



LÆKNABLAÐIÐ hefur komið út síðan 1915 og í þessum 100. árgangi blaðsins eru greinar sem ritstjórnin hefur kallað eftir af því tilefni. Höfundar greinanna skrifa um ýmis málefni sem snerta lækna, félagsleg, söguleg og fræðileg.

# Heilbrigði kvenna í hundrað ár: Má bæta það sem er gott?

Reynir Tómas Geirsson, Jens A. Guðmundsson

Höfundar eru kvensjúkdómalæknar

[geirsson.acta@landspitali.is](mailto:geirsson.acta@landspitali.is)

## Inngangur

Konur eru oft sagðar vera „betri helmingurinn“ í sambandi karls og konu. Á 100 ára afmælisári *Læknablaðsins* er því viðeigandi að fjalla sérstaklega um heilbrigði kvenna. Flest í starfsemi líkamans og líffæranna er báðum kynjum sameiginlegt, en margt er frábrugðið og þá í mismiklum mæli vegna þess að líffræðilegir grunnþættir sem stýra heilbrigði og sjúkdómsferlum, eru oft með öðrum hætti hjá konum en körlum. Við höfundarnir (tveir karlar) höfum átt starfsævi sem snerist um sérstök heilbrigðismál kvenna, það er að segja þau sem snerta kynheilbrigði og æxlun. Íslenskar konur eru í hópi þeirra sem lengstri meðalævi ná í heiminum, barneignir þeirra ganga betur en hjá flestum öðrum þjóðum sé horft til mælikvarða eins og mæðra- og burðarmálsaða, eða til tíðni og lifunar eftir krabbamein í kynfærum og til árangurs við meðferð margra kvensjúkdóma. Hér er beint sjónum að því hvers vegna það gæti verið og hvers megi vænta í framtíðinni. Umfjöllunin getur þó seint orðið tæmandi og framtíðarspár verða alltaf óvissar, jafnvel þegar best lætur.

Við upphaf síðustu aldar var lítið vitað um sérstök heilbrigðisvandamál kvenna, lífeðlisfræði og efnaskipti kvenlíkamans, nema helst hvað gera mætti þegar kona gat ekki fætt barn sitt og hvernig eiga mætti við nokkra kvensjúkdóma með skurðaðgerðum. Kvenlíffærnun hafði verið lýst, en þekking á starfsemi þeirra var lítil og skilningur á sjúkdómum í þeim, eða í þungun, var takmarkaður. Í heiminum höfðu fáar konur lokið læknaþrófi og engin á Íslandi (sú fyrsta var Kristín Ólafsdóttir (1889-1972), kandidát 1917).<sup>1</sup> Sjúkdómar kvenna aðrir en þeir sem lutu að þungun og æxlunarfærnunum, voru túlkadír út frá því sem vitað var um birtingarmyndina hjá körlum. Engar skipulagðar forvarnaraðgerðir voru til. Mæðradauði var algeng staðreynd í lífinu og konur gátu ekki gengið að því sem vísu að öll börn þeirra kæmust til fullorðinsára. Þær gátu verið útslitnar af erfiðri og alltof mörgum barneignum, ef þær lifðu fram yfir frjósemissárin. Kynhvötin var samt eðlislæg báðum kynjum, - undan því varð ekki komist. Konur smituðust af kynsjúkdómum sem erfitt var að lækna, þær misstu fóstur eða neyddust til að ganga gegnum þungun sem þær ekki vildu eða var heilsu þeirra ofviða. Ef alvarleg vandamál komu upp í þunguninni eða við fæðinguna voru fá ráð til nema tangarfæðingar og snör handtök reyndra lækna, sem oft voru ekki tiltækir þegar þess þurfti með. Árið 1910, fimm árum áður en til *Læknablaðsins* var stofnað, var gerður keisaraskurður í annað sinn á Íslandi og sá fyrsti þar sem móðir og barn lifðu bæði. Sá þriðji var gerður á stofnari blaðsins.<sup>2</sup> Nú fæðist fimmta til sjötta hvert barn þannig á Íslandi og er

talán þó lág miðað við flest önnur þróuð ríki.<sup>3</sup> Kvensjúkdómar, svo sem krabbamein í kynfærum, voru ofast illviðráðanlegir langt fram eftir 20. öldinni. En á öldinni eftir að fyrsta tölublað *Læknablaðsins* kom út urðu stórfelldar framfarir í þekkingu á heilbrigðri og sjúklegri þungun. Nú búa íslenskar konur við almennt gott heilbrigðisnet, og það tekur ekki síst til þungunar, frjósemi og kvensjúkdóma. Hvernig gerðist það, hvar stöndum við nú og hvað má bæta? Nú er horft til nýrrar aldar þar sem lítið verður með heildstæðari hætti til heilbrigðis kvenna frá barnsaldri, gegnum kynþroskann, frjósemissskeiðið, breytingaskeiðið og til efri ára.<sup>4</sup>

