

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги

Тошкент Фармацевтика Институтини

Қўлёзма ҳуқуқида

Абдуллаева Малика Алишеровна

ГЛАУКОМА КАСАЛЛИГИДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН ДОРИ
ВОСИТАЛАРИДАН ОЎҚИЛОНА ФОЙДАЛАНИШ

Ихтисослик: 5A720501 – фармация менежменти ва иқтисодиёти
мутахассислиги

Магистрлик даражасини олиш учун

ДИССЕРТАЦИЯ

Илмий раҳбар: проф. Х.С. Зайнутдинов

Оппонент: доц. Зияев Р.З.

ТОШКЕНТ 2008

“ТАСДИҚЛАЙМАН”

Кафедра мудирини

“ 2 ” 04 2008 й

МАГИСТРЛИК ДИССЕРТАЦИЯСИНИ ЁЗИШ
БЎЙИЧА ТОПШИРИҚЛАР

Тошкент Фармацевтика институти ректорининг 200 8 й “ 21 ” 06

№ Сон буйруғи билан тасдиқланган Фармация ишлари
ташкил қилиши кафедраси бўйича

Ташкент Фармацевтика институти
магистрлик Диссертациясининг номи

дори воситаларидан оқшона фойдаланиши
мавзудаги магистрлик диссертацияси

Илмий раҳбар Зайнутдинов К.С., ФитК кафедраси му-
дирини, фарм. ф. д., профессор. бошчилигида

(илмий раҳбарнинг исми-фамилияси, лавозими, илмий даражаси ва илмий унвони)
Абдуллаева М.А. томонидан
(тингловчининг исми-фамилияси)

туғалланган холда 200 8 й “ 4 ” 06 да Фармация
ташкил қилиши кафедрасига дастлабки химоя учун тақдим этилади.

Тадқиқот ишида Дору воситалари кўп қисмидаги таъсир механизми
“Ташкент Фармацевтика институти” бўйича таъсир механизми
ва таъсир механизми кўп қисмидаги таъсир механизми
ва таъсир механизми кўп қисмидаги таъсир механизми
таҳлил қилиниши, таъсир механизми ва таъсир механизми таъсир механизми
таъсир механизми ва таъсир механизми таъсир механизми таъсир механизми
Фармацевтика соҳаси, тиббиёт соҳаси бўйича чоп этилган адабиётлардан, замонавий усул

ва услублардан ва х.к.)

Ишда Ташкент Фармацевтика институти
дору воситалари кўп қисмидаги таъсир механизми
ва таъсир механизми кўп қисмидаги таъсир механизми
таъсир механизми ва таъсир механизми таъсир механизми таъсир механизми
Ишда куйидаги масалалар баён этилади:

1-боб Дору воситалари кўп қисмидаги таъсир механизми
(номи)

дору воситалари кўп қисмидаги таъсир механизми
2-боб Таъсир механизми ва таъсир механизми
(номи)

таъсир механизми ва таъсир механизми
3-боб Таъсир механизми ва таъсир механизми
(номи)

таъсир механизми ва таъсир механизми
таъсир механизми ва таъсир механизми таъсир механизми таъсир механизми
таъсир механизми ва таъсир механизми таъсир механизми таъсир механизми

(сана, ой, йил)

Илмий раҳбар проф. Зайнутдинов К.С.
(исми, фамилияси, илмий даражаси ва унвони)

Магистрант 200 6 й “ 10 ” февраль да топширикни қабул қилди.

МУНДАРИЖА

КИРИШ	4
I АДАБИЁТЛАР ШАРХИ	6
1.1 Глаукома касаллиги ва уни даволаш усуллари хақида маълумот	6
1.2 Глаукома касаллигини даволашда қўлланиладиган дори воситалари ва уларни қўллашга тавсиялар хақида маълумот	10
1.3 Глаукома касаллигида қўлланиладиган дори воситалардан оқилона фойдаланиш муаммолари (СНГ бўйича).....	26
II ИЗЛАНИШ МАТЕРИАЛЛАРИ ВА УСУЛЛАР	33
2.1 Таҳлил қилиш усуллари	33
2.2 Республика кўз касалликлари клиник шифохонаси хақида маълумотлар	39
III ТАЖРИБА КИСМИ	42
3.1 Ўзбекистон республикасида глаукома касаллигининг 2003 – 2007 йиллардаги нозологияси таҳлили	42
3.2 Глаукома касаллигида қўлланиладиган дори воситаларини(2003 – 2007 йиллар) ABC/VEN таҳлили	60
3.3 Глаукома касаллигида қўлланиладиган дори воситаларини (2003 – 2007 йиллар) DDD таҳлили	68
ХУЛОСА ВА ТАВСИЯЛАР.....	73
ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РУЙХАТИ	75
ИЛОВА	83

КИРИШ

Глаукома касаллиги кўз касалликлари ичида энг огир кечадиган ва бутунлай тузалиб кетмайдиган касаллик. Глаукома касаллиги бутун дунё ва айнан Ўзбекистон аҳолисининг ишга лаёкатли қисмида кенг тарқалиб, ортга кайтариб булмайдиган курликка олиб келганлиги учун муҳим ижтимоий — сиёсий аҳамиятга эга. Сайёрамизнинг 67 млн га яқин аҳолиси бу касаллик билан касалланган бўлиб, бу курсаткич 2030 йилга бориб икки бараварга кўпайиши тахмин қилинмоқда. Кур бўлиб қолишнинг сабаблари ичида глаукома 2—3 уринда туради. Бугунги кунгача глаукомадан 5 млн одам кур бўлиб қолган. Замонавий офтальмологиянинг муоммоларидан бири бу гипотензив глаукомани даволашдир. Беморларни 60% доимий гипотензив препаратлардан фойдаланиб муваффақиятга эришишяпти. Дунёда хар бир минутда 1 бемор глаукомадан кўз нури йўқотади. Кўзи ожизлар сони глаукома туфайли 10 млн кишига етган.

Глаукома билан Россияда 750 минг, АКШ да 3 млн га яқин одам касалланган бўлиб, яна шунча бемор ўзининг касал эканлигидан хабари йўқ. Ўзбекистонда 1992 йилдан 2006 йилгача аҳолини ўрта ёшли ишга лаёкатли қатламининг 100 000 та одамидан 163.11 (2007 йил маълумоти) таси глаукома билан касалланган. Юртимизда глаукома билан касалланиш ҳолатларидан 74—80%и ёпиқ бурчакли глаукома, 14—25%и эса очик бурчакли глаукома беморлари бўлиб, уларнинг 62,3%и аёллар, 37,7% эса эркаклардир.[30] Бу эса касаллик Республикамизда тез тарқалаётганлигидан далолат беради. Глаукомани даволашга йилига АКШ да 400 млн доллар, Буюк Британияда 88.2 млн фунт стерлинг ни ташкил этган бўлса, давлат ва корхоналар зарарлари 2—3 баравар кўпроқ. [24,25] Хар йили глаукомани даволаш, дори воситаларидан оқилона фойдаланиш ва

бошқа муаммоларга бағишлаб 2000га яқин илмий ишлар чоп этилади.[6]

Шу сабабли, глаукомани даволашда қўлланиладиган дори воситалари, улардан оқилона фойдаланиш, даволанишга кетадиган харажатларни Ўзбекистон учун ҳисоблаб чиқиш долзарбдир.

Мақсадимиз — глаукома касаллигида қўлланиладиган дори воситаларидан оқилона фойдаланиш буйича илмий изланишлар олиб бориш.

Мақсад асосида қуйидаги вазифаларни белгилаб олдик:

1. Глаукома касаллигининг нозологиясини ўрганиш.
2. Глаукома касаллигида қўлланиладиган дори воситаларини ABC/VEN таҳлилинини утказиш.
3. Глаукома касаллигида қўлланиладиган дори воситаларини DDD таҳлили.
4. Глаукома касаллигида қўлланиладиган дори воситаларини даволаш клиникалари учун формуляр тизими тузишга тавсиялар бериш.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги — Ўзбекистон Республикасида биринчи бор глаукома касаллигини даволашда ишлатиладиган дори воситаларини ABC\VEN ва DDD таҳлили ўтказиляпганлигида.

Таҳлил натижалари глаукома касаллигини даволаш амалиётида тавсия этилиши ва даволаш профилактика муассасалари учун формуляр тузишда фойдаланилиши мумкин.

I АДАБИЁТЛАР ШАРХИ

1.1 Глаукома касаллиги ва уни даволаш усуллари хақида

маълумот

Бугинги кунда глаукома (грекча сўз бўлиб — «яшил кўк» яъни денгиз сувининг ранги) оғир кўз касаллиги бўлиб, номи касалланиш натижасида кенгайган ва қотиб турган қорачиғнинг ранги ўзгаришидан келиб чиқади. Шунингдек, ушбу касалликнинг иккинчи номи «яшил сув» ёки «яшил катаракта» (немисча «Grün Star»).

Хозирги вақтда бу касалликнинг келиб чиқиш сабаблари ва ривожланиш механизми хақида ягона таърифлар йўқ, шу сабабли «глаукома» тушунчасига тариф бериш аниқ мураккабликлар билан боғлиқ.

Хозирда глаукома кўзнинг хроник касалликлари қаторига кириб, кўз ички босимининг доимий ёки даврий тартибда кўтарилиши билан боғлиқ. Кўз ички суюқлиги йўлларидаги тўр парда ва кўриш нервларида трофик ўзгаришлар ривожланиши билан боғлиқ кўриш майдонида хосил бўладиган дефектлар ва кўриш нервининг айланмаси чекка экскавациясини ривожланишидир.

Шундай қилиб, глаукома тушунчаси кўз касаллигининг катта гуруҳини (60—га яқин) ўз ичига олиб, қуйидаги аломатлари билан ифодаланади:

1. Кўз ички босими доимий равишда ва вақти — вақти билан шахсий идаб бўладиган даражадан ошади.
2. Якунида босқичида атрофияга олиб келадиган кўз нервлари толаларини ўзига хос зарарланишини ривожланиши глаукома оптик нейропатияси.
3. Глаукомага хос кўриш қобилиятида ўзгаришлар хосил бўлиши .

Глаукома туғилишдан бошлаб хар қандай ёшда пайдо бўлиши мумкин. Лекин, уни тарқалиши катта ёшдаги беморларда ва қарияларда кўпроқ учрайди. Туғма глаукома 10–20 минг чақалоқлардан 1 тасида учрайди. 40–45 ёшдаги аҳолида 0,1 % гача ташкил қилади, 50–60 ёшли аҳолида глаукома касаллиги 1,5–% да учрайди, 75 ёшдан катта аҳолида – 3% кўпроқни ташкил қилади.

Бу касаллик ижтимоий аҳамиятга эга бўлиб, кўрликни даволаб бўлмайдиган сабаблардан биринчиси хисобланади.

Глаукомани ривожланиш сабаблари ва механизми.

Глаукомада патологик ҳолатни ривожланишнинг асосий босқичларини қуйидагича таърифласа бўлади:

1. Жуда кўп сабабларга кўра кўз олмаси бўшлиғидан суюқликни чиқишидаги ўзгаришлар;
2. Айнан шу кўз учун кўз ички босимини кўтарилиши талерант (чидаб бўладиган) даражадан юқори;
3. Кўз тўқималарида қон айланишини пасайиши;
4. Кўз нерв толаси чиқишида тўқималарда гипоксия (кислород етишмаслиги) ва ишемия (қон айланишида бузилишлар) ҳосил бўлиши;
5. Кўз олмасидан чиқиш жараёнида кўз толаларини компрессияси (босимини) уларни фаолиятини бузилишига ва ўлишига олиб келади;
6. Кўриш толаларини атрофияси, дистрофияси (озикланишда бузилишлар) деструкцияси (бўлиниш) тўр парданинг она ганглиоз хужайраларининг бузилиши;
7. Глаукоманинг ўткир нейропатиясини атрофиясига олиб келади.

Глаукоматоз жараёни ривожланиш даражасига қараб кўрув нерви толаларининг бир қисми атрофияга учрайди, бошқа қисми эса парабиоз («уйқу») ҳолатида бўлади, бу эса даволаш (препаратлар

ёрдамида ёки жаррохлик йўли билан) жараёни таъсирида уйқудаги толаларнинг функцияларини тиклашга имкон беради.

Юқоридагилардан қуйидаги хулоса келиб чиқади. Глаукомани даволаш биринчи ўринда кўз ички босимини нормал даражага ва уни аниқ бир бемор учун толерант даражага (кўпинча, стандарт Маклаков танометри билан улчанганда 16–18 мм симоб устуни) етказишдир. Айнан шу жаражага кўз томчилари белгилаётган офтальмолог ҳам глаукомага Карши операция утказаетган жаррох ҳам интилади. Даволаш самараси биринчи навбатда нерв толаларини сақланиб қолишнишига боғлиқ ва шунинг учун глаукома «олган» кўриш функцияларини қайтариб бўлмайди.

Глаукомани турлари

Турли хил глаукомали жараёнларни 5 асосий гуруҳга жамлаш мумкин:

1. Туғма бирламчи глаукома;
2. Туғма глаукома, бошқа ривожланиш камчиликлари билан;
3. Бирламчи очик бурчакли глаукома;
4. Бирламчи ёпик бурчакли глаукома;
5. Иккиламчи глаукома.

Туғма глаукома олдиндан генетик аниқланган хомилани ривожланиш даврида ҳамда туғиш жараёнидаги касалликлар натижасида пайдо бўлган бўлиши мумкин. Глаукоманинг бу тури хаётнинг биринчи хафтасида ёки ойида, баъзида бир неча йилдан сўнг пайдо бўлади ва кам учрайдиган касаллик (10–20 минг та чақалоқдан 1 тасида) хисобланади.

Ювенил глаукома 3 ёшдан катта болаларда пайдо бўлади. Бу глаукома тури 35 ёшгачан бўлган беморларда учрайди.

Катталарда бирламчи глаукома – глаукоманинг энг кўп учрайдиган тури бўлиб, бемор ёши билан боғлиқ кўздаги ўзгаришлар билан боғлиқ.

Иккиламчи глаукома бошқа кўз ва умумий касалликлардан келиб чиқадиган кўз тузалишидаги ўзгаришлар билан боғлиқ.

Бошланғич глаукома 4 та асосий клиник турларга бўлинади: очик учбурчакли глаукома, Ёпиқ бурчакли глаукома, аралаш глаукома, миёридаги кўз ички босимли глаукома. Глаукоманинг хар бир турига аниқ изох бериб ўтилади.

Таснифлашда глаукома босқичлари хам мавжуд. Улар кўриш майдони ва кўриш нерви айланасининг ҳолатига қараб қуйидагиларга бўлинади:

Жадвал – 1

Шакли	Босқичи	Кўз ички босимининг ҳолати	Кўриш қобилиятини ҳолати
Ёпиқ учбурчакли	I	Меёрда (А)	Стабил
Очик учбурчакли	II	Деярли ошмаган (В)	Ностабил
Аралаш	III	Ошган(С)	

- I босқич (бошланғич) кўриш майдонининг чегараси меёрда лекин Кўриш майдонинг қарама – қарши маркази бўлимида жуда катта бўлмаган ўзгаришлар мавжуд
- II босқич (ривожланган) – қарама – қарши маркази бўлимида Кўриш майдонида аниқ ўзгаришлар, унинг торайиши билан боғлиқ
- III босқич (анча ўтиб кетган) кўз майдонининг чегаралари Айланаси бўйича (торайган) ёки сегментларнинг бирида аниқ торайиши мавжуд
- VI босқич (терминал) кўриш қобилияти йўқолган ёки ранг билиш, баъзан кўриш майдонидан кичик бурчак сақланиб қолади.

Ташхис куйишда кўз ички босими даражасига қараб:

A – кўз ички босими нормада $P_o < 22$ мм симоб устуни

В – кўз ички босими сал ошган $P_o < 33$ мм симоб устуни

С – кўз ички босими юкори $P_o > 32$ мм симоб устуни тури белгиланади. [58]

Яна кўриш функциясига караб, стабил ва стабил бўлмаган глаукома булади. [56]

Яна глаукомани бошқа муаллифлар, глаукома белгиларисиз ва белгилари билан ривожланиб борадиган глаукомага бўладилар. Белгиларсиз ривожланадиган глаукоманинг тури бугунги кунда Европа ва Шимолий Америкада кўп учраяпти. Бемор ўзида (баъзида терапевт) бу касаллик борлиги хақида тасаввурга хам эга бўлмаган холида текшириб кўрилганда ривожланган глаукомага чалинганлиги аниқланади. Белгили глаукома эса белгисиздан фарқли ўлариоқ, кучли оғриқлар, кўриш майдонини торайиши ва бошқа белгилар билан кечади. [1,19,20,21,22,23,30,31,38,43,45,46,47,49,56,61,63,69]

1.2 Глаукома касаллигини даволашда қўлланиладиган дори воситалар ва уларни қўллашга тавсиялар хақида маълумот

Глаукомани дори препаратлар ёрдамида даволаш хозирги замонавий офтальмоскопия соҳасини энг долзарб ва мураккаб муаммолари хисобланади.

Охирги ўн йиллик ичида ишлаб чиқарилган глаукомага қарши гипотензив воситалар шифокорларда ишончни ва қандайдир сусайишни хосил қилди.

Ногирон ва глаукома касаллиги натижасида кўр бўлганлар хақида маълумотларга кўра Россияда ва Алмати (Қозоғистон) да бундай касаллар, биринчи ўринни эгаллайди, ушбу касаллик бўйича хисобга олинган беморлар ичида, атиги 55–60% дори препаратлар ёрдамида гипотензив воситалардан кундалик қабул қилиш шарти билан самарали даволаниши мумкин. [42,12]

Антиглаукоматоз дори воситаларига миотиклар, α_2 – адреноагонистлар, адреналин препаратлари, β – адреноблокаторлар, F2 α простагландинлари ва карбоангидраза ингибиторлари киради. Гипотензив препаратларни кўз гидродинамикасига таъсирига асосан якки гуруҳга бўлиш мумкин: Кўз суюқлигини ажралишини кўпайтирадиган дори воситалари ва кўз суюқлиги ажралишини тухтатадиган(камайтирадиган) дори воситалари.

Кўз суюқлигини ажралишини кўпайтирадиган (яхшиловчи) дори воситалари:

1. Миотиклар

- А. Пилокарпин. «Пилокарпин гидрохлорид» 1%, 2%, 4% эритмалари (Россия, Украина), «Изопто – карпин» 1%, 2%, 4% (США), «Офтанпилокарпин» 1% (Финляндия), «Окурил» ва б.
- Б. Карбахол. «Изопто – карбахол» 1.5 ва 3%(США).

2. Симпатомиметиклар

- А. Эпинефрин. «Глаукон» 1% ва 2% (США), «эпифрин» 0,5%, 1% ва 2% (США)
- Б. Дипиверин. «Офтан – дипивефрин» 0,1% (Финляндия)

3. F2 альфа простагландинлар (увеосклерал оқиб кетиш йўлини кўчайтирадиган дори воситалар)

- А. Латанопрост. «Ксалатан» 0,005% (США)
- Б. Травопрост. «Траватан» 0,004% (США)

Кўз суюқлиги ажралишини тухтатадиган дори воситалар:

1. Селектив симпатомиметиклар

- А. Клонидин (клофелин). «Клофелин» 1,125%, 0,25%, 0,5% (Россия)

2. Бета – адреноблокаторлар

- А. Носелектив ($\beta_{1,2}$) адреноблокаторлар. Тимолол 0,25%, 0,5%. «Офтан тимолол» (Финляндия), «Тимолол – ЛЭНС», «Тимолол – ДИА» (Россия), «Тимогексал» (Германия), «Арутимол» (США), «Кўзимолол» (Испания), «Ниолол» (Франция), «Окумед», «Окумол»

(Индия), «Тимоптик», «Тимоптик — депо» пролангирлаштирилган шакли (Нидерланды), «Проксодолол».

Б. Селектив (β_1) адреноблокаторлар. Бетаксалол 0,5%. «Бетоптик» 0,5%, «Бетоптик С» 0,25% кўз суспензияси (Бельгия)

3. Карбоангидраза ингибитори

А. Дорзоламид. «Трусопт» 2%(США)

Б. Бринзоламид. «Азопт» 1% кўз суспензияси (США)

В. Дорзоламид гидрохлорид

Комбинирланган препаратлар

1. Проксофелин (проксодолол + клофелин), Россия
2. Фотил (тимолол 0,5% + пилокарпин 2%), Финляндия
3. Фотил форте (тимолол 0,5% + пилокарпин 4%), Финляндия
4. Нормаглаукон (пилокарпин 2% + метипранолол), Германия
5. Косопт (дорзоламид 2% + тимолол 0,5%), Франция [54]

Энди эса юқоридаги дори воситаларни тўлиқ ташлил қилиб чиқамиз:

Кўз суюқлиги чиқишини яхшиловчи воситалар.

