

**И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы  
жана Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин  
Улуттук хирургия борборуна караштуу Д 14.22.650 диссертациялык  
кеңештин 2022-жылдагы иши жөнүндө  
ОТЧЕТУ**

Д 14.22.650 диссертациялык кеңеш И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы жана Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук хирургия борборуна караштуу Кыргыз Республикасынын Президентине караштуу Улуттук аттестациялык комиссиясынын 2022-жылдын 8-июнундагы №45 буйругу менен бекитилген. Диссертациялык кеңештин ыйгарым укуктарынын мөөнөтү 2024-жылдын 8-июнуна чейин.

Диссертациялык кеңешке төмөнкү адистиктер боюнча диссертация коргоого кабыл алууга уруксат берилген: 14.01.17 - хирургия (кандидаттык жана доктордук); 14.01.19 – балдар хирургиясы жана 14.01.20 – анестезиология и реаниматология кандидаттык даражаны изденүү боюнча.

Диссертациялык кеңештин курамында 23 мүчө, анын ичинде медицина илимдерини доктору – 18 жана кандидаты -5.

*1. Өткөрүлгөн жыйындардын саны жөнүндө маалыматтар.*

2023 жыл ичинде 23 отурум өткөрүлдү, анын ичинде эксперттик комиссиянын мүчөлөрү дайындоо боюнча - 11; диссертациялык ишти алдын ала коргоо боюнча – 6 жана диссертациялык ишти коргоо боюнча 6 отурумдар өткөрүлдү. Процедуралык бузуулар болгон жок.

Каралган доктордук/кандидаттык диссертациялык иштер боюнча: 14.01.17 – хирургия адистиги - /12; 14.01.19 – балдар хирургиясы - -/-; 14.01.20 – анестезиология и реаниматология- -/-.

*2. Жыйындардын жарымынын азына катышкан кеңештин мүчөлөрүнүн фамилиялары:*

✓ Диссертациялык кеңештин жыйындардын жарымынын азына катышкан кеңештин мүчөлөрү болгон жок.

*3. Отчеттук жыл ичинде кеңеште каралган диссертациялардын кыскача анализи:*

**1. Кудаяров Эдилбек Эшимбековичтин** «Курсак көңдөйүндө жабышма процессинин пайда болушуна антибактериалдык каражаттардын таасирин баалоо» аттуу темадагы 14.01.17 - хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертация. Диссертациялык иш өз демилгеси менен аткарылган. Диссертациянын темасы боюнча 10 илимий эмгек жарык көргөн, анын ичинен 2 макала Кыргыз Республикасынын Жогорку аттестациялык комиссиясы тарабынан сунуш кылынган импакт-фактору 0,2ден жогору болгон мезгилдүү басылмаларда жарыяланган. И.К. Ахунбаев атындагы КММА тарабынан 3 рационализатордук сунуш бекитилген: № 01/2020 15.09.2020 ж., № 06/2020 26.09.2020 ж., № 07/2020 26.09.2020 ж.

*Алынган натыйжалар жана алардын жаңылыктары. Ар кандай дары-*

дармектерди курсак көңдөйүнө куюунун оптималдаштырылган эксперименталдык модели алардын курсак көңдөйүндөгү органдарга тийгизген таасирин илимий комплекстүү баалоо үчүн колдонулушу мүмкүн. Курсак көңдөйүндө өнүгүп жаткан жабышма процессти изилдөөнүн жана баалоонун объективдүүлүгүн жогорулатуу курсак көңдөйүндөгү жабышма процесстин оордугун баалоо методдорунун комплексин жана аны кийинки баалоо методологиясын оптималдаштырууну шарттайт. Ар кандай антибиотиктерди (Цефтриаксон, Ципрофлоксацин, Канамицин, Левофлоксацин, Метронидазол, Гентамицин жана Ванкомицин) курсак көңдөйүндөгү адгезиогенезге таасир этүү даражасы боюнча комплекстүү баалоонун натыйжалары аларды курсак көңдөйүндө колдонууга илимий жактан негизделген көрсөткүчтөргө мүмкүндүк берет.

*Жыйынтыктарына анализ:* Бактериялык сезгенүүнүн алдын алуу жана басаңдатуу үчүн тез жардам абдоминалдык хирургияда ар кандай антибиотиктерди жергиликтүү колдонуу кеңири жайылды. Ошол эле учурда ич көңдөйүндө жабышма процесстин пайда болушуна ич көңдөйүндө түрдүү антибиотиктердин таасири али белгисиз болгон, бул жабышма оорусунун себептеринин чыныгы көрүнүшүн бурмалап, адгезивдик процесстин алдын алуунун так алгоритмин иштеп чыгууну кыйындаткан. Ар кандай дары-дармектер менен шартталган ич көңдөйүндөгү жабышма процессти моделдөө эксперименталдык моделди чыныгы патологиялык процеске эң жакшы жакындаштыруу үчүн дайыма өркүндөтүүнү талап кылат. Натыйжада, антибиотиктерди ич көңдөйүнө пункциялык жол менен куюунун эксперименталдык модели, инъекциялык препараттын көлөмү менен эксперименталдык жаныбарлардын перитонеумунун аянтынын ортосундагы дал келүүнү эске алуу менен, жогорку макулдашууну, эксперименттин коопсуздугун жана татаалданыштардын жоктугун шарттайт. Иштелип чыккан эксперименталдык модель көмөкчү конструкцияларды түзүүнү талап кылбайт, техникалык жактан татаал эмес жана процедуранын мөөнөтүн узартпайт. Ич көңдөйүндө адгезиялардын таралышын талдоо объективдештирүүнү жогорулатуу үчүн ич көңдөйүндөгү адгезияларга морфоматематикалык баа берүүнүн иштелип чыккан оригиналдуу методу адгезиялардын узундугунун көрсөткүчтөрүнүн негизинде, алардын кесилишинин диаметри, чапталмалардын аянты жана калыңдыгы математикалык формуланы колдонуу менен, жабышма процессинин таралуу даражасын аныктайт. Иштелип чыккан оригиналдуу "Жабышма процесстин таралышын баалоо ыкмасы" ич көңдөйүндөгү жабышма процесстин оордугун талдоонун объективдүүлүгүн жогорулатууга өбөлгө түзөт. Бул ыкма курсак көңдөйүндөгү адгезиялардын деңгээлин объективдүү баалоого мүмкүндүк берет, колдонууга жана эсептөөгө салыштырмалуу жеңил, уникалдуу жана абдоминалдык хирургияда колдонууга болот, ич көңдөйүндөгү адгезия процессинин оордугун баллдык эсептөө менен ишенимдүү жыйынтыктарды алууга мүмкүндүк берет. Органикалык жана органикалык эмес ар кандай антибиотиктерди ич көңдөйүнө киргизүү сезгенүү процессинин ар кандай катализаторлорунун активдешүүсүнөн, фибриногенез менен фибринолиздин ортосундагы дисбаланстын, ошондой эле кандын уюусунун бузулушунан улам

ич көндөйүндө адгезиялык процесстин пайда болушуна алып келет. Курсак көндөйдө жабышма процессинин таралышын, ичеги түтүкчөсүндөгү өзгөрүүлөрдү, адгезиялардын санын жана алардын морфологиялык көрүнүшүн статистикалык олуттуу түрдө ( $P \leq 0,05$ ) математикалык талдоо көрсөткөндөй, ич көндөйүнө Ванкомицин, Метронидазол жана Цефтриаксон препараттары эң айкын агрессивдүү таасир этет жана ошону менен ич көндөйүндө жабышма процессинин интенсивдүү пайда болушуна алып келет, Канамицин менен Ципрофлоксацинде жабышма процесс анча айкын эмес, ал эми Левофлоксацин менен Гентамициндин ич көндөйүндөгү жабышма процеске тийгизген таасири минималдуу.

*Пайдалануу боюнча сунуштар.* Бактериялык сезгенүү процессинин алдын алуу жана басаңдатуу үчүн абдоминалдык хирургияда ар кандай антибиотиктерди жана антибактериалдык каражаттарды жергиликтүү колдонуу катуу көрсөткүчтөргө ылайык жана ич көндөйүндө жабышма процессти стимулдаштырууда алардын активдүүлүгүн эске алуу менен кайрылууга тийиш. Ар кандай антибиотиктердин таасири астында ич көндөйүндө жабышма процесстин пайда болуу жана өнүгүү механизмдерин изилдөө үчүн адгезиялык процессти эксперименталдык моделдөө чоң мааниге ээ. Бул максаттар үчүн эң жөнөкөй, бирок абдан эффективдүү модель болуп антибиотиктерди курсак көндөйүнө киргизүүнүн пункциялык ыкмасы саналат, ал берилген препараттын көлөмү менен эксперименталдык жаныбарлардын перитонеум аянтынын ортосундагы дал келүүнү эске алат. Эксперименталдык пункция модели көмөкчү конструкцияларды түзүүнү талап кылбайт жана техникалык жактан жеткиликтүү. Ич көндөйүндө жабышма процесстин таралышын талдоодо курсак көндөйүндөгү жабышма процеске морфоматематикалык баа берүү ыкмасы эффективдүү болуп саналат, бул математикалык формуланы колдонуу менен адгезиялардын узундугунун көрсөткүчтөрүнүн негизинде, алардын кесилишинин диаметрин, адгезиялардын аянтын жана калыңдыгын аныктоого мүмкүндүк берет. Эгерде адгезиялардын көлөмүнүн суммасы 0,585тен аз болсо, анда бул адгезия пайда болуу процессинин төмөнкү активдүүлүгү катары бааланган; эгерде адгезиялардын көлөмүнүн суммасынын 0,585тен көп болсо, анда бул адгезияны түзүү процессинин жогорку активдүүлүгү катары бааланган. Ич көндөйүндө жабышма процесстин оордугун сандык баалоодо жабышма процесстин таралышын баллдык баалоо ыкмасын колдонуу натыйжалуу. Антибиотиктерди курсак көндөйүнө куюу жөнүндө чечим кабыл алууда ич көндөйүнө Ванкомицин, Метронидазол жана Цефтриаксон препараттары эң айкын агрессивдүү таасир этүүсүн жана ошону менен ич көндөйүндө жабышма процессинин интенсивдүү пайда болушуна алып келүүсүн, Канамицин менен Ципрофлоксацинде жабышма процессине анча айкын эмес таасир этүүсүн, ал эми Левофлоксацин менен Гентамициндин ич көндөйүндөгү жабышма процеске тийгизген таасири минималдуу экенин эске алуу керек.