Ekki er úr vegi að staldra við nokkur atriði úr sögu læknisfræði á Íslandi, frá fyrsta lærða læknum Bjarna Pálssyni, sem einnig stofnaði til ljósmæðrakennslu konum til stórra hagsbóta með tíð og tíma, til Jóns Hjaltalín Jónssonar sem gerði fyrsta keisaraskurðinn 1865 í moldarkofa í Þingholtunum, til Matthíasar Einarssonar, Steingríms Matthíassonar, Guðmundanna Þriggja (Hannesson, Magnússon og Thoroddsen) sem áttu þátt í að koma upp Landspítalanum, til Katrínar Thoroddsen sem starfaði að upphafi mæðra-verndar hjá Líkn við Austurvöll í Reykjavík upp úr 1927. Þarna komu við sögu Jón Nikulásson, fyrsti lækurinn með sérfræðileysi í kvensjúkdómum og fæðingarhjálp (1936), og Pétur H.J. Jakobsson fæðinga- og kvensjúkdómalæknir sem var fyrsti háskólakennari fagsins á Íslandi og fyrsti prófessor í því, eftirmenn hans Sigurður S. Magnússon og Gunnlaugur Snædal. Sá síðarnefndi lagði til merkan skerf með rannsókn sinni á brjóstakrabbameini á Íslandi. Aðrir eftirminnlegir lækur í fæðinga- og kvensjúkdómalækningum voru Jónas Bjarnason kvensjúkdómalæknir á St. Jósefsspítala í Hafnarfirði, Bjarni Rafnar á Akureyri, Guðmundur Jóhannesson sem var í forystu fyrir krabbameinslækningum kvenna og krabbameinsleitinni, Guðjón Guðnason á Heilsuverndarstöð Reykjavíkur, Jón Þorgeir Hallgrímsson og Jón Hilmar Alfredsson og Kristján Sigurðsson sem tryggði krabbameinsleitinni vísindalega merkan grundvöll. Þóra Fischer var fyrsta konan sem starfaði sem sérfræðingur á Kvennadeild Landspítala, en í dag eru konur í öllum stjórnunarstöðum og flestum sérfræðingastöðum deildarinnar. Enn aðrir lækur komu að uppbyggingu annarra sérgreina sem voru nauðsynlegar til að sinna því sem laut að kvenheilbrigði, svo sem Valtýr Bjarnason, Alma Þórarinsson, Bjarni Bjarnason, Gunnar Biering, upphafsmaður nýburalækninga, Hannes Þórarinsson og Ólafur Jensson. Margir fleiri lögðu til í þessari uppbyggingu síðustu aldar, einkum eftir opnun sérstakrar fæðingadeildar 1949 á Landspítalanum (síðar Kvennadeildin frá 1975). Úr stórum og mikilvægum hópi ljósmæðra má sérstaklega minnst á Þórunni Björnsdóttur, Jóhönnu Friðriksdóttur og Kristínu Tómasdóttur. Góð og nán samvinna ljósmæðra og fæðinga- og kvensjúkdómalækna var alla öldina grundvallaratriði í að tryggja hina stöðugt batnandi útkomu fyrir mæður og börn þeirra á Íslandi og þar með



Landspítalinn með fæðingardeildinni um 1960, hornsteininn fyrir kvennaheilbrigði gegnum árin. Ljósmyndari óþekktur.

hina góðu stöðu sem íslenskar konur njóta nú, - á íslenskan en ekki síður alþjóðlegan mælikvarða.

### Hugtök um heilbrigði kvenna

Kyn- og æxlunarheilbrigði er þýðing á enska hugtakinu *sexual and reproductive health* og tekur til allra þátta sem varða gerð og eðlilega líffræðilega starfsemi í kynfærum kvenna og tengdum líffærum, frá æsku til efri ára. Með því hugtaki er athygli beint að mikilvægi þessara hluta líkamans, ekki einasta vegna barneigna, heldur einnig til að leggja áherslu á miðlæga þýðingu þeirra í almennri heilbrigði karla og kvenna. Í víðara samhengi má hvað konur varðar tala um kvenheilbrigði (*women's health*), sem þá tekur til sértækra heilbrigðismála kvenna þar sem öll líffæri og öll líkamsstarfsemi er tekin með á þann hátt sem hún er öðruvísi meðal kynjanna. Hvað sem líður öðrum jöfnuði milli kynjanna, þá eru líffræðileg hlutverk kvenna og karla frábrugðin og vart þarf að áreitta það. Þó er ekki langt síðan skilningur á heilbrigði og sjúkdómum var að miklu leyti miðaður við það sem voru þekktar staðreyndir um karla, svo sem viðmiðunargildi í blóðrannsóknnum, sjúkdómseinkenni (hjartaöng er gott dæmi) og forspár um gang sjúkdóma. Eðlileg aldurs- og kynjastöðluð gildi fyrir ýmsar líffræðilegar breytur hafa fyrst komið til á síðustu hálfu öldinni. Lítið var vitað um lífeðlisfræði og lífefnafræði kvenna og um kvenhormóna fyrr en upp úr miðri síðustu öld. Áherslan var á að lækna það sem úrskeiðis fór. Heilbrigði kvenna var mælt með tölum um mæðradatauða. Burðarmálsaðuða var farið að skoða upp úr 1960-70. Á seinni hluta aldarinnar komu til kynskiptar tölur um krabbamein, og þá hvað konur varðaði í lungum, brjóstum, eggjastokkum, legi og leghálsi, einkum eftir að krabbameinsskráin (1954) og skipulagða krabbameinsleitin (1964) höfðu orðið til. Með rannsóknnum hjá Hjartavernd bættust við kynskiptar tölur um hjartasjúkdóma meðal kvenna. Þó heilsa við tíðahvörf og heilsufar tengt getnaðarvörnum, fóstureyðingum

og ófrjósemi kæmu inn í almenna umræðu í vaxandi mæli á 7-9. áratugunum í tengslum við breytta þjóðfélagshætti, breytta fjölmiðlun og vaxandi tölvu- og vefnotkun, var ekki farið að ræða um kynheilbrigði að marki fyrr en á síðasta áratug 20. aldar og æxlunarheilbrigði á sér enn styttri og minna mótaða sögu sem hugtak í íslenskum veruleika.

