



**ҚўЛЛАШ БЎЙИЧА ЙЎРИҚНОМА**  
**ЗОКСОН**  
**ZOXON**

**Препаратнинг савдо номи: ЗОКСОН**

**Таъсир этувчи модда (ХПН):** доксазозин

**Дори шакли:** таблеткалар

**Таркиби**

*Фаол модда:*

2 мг ли 1 таблетка қуйидагиларни сақлайди:

*фаол модда:* 2 мг доксазозин (2,425 мг доксазозин мезилати);

4 мг ли 1 таблетка қуйидагиларни сақлайди:

*фаол модда:* 4 мг доксазозин (4,850 мг доксазозин мезилати);

*ёрдамчи моддалар:* лактоза 40,000/80,000 мг, грануланган микрокристалл целлюлоза 45,000/90,000 мг, микрокристалл целлюлоза 30,055/60,110 мг, карбоксиметилкрахмал натрий (А тури) 1,200/2,400 мг, сувсиз коллоид кремний диоксиди 0,120/0,240 мг, натрий лаурилсульфати 0,120/0,240 мг, магний стеарати 1,080/2,160 мг.

**Таърифи:**

*ЗОКСОН (2 мг ли таблеткалар):* оқ ёки деярли оқ рангли, узунчоқ шаклли, икки томони қаварик, томонларининг бирида “ZX 2” гравировкаси ва бўлиш учун рискаси бўлган таблеткалар.

*ЗОКСОН (4 мг ли таблеткалар):* оқ ёки деярли оқ рангли, узунчоқ шаклли, икки томони қаварик, томонларининг бирида “ZX 4” гравировкаси ва бўлиш учун рискаси бўлган таблеткалар.

**Фармакотерапевтик гуруҳи:** антигипертензив восита (альфа<sub>1</sub>-адреноблокатор)

**АТХ коди:** C02CA04

**Фармакологик хусусиятлари**

**Фармакодинамикаси**

*Простата безининг хавфсиз гиперплазияси.*

Простата безининг хавфсиз гиперплазияси (ПБХГ) симптомлари бўлган пациентларга доксазозинни буюриш уродинамика кўрсаткичларининг сезиларли яхшиланишига ва касалликнинг симптомларини камайишига олиб келади. Препаратнинг бу таъсири простата безининг мушак стромасида ва капсуласида, шунингдек қовуқнинг бўйин соҳасида жойлашган альфа<sub>1</sub>-адренорецепторларнинг блоканиши билан ифодаланади.

Доксазозин, простата безидаги альфа<sub>1</sub>-адренорецепторларнинг барча кичик турларини тахминан 70% ни ташкил этадиган альфа<sub>1</sub>-адренорецепторларнинг 1А-кичик турини самарали блокатори эканлиги исботланган.

ПБХГ ли беморларга таъсири шу билан тушунтирилади.

Доксазозин билан даволаш самарадорлиги ва уни қўллаш хавфсизлиги препарат узок муддат қўлланганида (48 ойдан ортик) исботланган.

*Артериал гипертензия*

Доксазозинни қўллаш умумий периферик қон томирлар қаршилигини камайиши натижасида артериал босимини (АБ) сезиларли даражада пасайишига олиб келади. Бундай таъсирнинг юзага келиши қон томирларда жойлашган альфа<sub>1</sub>-адренорецепторларнинг селектив блоканиши билан тушунтирилади.

Препарат суткада 1 марта буюрилганида 24 соат давомида сақланиб турувчи клиник аҳамиятли антигипертензив самарага эришилади. Артериал босим аста-секин пасаяди, максимал самараси одатда препарат ичга қабул қилинганидан сўнг 2-6 соатдан кейин эришилади.

Носелектив альфа1-адреноблокаторлардан фарқли равишда препарат узоқ вақт қўлланганида унга нисбатан ўрганиб қолиш ривожланмайди.

