni[1]

gsk GlaxoSmithKline
Þverholti 14 · 105 Reykjavík · Sími 530 3700 · www.gsk.is

(1) Allen RP, et. al. Sleep Med 2003; 4:101-119

Nánari upplýsingar má finna á: http://www.rls.org http://irlssg.org

ADARTREL®
ropinirole
Frá óeirð í ró.

Sérlyfjatexti á bls. 577

Hin mannlega ásýnd læknisfræðinnar í hátækniheimi



Jóhann Ág. Sigurðsson[1]
johsig@hi.is



Linn Getz[2]
linn.getz@ntnu.no

Heimstyrjöldin síðari er ekki eingöngu saga hernaðar og hörmunga. Hún var einnig vettvangur samfélagslegra hugsjóna og hugmyndafræðilegra átaka. Fyrir stríðið hafði Hitler hrifið þjóð sína með háfleygum hugsjónum um félagslegar úrbætur og heilbrigðisþjónustu fyrir alla. Churchill þurfti því með einhverjum hætti að ná saman aðli og verkalýð í Bretlandi í baráttunni gegn nazismanum. Hann fól hagfræðingnum William Beveridge að móta hugsjón sem gæti skapað samstöðu og hvatt Breta til frekari dáða. Beveridge nefndin skilaði þeirri hugarsmíð árið 1942, sem er álitin grunnurinn að velferðarkerfinu eins og við þekkjum það í dag (the welfare state) (1). Í kjölfar þessa stofnuðu Bretar metnaðarfullt opinbert heilbrigðiskerfi, The National Health Service (NHS) árið 1948. Svipuð hugmyndafræði liggur að baki heilbrigðiskerfunum sem þróuðust á Norðurlöndum (2). Í hnotskurn er grunnurinn sá, að almannafé er nýtt til að fjármagna heilbrigðisþjónustu fyrir alla landsmenn og að tryggja jafnt ungum sem öldruðum lífsviðurværi og félagslegt öryggi.

Sérstaða lækna sem vinna í bresku og norrænu velferðarumhverfi hefur frá upphafi verið sú að þeir bera ekki eingöngu ábyrgð á velferð skjólstæðinga sinna, heldur einnig á jafnvægi í velferðarkerfinu í heild. Ef þetta tvöfalda hlutverk lækna er þróað með markvissum hætti stuðlar það að skilvirku, öruggu og hagkvæmu vinnuferli og úrlausnum. Heilbrigðisþjónusta í slíku kerfi er ekki hugsuð sem bein tekjulind og markaðsvæðing hennar ógnar tvíhliða hlutverki lækna, einkum samfélagsábyrgðinni. Sem dæmi má nefna þá tilhneigingu að læknar fari í vaxandi mæli í hlutverk „framleiðanda" þjónustu og sjúklingar í hlutverk viðskiptavina (3,4). Það er því ærin ástæða til að gefa hlutverki lækna, stöðu þeirra og framtíð nánari gaum.

Á norrænu þingi um heimilislækningar sem haldið var í Reykjavík dagana 13.-16. júní 2007 (3) var nánar fjallað um stöðu læknisfræðinnar og lækna í norræna velferðarkerfinu með hliðsjón af tækni- og hnattvæðingu nútímans. Þema þingsins var "The human face of medicine in a hi-tech world" en það gaf læknum tækifæri til að skoða hina húmanístísku hlið læknisfræðinnar i ljósi lífvísinda og öfugt.

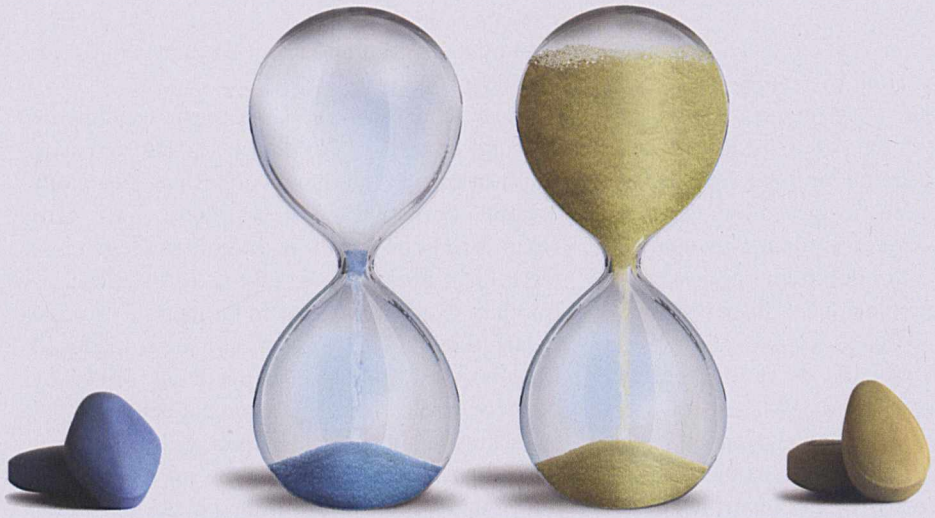
Sögu húmanístískrar læknisfræði má eins og kunnugt er rekja til Hippokratesar þar sem samskipti læknis og sjúklings voru í hávegum höfð. Læknar Forn-Grikkja hafa eflaust haft betri tök á listinni að rækta heilbrigði (salutogenesis) en læknar nútímans. Á tímum (há-) tækni og framfara byggst læknisfræðin nú meira á raunvísindalegri þekkingu. Þar er mest áhersla lögð á að finna orsakrir sjúkóma (patogenesis), flokka þá og meðhöndla. Flestir eru sammála þeirri skoðun að læknisfræðin þurfi á báðum þessum þáttum að halda. Þá vaknar spurningin við hvað sé átt með hugtökunum húmanismi og tækni í læknisfræðilegum skilningi nútímans. Til eru margar skilgreiningar á þessum hugtökum, meðal annars „Húmanismi er rökræn heimspeki upplýst af vísindum, fyllt andagift af listum og örvuð af samkennd (Humanism is a rational philosophy informed by science, inspired by art, and motivated by compassion)(5). Eins og sjá má eru vísindin þar í hávegum höfð. Auðmýkt og tillitsemi ein saman gerir lækni ekki að húmanista, enda þótt þetta séu vissulega góðir kostir. Kjarni málsins er listin að nota vísindin á þann hátt að þau verði til góðs fyrir einstaklinginn og um leið fyrir samfélagið i heild.

Varðandi tæknihugtakið hefur Björn Hofmann, prófessor í læknisfræðilegri siðfræði skilgreint tækni (technology) sem fléttu búnaðar, aðferða og fyrirkomulags, sem nýtt er í þágu mannlegrar athafnasemi (6). Tækniväding í læknisfræði fjallar þar með ekki eingöngu um aukna notkun á hefðbundnum tækjum og tólum heldur hvetur skilgreining Hofmanns okkur til heildrænnar sýnar. Lyfjameðferð, klínískar leiðbeiningar, staðlaðar sjúkraskrár og ýmis flokkunarkerfi sjúkdóma (til dæmis ICD-10) og hagkerfi tengd sjúkdómsgreiningu (Diagnosis-Related Group) heyra undir tæknihugtakið, samhliða tölvum, myndgreiningarvélum og vélmennum. Þá hefur danski heimspekingurinn Steen Wackerhausen efnislega skilgreint húmanisma í læknisfræði sem upplýsta samstöðu með sjúklingnum sem lifandi veru í menningarsamfélagi (7).

[1]Heimililæknisfræði/Læknadeild HÍ og Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins, IS-220 Sólvangi, Hafnarfirði

[2]Institutt for Samfunnsmedisin, Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet, Þrándheimi, Noregi.

Cialis®
tadalafil



Þegar tíminn skiptir máli

Virkni Cialis varir í allt að

36 klukkustundir[1]

LIL070601

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

Lilly

Sérlyfjatexti á bls. 579

Richard Horton, aðalritstjóri The Lancet, var fyrirlesari og sérstakur gestur á fyrrnefndu þingi um heimilislækningar (sjá nánar bls. 564-566+ í þessu blaði). Fyrirlestur hans bar heitið „The birth of the meta physician - a vision for good doctoring in a hi-tech world." Horton skoraði þar á lækna að vera virkari sem siðfræðilegir leiðtogar. Auk þess að sinna einstökum sjúklingum með haldbært velferðarkerfi í huga, er það hlutverk „meta-læknisins" að viðurkenna þá ábyrgð sem fylgir aukinni þekkingu á stöðu heimsmálanna. Í hnattvæddum heimi verða læknar að láta sig varða ákvarðanir stjórnvalda sem geta haft veruleg áhrif á líf og heilsu fólks. Þar vísaði hann sérstaklega til stríðsátakanna í Írak, Afganistan og Palestínu. Eins og fram hefur komið í fréttum birti the Lancet nýlega grein um „raunverulegar dánartölur" í kjölfar innrásar vestrænna þjóða í Írak (8). Sem ritstjóri blaðsins mætti Horton afar harðri gagnrýni við þeirri grein þar sem sagt var að hann hefði leyft birtingu hennar í pólitískum tilgangi. Svar Hortons er að það sé einfaldlega fagleg skylda sín og ábyrgð sem fagmanns að koma á framfæri hvers konar þekkingu um heilsuvá og dánarorsakir fólks. Það skiptir ekki máli hvort rót vandans er krabbameinsfruma, veira eða ákvörðun sem tekin i Hvíta húsinu. „Þegar ég fjalla um þessi mál tala ég sem læknir en ekki stjórnmálamaður" segir hann. Þessi orð Hortons endurspegla vel samfélagslega ábyrgð lækna og hina mannlegu ásýnd læknisfræðinnar í hátækniheimi.

Höfundar þakka Pétri I. Péturssyni, lækni, aðstoð við íslenskun hugtaka.

Heimildir

1. http://www.bbc.co.uk/history/historic_figures/beveridge_william.shtml (síðast skoðað 20. júní 2007)
2. Westin S. The NHS's 50th anniversary: A great leap for humankind? BMJ 1998:317: 49-51.
3. Sigurdsson JA, Stavdal A, Getz L. The Nordic Congresses of General Practice- a gateway to a global treasure? (editorial). Scand J Prim Health Care 2006;24:196-8.
4. Hart JT. Health care or health trade? A historic moment of choice. Int J Pealth Serv. 2004; 34: 245-54.
5. American Humanist Association, heimasíða: www.americanhumanist.org/humanism/definitions/htm (Skoðað síðast 20. júní 2007).
6. Hofmann B. The technological invention of disease – on disease, technology and values. Thesis. Oslo: University of Oslo, Faculty of Medicine, 2002.
7. Wackerhausen S. Humanisme, professions identitet og uddannelse i sundhedsområdet. Bók: Köbenhavn, Hans Ritzel, 2002. 95s.
8. Burnham G, Lafta R, Doocy S, Roberts L. Mortality after the 2003 invasion of Iraq: a cross-sectional cluster sample survey. Lancet 2006;368:1421-8.



Fall
er fararheill

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

actavis
hagur í heilsu

Sérlyfjatexti á bls. 581

Beina- og kalkbúskapur sjúklinga með herslismein

Bjarki Þór Alexandersson[1,2]
Kerfisfræðingur og læknanemi

Árni Jón Geirsson[3]
Sérfræðingur í lyf- og gigtarsjúkdómum

Ísleifur Ólafsson[4]
Sérfræðingur í klínískri lífefnafræði.

Leifur Franzson[5]
Sérfræðingur í klínískri lífefnafræði

Gunnar Sigurðsson[1,3]
Sérfræðingur í innkirtla- og efnaskiptasjúkdómum.

Björn Guðbjörnsson[1,2]
Sérfræðingur í lyf- og gigtarsjúkdómum

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]Rannsóknarstofa í Gigtarsjúkdómum, [3]Lyflækningasvið, [4]Klínísk lífefnafræðideild [5]Erfða- og sameindalæknisfræðideild, Landspítali – háskólasjúkrahús

Bréfasamskipti: Björn Guðbjörnsson Rannsóknarstofa í gigtarsjúkdómum Landspítali – háskólasjúkrahús Reykjavík

bjorngu@landspitali.is

Lykilorð: *Herslismein, beinþynning, DEXA, beinvísar.*

Úrdráttur

Bakgrunnur: Herslismein (Systemic Sclerosis) er sjaldgæfur fjölkerfasjúkdómur. Fjölmargir þættir í sjúkdómsbirtingu og meðferð sjúkdómsins geta valdið ótímabærri beinþynningu. Markmið þessarar rannsóknar var að kanna beinhag sjúklinga með herslismein á Íslandi og meta hvort sérstakra ráðstafana sé þörf hvað varðar beinvernd.

Efniviður og aðferðir: Allir einstaklingar sem greindir hafa verið með herslismein á Íslandi voru boðaðir til þátttöku, sem fólst í stöðluðu viðtali og líkamsskoðun með tilliti til beinþynningar og sjúkdómsvirkni, ítarlegri blóð- og þvagrannsókn. Beinþéttnimæling var framkvæmd af mjóhrygg og mjöðm (QDR 4500 Elite).

Niðurstöður: Þekktir voru 29 einstaklingar með herslismein þegar rannsóknin fór fram, en 24 sjúklingar mættu til þátttöku (83%); 20 konur og fjórir karlar. Meðalaldur þátttakenda var 60 ± 15 ár. 17 konur voru komnar í tíðahvörf. Tólf sjúklingar höfðu beinbrotnað, samtals 18 sinnum. Fjórir einstaklingar voru á bisfósfónatmeðferð. Kalsíumútskilnaður reyndist undir viðmiðunarmörkum, en beinvísar voru eðlilegir. DEXA mælingar sýndu að átta sjúklingar höfðu beinrýrnun (T-gildi -1,0 - -2,5), en þrír höfðu beinþynningu (T-gildi < -2.5). Samanborið við einstaklinga á sama aldri voru sex einstaklingar með beinþéttni einu staðalfráviki neðan aldursviðmiða.

Ályktun: Meirihluti íslenskra sjúklinga með herslismein hafa eðlilega beinumsetningu og beinþéttni, þó hafa einstaka sjúklingar truflun á kalk- og beinumsetningu sem endurspeglast í marktækum kalksparnaði í þvagútskilnaði, sem ef til vill endurspeglar skerta frásogsgetu í görn. Rannsóknin gefur ekki tækifæri til að meta áhrif meðferðar á beinþéttni þessa sjúklingahóps. Rannsóknin sýnir að nauðsynlegt er að kanna beinþéttni sjúklinga með herslismein og í völdum tilfellum íhuga sérhæfða beinverndandi meðferð.

Inngangur

Herslismein (systemic sclerosis eða scleroderma) er sjaldgæfur fjölkerfasjúkdómur af ónæmisfræðilegum toga með algengi um sjö tilfelli á hverja 100.000 íbúa hérlendis (1). Sjúkdómurinn einkennist af smáæðaþrengingu vegna þykknunar í æðaþelslagi (intima) smárra og meðalstórra

ENGLISH SUMMARY

Alexandersson BT, Geirsson AJ, Olafsson I, Franzson L, Sigurdsson G, Gudbjornsson B

Bone mineral density and bone turnover in Systemic Sclerosis

Læknablaðið 2007; 93: 537-43

Aims: To elucidate bone mineral density (BMD) and bone turnover in an un-selected group of patients with Systemic Sclerosis (SSc) in national based registry.

Material and methods: All patients who have been diagnosed with SSc in Iceland were invited to participate in the study. Participants underwent standardized interview and delivered urine and blood samples for measurements of various bone metabolites (e.g. PTH, osteocalcin, Cross Laps, PINP, IGF-1, Cystatin-C and 25-OH-vitamin-D), before they underwent measurement of BMD with DEXA (QDR 4500 Elite).

Results: Twenty-four individuals, 20 female and four male, of 29 diagnosed patients with SSc in Iceland accepted to participate in the study (83%). The mean age was 60 ± 15 years. Seventeen of 20 females were postmenopausal. Twelve patients had history of fractures. Only four patients were on treatment with bisphosphonate. All measured bone metabolites were in normal ranges, but U-calcium was in the lower ranges. According to DEXA, eight patients had osteopenia (T-value = -1.0 – -2.5) and three osteoporosis (T-value < -2.5), while six patients had BMD more than one standard deviation below the mean of age matched controls.

Conclusion: Although the majority of patients with SSc have normal bone turnover and BMD, every fourth patient may have low BMD. No single pathogenic factor was observed, however, several individuals are in calcium saving stages reflected in low urinary calcium excretion. This may be result of defects in intestinal absorption of calcium due to gastrointestinal involvement of the disease. This study does not give opportunity to evaluate effects of treatment on BMD in this group of patients. Thus, individual evaluation concerning osteoporosis is recommended in patients with SSc.

Key words: *Systemic Sclerosis, osteoporosis, DEXA, bone metabolite.*

Correspondence: Björn Guðbjörnsson

bjorngu@landspitali.is

slagæða, sem leiðir af sér blóðrásartruflanir og bandvefsaukningu í húð og innri líffærum og vísar nafn sjúkdómsins, það er herslismein, til þessarar bandvefsaukningar í húð (2). Óþekkt er hvað leysir sjúkdóminn úr læðingi.

Útbreiðsla herslismeins í húð er mismikil, en er mest áberandi á höndum og í andliti (1,2). Bandvefsaukningar verður einnig vart í innri líffærum, svo sem í meltingarfærum, stoðkerfi, lungum, nýrum og hjarta. Því er birtingarmynd sjúkdómsins breytileg frá einum sjúklingi til annars (3). Margt í meingerð herslismeins, sem og í meðferð, til dæmis sykursterar og ónæmisbælandi meðferð, getur haft áhrif á kalk- og beinabúskap sjúklinga með herslismein. Fyrri rannsóknir á þessu sviði hafa sýnt misvísandi niðurstöður (4-10).

Beinþynning einkennist af minnkun á beinþéttni, það er steinefnamagni í beinvef, og breytingu á innri uppbyggingu beinvefsins, sem leiðir til aukinnar áhættu á beinbrotum. Beinþéttni er mæld sem steinefnainnihald í beinum á flatarmálseiningu (Bone Mineral Density (BMD)), en niðurstöðurnar eru gefnar upp annarsvegar í T-gildum, sem er fjöldi staðalfrávika frá hámarksbeinþéttni ungra einstaklinga af sama kyni, og í Z-gildi hinsvegar, sem er frávikið í fjölda staðalfrávika frá aldurs- og kynbundinni meðaltalsbeinþéttni. Samkvæmt Alþjóðaheilbrigðisstofnuninni (WHO) er um beingisnun (osteopenia) að ræða þegar T-gildið er -1,0 til -2,5, en beinþynning (osteoporosis) þegar beinþéttnigildið (T-gildi) er lægra en -2,5(10). Vel þekkt er að langvinnir bólgusjúkdómar, til dæmis rauðir úlfar (SLE) og iktsýki (RA), valda svokallaðri fylgibeinþynningu (secondary osteoporosis). Hinsvegar er óljóst hver áhrif herslismeins eru á beinbúskapinn.

Stirðleiki og hreyfihömlun meðal sjúklinga með herslismein er algeng, meðal annars vegna bandvefsauka í húð ásamt lið- og vöðvaverkjum, sem hvoru tveggja hefur áhrif á vöðva og bein. Enn fremur getur fjölvöðvabólga (polymyositis) verið fylgikvilli við herslismein, sem ásamt bólguvirkni í innri líffærum kallar á sykurstera og/eða aðra ónæmisbælandi meðferð, sem hvort tveggja er vel þekktur orsakavaldur beinþynningar (12-13). Þá sýna röngtenrannsóknir oft á tíðum breytingar í stoðkerfi sjúklinga með herslismein, ekki eingöngu mjúkvefjakalkanir, heldur einnig beineyðingu í fjærkjúkum fingra og beinþynningu aðlægt liðum (periarticular osteoporosis) (14), en allt þetta beinir athyglinni að því að sjúklingar með herslismein geta verið í aukinni áhættu á ótímabærri beinþynningu.

Auk ofannefndra stoðkerfisvandamála, geta ýmsir aðrir þættir haft áhrif á beinumsetningu þessa sjúklingahóps. Fyrst er að nefna að herslismein er bólgusjúkdómur og geta frumuboðefni, t.d. TNF-alfa og IL-6 haft neikvæð áhrif á beinumsetningu (15). Meltingarfæratruflanir geta verið hluti af birtingarmynd sjúkdómsins og getur leitt til frásogstruflana og þannig haft neikvæð áhrif á kalk- og D-vítamínfrásog frá görn (16). Einnig hafa rannsóknir sýnt fram á að konur með herslismein fá oft snemmkomin tíðahvörf sem einnig hefur neikvæð áhrif á beinhag (7,9). Truflun á blóðrásarstjórnun er talin geta verið orsök örmyndunar í innri líffærum herslimeinssjúklinga, en óvíst er hvort þetta geti haft neikvæð áhrif á bein. Þá eru sjúklingar með fjölkerfasjúkdóma oft meðhöndlaðir með lyfjum sem hafa neikvæð áhrif á beinaumsetningu eins og fyrr greinir frá.

Dual X-ray absorptiometry (DEXA) mæling er „gullstandard" í beinþéttnimælingum í dag, en þrjár af sjö fyrri rannsóknum á beinþéttni sjúklinga með herslimein notuðu eldri mælingaaðferðir (5-7). Ein þeirra studdist við Single Photon Absorptiometry (SPA) og tvær Dual Photon Absorptiometry (DPA). Tvær þessara rannsókna (5-6) sýndu fram á lægri beinþéttni sjúklinga með herslismein, en sú þriðja sýndi ekki marktækan mun á beinþéttni sjúklinga með herslismein og viðmiða. Hinsvegar framkvæmdu Di Munno og félagar DPA mælingu á framhandlegg og höfðu til samanburðar DEXA mælingu hjá 43 konum með herslismein, jafnframt sem þeir könnuðu kalsíumbúskap þeirra (8). Niðurstöður þeirra sýndu að sjúklingar með herslismein höfðu marktækt lægri beinþéttni og tengdist beinþéttnin alvarleika herslismeinsins. Mjúkpartakölkun hafði hinsvegar ekki áhrif á beinþéttni og reyndist kalkbúskapur vera eðlilegur. Önnur rannsókn sem einnig notaðist við DEXA aðferð hjá 47 konum með herslismein (9), sýndi að sjúklingarnir höfðu lægri beinþéttni samanborið við heilbrigð viðmið. Beinþéttnigildin virtust einnig tengjast alvarleika sjúkdómsins. Rannsókn Carbone og félaga á 15 konum (10), styður einnig tengsl á milli herslismeins og beinþynningar. Rannsókn Neuman og félaga (4) sýndi hinsvegar aðrar niðurstöður en fyrrnefndar tvær rannsóknir. Þeir rannsökuðu 30 konur og reyndist eingöngu ein þeirra hafa beinþynningu, en 11 beingisnun og þeir fundu ekki tengsl á milli alvarleika sjúkdómsins og beinþéttni.

Í samantekt sýna tvær eða jafnvel þrjár rannsóknir að konur með herslismein geta haft lægri beinþéttni en heilbrigðar jafnöldrur. Hinsvegar er þýði allra rannsóknanna sérvalið og býður því upp á bjögun. Engin rannsóknanna kannaði beinumsetningu með beinvísum. Því er áhugavert að kanna kalk- og beinabúskap íslenska sjúklingaþýðisins með herslismein.

Efni og aðferðir

Sjúklingar með herslismein voru fundnir í skrám gigtardeildar Landspítala háskólasjúkrahúss (LSH) og einnig var leitað kerfisbundið í sjúkdómaskrám LSH samkvæmt IDC kóðum. Kynningarbréf var sent til allra sjúklinga sem fundust í fyrrnefndum gagnagrunnum og voru lifandi 31/12 2003. Í kjölfarið var haft símasamband við allan hópinn og þeir sem samþykktu þátttöku voru boðaðir til viðtals og beinþéttnimælingar (sjá nánar að neðan).

Viðtal og skoðun

Við komu á beinþéttnimóttöku LSH var framkvæmt staðlað viðtal sem tók til áhættuþátta fyrir beinþynningu, ættarsögu og einnig var spurt um neysluvenjur með tilliti til kalks og D-vítamín inntöku. Einnig var spurt um líkamshreyfingu og íþróttaiðkun þátttakenda. Þá var framkvæmd líkamsskoðun með tilliti til útbreiðslu herslisbreytinga í húð, þar sem yfirborði húðarinnar var skipt í 24 svæði og gefin stig frá núll upp í þrjá, allt eftir alvarleika herslimeinsbreytinganna. Möguleg húðstigaeinkunn var því frá 0 upp í 72 stig. Í kjölfarið voru þátttakendur flokkaðir í tvo hópa eftir alþjóðlegri flokkun eftir því hvort þeir væru með takmarkað eða dreift herslismein í húð (17).

Meðferð lífsýna og mæling lífefna

Öll lífsýnataka og meðferð sýna fylgdi stöðluðum verkferlum. Morgunþvagsýni og fastandi blóðsýni voru tekin fyrir kl 10:00 að morgni vegna dægursveiflu margra lífefna sem mæld voru. Blóðhagur var mældur með Cell Dyn 3200, en blóðsölt, kreatínín, heildarmagn alkalísks fosfatasa, albúmín og kolsýra í blóði var mælt jafnóðum með Vitros 950 tæki (Vitros) og hvarfefnum frá Ortho Clinical Diagnostics (Rochester, Bandaríkjunum). Einnig var mælt jóniserað kalsíum með jónasértækum rafskautum (ion-selective electrodes) með Radiometer 720 tæki (Kaupmannahöfn, Danmörku). Þá var mælt osteókalsín, paratýrín, CrossLaps, PINP, týrótrópín (TSH), östradíól, testósterón, frítt T4 og frítt T3 í blóði með hjálp mótefna og rafefnaljómunar (electrochemiluminscence immunoassay) með Elecsys tæki frá Roche Diagnostics GmbH (Mannheim, Þýskalandi). Styrkur 25-OH vítamíns D var mældur með hjálp mótefna og geislavirks joðs (DiaSorin,Stillwater, Bandaríkjunum). Insulin-like Growth Factor-1 (IGF-1) var mældur með mótefnum og geislavirku joði (radioimmunoassay) og komu hvarfefnin frá Diagnostic System Laboratories (Webster, Bandaríkjunum). Cystatin-C var mælt með gruggmælingu og hjálp mótefna frá DAKO (Glostup, Danmörku) á Vitros 30 tæki. Tafla I gefur yfirlit um uppruna og hlutverk helstu beinvísa sem mældir eru í þessari rannsókn.

Tafla I. *Yfirlit yfir helstu beinvísa sem mældir eru í rannsókninni með tilliti til efnafræðilegrar samsetningar, uppruna og hlutverks.*

Beinvísir	Efnafræðileg samsetning	Uppruni	Hlutverk
Osteókalsín	Lítið prótein: 49 amínósýrur	Beinkímfrumur og tannbeinskímfrumur	Endurspeglar nýmyndun beina
Paratýrín (PTH)	Hormón: 84 amínósýrur	Kalkkirtlar	Stýrir kalk- og fosfatjafnvægi líkamans.
CrossLaps	Lítið niðurbrots-prótein úr kollageni	Bein og aðrir vefir (kollagen I)	Endurspeglar niðurbrot beina.
Cystatin-C	Prótein: 121 amínósýra	Allar kyrni frumur	Hamla virkni ákveðinna próteasa. Endurspeglar nýrnastarfsemi
IGF-1	Prótein: 70 amínósýrur	80% af IGF-1 í blóði kemur frá lifur, afgangur frá beinum og öðrum vefum	Hvetur skiptingu og þroska bein-og brjóskfrumna og eykur framleiðslu efna sem fara í beinkvoðu (matrix constituents).
P1NP (Procollagen type I N-terminal propeptide)	Prótein: 51 amínósýrur	Bein og mjúkvefir (kollagen I)	Endurspeglar. nýmyndun kollagens

Sjá nánar heimildir(19-21).

Sjúklingarnir voru beðnir að kasta af sér þvagi heima snemma morguns, þ.e. áður en þeir komu til rannsóknar og skrá tímann hjá sér. Þegar þeir komu til rannsóknar var tekið þvagsýni. Magn og tíminn frá því þeir höfðu þvaglát um morguninn var skráð og 10 ml sendir til rannsóknarstofu. Í þessu sýni var mældur styrkur kalíum, kalsíum og kreatíníns. Reiknaður var útskilnaður þessara efna á sólarhring sem og kreatínín úthreinsun (creatinine clearance), ásamt hlutfalls kalsíums og kreatíníns í þvagi.

Beinþéttnimælingar

Beinþéttni þátttakenda var mæld með QDR 4500 Elite beinþéttnimæli. Tækið mælir magn steinefna í beinum (bone mineral content (BMC)) og gefur það upp sem steinefnainnihald á flatarmálseiningu (bone mineral density (BMD)). Sú niðurstaða er síðan umreiknuð í T-gildi (18) og eru þær tölur notaðar til kynningar á niðurstöðum. Mæld var beinþéttni í lendarliðum (L1-L4), lærleggsháls, mjöðm ásamt líkamanum í heild.

Tveir þátttakendur áttu ekki möguleika að koma til Reykjavíkur til beinþéttnimælingar. Þeir voru mældir með Hologic 2000 DEXA-mæli sem

Tafla II. *Aldur, kynjahlutfall, sjúkdómslengd og fleiri upplýsingar um 24 einstaklinga með herslismein á Íslandi. Niðurstöður eru gefnar sem meðaltal ásamt staðalfráviki og dreifibil.*

Hlutfall þátttöku	24/29 = 83%
Kynjahlutfall; konur/karlar,	20/4 = 5:1
Meðalaldur í árum	60 ± 15 (34-81)
meðalaldur við sjúkdómsgreiningu	48 ± 14 (5-70)
lengd sjúkdóms í árum talið	15 ± 10 (1-33)
Dreifð eða takmörkuð birting herslismeins	21/3 = 7/1
Þyngdarstuðull (BMI)	27 ± 5 (19-35)
Hlutfall kvenna komnar í tíðahvörf	17/20 = 85%
Aldur við tíðahvörf	45 ± 6 (34-55)

staðsettur er á Fjórðungssjúkrahúsinu Akureyri. Þátttaka þessara tveggja sjúklinga var að öðru leyti ekki frábrugðin.

Gagnasöfnun, tölfræði og leyfisveitingar

Öllum gögnum var safnað í gagnagrunn í Excel-skjal. Lýsandi tölfræði var notuð til að lýsa rannsóknarniðurstöðum. Leyfi frá siðanefnd LSH (20/2004) og Persónuvernd (S1859/2004 og 2004020124) var fengið fyrir rannsókninni. Þá var fengið leyfi Geislavarna ríkisins vegna beinþéttnimælinganna (8/30/2004). Allir þátttakendur skrifuðu undir upplýst samþykki.

