



# O‘ZBEKISTON *tibbiyot* JURNALI

УЗБЕК

*Медицинский*  
ЖУРНАЛ  
УЗБЕКИСТАНА

№3  
2013

**U Z B E K I S T O N** *М е д и ц и н с к и й*  
*tibbiyot* *ж у р н а л*  
*jurnali* **У З Б Е К И С Т А Н А**  
**Medical journal of UZBEKISTAN**  
*Ilmiy - amaliy jurnal*

№ 3, 2013

1922 йилнинг январидан чиқа бошлаган

Таъсисчи – Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги

ТАХРИР ХАЙЪАТИ

Бош муҳаррир – А.И.Икрамов

М.С.Абдуллаходжаева, В.Е.Авақов, М.Ж.Азизов, Ф.А.Акилов, А.В.Алимов (бош муҳаррир ўринбосари), А.Л.Аляви, Д.А.Асадов, С.М.Баҳромов, Б.Т.Даминов, Т.О.Даминов (бош муҳаррир ўринбосари), Ш.И.Ибрагимов, Ф.И.Иноятова, Т.И.Искандаров, С.И.Исмаилов, А.И.Камилов, Х.П.Камилов (масъул котиб), Х.Я.Каримов, Ш.И.Каримов, Р.Д.Курбанов, С.Н.Наврузов, Ф.Г.Назирова, С.С.Саидалиев, Ж.М.Собиров, С.Н.Султанов, А.М.Убайдуллаев, А.М.Хаджибаев, М.Х.Ходжибеков, А.А.Худояров, М.А.Хужамбердиев, А.М.Шамсиев, А.Н.Юнусходжаев

Журнал Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлиги томонидан  
 2011 йил 12 май рўйхатга олинган (№ 0138)

Муҳаррирлар - И.Ж.Гульманов, Ш.Б.Джандарбеков, Л.Ф.Хисамова

Компьютерда саҳифаловчи - Ф.Маҳкамов

100047, Тошкент, Тараққиёт кўчаси, 103, Тел. (3712) 289-44-57

Буюртма № 130. Адади 4951 нуска.

Босишга рухсат этилди 24.06.2013 г. Формат 60×84 1/8. Нархи шартнома асосида

«КО'НИ-NUR» масъулияти чекланган жамият босмахонасида босилди.

Тошкент ш. Бунёдкор шох кўчаси, 44.

ТОШКЕНТ

ДУК «O'zbekiston tibbiyot jurnali»

2013

Гос. научная медицина  
 библиотека МЗ РУз

© ДУК O'zbekiston tibbiyot jurnali, 2013 y.

Инв. №

*Г.Н.Рахимова, С.И.Исмаилов, К.З.Юнусова, Д.Т.Каюмова, А.З.Акбаров*

**РЕЗУЛЬТАТЫ РЕГИСТРА IDMPS-5W: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ КАРДИО-МЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ИХ КОНТРОЛЬ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ**

*Республиканский специализированный научно-практический центр эндокринологии,*

*Эндокринологический диспансер г. Ташкента,*

*Республиканский специализированный центр кардиологии,*

*Республиканский специализированный центр хирургии им. Вахидова,*

*Ташкентская медицинская академия,*

*Центр медицинской помощи Чиланзарского района г. Ташкента,*

*Эндокринологический диспансер г. Андижана,*

*Эндокринологический диспансер г. Ургенча,*

*Республиканский специализированный научно-практический центр терапии,*

*Эндокринологический диспансер г. Навои,*

*Эндокринологический диспансер г. Бухары,*

*Эндокринологический диспансер г. Самарканда,*

*Эндокринологический диспансер г. Ферганы,*

*Ташкентский педиатрический медицинский институт*

**G.N.Rahimova, S.I.Ismailov, K.Z.Yunusova, D.T.Kayumova, A.Z.Akbarov. Results of the register IDMPS-5W: prevalence of factors of cardio-metabolic risk in patients with type 2 diabetes mellitus and their control in everyday medical practice.**

Purpose of work is to estimate the frequency of occurrence of the main factors of cardio-metabolic risk - CMR (disorders of carbohydrate and lipid metabolism, obesity and the metabolic syndrome, arterial hypertension), and the extent of their control by the cardiologists and endocrinologists on the population of a large register of diabetes mellitus, performed in Uzbekistan (IDMPS-5W).