Самарани бир маромда ушлаб турувчи даволаш ўтказилганида қон плазмасидаги рениннинг фаоллигини ошади ва тахикардия кўп учрамайди.

Доксазозин қоннинг липид профилига ижобий таъсир кўрсатади, юқори зичликдаги липопротеинларнинг концентрациясини умумий холестеринга бўлган нисбатини (атероген индекс) оширади ва триглицеридлар ҳамда умумий холестериннинг концентрациясини камайтиради.

Артериал гипертензия ва қондаги липид профилини юрак ишемик касаллиги билан боғлиқлигини ҳисобга олиб, доксазозинни қабул қилиш фониди АБ ва липидларнинг концентрациясини нормаллашиши юрак ишемик касаллигини ривожланиш хавфини пасайишига олиб келади.

Доксазозин билан даволаниш чап қоринча гипертрофиясини регрессияси, тромбоцитлар агрегациясини сусайиши ва плазминогеннинг тўқима активатори фаоллигини кучайишига олиб келганлиги кузатилган. Бундан ташқари, доксазозин глюкозага толерантлиги бузилган пациентларда инсулинга бўлган сезувчанликни ошириши аниқланган.

Доксазозин модда алмашинувида салбий таъсир кўрсатмайди, бронхиал астма, қандли диабет, чап қоринча етишмовчилиги ва подаграси бўлган пациентларда қўлланиши мумкин.

Артериал гипертензияси бўлган пациентларда ўтказилган назоратли клиник тадқиқотларда доксазозин билан даволаниш бу беморларда эректил дисфункцияни ривожланиш тезлигини пасайиши билан кечган.

#### **Фармакокинетикаси**

Доксазозин ичга қабул қилинганидан сўнг меъда-ичак йўлларида яхши сўрилади (80-90%). Қон плазмасидаги максимал концентрацияга препаратни ичга қабул қилингандан кейин 1-2 соат ўтгач эришилади. Қон плазмаси оқсиллари билан 98% гача боғланади. Доксазозин жигарда аҳамиятли даражада биотрансформацияга учрайди, метаболитлари фармакологик фаолликка эга эмас. Биокираолишлиги - 69-70% (тизим олди метаболизми) ни ташкил этади. Жигар функциясини бузилиши бўлган пациентларда, шунингдек жигар метаболизмини ўзгартира оладиган препаратларни қабул қилганда препаратнинг биотрансформация жараёни бузилиши мумкин. Препаратни плазмадан чиқарилиши икки фазали бўлиб, якуний ярим чиқарилиш даври - 22 соатни ташкил қилади. Доксазозин жигарда бутунлай бистрансформацияга учрайдиган дори воситалари қаторида жигар функцияси бузилган пациентларга буюрилганида эҳтиёткорликка риоя этиш керак (“Эҳтиёткорлик билан” қисмига қаранг). Ичга қабул қилинган доксазозиннинг катта қисми нофаол метаболитлар кўринишида, қабул қилинган дозанинг 5% дан камроқ қисми ўзгармаган ҳолда ичак орқали чиқарилади. Кекса ёшдаги пациентлар ва буйрак касалликлари бўлган пациентларда препаратнинг фармакокинетикаси ўрганиш бўйича тадқиқотларда аҳамиятли фармакокинетик фарқлар аниқланмаган.

#### **Қўлланилиши**

- простата безининг хавфсиз гиперплазияси;
- артериал гипертензия (мажмуавий даволаш таркибида) да қўлланади.

#### **Қўллаш усули ва дозалари**

ЗОКСОН препарати овқат қабул қилишдан қатъий назар буюрилади, кунига 1 марта қабул қилинади. Таблеткани чайнамасдан, етарли миқдордаги сув билан ичга қабул қилиш керак.

*Простата безининг хавфсиз гиперплазияси.*

Ортостатик гипотензия ва синкопал ҳолатнинг (хушдан кетиш) юзага келиш хавфини минимал даражага етказиш учун ЗОКСОН препаратининг тавсия этиладиган бошланғич дозаси суткада 1 мг ни ташкил этади, 1 марта қабул қилинади (“Махсус кўрсатмалар” қисмига қаранг).

