

СТЕНОГРАММА

заседания диссертационного совета при Казахском национальном медицинском университете им. С.Д. Асфендиярова по защите диссертации Колосковой Екатерины Александровны на тему: «Характеристика штаммов *Streptococcus pneumoniae*, циркулирующих на отдельных территориях Республики Казахстан среди носителей и больных пневмококковой инфекцией», представленной на соискание степени доктора философии по профилю по специальности 6D110100 - «Медицина».

г. Алматы

От 2 апреля 2018 г.

Протокол №6

На заседании присутствовали 13 членов диссертационного совета из 15, докторов наук по профилю рассматриваемой диссертации - 13.

ПОВЕСТКА ДНЯ

1. Защита диссертации на соискание степени доктора философии (PhD) Колосковой Екатерины Александровны на тему: «Характеристика штаммов *Streptococcus pneumoniae*, циркулирующих на отдельных территориях Республики Казахстан среди носителей и больных пневмококковой инфекцией», по специальности 6D110100 - «Медицина».

Из 15 членов Диссертационного совета по явочному листу присутствовали 13:

1. Председатель – Нугманова Жамиля Сакеновна, доктор медицинских наук, профессор -14.00.10 – инфекционные болезни.
2. Заместитель председателя – Алмабаев Ыдырыс Алмабаевич, доктор медицинских наук, профессор - 14.00.02 - анатомия человека.
3. Ученый секретарь – Умешова Кумискуль Абдуллаевна, кандидат медицинских наук, доцент - 14.00.10 – инфекционные болезни.
4. Балмуханова Айгуль Владимировна - доктор медицинских наук, профессор 14.00.08 - глазные болезни, 14.00.14 - онкология.
5. Шалекенов Булат Уахитович- доктор медицинских наук, профессор - 14.00.40 - урология.

6. Исенова Сауле Шайкеновна - доктор медицинских наук, профессор - 14.00.01 - акушерство и гинекология.
7. Беркинбаев Салим Фахатович- доктор медицинских наук, профессор - 14.00.06 - кардиология.
8. Абдикалиев Нурлан Абдикалиевич - доктор медицинских наук, профессор - 14.00.16 – патологическая физиология.
9. Алдашева Нейля Ахметовна - доктор медицинских наук – 14.00.08 – глазные болезни.
10. Дюсембеков Ермек Кавтаевич - доктор медицинских наук - 14.00.28 – нейрохирургия; 14.00.33 - Общественное здоровье и здравоохранение
11. Султанова Багдат Газизовна- доктор медицинских наук, профессор - 14.00.48-нефрология.
12. Белова Елена Сергеевна - доктор медицинских наук, профессор - 14.00.26- фтизиатрия.
13. Жантелиева Ляззат Асановна - доктор медицинских наук, доцент - 14.00.40 –урология.

Председатель: Уважаемые члены Диссертационного совета!

Сегодня у нас большая повестка дня: на защиту представлены три работы и первая у нас сегодня Колоскова Екатерина Александровна с диссертацией на тему: «Характеристика штаммов *Streptococcus pneumoniae*, циркулирующих на отдельных территориях Республики Казахстан среди носителей и больных пневмококковой инфекцией», по специальности 6D110100 - «Медицина».

Научный консультант:

Рамазанова Бахыт Аманулловна, доктор медицинских наук, профессор заведующая кафедрой микробиологии, вирусологии и иммунологии Казахского национального медицинского университета им.С.Д. Асфендиярова.

Зарубежные научные консультанты:

Сидоренко Сергей Владимирович, доктор медицинских наук, профессор Заведующий отделом медицинской микробиологии и молекулярной эпидемиологии ФГБУ «Научно-клинический центр инфекционных болезней у детей» Федерального медико-биологического агентства (НИИДИ ФМБА), г. Санкт-Петербург, Россия.

Heinz-Josef Schmitt, MD, PhD, FIDSA, professor, Университет Майн, г. Майн, Германия.

Рецензенты:

Сарсенбаева Сауле Сергазиевна – доктор медицинских наук, ассоциированный профессор, генеральный директор Некоммерческого учреждения «Евразийский Центр аккредитации и обеспечения качества образования и здравоохранения». Специальность: 14.00.09 – педиатрия;

Баймуратова Майраш Аушатовна – кандидат медицинских наук, доцент, ассоциированный профессор, заведующая кафедрой «Гигиена, эпидемиология и микробиология» Казахского медицинского университета непрерывного образования. Специальность: 03.00.07. – микробиология.

Я хочу попросить Кумискуль Абдуллаевну познакомить с личным делом соискателя, пожалуйста.

Ученый секретарь:

Глубокоуважаемый председатель! Члены диссертационного совета!