Experienced physicians (average length of service  $17.7 \pm 7.81$  years) - 30 endocrinologists and 4 cardiologists, working mainly in the leading medical centers in the Republic, participated in the study. For taking into account the data of each patient a single individual card for the examining the patient was stipulated. In this card the doctor - researcher recorded the information on the demographic characteristics of patient, his socio-economic status and history of the illness, including the complications of type 2 diabetes, the results of physical examination of the patient, risk factors, glycemic control (the level of blood glucose on an empty stomach, self-monitoring of blood glucose, glycated hemoglobin, HbA1c, and hypoglycemia), the data on lipid spectrum and other symptoms and laboratory tests. And besides, the information on concomitant antidiabetic therapy, training the patient on self-control techniques, dynamic supervising the patient's state, the consumption of resources has been gathered. All the studied selection of patients with diabetes within IDMPS-5W made up 465 persons.

A high prevalence of complications of type 2 diabetes and the factors of cardio-metabolic risk had been revealed in the surveyed sample of patients with type 2 diabetes mellitus.

The low frequency in the achieving the targeted levels of glycemia was indicated, what might be connected with the late prescription and a low incidence of insulin application (mainly among patients supervised by cardiologists).

Despite the fact that the overwhelming majority of patients was educated on diabetes and believes in the necessity to follow the recommended lifestyle and takes the main drugs of the lipid-corrective and

anti-hypertensive therapy recommended by international standards, the proportion of patients who achieved the targeted levels of the effective control over arterial hypertension and dyslipidemia was low.

The received findings testify to poor adherence of patients and physicians to the international guidelines for the treatment and the secondary prophylactic of type 2 diabetes mellitus that requires the introduction of more effective approaches aimed at improving the situation.

Сахарный диабет 2 типа (CD-2) представляет собой глобальную медико-социальную проблему, вследствие значительной и не снижающей темпов роста распространенности и тяжелых последствий [2]. К наиболее опасным осложнениям CD-2 относятся сердечно-сосудистые, в частности, ускорение прогрессирования атеросклероза и более тяжелое течение его осложнений (атеротромбоза). Для снижения риска этих осложнений и улучшения качества жизни больных CD-2 международными экспертами разработаны консенсусные документы и рекомендации, основанные на данных многоцентровых контролируемых исследований с доказательствами эффективности рекомендованных режимов лечения и профилактики [2,4]. Однако, эти рекомендации не всегда выполняются врачами и больными, что, согласно единодушному мнению ведущих специалистов, является одной из наиболее частых причин плохого контроля уровня гликемии и факторов риска и сохранения высокой частоты развития осложнений CD-2 [1,2,4]. Это мнение вытекает из результатов многочисленных регистров по изучению текущей практики диагностики и лечения CD-2 в различных странах. Такого рода исследования (регистры) позволяют не только уточнить степень приверженности к стандартам диагностики и лечения CD-2, но и разработать адекватные организационные меры по улучшению ситуации с контролем CD-2 [5]. К этой категории исследований относится и регистр IDMPS (5) – международное, многоцентровое наблюдательное фармакоэпидемиологическое исследование с целью оценки практики лечения пациентов с CD без вмешательства в терапевтические подходы. Особенностью IDMPS является его многолетняя протяженность, позволяющая изучить практику ведения больных CD в различных странах в динамике. По инициативе Ассоциации эндокринологов Узбекистана, врачи Узбекистана приняли участие в пятом этапе (“волне”) этого регистра (IDMPS-5), реализованном в 2011 г.

По протоколу исследование IDMPS является наблюдательным, а каждый его этап (“волна”) представляет собой одномоментный (все данные о больных собираются в рамках одного визита) регистр заболевания. По используемым подходам исследование является фармакоэпидемиологическим, преследующим цели изу-

чения текущей врачебной практики лечения больных CD в Узбекистане.

Цель исследования – на популяции крупного регистра CD, выполненного в Узбекистане (IDMPS-5W), оценить частоту встречаемости основных факторов кардио-метаболического риска (КМР) – нарушения углеводного и липидного обмена, избыточный вес и метаболический синдром (МС), артериальная гипертензия (АГ) – а также степень их контролирования кардиологами и эндокринологами.