Эмгектеги негизги корутундулар жана сунуштар күнүмдүк клиникалык практикада, билим берүү процессинде жана илимий изилдөөдө колдонулууга тийиш.

Иштин натыйжалары кеңири колдонууну талап кылат.

Иш Кыргыз Республикасынын Президентине караштуу Улуттук аттестациялык комиссиясы тарабынан бекитилген.

**2. Кулбаев Улукбек Абдиманатовичтин «Диабетикалык бут таманынын кабылдоолорун хирургиялык дарылоо жана аларды алдын алуу чаралары» аттуу темадагы 14.01.17 - хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертация.** Диссертациялык иш өз демилгеси менен аткарылган. Изилдөөнүн негизги жыйынтыктары 7 макалада чагылдырылды, анын ичинен 3 эмгек КРП УАК сунуш кылган басылмаларда.

*Алынган натыйжалар жана алардын жаңылыктары.* Эки топ көрсөтүлөт: биринчисине ириңдүү-некротук процесс менен татаалдашкан диабетик бут синдрому менен ооруган 108 бейтап кирет, аларды дарылоодо консервативдик дарылоо, анын ичинде озондошкан натрий хлоридинин эритмелери, димексид эритмеси жана инфракызыл нурлануу колдонулган, 78 пациентке хирургиялык: баллондук ангиопластика. 17 жана 61-де некротун очогун алып салуу операциясы. Сан жана ылдыйкы бут денгээлинде ампутациялар 4,9%, кайталанган операциялар 3,3% түздү. Экинчи топко эндокринология бөлүмүнүн кант диабети менен ооруган 173 бейтап кирди, алар диабетик бут синдромун аныктоо үчүн хирург менен биргеликте текшерилип, синдром 27 (15,6%) бейтапта табылган, анын ичинен 12си татаал формада болгон. Дарылоо хирургдун көзөмөлү астында жүргүзүлдү, ошондой эле процесстин өнүгүшүнө тоскоол болгон дарылоонун профилактикалык курстары. SDS диагностикасынын жана дарылоонун алгоритми иштелип чыккан, бул практиктерге дарылоо ыкмасын тандоону жеңилдетет.

*Жыйынтыктарына анализ:* Эндокринологи бөлүмүндөгү кант диабети менен жабыркаган оорулуулардын ичинен диабетикалык бут кетмен синдрому (ДБКС) барлар 15,6% түздү, ал эми ДБКС барлардын ичинен кабылдаган формалар - 44,4% болду. Кант диабети менен жабыркаган оорулууларды текшерүүдө эндокринолог жана хирург катышышы керек.

Баллондук ангиопластиканы колдонуу ириң-некрот процесси менен кабылдаган ДБКСнын өөрчүүшүн жакшыртат, бийик ампутациянын профилактикасы болуп саналат, бирок пациенттер өмүрүнүн аягына чейин байкоодо турууга жана профилактикалык дарылоо курстарын алып турууга муктаж, окклюзия рецидив болсо кайрадан баллондук ангиопластиканы жасоого көрсөткүч бар. ДБКСны диагностикалоонун жана дарылоонун түзүлгөн алгоритми кант диабетинин кабылдоосун өз убагында аныктоого мүмкүндүк берет жана врачтын жумушун жеңилдеткен дарылоонун адекваттуу ыкмасын тандоого мүмкүндүк берет. Ириң-некрот процесси менен кабылдаган ДБКСны дарылоого иштелип чыккан комплекси сандын жана шыйрактын бийик ампутациясын 3,9%га, операция болгондордун санына карата кайрадан операцияларды 3,3%га, ДБКС менен ооругандардын жалпы санына карата, ылайыгына жараша 2,8% жана 1,8% төмөндөтүүгө мүмкүндүк берди.

*Пайдалануу боюнча сунуштар.* Кант диабети аныкталса, текшерүүгө хирургдун катышуусу зарыл жана ДБКС аныкталса, кабылдоолордун өөрчүүсүн алдын аллууга багытталган дарылоо дайындоо керек. Көп убакыттан бери

айыкпай келе жаткан жаралары жана жараттары бар оорулууларга УДДГ жасоо керек. Окклюзия аныкталса, баллондук ангиопластика жасоо сунуш кылынат. ал эми окклюзия рецидив болсо, баллондук ангиопластиканы кайра жасоого болот. Ириң-нероздук процесси менен кабылдаган ДБКСа хирургиялык дарылоо керек болсо, операциянын астында процессти чектөө үчүн сезгенүүгө каршы жана инфузиондук терапия жүргүзүлүшү керек, операцияны андан кийин жасоо керек. Ириң-некроздук процесси менен кабылдап жана жогорку эндотоксикоз менен коштолгон ДБКСа Ю.М. Левинадин (1986) ыкмасы менен регионардык лимфостимуляцияны колдонуу керек - (кыска убактылуу веностаздан кийин тери астындагы май клетчаткасына антибиотиколимфотроптуу аралашманы куюу). Кант диабети жана ДБКС менен жабыркаган оорулууларды дарылоодо аларды алдын алуу чараларынын маанилүүлүгү, кабылдоолордун пайда болуу мүмкүнчүлүгү, дарылоонун татаалдыгы, врачом-эндокринолог жана врач-хирург менен дайыма байланышып туруу жөнүндө маалымат берип туруу керек. Дарылоо мекемелерин реформа кылууда медициналык тейлөөнүн биринчи звеносун күчтөнтүү керек, жана дагы эндокринологиялык диспансерлердин ишин кеңейтүү керек, оорулуулар кант диабети аныкталгандан кийин адистердин кароосунан өтүшү үчүн заманбап аппаратура жана керектүү штат менен камсыз болушу керек, ал эми ДБКС аныкталса, дарылоо курсу жана динамикалык байкоо жүргүзүү аткарылышы керек. Ушундай мамиле гана ДБКСнын кабылдоолору төмөндөтүүгө шарт түзөт. Эмгектеги негизги корутундулар жана сунуштар күнүмдүк клиникалык практикада, билим берүү процессинде жана илимий изилдөөдө колдонулууга тийиш.

Иштин натыйжалары кеңири колдонууну талап кылат.

Иш Кыргыз Республикасынын Президентине караштуу Улуттук аттестациялык комиссиясы тарабынан бекитилген.

**3. Туратбекова Каныкей Туратбековнанын** «Перитонит менен татаалдашкан курсак көңдөйүнүн органдарынын ооруларында системалуу сезгенүү реакциясынын синдрому жана аны коррекциялоо чаралары» деген темадагы 14.01.17 - хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертация. Диссертациялык иш өз демилгеси менен аткарылган. Диссертациянын темасы боюнча 5 макала жарыкка чыккан, алардын ичинен 3 макала Кыргыз Республикасынын Жогорку аттестациялык комиссиясы тарабынан сунуш кылынган импакт-фактору 0,1ден кем эмес илимий мезгилдүү басылмаларда жарыяланган.

*Алынган натыйжалар жана алардын жаңылыктары.* Перитонит менен татаалдашкан курсак көңдөйүнүн органдарынын ооруларында системалуу сезгенүү реакциясынын синдромунун көрсөткүчтөрү аныкталды. Медикаментоздук каражаттарды, лимфогендик технологияларды жана инфракызыл нурланууну колдонуу менен синдромду коррекциялоо ыкмалары негизделген. Системалуу сезгенүү реакция синдрому тууралоо алгоритми курулган. Синдромду коррекциялоо методдоруна баа берилип, жергиликтүү же жалпы перитонит менен курсак көңдөйүнүн органдарынын курч ооруларынын татаалданышында биз колдонгон коррекциялоо ыкмасынын баалуулугун

тастыктады.

*Жыйынтыктарына анализ:* Иш процессинде бейтаптардын эки тобу бөлүнгөн: биринчи контролдук, оорулуулар системалуу сезгенүү реакциясынын синдромун коррекцияда салттуу ыкмаларын алышкан жана экинчи топ - бул коррекциянын иштелип чыккан чаралары колдонулган бейтаптар (антибиотиктерди периоперативдик киргизүү, жараны сугаруу үчүн озондоштурулган эритме, жабыркоо очогунун локализациясын эске алуу менен региондук лимфостимуляция, операциялык жаранын аймагына инфракызыл лазердик нурлануу).

