

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

2020/1

ISSN 2181-998X

РЕСПУБЛИКА СПОРТ ТИББИЁТИ
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ МАРКАЗИ

ТИББИЁТ ВА СПОРТ
MEDICINE AND SPORT

Тошкент

2020/1

www.medsport.uz ISSN 2181-998X

ТАҲРИР ҲАЙЪАТИ

Бош муҳаррир

проф. А.А. Садиков

Бош муҳаррир ўринбосари

проф. И.Р. Мавлянов

Маъсул котиб

PhD Н.С. Ибрагимова

Таҳрир аъзолари

*проф. Аширметов А.Х., проф. Мухамедов Р. С.,
проф. Толипжанов А.И., проф. Ходжиметов А. А.,
проф. Худойбергандов А.С., доц. Усманходжаева А.А.,
доц. Хегай Л.Н., PhD Махмудов Д.Э.*

Таҳрир кенгаши

*проф. Абдуллаев Т.А. (Тошкент),
проф. Аляви А.Л. (Тошкент),
проф. Арипова Т.У. (Тошкент),
проф. Ахметов И.А. (Казань),
проф. Гаврилова Е.А. (С-Петербург)
проф. Гафуров Б.Г. (Тошкент),
проф. Даминов Б.Т. (Тошкент),
акад. Даминов Т.О. (Тошкент),
проф. Икромов А.И. (Тошкент),
проф. Ирастиано В.М. (Италия)
проф. Ирисметов М.Э. (Тошкент),
п.ф.н. Исроилов Ш.Х. (Тошкент),*

*проф. Камилова У.К. (Тошкент),
проф. Касимова Г.П. (Астана),
проф. Керимов Ф.А. (Тошкент),
проф. Кориев Г.М. (Тошкент),
проф. Курбанов Р.Д. (Тошкент),
проф. Маткаримов Р.М. (Тошкент),
проф. Нажмутдинова Д.К. (Тошкент),
проф. Назиров Ф.Г. (Тошкент),
проф. Поляев Б.А. (Москва),
проф. Сабиров Д.М. (Тошкент),
проф. Туйчиев Л.Н. (Тошкент),
проф. Хамрабаева Ф.И. (Тошкент).*

СОДЕРЖАНИЕ

СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА

<i>Кирьякиду Э.Х., Азизова Ф.Л. ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ В СПОРТЕ</i>	5
<i>Пирназаров М.М., Садилов А.А., Махмудов Д.Э. ПРОБЛЕМА ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА СПОРТСМЕНОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)</i>	8
<i>Пирназаров М.М., Садилов А.А., Махмудов Д.Э. ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ТРАВМ И ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)</i>	13
<i>Салихова С.А., Садылов А.А. МЕТОДЫ СГОНКИ ВЕСА У СПОРТСМЕНОВ-ДЗЮДОИСТОВ: КАК ОНИ ТЕРЯЮТ ВЕС, И КТО ИМ СОВЕТУЕТ?</i>	17
<i>Скворцова Л.А., Хегай Л.Н. ЗНАЧЕНИЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ СПОРТИВНОЙ ОРИЕНТАЦИИ И ОТБОРА ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)</i>	20
<i>Солиев А.Б., Мавлянов И.Р., Хаджиметов А.А. ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА СПОРТСМЕНОВ, ВОЗНИКШИЕ ВСЛЕДСТВИЕ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК</i>	24
<i>Солиев А.Б., Мавлянов И.Р., Юлчиев С.Т., Усмоналиева Н.Ш. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ СПОРТСМЕНОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ВЕЛОСПОРТОМ</i>	27
<i>Солиев А.Б., Рахимова Н.М., Алиева Д.А. РАЗРАБОТКА ГАЗОХРОМАТО-МАСССПЕКТРОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ</i>	30
<i>Усмоналиева Н.Ш., Мавлянов И.Р. ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОДИАГНОСТИКИ ЛИЧНОСТИ В СПОРТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ</i>	35

