

**QANDLI DIABETNING 2-TURINI ERTA TASHXISLASH,
ZAMONAVIY DAVOLASH VA FARMAKOTERAPIYASINING
KLINIK-FARMATSEVTIK JIHATLARI**

Erdonova Marjona G'olibjon qizi

*Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Davolash ishi fakultetining
6-bosqich talabasi Tel: +998 94 048 05 27 / Email: marjonaerdonova0527@gmail.com*

Jo'raqulova Gulzoda Junait qizi

*Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Davolash ishi fakultetining 6-bosqich talabasi
Tel: +998 77 007 71 15 / Email: gulzodajuraqulova3@gmail.com
Samarqand, O'zbekiston*

Annotatsiya: Qandli diabetning 2-turi zamonaviy tibbiyotda metabolik, yurak-qon tomir va buyrak asoratlari bilan chambarchas bog'liq bo'lgan surunkali kasalliklardan biri hisoblanadi. Kasallikning uzoq vaqt davomida kam simptomli yoki simptomsiz kechishi uni kech aniqlashga, natijada mikro- va makrovaskulyar asoratlarning rivojlanish xavfi ortishiga olib keladi. Shu sababli qandli diabetning 2-turini erta aniqlash, xavf guruhlarini muntazam skrining qilish va individual davolash strategiyasini ishlab chiqish klinik amaliyotning muhim yo'nalishidir. Mazkur maqolada qandli diabetning 2-turini erta tashxislashning zamonaviy mezonlari, prediabet bosqichini aniqlash, laborator va instrumental tekshiruvlarning klinik ahamiyati hamda farmakoterapiyaning asosiy tamoyillari tahlil qilindi. Tashxis qo'yishda glikozillangan gemoglobin (HbA1c), och qoringa plazma glyukozasi, 75 g glyukoza bilan og'iz orqali glyukozaga tolerantlik testi va klinik simptomlar bilan birga aniqlangan tasodifiy glyukoza miqdorining o'rni yoritildi. Davolashda turmush tarzini o'zgartirish, ovqatlanish tartibini optimallashtirish, jismoniy faollikni oshirish va tana vaznini nazorat qilish farmakologik terapiyaning ajralmas qismi sifatida ko'rib chiqildi. Metformin, natriy-glyukoza kotransportyori-2 (SGLT2) ingibitorlari, glyukagonsimon peptid-1 (GLP-1) retseptor agonistlari, dipeptidilpeptidaza-4 (DPP-4) ingibitorlari, sulfonilmochevina preparatlari, tiazolidindionlar va insulin terapiyasining klinik-farmatsevtik xususiyatlari tahlil qilindi. Dori tanlashda glikemik samaradorlik bilan bir qatorda gipoglikemiya xavfi, tana vazniga ta'siri, buyrak va yurak faoliyati, nojo'ya reaksiyalar, dori vositalarining o'zaro ta'siri, narxi va bemorning davolanishga rioya qilishi hisobga olinishi zarurligi asoslandi. Zamonaviy yondashuvda farmakoterapiya faqat glyukozani pasaytirishga emas, balki yurak-qon tomir va buyrak xavfini kamaytirishga ham yo'naltirilishi kerak. Erta tashxis va individual farmakoterapevtik yondashuv diabetning uzoq muddatli asoratlarini kamaytirish hamda bemorlarning hayot sifatini yaxshilashga xizmat qiladi.

Kalit so‘zlar: qandli diabet, 2-tur diabet, erta tashxislash, skrining, HbA1c, giperglikemiya, prediabet, metformin, SGLT2 ingibitorlari, GLP-1 retseptor agonistlari, farmakoterapiya, gipoglikemiya, yurak-qon tomir xavfi, diabetik nefropatiya, klinik farmatsiya.