Tafla III. *Yfirlit yfir efnastyrk ýmissa efna í blóði og þvagi hjá 24 sjúklingum með herslismein.*

	Meðaltal ± SD	Min - Max	Viðmiðunarmörk
Blóðrannsóknir			
S-Kalsíum	2,3 ± 0,1	2,2 - 2,6	2,15 - 2,60 mmól/L
S-Magnesíum	0,8 ± 0,1	0,6 - 0,9	0,71 - 0,94 mmól/L
S-Fosfat	1,2 ± 0,2	0,9 - 1,4	0,8 - 1,6 mmól/L
S-Kreatínín	77 ± 20	45 - 156	60 – 90 (karlar 120) µmól/L
S-Albúmín	43 ± 3	35 - 51	36,0 - 50,0 g/L
S-Jóniserað kalsíum	1,2 ± 0,1	1,2 - 1,4	1,13 - 1,33 mmól/L
S-Paratýrín (PTH)	43 ± 25	21 - 135	10,0 - 65,0 pg/ml
S-25-OH Vítamín D	61 ± 26	21 - 131	> 50,0 nmól/L*
Þvagrannsóknir			
Þ-Kalíum	44 ± 26	3,3 - 99	25 - 125 mmól/24 klst
Þ-Kalsíum	2,4 ± 1,7	0,4 - 5,7	2,50 - 8,0 mmól/24 klst
Þ-Kreatínín	8,3 ± 3,4	1,3 - 15,7	4 - 18 mmól/24 klst
Þ-Kreatíníúthreinsun	79 ± 33	15 - 137	80 - 140 ml/mín
Þ-Kalsíum/Þ-Kreatínín	0,28 ± 0,2	0,01 – 0,80	< 0,59 mmol/mmol**

S-25-OH Vítamín-D: skortur < 25 nmol/L; ónógt = 25-50 nmol/L; æskilegt >50.
Öll viðmiðunargildi voru fengin frá Rannsóknarstofu LSH nema fyrir Þ-Kalsíum/Þ-kreatínín gildin, en þau voru fengin hjá Ólafi Skúla Indriðasyni, nýrnasérfræðingi**

Niðurstöður

Tuttugu og níu einstaklingar voru greindir með herslismein hér á landi við upphaf rannsóknar. Tveir einstaklingar afþökkuðu þátttöku í rannsókninni, tveir einstaklingar bjuggu erlendis og fimmta sjúklinginn tókst ekki að hafa samband við, því tóku 24 einstaklingar með herslismein þátt í rannsókninni eða 83% af heildarsjúklingaþýðinu hér á landi. Konur voru 74% þátttakenda og meðalaldur hópsins var 60 ± 15 ár. Að meðaltali höfðu þátttakendur verið veikir í 15 ± 10 ár (1-33). Sjá nánar upplýsingar um þátttakendur í töflu II.

Þrír þátttakendur höfðu að sögn ættarsögu um beinþynningu (13%), átta voru með hreyfihömlun (35%) og fimm voru með sjúkdóm í meltingarfærum (22%). Fimm af sextán konum sem komnar voru í tíðahvörf (31%) höfðu snemmkomin tíðahvörf (tíðahvörf fyrir 42 ára aldur). Fjórtán af 24 sjúklingum voru á sykursterameðferð (61%) og fimm voru á methotrexati (22%).

Tólf einstaklingar höfðu brotnað samtals 18 sinnum. Einn hafði brotnað fjórum sinnum (á báðum framhandleggjum, öxl og upphandlegg), einn hafði brotnað þrisvar sinnum (rifbein og viðbein) og einn hafði brotnað tvívegis (framhandlegg og hrygg). Samtals voru átta framhandleggsbrot (33%), tvö brot í upphandlegg (8%) og tvö rifbeinsbrot (8%), þar að auki voru eitt eftirtalinna brotafótbrot, samfallsbrot í hrygg, handleggsbrot, brot um olnboga og viðbeinsbrot. Fjórar konur voru á beinverndandi meðferð með bisfósfónati (17%).

Neysluvenjur og hreyfing

Neysla mjólkurvara var ígildi tveggja mjólkurglasa og fjögurra ostsneiða á dag að meðaltali. Átta einstaklingar tóku auk þess kalktöflur reglulega og 20 tóku daglega lýsi eða fjölvítamín. Fimmtán einstaklingar stunduðu reglulega líkamsæfingar eða aðrar íþróttir að meðaltali fimm sinnum í viku.

Blóð- og þvagrannsóknir

Blóðrauði (Hb = 139 g/L), fjöldi hvítra blóðkorna (6,3 x 109/L) og blóðflögur (258 x 109/L) voru innan eðlilegra marka.

Meðaltalsstyrkur þvag- og blóðgilda hvað varðar kalsíumbúskap var innan eðlilegra marka að frátöldu kalsíum í þvagi sem var að meðaltali 2,4 mmól/24 klst og helmingur sjúklinga (56%) reyndust með umreiknað sólarhringsgildi undir viðmiðunarmörkum (2,5 - 7,5 mmól/24 klst). Þegar kalsíumútskilnaður var metinn miðað við kreatínínúthreinsun (þ-kalsíum/þ-kreatínín), reyndist eingöngu einn sjúklingur hafa hækkað kalsíum/kreatínín hlutfall í þvagi (< 0,59 mmol/

mmol) og hafði sá einnig beinþynningu samkvæmt DEXA-mælingu. Þessi einstaklingur hafði einnig hækkað s-jónaserað kalsíum 1,44 (viðmiðunargildi: 1,13 - 1,33 mmol/L), en önnur gildi voru innan eðlilegra marka. Nánari upplýsingar er að finna í töflu III.

Beinumsetningarvísar

Öll meðalgildi beinumsetningarvísa voru innan viðmiðunargilda (tafla IV). Tveir sjúklingar höfðu þó lækkuð osteókalsínigildi og hafði hvorugur þeirra beinrýrnun eða beinþynningu við beinþéttnimælingu. Þrír sjúklingar höfðu hækkað osteókalsíngildi og tveir af þeim voru með beinrýrnun í lærleggshálsi. Tveir þátttakendur höfðu hækkað Crosslaps og reyndust báðir hafa beinrýrnun. Einn sjúklingur reyndist hafa hækkað Cystatin-C, sá hafði einnig væga nýrnabilun (S-kreatínín 156 µmól/L).

Tveir sjúklingar höfðu hækkað PTH, annar þeirra hafði kalsíum í blóði við lægri viðmiðunarmörkin eða 2,17 mmol/L (viðmiðunarmörk: 2,15-2,60) og hafði sá framhandleggsbrotnað. Hinn sjúklingurinn hafði lækkað D-vítamín gildi í blóði (30,4 nmol/L) og var hann einnig á prednisólonmeðferð og með lág beinrýrnunargildi í hrygg (T-gildi = –2,2) og hafði hann ökklabrotnað. Jóniserað kalsíum var hinsvegar eðlilegt hjá þeim báðum. Sjö einstaklingar höfðu D-vítamíngildi undir 45 nmól/L. Enginn hafði þó beinþynningargildi samkvæmt DEXA-mælingu. Einn einstaklingur hafði hækkað D-vítamín í blóði og hafði hann einnig lágan kalkútskilnað í þvagi.

Ekki reyndist marktækur munur á meðaltalsgildum beinumsetningavísa með tilliti til þess hvort sjúklingarnir voru meðhöndlaðir með bisfósfónötum eða ekki. Hinsvegar reyndust sjúklingar á sykursterameðferð hafa marktækt lægri styrk á s-Alk. fosfatasa í heild (167 vs 199 U/L; p =0,03), s-osteókalsín (16,0 vs 27,9 ng/ml; p = 0,03) og s-CrossLaps (0,3 vs 0,5 µg/L; p = 0,03), miðað við þá sjúklinga sem ekki voru sykursterameðferð. Þeir höfðu einni lægri styrk á s-P1NP, en það náði ekki marktækum mun (25,0 vs 45,5; p = 0,058).

Beinþéttnimælingar

Í töflu V er meðaltal T-gilda gefið upp fyrir allan hópinn, en þar kemur fram að hvorki meðaltöl kvenna né karla náðu beinþynningargildum (T-gildi < -2,5) í hrygg eða mjöðm. Hinsvegar reyndist hópurinn uppfylla skilyrði á öllum mælingarstöðum fyrir beinrýrnun, þ.e. T-gildi á bilinu -1,0 til -2,5.

Þrjár konur höfðu beinþynningargildi (T < -2,5) í hrygg (15%) og fimm konur til viðbótar voru með beinrýrnun í hrygg (25%) ásamt tveim

Tafla IV. *Niðurstöður blóðmælinga á beinvísum hjá 24 sjúklingum með herslismein.*

	Meðaltal ± SD	Min - Max	Viðmiðunarmörk
S-Östradíól (n = 24)	133 ± 210	41-1046	pmól/L
fyrir tíðahvörf (n = 3)	399 ± 560	57 - 1046	80-1500 pmól/L
eftir tíðahvörf (n =17)	96 ± 93	41 - 372	< 170 pmól/L
karlar (n = 4)	91 ± 19	69 - 109	50-220 pmól/L
S-Alk. fosfat heild	181 ± 66	74 - 344	50-300 U/L
S-Osteókalsín	25 ± 13	5,8 – 54	10,0-40,0 µg/L
S-CrossLaps	0,4 ± 0,2	0,02 – 1,0	< 0,75 µg/L
S-Cystatín C	0,9 ± 0,2	0,68 – 1,5	0,55-1,44 mg/L*
S-IGF-1	115 ± 46	50 – 220	60-450 µg/L**
S-PINP	39 ± 24	7,5 - 112	< 80 ng/ml µg/L***

* Viðmiðunargildi eru aldursbundin: <50 ára 0,55 - 1,15 mg/L og >50 ára 0,63 - 1,44 mg/L
** Viðmiðunargildi eru aldursbundin: 31-51 ára 110 – 450, >51 ára 60 – 300.
*** Viðmiðunargildi breytileg eftir aldri og kyni, hér sett við 80 µg/L.

Tafla V. *Beinþéttnigildi gefin upp í T-gildum, þ.e. fjöldi staðalfrávika frá meðaltali ungra einstaklinga af sama kyni, hjá 24 einstaklingum, 20 konum og fjórum körlum, með herslismein.*

	T-gildi Meðaltal ± SD	Min - Max	Fjöldi einstaklinga með beinrýrnun (T-gildi = -1,0 til -2,5)	Fjöldi einstaklinga með beinþynningu (T-gildi > –2,5)
Konur				
Hryggur (L1 – L4)	-1,2 ± 1,4	-4,0 – 2,0	8	3
Lærleggsháls	-1,4 ± 1,1	-2,5 – 2,1	16	0
Mjöðm í heild	-0,9 ± 0,9	-2,0 – 1,5	12	0
Líkaminn í heild	-1,0 ± 1,3	-2,9 – 1,2	6	3
Karlar				
Hryggur (L1 – L4)	-1,1 ± 1,0	-2,2 – 0,0	2	0
Lærleggsháls	-2,1 ± 0,9	-3,3 – -1,3	3	1
Mjöðm í heild	-1,2 ± 0,7	-2,2 – -0,5	2	0

körlum (50%) (T-gildi -1,0 - -2,5). Einn karl hafði beinþynningu í lærleggshálsi (25%) og tveir höfðu beinrýrnun í lærlegg (50%). Hinsvegar hafði engin kona beinþynningargildi í lærlegghálsi né í mjöðm, þó höfðu 16 konur mælingargildi beinrýrnunar í lærleggshálsi (80%).

Þegar beinþéttnigildi sjúklinganna voru borin saman við kyn- og aldurstöðluð viðmið voru fjórar konur (20%) og tveir karlar (50%) með lækkuð beinþéttnigildi í hrygg og þrjár konur (15%) ásamt tveim körlum (50%) með lækkuð gildi í lærleggshálsi þegar miðað var við frávik sem var meira en einu staðalfráviki neðan aldursmeðaltalsins.

Tengslagreining

Marktæka fylgni milli beinþéttni og áhættuþátta eða sjúkdómsbirtingar herslismeinsins var ekki unnt að staðfesta. Hinsvegar reyndust sjúklingar með sögu um barksterameðferð hafa fimm prósent lægri beinþéttni, en þeir sem ekki höfðu fengið barkstera ef miðað var við aldurstöðluð

viðmið ($p < 0,55$) og þeir sjúklingar sem höfðu sjúkdómseinkenni frá meltingarfærum höfðu tvö prósent lægri beinþéttni miðað við þá sem ekki höfðu meltingafæraeinkenni ($p < 0,77$). Þá höfðu konur með sögu um snemmkomin tíðahvörf (fyrir 42 ára aldur) 12% lægri beinþéttni miðað við hinar konurnar ($p < 0,23$). Á hinn bóginn voru sjúklingar sem stunduðu leikfimi eða fóru reglulega í sjúkraþjálfun með 10% hærri beinþéttni, en þeir sem gerðu hvorugt ($p < 0,18$). Ekki mældist lægri beinþéttni hjá einstaklingum sem höfðu sögu um beinbrot, þeim sem voru á ónæmisbælandi lyfjameðferð, né þeim sem höfðu mikla bólguvirkni í upphafi veikinda sinna. Ekki var hærri beinþéttni meðal þeirra sem neyttu ígildi tveggja mjólkurglasa á dag miðað við þá sem neyttu minna af mjólkurafurðum.

Umræða

Rannsókn okkar bendir til þess að íslenskir sjúklingar með herslismein séu í aukinni hættu á beinrýrnun eða beinþynningu miðað við jafnaldra þeirra. Engin ein orsök virðist vera undirliggjandi í þáttagreiningu, en væg tengsl fundust þó við barksteranotkun, meltingarfærafylgikvilla við herslismeinið og snemmkomin tíðahvörf hjá konum með herslismein. Ennfremur virtist helmingur sjúklinga hafa truflun í kalkbúskap, sem birtist meðal annars í lækkuðum kalkútskilnaði í þvagi, sem gæti verið varnarviðbragð líkamans.

Rannsóknarþýðið er allur íslenski sjúklingahópurinn sem nær til rúmlega 80% þeirra sem eru með herslismein hér á landi. Hlutfall kvenna í rannsókninni er hærra en í öðrum sambærilegum rannsóknum (22), eða 83% miðað við 75%, og einnig er meðalaldur íslenska hópsins um sex árum hærri en í fyrrnefndum rannsóknum. Sjúklingar voru ekki útilokaðir frá þátttöku sem áður höfðu þurft barkstera gegn sjúkdómi sínum, né einstaklingar sem höfðu byrjað sérhæfða beinverndandi lyfjameðferð eins og gert hefur verið í flestum öðrum rannsóknum (6,9-11). Þá höfðu fleiri sjúklingar í okkar þýði dreift herslismein (diffuse systemic sclerosis), miðað við þá sem höfðu takmarkaða birtingu sjúkdómsins (limited systemic sclerosis). Konur í okkar rannsókn höfðu tíðahvörf við 45 ára aldur að meðaltali, sem er mun fyrr en meðaltal íslenska kvenna, sem er við 49 ára aldur (23). Þetta samrýmist þó vel öðrum rannsóknum um herslismein (7,9). Þó að rannsóknarhópur okkar sé lítill, samrýmist hann fjölda í þeim rannsóknum sem hafa notast við DEXA-mælingar hjá þessum sjúklingahópi. Rannsókn okkar er þó víðtækari vegna ítarlega blóðrannsókna með tilliti til beinumsetningar. Því eru ályktunarmöguleikar okkar ekki síðri en fyrri rannsókna.

Helmingur sjúklinganna með herslismein reyndist hafa lágan kalkútskilnað í þvagi. Þetta endurspeglast þó ekki í meðaltalsgildum kalks í blóði, né hækkuðu PTH og önnur mæligildi voru innan viðmiðunarmarka hvað kalkbúskap varðar. Ennfremur var styrkur D-vítamíns innan viðmiðunarmarka í hópnum. Hafa ber í huga að stuðst var við svokallaða takmarkaða þvagsöfnun, þar sem tekin var þvagprufa eftir morgunþvag og sólarhringsútskilnaður umreiknaður. Ef lækkaður kalkútskilnaður hjá sjúklingahópnum endurspeglar skekkjumörk í aðferðafræðinni, það er að tíma- eða magnskekkja sé fyrir hendi, ætti það einnig að hafa áhrif á kalíum- og kreatíníngildin, en svo er ekki. Þegar kalsíumútskilnaðurinn var metinn með hlutfallsstyrk kalsíums og kreatíníns í þvagi sýndu niðurstöður einnig marktækt minnkaðan kalsíumútskilnað. Þetta rennir því stoðum undir að þessar niðurstöður endurspegli raunverulegan kalksparnað og er það í samræmi við fyrri rannsóknir (5). Megin orsök þessa gæti verið sú að herslismeinið trufli frásogshæfni þarma á kalki (16).

Styrkur hinna ýmsu beinumsetningavísa gaf ekki til kynna að sjúklingahópurinn væri með aukna beinumsetningu með auknu beinniðurbroti eða beinuppbyggingu. Hinsvegar höfðu nokkrir einstaklingar styrk einstakra beinumsetningarvísa utan viðmiðunargilda. Þetta endurspeglaðist í flestum tilfellum ekki í beinþéttnigildum. Því má álykta að mæling beinumsetningavísa hjá sjúklingum með herslismein nýtist ekki í daglegri klínískri ákvarðanatöku hvað varðar beinþynningu hjá sjúklingum með herslismein. Nýta mætti þó suma þessara beinvísa sem mælikvarða á meðferðarsvari við notkun bisfósfónata í völdum tilfellum, en við fundum þó ekki mun á styrk þessara efnavísa með tilliti til meðferðar. Niðurstöðurnar sýndu að einn sjúklingur var með óeðlilega lágt D-vítamín í blóði, minnkaðan útskilnað af kalsíum í þvagi og einnig lág beinþéttnigildi (tveimur staðalfrávikum neðan aldursviðmiða). Hann var reyndar meðhöndlaður með barksterum. Hvort þessi einstaklingur hafi steraorsakaða beinþynningu eða beinmeiru (oteomalasia) er útilokað að staðfesta út frá þessum niðurstöðum. Til þess þyrfti vefjasýni úr beini svo unnt væri að skera út um þessar tvær mismunagreiningar.

Beinþéttnimælingar sýndu að hópurinn var með byrjandi beinþynningu, eða svokallaða beinrýrnun, fjórðungur kvennanna og tveir af fjórum körlum mældist þó með beinþéttni samsvarandi beinþynningu eða T-gildi lægri en -2,5. Miðað við jafnaldra var fimmtungur kvennanna og tveir karlar með marktækt lægri beinþéttni

en jafnaldrar (meira en eitt staðalfrávik frá aldursviðmiðum). Ályktа má því frá okkar rannsókn og fyrri sambærilegum rannsóknum að sjúklingar með herslismein hafi aukna tilhneigingu til beintaps og beinþynningar.

Athyglisvert er að þrátt fyrir að hópurinn í heild sé ekki með beinþynningu samkvæmt beinþéttnimælingum, hafði meira en helmingur þátttakenda beinbrotnað og margir oftar en einu sinni. Þetta er líklega hærri brotatíðni en meðal jafnaldra Íslendinga, en staðlaðar brotatölur eru þó ekki fyrirliggjandi hér á landi. Orsök þessara beinbrota er því ekki unnt að skýra út frá beinþéttnigildum né auknu beinumbroti. Hinsvegar mætti leiða að því rök að sjúkdómurinn og barksterameðferðin hafi neikvæð áhrif á uppbyggingu beinsins, það er beingæðin, og sé meginástæða þessara beinbrota. Frekari rannsóknir á þessu sviði eru nauðsynlegar, en til þess að skoða innri uppbyggingu beinsins þarf annarsvegar að taka vefjasýni frá beini eða framkvæma háupplausnar tölvusneiðmyndatöku.

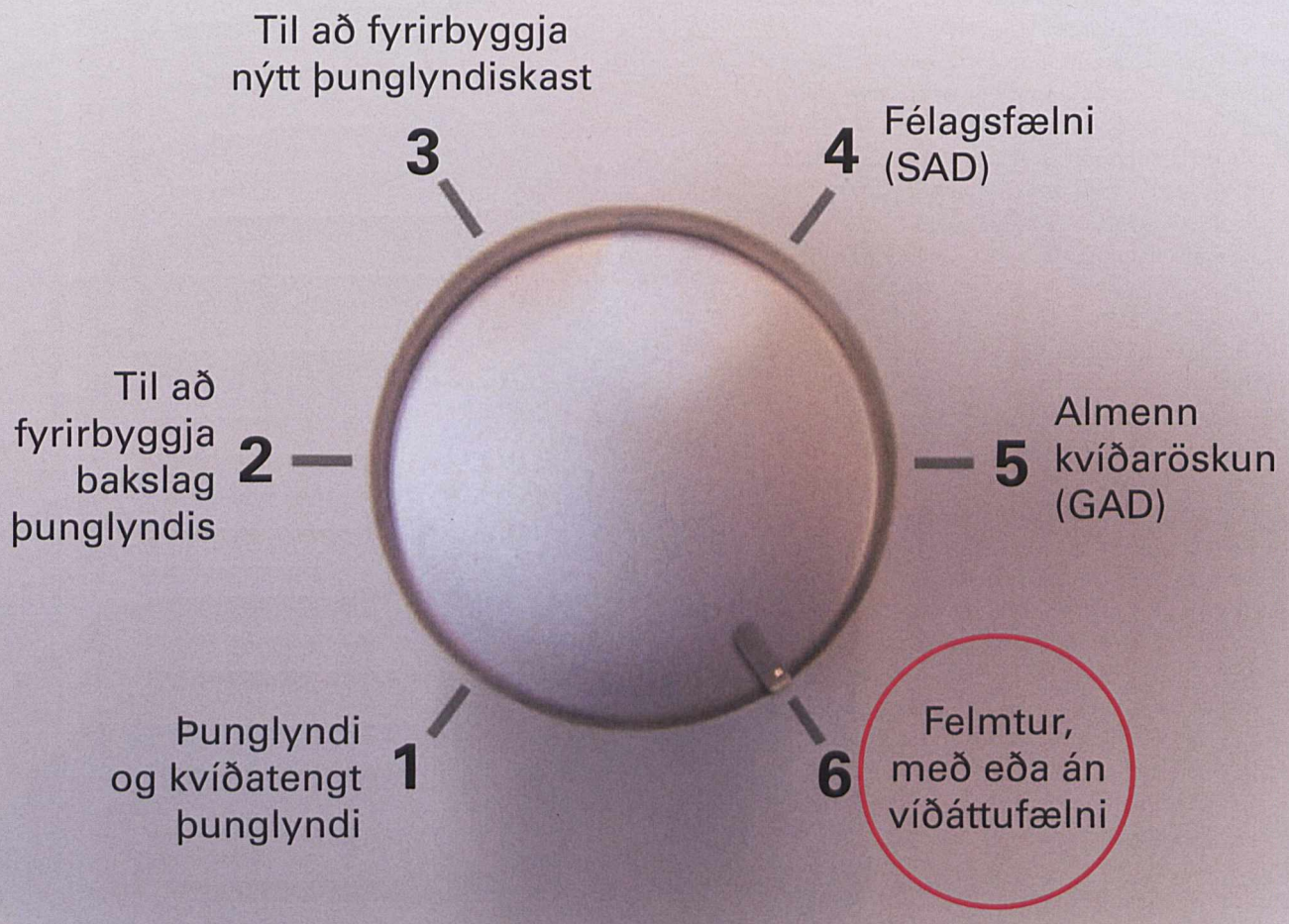
Rannsókn okkar er á tvennan hátt ólík fyrri rannsóknum. Í fyrsta lagi er allt íslenska sjúklingaþýðið boðað til þátttöku án sérhæfra útilokunarskilyrða. Í annan stað eru bæði karlar og konur í okkar rannsókn, en eingöngu konur í fyrri rannsóknum. Þetta er mikilvægt í ljósi þess að helmingur karlanna í rannsókninni hafði merki um beinþynningu. Þá framkvæmdum við ítarlegt viðtal með tilliti til áhættuþátta og mældum fjölmarga beinumsetningarvísa sem endurspeglar uppbyggingu og niðurbrot beina. Takmarkanir okkar rannsóknar er annarsvegar lítill sjúklingahópur og hópurinn er margbreytilegur með tilliti til meðferðar og sjúkdómseinkenna hinsvegar, því er erfitt að fá marktækar niðurstöður, en fyrri rannsóknir á þessu sviði eru sömuleiðis fámennar.

Meginniðurstöður eru að kanna verður beinþéttni allra sjúklinga með herslimein, óháð öðrum áhættuþáttum. Þar sem orsakir beinþynningar hjá þessum sjúklingahópi geta verið margslungnar verður að kanna með frekari rannsóknum undirliggjandi ástæður og leiðrétta ef kostur er. Þá er nauðsynlegt að tryggja fullnægjandi beinvernd þessara sjúklinga, hvort sem um er að ræða fyrsta eða annars stigs forvörn, sem og meðferð við einkennagefandi beinþynningu, það er þeirra sem eru með beinþynningu og sögu um beinbrot.

Heimildir

1. Geirsson ÁG, Steinsson K, Guðmundsson S, Sigurðsson V. Fjölkerfa-herslismein á Íslandi. Læknablaðið 1992; 78: 287-91.
2. Mitchell R, Kumar V. Diseases of immunity: Basic Pathology. 7 ed. Stanley Robbins, 2003, Philadelphia: Independence Square West, p.141-143.
3. Generini S, Fiori G, Moggi Pignone A, Matucci Cerinic M, Cagnoni M. Systemic sclerosis. A clinical overview. Adv Exp Med Biol 1999; 455: 73-83.
4. Neumann K, Wallace DJ, Metzger AL. Osteoporosis--less than expected in patients with scleroderma? J Rheumatol 2000; 27: 1822-3.
5. Serup J, Hagdrup H, Tvedegaard E. Bone mineral content in systemic sclerosis measured by photonabsorptiometry. Acta Derm Venereol 1983; 93: 235-7.
6. La Montagna G, Vatti M, Valentini G, Tirri G. Osteopenia in systemic sclerosis. Evidence of a participating role of earlier menopause. Clin Rheumatol 1991; 10: 18-22.
7. da Silva HC, Szejnfeld VL, Assis LS, Sato EI. Study of bone density in systemic scleroderma. Rev Assoc Med Bras 1997; 43: 40-6.
8. Di Munno O, Mazzantini M, Massei P et al. Reduced bone mass and normal calcium metabolism in systemic sclerosis with and without calcinosis. Clin Rheumatol 1995; 14: 407-12.
9. Frediani B, Baldi F, Falsetti P et al. Bone mineral density in patients with systemic sclerosis. Ann Rheum Dis 2004; 63: 326-7.
10. Carbone L, Tylavsky F, Wan J, McKown K, Cheng S. Bone mineral density in scleroderma. Rheumatology 1999; 38: 371-2.
11. Consensus Development Conference. Diagnosis, prophylaxis, and treatment of osteoporosis. Am J Med 1992; 6: 852-7.
12. Gudbjornsson B, Júlíusson UI, Gudjónsson FV. The prevalence of long term steroid therapy and the frequency of decision making to prevent steroid-induced osteoporosis in daily clinical praxis. Ann Rheum Dis 2002; 61: 32-6.
13. Mazanec DJ, Grisanti JM Drug-induced osteporosis. Cleve Clin J Med 1989; 56: 297-303.
14. La Montagna G, Sodano A, Capurro V, Malesci D, Valentini G. The arthropathy of systemic sclerosis: a 12 month prospective clinical and imaging study. Skeletal Radiol. 2005; 34: 35-41.
15. Roodman GD. Role of cytokines in the regulation of bone resorption. Calcif Tissue Int. 1993; 53 (Suppl 1): S94-8.
16. Lundberg AC, Akesson A, Akesson B. Dietary intake and nutritional status in patients with systemic sclerosis. Ann Rheum Dis 1992; 51: 1143-8.
17. Clements PJ, Lachenbruch P, Seibold J, et al. Inter and intraobserver variability of total skin thickness score (modified Rodnan TSS) in systemic sclerosis. J Rheumatol 1995; 22: 1281.
18. Ellis KJ. Human Body Composition: in Vivo Methods. Physiol Rev 2000; 80: 649-80.
19. Ólafsdóttir E. Handbók rannsóknardeildar Landspítalans. Vol. 4. 1996, Reykjavík: Landspítalinn.
20. Graham Russell, Introduction: bone metabolism and its regulation (p.1-26); Caren M Gundberg, Osteocalcin (p. 65-72): Bone Markers, Richard Eastell, M.B., Nicholas R. Hoyle, Lothar Wieczorek. 2001, London: Martin Dunitz.
21. Stephen G. Chaney. Principles of nutrition II: Micronutrients: Textbook of Biochemistry with clinical correlations. 5 ed. Devlin T.M., 2002, New York: Wiley-Liss, p. 1137-1168.
22. Geirsson AJ, Wollheim FA, Åkesson A. Disease severity of 100 patients with systemic sclerosis over a period of 14 years: using a modified Medsger scale. Annals of the Rheumatic Diseases 2001; 60: 1117-20.
23. Krabbameinaskrá 1986-1989. Persónulegar upplýsingar frá Laufeyju Tryggvadóttur og Elínborgu Ólafsdóttur.

EFEXOR® DEPOT



M080425EF1S

icepharma

Tilvitnun: Sérlyfjaskrá

Wyeth

Sérlyfjatexti á bls. 580

Líknardráp – siðferðilegur valkostur?

Ólafur Árni Sveinsson

Læknir og Heimspekingur

Ágrip

Mikil og heit umræða hefur átt sér stað í mörgum löndum um lögleiðingu líknardráps. Aðeins fáar þjóðir hafa leyft líknardráp eða sjálfsvíg með aðstoð læknis (Physician assisted suicide, PAS) og eru þar Hollendingar í fararbroddi. Forvígismenn líknardráps leggja almennt fram tvennskonar rök fyrir máli sínu: annars vegar „réttinn" til að deyja og hins vegar að enginn eðlismunur sé á líknardrápi og líknarmeðferð.

Í þessari grein hafna ég þessum tveimur ofannefndum rökum og ræði fjölmörg rök gegn líknardrápi, en í grófum dráttum má flokka þau í fernt. Í fyrsta lagi er það trú margra, að rangt sé að taka líf undir öllum kringumstæðum. Í öðru lagi, að það sé óréttmæt krafa að biðja eina manneskju um að taka líf annarrar, svokölluð gagnkvæmisrök. Auk þess samrýmist líknardráp alls ekki grundvallarstarfsreglum lækna og hjúkrunarfræðinga og gæti hæglega truflað trúnaðarsamband sjúklings og læknis, þ.e. meðferðarsambandið. Í þriðja lagi eru „empirísk rök" þ.e. rök byggð á reynslu. Í greininni sýni ég fram á að líknardráp í Hollandi sé ekki undir nógu góðu eftirliti og bjóði heim misnotkun, sem líklega er raunin í Hollandi. Í fjórða lagi, þó að líknardráp sé hugsanlega réttlætanlegt í einstaka tilfellum, þá muni það leiða til misnotkunar vegna skilaboðanna og þrýstingsins sem kosturinn hefur í för með sér.

Svar mitt við kröfunni um líknardráp er líknarmeðferð, þar sem samræðan við sjúkling skiptir höfuðmáli. En til að samræðan skili árangri verður hún að vera einlæg og opinská. Samræðuvilji og samræðuhæfni umönnunaraðilans verður einnig að vera fyrir hendi.

Fyrirspurnir og bréfaskipti:
Ólafur Árni Sveinsson
Geðdeild Landspítala - háskólasjúkrahúss
D-12 að Kleppi

olafursv@landspitali.is

Lykilorð: *líknardráp, sjálfræði, líknarmeðferð, samræða.*

ENGLISH SUMMARY

Sveinsson ÓÁ
Euthanasia – a moral choice?

Læknablaðið 2007;93: 543-551

Euthanasia has been heatedly discussed in Western countries over the last years. Only a few nations have legalized euthanasia or physician assisted suicide with the Dutch at the forefront of that field. Proponents of euthanasia mostly argue for euthanasia on two grounds. Firstly, that the patient has a right to die and secondly, that there is no substantial difference between euthanasia and palliative care.

In this paper I will argue against both of the above. I discuss the arguments against euthanasia which are in principle four. Firstly, it is held by many that taking a human life is wrong under all circumstances. Secondly, that it is an unjustifiable demand to ask a person to take another person's life. In relation to that argument, euthanasia is not in accordance with the basic principles of medicine and nursing as they have evolved over the years and could therefore easily disrupt the therapeutic relationship. Thirdly, as shown from Holland there is empirical evidence that euthanasia is not under good enough surveillance and therefore invites misuse. Fourthly, even though euthanasia might possibly be justifiable under certain circumstances, legalisation might well invite abuse because of the message and pressure that the option places on both patients and professionals in terminal care.

