

## KÜSIMUS

Kas kroonilise neeruhaigusega patsientidel tuleb ravitulemuste parandamiseks saavutada kindlad vereglükoosi ja glükohemoglobiini väärtused vs mitte?

SIHTRÜHM:

kroonilise neeruhaigusega patsient

SEKKUMINE:

saavutada kindlad vereglükoosi ja glükohemoglobiini väärtused

VÕRDlus:

mitte

PEAMISED  
TULEMUSNÄITAJAD:

üldsuremus (HbA1c <7% või paastuglükoos <6,7mmol/L vs standardravi); suured kardiovaskulaarsed sündmused: kardiovaskulaarne suremus (HbA1c <7% või paastuglükoos <6,7mmol/L vs standardravi); suured kardiovaskulaarsed sündmused: mittefataalne müokardiinfarkt (HbA1c <7% või paastuglükoos <6,7mmol/L vs standardravi); kroonilise neeruhaiguse progresseerumine: seerumi kreatiniini kahekordistumine (HbA1c <7% või paastuglükoos <6,7mmol/L vs standardravi); kroonilise neeruhaiguse progresseerumine: lõppstaadiumi neeruhaigus (HbA1c <7% või paastuglükoos <6,7mmol/L vs standardravi); kroonilise neeruhaiguse progresseerumine: mikroalbuminuuria teke (HbA1c <7% või paastuglükoos <6,7mmol/L vs standardravi); kroonilise neeruhaiguse progresseerumine: mikroalbuminuuria progresseerumine (HbA1c <7% või paastuglükoos <6,7mmol/L vs standardravi); raske hüpotükeemia; suured kardiovaskulaarsed sündmused: äkksurm (HbA1c <7% või paastuglükoos <6,7mmol/L vs standardravi); kroonilise neeruhaiguse progresseerumine: makroalbuminuuria teke/ kreatiniini kahekordistumine/ dialüüsi vajadus / surm (intensiivne vs standardravi); kroonilise neeruhaiguse progresseerumine: makroalbuminuuria teke (intensiivne vs standardravi); kroonilise neeruhaiguse progresseerumine: kreatiniini kahekordistumine (intensiivne vs standardravi); neeruasendusravi: dialüüs (intensiivne vs standardravi); üldsuremus (intensiivne vs standardravi); kroonilise neeruhaiguse progresseerumine: albuminuuria teke (intensiivne vs standardravi 5,6 aastat -> edasi standardravi); kroonilise neeruhaiguse progresseerumine: eGFR püsimine > 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> (intensiivne vs standardravi 5,6 aastat -> edasi standardravi); kroonilise neeruhaiguse progresseerumine: makroalbuminuuria teke (intensiivne vs standardravi 5,6 aastat-> edasi standardravi); kroonilise neeruhaiguse progresseerumine: lõppstaadiumi neerupuudulikkus (eGFR<15/dialüüs/neerusiirdamine) (intensiivne vs standardravi 5,6 aastat -> edasi standardravi); üldsuremus (HbA1c ≤6,5% vs standardravi; 11642 patsienti); suured kardiovaskulaarsed sündmused: kardiovaskulaarne suremus (HbA1c ≤6,5% vs standardravi; 11631 patsienti); kroonilise neeruhaiguse progresseerumine: lõppstaadiumi neerupuudulikkus (HbA1c ≤6,5% vs standardravi; 11300 patsienti); suured kardiovaskulaarsed sündmused: mittefataalne müokardiinfarkt (HbA1c ≤6,5% vs standardravi; 11478 patsienti); kroonilise neeruhaiguse progresseerumine: seerumi kreatiniini kahekordistumine (HbA1c ≤6,5% vs standardravi; 23007 patsienti); kroonilise neeruhaiguse progresseerumine: mikroalbuminuuria teke (HbA1c ≤6,5% vs standardravi; 905 patsienti); kroonilise neeruhaiguse progresseerumine: mikroalbuminuuria progresseerumine (HbA1c ≤6,5% vs standardravi; 1310 patsienti); üldsuremus (HbA1c ≤6,0% vs standardravi; 12042 patsienti); suured kardiovaskulaarsed sündmused: kardiovaskulaarne suremus (HbA1c ≤6,0% vs standardravi; 10139 patsienti); kroonilise neeruhaiguse progresseerumine: seerumi kreatiniini kahekordistumine (HbA1c ≤6,0% vs standardravi; 11867 patsienti); suured kardiovaskulaarsed sündmused: fataalne müokardiinfarkt (HbA1c ≤6,0% vs standardravi; 10251 patsienti); suured kardiovaskulaarsed sündmused: mittefataalne müokardiinfarkt (HbA1c ≤6,0% vs standardravi; 10251 patsienti); kroonilise neeruhaiguse progresseerumine: mikroalbuminuuria teke (HbA1c ≤6,0% vs standardravi; 7428 patsienti); kroonilise neeruhaiguse progresseerumine: mikroalbuminuuria progresseerumine (HbA1c ≤6,0% vs standardravi; 491 patsienti);

