

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
им. И.К. Ахунбаева**

**СТЕНОГРАММА**  
заседания диссертационного совета Д.03.17.558

20 апреля 2018 г.

г. Бишкек

**Председатель заседания** - член-корр. НАН КР, д.м.н., профессор  
А.З. Зурдинов

**Ученый секретарь** - к.м.н., доцент Т.С. Сабирова

**Председатель:** глубокоуважаемые члены диссертационного совета, согласно явочному листу, из 19 утвержденных членов диссертационного совета Д.03.17.558 на заседании сегодня присутствуют 13 человек.

	<b>Фамилия, И.О.</b>	<b>Ученая степень, шифры специальностей в совете</b>
1	Зурдинов А.З.	докт. мед.наук, 14.03.06; 14.04.03
2	Жунушов А.Т.	докт. мед.наук, 03.01.06
3	Сабирова Т.С.	канд. мед.наук, 14.03.06
4	Исакова Ж.Т.	докт. мед.наук, 03.01.04
5	Исмаилов И.З.	канд. фарм. наук, 14.04.01, 14.04.03
6	Умралина А.Р.	докт. биол. наук, 03.01.04
7	Махмудова Ж.А.	докт. биол. наук, 03.01.04
8	Асанакунунов Б.А.	канд. биол. наук, 03.01.06
9	Серикбаева А.Д.	докт. мед.наук, 03.01.06
10	Куттубаева К.Б.	докт. мед.наук, 14.03.06; 14.04.01
11	Мураталиева А.Дж.	канд. фарм. наук, 14.04.01, 14.04.03
12	Тилекеева У.М.	докт. мед.наук, 14.03.06
13	Чонбашева Ч.К.	докт. мед.наук, 14.03.06

**Председатель:** Уважаемые члены диссертационного совета, кворум у нас имеется, разрешите приступить к работе.

### **ПОВЕСТКА ДНЯ:**

Предварительная защита диссертации доцента кафедры клинической реабилитологии и физиотерапии КГМА им. И.К.Ахунбаева Смановой Дж.К. на тему: «Научное обоснование оптимизации фармакотерапии эндемического зоба путем совершенствования методов применения препарата йода», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.03.06 – фармакология, клиническая фармакология

**Председатель:** Слово предоставляется Ученому секретарю для оглашения сведений о соискателе.

**Сабирова Т.С.** разрешите представить Вам краткую информацию о соискателе. Сманова Джаныл Койчукеевна подала документы в диссертационный совет с просьбой принять диссертацию к защите в начале февраля этого года. Она поэтапно проходила экспертизу документов, тройку и т.д. Она имеет высшее медицинское образование. Закончила Кыргызский государственный медицинский институт в 1989 году. По квалификации врач-педиатр. Далее обучалась в клинической ординатуре и затем работала младшим научным сотрудником в Киргизском научно-исследовательском институте курортологии и восстановительного лечения. Затем поступила в очную аспирантуру с 1994 по 1996 годы, далее продолжила работу в этом же институте в качестве старшего научного сотрудника и с сентября 1997 года работает в качестве ассистента, потом доцента по настоящее время в Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева.

Защитила кандидатскую диссертацию в 1997 году. В аттестационном деле собраны все документы по требованиям перечня ВАК Кыргызской Республики, когда соискатель представляет документы к защите. Все соответствует требованиям. Экспертная комиссия Диссертационного совета дала по данной работе положительное решение с рекомендацией назначить предзащиту в диссертационном совете.

**Председатель:** слово предоставляется диссертанту для изложения основных положений своей диссертации.

**Доклад Смановой Дж.К.** - Глубокоуважаемый председатель диссертационного совета! Уважаемые члены диссертационного совета!

Разрешите предоставить Вашему вниманию основные положения диссертационной работы «Научное обоснование оптимизации фармакотерапии эндемического зоба путем совершенствования методов применения препарата йода» (слайд № 1).

## Слайд № 2: Актуальность проблемы

Йоддефицитные заболевания являются глобальной медико-социально-экономической проблемой современности. Недостаточность йода в биосфере является стабильным и непреходящим фактором. Как известно, Кыргызстан находится в зоне природного дефицита йода и по сегодняшний день в большинстве областей Кыргызстана выявлена среднетяжелая зобная эндемия.

Мониторинг качества йодированной соли, проведенный службой санитарно-эпидемиологического надзора показал, что количество отклонений от гигиенических норм достигает до 75% случаев.

Традиционная пероральная терапия тиреоидными гормонами и калий йодидом не всегда оказывается успешной. В XXI веке в Кыргызстане по итогам деятельности санитарно-эпидемиологической службы КР отмечено увеличение абсолютных цифр по обращаемости более чем в 10 раз.

С учетом сказанного, считаем необходимым поиск новых путей лечения йоддефицитных состояний.

Слайд № 3. Цель исследования: оптимизация фармакотерапии эндемического зоба путем совершенствования способов введения препарата йода.

## Слайд № 4. Задачи исследования:

1. Определить влияние трансдермального способа введения йода в организм на специфические критерии эндемического зоба – размеры щитовидной железы и уровень выведения йода с мочой.
2. Изучить сравнительную эффективность трансдермального и перорального способов введения калия йодида у больных эндемическим зобом без патологии желудочно-кишечного тракта.
3. Изучить эффективность трансдермального и перорального способов введения калия йодида у больных эндемическим зобом с сопутствующей патологией ЖКТ.
4. Изучить динамику болевого синдрома при лекарственной терапии эндемического зоба у больных с сопутствующими функциональной диспепсией и хроническим гастритом по визуальной аналоговой шкале (ВАШ).
5. Определить качество жизни больных эндемическим зобом при разных способах введения калия йодида.
6. Изучить прогнозируемость долгосрочной эффективности курса йод-амплипульсофореза при лечении эндемического зоба по итогам краткосрочных результатов.

### Слайд № 5. Научная новизна

Выявлено, что в большинстве случаев (более 50%) у людей 18-25 лет йоддефицитные состояния не были диагностированы вообще.

Впервые изучено влияние курса йод-амплипульсофореза на течение эндемического зоба путем трансдермального способа введения препарата йода на основании проспективного и сравнительного исследования.

Доказано специфическое действие курса трансдермального введения препарата йода на содержание йода в организме при эндемическом зобе на размеры щитовидной железы и уровень йодурии, являющихся объективными критериями насыщенности организма йодом.

Доказано, что эффективность трансдермального способа лечения не уступает и сравнима с пероральной методикой приема калия йодида. Получен патент на изобретение «Способ лечения йоддефицитных заболеваний».

Установлена пролонгированность до 6 месяцев насыщения организма йодом при эндемическом зобе при использовании курса трансдермального введения микроэлемента.

Выявлено преимущество трансдермального способа введения препарата йода при эндемическом зобе с сопутствующей патологией ЖКТ

Выявлена высокая и нарастающая со временем интенсивность эпигастрального болевого симптома при пероральной фармакотерапии эндемического зоба препаратом калия йодидом на фоне сопутствующих функциональной диспепсии и хронического гастрита и одновременно низкая эффективность лечения.

Проведен сравнительный анализ эффективности курса йод-амплипульсофореза с пероральной терапией калия йодидом при эндемическом зобе и выявлены следующие преимущества: короткий срок лечения, выраженный краткосрочный эффект, отсутствие раздражающего действия на органы пищеварения, долгосрочный эффект (минимум до 6 месяцев), хорошая переносимость и доступность.

Установлен краткосрочный клинический эффект (через 1 месяц от начала лечения), проявлявшийся характерными изменениями специфических симптомов эндемического зоба при трансдермальном пути введения препарата калия йодида – снижением объема щитовидной железы и повышением уровня йодурии, а также имеющий прогностическое значение на дальнейшее течение заболевания, а именно – сохранение эффекта, не требующего медикаментозной коррекции в течение 1 года.