Kirish: Qandli diabetning 2-turi insulin rezistentligi va beta-hujayralar tomonidan insulin sekretsiasining progressiv yetishmovchiligi bilan kechadigan murakkab metabolik kasallik bo‘lib, zamonaviy sog‘liqni saqlash tizimlari oldida turgan dolzarb muammolardan biridir. Kasallikning rivojlanishida irsiy moyillik, ortiqcha tana vazni, visseral yog‘ to‘planishi, kamharakat turmush tarzi, ratsionning nomutanosibli, arterial gipertenziya va dislipidemiya kabi omillar muhim o‘rin tutadi. Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti ma‘lumotlariga ko‘ra, diabet bilan yashayotgan insonlar soni so‘nggi o‘n yilliklarda keskin oshgan va kasallik ko‘rish qobiliyatining pasayishi, buyrak yetishmovchiligi, yurak-qon tomir kasalliklari, insult hamda periferik tomir zararlanishlari kabi og‘ir oqibatlariga olib kelishi mumkin. 2-tur qandli diabetning klinik ahamiyatini oshiruvchi asosiy jihatlardan biri uning dastlabki davrda sezilarli simptomlarsiz kechishidir. Giperglikemiyaning asta-sekin kuchayishi bemor tomonidan uzoq vaqt davomida sezilmasligi mumkin. Natijada tashxis qo‘yilgan vaqtda ayrim bemorlarda allaqachon arterial gipertenziya, dislipidemiya, buyrak faoliyatining pasayishi, diabetik neyropatiya yoki retinopatiyaning dastlabki belgilari mavjud bo‘ladi. Shu sababli erta skrining va xavf guruhlarini faol aniqlash diabetning klinik boshqaruvida muhim o‘rin egallaydi. 2026-yilgi Amerika Diabet Assotsiatsiyasi (ADA) standartlariga ko‘ra, qandli diabetni aniqlashda HbA1c, och qoringa plazma glyukozasi, 75 g glyukoza yuklamasidan keyingi 2 soatlik plazma glyukozasi yoki klassik giperglikemiya simptomlari mavjud bo‘lgan holatda tasodifiy plazma glyukozasi qo‘llanadi. Aniq giperglikemiya bo‘lmagan hollarda tashxisni tasdiqlovchi qayta tekshiruv talab etiladi. Maqolaning maqsadi qandli diabetning 2-turini erta aniqlash, zamonaviy davolash tamoyillari va farmakoterapiyasining klinik-farmatsevtik xususiyatlarini ilmiy jihatdan tahlil qilish, shuningdek, dori vositalarini tanlashda bemorning individual xavf omillarini hisobga olishning ahamiyatini asoslashdan iborat.

Adabiyotlar tahlili: So‘nggi yillarda qandli diabetning 2-turini boshqarish konsepsiyasi faqat glyukemiyaning nazorat qilishdan kompleks kardio-reno-metabolik yondashuvga o‘tmoqda. ADAning 2026-yilgi standartlarida dori vositasini tanlashda bemorning yurak-qon tomir, buyrak, vazn, gipoglikemiya xavfi, nojo‘ya reaksiyalar, dori vositasining narxi va mavjudligi kabi omillarni birgalikda hisobga olish tavsiya etiladi. ADA va EASDning konsensus hisobotida ham qandli diabetda farmakoterapiya turmush tarzini o‘zgartirish bilan birgalikda olib borilishi, yurak-qon tomir kasalligi, yurak

yetishmovchiligi yoki surunkali buyrak kasalligi bo'lgan bemorlarda SGLT2 ingibitorlari va GLP-1 retseptor agonistlarining organlarni himoya qiluvchi xususiyatlari alohida hisobga olinishi kerakligi ko'rsatilgan. Metformin uzoq vaqt davomida 2-tur diabet farmakoterapiyasining asosiy preparatlaridan biri bo'lib kelgan. Uning afzalliklariga samaradorligi, gipoglikemiya chaqirish xavfining pastligi, vaznni oshirmasligi va nisbatan maqbul narxi kiradi. Biroq zamonaviy yondashuvda metformin barcha bemorlar uchun mutlaq yagona boshlang'ich variant sifatida qaralmaydi; yurak-qon tomir yoki buyrak kasalligi mavjud bo'lsa, ushbu organlarga foydasi isbotlangan preparatlarni davolashning dastlabki bosqichlaridayoq ko'rib chiqish mumkin. Buyrak zararlanishi mavjud bemorlarda SGLT2 ingibitorlarining o'rni ham sezilarli darajada oshgan. KDIGO tavsiyalarida surunkali buyrak kasalligi bo'lgan bemorlarni kompleks davolash tarkibida SGLT2 ingibitorlaridan foydalanish, zarurat bo'lganda GLP-1 retseptor agonistlarini qo'llash va yurak-qon tomir xavfini parallel ravishda boshqarish muhimligi ta'kidlangan. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan 2-tur qandli diabet bo'yicha klinik protokol va standartning mavjudligi mamlakat sharoitida tashxislash va davolash jarayonlarini standartlashtirishga qaratilgan muhim amaliy asos hisoblanadi.