## HINNANG

Probleem  
Kas probleem on prioriteetne?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVAD KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ei</li> <li>○ Pigem ei</li> <li>○ Pigem jah</li> <li>● jah</li> <li>○ Varieerub</li> <li>○ Ei oska öelda</li> </ul>	<p>Koostatava ravijuhendi jaoks kaardistati ja hinnati AGREE II instrumendiga kuus rahvusvahelist ravijuhendit, et leida teaduslik tõendusmaterjal tööühma poolt püstitatud kliinilistele küsimustele vastamiseks ja soovitude andmiseks. AGREE II alusel olid kõik hinnatud juhendid kaasamiseks piisavalt hea kvaliteediga.</p> <p>Glükohemoglobiini eesmärkväärtusi diabeedi ja kroonilise neeruhaiguse riski või kroonilise neeruhaigusega patsientidel käsitles neist üks:</p> <p>Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group. KDIGO 2020 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. <i>Kidney Int.</i> 2020;98(4S):S1–S115.</p> <p>Võrreldes ravijuhendi eelnevate versioonidega ei seata siin enam eesmärgiks kindlat HbA1c väärtust kõigile patsientidele, vaid rõhutatakse igale patsiendile individuaalse lähenemise olulisust, püüdes seada HbA1c eesmärgi vahemikku &lt;6,5% - &lt;8%. (1)</p>	