Доказано, что качество жизни больных эндемическим зобом с гастрологической патологией при лекарственной терапии препаратом калия



йодида зависит от способа его введения. При пероральном приеме определяется большая интенсивность нарастания эпигастрального болевого симптома и она выше, чем при трансдермальном методе.

При курсовом пероральном приеме калия йодида выявлена высокая отрицательная корреляция шкалы интенсивности боли в области эпигастрия по сравнению со всеми другими шкалами качества жизни. Это означает, что болевые ощущения становятся доминирующими и ухудшают все остальные параметры жизни.

**Слайд № 6. Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

1. Курс трансдермального введения йода в организм при эндемическом зобе оказывает специфическое действие, проявляющееся в изменениях размеров щитовидной железы и уровня выведения йода с мочой.
2. Эффективность трансдермального способа введения препарата калия йодида при фармакотерапии эндемического зоба сопоставима с пероральным методом.
3. При патологии со стороны ЖКТ у больных эндемическим зобом способ трансдермального введения препарата йода в организм имеет преимущества по динамике интенсивности болевого синдрома, качества жизни, эффективности лечения, поэтому является методом выбора.
4. Интенсивность болевого симптома при патологии желудка и его нарастание в процессе пероральной фармакотерапии эндемического зоба отрицательно воздействует на физический и психический компоненты качества жизни и снижает его общий уровень.

**Слайд № 7. Материалы и методы исследования**

Дизайн исследования: клинико-фармакологическое, проспективное, сравнительное, когортное.

Объект исследования – 210 человек с эндемическим зобом без сопутствующих заболеваний, а также в коморбидности с функциональной диспепсией и хроническим гастритом.

Способы введения препарата йода – трансдермальный и пероральный.

Методы исследования: синдромально, гормоны щитовидной железы, ультразвуковое исследование щитовидной железы, уровень йодурии, эзофагогастроскопия, интенсивность эпигастральной боли по визуальной аналоговой шкале, качество жизни.

Этапы исследования: непосредственно перед лечением, через 1 месяц от начала лечения, через 3 месяца, через 6 месяцев и через 1 год.

### Слайд № 8. Группы больных

Больные были подразделены на 6 групп в зависимости от наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний желудка и способа введения препарата йода:

Группа 1 ТД – больные без сопутствующей патологии при трансдермальном способе приема калия йодида;

Группа 2 ТД-ФД – больные с сопутствующей функциональной диспепсией при трансдермальном способе приема калия йодида;

Группа 3 ТД-ХГ - больные с сопутствующим хроническим гастритом при трансдермальном способе приема калия йодида;

Группа 4 ПО - больные без сопутствующей патологии при пероральном способе приема калия йодида;

Группа 5 ПО-ФД - больные с сопутствующей функциональной диспепсией при пероральном способе приема калия йодида;

Группа 6 ПО-ХГ – больные с сопутствующим хроническим гастритом при пероральном способе приема калия йодида.

Слайд № 9. Критерии не включения (противопоказания): узловой зоб, диффузное увеличение щитовидной железы III степени, гипертиреозный зоб I, II, III степени, злокачественные и доброкачественные новообразования любого органа, в т.ч. кисты, тяжелые заболевания внутренних органов в стадии суб- и декомпенсации (сердца, легких, печени, почек), беременность, анемия средней и тяжелой степени, глаукома и миопия высокой степени, повышенная электровозбудимость (эпилепсия, истерия), тяжелые черепно-мозговые травмы в анамнезе, язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки, атрофический гастрит, язвенный колит.

### **Результаты собственных наблюдений.**

Слайд № 10. Динамика показателей у больных эндемическим зобом без сопутствующей патологии желудка при трансдермальном способе введения калия йодида – группа 1 ТД (диаграммы):

- Размеры щитовидной железы были достоверно снижены в точку регистрации показателей через 3 и 6 месяцев, к концу года вновь не отличались от исходных данных;
- Уровень йодурии уже через 1 месяц имел тенденцию к повышению, в 3 и 6 месяцев был достоверно выше, чем до лечения, но к концу 1 года также не отличался от исходных величин;
- Уровень гормонов Тироксина и ТТГ на всем протяжении периода наблюдения не имел статистически значимых изменений;

- Выраженность клинических симптомов увеличения щитовидной железы в виде чувства давления в области шеи и неприятных ощущений при глотании уменьшилась в 3 месяца, оставалась на том же уровне в 6 месяцев, а к концу года сохранила тенденцию к снижению по сравнению с исходным уровнем;
- Интенсивность астено-невротического синдрома была снижена уже через 1 месяц, оставалась на этом же уровне до 6 месяцев, а к концу года сохранила тенденцию к снижению;
- Выраженность симптомов, характерных для функциональной диспепсии и хронического гастрита не менялась на протяжении всего года наблюдений;
- Симптомы йодизма, характерные для приема препаратов йода, были зарегистрированы в 3 и 6 месяцев. Так как до лечения таких симптомов не было вообще, то любое значение будет выше, чем исходное;
- Интенсивность эпигастрального болевого симптома по ВАШ не менялась на протяжении всего года;
- Качество жизни больных этой группы через полгода от начала наблюдения имело тенденцию к повышению по шкалам физического функционирования, общего состояния здоровья, эмоционального состояния и жизнеспособности. К концу года уровень всех шкал вновь не отличался от исходного.

**Слайд № 11. Динамика показателей у больных эндемическим зобом с сопутствующей функциональной диспепсией при трансдермальном способе введения калия йодида – группа 2 ТД-ФД (диаграммы):**

- Размеры щитовидной железы были достоверно снижены в точку регистрации показателей через 3 и 6 месяцев, к концу года вновь не отличались от исходных данных;
- Уровень йодурии уже через 1 месяц имел тенденцию к повышению, в 3 и 6 месяцев был достоверно выше, чем до лечения, но к концу 1 года также не отличался от исходных величин;
- Уровень гормонов Тироксина и ТТГ на всем протяжении периода наблюдения не имел статистически значимых изменений;
- Выраженность клинических симптомов увеличения щитовидной железы в виде чувства давления в области шеи и неприятных ощущений при глотании уменьшилась в 3 месяца, оставалась на том же уровне в 6 месяцев, а к концу года сохранила тенденцию к снижению по сравнению с исходным уровнем;

- Интенсивность астено-невротического синдрома характеризовалась к снижению уже через 1 месяц, затем была достоверно снижена через 3 месяца и оставалась на этом же уровне до 6 месяцев, а к концу года сохранила тенденцию к снижению;
- Выраженность симптомов, характерных для функциональной диспепсии и хронического гастрита не менялась на протяжении всего года наблюдений;
- Симптомы йодизма, характерные для приема препаратов йода, были зарегистрированы в 3 и 6 месяцев;
- Интенсивность эпигастрального болевого симптома по ВАШ не менялась на протяжении всего года;
- Качество жизни больных этой группы через полгода от начала наблюдения имело тенденцию к повышению по шкалам физического функционирования, общего состояния здоровья, эмоционального состояния и жизнеспособности. К концу года уровень всех шкал вновь не отличался от исходного.