Холиномиметиклар. Кўзни ички босимида патогенезида дастлаб холиномиметиклар очилган. Холиномиметикларни энг асосий авзаллиги уларни кўз ички босимига таъсири. Кўз қорачигини торайтиради ҳамда кўзнинг олдинги камераси бурчагидан камалак илдизини тортиб, улар кўзнинг дренаж тизимига дори воситалари киритилишини яхшилайдди. Бир вақтнинг ўзида трабекуляр диафрагма чўзилиб, унинг суюқликни ўтказувчанлиги ошади, шлемм канали кенгаяди. Кенгайган қорачиқ ва камалак илдизи бурчаги олдинги камерада улар кўз системасида вегетатив тизимини фаоллигини оширади. Препарат ишлатилиши билан бир вақтда аккомодация ҳам 10—30 мин сўнг салбий спазмлари юзага келади. Шу боис юқори концентрацияли препаратларни кўз тўқимасида

доимий ушланиб туриши мақсадга мувофиқ эмас, ушбу шароит самарадорликни пасайтиради, чунки цилиар мушакларни турғун торайишига олиб келади. Цилиар мускулларни функционал ҳолати кўз фаолиятида ўта муҳимдир. Бу мускулларни қисқаришида трабекуляр аппаратда массаж қилинса, тетиклашади ва тозаланади, қон айланиши ошади. Шунинг учун бир йил давомида даврий тартибда (1–3 ойга) пилокарпин қўлланилмайди, унинг ўриндоши миотик бўлмаган антиглаукома воситалари ишлатилади. Сезгирлиги юқори бўлган беморларда препаратларни юқори концентрациясини қўлашда кучли бош оғриқларга олиб келиши кўзатилади. Баъзи беморларда узоқ қўлланилганда фолликуляр конъюнктивит ривожланиши қайд этилади. Пилакарпин ирит, иридоциклит ва иридоциклитик кризисларда қўлаш ман этилади.

Кўзнинг олди қисми касалликларида ҳам уни ишлатиш тавсия этилмайди.

Шу билан бир қаторда, уларни узлуксиз ишлатилиши кўз ички мускулларини фиброз ўзгаришларига, қайтмас миозга, олдинги кўз томирларини ўтказувчанлигини кўтарилиши, дори воситаларни таркибини ўзгариши, қовоқда аллергик дёрмитлар, блефаритлар, орқа синехияларни хосил бўлишига олиб келиши мумкин. Ножўя таъсирларидан яна, диарея, сўлак оқиши, кўнгил айниши, терлаш, мушаклар спазми, бош айланиши, брадикардия, қон босимининг тушиш холлари, бронхиал астма, паркинсонизм, ошқозон яраси, юрак касалликларининг кечиш жараёнларини чуқурлаштириши мумкин. [29]

Пилокарпин ўсимлик алколоиди бўлиб, *Pilicarpus pinnatifolius fabvanoli* ўсимлигидан олинади. Глаукомага қарши ҳаммага танилган ва энг кўп ишлатиладиган препаратдир.

1,2% ва 45% — кўз томчилари сифатида чиқарилади, эритманинг 1 мл 0,01; 0,02 ёки 0,04 г пилокарпин гидрохлорид ёки пилокарпин

нитратни сақлайди, 1,5 мл тубик—томизғич ёки 5,10,15 мл флаконларда қадоқланган ҳолда чиқарилади. (жадвал — 1)¹

Эритмани 1—2% концентрациялари энг кўп ишлатилади. Эритманинг концентрацияси кескин ошиши гипотензив эффеқтини деярли кўтарилишига олиб келмайди. Лекин ножўя таъсирини ошириш эҳтимолига олиб келади.

Пилокарпин эритмасини бир марта томизиш вақтидаги гипотензив эффеқтини давомийлиги индивидуал тарзда ўзгарувчан ва 4—8соатни ташкил қилади.

Таъсири узайтирилган пилокарпин кўз томчиларида эритувчи сифатида 0,5 ёки 1% метилцеллюлоза эритмаси, 2% карбоксиметилцеллюлозанинг эритмаси ёки 5—10% поливинил спирт эритмаси ишлатилади. Бундай эритувчиларни қўлланилиши бир марталик инстиляцияда таъсир этишни давомийлигини 8—12 соатгача узайтиради.

Пилокарпинни ишлатишда ножўя таъсирлардан миозни таъкидлаб ўтиш жоиз. Миоз инстиляциядан 10—20 дақиқадан сўнг бошланиб, 6 соатгача давом этади. Узоқ муддат ишлатилганда миоз доимо сақланиб туради. Бундай ҳолат катта ёшдаги беморларда факосклероз ёки бошланаётган катарактада муҳимдир.

Препаратни ишлатгандан сўнг (10—30 дақиқа) аккомадацияни салбий спазми ҳосил бўлишини таъкидлаб ўтиш зарур. Шу боис кўз тўқималарида препаратни юқори концентрациясини доимо ушлаб туриш мақсадга мувофиқ эмас, чунки бу ҳолат самарасини пасайтирувчи шароит яратиб цилиар мускулар спазмига олиб келади.

Ўзбекистон олимлари томонидан холиномиметик — «изоптокарбахол»ни ёпиқ бурчакли глаукомани лазер операциясида қўлланилиши, миотик — «окурил» препаратларининг ўзбек миллати вакилларига гипотензив таъсири ўрганилган.

¹ Илова — 3 га = аралсин

Тадқиқод давомида 1,5%ли изокарбахол (холиномиметик ва антихолиноэстераза таъсири) ишлатилган. Изоптокарбахол пидокарпинган нисбатан турғун гипотензив самарадор. Таъсил учун 2 гуруҳ беморлар танлаб олинган ва 1,2 — гуруҳ беморлари операциядан олдин ва кейин консерватив даволандилар ва 1 гуруҳ вакилларигагина изоптокарбахол ҳам қўлланилди. Операциядан сунг беморлар 3 йил давомида назорат остида бўлдилар ва бунда 1 гуруҳ вакиллари 65,7%ида бошланғич кўриш функцияси сақланган, турғун, нормал офтальмотонус кўзатилди. Изоптокарбахолни операциядан сунг ҳам қўлланилганлиги, реактив гипертензияни ривожланишини олдини олди ва 16 соат давомида турғун миозни чақиради. [3]

Окурил — антихолиноэстераза қатори миотики бўлиб, узоқ гипотензив самарага эга. Томизилгандан кейин 6—12 соатдан сунг кўз ички босимини максимал даражада пасайтиради ва баъзида бу ҳолат 90—120 соатгача сақланиши мумкин. Аммо бу препаратнинг ножўя таъсирлари кўп, лекин улар дори воситасини узоқ ва мунтазам қўллаганда йўқолиб кетади. Таҳлил учун юқори кўз ички босимли беморлар танлаб олинган. Тадқиқод натижасида дори воситаси томизилгандан сунг кўз ички босими 1 — 25 мм симоб устуни (ўртача 11.4 мм симоб устуни) кўрсаткичигача пасайгани, шу билан бирга окурилни камалак парда шишган ҳолатда қўллаш хавфлилиги ва препаратга тез ўрганиш ҳолатлари кўзатилди. [45]

α ва β — стимуляторлари

Бу гуруҳга элинефрин ва дипивалил элинефрин киради, улар α ва β — рецепторини тўғридан — тўғри стимуллайди.

Эпинефрин (адренамен) — очиқ бурчакли глаукомада дастлаб қўлланган симпатомиметикдир. Терапияда эпинефринни 1—2% ли эритмаси глаукомада ишлатилган. Эпинефринни гипотензив таъсири 2 факторга боғлиқ. 1—чи эпинефрин кўзда ишини келтириб чиқаради. 2—чи уни хосилаларини йўқотади. Маҳаллий ножўя

таъсири узоқ қўлланилганда конъюнктивитда, хроник – алергик конъюнктивитда, кўз ёш оқишида гиперелия беради. Бу реакциялар 50% беморларда учрайди. Баъзида қовоқда қора пигментация, конъюнктивитлар, шох пардани ялиғланиши учрайди. Жуда жиддий асорат сариқ ишишларни пайдо бўлишидир. Умумий ножўя таъсирига артериал босимни кўтарилиши, тахикардия, аритмия, юрак соҳасида оғриқ, мия қон томирларида қон айланиши бузулиши киради. Бу препарат ёпиқ бурчакли ва аралаш глаукомада, эпинефринга юқори сезувчанликда, артериал гипертонияда, атеросклерозда, қандли диабетда, тиреотоксикозда қўллаш мумкин эмас. Хомиладорликда ҳам кўз томчиси буюрилмайди.

Дипивалил эпинефрин – замонавий эпинефрин шаклидир. У кўз томчиси шаклида 0,1% ли эритмаси 10 мл ли флаконларда чиқарилади. Дипивалил шох пардадан биотрансформацияланади. Дипивалил мепофил бўлганлиги учун кўздан 10 марта енгил ўтади. 0,1% ли дипивалил эритмасини гипотензив таъсири эпинефларини 2% ли эритмасига тенгдир. Одатда 1 кунда 1–2 марта қўлланилади. Махаллий ножўя таъсири эпинефринга қараганда камроқ. Баъзида кўзнинг олдинги қисмларида ва қовоқда пигментация, токсик макулопатия кўзатилади кам концептцияларда дипивалил кўз томчиси ёши катта беморлар ва шахсларда артериал гипертония ва бошқа юрак қон томирларда ўзгаришларга олиб келади.

Простагландин F_{2a} Латанопрост простогландин F_{2a} ни ўтмишдагидир, у глаукомани махсус даволаш тизимида аниқланган. Латанопрост офтолмотонусни пасайтиради. Таъсири юзага чиқиши простогландинни F рецепторлари билан боғланишига боғлиқ. Латанопрост 0,005% ли эритмаси 2,5 мл ли флакон томчидонда чиқарилади. Кунига 1 марта ишлатилади. Гипотензив таъсири давомийлиги 0,5% ли тимолол малеатга тенгдир. Ножўя таъсири 3 ойдан кейин камалак пардада пигментацияси хаворангдан қўнғир

ранггача бўлади. Латанопрост билан даволашда олдда увеит ва мокуляр шишлар юзага келиши мумкин.

Латанопрост простагландин $F_{2\alpha}$ ни ўтмишдошларидир, у айлана тана деворидаги рецепторларга юқори сезувчан. Хозирда латанопростнинг таъсир механизми аниқ ўрганилмаган, шуниси маълумки, у суюқликни кўзни орқа қисмидан чиқиб кетишини таъминлайди.

Фармакокинетикаси. Латанопрост қўлланилгач, шох пардадан тезда ўтиб, дастлабки метобалитини — латанопрост кислотасини ҳосил қилади, таъсир қилувчи самараси олдинги қисмда юзага чиқади. Қўлланилгандан 5 дақиқадан сўнг концентрация чўққиси ҳосил бўлади, 25 соат сақланади. Латанопрост жигарда метобалитланади ва 88% пешоб орқали чиқиб кетади.

Иvlo склеромик йўл суюқлигини текшириш: олдинги кўз камерасидаги суюқлик 2 хил йўл билан чиқади:

— оддий — суюқлик чиқувчи канал ва увеоскелерал металлор орқали;

— тўғридан — тўғри склерал қисмдан ва супраохориоидал қисмнинг олдинги қисмидан.

Охирги суюқлик склера орқали филътрланади. А.П. Нестеров 1976, И.Н. Черксов 1977 лар томонидан ўтказилган тадқиқодлар, босим ошиши увеол йўлда 2 мм симоб устинга тенг босимгача таъсир қилади. Увеол йўлдаги босим офталмотонусга таъсир қилмайди, чунки у суюқликни чиқариб юборади. Увеосклерал чиқиш йўлидаги босимни миотиклар мисол учун циклоплегик препаратлар оширади. Одамда увеосклерал йўл — 4%дан 27% гача сувли намлик чиқаради.

Увеосклерал чиқиш йўлини дорилар билан стимуллаш.

Яллиғланиш жараёнлари простагландинларга боғлиқ деган фикр офталмологиядан хозиргача сақланган, чунки бу синдром реактив операцияда ва операциядан сўнг содир бўлади. 80 йилларгача простагландинлар офталмотонусни пасайтиради, деган фикр

мавжуд эди. Латанопростни 0,005 % лиси 1 марта ишлатилганда афтальмотонусни 26—38% гача пасайтиради, ички кўз босимини 23—25 симоб устингача пасаяди. Гипотензив таъсири 48 соат сақланади, таъсири 24 соатдан кам эмас. Даволаш бошлангандан 2 хафтадан сўнг ишлатишни тўхтатиш лозим. Простогландин хосилалари қисқа даврли гиперемия чақиради. Камалак парда қораяди ва киприклар узаяди, 3—6 ойдан сўнг махаллий ва системали қўлланганда ножўя таъсирлари 4 босқичда содир бўлишини клиник синовларда аниқланади.

«Мультицентр» изланишлари кўрсатадики, латанопрост 1 марта ишлатилганда тимололни 2 марта қўллагандагидек самара беради. Кўз ички босими, 6 ой давомида даволанганда 84% ксалатан қабул қилган беморларда, 79 % тимолол томизган беморларда 21 симоб устунгача пасаяди. Ксалатаннинг гипотензив самараси тимололдан давомий, ва у тимолол — пилокарпин камбинациясига нисбатан ножўя таъсирлари камроқ. Тимол ва пилокарпин кўз нурига таъсир қилади, бу эса ксалатан мижозларида кўзатилмайди. 49 мижоздан 12 тасида тимол ва пилокарпин билан даволашда қуйидаги кутилмаган самаралар, ноқулайликлар кўзатилди:

- кўз нури камайиши ва оғриқ — 6 одамда
- кўз нури пасайиши — 2 одамда
- конъюнктивит гиперемияси — 3 одамда
- ўткир нафас қисиши — 1 одамда

Бундай холатлар 49 та мижозда ксалатан билан даволашда бартараф этилади. Асосан латанопрост офтальмогипертензия ва бирламчи очик бурчакли глаукомада буюрилади. АҚШ да, Буюк Британияда, Скандиванияда ва Японияда кенг миқёсда 3 — 24 ой давомида клиник синовлардан ўтганда, кўрилганки, бир марта қўлланилса ўртача суткалик кўз ички босими пасайиши 6.2—11.1 мм симоб устунига тенг. Солишгирма изланишларда латанопрост зидди 2 % ли дорзаламид ишлатилади, офтальмотонусни 1 марта

қўлланилганда ксалатан 8,5 % гача, дорзаламид 5,6 % гача пасайтириши аниқланди. АҚШ да латанопростни биматопрост Билан харажатлар — самарадорлик ташлили утказиш учун солиштирилганда латанопрост самараси бўйича биматопростдан афзал, лекин нархи баландроқ деб топилган.[62,65] Латанопрост тимолол билан яхши камбинирланади, кўз ички босим камайишини таъминлайди, улар алохида қўлланилганидан кўра латанопрост камбинацияси ингибиторлари (ацетозоламид, дозаламид, бринзоламид) карбоангидраза ва дитинэфрин билан маҳаллий ва умумий қўлланилса аддитив эффект қайд этилади. Ксалатан глаукомани барча турларини даволашда самарали гипотензив препаратдир. Умумий ножўя таъсирлари кўзатилмади. 6 ойдан кўп ишласа камалак парда ранги ўзгаради. Операциядан кейинги даврда ёки олдинги ёпиқ увеитларда ялиғланишларни кучайтиради. Бу гуруҳ препаратлари Италияда ҳам кенг қўлланилиб, шифокорлар томонидан простогландин унумларини 2002 йилда беморларга белгиланиши 18% га ошган. [61]

Латанопрост глаукомани даволашда юқори самарали ва хавфсиз гипотензив препарат сифатида тавсия этилади.

Унумларни йўқотувчи воситалар. α_2 — стимуляторлар клонидин кўз томчиси шаклида 0,125; 0,25; 0,5% ли тубик томчидонларда 1,5 млдан ёки 5 ва 10 млдан ишлаб чиқарилади. Клонидин ички кўз суюқлиги таъсирида тезда пасаяди. Гипотензив эффекти 30 дақикадан сўнг юзага чиқади, максимум даражага 3 соатдан сўнг бўлиб, 8 соатгача сақланади. Кунига 2—4 марта тавсия қилинади. Маҳаллий ножўя таъсири кўз қичиши, ёт моддалар қадалишида сезилади, офиз қуриши (20% беморларда), бурун битиши, гиперемия ва конъюнктивит (15% мижозларда), хроник конъюнктивит кўзатилади. [13]

Кўз суюқлиги ажралишини тухтатадиган дори воситалар

α ва β адреноблокаторлари. Проксодолол кўз томчиси шаклида 1 ва 2% ли эритмаси шиша флоконларда 5 мл тубик томчиларда 1,5 мл дан чиқарилади. Кунига 2 – 3 марта қўллашга тавсия этилади. Ички кўз босими максимал 7 мм симоб устунигача пасаяди. Таъсири бир марта қўллангач 8–12 соат давомида сақланади. Кўз ички суюқлиги камайишининг асосий механизмидир. Ножўя таъсири брадикардия, артериал гипотония, проксодолга таъсирчан беморларда бронхоспазм кўринишида намоён бўлади.

Препарат бронхиал астма, бошқа хроник ўпка касалликларида, юрак касаллигида, брадикардия, артериал гипотонияда тавсия этилмайди.

β_1 – адреноблокаторлар. Бетаксалол 0,5% ли эритмаси пластмасса томчидонда 5 мл дан чиқарилади. Кўз ички босимини камайиши 1 марта қўлланилганда 12 соат давомида сақланади. У қўлланилганда миоз, аккомодация спазми ва кўзни кўриш давомида қобилияти пасайиши кўзатилмайди. Одатда, кунига 2–3 марта қўллаш тавсия этилади. Ножуя таъсирларидан кам вақтли кўзда ноқулайлик ва кўз ёш оқиши содир бўлади. Кам холларда шох парда сезувчанлиги пасайиши, ранглилик, анизокория кўзатилади. β – блокаторлар билан узоқ муддат даволанган беморларнинг 7–12%ида «қуруқ кўз» синдроми кўзатилади.[6] Умумий ножуя таъсирлар маҳаллий қўлланилганда минимал ва кам учрайди. Перорал β – блокаторларни, резерпин, адренергик психотроп моддаларни, қандли диабет, тиреотоксикоз, бронхиал астма касалларга қабул қилиш эҳтиёткорлик билан тавсия этилади.

Ушбу гуруҳга кирувчи «Бетоптик С» дори воситасини очиқ бурчакли глаукомани даволашда самарасини аниқлаш учун 141 та бемор 200 та кўз, (буларнинг 74,3%ида ривожланган очиқ бурчакли глаукома бўлган) танлаб олинди. Таҳлил сўнгида препарат кўрув нерви диски ва тўр пардасида қон айланишини бузмаганлиги, юрак

– қон томир ва нафас тизимига нојўя таъсир кўрсатмаганлиги, кўз ички босимини турғунлаштириши кўзатилди. Препарат глаукомани даволашда қўлланиладиган танлов дори воситасига киритилиши мумкин. [19]

$\beta_{1,2}$ – адреноблокаторлар. Бу гуруҳ препаратларидан энг кўп қўлланиладигани тимолол малеатдир. Тимолол малеатни 0,25 ва 0,5% ли эритмаси 1 мл дан шиша ёки пластмасса флакон – томчидонларда 5 мл хажмда чиқарилади. Офталмотонус пасайиши механизми кўз секрецияси камайишига асосланган. Узоқ вақт қўлланилганда кўз суюқлиги оқиши яхшиланиши сезиларли даражада кўринади. Гипотензив эффект 20 миндан сўнг юзага келиб, максимал даражага 2 соатда эришилади, 24 соат давом этади. Кўз ички босимини пасайиши 35%ни ташкил қилади. Тимолол малеат кунига 1–2 мартагача қўлланилади. Маҳаллий қўлланилганда қорачиғ диаметрини ўзгартрмайди, аккомодация спазмасини (ҳолатини) чақирмайди, кўз олмасида қон айланишини бузилмайди. Маҳаллий нојўя таъсири кўз кўриши, конъюнктивит қичиши, шох парда эпителийс қичиши, нуқтали юза кератит, алергик блефаро конъюнктивит реакцияларидир. Жуда кам бўлсада, умумий характерли нојўя таъсирлари учрайди. Тимолол малеатта юқори сезувчанликда артериал босими пасайиши коллапсгача олиб келиши мумкин. Баъзида даволаш давомида брадикардия, аритмия, бош айланиши, мушаклар бўшашиши қайд этилади. У депрессия, психоастения чиқарилиши мумкин. Тимолол малеат шох парда дистрофиясида, қуруқ кератитда, унга юқори сезувчанликда, бронхиал астмада, хроник ўпка касалликларида, синус брадикардиясида, юрак етишмовчилигида беморларга суринакали ўпка касалликлари, кардиоген шокда, ўткир ва суринакали юрак етишмовчилигида, AV блокадаси II, III босқичида синоатриал блокадада, синус брадикардияси (45–50 дан камроқ бўлса), синус бурчаги заифлигида мумкин эмас. Маҳаллий қўллашга: шох парданинг дистрофик

касалликларида, бурин шиллиқ пардаларининг оғир алергик касалликларида, эмизикли пайтда, эрта болалик ёшида (чала ва янги туғилган болаларга) тавсия этилмайди, Чегарали қўллашга: ўпка эмфиземасида. Алергик бўлмаган суринкали бронхит, возомотор ринит, Рейно касаллигида, жигар ёки буйрак бузилишларида, ацидоз қандли диабет, гипогликемия, гипертиреоз, миастения, ўсиш ёшида, хомиладорликда, болалик ёшида эҳтиёткорлик талаб этилади. Ножўя таъсирлари: Сизги аъзолари ва асаб тизимида — бош айланиши, бош оғриғи, астения, холсизланиш, уйқи бузилишини, уйқисизлик, тунги босинқираш, депрессия, хаяжонланиш, галлютинация, кам вақтли амнезия, парестизе, миастения белгилари ошиши, қулоқда шангиллаш, кўз қочиши, кўз нури пасайиши, диплория, кўз шиллиқ парда қуриши. Маҳаллий қўлланилганда — кўз нури пасайиши (30 секунддан 5 дақиқагача 6%) кўзни қичиши, кўзда ёт моддалар сезилиши, нур рефракцияси ўзгариши, ёш оқиши, нурга сезувчанлик, шох парда сезувчанлигини пасайиши, шох парда эпителийси шиши, қовоқ соҳасида яллиғланиш. Конъюнктивит, блефарит нуқтали кератопания, кератит. Нафас системасида — бурин битиши, кўкрак қафасидаги оғриқ, йўтал, нафас буғилиши, димиқиш, бронхоспазм гипотензия, коллапс, Рейно синдроми. Оҳирги қисмларида, совуқотиш, оқсоқланиш, мияда қон айланишини бузилиши, мия ишемияси, синкопе, гемоглабин пасайиши, гематокрит. ОИС аъзоларида — оғиз қуриши, анорекция, диспептик холатлар, кўнгила айнаши, қусиш, диарея. Тери қаватларида — шишлар, тошмалар, псориаз, қичима, пруриго, алопеция. Жумладан, ангионевротик шишлар, қайтариш синдроми, тана массаси ўзгариши қизилча, либидони заифлашуви, импотенция. Пейрон касаллиги, гиперколиемия, гиперурикемия, гипертриглицеридемия. Алоҳида кўрсатма — Юрак етишмовчилиги бошида даволашда компенсациялаш мумкин. Жигар ва буйрак касалликларида дозалар пасайтирилади. 48 соатга қолдириш мумкин. Гипокалиемияни

йўқотиш учун диабетга қарши, инсулин, тиреотоксикозга қарши препаратлар қабул қилиш керак. Эринифрини қабул қилганда юқори сезувчанлик ва алергологик анамнезия бўлади. Кўзда яхши сўрилиши учун ишлатилгандан сўнг 1–2 мин сўнг кўз ёш каналини босиш керак. Ёпиқ бурчакли глаукомада фақат миотик восита сифатида ишлатиш мумкин. Тимолол ишлатилгандан 10 минут сўнг бошқа препаратлар ишлатиш мумкин. Маҳаллий қўлланганда кўз ёши канали қисмини, шох пардани кўриш майдони, кўз ички босимини назорат қилиш керак. Контакт линза қўллаш мумкин эмас, β -адреноблокаторларни қабул қилиш тўхтатилгандан 1 кун кейин тимолол бериш мумкин. Антилгаукоматоз препаратлар қабул қилгандан сўнг ички босимни ўлчаб даволаш давом эттирилади. Диққат талаб этувчи одамларда, хайдовчилар эҳтиёт бўлиши керак.