В личном деле докторанта Колосковой Екатерины Александровны имеются все документы по перечню, требуемому комитетом по контролю в сфере образования и науки МОН РК. Все документы были сданы в положенные сроки. Разрешите огласить характеристику:

Колоскова Екатерина Александровна, 1987 года рождения, в 2011 году окончила педиатрический факультет Казахского национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова.

С 2011 по 2012 годы обучалась в интернатуре в КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова по специальности «Педиатрия».

С 2012 по 2014 годы обучалась в резидентуре по специальности «Инфекционные болезни в том числе и детская» КазНМУ.

С 2014 по 2017 год обучалась в докторантуре по специальности «Медицина» (шифр 6D110100) на кафедре микробиологии, вирусологии и иммунологии КазНМУ.

По материалам диссертационной работы было опубликовано 12 работ, из которых 4 – в журналах, рекомендованных Комитетом по контролю в сфере образования и науки МОН РК, 1 публикация в журнале, индексируемом в базе данных Scopus, 5 публикаций в материалах международных зарубежных конференций, индексируемых в базах данных РИНЦ, Scopus и Conference Proceedings Citation Index by Thomson Reuters, методическое пособие «Лабораторная диагностика пневмококковой инфекции» и информационный буклет для родителей. Получено 4 акта внедрения в практическое здравоохранение.

Результаты проведенных исследований доложены на республиканских и международных конференциях.

С января по март 2016 года Екатерина Александровна прошла научную стажировку в департаменте молекулярной эпидемиологии Института Атомной бомбы, Нагасакского университета, Япония.

В личном деле докторанта имеется положительное заключение межкафедрального заседания факультета общей медицины (протокол №7 от 30.06.2017 года), подписанное председателем, д.м.н. Есенкуловой С.А., в котором диссертация рекомендована к публичной защите.

В Национальном центре научно-технической информации был проведен сравнительно-сопоставительный анализ диссертации докторанта. В результате анализа совпадений не обнаружено.

Таким образом, в личном деле Колосковой Екатерины Александровны имеются все необходимые документы, которые отвечают требованиям, установленным «Правилами присуждения ученых степеней» Комитета по контролю в сфере образования и науки МОН РК.

Благодарю за внимание!

Председатель: Есть вопросы к личному делу соискателя? Вопросов нет. Для изложения основных положений диссертации слово предоставляется Колосковой Екатерине Александровне. Вам 20 минут.

Соискатель излагает основные положения диссертационной работы (доклад прилагается).

Председатель: Спасибо, Екатерина Александровна! Есть какие-либо вопросы к Екатерине Александровне? Пожалуйста, аудитория, и не только члены совета. Защита публичная. Есть вопросы? Пожалуйста, Нурлан Абдикалиевич!

Доктор медицинских наук, профессор Абдикалиев Н.А.: Екатерина Александровна, скажите пожалуйста, Вы в эпидемиологическом анализе проводили прогнозную оценку. Вы изучали это ретроспективно? Какой метод Вы использовали для прогнозной оценки и с какой целью, если у Вас есть реальные цифры, которые были до 2015 года? Спасибо.

Соискатель: Спасибо Вам большое, Нурлан Абдикалиевич, за вопрос. Разрешите ответить. Мы изучали построение прогноза методом экспоненциального сглаживания в пакете программ Microsoft Office Excel 2016 года, где возможен автоматический подсчет и расчет прогнозирования.

Мы провели это с целью показать разницу между фактическими данными и прогнозируемыми при условии возможного отсутствия внедрения вакцинации в стране с 2010 года на основе пятилетних показателей заболеваемости и смертности в регионах и по Республике.

Председатель: Еще вопросы есть? Да, пожалуйста, Айгуль Владимировна!

Доктор медицинских наук, профессор Балмуханова А. В.: Екатерина Александровна, несколько вопросов:

1. Как объясняется разница уровня пневмококкового бактерионосительства до и после вакцинации по городу Алматы и по городу Караганда? И чем объясняется?
2. Какой прогноз по пневмококковой инфекции в целом по Республике?

Соискатель: Разница между носительством в регионах Алматы и в Караганде объясняется тем, что в первом этапе исследования мы исследовали носительство в Алматы до начала вакцинации в этом регионе, а в Караганде на фоне проводимой вакцинации. Мы объясняем разницу формированием популяционного иммунитета в результате проводимой вакцинации в Карагандинской области. Некоторое снижение в Алматы после начала вакцинации спустя 10 месяцев мы также объясняем полным охватом вакцинацией в стране.

Прогноз по пневмококковой инфекции трудно предсказать, т.к. у нас отсутствуют официальная статистическая регистрация пневмококковых инфекций в стране. И мы проводили прогнозирование показателей заболеваемости и смертности от пневмококк-ассоциированных заболеваний, т.е. заболеваемость и смертность от инфекций, где этиологическим агентом должен быть пневмококк. Поэтому мы считаем также, что при условии сохранения вакцинации против пневмококковой инфекции в Республике в декретированном возрасте будут отмечаться дальнейшее снижение показателей заболеваемости и смертности.