### Mæðra- og burðarmálsambætur

Frá fyrri hluta 20. aldar lækkuðu hlutfallstölur um burðarmálsaðuða og mæðradatauða hratt frá nær 400/100000 upp úr 1911<sup>5</sup> og niður í 4-5/100000 á síðustu árum<sup>6</sup>, sem er með því lágsta sem sést í heiminum. Margar samverkandi ástæður koma þar til, svo sem stórbætt almenn kjör fólks, fækkun barneigna, betri mæðravernd (nú oft nefnd meðgönguvernd með skírskotun bæði til móður og fósturs) með Rhesus-vörnum og gjöf K-vítamíns til að varna blæðingarheilkenni nýbura, með bættu öryggi í fæðingum samfara síritun og skyldum hjálparaðgerðum, margfalt betri meðferð langvinnra sjúkdóma, svo sem sykursýki, rauðum úlfum og langvinnnum bólgusjúkdómum í þörmum og ristli hjá konum á barn-eignaaldri, vel skipulögð skimun fyrir fósturgöllum og meðgöngu-urof ef alvarlegir gallar greinast, markviss framköllun á fæðingum þegar konur fara fram yfir væntanlegan fæðingartíma, og miklar framfarir í nýburalækningum. Á síðari árum hafa bættar leiðbeiningar í meðgönguvernd komið til og gert kleift að færa hana í meiri mæli á heilsugæslustöðvar, en nýta um leið sérfræðiþjónustuna betur fyrir þær konur sem þess þurftu með. Tilkoma tæknifrjövgunar um 1990 breytti horfum fyrir þau 10% para sem áður gátu ekki eignast börn. Þó sumar þessara kvenna hefðu margvíslega áhættuþætti á meðgöngu, svo sem hærri aldur og vandamál sem tengdust því hefur samt ekki orðið aukning á mæðra- eða burðarmálsaðuða. Vaxandi offituvandi íslenskra kvenna hefur heldur ekki haft áhrif á þessa þætti enda þótt verri horfur varðandi út-

komu meðgöngu sé þekktar hjá þeim konum.<sup>7</sup> Þetta segir sitt um gæði meðgönguverndar á Íslandi. Nákvæm skráning fæðinga frá 1972<sup>8</sup> hefur gert alla upplýsingaöflun markvissari og síðastliðna tvo áratugi hafa árlegar skýrslur með ítarlegum upplýsingum um fæðingar og tengd atriði verið gefin út af Fæðingaskráningunni.<sup>3</sup>

Skimun fyrir fósturgöllum hófst 1984 við 19-20 vikna meðgöngulengd, og var tæpum tveimur árum síðar orðin almennt atriði í meðgönguvernd.<sup>9</sup> Þar var lögð áhersla á einsleita ákvörðun meðgöngulengdar út frá ómmælingum,<sup>10</sup> skimun fyrir alvarlegri fósturgöllum, fylgjustaðsetningu og önnur skyld atriði, og heilbrigðisstarfsfólki var kennt á framkvæmd skimunarinnar. Nær allar konur hafa komið í þessa skoðun sem var eins og mæðraverndin sjálf, gjaldfrí skoðun. Við þetta var bætt samþætta líkindamati upp úr árinu 2000<sup>11</sup> og um 85% kvenna nýta sér nú það tilboð með upplýstum hætti,<sup>12</sup> enda þótt þar sé ekki um gjaldfría skimun að ræða. Mæður/foreldrar velja sjálfar/sjálfr að kaupa þessa viðbótarskoðun við 11-14 vikna meðgöngulengd. Þegar þessi skimun hófst urðu talsverðar samfélagslegar deilur um réttmæti hennar. Sú leið að hafa skimunina ekki sjálfkrafa hluta mæðraverndar, heldur að láta hana kosta peninga, varð til þess að gagnrýni hætti að mestu. Fólkl velur sjálft hvort það vill kaupa skimun að fengum upplýsingum um hana. Nú fæðast sjaldan börn með alvarlega fæðingargalla í líkamsbyggingu eða meiriháttar litningafrávik. Ef það gerist, eða frávik eru minniháttar, er oftast vitað um það áður, foreldrar og aðrir nákomnir vel upplýstir og fæðingin undirbúin þannig að barninu farnist sem best. Meiriháttar litningagallar svo sem þristæður 13, 18 og þrílitnun, finnast í flestum tilvikum. Ef Downs-heilkenni greinist kjósa flestir foreldrar meðgöngurof, þó það sé ekki algilt. Inngripum eins og legvatnsástungum hefur fækkað í 1/5 hluta þess sem mest var. Þær greiningaraðgerðir sem gera þarf, oftast fylgjusýnitökur, hafa verið gerðar með öryggi sem er sambærilegt við það sem sést í öðrum löndum.<sup>13</sup>

Þó meðal íslenskra kvenna hafi mæður í elstu og yngstu aldurhópnum verið hlutfallslega fleiri en sést meðal nágrannaþjóða í Norðvestur-Evrópu og offituvandinn sé verulegur, hefur burðarmálsaðuði haldist lágur og það með hóflegri inngripaþíðni í fæðingar, sem er nú með því lægsta sem sést í Evrópu. Fyrir 25 árum var því spáð að enn mætti lækka burðarmálsaðuða á Íslandi<sup>14</sup> og það hefur gengið eftir.<sup>15</sup> Tíðni keisaraskurða hefur verið um 17-18% af fæðingum undanfarin 15 ár og ekki aukist.<sup>3</sup> Markvissar forvarnir í formi leiðbeininga frá kvennadeild Landspítalans, grandskoðun og flokkun burðarmálsaðuðatilvika og flokkun fæðinga eftir svokölluðu Robson-flokkunarkerfi<sup>3</sup> er meðal þeirra atriða sem hafa stuðlað að þessu. Ekkert bendir til að börnum og mæðrum farnist verr á Íslandi en annars staðar með tilliti til fylgikvilla fæðinga og jafnvel heldur betur.<sup>16-18</sup>

Vel skipulögð og gjaldfrí mæðra- og meðgönguvernd með skimun af þeirri gerð sem nú er stunduð verður áfram hornsteinn kvenheilbrigði. Hún þarf að vera öllum aðgengileg, þar með talin 19-20 vikna ómskoðunin, ef hún á að ná þeim tilgangi að allar konur njóti sömu gæða í meðgöngueftirlitinu til að tryggja öryggi þeirra og ófæddra barna sem þær ganga með.