Салттуу коррекцияны колдонуу жетишсиз болуп, оорулуулардын 18,9% ында кыйынчылыктар болгон. Коррекциянын иштелип чыккан методун колдонуу системалуу сезгенүү реакциясы синдромунун көрсөткүчтөрүнүн көрүнүп турган оң динамикасын белгилөөгө жана операциядан кийинки мезгилдин өтүшүн баалоо үчүн системалуу сезгенүү реакциясы синдромунун белгилеринин санын аныктоонун баалуулугун аныктоого мүмкүндүк берди. Инфракызыл нурланууну колдонуу ириң-сезгенүү ооруларынын жыштыгын азайтууга мүмкүндүк берди. Системалык сезгенүү реакциясынын синдромун коррекциялоонун иштелип чыккан методун колдонуу татаалдашуулардын жыштыгын 18,9% дан 6,9% га чейин азайтууга мүмкүндүк берди, демек, кыйынчылыктарды 2,7 эсе азайтууга мүмкүн болду.

*Пайдалануу боюнча сунуштар.* Жергиликтүү же жайылган перитонит менен татаалдашкан курч хирургиялык курсак көңдөйүнүн оорусу менен ооруган бейтаптарды кабыл алууда системалуу сезгенүү реакциясы синдромунун клиникалык жана лабораториялык белгилери аныкталышы керек. Эки белгиден ашык табылганда-системалуу сезгенүү реакциясынын синдромунун болушун эсептөө жана биринчи сааттан баштап аны коррекцияга киришиш керек. Операциянын алдында жана аягында курсак көңдөйүнүн органдарынын курч оорулары менен ооругандарга антибиотикти венага киргизүү эмпирикалык, ал эми операциядан кийин бактериологиялык изилдөөнүн жыйынтыктарын жана микрофлоранын антибиотиктерге сезгичтигин аныктоону эске алуу менен колдонуу керек. Операциядан кийинки мезгилде динамикада белгилердин санын аныктоону улантуу, эгерде дарылоо процессинде белгилердин саны өзгөрбөсө же көбөйсө, анда бул абалды тактоо үчүн тереңдетилген кошумча текшерүү зарыл. Синдромду коррекциялоону тандоодо эң адекваттуу ыкманы жеңилдете турган жана тандай турган иштелип чыккан алгоритмди колдонуу керек. Региондук лимфостимуляцияны операция учурунда сезгенүү очогунун жайгашкан жерин эске алуу менен (аппендицит, холецистит, перфорациялык жара, ичеги-карын тоскоолдуктары) колдонсо болот жана операциядан кийин милдеттүү түрдө иммунокорректор тималинди 10 мг булчуңга 5-6 инъекция курсу менен киргизүү менен толукталат. Сезгенүү жана жара ооруларынын алдын алуу үчүн 8-10 мкг/мл озон концентрациясы бар натрий хлоридинин озондоштурулган эритмеси менен ич көңдөйүн жана жараларды сугаруу жана операциядан кийинки жаранын инфракызыл лазердик нурлануусу операциядан кийинки 2 күндөн баштап 5-6 сеанс колдонулушу керек.

Иштин натыйжалары кеңири колдонууну талап кылат.

Иш Кыргыз Республикасынын Президентине караштуу Улуттук аттестациялык комиссиясында каралууда.

**4. Култаев Уранбек Ташболотовичтин «Кант диабети менен ооруган бейтаптардын хирургиялык ооруларынын өтүшү жана кабылдоолорунун алдын алуу чаралары» деген темадагы 14.01.17 - хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасына изденип алуу үчүн жазылган диссертация. Диссертациялык иш өз демилгеси менен аткарылган. Диссертациянын темасы боюнча 12 макала жарыкка чыккан, алардын ичинен 9 макала Кыргыз Республикасынын Жогорку аттестациялык комиссиясы тарабынан сунуш кылынган импакт-фактору 0,1ден кем эмес илимий мезгилдүү басылмаларда жарыяланган.**

*Алынган натыйжалар жана алардын жаңылыктары.* Кант диабети менен ооруган адамдардагы хирургиялык оорулардын жүрүшү, операциядан кийинки татаалдашуулардын жыштыгы жана алардын натыйжалары изилденген. Кант диабети фонунда хирургиялык ооруларда операциядан кийинки оорулардын венага тамчылатуу менен 0,03% натрий гипохлорит эритмесин жана региондук лимфостимуляцияны колдонуу менен алдын алуу чараларынын комплекси иштелип чыкты. Кант диабетинин фонунда хирургиялык оорулары бар оорулууларда колдонулган алдын алуу чараларына салыштырмалуу баа берилди.

*Жыйынтыктарына анализ:* Бейтаптар эки тайпага бөлүндү: биринчиси 71, кадимки дарылоону клиникада кабыл алышты, бул тайпа контролдук болду, экинчиси – 103, негизги, дарылоо комплексинде антибиотиктер венага куюлуп, 8-10 мкг/мл концентрациясы менен натрий хлоридинин озонизацияланган эритинди менен операциядан калган жарат тазаланды, холециститтин жана панкреатиттин деструктивдик формаларында боордун тегерек байламына микроиригаторду белгилеп, ал аркылуу лимфотроптук аралашма (цефазолин же цефтриаксон+70 БИРД. гепарина дененин 1 кг салмагына, лидаза 8-12 БИРД, жана новокаин 15-20 мл) кунуно 1 маал куйулду. Курч деструктивдик аппендицитте жана холециститте операциядан кийин натрий гипохлориттин эритмесин 0,03% перифериялык венага 200 мл өлчөмүндө 5-6 кун дарылоо курсуна колдондук. Бул ыкма 35 оорулууга колдонулду. Дарылоонун натыйжаларын салыштырганда негизги топтордо эң жакшы натыйжалар байкалды, жарааттын айыгуусу кыйла активдүү болду, жарааттын булгануусу бир топ төмөндөдү, иммунологиялык реактивдүүлүктүн көрсөткүчтөрү жакшырды. Биз иштеп чыккан алдын алуу боюнча жаңы ыкмаларды колдонуу менен операциядан кийин кабылдап кетүүлөрдүн жыштыгын 3 эсе азайтууга мүмкүн болду, каза болгондор болгон жок, стационардык дарылоо мезгилин кыскартууга да мүмкүн болду.

*Пайдалануу боюнча сунуштар.* Хирургиялык оорулар менен ооругандар келип түшкөндө кант диабетин аныктоого (үй-бүлөлүк анамнез, кандагы канттын деңгээлин аныктоого) көңүл буруу керек, коштолгон коморбиддик патологияларды аныктоо менен диабеттин компенсациясынын даражасын баалоо зарыл. Субкомпенсация жана декомпенсация стадиясындагы кант диабетинин фонунда хирургиялык патологиясы бар оорулууларды жөнөкөй кыска таасирдүү инсулинге которуу жана 10-11 ммоль/л жогору эмес натыйжага

жетишүү керек. Эндокринологдун көзөмөлү астында кандагы канттын динамикасын көзөмөлдөө зарыл. Алдын алуу чараларынын комплексине лимфогендик технологияларды (холециститте боордун тегерек байламтасына региондук лимфостимуляция, ичеги өтүшүп кеткенде жоон ичегинин мезентериясына) жана 0,03% натрий гипохлоритинин 200 мл эритмесин колдонуу менен дезинтоксикациялык терапияны, дарылоо курсуна 5-6 көктамыр ичине инъекцияларды киргизүү кирет. Операция жарасынын эхоморфометриясын 8 суткадан кем эмес жүргүзүү. Эгерде операциялык жара жаатындагы инфильтрация зонасы 5 суткага 3 суткага салыштырмалуу төмөндөбөсө же жогоруласа, анда бул жаранын татаалдашуусун пайда болуу коркунучун көрсөтөт. Бул учурда антибактериалдык препараттарды күчөтүү же алмаштыруу керек, операциялык жараны ревизиялоо керек.

Иштин натыйжалары кеңири колдонууну талап кылат.

Иш Кыргыз Республикасынын Президентине караштуу Улуттук аттестациялык комиссиясы тарабынан бекитилген.

**5. Ниязов Калыс Анарбековичтин** «Тоолуу шарттарда гастродуоденалдык жарадан алгачкы жана рецидивдүү кан агуусунун клиникалык жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрү» аттуу темадагы 14.01.17 – хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертация. Диссертациялык иш өз демилгеси менен аткарылган. Диссертациянын темасы боюнча 6 макала жарыкка чыккан, алардын ичинен 3 макала Кыргыз Республикасынын Президентин алдындагы Жогорку аттестациялык комиссиясы тарабынан сунуш кылынган импакт-фактору 0,1ден кем эмес илимий мезгилдүү басылмаларда жарыяланган.