Asosiy qism: Qandli diabetning 2-turini erta tashxislashning eng muhim jihati kasallikning klinik simptomlar paydo bo'lishidan oldingi bosqichini aniqlashdir. Giperglikemiyaning uzoq vaqt davomida simptomsiz kechishi sababli faqat klinik belgilar asosida tashxis qo'yishga tayanish yetarli emas. Skrining birinchi navbatda ortiqcha vazn yoki semizlik, oilaviy anamnezda diabetning mavjudligi, arterial gipertenziya, dislipidemiya, yurak-qon tomir kasalliklari, jismoniy faollikning pastligi va metabolik sindrom elementlari mavjud shaxslarda faol olib borilishi maqsadga muvofiqdir. ADA 2026 tavsiyalarida xavf omillarini baholash va tasdiqlangan xavf kalkulyatorlaridan foydalanish orqali simptomsiz kattalarda prediabet va 2-tur diabet xavfini aniqlash tavsiya etiladi. Diagnostik nuqtayi nazardan HbA1c amaliyot uchun qulay biomarker hisoblanadi. U oxirgi bir necha oy davomida glyukemiyaning o'rtacha darajasini aks ettiradi va bemorni tekshirish uchun och qolishni talab qilmaydi. ADA mezonlariga ko'ra, HbA1c $\geq 6,5\%$ diabet tashxisini qo'llab-quvvatlaydi. Och qoringa plazma glyukozasining $\geq 7,0$ mmol/l bo'lishi, 75 g glyukoza bilan o'tkaziladigan og'iz orqali glyukozaga tolerantlik testining 2-soatlik natijasi $\geq 11,1$ mmol/l bo'lishi ham diagnostik mezon hisoblanadi. Klassik giperglikemiya simptomlari yoki giperglikemik kriz bilan birga tasodifiy plazma glyukozasining $\geq 11,1$ mmol/l bo'lishi ham diabetni aniqlash imkonini beradi. Aniq giperglikemiya mavjud bo'lmagan vaziyatlarda laborator natijani qayta tasdiqlash zarur. Prediabetni aniqlash ham profilaktik tibbiyotning muhim qismi hisoblanadi. HbA1c 5,7–6,4%, och qoringa glyukoza 5,6–6,9 mmol/l yoki 75 g glyukoza yuklamasidan keyingi 2-soatlik glyukoza 7,8–11,0 mmol/l oralig'ida bo'lishi prediabetga mos keladi. Ushbu

