

progresszióját. Kedvezőtlen genetikai adottságokkal magyarázhatjuk a relative jó szénhidrát-anyagcsere, vérnyomás, és vérsírszintek mellett is gyors progressziót mutató veseelégtelen betegek eseteit. A diabeteses nefropátia rosszabbodását meghatározó gének azonosítása, a kóros hatások blokkolása a szövettani elváltozások reverzibilitásával társulhat.

Összefoglalóan tehát elmondhatjuk, hogy a dialízist igénylő betegek csoportját tekintve a tartósan jó életminőség jelentős mértékben attól is függ, hogy jóval a művese-kezelés indítása előtt, a krónikus veseelégtelenség fázisában milyen mértékben sikerült a kardiovaszkuláris rizikófaktorokat megfelelően befolyásolni. A cukorbetegség, a magasvérnyomás, és a szív-érrendszeri betegségek, valamint a következményes krónikus veseelégtelenség népegészségügyi szintű megelőzésében első és legfontosabb lépésnek tűnik az étkezési szokások befolyásolása. Az egyes speciális szakrendelések és a házi orvosi gondozás összehangolt munkája, az orvos-beteg kapcsolat megerősítése hozhat javulást a morbiditási eredményekben.

„Improvements in outcomes for patients receiving dialysis will in large part be dependent on improving the cardiovascular health of patients with chronic kidney disease long before they require dialysis.”

Sarah Prichard Am J Med Sci 2003

Irodalomjegyzék:

1. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease. Evaluation, Classification, and Stratification Am J Kidney Dis 2002, Suppl 1. (32)2.
2. Dirks J.H., Dezeuw D, Sanjay K et al: Prevention of chronic kidney and vascular disease: Toward global health equity-The Bellagio 2004 Declaration Kidney Int Vol68, Supp 98 (2005) pp51-6.
3. Zimmet P, Magliano D, Matsuzawa Y, Alberti G, Shaw J: The metabolic syndrome . a global public health problem and a new definition J Atheroscler Thromb. 2005; 12(6): 295-300.
4. Fövényi J, Till A: A diabeteses láb in Halmos T, Jermendy GY: Diabetes Mellitus Medicina 2002, 6. pp 522-530.
5. De Fronso RA, Bonadonna RC, Ferrannini E: Pathogenesis of NIDDM 1992 Mar 15(3): 318-68.
6. Gaál ZS: Korai és átmeneti inzulin-kezelés 2-es típusú diabetesben Metabolizmus IV.1. 2006 márc.
7. II. Magyar Terápiás Konszenzus a kardiovas-

culáris betegségek megelőzéséről és preventív kezeléséről Diabetol Hung .XIV évf. 1. 2006. márc.7-13.

8. Fövényi J, Papp R: Cukorbetegség és diéta Medicina 2002.
9. Gilbertson DT, Liu J, Xue JL: Projecting the number of patients with End-Stage-Renal-Disease in the United States to the year 2015 J Am Soc Nephrol 2005. Dec; 16(12):3736-41.
10. Gaede P, Tarnow L, Vedel P, Parving HH, Pedersen O: Remission to normoalbuminuria during multifactorial treatment preserves kidney function in patients with type 2 diabetes and microalbuminuria Nephrol Dial Transpl.2004. Nov 19(11). 2784-8.
11. IDF Global Guideline for Type 2 Diabetes . 14. Kidney damage 55-5(www.d4pro.com/diabetes-guidelines)
12. Thomas MC, Cooper ME, Rossing K, Parving HH: Anaemia in diabetes. Is there a rationale to TREAT? Diabetologia 2006. Apr.4.
13. A diabetes mellitus kórismézése és gondozása a felnőttkorban MDT szakmai irányelve, 2005. pp18. Diabetol Hung. Suppl 1.
14. Joss N, Ferguson C, Brown C, Boulton-Jones JM: Intensified treatment of patients with type 2 diabetes mellitus and overt nephropathy QJM 2004 Apr.97(4):219-27.
15. Ewens KG, George RA, Sharma K, Ziyadeh FN: Assessment of 115 candidate genes for diabetic nephropathy by transmission/disequilibrium test Diabetes 2005 Nov; 54(11):3305-18.