Уродинамика кўрсаткичлари ва ПБХГ белгилари намоён бўлишини индивидуал хусусиятларига қараб, суткалик дозани 2 мг гача, кейин 4 мг гача ва максимал суткалик дозани 8 мг гача ошириш мумкин.

Дозани ошириш учун тавсия этилган интервал 1-2 ҳафтани ташкил этади. Одатда самарани бир маромда ушлаб турувчи тавсия қилинадиган доза 2-4 мг га тенг, суткада 1 марта қабул қилинади.

#### *Артериал гипертензия*

Даволашни ортостатик гипотензия ва/ёки синкопал ҳолатни (хушдан кетиш) (“биринчи доза” феномени) ривожланиш эҳтимолини минимал даражага етказиш 1 ёки 2 ҳафта давомида суткада 1 марта 1 мг дан бошлаш тавсия этилади (“Махсус кўрсатмалар” қисмига қаранг). Биринчи дозани қабул қилгандан сўнг пациентда 6-8 соат давомида АБ ни мониторингини ўтказиш керак. Бу “биринчи доза феномени” ривожланиши мумкинлиги сабабли талаб этилади, айниқса бу ҳолат диуретиклар қабул қилиш фонида кўпроқ намоён бўлади.

Агар лозим бўлса, даволанишнинг навбатдаги 1 ёки 2 ҳафтасида, суткалик доза 2 мг гача оширилиши мумкин. АБ ни кутилган даражасигача пасайтиришга эришиш учун пациентнинг препаратни қабул қилишга нисбатан пациентнинг реакциясига қараб, суткалик дозани аста-секин бир хил интерваллар оралиғида 4 мг, 8 мг ва максимал суткалик доза 16 мг гача ошириб бориш керак. Одатда самарани бир маромда ушлаб турувчи доза суткада 1 марта 2-4 мг ни ташкил этади.

Агар даволашга диуретик ёки бошқа гипотензив восита қўшилса, шифокорнинг назорати остида пациентнинг ҳолатига қараб, ЗОКСОН препаратини дозасига тузатиш киритиш лозим. Агар ЗОКСОН препарати билан даволаш бир неча кунга тўхтаб қолса, препаратни қайта қўллашни бошланғич дозадан бошлаш керак.

#### *Кекса ёшдаги пациентларда қўлланиши.*

Дозани коррекциялаш талаб этилмайди.

#### *Буйрак етишмовчилигида қўлланиши.*

Буйрак етишмовчилиги бўлган пациентларда доксазозиннинг фармакокинетикаси ўзгармайди, препаратнинг ўзи эса мавжуд бўлган буйрак дисфункциясини ёмонлаштирмайди, шунинг учун бундай пациентларга препарат одатдаги дозаларда қўлланади.

#### *Жигар функциясини бузилишлари бўлган беморларда қўлланиши.*

Эҳтиёткорлик билан қўлланади (“Махсус кўрсатмалар” қисмига қаранг).

#### *Болаларда қўлланиши.*

ЗОКСОН препаратининг самарадорлиги ва хавфсизлиги бўйича етарли маълумотлари бўлмаганлиги сабабли 18 ёшдан кичик болаларга қўллаш мумкин эмас.

### **Ножўя таъсирлари**

Ножўя реакциялар меъёрий-ҳуқуқий фаолияти бўйича Тиббий луғатнинг (MedDRA) классификациясига монанд тизимли-аъзо синфлари бўйича тақсимланган. Ножўя таъсирларнинг учраш тезлигини кўрсатиш мақсадида ЖСС классификацияси қўлланилган: тез-тез ( $\geq 10\%$ ); тез ( $\geq 1\%$  ва  $< 10\%$ ); кам ( $\geq 0,1\%$  ва  $< 1\%$ ); баъзида ( $\geq 0,01\%$  ва  $< 0,1\%$ ); жуда кам ( $< 0,01\%$ ); учраш тезлиги номаълум (мавжуд маълумотларга кўра ножўя самараларнинг учраш тезлигини аниқлаш имконияти йўқ).