[71]

Алмати (Қозоғистон) кўз касалликлари КазНИИ томонидан фосфатдилинозитол асосида 1 мкмли мицелларли дори воситаларини янги транспорти ишлаб чиқилиб, у юзасида гидродинамик хоссали, сувли эритмаларда юқори стабиллик ва турғунликка эга бўлиб, юзасида салбий зарядлар сақлайди. Тиммаланинг 0,01% ли бу янги мицелляр тизим асосидаги тури яхши клиник натижалар кўрсатди ва камроқ концентрацияда ҳам самарага эришиш мумкинлигини исботлади. [4]

Тимоптик — депо — янги пролонгирланган тимолол малеатнинг шаклидир, 2 хил концентрацияда (0,25% ва 0,5% ли эритмалар) флаконларда, дозаторли идишларда ёки 1 томчили идишларда чиқарилади. Препарат кунига 1 марта қўлланилади. Гипотензив эффекти 24 соат давом этади организм қабул қилувчи дорининг умумий миқдори 2 марта камаяди. Шунинг хисобидан препаратни хавфсизлиги ошади, унинг ножўя таъсири пасаяди. Иқтисодий таҳлил шуни кўрсатадики, тимоптик — депо препаратини қабул қилиш

оддий пролангирланмаган тимолол малеатдан афзалроқдир.
[8,14,15,16,18,25,27,28,32,35,57,68,72,73,74]

Комбинирланган препаратлар.

Фотил, фотил—форте ва тимпило — улар тимолол малеат ва пилокарпин комбинациясидан иборатдир. Улар гипотензив эффектнинг ошишига олиб келади. Фотил ва тимпило 0,5% тимолол малеат ва 2% пилокарпин эритмаларини сақлаб, 1 мл эритма 56 мг тимолол малеат ва 20 мг пилокарпин гидрохлорид мавжуд. Максимал эффект 3—4 соатдан сўнг бўлади, гипотензив таъсири 12 соат сақланади. Кунига 1—2 марта қўлланади. Махаллий ножўя таъсири пилокарпин концентрацияси ошиши ҳисобига содир бўлади. Дастлаб кўзда қичишиш, кўзда оғриқ, конъюнктивитда гиперемия кўзатилади. Даволаш давом эттирилгач, бу ҳолатлар камаяди. Ножўя таъсирлари препаратлардаги каби.

Фотил — форте дори воситаси Ўзбекистон офтальмологлари томонидан кенг қўлланилиб келяпти ва уни самарадорлигини ошириш мақсадида изланишлар ўтказилган. Шулардан бирида, тадқиқодлар ўзбек миллатига мансуб кўз олмасинин анатомик тузилиши бир хил бўлган 57 та беморда ўтказилган 62 операция натижасига асослангандир. Монголоид ирқига хос бир хил кўз анатомик тузилишини инобатга олиб, икки гуруҳ беморларда лазер трабекулопластика модификацияси ўтказилди. Биринчи гуруҳда (33 кўз) операция усулидан олдин «Фотил — форте», пилокарпиннинг 4; ва тимолол малеатнинг 0,5% ли эритмаси қўлланилди. Назорат гуруҳида (29 кўз) бўлиб, бу беморларда операциядан олдин юқоридаги препарат қўлланилмаган. 3 йил мобайнида беморлар назорат қилинган. «Фотил — форте», препаратини Монголоид Ирқига мансуб ёпиқ бурчакли глаукома беморларида қўлланилиши, кўз ички босимини КИБ операциягача бўлган вақтда компенсация қилади, реактив гипертензияни олдини олиб, лазер операцияни

гипотензив самарадорлигини узоқ вақт таъминлайди. Шунинг натижасида даволаш усулининг самараси ошади. [3]

Карбоангидрозанинг ингибиторлари.

Дорзоламид гидрохлорид — карбоангидразанинг янги ингибитори, кўз томчиси шаклида, 2% ли сувли эритмаси 5 мл томчидонда чиқарилади. Максимал гипотензив таъсири 2 соатдан сўнг бошланади, 12 соат давомида сақланади. Бу препарат барча гипотензив препаратлар билан яхши комбинирланади ва даволаш самарасини оширади. Дорзоламид гидрохлорид қўшимча даволаш учун кунига 2 марта, алохида даволашда 3 марта ишлатилади. Жиддий ножўя таъсирлар қайд этилмайди.

Гипотензив препаратларни беморлар ҳолатини кўзатиш натижасида ҳеч қандай жиддий ножўя таъсирлари аниқланмади, фақат дори препарат қабул қилингандан сўнг қисқа муддатли енги кўз ачиши (80 % беморларда аниқланди) ва 15 % беморларда аччиқ таъм сезиш ҳолатлари кўзатилади.

Кундалик қўллашда беморни ҳолати эътиборга олинади. Ҳозирги даврда 1-чи бўлиб, β — адреноблокаторлар (тимолол — малеат) холиномиметик (пилокарпин) қўлланилади. Бошқа гипотензив препаратлар антихолинэстераз симпатомиметиклар, простагландинлар, карбоангидразанинг ингибиторлари) 2 ўринда ишлатилади. Улар β — блокатор ва пилокарпинга сезгирлик ошганда қўлланилади. Препаратларни алмаштириб қўллаш керак. Гипотензив препаратлар нафақат кўз ички босимини камайтирибгина қолмай, кўзда турли метоболитик жараёнларни юзага чиқаради. Дори препаратларни алмаштириш нормал метаболизмга олиб келади. [11,14]

Ўзбекистон Республикаси Реестрига кирган препаратлар рўйхати илова — 1 да келтирилган. [60]

1.3 Глаукома касаллигида қўлланиладиган дори воситалардан оқилона фойдаланиш муаммолари (СНГ бўйича)

Жаҳондаги ўлимлар сабабининг асосийси, кўпинча, дори воситаларини йўқлиги ёки уларнинг паст сифати ва нотўғри ишлатилишидир. БМТ маълумотларига кўра, 11 млн ўлим ҳолатларидан 8 млн (70%) ни олдини олса бўлар экан, чунки бунга сабаб бўлган касалликларни даволаса бўлади.

Замонавий дори воситалари тўғри ишлатилганда беморлар саломатлигини яхшилаш жараёнини тезлаштиради, лекин бунга эришиш бугунги кунда мушкул. Дори воситаларидан оқилона фойдаланиши етарли даражада эмаслиги нафақат СНГ балки Ўзбекистон соғлиқни сақлаш тизимининг ҳам муаммоси бўлиб қоляпти. Охириги йиллардаги бўлаётган ўзгаришларга қарамай, аввалгидек, ҳам самарали ёки умуман самарасиз, эски дори воситалар ишлатилмоқда, қиммат дори воситалар бозорда арзон генерик ва терапевтик ўринбосарлар бўлса ҳам сотиб олиняпти. Дори воситалари танлашга келганда шифокорлар, кўпинча, аниқ бўлмаган ва эски маълумотлардан ёки реклама билан боғлиқ ахборотлардан фойдаланишади. Беморларни даволаш амалиётидан дори воситалари ортиқча тез – тез, таъсир этиш механизми ўхшаш бўлган олдингилари бекор қилинмасдан, ножўя таъсирлари ҳам учрайдиган дори воситаларини олдини олиш учун профилактика мақсадида тайинланиши учраб туради. «Шифокор – бемор» даражасида дори воситаларидан оқилона фойдаланиш бемор учун тежамли, самарали, хавфсиз дори воситасини танлаш шифокор касб маҳоратига боғлиқ.

Дори воситаларидан оқилона фойдаланмасликка олиб келадиган омилларга:

– соғлиқни сақлаш мутахасисларини тайёрлашдаги камчиликлар,

– ишлаб чиқарувчилар, дистрибьюторлик фирмалари ва бошқалар томонидан дори воситаларини бозорга чекланмаган миқдорда киритилиши ва уни сотиш ҳаракатларини кенглиги,

– ишлаб чиқарувчилар томонидан дори воситалари ҳақида тўлиқ бўлмаган маълумотларни берилиши,

– этика меъёрларига қарши рекламани мавжудлиги,

– рецепт билан бериладиган дори воситаларини дорихоналарда чекланишларсиз сотилиши;

– истеъмолчиларни (бемор) дори воситаси ҳақида маълумотлари йўқлиги;

– дори воситалари ҳақида мустақил равишда маълумотлар олиш имкинияти етарли эмаслигини киритиш мумкин.

Бу омиллардан келиб чиқадиган муаммоларни хал этиш ва Ўзбекистон Республикасида дори воситаларидан оқилона фойдаланиш мақсадида, «Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги қошидаги Дори воситалари ва тиббиёт буюмлари сиёсати Давлат маркази» ташкил этилган бўлиб, унинг фаолият мақсади: «Оқилона тиббий ёрдамни ташкил қилиш ва дори воситалари ҳамда тиббиёт буюмлари давлат миллий сиёсати соҳасида стратегияни ишлаб чиқиш, тадбиқ этиш ва амалга ошириш»дир.

Давлат марказининг вазифалари қўйидагилардан иборат:

1. Ўзбекистон Республикасида дори сиёсатини ривожлантириш ва такомиллаштириш бўйича таклиф ва меъерий ҳужжатлар лойиҳаларини ишлаб чиқиш;

2. Самарали, сифатли, хавфсиз дори воситаларини аҳоли учун ҳаммабоплигини таъминлаш бўйича, ҳамда уларни оқилона белгилаш ва фойдаланиш бўйича таклифлар ишлаб чиқиш;

3. Соғлиқни Сақлаш вазирлиги буйруқлари ва фармойишларига биноан асосий дори воситалари рўйхатини ишлаб чиқиш ва бу рўйхатга кирадиган дори воситаларини танлаш бўйича мезонларни белгилаш;

4. Дори воситалари ва тиббий буюмларга бўлган эҳтиёжни аниқлаш ва улардан фойдаланиш бўйича мезонларни ишлаб чиқиш (ЎзРСС тизимидаги ДПМлар учун);
5. Асосий дори воситалари рўйхатига кирадиган дори воситалари учун жамланма эҳтиёжни аниқлаш, ҳамда гиёҳвандлик моддалари, психотроп воситалари ва прекурсорлар бўйича аниқланган эҳтиёжни умумлаштириш;
6. Дори воситалари ва тиббий буюмларини давлат томонидан харидини ташкил қилиш бўйича таклифлар тақдим этиш (уларни ассортиментини аниқлаш);
7. Аҳолини касалланиши, эпидемалогия ва фақулотдаги вазиятларни ҳисобга олган ҳолда Ўзбекистон Республикасида дори воситалари муомаласи кўрсаткичларини мониторинги тизимини ташкил қилиш;
8. Шифокорлар учун оқилона дори терапияси саволлари бўйича таклифлар ишлаб чиқиш;
9. Соғлиқни сақлаш тизимидаги ДПМ дорихоналари учун дори воситалари ва тиббиёт буюмларини сақланишини (сохранность) таъминлаш учун уларни тўғри ва аниқ ҳисобга олиш бўйича кўрсатмалар ишлаб чиқиш;
10. Дори воситалари ва тиббиёт буюмлари бўйича ахборот берувчи справочниклар, бюллетенлар, формуляр, нарх реестрларини ишлаб чиқиш ва чоп этиш;
11. Дори воситалари ва тиббиёт буюмлари бўйича рекламани жойлаштиришга рухсатномалар беришда иштирок этиш;
12. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш тизимидаги ДПМлар қошидаги доимий фаолият юритувчи хайъатга услубий ёрдамни ташкил этиш;
13. Ўзбекистон Республикасига мурувват ёрдами бўйича ДПМларга келтириладиган юкларни ўз вақтида тақсимлашга кўмаклашиш;

14. Янги дори воситалари ва тиббиёт буюмлари билан тиббиёт ва фармацевтик ходимларни таништириш мақсадида кўрказма, семинар, презентация, анжуманлар ўтказиш;

15. Тажриба алмашилиш мақсадида фаолияти ўхшаш ташкилотлар билан ҳамкорликни ташкил қилиш;

16. Марказ ваколатига кирадиган аҳолининг Соғлиқни сақлаш муаммолари бўйича гранд хайрия дастурларини амалга ошириш.

Россия, Украина, Белоруссия, Қозоғистон ва бошқа СНГ давлатларида дори воситаларидан оқилона фойдаланиш муаммолари билан танишиб чиқдик ва уларни бартараф этиш учун танлаган тизимларини кўриб, уларда формуляр тизимни тадбиқ этишга катта аҳамият берилаётганлигини кузатдик. Ўзбекистонга ҳам формуляр тизим тадбиқ этилаган.

Формуляр тизими — бу соғлиқни сақлашдаги тузулмалар ва бошқарув чора — тадбирларининг комплекси бўлиб, у тиббий ёрдамни аниқ шарт — шароитларни ҳисобга олган ҳолда максимал юқори сифатини таъминлаш ҳамда мавжуд ресурслардан имкон қадар ихшироқ фойдаланиш мақсадида дори воситалари билан таъминлаш ва улардан фойдаланилишининг оқилона, яъни ташкилий ва иқтисодий жиҳатдан самарали усуларини қўлланилишини таъминлайди. Ўзбекистонда формуляр доимий фаолиятдаги комиссия томонидан ҳар бир клиникада асосий дори воситалари рўйхатига мос равишда ишлаб чиқилади.

Формуляр тизимининг афзалликлари:

1. Хавфсиз бўлмаган ва самарасиз дори воситаларини рўйхатдан чиқариш касалланиш ва ўлим ҳолатларини камайтиради, беморнинг даволаниши ва шифохонада бўлиши давомийлигини қисқартиришга эришилади.

2. Сотиб олинadиган дори воситалари номенклатураси ва ҳажмларини тартибга солиш сотиб олишнинг умумий харажатларини камайтиради ёки ҳудди шу маблағларга кўпроқ

9. Йирик дистрибьюторлар ўртасида формуляр рўйхат бўйича буюртмани бажариш учун рақобатчиликни ошириши.

10. Имтиёзли сотилиши учун бюджетдан молиялаштирилиши асосида марказлаштирилган тартибда сотиб олинган ва ваколатланган дорихоналар бўйича тақсимланган дори воситалари дорихона муассаси учун оғир юк бўлмай, аксинча дорихона ишини молиявий қўллаб — қувватлаш имконини беради.

11. Формуляр тизимини жорий этишда ҳудуднинг маъмурияти, имтиёзли дориномалар бўйича хизмат кўрсатилиши учун энг қулай шартларни таклиф қилган чакана савдо тузулмаларини танлов асосида танлаб олиши мумкин.

Формуляр тизими, яққол кўриниб турган афзалликлари билан бир қаторда маълум камчиликларга ҳам эгадир:

1. Формуляр рўйхати шифокорнинг беморни даволашга ижодий ёндашувини маълум даражада чеклайди ва унинг клиник фикр қилиши маҳсулининг натижаларини беморга нисбатан қўлланишини ушбу рўйхат доирасида чеклаб қўйиши мумкин.

2. Формуляр рўйхатининг ўзгартирилиши ундаги маълумотларни янгилаш учун керакли вақтни талаб қилади.

3. Формуляр тизимига ўтилиши қўшимча ташкилий харажатларни талаб қилиши мумкин.

4. Бундай иш, формуляр рўйхатиг киритилмаган дори воситаларини харид қилиш учун маблағларнинг захираланилишини тақозо этади.

Лекин бу камчиликларни ҳам ечими бор. Яъни Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти тавсиясига кўра, формуляр камида икки йилда бир мартаба кўриб чиқилиши керак. Доимий фаолиятдаги комиссия таркибидаги шифокор, фармацевтлар формулярга Янги дори воситаларини киритиш учун таҳлиллар (масалан: ABC\VEN таҳлили) ўтказиб, дори воситалари самараси ва ишончилигини исботлашлари керак. Бунда шифокорларни етарли ахборот билан

таъминланиш муаммоси ҳам емини топади. Бу ҳаракатлар харажатларни талаб қилсада, натижасида дори воситаларига кетадиган пул маблағлари миқдорини тежалишига олиб келади.

Ўзбекистон бу масалаларда тўғри йўлни танлади. Дори воситаларидан оқилона фойдаланиш тизимини йўлга қўйиш эса вақт ва малакали мутахасисларни талаб қилади. [2,5,9,26,40,41,49,51,54,55,70]

Хулоса

1. Адабиётлар шархидан маълум бўлишича, глаукома касаллиги долзарб муаммо бўлиб, фақатгина Ўзбекистонда эмас бутун Дунё миқёсида кишиларни кўзи ожиз бўлиб қолишига сабаб бўлмоқда;
2. Глаукома касаллигини даволаш усулларни чет элда ва Ўзбекистонда олиб борилаётган даволаш усуллари орасида тафовутлар борлигини кўриб чиқдик;
3. Глаукома касаллигини даволашда қўлланиладиган дори воситалари ассортименти дунё ва Ўзбекистон бўйича ўрганиб чиқилди;
4. Юқоридагиларга кўра, глаукомада қўлланиладиган дори воситаларига ABC\VEN таҳлили ўтказишга зарурат борлиги аниқланди;
5. Глаукома касаллигида қўлланиладиган дори воситаларига 100 ўрин\кунга DDD ҳисоблаш эҳтиёжи туғилди.

II ИЗЛАНИШ МАТЕРИАЛ ВА УСУЛЛАРИ

2.1 Таҳлил қилиш усуллар

Глаукома касаллигининг нозологиясини аниқлашда статистик кўзатиш усули, математик – статистик усул ва таққослаш, клиник – иқтисодий таҳлил усулари қўлланилди. Глаукома касаллигида қўлланиладиган дори воситаларини (2003 – 2007 йиллар) ABC/VEN таҳлили ва DDD таҳлили усулларини қўллаб, ҳисоб – китоблар олиб бордик. Уларнинг тарифлари қуйида келтирилган:

- ABC/VEN таҳлил ҳақида маълумот

ABC/VEN таҳлил клиник – иқтисодий таҳлил усули ҳисобланади. Баъзи адабиётларда уни «Оқилона фармацевтик менежментнинг усули» деб аталган. [37,41]

ABC таҳлил. Истеъмолни кўрсатувчи асосий кўрсаткичларидан бири, ғамламаларни бошқариш усули ердамида аниқланадиган кам сонли дориларни максимал истеъмолидир. Аниқланишича дори воситалари номенклатурасининг 10 – 20%и (нархда) 70 – 80% хажмда истеъмол қилинар экан. Жадвалда 3 гуруҳ дори воситаларининг номенклатурасининг солиштирма оғирлиги ва хажми (нархда) кўрсатилган.

Жадвал – 2

Гуруҳ	Истеъмол	
	Номи%	Хажми%
А	10 – 20	70 – 80
В	0 – 30	0 – 25
С	60 – 80	5 – 20

Жадвалда гуруҳлар аниқ чегараланмаган. Улар таҳлил мақсадига кўра ўзгариши мумкин, лекин шу озгина номенклатурадаги дори воситаларни олиш учун молия ресурсларининг асосий қисми кетиб қолади. А гр га руйхатдаги дориларнинг 10 – 20 % номдагилари кириб, уларга дори воситаларга ажратилган бюджетнинг 70 – 80% и

сарфланади, В грга уртача қўлланиладиган дорилар кириб, уларга дори воситаларига ажратилган бюджетнинг 20—30 %, С грга дори воситаларига ажратилган бюджетнинг 10 %и сарфланади. [36]

ABC таҳлилнинг асосий мақсади эса айнан шу дори воситалари номенклатурасини аниқлаб, сотиб олинadиган дори воситалари турини камайтиришдир.[26] А гуруҳига кирган дори воситалари албатта формуляр рўйхатига киритилади. ABC таҳлил натижасида чиқимларни камайтиришда ва сотиб олишни режалаштириш, молларни график бўйича етказиб бериш, энг арзон махсулотни танлаш, ходимларни таксимлаш, ғамламаларни бошқариш, яроқлик муддатига эътибор бериш, истиқболни аниқлаш ва бошқалар самараси ошади.