### Getnaðarvarnir og meðgöngurof

Getnaðarvarnir snúa fyrst og fremst að kvenlíkamanum vegna líffræðilegra þátta sem betra er að nálgast og breyta hjá konum, þó ábyrgðin sé jöfn hjá báðum kynjum. Samsetta getnaðarvarna-

pillan var fyrst seld á Íslandi fyrir hálfri öld, 1964,<sup>19</sup> og varð auk smokksins, megin aðferðin sem ungar konur nýttu sér. Lykkj-unotkun var fremur bundin við konur sem voru eldri og höfðu átt barn. Hormónalykkjan, sem inniheldur prógestín-sterann levónorgestrel, hefur orðið vinsæl getnaðarvörn síðastliðinn áratug, jafnvel meðal yngri kvenna, enda dregur mjög úr blæðingum með notkun hennar vegna þynningar á legslímum. Aðrar getnaðarvarnir hafa haft minni þýðingu fyrir þýðið sem heild. Samfara þessu hefur fæðingum á hverja konu fækkað, þó sú tala hafi haldist við um 2,0 börn á konu í nær tvo áratugi. Það er það mesta sem sést í Evrópu vestanverðri þar sem barnafjöldi á hverja konu hefur verið á bilinu 1,3-1,8, jafnvel í löndum þar sem aðgengi að getnaðarvörnum hefur opinberlega verið meira heft en á Íslandi. Viða í nágrannalöndum eru getnaðarvarnir niðurgreiddar og lagt hefur verið til að á Íslandi gæti slíkt verið heppilegt fyrir konur innan tvítugs, enda hafa þunganir á ungum aldri ýmis aukaleg áhrif sem skipta máli fyrir ungar konur, svo sem á menntun og afkomu. Í lögum nr. 25 sem samþykkt voru á Alþingi 22. maí 1975 um ráðgjöf og fræðslu varðandi kynlíf og barneignir og um fóstureyðingar og ófrjósemisaðgerðir, var kveðið á um „að auðvelda skyldi almennungi útvegum getnaðarvarna, m.a. með því að sjúkrasamlög taki þátt í kostnaði þeirra“. Þessu hefur aldrei verið framfylgt á Íslandi. Talsverð umræða hefur verið um áhrif hormónagetnaðarvarna á myndun blóðsega og áhrif á æðakerfið,<sup>20</sup> og nauðsynlegt að ráðgjöf um getnaðarvarnir taki mið af því.

Læknarinnar hafa í meira en áratug staðið að fræðslu í yngri árgöngum framhaldsskóla um land allt um ábyrgt kynlíf og getnaðarvarnir (Ástráður, *astradur.is*) á grundvelli jafningjafræðslu. Þetta hefur verið mikilvæg viðbót við þá fræðslu sem tengist líffræði og lífsleiknikennslu í skólum, og fræðslustarfi frá landlæknisembættinu og Fræðslusamtökum um kynlíf og barneignir (fkb.is). Fræðslu um getnaðarvarnir þarf þó að bæta verulega og lækka verð getnaðarvarna, einkum til yngstu kvennanna. Neyðargetnaðarvörnin hafði lengi verið möguleg á Íslandi, en var lítið notuð þar til fyrir um áratug, þegar betri lyfjaform komu til sögunnar.<sup>22</sup> Bæði betri fræðsla og tilvist neyðargetnaðarvarnarinnar og bætt aðgengi að henni hafa sennilega stuðlað að því að tíðni fóstureyðinga hefur ekki aukist að marki síðustu tvo áratuginna þrátt fyrir folksfjölgun. Úrræðið „fóstureyðing“ og neyðargetnaðarvörnir þurfa að vera til staðar í nútímasamfélagi. Um það og um túlkun laganna hefur ríkt breið samfélagsleg sátt.

Fram til þess þegar lögin um fóstureyðingar (eða meðgöngurof; *termination of pregnancy*) voru sett árið 1975, hafði túlkun fyrri laga frá 1935 smám saman orðið frjálslýndari. Nýju lögin breyttu samt með róttækum hætti aðgengi kvenna að því úrræði að láta fjarlægja þungun sem þær töldu sig ekki geta gengið með. Heimildin náði fram að 16 vikna meðgöngu, en vegna aðgerðateknilegra atriða og og til samræmis við tilmæli laganna hafa langflestar aðgerðir farið fram innan 12 vikna (landlæknir.is). Lögin leyfa frjálslýnda túlkun fram að þeim tíma, en samt eru fóstureyðingar ekki „frjálssar“ á Íslandi í þeim skilningi að lögin setja aðgerðunum skorður og samþykki tveggja fagaðila þarf fyrir meðferð/aðgerð. Varðandi ólæknalega sjúkdóma og fósturgalla hafa efri mörkin verið við 22 vikur frá 1987 með hliðsjón af tilmælum um skráningu fæðinga frá Alþjóða heilbrigðismálastofnuninni. Nokkurn tíma tók að ná inn þeim möguleika að nota andhormóna og samdráttarlyfjaaðferð til fóstureyðinga<sup>23</sup>, en vel hefur tekist við þá meðferðarbreytingu. Meirihluti fóstureyðinga eru nú gerður snemma í meðgöngunni





Gunlaugur Snædal og nokkrir starfsmenn á Landspítala taka við sírita frá Kvennadeild Reykjavíkurdeildar Rauða Krossins árið 1985. Formaður deildarinnar var Framlag Bjargmundsdóttir (fyrir miðju).

Framlag ýmissa velvildarmanna til fæðinga- og kvensjúkdómþjónustu í landinu hefur verið ómetanlegt.

með lyfjum, þegar félagslegar ástæður liggja að baki. Læknisfræðilegar ástæður hafa haldist með svipuðum hætti lengi og taka til minni hluta fóstureyðinga, - oftast síðkominna meðgöngurofa (14.-21. vika). Af og til er vakið máls á því að fáum konum sé neitað um fóstureyðingu, en það er byggt á misskilningi. Eftir umræður og upplýsingar taka konur sjálfar upplýsta ákvörðun innan þess ramma sem löggin leyfa og því þarf sjaldan að koma til neitunarúr-ræðis og tilvísunar til úrskurðarnefndar.