*Инфекцион ва паразитар касалликлар:* тез-тез – нафас йўлларининг инфекциялари, сийдик чиқариш йўлларининг инфекциялари.

*Қон ва лимфатик тизими томонидан бузилишлар:* жуда кам ҳолларда – тромбоцитопения, лейкопения.

*Иммун тизим томонидан бузилишлар:* тез-тез эмас – аллергия реакциялар; жуда кам ҳолларда – анафилактик реакциялар.

*Модда алмашинуви ва овқатланиш томонидан бузилишлар:* тез-тез эмас – анорексия, иштахани кучайиши, тана вазнини ошиши, подагра.

*Руҳий бузилишлар:* тез-тез эмас – таъсирчанлик, безовталиқ, уйқусизлик, хавотирлик, депрессия.

*Нерв тизими томонидан бузилишлар:* тез-тез – уйқучанлик, бош оғриғи, бош айланиши; тез-тез эмас – гипестезия, тремор, хушдан кетиш, мияда қон айланишини бузилиши; жуда кам ҳолларда – парестезия, ортостатик бош айланиши.

*Кўриш аъзолари томонидан бузилишлар:* жуда кам ҳолларда – кўришни ноаниқлиги; учраш тезлиги номаълум – интраоперацион атоник рангдор парда синдроми (“тор қорачиқ” синдроми варианты).

*Эшитиш аъзолари ва лабиринт бузилишлари:* тез-тез – вертиго; тез-тез эмас – қулоқ шанғиллаши.

*Юрак томондан бузилишлар:* тез-тез – юрак уришини ҳис қилиш, тахикардия; тез-тез эмас – стенокардия, миокард инфаркти; жуда кам ҳолларда – брадикардия, аритмия.

*Қон томирлар томонидан бузилишлар:* тез-тез – АБ ни яққол пасайиши, ортостатик гипотензия; жуда кам ҳолларда – юз терисини қизиб кетиши.

*Нафас тизими, кўкрак қафаси ва кўкс орталиги аъзолари томонидан бузилишлар:* тез-тез – ҳансираш, ринит, йўтал, бронхит; тез-тез эмас – бурун қонаши; жуда кам ҳолларда бронхоспазм.

*Меъда-ичак йўллари томонидан бузилишлар:* тез-тез – қоринда оғриқ, диспепсия, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини қуриши, кўнгил айниши; тез-тез эмас – метеоризм, диарея, қабзият, қусиш, гатсроэнтерит.

*Жигар ва ўт йўллари томонидан бузилишлар:* жуда кам ҳолларда – холестаза, гепатит, сариқлик.

*Лаборатор ва инструментал маълумотлар:* кам ҳолларда – жигар трансaminaзаларининг фаоллигини ошиши.

*Тери ва тери ости тўқималари томонидан бузилишлари:* тез-тез – терини қичишиши, тез-тез эмас – тери тошмалари; жуда кам ҳолларда – пурпура, алопеция, эшакеми.

*Скелет-мушак ва бириктирувчи тўқималар томонидан бузилишлар:* тез-тез – белда оғриқ, миалгия; тез-тез эмас – артралгия; кам ҳолларда – мушак спазмлари, мушакларни бўшлиғи.

*Буйрак ва сийдик чиқариш йўллари томонидан бузилишлар:* тез-тез – цистит, сийдик ушлаб тура олмаслик; тез-тез эмас – сийишни тезлашиши, дизурия, гематурия; кам ҳолларда – полиурия; жуда кам ҳолларда – никтурия, суткалик диарезни ошиши.

*Жинсий аъзолар ва сут безлари томонидан бузилишлар:* тез-тез эмас – эректил дисфункция; жуда кам ҳолларда – гинекомастия, приапизм; учраш тезлиги номаълум – ретроград эякуляция.