Тадқиқодчи манфаатларидан келиб чиққан холда, ABC таҳлилнинг қуйидаги турлари таснифланади:

1. Ташкилот, даволаш муассасаси, вилоят, мамлакат миқёсида турли препаратларни сотиб олиш (закупка) таҳлили;
2. Айнан бир паталогияда қўлланиладиган дори воситалари таҳлили;
3. Дори воситаларини турли гуруҳларини сотиб олиш таҳлили;
4. Бир фармакологик гуруҳ ичида дори воситаларини сотиб олиш таҳлили.[34]

Биз айнан бир паталогияда қўлланиладиган, яъни глаукома касаллигини даволашда ишлатиладиган дори воситалари таҳлилинини утказдик.

Таҳлил натижасида ABC гуруҳ вакилаларидан самарадорлиги кам, жуда қиммат, қайтариладиган дори воситаларини қисқартириб, маблағларни тежаш мумкин.

VEN таҳлил. Формуляр рўйхатидаги дори воситаларни асосий далил пойдевори бўлиб хизмат қилади. VEN таҳлил — Дори воситасини афзаллик томонларини аниқлаш тизими. VEN таҳлил дориларни таъсири , самарасига қараб V,E,N гуруҳларига

ажратилади. V (VITAL) гуруҳи – ҳаётӣ зарур дори воситаларини гуруҳи бўлиб, уларни йўқлиги ёки беришдан тўхталиши оғир ва салбий асоратларга олиб келиши мумкин. Бу гуруҳга дори воситаларига ажратилган умумий маблағдан 50–70% ишлатилади. Бундан қуриниб турибдики, ушбу гр вакиллари мажбурий тартибда формуляр рўйхатга киритилади. E(ESSENTIAL) гуруҳи – энг қўл келадиган, оғир бўлмаган, лекин жиддий касалликларни даволашда қўлланиладиган муҳим ва самарали дори воситалар. Уларга сарфланган маблағ 30–35%дан ошмаслиги керак. N(NON-ESSENTIAL) гуруҳи – энгил, чегараланган касалликларда ишлатилмайдиган, жуда қимматбаҳо ёки гумонли самарадорликдаги, аҳамиятсиз фармакологик кучга эга дори воситалар. Уларга 5–10% молия маблағлари кетган бўлиши керак. Баъзи ҳолларда бу гуруҳга кирган ёрдамчи воситалар формулярдан чиқарилиб ташланиши ёки назарий ҳисоб – китобларга киритилмаслиги мумкин.[26]

VEN мезонлари таснифи

Жадвал – 3

Мезонлар	V	E	N
Касалликнинг тез – тез учраши			
Касланган аҳолии қисми	>5%	1–5%	<1%
100 минг киши аҳолидан беморлар сони	200	50–100	50
Тузалиш ҳолларининг сони	Ўртадан ката	кам	Жуда кам
Касалликни оғирлиги			
Ҳаёт учун хавфли	Бўлиши мумкин	Тез – тез эмас	Кам
Сурункали	Бўлиши мумкин	Тез – тез эмас	Кам
Ишга лаеқатсизлик билан тугайди	Бўлиши мумкин	Тез – тез эмас	Кам
Ишга лаеқатлини чегаралайди	Тез – тез	Баъзида	Кам
Мезонлар	V	E	N
Терапевтик самарадорлик			
Дори воситаси таъсири	Профилактика, даволаниш, асоратларни олдини олиш	Даволаниш ва асоратларни олдини олиш	Касалликни уз биларча даволаш, асорат екм белгиларни бартараф қилиш
Терапевтик	Исботланган	Бўлиши мумкин	Бўлиши мумкин

самарадорлик	самарадорлик	бўлган самарадорлик	бўлган самарадорлик маълум эмас еки самарасизлиги исботланмаган
Мезонлар	V	E	N
Қиймати			
I даволаниш курсининг ўртача қиймати (уткир ҳолат)	Паст	Ўрта	Юқори
I йил даволаниш курсининг ўртача қиймати (сурункали ҳолат)	Паст	Ўрта	Юқори

Жадвалда дори воситасини V, E, N гуруҳига киритиш учун мезонлар келтирилган. VEN таснифини долзарблиги ва юқоридаги мезонлардан келиб чиққан ҳолда, уни аниқлаш юқори малакали, тайёрланган мутахассисларга топширилиши керак. Таҳлил пайтида асосий эътибор дори воситасининг самарадорлигига қаратилиши керак, нархи эса иккиламчи кўрсаткич.

VEN таҳлил натижаларини қўллашни соддалаштириш учун формуляр рўйхатдаги дори воситаларни V, E, N харфлари билан белгиланган.

VEN таҳлил қуйидаги мақсадларда қўлланилади:

1. бюджет ажратмалари камайган пайтда тез ва осон қисқартмалар киритиш;
2. асосий, энг керакли дори воситалар ғамламасига эга бўлиш ва уни тўлиқлигини таъминлаш;
3. нархни ҳаётий зарур дори воситалар ноасосий дори воситалар ҳисобига қўйилиши;
4. инсоний ресурсларни кўтарасига тақсимлаб, сосий ва ҳаётий зарур дори воситаларининг борлигини назорат қилиб туриш.[36,7,37,39,59]

- **DDD** таҳлил ҳақида маълумот

Муқобил суткалик доза концепцияси (DDD)

Ўтган асрнинг 60 – йилларида Шимолий Европа ва Буюк Британияда дори воситаларини истеъмол кўрсаткичларини аниқлаш тадқиқотини ривожланишига туртки бўлди. Arthur Engel(Швеция) ва

Pieter Siderius (Нидерланды) лар асос бўлган ишлари кўпгина олимларни эътиборини турли мамлакатлар ва худудларда дори воситаларнинг истеъмоли миқдорини солиштириш зарурлигига қаратди. Мутахассислар томонидан 1966—1967 йилларда антибактериал дори воситалари Европанинг 6 та давлатининг истеъмолкўрсаткичларидаги фарқлари, ХССТ ни 1969 йилда Ослода «Дори воситалари истеъмоли» бўйича илк йиғилишини ўтказишга ундади. Бунинг натижасида дори воситалари истеъмолини таҳлил қилувчи гуруҳ (European Drug Utilization Research Group — DRUG) тузилди. Утказилган биринчи илмий — тадқиқотлар бу кўрсаткични солиштириш имконини бермади. Бу муаммони ечиш мақсадида, Шимолий Ирландия, Норвегия, Швеция олимлари Янги ўлчов бирлиги «Келишилган суткалик доза» (agreed daily dose) ни ишлаб чиқдилар. Сўнг уни «Белгиланган суткалик доза» (defined daily dose) деб ўзгартирдилар. Бу ўлчов бирлигининг таърифи қўйидагича: Асосий кўрсаткичи бўйича катталарда қўлланиладиган, дори воситасининг таъсирини ушлаб турувчи ўртача доза.

Биринчилар қаторида DDD — методологичсини Чехословакия қабул қилди, 1975 йилда Норвегияда эса илк тўлиқ миллий DDD рўйхати чоп этилди. [52]

DDD — бу ўртача дори воситасини таъсирини ушлаб турувчи суткалик хисобланган дозаси бўлиб, асосий кўрсаткичи бўйича катталарда қўлланилади.

DDD — бу ўлчов бирлигидир ва у PDD (prescribed daily dose) тавсия этилган еки белгиланган суткалик доза билан бир хил бўлиши шарт эмас. Бир еки бир гуруҳ беморлари учун берилган дори воситасининг дозаси DDD дан фарқ қилиши мумкин, чунки улар беморни индивидуал ўзига хослиги (еши, тана оғирлиги ва б.) ва препаратни фармакокинетик хусусиятларидан келиб чиққан ҳолда белгиланган.

Кўпинча, DDD турли мамлакатларда қўлланиладиган дори воситаларни дозалари ҳақидаги маълумотларни келишилган(компромисснўм) натижалари таҳлили бўлади. Баъзида DDD кам белгиланадиган дозага тўғри келади, чунки DDD икки ва ундан ортиқ белгиланган дозаларнинг ўртачаси ҳисобланади.

Дори воситалари истеъмоли кўрсаткичларини давлат миқёсида бир суткада 1000 аҳолига DDD, стационар миқёсида 100 ўрин – жойга DDD ва баъзи дори воситаларига йилига битта яшовчига DDD ҳисобланади.

Бир суткада 1000 аҳолига DDD

Дори воситалари сотилиш еки белгиланиш ҳажми ҳақидаги маълумотлар, бир суткада 1000 аҳолига DDD келтирилган бўлиб, бир еки бир гуруҳ дори воситасини қабул қилаётган аҳолини бир кунлик тахминан истеъмолини баҳолаб беради. Масалан: 10 DDD кўрсаткичи 1000 та яшовчидан бир суткада ўртача 1% и аниқ бир дори воситасини еки дори воситалари гуруҳини бир кун мобайнида қабул қила олишидан далолат беради. Боҳолашнинг бу тузилмаси ўртача белгиланган доза (PDD) ва DDD ўртасидаги келишилган аниқ кўзатилганда, узоқ вақт ичиладиган дори воситалари учун жуда яхши мос келади. Бундан ташқари, баъзида эслатмада таҳлилда қатнашган аҳоли сонини ҳам кўрсатиш мақсадга мувофиқ. Одатда, дори воситаларнинг умумий истеъмоли аҳолининг умумий сони, бунга барча ешдаги гуруҳлар киради, ҳисобидан саналади. Лекин дори воситаларининг баъзи гуруҳлари 45 ешгача бўлган кишилар томонидан кам ишлатилади. Турли давлатлар аҳолисининг еш тизимидаги фарқларига асосланган истеъмолидаги фарқларни тўғрилаш учун ешга изох курсатиш керак. Яъни, махражда аҳолининг айнан бир ешдаги гуруҳи сонини келтириш керак.

100 ўрин – кунга DDD

100 ўрин – кунга DDD таҳлилни касаллар учун стационар шароитда ишлатилган дори воситаларини таҳлилида ишлатиш мумкин. Ўрин – кун мазмуни турли шифохона та давлатларда фарқланиши мумкин, шунинг учун ўриннинг бандлиги кўрсаткичини орқали ўрин – кун сонини бир бирига тўғрилаш керак. Қиесий тадқиқодлар жараенида бир ўрин – кун мазмунини аниқлаш керак. Масалан: 100 ўрин – кунда ишлатилган уйқу дори воситиларининг 70 DDDси даволанишнинг интенсивлигини баҳолашни имконини беради, ҳамда хар куни стационарнинг 70% мижози битта уйқу дорилар DDD сини қабул қилади. Бу birlik шифохона даволаш фаолиятини баҳолаш учун фойдалидир.

Хар бир кишига йил давомидаги DDD си.

Хар бир кишининг йил давомидаги DDDси йилда хар бир кишининг даволанган кунларининг ўртача кўрсаткичини аниқлашга имкон беради. Масалан: агар хисобда 1 кишига йил давомида 5 та DDD кўрсатилса, бу истеъмом хар бир кишига 5 кунлик даволаш курсига тўғри келади. Бошқа томондан, агар даволанишнинг стандарт вақти аниқ бўлса, DDD нинг умумий миқдори терапевтик курслар сони деб хисобланиб, терапевтик курслар сонини аҳолининг умумий сони билан солиштирилади. [53,64,66,67,70]

2.2 Республика кўз касалликлари клиник шифохонаси хақида маълумотлар.

Изланиш учун материаллар Республика кўз касалликлари клиник шифохонасидан олинди.

Республика кўз касалликлари клиник шифохонаси 1965 йилда «Бирлашган махсус офтальмологик шифохона» номи остида очилган.

1980 йилдан «Республика кўз касалликлари клиник шифохонаси» деб номланади. Клиникада 1966 йилда Саидов Ш.С., 1967—1983 йилларда Хасанова Ш.С., 1983 йилдан шу кунгача Валиева К.С. бош врач лавозимида ишлаганлар.

Шифохона 122 та ўрин—жойга мўлжалланган. Улардан, I бўлимда 18 та стационар, 10та кундузги стационар; II бўлимда 24 та стационар; III — IV бўлимда 44 та стационар ва V бўлимда 26 та стационар ўрин—жой бор.

Шифохона бўлимлари қуйидагилар:

1. Катталар ва болалар учун консултатив поликлиника бўлими
2. Лазер бўлими
3. Болалар бўлими
4. Травматология ва умумий соматика бўлими
5. Глаукома ва катаракта бўлими
6. Офтальмопластик жаррохлик бўлими
7. Клиника биохимия лабораторияси
8. Физиотерапия хонаси
9. Рентгенология хонаси
10. Стерилизация бўлими
11. Дорихона ва бошқалар
12. Ташкилий ишлар хонаси

Шифохонада 33 та шифокор ишлайди. Шифохонада ордер асосида келган беморларга бепул хизмат кўрсатилади. Клиника пулик хизмат ҳам кўрсатади. Изланиш материаллари сифатида Республика кўз касалликлари клиник шифохонасининг 3— «Глаукома ва катаракта» бўлимида 2003 — 2007 йилларда даволанган 500та беморнинг касаллик варакалари кўриб чиқилди

Республика кўз касалликлари клиник шифохонасининг молиявий кўрсаткичлари жадвал — 4 да келтирилган бўлиб, йилдан йилга шифохонага ажратилаётган маблағ ва шифохона сарфларини

хам ошиб бораётганлиги кўриниб турибди. Шифохона дори таъминоти даражаси 95 — 98% ни ташкил этган. Бу эса hozirgi кунда юқори кўрсаткич хисобланади. (жадвал — 4)²

Хулоса

1. Глаукома касаллигини даволашда ишлатиладиган дори воситаларини таҳлил қилиш усуллари аниқланди;
2. ABCWEN ва 100 ўрин — кунга DDD таҳлил усули ва уни ўтказиш тартиби билан тўлиқ танишилди.
3. Республика кўз касалликлари клиник шифохонаси тадқиқотларимиз объекти сифатида танланиб олинди.

№	1-группа		2-группа		3-группа		4-группа	
	Кол-во	Средн.	Кол-во	Средн.	Кол-во	Средн.	Кол-во	Средн.
1	100	100	100	100	100	100	100	100
2	100	100	100	100	100	100	100	100
3	100	100	100	100	100	100	100	100
4	100	100	100	100	100	100	100	100
5	100	100	100	100	100	100	100	100
6	100	100	100	100	100	100	100	100
7	100	100	100	100	100	100	100	100
8	100	100	100	100	100	100	100	100
9	100	100	100	100	100	100	100	100
10	100	100	100	100	100	100	100	100

² Илова — 4 га = аралсин

III ТАЖРИБА ҚИСМИ

3.1 Ўзбекистон Республикасида глаукома касаллигининг 2003-2007 йиллардаги нозологияси таҳлили

“Глаукома жамғармаси” ва “Глаукома тадқиқотлари жамғармаси” томонидан ўтказилган таҳлиллар натижаларига кўра 2000 йилда дунё бўйича глаукома билан касалланган беморлар сони 67 млнга етди. Охириги 30 йил ичида жаҳон статистикасига кўра, кўр бўлиб қолган беморлар сони 14–15% ни ташкил қилади. Глаукома касаллигини Ўзбекистон Республикасида, айнан Тошкентда тарқалишини 1992–2001 йиллардаги Ўзбекистон Республикасида Соғлиқни Сақлаш вазирлигининг расмий статистик маълумотларнинг ретроспектив таҳлилини 1–ТошМИ нинг офтальмология кафедрасида ўтказилган (жадвал – 5). Биз эса бу таҳлилларни давомини 2003–2007 йилларни ретроспектив таҳлилини ўтказдик.

Жадвал – 5

Ўзбекистон Республикаси ва Тошкент шаҳри глаукома билан касалланганлар жами ва илк таъхис қўйилган аҳолининг таққослаш таълили динамикаси

(100 000 аҳолига)

Йиллар	Тошкент шаҳри				Ўзбекистон Республикаси			
	Катталар		Жами		Катталар		Жами	
	жами	илк	жами	илк	жами	илк	жами	илк
1992	327.15	33.62	218.54	22.20	331.66	58.32	179.43	31.78
1993	305.34	28.70	203.97	18.97	323.89	52.07	175.22	28.17
1994	339.69	29.71	226.91	19.55	302.93	54.68	163.88	29.70
1995	377.49	35.71	252.16	23.63	349.67	93.51	189.17	50.88
1996	247.94	57.18	166.10	37.99	305.62	89.97	165.34	48.94
1997	365.63	52.19	240.15	34.28	427.39	82.64	227.80	44.05
1998	724.52	99.48	209.29	28.74	533.54	98.71	213.26	39.45
1999	376.17	42.67	247.14	28.04	350.96	52.05	186.69	27.69
2000	351.65	54.61	232.95	36.77	356.76	55.05	197.35	32.43
2001	338.97	51.49	231.27	35.00	306.77	46.54	176.70	26.47

Рекроспектив таҳлилининг олинган натижаларига кўра, Тошкент шаҳри бўйича катта ёшдаги аҳоли ўртасида ва умумий кўрсаткич 10

йил ичида шуни кўрсатадики, глаукома касаллиги йилдан йилга аниқланиши ўсиб бормоқда. Агарда 1992 йилда 100 минг аҳолига катта ёшдаги беморлар ичида 33.6 ҳолат аниқланган бўлса, 1996 йилда эса уларнинг сони 1.6 маротаба ошди. Кўрсаткичларнинг энг катта даражаси 1998 йил бўйича аниқланди, яъни 100 минг аҳолига 99.4 ҳолатни ташкил қилган. Ушбу кўрсаткич 1992 йилга нисбатан 3 маротаба катта ўсиш кўрсаткичи ушбу давр учун 100000 аҳолига 65.8 ҳолатни ташкил қилган. Ретроспектив таҳлил Ўзбекистон Республикасидаги дастлабки касалликни аниқлаш қайтарилиши пастиги ўрта ёш аҳолида 1993–1994 йилларда эканлигини кўрсатган. Тошкентда ҳам шунга мувофиқ 1998 ва 1995 йилларда олдинги йилларга нисбатан аниқланиши ошган. Кўпайиш даражаси 1995 йилларда 100 минг аҳолига 35.2 ҳолат, 1998 йилда 100 минг аҳолидан 40.4 ҳолат қайд этилган.

1 расм³даги каби дастлабки касаллик кўрсаткичи қайд этилади. Табиий ўсиш аҳоли ўртасидаги глаукома билан касалланган беморлар кўз патологиясида энг кўп қайд этилди. Олинган маълумотлар шуни кўрсатадики, Тошкентда глаукома касаллиги билан касалланган беморлар мўтадилдир. Башорат (прогноз) даврига кўра 100000 аҳолидан 1.8 ҳолат 2006 йилда 45.4 ҳолатгача бўлган Маҳсус маълумотларга кўра, йиллик ўсиш ушбу касаллик билан касалланганлар 100 000 аҳолининг 3.3 тасида учраган бўлса, 2006 йилда 79.6 гача ўсган. Тошкентдаги ўсишни бугун Республика бўйича йиғилган маълумотларга солиштириш мумкин. Ҳозирги замонавий диагностик технология ривожини, лазер хирургияси, янги консерватив усуллар, жумладан глаукомани хирургик даволаш касалликни даволаш самарасини бермоқда. Глаукомали касалларни дастлабки белгилариданоқ рўйхатга олиш керак.

Маълумотлар таҳлил қилинганида ҳозирги вақтда Ўзбекистон Республикасида 100.000 аҳолидан 2–3 ҳолат қайд этилётганлиги

³ Илова – 2 га қаралсинг

аниқланди. Ёши катта аҳолида 100 мингдан 5—6 ҳолат қайд этилади. Ўртача Тошкент шаҳрида умумий республикада 2002 йилда 35 ҳолат қайд этилган. Катта ёшли аҳолида 100 минг кишидан 10—11 ҳолат мавжудлиги этироф этилади. (3,4 — расм⁴лар)[46]

Ўзбекистон Республикасида, глаукома касаллигини тарқалишини 2003—2007 йилларда «Саломатлик институти» статистик маълумотларнинг ректроспектив таҳлили ўтказилди. Бу маълумотларга кўра, 2003 йилда 100 000 та аҳолидан 144.55 тасини глаукома билан касалланган эканлиги қайд этилган бўлиб, касалланишнинг энг юқори кўрсаткичи Фарғона вилоятида 228.60 та бемор, энг паст кўрсаткичи эса Сирдарё вилоятида 56.58 та беморни ташкил этган. Булардан касалланганлиги хақида биринчи маротаба билган беморлар сони Республика бўйича 26.32 та беморни ташкил этиб, юқори кўрсаткич Фарғонада 64,12 та бемор, қуйи кўрсаткич эса Тошкент вилоятида 9.79 та бемордан иборат бўлган. Хисобот ойининг охирида диспансер кўзатуви остида бўлганлар сони 100 000 та аҳолидан 120.50 та бемор бўлган. Бу кўрсаткичлардан юқориси Фарғона вилоятида 245.89 та бемор, қуйиси эса Бухоро вилоятида 24.37 та беморни ташкил этган. (жадвал — 6)

Катталар орасида 2003 йилда 100 000 та аҳолидан 253.81 та беморни глаукома билан касалланган эканлиги қайд этилган бўлиб, касалланишнинг энг юқори кўрсаткичи Фарғона вилоятида 396.71 та бемор, энг паст кўрсаткичи эса Сирдарё вилоятида 101.68 та беморни ташкил этган. Булардан касалланганлиги хақида биринчи маротаба билган беморлар сони Республика бўйича 46.14 та беморни ташкил этиб, юқори кўрсаткич Фарғонада 111.28 та бемордан, қуйи кўрсаткич эса Тошкент вилоятида 16.34 та бемордан иборат бўлган. Хисобот ойининг охирида диспансер кўзатуви остида бўлганлар сони 100 000 та аҳолидан 211.63 та бемор бўлган. Бу кўрсаткичлардан юқориси Фарғона вилоятида 426.71 та бемор, қуйиси эса Бухоро

⁴ Илова -2 га каралсин

вилоятида 41.78 та беморни ташкил этган. Юқорида келтирилган сонлар глаукомани катта ёшли аҳоли ўртасида, асосан Фарғонада кўп тарқалганлигини кўрсатди.