A DREAM Study

A DREAM (Diabetes REduction Assessment with ramipril and rosiglitazone Medication) egy nemzetközi, multicentrikus, randomizált, duplavak, 2x2 faktoriális vizsgálat, melyben 21 ország 5269 csökkent glukóz toleranciás (IGT) és/vagy emelkedett éhomi vércukor értékű (IFG) beteget vett részt, akik prediabeteszesek lévén fokozott kockázattal bírnak 2-es típusú diabétesz kialakulására. A DREAM vizsgálatot a McMaster Egyetem Népegészségügyi Kutató Intézete folytatta le (Hamilton, Ontario). A vizsgálat végzését a Kanadai Egészség Kutató Intézet (a Collaborative Research Program által), továbbá a GlaxoSmithKline, a Sanofi-Aventis és a King Pharmaceuticals finanszírozták.

A vizsgálatba bevont betegek rosiglitazont (napi 8 mg) vagy placebo, illetve ramipril (napi 15 mg) vagy placebo kaptak, és 3-5 éven át félévente kontroll vizsgálatokon vettek részt annak felmérésére, hogy a rosiglitazon vagy a ramipril képes-e csökkenteni a 2-es típusú diabétesz kialakulásának rizikóját prediabeteszes egyéneknél, az egészséges étkezést és testmozgást elősegítő életmódkezelésre ráépítve. A McMaster Egyetem Népegészségügyi Kutató Intézete (Population Health Research Institute) által tervezett és lefolytatott vizsgálatban a rosiglitazont szedő egyének 10,6%-a, míg a placebo szedők 25%-a vált diabéteszessé. **A diabétesz kialakulását vagy bármely eredetű halálózást magába foglaló primer kombinált végpont vonatkozásában a rosiglitazon 60%-os rizikó csökkentést eredményezett a placebohoz képest (p<0,0001).**

Az átlag 3 éves vizsgálati periódusban a rosiglitazont szedő

egyének 51%-a nyerte vissza normál vércukorszintjét, szemben a placebo csoport 30%-ával, ami annyit jelent, hogy **a rosiglitazont szedőknek kb. 70%-kal nagyobb az esélye a normál vércukorszint visszanyerésére.** Ahogy az várható volt, a placebo csoportban a nagyobb testtömeg indexű (BMI) egyének (azaz a kövérebbek) nagyobb valószínűséggel váltak diabéteszessé, mint a kisebb BMI-vel rendelkezők. Ezzel szemben a rosiglitazon csoportban nem nőtt a diabétesz kialakulásának rizikója a BMI függvényében. Ezek az eredmények arra utalnak, hogy **a rosiglitazon az elhízásnak tulajdonítható fokozott diabétesz rizikót csökkenthette.**

A vizsgálat során a rosiglitazont általában jól tolerálták. Nem volt különbség a placebo és a rosiglitazon csoportok között, sem a vizsgálatból való időelőtti kivonás, sem a kardiovaszkuláris (CV) események által képzett másodlagos kombinált végpont vonatkozásában. Kevés haláleset történt a vizsgálatban, és e tekintetben nem volt szignifikáns különbség a két csoport között. Leggyakrabban jelentett CV események a revaszkularizációs beavatkozások voltak. Igazolt szívelégtelenséget többször jelentettek a rosiglitazont szedőknel, mint a placebo csoportban. A szívelégtelenséget minden esetben hatékonyan kezelték a vizsgálat során.

A rosiglitazon alkalmazása hatóság által jóváhagyott 2-es típusú diabétesz kezelésére. Javítja a vércukorkontrollt, így elősegíti a javasolt vércukor célértékek elérését. Jelenleg egyetlen gyógyszer sem, így a rosiglitazon sincs engedélyezve prediabeteszes kezelésére.