*Алынган натыйжалар жана алардын жаңылыктары.* Бийик тоолуу шарттарда туруктуу жашаган гастродуоденалдык жарадан кан агуу менен ооруган бейтаптардын клиникалык жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрү жана лабораториялык көрсөткүчтөрү изилденген. Биринчи жолу дарылоо ыкмаларынын эффективдүүлүгүнө баа берүү жана бийик тоолуу шарттарда гастродуоденалдык жарадан кандын кайталануусунун аныкталган тобокелдик факторлоруна салыштырма талдоо жүргүзүлдү. Жапыз тоолуу шарттарда жашаган бейтаптардан гастродуоденалдык жарадан кан агууну токтотууда тромбоциттерге бай плазманы колдонуу менен инъекциялык эндоскопиялык гемостаздын эффективдүүлүгү аныкталды, бул үчүн рационализатордук сунушка 2 сертификат алынды: 1) № 58/2022 06.06.2022 ж. «Эндоскопиялык ыкманы колдонуу менен ичеги-карындан кан агууну токтотуу ыкмасы» И. К. Ахунбаев атындагы патенттик бөлүмдүн чечими; 2) № 59/2022 06.06.2022 ж. «Эндоскопиялык ыкманы колдонуу менен гастродуоденалдык кан агууну токтотуу ыкмасы» И. К. Ахунбаев атындагы патенттик бөлүмдүн чечими. Алынган маалыматтардын негизинде тоолуу шарттарда гастродуоденалдык жарадан биринчи жана кайталануучу кан агуунун диагностикасы жана дарылоо алгоритми түзүлдү.

*Жыйынтыктарына анализ:* Бийик тоолуу шарттарда туруктуу жашаган гастродуоденалдык жарадан кан агуу менен ооруган бейтаптардын клиникалык жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрү жана лабораториялык көрсөткүчтөрү изилденген.



Биринчи жолу дарылоо ыкмаларынын эффективдүүлүгүнө баа берүү жана бийик тоолуу шарттарда гастродуоденалдык жарадан кандын кайталануусунун аныкталган тобокелдик факторлоруна салыштырма талдоо жүргүзүлдү.

Жапыз тоолуу шарттарда жашаган бейтаптардан гастродуоденалдык жарадан кан агууну токтотууда тромбоциттерге бай плазманы колдонуу менен инъекциялык эндоскопиялык гемостаздын эффективдүүлүгү аныкталды.

Алынган маалыматтардын негизинде тоолуу шарттарда гастродуоденалдык жарадан биринчи жана кайталануучу кан агуунун диагностикасы жана дарылоо алгоритми түзүлдү.

*Пайдалануу боюнча сунуштар.* Оорулуу жаралуу этиологиядагы гастродуоденалдык кан агуу менен келип түшкөндө, салттуу гемостаз менен катар жаранын жайгашкан жерин, анын өлчөмүн жана кан агуунун абалын аныктоо үчүн эндоскопияны колдонушат (токтотулган, уланууда, кайра кан кетүү коркунучу бар). Консервативдик дарылоо ыкмалары менен токтотууга мүмкүн болбогон кан кеткен учурда жара жаралуу процесстин жүрүшү жөнүндө маселени чечүү үчүн милдеттүү түрдө кайталап эндоскопиялык изилдөө менен биз иштеп чыккан эндоскопиялык гемостаз ыкмасын колдонууз. Ар бир 6 ай сайын гастродуоденалдык кан агуу менен ооруган бейтаптарды профилактикалык дарылоо курсун алуу жана биринчи жолу ашказан жарасы менен ооругандар үчүн ашказан жана он эки эли ичегинин былжыр челинин абалына динамикалык мониторинг жүргүзүү жана ашказан жарасынын өрчүшүнө жол бербөө максатында жыл сайын эндоскопиялык текшерүүдөн өтүү сунушталсын. Ашказандын кичине ийрилигин бойлото жана 1,5 смден ашкан өлчөмдөрү жана он эки эли ичегинин арткы дубалын бойлото жана 0,8 смден ашкан жарасы бар жаралуу этиологиядагы кайра кайталануучу кан агуусу бар бейтаптарга хирургиялык дарылоо катуу сунуш кылынат.

Иштин натыйжалары кеңири колдонууну талап кылат.

Иш Кыргыз Республикасынын Президентине караштуу Улуттук аттестациялык комиссиясында каралууда.

**6. Кабылов Юлдузбек Сапаровичтин** «Калкан безине операция учурунда операциядан кийинки жүрөк айлануу жана кусууну алдын алууда анестезияны оптималдаштыруу» аттуу темадагы 14.01.17 – хирургия жана 14.01.20 - анестезиология и реаниматология адистиктери боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертация. Диссертациялык иш өз демилгеси менен аткарылган. Диссертациянын темасы боюнча 14 макала жарыкка чыккан, алардын ичинен 3 макала Кыргыз Республикасынын Президентин алдындагы Жогорку аттестациялык комиссиясы тарабынан сунуш кылынган импакт-фактору 0,1ден кем эмес илимий мезгилдүү басылмаларда жарыяланган.

*Алынган натыйжалар жана алардын жаңылыктары.* Тобокелдик факторлорунун прогностикалык мааниси аныкталды жана конкреттүү тобокелдик факторуна жараша операциядан кийинки жүрөк айланууну жана кусууну алдын алуу боюнча режимдердин эффективдүүлүгү салыштырылды. Операциядан кийинки жүрөк айлануу жана кусууну алдын алуу үчүн анестезия курсуна кан тамырга нурлануунун жана P6 акупунктура пунктунун (Ней-гуан)

лазердик стимуляциясынын адьюванттык компоненттеринин таасири изилденген. Операциядан кийинки жүрөк айлануу жана кусууну алдын алуу үчүн оптималдуу ыкманы тандоонун илимий негизделген алгоритми иштелип чыккан.

*Жыйынтыктарына анализ:* Операциядан кийинки жүрөк айлануу жана кусуу жалпы, аймактык же жергиликтүү анестезия астында, айрыкча калкан безине хирургияда жасалган ар кандай хирургиялык жол-жоболордун жалпы татаалдашы болуп саналат. Калкан бези менен ооруган бейтаптарда операциядан кийинки жүрөк айлануу жана кусууну алдын алуу үчүн эң эффективдүү болуп пропофол 1% эритмесин, ондансетрон 0,2%-8 мг, дексаметазон 4 мг операциядан кийинки жүрөк айлануу жана кусууну 18,2%га чейин төмөндөтөт. Пропофол 1%ти кандын тамыр ичиндеги лазердик нурлануусу жана Р6 акупунктура чекитинин лазердик стимуляциясы менен айкалыштырып колдонуу борбордук, сегменттик жана перифериялык оорунун механизмдерине тийгизген таасиринен улам мультимодалдык анестезиянын заманбап концепциясына жооп берет, бул гемодинамикалык өнүгүүнү алдын алат. , антиэметикалык, гуморалдык жана метаболикалык бузулуулар жана калкан безинин оорулары боюнча операция жасалган пациенттерде стресс-реакциялардын өнүгүшүн чектейт. Жүрөк айлануунун жана кусуунун себебине жараша, көп багыттуу таасир механизмин жана дары-дармек каражаттарын колдонуу пункттарын эске алуу, ПОНВнын мүмкүн болгон себебин жоюу жана кош бойлуу гомеостаздын бузулушун коррекциялоо, алдын алууну жана эрте дарылоону дайындоого дифференциалдуу мамиле кылуу. кусуунун, калкан хирургиясында PONV үчүн алгоритм иштелип чыккан.

*Пайдалануу боюнча сунуштар.* Операциядан кийинки жүрөк айланууну жана кусууну күчөтпөй, кандын тамырга лазердик нурлануусу жана Р6 акупунктура чекитинин лазердик стимуляциясы сыяктуу антиэметиктердин, анестетиктердин жана адьюванттык препараттардын жана компоненттердин комбинациясы операциядан кийинки жүрөк айланууну жана кусууну азайтуу максатына жетүү үчүн натыйжалуураак. 5НТ3 рецепторлорунун блокаторлорун жана дексаметазонду бирге колдонуу калкан безинин хирургиясында операциядан кийинки жүрөк айлануу жана кусууну кыйла азайтат.

Иш изилдөөчүнүн өздүк арызы менен кароодон алынган

**7. Тургунбаев Нурлан Айтбаевичтин** “Фотомодификацияны колдонуу менен көздүн кабыгынын ооруларын комплекстүү хирургиялык дарылоо” деген темада, 14.01.17 – хирургия адистиги, 14.01.07 – офтальмология адистиги боюнча медицина илимдеринин докторлорунун окумуштуу даражасына изденүү үчүн жазылган диссертация. Диссертациялык иш өз демилгеси менен аткарылган. Диссертациянын темасы боюнча 6 макала жарыкка чыккан, алардын ичинен 3 макала Кыргыз Республикасынын Президентин алдындагы Жогорку аттестациялык комиссиясы тарабынан сунуш кылынган импакт-фактору 0,1ден кем эмес илимий мезгилдүү басылмаларда жарыяланган.