*Умумий бузилишлар ва юборилган жойдаги бузилишлар:* тез-тез – астения, периферик шишлар, кўкрак қафасида оғриқ, гриппсимон синдром; тез-тез эмас – юздаги шишлар, турли жойларда жойлашган оғриқлар; жуда кам ҳолларда – кучли толиқиш, лоҳаслик.

#### **Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар**

- хиназолин ҳосилаларига (масалан, празозин, теразозин, доксазозинга) ёки препаратнинг ҳар қандай ёрдамчи компонентларига юқори сезувчанлик;
- 18 ёшгача бўлган болалар;
- оғир даражадаги жигар етишмовчилиги (бу тоифадаги пациентларда қўллаш тажрибаси йўқ);
- анурия;
- авж олиб борувчи буйрак етишмовчилиги;
- анамнезда ортостатик гипотензия кузатилган пациентларда қўллаш;
- артериал гипотензия (фақат простата безининг хавфсиз гиперплазияси кўрсатмаларига тегишли);
- ёндош юқори сийдик чиқариш йўллари обструкцияси;
- сийдик чиқариш йўллариининг сурункали инфекциялари;
- қовукдаги тошлар;
- эмизиш даврида (артериал гипертензияни даволаш мақсадида);
- лактозани ўзлаштира олмаслик, лактаза танқислиги ёки глюкоза-галактоза мальабсорбцияси (таркибида лактоза сақлаганлиги сабабли).

Монотерапияда: қовуқ тўлиб кетганлиги сабабли сийдик тутиб туролмайдиган (парадоксал ишуря) пациентларда қўллаш мумкин эмас.

### **Эҳтиёткорлик билан**

Митрал клапани ёки аортал стеноз туфайли юзага келган ўпка шишида; юрак отилиб чиқадиган қон ҳажмини ошиши билан кечувчи юрак етишмовчилигида; ўпка артериясининг эмболияси ёки экссудатив перикардит сабабли ўнг қоринча етишмовчилигида; чап қоринчани тўлиш босими паст бўлган чап қоринча етишмовчилиги; ортостатик белгилар (хушдан кетиш, бош айланиши) ривожланиши хавфи борлиги туфайли кекса ёшдаги пациентларда; 5 турдаги фосфодиэстераза ингибиторлари (5-ФДЭ) билан бир вақтда қўллашда (симтоматик артериал гипотензия ривожланиш хавфи бор); жигар функциясини бузилиши; ҳомиладорликда, катаракта сабабли кўздаги операциялар вақтида эҳтиёткорлик билан қўлланади.

### **Дориларнинг ўзаро таъсири**

ЗОКСОН препаратини айрим беморларда фосфодиэстераза-5 (ФДЭ-5) ингибиторлари (силденафил, тадалафил, тарденафил, варденафил, уденафил) билан бирга қўллаш симтоматик артериал гипотензияга олиб келиши мумкин. (“Махсус кўрсатмалар” қисмига қаранг).

ЗОКСОН препаратини бошқа альфа 1-адренорецепторларнинг блокаторлари билан бирга қўллаш тавсия этилмайди.

ЗОКСОН препарати бошқа гипотензив воситаларнинг антигипертензив таъсирини кучайтиради.

Доксазозин қон плазмаси оқсиллари билан юқори даражада (98%) боғланади. In vitro шароитларида ўтказилган тадқиқотлари маълумотлари шуни кўрсатдики, доксазозин куйидаги препаратлар: дигоксин, фенитоин, варфарин ёки индометациннинг оқсил билан боғланишига таъсир этмайди.

Доксазозинни тиазид диуретиклар, фуросемид, бета-адреноблокаторлар, ностероид яллиғланишга қарши воситалар (НЯҚВ), антибиотиклар, ичга қабул қилинувчи гипогликемик воситалар, сийдик кислотасини ҳайдовчи воситалар ва антикоагулянтлар билан бир вақтда қўллаш билан ўтказилган клиник тадқиқотларда нохуш ўзаро таъсирлар кузатилмаган. Аммо препаратларнинг ўзаро таъсирини ўрганиш учун тадқиқотлар ўтказилмаган.