Слайд № 12. Динамика показателей у больных эндемическим зобом с сопутствующим хроническим гастритом при трансдермальном способе введения калия йодида – группа 3 ТД-ХГ (диаграммы):

- Размеры щитовидной железы были достоверно снижены в точку регистрации показателей через 3 и 6 месяцев, к концу года сохранили тенденцию к снижению;
- Уровень йодурии уже через 1 месяц имел тенденцию к повышению, в 3 и 6 месяцев был достоверно выше, чем до лечения, но к концу 1 года также не отличался от исходных величин;
- Уровень гормонов Тироксина и ТТГ на всем протяжении периода наблюдения не имел статистически значимых изменений;
- Выраженность клинических симптомов увеличения щитовидной железы в виде чувства давления в области шеи и неприятных ощущений при глотании была с тенденцией к снижению уже через 1 месяц, затем достоверно уменьшилась в 3 месяца, оставалась на том же уровне в 6 месяцев, а к концу года сохранила тенденцию к снижению по сравнению с исходным уровнем;
- Интенсивность астено-невротического синдрома через 1 месяц характеризовалась тенденцией к снижению, затем была снижена через 3 месяца, оставалась на этом же уровне до 6 месяцев, а к концу года сохранила тенденцию к снижению;



- Выраженность симптомов, характерных для функциональной диспепсии и хронического гастрита не менялась на протяжении всего года наблюдений;
- Симптомы йодизма, характерные для приема препаратов йода, были зарегистрированы в 3 и 6 месяцев. Так как до лечения таких симптомов не было вообще, то любое значение будет выше, чем исходное;
- Интенсивность эпигастрального болевого симптома по ВАШ не менялась на протяжении всего года;
- Качество жизни больных этой группы через полгода от начала наблюдения имело тенденцию к повышению по шкалам физического функционирования, общего состояния здоровья, эмоционального состояния и жизнеспособности. К концу года уровень всех шкал вновь не отличался от исходного.

Слайд № 13. Динамика показателей у больных эндемическим зобом без сопутствующей патологии желудка при пероральном способе введения калия йодида – группа 4 ПО (диаграммы):

- Размеры щитовидной железы были достоверно снижены в точку регистрации показателей через 3 и 6 месяцев, к концу года сохранили тенденцию к снижению;
- Уровень йодурии уже через 1 месяц имел тенденцию к повышению, в 3 и 6 месяцев был достоверно выше, чем до лечения, но к концу 1 года также не отличался от исходных величин;
- Уровень гормонов Тироксина и ТТГ на всем протяжении периода наблюдения не имел статистически значимых изменений;
- Выраженность клинических симптомов увеличения щитовидной железы в виде чувства давления в области шеи и неприятных ощущений при глотании была с тенденцией к снижению только через 3 месяца, затем достоверно уменьшилась в 6 месяцев, а к концу года сохранила тенденцию к снижению по сравнению с исходным уровнем;
- Интенсивность астено-невротического синдрома не менялась на протяжении всего периода наблюдения, что при исходно высоком уровне является негативным явлением.
- Выраженность симптомов, характерных для функциональной диспепсии, были зарегистрированы с тенденцией к повышению через 6 месяцев, но к концу года вновь вернулись к исходному уровню;
- Выраженность симптомов, характерных для хронического гастрита не менялась на протяжении всего года наблюдений;

- Симптомы йодизма, характерные для приема препаратов йода, были зарегистрированы в 1 и 3 месяца;
- Интенсивность эпигастрального болевых симптомов по ВАШ усилилась уже через 1 месяц от начала лечения и сохранилась таковой до конца года, хотя последние полгода препарат уже не применялся;
- Качество жизни больных этой группы через полгода от начала наблюдения характеризовалось рядом изменений – шкала интенсивности боли значительно увеличилась почти в 4 раза, снизились шкалы физического функционирования, общего состояния здоровья, эмоционального состояния и жизнеспособности. К концу 1 года все шкалы восстановились, кроме интенсивности боли, которая снизилась по сравнению с 6 месяцами, но, тем не менее, оставалась выше, чем была до лечения

Слайд № 14. Динамика показателей у больных эндемическим зобом с сопутствующей функциональной диспепсией при пероральном способе введения калия йодида – группа 5 ПО-ФД (диаграммы):

- Размеры щитовидной железы имели лишь тенденцию к снижению в точку регистрации показателей через 3 и 6 месяцев, к концу года вновь не отличались от исходных;
- Уровень йодурии уже через 3 месяца имел тенденцию к повышению, в 6 месяцев был достоверно выше, чем до лечения, но к концу 1 года сохранил лишь тенденцию к повышению;
- Уровень гормонов Тироксина и ТТГ на всем протяжении периода наблюдения не имел статистически значимых изменений;
- Выраженность клинических симптомов увеличения щитовидной железы в виде чувства давления в области шеи и неприятных ощущений при глотании была с тенденцией к снижению через 3 месяца, затем достоверно уменьшилась в 6 месяцев, а к концу года сохранила тенденцию к снижению по сравнению с исходным уровнем;
- Интенсивность астено-невротического синдрома уже через 1 месяц характеризовалась тенденцией к повышению и оставалась на этом же уровне до 6 месяцев, а к концу года уменьшилась до исходного уровня;
- Выраженность симптомов, характерных для функциональной диспепсии, была повышена с точкой максимума в 6 месяцев, к концу года имела тенденцию к повышению, т.е. не восстановилась;
- Выраженность симптомов, характерных хронического гастрита, имели тенденцию к повышению в 6 месяцев, но к концу года наблюдений снизились до исходного уровня;

- Симптомы йодизма, характерные для приема препаратов йода, были зарегистрированы в 1, 3 и 6 месяцев;
- Интенсивность эпигастрального болевого симптома по ВАШ усилилась в 3 месяца, сохранилась на высоком уровне в 6 месяцев, и к концу года сохранили тенденцию к повышению;
- Качество жизни больных этой группы через полгода от начала наблюдения характеризовалось рядом изменений – шкала интенсивности боли значительно увеличилась почти в 2 раза, снизились шкалы физического функционирования, ролевого функционирования, общего состояния здоровья, эмоционального состояния и жизнеспособности. К концу 1 года интенсивность боли по-прежнему была выше, чем до лечения, восстановились не все шкалы – отмечена тенденция к снижению по физическому функционированию, ролевому функционированию и эмоциональному состоянию.

Слайд № 15. Динамика показателей у больных эндемическим зобом с сопутствующим хроническим гастритом при пероральном способе введения калия йодида – группа 6 ПО-ХГ (диаграммы):

- Размеры щитовидной железы были достоверно снижены только в одну точку регистрации показателей - через 6 месяцев, к концу года вернулись к исходным параметрам;
- Уровень йодурии только через 3 месяца характеризовался тенденцией к повышению, в 6 месяцев был достоверно выше, чем до лечения, и до конца года оставался повышенным;
- Уровень гормонов Тироксина и ТТГ на всем протяжении периода наблюдения не имел статистически значимых изменений;
- Выраженность клинических симптомов увеличения щитовидной железы в виде чувства давления в области шеи и неприятных ощущений при глотании была снижена в 3 месяца, оставалась на том же уровне в 6 месяцев, а к концу года сохранила тенденцию к снижению по сравнению с исходным уровнем;
- Интенсивность астено-невротического синдрома через 3 месяца характеризовалась тенденцией к повышению, оставалась на этом же уровне до 6 месяцев, а к концу года восстановилась;
- Выраженность симптомов, характерных для функциональной диспепсии, была повышена с точкой максимума в 6 месяцев, но к концу года восстановилась;

- Выраженность симптомов, характерных хронического гастрита, имели тенденцию к повышению в 6 месяцев, но к концу года наблюдений снизились до исходного уровня;
- Симптомы йодизма, характерные для приема препаратов йода, были зарегистрированы в 1, 3 и 6 месяцев;
- Интенсивность эпигастрального болевого симптома по ВАШ усилилась в 3 месяца, сохранилась на высоком уровне в 6 месяцев и через 1 год;
- Качество жизни больных этой группы через полгода от начала наблюдения характеризовалось рядом изменений – шкала интенсивности боли значительно увеличилась более чем в 2 раза, снизились все шкалы кроме психического здоровья. К концу 1 года интенсивность боли по-прежнему была выше, чем до лечения, восстановились все другие шкалы кроме ролевого функционирования.