*Алынган натыйжалар жана алардын жаңылыктары.* Катмарлуу кератопластика боюнча изилдөөлөрдүн анализи көрсөткөндөй, негизги көйгөй трансплантациялоонун жогорку тобокелдигинин (инфекциялык кабыкчанын

жарасы, Морей жарасы) же трансплантациялоо коркунучу жогору көздүн ар кандай жабыркоосунун (кератоконус, гиалиндик дегенерация) катышы болуп саналат. жетишсиз туруктуулук. Тажрыйбаларда биринчи жолу стратифицирленген корнелди трансплантациялоонун жана корнеа коллагенинин UV-кайчылаш байланышынын комбинациясынын мүмкүнчүлүгү жана коопсуздугу көрсөтүлдү. Биринчи жолу комбинирленген буу технологиясынын эффективдүүлүгү жана коопсуздугу 6 жылдан 11 жылга чейинки кийинки мезгил менен патологиялык процесстердин толук комплекси боюнча сыналды. Биз тарабынан сунушталган ыкманын салттуу методдордон функционалдык натыйжалары боюнча да, коопсуздугу боюнча да (татаалдардын санын азайтуу) артыкчылыгы биринчи жолу ынаандыарлык түрдө далилденди.

*Жыйынтыктарына анализ:* Өзүбүздүн клиникалык материалды ретроспективдүү изилдөө жана адабияттык маалыматтарды талдоо бейтаптардын жана хирургдардын жогорку тобокелдиктеги кератопластикага (мүйүздүү челдин жарасы, Мурен жарасы) канааттанбагандыгынын негизги себеби трансплантация оорусу, анын лизиси жана акырында муктаждык экенин көрсөттү. рекератопластика үчүн. "Жогорку жоопкерчиликтүү" кератопластикада (кератоконус, периметриалдуу четки челдин дегенерациясы) нааразычылыктын негизги себеби болуп тигиш менен байланышкан көйгөйлөрдөн келип чыккан операциядан кийинки жогорку астигматизм саналат. КЛРКнын ультрафиолет нурлануусу менен катмар-катмар кератопластикасынын биз сунуш кылган технологиясын эксперименталдык изилдөө (фотомодификация) стандарттык процедурадан анын олуттуу артыкчылыктарын көрсөттү. Биз колдонгон технологиядан кийин спецификалык татаалдашуулардын жоктугу жана жалпы санынын азайышы анын коопсуздугун жана клиникада колдонуунун келечегин көрсөттү. Эксперименталдык материалды гистологиялык изилдөөнүн натыйжалары интерфейсте спецификалык структуралар түзүлбөстөн, кабыгынын дээрлик толук ремоделизациясын (калыбына келтирүү) болгонун көрсөттү.

*Пайдалануу боюнча сунуштар.* Биз иштеп чыккан технология, анын ар кандай технологиялык варианттарында көздүн кабыгынын фотомодификациясын жана пластинкалуу кератопластиканы камтыган, көздүн кабыгынын эктатикалык ооруларын (кератоконус, кабыкчанын пеллюциддик деграациясы) жана жогорку коркунучтуу кератопластиканы (жугуштуу мүйүздүн жарасы, мурай жарасы). Жетиштүү клиникалык материалда көрсөтүлгөн техниканын шексиз артыкчылыктары ооруканада болууну кыскартуу жана консервативдик дарылоонун баасын кыскартуу менен байланышкан чыгымдардын олуттуу кыскарышы болуп саналат. Мунун баары бизге бул ыкманы үчүнчү деңгээлдеги офтальмологиялык ооруканалардын күнүмдүк клиникалык практикасында ишке ашыруу үчүн сунуш кылууга мүмкүндүк берет.

Иштин натыйжалары кеңири колдонууну талап кылат.

Иш Диссертациялык Кеңеште каралууда.

**8. Ахматов Санжарбек Айибхановичтин** “Курч аппендициттин деструктивдүү формаларында операцияны аяктоо ыкмасы” аттуу темадагы

14.01.17 - хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертация. Диссертациялык иш өз демилгеси менен аткарылган. Диссертациянын темасы боюнча 7 макала Кыргыз Республикасынын Президентине караштуу Жогорку аттестациялык комиссиясы тарабынан сунуш кылынган импакт-фактору 0,1ден кем эмес илимий мезгилдүү басылмаларда жарыяланган.

*Алынган натыйжалар жана алардын жаңылыктары.* Курч аппендицитти диагностикалоо шкаласы өркүндөтүлдү, бул жаңылыкка 31.03.2022-ж. И. К. Ахунбаев атындагы КММАдан №53/2022 “Курч аппендицитти диагностикалоо методу” рационализатордук сунуш күбөлүгү берилди. Курт сымал өсүмдүктү калдыгын жабууда париеталдык брюшинаны жана Тахокомб пластинкасын колдонуу ыкмасы илимий жактан негизделген, ага 25.03.2021-ж. И. К. Ахунбаев атындагы КММАдан №22/2021 “Деструктивдүү курч аппендицитте курт сымал өсүмдүктү калдыгын жабуу ыкмасы” рационализатордук сунуш күбөлүгү берилди. Сызгенүү процессинде сокур ичегинин күмбөзүн камтыган деструктивдүү курч аппендициттин кабылдоолорун алдын алуу боюнча чаралар жакшыртылды.

*Жыйынтыктарына анализ:* УДИ натыйжалары менен толукталган Альварардо шкаласын колдонуу курч аппендициттин оптималдуу тактикасын аныктоого мүмкүндүк берет: шашылыш операция жасоо, байкоону улантуу же операциядан баш тартуу. Иштелип чыккан шкаланын өзгөчөлүгү 76,1% жана сезгичтиги 79,3кө туура келет. Сокур ичегинин курт сымал өсүмдүктүн дүмүрүн париеталдык перитонеумдун капкагын жана Тахокомб пластинкасын колдонуу менен дарылоонун иштелип чыккан ыкмалары татаал эмес жана татаалдануунун алдын алууну камсыз кылат. Сокур ичегинин куполу сызгенүү процессине катышканда курт сымал өсүмдүктүн дүмүрүн дарылоонун иштелип чыккан ыкмаларын колдонуу, анын ичинде хирургиялык жарааттын аймагын озондоштурулган эритмелер менен сугаруу, перитонеумдун өтмө бүктөмүндө аймактык лимфостимуляция жана илеоцекалдык аймакты дренаждоо, профилактикалык иш-чаралар менен айкалыштыруу булар операциядан кийинки мезгилдин жагымдуу өтүшүнө өбөлгө түзөт. Иштелип чыккан профилактикалык иш-чаралар татаалдануунун жыштыгын 17%дан 2,9%ке чейин төмөндөттү.

*Пайдалануу боюнча сунуштар.* Курч аппендицит менен ооруган же курч аппендицитке шектелген бейтаптарды кабыл алууда УДИ изилдөөлөрүнүн натыйжалары менен толукталган Альварардо шкаласын колдонуу жана оптималдуу чечимдин тактикасын тандаңыз: бейтапка шашылыш операция жасоо, байкоону улантуу же операциядан баш тартуу. Сокур ичегинин курт сымал өсүмдүктүн дүмүрүн дарылоодо дүмүрдү чөмүлтүү мүмкүн болбогондо, париеталдык перитонеумдун капкагын же Тахокомб пластинкасын колдонсо болот, эки ыкма тең татаалдануунун алдын алуу болуп саналат. Аппендициттин деструктивдүү формаларында, татаалдануусун алдын алуу үчүн перитонеумдун өтмө бүктөмүндө аймактык лимфостимуляцияны колдонуу. Операция болгон жерди жана жараатты озондун концентрациясы 8-10 мл натрий хлоридинин озондоштурулган эритмеси менен сугарыш керек. Сокур ичегинин курт сымал өсүмдүктүн дүмүрүн дарылоонун кандайдыр бир ыкмасын колдонууда

аппендикулярдык процесс татаалданууну өз убагында аныктоо үчүн УДИ изилдөөнүн динамикасын талап кылат.

Иштин натыйжалары кеңири колдонууну талап кылат.

Иш Диссертациялык Кеңеште каралууда.

**9. Шеров Руслан Расулжановичтин** “Гастродуоденалдык жарада кан агуудагы комплекстүү дарылоодо эндоскопиялык кийлигишүүнүн мүмкүнчүлүктөрү” деген темадагы 14.01.17 - хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасына изденип алуу үчүн жазылган диссертация. Диссертациялык иш өз демилгеси менен аткарылган. Диссертациянын темасы боюнча 4 макала Кыргыз Республикасынын Президентине караштуу Жогорку аттестациялык комиссиясы тарабынан сунуш кылынган импакт-фактору 0,1ден кем эмес илимий мезгилдүү басылмаларда жарыяланган. Ойлоп табуулар боюнча 1 патент жана РОСПАТЕНТте компьютердик программалардын реестрине 4 компьютердик программа катталган,

*Алынган натыйжалар жана алардын жаңылыктары.* Ашказан жана он эки эли ичегинин жарасы менен ооруган 58 бейтаптын проспективдүү изилдөөсүндө ашказан-ичегиден кан токтогондон кийин эки топко, 1-топчадан 30 бейтап (негизги) стадиясында эндоскопиялык гемостазга жеткенден кийин II токоюнун эндоскопиялык сүрөтү менен. жара жаралуу процесси A1/A2 Sakita-Miwa классификациясы боюнча, комплекстүү дарылоонун фонунда кайталануучу кан агуунун алдын алуу жана жараны эпителизациялоо процессин тездетүү максатында тромбоциттерден алынган өсүү факторлору менен байытылган аутоплазманы эндоскопиялык инъекциялар жасалган. жаранын периметри боюнча 4-5 жерге суббылжырлуу катмар, андан кийин Hemospract клей колдонулат, 28 бейтаптын 2 (контролдоо) топчосунда эндоскопиялык инъекциялар жасалган эмес. Дарылоонун натыйжаларын салыштырганда негизги топтогу жакшы жыйынтыктар байкалып, эпителизация активдүү түрдө тездеди, гастродуоденалдык жаралардын кан кетүүсүнүн кечиктирилген рецидивдери кыйла азайды.