My answer to the euthanasia demand is palliative care, where dialogue between the patient and doctor is central. But the dialogue cannot be effective, unless both partners are willing and able to engage in sincere and frank conversations.

Keywords: *euthanasia, autonomy, palliative care, dialogue.*
Correspondace: *Ólafur Árni Sveinsson, olafursv@landspitali.is*

Inngangur

Mikil og heit umræða hefur átt sér stað í mörgum löndum um lögleiðingu líknardráps. Aðeins fáar þjóðir hafa lögleyft líknardráp eða sjálfsvíg með aðstoð læknis (Physician assisted suicide, PAS) og eru þar Hollendingar í fararbroddi. Á Íslandi hefur umræðan um þetta málefni verið afar lítil. Eigi að síður er nauðsynlegt fyrir Íslendinga að mynda sér skoðun og taka afstöðu. Ekki hafa verið gerðar ítarlegar kannanir á hug landsmanna en í könnun Pricewaterhouse Coopers frá árinu 2001 var tæplega helmingur landsmanna eða 46,4% fylgjandi líknardrápi og þriðjungur því andvígur.[1] Í ljósi lítillar umræðu kemur það nokkuð á óvart hve hlynntir Íslendingar eru líknardrápi samkvæmt þessari könnun. Það er athyglisvert að fólk er hlynntara líknardrápi því fjarlægara sem það er dauðanum. Kannanir sem gerðar hafa verið á Vesturlöndum á viðhorfi til líknardráps, sýna að afstaðan til líknardráps breytist eftir því skemmra sem það á ólifað. Með öðrum orðum, því nær sem einstaklingurinn er dauðanum því fleiri daga vill hann eiga. Eftirfarandi segir Sigurður Árnason

[1] Tekið var slembiúrtak 1.200 Íslendinga um allt land á aldrinum 18-75 ára og var nettósvarhlutfall 67,5%. Karlar voru frekar fylgjandi líknardrápi en konur, en mestur var skoðanamunur milli aldurshópa. Rúmlega 57% fólks á aldrinum 18-25 ára sögðust fylgjandi líknardrápi en innan við þriðjungur fólks á aldrinum 50-75 ára voru því fylgjandi. Þá voru íbúar á landsbyggðinni síður fylgjandi líknardrápi og tekjulágir voru síður fylgjandi en þeir tekjuhærri. (1).

krabbameinslæknir um krabbameinssjúka einstaklinga: *„Það er algengara að sjúklingar með stöðuga verki fargi sér en sjúklingar með langt gengið krabbamein. Skýringin á þessu er ef til vill sú, að lífið verður því dýrmætara sem það er styttra. Svo dýrmætt að einstaklingurinn lærir að lifa upp á nýtt ef svo má segja. Deyjandi unglingur fullorðnast á nokkrum dögum og fer stundum langt fram úr foreldrunum, sem koma í humátt á eftir.“* (2).

Almennt eru íslenskir læknar á móti líknardrápi eins og rætt verður síðar (3). Sjálfur er ég ekki hlynntur lögleiðingu líknardráps og mun ég rökstyðja þá afstöðu í þessari grein.

En ef umræðan um líknardráp á að vera markviss verður skilgreiningin að vera nokkuð skýr. Ég vil skilgreina líknardráp aðeins sem slíkt ef sjúklingur biður um að líf hans sé stytt, þ.e. samkvæmt vilja hans og beiðni. Sjúklingurinn verður að *biðja* um að honum sé stytt lífið. Hollendingar skilgreina líknardráp einnig á þennan veg. Að stytta líf einhvers sem ekki hefur beðið um það (án vilja) eða þá að halda að sér höndum þegar hjálpa mætti sjúklingi (aðgerðarleysi) tel ég ekki vera líknardráp, heldur meira í ætt við dráp.

Í greininni eru fyrst og fremst rædd rök gegn líknardrápi en rökin með líknardrápi koma einnig fyrir. Þau hringa sig í kringum réttinn til að deyja og að enginn munur sé á líknardrápi og líknarmeðferð. Í fyrri hluta greinarinnar er fjallað um læknisfræðileg og siðferðileg rök gegn líknardrápi. Síðari hlutinn fjallar um líknarmeðferð og mikilvægi samræðunnar sem svar við beiðni sjúklings um líknardráp.

I. hluti. Læknisfræðileg og siðferðileg rök gegn líknardrápi

Það er rangt að drepa

Þessi rök eru sannfæring margra. Þau kveða á um að það sé rangt að drepa eða taka líf í hvaða skilningi sem er (4) og að lífið sé heilagt óháð aldri eða fötlun. Þessi sannfæring hefur sterka skírskotun til flestra trúarbragða heimsins en einnig hafa margir þessa sannfæringu án tilvísunar í trúarrit eða á grunni trúarupplifunar. Ef líknardráp yrði lögleitt gengi það í berhögg við sannfæringu fjölda fólks í heiminum, líklega meirihluta jarðarbúa.

Gagnkvæmisrök (skaðleysisrök)

Þetta eru að mínu mati mikilvægustu rökin. Ekki er siðferðilega réttmætt að fara fram á við eina manneskju að hún deyði aðra. Það er óréttmæt beiðni sem gæti haft slæm sálræn áhrif á þann sem beðinn er. Afleiðing slíkrar beiðni eða gjörðar gæti einnig truflað mjög samband læknis og sjúklings, væri þessi möguleiki fyrir hendi (4). Ein viðurkenndasta regla heimspeki Vesturlanda er *Frelsisregla* breska heimspekingsins Johns Stuarts Mill. Hún kveður á um að réttmætt sé að gera það sem maður vill svo lengi sem maður skaðar ekki aðra. Það að vera krafinn um og að taka aðra manneskju af lífi tel ég geta verið skaðlegt fyrir lækninn og hans sálarheill. Einhver gæti sagt: *„þú segir bara nei“*. Ef líknardráp yrði lögleitt gæti orðið mjög erfitt fyrir lækni að synja sjúklingnum bónarinnar. Læknir vill allt fyrir sjúkling sinn gera og erfitt er að láta ekki undan þrýstingi.

Hvert er viðhorf íslensks læknis, Vilhelmínu Haraldsdóttur, sérfræðings í blóðsjúkdómum, sem lærði í Hollandi?: *„Ég held að það leggist mjög þungt á hollenska lækna að þurfa að hjálpa fólki að deyja á þennan hátt. Það stendur í hollensku lögunum og það megi ekki þvinga lækna til að fremja líknardráp og að þeir hafi ótvíræðan rétt til að neita. Á móti kemur að lækni getur liðið illa ef honum finnst hann vera að bregðast sjúklingi sínum og hann virði ekki ósk hans....Ég hefði aldrei getað tekið þetta hlutverk að mér en ég fylgdist með því hvernig slík ósk var borin fram og hvernig henni var framfylgt. Sú reynsla sannfærði mig ennfrekar um að þarna væru Hollendingar á rangri leið.* “(2).

Höfuðröksemd þeirra sem vilja lögleiða líknardráp hringar sig um sjálfræði einstaklingsins og rétt hans til að deyja. Gallinn við þessa röksemd er, eins og áður hefur komið fram, sú staðreynd að líknardráp tekur ekki bara til sjúklingsins sjálfs, sjúklingurinn þarf hjálp eða aðstoð til að deyja. Eins og Vilhjálmur Árnason segir: *„Sjálfræði hinna deyjandi hlýtur einnig að takmarkast við þá valkosti sem heilbrigðisstarfsfólk getur varið með faglegum rökum....en það er reginhaf á milli réttar sjúklings til að hafna meðferð og réttar sjúklings til að panta meðferð.“* (5). Ennfremur segir Vilhjálmur: *„Frelsið til að deyja verður því að skilja neikvæðum skilningi, þannig að sjúklingur sé laus undan óréttmætum afskiptum heilbrigðisstétta, sem valda honum einungis böli og varna honum að deyja, en ekki þannig að hann eigi tilkall til þess að vera sviptur lífi.“* (6). Það er krafa um gæðarétt sjúklings að honum sé veitt þessi umdeilanlega þjónusta. Gæðarétturinn myndi leggja öðrum á herðar samsvarandi verknaðarskyldu, það er að deyða sjúklinginn. Að mínu mati er ekki hægt að leggja slíka verknaðarskyldu á nokkurn mann: *„það er rangt og villandi að rökræða réttmæti verknaðar af þessu tagi án þess að taka fullt tillit til beggja aðila. Rétt sjúklinga til að deyja verður að vera hægt að tengja við skyldur lækna og hjúkrunarfólks og samrýma hann grundvallarábyrgð þeirra.“ (7).*

Forvígismenn líknardráps setja málið oft fram á þeim forsendum að geti sjúklingurinn ekki beðið um líknardráp þá fái hann engu um sinn dauða ráðið. En það gleymist að sjúklingar fá heilmiklu ráðið um það hvenær þeir deyja. Þeir geta hafnað meðferð þegar þeir vilja, hafnað næringu eða beðið um aukin verkjalyf og þar með hugsanlega flýtt dauða sínum innan þess kerfis sem nú er við lýði án þess að gera kröfur á aðra að deyða sig.

Siða- og starfsreglur lækna og hjúkrunarfræðinga

Líknardráp samræmist heldur ekki grundvallar siðferðis- og faglegum skyldum lækna. Þar er höfuðskylda að vernda lífið og virða það. Eftirfarandi segir Vilhjálmur Árnason um mögulega líknardrápslöggjöf. *„Mér virðist að slík löggjöf setji heilbrigðisstarfsfólk í óþolandi stöðu með því að ætla þeim að grípa til aðgerða sem hafa dauða sjúklinga gagngert að markmiði. Slíkt athæfi gengur gegn grundvallarlögmálum læknislistar og hjúkrunar eins og þau hafa mótast í langri sögu þessara starfsgreina.“* (8). Líknardrápslöggjöf gæti því hæglega grafið undan trausti því sem borið er til starfstéttanna. Auk þess er það mikilvægt að starfsreglur séu tiltölulega einfaldar og reglur skýrar. Störfin eru alveg flókin fyrir og óæskilegt er ef of mörg vafaatriði eru í hverjum aðstæðum fyrir sig. Þetta segir Valgerður Sigurðardóttir, yfirlæknir á líknardeild Landspítalans, um líknardráp: *„Ég er alfarið á móti líknardrápi. Það er andstætt mínum hugmyndum um læknishlutverkið að ég eigi að deyða fólk. Ég lít ekki svo á að það eigi að vera raunverulegur kostur. Það hljóta að gilda sömu lög fyrir mig og alla aðra í þjóðfélaginu að það er saknæmt að taka líf.“* (2). Hér er lýst skoðun læknis sem fæst einna mest við meðferð við lok lífs á Íslandi. En hver er vilji heilbrigðisstarfsfólks? Umræður í íslensku þjóðfélagi um líknardráp hafa verið af skornum skammti og aðeins ein íslensk könnun er til þar sem heilbrigðisstéttir eru spurðar um viðhorf sín þar að lútandi. Árið 1995 gerði Elsa B. Valsdóttir, þáverandi læknanemi, athugun þar sem spurt var um ýmis siðfræðileg álitamál er varða takmörkun meðferðar við lífslok og birtust niðurstöður í Læknablaðinu árið 1997. Í könnuninni var meðal annars spurt hvort viðkomandi teldi líknardráp réttlætanlegt undir einhverjum kringumstæðum. Sendur var spurningalisti til 184 lækna og 239 hjúkrunarfræðinga af Landspítala og Borgarspítala. Svör bárust frá 234 eða 55% þeirra sem voru spurðir. Þegar spurt var hvort líknardráp væri að þeirra mati réttlætanlegt undir einhverjum kringumstæðum svöruðu 5% lækna því játandi og 9% hjúkrunarfræðinga en einungis 2% svarenda gátu hugsað sér að verða við slíkri ósk (3). Er þetta nokkuð afgerandi viðhorf gegn líknardrápi. Þó að rannsóknin sé ekki alveg ný af nálinni, má gera ráð fyrir því að viðhorf lækna séu enn í dag nokkuð svipuð.

Hvað segja Alþjóðasamtök lækna um líknardráp? Þau hafa svo sterklega verið á móti líknardrápi að það jaðrar við fordæmingu og hafa fulltrúar Hollands oft fengið það óþvegið á þingum samtakanna. Eftirfarandi tillaga var samþykkt á fundi Alþjóða-félags lækna í Divonne-les Bains, Frakklandi árið 2001:

„Fram var borin tillaga frá norska læknafélaginu þar sem áréttað var álit Alþjóðafélags lækna í fyrri ályktunum að líknardráp væri undir engum kringumstæðum réttlætanlegt. Þessi ályktun var viðbragð samtakanna við nýsettum lögum í Hollandi sem leyfa líknardráp undir vissum, ströngum kringumstæðum og var hún samþykkt með öllum atkvæðum gegn atkvæði hollenska fulltrúans. Gagnrýnin sem fulltrúi Hollands fékk var svo ákveðin og hörð, að formaður stjórnarinnar sá ástæðu til að minna fulltrúa á að sýna hver öðrum kurteisi. Það er hins vegar staðreynd sem ekki er hægt að horfa framhjá að hollenska læknafélagið var samþykkt setningu laganna og að umræða af þessu tagi á sér stað víðar í heiminum.“ (9)

Sjaldgæf beiðni

Beiðni um líknardráp er sjaldgæf. Hví eiga óskir örfárra að hafa jafn mikil áhrif á alla hina? Að vissu leyti væri það minnihlutahópur sem kúgaði þá sem væru á annarri skoðun. Eftirfarandi segir Valgerður: *„Ég hef unnið við krabbameinslækningar í 15-20 ár. Ég hef meðal annars unnið með fólki í samtalsmeðferð sem á í miklum andlegum erfiðleikum vegna þess að það er komið með krabbamein. Stóran hluta af þeim tíma hef ég unnið með deyjandi sjúklingum og ég get samt talið þá sjúklinga á fingrum annarrar handar sem hafa sett fram þá ósk að þeim yrði hjálpað til að deyja.“* (2). Hafa ber þó í huga að fjöldi beiðna til lækna um líknardráp ræðst að miklu leyti af því hvort það er löglegt eður ei og þeirri umræðu sem hefur farið fram í þjóðfélaginu hverju sinni.

Einstök tilfelli

Einstök tilfelli eru mikið notuð til að réttlæta líknardráp. Að mínu mati er vafasamt að ályktа um of út frá þeim. Þessi tilfelli eru yfirleitt sérstök og „dramatísk" þar sem mikil samúð skapast með sjúklingnum og aðstæðum hans. Auðvelt er að setja sig í spor sjúklingsins og hrífast með rökstuðningi hans. Þetta eru tilfelli þar sem líknardráp

á jafnvel rétt á sér. En með þeim er oft fundin almenn réttlæting á lögleiðingu þess. Hafa sumir höfundar haldið því fram að þau hafi leitt til þess að Hæstiréttur Bandaríkjanna heimilaði fylkjum landsins að ákveða hvort líknardráp yrði leyft í hverju ríki fyrir sig (4). Í kjölfar þessa var sjálfsvíg með aðstoð læknis (PAS) lögleitt í Oregon ríki (4). Að mínu mati er mjög varasamt að gera einstök tilfelli að stoð fyrir almennri reglugerð. En því miður er það leið lagakerfisins, að minnsta kosti í Bandaríkjunum. Einstök mál verða prófmál og almenn regla skapast út frá þeim. Þó að með lagasetningunni sé verið að vernda rétt sjúklingsins sem á í hlut getur reglugerðin sem af því skapast skert rétt mun fleiri aðila fyrir vikið.

Reynsla Hollendinga

Hvað með reynslu þeirra sem leyfa líknardráp? *„Þann 28. nóvember 2000 voru samþykkt á hollenska þinginu lög sem kveða á um refsileysi verði læknir við ósk sjúklings um að vera styttur aldur með skilyrðum um viðeigandi líkn (due care). Skilyrðin eru að læknirinn:*

a) Sé sannfærður um að beiðni sjúklingsins sé sjálfviljug og ígrunduð,
b) sé sannfærður um að þjáning sjúklingsins sé viðvarandi og óbærileg,
c) hafi upplýst sjúklinginn um ástand sitt og horfur,
d) og sjúklingurinn séu sannfærðir um að engin önnur skynsamleg lausn er til á ástandi hans,
e) hafi ráðfært sig við að minnsta kosti einn annan, óháðan lækni sem hefur séð sjúklinginn og veitt skriflegt álit um skilyrði a.-d., og
f) stytti sjúklingnum aldur eða aðstoði hann við sjálfsvíg með viðeigandi líkn.“ (10).

Gefnar hafa verið út tvær skýrslur í Hollandi árið 1991 og 1996 sem taka saman reynslu Hollendinga. Eftirfarandi kafli er að stórum hluta byggður á þeim og tölur fengnar þaðan (11).

Aukning líknardráps og misbrestur tilkynninga

Í Hollandi hefur líknardráp aukist um nær helming á 5 árum frá 1990-1995 (12). Árið 1995 voru aðeins 41% líknardrápstilfella tilkynnt. Samráð við annan lækni var viðhaft í 99% tilkynntra tilfella en aðeins í 18% ótilkynntra tilfella. Af hverju var ekki haft samráð í þeim tilfellum sem ekki voru tilkynnt? Auðvelt er að ályktа að eitthvað vafasamt eigi sér stað, a.m.k. er gefið tilefni til þess. Læknirinn sem framkvæmir líknardrápið er sá hinn sami og tilkynnir það til yfirvalda: því er hann einn til frásagnar. Því er ferlið ekki gegnsætt og getur skapað það tortryggni. En líknardráp er ekki eingöngu einkamál læknis og sjúklings. Heldur ber lækninum að fylgja löggjöfinni og gæta að orðspori fagstéttarinnar. Auk þessa voru þeir læknar í Hollandi, sem haft var samráð við, yfirleitt læknar sem störfuðu á sama stað og því má efast um hlutleysi þeirra. Í aðeins 7% tilfella voru þeir ósammála. Nánast aldrei var haft samband við sérfræðing í líknarmeðferð. Almennt eru menn sammála um að Hollendingar hafa verið seinir til að þróa líknar- og verkjameðferð. Þeir eru aðeins lítillega farnir að tileinka sér hospicehugmyndafræðina, en hún miðast að því að veita deyjandi sjúklingum læknismeðferð og aðhlynningu við hæfi og það getur ef til vill skýrt afstöðu þeirra til líknardráps. Í ljósi þessa má ályktа að löggjöf þeirra stuðli ekki að frekari þróun líknarmeðferðar.

Erfitt mat. Hver ræður?

Helstu rökin fyrir líknardrápi byggja á rétti sjúklings til sjálfræðis. Samt er það læknir sem heimilar eða neitar. Því takmarkast sjálfræði sjúklingsins við sannfæringu læknisins. En ef sjálfræði sjúklings er talin höfuðröksemdin fyrir líknardrápi, getur læknirinn þá neitað sjúklingi um líknardráp? Hvað ræður afstöðu læknisins? Hollensk lög kveða á um að læknirinn meti hvort þjáningar sjúklings séu viðvarandi og óbærilegar. En erfitt getur verið að meta þjáningar annars einstaklings. Ein algengasta ástæðan fyrir höfnun á beiðni um líknardráp í Hollandi, er að lækni hafi ekki þótt þjáningar sjúklings vera nægjanlegar. Hver geta verið rök læknis fyrir því að þjáningarnar teldust ónógar, þegar þjáning sjúklings er fyrst og fremst huglæg tilfinning þess sem þjáist? Hvert verður áframhaldandi samband læknis og sjúklings, neiti læknirinn? Mun sjúklingurinn leita annað?

Fótfesturök

Í áðurnefndum skýrslum kemur fram nokkuð sem virðist styðja hræðslu manna um að líknardráp sé ekki undir nógu góðri stjórn í Hollandi, að farið sé að beita líknardrápi á víðtækari forsendum en ætlað var í upphafi. Eru þetta ein veigamestu rökin gegn líknardrápi og kallast fótfesturök (slippery slope) eða hin „hála braut“. Vísa þau til þess að menn hafi misst fótfestuna gagnvart upphaflegri áætlun og skilgreiningu á viðfangsefninu. Vitandi eða óafvitandi breytast viðmiðin. Þá fer að halla undan fæti og menn vakna síðar upp við vondan draum þegar þeir átta sig á ástandinu. Skýrum þetta nánar.

Í fyrsta lagi hefur ekki aðeins orðið mikil aukning á líknardrápi heldur í öðru lagi líknardrápi án beiðni sjúklings. Árið 1995 voru líf níu hundruð manna stytt án beiðni, þ.e. framkvæmt líknardráp án vilja (non-voluntary), sem er að mínu mati ekki líknardráp heldur dráp. Var hér yfirleitt um að ræða einstaklinga sem voru meðvitundarlausir. Það þýðir að einn af fimm sem líflátnir eru undir nafninu líknardráp hafa ekki beðið um það. Í 40% þessara tilfella var ekki leitað álits annars læknis eins og lög gera ráð fyrir. Þetta eru sláandi niðurstöður.

Þó að aðeins fáir deyi með aðferðum líknardráps á hverju ári í Hollandi hefur löggjöfin víðari áhrif og svokölluðu gráu svæðin í kring verða stór. Er það nátengt fótfesturökunum að ofan. Árið 1995 voru 3.200 tilfelli líknardráps en ef bætt er við tilvikum um aðstoðað sjálfsvíg, líknardrápi án vilja og aukinni verkjalyfjameðferð í þeim *tilgangi* að stytta líf þá tvöfaldast þessi tala í 6.500 manns. Ef bætt er við tilvikum þar sem meðferð er stöðvuð *vísvitandi* eða ekki hafin *gagngert* til að stytta líf þá fer heildartalan upp í 24.500 tilfelli en líklega eru þau mun fleiri þar sem erfitt er að hafa yfirsýn yfir þessi mál. Ég held því ekki fram að öll þessi tilfelli séu líknardráp eða öll framkvæmd á vafasamömum forsendum. Þess í stað vil ég benda á að margt styður þá fullyrðingu að Hollendingar hafi misst fótfestuna í þessum málum, a.m.k. að einhverju leyti. Þessi mikli fjöldi tilfella hlýtur að styðja þá skoðun að líknardráp sé ekki ávallt síðasta úrræðið eins og því er ætlað að vera, heldur sé oft gripið til þessa úrræðis of snemma eða jafnvel í tilvikum þar sem það á ekki við. Skýrslan sýnir því fram á að jafnvel þótt aðrir meðferðarmöguleikar séu fyrir hendi þá sé gripið til líknardráps. Þess má þó geta að samkvæmt nýjustu skýrslum virðist líknardráp vera undir betra eftirliti í Hollandi en áður.

Að þurfa að rökstyðja það að vilja lifa og skilaboðin sem felast í kostinum

Lögleiðing líknardráps getur haft í för með sér þá kröfu á sjúklinginn að hann *þurfi* að gera það upp við sig hvort hann vilji lifa, hann þurfi að réttlæta tilvist sína (13). Það að sjúklingur þurfi að rökstyðja löngun sína til að lifa er óréttmætt að mínu mati.

Valkosturinn um líknardráp getur einnig falið í sér skilaboð og þrýsting um að nýta sér möguleikann. Ef læknir sjúklings segir við sjúkling: *„hefur þú hugleitt líknardráp"?* þá felur spurningin í sér hlaðin skilaboð, jafnvel þó að læknirinn hafi ekki ætlað að hvetja til líknardráps. Skilaboðin geta haft mjög truflandi áhrif á sjúkling sem annars hefði kannski aldrei hugsað út í líknardráp. Líklega myndu fáir velja líknardráp, en með valkostinum þyrfti allur hinn stóri hópur deyjandi fólks að að taka afstöðu með eða á móti lífinu. Jafnvel þó að sjúklingur ákveði að nýta sér ekki líknardráp getur hann þurft að fara í gegnum erfitt ákvarðanaferli vegna valkostsins sem er fyrir hendi.

Eru fleiri kostir nauðsynlega betri?

Stuðningsmenn líknardráps segja að líknardráp sé aðeins einn kostur eða valmöguleiki. Að mínu mati er það rangt að halda því fram að fleiri kostir séu ávallt betri. Vali fylgir ábyrgð og krefst það yfirvegunar sem getur reynst mjög erfið. Stundum getur verið verra að hafa fleiri kosti en færri. Krafan um sjálfræði og valmöguleika getur farið út í öfgar. Til þess að stunda fullkomið sjálfræði verður fólk að hafa getuna til að skilja kostina og geta yfirvegað þá. Hefur deyjandi fólk ávallt þessa getu? Er það ávallt í nógu góðu ástandi til þess? Svo er ekki að mínu mati.

Íþyngjandi upplifun

Hætt er við því að alvarlega veikt fólk upplifi sig sem byrði og vilji því létta byrðinni af ættingjunum, jafnvel líti á dauða sinn sem gjöf (13). Sjúklingar geta sannarlega verið ættingjum sínum sálarlega eða fjárhagslega íþyngjandi. En þrýstingurinn að binda enda á lífið getur verið bæði ytri sem innri. Ytri þrýstingur frá öðru fólki sem beinist að sjúklingnum og innri þrýstingur frá sjúklingnum sjálfum. Sigurður Árnason sérfræðingur í krabbameinslækningum segir: *„Ef krabbameinssjúklingnum finnst hann vera sínum nánustu mikil byrði þá er sú hugsun að farga sér hvorki óalgeng né óeðlileg. Spurningin er aðeins hvernig er unnið úr henni. Enginn þeirra sjúklinga, sem hafa rætt við mig um að stytta sér aldur, hefur haldið þeirri ósk til streitu eftir umræður. Segja má að þessi hugsun sé hluti af ferli sem mikið veikir einstaklingar ganga í gegnum en gengur langoftast yfir. Að grípa inn í þetta ferli og segja já við líknardrápi er eins og að fara út úr lest á ferð áður en komið er á áfangastað.* " (2). Auk þessa getur sjúklingurinn viljað létta byrðinni af lækninum. Heiðarlegar umræður við sjúklinginn eru því lykilatriði og verður fjallað nánar um þær í síðari hluta ritgerðarinnar.

Röng greining

Þá er röng greining á atvikum einnig möguleg. Þesskonar atvik hljóta að grafa undan traustinu til lögleiðingar líknardráps. Þessi síðastnefndi

vandi kom glögglega í ljós í máli 67 ára gamallar hollenskrar konu árið 1981. Málavextir voru þeir að hún bað lækninn sinn að hjálpa sér að enda líf sitt vegna þess að læknisskoðun hafði leitt í ljós að hún var með krabbamein. Við krufningu kom hins vegar í ljós að þetta var ekki rétt. Læknir hennar hafði látið hjá líða að fá álit annars læknis á ástandi hennar eins og krafist er í hollensku reglunum um líknardráp. Hann framkvæmdi líknardráp á henni en var svo dæmdur í 6 mánaða fangelsi. (2). Að ofan kom í ljós hve stór hluti hollenskra lækna hafði ekki samráð við annan lækni þegar umræðan og ákvörðunin um líknardráp var tekin. Sérstaklega átti þetta við um ótilkynnt tilfelli sem gerir málið enn vafasamara.

Jafnræði til líknardráps

Hvað með jafnræði til líknardráps? Vissir læknar munu líklega ávallt verða viljugri en aðrir til að framkvæma líknardráp. Einnig er spurning hvort ákveðnir sjúklingahópar falli betur undir líknardrápshugmyndina? Á líknardráp betur við um krabbameinssjúklinga en taugasjúkling með taugavöðvahrörnun (MND) eða geðsjúkling með geðklofa? Tilteknir sjúkdómar gætu orðið útundan. Þetta sýnir enn frekar hve matið er erfitt ef líknardráp yrði lögleitt.

Forsendur líknardráps

Gott heilbrigðiskerfi er grundvallarforsenda líknardráps. Rökin fyrir líknardrápi reiða sig á það að heilbrigðiskerfið sé gott, þ.e. að líknardráp sé örþrifaráð, síðasta úrræðið. Þetta er einnig skoðun fylgismanna lögleiðingar líknardráps. Líknardráp á aðeins að vera kostur þegar allt annað þrýtur, en því miður heyrir það frekar til undantekninga að gott heilbrigðiskerfi sé til staðar í heiminum. Margar þjóðir heims búa ekki yfir nógu góðri læknisþjónustu, heimahlynningu, geðþjónustu eða líknarmeðferð. Ef líknardráp yrði lögleitt, gæti skapast þrýstingur til að beita líknardrápi í fátækum löndum eða hverfum, á röngum forsendum. En góð líknarmeðferð kostar mikinn mannafla og fjármagn. Fæst lönd standa undir því. Í Bandaríkjunum einum eru yfir 37 milljónir íbúa án grunnheilbrigðisþjónustu. (4). Slæm læknisfræði og slæmt heilbrigðiskerfi geta því hæglega ýtt undir líknardráp. Í stað líknardráps ætti frekar að leggja áherslu á að bæta líknarmeðferð og heimahlynningu. Í raun og veru er líknardráp „lúxusvandamál" því í flestum löndum heimsins er vöntun á grunnþjónustu það mikil að líknardráp er ekki til umræðu. Hafa sumir talað um „ofurmeðferð" hinna deyjandi í þessu samhengi (14).

Samantekt

Að ofan hef ég tilgreint og útlistað fjölmörg rök gegn líknardrápi, en í grófum dráttum má flokka þau í fernt. Í fyrsta lagi er það trú margra að það sé rangt að taka líf undir öllum kringumstæðum. Í öðru lagi að það sé óréttmæt krafa að biðja aðra manneskju um að taka líf sitt; að þá kröfu sé ekki hægt að leggja á nokkurn mann. Þess utan samrýmist líknardráp alls ekki grundvallarstarfsreglum lækna og hjúkrunarfræðinga og gæti hæglega truflað meðferðarsambandið. Í þriðja lagi eru „empirísk rök" þ.e. rök byggð á reynslu. Ég tel mig hafa sýnt fram á að líknardráp í Hollandi séu ekki undir nógu góðu eftirliti og bjóði heim misnotkun, sem líklega eigi sér þar stað. Í fjórða lagi eru rök sem eru skyld þeim þriðju: þó að líknardráp sé hugsanlega réttlætanlegt í einstaka tilfellum, þá muni það leiða til misnotkunar vegna skilaboðanna og þrýstingsins sem kosturinn hefur í för með sér.

Svar mitt við kröfunni um líknardráp er líknarmeðferð, þar sem samræðan við sjúkling skiptir höfuðmáli. En svo að samræðan skili árangri verður hún að vera einlæg og opinská, sæmræðuvilji og samræðuhæfni umönnunaraðilans verður að vera fyrir hendi. Leiðir það okkur í síðara hluta greinarinnar.

II. hluti Líknarmeðferð og mikilvægi samræðunnar

Að mínu mati skiptir líknarmeðferð og aðgangur sjúklinga að henni höfuðatriði í umræðunni um líknardráp. Þetta er einnig álit flestra sérfræðinga sem um þessi mál fjalla (15). En aðeins lítill hluti deyjandi sjúklinga í Evrópu hefur aðgang að líknarmeðferð (14). Almenn nauðsyn er á því að bæta líknarmeðferð í heiminum.

Krafan um líknardráp tengist náið þeirri hugsun að ekki sé hægt að veita frekari meðferð. Þetta er röng hugsun. Jafnvel þótt ekki sé hægt að lækna sjúkdóminn er mikið hægt að gera fyrir sjúklinginn. Hin athafnasama læknisfræði nútímans er upptekin af lækningum. Tilhneiging er að áherslan á læknandi þáttinn beri þann líknandi ofurliði. Líknardráp er því e.t.v. að hluta svar við skefjalausri tæknihyggju nútímans. Ef tæknihyggjan lítur á dauðann nánast eins og sjúkdóm er sú hugsun vel skiljanleg. En það er vafasamt þegar tæknin snýst upp í skilyrðislaust boð um að framlengja mannlegt líf með öllum tiltækum ráðum. Við þessar kringumstæður *„slítur raunvísindaleg og tæknisinnuð læknisfræði viðfangsefni sitt úr samhengi við þætti sem allt árangursríkt og réttlátt læknisstarf verður að taka mið af.* " (6).