bosqichda bemorni faqat laborator ko'rsatkich sifatida emas, balki keyinchalik diabet rivojlanish xavfi mavjud bo'lgan klinik guruh sifatida baholash zarur. Erta tashxisning klinik qiymati glyukozani nazorat qilish bilan cheklanmaydi. Giperglikemiyaning davomiyligi mikroangiopatik va makroangiopatik zararlanishlarning shakllanishi bilan bog'liq. Shu sababli diabet aniqlangandan keyin arterial bosim, lipid profili, buyrak funksiyasi, siydikdagi albumin/kreatinin nisbati, ko'z tubi, oyoq-qo'llardagi periferik sezuvchanlik va yurak-qon tomir xavfi kompleks baholanishi lozim. Bunday yondashuv diabetni alohida kasallik sifatida emas, balki kardio-reno-metabolik sindromlar bilan o'zaro bog'liq holat sifatida boshqarish imkonini beradi. Davolashning boshlang'ich bosqichi turmush tarzini o'zgartirishni o'z ichiga oladi. Ratsionni individuallashtirish, ortiqcha energiya iste'molini kamaytirish, sabzavot va tolaga boy mahsulotlarni ko'paytirish, rafinadlangan uglevodlar va to'yingan yog'larni cheklash, jismoniy faollikni muntazam tashkil qilish hamda uyqu va stressni nazorat qilish glyukemik boshqaruvga ijobiy ta'sir ko'rsatadi. JSST ma'lumotlariga ko'ra, sog'lom ovqatlanish, muntazam jismoniy faollik, tana vaznini nazorat qilish va tamaki mahsulotlaridan voz kechish 2-tur diabetning oldini olish yoki uning rivojlanishini kechiktirishga yordam beradi. Farmakoterapiyada metformin insulin rezistentligini kamaytirishga yo'naltirilgan muhim preparatlardan biri bo'lib qolmoqda. Uning asosiy farmakologik ta'siri jigarda glyukoneogenezni kamaytirish va insulin sezuvchanligini yaxshilash bilan bog'liq. Metforminning gipoglikemiya xavfi pastligi uni ko'plab bemorlarda qulay dori vositasiga aylantiradi. Biroq buyrak funksiyasi pasaygan bemorlarda uning qo'llanishi eGFR ko'rsatkichiga muvofiq baholanishi kerak. Uzoq muddatli terapiyada ayrim bemorlarda vitamin B12 yetishmovchiligi rivojlanishi mumkinligi sababli klinik ko'rsatmalar mavjud bo'lganda ushbu vitamin darajasini nazorat qilish muhimdir. ADA 2026 standartlari ham uzoq muddat metformin qabul qilayotgan, ayniqsa anemiya yoki periferik neyropatiyasi bo'lgan bemorlarda B12 holatini davriy baholashni tavsiya qiladi. SGLT2 ingibitorlari glyukozaning buyrak orqali qayta so'rilishini kamaytirish orqali siydik bilan glyukoza chiqarilishini oshiradi. Ushbu guruhning klinik ahamiyati faqat glyukemiya pasaytirish bilan chegaralanmaydi. Ayrim preparatlar yurak yetishmovchiligi va surunkali buyrak kasalligi rivojlanishini sekinlashtirish bilan bog'liq klinik foyda ko'rsatgan. ADA 2026 tavsiyalarida yurak yetishmovchiligi bo'lgan 2-tur diabetli bemorlarda SGLT2 ingibitorlari yurak yetishmovchiligi bilan bog'liq gospitalizatsiyalarni kamaytirish maqsadida glyukemik ko'rsatkichlardan qat'i nazar ko'rib chiqilishi kerakligi ko'rsatilgan. Biroq SGLT2 ingibitorlari bilan davolashda klinik-farmatsevtik monitoring zarur. Siydik-jinsiy yo'l infeksiyalari, suvsizlanish va ayrim klinik vaziyatlarda euglikemik ketoatsidoz xavfi hisobga olinadi. Shu sababli bemorga preparatni qabul qilish sharoitlari, suyuqlik yetishmovchiligining oldini olish va kasallikning o'tkir holatlarida tibbiy maslahat olish