2004 йилда 100 000 та аҳолидан 158.99 тасини глаукома билан касалланган эканлиги қайд этилган бўлиб, касалланишнинг энг юқори кўрсаткичи Фарғона вилоятида 310.88 та бемор, энг паст кўрсаткичи эса Сирдарё вилоятида 63.99 та беморни ташкил этган. Булардан касалланганлиги хақида биринчи маротаба билган беморлар сони Республика бўйича 33.49 та беморни ташкил этиб, юқори кўрсаткич Хоразм вилоятида 81.39 та бемор, қуйи кўрсаткичи эса Қашқадарё вилоятида 9.97 та бемордан иборат бўлган. Хисобот ойининг охирида диспансер кўзатуви остида бўлганлар сони 100 000 та аҳолидан 121.33 та бемор бўлган. Бу кўрсаткичлардан юқориси Фарғона вилоятида 201.55 та бемор, қуйиси эса Бухоро вилоятида 27.55 та беморни ташкил этган. (жадвал – 7)

Катталар орасида 2004 йилда 100 000 та аҳолидан 255.65 та беморни глаукома билан касалланган эканлиги қайд этилган бўлиб, касалланишнинг энг юқори кўрсаткичи Фарғона вилоятида 506.69 та бемор, энг паст кўрсаткичи эса Сирдарё вилоятида 108.91 та беморни ташкил этган. Булардан касалланганлиги хақида биринчи маротаба билган беморлар сони Республика бўйича 45.17 та беморни ташкил этиб, юқори кўрсаткич Хоразм вилоятида 139.67 та бемордан, қуйи кўрсаткич эса Қашқадарё вилоятида 15.49 та бемордан иборат бўлган. Хисобот ойининг охирида диспансер кўзатуви остида бўлганлар сони 100 000 та аҳолидан 193.86 та бемор бўлган. Бу кўрсаткичлардан юқориси Фарғона вилоятида 307.66 та бемор, қуйиси эса Бухоро вилоятида 45.56 та беморни ташкил этган. Глаукома билан касалланиш холлари катта ёшли аҳоли орасида кўпайиб бораётганлиги яққол куришиб турибди.

2005 йилда 100 000 та аҳолидан 158.99 та беморни глаукома билан касалланган эканлиги қайд этилган бўлиб,

касалланишнинг энг юқори кўрсаткичи Фарғона вилоятида 310.88 та бемор, энг паст кўрсаткичи эса Сирдарё вилоятида 63.99 та беморни ташкил этган. Булардан касалланганлиги хақида биринчи маротаба билган беморлар сони Республика бўйича 33.49 та беморни ташкил этиб, юқори кўрсаткич Хоразм вилоятида 81.39 та бемордан, қуйи кўрсаткич эса Қашқадарё вилоятида 9.97 та бемордан иборат бўлган. Хисобот ойининг охирида диспансер кўзатуви остида бўлганлар сони 100 000 та аҳолидан 121.33 та бемор бўлган. Бу кўрсаткичлардан юқориси Фарғона вилоятида 201.55 та бемор, қуйиси эса Сурхондарё вилоятида 54.43 та беморни ташкил этган. 2005 йилда касаликни тарқалиш ҳолатлари 2004 йилга нисбатан Республика миқёсида ўзгармаган, лекин баъзи вилоятларда бирмунча пасайганлигини кўзатиш мумкин. (жадвал – 8)

Изланувчилар томонидан 2005 йилда Бухоро шаҳри таҳлил қилинган бўлиб, бунда аҳолиси 261500 кишини ташкил этган, улардан 53% аёллар, 47% эркаклардир. Улардан 82% 40 ёшдан ошган кишилар. Поликлиникада ҳар йили беморларнинг 75–86%и глаукомани олдини олиш мақсадида Маклаков тонометрияси бўйича текширувдан ўтказилади. Ҳар куни офтальмолог қабулига келаётган беморларнинг 20–25%ни глаукома билан касалланган беморлар ташкил қилади, 1,0–2,5% ида глаукома борлиги аниқланади, 1,4–1,6% ида эса глаукомага шубҳа бўлади. 2004 йилда I даражали глаукома билан 26, II даражали глаукома билан 53, III даражали глаукома билан 19 та киши, 2005 йилда эса 30, 67, 15 та бемор аниқланган.

Поликлиника қарамоғи остида бўлган 40 ёшдан ошган аҳоли ичида 2,5%и глаукома билан оғриган. Уларни 73%и аёллар, 27%и эркаклар. Бирламчи глаукома 90%ида, очиқ бурчакли глаукома 80%ида, ёпиқ бурчакли глаукома 10%, аралаш глаукома 5,2%ида, иккиламчи 4,8%ида кўзатилган. Бизнинг маълумотларимизга

қараганда очик бурчакли глаукомани 10—12% холларида нормал кўз ички босимлиси аниқланиб, бу кўрсаткич ошаётганлиги кўзатилади.

Кўз касалликлари сабабли бирламчи ногиронликка чиқаётган поликлиникадаги беморларнинг 10—15%ини глаукома билан касалланганлар ташкил этади.

2005 йилда Бухорода бирламчи ногиронликка чиқиш сабабларидан 1—ўринда миопия (46,2%), 2—уринда глаукома (35,6%), 3—ўринда сетчатка ва кўриш нерви касалликлари турган. [33]

2006 йилда 100 000 та аҳолидан 154.19 тасини глаукома билан касалланган эканлиги қайд этилган бўлиб, касалланишнинг энг юқори кўрсаткичи Фарғона вилоятида 259.89 та бемор, энг паст кўрсаткичи эса Сирдарё вилоятида 71.15 та беморни ташкил этган. Булардан касалланганлиги хақида биринчи маротаба билган беморлар сони Республика бўйича 23.29 та беморни ташкил этиб, юқори кўрсаткич Хоразмда 81.26 та бемор, қуйи кўрсаткич эса Жиззах вилоятида 5.57 та бемордан иборат бўлган. Хисобот ойининг охирида диспансер кўзатуви остида бўлганлар сони 100 000 та аҳолидан 115.16 та бемор бўлган. Бу кўрсаткичлардан юқориси Фарғона вилоятида 200.78 та бемор, қуйиси эса Бухоро вилоятида 37.72 та беморни ташкил этган. (жадвал — 9)

Катталар орасида 2003 йилда 100 000 та аҳолидан 220.10 та беморни глаукома билан касалланган эканлиги қайд этилган бўлиб, касалланишнинг энг юқори кўрсаткичи Фарғона вилоятида 408.57 та бемор, энг паст кўрсаткичи эса Тошкент шаҳрида 5.59 та беморни ташкил этган. Булардан касалланганлиги хақида биринчи маротаба билган беморлар сони Республика бўйича 33.70 та беморни ташкил этиб, юқори кўрсаткич Хоразмда 135.11 та бемордан, қуйи кўрсаткич эса Тошкент шаҳрида 0.26 та бемордан иборат бўлган. Хисобот ойининг охирида диспансер кўзатуви остида бўлганлар сони 100 000 та аҳолидан 162.99 та бемор бўлган. Бу кўрсаткичлардан юқориси Фарғона вилоятида 322.71 та бемор, қуйиси эса Тошкент шаҳрида

5.26 та беморни ташкил этган. Юқорида келтирилган сонлар глаукомани катта ёшли аҳоли ўртасида, асосан Фарғона ва Хоразмда кўп тарқалганлигини кўрсатди.

2007 йилда 100 000 та аҳолидан 163.11 тасини глаукома билан касалланган эканлиги қайд этилган бўлиб, касалланишнинг энг юқори кўрсаткичи Фарғона вилоятида 299.48 та бемор, энг паст кўрсаткичи эса Андижон вилоятида 65.96 та беморни ташкил этган. Булардан касалланганлиги хақида биринчи мартаба билган беморлар сони Республика бўйича 29.18 та беморни ташкил этиб, юқори кўрсаткич Хоразм вилоятида 95.58 та бемор, қуйи кўрсаткичи эса Сирдарё вилоятида 6.97 та бемордан иборат бўлган. Хисобот ойининг охирида диспансер кўзатуви остида бўлганлар сони 100 000 та аҳолидан 116.88 та бемор бўлган. Бу кўрсаткичлардан юқориси Фарғона вилоятида 214.66 та бемор, қуйиси эса Бухоро вилоятида 40.72 та беморни ташкил этган. (жадвал – 10)

Катталар орасида 2007 йилда 100 000 та аҳолидан 260.18 та беморни глаукома билан касалланган эканлиги қайд этилган бўлиб, касалланишнинг энг юқори кўрсаткичи Фарғона вилоятида 462.16 та бемор, энг паст кўрсаткичи эса Андижон вилоятида 105.82 та беморни ташкил этган. Булардан касалланганлиги хақида биринчи мартаба билган беморлар сони Республика бўйича 46.22 та беморни ташкил этиб, юқори кўрсаткич Хоразм вилоятида 158.77 та бемордан, қуйи кўрсаткич эса Сирдарё вилоятида 10.76 та бемордан иборат бўлган. Хисобот ойининг охирида диспансер кўзатуви остида бўлганлар сони 100 000 та аҳолидан 188.80 та бемор бўлган. Бу кўрсаткичлардан юқориси Фарғона вилоятида 335.86 та бемор, қуйиси эса Бухоро вилоятида 65.12 та беморни ташкил этган. Йилдан йилга глаукома билан касалланиш холлари катта ёшли аҳоли орасида кўпайиб бораётганлигини Яна бир бор кўзатдик.

Глаукома ташхиси Ўзбекистон Республикаси бўйича қайд этилган беморлар сони 2003 дан 2004 гача 9.08% га ошган, 2004 дан

2005 йилгача ўзгармаган, 2005 дан 2006 гача 3.02 % га тушган ва 2006 дан 2007 гача бу кўрсаткич 5.8% га ортганлигини кўрдик.

Биринчи маротаба Ўзбекистон Республикаси бўйича глаукома ташхиси қўйилган беморлар сони эса, 2003 дан 2004 гача 27.24% га ошган, 2004 дан 2005 йилгача ўзгармаган, 2005 дан 2006 гача 30.4% га тушган ва 2006 дан 2007 гача бу кўрсаткич 23.5% га ортганлигига гувоҳ бўлдик.

Хисобот охирида Ўзбекистон Республикаси бўйича хисобда турган беморлар сони бу йилларда, 2003 дан 2004 гача 0.68% га ошган, 2004 дан 2005 йилгача ўзгармаган, 2005 дан 2006 гача 34.3% га ошган ва 2006 дан 2007 гача бу кўрсаткич 1.49% га ошганлигини кузатдик.

Глаукома ташхиси Тошкент шаҳри бўйича қайд этилган беморлар сони 2003 дан 2004 гача 16.44% га пасайган, 2004 дан 2005 йилгача ўзгармаган, 2005 дан 2006 гача 6.05% га тушган ва 2006 дан 2007 гача бу кўрсаткич 9.7% га ошганлигини кўрдик.

Биринчи маротаба Тошкент шаҳри бўйича глаукома ташхиси қўйилган беморлар сони эса, 2003 дан 2004 гача 19.5% га тушган, 2004 дан 2005 йилгача ўзгармаган, 2005 дан 2006 гача 36.7% га пасайган ва 2006 дан 2007 гача бу кўрсаткич 56.8% га ошганлигига гувоҳ бўлдик.

Хисобот охирида Тошкент шаҳри бўйича хисобда турган беморлар сони бу йилларда, 2003 дан 2004 гача 4.43% га тушган, 2004 дан 2005 йилгача ўзгармаган, 2005 дан 2006 гача 1.08% га ошган ва 2006 дан 2007 гача бу кўрсаткич 0.8% га ошганлигини кузатдик.

Юқоридаги таҳлиллардан хулоса қилиб, 2003 йилдан 2007 йилларгача глаукома ташхиси қўйилган беморлар сони 12.8% га ортган, хисобот охирида диспансер кузатуви остида бўлганлар сони 3.07% га тушган, биринчи марта глаукома ташхиси билан хисобга олинган беморлар сони 10.8% га ошган. Тошкент шаҳрида эса бу кўрсаткичлар, глаукома ташхиси қўйилган беморлар

сони 13.8% га, хисобот ойининг охирида диспансер кузатуви остида бўлганлар сони 2.39% га, биринчи марта глаукома ташхиси билан хисобга олинган беморлар сони 31.3% га пасайганлигини келтирамиз.

Жадвал – 11

2003 – 2007 йилларда Республика кўз касалликлари клиник шифохонасида даволанган беморларнинг ташхисларига биноан глаукоманинг турларига қараб бўлиниши:

№	Глаукома тури	2003	2004	2005	2006	2007
1	Очиқ бурчакли I A глаукома	3	2	0	0	2
2	Очиқ бурчакли I C глаукома	1	1	0	0	0
3	Очиқ бурчакли II A глаукома	18	13	14	6	16
4	Очиқ бурчакли II B глаукома	5	8	8	2	5
5	Очиқ бурчакли II C глаукома	6	5	3	2	2
6	Очиқ бурчакли III A глаукома	8	3	5	15	13
7	Очиқ бурчакли III B глаукома	5	3	3	2	5
8	Очиқ бурчакли III C глаукома	6	2	2	12	9
9	Епиқ бурчакли I A глаукома	1	0	3	3	5
10	Епиқ бурчакли I C глаукома	0	0	0	0	1
11	Епиқ бурчакли II A глаукома	8	11	10	6	13
12	Епиқ бурчакли II B глаукома	4	3	4	2	3
13	Епиқ бурчакли II C глаукома	4	3	1	1	2
14	Епиқ бурчакли III A глаукома	7	13	18	9	12
15	Епиқ бурчакли III B глаукома	3	2	3	2	2
16	Епиқ бурчакли III C глаукома	11	9	6	2	8
17	Терминал глаукома	36	40	44	32	33
18	Глаукомага шубха	6	5	3	4	3
19	Аралаш бурчакли глаукома	2	1	1	1	0
20	Глаукоманинг ўткир хуружи	5	14	19	13	9
21	Ўсмирлар глаукомаси	4	4	3	1	2
22	<i>Иккиламчи глаукома</i>	<i>7</i>	<i>9</i>	<i>12</i>	<i>15</i>	<i>5</i>
23	Туғма глаукома	0	0	0	1	1
24	Операция қилинган глаукома	6	1	0	1	4
	Глаукома жами:	156	147	136	134	158
	Катаракта турлари:					
25	Асоратли катаракта	28	29	16	13	14
26	Шишиб борадиган катаракта	2	2	8	10	4
27	Етилган катаракта	1	0	0	0	0
28	Тўлиқ катаракта	1	0	0	0	0
29	Етилиб ўтиб кетган катаракта	1	0	0	0	0
30	Асоратли глаукоматоз катаракта	0	1	2	3	1
31	Башланаётган катаракта	0	0	0	0	2
32	Етилиб утиб кетган катаракта	0	0	0	0	1
33	Псевдоэксфалотив глаукома				3	3
	Жами:	189	179	160	160	180

100000 та аҳолига	Биринчи мартаба глаукома ташхиси қўйилган беморлар, жами				Глаукома касаллиги қайда этилган беморлар, жами				Хисобот оғи охирида хисобда турган беморлар, жами			
	Болалар (14 ёшгача)		Ҳами		Болалар (14 ёшгача)		Ҳами		Болалар (14 ёшгача)		Ҳами	
	Жами	Катталар (15 - ёшлар)	Катталар	Жами	Болалар (14 ёшгача)	Ҳами	Болалар (14 ёшгача)	Ҳами	Болалар (14 ёшгача)	Ҳами	Болалар (14 ёшгача)	Ҳами
2004 йил												
Вилоятлар												
Ташкент шаҳри	38,96	0,00	55,70	218,64	0,00	312,87	178,69	0,00	255,70			
Андижон	78,59	189,03	25,33	155,47	189,03	154,73	120,38	140,17	123,32			
Бухоро	50,37	0,00	83,29	117,49	0,00	194,26	27,55	0,00	45,56			
Жиззах	24,69	0,00	44,83	147,35	0,00	267,60	126,42	0,00	229,60			
Қашқадарё	9,97	1,67	15,49	100,19	2,56	181,23	55,61	2,12	99,34			
Навоий	15,73	1,15	23,98	172,57	5,39	278,34	152,01	1,54	249,23			
Наманган	10,64	0,00	18,48	89,42	0,00	155,23	72,60	0,00	126,04			
Самарқанд	11,17	1,45	19,05	168,20	2,12	299,71	129,80	2,12	230,98			
Сурхандарё	18,83	19,37	16,52	102,73	31,54	157,65	54,43	10,65	85,25			
Сирдарё	14,77	2,59	24,03	63,99	4,75	108,91	71,60	3,02	123,27			
Ташкент	14,17	0,26	22,73	130,91	2,65	210,15	172,24	2,38	277,16			
Фарғона	67,80	3,18	110,97	310,88	16,41	506,69	201,55	45,09	307,66			
Хоразм	81,39	0,00	139,67	173,20	0,00	297,20	124,09	0,00	212,94			
Қорақалпоғистон Республикаси	14,31	0,00	24,57	152,07	0,00	261,11	137,95	0,00	236,86			
Ўзбекистон Республикаси	33,49	19,28	45,17	158,99	22,27	255,65	121,33	19,05	193,86			

100000 га аҳолига	Биринчи мартаба глаукома ташҳиси қўйилган беморлар, жами			Глаукома касаллиги қайта этилган беморлар, жами			Хисобот оғи охирида ҳисобда турган беморлар, жами						
	Жами	Болалар (14 ёшгача)	Усмирлар р (15 - 17 ёшлар)	Катталар	Жами	Болалар (14 ёшгача)	Усмирлар р (15 - 17 ёшлар)	Катталар	Жами	Болалар (14 ёшгача)	Усмирлар р (15 - 17 ёшлар)	Катталар	
													2005 йил
Вилоятлар													
Ташкент шаҳри	38.96	0.00	0.80	55.70	218.64	0.00	0.80	312.87	178.69	0.00	0.80	255.70	
Андижон	78.59	189.03	0.00	25.33	155.47	189.03	0.00	154.73	120.38	140.17	0.00	123.32	
Бухоро	50.37	0.00	0.00	83.29	117.49	0.00	0.00	194.26	27.55	0.00	0.00	45.56	
Жиззах	24.69	0.00	0.00	44.83	147.35	0.00	0.00	267.60	126.42	0.00	0.00	229.60	
Қашқадарё	9.97	1.67	12.08	15.49	100.19	2.56	12.08	181.23	55.61	2.12	12.08	99.34	
Навоий	15.73	1.15	11.78	23.98	172.57	5.39	35.35	278.34	152.01	1.54	11.78	249.23	
Наманган	10.64	0.00	0.00	18.48	89.42	0.00	0.00	155.23	72.60	0.00	0.00	126.04	
Самарқанд	11.17	1.45	0.00	19.05	168.20	2.12	0.00	299.71	129.80	2.12	0.00	230.98	
Сурхондарё	18.83	19.37	32.26	16.52	102.73	31.54	74.81	157.65	54.43	10.65	57.65	85.25	
Сирдарё	14.77	2.59	1.80	24.03	63.99	4.75	1.80	108.91	71.60	3.02	1.80	123.27	
Ташкент	14.17	0.26	0.57	22.73	130.91	2.65	2.83	210.15	172.24	2.38	2.83	277.16	
Фарғона	67.80	3.18	11.49	110.97	310.88	16.41	61.94	506.69	201.55	45.09	51.95	307.66	
Хоразм	81.39	0.00	0.00	139.67	173.20	0.00	0.00	297.20	124.09	0.00	0.00	212.94	
Қорақалпоғистон Республикаси	14.31	0.00	0.00	24.57	152.07	0.00	0.00	261.11	137.95	0.00	0.00	236.86	
Ўзбекистон Республикаси	33.49	19.28	5.40	45.17	158.99	22.27	14.97	255.65	121.33	19.05	11.85	193.86	