Mikil framþróun hefur átt sér stað í líknarmeð-

ferð en hún er enn vannýtt og veldur því þekkingarleysi á henni sem meðferðarformi. Leggja ber áherslu á það að líknarmeðferð er mjög virk meðferð, en það vill kveða við, vegna þekkingarleysis, að fólk, jafnvel fagaðilar, halda að ekkert sérstakt sé að gert þegar líknarmeðferð er viðhöfð. Notuð er öll læknisfræðileg og hjúkrunarfræðileg þekking til að bæta líðan einstaklingsins og til að hjálpa honum að lifa innihaldsríku lífi meðan hann lifir. Í líknarmeðferð er megináhersla lögð á líðan sjúklingsins. Þar er horft heildstætt á sjúklinginn og reynt að taka tillit til þarfa hans í sem víðustum skilningi. Þar er sérstaklega reynt að sinna sálrænum og andlegum þörfum hans. Í líknarmeðferð eru yfirleitt margir valkostir fyrir sjúklinginn og margt hægt að gera til þess að honum líði sem best. Þessi þjónusta krefst þó mikils tíma og orku.

Fylgismenn líknardráps segja gjarnan, að líknarmeðferð sé nokkurskonar falið líknardráp. Því til stuðnings fullyrða þeir að morfín sé vísvitandi gefið í þeim tilgangi að stytta lífið. En því er til að svara að í fyrsta lagi er það ekki gefið vísvitandi til að stytta lífið. Í öðru lagi bendir fjöldi rannsókna til þess að morfín lengi líf frekar en hitt (16). Yfirleitt hafa lokastigssjúklingar verið lengi á morfíni og byggt upp töluvert þol gagnvart aukaverkunum lyfins. Auðvitað er hægt að flýta dauða ef óvarlega er farið. Reynsla margra lækna er þó sú að fólki líður mun betur á morfíni. Það slakar betur á, öndunin verður hagkvæmari, það eyðir minni orku í að erfiða, en það verður auðvitað að nota lyfið rétt eins og öll önnur lyf. Ef óvarlega er farið getur morfín vissulega stytt líf en óbærilegar líkamlegar þjáningar, sem eru ein helsta forsenda líknardráps, eru með aukinni þekkingu í verkjameðferð og líknarmeðferð, mun sjaldgæfari en áður.

Munur á líknarmeðferð og líknardrápi?

Forvígismenn líknardráps halda því gjarnan fram að ekki sé eðlismunur á líknarmeðferð og líknardrápi (17). Með líknarmeðferð sé aðeins verið að deyða fólk á hægari máta. Að mínu mati er þetta alröng hugsun. Í öðru tilfellinu er verið að líkna en í hinu er verið að deyða. Það er skýr munur á þeirri hugsun og þeim ásetningi sem að baki liggur. Þegar ásetningurinn er að deyða er væntanlega gefinn svo stór skammtur af viðkomandi lyfi að hann nægi til þess að dauðann beri fljótt að. Þegar ásetningurinn er að líkna er það aðalatriði meðferðarinnar. Það er því reginmunur á því hvort gripið er til aðgerða sem lina þjáningar með þeirri *mögulegu* afleiðingu að sjúklingurinn deyr eða hvort aðgerðin er *vísvitandi* notuð til að deyða sjúklinginn. Ásetningurinn skiptir því höfuðmáli. Ef læknar gefa vísvitandi skammta umfram það sem þarf til að verkjastilla í þeim tilgangi að deyða, þá eru þeir að framkvæma líknardráp. Á hinn bóginn er ekki er rétt að halda því fram að það sé leynilega verið að drepa fólk með líknarmeðferð þegar tilgangurinn er að lina þjáningar.

Mikilvægi samræðunnar

Samræður auðvelda sjúklingi að tjá vilja sinn og rækta sjálfræði sitt. En hverjar eru forsendur árangursríkra og siðferðilegra samræðna læknis og sjúklings? Það eru fyrst og fremst tveir mannlegir eiginleikar, annars vegar *samræðuvilji* og hins vegar *samræðuhæfni*. Vilhjálmur Árnason lýsir þesssu þannig: *„Með samræðuvilja á ég við vilja til þess að taka þátt í samræðum og lúta lögmálum þeirra, að tjá sig og hlusta á aðra, og með samræðuhæfni á ég í þessu tilviki við getu til þess að geta gefið af sér, verið heiðarlegur og einlægur og geta sett sig í spor annarrar manneskju. Þetta eru hvort tveggja eiginleikar eða mannkostir sem allir hafa eða ættu að geta tileinkað sér og til þess er iðkun samræðna bezta leiðin. Þessum markmiðum verður þó ekki náð nema fólk gefi sér þann tíma sem eiginlegar samræður krefjast.“* (6).

Almennt held ég að ekki hafi verið lögð nógu mikil áhersla á að komast að ástæðum þess að einhver kjósi að deyja. Beiðnin um að fá að deyja kallar á samræðu og er í raun ákall á samræðu. Ef ákallinu er svarað og sjúklingi hjálpað þá hverfur oftast löngunin. Algengast er að beiðnin sé vegna einhvers sem hægt er að lækna eða lina t.a.m. verkir eða þunglyndi. Könnun á ástæðum beiðninnar er því nauðsynleg. Læknar verða að gefa sér tíma í að kanna þessar ástæður þó það geti verið erfitt og tímafrekt. Best er að læknir sjúklings geri það, en ef hann telur sig ekki geta það verður að fá sérfróðan aðila, t.d. geðlækni eða sálfræðing í málið. Í samræðunni er mikilvægt að láta sjúklinginn ekki upplifa skömm vegna beiðni sinnar. Ekki gengur að hefja eða ljúka samræðum með valdsmannslegum tón og segja: *„veistu ekki að þetta er ólöglegt í þessu landi, þú getur ekki beðið mig um að drepa þig.“*

Hér verða heiðarleg samskipti að eiga sér stað. Innilegar samræður þar sem hlustað er vel á sjúklinginn og að hann látinn finna fyrir andlegum og tilfinningalegum stuðningi, þ.e. hluttekningu umönnunaraðilans. Taka verður tillit til óska sjúklingsins og þeirrar kröfu að hann sé virtur sem manneskja, því á þessu stigi upplifir sjúklingur sig oft varnarlausan, hjálparvana og finnst sjálfræði sínu ógnað. Hinn sjúki verður að upplifa stjórn að einhverju leyti, en ekki firringu. Að tapa stjórninni er afar óþægileg tilfinning. Aukin verkaskipting á sjúkrastofnunum má ekki leiða til þess að heil-

brigðisstarfsfólk sýni ekki þessa nauðsynlegu hlutteknigu vegna þess að „það er ekki innan þess verkahrings".

Fólk vill hafa stjórn á lífi sínu. Við mikil veikindi hefur sjúklingur jafnvel tapað að miklu leyti stjórninni yfir lífi sínu. Þá er kannski það eina sem hann sér möguleika á að stjórna, þ.e. hvenær og hvernig hann deyr. Margir sjúklingar finna huggun í því að vita að þeir geti drepið sig þegar þeir vilja. Þekkt eru mörg dæmi þar sem sjúklingar sanka að sér lyfjum en nota þau aldrei. Eigi að síður upplifa þeir stjórn við þær aðstæður. Góð og merkingarbær samræða við lækni gæti komið sjúklingnum í skilning um að hann stjórnar fleiru en dauðanum. Hann stjórnar meðferðinni í samráði við lækninn.

Lokaorð

Þegar sjúklingur kemur fram með beiðni um að deyja á svarið ekki að vera einfalt já eða nei. Að svara beiðninni tafarlaust neitandi skilur hann eftir í örvæntingu sinni. Að svara fyrirvaralaust játandi, kannar ekki ástæðurnar. Líta ber á beiðnina sem möguleika fyrir djúpar og merkingarbærar samræður. Sjúklingurinn er í örvæntingu sinni að kalla á samræðu og hann gerir það á þennan máta. Ég leyfi mér að fullyrða að fáir biðja um að láta deyða sig nema í örvæntingu. Beiðnin um líknardráp kann að hljóma rökrétt í fyrstu en yfirleitt ekki þegar búið er að kanna hvað á bakvið hana liggur (18). Í raun og veru á hið lögfræðilega umhverfi ekki að hafa áhrif á samræðumöguleikann. Hvort sem líknardráp er löglegt eður ei, eiga merkingarbærar samræður að fara fram undir þessum kringumstæðum.

Þó að góð líknarmeðferð sé í raun svar mitt við beiðninni um líknardráp þá væri það óskhyggja að halda að hún gæti afmáð alla þjáningu. Með líknarmeðferð er leitast við að skapa sjúklingnum og fjölskyldu hans eins mikil lífsgæði og kostur er en þjáningin verður þó ávallt hluti af því að vera manneskja. Því verður ekki breytt. Í þessu samhengi vil ég að lokum vitna í Valgerði Sigurðardóttur lækni: *„Ég hef stundum velt því fyrir mér hvort krafan um líknardráp sé ekki færð fram vegna þess að einstaklingurinn vilji má burtu erfiðleika, þjáningu og sorg sem fylgir því að vera manneskja. Þjáningin er hluti af lífinu og með því að upplifa hana höfum við möguleika á að þroskast. Nútímamaðurinn virðist stundum gleyma margbreytileika lífsins og hefur tilhneigingu til að vilja einfalda hlutina og telur sig geta haft mikla stjórn á lífi sínu og umhverfi. En er okkur ekki fremur ætlað að lifa með þjáningunni og finna leiðir til að vinna úr henni?* " (2).

Þakkir

Vill höfundur þakka kærlega annars vegar heimspekingunum Vilhjálmi Árnasyni og Salvöru Nordal og hins vegar læknunum Valgerði Sigurðardóttur, Hauki Hjaltasyni, Kjartani Örvar, Gunnari Valtýssyni og Ögmundi Bjarnasyni fyrir gagnlegar ábendingar.

Heimildir

1. Morgunblaðið 5. maí 2001.
2. Einarsdóttir H. „Kemur dauðinn þegar hann vill?" Morgunblaðið 4. febr. 2001. bls 10-16.
3. Valsdóttir E.B, Jónsson P.V, Árnason V, Helgadóttir H. „Siðfræðilegir þættir við takmörkun meðferðar við lok lífs" Læknablaðið 1997; 83: 92-101.
4. Arras D. John. „Physician-Assisted Suicide: A Tragic View", Beauchamp, Tom L. og Walters, LeRoy (ritstj.),. Contemporary issues in Bioethics, 6th ed. Thomson publishing 2003. 3 kafli Life and Death, bls. 225-34.
5. Árnason V. Siðfræði lífs og dauða Reykjavík: Rannsóknarstofnun í siðfræði. 2003, bls. 295.
6. Árnason V. „Deyðu á réttum tíma. Siðfræði og sjálfræði í ljósi dauðans", Skírnir 164 (haust 1990), 288-316.
7. Árnason V. Siðfræði lífs og dauða Reykjavík: Rannsóknarstofnun í siðfræði. 2003, bls. 267-313.
8. Sama rit 299.
9. Snædal J, Sveinsson S, Zoega T. Læknablaðið 6.tbl. 87 árg. 2001.
10. Árnason V. Siðfræði lífs og dauða Reykjavík: Rannsóknarstofnun í siðfræði. 2003, bls.297.
11. Maas PJ van der et al. „Euthanasia and other medical decisions concernig the end of life." Amsterdam: Elsevier, 1992 og Wal G van der, Maas PJ van der. „Euthanasia and other medical decisions concernig the end of life. Practice and reporting procedure." Den Haag: SDU uitgevers, 1996.
12. Jochemsen H and Keown J. „Voluntary Euthanasia under Control? Further Empirical Evidence from the Netherlands", Beauchamp, Tom L. og Walters, LeRoy (ritstj.),. Contemporary issues in Bioethics, 6th ed. (Thomson publishing 2003) 3. kafli Life and Death, 235-40.
13. Velleman, J. David „Against the Right to Die", Hugh LaFollette (ritstj.), Ethics in Practice (Blackwell 2002), 32-39.
14. Callahan D. Setting limits: Medical Goals in an Aging Society with "a Response to my Critics". 1995. Washington DC. Georgetown University Press.
15. Henk ten Have, Clark D (ritstj.) The ethics og palliative care. European perspectives. Open University Press, Philadelphia, 2002.
16. Sykes N, Thorns A. „The use of opiods and sedatives at the end of life". The Lancet Oncology. Vol 4. May 2003: 312-17. 314.
17. Orentlicher D. „The Supreme Court and Physician Assisted Suicide- Rejecting Assisted Suicide but Embracing Euthanasia." N Engl J Med 1997; 337:1236-9.
18. Battin MP. „Rational suicide: how can we respond to a request for help?" JAMA. 1991;12:73-80 .

Aðrar heimildir

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994:326

Badger LW, deGruy FV, Hartman J, et al. „Patient presentation, interview content, and the detection of depression by primary care physicians." Psychosom Med. 1994;56:128-135

Beauchamp, Tom L. og Childress, James F. Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press. 5. útgáfa 2001. 4 kafli.

Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison G. „Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation." Am J Psychiatry. 1985;142:559-563.

Block SD, Billings JA. „Patient requests for euthanasia and assisted suicide in terminal illness: the role of the psychiatrist." Psychosomatics. 1995;36:445-457

Breitbart W. „Cancer pain and suicide." Adv Pain Res Ther. 1990;16:399-412.

Breitbart W, Rosenfeld BD, Passik SD. „Interest in physician-assisted suicide among ambulatory HIV-infected patients." Am J Psychiatry. 1996;153:238-242.

Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, et al. „Desire for death in the terminally ill." Am J Psychiatry. 1995;152:1185-1191.

Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. „'Are you depressed?' screening for depression in the terminally ill." Am J Psychiatry. 1997;154:674-676.

Eisenberg L. „Treating depression and anxiety in primary care: closing the gap between knowledge and practice." N Engl J Med. 1992;326:1080-1084.

Emanuel EJ, Fairclough DL, Daniels ER, Clarridge BR. „Euthanasia and physician-assisted suicide: attitudes and experiences among oncology patients, oncologists, and the general public." Lancet. 1996;347:1805-1810.

Ganzini L, Fenn DS, Lee MA, Heintz RT, Bloom JD. „Attitudes of Oregon psychiatrists toward physician-assisted suicide." Am J Psychiatry. 1996;153:1469-1475.

Ganzini L, Lee MA, Heintz RT, et al. „The effect of depression treatment on elderly patients' preferences for life-sustaining medical therapy." Am J Psychiatry. 1994;151:1631-1636.

Goldstein WN. „Clarification of projective identification." Am J Psychiatry. 1991;148:153-161.

Lee MA, Nelson HD, Tilden VP, et al. „Legalizing assisted suicide: views of physicians in Oregon." N Engl J Med. 1996;334:310-315.

Materstvedt L.J, Clark D, Ellershaw J. et al. „Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force". Palliative Medicine 2003; 17: 97-101.

McKeogh M. „Physician-assisted suicide and patients with HIV disease." N Engl J Med. 1997;337:56.

Ormel J, Van Den Brink W, Koeter MWJ, et al. „Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study." Psychol Med. 1990;20:909-923.

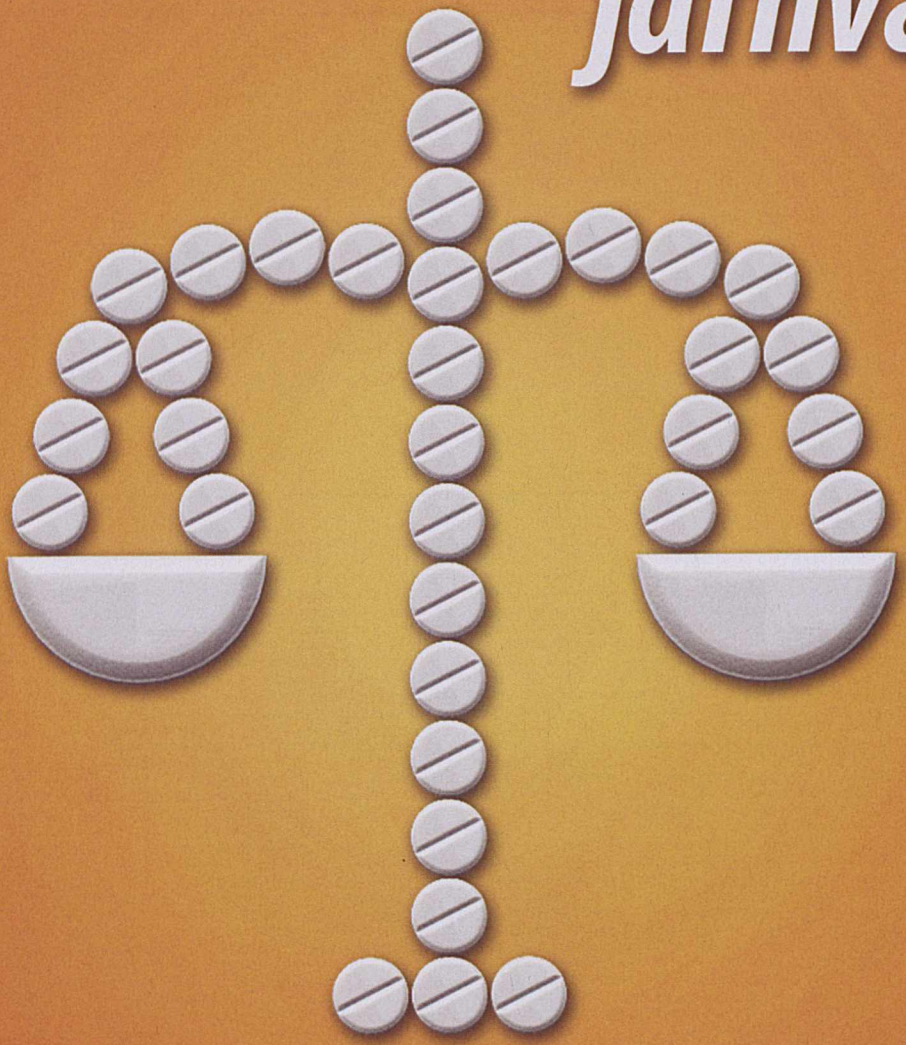
Roter DL, Hall JA. „Strategies for enhancing patient adherence to medical recommendations." JAMA. 1994;271:80.

Schulberg HC, Saul M, McCelland M, et al. „Assessing depression in primary medical and psychiatric practices." Arch Gen Psychiatry. 1985;42:1164-1170.

Sherbourne CD, Wells KB, Hays RD, et al. „Subthreshold depression and depressive disorder: clinical characteristics of general medical and mental health specialty outpatients." Am J Psychiatry. 1994;151:1777-1784.

Viagra, Pfizer TÖFLUR; G 04 B E 03, R 0
Hver tafla inniheldur Sildenafilum INN, citrat, samsvarandi Sildenafilum INN 25 mg, 50 mg eða 100 mg. **Ábendingar:** Til meðferðar við ristruflunum (erectile dysfunction), en það er þegar stinning getnaðarlims næst ekki eða helst ekki nægilega lengi til að viðkomandi geti haft samfarir á viðunandi hátt. Til þess að lyfið verki þarf kynferðisleg örvun að koma til. **Skammtar og lyfjagjöf:** Lyfið er ætlað til inntöku. ***Fullorðnir:*** Ráðlagður skammtur er 50 mg sem tekinn er eftir þörfum um það bil 1 klst. fyrir samfarir. Með hliðsjón af verkun og þoli má auka skammtinn í 100 mg eða minnka hann í 25 mg. Hámarksskammtur sem mælt er með er 100 mg. Hámarksskammtatíðni sem mælt er með er einu sinni á sólarhring. Sé lyfið tekið inn með mat getur það seinkað verkun lyfsins miðað við töku þess á fastandi maga. ***Sjúklingar með vægt skerta nýrnastarfsemi:*** Leiðbeiningar um skammta undir yfirskriftinni "***Fullorðnir***" eiga einnig við sjúklinga með væga til í meðallagi skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun = 30-80 ml/mín.). ***Aldraðir, sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi eða skerta lifrarstarfsemi:*** Þar sem úthreinsun sildenafils er hægari hjá framangreindum sjúklingahópum, skal gefa öldruðum 25 mg byrjunarskammt og mælt er með sama skammti fyrir sjúklinga með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi. Með hliðsjón af verkun og þoli má auka skammt í 50 mg eða 100 mg. ***Notkun handa börnum:*** Lyfið er ekki ætlað einstaklingum yngri en 18 ára. ***Sjúklingar, sem nota önnur lyf:*** Mælt er með að gefa sjúklingum, sem eru samtímis meðhöndlaðir með CYP3A4 hemlum öðrum en ritónavíri, 25 mg upphafsskammt. Sjá einnig kaflana „Varnaðarorð og varúðarreglur" og „Milliverkanir". **Frábendingar:** Í samræmi við þekkt áhrif sildenafils á köfnunarefnisoxíð/hringlaga gvanósíneinfosfat (cGMP))-efnaferilinn hefur verið sýnt fram á að það eykur lágþrýstingsvaldandi áhrif nítrata og má því ekki nota það samtímis efnum sem gefa frá sér köfnunarefnisoxíð (svo sem amýlnítrít) og hvers konar nítrötum. Lyf til meðferðar á óviðunandi stinningu getnaðarlims, þar með talið sildenafil, á ekki að gefa körlum sem ráðið er frá því að stunda kynlíf (t.d. sjúklingar með alvarlega hjarta- og æðasjúkdóma eins og hvikula hjartaöng eða alvarlega hjartabilun). Ofnæmi fyrir hinu virka innihaldsefni lyfsins eða einhverju hjálparefnanna. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** 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. Sildenafil hefur æðaútvíkkandi eiginleika, sem valda vægri og tímabundinni lækkun blóðþrýstings (sjá „Lyfhrif"). Læknirinn skal íhuga vandlega áður en sildenafili er ávísað, hvort sjúklingur með ákveðna undirliggjandi sjúkdóma gæti fengið aukaverkanir vegna slíkra æðaútvíkkandi áhrifa, einkum í tengslum við samfarir. Sjúklingar, sem eru í aukinni hættu vegna æðaútvíkkandi áhrifa eru m.a. þeir sem eru með útflæðisteppu í vinstra slegli (t.d. ósæðarþrengsli, hjartavöðvakvilla með útstreymishindrun) eða þeir sem eru með mjög sjaldgæf heilkenni fjölþættra visnunar æðakerfis sem einkennist af alvarlega skertri sjálfstjórn á blóðþrýstingi. Viagra eykur blóðþrýstingslækkandi áhrif nítrata (sjá „Frábendingar"). Eftir markaðssetningu hefur, í tengslum við notkun lyfsins, verið greint frá alvarlegum hjarta- og æðaáföllum, þar á meðal kransæðastíflu, hvikulli hjartaöng (angina pectoris intermediate syndrome), skyndilegum hjartadauða, sleglatakttruflunum, heilablæðingu, skammvinnum heilaeinkennum vegna blóðþurrðar (transient ischemic attack), háþrýstingi og lágþrýstingi. Flestir þessara sjúklinga, en þó ekki allir, voru fyrir í hættu með að fá hjarta- eða æðaáfall. Mörg þeirra tilvika sem greint var frá áttu sér stað meðan á samförum stóð eða fljótlega að þeim loknum og nokkur tilvikanna áttu sér stað skömmu eftir inntöku lyfsins án þess að samfarir ættu sér stað. Ekki er unnt að kveða upp úr með það hvort þessi atvik tengjast þessum þáttum beint, eða öðrum þáttum. Gæta skal varúðar við notkun lyfja við ristruflunum, þar með talið sildenafil, hjá sjúklingum með vanskapaðan getnaðarlim (t.d. vinkilbeygðan lim, bandvefshersli í getnaðarlim (cavernous fibrosis) eða Peyronies-sjúkdóm) eða hjá sjúklingum sem haldnir eru sjúkdómum sem geta valdið standpínu (t.d. sigðfrumublóðleysi, mergæxli (multiple myeloma) eða hvítblæði). Öryggi og verkun af notkun sildenafils samtímis meðhöndlun með öðrum lyfjum við ristruflunum hefur ekki verið rannsökuð. Samtímis meðferð er því ekki ráðlögð. Ekki er mælt með samtímis notkun sildenafils og ritónavírs (sjá „Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir"). Rannsóknir *in vitro* benda til þess, að sildenafil auki verkun nítróprússíðs gegn samloðun blóðflagna í mönnum. Engar upplýsingar liggja fyrir um öryggi við notkun sildenafils hjá sjúklingum með blæðingasjúkdóma eða virkt ætissár. Sildenafil skal því aðeins gefið þessum sjúklingum eftir ítarlegt mat á kostum þess gegn áhættu. **Milliverkanir við lyf eða annað:** ***In vitro rannsóknir:*** Umbrot sildenafils verða fyrst og fremst fyrir áhrif cýtókróm P450 (CYP) ísóenzýma 3A4 (að mestu leyti) og 2C9 (í minna mæli). Því geta hemlar þessara ísóenzýma dregið úr úthreinsun sildenafils. ***In vivo* rannsóknir:** Mat á lyfjahvörfum hjá mönnum, sem byggt er á gögnum úr klínískum rannsóknum, bendir til þess að úthreinsun sildenafils minnki séu CYP3A4 hemlar gefnir samtímis (eins og t.d. ketókónazól, erýtrómýsín og címetidín). Enda þótt tíðni aukaverkana hjá þessum sjúklingum hafi ekki aukist þegar sildenafil var gefið samtímis er ráðlegt að nota 25 mg skammt í upphafi. Við samtímis gjöf HIV próteasahemilsins ritónavírs, sem er mjög öflugur P450 hemill, við stöðuga þéttni í blóði (500 mg tvisvar sinnum á dag) og eins skammts af sildenafili (100 mg) varð 300% (ferföld) hækkun á C_{max} sildenafils og 1000% (ellefuföld) hækkun á AUC sildenafils í blóði. Eftir 24 klst. voru blóðgildi sildenafils enn u.þ.b. 200 ng/ml, en þegar sildenafil var gefið eitt sér voru blóðgildi þess u.þ.b. 5 ng/ml. Þetta er í samræmi við þá umtalsverðu verkun, sem ritónavír hefur á fjöldann allan af P450 ensímhvarfefnum (substrates). Sildenafil hafði engin áhrif á lyfjahvörf ritónavírs. Með hliðsjón af niðurstöðum úr þessum lyfjahvarfarannsóknum á heildarskammtur sildenafils ekki að fara yfir 25 mg á 48 klst. tímabili. Við samtímis gjöf HIV próteasahemilsins sakvínavírs, sem er CYP3A4 hemill, við stöðuga þéttni í blóði (1200 mg þrisvar sinnum á dag) og eins skammts af sildenafili (100 mg) varð 140% hækkun á C_{max} sildenafils og 210% hækkun á AUC sildenafils í blóði. Sildenafil hafði engin áhrif á lyfjahvörf sakvínavírs . Öflugri CYP3A4 hemlar eins og ketókónazól og ítrakónazól eru taldir hafa meiri áhrif. Eftir inntöku eins 100 mg skammts af sildenafili með erýtrómýcíni, sem er sértækur CYP3A4 hemill, við stöðuga þéttni í blóði (500 mg tvisvar sinnum á dag í 5 daga) varð 182% hækkun á aðgengi sildenafils (AUC). Hjá venjulegum heilbrigðum körlum, sem voru sjálfboðaliðar, komu engar vísbendingar í ljós um að azitrómýcín (500 mg daglega í þrjá daga) hefði áhrif AUC, C_{max}, t_{max}, stuðul útskilnaðarhraða né heldur í kjölfar þess á helmingunartíma sildenafils eða þess umbrotsefnis, sem mest er af í blóði. Hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum olli címetidín (800 mg), sem er cýtókróm P450 hemill og ósértækur hvað varðar CYP3A4, 56% aukningu á blóðþéttni sildenafils þegar það var gefið samtímis sildenafili (50 mg). Greipaldinsafi, sem er vægur hemill á CYP3A4 umbrot í þarmavegg, getur valdið lítils háttar aukningu á blóðþéttni sildenafils. Taka eins skammts af sýrubindandi lyfi (magnesíumhýdroxíð / álhýdroxíð) hafði ekki áhrif á aðgengi sildenafils. Enda þótt sérstakar rannsóknir hafi ekki verið gerðar á milliverkunum við öll lyf, kom í ljós við mat á lyfjahvörfum, að samtímis notkun eftirtalinna lyfja hafði ekki áhrif á lyfjahvörf sildenafils: CYP2C9 hemlar (eins og tólbútamíð, warfarín og fenýtóín), CYP2D6 hemlar (eins og sértækir serótónín endurupptöku hemlar og þríhringlaga geðdeyfðarlyf), tíazíð og skyld þvagræsilyf, mikilvirk (loop-) og kalíumsparandi þvagræsilyf, ACE-hemlar, kalsíumgangalokar, beta-hemlar eða lyf sem örva CYP450 umbrot (eins og rífampicín, barbítúröt). **Meðganga og brjóstagjöf:** Lyfið er ekki ætlað konum. **Akstur og stjórnun annarra véla:** Þar sem skýrt hefur verið frá svima og breytingu á sjón í klínískum rannsóknum á sildenafili eiga sjúklingar að ganga úr skugga um hvaða áhrif lyfið hefur á þá áður en þeir aka bifreið eða stjórna vinnuvélum. **Aukaverkanir:** Skýrt hefur verið frá eftirtöldum aukaverkunum (tíðni >1%) hjá sjúklingum sem hafa verið meðhöndlaðir með ráðlögðum skömmtum í klínískum rannsóknum: *Hjarta og æðakerfi:* Höfuðverkur (12,8%), roði/hitasteypur (10,4%), svimi (1,2%). *Meltingarfæri:* Meltingartruflanir (4,6%). *Öndunarfæri:* Nefstífla (1,1%). *Skynfæri:* Sjóntruflanir (1,9%; vægar og tímabundnar, einkum truflun á litaskyni, en einnig aukið ljósnæmi eða þokusýn). Í rannsóknum þar sem notaðir voru fastir (fixed) skammtar voru meltingartruflanir (12%) og sjóntruflanir (11%) algengari þegar notaðir voru 100 mg skammtar en þegar minni skammtar voru notaðir. Einnig hefur verið skýrt frá vöðaverkjum þegar sildenafil hefur verið notað örar en ráðlagt er. Aukaverkanirnar voru vægar eða í meðallagi, en urðu tíðari og alvarlegri með auknum skammti. Eftir markaðssetningu hefur verið greint frá eftirtöldum aukaverkunum: *Almennar:* Ofnæmi (þ.m.t húðútbrot). *Hjarta og æðakerfi:* Í tengslum við notkun Viagra hefur verið greint frá alvarlegum hjarta- og æðaáföllum, þar á meðal kransæðastíflu, hvikulli hjartaöng (angina pectoris intermediate syndrome), skyndilegum hjartadauða, sleglatakttruflunum, heilablæðingu, skammvinnum heilaeinkennum vegna blóðþurrðar (transient ischemic attack), háþrýstingi, lágþrýstingi, yfirliði og hraðtakti. Í örfáum tilvikum hefur verið greint frá lágþrýstingi við samtímis notkun sildenafils og alfa-hemla. *Þvag- og kynfæri:* Langvarandi stinning getnaðarlims og/eða standpína. *Skynfæri:* Augnópægindi: Greint hefur verið frá augnverkjum og rauðum augum/blóðhlaupnum augum. **Pakkningar og verð 1. júní 2007: Töflur 25 mg:** 4 stk. þynnupakkað, 4.401 kr.; **Töflur 50 mg:** 4 stk. þynnupakkað, 4.635 kr; 12 stk. (þynnupakkað), 11.898 kr.; **Töflur 100 mg:** 4 stk. þynnupakkað, 5.074 kr.; 12 stk. (þynnupakkað), 13.437 kr.
Nánari upplýsingar um lyfið er að finna í Sérlyfjaskrá og á lyfjastofnun.is. Lyfið er lyfseðilsskylt. Greiðslufyrirkomulag: 0.
Einkaumboð á Íslandi: Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabær.