Доксазозинни “секин” кальций каналларининг блокаторлари ва ангиотензинга айлантирувчи ферментнинг ингибиторлари билан бирга қўлланганида ўзаро ноҳўя таъсирлари аниқланмаган.

Жигарда микросомал оксидланиш индукторлар билан бир вақтда қўлланганида, доксазозиннинг самараси ошиши, ингибиторлар билан эса - пасайиши мумкин.

Эстрогенлар ва симпатомиметик воситалар доксазозиннинг гипотензив таъсирини пасайтириши мумкин.

Эпинефриннинг (адреналин) альфа-адреностимулятор самарасини бартараф этиб, доксазозин тахикардия ва артериал гипотензияга олиб келиши мумкин.

22 соғлом эркак кўнгилли иштирокида ўтказилган очиқ рандомизацияланган плацебо-назорати тадқиқотда циметидиннинг (400 мг дан кунига 2 марта) тўрт кунлик қабул қилиш тартибининг биринчи кунда доксазозинни бир дозаси суткада 1 мг дан қабул қилиш доксазозиннинг ярим чиқариш даврини ва максимал концентрациясини ўртача кўрсаткичларида ( $C_{max}$ ) «концентрация-вақт» (AUC) эгри чизиғи остидаги майдонни статистик аҳамиятли ўзгаришсиз 10% га ошишига олиб келган. Доксазозинни циметидин билан бирга қўллаш учун AUC ни ўртача 10% га ошиши доксазозинни плацебо билан бирга қўллаш учун AUC нинг ўртача индивидуал вариабеллиги (27%) кўрсаткичлари орасида ётади.

## Махсус кўрсатмалар

### *Даволаниш боши:*

Исталган альфа 1-адреноблокаторлар билан даволанганда бўлгани каби, ЗОКСОН препарати билан даволаниш вақтида, айниқса даволаниш бошида кўп бўлмаган пациентларда бош айланиши ва ҳолсизлик ёки ҳушдан кетиш билан кечувчи ортостатик гипотензия кузатилиши мумкин (“Қўллаш усули ва дозалари” қисмига қаранг). Шу сабабли даволанишни бошида ортостатик таъсирларни ривожланиш эҳтимолини минимал даражага етказиш мақсадида артериал босим мониторингини ўтказиб туриш керак.

ЗОКСОН препарати билан даволанишни бошлашдан олдин пациентга ортостатик гипотензиянинг симптомларини ривожланишидан қандай сақланиш кераклиги, хусусан тана ҳолатини кескин ўзгартиришдан сақланиш кераклиги юзасидан пациентни огоҳлантириш керак. ЗОКСОН препарати билан даволашни бошлашдан олдин ҳолсизлик ва бош айланиш ҳолатлари кузатилганда эҳтиёт бўлиш кераклиги ҳақида пациентга кўрсатмалар бериш керак.

ЗОКСОН препаратини кекса пациентларда ортостатик гипотензия ривожланиш эҳтимоли борлиги туфайли, эҳтиёткорлик билан қўллаш зарур. Ёшга қараб бош айланиши, кўриш фаолиятини бузилиши ва ҳушдан кетиш ҳолатларини юзага келиш хавфи ортади. Пациент алкоғоль истеъмол қилганда, узоқ муддат тик турганда ёки жисмоний машқлар бажарганда, ҳамда иссиқ ҳавода ортостатик гипотензия ривожланиш хавфи кузатилиши мумкинлиги юзасидан пациентни огоҳлантириш керак.