### Kynsjúkdómar og kynheilbrigði

Á 8. áratug síðustu aldar mátti stöku sinnum sjá eggjaleiðarabólgu vegna lekandasýkingar, en nú hafa þær orðið fátíðar.<sup>23,24</sup> Sárásótt er sjaldgæf, en klamydía er algengur sýkingavaldur meðal yngri kvenna, sem í sumum tilvikum leiðir til eggjaleiðarabólgu og skemmda sem valda ófrjósemi. Fræðslustarf Ástráðs hefur að hluta til beinst að forvörnum gegn klamydíusýkingum og gott eftirfylgdarkerfi á vegum húð- og kynsjúkdómadeildar Landspítalans hefur átt mikinn þátt í að hefta útbreiðslu klamydíusýkinga. Samhliða klamydíunni og á sama aldurskeiði (yngri konur fyrst og fremst) hefur mannavörtuveiran (*human papilloma virus*, HPV) oft valdið keiluvörtum (*condyloma acuminata*) á ytri kynfærum og í leggöngum, sem erfitt getur verið að meðhöndla. HPV er kynsjúkdómur, sem einnig veldur sýkingu í frumum í umbreytingasvæði leghálsins (þar sem flöguþekja og kirtilþekja leghálsins mætast, *transformation zone*) og leiða til leghálsbrabbameins. Margir rekkjunautar eru algengt atferlismunstu meðal ymgri kvenna<sup>25,26</sup> og ný viðhorf til kynlífs virðast hafa rutt sér til rúms (í bókstaflegum skilningi). Íslendingar eru nú nálægt Evrópumeti í tíðni klamydíusýkinga (upplýsingar frá Guðrúnu Sigmundsdóttur, Landlæknisembættinu, *landlaeknir.is*), sem er áhyggjuefni vegna tengslanna við HPV. Munstur þessara sjúkdóma haldast í hendur við það sem sjá má á Norðurlöndum, þó staðan sé ívið slakari á Íslandi.<sup>27,28</sup> Hér þarf að auka við fræðslu í gegnum skóla og vinnustaði, einkum með tilliti til kynhegðunar og ábyrgðar í kynlífi, bæta aðgengi að smokkum og hormónagetnaðarvörnum hjá yngstu konunum og breyta um bólusetningaraðferð gegn HPV veirunni þannig að sú aðgerð við 12 ára aldur taki til HPV vörtuveirustofna auk áhættustofna fyrir leghálskrabbameini. Þá þarf að huga enn betur að umbótum í ráðgjöf til kvenna sem eiga erfiðara en aðrar með notkun getnaðarvarna. Þar á meðal eru konur sem þurfa að fara í fóstureyðingu,<sup>29-32</sup> og fyrir þær konur meðal annars hefur nú verið sérstök móttaka á kvennadeild Landspítalans í tvo áratugi. Aðrir kynsjúkdómar sem

áður sáust voru helst trichomoniasis og flatlús, en þau vandamál eru nú sjaldséð.

### Frjósemivandamál

Tæknifrjóvgun hófst á Íslandi eftir vandlegan undirbúning árið 1991 og er því að verða aldarfrjóðungsgömul meðferð. Áður höfðu verið gerðar tæknisæðingar með nokkrum árangri.<sup>33</sup> Fyrsta tilraunin til glasafrjóvgunar tókst, sem lofaði góðu og það hefur reynst svo. Alls hafa um 2500-3000 börn fæðst á Íslandi í kjölfar tæknifrjóvgunaraðgerða. Um 4-5% fæðinga hér á landi hafa síðustu 15 árin verið eftir glasafrjóvgun, smásjárfrjóvgun, tæknisæðingar og skyldar aðgerðir. Meðferðin var á Landspítalanum fram til 2004, en þá var stofnsett einkarekið fyrirtæki utan um starfsemina, ART Medica (í Kópavogi). Starfsemin hefur mótast með árunum: Uppsetningu fleiri en eins fósturvísis var takmörkuð til að draga úr fjölburameðgöngum sem voru nokkuð tíðar í upphafi, meðal annars með endurskoðun laga um tæknifrjóvganir (árið 2007). Löggin voru meðal annars rýmkuð með tilliti til samkynhneigðra og óska þeirra um barneignir. Í gangi hefur verið umræða um staðgöngumæðrun og frumvarp um það er í smíðum. Skoðanir varðandi staðgöngumæðrun eru skiptar, en það sama átti við um glasafrjóvgun í upphafi. Samfélagsleg umræða leiðir til skilnings og samstöðu um meginlínur í heilbrigðisúræðum, líka fyrir litla hópa eins og einstæðar konur og þær konur sem þurfa á staðgöngumæðrun að halda. Nú er hugað að nýjum leiðum varðandi tæknifrjóvganir svo sem gjöf fósturvísa og eggfrýstingu (*cryo-preservation*) sem hefur þýðingu fyrir ungt fólk sem fær krabbamein, þar með talið í kynkirtlum.

### Breytt viðhorf í skurðlækningum í grindarholi

Það var ekki tilviljun að kviðsjárspeglanir og kviðsjáraðgerðir þróuðust fyrst innan kvenlækninga, og þá einnig á Íslandi, enda þótt upphafið hafi hér á landi verið á lyflækningadeild Landspítala þegar Jón Þorsteinsson lyflæknir notaði loftbrjósttæki við kviðsjárskoðun til að auðvelda sýnatöku frá lifur árið 1964 (munnslegar heimildir). Með tilkomu vídeótækninnar um og uppúr 1990 varð framþróunin mest innan skurðlækninga í kviðarholi. Opnar skurðaðgerðir til að fara inn í grindarhol kvenna miðast nú að mestu við keisaraskurði og aðgerðir vegna krabbameins. Í tengslum við góðkynja kvensjúkdóma hefur aðgerðamynstrið breyst og kviðsjáraðgerðir eða aðgerðir um leggöng hafa komið í

stað opinna aðgerða við til dæmis legnám, enda bataferlið hraðara og skurðáverkin minni. Undirbúningi undir aðgerðir hefur verið umbylt og er nú hluti af bataferlinu (flýtibati, *fast-track surgery*). Af aðgerðum vegna góðkynja sjúkdóma í legi og eggjastokkum eru um 70-80% gerðar með kviðsjáraðferðum, svo og flestar aðgerðir vegna utanlegbykktar.<sup>34</sup>

Á kvennadeild Landspítala var byrjað að falast eftir upplýstu og skriflegu samþykki fyrir aðgerðum og þaðan breiddist sú venja út.