**Слайд № 16. Влияние разных способов лекарственной терапии эндемического зоба на размеры щитовидной железы и уровень йодурии (диаграммы).**

Провели сравнительный анализ изменения размеров щитовидной железы и уровня йодурии в зависимости как от диагноза больных, так и от способа введения препарата йода. Так, наибольшее увеличение объема щитовидной железы наблюдалось у всех больных при трансдермальном способе введения препарата йода независимо от наличия сопутствующих заболеваний желудка и при пероральном способе только при отсутствии сопутствующих заболеваний. Наименьшие значения объема щитовидной железы были при пероральном методе фармакотерапии эндемического зоба в случаях коморбидности с функциональной диспепсией и хроническим гастритом.

Наибольший уровень выведения йода с мочой отмечен при пероральной фармакотерапии без сопутствующих заболеваний. Немного меньше во всех группах в трансдермальном способом введения калия йодида независимо от наличия сопутствующих заболеваний. Наименьший уровень также при пероральном методе фармакотерапии эндемического зоба в случаях коморбидности с функциональной диспепсией и хроническим гастритом.

**Слайд № 17. Корреляция между клиническими синдромами в группах с пероральным приемом препарата йода (диаграммы).**

Во всех 3-х группах одновременно с уменьшением проявлений диффузного увеличения щитовидной железы параллельно усиливались выраженность других клинических симптомов, а именно эпигастрального



болевого, астено-невротического, симптомов функциональной диспепсии и раздраженного кишечника. При этом в случае отсутствия сопутствующих заболеваний коэффициент корреляции был равен «-0,5», что означает отрицательную корреляцию средней степени, а при коморбидности с заболеваниями желудка этот коэффициент был равен «-0,9», т.е. корреляция была очень высокой степени.

**Слайд № 18. Динамика интенсивности ЭБС по ВАШ (диаграммы).**

У больных зубом без сопутствующих заболеваний при трансдермальном способе введения препарата йода выраженность ЭБС была на уровне менее 0,2 балла до лечения и сохранялась практически на этом же уровне до конца периода наблюдения.

У больных с сопутствующими функциональной диспепсией и хроническим гастритом при трансдермальном способе введения препарата йода выраженность ЭБС была на уровне 2,2 балла до лечения и сохранялась практически на этом же уровне до конца периода наблюдения без статистически значимых.

При пероральном приеме препарата йода уже через месяц у больных без сопутствующей патологии желудка боль достигала уровня 1,0 балла, через 3 месяца – до 2,5 балла, также и в 6 месяцев – 2,7 балла, а через год составляла около 2 баллов, хотя последние полгода прием препарат уже был окончен.

При пероральном приеме препарата йода при коморбидности с функциональной диспепсией через 3 месяца интенсивность боли достигала 4,5 баллов, в 6 месяцев – 4,7 балла, а через год уменьшалась до исходного уровня. Примерно такая же динамика боли отмечена у больных с сопутствующим хроническим гастритом через 3 и 6 месяцев, но в конце года интенсивность боли не уменьшилась до исходного уровня.

**Слайд № 19. Сравнительная характеристика эффективности разных способов медикаментозного лечения у больных ЭЗ без сопутствующих заболеваний и в коморбидности с заболеваниями желудка (диаграммы).**

Провели сравнительный анализ эффективности лечения попарно в группах с исходно одинаковыми диагнозами в течении всего периода наблюдения. При отсутствии сопутствующей патологии желудка эффективность лечения составила через 3 месяца при трансдермальном методе введения препарата йода 3,5 балла, при пероральном – 3 балла. Через 6 месяцев - соответственно 2,7 и 2,5 балла. Через год эффективность была в обеих группах на уровне 2 баллов.

При сопутствующей функциональной диспепсии эффективность лечения составила через 3 месяца при трансдермальном методе введения препарата йода 3,3 балла, при пероральном – 2 балла. Через 6 месяцев – соответственно 2,2 и 1,7 балла. Через год эффективность была в обеих группах примерно на одном уровне – соответственно 1,6 и 1,3 баллов.

При сопутствующем хроническом гастрите эффективность лечения составила через 3 месяца при трансдермальном методе введения препарата йода 3,5 баллов, при пероральном значительно меньше – 2,2 балла. Через 6 месяцев – соответственно 2,3 и 1,1 балла, т.е. эффективность при пероральном способе была ниже в 2 раза. Через год эффективность при трансдермальном способе составила 1,7 а при пероральном – 0,7 баллов.

**Слайд № 20. Прогнозируемость отдаленных результатов лечения ЭЗ при трансдермальном способе введения калия йодида (диаграмма)**

При индивидуальном анализе эффективности лечения при трансдермальном приеме препарата йода в разных точках регистрации выявлено, что если через 1 месяц эффективность лечения оценивалась как «значительное улучшение» или «улучшение», то до конца года сохранялся положительный эффект лечения и пациент не нуждался в медикаментозной коррекции.

Если через 1 месяц динамика состояния здоровья соответствовала оценке «удовлетворительно», то через 6 месяцев появлялись случаи с оценкой «без перемен», т.е. состояние здоровья вновь возвращалось к исходному статусу.

Выводы и практические рекомендации разрешите не зачитывать, они распечатаны и представлены у вас на столах.

**Слайд № 21. Спасибо за внимание!**

**Председатель:** Уважаемые коллеги, доклад окончен. Пожалуйста, задавайте вопросы соискателю. Пожалуйста, Чолпон Кенешевна.

**Доктор медицинских наук Чойбашева Ч.К.**

**1 вопрос.** Вы провели лечение трансдермальным способом, вы можете кратко охарактеризовать - как это происходит, как длительно Вы его используете, в каких условиях он используется?

**2 вопрос.** Вы рекомендуете вот этот способ только для лиц с заболеваниями ЖКТ или вы вообще рекомендуете?

**3 вопрос.** Были ли эти больные на учете в эндокринологическом диспансере, смотрели ли их эндокринологи, состояли ли они на учете?

**4 вопрос.** Три недели больной проходил курс лечения, а эффект сохраняется 6 месяцев, т.е. через 6 месяцев он опять должен пройти курс лечения?

5 вопрос. Эти способы в других странах используются где-нибудь, в России, например?

6 вопрос. Вы использовали ли свинцовые прокладки? Если прикладывать свинец, он ведь постепенно начнет откладываться в тканях.

**Сманова Дж.К.** Уважаемая Чолпон Кенешевна, большое Вам спасибо за интерес, проявленный к нашей работе. Разрешите ответить на ваши вопросы.

1. Трансдермальный способ введения - это электрофорез, т.е. проводится он через кожу «транс дерма», проводится от аппаратов импульсных токов «Амплипульс» либо постоянного тока. Для этого да нужны определенные условия - условия физиотерапевтического кабинета и оборудование. Наша методика проводилась через кожу, использовался калия йодида 2%ный аптечный раствор. Использовалась методика, которая называется «воротниковая методика» - есть специальный электрод в виде шалевого воротника, его площадь составляет от 400 до 600 квадратных сантиметров, он накладывается на воротниковую зону - это верхняя часть спины, второй электрод прямоугольный, его площадь 300-400 квадратных сантиметров в зависимости от размеров тела накладывается на пояснично -крестцовую область. В зоне воротниковой области кожа очень плотная, объемистая и здесь достаточно хорошо создается депо лекарственного средства. Калий йодид накладывался на воротниковую зону как на более обширную зону, процедуры как проводились по 10 минут через день по 10 процедур на курсе лечения. Это занимает 3 недели.
2. Нет, конечно. Метод мы рекомендуем всем больным. При общении с больными становится понятно, что очень тяжело пить каждый день лекарства, тем более те, которые раздражают желудок и кишечник, морально психологически тяжеловато. Наблюдается очень высокий отрицательный ментальный момент, а вот ходить в физиокабинет даже им доставляет удовольствие.
3. Как мы набирали наших больных. Наши больные это лица 18-25 лет, это молодой возраст практически у половины из них эндемический зоб был выявлен впервые, а до этого они ходили не диагностированные и нигде на учете не стояли. Всех больных, которых мы взяли на обследование, были поставлены на учет в эндокринологический диспансер, при этом заведены карточки и амбулаторные карты заведены.
4. Нет, практически у 75% больных через 6 месяцев сохраняется эффект лечения «значительное улучшение», они чувствуют себя удовлетворительно и не требуется лекарственной коррекции.