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. 575

Nýr heilbrigðisráðherra

Fjölbreytt rekstrarform, forvarnir og vísindi í hjáverkum



Sigríður Ólína Haraldsdóttir

Nýr heilbrigðisráðherra, Guðlaugur Þór Þórðarson, hefur tekið við embætti. Í stjórnarsáttmálanum kemur fram að ríkisstjórnin hefur í hyggju að auka möguleika á fjölbreyttari rekstrarformum í heilbrigðiskerfinu. Þá hlýtur að vera komið að því að heimilislæknar fái að stunda stofurekstur eins og aðrir sérfræðingar og geri samning við ríkið um þá þjónustu sem þeir skuldbinda sig til að veita. Þjónustan ætti að vera sú sama og nú fer fram á öllum heilsugæslustöðvum landsins. Fjöldi fólks á höfuðborgarsvæðinu hefur ekki heimilislækni og er það ótækt. Von er til að heilbrigðisráðherrann stigi þetta skref, þ.e. að leyfa sérfræðingum í heimilislækningum að reka eigin stofur, sem mundi gera fleirum kleift að hafa heimilislækni og er jafnframt sjálfsagt réttlætismál. Hvers vegna eiga ekki allir sérfræðingar í lækningum að sitja við sama borð í þessum efnum? Líta má til Noregs í þessu sambandi, en þar starfa heilsugæslustöðvar reknar af ríki/bæjarfélagi og læknum hlið við hlið.

Guðlaugur Þór sagði í fjölmiðlum að hann hefði sérstakan áhuga á forvörnum. Því ber að fagna. Við þurfum í mun meira mæli að beina sjónum okkar að öllum forvörnum. Tóbaksvarnaráð er fagráð sem á að gefa Lýðheilsustöð ráðleggingar um hvernig standa skuli að forvörnum varðandi reykingar. Ráðið á einnig að fylgjast með því hvernig því fé, sem nota á til tóbaksvarna, er varið en skylt er að verja 0,9% af brúttósölu tóbaks til tóbaksvarna. Ég var skipuð formaður tóbaks-varnarráðs í janúar sl. og gilti skipunin til 1. júní sl. Tóbaksvarnarráð heldur fundi með starfsmönnum Lýðheilsustöðvar og þar hefur verið farið yfir mál sem tengjast tóbaksvörnum. Ég hef látið í ljós áhyggjur mínar vegna reykinga ungmenna á þessum fundum. Enn reykja um 10% 10. bekkinga að staðaldri. Það er alltof mikið. Vímuefnafræðsla hefur verið af mjög skornum skammti hingað til, nemendur grunnskóla fá einu sinni á vetri heimsókn fyrrum fíkils sem fræðir þau um bölið sem fylgir vímuefnum. Lýðheilsustöð hefur í samvinnu við skólaheilsugæslu og Miðstöð heilsuverndar barna þýtt og staðfært fræðsluefni um heilsu fyrir börn í grunnskóla. Skólahjúkrunarfræðingar eiga að sjá um fræðsluna. Ég sé fyrir mér að í sumum skólum verði þetta mjög virkt, öðrum ekki. Það er á valdi skólastjórnenda hvort skólahjúkrunarfræðingar fá tíma í stundatöflu til að kynna þetta fyrir nemendum. Heilbrigðisráðherra og menntamálaráðherra ættu að taka höndum saman og gera forvarnir að sérstakri námsgrein, sem ætti sinn stað í stundaskrá grunnskólanema. Að einn af hverjum tíu 15–16 ára unglingum reykir sýnir að fræðsla um skaðsemi reykinga hefur ekki náð til þeirra. Betur má ef duga skal.

Háskóli Íslands hefur sett sér að verða í fremstu röð háskóla í heiminum. Hluti af því markmiði er að fjölga þeim sem ljúka doktorsprófi. Hjá Landspítala-háskólasjúkrahúsi (LSH) er enginn sveigjanleiki í vinnutíma þannig að þeir sem vinna þar geti unnið að rannsóknum. Við erlend háskólasjúkrahús eru víða launaðar sérstakar stöður doktorsnema í læknisfræði, t.d. þriggja ára stöður þar sem unnið er að rannsóknum með það að markmiði að ljúka doktorsprófi. Þessir læknar skila einnig klínískri vinnu, t.d. með vinnu á göngudeild og annast kennslu læknanema og annarra heilbrigðisstétta. Á LSH ættu að vera gríðarlegir möguleikar hvað varðar rannsóknarvinnu. Efla þarf tengslin við háskólann þannig að allir starfsmenn eigi kost á að nýta sér möguleikana sem felast í því að vinna á háskólasjúkrahúsi. Það á að vera eftirsóknarvert að vinna á LSH, þar ættu að vera möguleikar á að þróast í starfi, að vinna að rannsóknum og launin ættu að vera sambærileg við það sem tíðkast á markaðnum fyrir sambærileg störf. Einkennismerki sjúkrahússins ber það ekki með sér að spítalinn tengist Háskóla Íslands. Á enska bréfsefninu er krossinn efstur og undir honum stendur með mjög smáu letri að um sé að ræða háskólasjúkrahús. Hjá mörgum öðrum háskólasjúkrahúsum erlendis er merki háskólans í öndvegi og þannig er lögð áhersla á tengsl þessara stofnana.

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

Samfélagsgeðlækningar eru forgangsverkefni

Páll Matthíasson geðlæknir hefur undanfarin tíu ár starfað í Bretlandi við góðan orðstír. Í vetur tók hann ásamt fjölskyldu sinni þá stóru ákvörðun að flytjast heim til Íslands og tekur á næstunni við starfi afleysandi yfirlæknis ádeild 32-A (Gamla A-2 á Borgarspítalanum) á Geðsviði Landspítala háskólasjúkrahúss í stað Engilberts Sigurðssonar sem tekur sér leyfi tímabundið til að sinna öðrum verkefnum. Páll hefur gegnt stöðu yfirlæknis viðHuntercombe Roehampton sjúkrahúsið í London og einnig stundað rannsóknir við Geðfræðastofnun Lundúnaháskóla (Institute of Psychiatry).

Páll er fæddur í Reykjavík 1966 og eftir hefðbundna skólagöngu lauk hann stúdentsprófi frá Menntaskólanum í Reykjavík 1986. Hann hóf nám í læknisfræði haustið 1988 og sóttist námið vel og útskrifaðist vorið 1994. „Ég hafði alltaf viljað verða læknir en það gekk maður undir manns hönd og varaði mig við. Ég lét mér þó ekki segjast að lokum og líkaði námið mjög vel og sérstaklega kunni ég vel að njóta þess akademíska frelsis sem deildin bauð upp á. Það hentaði mér vel að lesa námsefnið til hlítar heima en þurfa ekki að sækja tíma," segir Páll.

Til mikils að vinna

Kandidatsárinu var varið á Landspítalanum og var það góður skóli að sögn Páls. „ Við vorum þarna góður hópur. Til er fræg bók sem heitir House of God og fjallar um læknakandidata sem allir ákveða að læra geðlækningar. Það rímaði við okkar hóp því vorum óvenju mörg úr þessum hóp sem fórum í geðlækningarnar. Þarna voru auk mín, Magnús Haraldsson, Ferdinand Jónsson, Bjarni Össurarson og Nanna Briem, öll af sama ári. Ég hafði alltaf áhuga á húmanísku hliðinni á læknisfræði þó ég hefði sannarlega ánægju af mörgum öðrum greinum og hefði sjálfsagt orðið ágætis lyflæknir. Mér fannst þó spurningarnar sem maður spurði í því hlutverki ekki nógu áhugaverðar og fann mig mun betur í hlutverki spyrjandans gagnvart sjúklingum á geðdeildinni. Svörin voru líka mun áhugaverðari. Geðlækningar eru reyndar sögulega séð fag innan lyflækninga og þannig fannst mér þetta sameinast ágætlega. Ég fann líka fyrir því að þörfin fyrir geðlækna var mikil og hægt að gera verulegt gagn því í geðlækningum er maður oftar en ekki að fást við ungt fólk í blómalífsins og til mikils að vinna að hjálpa því að ná heilsu að nýju."

Kannastu við það sjónarmið að geðlækningar séu í einhverjum skilningi ónákvæmari en hinar strangvísindalegu greinar læknisfræðinnar?

„Já, vissulega hefur maður heyrt það og það er ekki úr lausu lofti gripið. Það er ekki eins mikið vitað en það þýðir ekki að lausnirnar séu ekki til og einmitt þess vegna er svigrúmið til rannsókna mjög mikið og spennandi. Svigrúmið til mismunandi áhersla í lækningum er einnig mikið og talsvert meira en í ýmsum öðrum greinum. En það eimir enn eftir af fordómum gagnvart geðlækningum og ekki síður innan læknastéttarinnar en utan hennar. Þetta hefur endurspeglast í fordómum samfélagsins gagnvart geðsjúkum, en hefur breyst mjög til batnaðar á undanförnum árum."

Páll segir að viðhorf innan geðlæknisfræðinnar hafi breyst verulega á umliðnum árum gagnvart meðhöndlun geðsjúkdóma og áherslur breyst.

„Þetta hefur sveiflast mjög mikið til á milli landa og milli tímabila. Ýmist hafa menn aðhyllst lyfjameðferð eða sálfræðilega meðferð en núorðið samhæfa góðir geðlæknar þessi sjónarmið. Almennt er talið að þrír meginþættir valdi geðsjúkdómum. Það eru líffræðilegir, sálrænir og félagslegir þættir. Það er síðan mjög mismunandi eftir einstaklingum og sjúkdómum hvaða þættir vega þyngst. Í geðklofasjúkdómum eru líffræðilegar ástæður mjög sterkar en það er samt ekki eina skýringin. Sem dæmi um það má nefna að rannsóknir hafa leitt í ljós að geðklofi er allt að sjö sinnum algengari meðal fólks af annarri kynslóð innflytjenda úr Karabíska hafinu heldur en hvítra í Bretlandi. Það hefur einnig komið í ljós að þessi munur er meira áberandi meðal svartra sem búa við betri efni í hverfum þar sem hvítir íbúar eru í meirihluta en í hverfum

Hávar Sigurjónsson

fátækra svartra íbúa. Þarna er greinilegt að félagslegir þættir eru til staðar. Samspil þessara þátta er hinsvegar mjög flókið. Í Bretlandi er sú stefna uppi að líta alltaf til þessara þriggja þátta og reyna að átta sig á samspili þeirra og vægi innbyrðis."

Doktorsritgerð um áhrif Clozapine

Páll hóf framhaldsnám í geðlækningum við Maudesley sjúkrahúsið í Londonen það á sér langa og merka sögu á sviði geðlækninga og þar hafa margir íslenskir læknar stundað framhaldsnám á umliðnum árum. „Þarna er rekin geysilega öflug rannsóknarstofnun í geðlækningum og þar gegndi ég bæði rannsóknarstöðu og einnig klínískri stöðu við spítalann frá 1997 til ársins 2003 en gegni ennþá rannsóknarstöðunni. Rannsóknir mínar hafa fyrst og fremst beinst að áhrifum geðrofslyfja og notkun myndgreiningartækni til að kanna áhrif þeirra á heilann. Þetta eru lyf sem eru í eru í flokki dópamínhamlara og eru notuð við geðklofa en stundum við alvarlegum geðhvarfasjúkdómum."

Doktorsritgerð sína byggða á þessum rannsóknum varði Páll í maí 2006 og fjallaði hún um áhrif lyfsins Clozapine eða Leponex eins og það er þekkt hér á landi. „Aukaverkanir þessa lyfs eru hinsvegar umtalsverðar og í helmingi tilfella virkar lyfið ekki. Þá eru góð ráð dýr því að lyfið er notað við geðklofa sem ekki svarar annarri meðferð.

Mínar rannsóknir beindust að því að bæta öðru geðrofslyfi við sem virkar mjög sérhæft á dópamínviðtaka í heilanum ogsýndu þær fram á að þá virðist fólki batna frekar þótt það hafi upphaflega ekki svarað clozapine vel.

Síðan gerði ég heilaskönnunarrannsókn bæði fyrir og eftir töku lyfjanna og var að bera þetta saman og finna ástæður þess að ákveðnir einstaklingar svara ekki lyfinu."

Páll er þó ekki maður einhamur og stundaði ýmsar rannsóknir og önnur störf samhliða doktorsverkefni sínu. „Ég hef verið að gera rannsókn með fMRI tækni hvernig hugsun og einbeiting hefur áhrif á blóðflæði til heilans og hvort og hvernig



„Á geðgjörgæsludeild er fólk í alls kyns ástandi og oftast er því haldið gegn vilja sínum svo ef manni tekst að auka áhrif sjúklinganna á meðferðina þá hlýtur þetta að vera hægt annars staðar," segir Páll Matthíasson geðlæknir.

þetta er frábrugðið hjá einstaklingum með geðklofa og heilbrigðum einstaklingum. Ég var að vinna í teymi sem rannsakaði sérstaklega tvo hópa einstaklinga, annars vegar fólk sem var með fyrstu einkenni geðrofs en var ekki orðið alvarlega veikt og hinsvegar mjög veika einstaklinga sem voru ekki byrjaðir í lyfjameðferð. Niðurstöðurnar úr þessum rannsóknum eru að birtast núna í ritrýndum greinum og eru áhugaverðar því skýr þróun sést frá heilbrigðum gegnum þá sem hafa byrjandi einkenni yfir í þá sem komnir eru í fullt geðrof."

Páll segir að hugmyndin að baki þessum rannsóknum hafi verið að kortleggja breytingar sem eiga sér stað við upphaf geðrofs áður en lyfjameðferð hefst. „Þannig gæfist tækifæri til að rannsaka áhrif geðrofslyfja á einstaklinga sem eru í upphafi geðrofs. Það má í rauninni segja að þetta séu grunnrannsóknir á þessu sviði og alltaf spurning hversu hagnýtar slíkar rannsóknir eru. En auk þessa hef ég verið í klínískum rannsóknum þar sem verið er að bera saman áhrif og virkni lyfja á sjúklinga með geðrof,og svo í fjórða lagi hef ég tekið þátt í rannsóknum á áhrifum sálfræðilegrar meðferðar, cognitive remediation therapy, á starfshæfni, þar sem fólki er hjálpað til að hugsa skilvirkar."

Yfirlæknir geðgjörgæsludeildar

Árið 2003 urðu talsverð kaflaskil á ferli Páls þar sem hann varð yfirlæknir á endurhæfingardeild í Bromley í London og hlutverk hans var að stýra teymi í samfélagslækningum. „Þetta var í rauninni tímabundið verkefni sem fólst í því að breyta frekar gamaldags skipulagi yfir í skilvirkara net endurhæfingar utan spítala og inn á geðdeildir, jafnframt því að sinna klínískt þungum hópi einstaklinga með mikla skerðingu, þar sem markmiðið var að koma þeim í sem mesta virkni.

Þetta tókst vel og ég var með mjög gott þverfaglegt teymi af sérfræðingum, hjúkrunarfræðingum, iðjuþjálfum, sálfræðingum og félagsráðgjöfum. Árið 2004 var mér boðið að verða yfirlæknir á Huntercombe Roehampton spítalanum í suðvestur London sem sinnir geðgjörgæslu og réttargeðlækningum. Þetta var dálítið skref frá því sem ég hafði hvað mest verið að fást við en ég hafði þó bakgrunn bæði í að byggja upp nýja þjónustu ogí geðlyfjafræði en þarna var um að ræða nýja deild meðskammtímavistun fyrir mjögalvarlega veikt fólk sem þarf á mannúðlegri en öruggri meðhöndlun að halda ásamt markvissri lyfjagjöf meðan það kemst yfir mestu krísuna í sínum veikindum. Þetta var svokallaður "independent" spítali, byggður af einkaaðilum en sinnti eingöngu sjúklingum úr opinbera kerfinu sem vísað var til okkar.

Þessa þjónustu byggði ég upp frá grunni og kom ég bæði að innri hönnun spítalans sjálfs og rekstri deildarinnar. Þetta tókst svo vel hjá okkur að við fengum verðlaun 2004 fyrir best hannaða spítalann og árið 2005 fékk teymið mitt á spítalanum verðlaun NationalInstitute of Mental Health in England fyrir verkefni sem við unnum og byggðist á því að reyna að auka hlut sjúklinganna og aðstandenda þeirra í ákvarðanatöku um meðferð. Það er meira en að segja það því á geðgjörgæsludeild er fólk í alls kyns ástandi og oftast er því haldið gegn vilja sínum svo ef manni tekst að auka áhrif sjúklinganna á meðferðina þá hlýtur þetta að vera hægt annars staðar Og það sýndi sig þetta var hægt. Mitt starf byggðist talsvert á að byggja upp kerfi gæðastjórnunar og „clinical governance": að fylgjast með því að við værum að ná þeim markmiðum sem við höfðum sett okkur. Það gekk vel og áður en yfir lauk var ég farinn að sinna gæðastjórnunarmálum fyrir alla 13 spítala þessa spítalahóps, auk minna klínísku starfa og forsvari fyrir lyfjanefnd".

Næsta brýna verkefnið

„Þarna hef ég semsagt verið síðan 2004 og spítalinn hefur gengið mjög vel. Það blundaði nú samt alltaf í mér að koma heim og starfa hér og áhugi minn beindist m.a. að geðgjörgæslu en það mun vera gert ráð fyrir henni í hönnunhins nýja Landspítala. Hinsvegar held ég að þar sem skóinn kreppir mest hér heima sé í samfélagsgeðlækningum en við það fag hef ég langmest fengist klínískt þarna úti, utan síðustu þrjú árin. Það er sláandi að ekki skuli vera til staðar net þeirra aðila sem vinna að geðlækningum í samfélaginu. Mér er hinsvegar ljóst að mörg stór skref hafa verið stigin í samfélagsgeðlækningum hér á landi á undanförnum árum og sérfræðingarnir innan þjónustunnar þekkja auðvitað vel til samfélagsgeðlækninga eins og þær eru stundaðar í löndunum í kringum okkur, Bretlandi ekki hvað síst. Ég tel hins vegar að eftir það brautryðjendastarf sem hefur verið unnið þurfi næsta frumkvæði að aukningu á samfélagsgeðlækningum að koma frá geðdeild Landspítalans og mér heyrðist á Hannesi Péturssyni prófessor í erindi áhundrað ára afmælisþingi Klepps sem haldið var nú um daginn að það væri næsta brýna verkefnið sem geðsvið Landspítalans þarf að takast á við."

Í erindi sem Páll hélt á þinginu vitnaði hann í grein frá árinu 1870 þar sem leiddar eru líkur að því að geðsjúkum gagnist best að njóta þjónustunnar utan stofnana. Þróunin framan af 20. öldinni var þó á hinn veginn og það er ekki fyrr en um öld síðar sem þetta sjónarmið hefur orðið ofan á að nýju. Hvað veldur?

„Lengst af voru meðferðaúrræðin mjög takmörkuð en með tilkomu nýrra geðlyfja þá breytist þetta og meðferð fer að batna og möguleikar sjúklinga til þátttöku í samfélaginu verða meiri. Iðjuþjálfun og félagsráðgjöf koma einnig til sögunnar og með markvissri þjálfun sjúklinga eykst færni þeirra til samfélagsþátttöku. Í þriðja lagi breyttust viðhorf og það taldist ekki lengur mannúðlegt að loka fólk inni til langframa, jafnvel þótt í fallegu umhverfi væri!

Þessi þróun var meiri sumstaðar en annars staðar t.d. var gengið svo langtá sumum svæðum Ítalíu að loka öllum geðdeildum seint á 8. áratugnum með mjög slæmum afleiðingum þar sem ekkert var búið að byggja upp í staðinn en rökin voru þau að ómannúðlegt væri að loka fólk inni vegna veikinda. Víðast hvar annars staðar var þetta gert af meiri skynsemi og hefur skilað mjög góðum árangri. Hvers vegna þetta hefur ekki gerst hér á landi veit ég satt að segja ekki en það er alveg ljóst að flestar þjóðir í Vestur-Evrópu eru komnar mun lengra á þessu sviði en við. En þessi þróun er ekki eingöngu bundin við geðlækningar. Fyrir nokkrum áratugum lagðist fólk inn á spítala í marga daga fyrir aðgerðir sem nú eru gerðar á stofum út í bæ og taka aðeins part úr degi. Hið sama á við um geðlækningar. Við höfum aðgang að góðum lyfjum, teymi sérfræðinga vinna saman



Páll Matthíasson var meðal frummælanda á málþingi í tilefni af 100 ára afmæli Kleppsspítala.

að þjónustunni og halda fólki gangandi utan stofnananna. Möguleikinn á innlögn þarf þó alltaf að vera til staðar svo ekki er hægt að leggja stofnanirnar niður. Það er í rauninni enginn ágreiningur um þetta því nánast allir íslenskir geðlæknar hafa stundað framhaldsnám í Bretlandi, Skandinavíu eða Bandaríkjunum og þekkja vel til samfélagslækninga og íslenskir iðjuþjálfar hafa flestir lært í Danmörku sem stendur mjög framarlega á þessu sviði. Þekkingin er því til staðar og þetta er það sem samtök notenda og aðstandenda hafa verið að óska eftir í talsverðan tíma en kannski skortir herslumuninn á hinn pólitíska skilning og það er ástæða þess að ég lagði áherslu á það í erindi mínu að allir sem málið varðar hittist og ræði saman."

Páll tók einmitt sérstaklega fram í erindi sínu að við það borð sé ætíð pláss og einfaldast að sækja nýjan stól fyrir þá sem vilji taka þátt í umræðunni. „Spítalaþjónustan er í mjög góðu horfi að mörgu leyti. Að auki stöndum við jafnfætis því besta sem þekkist í meðhöndlun vægari geðsjúkdóma og stofunet geðlækna, sálfræðinga og fleiri aðila sem byggist á því að sjúklingar séu færir um að mæta á ákveðinn stað á ákveðnum tíma og borga fyrir tímann sinnir þessum hópi mjög vel. Þetta kerfi er í mjög góðu horfi.

Varðandi þyngri geðsjúkdóma þar sem sjúklingar geta ekki staðið undir þessum kröfum og meðhöndlunin kallar á þverfaglega nálgun margra fagaðila og snýst um að hjálpa þessum einstaklingum að fóta sig í samfélaginu stöndum við okkur ekki eins vel. Þar gætum við gert betur og það hlýtur að vera forgangsverkefni á næstu árum."

Heilsa og sjúkdómar í kynjaspegli

Það fræðasvið sem snýst um að greina áhrif kyns á heilsu, hvort sem er vegna líffræðilegs munar eða félagslegra aðstæðna, er í örum vexti. Hafa nú þegar verið haldin þrjú alþjóðleg þing um "Gender-specific Medicine" eða kyngreinda læknisfræði. Til að vekja athygli á þessum fræðum stóð Félag kvenna í læknastétt á Íslandi fyrir málþingi um efnið á Læknadögum 2007. Ekki skortir áhuga íslenskra lækna á að fræðast nánar og hittist þessi fríði hópur á þingi í Róm á þingi undir yfirskriftinni "Gender specific medicine and aging, the endocrine impact."



Á myndinni eru, frá vinstri Lilja Sigrún Jónsdóttir, Ólöf Sigurðardóttir, Ingibjörg Georgsdóttir, Björgvin Bjarnason, Kristjana Kjartansdóttir, Friðný Jóhannesdóttir, Pálmi V. Jónsson, Margrét Georgsdóttir, Elín Ólafsdóttir og Katrín Fjeldsted. Fjórir íslenskir læknar til viðbótar voru þátttakendur en fjarverandi við myndatökuna.









Tími fyrir skemmtilega hluti

NÝTT

IMIGRAN® RADIS

Þegar til kastanna kemur



Sérlyfjatexti á bls. 577

Læknir, matgæðingur og skvassspilari

Einn af vinsælustu bloggurum landsins er ungur deildarlæknir á hjartadeild Landspítalans, Ragnar Freyr Ingvarsson, en hann fær núna allt að 4 þúsund heimsóknir á viku á bloggsíðuna sína.

„Ég byrjaði að blogga í desember í fyrra og fyrstu vikurnar var það nú bara fjölskyldan sem kíkti í heimsókn, mamma og pabbi, afi og amma og einhverjir nánir ættingjar. En í janúar birtist viðtal við mig í Morgunblaðinu og síðan hefur þetta verið með hreinum ólíkindum."

Ragnar Freyr bloggar um matargerð og lýsir fyrst og fremst því sem hann eldar fyrir fjölskyldu sína frá einum degi til annars en hann er þó enginn venjulegur skítkokkur; hann eldar eftir kúnstarinnar reglum, segir ítalska matargerð í miklu uppáhaldi en hann fái einnig tímabil þar sem hann vinni útfrá einstökum þemum í eldamennskunni, þjóðlegu af einhverju tagi eða einbeiti sér að tilteknu hráefni þar til hann hefur bókstaflega eldað það á alla mögulega vegu.

„Bloggsíðan er mjög lifandi því fólk sendir mér alls kyns skilaboð og segir mér hvað það er að elda og hvernig eldamennskan hafi heppnast. Þetta er mjög skemmtilegt."

Ragnar segist alinn upp við mikinn áhuga á matargerð og þar eru sé foreldrarnir sterkar fyrirmyndir. „Mamma og pabbi eru bæði miklir matargerðarmeistarar og hafa verið mjög dugleg að prófa nýja hluti. Ég tók snemma þátt í þessu og náði fljótt tökum á því að baka súkkulaðiköku sem varð mjög vinsæl meðal vina minna. Ég hef alltaf haft gaman af því að baka, sérstaklega alls kyns brauð. Núna er ég mjög upptekinn af því að baka indversk brauð, nanbrauð og flatkökur af ýmsu tagi."

Hann segist hafa prófað margt í matargerðinni en þó sé ítalska eldhúsið alltaf í sérstöku uppáhaldi.

„Ég er alltaf fastur í ítalskri matargerð ogheimasíðan spratt eiginlega upp af því að mér fannst ég vera að gera sömu hlutina aftur og aftur og langaði að ögra sjálfum mér með því að blogga um þetta því þá gæti ég ekki verið þekktur fyrir annað en prófa nýja hluti. Sem áhugamál hefur þetta því farið hraðvaxandi að undanförnu, ég les mikið af uppskriftum, bæði á netinu og í bókum og fylgist vel með heimasíðum hjá tilteknum kokkum sem ég hef sérstakt álit á. Ef ég er ekki að lesa læknisfræðibækur þá er ég að lesa kokkabækur."

Hann segist samt eiginlega aldrei elda eftir uppskrift. „Ég reyni frekar að muna uppskriftirnar og elda meira eftir tilfinningunni og útfrá tiltekinni uppskrift."

Hann verður skrýtinn á svipinn þegar ég spyr hvort þessi áhugi á matseld skili sér í hagkvæmara heimilisbókhaldi.



Ragnar Freyr Ingvarsson deildarlæknir er einn vinsælasti matgæðingur landsins.

„Þetta er dýrt áhugamál og jafnast örugglega á við sæmilega laxveiðibakteríu. Ferskar kryddjurtir og sjaldgæft grænmeti er dýrt hér á landi þó ekki þurfi einfaldir pastaréttir eða fiskur að vera svo dýr. En oft endar þetta með því að rétturinn kallar á ýmislegt sem kostar sitt. Þetta er nú eini gallinn við að stunda þetta áhugamál hér á Íslandi. Kostnaðurinn við hráefnið."

Hvernig ertu stemmdur gagnvart hefðbundnum íslenskum heimilismat?

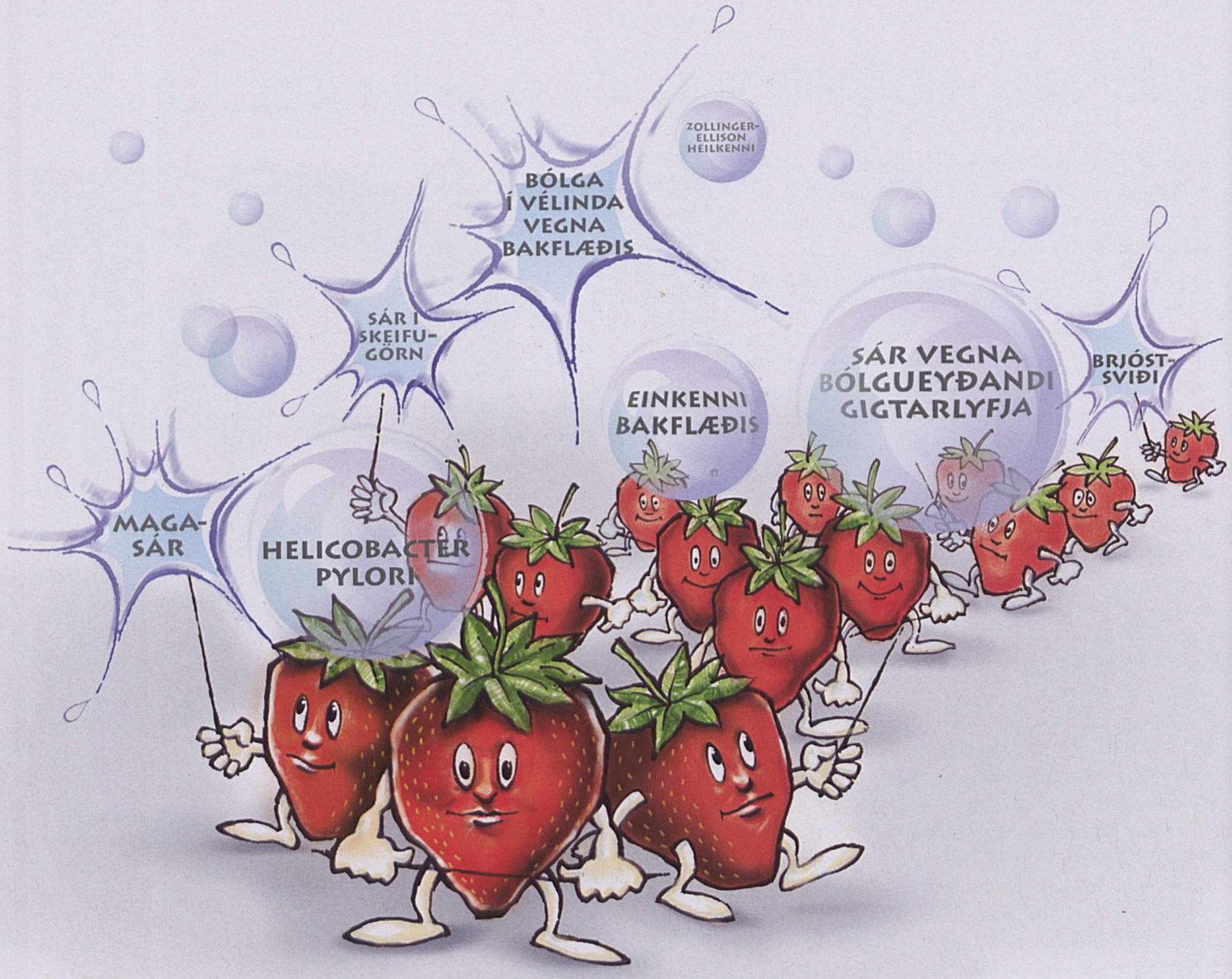
„Mér finnst hann ágætur í hófi ogborða hann þegar hann er á borðum en sjálfur elda ég aldrei þannig. Ég hef einu sinni gufusoðið ýsu á tíu árum og einu sinni steikt kjötbollur. Ég fæ þetta í mötuneytinu í vinnunni og finnst það fínt en þetta kveikir ekki í mér neinar ástríður til að elda þannig sjálfur."