Soovitud mõju Kui suur on eeldatav soovitud mõju?		
OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVAD KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tühine</li> <li>○ Väike</li> <li>● keskmine</li> <li>○ Suur</li> <li>○ Varieerub</li> <li>○ Ei oska öelda</li> </ul>	<p>KDIGO 2020 ravijuhendi töörihma soovitusel põhinevad Cochrane süstemaatilisel ülevaatel ja metaanalüüsil (2), milles uuriti diabeediga patsientide jaoks optimaalseid glükeemilisi väärtusi, mille hoidmine ennetaks KNH teket või pidurdaks selle progressiooni. Süstemaatilisse ülevaatesse kaasati esialgu 14 uuringut 29319 patsiendiga, kuid kolme uuringu andmeid ei saanud metaanalüüsis kasutada. Seega analüüsiti 11 uuringut (ACCORD Study 2007; ADVANCE Study 2001; Ciavarella 1985; DCCT 1986; Feldt-Rasmussen 1986; MEMO Study 2011; SDIS Study 1988; STENO-2 Study 1999; UKPDS Study 1991; VA-CSDM Study 1992; VADT Study 2003) osalenud 29141 patsiendi andmeid. Jälgimisperiood varieerus uuringutes 6 kuust 120 kuuni (keskmine 56,7 kuud). Kaasatud olid nii I kui ka II tüüpi diabeediga patsiendid erineva neerufunktsiooni ja albuminuuria (sh ka patsiendid, kellel ei esinenud KNH-d ega albuminuuriat). Range glükeemiline kontroll oli metaanalüüsis defineeritud kui HgbA1c &lt;7% või paastuglükoos &lt;6,7 mmol/L. (2)</p> <p><u>Neeruhaiguse progresseerumise pidurdamine ja dialüüsravi:</u></p> <p>Metaanalüüsis leiti, et range glükeemiline kontroll <b>ei mõjuta</b> võrreldes standardraviga oluliselt <b>jääkainete kõrgenemist</b> (S-Crea kahekordistumine; 4 uuringut, 26874 patsienti, RR 0.84, 95% CI 0.64-1.11; I2= 73%, madal tõenduse kvaliteet) ja <b>lõppstaadiumi neerupuudulikkuse kujunemist</b> (4 uuringut, 23332 patsienti; RR 0.62, 95% CI 0.34-1.12; I2= 52%, madal tõenduse kvaliteet). Samas <b>hoiab rangem glükeemiline kontroll tõenäoliselt ära mikroalbuminuuria tekke</b> (4 uuringut, 19846 patsienti, RR 0.82, 95% CI 0.71-0.93; I2= 61%, keskmine tõenduse kvaliteet) ja <b>mikroalbuminuuria progresseerumise</b> (5 uuringut, 13266 patsienti, RR 0.59, 95% CI 0.38-0.93; I2= 75%, keskmine tõenduse kvaliteet). (2)</p> <p>Sarnased tulemused leiti ka 10139 patsiendiga juhuslikustatud kontrolluuringus (ACCORDION), mille alusel <b>intensiivsem veresuhkru ravi tõenäoliselt vähendab makroalbuminuuria kujunemist</b> (HR 0.68, 95% CI 0.59-0.77; keskmine tõenduse kvaliteet), kuid <b>ei mõjuta kreatiniini taseme suurenemist ja dialüüsi vajadust</b> (3).</p> <p>VADT juhuslikustatud kontrolluuringu jätku-uuringus, kus pärast keskmiselt 5,6 aastast intensiivse vs standardravi perioodi jälgiti 1033 patsienti veel 6 aastat, mille jooksul enam kindlaid ravieesmärke ei seatud, selgus, et oluliselt <b>suurem hulk patsiente senisest intensiivse ravi grupist suutis säilitada eGFR-i &gt;60ml/min/1,73m2</b> (OR 1.34, 95% CI 1.05-1.71, p=0,02), kuid varasemalt VADT uuringu intensiivse ravi grupis saavutatud <b>albuminuuria tekke või süvenemise vähenemist</b> jätku-uuringus enam <b>ei näidanud</b> (p=0,48, väga madal tõenduse kvaliteet). Samuti <b>ei leitud mõju lõppstaadiumi neeruhaiguse</b> (eGFR&lt;15 ml/min/1,73m2, dialüüs või siirdamine) <b>ärahooldmisel</b> (p=0,37, madal tõenduse kvaliteet) (4)</p> <p><u>Üldsuremus ja suured kardiovaskulaarsed sündmused:</u></p> <p>Metaanalüüsile (2) tuginedes <b>ei mõjuta</b> intensiivsem glükeemiline kontroll võrreldes standardraviga oluliselt <b>üldsuremust</b> (9 uuringut, 29094 patsienti, RR 0.99, 95% CI 0.86-1.13; I2= 50%, keskmine tõenduse kvaliteet), <b>kardiovaskulaarset suremust</b> (6 uuringut, 23673 patsienti, RR 1.19, 95% CI 0.73-1.92; I2= 85%; madal tõenduse aste) ja <b>äkksurmasid</b> (4 uuringut, 5913 patsienti, RR 0.82, 95% CI 0.26-2.57; I2= 85%; väga madal tõenduse kvaliteet). Ka ACCORDION uuringus <b>ei näidatud</b> intensiivsema ravi <b>mõju üldsuremuse vähendamisele</b> (3).</p> <p>Siiski võib intensiivsem ravi <b>vähendada mittefataalse müokardiinfarkti tekkeriski</b> (5 uuringut, 25596 patsienti, RR 0.82, 95% CI 0.67-0.99; I2= 46%, keskmine tõenduse kvaliteet) (2). Lisaks analüüsiti KDIGO 2020 ravijuhendi raames nimetatud Cochrane süstemaatilise ülevaate andmete alusel patsientide</p>	