МЕДИЦИНА

<i>Атаниязова Р.А., Исакова Л.И. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ</i>	38
<i>Гафур-Ахуннов М.А., Юсупова Д.Б., Одилов К.К. ТАРГЕНТНАЯ ТЕРАПИЯ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)</i>	41
<i>Ibragimova Sh.A., Mirrakhimova M.Kh. ATOPIC DERMATITIS IN COMBINATION WITH BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN: PREVALENCE, CLINICAL AND ALLERGOLOGICAL CHARACTERISTICS</i>	44
<i>Ирискулов Б.У., Кодиров Ш.Н., Жалилов М.А., Кодиров М.Ш. ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВА ВРАСТАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАДНЮЮ СТЕНКУ ТРАХЕИ</i>	47
<i>Каримова Г.К., Ихтиярова Г.А., Наврузова Н.О. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ГЕСТАЦИОННОМУ ДИАБЕТУ</i>	50
<i>Каюмова Д.Т. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МЕНОПАУЗАЛЬНОГО МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)</i>	53
<i>Каюмова Д.Т., Садилова Д.Р. РОЛЬ ДОЗИРОВАННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК В КОРРЕКЦИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО И МЕНОПАУЗАЛЬНОГО МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМОВ</i>	59
<i>Махкамов Н.Ж., Исроилов Р.И. УМУРТҚА ПРОТРУЗИЯСИ ВА ЧУРРАСИНИ ДАВОЛАШДА ПАТОМОРФОЛОГИК ТУЗИЛИШНИНГ АХАМИЯТИ</i>	64
<i>Mirrakhimova M.Kh., Nishonboeva N.Yu. ATOPIC DERMATITIS AND THE STATE OF THE DIGESTIVE SYSTEM IN CHILDREN</i>	68
<i>Мухитдинов У.Б. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ ПРИ ТИМПАНОПЛАСТИКЕ И ЕЁ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА</i>	71

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОНТЕЛУКАСТА (L-MONTUS®) В ТЕРАПИИ ЛЕГКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Ташматова Г.А., Халматова Б.Т.

БОЛАЛАРДАГИ ЕНГИЛ ПЕРСИСТИРЛОВЧИ БРОНХИАЛ АСТМАНИ ТЕРАПИЯ ҚИЛИШДА МОНТЕЛУКАСТ (L-MONTUS®)НИНГ КЛИНИК САМАРАДОРЛИГИ

Ташматова Г.А., Халматова Б.Т.

CLINICAL EFFICACY OF MONTELUKAST (L-MONTUS®) IN THE THERAPY OF LIGHTWEIGHT PERSISTENT BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN

Tashmatova G.A., Halmatova B.T.

Ташкентская медицинская академия

Мақолада 2-5 ёшли болаларда бронхиал астманинг енгил персистирловчи кечувида Монтелукаст (L-Montus®) нинг клиник хусусиятларива самарадорлиги ёритилган. Монтелукаст (L-Montus®)нинг 4 мг таблетка шаклини ушбу болаларда 3 ой муддатда қўлланилиши кундузги хуружларни 80%гача, тунги хуружларни 78%гача камайганлиги кузатилди; биринчи ёрдам дори воситаларини қўллаш 67%, хуружнинг қайталаниши 77% гача камайди.

Калит сўзлар: астма, болалар, L-Montus®, касаллик назорати.

The article summarizes clinical experience montelukast L-Montus® in achieving and maintaining control of mild persistent asthma in children 2–5 years of life. Found that treatment with montelukast (L-Montus®) in the form of tablets 4 mg in children aged 2–5 years with mild persistent asthma after 3 months of therapy effectively reduces the risk of daytime symptoms 80%, nighttime symptoms – 70%; means to reduce the need for emergency assistance from 67% and also reduces the likelihood of acute asthma with 77%.

Key words: asthma, children, L-Montus®, disease control.

Лекарственные препараты для лечения астмы принадлежат к небольшому диапазону фармакологического семейства. Преобладают классы кортикостероидов и модификаторов лейкотриенов. Среди лейкотриеновых модификаторов во всем мире доступен монтелукаст. Антилейкотриеновые препараты эффективны в улучшении симптомов и функции легких и предотвращении обострений у больных независимо от возраста.

Антилейкотриеновые средства рекомендуются как препараты второго выбора после низких доз ингаляционных кортикостероидов или как «альтернативное лечение первой линии» на начальном этапе длительного лечения. В контексте последующих этапов лечения они также эффективны как дополнительные лекарственные препараты к ингаляционным кортикостероидам. Антилейкотриеновые препараты могут иметь практическое значение и в случаях, когда у пациента с астмой одновременно имеет место аллергический ринит [1-6].

В Республике Узбекистан зарегистрирован препарат монтелукаста L-Montus® производства Fourrts India Laboratories Pvt. Limited (Индия). Препарат содержит Levocetirizine 2,5 мг/montelukast 4 мг и выпускается в упаковке по 10 таблеток. Прием – 1 раз в сутки. Обобщенный клинический опыт применения антилейкотриеновых препаратов в реальной клинической практике педиатра будет способствовать совершенствованию оказания помощи детям с бронхиальной астмой (БА) разного возраста.