Aðspurður um uppáhaldsrétt er hann ekki lengi að hugsa sig um. „Það er lambalæri, fyllt með bláberjum, ostum og ferskum kryddjurtum, grillað í ofni með ofnbökuðum kartöflum, góðri sósu og góðu rauðvíni." Hann lýsir þessu af innlifun og bætir því við að íslenska lambakjötið sé nánast villibráð og alveg einstakt sem hráefni.

Og hér fylgir tilvitnun í nýlega bloggfærslu þar sem hann lýsir matseld á lambahrygg.

„Það þarf lítið að gera fyrir lambahrygg. Taka hann nokkrum dögum áður út úr frystinum sé maður ekki að kaupa hann ferskan. Leyfa honum að þíðna rólega í ísskáp - trúið mér, það fer betur með kjötið. Það er aðeins skolað af honum með köldu vatni - þurrkaður og lagður í ofnpott. Smá-

Hávar Sigurjónsson



M060814LAJS

LANZO

-í forystusveit

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

icepharma

Wyeth

Sérlyfjatexti á bls. 580

Tilvitnun: Sérlyfjaskrá

vegis af góðri jómfrúarolíu - kannski 1 matskeið var dreift yfir hrygginn og svo var muldu fersku rósmaríni, salti og pipar dreift ríkulega yfir. Lokið var sett á ofnpottinn og svo var hann settur í 160 gráðu heitan ofn og látinn bakast þar til kjarnhiti fór að nálgast 60 gráður. 300 ml af vatni er svo hellt yfir hrygginn og leyft að sjóða í ofnpottinum í smátíma. Þegar kjarnhiti er kominn rétt yfir 62 gráður er hryggurinn tekinn út úr ofninum, kveikt á grillinu og hitinn keyrður upp. Vatninu hellt frá og notað í sósuna. Þegar ofninn er orðinn blússheitur er auka salti dreift yfir hrygginn og hann settur aftur inn í ofninn án pottloksins. Puran verður þannig knassandi og góð."

http://www.ragnarfreyr.blog.is/

„Öll íslensk villibráð finnst mér frábær, hreindýrakjöt, rjúpur, gæsir, endur og svartfugl. Þetta er ótrúlega góður matur og ég hef eldað úr þessu öllu. Hreindýrakjötið er frábær matur og var jólamaturinn um síðustu jól."

Hann kveðst hafa byrjað að stunda skotveiðar fyrir tveimur árum og það áhugamál fari vaxandi hjá sér. „Þetta tengist því að draga í búið og elda bráðina."

Ragnar Freyr er svo heppinn að samhliða áhuganum á mat og matargerð hefur hann brennandi áhuga á skvassi. Þar brennir hann af sér hitaeiningunum sem maturinn leggur honum til og veitir kannski ekki af þar sem ítalskur matur er sjaldan í lista í megrunarkúrum. „Þetta fer mjög vel saman og er eina leiðin til að heyja nauðsynlega varnarbaráttu við hitt áhugamálið.Ég spila skvass þrisvar til fjórum sinnum í viku," segir hann og ein af fyrirmyndum í þeim efnum er ekki langt undan því Tómas Guðbjartsson hjartaskurðlæknir er í skvasslandsliðinu „Tómas vinnur mig nánast alltaf en heldur mér við efnið með því að ég næ að merja eina og eina lotu. Hann rústaði mér reyndar alveg um daginn."

Ragnar Freyr klykkir út með því að segja að þrátt fyrir mikla ástundun ofangreindra áhugamála þá sé aðaláhugamálið hans læknisfræði og flest allt annað verði að víkja þegar hún er annars vegar. „Ég elda fyrir fjölskylduna þegar ég er ekki á vakt, annars ekki, " segir þessi glaðbeitti matgæðingur sem á sex mánuðum hefur orðið ein af helstu fyrirmyndum þjóðarinnar í vandaðri eldamennsku. Geri aðrir betur.

Yfir tvö þúsund læknar



Tvö þúsundasti læknirinn sem læknadeild Háskóla Íslands útskrifar var í hópi þeirra 36 nýju lækna sem útskrifast frá deildinni í vor. Hefur deildin nú alls útskrifað 2035 lækna frá upphafi. Konur eru 60% hópsins og sagði Stefán B. Sigurðsson, forseti læknadeildar, þegar hann ávarpaði hópinn í móttöku Læknafélags Íslands, að sama hlutfall kvenna væri í þeim hópi sem þreytti inntökupróf fyrir læknadeildina í vor.

Sigurbjörn Sveinsson, formaður LÍ, bauð þennan nýja hóp lækna velkominn í íslenska læknastétt og sagði þessa athöfn jafnan þá ánægulegustu sem Læknafélagið stæði fyrir. Eftir ávörp Sigurbjörns og Sigurðar, afhenti Örn Bjarnason viðurkenningar) Hollvinafélags læknadeildar sem Edda Vésteinsdóttir og Róbert Pálmason fengu. Þá skrifuðu læknarnir undir læknaeið Hippokratesar.

Formaður Læknafélags Íslands sagði jafnframt í ávarpi sínu að læknum framtíðarinnar væri hætt við þær ýmsu breytingar sem einkenndu okkar daga. „Fyrirkomulag heilbrigðisþjónustu mun ráðast af sjúkdómum þjóðarinnar, hvernig þróun verður í vísindum og tækni, hvernig kostnaðaraukningu verður mætt, hvort taumlaus markaðs- og einstaklingshyggja munu ráða öllu um veitingu heilbrigðisþjónustu eða hvort fjöldinn muni una því áfram að axla sameiginlega ábyrgð," sagði Sigurbjörn og kvaðst ekki einvörðungu vísa hér til lækna heldur hefðu allir limir á þjóðarlíkamanum sitt hlutverk. „Væntingar og kröfur ráða miklu og vandasamt er að spila úr því sem er til skiptanna, þegar kostnaður eykst hraðar en aflahlutur þjóðar og aðgengi að heilbrigðisþjónustu ákvarðar eftirspurn. Ákall um jafnræði þegnanna er sanngjarnt við þessar aðstæður, en þessu ákalli er oft erfitt að svara. Og þá koma sölumenn markaðarins með lausnir þar sem grundvöllurinn, mannúðin, hefur gleymst."

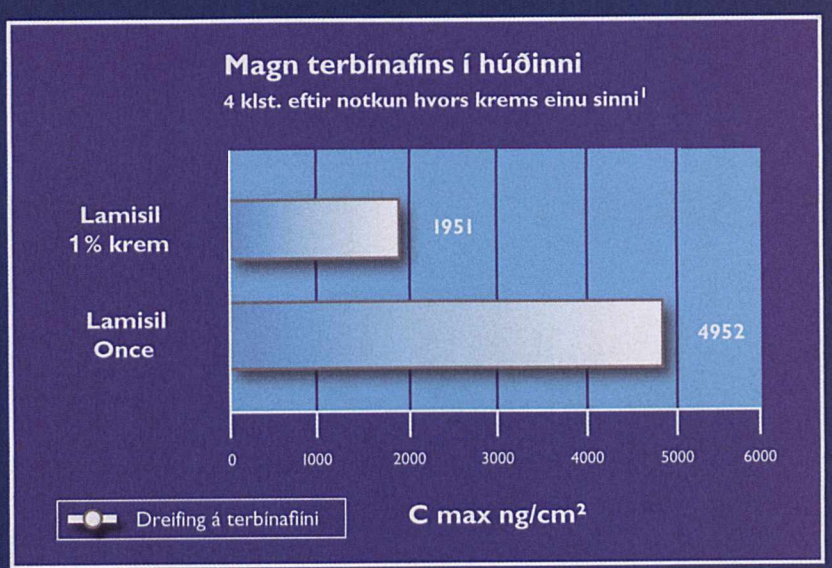
NÝTT

Bylting í meðferð á fótsveppi ...

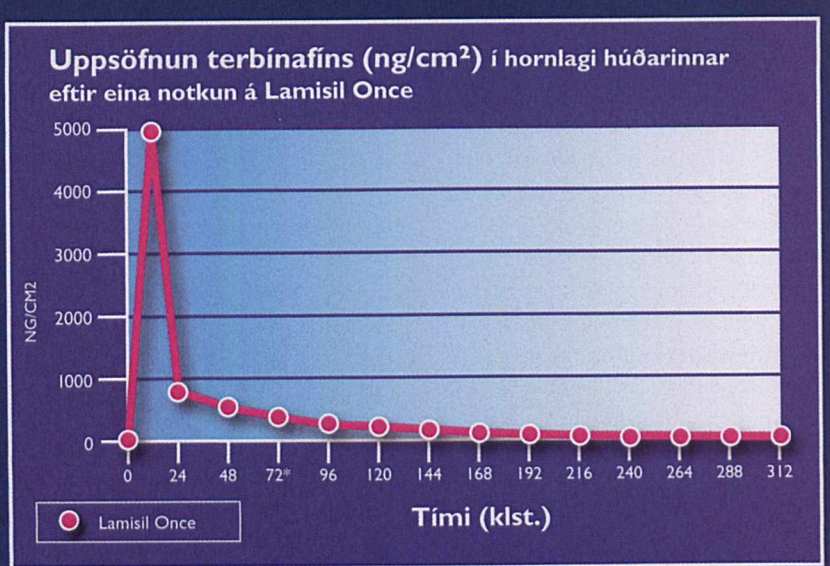
LAMISIL ONCE

Lamisil Once er nýstárleg uppfinning sem Novartis hefur einkaleyfi á. Þegar Lamisil Once er borið á fæturna þornar það fljótt og myndar litlausa jafna himnu sem helst á húðinni. Himnan dreifir svo virka efninu, terbínafíni, inn í húðina þar sem það drepur sveppinn er veldur sýkingunni. Sjúklingurinn þarf því einungis að bera lyfið á einu sinni!

Himnan losar terbínafínið skjótt og samfellt á löngum tíma[1]



Lamisil Once losar næstum 2,5 x **MEIRA MAGN** af terbínafíni en Lamisil 1% krem þegar það er borið á einu sinni[1]



Að auki helst terbínafínið virkt í hornlagi í allt að 13 daga[1]

Heimildir:

1. Kienzler et al Stratum corneum pharmacokinetics of a novel formulation for single dose treatment in dermatophytosis. JEADV 2005; hefti 19 (suppl2), Fco2

Eina fótsveppalyfið sem drepur fótsveppinn eftir notkun í einungis eitt skipti



Verum með fallegar tær í sumar!



FÆST ÁN LYFSEÐILS

Lamisil Once 1% húðlausn inniheldur 10 mg af terbínafíni (sem hýdróklóríð). Lamisil Once er einskammta meðferð við fótsvepp (tinea pedis). Ekki má nota Lamisil Once ef til staðar er ofnæmi fyrir terbínafíni eða einhverju öðru innihaldsefni lyfsins. Lamisil Once er eingöngu ætlað til útvortis notkunar. Lyfið er eingöngu ætlað til húðmeðferðar á fótum. Lamisil Once á ekki að nota á meðgöngu nema brýna nauðsyn beri til. Konur með barn á brjósti eiga ekki að nota Lamisil Once. Börn og unglingar undir 18 ára aldri eiga ekki að nota lyfið þar sem reynslu skortir af slíkri notkun. Lyfið á einungis að bera á einu sinni. Best er að bera Lamisil Once á húðina eftir sturtu eða bað. Lyfið verður að bera á báða fætur, jafnvel þótt einkenni sjáist einungis á öðrum fæti. Þetta tryggir algjöra eyðingu sveppsins. Hann getur leynst víðar á fótum þótt ekki sjáist nein merki um hann. Lamisil Once er mild lausn og ertir sjaldnast húðina. Geymið þar sem börn hvorki ná til né sjá. Lesið vandlega leiðbeiningarnar sem fylgja hverri pakkningu. Markaðsleyfishafi: Novartis Healthcare. Umboð á Íslandi: Artasan ehf., Kirkjulundi 17, 210 Garðabæ.

Læknar vanmeta áhrif sín

Á þingi norrænna heimilislækna sem haldið var í Reykjavík dagana 14.-16. júní flutti Richard Horton, ritstjóri breska læknatímaritsins The Lancet, þrumandi ræðu um hlutverk og ábyrgð lækna í nútímasamfélagi.

Horton hefur verið ómyrkur í máli í gagnrýni sinni á bresku ríkisstjórnina undanfarin ár fyrir þátttöku landsins í Írakstríðinu og kallað eftir samstöðu breskra lækna um að sýna andstöðu sína við stríðsreksturinn í verki á grundvelli þeirrar staðreyndar að Kofi Annan, þáverandi framkvæmdastjóri Sameinuðu þjóðanna, sagði stríðið ólöglegt og þjáningar írösku þjóðarinnar vegna stríðsrekstrarins gangi þvert gegn siðferðilegri sannfæringu hvers hugsandi læknis. Eftir Horton liggur allnokkur fjöldi greina um þetta efni.

Horton er sannkallaður eldhugi og hafa skoðanir hans valdið umræðum og deilum en hann er trúr þeirri sannfæringu sinni að læknum beri skylda til að taka þátt í samfélagsumræðunni og taka skýlausa afstöðu til mikilvægra mála er lúta að lýðheilsu og heilbrigði í sem víðustum skilningi.Hann sagði í upphafi samtals okkar að honum hefði þótt mikils um vert að fá tækifæri til að ávarpa svo stórt þing norrænna heimilislækna. „Norðurlöndin eru alþjóðlega viðurkennd sem ein fremstu lýðræðisríki í heiminum og það skiptir miklu að grunnhugmyndir lýðræðisins standi traustum fótum í huga almennings. Þar eiga og geta læknar haft veruleg áhrif."

Horton hefur einnig tjáð sig í ræðu og riti um fagmennsku í læknastétt og ég bað þvíhann að reifa hugmyndir sínar um þetta efni.

„Samkvæmt hefðinni þá hefur læknum verið innrætt að fagmennska snúist um samskipti þeirra við sjúklinga sína fyrst og fremst. Kjarni þeirra samskipta snýst um hugtök eins og samkennd, heiðarleika, hreinskilni, köllun, en ég hef kallað eftir öðrum þáttum fagmennsku sem snúa að öðrum hlutum. Þar á ég við hlutverk lækna í samfélaginu og faglega skyldu þeirra til að meta siðferðilegt ástand þjóðfélagsins og hvernig landsstjórnin stýrir landinu. Læknar sem bera ábyrgð á heilsu þegnanna fyrir hönd ríkisins geta staðið frammi fyrir því að landsstjórnin er að svíkja hagsmuni landsmanna sinna og stefnir í einhverja þá átt sem teljast verður siðferðilega röng. Ef við hugsum okkur öfgakennt dæmi þar sem einræði yrði skyndilega komið á hér á Íslandi þá væri það á ábyrgð margra hópa innan þjóðfélagsins að stinga við fótum og segja hreinlega: Nei! Þetta er rangt og við viljum ekki einræði. Það sem ég á við er að í öllum tilfellum þar sem siðferðiskennd okkar er misboðið þá eiga læknar að segja nei."

Í ávarpi þínu til norrænna heimilslækna lagðirðu áherslu á hugtökin réttlæti og sanngirni.

„Og einnig á jafnræði. Ég trúi því að allir eigi að njóta jafnræðis til heilbrigðs lífs við fæðingu. Sumt ójafnrétti verðum við þó að þola einsog til dæmis þá staðreynd að konur lifa lengur en karlmenn og því tel ég að jafnræði sé betra sem félagslegt markmið en jafnrétti í þessum skilningi."

Læknar hafa misjafnar stjórnmálaskoðanir ekki síður en annað fólk og er því ekki allt eins líklegt að þeir verði ósammála um félagsleg og pólitísk markmið?

„Það er alveg rétt að þeir hafa ólíkar skoðanir á þessum málum og ég er að tala um jöfnuð og réttlæti í sem víðustum skilningi. Stjórnmál byggjast á umræðum og rökræðum til að ná samkomulagi um sameiginleg markmið. Rödd lækna er mjög mikilvæg í því að hafa áhrif á mótun þessara markmiða. Við eðlilegar aðstæður reynir kannski ekki svo mjög á þetta en þegar upp koma aðstæður sem valda því að ríkisstjórnir bregðast við á öfgakenndan hátt þá þarf að halda vöku sinni. Í Bretlandi og Bandaríkjunum hefur á undanförnum misserum verið gengið mjög langt í því að hefta einstaklingsfrelsið og réttlætingin hefur verið hið svokallaða Stríð gegn hryðjuverkum; þarna er um að ræða réttindi sem hefur tekið þegnana áratugi ef ekki aldir að ná fram. Við svo andlýðræðislegum ákvörðunum bera læknar faglega ábyrgð áþví að segja nei."

Hvernig leggur þú til að læknar geri þetta?

„Í fyrsta lagi þurfa þeir að tjá skoðanir sínar en égtel að læknar séu alltof oft þögulir um mik-

Hávar Sigurjónsson



ilvægustu málefni samtímans. Þetta geta læknar gert með greinaskrifum og öðrum hætti hvar og hvenær sem þeir sjá tækifæri til. Ekki síður mikilvægt er að samtök og stofnanir innan læknastéttarinnar tjái skoðun sína opinberlega. Samtökin eru of upptekin af eigin hagsmunum og hugsa lítið um annað en samninga sína við hið opinbera og hvernig afla eigi meiri fjármuna til starfseminnar. Stofnanir og félög innan læknastéttarinnar eru ekki einungis stéttarfélög heldur eiga þau að líta á sig sem framverði réttlætis og jöfnuðar í samfélaginu. Ef læknar gæta ekki að jöfnuði hver gerir það þá?"

Hvernig verður þetta samræmt við hugmyndir um einkarekstur í heilbrigðisþjónustu og tilhneigingu í þá átt að þeir sem mest hafi efnin njóti forgangs og fái bestu þjónustuna?

„Umræðan hefur þróast í þá átt að heilsa sé vara sem hægt er að kaupa og selja og að læknar búi yfir kunnáttu sem einnig megi kaupa og selja. Það er mjög erfitt að breyta þessu og við verðum að skoða þetta frá tvöföldu sjónarhorni. Í fyrsta lagi er gríðarlega mikilvægt að opinber umræða fari fram um þær breytingar á heilbrigðiskerfinu sem eiga sér stað en í öðru lagi er jafnmikilvægt að muna að hlutverk lækna er að gæta hagsmuna almennings í gegnum þessar breytingar. Þannig mega breytingar sem ganga í þá átt að einkavæða heilbrigðisþjónustu ekki verða til þess að læknar gleymi þeirri grundvallarskyldu sinni að veita þeim fátækustu og afskiptustu í samfélaginu jafngóða læknisþjónustu og þeim sem betur eru settir."

Eru læknar kannski komnir í þá stöðu að vera hámenntaðir tæknimenn fremur en sú siðferðilega rödd réttlætis og jöfnuðar sem þú kallar eftir?

„Alltof margir læknar líta þannig á sig en þó er enn alvarlegra að stjórnvöld vilja mjög gjarnan líta þannig á lækna og telja sér best borgið með þá í þeirri stöðu. Læknar eru mjög ógnvekjandi hópur fyrir stjórnvöld og því kemur þeim best ef læknar tjá sig ekki opinberlega um neitt sem snertir samfélagsleg málefni. Ástæðan er sú að læknar njóta almennrar virðingar, þeir búa yfir

„Norðurlöndin eru alþjóðlega viðurkennd sem ein fremstu lýðræðisríki í heiminum og það skiptir miklu að grunnhugmyndir lýðræðisins standi traustum fótum í huga almennings. Þar eiga og geta læknar haft veruleg áhrif", segir Horton ritstjóri The Lancet.

mjög mikilli og sérhæfðri þekkingu, það er hlustað á þá þegar þeir tjá sig en í þessum efnum hafa læknar stórlega vanmetið möguleg áhrif sín. Með því að einkavæða heilbrigðisþjónustu eru stjórnvöld að ýta læknum enn lengra út á kantinn í þjóðfélagsumræðunni og draga úr mikilvægi hlutverks þeirra í að viðhalda þeim félagslega samningi sem verður að vera í gildi milli þegnanna og stjórnvalda á hverjum tíma."

Finnst þér að leggja ætti meiri áherslu á siðferðilega og mannlega þáttinní menntun lækna?

„Ég get að sjálfsögðu ekki svarað því hvernig menntun lækna á Íslandi er háttað hvað þetta varðar en sannarlega í öðrum Evrópulöndum þar sem ég þekki til er þessu verulega ábótavant og áherslan á tæknilegan og vísindalegan þátt læknisfræði er á kostnað annarra þátta. Læknisfræði byggir á vísindalegri þekkingu en hún er jafnframt annað og miklu meira. Læknisfræði snýst um sjónarhorn á umheiminn. Læknisfræði snýst um siðferðilega og heimspekilega sýn okkar á veröldina. Læknisfræði er miklu víðari vísindagrein en svo að rannsóknarstofuvísindin eigi að hafa þar þá yfirburðastöðu sem þeim hefur hlotnast á undanförnum árum. Það eru mistök."

Þú hefur tjáð andstöðu þína við stríðsreksturinn í Írak og skrifað greinaríThe Lancet um þetta efni. Í hverju er andstaða þín fólgin?

„Lancet er læknisfræðilegt rit og stefna okkar er að birta niðurstöður rannsókna í læknavísindum. Þegar niðurstöðurnar eru sannfærandi og studdar vísindalegum rökum þá fylgjum við þeim eftir og styðjum þær í forystugreinum. Í þessu tilfelli þá birtum við tvær rannsóknarniðurstöður frá hópi lækna við John Hopkins sjúkrahúsið þar sem sýnt var fram á með óyggjandi rökum að dánartíðni meðal írasks almennings hafði hækkað skelfilega frá því innrásin var gerð 2003. Í mínum augum er það eðlilegt skref fyrir ritstjóra Lancet að fylgja þessum niðurstöðum eftir og vekja athygli á þeim. Það er enginn munur á því í mínum augum að vekja athygli á rannsókn sem sýnir fram á að tiltekið lyf hefur ákveðna verkun og að vekja athygli á því hvað þessi ólöglegi stríðsrekstur hefur haft hryllileg áhrif á heilsufar og lífslíkur heillar þjóðar. Hér ættu læknar, læknasamtök og stofnanir þeirra að tjá sig og síðan spyrja í framhaldinu hvað þeir geti gert til að hafa áhrif á stefnu stjórnvalda. Kannski ættu læknar að hafna samstarfi við stjórnvöld þeirra landa sem taka þátt í Írakstríðinu. Afstaða lækna gæti verið að sinna sjúklingum eins og þeim ber en hafna að öðru leyti samstarfi við stjórnvöld sem standa í ólöglegum og villimannslegum stríðrekstri með þessum afleiðingum fyrir heilsufar heillar þjóðar."

Orlofsíbúð í Stokkhólmi

Orlofssjóður lækna hefur tekið á leigu íbúð við Hornsgatan 61 í Stokkhólmi. Íbúðin skiptist í tvær stofur (þar af ein með svefnsófa), eitt svefnherbergi, baðherbergi, gestabaðherbergi og eldhús. Sængur og koddar ásamt sængurverum eru fyrir fjóra (svefnsófi og dýna í stofu meðtalin).Öll venjuleg eldhúsáhöld og borðbúnaður, handklæði og rúmföt fylgja íbúðinni.í íbúðinni er sjónvarp með mörgum stöðvum.Þráðlaust internet er í íbúðinni.

Íbúðin er leigð frá 7. júlí til 1. september 2007 í viku í senn frá kl. 17 á laugardegi til kl. 15 næsta laugardag á eftir. Vikan kostar 35 þúsund og 36 orlofspunkta. Lyklar eru afhentir á skrifstofu læknafélaganna Hlíðasmára 8 Kópavogi.

Leigutaki skuldbindur sig til að fara vel og þrifalega með hið leigða húsnæði. Ekki er heimilt að reykja í íbúðinni og virða skal almennar húsreglur eins og að læsa ávallt útidyrum og ekki vera með hávaða seint á kvöldin o.s.frv.

Íbúðin er vel staðsett á Södermalm í Stokkhólmi, hún er umkringd kaffihúsum, veitingahúsum og verslunum.Hún er í göngufæri við neðanjarðarlest (Mariatorget), baðströnd (langholmen) og Gamla Stan.Hún er nálægt Södersjukhuset (10 mín. ganga), 7 km frá Karolinska og 20 km frá huddinge Universitessjukhuset.

Hægt er að panta íbúðina á orlofsvefnum einnig er hægt að hafa samband við skrifstofu læknafélaganna ef þið getið nýtt ykkur þennan kost en fyrstur kemur fyrstur fær.

Íslenskur læknanemi

Hlaut viðurkenningu á norrænu lungnalæknaþingi

Læknaneminn Ólöf Birna Margrétardóttir hlaut verðlaun á þingi norrænna lungnalækna í Uppsala í Svíþjóð dagana 26.-28. apríl fyrir veggspjald er hún gerði um langvinna lungnateppu og CRP en hún vann verkefnið undir stjórn lungnalæknanna Þórarins Gíslasonar og Gunnars Guðmundssonar, Bryndísar Benediktsdóttur heimilislæknis og Ísleifs Ólafssonar, yfirlæknis rannsóknarstofu LSH.Sambýlismaður Ólafar, Sigurður James Þorleifsson, sem einnig er læknanemi, var höfundar annars veggspjalds er sýnt var á þinginu og er unnið upp úr sömu rannsókn. „Hann hefði nú alveg eins getað unnið verðlaunin," segir Ólöf og vill að það komi skýrt fram að þau hafi unnið saman að rannsóknarverkefninu og eigi jafnan þátt í niðurstöðunum.

Ólöf og Sigurður James voru að ljúka 4. ári í læknisfræði í vor en þetta var 3. árs rannsóknarverkefnið þeirra.

Benda má á að í síðasta tölublaði Læknablaðsins voru birtar niðurstöður rannsóknar þeirra Þórarins, Bryndísar og Gunnars en Ólöf og Sigurður voru starfsmenn við rannsóknina og fengu að sögn Ólafar að nota gögn úr rannsókninni til að vinna veggspjöldin. „Við byrjuðum að vinna við þessa rannsókn þegar við vorum á 2. ári og þetta hefur verið ótrúlega góður og lærdómsríkur skóli og frábært að vinna undir leiðsögn þeirra Þórarins og Bryndísar. Þau hvöttu okkur áfram og leyfðu okkur síðan að kynna niðurstöðurnar á heimilislæknaþingi í nóvember í fyrra og síðan vorum við með fyrirlestur á þingi um líf- og heilbrigðisvísindi í janúar og loks veggspjöldin tvö í Uppsala í apríl. Við Siggi gerðum einnig saman veggspjald sem sýnt var í þingi ameríska lungnalækna í San Francisco í maí en þá gátum við ekki farið því við vorum á kafi í prófum."

Ólöf segir að það hafi sannarlega verið gaman að hljóta verðlaunin á þinginu í Uppsala. „Þetta var alveg óvænt en þarna voru sýnd 27 veggspjöld og þrjú þeirra voru valin til viðurkenningar. Dómnefndin var skipuð þremur læknum frá Norðurlöndunum en við vissum ekki að stæði til að veita verðlaun fyrr en við komum á staðinn."

Vinna Ólafar og Sigurðar við rannsóknina við langvinnri lungnateppu fólst í að taka blóðprufur, taka blástursþróf og leggja spurningalista fyrir þátttakendur.„Okkur stóð til boða að nota blóðprufurnar og blástursþrófin við rannsóknarverkefni okkar og unnum það undir handleiðslu Þórarins og Bryndísar.

Rannsóknarverkefni okkar sérstaklega var að mæla CRP og Interleukin-6, frumuboðefni í blóðsermi, sem við fengum mælt fyrir okkur úr þeim prufum sem teknar höfðu verið vegna lungnateppurannsóknarinnar.Við lásum síðan heilmikið af greinum og öllu efni sem við komumst yfir til að vinna verkefnið og skila því á 3. ári."

Sigurður segir að þau stefni að því að skrifa grein í sumar byggðaá niðurstöðunum og fá hana birta í góðu alþjóðlegu tímariti. „Gögnin sem liggja fyrir eftir rannsóknina eru gríðarlega umfangsmikil og hægt að vinna heilmikið úr þeim ennþá," segir Ólöf Birna að lokum.



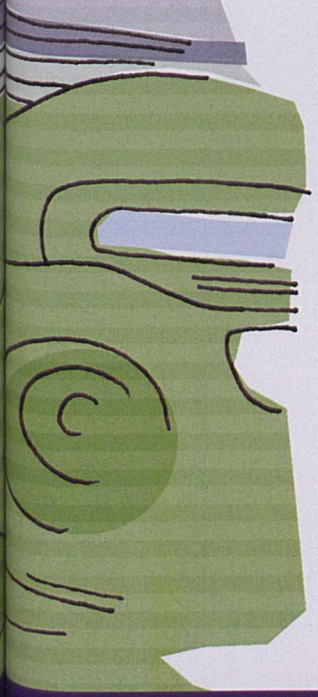
Hávar Sigurjónsson



AstraZeneca Leiðarstjarna í lækningu meltingarsjúkdóma Umboðsaðili: Vistor hf. • Hörgatúni 2, 210 Garðabæ • Sí

Öflug sýrustjórnun...
...alla leið!

- Með Nexium næst fram öflugri sýrustjórnun í samanburði við rabeprazól, lansóprazól og ómeprazól.[1-3]
- Með Nexium næst fram öflugri stjórnun á einkennum GERD í samanburði við ómeprazól og lansóprazól.[4-8]
- Áhrifarík meðferð á vélindabakflæði með Nexium minnkar truflandi áhrif einkenna á daglegt líf sjúklinga.[9-12]
- Notkun Nexium eftir þörfum leiðir til öflugri stjórnunar á einkennum hjá sjúklingum með vélindabakflæði án vélindabólgu í samanburði við aðra sýruhemla.[13]



Nexium®
sýruhemillinn

Sérlyfjatexti á bls. 576

57000 • Fax 565 7366 • www.astrazeneca.is

Heilsugæslulæknir

Heilbrigðisstofnun Suðurlands

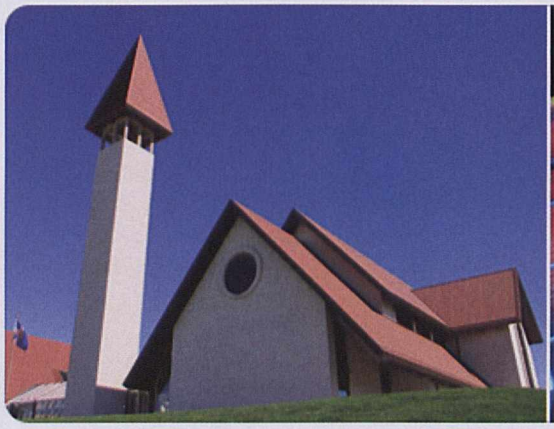
Staða heilsugæslulæknis við Heilbrigðisstofnun Suðurlands er laus til umsóknar.
Um er að ræða stöðu heilsugæsulæknis við heilsugæsluna á Selfossi og í nágrenni.
Krafist er að umsækjendur hafi sérfræðimenntun í heimilislækningum og æskilegt er að umsækjandi hyggi á búsetu á upptökusvæði HSu.