	<p>rühmi erinevate HbA1c eesmärkväärtuste kaupa (<math>\leq 6\%</math>; <math>\leq 6,5\%</math> ja <math>\leq 7\%</math> vs standardravi).</p> <p>Grupis HbA1c <math>\leq 7\%</math> vs standardravi kattusid tulemused Cochraine (2) süstemaatilise ülevaate tulemustega.</p> <p>Grupis <b>HbA1c <math>\leq 6,5\%</math></b> vs näidati, et madalam eesmärkväärtus võib <b>vähendada mikroalbuminuuria teket</b> (1 uuring - ADVANCE Study 2001; 905 patsienti, RR 0.92, 95% CI 0,86-0,98; keskmine tõenduse kvaliteet) ja <b>lõppstaadiumi neerupuudulikkuse kujunemist</b> (2 uuringut - ADVANCE, STENO2; 11300 patsienti, RR 0.33, 95% CI 0.14-0.74; keskmine tõenduse kvaliteet).</p> <p>Grupis <b>HbA1c <math>\leq 6\%</math></b> vs standardravi näidati sarnaselt Cochraine süstemaatilise ülevaate tulemustele (2), <b>mittefataalse müokardiinfarkti riski vähenemist</b> (1 uuring - ACCORD 2007, 10251 patsienti, RR 0.79, 95% CI 0.65-0.95, madal tõenduse kvaliteet) ja <b>mikroalbuminuuria tekkeriski vähenemist</b> (2 uuringut - VADT 2003, ACCORD 2007 - 7428 patsienti, RR 0.87, 95% CI 0.8-0.94, keskmine tõenduse kvaliteet). (1)</p>	
--	---	--

#### Soovimatu mõju

Kui suur on eeldatav soovimatu mõju?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVAD KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Suur</li> <li>● keskmine</li> <li>○ Väike</li> <li>○ Tühine</li> <li>○ Varieerub</li> <li>○ Ei oska öelda</li> </ul>	<p>KDIGO 2020 ravijuhendi raames läbi viidud Cochraine süstemaatilise ülevaate (2) andmete analüüsis range glükeemilise kontrolliga patsientidel (<b>HbA1c <math>\leq 6\%</math></b> vs standardravi) leiti, et <b>rangem glükeemiline kontroll võib suurendada üldsuremust</b> (2 uuringut - ACCORD, VADT- 12042 patsienti, RR 1.17, 95% CI 1.03-1.32, keskmine tõenduse kvaliteet), samas ei leitud mõju kardiovaskulaarsele suremusele. (1)</p> <p>Käesoleva ravijuhendi sekretariaadi arvates olulise näitajana praktilises töös lisati tulemusnäitajate hulka ka raskete (kõrvalseisja abi vajavate) hüpopglükeemiate esinemine.</p> <p>Hüpopglükeemiate esinemissagedust kroonilise neeruhaiguse ja diabeediga patsientidel oli uuritud ühes metaanalüüsis (5), mille alusel <b>intensiivne glükeemiline kontroll suurendas raske hüpopglükeemia riski 2,5 korda</b> (3 uuringut 23 182 patsienti, RR2.54, 95% CI 1.75-3.69, keskmine tõenduse kvaliteet).</p>	