#### Материал и методы

В исследовании приняли участие опытные врачи (средний стаж работы  $17,7 \pm 7,81$  лет) – 30 эндокринологов и 4 врача-кардиолога, работающих в ведущих медицинских центрах Республики или эндокринологических диспансерах больших городов (Андижан, Бухара, Навои, Самарканд, Ташкент, Ургенч, Фергана). Для учета данных каждого пациента была предусмотрена единая индивидуальная карта обследования больного. В эту карту врач – исследователь заносил сведения о демографических характеристиках пациента, его социально-экономический статус и анамнез заболевания, в том числе – данные об осложнениях CD-2, результаты физикального обследования больного, факторах риска, гликемического контроля (уровень глюкозы в крови натощак, самоконтроль уровня глюкозы в крови, уровень гликированного гемоглобина, HbA1c и гипогликемия о липидном спектре и других симптомах и лабораторных анализов. Кроме того, собирались сведения о сопутствующей противодиабетической терапии, обучении пациента приемам самоконтроля, динамическом наблюдении за состоянием пациента, потреблении ресурсов.

Обследованная выборка – 465 больных, представляла собой преимущественно городское население, наблюдавшееся в ведущих центрах, крупных клиниках. Эти больные (средний “стаж” CD-2 –  $6,82 \pm 5,66$  лет с доминированием лиц с 6-7 летней продолжительностью болезни) находились под наблюдением опытных эндокринологов, либо кардиологов, прошедших специализацию по диабетологии.

Критерий включения в исследование – взрослые (достигшие совершеннолетия) пациенты мужского и женского пола, с диагнозом CD-1 или CD-2 типов, посещавшие врача в плановом поряд-

ке в период набора в больных исследование. В соответствии с задачами нашего исследования, в настоящем сообщении приводится анализ данных, полученных у больных CD-2 типа (n=376; 195 женщин и 181мужчин). Фокус внимания сделан на демографические данные, анамнез заболевания (характер течения CD-2 и его осложнения, сопутствующая патология), антропометрические показатели (вес, рост, индекс массы тела, ИМТ), систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) артериальное давление, состояние углеводного обмена (уровень (HbA1c), липидного спектра (общий холестерин (ОХ); холестерин липопротеидов низкой плотности, (ХЛПНП); холестерин липопротеидов высокой плотности (ХЛПВП); триглицериды (ТГ)), полученные в рамках последнего визита больного. Лабораторные методы были реализованы стандартными методами в лабораториях, прикрепленных по месту жительства больных или клиниках, где больных обследовались.

Среди методов анализа данных использовались параметрические (критерий Стьюдента) и непараметрические критерии (критерий хи-квадрат) соответственно для количественных и качественных показателей. Средние величины представлены со средне-квадратичным отклонением ( $M \pm SD$ ).

### Результаты и обсуждение

У большинства обследованных больных (93,6%) выявлены те или иные осложнения CD-2. При этом, чаще встречались больные с тремя (26,6%) или двумя (19,7%) осложнениями. Частота макро-сосудистых осложнений составила 47,1%, микрососудистых – 89,4%.

Среди обследованных больных ожирение выявлено у 62,5%, дислипидемия – у 81,9%, АГ – у 81,9%, МС – у 96,8%, курящие – 8,5% , в возрасте старше 60 лет – 9,3% больных. Таким образом, данная выборка представляла собой достаточно тяжелую категорию больных с большим количеством осложнений и факторов КМР, требующих жесткого контроля.

Согласно международным рекомендациям по лечению CD-2 [4], обязательным шагом в терапии, имеющим убедительные доказательства эффективности, является изменение образа жизни больного и соблюдение специальной диеты [1]. Данные опроса пациентов нашей выборки показали, что большинство из них (73,6%) следовало этим рекомендациям. Однако, вызывает сомнение качество выполнения немедикаментозных мероприятий существенной частью этих больных. Свидетельством этому были высокие величины массы тела больных, то есть фактора риска, коррекция которого напрямую зависит от правильности выполнения немедикаментозных мероприятий.

Так, несмотря на достоверное уменьшение средних величин ИМТ больных, а также увеличения доли лиц (с 32% до 48%; хи кв.=27,5;  $P < 0.0001$ ) с нормальными величинами ИМТ (18,5-20 кг/м<sup>2</sup>) за период от момента выявления у больного CD-2 и до даты настоящего обследования, доля больных с ожирением (с ИМТ >30 кг/м<sup>2</sup>) оставалась достаточно высокой, составляя более трети больных (37%).