Цель исследования

Оценка динамики клинических симптомов частично контролируемой и неконтролируемой легкой персистирующей бронхиальной астмы у детей 2-5 лет в течение 3-х месяцев терапии препаратом L-Montus® с учетом количества дневных и ночных приступов, потребности в средствах неотложной помощи, количества эпизодов обострения астмы, ограничения активности.

Материал и методы

Простое открытое несравнительное проспективное клиническое исследование проводилось в детской кон-

сультативной поликлинике многопрофильной клиники ТМА. В исследованиях приняли участие 30 пациентов обоего пола в возрасте от 2-х до 5 лет с легкой персистирующей астмой. Эффективность лекарственного средства L-Montus® (монтелукаст) в виде таблеток по 4 мг производства Fourrts Laboratories Pvt. Limited (Индия) оценивали по объективным критериям: динамика клинических симптомов астмы (частота дневных и ночных приступов, потребность в средствах неотложной помощи, количество эпизодов обострения астмы, ограничение активности) в соответствии с рекомендуемыми клиническими критериями контроля [4]. Обязательным критерием включения пациента в исследование было письменное информированное согласие законного представителя на участие в испытании. Пациенты в течение 3-х месяцев до исследования не получали базисную терапию астмы. В исследование не включались больные с симптомами острой респираторной инфекции, сопутствующей хронической патологии других органов и систем и реакций гиперчувствительности или непереносимости компонентов препарата L-Montus® в анамнезе. Критерием исключения пациента из исследования служили добровольное прекращение приема препарата; отказ от дальнейшего участия в испытании без каких-либо последствий для будущего лечения; пациент полностью завершил клиническое испытание согласно протоколу; наличие какой-либо побочной реакции, которая, по мнению исследователя, является основанием для исключения пациента из клинического испытания; отсутствие контроля заболевания в течение 30 дней от начала приема L-Montusa®; серьезное отклонение от протокола; отзыв информированного согласия.

У всех 30 испытуемых установлен диагноз бронхиальной астмы легкого персистирующего течения, которая была частично контролируемой. У 16 (53%) испытуемых сопутствующей аллергической патологией был аллергический ринит. У 4 (13%) больных имели место сопутствующий атопический дерматит и аллергический ринит, у 1 (3%) – атопический дерматит. У всех пациентов была ал-

лерген-индуцированная астма, доказанная положительными кожными пробами по немедленному типу с внутри- и внежилищными аллергенами и определением уровня IgE в венозной крови. Кожные скарификационные пробы с диагностическими внутрижилищными и внежилищными аллергенами выполнены у 26 пациентов. У большинства из них (20 чел.) они оказались положительными. Чаще выявлялась сенсibilизация к внутрижилищным аллергенам (17 детей), у одного пациента отмечалась сенсibilизация к внежилищным, у 2 – одновременно к аллергенам обеих групп.

Уровень IgE в венозной крови определяли у 15 пациентов, у 9 из них он был повышен. При оценке динамики клинического течения бронхиальной астмы у каждого пациента учитывали частоту дневных и ночных симптомов астмы, потребность в средствах неотложной помощи, наличие обострений, ограничение активности. Соответствующие данные заносили в специально разработанную карту, которую заполняли на каждого пациента. Стадии исследования представлены в таблице 1. Общая картина исходного контроля симптомов БА у испытуемых показана в таблице 2.

Таблица 1

Стадии исследования

Отбор больных в соответствии с критериями включения; начало исследования (начало приема L-Montusa®) (визит 1)	1-е динамическое исследование: на 30±3 день приема L-Montusa® (визит 2)	2-е динамическое исследование: на 60±3 день приема L-Montusa® (визит 3)	Заключительный визит; 90±3 день от начала приема L-Montusa® (визит 4)
Установление диагноза. Определение степени контроля заболевания за 3 месяца до исследования. Получение информированного согласия. Обследование: определение функции внешнего дыхания, выполнение общего и биохимического анализа крови. Отбор пациентов. Выдача препарата	Определение контроля заболевания в течение месяца терапии. Исследование функции внешнего дыхания. Оценка переносимости по данным анамнеза	Определение контроля заболевания в течение 2-х месяцев терапии. Исследование функции внешнего дыхания. Оценка переносимости по данным анамнеза	Определение контроля заболевания в течение 3-х месяцев терапии. Исследование функции внешнего дыхания. Оценка переносимости препарата по данным анамнеза. Выполнение общего и биохимического анализов крови