### *Простата безининг хавфсиз гиперплазияси. (ПБХГ).*

ПБХГ ни даволашни бошлашдан олдин уни ўсмага айланиш ҳолатини истисно қилиш керак. ПБХГ билан хасталанган пациентларда препаратни артериал босим бўлганда ҳам ва АБ нормал кўрсаткичларида ҳам қўллаш мумкин. АБ кўрсаткичлари нормал бўлган ПБХГ билан хасталанган пациентда препарат қўлланганида босим кўрсаткичлари сезиларли даражада ўзгармайди. Бунда артериал гипертензия ва ПБХГ билан хасталанган пациентларда ЗОКСОН фақат монотерапияда қўлланилиши мумкин.

Доксазозин қон плазмасида простатага специфик антигени (ПСА) нинг концентрациясига таъсир этмайди.

### *Интраоперацион атоник рангдор парда синдроми.*

Интраоперацион атоник рангдор парда синдроми (“тор қорачиқ” синдроми варианты) альфа 1-адреноблокаторлар билан даволанган ёки даволанаётган пациентларни катаракта туфайли операция ўтказилганда кузатилган. Интраоперацион атоник рангдор парда синдроми жарроҳлик аралашувларида кузатиладиган асоратларни учраш тезлигини ошишига олиб келиши мумкинлиги туфайли операциядан олдин альфа 1-адреноблокаторларни айни вақтда қабул қилаётган ёки илгари қабул қилганлиги ҳақида жарроҳ-офтальмологни огоҳлантириш зарур.

### *ФДЭ-5 ингибиторлари билан бирга қўлланилиши.*

Доксазозинни ФДЭ-5 ингибиторлари (масалан, силденафил, тадалафил, варденафил, уденафил) билан бирга қўлланганида эҳтиёткорликка риоя қилиш керак, чунки вақтида иккала препарат ҳам томирларни кенгайтириш хусусиятига эга ва айрим пациентларда симптоматик артериал гипотензияга олиб келиши мумкин. Ортостатик гипотензияни ривожланиш хавфини пасайтириш мақсадида ФДЭ-5 ингибиторлари билан даволашни альфа-адреноблокаторларни қўллаш вақтида пациентдаги гемодинамика кўрсаткичлари турғун ҳолатига келганидан сўнг бошлаш тавсия этилади. Бундан ташқари, ФДЭ-5 ингибиторлари билан даволашни минимал доза билан бошлаш ва доксазозин қабул қилингандан 6 соатлик интервалга риоя қилиш тавсия этилади.

Доксазозинни ажралиб чиқиши узайтирилган препаратларни қўллаш бўйича тадқиқотлар ўтказилмаган.

### *Жигар функциясини бузилишлари*

ЗОКСОН препарати жигар функцияси бузилган пациентларга буюрилганда жигарда бутунлай биотрансформацияга учрайдиган бошқа дори воситалари каби максимал дозаларни буюрмасдан эҳтиёткорликка риоя қилиш керак.

Қўллаш тажрибаси етарли бўлмаганлиги сабабли ЗОКСОН препаратини оғир даражадаги жигар етишмовчилиги бўлган пациентларга қўллаш тавсия этилмайди.

*Лактозани ўзлаштира олмаслик.*

Препарат лактоза сақлайди. Лактозани наслий ўзлаштира олмаслиги, лактаза танқислиги ёки глюкоза-галактоз мальабсорбцияси бўлган пациентларга препаратни қўллаш мумкин эмас.

*Ўткир юрак патологияси бўлган пациентларда қўллаш.*

Ҳар қандай бошқа томирларни кенгайтирувчи ва гипотензив воситалар қўлланганида бўлгани каби, ЗОКСОН препарати қуйидаги ўткир юрак патологияси бўлган пациентларга буюрилганда эҳтиёткорликка риоя қилиш керак:

- митрал клапани ёки аортал стенози туфайли ривожланган ўпка шиши;
- юракдан отилиб чиқаётган қон ҳажми юқори бўлган юрак етишмовчилиги;
- ўпка артерияси эмболияси, экссудатив перикардит билан боғлиқ ўнг қоринча етишмовчилиги;
- тўлиш босими паст бўлган чап қоринча етишмовчилиги.