Еще одним подтверждением сомнений о качестве самоконтроля больных обследованной выборки, могут быть данные об уровне гликемии, то есть, основного показателя, характеризующего состояние больного CD. Отмечено, что согласно критерию эффективности сахароснижающей терапии больных CD-2, предложенному экспертами ADA/EASD [1,4] и составляющему целевой уровень HbA1c <7%, доля пациентов достигших его составила всего 20,9%. Эта величина была сопоставима с соответствующими показателями больных Туниса (23%), Саудовской Аравии и Венесуэлы (27%), чуть отставали от Ливана (30%) и Марокко (31%) и значительно превышали показатели больных Египта (14%) [3]. Гликемия менее эффективно контролировалась у больных, наблюдаемых кардиологами, на что указывали более высокие средние величины у HbA1c с отчетливой тенденцией к меньшей частоте достижения целевых уровней HbA1c (см. табл.).

Для более глубокого анализа особенностей гликемического контроля проведено сравнение структуры распределения больных на 3 категории с величинами HbA1c: <7% (удовлетворительный контроль гликемии); в интервале 7% – 8,5% (неудовлетворительный контроль гликемии) и >8,5% (тяжелая и опасная в плане риска сердечно-сосудистых осложнений гипергликемия). Распределение больных, наблюдаемых эндокринологами, свидетельствовало о более благоприятном контроле уровня гликемии: 24,8% больных (против 10,3%, наблюдаемых в группе сравнения); 37,4% больных (против 17,9%, наблюдаемых в группе сравнения) и 37,7% больных (против 71,8%, наблюдаемых в группе сравнения) оказались в подгруппах соответственно с величинами HbA1c <7%; 7-8% и >8,5% (хи кв.=16,5;  $P < 0.0001$ ).

При анализе причин менее эффективного контроля уровня гликемии больными, наблюдаемыми кардиологами, установлено, что большая часть этих пациентов получала ОССП (66,7% против 47,8%, отмеченных в группе сравнения, хи кв.=4,67;  $P = 0,031$ ). При этом, доля больных, получавших инсулин в виде монотерапии (то есть, наиболее эффективное средство контроля гликемии), была значительно меньше таковой, чем в группе больных, наблюдавшихся эндокринологами (со-

Сравнительная характеристика контролирования основных факторов КМР у больных СД-2

Анализируемый показатель	Все больные	ЭНДО	КАРД	Сравнение ЭНДО-КАРД	
				хи кв./ t	P
Гликированный гемоглобин, HbA1c (M±SD, %)	8,29±2,15	7,89±1,52	11,5±3,8	11,6	<0,0001
Б-ные с достигнутым целевым уровнем HbA1c (n, %)	84 (23,2%)	80 (24,8%)	4 (10,3%)	3,47	0,068
Число больных с зарегистрированными данными ХЛПНП	n=204	n=170	n=34		
Б-ные с достигнутым целевым уровнем ХЛПНП<100 мг/дл (n, %)	89 (43,6%)	76 (44,7%)	13 (38,2%)	0,26	0,61
Число больных с зарегистрированными данными ХЛПВП	n=188	n=156	n=32		
Б-ные с достигнутым целевым уровнем ХЛПВП>40 мг/дл (n, %)	56 (29,7%)	51 (32,6%)	5 (15,6%)	2,93	0,087
Число больных с зарегистрированными данными ТГ	n=219	n=184	n=35		
Б-ные с достигнутым целевым уровнем ТГ<150 мг/дл (n, %)	69 (36,7%)	63 (34,3%)	6 (17,1%)	3,2	0,072
Всего больных с АГ в анамнезе	308 (81,9%)	268 (78,8%)	40 (95,2%)	4,76	0,029
Частота достижения целевых уровней АД у больных с АГ:					
Больные с САД<130 мм рт ст (n, %)	160 (51,9%)	135 (50,3%)	25 (62,5%)	4,01	0,045
Больные с ДАД<80мм рт ст (n, %)	68 (22,1%)	43 (16,44)	25 (62,5%)	38	<0,0001
САД<130 и ДАД<80 мм рт ст (n, %)	59 (19,2%)	38 (14,1%)	21 (52,5%)	30,1	<0,0001

Примечание. ЭНДО-и КАРД - данные больных, наблюдавшихся соответственно эндокринологами и кардиологами

ответственно 4,8% против - 28,7%; хи кв.=4,67; P=0,031). Лишь в отношении назначения инсулина в комбинации с ОССП существенных межгрупповых различий выявлено не было (28,8% против 24,8%; хи кв.=0,12; P=0,73). Немедикаментозная терапия без фармакотерапии и препараты, не предусмотренные международными стандартами, применялись в единичных случаях (0,33% и 0,6% соответственно) только эндокринологами.

