

Amos Pasternack ja Heikki Saha

## Puoli vuosisataa dialyysia ja elinsiirtoja

**Kaksi vanhaa nefrologia** – mestari ja kisälli – tapasivat kantapaikassaan Tuulensuussa. Nuorempi kertoi saaneensa kirurgikaimaltaan Mäkisalolta 45 vuoden takaa Duodecim-pääkirjoituksen, jossa nefrologeista vanhempi oli pohtinut dialyysihoidon ja munuaissiirron järjestämistä Suomessa. Tämä oli ollut aikoinaan mukana aloittamassa sekä dialyysihoitoa että elinsiirtoja Suomessa. Nuorempi oli tuolloin vielä keskinkertainen rokkibändin rumpali.

Tiedätkös – 1970-luvun alussa dialyysihoidon ja munuaissiirron läheinen kytkeminen toisiinsa oli valtakunnallisen suunnittelun perusajatus, sanoo mestari. Silloin ajateltiin, että ainoastaan oikein mitoitettu munuaissiirto toiminta voi tehdä dialyysihoidosta mielekkään ja sosioekonomisesti puolustettavan hoitomuodon, koska onnistunut munuaissiirto merkitsee potilaan lopullista paranemista. Jokainen uusi dialyysipotilas oli vain eräin poikkeuksin mahdollinen elinsiirtopotilas. Nythän on toisin. Dialyysihoidon tulee paljon monisairaita potilaita, joilla dialyysihoito perustellusti on lopullinen hoitomuoto. Vain noin joka neljäs dialyysipotilaista päätyy munuaissiirtolistalle.

Alkuaikoina katsottiin, että dialyysihoito ei ole riittävän hyvää ja tehokasta lopulliseksi hoidoksi. Monia dialyysihoitoon liittyviä ongelmia on nyttemmin pystytty ratkaisemaan ainakin osittain (veritietiongelmat, dialyysikalvojen bioincompatibiliteetti, etyleenioksidin aiheuttama allergia, alumiinin kertyminen, ulkonesteen puskurointiin liittyvät haitat). Mutta edelleenkin kaikista edistysaskelista huolimatta dialyysipotilaan riski sairastua ja kuolla verisuonisairauksiin on moninkertainen muuhun väestöön verrattuna. Dialyysiin verrattuna elinsiirto parantaa potilaan ennustetta, mutta ei sekään sananmukaisesti kuitenkaan paranna potilasta – varsinkin jos kysymyksessä on niin sanottu sekundaarinen eli johonkin yleistautiin liittyvä munuaissairaus. Elinsiirtopotilaankin

ennuste valitettavasti on huonompi kuin vertailuväestön. Tehtävää riittää.

Jo vuonna 1972 kirjoituksessa mainittiin, että iäkkäät potilaat soveltuvat paremmin dialyysihoitoon kuin munuaissiirtoon. Kirjoituksessa ei tarkkaan määritelty, kuka on iäkäs. Siihen aikaan hoitovalinnoissa jo 50–60-vuotias alkoi olla iäkäs ja viimeistään 65-vuotias sulkeutui pois aktiivihoidosta. Tässä suhteessa nyt on toisin. Nykyisin ikä sinänsä ei ole mikään ehdoton kriteeri ja hyvä niin. Uusista dialyysipotilaista joka neljäs on nykyisin jo 75 vuotta täyttänyt ja useita yli 70-vuotiaitakin on munuaissiirtolistalla. Hoitoon ohjautumisen tuleekin perustua enemmän toimintakykyyn kuin kalen-

**” Jokainen uusi dialyysipotilas oli vain eräin poikkeuksin mahdollinen elinsiirtopotilas. Nythän on toisin. ”**

teri-ikään. Olipa sitten kysymyksessä dialyysin aloittaminen tai munuaissiirto.

Kun dialyysi- ja siirtotoimintaa aloitettiin, kohdattiin sairaanhoidon alalla ennen tuntemattomia eettisiä, potilasvalintaa koskevia ongelmia. Hoidon tarve ylitti hoitomahdollisuuksien tarjonnan. Eettiset ongelmat on osittain ratkaistu, mutta kyllä tämä puoli pitää edelleenkin muistaa. Dialyysihoitoa ja mahdollisuutta munuaissiirtoon voidaan varsin kattavasti tarjota kaikille, joiden katsotaan hoidoista hyötyvän. Elinsiirron saamista kuitenkin selkeimmin rajoittaa luovutettavien elinten vähäisyys. Vuonna 1972 arvio oli, että kymmenesosa munuaissiirroista tehdään elävältä luovuttajalta. Viime vuosina tämä toiminta Suomessakin on vilkastunut, mutta vielä ei ole tuohon osuuteen päästy. Hyvä niin, tuumii nefrologeista vanhempi, ja korostaa eettisiä ongelmia, joita liittyy siirtoon elävältä luovuttajalta. Eetikko



ja klinikko voivat olla tässä asiassa hyvinkin erimielisiä. Vanhemman ja lapsen välisen munuaissiirron suhteen eettistä ongelmaa tai erimielisyyttä ei ole.

Vanhan pääkirjoituksen arvio tarvittavien elinsiirtojen määrästä oli 350 siirtoa vuodessa. Meni muuten hyvin lähelle nykyistäkin arviota tai tarvetta, tunnustaa nuorempi. Vielä 45 vuotta myöhemminkin ollaan aika kaukana tavoitteesta, vaikka viime vuosina toiminta on vilkastunut. Elinsiirtotoiminnan alkaessa arvio tarvittavien siirtoyksiköiden määrästä oli kuusi. Tämä toive kuudesta elinsiirtoyksiköstä ei koskaan toteutunut. Ehkä se olisikin ollut liikaa, mutta onko yksi liian vähän? Voisiko yhden yksikön monopoliasema vaikuttaa hoidon aiheisiin? Onko tällainen tilanne oikein nyt, kun valinnanvapaus on päivän sana. Mutta näin pitkään jatkunutta ja hyvin toimivaa systeemiä on kuitenkin vaikea muuttaa. Ehkä ei ole tarvettaakaan. Toisaalta elinsiirtotoiminta on paljon monipuolisempaa, enää ei siirretä pelkästään munuaisia vaan myös maksoja, sydämiä, keuhkoja ja jopa suolia ja kasvoja. Päivänselvästi ainakin osa siirtotoiminnasta pitää keskittää.

Eipä saatu tätäkään asiaa ihan kerralla kuntoon. Vanhat nefrologit poistuvat tummentuvaan iltaan ja ylittävät Hämeenpuiston. Mestari nousee taksiin Metson kulmalta. Nuorempi oikaisee kirkkopuiston halki. Olipa taas antoisa ilta – ja punaviinikin oikein kelvollista. ■



**AMOS PASTERNAK**, sisätautiopin  
emeritusprofessori  
Tampereen yliopisto



**HEIKKI SAHA**, professori,  
osastonylilääkäri  
Tays, Munuaiskeskus