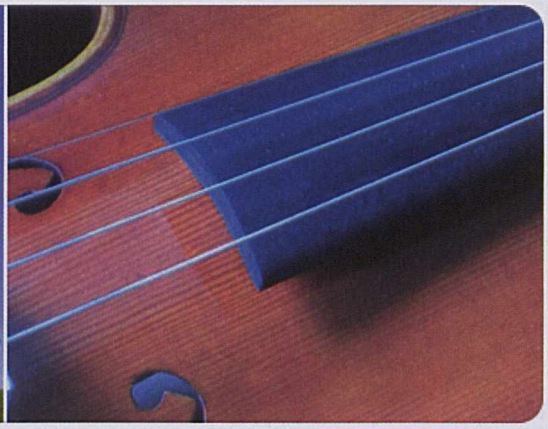
Við mat á umsóknum verður lagt mikið upp úr eiginleikum sem lúta að samstarfi og sveigjanleika, skipulögðum og sjálfstæðum vinnubrögðum og hæfni í samskiptum.

Laun eru samkvæmt kjarasamningi Læknafélags Íslands og fjármálaráðherra.
Staðan veitist frá 1. septembar 2007 eða eftir nánara samkomulagi.

Nánari upplýsingar um stöðuna veitir Egill Rafn Sigurgeirsson, yfirlæknir í síma 4805100 eða á netfangi:*egillrs@hsu.is* og Óskar Reykdalsson lækningaforstjóri í síma 4805100 eða á netfangi oskar@hsu.is.
Umsóknum, ásamt staðfestum upplýsingum um læknismenntun, læknisstörf og vísinda- og rannsóknarstörf, skal skila á viðeigandi eyðublöðum, sem fást á skrifstofu landlæknis, til Magnúsar Skúlasonar, framkvæmdastjóra, fyrir 10. júlí n.k.

Heilbrigðisstofnun Suðurlands varð til við sameiningu heilsugæslustöðva á Suðurlandi og Heilbrigðisstofnunarinnar á Selfossi. Þjónustusvæði hinnar nýju stofnunar nær til um 20.000 íbúa á Suðurlandsundirlendinu. Um er að ræða 8 heilsugæslustöðvar, eitt sjúkrahús á Selfossi með um 70 sjúkrarúm, auk þess sem stofnunin rekur Réttargeðdeildina á Sogni í Ölfusi. Alls eru um 220 stöðugildi hjá Heilbrigðisstofnun Suðurlands.

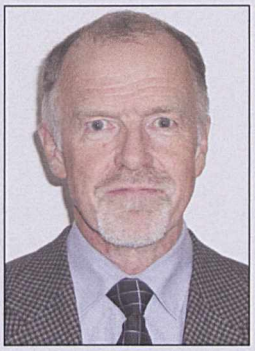




Reykholtshátíð 2007

Karlakór Basil dómkirkjunnar í Moskvu og Christopher hljómsveitin frá Litháen eru meðal flytjenda á Reykholtshátíð 2007 dagana 26.-29. júlí nk.
Miðasala á Basil kórinn á midi.is.
Allar nánari upplýsingar á heimasíðu hátíðarinnar www.reykholtshatid.is.

Lungað úr nóttinni?



Jóhann Heiðar Jóhannsson

johannhj@landspitali.is

Framlag Bibbu á Brávallagötunni rifjaðist upp við lestur á tilkynningu, sem dreift var á deildir LSH nýlega. Bibba sýndi okkur að það getur verið varasamt að skreyta mál sitt með orðum, orðatiltækjum eða málsháttum, sem maður hvorki skilur né kann nógu vel. Í umræddri fréttatilkynningu var því lýst að ákveðinn viðburður yrði skipulagður þannig að hann tæki „**kvöldið og lungað úr nóttinni**". Hvort þetta orðaval vakti almenna athygli starfsmanna LSH veit undirritaður reyndar ekki, en í nánasta umhverfi hans fór af stað umræða um þessa ambögu. Ástæða er til að deila niðurstöðu hennar með öðrum.

Lungi

Þeim sem þátt tóku í umræðunni var ljóst að rangt er að nota hvorugkynsnafnorðið **lunga** í tilgreindri setningu. Þar hefði átt að nota karlkynsnafnorðið **lungi** og segja í staðinn að viðburðurinn tæki „**kvöldið og lungann úr nóttinni**". Ekki var öllum þó ljóst hvað orðið **lungi** merkir. Leitað var ásjár Íslenskrar málstöðvar, sem upplýsti að það merkti: *kjarni, það besta af einhverju*. Samkvæmt Orðsifjabókinni er uppruni óviss, en tengist hugsanlega líffærisheitinu **lunga** og hefur þá upphaflega merkt *það mýksta úr einhverju, sbr. lungamjúkur*. Samkvæmt því er „**lunginn**" úr einhverju *besti hluti* þess, en á síðari árum hefur orðið merkingarleg tilhliðrun og er **lunginn** nú gjarnan talinn vera *mesti* eða *meiri hluti* þess sem um er rætt.

Netleit

Undirritaður gerði að bragði einfalda netleit og fann strax fjölmörg dæmi um notkun karlkynsnafnorðsins **lungi** í nútímamáli. Algengast var að það væri notað í tengslum við lýsingu á tímabili: *lungann úr deginum, vetrinum, sumrinu, árinu, öldinni, ævinni* eða *starfstímanum*. Langoftast var talað um **lungann úr** slíku tímabili, en einnig mátti þó finna dæmi um **lungann af** einhverju, svo sem *lungann af deginum* eða *lungann af öldinni*. Síðartalda samsetningin kom þó frekar fyrir í umræðu sem ekki fjallaði um ákveðin tímabil: *„lungann af athugasemdum mínum", „lungann af slíkri sölu"* og *„lungann af verkum þeirra"*. Í lýsingum á íþróttaviðburðum var ýmist talað um *lungann af leiknum* eða *lungann úr leiknum*. Hvað rangt er eða rétt er í þessu, skal ekki rætt hér, en áhugavert er að skoða þróun ýmis konar orðanotkunar í skrifum manna eða daglegu tali.

Jáeindaskönnun

Pétur Hannesson, yfirlæknir á röntgendeild LSH, sendi fyrirspurn og bað um íslenskt heiti á samsettri rannsóknartækni, sem á ensku hefur fengið heitið **positron emission tomography/computed tomography** (PET/CT) og tilheyrandi sambyggðum rannsóknartækjum. Sjálfur hafði hann heyrt notað heitið **jáeindaskanni** um fyrra tækið, **positron emission tomograph**.

Positron nefnist **jáeind** í Íðorðasafni lækna og var undirritaður því fljótur að samþykkja heitið **jáeindaskanni.** Rannsóknaraðferðin fær með sama lagi íslenska heitið **jáeindaskönnun**.

Samsettu heitin

Það er alltaf álitamál hversu löng og nákvæm fræðiheiti eiga að vera. Íslenska hefðin er sú að leitast við að hafa hin íslensku heiti stutt, en um leið gagnsæ og lýsandi. Ekkert er þó að því að geyma löng og nákvæm heiti í orðabókum til jafns við hin styttri, en nota liprari styttingar í daglegu starfi. Samkvæmt því má geyma formlega heitið **jáeindaskanni og tölvusneiðmyndatæki** í Íðorðasafni lækna, og nota í dagsins önn styttra heitið, **jáeinda- og tölvusneiðtæki.** Rannsóknaraðferðin er á sama hátt nefnd **jáeindaskönnun og tölvusneiðmyndataka.** Ef til vill má þá í daglegu starfi tala um að rannsaka innri líffæri með **jáeinda- og tölvusneiðingu**.

Tracer

Í öðrum tölvupósti barst fyrirspurn um íslenskt heiti í stað enska nafnorðsins **tracer** í læknisfræðilegu samhengi. Ensk-íslensk orðabók Arnar og Örlygs gefur fimm mismunandi merkingar: *1. leitarmaður, sá sem rekur feril e-s, eftirgrennslari; 2. eftirlýsing, eftirgrennslan; 3. teikniáhald; 4. glóðarkúla, byssukúla með efni sem brennur og skilur eftir sig slóð; 5. sporefni, t.d. flúrlitur eða geislavirk samsæta frumefnis, sem notað er til að rekja tiltekið efnafræðilegt, líffræðilegt eða eðlisrænt ferli*. Það er þessi síðasta merking sem nú er til umræðu. Íðorðasafn lækna geymir samsetninguna **tracer element**, sem fær þar íslenska heitið **sporefni** og er vafalaust sömu merkingar. Undirritaður treystir sér ekki til að bæta um betur.

Struma

Frá norskum prófessor barst fyrirspurn um það í hvaða kyni fræðiheitið **struma** væri notað á íslensku. Undirritaður kvaðst telja það hvorugkyns, **strúmað**, þegar því væri slett í íslensku læknamáli. Spurt er: Tala einhverjir íslenskir læknar um **strúmann**?

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. maí 2007**	113,60
Eining fyrir sjálfstætt starfandi heimilislækna	**frá 1. janúar 2007**	80,47
Sérfræðieining fyrir klíniskar greinar sem sömdu 2004	**frá 1. júlí 2007**	240 + 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. júní 2007	
Almennt gjald	69,50
Sérstakt gjald (utan malbiks + 15%)	79,90

Dagpeningar frá 1. júní 2007 Innanlands	
Gisting og fæði í einn sólarhring	17.700
Gisting í einn sólarhring	11.700
Fæði í heilan dag, minnst 10 klst.	6.000
Fæði í hálfan dag, minnst 6 klst.	3.000

Dagpeningar frá 1. júní 2007 Erlendis			**SDR**
	Gisting	Annað	Alls
Moskva, New York borg, Tókýó, Washington DC	189	126	315
Aþena, Dublin, Istanbúl, Japan (nema Tókýó), London, Lúxemborg, Mexíkóborg, Seúl, Singapúr	161	107	268
Amsterdam, Bandaríkin (nema New York borg og Washington DC), Barsilóna, Brussel, Genf, Hong Kong, Kanada, Kaupmannahöfn, Madrid, Osló, París, Róm, Stokkhólmur;	142	95	237
Annars staðar	126	84	210

Heilsugæslulækni vantar á Húsavík

Heilbrigðisstofnun Þingeyinga lýsir eftir lækni til starfa á heilsugæsluna á Húsavík frá september n.k. í eitt ár, með möguleika á framlengingu.

Stofnunin rekur sjúkradeild og öldrunardeild á Húsavík og heilsugæslustöð á Húsavík, Laugum, Mývatnssveit, Kópaskeri, Raufarhöfn og Þórshöfn. Um er að ræða fjölbreytt starf við almenna heilsugæslu og heimilislækningar og einnig starf á deildum sjúkrahússins. Þannig gefst kostur á að fylgja sjúklingum vel eftir með flest vandamál.
Á Húsavík eru starfræktar göngudeildir fyrir sykursjúka og offeita, auk þess sem þar eru framkvæmd hjartaþolspróf. Þar starfa 3 heimilislæknar, einn sérfræðingur í meltingarsjúkdómum og einn skurðlæknir, og er samstarfið og samvinnan með ágætum og góður andi á stofnuninni.
Óskað er eftir áhugasömum lækni sem er tilbúinn til starfa utan höfuðborgarsvæðisins, með öllum þeim kostum sem því fylgja. Hugsanlegt er að þróa stöðuna í námsstöðu í heimilislækningum.
Á Húsavík er framhaldsskóli, grunnskóli, tveir leikskólar, tónlistarskóli, auk allrar almennrar þjónustu. Þar er öflugt félags- og menningarlíf, aðstæður til uppeldis barna hinar ákjósanlegustu.

Áhugasamir hafi samband við Unnstein Júlíusson, yfirlækni heilsugæslunnar í síma 860 7748, *unnsteinnjul@heilthing.is* eða Jón Helga Björnsson, framkvæmdastjóra í síma 464 0500 eða 893-3778, framkvaemdastjori@heilthing.is

Deildarlæknir

Heilbrigðisstofnun Þingeyinga auglýsir eftir deildarlækni sem er tilbúinn til að vinna við stofnunina á Húsavík í heilt ár, með möguleika á framlengingu.

Stofnunin rekur sjúkradeild og öldrunardeild á Húsavík og heilsugæslustöðvar á Húsavík, Laugum og Mývatnssveit. Um er að ræða fjölbreytt starf við almenna heilsugæslu og heimilislækningar og einnig starf á deildum sjúkrahússins. Þannig gefst kostur á að fylgja sjúklingum vel eftir með flest vandamál en stærstur hluti starfsins á sjúkradeild fellur undir almennar lyf- og skurðlækningar. Göngudeildir sykursjúkra og offeitra eru starfræktar, og hjartaþolpróf er á staðnum.

Á Húsavík eru 4 stöður heimilislækna, en auk þess starfar þar einn lyflæknir og einn skurðlæknir, auk hlutastöðu kvensjúkdómalæknis og er samstarfið og samvinnan með ágætum og góður andi á stofnuninni.

Hér er því afbragðs tækifæri fyrir áhugasaman lækni sem er tilbúinn til starfa utan höfuðborgarsvæðisins, með öllum þeim kostum sem því fylgja. Hugsanlegt er að þróa stöðuna í námsstöðu í heimilislækningum.
Upphaf starfstíma er samkomulagsatriði, því fyrr, því betra.

Á Húsavík er framhaldsskóli, grunnskóli, tveir leikskólar, tónlistarskóli, auk allrar almennrar þjónustu. Þar er öflugt félags- og menningarlíf, aðstæður til uppeldis barna hinar ákjósanlegustu.

Áhugasamir hafi samband við Unnstein Júlíusson, yfirlækni heilsugæslunnar í síma 860 7748, unnsteinnjul@heilthing.is eða Ásgeir Böðvarsson framkvæmdastjóra lækninga í síma 464 0500,asgeir@heilthing.is.

Heilbrigðisstofnun Austurlands á Egilsstöðum

Heilbrigðisstofnun Austurlands á Egilsstöðum er áhugaverður vinnustaður með fjölbreytta starfsemi, sem samanstendur af heilsugæslustöð og sjúkradeild. Við stofnunina er öflug sjúkra- og iðjuþjálfun. Stöðugildi lækna eru fjögur og þar er námsstaða í heimilislækningum. Auk þess er læknir á vegum stofnunarinnar við Kárahnjúka. Egilsstaðalæknishérað er víðáttumikið og dreifbýlt, íbúafjöldi 1. desember 2006 var rúmlega 5500, þar af um 3000 manns í þéttbýlinu Egilsstaðir-Fellabær. Fjórðungssjúkrahúsið í Neskaupsstað er í klukkustundar akstursfjarlægð með góða þjónustu skurðlæknis, lyflæknis og svæfingalæknis og þar er röntgendeild með sneiðmyndatæki.
Sjá nánar um starfsemi HSA Egilsstöðum á www.hsa.is, undir Egilsstaðir.

Læknir óskast til framtíðastarfa

Óskum eftir að ráða lækni í 100% starf á Heilbrigðisstofnun Austurlands á Egilsstöðum. Sérfræðimenntun í heimilislækningum, öldrunarlækningum eða lyflækningum er æskileg.
Laun skv. kjarasamningum. Útvegum húsnæði og flutningsstyrkur í boði.
Sjá nánar um starfsemi HSA Egilsstöðum á www.hsa.is undir Egilsstaðir.

Umsóknarfrestur er til 1. ágúst nk. Frekari upplýsingar veitir Pétur Heimisson yfirlæknir í síma 470 3000
eða petur@hsa.is og Þórhallur Harðarson, fulltrúi framkvæmdastjóra í síma 470 3035 eða thorhallur@hsa.is

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.

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, azapropazón og oxýfenbútazón, insúlín og sykursýkislyf til inntöku, metformín, salisýlöt og p-amínósalisýlsýra, vefjaaukandi sterar og karlhormón, klóramfeníkól, kúmarín segavarnarlyf, fenfluramín, 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 glimepíríði: 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 glimepíríð á meðgöngu. Ef konur á meðferð með glimepíríði 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. Glimepíríð 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 glimepíríði. **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

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 barkstera 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 sérstaklega 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 meðferðir 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, krómfiklaæxli (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: 7.620 kr.; 360 skammtar (3x120): 20.226 kr. **Afgreiðslumáti: R. Greiðsluþátttaka:** B. Júní 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.

Nexium TÖFLUR. SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS.

AstraZeneca

Nexium 20 mg, 40 mg, sýruþolnar töflur. Hver tafla inniheldur: 20 mg eða 40 mg esomeprazol (sem magnesíumþríhýdrat). **Ábendingar:** *Við vélindisbakflæðissjúkdómi (gastroesophageal reflux disease):* Meðferð á ætandi vélindisbakflæðisbólgu, langvarandi meðferð til að koma í veg fyrir að vélindisbólga taki sig upp að nýju, meðferð á einkennum vélindisbakflæðissjúkdóms (GERD). *Í samsetningu með viðeigandi sýklalyfjum til upprætingar á Helicobacter pylori og:* Til að græða Helicobacter pylori tengt skeifugarnarsár og koma í veg fyrir endurtekinn magasár hjá sjúklingum með Helicobacter pylori tengd sár. *Sjúklingar sem þurfa samfellda meðferð með bólgueyðandi gigtarlyfjum (NSAID):* Til að græða magasár tengd meðferð með bólgueyðandi gigtarlyfjum (NSAID) og til að koma í veg fyrir maga- og skeifugarnarsár tengd meðferð með bólgueyðandi gigtarlyfjum (NSAID) hjá sjúklingum í áhættuhópi. **Skammtar og lyfjagjöf:** Töflurnar á að gleypa heilar ásamt vökva. Töflurnar má hvorki tyggja né mylja. ***Fullorðnir og unglingar frá 12 ára aldri:*** *vélindisbakflæðissjúkdómur (GERD):* Meðferð á ætandi vélindisbakflæðisbólgu: 40 mg einu sinni á sólarhring í 4 vikur. Mælt er með fjögurra vikna meðferð til viðbótar handa þeim sjúklingum þar sem vélindisbólga hefur ekki hjaðnað eða ef einkenni eru enn til staðar. *Langvarandi meðferð til að koma í veg fyrir að vélindisbólga taki sig upp að nýju:* 20 mg einu sinni á sólarhring. *Meðferð við einkennum vélindisbakflæðissjúkdóms (GERD):* 20 mg einu sinni á sólarhring handa sjúklingum sem ekki eru með vélindisbólgu. Ef ekki næst stjórn á einkennum eftir 4 vikur skal rannsaka sjúklinginn frekar. Eftir að einkenni hafa horfið, má halda þeim niðri með því að taka 20 mg einu sinni á sólarhring. Fullorðnir mega nota 20 mg einu sinni á sólarhring eftir þörfum. Ekki er mælt með síðari notkun til að halda einkennum niðri með skömmtum eftir þörfum hjá sjúklingum sem fá meðferð með bólgueyðandi gigtarlyfjum (NSAID) og eru í hættu á að fá maga- og skeifugarnasár. ***Fullorðnir:*** *Í samsetningu með viðeigandi sýklalyfjum til upprætingar á Helicobacter pylori og:* Til að græða *Helicobacter pylori* tengt skeifugarnarsár *og til að koma í veg fyrir endurtekinn magasár hjá sjúklingum með Helicobacter pylori tengd sár:* Nexium 20 mg ásamt amoxicillini 1 g og clarithromycini 500 mg, öll tvisvar sinnum á sólarhring í 7 daga. *Sjúklingar sem þurfa samfellda meðferð með bólgueyðandi gigtarlyfjum (NSAID):* Til að græða magasár tengd meðferð með bólgueyðandi gigtarlyfjum (NSAID): Venjulegur skammtur er 20 mg einu sinni á sólarhring. Lengd meðferðar er 4-8 vikur. Til að koma í veg fyrir maga- og skeifugarnarsár tengd meðferð með bólgueyðandi gigtarlyfjum (NSAID): 20 mg einu sinni á sólarhring. *Meðferð við Zollinger Ellison heilkenni:* Upphafskammtur er 40mg tvisvar á sólarhring. Skammtinn á síðan að stilla fyrir hvern einstakling og halda meðferð áfram eins lengi og það á við. Stjórnun á einkennum næst venjulega við skömmtun á bilinu 80 til 160 mg af esomeprazole á sólahring. Skömmtum yfir 80 mg á sólarhring á að skipta niður og gefa í tveim skömmtum. *Börn yngri en 12 ára:* Nexium er ekki ætlað til notkunar handa börnum yngri en 12 ára þar sem upplýsingar liggja ekki fyrir. *Skert nýrnastarfsemi:* Ekki þarf að breyta skammti handa sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. Vegna takmarkaðrar reynslu hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi, skal gæta varúðar við meðferð þeirra. *Skert lifrarstarfsemi:* Ekki þarf að breyta skammti handa sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta lifrarstarfsemi. Sjúklingum með alvarlega skerta lifrarstarfsemi ætti ekki að gefa meira en 20 mg hámarksskammt af Nexium. *Aldraðir:* Ekki þarf að breyta skammti handa öldruðum. **Frábendingar:** Þekkt ofnæmi fyrir esomeprazoli, benzimidazolsamböndum eða öðrum innihaldsefnum lyfsins. Esomeprazol eins og aðra prótónpumpuhemla á ekki að nota með atazanaviri. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Sjá sérlyfjaskrá vegna eftirfarandi: ef einhver hættumerki eru til staðar, grunur er um magasár, langvarandi meðferð lyfsins, notkun lyfsins eftir þörfum eða við upprætingu *Helicobacter pylori.* Lyfið inniheldur súkrósa. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** *Áhrif esomeprazols á lyfjahvörf annarra lyfja:* Minna sýrumagn í maga við meðferð með esomeprazoli getur aukið eða minnkað frásog lyfja, ef frásog þeirra er háð sýrustigi magans. Eins og við á um önnur lyf sem hamla sýruseytingu eða sýrubindandi lyf, getur frásog ketoconazols og itraconazols minnkað meðan á meðferð með esomeprazoli stendur. Esomeprazol hamlar CYP2C19, sem er aðalumbrotsensím esomeprazols. Þegar esomeprazol er notað ásamt lyfjum sem umbrotna fyrir tilstilli CYP2C19, eins og diazepami, citaloprami, imipramini, clomipramini, fenýtóíni o.s.frv., getur það valdið aukinni plasmaþéttni þessara lyfja þannig að minnka þurfi skammta. Þetta skal hafa í huga, sérstaklega þegar esomeprazoli er ávísað til notkunar eftir þörfum. Samhliða notkun 30 mg af esomeprazoli olli 45% lækkun á úthreinsun diazepams sem er CYP2C19 hvarfefni. Við samhliða notkun 40 mg af esomeprazoli jókst lægsta plasmaþéttni fenýtóíns um 13% hjá flogaveikum sjúklingum. Ráðlagt er að fylgjast með plasmaþéttni fenýtóíns þegar meðferð með esomeprazoli hefst eða henni er hætt. Klínísk rannsókn sýndi að samhliða notkun 40 mg af esomeprazoli hjá sjúklingum sem fengu meðferð með warfarini að storknunartíminn var innan viðunandi marka. Samt sem áður hafa verið skráð einstök tilvik eftir markaðssetningu lyfsins þar sem klínískt marktæk hækkun hefur orðið á INR (International Normalized Ratio) við samhliða meðferð. Mælt er með eftirliti þegar samhliða meðferð er hafin og þegar henni lýkur. Hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum leiddi samhliða notkun 40 mg af esomeprazoli til 32% aukningar á flatarmáli undir plasmaþéttni-tíma ferli (AUC) og helmingunartími brotthvarfs (t1/2) lengdist um 31% en engin marktæk hækkun varð á hámarksplasmaþéttni cisaprids. Örlítil lenging á QTc bili, sem kom í ljós eftir notkun á cisapridi einu og sér, lengdist ekki frekar þegar cisapríd var notað ásamt esomeprazoli. Sýnt hefur verið fram á að esomeprazol hefur ekki klínísk marktæk áhrif á lyfjahvörf amoxicillins eða kinidins. Sjá nánar í sérlyfjaskrá. **Meðganga og brjóstagjöf:** Klínísk gögn um notkun Nexium á meðgöngu eru ófullnægjandi. Gæta skal varúðar við notkun lyfsins handa þunguðum konum. Sjá nánar í sérlyfjaskrá. Ekki er vitað hvort esomeprazol skilst út í brjóstamjólk. Því á ekki að nota Nexium handa konum með barn á brjósti. **Aukaverkanir:** Í klínískum rannsóknum á esomeprazoli og eftir markaðssetningu hafa eftirtaldar aukaverkanir komið fram eða voru taldar líklegar. Engar þeirra eru háðar skammti. Aukaverkanirnar eru flokkaðar eftir tíðni (algengar>1/100, <1/10; sjaldgæfar >1/1.000, <1/100; mjög sjaldgæfar >1/10.000, <1/1.000; koma örsjaldan fyrir <1/10.000). *Blóð og eitlar: Mjög sjaldgæfar:* Hvítfrumnafæð, blóðflagnafæð. *Koma örsjaldan fyrir:* Kyrningahrap, blóðfrumnafæð. *Ónæmiskerfi: Mjög sjaldgæfar:* Ofnæmi t.d. hiti, ofsabjúgur og bráðaofnæmi/lost. *Efnaskipti og næring: Sjaldgæfar:* Bjúgur í útlimum. *Mjög sjaldgæfar:* Blóðnatríumlækkun. *Geðræn vandamál: Sjaldgæfar:* Svefnleysi. *Mjög sjaldgæfar:* Æsingur, ruglun, þunglyndi. *Koma örsjaldan fyrir:* Árásargirni, ofskynjanir. *Taugakerfi: Algengar:* Höfuðverkur. *Sjaldgæfar:* Sundl, dofi/doði, svefndrungi. *Mjög sjaldgæfar:* Truflanir á bragðskyni. *Augu: Mjög sjaldgæfar:* Þokusjón. *Eyru og völundarhús: Sjaldgæfar:* Svimi. *Öndunarfæri, brjósthol og miðmæti: Mjög sjaldgæfar:* Berkjukrampi. *Meltingarfæri: Algengar:* Kviðverkir, hægðatregða, niðurgangur, uppþemba, ógleði/uppköst. *Sjaldgæfar:* Munnþurrkur. *Mjög sjaldgæfar:* Munnbólga, candidasýking í maga og þörmum. *Lifur og gall: Sjaldgæfar:* Hækkuð lifrarensím. *Mjög sjaldgæfar:* Lifrarbólga með eða án gulu. *Koma örsjaldan fyrir:* Lifrarbilun, heilakvilli hjá sjúklingum með lifrarsjúkdóm. *Húð og undirhúð: Sjaldgæfar:* Húðbólga, kláði, útbrot, ofsakláði. *Mjög sjaldgæfar:* Hármissir, ljósnæmi. *Koma örsjaldan fyrir:* Regnboðaroðasótt, Stevens-Johnson heilkenni, eitrunardreplos í húðþekju (toxic epidermal necrolysis [TEN]). *Stoðkerfi og stoðvefur: Mjög sjaldgæfar:* Liðverkir, vöðvaverkur. *Koma örsjaldan fyrir:* Máttleysi í vöðvum. *Nýru og þvagfæri: Koma örsjaldan fyrir:* Millivefsbólga nýra. *Æxlunarfæri og brjóst: Koma örsjaldan fyrir:* Brjóstastækkun hjá körlum. *Almennar aukaverkanir og ástand tengt ikomuleið: Mjög sjaldgæfar:* Lasleiki, aukin svitamyndun.

ATC-flokkur: A 02 BC 05 **Pakkningar og verð** (Des 2006) Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga: **R, E.** 30 daga skammtur. **20 mg:** 7 töflur í veski: 1.651 kr., 28 töflur í veski: 4.681 kr., 50 töflur, þynnupakkaðar: 7.639 kr., 56 töflur í veski: 8.435 kr., 100 töflur, glas: 13.897 kr. **40 mg:** 7 töflur í veski: 2.158 kr., 28 töflur í veski: 5.829 kr., 50 töflur þynnupakkaðar: 9.624 kr., 100 töflur í glasi: 18.000 kr. 15.03.07.

Tilvísanir: 1. Miner et.al. *Am J Gastroenterol* 2003;98:2616–20. **2.** Miner et.al. *Am J Gastroenterol* 2006;101:404–5, 406. **3.** Röhss et.al. *Clin Drug Invest* 2004;24:1–7. **4.** Richter et.al. *Am J Gastroenterol* 2001;96:656–65. **5.** Kahrilas et.al. *Aliment Pharmacol Ther* 2000;14:1249–58. **6.** Castell et.al. *Am J Gastroenterol* 2002;97:575–83. **7.** Labenz et.al. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;21:739–46. **8.** Tsai et.al. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 20:657–65. **9.** Liker et.al. *J Am Board Fam Pract* 2005;18:393–400. **10.** Lauritsen et.al. *Gastroenterology* 2002;122:A200 (and associated poster). **11.** Talley et.al. *J Gastroenterol Hepatol* 2002;17 Suppl:A18. **12.** Johnson et.al. *Am J Gastroenterol* 2005;100:1914–22. **13.** Bytzer et.al. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;20:389–98.

Nexium® sýruhemillinn

Markaðsleyfishafi: AstraZeneca A/Z, Danmörk. Texti síðast endurskoðaður í ágúst 2006. **Umboð á Íslandi:** Vistor hf., Hörgatúni 2, Garðabæ. **Nánari upplýsingar er að finna í Sérlyfjaskrá.**

ADARTREL filmuhúðaðar töflur, 0,25 mg, 0,5 mg, 2 mg ropíníról (sem hýdróklóríð). **Gegn einkennum miðlungsmikillar eða alvarlegrar fótaóeirðar. Skammtar og lyfjagjöf:** Ráðlagður upphafsskammtur er 0,25 mg einu sinni á dag í 2 daga. Ef þessi skammtur þolist vel skal auka skammtinn í 0,5 mg einu sinni á dag, það sem eftir er vikunnar. Eftir að meðferð er hafin skal auka dagsskammtinn þar til bestu svörun er náð. Meðalskammturinn í klínískum rannsóknum var 2 mg einu sinni á dag. Skammtinn má auka í stærsta ráðlagðan skammt, 4 mg einu sinni á dag. Ekki ráðlagt til notkunar hjá börnum yngri en 18 ára. **Frábendingar**: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Alvarlega skert nýrna-og lifrarstarfsemi. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Ropíníról skal ekki nota við meðferð gegn hvíldaróþoli og sjúklegri þörf til að ganga af völdum sefandi lyfja eða afleiddri fótaóeirð. Meðan á meðferð með ropíníróli stendur getur fótaóeirð aukist í stað þess að batna. Í slíkum tilfellum ætti að endurskoða meðferð. Ropíníról hefur í sjaldgæfum tilvikum verið tengt svefnhöfga og skyndilegum svefni. Þetta kemur hins vegar örsjaldan fyrir hjá sjúklingum með fótaóeirð. Engu að síður skal sjúklingum greint frá þessum einkennum og þeim ráðlagt að gæta varúðar við akstur og stjórnun véla meðan á meðferð með ropíníróli stendur. Sjúklinga með alvarlega geðsjúkdóma ætti ekki að meðhöndla með dópamínörvum nema ávinningur af því vegi þyngra en áhættan. Gæta skal varúðar þegar ropíníról er gefið sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á lifrarstarfsemi. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Ropíníról er umbrotið aðallega af cýtókróm P450 ísóensíminu CYP1A2. Þar með er hætta á aukaverkunum með lyfjum sem vitað er að hamla CYP1A2. Sefandi lyf og aðrir dópamínhemlar með miðlæga verkun, svo sem súlfíríð eða metóklópramíð, geta dregið úr áhrifum ropíníróls og ætti því að forðast notkun þessara lyfja samhliða ropíníróli. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki liggja fyrir neinar fullnægjandi rannsóknaniðurstöður um notkun ropíníróls á meðgöngu. Konur með barn á brjósti ættu ekki að nota ropíníról þar sem það getur hindrað mjólkurmyndun. **Aukaverkanir:** Mjög algengar: Uppköst, ógleði. Algengar: Kvíði, yfirlið, svefnhöfgi, svimi, kviðverkir, þreyta. Sjaldgæfar: Rugl, réttstöðulágþrýstingur, lágur blóðþrýstingur. **Afgreiðslutilhögun:** lyfseðilsskylt, R, E Pakkningar og verð í desember 2006: 0,25 mg 12 stk. 622 kr., 0,5mg 84 stk. 5.041 kr., 2 mg 84 stk.