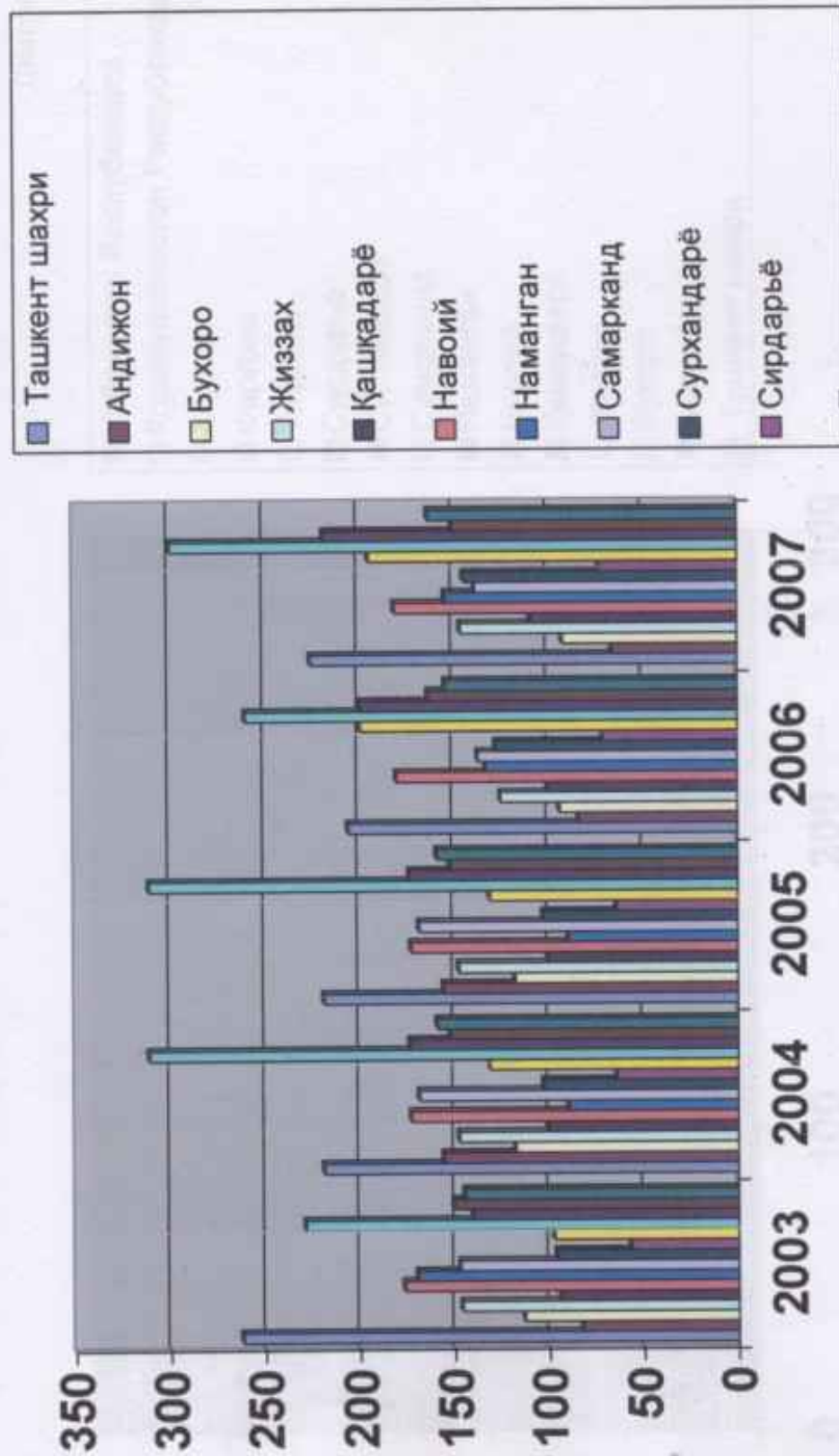
Глаукома билан аҳолини 2006 йилда касаланиш даражаси (100 000 аҳолига)

Жадвал — 9

100000 та аҳолига	Биринчи маротаба глаукома ташхиси қўйилган беморлар, жами				Глаукома касаллиги қайта этилаган беморлар, жами				Хисобот охирида ҳисобда турган беморлар, жами						
	2006 йил		2006 йил		2006 йил		2006 йил		2006 йил		2006 йил		2006 йил		
	Жами	Болалар (14 ёшгача)	Ўсимирлар (15 - 17 ёшлар)	Катталар	Жами	Болалар (14 ёшгача)	Ўсимирлар (15 - 17 ёшлар)	Катталар	Жами	Болалар (14 ёшгача)	Ўсимирлар (15 - 17 ёшлар)	Катталар	Жами	Болалар (14 ёшгача)	Ўсимирлар (15 - 17 ёшлар)
Вилоятлар															
Ташкент шаҳри	21.18	0.00	1.68	0.26	205.40	0.00	23.45	5.59	180.64	0.00	5.86	5.26			
Анджон	9.77	1.84	0.00	15.00	83.66	5.27	0.00	133.86	58.81	2.90	0.00	94.51			
Бухоро	20.33	0.00	0.00	32.54	93.75	0.00	0.00	150.10	37.72	0.00	0.00	60.39			
Жиззах	5.57	0.00	3.66	9.30	125.00	0.00	3.66	219.31	123.02	0.00	0.00	216.32			
Қашқадарё	12.16	0.80	1.61	20.79	99.90	5.48	10.74	171.83	56.13	2.74	6.98	96.64			
Навоий	22.06	4.41	12.11	31.85	180.05	10.43	41.52	278.95	152.71	5.21	22.49	239.83			
Наманган	16.09	4.15	11.44	23.28	132.77	12.31	36.24	211.42	63.62	5.01	27.34	100.56			
Самарқанд	10.99	2.27	1.35	17.45	137.02	4.24	11.28	232.74	128.15	4.24	7.67	217.89			
Сурхандарё	22.57	14.25	23.79	27.27	127.36	47.60	60.81	188.07	51.47	13.25	33.05	78.68			
Сирдарё	9.99	3.60	0.00	13.62	71.15	8.09	1.85	115.18	56.30	7.19	1.85	90.66			
Ташкент	25.77	1.51	0.57	39.73	199.39	4.54	4.00	310.77	177.37	4.40	2.29	276.43			
Фарғона	5.51	2.93	0.50	69.49	259.89	28.56	6.94	408.57	200.78	3.69	25.29	322.91			
Хоразм	81.26	0.00	0.00	135.11	198.95	0.00	0.00	330.80	122.67	0.00	0.00	203.97			
Қорақалпоғистон Республикаси	23.84	0.00	0.00	39.62	163.21	0.00	0.00	271.26	140.32	0.00	0.00	233.22			
Ўзбекистон Республикаси	23.29	2.70	3.88	3.70	154.19	10.48	14.20	220.10	115.16	3.67	10.43	162.99			

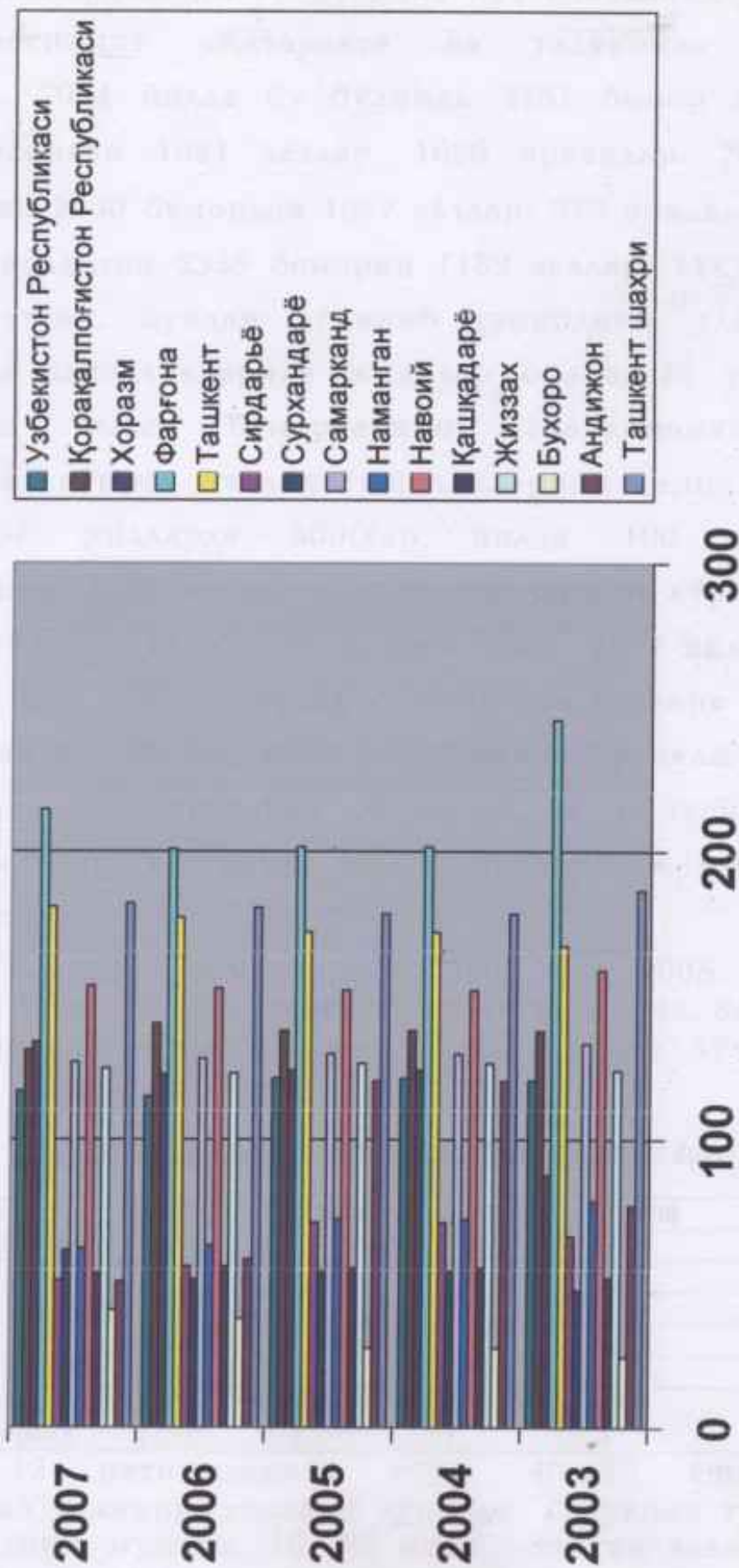
000 га аҳолига ҳисобланган солиштирма диаграммаси

Диаграмма - 2



та аҳолига ҳисобланган солиштирма диаграммаси

Диаграмма -3



Таҳлилларимизни Республика кўз касалликлари клиник шифохонасининг «Катаракта ва глаукома» бўлимида ўтказдик. 2004 йилда бу бўлимда 2161 бемор даволанган бўлиб, улардан 1081 аёллар, 1080 эркеклар. 2005 йилда даволанган 2030 бемордан 1057 аёллар, 973 эркеклар ва 2006 йилда даволанган 2336 беморни 1189 аёллар, 1147 эркеклар ташкил этган. Бундан кўриниб турибдики, глаукома ва катаракта касалликларида жинслар орасидаги тафовутлар сезиларли эмас. Беморларнинг глаукоманинг қайси турларига кўпроқ чалинаётганликларини аниқлаш учун 2003–2007 йилларда 500(хар йилда 100 тадан) та бемоларнинг 1000 та кўзлари ташхисларини кўриб чикдик. (жадвал – 11) Бунда 2003,2004, 2005, 2006, 2007 йилларда 156, 147, 136, 134, 158 та кўзда касалланиш холлари кўзатилди ва улардан 52, 38, 35, 40,52 таси очик бурчакли, 46,41, 45, 25, 46 таси ёпик бурчакли, 36,40, 44, 35, 33 таси терминал (ўтиб кетган) глаукома ва бошқалар (жадвал –11да келтирилган).

Таҳлил килинган беморларнинг 2003,2004, 2005, 2006, 2007 йилларда 51,48, 65, 57, 36 аёллар ва 49,52, 35, 43, 64 эркеклар бўлиб (жадвал –13), уларни ёшлари бўйича бўлинишлари жадвал – 12да келтирилган.

Жадвал – 12

Глаукома касаллигига чалинган беморларнинг ёшлари бўйича таҳлили

□	□ши	2003	2004	2005	2006	2007
1	0–20	4	4	3	2	3
2	20–30	1	0	0	0	0
3	40–50	15	9	20	23	27
4	50–60	22	30	18	33	31
5	60–70	13	7	11	17	26
6	70 ва ортиқ	45	50	48	25	13

Жадвал –12 натижаларига кўра, 40–70 ёшларда бу касалликка чалиниш холлари кўпаяди. Глаукома турли ёшда пайдо бўлиши мумкин. 10–20 минг туғилган чакалоклардан 1 холатда, 40–45 ёшда аҳолини 0.1%, 50–60 ёшда аҳолининг

1.5% ва 75 ва ундан ортик ёшли аҳолининг 3%ида глаукома учрайди.

Жадвал – 13

Глаукома беморларини жинси бўйича таҳлили

№	Жинси	2003	2004	2005	2006	2007
1	Аёл	51	48	65	57	36
2	Эркак	49	52	35	43	64

3.2 Глаукома касаллигида қўлланиладиган дори воситаларини(2003- 2007 йиллар) ABC/VEN таҳлили

Республика кўз касалликлари шифохонасида глаукомани даволашда ишлатиладиган дори воситаларини касаллик варақалари, счет – фактура, бухгалтерия ҳисоби хужжатлари ёрдамида ABC\VEN таҳлил ўтказдик. Тадқиқотларимиз натижасида ушбу касалликни даволашда ишлатиладиган дори воситалардан А гуруҳига 20 та дори воситаси кириб, унга дори воситаларига ажратилган маблағнинг 76,26%и, В гуруҳига 30 та дори воситаси кириб, унга 21,364%и ва С гуруҳига 27 та дори воситаси кириб, унга 2,376%и ишлатилган. (жадвал – 14) Бунда, А гуруҳига витаминлар, антибиотиклар ва глаукомага қарши комплекс препаратлар, В гуруҳига антигистамин, метаболик жараёнларни тезлатувчи препаратлар, диуретиклар, биоген, ферментли препаратлар, С гуруҳига маҳаллий оғриқ қолдирувчилар, седатив препаратлар ва бошқалар кирди.

Жадвал – 14

ABC/VEN таҳлили натижалари

Гуруҳлар	Дори воситаси сони	Хажми (%)
А	20	76.260
В	30	21.364
С	27	2.376

Бу таҳлил Windows Exel программаси ёрдамида ҳисобланди. Ҳисоблаш учун қўлланилган маълумотлар илова – 3 да келтирилган.

ABC гуруҳга кирган дори воситалари гуруҳлари диаграмма — 4 да келтирилган.

VEN таҳлили натижасида глаукома касаллигини даволашда ишлатиладиган дори воситалардан V гуруҳига 46,1%, E гуруҳига 43,14% ва N гуруҳига 10,78% кирган. Бунда V гуруҳига глаукомага карши дори воситалари — арутимол, тимолол, фотил, фотил — форте, пилокарпин, окумед, офтан — тимолол; антибиотиклар — гентамицин, ампициллин, левометицилин; хинолонлар — цефазолин, ципролет, ципрокс ва бошқалар; гормонлар — дексаметазон, дексазон, офтан — дексаметазон ва антиоксидантлар — эмиксипин; ангоипротекторлар — дицинон, этамзилат; α ва β адреноблокаторларни стимуллайдиган воситалар — мезатон, адреналин ва бошқа дори воситалари кирди. Айнан шу дори воситаларининг шифохона дорихонасида булиши зарур ва улар шифохона формулярига биринчи ўринда киритиши керак. E гуруҳига наркотик аналгетиклар — аналгин, баралгин, темпалгин; спазмолитиклар — агапурин, пентоксифиллин, трентал, папазол, папаверин, дибазол; витаминлар — B1, B2, B6, B12, PP, C, аевит; антигистаминлар — димедрол, супрастин; биоген препаратлар — солкосерил инъекция ва гель; фермент препаратлар — офтан — катахром, тауфон, фибринолизин; метаболик жараёнларни тезлатувчилар — АТФ, рибоксин, квинакс, алоэ экстракти; антихолинергик препаратлар — мидрацил, тропикамид ва бошқалар кирди. N гуруҳига эса болов материаллари, эритмалар — глюкоза, натрий хлор, натрий тиосульфат; седатив воситалар — волокордин, валериана экстракти; диуретиклар — дурасемид, диакарб; маҳаллий оғриқ қолдирувчилар — новокаин, лидокаин, дикаин ва бошқалар кирди. Юқоридаги гуруҳларга кирган дори воситалари ва уларнинг гуруҳларининг бюджетга нисбатан фоиз улушлари жадвал — 15 да тўлиқ келтирилган.

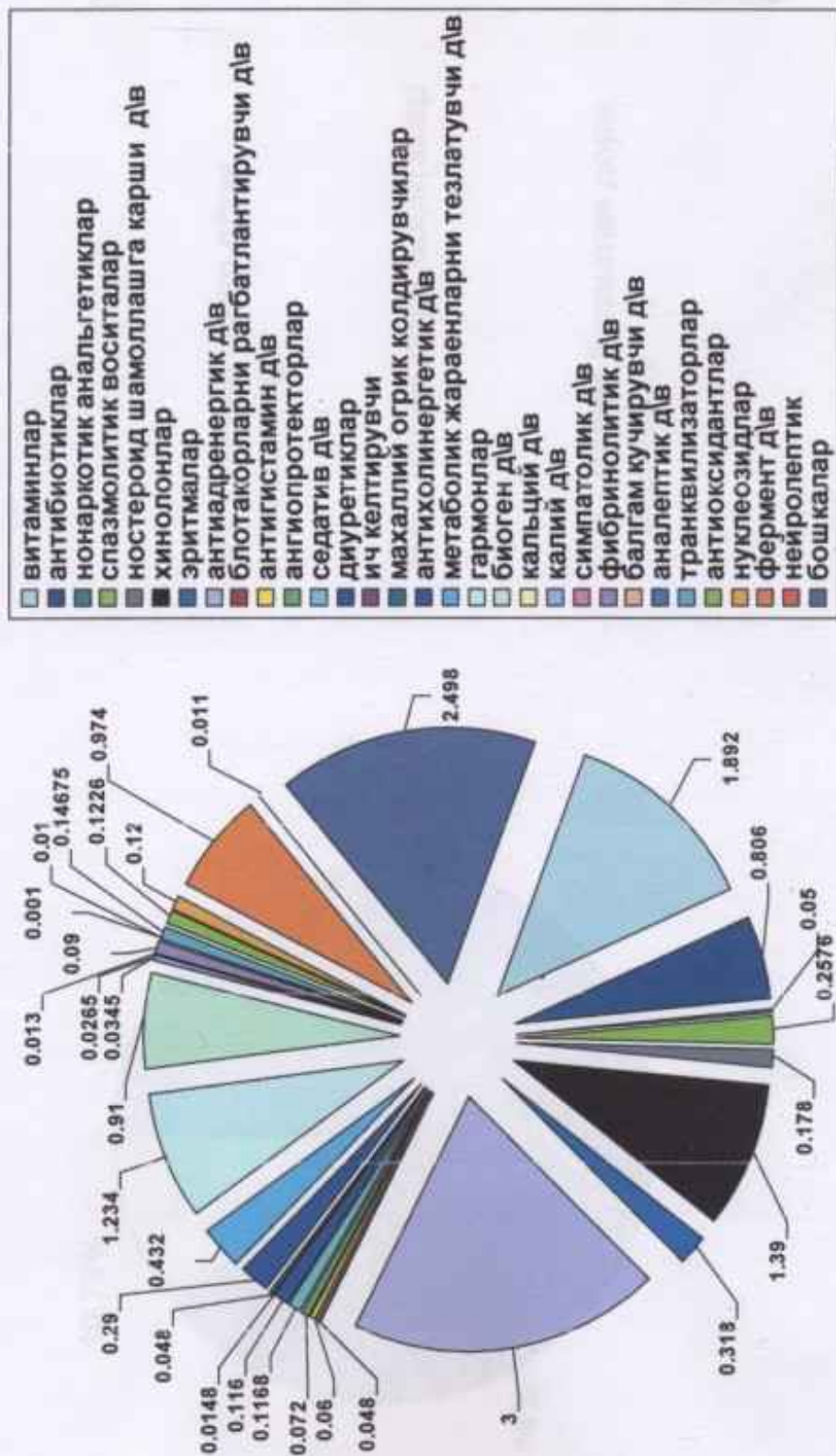
воситаларига ажратилган маблағдаги фоиз удуши

Дори воситалари гурухлари	Дори воситалари номлари	Йиллар				Гурух жамн % н	
		2003%	2004%	2005%	2006%		2007%
Витаминлар	Асвит						
	Вит В1						
	Вит В2						
	Вит В6	2.3	1.1	0.86	1.3	3.9	9.46
	Вит В12						
	Вит РР						
Антибиотиклар	Вит С						
	Ампициллин						
	Гентамицин						
	Левометицил						
	Пенициллин	1.4	0.5	0.47	0.4	1.26	4.03
	Тетрациклиновая мазь						
Нонаркотик анальгетиклар	Эритромициновая мазь						
	Анальгин						
	Баралгин	0.06	0.09	0.04	0.04	0.02	0.25
	Темпалгин						
Спазмолитик воситалар	Агаурин						
	Пентоксифиллин						
	Трентал	0.34	0.1	0.17	0.67	0.008	1.288
	Папазол						
	Папаверин						
	Дибазол						
Ностероид қарши дори воситалар	Аспирын						
	Вольтарен	0.38	0.01	0.09	0.24	0.17	0.89
	Индометацин						