*Жыйынтыктарына анализ:* Гастродуоденалдык жарадан кан агууну дарылоо комплексинде эндоскопиялык кийлигишүү монометоддору салыштырмалуу эффективдүүлүккө ээ жана кан агууну акыркы токтотууга жетишүүгө мүмкүндүк берет: ппликация ыкмасы менен 89,9%ке, инъекциялык ыкма менен - 89,3%ке, аргон плазмасы менен - 93,1% га, электрокоагуляциялык гемостазды колдонууда - 85,7% га, клиптештирүүдө алууда - 89,5% учурга чейин. Комбинациялашкан эндоскопиялык гемостазды колдонуу менен ашказан жарасынан кан агууну токтотуунун эффективдүүлүгү монометоддорго караганда жогору жана 98,4% түзөт, кайталануучу кан агуулар 1,6%дан ашпайт. Гастродуоденалдык жаралардын клиникалык жана эндоскопиялык мүнөздөмөлөрү жана кайталануучу кан кетүүнүн эндоскопиялык предикторлору менен толукталган адаптацияланган интегралдык прогностикалык шкала рецидивдүү кан агууну болжолдоодо автордук Rockall шкаласына караганда жогору (прогноздун босого мааниси 6 жана 4 баллга ылайык). Ашказан жарасынын периметри боюнча тромбоциттердин өсүү факторлору менен

байытылган аутоплазманы эндоскопиялык инъекциялар жаралардын эпителизациясын 1,5-2 эсеге тездетүүгө алып келет жана кечиккен кан агуунун кайталанышын алдын алат

Эндоскопиялык стратегиянын алгоритми төмөнкүлөрдү камтышы керек: интегралдык прогностикалык шкала боюнча рецидивдүү кан кетүү коркунучу боюнча бейтаптарды стратификациялоо, эндоскопиялык мониторинг жана коркунучу бар узак мөөнөттүү айыкпаган жараларда жара гемостазынын өзгөчөлүктөрүнүн негизинде дифференцияланган эндоскопиялык эффекттер, айыгууну тездетүү жана рецидивдин алдын алуу максатында тромбоциттердин өсүү факторлору менен байытылган аутоплазманы эндоскопиялык инъекциялар.

*Пайдалануу боюнча сунуштар.* Баштапкы эндоскопиялык диагностиканы гастродуоденалдык жарасы менен ооруган бейтап ооруканага түшкөн учурдан тартып биринчи сааттын ичинде жүргүзүү максатка ылайыктуу. Кайталануучу кан агуунун эндоскопиялык профилактикасы жарадан кан кетүүнүн белгилери менен ооруканага жаткырылган жана анын кайталануу коркунучу жогору болгон бейтаптар үчүн аны токтотуу менен бирге жүргүзүлүүгө тийиш. Кайталануучу кан агууну болжолдоонун негиздүүлүгүн жогорулатуу үчүн клиникалык жана эндоскопиялык критерийлер жана предикторлор менен толукталган интегралдык Rockall шкаласын колдонуу керек. Туруктуу гемостаз фактысы аныкталганга чейин динамикалык ЭГДСтн Forrest боюнча гастродуоденалдык жарадан кан кетүүнүн булагынын негизинде кайталануучу кан кетүү коркунучунун стратификациясына ылайык жүргүзүлүүгө тийиш: Forrest Ia - 6-12 саат, Forrest Ib - 4-6 саат, Forrest Ic - 12-24 саат, бирок 6-12 сааттан кеч эмес, эгерде гемостаз күмөндүү болсо, анда күн сайын 4-5 күн бою жүргүшүш керек. Туруксуз гемостаздын белгилери аныкталса, жарадан кан агуунун булагына кошумча комбинацияланган эндоскопиялык дарылоо жүргүзүлүшү керек. Консервативдик терапиянын, анын ичинде протондук насосун ингибиторлорунун фонунда эндоскопиялык гемостаз жүргүзүү жана рецидивдүү кан агууну алдын алуусу сунушталат. Ашказан жарасынын айкалышкан татаалдашы болгон учурда гемостаздан кийин пландуу хирургиялык дарылоо маселесин чечүү каралат. Антисекретордук дары-дармектерди - протондук насосун ингибиторлорун кайталап кан агуунун алдын алуу үчүн парентералдык берүү рецидивдүү кан кетүү коркунучунун даражасына жараша дифференцияланышы керек: кайталанма кан кетүү коркунучу бар пациенттер үчүн (Rockall интегралдык шкаласы боюнча 6 же андан көп балл алуу), 80 мг Лосекти венага куюу менен, андан кийин 2-3 күн бою 8 мг/саат үзгүлтүксүз инфузия, рецидив коркунучу төмөн (4 балл же андан аз) бейтаптарга - 40 мг венага ар бир 12 саат сайын венага куюу, анан оорулуунун реанимация бөлүмүндө болушу зарыл. Ашказан жана он эки эли ичегинин жарасынын эпителизация процессин тездетүү жана кечиккен кан агуунун кайталануу коркунучун азайтуу үчүн жаранын периметри боюнча ТФБАнын эндоскопиялык инъекцияларын колдонуу сунушталат. Монометоддордун ичинен эндоскопиялык изилдөө учурунда токтоп калган кан агууда аргон плазмасынын коагуляциясын колдонуу артыкчылыктарга ээ, айрыкча жаранын түбүндө тромбоздолган тамыр (Forrest Ia) көрүнсө. Зарыл болсо, Forrest Ia интенсивдүүлүгү боюнча, кан агууда

электрокоагуляциялык эндоскопиялык гемостаз абдан ылайыктуу болуп саналат. Эндоскопиялык гемостазга каршы көрсөтмөлөр: оор гемодинамикалык туруксуздук, операцияга муктаждык, терең кирип кетүүчү жаралар, жаралардын перфорациясына шектенүү, техникалык чектөөлөр. Динамикалык эндоскопиялык мониторинг (ЭГДС), анын ичинде Forrest IIС, антикоагулянт жана антитромбоциттардык терапиясын алган бейтаптар үчүн көрсөтүлгөн.

Иштин натыйжалары кеңири колдонууну талап кылат.

Иш Кыргыз Республикасынын Президентине караштуу Улуттук аттестациялык комиссиясында каралууда.

**10. Токтогазиев Бакыт Токтогазиевичтин** “Боор эхинококкозунун эндовидеохирургиялык жолу менен дарылоо” деген темадагы 14.01.17 хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертация. Диссертациялык иш өз демилгеси менен аткарылган. Диссертациянын негизги жыйынтыктары 4 макалада жарыяланган, анын ичинен 1 эмгек КР Президентине караштуу УАК тарабынан сунушталган басылмада, 3 эмгек чет элдик рецензияланган журналдарда жарыяланган.

*Алынган натыйжалар жана алардын жаңылыктары.* Алгачкы эхинококкозго лапароскопиялык эхинококкэктомияны жүргүзүүгө көрсөткүчтөр негизделген жана иштелип чыккан. Эхинококкэктомиянын айрым этаптарында ич көңдөйүнүн булганышын алдын алуу үчүн кистанын курамын аспирациялоо техникасы жакшыртылды. Лапароскопиялык эхинококкэктомия учурунда фиброздуу капсуланын көңдөйүн абдоминизациялоо мүмкүнчүлүгү далилденген. Лапароскопиялык эхинококкэктомиянын артыкчылыктары берилген.

*Жыйынтыктарына анализ:* Иштин жүрүшүндө бейтаптардын 2 тобу аныкталган: биринчи негизги топ – 53 бейтап, аларда оорулууларды дарылоодо эндовидеохирургиялык дарылоо ыкмалары колдонулган, ал эми көзөмөл тобу – 70 бейтапка салттуу ыкмалар колдонулган. Биринчи топтогу ооруулар 3 (5,7%) бейтапта, ал эми көзөмөлдөөчү топто 9 (12,9%) бейтапта болгон, бул боор эхинококкозун дарылоодо эндовидеохирургиялык ыкманын натыйжалуулугун тастыктайт. Сунушталган ыкма ишке ашканда ооруканада болуу убактысы кыскарып, операциянын узактыгы кыскарып, операциядан кийинки ооруулар азаят.

*Пайдалануу боюнча сунуштар.* Боор эхинококкоз менен ооруган бейтаптарды кабыл алууда эхинококкозду гана эмес, хирургиялык дарылоону талап кылган башка ооруларды да аныктоо үчүн деталдуу текшерүүдөн өткөрүү зарыл. Эндовидеохирургиялык ыкманы, негизинен, алгачкы эхинококкоздо жана жеткиликтүү жерде жайгашкан кисталарда колдонсо болот. Эхинококкоз эки органда же системада аныкталганда, эң биринчи кадам татаалдашуу коркунучу жогору болгон органга операция жасоо керек. Башка оорулар менен айкалышкан боор эхинококкозунда бир эле учурда операцияларды жасоого болот, биринчи этапта мителик эмес операциялар, андан кийин эхинококкозэктомия болушу керек.