Таблица 2

Исходный контроль симптомов бронхиальной астмы у испытуемых, n=30

Симптом	Число испытуемых с симптомами, абс. (%)
Дневные приступы	
1 раз в неделю	6 (20)
Реже 1 раза в неделю	18 (60)
Отсутствуют	6 (20)
Ночные приступы	
1 раз в месяц	7 (23)
Реже 1 раза в неделю	6 (20)
Отсутствуют	17 (57)
Потребность в средствах скорой помощи	
1 раз в неделю	5 (17)
Реже 1 раза в неделю	15 (50)
Отсутствует	10 (33)
Ограничение активности	
Отсутствует	30 (100)

В качестве средств неотложной помощи, которыми пользовались испытуемые по необходимости, фигурировали беродуал (17 б-х), сальбутамол (5 б-х), 4 испытуемых применяли либо беродуал, либо сальбутамол. У одного испытуемого, наряду с беродуалом, применялся дексаметозон (внутримышечные инъекции). Еще один испытуемый применял беротек наряду с беродуалом и сальбутамолом. На основании комплекса таких признаков как отсутствие

дневных и ночных приступов, отсутствие ограничения активности, отсутствие потребности в средствах неотложной помощи, испытуемых разделили на две группы: 6 пациентов с полным клиническим контролем и 24 больных с неполным клиническим контролем.

В статистический анализ включены данные пациентов, полностью выполнивших программу исследования.

Результаты исследования

Положительный эффект терапии L-Montusom® наблюдали уже в течение первого месяца лечения, что выразилось в сокращении частоты дневных симптомов (табл. 3). Так, число пациентов с дневными симптомами уменьшилось с 24 (80%) до 2 (7%) (p<0,0001).

Таблица 3

Динамика дневных (числитель) и ночных (знаменатель) симптомов бронхиальной астмы в течение 3-х месяцев терапии L-Montusom®, абс. (%)

Частота симптомов	До начала терапии	Через 1 мес.	Через 2 мес.	Через 3 мес.
Нет	6 (20) 17 (57)	20 (67) 26 (87)	24 (80) 29 (97)	28 (93) 28 (93)
Реже 1 раза в неделю	18 (60) 7 (23)	10 (33) 4 (13)	6 (20) 1 (3)	2 (7)* 2 (7)*
1 раз в неделю	6 (20) 6 (20)	- -	- -	- -

Примечание. * - p<0,0001.

Число пациентов с ночными симптомами уменьшилось с 43% до начала терапии до 7% после трех месяцев приема L-Montusa® (табл. 3). Количество обострений к концу курса терапии достоверно уменьшилось. Если до начала терапии обострения наблюдались у 23 (77%) испытуемых, то через 3 месяца терапии их число сократилось до

3 (10%) ($p < 0,0001$) (табл. 4). Потребность испытуемых в средствах неотложной помощи (ингаляционных бронходилататорах) также достоверно уменьшилась к концу курса терапии с 20 (67%) до 4 (13%) ($p < 0,0001$). Вместе с тем уменьшение потребности в средствах неотложной помощи отмечалось уже через месяц от начала терапии.

Таблица 4

Динамика обострений бронхиальной астмы в течение 3-х месяцев терапии L-Montusom®, абс. (5)

Наличие обострений	До начала терапии	Через 1 мес.	Через 2 мес.	Через 3 мес.
Да	23 (77)	12 (40)	6 (20)	3 (10)*
Нет	7 (23)	18 (60)	24 (80)	27 (90)

Примечание. * - $p < 0,0001$.

До начала терапии испытуемые по параметрам клинического контроля исходно были разделены на 2 группы: 6 пациентов с полным клиническим контролем и 24 больных с неполным клиническим контролем. У всех 6 пациентов с исходно полным клиническим контролем удалось его поддерживать в течение всего периода терапии. Из 24 человек с неполным контролем у 20 удалось добиться полного контроля БА к концу 3-го месяца терапии. Только 1 (3,3%) пациент из-за отсутствия положительной динамики к концу 3-го месяца терапии L-Montusom® был переведен на лечение ингаляционными кортикостероидами.

Таким образом, эффективность L-Montusom® в достижении полного клинического контроля у больных с частично контролируемой бронхиальной астмой составила 83% (20/24), а общая эффективность у пациентов с контролируемой и частично контролируемой астмой, заключающаяся в достижении и удержании клинического контроля, составила 87% (26/30).