***Ҳомиладорлик ва эмизиш даврида препаратни қўлланилиши***

Ҳайвонларда ўтказилган экспериментал тадқиқотларда препарат тератоген таъсири кўрсатмаган бўлса-да, у жуда юқори дозаларда қўлланганида ҳомилани тирик қолишини пасайиши кузатилган. Кўрсатилган дозалар одам учун тавсия этилган максимал дозалардан 300 марта юқори бўлган. Ҳомиладор аёлларда ўтказилган назоратли клиник тадқиқотлар йўқлиги туфайли, ҳомиладорлик вақтида препаратни қўллаш хавфсизлиги аниқланмаган.

Шу сабабли ҳомиладорлик вақтида она учун препаратни қўллашдан кутилган фойда ҳомила учун потенциал хавфдан юқори бўлгандагина препарат буюрилиши мумкин.

Доксазозинни эмизиш даврида қўллаш мумкин эмас, чунки ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, лактация даврида каламушлар сутида доксазозин тўпланган, препаратнинг сут билан ажралиши ҳақида маълумотлар йўқ.

Препаратни қўллаш зарурати бўлганда, эмизишни тўхтатиш керак.

***Автотранспорт воситаларини ва бошқа потенциал хавфли фаолият турларини бошқариш қобилиятига таъсири***

ЗОКСОН препарати билан даволаниш вақтида, айниқса даволаниш бошланишида уйқучанлик, бош айланиши ва ҳушдан кетиш ҳолатлари юзага келиши мумкинлиги сабабли транспорт воситаларини бошқариш, диққатни жамлаш ҳамда психомотро реакциялари тезлиги талаб этувчи бошқа потенциал хавфли фаолият турларини бажариш вақтида эҳтиёткорликка риоя қилиш керак.

Препарат болалар ололмайдиган жойда сақлансин ва яроқлилик муддати ўтгач ишлатилмасин.

***Дозанинг ошириб юборилиши***

*Симптомлари:* АБ ни яққол пасайиши, баъзида ҳушдан кетиш ҳолати билан кечади.

*Даволаш:* дозани ошириб юборилиш белгилари пайдо бўлганида пациентнинг меъдасини ювиш, фаоллаштирилган кўмирни буюриш, пациент бошини пастга тушириб, оёқларини кўтариб қўйган ҳолатда горизонтал ётқизиш керак. Зудлик билан шифокорга мурожаат қилиш лозим. Симптоматик даволаш ўтказилади. Агар кўрсатилган чоралар етарли бўлмаса, пациентга плазма ўрнини босувчи эритмалар қуйиб шок ҳолатидан чиқариш зарур. Зарурати бўлганида, вазопрессор воситалар юборилади. Буйрак функциясини назорат қилиш ва зарур бўлганда буйрак функциясини тутиб туриш керак.

Доксазозин қон плазмаси оқсиллари билан юқори даражада боғланганлиги сабабли гемодиализ самарасиз.

***Чиқарилиш шакли***

2 мг, 4 мг таблеткалар.

*2 мг ли таблеткалар:* 10 таблеткадан А1/ПВХ/ПВДХ ли блистерда. 1, 3, 6 ёки 9 блистер қўллаш бўйича йўриқномаси билан бирга картон қутида.

*4 мг ли таблеткалар:* 10 таблеткадан А1/ПВХ/ПВДХ ли блистерда. 3, 6, 9 ёки 10 блистер қўллаш бўйича йўриқномаси билан бирга картон қутида.

**Сақлаш шароити**

Ёруғликдан ҳимояланган жойда 10-25°C ҳароратда сақлансин.

**Яроқлилиқ муддати**

3 йил.

**Дорихоналардан бериш тартиби**

Рецепт бўйича.

**Ишлаб чиқарувчи**

ЗЕНТИВА к.с., Чехия Республикаси

У кабеловни 130, 102 37, Прага 10, Долни Мехолупи, Чехия Республикаси.