zarurligi tushuntirilishi kerak. GLP-1 retseptor agonistlari glyukozaga bog'liq insulin sekretsiasini kuchaytiradi, glyukagon sekretsiasini kamaytiradi va me'da bo'shashishini sekinlashtirish orqali glyukemik nazoratga ta'sir ko'rsatadi. Ushbu guruh preparatlarining muhim klinik xususiyatlaridan biri tana vaznini kamaytirishga yordam berishi va ayrim preparatlarda yurak-qon tomir xavfini pasaytiruvchi ta'sirning ko'rsatilganidir. 2026-yilgi ADA standartlarida yurak-qon tomir kasalligi mavjud yoki uning xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda GLP-1 retseptor agonistlari yoki SGLT2 ingibitorlarining klinik foydasi glyukemik nazoratdan tashqari ham hisobga olinishi tavsiya etiladi. DPP-4 ingibitorlari inkretin tizimini faollashtirib, glyukozaga bog'liq insulin sekretsiasini yaxshilaydi. Ushbu guruhning afzalligi gipoglikemiya xavfining pastligi va ko'plab bemorlarda yaxshi o'zlashtirilishidir. Biroq ularning glyukemik samarasi ayrim boshqa zamonaviy preparat guruhlariга nisbatan kamroq bo'lishi mumkin. GLP-1 asosidagi terapiya bilan DPP-4 ingibitorlarini bir vaqtda qo'llash qo'shimcha klinik foyda bermagani sababli tavsiya etilmaydi. Sulfonilmochevina preparatlari beta-hujayralardan insulin ajralishini kuchaytiradi. Ular glyukemiyanı samarali pasaytirishi mumkin bo'lsa-da, gipoglikemiya va tana vaznining ortishi kabi nojo'ya ta'sirlar bilan bog'liq. Shu sababli ularni buyurishda bemorning yoshi, ovqatlanish tartibi, buyrak va jigar funksiyasi hamda gipoglikemiya xavfi alohida baholanadi. Zamonaviy klinik farmatsiyada dori vositasining faqat glyukozani pasaytirish samarasi emas, balki uning uzoq muddatli xavfsizlik profili ham muhim hisoblanadi. Tiazolidindionlar insulin sezuvchanligini oshiruvchi preparatlar hisoblanadi. Biroq suyuqlikni ushlab qolish, shishlar va tana vaznining ortishi kabi nojo'ya reaksiyalar sababli ularning qo'llanishi bemorning yurak-qon tomir holatiga muvofiq individual baholanishi kerak. Farmatsevtik kuzatuv davomida preparatga bog'liq shish, vazn o'zgarishi va yurak yetishmovchiligi belgilariga e'tibor qaratish zarur. Insulin terapiyasi 2-tur diabetda kasallikning ma'lum bosqichida zarur bo'lishi mumkin. Ayniqsa og'ir giperglikemiya, katabolik belgilar yoki giperglikemik simptomlar mavjud bo'lsa, insulin terapiyasini kechiktirmaslik kerak. ADA 2026 standartlarida HbA1c >10% yoki glyukoza $\geq 16,7$ mmol/l bo'lganda, shuningdek giperglikemiya simptomlari mavjud vaziyatlarda insulin boshlash masalasini ko'rib chiqish tavsiya etiladi. Og'ir giperglikemiya yoki giperglikemik kriz bo'lmagan bemorlarda esa GLP-1 asosidagi terapiya insulin boshlashdan oldin ko'rib chiqilishi tavsiya etiladi. Farmakoterapiyaning klinik-farmatsevtik jihatlaridan biri dori vositalariga rioya qilishni ta'minlashdir. Ko'p sonli preparatlarni qabul qiluvchi bemorlarda davolanishga rioya qilmaslik, dozalarni o'tkazib yuborish yoki preparatlarni mustaqil ravishda to'xtatish glyukemik nazoratni yomonlashtirishi mumkin. Shu sababli klinik farmatsevt bemorga preparatning ta'sir mexanizmi, qabul qilish vaqti, ehtimoliy nojo'ya ta'sirlari, boshqa dori vositalari bilan o'zaro ta'siri va saqlash shartlarini tushuntirishi