Иштин натыйжалары кеңири колдонууну талап кылат.

Иш Диссертациялык Кеңеште каралууда.

**11. Султакеев Мирлан Зарылбековичтин** «Травматикалык гемотораксты дарылоонун ар кандай түрлөрүнүн эффективдүүлүгүн баалоо» аттуу темадагы 14.01.17 - хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертация. Диссертациялык иш өз демилгеси менен аткарылган. Диссертациянын темасы боюнча 10 макала жарыкка чыккан, алардын ичинен 4 макала Кыргыз Республикасынын Жогорку аттестациялык комиссиясы тарабынан сунуш кылынган импакт-фактору 0,2ден кем эмес илимий мезгилдүү басылмаларда жарыяланган.

*Алынган натыйжалар жана алардын жаңылыктары.* Эксклюзивдүү комплекстүү талдоо гемотораксты дарылоонун ар кандай ыкмаларынын натыйжалуулугун баалоо үчүн жүргүзүлгөн, анын ичинде дарылоонун узактыгынын көрсөткүчтөрү, операциядан кийинки мезгилдин жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрү жана татаалдашуулардын болушу. Гемотораксты дарылоонун ар кандай методдорун тандоонун илимий негизделген принциптери иштелип чыкты. Гемоторакс үчүн диаметри 14-Fr болгон «Pigtail» микрокатетеринин дренаждык эффектисине тиешелүү эффективдүүлүгү аныкталды. Биринчи жолу экстраполяцияланган ферменттик (гиалуронидазалык) таасири, иммуномодуляциялоочу жана хелаттоочу активдүүлүгү, антиоксиданттык жана сезгенүүгө каршы таасири бар бовгиалуронидаза азоксимери (лонгидаза) травматикалык уюган гемоторакс менен ооруган пациенттерде эффективдүү колдонулушу мүмкүн экендиги далилденген.

*Жыйынтыктарына анализ:* Дарылоонун узактыгынын көрсөткүчтөрүн, операциядан кийинки мезгилдеги өзгөчөлүктөрүн жана татаалдашуулардын болушун кошкон гемотораксты ар кандай дарылоо ыкмаларынын натыйжалуулугун эксклюзивдүү и комплекстүү талдоо жүргүзүлгөн. Гемотораксты дарылоонун ар кандай ыкмаларына илимий жактан негизделген тандоо принциптери иштелип чыкты. Гемоторакста диаметри 14-Фр болгон Pigtail микрокатетеринин агызуучу эффектинин реваленттүү натыйжалуулугу аныкталды. Экстраполяцияланган ферменттик (гиалуронидаза) таасири, иммуномодуляциялоочу жана хелаттоочу активдүүлүгү, антиоксиданттык жана сезгенүүгө каршы таасири бар лонгидазаны травматикалык уюган гемоторакс менен ооруган бейтаптарда эффективдүү колдонууга мүмкүн экендиги биринчи жолу далилденген.

*Пайдалануу боюнча сунуштар.* Гемоторакс менен ооругандарды дарылоо заманбап эндоскопиялык аппаратура жана атайын техника менен жабдылган көкүрөк хирургиясынын адистештирилген бөлүмдөрүндө жүргүзүлүшү керек. Гемоторакс менен ооругандарды башкарууда жалпы абалга, гемодинамикага, эритроциттердин, гемоглобиндин санынын көрсөткүчтөрүнө динамикалык байкоо жүргүзүү, тышкы дем алуу функциясын контролдоо керек. Гемотораксты пункциялык жана дренаждык дарылоо ыкмаларында плевра ичиндеги кандын агып жатканын аныктоо үчүн Рувилуа-Грегуар тестин жүргүзүү керек. Плевра көндөйүн дренаждоо торакоскопиялык порттордун жардамы менен жүргүзүлгөнү көбүрөөк артыкчылыктуу. Гемоторакс менен



пневмоторакстын айкалышында плевра көңдөйүн дренаждоо плевра көңдөйүнөн суюктук жана аба компоненттерин эвакуациялоого мүмкүндүк берүүчү II-III кабырга аралыкка киргизилген бир дренаж менен жүргүзүлөт. " Pigtail " 14- Fr микрокатетери Sol. Novocaini 0.5% - 20 ml жергиликтүү анестезиясы астында стерилдүү шарттарда Селдингердин модификацияланган методикасы боюнча алдыңкы же орто аксиллярдык сызык боюнча IV же V кабырга аралыктарга орнотулат. Катетердин абалын баалоо жана гемоторакстын же гемопневмоторакстын чечилишин тастыктоо үчүн ар бир манипуляциядан кийин рентгендик изилдөө жүргүзүлөт. Уюган гемоторакста фибринолитикалык "Бовгиалуронидаза азоксимер 1500 ME" дарысын жаракат алгандан кийинки II-III жумада колдонуу көбүрөөк ылайыктуу. Бирок, Бовгиалуронидаза азоксимер (лонгидаза) травма алгандан кийинки мезгилдин кечиреек убактарында да натыйжалуу колдонулушу мүмкүн. Бул учурда, травма алгандан кийин 1-жума ичинде Бовгиалуронидаза азоксимерди (лонгидазаны) колдонуу плевра ичиндеги кан агуунун кайталануу ыктымалдыгынан улам өтө кооптуу. Гемодинамикалык көрсөткүчтөрү кескин төмөндөбөй плевра ичиндеги кан агуусу уланып жаткан орточо жана чоң гемоторакс менен ооруган бейтаптардын артыкчылыктуу дарылоо тандоосу видеоторакоскопиялык хирургия болушу мүмкүн. Торакотомиялык хирургиялык кийлигишүүнү жүргүзүүнү плевра ичиндеги кан агуунун интенсивдүү уланган учурларында же уюган гемоторакстын узакка созулушунун натыйжасында өпкөнүн катып калуусу өнүккөндө акталат деп эсептейбиз. Гемоторакс менен ооруган бейтаптарда диагноздун эффективдүүлүгүн жогорулатуу жана дарылоо ыкмасын тандоону оптималдаштыруу үчүн бул изилдөөдө иштелип чыккан хирургиялык тактика алгоритмин колдонуу сунушталат.

Иштин натыйжалары кеңири колдонууну талап кылат.

Иш Диссертациялык Кеңеште каралууда.

*4. Илимдин докторунун окумуштуулук даражасын изденүүгө каралган диссертациялар жөнүндө*

	14.01.17 - хирургия	
	Медицина	Медицина
Изденүүчүнүн арызы боюнча кароодон алынып салынган иштер	-	-
Коргоонун жыйынтыгы боюнча оң чечим менен, анын ичинде башка уюмдан	-	-/-
Коргоонун жыйынтыгы боюнча терс чечим менен, анын ичинде башка уюмдан	-	-
Кошумча корутунтулар берилген	-	-
2023-жылдын 31-декабрына карата кароодо турат	-	-/1

*5. Илимдин кандидатын окумуштуулук даражасын изденүүгө каралган диссертациялар жөнүндө*

	14.01.17 - хирургия	
	Медицина	Медицина
Изденүүчүнүн арызы боюнча кароодон алынып	-	1

салынган иштер		
Коргоонун жыйынтыгы боюнча оң чечим менен, анын ичинде башка уюмдан	-	3/-
Коргоонун жыйынтыгы боюнча терс чечим менен, анын ичинде башка уюмдан	-	-
Кошумча корутунтулар берилген	-	-
2023-жылдын 31-декабрына карата кароодо турат	-	-/6

6. Илимдин кандидатын окумуштуулук даражасын изденүүгө каралган диссертациялар жөнүндө

Диссертациянын түрү (докторлук, кандидаттык)	Адистиктин шифры	Адистиктин шифры	Илимдин тармагы
-	-	-	-

Диссертациялык кеңештин  
төрагасы, м.и.д., профессор

**Тилеков Э.А.**

Диссертациялык кеңештин  
окумуштуу катчысы,  
м.и.к., доцент

**Чапыев М. Б.**

«31» декабрь 2023 ж.