12.650 kr. **Handhafi markaðsleyfis:** GlaxoSmithKline ehf., Þverholti 14 105 Reykjavík. Ágúst 2006. Nánari upplýsingar er að finna á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is

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

IMIGRAN™
Þegar til kastanna kemur

gsk GlaxoSmithKline

CIPRALEX (escítalópram), filmuhúðaðar töflur og dropar til inntöku, lausn
Hver tafla inniheldur 5, 10, 15 eða 20 mg escítalópram (sem oxalat). Hver ml af dropum til inntöku, lausn inniheldur 10 mg escítalópram (sem oxalat)
Ábendingar: Meðferð gegn alvarlegum þunglyndisköstum. Felmtursröskun (panic disorder) með eða án víðáttufælni (agoraphobia). Meðferð gegn félagsfælni. Meðferð gegn almennri kvíðaröskun (GAD). Meðferð gegn þráhyggju- og árátturöskun (OCD). **Skammtar:** Cipralex er tekið inn einu sinni á dag og má taka inn án tillits til máltíða. *Alvarleg þunglyndisköst, almenn kvíðaröskun GAD og þráhyggju- og árátturöskun OCD:* Venjulegur skammtur er 10 mg einu sinni á dag, en skammtinn má auka í allt að 20 mg á dag. *Felmtursröskun (panic disorder) með eða án víðáttufælni (agoraphobia):* Ráðlagður upphafsskammtur er 5 mg á dag. Eftir einnar viku meðferð er skammturinn aukinn í 10 mg á dag. Auka má skammtinn enn frekar eða í allt að 20 mg á dag. *Félagsfælni:* Venjulegur skammtur er 10 mg einu sinni á dag. Venjulega tekur það 2-4 vikur þar til dregur úr einkennum. Eftir það má minnka skammt í 5 mg á dag eða auka hann í hámark 20 mg á dag. *Aldraðir sjúklingar (> 65 ára)* Íhuga skal að hefja meðferð með hálfum ráðlögðum upphafsskammti og nota lægri hámarksskammt.Cipralex á ekki að nota í meðhöndlun á börnum og unglingum undir 18 ára aldri. Aðlögun skammta er ekki nauðsynleg hjá sjúklingum með væga eða miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi. Gæta skal varúðar hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi (CL_{cr} minni en 30 ml/mín.). Ráðlagður upphafsskammtur er 5 mg á dag í 2 vikur hjá sjúklingum með væga eða miðlungsmikla skerðingu á lifrarstarfsemi. Eftir það má auka skammtinn í 10 mg á dag háð svörun sjúklings. Fyrir sjúklinga, sem vitað er að hafa ófullnægjandi umbrot með tilliti til CYP2C19, er ráðlagður upphafsskammtur 5 mg á dag, í tvær vikur. Eftir það má auka skammtinn í 10 mg á dag háð svörun sjúklings. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir escítalóprami eða fyrir einhverju hjálparefnanna. Samhliða meðferð með ósérhæfðum, óafturkræfum mónóamín oxidasa hemlum (MAO-hemlum). **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Eftirfarandi varnaðarorð og varúðarreglur eiga við meðferð með lyfjum af flokki sértækra serótónín endurupptökuhemla. Ekki skal nota Cipralex í meðhöndlun hjá börnum og unglingum undir 18 ára aldri. Sjálfsvígstengd hegðun (sjálfsvígstilraunir og sjálfsvígshugsanir) og fjandsamleg hegðun (einkum árásarhneigð, þrjóska og reiði) var mun algengari í klínískri rannsókn á meðal barna og unglinga sem meðhöndlaðir voru með þunglyndislyfjum samanborið við þá sem fengu lyfleysu. Ef ákvörðun um að meðhöndla ersamt sem áður tekin, á grunni klínískrar þarfar, skal fylgjast nákvæmlega með hvort sjálfsvígseinkenni komi fram hjá sjúklingum. Þar að auki vantar upplýsingar um langtíma öryggi hjá börnum og unglingum varðandi vöxt, vitsmuna- og atferlis þroska. Hjá sumum sjúklingum með felmtursröskun geta kvíðaeinkenni aukist í upphafi meðferðar með þunglyndislyfjum. Þessi mótsagnakenndu viðbrögð ganga venjulega yfir innan tveggja vikna, við áframhaldandi meðferð. Ráðlagt er að byrja á lágum skömmtum til þess að draga úr líkum á þessum áhrifum. Ef sjúklingur fær krampa skal undantekningarlaust hætta gjöf lyfsins. Forðast skal notkun serótónín endurupptökuhemla hjá sjúklingum með óstöðuga flogaveiki og hafa skal nákvæmt eftirlit með flogaveikisjúklingum sem tekist hefur að meðhöndla. Stöðva skal meðferð með serótónín endurupptökuhemlum ef tíðni floga eykst. Gæta skal varúðar við notkun SSRI lyfja hjá sjúklingum með sögu um geðhæð/ólmhug (mania/hypomania). Stöðva skal meðferð með SSRI lyfjum ef sjúklingur stefnir í geðhæðarlotu. Hjá sjúklingum með sykursýki getur meðferð með SSRI lyfjum haft áhrif á sykurstjórnun (blóðsykurslækkun eða blóðsykurshækkun). Nauðsynlegt getur verið að aðlaga skammta af insúlíni og/eða sykursýkislyfjum til inntöku. Þunglyndi tengist aukinni hættu á sjálfsvígshugsunum, sjálfsskaða og sjálfsvígi (sjálfsvígstengdum atburðum). Hættan er viðvarandi þar til marktækur bati hefur náðst. Þar sem ekki er víst að bati komi fram í upphafi eða á fyrstu vikum meðferðar, skal fylgjastsérstaklega vel með sjúklingum þar til batamerki sjást. Almenn klínísk reynsla sýnir að hætta á sjálfsvígum getur aukist í upphafi bata. Aðrar geðraskanir sem escítalópram er notað við, geta einnig tengst aukinni hættu á sjálfvígstengdum atburðum. Til viðbótar getur þetta ástand verið fylgikvilli með alvarlegri þunglyndisröskun. Því skal gera sömu varúðarráðstafanir þegar sjúklingar með aðrar geðraskanir eru meðhöndlaðir og gerðar eru fyrir sjúklinga með alvarlegt þunglyndi. Sjúklingar með sögu um sjálfsvígstengda atburði eða þeir sem sýna greinilegar sjálfsvígshugmyndir áður en meðferð er hafin, eru ímeiri áhættu á að hugleiða sjálfvíg eða reyna sjálfvíg og skulu því vera undir sérstöku eftirliti á meðan meðferð stendur. Til viðbótar er möguleiki á aukinni hættu á sjálfsvígshegðun hjá ungu fólki. Benda skal sjúklingum (og þeim sem annast þá) á þörfina á að fylgjast meðhvort slíkir atburðir komi fram og að leita skuli læknis þegar í stað verði þeirra vart. Notkun SSRI/SNRI lyfja hefur verið tengd myndun hvíldaróþols (akathisia), sem einkennist af huglægt óþægilegum eða sársaukafullum óróleika og hreyfiþörf en oft fylgir að viðkomandi getur hvorki staðið eða setið kyrr. Mestar líkur eru á þessu á fyrstu vikum meðferðar. Hjá þeim sjúklingum sem fá þessi einkenni getur verið skaðlegt að auka skammtinn. Lækkun natríums í blóði, líklega vegna óeðlilegrar seytingar á þvagstemmuvaka (SIADH), hefur sjaldan verið skráð við notkun SSRI lyfja og hverfur venjulega þegar meðferðinni er hætt. Varúðar skal gæta hjá sjúklingum í áhættuhópum svo sem eldra fólki, sjúklingum með skorpulifur eða sjúklingum, sem eru í meðferð með lyfjum sem vitað er að valda lækkun natríums í blóði. Óeðlilegar húðblæðingar s.s. flekkblæðingar (ecchymoses) og purpuri hafa verið skráðar í tengslum við notkun sértækra serótónín endurupptökuhemla. Sérstakrar varúðar ber að gæta hjá sjúklingum sem fá SSRI lyf, einkum ef segavarnarlyf til inntöku eru notuð samhliða, með lyfjum sem hafa áhrif á starfsemi blóðflagna (t.d. óvenjuleg geðrofslyf (atypical antipsychotics) og fentíazín, flest þríhringlaga þunglyndislyf, acetýlsalicýlsýra og bólgueyðandi gigtarlyf (NSAID), tíklópídín og dípýridamól) svo og hjá sjúklingum með sögu um blæðingartilhneigingu. Takmörkuð klínísk reynsla er af notkun sértækra serótónín endurupptökuhemla samhliða raflostsmeðferð og því ber að gæta fyllstu varúðar. Almennt er ekki mælt með samhliða notkun escítalóprams og MAO-A hemla vegna hættunnar á að valda serótónín heilkenni. Gæta skal varúðar ef escítalópram er notað samhliða lyfjum með serótónvirk áhrif, eins og súmatriptan og önnur triptanlyf, tramadól og tryptófan. Í mjög sjaldgæfum tilfellum hefur serótónín heilkenni verið skráð hjá sjúklingum, sem nota SSRI lyf samhliða serótónvirkum lyfjum. Samband einkenna eins og geðshræringar (agitation), skjálfta, vöðvakippa (myoclonus) og ofurhita, geta bent til myndunar þessa heilkennis. Ef þetta gerist skal strax hætta meðferð með SSRI og serótónvirka lyfinu og hefja meðhöndlun einkenna. Samhliða notkun sértækra serótónín endurupptökuhemla og náttúrulyfja/-efna sem innihalda St. John´s Wort (Hypericum perforatum) getur aukið tíðni aukaverkana. Meðferðarrofseinkenni þegar meðferð er hætt eru algeng, einkum ef meðferð er rofin snögglega (sjá kafla 4.8). Aukaverkanir komu fram hjá u.þ.b. 25% sjúklinga sem tóku escítalópram í klínískum rannsóknum og 15% þeirra sem fengu lyfleysu þegar þeir hættu meðferðinni. Hættan á meðferðarrofseinkennum getur verið háð nokkrum þáttum þ.á m. lengd meðferðar og skammtastærð og hversu hratt skammtar eru minnkaðir. Svimi, skyntruflanir (þ.m.t. náladofi og rafstuðstilfinning), svefntruflanir (þ.m.t. svefnleysi og ákafar draumfarir), æsingur eða kvíði, ógleði og/eða uppköst, skjálfti, rugl, aukin svitamyndun, höfuðverkur, niðurgangur, hjartsláttarónot, tilfinningalegt ójafnvægi, skapstyggð, og sjóntruflanir eru þau einkenni sem oftast hefur verið skýrt frá. Almennt eru þessi einkenni væg til miðlungsalvarleg en geta þó verið alvarleg hjá sumum sjúklingum. Þau koma venjulega fram á fyrstu dögunum eftir að meðferð er hætt, en tilkynnt hefur verið um einstaka tilvik slíkra einkenna hjá sjúklingum sem óvart hafa gleymt skammti. Þessi einkenni þarfnast yfirleitt ekki meðferðar og hverfa venjulega innan tveggja vikna, þó þau vari lengur hjá sumum sjúklingum (2-3 mánuði eða lengur). Því er mælt með að escítalópram skammtar séu minnkaðir smám saman í nokkrar vikur eða mánuði þegar meðferð er hætt, í samræmi við þarfir sjúklingsins. Vegna takmarkaðrar klínískrar reynslu er mælt með að gæta varkárni hjá sjúklingum með kransæðasjúkdóma. **Milliverkanir:** *Samsetningar, sem eru frábendingar:* Komið hafa upp alvarleg tilfelli milliverkana, þar sem sjúklingar fengu SSRI lyf samhliða ósérhæfðum mónóamín oxidasa hemli (MAO-hemli) og einnig hjá sjúklingum, sem voru nýlega hættir á meðferð með SSRI lyfi og byrjaðir á meðferð með MAO-hemli. Í sumum tilvikum fengu sjúklingar serótónín heilkenni. Notkun escítalóprams samhliða ósérhæfðum MAO-hemlum er frábending. Escítalópram meðferð má hefja 14 dögum eftir að meðferð með óafturkræfum MAO-hemli er hætt og líða verður a.m.k. einn sólarhringur eftir að meðferð með afturkræfum MAO-hemli (RIMA), móklóbemíði, er hætt áður en escítalópram meðferð er hafin. Líða skulu að minnsta kosti 7 dagar frá því að meðferð með escítalóprami er hætt, þar til meðferð með ósérhæfðum MAO-hemli er hafin. *Samsetningar, sem eru óráðlegar:* Vegna hættunnar á serótónín heilkenni, er ekki mælt með samhliða notkun escítalóprams og MAO-A hemils. Ef þessi samsetning reynist nauðsynleg, ætti að byrja með lægstu ráðlögðu skammta og auka klínískt eftirlit. *Samsetningar, sem krefjast varúðar við notkun:* Við samtímis notkun selegilíns (óafturkræfur MAO-B-hemill), skal gæta varúðar vegna hættu á myndun serótónín heilkennis. Selegilín skammtar allt að 10 mg/dag hafa verið notaðir samhliða racemískuscítalóprami, án vandkvæða. Samhliða gjöf serótónvirkra lyfja (t.d. tramadóls, súmatriptans og annarra triptana) getur valdið serótónín heilkenni. SSRI lyf geta lækkað krampaþröskuld. Gæta skal varúðar þegar samtímis eru notuð önnur lyf, sem geta lækkað krampaþröskuldinn (þ.e. þunglyndislyf (þríhringlaga, SSRI lyf), geðrofslyf (fentíazín, tíóxanthen og bútýrófenón), meflókvín, búprópíon og tramadól). Þar sem aukin lyfhrif hafa verið skráð þegar sértækir serótónín endurupptökuhemlar hafa verið gefnir samhliða litíum og tryptófani, skal gæta varúðar þegar þessi lyf eru notuð samhliða. Samhliða notkun sértækra serótónín endurupptökuhemla og náttúrulyfja/-efna sem innihalda St. John´s Wort (Hypericum perforatum) getur aukið tíðni aukaverkana. Breyting getur orðið á segavarnaráhrifum, þegar escítalópram er notað samhliða segavarnarlyfjum til inntöku. Fylgjast skal náið með blóðstorknun hjá sjúklingum á segavarnarlyfjum til inntöku, þegar gjöf escítalóprams hefst eða er hætt. Ekki er vænstneinna milliverkana í tengslum við lyfhrif eða lyfjahvörf, á milli escítalóprams og áfengis. Samt sem áður, eins og við á um önnur geðlyf, er samhliða notkun áfengis ekki æskileg. *Áhrif annarra lyfja á lyfjahvörf escítalóprams:* Umbrot escítalóprams verða aðallega fyrir milligöngu CYP2C19. Umbrot verða einnig fyrir milligöngu CYP3A4 og CYP2D6, en í minna mæli þó. Umbrot aðalumbrotsefnisins S-DCT (demetýlerað escítalópram) virðast að hluta hvötuð af CYP2D6. Samhliðagjöf escítalóprams og ómeprazóls30 mg einu sinni á dag (CYP2C19 hemill) leiddi til miðlungs (u.þ.b. 50%)hækkunar á escítalópram styrk í plasma. Samhliða gjöf escítalóprams og címetidíns400 mg tvisvar á dag (fremur öflugur hemill á almenna ensímvirkni) leiddi til miðlungs (u.þ.b. 70%) hækkunar á escítalópram styrk í plasma. Þess vegna skal aðgát viðhöfð við gjöf á háum skömmtum af escítalóprami þegar það er notað samhliða CYP2C19 hemlum (þ.e. ómeprazóli, flúvoxamíni, lansóprazóli, ticlópidíni) eða címetidíni. Ef til vill þarf að minnka escítalópram skam-

mta í framhaldi af eftirfylgni á klínískum einkennum. *Áhrif escítalóprams á lyfjahvörf annarra lyfja:* Escítalópram er CYP2D6 hemill. Gæta skal varúðar þegar escítalópram er gefið samhliða lyfjum, sem aðallega umbrotna fyrir tilstilli þessa ensíms og hafa þröngan lækningalegan stuðul (therapeutic index), t.d. flecaíníði, própafenóni og metóprólóli (þegar það er notað við hjartabilun). Einnig þegar það er notað samhliða sumum lyfjum, sem hafa áhrif á miðtaugakerfið og umbrotna aðallega fyrir tilstilli CYP2D6, t.d. þunglyndislyfjum eins og desipramíni, klómipramíni og nortriptýlíni eða geðrofslyfjum eins og risperidóni, thíorídazíni og halóperidóli. Þörf getur verið á aðlögun skammta. Gjöf escítalóprams samhliða desipramíni eða metóprólóli leiddi í báðum tilvikum til tvöfaldrar aukningar á plasmaþéttni þessara CYP2D6 hvarfefna. *In vitro* rannsóknir hafa sýnt að escítalópram getur einnig valdið veikri hömlun á CYP2C19. Gæta skal varúðar við samhliða notkun lyfja, sem umbrotna fyrir milligöngu CYP2C19. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki ætti að nota Cipralex á meðgöngu, nema brýna nauðsyn beri til og aðeins eftir að ávinningur og hugsanleg áhætta hefur verið metin. Ekki er mælt með brjóstagjöf meðan á meðferð stendur **Aukaverkanir:** Aukaverkanir eru algengastar í fyrstu og annarri viku meðferðar og yfirleitt dregur úr tíðni og styrk þeirra við áframhaldandi meðferð. Hér fyrir neðan eru taldar upp, í röð eftir líffæraflokkum og tíðni, aukaverkanir sem þekktar eru fyrir SSRI lyf og einnig hefur verið skýrt frá fyrir escítalópram annaðhvort í lyfleysu-stýrðum klínískum rannsóknum eða sem hafa komið fram við notkun lyfsins eftir markaðssetningu. Tíðnitölur eru fengnar úr klínískum rannsóknum; ekki er leiðrétt fyrir lyfleysu*Mjög algengar (≥1/10):* Ógleði. Algengar (≥1/100 til <1/10): Minnkuð eða aukin matarlyst, Kvíði, eirðarleysi, óeðlilegar draumfarir, minnkuð kynhvöt, fullnægingarstol hjá konum, svefnleysi, svefnhöfgi, svimi, náladofi, skjálfti, skútabólga, geispar, niðurgangur, hægðatregða, uppköst, munnþurrkur, aukin svitamyndun, liðverkir, vöðvaverkir, truflanir á sáðláti, getuleysi, þreyta, sótthiti og þyngdaraukning. *Sjaldgæfar (≥1/1.000 til <1/100):* Tannagnístran, æsingur, tugaveiklun, felmtursköst, ruglástand, truflanir á bragðskyni, svefntruflanir, yfirlið, ljósopsstæring (mydriasis), sjóntruflanir, eyrnasuð (tinnitus), hraðtaktur, blóðnasir, blæðingar frá meltingarvegi (endaþarmsblæðingar meðtaldar), ofsakláði, skalli, útbrot, kláði, milliblæðingar, asatíðir, bjúgur og þyngdarminnkun. *Mjög sjaldgæfar (≥1/10.000 til <1/1.000):* Bráðaofnæmisviðbrögð, árásargirni, sjálfshvarf (depersonalisation), ofskynjanir, sjálfsvígstengdir atburðir, serótónín heilkenni og hægtaktur. *Tíðni ekki þekkt (ekki hægt að áætla tíðni út frá fyrirliggjandi gögnum):* Blóðflagnafæð, óeðlileg seyting þvagstemmuvaka (ADH), blóðnatríumlækkun, hreyfitruflanir (dyskinesia), óreglulegar hreyfingar, krampar, oflæti, réttstöðuþrýstingsfall, lifrarbólga, flekkblæðing, ofnæmisbjúgur, þvagtepga, óeðlileg lifrarpróf, karlar: standpína, mjólkurfleði. Skýrt hefur verið frá eftirfarandi aukaverkunum fyrir lækningaflokkinn SSRI lyf: hughreyfiórói/hvíldaróþol (psychomotor restlessness/akathisia) og lystarleysi. Skýrt hefur verið frá tilvikum um lengingu á QT-bili eftir að lyfið kom á markað, fyrst og fremst hjá sjúklingum sem eru með hjartasjúkdóm fyrir. Ekki hefur verið sýnt fram á orsakasamband þar á milli. **Pakkningar og verð (febrúar 2007):** Cipralex dropar til inntöku, lausn 10 mg/ml 28 ml kr. 3.941. Töflur 5 mg 28 stk kr. 2.825, 100 stk kr. 7.054; 10 mg 28 stk kr. 3.579, 56 stk kr. 6.327, 100 stk kr. 10.399, 200 stk kr. 21.822; 15 mg 28 stk kr. 5.689, 100 stk kr. 18.597; 20 mg 28 stk kr. 6.751, 56 stk kr. 12.560, 100 stk kr. 20.376. Lyfið er lyfseðilskylt og greiðist skv. greiðslufyrirkomulagi B í lyfjaskrám. Útdráttur úr SPC. Hægt er að nálgast textann í fullri lengd á www.serlyfjaskra.is. **Handhafi markaðsleyfis:** H. Lundbeck A/S, Ottiliavej 9, 2500 Valby, Danmörk. **Umboð á Íslandi:** Lundbeck Export A/S, útibú á Íslandi, Ármúla 1, 108 Reykjavík; s. 414 7070. Markaðsleyfi var veitt 31. maí 2002.

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. Tadalafil 10 mg og 20 mg er ætlað til notkunar fyrir væntanlegt kynlíf og ekki er mælt með samfelldri daglegri notkun. **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 nitur 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 æðavíkkandi 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, sleglataktruflanir, heilablóðföll, skammvinn blóðþurrðarköst, brjóstverkir, hjartsláttarónot og hraðtaktur 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 fosfódíesterasa 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, ítracónazól og erytrómýcín) 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 meðferðum við ristruflunum. Því er ekki mælt með slíkri samhliða meðferð. 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. Prátt 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}. Prátt 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 erytrómýcin, klaritrómýcin 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 óþekkt. Milliverkanir við lyf sem hafa áhrif á flutningsprótein er því mögueg. Rifampicín 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 blóðþrýstingslækkandi 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 nítröt 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-warfaríns, eða R-warfaríns (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 (amlódipin), ACE (angiotensin converting enzyme) hemlar (enalapríl), beta-adrenvirkir viðtakablokkar (metóprólól), tíazíð þvagræsilyf (bendroflúazíð), og angiotensin 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 amlódipín, en þá var 20 mg skammtur notaður) hafði engar klínískar marktækar milliverkanir við nein 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 rannsóknunni þar sem náðst hafði góð blóðþrýstingsstjórn, var blóðþrýstingslækkunin í lágmarki og svipuð því sem sést hjá heilbrigðum einstaklingum. Hjá einstaklingum í rannsóknunni 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 yfirliði 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 átengis 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 ópekkt. Þegar tadalafil (10 mg) var gefið samhliða teófýllíni (ósértækur fosfódíesterasa hemill) í rannsókn á lyfhrifum, fannst engin milliverkun við lyfjahvörf. Einungis varð vart við væga aukningu á hjartslætti (3,5 slög/mín). Prátt fyrir að þetta séu væg áhrif og hafi ekki haft klínískra 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, vöðaverkur. **Sjaldgæfar aukaverkanir (0,1-1%):** Proti í augnlokum, tilfinning sem lýst er sem augnóþægindi 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 tilkynnt hefur verið um eftir markaðssetningu hjá sjúklingum sem taka tadalafil eru: Augu:** Framlægur blóðþurrðar augntaugakvilli án slagæðabólgu (NAION),þokusýn, sjónsviðsskerðing, æðastíflun 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, sleglataktruflanir, heilablóðföll, skammvinn blóðþurrðarköst, brjóstverkir, hjartsláttarónot og hraðtaktur 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:** reðursistaða og langvarandi stinning. **Ónæmisfræði:** ofnæmisviðbrögð með útbrotum, ofsakláða, andlitsbjúg, Stevens-Johnson heilkenni og skinnflagningsbólgu. **Öndunarfæri:** blóðnasir. **Taugakerfi:** mígreni. **Pakkningar og verð (júní 2007):** CIALIS 10 mg x 4 stk: 5.315 kr. CIALIS 20 mg x 4 stk: 5.593 kr. CIALIS 20 mg x 8 stk: 9.988 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, Lynghálsi 13, 110 Reykjavík. Júní 2007.

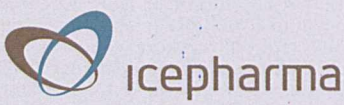
Lilly

Cialis™ (tadalafil)

Lanzo áður Lanzo Melt **A02BC03** **RE**

Wyeth Lederle Nordiska AB, Lansóprazól 15 mg eða 30 mg. Sýruþolin 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 sjúkdóma tengdum 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 sýruþolna 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: Preyta. 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 eósínfíkla, 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.





EFEXOR DEPOT **N06A 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 þört 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 skammta um 75 mg á dag með u.þ.b. 2 vikna millibili eða meira, en aldrei skemur en á 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 kreatínínúthreinsun 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 viðhafðri 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. meðhöndlaðar 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 þunglynda 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 Antidiuretic hormone (SIADH)) hefur stöku sinnum sést við meðferð með geðlægðarlyfjum, m.a. serótónínupptökuhemlum, 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 hjartsláttur 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 slímhúðarblæðingum 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 sjálfsmorðstengdum atvikum eins og 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 heildaruthreinsun 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 serótónín 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 venlafaxín 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:** Hugsanleg 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, ljósopsstæring, 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, tannagnístur,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 utanstrýtukvilla (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, geðæsingur, 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 tengslum 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. Óliklegt 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.**





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 heildarkólesteról, 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 transamínósum 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

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

Tilkynning um breytingu á stjórn Félags íslenskra barnalækna.

Á aðalfundi Félags íslenskra barnalækna sem haldinn var 7. maí 2007, lét Sigurveig Þ. Sigurðardóttir af formennsku. Nýr formaður er Ragnar Bjarnason. Áfram í stjórn sitja Hörður Harðarson ritari og Ragnheiður Elísdóttir gjaldkeri.

Netföng stjórnarmeðlima eru eftirfarandi:

Ragnar Bjarnason formaður *ragnarb@landspitali.is*
Hörður Harðarson ritari *hordursh@landspitali.is*
Ragnheiður Elísdóttir gjaldkeri *ragnheidur.elisdottir@mhb.hg.is*

Sumarlokun á skrifstofu Læknablaðsins

Ritstjórnarskrifstofa Læknablaðsins verður lokuð frá og með 6. júlí – 8. ágúst vegna sumarleyfa starfsfólks.

Næsta blað kemur út byrjun september.

www.laeknabladid.is

Cipralex® escitalopram

Meðhöndlun á miðlungs til alvarlegu þunglyndi

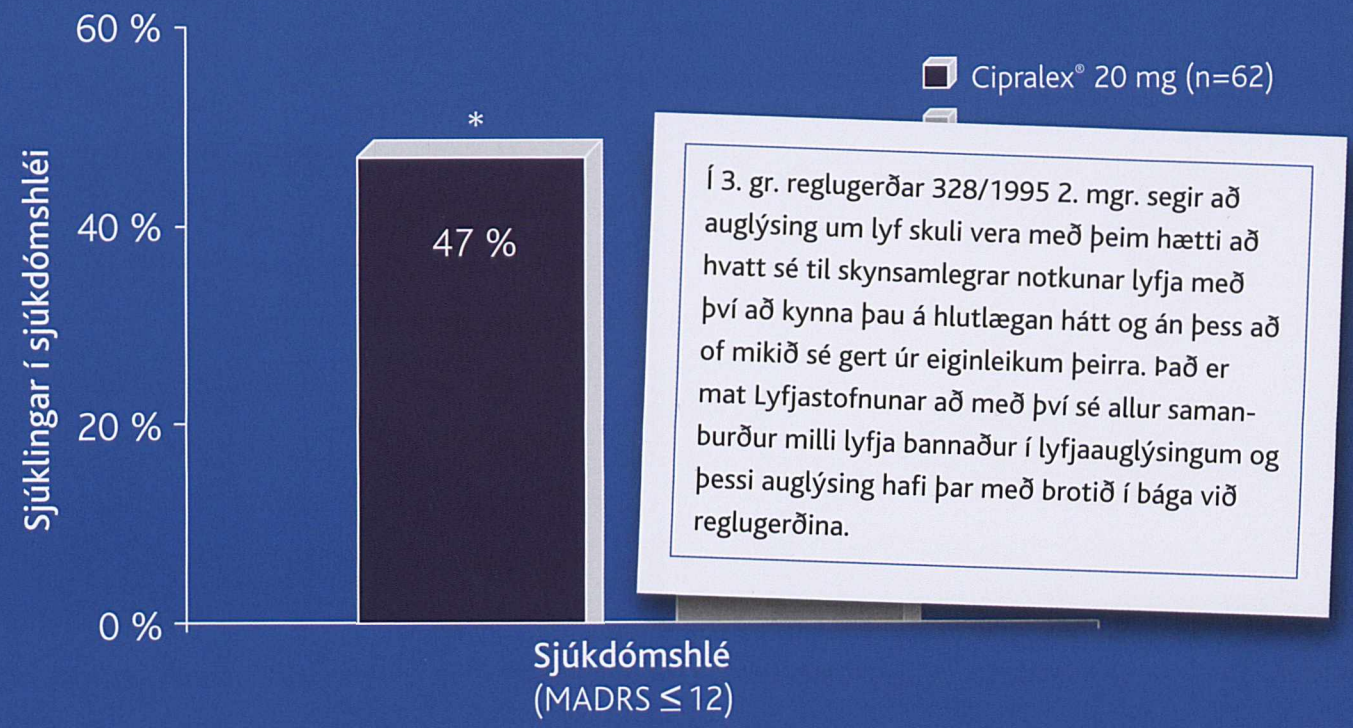
Nýjar niðurstöður í meðhöndlun á alvarlegu þunglyndi#:



Þessi auglýsing er birt að kröfu Lyfjastofnunar þar sem hún hefur metið að auglýsing sú sem birtist í Læknablaðinu 10.-12. tbl. 2006 og 1. tbl. 2007 og Lyfjatíðindum 4. og 5. tbl. 2006, brjóti með samanburði við annað lyf, í bága við ákvæði laga og reglugerðar um auglýsingar á lyfjum.

#MADRS ≥30

Hlutfall sjúkdómshlés í 8. viku - alvarlegt þunglyndi#



Í 3. gr. reglugerðar 328/1995 2. mgr. segir að auglýsing um lyf skuli vera með þeim hætti að hvatt sé til skynsamlegrar notkunar lyfja með því að kynna þau á hlutlægan hátt og án þess að of mikið sé gert úr eiginleikum þeirra. Það er mat Lyfjastofnunar að með því sé allur samanburður milli lyfja bannaður í lyfjaauglýsingum og þessi auglýsing hafi þar með brotið í bága við reglugerðina.

Myndin er unnin af Lundbeck Pharma A/S eftir grein Montgomery S.A. & Andersen H.F. 2006 (bls. 302).

Heimildir:

1. Sánchez, C. The Pharmcology of Citalopram Enantiomers: The Antagonism by R-Citalopram on the Effect of S-Citalopram. Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology 2006, **99**, 91-95.
2. Montgomery, S A & Andersen, H F. Escitalopram versus venlafaxine XR in the treatment of depression. International Clinical Psychopharmacology 2006, 21: 297-309.

Sérlyfjatexti á bls. 578

Lundbeck Cipralex® escitalopram



SMART

Symbicort SMART® = Symbicort Maintenance And Reliever Therapy

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

AstraZeneca

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

Symbicort®
budesonide/formoterol

Sérlyfjatexti á bls. 576