Með batnandi heilbrigði kvenna og færri barneignum hjá hverri konu, áherslu síðasta áratugar á betri viðgerðir þegar spangartæting verður í fæðingu, og notkun nýrra meðferðarúrræða við truflunum á tíðablæðingum (hormónalyf, hormónalykkja) hefur eins og annars staðar dregið úr þörf fyrir kvensjúkdómaaðgerðum eins og legnámi, legsgisaðgerðum og aðgerðum vegna blöðrumyndunar á eggjastokkum. Sérhæfðar þvagfæraskurðlækningar kvenna hafa þróast að nokkru í samvinnu við almennar þvagfæraskurðlækningar, þar með talið aðgerðir með net-ísetingu undir þvagrás til að lagfæra áreynsluþvagleka þar sem árangur er allt að 70-90%. Sami árangur næst við legsgisaðgerðir með stoðneti í erfiðari tilvikum, en þessar aðgerðir eru þess eðlis að mikla sérhæfni þarf til og líklegt að þær verði ekki gerðar með nægum árangri nema á einum stað á landinu. Þá hefur ítrekað verið bent á brýna þörf á að aðgerðir vegna alvarlegri forma legslímuflakks þurfi að fara fram við sérhæfðar aðstæður þar sem einnig er möguleiki á teymisvinnu og eftirfylgd aðila með mismunandi bakgrunn. Hér gilda sömu viðhorf og til dæmis í meðferð krabbameins og varðandi flóknari þvaglekavandamál. Þetta mun, með betri lyfja- og sjúkrahjúfunarúrræðum, leiða til þess að þörf fyrir aðstoðu til kvensjúkdómaaðgerða má mæta á færri stöðum á landinu. Þar þarf á hinn bóginn að auka við sérhæfingu starfsfólksins og bæta teymisvinnu frá sjúkileikamati til aðgerðanna sjálfra (ef þær þarf) og eftirfylgdar. Sum vandamál, svo sem vegna bráðaþvagleka, asatíða og innkirtlavandamál þarf að meðhöndla þar sem völ er á góðri stoðgreiningu á formi ómskoðana, segulómunar, sneiðmynda og fleiri myndgreiningaraðferða (svo sem jáeindaskann, *positron emission tomography*, PET). Nauðsynlegt er að framtíðarstefna sé mörkuð sem tekur á slíkri sérhæfingarþörf.

### Krabbameinsleitir og krabbameinsmeðferð

Fimmtíu ára leitarstarfs Krabbameinsfélagsins var nýlega minnst, en það hófst 1964, 10 árum eftir að krabbameinsskráin var stofnsett. Leitir breytti mjög mörgu til betri vegar fyrir konur á Íslandi. Meginmarkmiðið var að finna forstígg leghálskrabbameins, en einnig aðrar meinsemdir í grindarholslífærum kvenna. Konur tóku leitinni fegins hendi og mæting var jafnan góð fram undir síðustu ár, ekki síst vegna þess að lækna sem önnuðust leitina voru lærðir kvensjúkdómalækna sem gátu veitt konunum ýmis stærri eða smærri ráð og beint þeim til frekari meðferðar þegar þörf var á slíku. Dánartíðni af völdum flöguþekjuafbrigðis leghálskrabbameins lækkaði um 90% og leitir hafði jákvæð áhrif til að minnka kirtilfrumukrabbamein í leghálsi og legslímukrabbamein,<sup>36,37</sup> en ekki varð sami árangur varðandi eggjastokkakrabbamein og enn hefur ekki fundist skimunaraðferð sem gagnast við þeim vágesti, ekki heldur með ómun. Frá upphafi var góð gagnasöfnun tengd leitinni og það ásamt með tölvuvæðingu hennar snemma og góðu boðunarkerfi varð tilefni til ítarlegrar rannsóknarvinnu sem lagði raunhæfan grundvöll að strafsreglum leitarinnar. Samhæfing skimunar fyrir leghálskrabbameini og brjóstakrabbameinsleitar

var einnig jákvæð og breytingar á því nú hafa verið dregnar í efa.<sup>38,39</sup> Enginn vafi getur þó leikið á því að leitir hafði jákvæð áhrif út fyrir rammann sem henni var sniðinn. Konur urðu meðvitaðri um eigin heilsu og stuðningur við leitina var almennur, ekki síst utan þéttbýlissvæðanna. Ýmis vandamál, svo sem legsig og gömul ummerki spangarskaða, voru greind og vísað til meðferðar og ýmsir kvensjúkdómar sem áður voru algengir sjást nú í minni mæli en áður. Þar á leitir sinn hlut, þó fækkun barneigna og önnur tækifæri til lækninga á kvensjúkdómum hafi líka komið til.

Á árinu 2011 var byrjað að bólusetja 12 ára stúlkur gegn human papillomaveirunni, að vísu með tvígildu bóluefni sem ekki náði til HPV-tegunda sem valda vörtuveirum og teljast líka til áhættuveira fyrir leghálskrabbameini.<sup>37,40,41</sup> Vænta má nýrra bóluefna sem taka til fleiri stofna HPV-veirunnar (multivalent efni) og keppikefli ætti að vera að íslenskar stúlkur fái þá bestu vörn sem völ er á. Jafnframt þarf að ræða bólusetningu hjá piltum á sama aldri. Enn er ekki farið að skima fyrir veirunni í leghálsýnitöku, eins og æskilegt væri til að geta gert eftir 30 ára aldur til að gera leitna markvissari.<sup>41</sup> Um leið þarf að finna leiðir sem höfða til ungs fólks til að auka mætingu í leghálskrabbameinsleitina. Hún hefur minnkað síðastliðinn áratug, einkum hjá yngri konum. Breyta þarf sýnitöktækninni, endurmeta skipulag leitarstarfsins, ná til yngri kvenna með nýjum hætti og undirbúa innkomu þeirra kvenna í leitina sem hafa verið bólusettar, enda mun bólusetningin með tímanum kalla á breytingar á leitarstarfinu..