Присутствует еще и физиотерапевтический эффект. Только в год мы наблюдаем и тогда примерно у половины больных требуется медикаментозная коррекция.

5. Патент на изобретение мы получили первые. Патент принадлежит медицинской академии. Вообще йод-электрофорез применялся в медицине с целью обезболивания при травматических артритах или ушибах мягких тканей, а вот с целью лечения эндемического зоба пока еще не применялся.
6. Вообще к аппаратам прикладывается два вида электродов - графитизированные и свинцовые. Свинцовые электроды маленькие по площади и применяются только для мелких частей тела, а электроды, которые мы использовали имеют площадь 400, 300, 600 квадратных сантиметров, они все были матерчатые графитизированные.

**Председатель: Чолпон Кенешевна,** Вы удовлетворены ответами соискателя?

**Доктор медицинских наук Чонбашева Ч.К.** – Да, спасибо.

**Председатель:** Пожалуйста, Асанкадыр Темирбекович.

**Доктор ветеринарных наук Жунушов А.Т.**

*1 вопрос.* Механизм действия йода при его электрофорезе.

*2 вопрос.* У Вас приводились тесты по объему щитовидной железы и количеству йода в моче. А больше других тестов при заболеваниях щитовидной железы нет никаких?

*3 вопрос.* По объему щитовидной железы индивидуальные размеры у каждого человека по каким критериям определяются, когда УЗИ делают?

*4 вопрос.* Почему Вы взяли на исследование больных в возрасте от 18 до 25 лет, из них сколько было женщин, сколько мужчин, сколько беременных, сколько кормящих?

*5 вопрос.* Человек весом 70 килограмм сколько расходует йода в сутки?

*6 вопрос.* Человек проходит лечение месяц, кто оплачивает лечение – государство? Расходные материалы? Сколько это приблизительно стоит?

*7 вопрос.* Насколько применение на практике этого метода у нас доступно?

*8 вопрос.* ФАПы наши могут отпускать такие процедуры?

*9 вопрос.* А по количеству йода, экскретируемого с мочой нельзя определить количество йода в организме?

**Сманова Дж.К.** - Уважаемый Асанкадыр Темирбекович, большое Вам спасибо за внимание к нашей работе и разрешите ответить на Ваши вопросы.

1. При электрофорезе электрический ток вместе с ионами лекарственного вещества проникает снаружи с прокладки в собственно дерму, а именно



в верхней части спины, где толщина кожи составляет от 0,5 до 1 сантиметра. В этой дерме под подкожной клетчаткой лекарственное вещество копится, создается депо. Например, процедура длится 10 минут и депо йода сохраняется, это давно доказано, до 2 суток, а радиоизотопный йод даже находят до 15 суток. За 10 процедур хватает на полгода, депо создается и лекарство микродозами попадает в общий ток крови. Это общий принцип действия электрофореза всех лекарственных веществ, в том числе и йода.

2. кроме объема щитовидной железы специфическими тестами при ее заболеваниях являются гормоны. Самыми специфическими гормонами щитовидной железы считаются это тироксин Т4 и тиреотропный гормон ТТГ. Мы их брали тоже на исследование. Мы брали только эутиреоидный, т.е. нормальный гормональный фон именно эндемический обычный зоб, ни токсический, ни гипотиреоз.
3. По объему щитовидной железы есть нормы - для девушек допустимый объем составляет 18 квадратных сантиметров, куда входят обе половины плюс перешеек, для юношей - 25. То, что выше нормы на 10 до 29% относится к первой степени увеличения железы, 30-49% - вторая степень, выше 50% - третья степень увеличения. Последних мы не брали на исследование.
4. По возрасту почему мы взяли лиц именно 18-25 лет. Этот вопрос имеет несколько моментов. Во-первых, чисто медицинский и социальный момент и схождение этих моментов. Именно в 18-25 лет полностью заканчивается становление организма и человек уже претерпевает возрастные изменения. Это с одной стороны. С другой стороны, именно в этот момент остро стоит социальный фактор, т.е. практически каждый молодой человек в этот возрасте еще не определен социально, не налажены ни бытовые, ни финансовые условия, именно в этот момент никто из них не обращается за медицинской помощью, потому что полностью игнорируются симптомы и заболевание в первые 3-4 года вообще не диагностируется. Эта часть молодых людей, которые не следят за своим питанием, вообще не интересуются здоровьем, они могут хорошо переносить и холод и жару и соответственно симптомы многих заболеваний. Только необходимость пройти медицинский осмотр по месту их обучения ведет их к доктору. Это именно тот оптимальный возраст, когда наибольшая возможность осуществления репродуктивной функции. Тем не менее, они остаются без внимания. Именно в этот момент наиболее часто встречаются как эндемический зоб, так и заболевания желудка и в особенности их сочетания. По данным многих

авторов, заболевания желудка не диагностируются больше чем у половины случаев. Эндемический зоб тоже больше чем у половины случаев не диагностируется. И насчет как женщины мужчины - мы взяли примерно равное количество: примерно 47 % мужчин и 53% девушек. Кормящих, беременных мы не включали, потому что были бы не корректные результаты.

5. Для 1 дня достаточно 2 микрограмм на кг веса в сутки. Йод как микроэлемент находится в биологических субстанциях в биохимически усвояемом виде в определенных пищевых продуктах, начиная от воды и так далее. Вот из них йод и попадает в организм.
6. Стоимость трансдермального способа лечения: физиотерапевтическая служба в Кыргызстане полностью переведена на платную основу. Бесплатны процедуры детям до 5 лет и лицам старше 70 лет, остальные оплачивают в обыкновенных бюджетных центрах семейной медицины по преискуранту. Преискурант цен: в бишкекских центрах семейной медицины одна процедура стоит от 20 до 40 сом, в частных учреждениях очень много физиотерапевтических кабинетов, там цена очень варьирует и одна процедура может стоять от 100 до 1000 сом. На курс нужно 10 процедур.
7. Доступность метода: аппарат постоянного тока для электрофореза есть в любом физиотерапевтическом кабинете. Сейчас новые аппараты, выпускаемые в Российской Федерации, может стоять до 100 долларов - внутри биофизика аппарата простая и аппарат может служить очень долго, расходные материалы стандартные прилагаются прямо к аппарату, электроды есть и матерчатые, и свинцовые, их они хватает почти на 10 тысяч процедур. Они промываются, дезинфицируются и снова повторно используются многократно.
8. В ФАПах работают фельдшеры и при специальном дополнительном обучении они могут отпускать процедуры электрофореза по назначению врача.
9. Да, есть такой метод - ведь йодурия наличие йода в моче. Этот метод больше определяет степень насыщенности организма йодом и является одним из основных критериев его дефицита. Но йод еще ведь в организме задерживается - есть феномен «йодного зеркала»: сколько бы много йода не поступило, через сутки йода по содержанию в крови как будто бы и не было и постепенно человек его получает из своих же резервов.