kerak. Dori tanlashda buyrak faoliyati alohida ahamiyatga ega. Qandli diabet bilan ogʻrigan bemorlarda surunkali buyrak kasalligi rivojlanishi mumkinligi sababli eGFR va albuminuriya muntazam baholanadi. Buyrak zararlanishi mavjud boʻlsa, glyukozani pasaytiruvchi preparatlarni tanlash va dozani moslashtirish talab qilinadi. KDIGO tavsiyalarida diabet va surunkali buyrak kasalligi boʻlgan bemorlar uchun glyukemik nazorat, SGLT2 ingibitorlari, GLP-1 asosidagi terapiya va boshqa kardio-renoprotektiv choralarni kompleks strategiyaga birlashtirish taʼkidlangan. Shuningdek, davolash samaradorligini baholashda faqat och qoringa glyukoza koʻrsatkichiga tayanish yetarli emas. HbA1c, glyukemik variabellik, gipoglikemik epizodlar, tana vazni, arterial bosim, lipid profili va bemorning klinik holati birgalikda baholanishi kerak. Davolash maqsadlari individual belgilanadi. Yosh, komorbid holatlar, gipoglikemiya xavfi, diabet davomiyligi va bemorning davolashga rioya qilish imkoniyati hisobga olinadi. Zamonaviy farmakoterapiyada terapevtik inertsitya, yaʼni glyukemik maqsadga erishilmaganiga qaramay davolashni uzoq vaqt oʻzgartirmaslik muhim muammolardan biridir. ADA/EASD konsensusida dori vositalari samarasi va bemorning holati muntazam qayta baholanishi, zarurat boʻlsa davolashni kuchaytirish yoki ayrim holatlarda kamaytirish lozimligi qayd etilgan.

Muhokama: Qandli diabetning 2-turida klinik natijalarni yaxshilashning eng muhim shartlaridan biri kasallikni imkon qadar erta aniqlashdir. Kech tashxis qoʻyilishi giperglikemiyaning uzoq davom etishiga va diabet bilan bogʻliq asoratlarning rivojlanishiga sharoit yaratadi. Shu nuqtayi nazardan, skriningni faqat simptomlar mavjud boʻlgan bemorlar bilan cheklamasdan, xavf omillariga ega boʻlgan aholida faol tashkil etish maqsadga muvofiqdir. JSST ham 2-tur diabet koʻpincha oldini olish yoki kechiktirish mumkin boʻlgan kasallik ekanligini va erta tashxis uning ogʻir oqibatlarini kamaytirishda muhimligini taʼkidlaydi. Farmakoterapiyadagi asosiy oʻzgarish esa glyukozani oddiy pasaytirishdan tashqari, yurak va buyraklarni himoya qilishga qaratilgan strategiyaning kuchayishidir. SGLT2 ingibitorlari va GLP-1 retseptor agonistlari boʻyicha klinik dalillar ushbu preparatlarni ayrim yuqori xavfli bemorlarda glyukemik maqsaddan qatʼi nazar koʻrib chiqish imkonini berdi. Biroq zamonaviy dori vositalarining mavjudligi individual yondashuv zaruratini kamaytirmaydi. Preparatning samaradorligi bilan bir qatorda uning xavfsizligi, buyrak funksiyasiga mosligi, gipoglikemiya xavfi, nojoʻya reaksiyalari, bemorning iqtisodiy imkoniyatlari va davolanishga rioya qilish darajasi hisobga olinishi kerak. Shunday qilib, klinik farmatsevtning diabetni boshqarishdagi roli dori vositasini tavsiya qilishdan koʻra kengroq boʻlib, farmakoterapiyani monitoring qilish, dori oʻzaro taʼsirlarini aniqlash, bemorni oʻqitish va davolashga rioya qilishni yaxshilashni ham qamrab oladi.

Xulosa: Qandli diabetning 2-turini erta tashxislash, individual davolash va

muntazam farmakoterapevtik monitoring kasallikning uzoq muddatli prognozini yaxshilashning asosiy yo'nalishlaridan biridir. HbA1c, och qoringa plazma glyukozasi va zarurat bo'lganda og'iz orqali glyukozaga tolerantlik testi yordamida xavf guruhlarini tekshirish kasallikni klinik simptomlar rivojlanishidan oldin aniqlash imkonini beradi. Davolash strategiyasi faqat glyukemiyaning normallashtirishga emas, balki yurak-qon tomir, buyrak va metabolik xavflarni kamaytirishga qaratilishi kerak. Metformin ko'plab bemorlarda muhim terapevtik vosita bo'lib qolayotgan bo'lsa-da, zamonaviy farmakoterapiyada SGLT2 ingibitorlari va GLP-1 retseptor agonistlarining kardio-renoprotektiv va metabolik xususiyatlari alohida ahamiyat kasb etmoqda. Dori vositasini tanlashda bemorning klinik holati, komorbid kasalliklari, buyrak funksiyasi, gipoglikemiya xavfi, tana vazni, nojo'ya reaksiyalar, preparatning narxi va davolanishga rioya qilishi kompleks baholanishi lozim. Farmatsevtik monitoringning tizimli tashkil etilishi dori bilan bog'liq muammolarni kamaytirib, terapiyaning samaradorligi va xavfsizligini oshiradi. Shu sababli 2-tur qandli diabetni boshqarish shifokor, klinik farmatsevt va bemorning hamkorligiga asoslangan uzluksiz, individual va ko'p komponentli jarayon sifatida tashkil etilishi maqsadga muvofiq.