Выводы

1. Лечение монтелукастом (L-Montusom®) в форме таблеток по 4 мг 1 раз в сутки у детей 2-6 лет с легкой персистирующей астмой через 3 месяца терапии эффективно снижает вероятность возникновения дневных симптомов с 80 до 7%, ночных симптомов – с 43 до 7%; уменьшается потребность в средствах неотложной помощи с 67 до 13%, а также вероятность обострения бронхиальной астмы с 77 до 10%.

2. Эффективность монтелукаста (L-Montusom®) в форме таблеток по 4 мг в достижении полного клинического контроля у детей 2-6 лет с частично контролируемой легкой бронхиальной астмой составила 83%, общая эффективность у детей с контролируемой и частично контролируемой астмой, заключающаяся в достижении и удержании клинического контроля – 87%.

Литература

1. Геппе Н.А., Колосова Н.Г. Значение национальных руководств в выборе методов лечения бронхиальной астмы у детей // Леч. врач. – 2018. – №2 (2013). – С. 69.

2. Ненашева Н.М. Роль антилейкотриеновых препаратов в достижении контроля бронхиальной астмы // Мед. совет. – 2017. – №18. – С. 44-49.

3. Fal A.M. Status of leukotrienes in the pathophysiology of asthma // Necessity for antileukotrienes treatment Pneumonol Alergol Pol. – 2010. – Vol. 78, №1. – P. 68-73.

4. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. – 2018 (update). – Режим доступа: <http://www.ginastma.org>. – Дата доступа: 20.04.2018.

5. Khalmatova B. et al. Efficiency of the usage of antagonists of leukotrienic receptors at children with bronchial asthma // International Forum on Contemporary Global Challenges of Interdisciplinary Academic Research and Innovation. – 2017. – С. 291-296.

6. Mirrahimova M.H. et al. Learning efficiency and Possibility of Anti-Leukotriene Preparations for children with a Bronchial Asthma in Uzbekistan Conditions // Amer. J. Med. Med. Sci. – 2019. – Vol. 9, №3. – P. 125-129.

7. Choi J. W. et al. The prevalence of symptoms of allergic diseases in children residing in industrial regions of Uzbekistan // International Journal of Psychosocial Rehabilitation. – 2020. – Т. 24. – №. 4. – С. 2105-2115.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОНТЕЛУКАСТА (L-MONTUSOM®) В ТЕРАПИИ ЛЕГКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Ташматова Г. А, Халматова Б. Т.

Цель: оценка динамики клинических симптомов частично контролируемой и неконтролируемой легкой персистирующей бронхиальной астмы у детей 2-5 лет в течение 3-х месяцев терапии препаратом L-Montusom® с учетом количества дневных и ночных приступов, потребности в средствах неотложной помощи, количества эпизодов обострения астмы, ограничения активности. **Материал и методы:** простое открытое несравнительное проспективное клиническое исследование проведено в детской консультативной поликлинике многопрофильной клиники ТМА. В исследованиях приняли участие 30 пациентов обоего пола в возрасте от 2-х до 5 лет с легкой персистирующей астмой. **Результаты:** положительный эффект терапии L-Montusom® отмечался в течение первого месяца лечения, что выразилось в сокращении частоты дневных и ночных симптомов. Эффективность L-Montusom® в достижении полного клинического контроля у больных с частично контролируемой бронхиальной астмой составила 83% (20/24), а общая эффективность у пациентов с контролируемой и частично контролируемой астмой, заключающаяся в достижении и удержании клинического контроля, составила 87% (26/30). **Выводы:** эффективность монтелукаста (L-Montusom®) в форме таблеток по 4 мг в достижении полного клинического контроля у детей 2-6 лет с частично контролируемой легкой бронхиальной астмой составила 83%, общая эффективность у детей с контролируемой и частично контролируемой астмой, заключающаяся в достижении и удержании клинического контроля – 87%.

Ключевые слова: астма, дети, L-Montusom®, контроль болезни.



МЕДИЦИНА И СПОРТ

III-I

2020

Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе редакционно-издательского отдела Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста : О.А. Козлова

Редактор английского текста: Х.А.Расулова

Редактор-дизайнер: А.А.Курбонов

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: **Ташкентская медицинская академия**

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском управлении печати и информации

Регистрационное свидетельство 02-00128

Рукописи, оформленные в соответствии с прилагаемыми правилами, просим направлять по адресу:

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 100.

Цена договорная.

100011, Тошкент ш., Шайхантохур тумани, Олмазор 6, тел. (3712) 241 30 93, medsport.uz.