**Председатель:** Асанкадыр Темирбекович, Вас устраивают ответы соискателя?

**Доктор ветеринарных наук Жунушов А.Т.** – Да, вполне. Спасибо.

**Председатель:** Пожалуйста, Анара Джапаровна.

**Кандидат фармацевтических наук Мураталиева А.Дж.**

*1 вопрос.* Соблюдали ли Вы протокол лечения эндемического зоба?

*2 вопрос.* Можно ли для профилактики зоба применять какие-то лекарственные растения. Мы знаем, что есть морская капуста. Для профилактики у больных может быть в этом ракурсе применяется?

**Сманова Дж.К.** - Уважаемая Анара Джапаровна, спасибо за вопросы.

1. Да, существует такой клинический протокол лечения эндемического зоба. У нас в Кыргызстане отдельного протокола нет. Пользуются протоколом Российской Федерации. По протоколу лечения существует три схемы лечения эндемического зоба. Это чисто монотерапия калия йодидом, либо монотерапия левотироксином, либо сочетание калий йодида с левотироксином. В данном случае мы использовали только калия йодид, потому что у наших больных не было гормональных нарушений.
2. Для профилактики у больных уже продукты питания и вода, как принято в системе ВОЗ, уже не поможет. Профилактика проводится только для здоровых людей, проживающих в эндемичных зонах, особенно дети растущие, кормящие, беременные и т.д., но если у них еще нет зоба. Если диагноз поставлен, то необходима только медикаментозная терапия. Этот подход во всем мире общепризнан. Кыргызстан у нас весь находится в эндемичной зоне.

**Председатель:** Анара Джапаровна, Вы удовлетворены ответами соискателя на Ваши вопросы?

**Кандидат фармацевтических наук Мураталиева А.Дж.:** Да, спасибо.

**Доктор биологических наук Умралина У.Р.**

*1 вопрос.* Я бы хотела бы хотела узнать по маркерам качества жизни - как определяется медицинские параметры?

*2 вопрос:* Вы рекомендуете йодированную соль, что Вы считаете более эффективным - йодированную соль, йодированную муку, что из продуктов питания, которую специально готовят с добавками йода более подходят с Вашей точки зрения?

*3 вопрос.* Йодированные продукты постепенно теряют йод. Поэтому надо ли научить население правильно готовить пищу?

**Сманова Дж.К.** - Уважаемая Анара Рустамовна, большое спасибо за внимание, проявленное к нашей работе. Разрешите ответить на Ваши вопросы.

1. При изучении качества жизни наших больных мы использовали опросник международный SF или Shot Forms 36, где проводится 12 пунктов, на которые пациенты отвечают на вопросы, а в конце опросника есть специальная формула, по которой подсчитываются результаты. Анкетирование оценивается в баллах и в каждом пункте уже определено за что отвечает данный вопрос - социальное функционирование, либо за психическое здоровье и оно автоматически рассчитывается.
2. В эндемической зоне рекомендуется употреблять йодированную соль в нужном режиме, т.е. хранить такую соль нужно в специально закрытой посуде, подсаливать пищу в конце приготовления, потому что йод испаряется. В эндемичных районах у нас рекомендуется употреблять все йодированные продукты, начиная от соли и хлеба. Есть зоны, где и воду йодируют, но у нас этого нет. Есть зоны, где йодируют молоко прямо в заводских условиях в зонах тяжелой эндемии. Для профилактики йодируют продукты, соль, воду, но для лечения они уже не используются, если есть зоб.
3. Уважаемая Анара Рустамовна, Вы задели вопросы которые должны решаться на государственном уровне. Население действительно надо просвещать как в обычных бытовых условиях должны готовить и употреблять в пищу йодированную соль. Раньше в советское время были специальные врачебные лектории, где публично врачи читали в организациях и учреждениях лекции и т.д. Сейчас уже давно это отменено. В настоящее время уже ни в одном лечебном учреждении в Кыргызстане нет специального противозобного кабинета, нет врача-противозобника, поэтому население у нас остается неинформированным как правильно употреблять продукты йода, чтобы не было зоба.

**Председатель:** Анара Рустамовна, Вы удовлетворены ответами диссертанта на Ваши вопросы?

**Доктор биологических наук Умралина У.Р.:** Да, вполне. Спасибо.

**Председатель:** Пожалуйста, Асия Демеухановна, Ваши вопросы.

**Доктор биологических наук Серикбаева А.Д.**

1 вопрос. При методе электрофореза используется фармакопейный раствор, а где применяется еще?

2 вопрос. В каком году получили Ваш патент на изобретение и как он называется? Поддерживается ли сейчас?



**Сманова Дж.К.** - Уважаемая Асия Демеухановна, разрешите ответить на Ваши вопросы.

1. Раствор калия йодида в медицине применяют, во-первых, для электрофореза по другим диагнозам сегодня уже говорила для ушибов суставов и других мягких тканей. В аптеке 2% раствор выпускается как аптечная форма.
2. Наш патент называется «Способ лечения йоддефицитных заболеваний», получен в 2006 году. Патент принадлежит медицинской академии и сейчас находится в общем свободном доступе.

**Председатель:** Асия Демеухановна, Вы удовлетворены ответами диссертанта на Ваши вопросы?

**Доктор биологических наук Серикбаева А.Д.:** Да, вполне. Спасибо.

**Председатель:** Ваш вопрос, Тамара Семеновна, пожалуйста.

**Кандидат медицинских наук Сабирова Т.С.** - оказывается в такой стране, где проблема йоддефицита стоит так остро, нет клинического протокола. Вы в процессе своей работы, в процессе осмысления своего труда не пытались инициировать этот вопрос о создании такого протокола, потому что мне кажется это очень важно и необходимо?

**Сманова Дж.К.** - Уважаемая Тамара Семеновна, большое спасибо за интерес, проявленный к нашей работе. Действительно, на счет протокола мы разговаривали очень часто и длительно с врачами нашего бишкекского эндокринологического центра, именно от них мы узнали, каким протоколом они пользуются при лечении эндемического зоба. Протоколом Российской Федерации пользуются и врачи центров семейной медицины. Необходимо и надо выходить на уровень министерства здравоохранения. Разговоры были, все соглашались, признают актуальность проблемы, но пока еще не готовы

**Председатель:** Вы дали пищу для дальнейших обсуждений. Тамара Семеновна Вы удовлетворены?

**Кандидат медицинских наук Сабирова Т.С.:** Да, спасибо.

**Председатель:** Пожалуйста, задавайте Ваши вопросы, Исабек Зайлидинович.

**Кандидат фармацевтических наук Исмаилов И.З.**

*1 вопрос.* Джаныл Койчукеевна, скажите, пожалуйста, как Вы осуществляли подбор и рассчитывали дозу для каждого больного.

*2 вопрос:* не изучали ли Вы сравнительные данные по фармакокинетическим параметрам при разных путях введения?

**Сманова Дж.К.** - Уважаемый Исабек Зайлидинович, спасибо за интерес, проявленный к нашей работе. Разрешите ответить на Ваши вопросы.

1. Доза для каждого больного: если это был пероральный способ лечения по протоколу 200 мкг в день *per os* каждый день в течении 6 месяцев. При трансдермальном способе на прокладку наносится 10 мл 2% раствора, при вводится в организм от 30 до 40 % действующего вещества в зависимости от состояния самой кожи - чем кожа моложе, тем она более гидрофильна и больше всасывает, чем кожа толще естественно больше всасывает. Чем старше человек электрофорез мало полезен, т.к. много соединительной ткани. А для молодых людей это очень хорошо. Есть научные работы, в которых с помощью радиоизотопного йода рассчитывают насколько всасывается йод в кожу.
2. Данные по фармакокинетике мы не отслеживали. Это не входило в наши задачи. У нас чисто клиническая работа.