#### Tõendatuse kindlus

Kui kindel võib kokkuvõttes olla sekkumise mõju tõendatuses?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVAD KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Väga madal</li> <li>● madal</li> <li>○ keskmine</li> <li>○ väga</li> <li>○ kaasatud uuringud puuduvad</li> </ul>	<p>Tõendus põhineb peamiselt kolmel süstemaatilisel ülevaatel (sh üks neist teostatud KDIGO 2020 ravijuhendi raames) ja kahel juhuslikustatud kontrolluuringul (varasemalt süstemaatilistesse ülevaadetesse kaasatud uuringute jätku-uuringud).</p> <p>Eri süstemaatilistesse ülevaadetesse kaasatud uuringud kattusid, saadud tulemused süstemaatilistes ülevaadetes olid ühetaolised. Tõenduse taset vähendab süstemaatilisse ülevaatesse kaasatud uuringute suur heterogeensus ja uuringute tulemuste ebahühtlus. Kolm kaasatud uuringut olid pimendamata, kuue uuringu puhul oli tegu ravimfirma(de) poolt sponsoreeritud uuringutega. Kokkuvõtlikult hindas sekretariaat tõendust madalaks kuni keskmiseks.</p> <p>Töörühma poolt esitatud tulemusnäitajatest ei leitud infot elulemuse, elukvaliteedi, hospitaliseerimise ja ravikulu kohta.</p>	

#### Väärtushinnangud

Kas see, kuivõrd inimesed (inimeste erinevad alarühmad) peamisi tulemusi väärtustavad, varieerub või kui ebakindlad me nende hinnangutes oleme?		
OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ oluline ebakindlus või varieeruvus</li> <li>○ võimalik oluline ebakindlus või varieeruvus</li> <li>● oluline ebakindlus või varieeruvus tõenäoliselt puudub</li> <li>○ oluline ebakindlus või varieeruvus puudub</li> </ul>	Eraldi süstemaatilist otsingut uuringute leidmiseks, mis käsitlevad kuivõrd inimesed peamiseid tulemeid/tulemusnäitajaid väärtustavad, ei tehtud. Süstemaatilise otsingu käigus väärtushinnanguid käsitlevaid uuringuid ei leitud.	Eesmärkväärtuste vahemik või konkreetne number võiks patsiendile olla ette antud. Diabeedi ravijuhendis on olemas, kus on eesmärkväärtused ka olemas.
Mõjude tasakaal Kas sekkumise soovitud ja soovimatu mõju vahetõttu viitab sekkumise või võrdlus(tegevuse) ülekaalule?		
OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ soosib võrdlust</li> <li>○ pigem soosib võrdlust</li> <li>○ ei soosi sekkumist ega võrdlust</li> <li>● pigem soosib sekkumist</li> <li>○ soosib sekkumist</li> <li>○ Varieerub</li> <li>○ Ei oska öelda</li> </ul>	KNH-ga diabeedipatsientidel on suurem hüpoglükeemia tekkerisk ja seega ei pruugi ainus range HbA1c või paastuglükoosi eesmärkväärtus sobida kõigile patsientidele. Samas on teatud patsiendirühmade jaoks (nooremad, kergema KNH-ga, vähemate kaasuvate haiguste ja pikema oodatava elueaga, vähemate väljakujunenud mikro- ja makrovaskulaarsete tüsistustega, säilinud hüpoglükeemia taju ja hüpoglükeemia ravi oskustega) rangem glükeemiline kontroll diabeedi tüsistuste ennetamisel või pidurdamisel oluline. Kõrgemaid eesmärkväärtusi võiks lubada patsientidele, kellel on suur hüpoglükeemia risk, palju kaasuvaid haigusi ja lühem oodatav eluiga. (1)	Pigem soosib sekkumist, aga kindlate eesmärkväärtuste osas ei ole täielikku kindlust. Tuleb arvestada patsiendi indiviuaalset olukorda.
Vajaminevad ressursid Kui suur on ressursivajadus (kulud)?		
OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ suur kulu</li> <li>○ keskmine kulu</li> <li>● mitteametav kulu ja sääst</li> <li>○ keskmine sääst</li> <li>○ suur sääst</li> <li>○ Varieerub</li> <li>○ Ei oska öelda</li> </ul>	Madalamad glükoosi eesmärkväärtused võivad patsiendi jaoks suurendada veresuhkru mõõtmisele minevaid kulutusi. Spetsiifiliste diabeediravimite kasutamine (SGLT2 inhibiitorid, GLPI-RA-d) võib II tüüpi diabeedi ja kroonilise neeruhaigusega patsientidel omada neeru- ja kardiovaskulaarsete tulemusnäitajate osas suuremat mõju, kui kindlate HbA1c eesmärkide saavutamine. (1)	Ei lisandu uut olulist kulu kohta, aga kindlate HbA1c eesmärkväärtuste seadmisel ei ole tõenäoliselt kaugelearenenud haigusseisundite ärahoidmise kontekstis olulist säästu.
Vajaminevate ressursside tõendatuse kindlus Milline on ressursivajaduse (kulude) tõendatusse aste?		
OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Väga madal</li> <li><input type="radio"/> madal</li> <li><input type="radio"/> keskmine</li> <li><input type="radio"/> väga</li> <li><input checked="" type="radio"/> kaasatud uuringud puuduvad</li> </ul>	<p>Eraldi uuringuid ei otsitud ja kaasatud uuringutest teemat ei käsitletud.</p>	
--	--	--