Aðgerðir vegna krabbameina í kynfærum kvenna hafa lengi verið fyrst og fremst gerðar á kvennadeild Landspítala af litlu teymi sérhæfðra lækna. Langt er síðan ljóst varð hér sem annars staðar að árangur mældur í fylgikvillum og lífun er bestur þar sem meðferðin er á hendi fárra lækna sem geta viðhaldið nauðsynlegri þekkingu og þjálfun. Það tók tíma að koma þessari breytingu í gegn hér á landi, en heita má að nú leggi lækna ekki í slíkar aðgerðir annars staðar. Bæta má skipulagt mat á eggjastokkameinsemdum til að hámarka líkur á að kona með mögulegt illkynja æxli fari í fyrstu og vel skipulagða aðgerð þar sem sérhæfing og stoðþjónusta er fyrir hendi. Enn eru ekki til æxlisvísar sem duga til að greina eggjastokkakrabbamein á frumstigum og of margar konur eru enn að greinast á stigi 3 og 4. Þar til betri æxlisvísar finnast þarf að gæta varúðar í greiningu og hafa lágan þröskuld við að senda konuna til nánari rannsókna. Það gildir um alla lækna sem mögulega geta verið tilkvaldir, og þá fyrst og fremst heimilislækna meltingarsjúkdómalækna og skurðlækna.

Brjóstakrabbameinsleitir með brjóstamyndatöku hefur verið rekin á vegum Krabbameinsfélagsins í tengslum við leghálskrabbameinsleitina. Frá 1973 var brjóstapreifing í boði um leið og leghálsýni var tekið og kvenskoðun gerð, en 1987 hófst skipulögð leit að brjóstakrabbameini með brjóstáröntgenmyndatöku hjá konum 35 ára og 40-69 ára og um leið var brjóstapreifingu hætt hjá þessum aldurshópum. Allmargar hendingarvalsathuganir hafa sýnt árangur hjá konum á aldrinum 50-69 ára. Um aldarfjórðungs reynsla er nú af þessu leitarferli með nánari greiningaraðgerðum ef við á, svo sem ómun og vefjasýnitöku. Árangurinn hefur þó verið dreginn í efa vegna tillhneigingar til ofgreiningar og vegna þess að dánartíðni hefur ekki lækkað. Íslensku gögnin sem safnað hefur verið á vegum Krabbameinsfélagsins sýna gagn af skimuninni<sup>42</sup> og erfitt er að sjá að henni verði ekki fram haldið meðan betri aðferðir til greiningar hjá einkennalausum konum hafa ekki fundist.

## Hormón og huldulyf

Á síðustu þremur áratugum liðinnar aldar varð mikil aukning í hormónauppbótarmeðferð til að minnka óþægindi sem voru talin tengd breytingaskeiði kvenna. Östrógen og prógestín í ýmsum samsetningum eru áhrifarík til að draga úr ýmsum misslæmum einkennum sem koma við minnkandi hormónaframleiðslu eggjastokka við og eftir tíðahvörf. Margar faraldsfræðilegar rannsóknir bentu auk þess til þess að langtímanotkun hormóna gæti dregið hættu á hjartasjúkdómum og minnkað aldursbundna beinþynningu hjá konum.<sup>43,44</sup> Aukin tíðni brjóstakrabbameins og hætta á bláæðablóðsega var þekkt en var ekki talin vega upp á móti ávinnungi af hormónameðferð. Í byrjun þessarar aldar komu fram rannsóknarniðurstöður sem bentu til þess að almenn langtímanotkun hormóna væri ekki sá lykill að betri heilsu sem áður var talið og frá árinu 2002 dró verulega úr notkun hormóna á breytingaskeiði.<sup>45</sup> Nú eru hormón notuð í styttri tíma en áður og langtímanotkun nær eingöngu bundin við staðbundna meðferð í leggöngum með lágskammta östrógeni. Í staðinn hafa komið lítt eða órannsókuð „náttúruulyf“, markaðsett með ágengum hætti og oft á hægnum forsendum, með vitnisburðum í stað rannsóknaniðurstöðna. Hér þarf að vernda konur með viðeigandi löggjöf. Ekki getur verið rétt að efni sem verka á sömu viðtaka og hormónalyf séu flokkuð sem „náttúruulyf“ þegar aðeins er magn- en ekki eðlismunur á verkunarmáta og ekki vitað hve mikil hormóna- og lyfjaáhrifin eru. Rannsóknir síðari ára hafa bætt ábendingar og skýrt fráendingar fyrir hormónanotkun, þannig að nú eru þessi lyf gefin að teknu tilliti til fleiri einstaklingsbundinna þátta í heilsufari konunnar.<sup>45</sup>

## Genin og erfðirnar

Fæðinga- og kvensjúkdómafræðin hefur eins og flestallar aðrar sérgreinar læknisfræði tengst rannsóknnum á erfðabáttum sjúkdóma og sjúkdómsheilkenna á síðustu tveimur áratugum. Þar hefur einkum verið um að ræða meðgönguháþrýsting, legslímufلاك og fjölblöðruheilkenni eggjastokka í samstarfi við erlenda aðila og Íslenska erfðagreiningu.<sup>47-51</sup> Nokkur en takmarkaður árangur hefur náðst, þar með talið að greina svæði á litningi 2 sem hlaut erlendis nafnið PREGENE 1, sem fyrsta pre-eclampsíu genið. Ekki hefur þó reynst unnt að endurtaka rannsóknarniðurstöðurnar í öðru þýði eða einangra munstur genabreytinga á svæðinu, og því er nafngiftin enn í lausu lofti. Þó hefur sá árangur orðið að ákveðnar genabreytingar hafa verið útilokaðar, erfðamynstur hafa verið skýrð, svo sem í meðgönguháþrýsting og legslímufلاكki, og skerfur lagður til skilnings á sjúkdómsmynd og faraldsfræði þessara sjúkdóma.<sup>52-55</sup> Það er verkefni næstu framtíðar að nota öflugar gentækniáferðir og skyld fræði til að öðlast mun betri skilning á samspili gena í flestum þeim heilkennum sem kallast sjúkdómar, skilja betur hvernig arfgerðir tengjast svipgerðum þeirra og hver eru áhrif margháttadra umhverfisþátta á sýnd erfðabreytileika.