**Председатель:** Исабек Зайлидинович, Вас устраивает ответ соискателя?

**Кандидат фармацевтических наук Исмаилов И.З.:** Да, спасибо.

**Председатель:** Пожалуйста, Бакыт Ашимович, Ваш вопрос.

**Кандидат биологических наук Асанакунуов Б.А.**

*1 вопрос.* Проводили ли Вы корреляцию между трансдермальным и пероральным способами?

*2 вопрос.* Есть у вас стат.обработка данных, подтверждающих анкетирование, это ведь субъективный метод?

*3 вопрос.* Как подтверждается достоверность Ваших результатов?

**Сманова Дж.К.** Уважаемый Бакыт. Ашимович, спасибо за вопросы. Разрешите ответить на них.

1. Мы провели корреляцию между всеми шкалами качества жизни и выяснилось, что при пероральном способе самая высокая степень корреляции по шкале «интенсивность боли». Она имела самую высокую отрицательную степень со всеми другими шкалами, т.е. она была доминирующей. В таком случае считается, что она не только доминирует, но и влияет на все другие шкалы качества жизни. Это наблюдалось только при одном методе - пероральный способ. При трансдермальном способе такой высокой корреляции не выявлено, корреляция выявлена на уровне 0,1-0,2. Это считается очень слабая степень корреляции.
2. Да, анкетирование - это субъективный метод. Качество жизни по данным анкетирования является субъективным методом, он используется во всем мире. Качество жизни - это субъективное ощущение человека как он себя ощущает, ведь мы доктора думаем если нет объективных

симптомов, то человек вылечен. На самом деле у пациента продолжают субъективные ощущения и он не всегда бывает трудоспособен. Анкетирование как метод оценки и анализа в общей массе субъективного анализа дает типичную характеристику.

3. Достоверность изменений подтверждалась по коэффициенту достоверности Стьюдента.

**Председатель:** Бакыт Ашимович, Вы удовлетворены ответом диссертанта?

**Кандидат биологических наук Асанакунев Б.А.:** Да, вполне.

**Доктор медицинских наук Зурдинов А.З.**

*1 вопрос.* По результатам Ваших исследований есть какие-то документы такого внедренческого характера, официальные внедрения, в какие учреждения, на уровне каких-то руководящих органов или в масштабе учебного заведения.

*2 вопрос* по поводу экономической эффективности сравнительно с другим методом использования препарата.

**Сманова Дж.К.** - Уважаемый Аширалы Зурдинович, большое Вам спасибо за внимание к нашей работе.

1. Результаты наших исследований внедрены, есть протоколы внедрения в центры семейной медицины 7, 11, 12. В масштабах отрасли внедрения проведены на кафедру восстановительного лечения и физиотерапии Кыргызского государственного медицинского института повышения квалификации кадров, они преподают врачам в цикле усовершенствования.
2. Экономическую эффективность очень трудно подсчитать, когда цены везде разные. Самое главное, мы считаем, чтобы человек получил хороший эффективный метод. Таблетки можно пить дома, но когда человек каждый день пьет таблетки и от этого у него идет эпигастральный болевой синдром, синдром раздраженного кишечника то очень трудно таких людей убедить продолжать лекарственную терапию. Есть даже случаи, когда даже онкобольные отказываются принимать лекарства, потому что они очень плохо после этого чувствуют. Снижается ролевое функционирование, т.е. человек зная, что у него могут быть боли в животе или синдром раздраженного кишечника вынужден себя ограничивать в обычной жизнедеятельности. Вообще в физкабинет ходят пациенты с удовольствием.

**Доктор медицинских наук Зурдинов А.З.:** меня устраивают Ваши ответы. Сейчас по известным нашим протоколам мы должны были заслушать научного консультанта. Наш соискатель без научного консультанта завершила работу, это не возбраняется, наоборот, приветствуется, поэтому этот вопрос мы не заслушиваем и переходим к заслушиванию результатов рассмотрения экспертной комиссии. Председатель комиссии - Куттубаева Клара Бейшеновна.

**Доктор медицинских наук Куттубаева К.Б.** зачитывает Заключение экспертной комиссии Диссертационного совета (полный текст имеется в аттестационном деле).

Экспертная комиссия Диссертационного совета Д 03.17.558 в составе: председателя доктора медицинских наук, профессора Куттубаевой К.Б. (14.03.06) и членов комиссии: доктора медицинских наук, профессора Султанмурадова М.Т. (14.02.03) и доктора биологических наук, доцента Махмудовой Ж.А. (14.03.06), рассмотрев представленную соискателем Смановой Дж.К. докторскую диссертацию на тему «Научное обоснование оптимизации фармакотерапии эндемического зоба путем совершенствования методов применения препарата йода» на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.03.06 - фармакология, клиническая фармакология, пришла к следующему заключению.

Диссертационная работа выполнена на актуальную тему и определяется глобальностью и постоянством йоддефицитных заболеваний. Как известно, Кыргызстан относится к зонам природного дефицита йода и в некоторых регионах до сих пор регистрируется зобная эндемия. Хотя производством выпускается йодированная соль, йодированная мука для профилактики йоддефицита. Отклонения от гигиенических норм достигает до 75 % случаев и на этом фоне применение тиреоидных гормонов и препаратов йода не всегда приводит к улучшению состояния. В связи с этим поиск новых путей лечения йоддефицитных заболеваний является весьма актуальным.

Содержание диссертационной работы Смановой Дж.К. на тему «Научное обоснование оптимизации фармакотерапии эндемического зоба путем совершенствования методов применения препарата йода» на соискание ученой степени доктора медицинских наук соответствует паспорту специальности 14.03.06 – фармакология, клиническая фармакология.



Результаты диссертационного исследования Смановой Дж.К. опубликованы в периодических научных изданиях, вошедших в перечень рецензируемых периодических изданий, утверждаемый Президиумом ВАК КР. 7 научных статей опубликованы в периодических научных изданиях, индексируемых системой РИНЦ, опубликованных за пределами Кыргызской Республики, что полностью соответствует требованиям п.16 раздела 2 «Положения о порядке присуждения ученых степеней» ВАК КР (2017 год).

Автореферат диссертации Смановой Дж.К. полностью соответствует содержанию диссертации, поставленной в ней цели и задачам исследования. Автореферат имеет идентичное резюме на кыргызском, русском и английском языках.

Комиссия диссертационного совета предлагает по докторской диссертации Смановой Джаныл Койчукеевны назначить:

- **в качестве ведущей организации** – Государственный университет медицины и фармации им. Николая Тестемицану, Республика Молдова Кишинев, MD 2001 бул. Штефан чел Маре, 165, где работают доктора наук по специальности 14.03.06 - фармакология, клиническая фармакология;
- **первым официальным оппонентом** – доктора медицинских наук, профессора Батищеву Галину Александровну (шифр научной специальности -14.03.06), которая имеет научные труды, близкие к проблеме исследования;
- **вторым официальным оппонентом** – доктора медицинских наук, профессора Зординову Карамят Ахметовну (шифр научной специальности - 14.03.06), которая имеет труды, близкие к проблеме исследования;
- **третьим официальным оппонентом** – доктора медицинских наук, профессора Канаева Рыскулбека Алыбаевича (шифр научных специальностей - 14.03.03 и 14.01.11), который имеет научные труды, близкие к проблеме исследования.

**Заключение.** Экспертная комиссия диссертационного совета, рассмотрев представленные документы, рекомендует диссертационному совету Д 03.17.558 при Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева и Институте биотехнологии НАН КР принять к защите диссертацию Смановой Дж.К. на тему «Научное обоснование оптимизации фармакотерапии эндемического зоба путем совершенствования методов применения препарата йода» на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.03.06 – фармакология, клиническая фармакология после устранения всех замечаний, указанных в заключении.

Благодарю за внимание!