Между тем, результаты многоцентровых исследований, нашедших свое отражение в современных международных рекомендациях [2,4], показывают, что для эффективного контроля гликемии у больных CD-2, устойчивой к терапии ОССП, целесообразно раннее (по сравнению с традиционным подходом) назначение инсулинотерапии. Это положение подтверждается и результатами нашего исследования, показывающими, что в целом по выборке наименьшие средние величины уровня гликемии регистрировались у больных, получавших инсулинотерапию.

Целесообразность контролирования нарушений липидного обмена у больных CD-2, диктуется тесной связью этих нарушений с расстройствами углеводного обмена, влекущими клинически значимые неблагоприятные исходы, а также – доказанными клинически и прогностически значимыми преимуществами коррекции липидного обмена у больных с CD-2 [1,4]. Среди больных нашей выборки частота встречаемости дислипиде-

мии составила 81,9%, липид-корректирующую терапию получали 86,4% этих больных. Рекомендованные международными экспертами липид-корректирующие препараты первого выбора – статины [1,4], применялись достаточно часто (92,9%). Однако, в целом по выборке целевые уровни ХЛПН (<100 мг/дл) достигнуты только у 43,6% больных, оптимальные уровни ХЛПВП (> 40 мг/дл) – у 29,8%, триглицеридов (<150 мг/дл) – у 36,7% больных.

Причин неудовлетворительной реализации фармакологического эффекта принимаемых липид-корректирующих препаратов может быть несколько. Одна из них – упомянутое выше несоблюдение или неудовлетворительное соблюдение диеты и режима двигательной активности. Следующая, и, пожалуй, основная причина – низкая приверженность к стандартам лечения: использование доз липид-корректирующих препаратов, недостаточных для достижения целевого уровня показателей липидного спектра, либо использование неэффективных и некачественных препаратов.

Учитывая взаимно отягощающую роль АГ и CD-2, жесткий контроль АГ с достижением и поддержанием целевых уровней < 130/80 мм рт. ст. соответственно для САД и ДАД, является одним из ключевых рекомендаций по защите больного CD-2 с сопутствующей АГ от тяжелых осложнений. В целом по выборке доля больных, достиг-

ших целевых уровней САД (< 130 мм рт. ст.) и ДАД (< 80 мм рт. ст.), составила соответственно 42,6% и 18,6%, а часть пациентов, у которых достигнут полный контроль АД (т.е., САД <130 мм рт. ст. и ДАД <80 мм рт. ст.), составила лишь 15,7%.

Следует отметить, что среди пациентов нашей выборки с сопутствующей АД ( $n=308$ ), подавляющее большинство ( $n=302$ ; 98,1%) получало те или иные антигипертензивные препараты, рекомендованные современными международными стандартами (ингибиторы АПФ, антагонисты рецепторов ангиотензина 2, бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция, диуретики).

Отмечено что все больные, наблюдающиеся у кардиологов, получали какой-либо из антигипертензивных препаратов (против 97% больных, наблюдаемых эндокринологами (хи кв.=0,12;  $P=0,73$ ). Больным, наблюдаемым у кардиологов, значительно чаще назначались бета-адреноблокаторы (87,5% против 49,2%, отмеченных в группе сравнения; хи кв.=20,1;  $P<0,001$ ), антагонисты рецепторов ангиотензина II (50% против 3,1% отмеченных в группе сравнения; хи кв.=87,5;  $P<0,001$ ) и диуретики (67,5% против 21,4%, отмеченных в группе сравнения; хи кв.=36;  $P<0,0001$ ).

Кроме того, кардиологи несколько чаще назначали препараты, не вошедшие в терапию первого выбора (22,5% против 8,8%, отмеченных в группе сравнения; хи кв.=5,82;  $P<0,016$ ).

Наоборот, в группе больных, наблюдаемых эндокринологами, значительно чаще назначались антагонисты кальция (45% против 16,0%, отмеченных в группе сравнения; хи кв.=17,3;  $P<0,0001$ ) и ингибиторы АПФ (85,9% против 50,0%, отмеченных в группе сравнения; хи кв.=22,6;  $P<0,0001$ ).