Amaliy tavsiyalar:

1. Xavf guruhlarini faol skrining qilish: ortiqcha tana vazni, oilaviy anamnez, arterial gipertenziya, dislipidemiya, yurak-qon tomir kasalliklari va kamharakat turmush tarziga ega shaxslarda HbA1c yoki plazma glyukozasi asosida muntazam tekshiruv tashkil etish.
2. Tashxisni laborator mezonlar asosida tasdiqlash: aniq giperglikemiya mavjud bo'lmagan holatlarda HbA1c, och qoringa glyukoza yoki OGTT natijasini qayta tekshirish orqali diabet tashxisini tasdiqlash.
3. Farmakoterapiyani individual tanlash: preparat belgilashda glyukemik samaradorlik bilan birga yurak-qon tomir va buyrak holati, gipoglikemiya xavfi, tana vazniga ta'siri, nojo'ya reaksiyalar, dori o'zaro ta'sirlari va bemorning iqtisodiy imkoniyatlarini hisobga olish.
4. Kardio-reno-metabolik xavfni muntazam baholash: diabet bilan og'rigan bemorlarda arterial bosim, lipid profili, eGFR va albuminuriyani nazorat qilish hamda tegishli klinik ko'rsatkichlar mavjud bo'lganda kardio- va renoprotektiv xususiyatlari isbotlangan dori guruhlarini ko'rib chiqish.
5. Klinik-farmatsevtik kuzatuvni kuchaytirish: har bir tashrifda dori vositalarini to'g'ri qabul qilish, gipoglikemiya belgilari, nojo'ya reaksiyalar, dori-dori o'zaro ta'siri va davolanishga rioya qilishni baholash; uzoq muddat metformin qabul qiluvchi bemorlarda klinik zarurat bo'lganda vitamin B12 holatini nazorat qilish.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. (2026). 2. Diagnosis and classification of diabetes: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*, 49(Supplement 1), S27–S49. <https://doi.org/10.2337/dc26-S002>.
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. (2026). 9. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*, 49(Supplement 1), S183–S215.
3. Davies, M. J., Aroda, V. R., Collins, B. S., et al. (2022). Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2022: A consensus report by the ADA and EASD. *Diabetes Care*, 45(11), 2753–2786. <https://doi.org/10.2337/dci22-0034>.
4. American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2024). 9. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*, 47(Supplement 1), S158–S178.
5. World Health Organization. (2024). *Diabetes: Key facts*. Geneva: World Health Organization.
6. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). (2024). *KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease*. *Kidney International*, 105(4S), S117–S314.
7. American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2022). Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Medical Care in Diabetes—2022. *Diabetes Care*, 45(Supplement 1), S125–S143.
8. American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2022). Cardiovascular disease and risk management: Standards of Medical Care in Diabetes—2022. *Diabetes Care*, 45(Supplement 1), S144–S174.
9. American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2026). Prevention or delay of diabetes and associated comorbidities: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*, 49(Supplement 1), S50–S66.
10. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi. (2025). *Qandli diabet (2-turi): klinik protokol va standart*. Toshkent: O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi.
11. American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2026). Section 2: Diagnosis and classification of diabetes. *Diabetes, Obesity, and Cardiometabolic CARE*, 1(3), 489–492.
12. World Health Organization Regional Office for Europe. (2024). *Diabetes*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.