**Председатель:** Спасибо Клара Бейшеновна! Джаныл Койчукеевна, пожалуйста, дайте ответ заключению экспертной комиссии.

**Сманова Дж.К.** - Уважаемая Клара Бейшеновна, уважаемая Жылдыз Ахматовна. Все ваши замечания устранены, мы со всеми согласны. Большое Вам спасибо за внимание и интерес, проявленный к нашей работе и за доброжелательность!

**Председатель:** Спасибо. Уважаемые коллеги, по указанию и документам ВАК здесь могут выступить и высказать свое мнение и другие присутствующие, не являющиеся членами диссертационного совета. Есть такие желающие среди Вас? Уважаемый Раушан Добулбекович, пожалуйста.

**Доктор медицинских наук Алымкулов Р.Д.** - Уважаемый Аширалы Зурдинович, уважаемые коллеги! Актуальность проблемы зоба несомненна, особенно для нашей страны, для нашего региона, для Средней Азии. Еще наш - учитель покойный Иса Коноевич Ахунбаев, занимавшийся этой проблемой еще тогда начал такую работу по профилактике йоддефицитных состояний и йодированию пищевых продуктов и так далее. Вместе с тем, хотелось бы заметить, что патология со стороны желудочно-кишечного тракта имеет место быть и это серьезная проблема. По сути диссертационной работы я бы хотел сказать, что она на сегодняшний день очень актуальная и имеет под собой научную обоснованность, патогенетическую обоснованность и клиническую эффективность. В этой связи, считаю, что работа имеет серьезные перспективы в области внедрения в лечебно-профилактические учреждения нашей страны путем написания методических рекомендаций, на различных форумах, съездах, конференциях. Прошу диссовет поддержать нашу совместную работу. Принципиальных замечаний у меня нет. Мы неоднократно обсуждали работу на кафедральных совещаниях и насколько смогли устранили замечания, которые были на этапе предварительного обсуждения.

**Председатель:** Уважаемые члены диссертационного совета, переходим к обсуждению. Пожалуйста, Асанкадыр Темирбекович.

**Доктор ветеринарных наук Жунушов А.Т.** - Поздравляю Вас, коллеги, с началом работы диссертационного совета. Я радуюсь, что соискатель подошел по сегодняшней работе серьезно. Несомненно, работа Джаныл Койчукеевны актуальна.

Сама соискатель, вы сами убедились, это человек очень созревший, достойный. Я очень доволен ответами, выступлением. Желаю Джаныл

Койчукеевне, что бы успешно она защищалась публично, которую сегодня будем назначать дату защиты. Предлагаю принять диссертацию к защите.

**Председатель:** Пожалуйста, Чолпон Кенешевна.

**Доктор медицинских Чонбашева Ч.К.** - поскольку метод был оформлен в качестве изобретения, то Вы должны отдельную главу или отдельный раздел посвятить описанию конкретно этого метода - какие электроды, куда Вы ставите на какие области. В отношении протоколов, эта проблема очень актуальна для нашей страны, несмотря на то, что много десятилетий ведутся работы вокруг этого актуальность остается и меня тоже очень удивило, что протокола нет. Но с другой стороны, я хочу сказать, что нам навязали все эти протоколы, а в западных странах от протоколов уже отходят, они считают, что как говорил русский ученый Мудро, что нужно лечить не болезнь, а больного. На западе, в Америке оказалось, что когда используется протокол без учета сопутствующих состояний и других факторов возникало очень много осложнений. Статистика у всех вызвала возникновение вопроса - по какой статистике? Нужно не просто в диссертации, а в своем докладе это отметить. Надо и на защите это внести. Насчет внедрения - методические рекомендации надо добиться утверждения на уровне минздрава. В общем, я считаю, что это очень актуальная тема и рекомендую к защите.

**Кандидат медицинских наук Сабирова Т.С.:** Тема актуальная. Работа интересная, хорошая. Соискатель нормально доложил, очень внятно, понятно и я думаю, что многие могли войти в курс работы. Относительно статистики я опять чисто с позиции ученого секретаря хочу сделать некоторые ремарки. На мой взгляд, Вы не очень четко ответили на вопрос по поводу статистической обработки опросника по качеству жизни, потому что там как раз таки не обычные методы статистики используются и абсолютно правильно вопрос задали. Это стандартизованный опросник ВОЗ и он обрабатывается системой SPSS, которая проводит свою оценку по своим критериям, т.е. отдельный метод статистический. Действительно это одно из важных мест в Вашем докладе. Далее Вам сделали замечание экспертная комиссия о том, что нужно поработать с диаграммами, с графиками, что нужно проставить числовые значения. Чолпон Кенешевна, я Вам как ученый секретарь отвечаю частично, дело в том, что если вы посмотрите сейчас диссертацию, Вы увидите там, что диаграммы уже другого качества с проставленными цифрами, о которых тут говорили, с указанными данными по достоверности. Но Вы эти изменения в презентацию, Джаныл Койчукеевна,

не внесли, т.е. проявили невнимательность и не показали людям, что Вы сделали. В целом, я считаю, что работа заслуживает того, чтобы принять к защите.

**Председатель:** Есть еще желающие выступить? Желающих больше нет.

**Председатель:** Спасибо, уважаемые коллеги, подведем итоги. На основании доклада Смановой Дж.К., заданных вопросов членами диссертационного совета, выступления председателя экспертной комиссии, выступлений членов диссертационного совета, становится понятным, что диссертация представленная к предварительной защите имеет высокий научно-методический уровень.

#### **ПОСТАНОВИЛИ:**

Диссертационная работа Смановой Дж.К. на тему «Научное обоснование оптимизации фармакотерапии эндемического зоба путем совершенствования методов применения препарата йода», представленная на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности **14.03.06** – фармакология, клиническая фармакология представляет собой законченный научный труд, в котором проведены научные исследования, имеющие большое научно-практическое значение.

По своей актуальности, научно-практической значимости и новизне полученных данных, работа соответствует требованиям, предъявляемым к диссертационным работам на соискание ученой степени доктора наук в разделе 2 п. 9 «Положения о порядке присуждения ученых степеней» ВАК КР. Работа рекомендована к публичной защите.

**В качестве ведущей организации назначить** – Государственный университет медицины и фармации им. Николая Тестемицану, Республика Молдова Кишинев, MD 2001 бул. Штефан чел Маре, 165, где работают доктора наук по специальности 14.03.06 - фармакология, клиническая фармакология.

**Первым официальным оппонентом** назначить доктора медицинских наук, профессора Батищеву Галину Александровну (шифр научной специальности -14.03.06), которая имеет научные труды, близкие к проблеме исследования;

**Вторым официальным оппонентом** назначить доктора медицинских наук, профессора Зординову Карамят Ахметовну (шифр научной специальности - 14.03.06), которая имеет труды, близкие к проблеме исследования;



**Третьим официальным оппонентом** назначить доктора медицинских наук, профессора Канаева Рыскулбека Алыбаевича (шифр научных специальностей - 14.03.03 и 14.01.11), который имеет научные труды, близкие к проблеме исследования.

**Определить предварительную дату защиты диссертации:** «25» мая 2018 г.

**Председатель:** ставлю на голосование, кто за то, чтобы принять данное заключение заседания диссертационного совета и рекомендовать диссертацию Смановой Дж.К. к публичной защите?

**Итоги голосования:**

«за» - единогласно;

«против» - нет;

«воздержавшихся» - нет.

**Председатель:** Уважаемые члены диссертационного совета, коллеги. Позвольте на этом считать заседание нашего совета закрытым. Спасибо всем.

Председатель,  
Член-корр. НАН КР, д.м.н., профессор

Ученый секретарь,  
к.м.н., доцент



27.04.18  
А.З. Зурдинов  
Т.С. Сабирова