### Литература

1. Inzucchi S.E., Bergenstal R.M., Buse J.B. et al., Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach: position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). American Diabetes Association (ADA); European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes care. 2012; 35 (6): 1364-1379.
2. Medical Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Consensus Algorithm for the Initiation and Adjustment of Therapy. A consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care. 2009; 32 (1): 1-11.
3. Ringborg A., Cropet C., Jonsson B. Resource use associated with type 2 diabetes in Asia, Latin America, the Middle East and Africa: results from the International Diabetes Management Practices Study (IDMPS). Int J Clin Pract. 2009; 63 (7): 997-1007.
4. Ryden L. et al. Рабочая группа по диабету и сердечно-сосудистым заболеваниям Европейского общества кардиологов и Европейской ассоциации по изучению диабета Рекомендации по лечению сахарного диабета, преддиабета и сердечно-сосудистых заболеваний (Часть 1). Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2007; 4: 71-99; 88-111.
5. Scain S.F., Friedman R., Gross J.L. A structured educational program improves metabolic control in patients with type 2 diabetes: A randomized controlled trial. Diabetes Educ. 2009; 35: 603-11.

Исследователями IDMPS-5W в Узбекистане и соавторами настоящей публикации являются: М.А. Айходжаева, З.С. Акбаров, Н. М. Акбарова, М.Ш. Акмалова, Н.У. Алимова, Н.М. Алиханова, М.С. Ахмедова, А.А. Бахадирова, Е.В. Бибикина, Н.В. Бокова, А.Ш. Джурова, З.Х. Досова, Д.М. Есимова, Т.Б. Исмаилова, Э.А. Калджанова, О.Х. Мавланов, А.Р. Мадмусаева, Н.Н. Максимова, А.М. Мансуров, Д.У. Мардонова, М.П. Мирахмедова, Д.К. Нажмутдинова, Ш.М. Нарзиев, Е.Ф. Павлова, Э.Э. Петросова, Г. Н. Рахимова, Т.Ш. Рахмонов, Р.Ш. Сайфутдинова, Ф. А. Тахирова, А.Б. Ташманова, Р.Х. Тригулова, Д.А. Уринбаева, Г.И. Хажиева, В.Э. Царева, У.Н. Шеров.

Таким образом, в обследованной выборке больных, несмотря на то, что подавляющее число больных группы получали антигипертензивные препараты, рекомендованные международными стандартами, контроль АД оказался не достаточно эффективным. Поэтому, причинами неудовлетворительного контроля АД у этих больных может явиться недостаточно правильное использование принципов индивидуального подхода в подборе антигипертензивных препаратов и титровании их доз.

### Выводы

1. В обследованной выборке больных с CD-2 выявлена высокая распространённость осложнений и факторов КМР с высоким процентом больных, имеющих несколько осложнений и факторов риска.
2. Отмечена низкая частота достижения целевых уровней гликемии, что может быть связано с несвоевременным назначением и низкой частотой применения инсулина (в основном среди больных, наблюдаемых кардиологами).
3. Несмотря на то, что, подавляющее число больных прошло образование по диабету и считает, что следует рекомендованному образу жизни, а также получает основные препараты липидкорректирующей и антигипертензивной терапии, рекомендованные международными стандартами, доля больных, достигших целевых уровней эффективного контроля АД и дислипидемии оставалась низкой.
4. Полученные данные свидетельствуют о низкой приверженности больных и врачей к Международным рекомендациям по лечению и вторичной профилактике CD-2, что требует внедрения более эффективных подходов, нацеленных на улучшение ситуации.