**И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы жана Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук хирургия борборуна караштуу Д 14.22.650 диссертациялык кеңештин 2023-жылы боюнча расмий оппонентери жөнүндө маалымат**

2023-жыл												
Расмий оппонентер жөнүндө маалымат							Окумуштуулук даражаларды изденүүчүлөр жөнүндө маалымат					
№	Расмий оппоненттердин Ф.А.А. (толук)	Жарандыгы	Адистик. шифры	Окумушт. даражасы	Окумушт. наамы	ДК шифры	№	Расмий оппоненттердин дайындалган күнү	Изденүүчүнүн Ф.А.А. (толук)	Адистик. шифры	Окумушт. даража	КР ПУАКынын чечими (бекитилсин/чекте кагылсын)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1.	Байгазаков Асылбек Топчубаевич	Кыргыз Республикасы	14.01.17; 14.01.01	м.и.д.	доцент	Д 14.22.650	1	24.11.2022	Кудаяров Эдилбек Эшимбекович	14.01.17	м.и.к.	
							2	19.12.2023	Ахматов Санжарбек Айибханович	14.01.17	м.и.к.	
1.	Токтогулов Орозали Жунусалиевич	Кыргыз Республикасы	14.01.17	м.и.д.	-	Д 14.22.650	1	24.11.2022	Кудаяров Эдилбек Эшимбекович	14.01.17	м.и.к.	
2.	Эраалиев Бейшенбек Ашимович	Кыргыз Республикасы	14.01.17	м.и.д.	профессор	Д 14.22.650	1	24.11.2022	Кулбаев Улукбек Абдиманатович	14.01.17	м.и.к.	
							2	23.05.2023	Туратбекова Каныкей Туратбековна	14.01.17	м.и.к.	
							3	19.12.2023	Ахматов Санжарбек Айибханович	14.01.17	м.и.к.	
3.	Акматов Нарынбек Эсенбекович	Кыргыз Республикасы	14.01.17	м.и.к.	-	Д 14.22.650	1	24.11.2022	Кулбаев Улукбек Абдиманатович	14.01.17	м.и.к.	
							2	23.05.2023	Култаев Уранбек Ташболотович	14.01.17	м.и.к.	
4.	Мамышов Алмазбек Жумабекович	Кыргыз Республикасы	14.01.17	м.и.к.	-	Д 14.22.650	1	23.05.2023	Туратбекова Каныкей Туратбековна	14.01.17	м.и.к.	
5.	Ниязов Батырхан Сабитович	Кыргыз Республикасы	14.01.17	м.и.д.	профессор	Д 14.22.650	1	23.05.2023	Култаев Уранбек Ташболотович	14.01.17	м.и.к.	
							2	19.09.2023	Ниязов Калыс Анарбекович	14.01.17	м.и.к.	
6.	Сыдыков Нурланбек Женишбекович	Кыргыз Республикасы	14.01.17	м.и.к.	-	Д 14.22.650	1	19.09.2023	Ниязов Калыс Анарбекович	14.01.17	м.и.к.	
7.	Сопуев Андрей Асанкулович	Кыргыз Республикасы	14.01.17; 14.02.03	м.и.д.	профессор	Д 14.22.650	1	17.10.2023	Шеров Руслан Расулжанович	14.01.17	м.и.к.	
8.	Султангазиев Расул Абадиевич	Кыргыз Республикасы	14.01.17	м.и.д.		Д 14.22.650	1	17.10.2023	Шеров Руслан Расулжанович	14.01.17	м.и.к.	

Д 14.22.650 Диссертациялык кеңештин төрагасы, м.и.д., профессор

Д 14.22.650 Диссертациялык кеңештин окумуштуу катчысы, м.и.к., доцент  
Тел: 0505023076; e-mail: [chapyev75@mail.ru](mailto:chapyev75@mail.ru)

Тилеков Э.А.

Чапыев М. Б.  
«31» декабрь 2023 ж.

**И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы жана Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук хирургия борборуна караштуу Д 14.22.650 диссертациялык кеңештин 2023-жылы боюнча эксперттик комиссиялары жөнүндө маалымат**

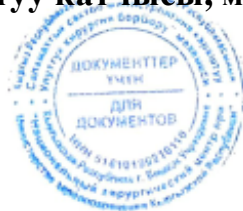
2023-жыл											
Эксперттик комиссиялардын мүчөлөрү жөнүндө маалымат					Окумуштуулук даражаларды изденүүчүлөр жөнүндө маалымат						
№	ДК эксперттик кеңештин мүчөсүнүн Ф.А.А. (толук)	Адистик. шифры	Окумушт. даражасы	Окумушт. наамы	ДК шифры	№	Эксп. ком. мүчөсүнүн дайындалган күнү	Изденүүчүнүн Ф.А.А. (толук)	Адистик. шифры	Окумушт. даража	КР ПУАКынын чечими (бекитилсин/четке кагылсын)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.	Жолдошбеков Есенгельди Жолдошбекович	14.01.17	м.и.д.	профессор	Д 14.22.650	1	19.09.2023	Султакеев Мирлан Зарылбекович	14.01.17	м.и.к.	
					Д 14.22.650	2			14.01.17	м.и.к.	
					Д 14.22.650	3	14.11.2023	Ахматов Санжарбек Айибханович	14.01.17	м.и.к.	
2.	Сыдыгалиев Кылычбек Сулкайдарович	14.01.17	м.и.д.	профессор	Д 14.22.650	1	24.02.2023	Култаев Уранбек Ташболотович	14.01.17	м.и.к.	
					Д 14.22.650	2	14.11.2023	Ахматов Санжарбек Айибханович	14.01.17	м.и.к.	
					Д 14.22.650	3	19.09.2023	Токтогазиев Бакыт Токтогазиевич	14.01.17	м.и.к.	
					Д 14.22.650	4	05.12.2023	Шайбеков Даниярбек Рысбекович	14.01.19	м.и.к.	
					Д 14.22.650	5	05.12.2023	Калыбеков Туголбай Нуралиевич	14.01.17	м.и.к.	
3.	Мусаев Улан Салтанатович	14.01.17	м.и.д.	доцент	Д 14.22.650	1	19.09.2023	Токтогазиев Бакыт Токтогазиевич	14.01.17	м.и.к.	
					Д 14.22.650	2	19.09.2023	Султакеев Мирлан Зарылбекович	14.01.17	м.и.к.	
4.	Мусаев Акылбек Инаятович	14.01.17	м.и.д.	профессор	Д 14.22.650	1	19.09.2023	Султакеев Мирлан Зарылбекович	14.01.17	м.и.к.	
5.	Кочкунов Досойбек Сулайманкулович	14.01.19	м.и.к.		Д 14.22.650	1	10.04.2023	Ниязов Калыс Анарбекович	14.01.17	м.и.к.	
6.	Ниязов Батырхан Сабитович	14.01.17	м.и.д.	профессор	Д 14.22.650	1	24.02.2023	Туратбекова Каныкей Туратбековна	14.01.17	м.и.к.	
					Д 14.22.650	2	24.02.2023	Култаев Уранбек Ташболотович	14.01.17	м.и.к.	
					Д 14.22.650	3	27.06.2023	Тургунбаев Нурлан Айтбаевич	14.01.17 14.01.07	м.и.д.	
					Д 14.22.650	4	08.09.2023	Шеров Руслан Расулжанович	14.01.17	м.и.к.	
7.	Сопуев Андрей Асанкулович	14.01.17; 14.02.03	м.и.д.	профессор	Д 14.22.650	1	10.04.2023	Ниязов Калыс Анарбекович	14.01.17	м.и.к.	
					Д 14.22.650	2	19.09.2023	Токтогазиев Бакыт Токтогазиевич	14.01.17	м.и.к.	
8.	Эраалиев Бейшенбек Ашимович	14.01.17	м.и.д.	профессор	Д 14.22.650	1	24.02.2023	Култаев Уранбек Ташболотович	14.01.17	м.и.к.	
					Д 14.22.650	2	27.06.2023	Тургунбаев Нурлан Айтбаевич	14.01.17 14.01.07	м.и.д.	
					Д 14.22.650	3	14.11.2023	Ахматов Санжарбек Айибханович	14.01.17	м.и.к.	
					Д 14.22.650	4	08.09.2023	Шеров Руслан Расулжанович	14.01.17	м.и.к.	
					Д 14.22.650	5	05.12.2023	Калыбеков Туголбай Нуралиевич	14.01.17	м.и.к.	
9.	Ырысов Кенешбек Бакирбаевич	14.01.17	м.и.д.	профессор	Д 14.22.650	1	24.02.2023	Туратбекова Каныкей Туратбековна	14.01.17	м.и.к.	
10	Чынгышова Жамиля Амановна	14.01.17; 14.01.20	м.и.д.	доцент	Д 14.22.650	1	24.02.2023	Туратбекова Каныкей Туратбековна	14.01.17	м.и.к.	
11		14.01.17	м.и.д.	профессор	Д 14.22.650	1	10.04.2023	Ниязов Калыс Анарбекович	14.01.17	м.и.к.	

	Алыбаев Эрнис Урбаевич				Д 14.22.650	2	08.09.2023	Шеров Руслан Расулжанович	14.01.17	м.и.к.	
					Д 14.22.650	3	05.12.2023	Калыбеков Туголбай Нуралиевич	14.01.17	м.и.к.	
12	БегимбаеваГульнара Енбековна	14.01.07	м.и.д.		Д 14.22.650	1	27.06.2023	Тургунбаев Нурлан Айтбаевич	14.01.17 14.01.07	м.и.д.	
13	Узакбаев Камчыбек Аскарбекович	14.01.19	м.и.д.	профессор	Д 14.22.650	1	05.12.2023	Шайбеков Даниярбек Рысбекович	14.01.19	м.и.к.	
14	Мыкыев Калыбек Мыкыевич	14.01.19	м.и.к.	доцент	Д 14.22.650	1	05.12.2023	Шайбеков Даниярбек Рысбекович	14.01.19	м.и.к.	

Д 14.22.650 Диссертациялык кеңештин төрагасы, м.и.д., профессор

Д 14.22.650 Диссертациялык кеңештин окумуштуу катчысы, м.и.к., доцент

Тел: 0505023076; e-mail: [chapyev75@mail.ru](mailto:chapyev75@mail.ru)



*Handwritten signature in blue ink, likely belonging to the Dean or Secretary.*

Тилеков Э.А.

Чапыев М. Б.

«31» декабрь 2023 ж.