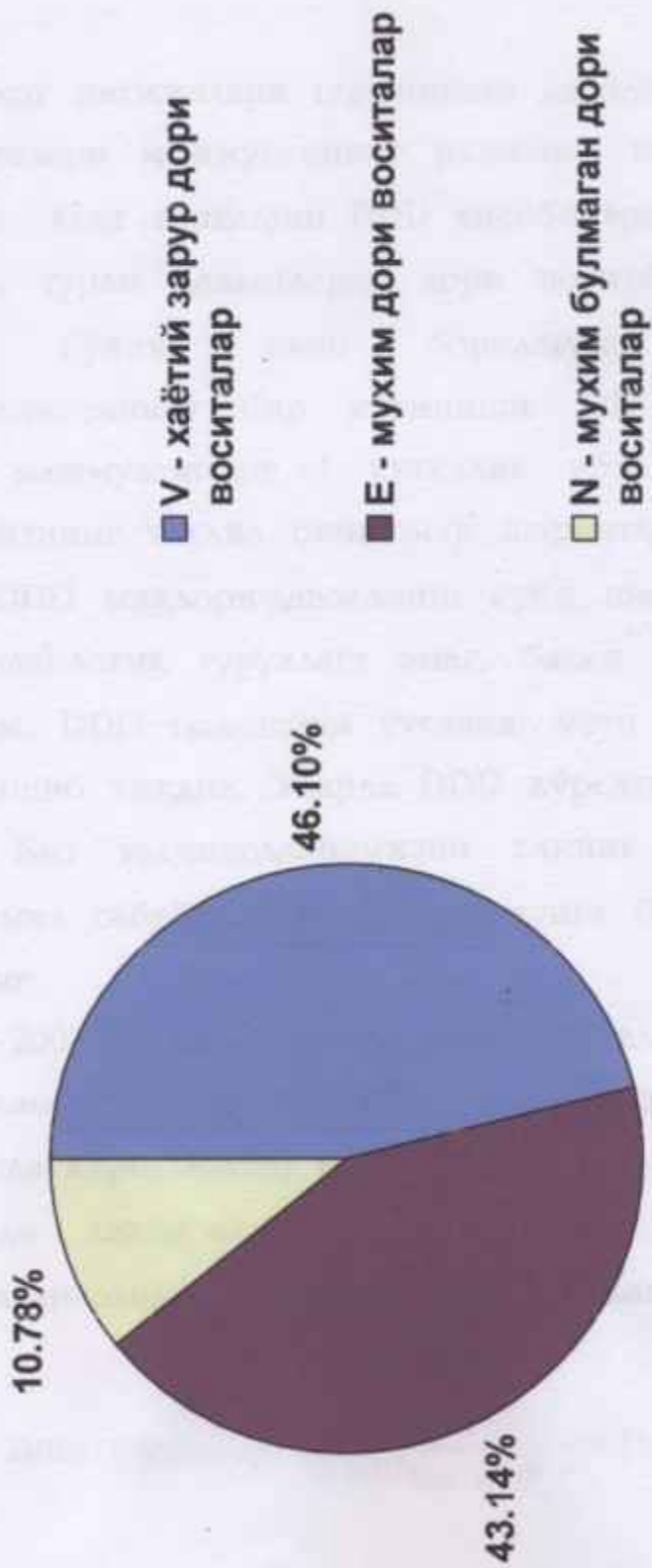
Ханшолонлар	Дарилар	0.15	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
Эритмалар	Цитроке							
	Глюкоза	0.46	0.25	0.28	0.22	0.38	1.59	
	Натрий хлор							
	Натрий тиосульфат							
Антиадренергик дори воситалар	Арутимол	0	0	2.88	1.3	4.8	8.98	
	Окумед							
	Офтан-тимолол							
	Адреналин							
αваβ адреноблокаторларни стимуллайдиган дори воситалар	Мезатон	0.1	0.01	0.03	0.02	0.08	0.24	
Антигистамин воситалар	Димедрол	0.07	0.08	0.03	0.09	0.03	0.3	
	Супрастин							
Антиадренергик дори воситалар	Дипонин	0.06	0.02	0.05	0.07	0.16	0.36	
	Этамзилат							
	Валериана экстракт	0.09	0.004	0.07	0.09	0.33	0.584	
Седатив воситалар	Волокордин							
	Фурасемид	0.03	0.01	0.2	0.2	0.14	0.58	
Пешоб хайдовчи воситалар	Диакарб							
	Магния сульфат	0.004	0.02	0.01	0.02	0.02	0.074	
Қабзиятга қарши дори воситалари	Сенадексин							
	Новоканн							
	Лидокаин	0.1	0.05	0.04	0.02	0.03	0.24	
	Диканн							
Антихолинергик воситалар	Мидрицил		0.14	0	0.6	0.14	0.88	
	Тропикамид							
АТФ								
Метаболик жараенларни тезлагувчи воситалар	Рибоксин	0.2	0.2	0.2	0.8	0.76	2.16	
	Квинакс							
	Алоэ экстракти							
Гармонлар	Дексаметазон	1.5	0.8	1.08	1.8	0.99	6.17	
	Дексазон							

Офтан-дискриметазон		0	0.28	0.45	2	2.73
Биоген препаратлар	Солкосерил гель	0	0	0.05	0.003	0.053
Кальций препаратлари	Кальция глюконат	0	0	0	0.06	0.069
Калий препаратлари	Панангин	0	0.009	0	0	0.026
Симпатолик воситалар	Раунатин	0.02	0	0	0	0.0034
Багаам кўчирувчилар	таб от кашля	0.001	0.0004	0.002	0	0.28
Фибринолитик воситалар	Фибринолизин	0	0.07	0.12	0.09	0.01
Аналгетик воситалар	Сульфокамфокаин	0.01	0	0	0	0.587
Транквилизаторлар	Нозепам	0.02	0.04	0.077	0	0.613
Антиоксидантлар	Эмоксипин	0.3	0.04	0.083	0.06	0.24
Нуклеозидлар	Офтан-ИДУ	0.2	0	0	0.04	4.87
Ферментные препаратлари	Офтан-катахром	1.04	0.9	0.55	1.88	0.033
Нейролептик	Тауфон	0.004	0.009	0	0	0.668
	Аминозин	0	0.2	0.45	0.018	2
	Диклоген	0.2	0	0.2	0	0.67
	Офтагель	0.2	0	0	0.47	7.75
	Фармадекс	0.2	0	0	0.85	1.302
Комбинирланган дори воситалар	Фотил	0.6	1.2	3.1	0	0.1
	Фотил-форте	0.002	0	0	0	12.49
	Цикломед	0	0	0	0.1	
	Жами	9.841	15.4484	13.162	18.989	

Диаграмма - 4



³ Жалвал – 16 натижалари асосида тузилган



3.3 Глаукома касаллигида қўлланиладиган дори воситаларини

100 ўрин\жойга DDD таҳлили

Тадқиқот натижалари глаукомани даволашда ишлатиладиган дори воситаларни мажмуасининг рационал истеъмол дозасини ҳисоблашда кенг тарқалган DDD ҳисоби ёрдамида аниқланган. Ушбу усул турли давлатларда дори воситаларининг истеъмол қилиниши бўйича олиб борилаётган тадқиқотларнинг стандартизациясининг бир кўриниши. DDD буюрилган дори воситалар мажмуасининг 1 суткалик урта мукобил дозасига тенгдир. Бизнинг таҳлил стационар шароитда ўтказилгани учун истеъмол DDD миқдори/даволаниш куни шаклида ифодаланади. DDD фармакологик гуруҳлага эмас, балки аниқ препаратларга ҳисобланади. DDD таҳлилини ўтказиш учун кўпгина адабиётлар билан танишиб чиқдик. Уларда DDD кўрсаткичи турлича ҳисоб қилинган. Биз тадқиқодларимизни клиник шифохонада олиб борганлигимиз сабабли, 100 та ўрин/кунга DDD таҳлил усулини танлаб олдик.

2003 – 2007 йилларда даволанган (хар йили 100 тадан) 500 та беморни даволашда қўлланилган дори воситаларига (касаллик варақарарида кўрсатилган) DDD кўрсаткичини ҳисобладик. Бунда адабиётларда келтирилган формулаларни умумлаштириб, ўз объектимиз мисолида қуйидаги формулага жамладик:

$$DDD_s / 100 \text{ ўрин / кунга} = \frac{\sum d_{dv}}{DDD_{\text{WHO}} \cdot Q \cdot N} \cdot 100 [10, 17, 48, 50]$$

DDD_{WHO} – ВОЗ индексига кўра DDD; $\sum d_{dv}$ – Q кун мобайинида сарфланган дори воситасини умумий миқдори; Q – таҳлил қилинаётган давр кунлари сони; N – беморларнинг умумий сони.

Юқоридаги формула ёрдамида аниқланган DDD кўрсаткичлари жадвал — 16 да келтирилган.

Таҳлил натижаларига биноан, фотил 2%, фотил—форте, офтан—катахром, нозепам, гентамицин, дексаметазон ва витаминларни 100 ўрин\кунга DDD кўрсаткичи каттароқ бўлди. Бунинг сабаби биринчидан, бу дори воситалари мажмуаси глаукома касаллигини даволашни консерватив усули ҳисобланади. Иккинчидан эса уларнинг кўз томчи эканлиги (10 мл дори воситасид 50 DDD, 5 мл эса 25 DDD га тенг)да.

2003 – 2007 йилларда Республика кўз касаликлари клиник шифохонасида даволанган беморларнинг 100

Ўрин\кунга DDD таҳлими натижалари

№	Дори воситасининг номи	2003 DDD	2004 DDD	2005 DDD	2006 DDD	2007 DDD
1	Аевит 0.2	-	-	-	-	0.96
2	Агапурин 5*5	-	-	-	72.4	-
3	Анальгин 0.5 №10	32.4	58.0	58.4	18.1	0.26
4	Анальгин 50%	3.5	13.9	9.5	11.4	2.8
5	Аскорбин кислота 5%	61.4	54.1	68.55	67.6	126.05
6	Ампициллин 0.5	54.2	-	-	0.86	10.7
7	Аминозин 0.05	0.08	0.26	0.1	-	-
8	Аскорулин №50	0.87	-	-	0.34	-
9	Алоэ экстракти 1%	0.35	-	-	-	-
10	АТФ 1%	61.7	93.9	166.1	0.15	149.6
11	Актовегин 80мг	-	15	10.1	2.1	-
12	Актовегин гель 20%	-	0.26	3.1	-	-
13	Адреналин 0.1%	0.15	0.47	-	-	1.78
14	Аспирин 0.5	4.4	7.14	0.87	-	1.78
15	Арутимол 0.5	-	-	44.4	7.75	46.4
16	Баралгин 5.0	-	2.67	0.79	-	-
17	Бестум 1.0	-	-	-	-	0.53
18	ВитВ1(тиамин)	40.3	26.7	42.8	-	1.43
19	ВитВ2(рибофлавин)	59.12	61.78	6.35	56.55	10.6
20	ВитВ6(пиридоксин гх)	70.35	32.85	56.60	2.93	109.8
21	ВитВ12(цианокоболамин)	1.23	-	4.28	-	-
22	Волокордин	65.7	-	59.5	86.2	267.8
23	Вольтарен	5.26	-	1.43	0.27	3.21
24	Валериана экстракти	1.75	5.89	0.47	-	-
25	Гентамицин 80ТБ	75.79	75.71	59.04	33.79	32.14
26	Глюкоза 5%	-	-	0.31	0.17	0.125
27	Дексаметазон 0.4%	45.9	38.57	44.40	31.38	51.07

63	Сульфаксамид	1.05	-	-	-	-	14.28
64	Солкосерил р-р д/ин	-	-	-	0.02	1.76	11.61
65	Солкосерил гель	-	-	-	0.95	5.26	-
66	Таблетки от кашля	1.57	-	-	22.15	26.89	58.39
67	Тауфон 4%	31.57	2.14	-	6.6	-	-
68	Т-рентал	12.10	5.0	-	-	-	1.25
69	Темпалгин	-	-	-	-	-	4.28
70	Тетрациклиновая мазь 1%	-	-	-	-	-	107.14
71	Фармадекс 0.1%	92.10	-	-	-	-	44.6
72	Фотил 2%	65.79	116.07	87.30	-	192.98	-
73	Фотил-форте	8.77	66.96	-	-	-	-
74	Фурасемид 1%	6.32	6.79	1.94	-	9.47	13.47
75	Фибринолизин 300ТБ	-	-	1.59	-	2.93	1.78
76	Цефазолин 1.0	-	-	-	-	-	1.96
77	Цикломед 1%	-	-	-	-	-	8.92
78	Ципролет 5мл	48.25	49.11	-	-	-	-
79	Ципрокс 100.0	-	1.61	7.14	-	2.22	2.14
80	Эмоксипин 1%	6.23	18.04	2.54	-	4.83	2.68
81	Энам 5	11.05	3.57	-	-	5	3.93
82	Эритромициновая мазь	7.02	8.93	-	-	24.14	-
83	Этамзилат	3.21	-	-	-	-	-

ХУЛОСА

1. Адабиётлар шархидан маълум бўлишича, глаукома касаллиги долзарб муаммо бўлиб, фақатгина Ўзбекистонда эмас бутун Дунё миқёсида кишиларни кўзи ожиз бўлиб қолишига сабаб бўлмоқда.
2. Глаукома касаллигини даволаш усулларни чет элда ва Ўзбекистонда олиб борилаётган даволаш усуллари орасида тафовутлар борлигини кўриб чиқдик.
3. Глаукома касаллигини даволашда қўлланиладиган дори воситалари ассортиментни дунё ва Ўзбекистон бўйича ўрганиб чиқилди.
4. Глаукома касаллигининг нозологияси ўрганилди. 2003 йилдан 2007 йилларгача глаукома ташхиси қўйилган беморлар сони 12.8% га ортган, ҳисобот ойининг охирида диспансер кузатуви остида бўлганлар сони 3.07% га пасайган, биринчи марта глаукома ташхиси билан ҳисобга олинган беморлар сони 10.8% га ошган. Тошкент шаҳрида эса бу кўрсаткичлар, глаукома ташхиси қўйилган беморлар сони 13.8% га, ҳисобот ойининг охирида диспансер кузатуви остида бўлганлар сони 2.39% га, биринчи марта глаукома ташхиси билан ҳисобга олинган беморлар сони 31.3% га пасайган.
5. Республика кўз касалликлари клиник шифохонаси дори воситалари билан 98% таъминланган.
6. Глаукома касаллигида ишлатиладиган дори воситалари ABC/VEN таҳлили ўтказилди. А гуруҳига 20та дори воситасига ажратилган бюджетнинг 76.260%, В гуруҳига 30тасига 21.364% ва С гуруҳига 27тасига 2.376%и сарфланган; V гуруҳига 46,10%, Е гуруҳига 43,14% ва N гуруҳига 10,78% дори воситалари кирди.
7. Глаукома касаллигида ишлатиладиган 83 та дори воситаларини 100 ўрин – кунга DDD таҳлили ўтказилди.

ТАВСИЯЛАР

1. Глаукома касаллигини олдини олиш мақсадида аҳоли орасида профилактика, тушинтириш ишлари олиб боришни жадаллаштириш;
2. Клиника формулярини ABC\VEN ташлили натижаларига мувофик ССВ Давлат дори сиёсати марказида қайта куриб чиқиш ва ксалатан ва шунга ухшаш самарадорлиги юкори дори воситаларини шу формулярга киргазиш;
3. DDD таҳлили натижасига кура, кўпроқ дозалари талаб этиладиган дори воситаларини клиника дорихонаси захираси узилмаслигини таъминлаш.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. А.Х. Абдухаликов, Т. Усманова, И. Тухтабаев, Д. Хошимова, Состояние цилиарного тела и радужки при открыто- и закрытоугольной глаукоме: научное издание // Бюл. ассоциации врачей Узб. - Т., 2004. - №3. - С. 131-134. - Библиогр.: 10 назв.
2. Абдуллин К., Проблемы рационального применения лекарственных средств // <http://www.pharmnews.kz/Nomeral56/ct2.html>
3. Ф.А. Бахритдинова, У.С. Файзиева, Применение препарата фотил-форте в лазерном лечении закрытоугольной глаукомы у лиц узбекской национальности // Хирургия Узбекистана. - Ташкент, 2004. - №21. - С. 29-31. - Библиогр.: 5 назв.
4. Ботабекова Т.К., Джаматаева З.А., Пичхадзе Г.М., Клинические исследования тиммала на основе новой системы транспорта лекарств // «Офтальмологиянинг долзарб муаммолари» Ўзбекистон офтальмологларининг илмий – амалий конференцияси тезислар тыплами, Тошкент 2007, 16-17 май, 66 бет.
5. Воробьев П., Сура М., к.м.н., Авксентьева М, Формулярная система в России — вчера, сегодня, завтра // Журнал "Ремедиум" № 10 за 2005 год
6. Голубев С.Ю. , Куроедов А.В., Длительный приём бета-адреноблокаторов при глаукоме – выбор и стоимость лечения осложнений // журнал «Глаукома», №1, 2002, 38-40- бетлар.
7. Гусаревич О.Г., Бурдина Г.В., Малышев В.Е. , Анализ первичной инвалидности по зрению вследствие глаукомы в г. Новосибирске // Глаукома 1'2004
8. Давыдова Н.Г., Кузнецова Т.П., Борисова С.А., Абдулкадырова М.Ж., Влияние ноотропов на зрительные функции и антиокислительную активность слезы больных первичной открытоугольной глаукомой: // научное издание, Вестник офтальмологии. - М., 2006. - №6. - С. 42-45. - Библиогр.: 21 назв.

9. Джупарова И.А., Клинико-экономические аспекты оценки рациональности лекарственного обеспечения социально уязвимых категорий населения новосибирской области // II Конгресс с международным участием Развитие фармакоэкономики и фармакоэпидемиологии в Российской Федерации, Москва 2008
10. Дорофеева В.В., Теоретические и методологические основы формирования потребительского поведения на фармацевтическом рынке // Автореф. дис... докт. фарм. наук, - Москва, 2006
11. Егоров Е.А., Медикаментозная терапия глаукомы // http://www.rmj.ru/articles_1757.htm
12. Егоров Е.А., Гипотензивное лечение глаукомы // <http://medinfo.ru/article/11/118992>
13. Егоров Е.А., Латанопрост (Ксалатан) в лечении глаукомы // www.medlinks.ru
14. Егоров Е.А., Ставицкая Т.В., Современные аспекты гипотензивного лечения глаукомы // www.rmj.ru/articles_1513.htm
15. Еричев В., Как лечили и как лечат глаукому. Российские ученые всегда находились на передовых позициях в терапии и хирургии этого заболевания: научное издание // Медицинская газета. - М., 2005. - №13 (18 февр.). - С. 10
16. Еричев В.П., Фармакотерапия глаукомы // <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=3358>
17. Желткевич О.В., Методические подходы к оптимизации лекарственного обеспечения больных артериальной гипертензией на региональном уровне // Автореф. дис... канд. фарм. наук, - Ярославль, 2006
18. Исмаилов С.И., Файзиева У.С., Применение препарата изоптокарбахол в лазерном лечении закрытоугольной глаукомы у лиц узбекской национальности // Бюл. ассоц. врачей Узбекистана. - Ташкент, 2003. - 2. - С. 59-61. - Библиогр.: 5 назв.
19. Камиллов Х.М., Норматова Н.М., Использование нового бета-блокатора Бетоптика С в лечении больных с открытоугольной глаукомой //

«Офтальмологиянинг долзарб муаммолари» Ўзбекистон
офтальмологларининг илмий – Амалий конференцияси тезислар туплами,
Тошкент 2007, 16-17 май, 70 бет.

20. Кантаржи Е.П., Листопадова Н.А., Интегральные показатели для оценки поля зрения по данным цветовой кампиметрии в мониторинге состояния больных глаукомой: научное издание // Клинич. геронтология. - М., 2006. - №7. - С. 16-21. - Библиогр.: 15 назв.
21. Ковалева С.А., Роль медсестры в диспансерном обслуживании больных глаукомой: научное издание // Главная медицинская сестра. Журнал для руководителя и среднего медперсонала ЛПУ - М., 2003. - № 9. - С. 87-92
22. Кремкова Е.В., К вопросу о состоянии диска зрительного нерва при ранней диагностике первичной глаукомы у лиц пожилого и старческого возраста: научное издание // Клиническая геронтология. - М., 2006. - №9. - С. 75
23. Кремкова Е.В., Ранняя диагностика первичной глаукомы у лиц пожилого и старческого возраста по состоянию диска зрительного нерва: научное издание // Клинич. геронтология. - М., 2006. - №7. - с. 13-15. - Библиогр.: 6 назв.
24. Куроедов А.В., Шишов С.В., Сольнов Н.М., Характеристика стоимости и структуры хирургического и консервативного лечения первичной открытоугольной глаукомы // www.eyenews.ru
25. Куроедов А.В., «Фармакоэкономические подходы к оптимизации лечебно-диагностических мероприятий при первичной открытоугольной глаукоме // www.eyenews.ru
26. Кулигин О.В., Старостин В.А., Сафиулов А.Н., Киричек Н.М., Формулярная система лекарственного обеспечения: внедрение в работу стационара «малого» лпу; использование и развитие; контроль и эффективность, Методические рекомендации // Иваново, 2005

27. Мирбабаева Ф.А., Гобунов В.Н., Комарин А.С., Бакстимс в комплексном лечении больных с первичной открытоугольной глаукомой: научное издание // Мед. журн. Узбекистана. - Т., 2005. - № 5. - с. 65-68. - Библиогр.: 12 назв.
28. Мирбабаева Ф.А., Худайбердиев А.Р., Каримов М.Ш., Горбунов В.М., Якубова Л.К., Влияние бастимкса на перекисное окисление липидов и антиоксидантную защиту глаза при экспериментальной первичной глаукоме // Мед. журн. Узбекистана. - Ташкент, 2003. - №4. - С. 70-72. - Библиогр.: 6 назв.
29. Можеренков В., Прокофьева Г., Побочные эффекты местной фармакотерапии глазных заболеваний // Врач. -2000. - №10. - с. 26-27
30. Набиев А.М., Состояние угла передней камеры при первичной закрытоугольной глаукоме в зависимости от стадии заболевания и определение тактики лечения: научное издание // Вестник офтальмологии. - М., 2004. - №2. - С. 36-38
31. Назаров Б.М., Худайбердиев А.Р., Мамасолиев Н.С., Узгарунчан ва кучли континентал иклимий шароитда глаукомани таркалиш хусусиятлари научное издание // Бюл. ассоциации врачей Узб. - Т., 2005. - №2. - С. 53-55. - Библиогр.: 7 назв.
32. Нестеров А.П., Романова Т.Б., Алябьева Ж.Ю., Чернякова Т.В., Новый подход к диспансеризации больных глаукомой: научное издание // Клиническая геронтология. - М., 2006. - №9. - С. 76
33. Одилова Г.Р., Сафарова О.М., Жомардов У.Р., Распространение и ранняя диагностика глаукомы в г. Бухаре // «Офтальмологиянинг долзарб муаммолари» Ўзбекистон офтальмологларининг илмий - Амалий конференцияси тезислар туплами, Тошкент 2007, 16-17 май, 76 бет.
34. Очеретная Э.В., Цветов В.М., Кетова Г.Г., «Автоматизация проведения abc-ven анализа в современной клинике» // ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия» Росздрава, ГОУ ВПО Клиника ЧелГМА, г. Челябинск.