## KLINIK TIBVIYOT

## КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

В.Е.Аваков, Н.К.Ибрагимов, З.Б.Урунов, Р.О.Шарипов, С.З.Каримов, Ф.Ф.Нишонов, Б.И.Сайдуллаев НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ В КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ .....	2
М.Ю.Каримов, О.А.Абролов, Б.Р.Ахмедов, Р.Р.Якубджанов, В.В.Гребенкин МРТ И АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕЛЯЦИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ МЕНИСКОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА .....	6
Х.М.Камилов, Д.К.Махкамова, М.С.Касымова ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЛАЗНЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ .....	9
Н.Р.Kamilov, O.E.Bekzhanova, Sh.N.Sultanova CLINICAL STATUS AND TREATMENT NEED OF PERIODONTIUM DISEASE OF PLURIPARAS OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN .....	11
Н.Э.Атаханова, Н.Н.Захирова, А.Ж.Каххаров, Н.Н.Гаппарова ОПТИМИЗАЦИЯ СХЕМЫ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ II В СТАДИИ И РАКЕ ЯИЧНИКОВ III СТАДИИ .....	14
Х.М.Камилов, Г.Х.Хамраева, М.С.Касымова ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ЦВЕТОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА .....	17
З.Ш.Ашууров, З.В.Шин ВЗАИМОСВЯЗЬ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ С ДИНАМИКОЙ АЛКОГОЛИЗМА .....	20
Г.Н.Рахимова, С.И.Исмаилов, К.З.Юнусова, Д.Т.Каюмова, А.З.Акбаров РЕЗУЛЬТАТЫ РЕГИСТРАЦИОННОГО ИДМPS-5W: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ КАРДИО-МЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ИХ КОНТРОЛЬ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ .....	23
Ш.А.Зокирхонова ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ИНТЕНСИВНОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КАРИЕСОМ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА АЛМАЗАРСКОГО РАЙОНА Г. ТАШКЕНТА .....	28
П.Х.Назирова, М.Н.Тилляшайхов, Ф.Х.Мусурмонов КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА КОСТЕЙ И СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ РЕЗИСТЕНТНЫМИ ФОРМАМИ МИКОБАКТЕРИЙ .....	30
А.А.Жилонов, Ф.Р.Файзуллаева СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПЛАНИРОВАНИЯ И ПРОВЕДЕНИЯ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ПРИ АТРОФИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ЧЕЛЮСТИ .....	33
У.С.Хасанов, У.Н.Вохидов КОМПЬЮТЕР ТОМОГРАФИЯНИНГ СУРУНКАЛИ ПОЛИПОЗ РИНОСИСУСИТ ТАШХИСОТИДАГИ ЎРНИ .....	38
Б.Ю.Юсупов, А.Ю.Мадаминов, Ш.Н.Хотамов, О.Н.Абдурахимов ПУТЬ К ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ГОРТАНОГЛОТКИ .....	41
У.С.Хасанов, У.Н.Вохидов ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИСУСИТА .....	44
Х.П.Камилов, О.Е.Бекжанова, У.А.Шукурова, Ш.Ф.Шамсиева СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ .....	47
А.А.Абдукаюмов, Ш.Э.Амонов РОЛЬ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ РИНОСИСУСИТОМ .....	50
А.Г.Валиев, Л.Н.Туйчиев, И.Б.Мухамедов, З.Т.Халилова, С.Г.Алимов СПОСОБ ОБНАРУЖЕНИЯ БОТУЛОТОКСИНОВ У БОЛЬНЫХ БОТУЛИЗМОМ .....	53
Н.Д.Муратова ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА .....	56
Д.Б.Мирзажанова, Н.Г.Гулямов, С.Х.Вафакулов, Х.Ю.Ахмедова, Г.К.Абдухалилова СОВРЕМЕННАЯ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БРЮШНОГО ТИФА .....	59