**Kulutõhusus**  
Kas sekkumise kulutõhusus soosib sekkumist või võrdlust?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVAD KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> soosib võrdlust</li> <li><input type="radio"/> pigem soosib võrdlust</li> <li><input type="radio"/> ei soosi sekkumist ega võrdlust</li> <li><input type="radio"/> pigem soosib sekkumist</li> <li><input type="radio"/> soosib sekkumist</li> <li><input type="radio"/> Varieerub</li> <li><input checked="" type="radio"/> kaasatud uuringud puuduvad</li> </ul>	<p>Eraldi uuringuid ei otsitud ja kaasatud uuringutest teemat ei käsitletud.</p>	

**Võrdsed võimalused**  
Kui võrd sekkumine mõjutab tervisevõimaluste võrdsust?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVAD KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> vähendab võrdsust</li> <li><input type="radio"/> tõenäoliselt vähendab võrdsust</li> <li><input type="radio"/> tõenäoliselt ei mõjuta võrdsust</li> <li><input checked="" type="radio"/> tõenäoliselt suurendab võrdsust</li> <li><input type="radio"/> suurendab võrdsust</li> <li><input type="radio"/> Varieerub</li> <li><input type="radio"/> Ei oska öelda</li> </ul>	<p>Eraldi uuringuid ei otsitud ja kaasatud uuringutest teemat ei käsitletud.</p>	

**Vastuvõetavus**  
Kas sekkumine on huvitatud osapooltele vastuvõetav?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVAD KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Ei</li> <li><input type="radio"/> Pigem ei</li> <li><input checked="" type="radio"/> Pigem jah</li> </ul>	<p>Eraldi uuringuid ei otsitud ja kaasatud uuringutest teemat ei käsitletud.</p>	

<input type="radio"/> jah <input type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda		
<b>Teostatavus</b> Kas sekkumine on teostatav?		
<b>OTSUS</b>	<b>TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL</b>	<b>TÄIENDAVID KAALUTLUSED</b>
<input type="radio"/> Ei <input type="radio"/> Pigem ei <input type="radio"/> Pigem jah <input checked="" type="radio"/> jah <input type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda	Eraldi uuringuid ei otsitud ja kaasatud uuringutest teemat ei käsitletud.	