35. Попова З.С., Пугаченко Т.И., Клименков А.В., Опыт монотерапии глаукомы с применением препарата Травопрост (траватан) у пациентов пожилого возраста: научное издание // Клиническая геронтология. - М., 2006. - №9. - С. 77
36. Прокопишин В., Сафта В., Брумэрел М., Основы фармацевтической деятельности // К.:изд.- полигр., фирма «Tipogr Centrală», 2003
37. Пивовар М.Л., Голубев С.А., Мильный М.Н., Эпидемиология использования антимикробных средств в многопрофильном белорусском стационаре // «Рецепт» №6(50), 2006, 34-40 б.
38. Рахманов В.В., Никитина Н.Я., Захарова Ф.М., Астахов Ю.С и др., Клинико-генетический анализ семейных форм первичной открытоугольной глаукомы: научное издание // Медицинская генетика. - М., 2005. - №6. - С. 258
39. Рыженкова, Свистунов А.А., Теплова Е.Н., Кабанова Л.Г., ABC- и VEN-анализ скорой кардиологической помощи в Саратове // «Рациональное использование лекарств» Материалы Российской научно-практической конференции 10-12 марта 2004 года, 165-166 б.
40. Энтони Савелли, Гаральд Шварц, Андрей Загорский, Александр Быков, Практическое руководство по разработке и внедрению формулярной системы в лечебных учреждениях // второе издание, Арлингтон, Вирджиния / Москва, Россия, февраль 1997
41. Селезнёв Е.Ф., Дефекты и пути оптимизации фармакотерапии. Необоснованные и избыточные назначения ЛС // Человек и лекарство №4 (26) октябрь 2006
42. Скрипачева Л., Препараты для лечения глаукомы, применяемые в рк: физическая и экономическая доступность// <http://www.pharmnews.kz/Nomeral76/ct11.html>
43. Солянина В.А., Дремова Н.Б., Анализ ассортимента лекарственных средств, используемых для реабилитации детей с диагнозом детский церебральный паралич // «Рациональное использование лекарств»

Материалы Российской научно-практической конференции 10-12 марта 2004 года, 170-171 б.

44. Скотт Фрейзер, Питер Шах, Пенг Т. Хоу, Ведение больных с глаукомой в общей практике // Лечащий Врач. -2001. - №2. - С. 36-39

45. Тахчиди Х.П., Егорова Э.В., СалиховТ.П., Канн В.В., Файзиева У.С, Одномоментная, ступенчатая, комбинированная лазерная иридэктомия в лечении закрытоугольной глаукомы у лиц узбекской национальности // научное издание, Офтальмохирургия. - М., 2004.-№2.-С.4-9

46. Туйчибаева Д.М., Худайбердиев А.Р., Махкамова Ш.Г., Прогнозирование частоты и распространенности глаукомы в Республике Узбекистан // научное издание, Вестник офтальмологии. - М., 2004. - №3. - С. 47-48

47. Усманова Т., Тухтабоев И., Қодиров Ш., Хошимова Д., Хакимова З., Қодирова Е., Гипотензивное действие окурила при глаукоме // «Офтальмологиянинг долзарб муаммолари» Ўзбекистон офтальмологларининг илмий – Амалий конференцияси тезислар туплами, Тошкент 2007, 16-17 май, 78 бет.

48. Хуцишвили М.Ш., Региональные особенности фармакоэпидемиологии нестероидных противовоспалительных препаратов и возможности оптимизации их потребления (на примере Правобережного района Республики Северная Осетия - Алания) //Автореф.дис...канд.мед.наук, - Волгоград 2008.

49. Шарипова Л.Р., Камалов З.С.,Клинико-иммунологические показатели у больных с осложненной глаукоматозной катарактой: научное издание, Журн. теоретич. и клинич. медицины . - Т., 2006. - №3. - С. 96-98. - Библиогр.: 9 назв.

50. Шведова Анна Михайловна, Фармакоэпидемиологическая и фармакоэкономическая оценка пероральной сахароснижающей терапии сахарного диабета 2 типа в амбулаторной практике// Автореф. дис...канд. мед.наук,- Москва – 2006

51. Доклад секретариата по вопросу о резолюции по рациональному использованию лекарств, подготовленный к заседанию Исполнительного комитета ВОЗ (неофициальный перевод, опубликовано в E-Lek)
Всемирная организация здравоохранения Исполнительный комитет EB120/7.
120-я сессия, 7 декабря 2006 г.
52. Введение в исследования потребление лекарственных средств // Украинський медичий часопис-№2(40), 38-48б.
53. Введение в исследования потребление лекарственных средств (окончание) // Украинський медичий часопис-№3(41), 49-68б.
54. К национальной системе рационального использования лекарств //ФВ №2 (153) от 11 января 1999 г
55. Как разработать и внедрить национальную лекарственную политику: рекомендации ВОЗ ГЛАВА 9. Рациональное использование лекарственных средств // <http://www.apteka.ua/archives/371/18553.html>
56. Новая классификация глаукомы. Она предложена в 2001 г. академиком РАМН Аркадием Нестеровым и проф. Евгением Егоровым. Прошла этап обсуждения и согласования. Публикуется после внесения ряда поправок. : научное издание // Медицинская газета. - М., 2003. - №60 (15 авг). - С. 12-13
57. Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с глаукомой: Приказ Минздравсоцразвития России от 06.09.05 №549. Прилож. к приказу: СТАНДАРТ медицинской помощи больным с глаукомой // Здравоохранение. Журнал для руководителя и главного бухгалтера. - М., 2006. - №3. - С. 94-100
58. Определение глаукомы, www.vision-ua.com
59. «Оценка рациональности и эффективности лекарственной помощи на основе проведения ABC – и VEN – анализов», Приложение 1 к Положению по разработке Формуляров ЛС, ИМН и расходных материалов медицинских учреждений, предоставляющих медицинские услуги в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области.

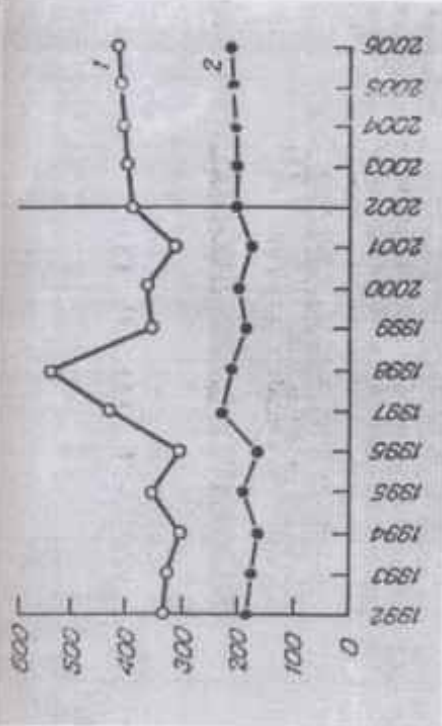
60. Ўзбекистон Республикасида кайд этилган дори воситалари ва тиббий буюмлари Давлат Реестри // 2007, 11 нашр кайта ишлаб тулдирилган
61. Assessing the cost-effectiveness of switching from a beta-blocker to latanoprost in the treatment of ocular hypertension. Costagliola C, Parmeggiani F, Sebastiani A. Department of Ophthalmology, University of Ferrara, Ferrara, Italy.
62. A cost-effectiveness comparison of bimatoprost versus latanoprost in patients with glaucoma or ocular hypertension. Walt JG, Lee JT. Global Health Outcomes Strategy and Research, Allergan, Inc., Irvine, CA 92612-1599,
63. Bruce Shields M., Textbook of glaucoma 1998 Pennsylvania USA p.123-134
64. DANMAP 2005, www.dfvf.dk
65. How prostaglandins have changed the medical approach to glaucoma and its costs: an observational study of 2228 patients treated with glaucoma medications. De Natale R, Draghi E, Dorigo MT. Glaucoma Unit, Department of Ophthalmology, Monselice Hospital, Monselice, Padua, Italy. renato. USA.
66. Legemiddelforbruket i Norge Drug Consumption in Norway 2003 – 2007 /Nasjonalt folkehelseinstitutt//
67. NETHMAP 2006, www.swap.nl
68. www.med.uz
69. www.drugs.dtalk.ru/alpha/b
70. www.whooc.no/atcddd
71. <http://cataracta.narod.ru/glaucoma.htm>
72. www.medescape.com
73. <http://avtoreferat.ilib.com.ua>
74. <http://www.pharmaline.ru>

Ўзбекистон Республикасида қайд этилган дори воситалари ва тиббий буюмлари Давлат Реестри (2007, 11 нашр қайта ишлаб туздирилган) га кирган глаукомага қарши дори воситалар рўйхати.

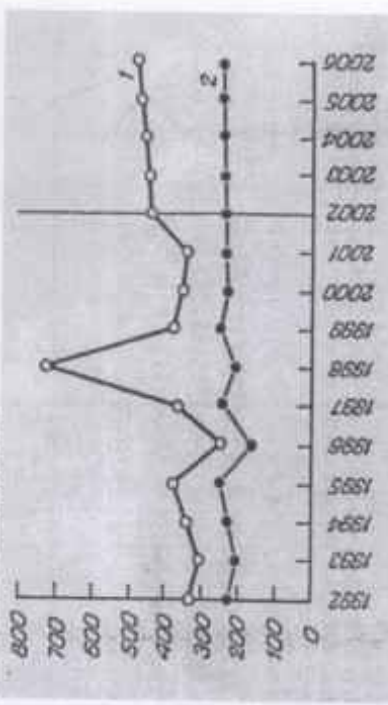
Реестрда ги тартиб №	Савдо номи ва хакаро номи	Дори шакли, ишлаб чиқарилган шакли	Фирма, ишлаб чиқарувчи давлат	Фармакотерапев тик гуруҳ	№ ва регистра ция санаси
Чет мамлакатларнинг дори воситалари давлат реестри					
169	Арутимол (Arutimolum) Comb.drug (Timolol hydrogen maleat, benzalkoniumchlorid)	0,25% ва 0,5% ли қыз томчилари 5 млдан пластмасса флаконларда	Clauvin Ankerpharm GmbH Германия	Глаукомага қарши S01ED01	Б-250-9504703РУз
242	Бетоптик С (Betopticum S) Betaxolol	0,25% ли офтальмологик суспензия 5мл, 10мл дан пластик флаконларда "Drop Tainer" томчилагичи Билан	Alcon Souvteur s.a., п.в. Белгия	Глаукомага қарши S01ED02	Б-250-9522698РУз 30\12\98 17\10\03
729	Изопто-Карпин (Isopto-carpinum) Pilocarpine	1%, 2%, 4% ли стерил офтальмологик қыз томчилари 15 млдан пластик флаконларда "Drop Tainer" томчилагичи Билан	Alcon Souvteur п.в. Белгия	Глаукомага қарши S01ED01	Б-250-9517499РУз 19\11\99 30\12\04
1319	Норматин (Normatin) Timolol maleate	0,25%, 0,5% ли қыз томчилари 5 мл дан (флакон- пластик томчилагичи)	E.I.P.I.Co., Египет для World Medicine, Великобритания Египет	Глаукомага қарши S01ED01	Б-250-9537906РУз 06\10\06
1349	Окумед (Ocumedium) Timolol	0,25%, 0,5% ли қыз томчилари 5 млдан (флаконлар-томчилагичи шиша); 5 ва 10 млдан (флакон- томчилагичи пластик)	Promed Exports Pvt.Ltd Индия	Глаукомага қарши S01ED01	Б-250-9540405РУз 30\09\05
1350	Окурил (Ocurilum) Timolol maleate	0,25%, 0,5% ли қыз томчилари 5 млдан флаконларда	Rusan Pharma Ltd Индия	Глаукомага қарши S01ED01	Б-250-9501898РУз 22\01\98; 08\08\0

400	Офтанум-Тимололум (Oftanum-Timololum) Timolol	МДХ мамлакатларнинг дори воситалари давлат реестри	Саломатлик	Финляндия	Оу	Глаукомага карши S01ED01	29\04\99 09\03\04
1858	Траватан (Travatatum) Travoprost	40мкг\мл эритма- кыз томчиси 2,5 млдан (пластик флакон "Drops Tainer" дозатор- томчилагич Билан)	Alcon - Souvteur Белгия	Оу	Глаукомага карши	Б-250-9556105РУ3 02\12\05	
2026	Фотил (Fotilum) Comb.drug (Timolol maleate, pilocarpine)	5 млдан пластик идишларда кыз томчилари	Santen Финляндия	Оу	Глаукомага карши S01EB51	Б-250-9506399РУ3 29\04\99 30\03\04	
2027	Фотил (Fotilum Forte) Comb.drug (Timolol maleate, pilocarpine) Ксалаган (Xalatan) Latanoprost	5 млдан пластик идишларда кыз томчилари 0.005% ли флаконда 2,5 млдан 1 еки 3 донадан кыз томчилари	Santen Финляндия Pfizer	Оу	Глаукомага карши S01EB51 Глаукомага Карши S01EE01	Б-250-9506499РУ3 29\04\99 30\03\04 Б-250-95 N11402 21.04.04	
922	Мезатон (Mezaton) Phenylephrine	2,5%ли 5 млдан кыз томчилари (томчилагич копкокли флаконларда)	ГНЦЭС Опытный завод, Филлал ООО Украина		Глаукомага карши S01CA06	Б-250-9552206РУ3 28\12\06	
1224	Пилокарпин с целлюлозой (Pilocarpini cum methylcellulose) Pilocarpini	1%ли 5млдан №1, №5 кыз томчилари (томчилагич копкокли флаконларда)	Москва эндокрин заводи, ФГУП Россия		Глаукомага Карши S01EB01	Б-250-9548901РУ3 12\10\01 24\02\06	
1225	Пилокарпина гидрохлорид (Pilocarpini hydrochloridum) Pilocarpini	1%ли кыз томчиси эритмаси 5 мл ли флаконларда	Синтез, АКО Россия		Глаукомага карши S01EB01	Б-250-9529402РУ3 04\09\02	

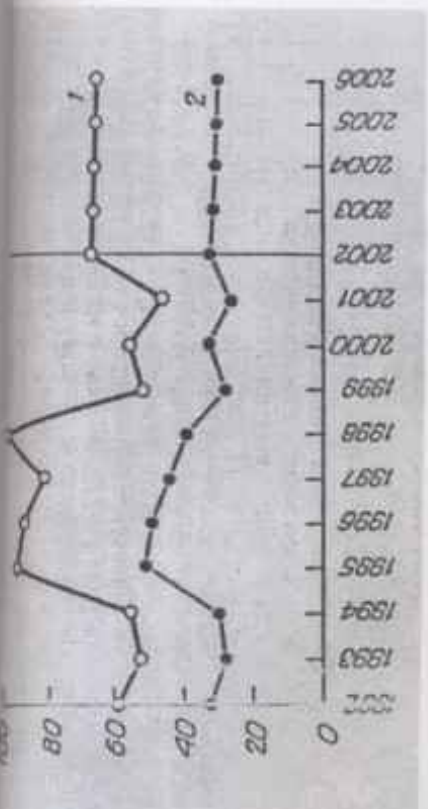
1226	(Pilocarpini hydrochloridum) Pilocarpini	Флаконларда 10 мл дан кыз томчилари	Украина	карши S01EB01	15\03\02
1227	Пилокарпина гидрохлорид (Pilocarpini hydrochloridum) Pilocarpini	Метилцеллюлозали кыз томчилари 1% 5мл (флакон)	ГНЦДС Опытный завод, Филиал ООО Украина	Глаукомага карши S01EB01	Б-250-9527401РУ3 12\10\01 21\04\06
1228	Пилокарпина гидрохлорид (Pilocarpini hydrochloridum) Pilocarpini	1%ли эритма 10млдан флаконларда	Москва эндокрин заводи, ФГУП Россия	Глаукомага карши S01EB01	Б-250-9548901РУ3 24\12\01
1530	Тимолола малеат (Timolol maleat) Timolol maleate	0,5%ли кыз томчилари 5 ва 10мл (полиэтилен флакон-томчилаттич)	Фармак, ОАО Украина	Глаукомага карши S01ED01	Б-250-9541406У3 20\10\06
1531	Тимолола малеат (Timolol maleat) Timolol	0,25% ли кыз томчилари 10 млдан полиэтилен флаконларда	Фармак, ОАО Украина	Глаукомага карши S01ED01	Б-250-9523502РУ3 09\08\02
	Гувохномага кушимча	0,25% ли кыз томчилари 5 млдан полиэтилен флаконларда			14\07\06
1532	Тимолол-Акос (Timololum -AKOS) Timolol	0,25%, 0,5% эритмали кыз томчилари 5мл; 10 млдан томчилаттич-копкоккли флаконларда	Синтез, ОАО Россия	Глаукомага карши S01ED01	Б-250-9526405РУ3 08\07\05
1533	Тимолол-Биофарма (Timololum -Biopharma) Timolol	0,25%, 0,5% ли кыз томчилари 5 мл, 10 мл(№1) дан (томчилаттич-копкоккли флаконлар)	Биофарма, ТККПШП, ЗАО Украина	Глаукомага карши S01ED01	Б-250-9555505РУ3 02\12\05
Махаллий ишлаб чиқарувчи дори воситалари давлат реестри					
440	Пилокарпина гидрохлорид (Pilocarpini hydrochloridum) Pilocarpini	1%ли эритма 10 мл флаконларда	Galenika, ДП Узбекистан	Глаукомага карши S01EB01	04\488\4РУ3 11\11\04



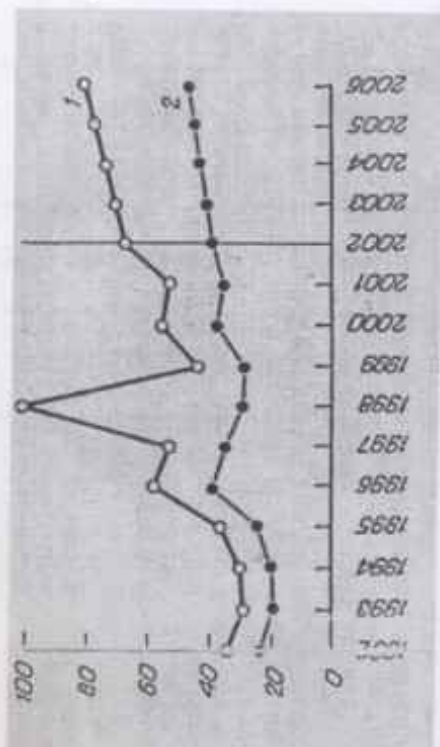
Расм-3. Ўзбекистон Республикасида глаукома билан касаланганлар жами аҳолининг умумий ва биринчи марта ташхис қўйилган таққослаш таъшили



Расм -4. Тошкент шаҳрида глаукома билан касаланганлар жами аҳолининг умумий ва биринчи марта ташхис қўйилган таққослаш таъшили



Расм -1. Ўзбекистон Республикасида глаукома билан касаланганлар катталарнинг жами ва биринчи марта ташхис қўйилган таққослаш таъшили



Расм -2. Тошкент шаҳрида глаукома билан касаланганлар катталарнинг жами ва биринчи марта ташхис қўйилган таққослаш таъшили

Илова – 3 (Жадвал – 1)

Тензив воситаларнинг ишлатилиш нуқталари бўйича тақсимланиши.

	Кичик гуруҳ	Асосий воситаларнинг номи	дори
Суюқлиги чиқишини оловчи воситалар.			
Агониметиклар	М – холиномиметиклар	Пилокарпин	
Симпатомиметиклар	α ва β стимуляторлари	Эпинефрин, эпинефрина	дипивалил
Простагландинлар	Простагландин F 2 α	Латанопрост	
Агониметиклар	α 2 - стимуляторлар	Клонидин	
Антагонистлар	α ва β блокаторлар β 1 адреноблокаторлар β 1,2 адреноблокаторлар	Проксодолол Бетаксолол Тимолол малеат	
Ангиотензинга ингибиторлари		Дорзоламид гидрохлорид	
Антагонистлар		Фотил, тимпило	

Илова – 4 (Жадвал – 4)

Жамоатлик кўз касалликлари клиник шифохонасининг молиявий кўрсаткичлари (сўм)

Иллар / Маблағлар	2003	2004	2005	2006	2007
Бюджет	233035700	202086300	242377000	313350000	306720000
Пуллик хизматдан тушган маблағ	93550000	135825400	215884684	355069400	50381600
Дори воситаларига ажратилган маблағ	25694000	38827000	38732000	38732000	35000000
Дорихонага ажратилган маблағ	45540058.58	4660984.15	84420044	11228912	35000000
Дорихона сарфлаган маблағ	46791300	12000000	38727000	100000000	45999000
Дори воситалари билан таъминоти	98%	98%	98%	95%	95%