Х.Ю.Ахмедова, Ф.С.Саипов, Н.А.Захидова, Т.А.Меркушкина, С.Е.Темирова	ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ИММУНО-ЦИТОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С КЛИНИЧЕСКИ ВЫРАЖЕННОЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....	62
С.Д.Игамбердиева, А.М.-Т.Бектемиров, Х.Ю.Ахмедова, Ш.Р.Азимов, Д.А.Андаева	КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ БРУЦЕЛЛЕЗОМ.....	65
Ф.Х.Максудова, Ш.З.Мусаева, Ё.С.Кариева	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ТАБЛЕТИРОВАННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ ДИКЛОФЕНАКА.....	68
Л.Н.Туйчиев, Ж.Д.Туйчиев, Я.К.Худойбердиев, У.Э.Эралиев	ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МЕТОДА ПЦР ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ДИАРЕЯХ.....	70
Г.К.Абдухалилова, А.А.Умарова, А.М.-Т. Бектимиров, М.Д.Ахмедова, Г.А.Ибадова, И.Ф.Ахмедов, У.Э.Эралиев	ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ОПРЕДЕЛЕННАЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИМ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕТОДАМИ.....	73
С.Х.Саидов	ЭКССУДАТИВНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ – ПАТОЛОГИЯ НОСА И НОСОГЛОТКИ.....	76
М.Ш.Каримов, И.Р.Мавлянов., Н.Х.Тухтаева, Р.И.Мустафин	РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ И ПОРАЖЕНИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ (ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА).....	79
<b>JAMIYAT SALOMATLIGI VA SOG'LIQNI SAQLASH</b> 		
<b>ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ</b>		
С.С.Саудалиев	О ДОСТИЖЕНИЯХ И ДАЛЬНЕЙШИХ ЗАДАЧАХ В ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В РЕСПУБЛИКЕ.....	83
Д.К.Салиев	ЎЗБЕКИСТОННИНГ БАЪЗИ ВИЛОЯТЛАРИ ВА ҚОРАҚАЛПОҚСТОНДА ОХИРГИ 10 ЙИЛДА ЛЕЙКОЗ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ТАРҚАЛИШ ДИНАМИКАСИ.....	88
<b>SHARHLAR</b> 		
<b>ОБЗОРЫ</b>		
Х.Я.Каримов, С.А.Опанасюк, А.С.Резванов	ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ, КАК ВОЗМОЖНЫЙ ИСТОЧНИК ПРОТИВОРАКОВЫХ АГЕНТОВ В БОРЬБЕ С ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ.....	91
А.М.-Т.Бектимиров, Х.А.Рахматова, З.Д.Юнусова, З.Р.Файзуллаева, Н.А.Давис, Ш.Н.Мингбаева, Г.А.Ибадов, С.О.Осипова	ГЛУБОКИЕ МИКОЗЫ: ГРУППЫ РИСКА.....	98
Х.Я.Каримов, Б.Р.Алланазарова, Ю.Ю.Ассесорова, Ю.Ю.Болтаева, К.Т.Бобоев	МЕДИЦИНСКАЯ ЦИТОГЕНЕТИКА: ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ.....	103
Н.Р.Шаюсупов, Г.Ф.Мирюсупова, Г.А.Хакимов	ГОРМОНОТЕРАПИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК ФАКТОР РИСКА ОСТЕОПОРОЗА.....	109
Ш.Э.Амонов, Д.Д.Султанова	ГРИБКОВОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ.....	113
О.Б.Абдурахманов, К.Д.Джаббаров, М.А.Гафур-Ахунوف, Ф.Б.Бердиева	ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПОЛОСТИ НОСА, ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И НОСОГЛОТКИ.....	117
И.Д.Гульманов, Н.Х.Шамирзаев	ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОРФОЛОГИЯ ЛЕГОЧНЫХ МАКРОФАГОВ.....	120
У.Б.Захидов, А.М.Набиев	ОСОБЕННОСТИ ЮВЕНИЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МИОПИИ.....	127
<b>AMALIYOTDAGI HODISALAR</b> 		
<b>СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ.....</b>		
Л.Н.Туйчиев, С.Г.Алимов, Р.Х.Хайитов, Б.Т.Наврзозов, С.Д.Игамбердиева	ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А.....	132
Н.А.Дадабаева, У.И.Низамов, Ф.Б.Абдумаликова	СЛОЖНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ СИТОСТЕРОЛЕМИИ – РЕДКОГО НАСЛЕДСТВЕННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	134

**МУНДАРИЖА**

Ш.Э.Амонов, А.А.Абдукаюмов ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РАДИОВОЛНОВАЯ ТОНЗИЛЭКТОМИЯ У БОЛЬНОГО С ВРОЖДЕННОЙ ГЕМИГИПЕРТРОФИЕЙ НЁБНОЙ МИНДАЛИНЫ ..... 136

**AMALIY SHIFOKOR KONSPEKTI** 

**КОНСПЕКТ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА**

Х.М.Халимова, М.М.Якубова, Р.Ж.Матмуродов, Н.С.Рашидова, Р.К.Рахматуллаева, Ш.С.Пулатова ИНСУЛТНИНГ ДАРАКЧИ БЕЛГИЛАРИ ВА УЛАРНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРАЛАРИ ..... 139

**EKSPERIMENTAL TADQIQOTLAR & ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Н.Х.Ходжаева, С.Н.Наврұзов, Ж.Н.Каххоров, И.Р.Мавлянов, А.Ж.Каххаров ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГАДОЛИНИЙ (GD157) СОДЕРЖАЩЕГО ПРЕПАРАТА МАГНЕВИСТ В НЕЙТРОН-ЗАХВАТНОЙ ТЕРАПИИ ..... 143

С.У.Асилова, Н.З.Назарова, Г.К. Нуримов, Г.Ш.Умарова, Б.Ш.Убайдуллаев, К.А.Юсупова АНГИОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ КОСТЕЙ В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ ..... 146

**YUVILEYLAR** 

**ЮБИЛЕИ**

АБДУЛЛАЕВ НУСРАТ ХАМИДОВИЧ (К 80-летию со дня рождения) ..... 149