**OTSUSTE KOKKUVÕTE**

	OTSUS						
<b>PROBLEEM</b>	Ei	Pigem ei	Pigem jah	<b>jah</b>		Varieerub	Ei oska öelda
<b>SOOVITUD MÕJU</b>	Tühine	Väike	<b>keskmine</b>	Suur		Varieerub	Ei oska öelda
<b>SOOVIMATU MÕJU</b>	Suur	<b>keskmine</b>	Väike	Tühine		Varieerub	Ei oska öelda
<b>TÕENDATUSE KINDLUS</b>	Väga madal	<b>madal</b>	keskmine	väga			kaasatud uuringud puuduvad
<b>VÄÄRTUSHINNANGUD</b>	oluline ebakindlus või varieeruvus	võimalik oluline ebakindlus või varieeruvus	<b>oluline ebakindlus või varieeruvus tõenäoliselt puudub</b>	oluline ebakindlus või varieeruvus puudub			
<b>MÕJUDE TASAKAAL</b>	soosib võrdlust	pigem soosib võrdlust	ei soosi sekkumist ega võrdlust	<b>pigem soosib sekkumist</b>	soosib sekkumist	Varieerub	Ei oska öelda
<b>VAJAMINEVAD RESSURSID</b>	suur kulu	keskmine kulu	<b>mittearvestatav kulu ja sääst</b>	keskmine sääst	suur sääst	Varieerub	Ei oska öelda
<b>VAJAMINEVATE RESSURSSIDE TÕENDATUSE KINDLUS</b>	Väga madal	madal	keskmine	väga			<b>kaasatud uuringud puuduvad</b>
<b>KULUTÕHUSUS</b>	soosib võrdlust	pigem soosib võrdlust	ei soosi sekkumist ega võrdlust	pigem soosib sekkumist	soosib sekkumist	Varieerub	<b>kaasatud uuringud puuduvad</b>
<b>VÕRDESED VÕIMALUSED</b>	vähendab võrdsust	tõenäoliselt vähendab võrdsust	tõenäoliselt ei mõjuta võrdsust	<b>tõenäoliselt suurendab võrdsust</b>	suurendab võrdsust	Varieerub	Ei oska öelda
<b>VASTUVÕETAVUS</b>	Ei	Pigem ei	<b>Pigem jah</b>	jah		Varieerub	Ei oska öelda
<b>TEOSTATAVUS</b>	Ei	Pigem ei	Pigem jah	<b>jah</b>		Varieerub	Ei oska öelda

**SOOVITUSE LIIK**

Tugev soovitus mitte teha <input type="radio"/>	Nõrk soovitus sekkumise vastu <input type="radio"/>	Nõrk soovitus kas sekkumise või alternatiivi poolt <input type="radio"/>	<b>Nõrk soovitus sekkumise poolt <input checked="" type="radio"/></b>	Tugev soovitus teha <input type="radio"/>
--	--	---	---	--

## **VIIDETE KOKKUVÕTE**

1. Group, Kidney,Disease:,Improving,Global,Outcomes,(KDIGO),Diabetes,Work. KDIGO 2020 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. *Kidney Int*; 2020.
2. Ruospo M, Saglimbene VM,Palmer SC,et al. . Glucose targets for preventing diabetic kidney disease and its progression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2017.
3. Mottl AK, Buse JB Faramarz I-B et al. Long-Term Effects of Intensive Glycemic and Blood Pressure Control and Fenofibrate Use on Kidney Outcomes. *Clin J Am Soc Nephrol*; 2018.
4. Agrawal L, Azad N,Bahn GD et al. Long-term follow-up of intensive glycaemic control on renal outcomes in the Veterans Affairs Diabetes Trial (VADT). *Diabetologia*; 2018.
5. Slinin Y, Ishani A,Rector T. Management of hyperglycemia, dyslipidemia, and albuminuria in patients with diabetes and CKD: a systematic review for a KDOQI clinical practice guideline. *Am J Kidney Dis*; 2012.