## Sértækar birtingarmyndir sjúkdóma hjá konum

Hjarta- og æðasjúkdómar eru ein af aðaldánarorsökum kvenna. Áhættuþættir eins og aldur, fjölskyldusaga og hár blóðþrýstingur skipta máli hjá báðum kynjum. Aðrir, eins og sykursýki, reykingar, þunglyndi, offita, þriglyceríð og kólesteról-gildi hafa heldur meira vægi hjá konum. Áhætta sem tengist meðgönguháþrýsting, fjölblöðruheilkenni eggjastokka, hormónagetnaðarvörnum og breytingaskeiðinu eiga aðeins við um konur. Konur fá til dæmis kransæðasjúkdóm síðar á ævinni en karlar og birtingarmyndin

er óljósari, svo sem með þreytu, lystarleysi, hjartsláttartruflunum eða kviðverkjum.<sup>56-59</sup> Þetta leiðir af sér að meðferð verður ekki eins markviss. Ung kona sem fær hjartadrep er í meiri hættu á að lifa það ekki af miðað við jafnaldra karl. Rannsóknir á íslenskum konum voru með þeim fyrstu sem sýndu að háum blóðþrýstingi í meðgöngu tengdist hærri tíðni blóðþrýstingshækkunar síðar á ævinni og um 50% meiri líkum á dauða af völdum kransæðasjúkdóms.<sup>52,53,60</sup> Eins og meðgöngusykursýki fylgja auknar líkur á sykursýki af tegund 2 þegar komið er fram yfir fertugsaldur, þá er meðgönguháþrýstingur merki um áhættu sem getur þýtt 5-7 árum styttri ævi, stundum fyrir tíðahvarfaaldur.<sup>53</sup>

Efnaskiptasjúkdómar, þarma- og ristilsjúkdómar, geðsjúkdómar, fíknisjúkdómar, lungnasjúkdómar og stoðkerfissjúkdómar eru meðal annarra heilbrigðisvandamála sem hafa aðrar birtingarmyndir hjá konum en körlum. Nauðsynlegt verður að beina sjónum að þessum þáttum í framtíðinni og sníða forvarnaraðgerðir að þeim. Framvirkar faraldsfræði og slembirannsóknir mun þurfa til að skýra mun hjá körlum og konum betur. Þá eru vandamál eins og ofbeldi gegn konum að öðlast mun meira vægi. Gögn frá Íslandi styðja þetta og benda til þess að athygli ætti að beinast að þessu í mun meiri mæli þegar konur koma til skoðunar á kvennadeildir eða í mæðravernd.<sup>61,62</sup>

## Umræða

Hvernig verður framtíðin á Íslandi með tilliti til kvennaheilbrigði? Nú þegar hefur dregið úr þörf á skurðaðgerðum hjá konum vegna kvensjúkdóma, barneignum hefur fækkað og þar með líkum á skaða af þeirri orsök, og heilbrigði við tíðahvörf og fram á efri ár er betra. Legutími á sjúkrahúsum hefur styst, konur fara heim mjög fljótt eftir fæðingu og „sængurlega“ í hefðbundnum skilningi er ekki lengur til að miklu leyti. Konur mega eiga von á langri ævi og geta séð fram á gott heilsufar ef ættlægir sjúkdómar eru ekki til staðar og ef þær geta forðast skaðsemi offitu, reykinga, áfengis og fíkniefna. Börnin þeirra fæðast nær alltaf heilbrigð og eiga sér álíka góða lífsvon. Nýjar rannsóknir munu skilgreina sjúkdómsferli betur, annar skilningur á samþættingu erfða og umhverfis mun leysa margar ráðgátur nútímans og síðustu 100 ára, ný meðferðarform og sértæk kvennaúrræði í læknisfræði munu bæta hag kvenna.

Konur eiga sér bakhjarla: Samtök kvenna, svo sem Hringurinn og Kvenfélagasambandið, Soroptimistar, Oddfellow-konur, og fagfélög eins og Svölurnar, láta sig heilbrigðismál miklu skipta. Sameiginleg samtök karla og kvenna, svo sem Lions, Rotary eða Kiwanis-klúbbar, hafa að auki lagt mikið til heilbrigðismála sem varða konur, börn og fjölskyldur, hjá krabbameinsfélögunum og í Hjarta-vernd er unnið ómetanlegt starf. Félög eins og Líf styrktarfélag, Tilvera og Samtök um endometríosis beina kröftum sínum að einstökum sjúkrahúsdeildum eða sjúkdómsmyndum sem varða konur. Um allt land bera konur hag kvenna og barna sérstaklega fyrir brjosti og sýna það í verki með mjög margvíslegum hætti. Enginn veit hvað stjórnmálamaður og ráðandi öfl önnur munu leggja til.

Íslenskt samfélag hefur á 100 ára afmæli Læknablaðsins þróast til góðs jafnræðis kynjanna, til aukinna réttinda kvenna á við karla og til hagsældar sem gefur góða von til framtíðar þrátt fyrir misfællur sem í stærra samhengi umheimsins virðast á stundum lítilfjörlegar. Og jafnvel þær verða lagfærðar ef þróunin heldur áfram á sömu braut.

Heimildir er að finna á heimasíðu blaðsins *laeknabladid.is*