Председатель: Еще есть вопросы?

Доктор медицинских наук, профессор Алмабаев Ы.А.: Екатерина Александровна, в мокроте Вы везде описываете эпителиальные клетки. Эти эпителиальные клетки Вы дифференцировали? Это первый вопрос. Как они себя вели с вакцинацией и без вакцинации? Есть ли разница в этих эпителиальных клетках? Спасибо.

Соискатель: Спасибо большое, Ыдырыс Алмабаевич! В задачах нашего исследования не стояла цель изучить динамику изменения эпителиальных клеток. Мы использовали оценку эпителиальных клеток и лейкоцитов для оценки качества сбора материала, так как мокроту детей раннего возраста очень трудно получить и необходимо было дифференцировать ее от истинной мокроты и от слюны с целью дальнейшего использования в нашей работе.

Доктор медицинских наук, профессор Алмабаев Ы. А.: Для уточнения, отличались ли клетки бронхиального дерева от ротовой полости?

Соискатель: Да, так как мы брали истинную мокроту мы могли встретить клетки хондроциты и альвеоциты первого порядка. Если получали слюну, то у нас выделялись другие эпителиальные клетки.

Доктор медицинских наук, профессор Алмабаев Ы.А.: Спасибо, достаточно.

Председатель: Пожалуйста, еще вопросы. Да, Салим Фахатович!

Доктор медицинских наук, профессор Беркинбаев С. Ф.: Екатерина Александровна! Как повлияла вакцинация на антибиотикорезистентность?

Соискатель: Спасибо большое, Салим Фахатович! Для оценки динамики антибиотикорезистентности штаммов необходимо проводить дальнейшие исследования. Но по данным, Рнепто-группы ВОЗ, которые рекомендуют использовать вакцинацию против пневмококковой инфекции для снижения антибиотикорезистентности этих штаммов пневмококка, т.к. ВОЗ в феврале 2017 года включила штаммы пневмококка в третью группу «опасных» патогенов, которым необходим срочный синтез новых антибиотиков.

Председатель: Еще вопросы есть?

Доктор медицинских наук, профессор Белова Е. С.: Уважаемая Екатерина Александровна! У Вас в результате вакцинации произошла смена пневмококковых штаммов. Это каким-либо образом отразилось на клинической структуре заболеваемости? Что-либо изменилось в клинике?

Соискатель: Спасибо большое за вопрос! Для оценки динамики клинической ситуации нам необходимо проводить дальнейшие исследования заболеваемости пневмониями, менингитами и отитами. У детей мы брали материал однократно, и поэтому мы не могли оценить динамику заболеваемости в результате данных серотипов.

Председатель: Еще есть вопросы? Вот я как бы хотела уточнить. Я не микробиолог. Вакцинация и носительство... Вот в Алматы после вакцинации носительство чуть-чуть снизилось: с 15 до 14%. Конечно это недостоверно. В Караганде в то же время идет наоборот возрастание. Я этот момент не поняла. Значит, Алматы – 15,6% до вакцинации, спустя 10 месяцев вакцинации - 14,1%, а в Караганде было 4,7%, а спустя 10 месяцев после возобновления вакцинации – 17,6%. Я что-то не понимаю, наверное?

Соискатель: Спасибо за Ваш вопрос, Жамиля Сакеновна! Это наши фактические данные, которые получены, как данные результата приостановки вакцинации в стране сроком на 6 месяцев. Произошло снижение иммунизированной прослойки, и из-за этого произошел рост частоты носительства в данном регионе. Также необходимо посмотреть охват вакцинацией в данном регионе, но, к сожалению, эти данные были не доступны.

Доктор медицинских наук, профессор Беркинбаев С. Ф.: Чем чревато носительство?

Соискатель: Носительство – это предиктор возникновения пневмококковых заболеваний, и дети до 5 лет как бактерионосители, являются источником пневмококковой инфекции, заражают и способствуют распространению в горизонтальном состоянии, заражают как свою возрастную группу, так и другую крайнюю группу, по определению ВОЗ - пожилые люди старше 65 лет.

Председатель: Можно еще один вопрос по поводу диагностики бактериологическим методом и ПЦР? Вы пишете, что это информативные и взаимодополняющие методы, и в то же время процент совпадения в Караганде 11,8%. Это считается взаимодополняющим?

Соискатель: Спасибо за вопрос, Жамиля Сакеновна! Именно при пневмококковых заболеваниях данные методы являются

взаимодополняющими. Мы выявили, что при носительстве при увеличении длительности вакцинации в регионе снижается бактериологическое выделение в регионах. Мы это связываем с возможными новыми формированиями микробных ассоциаций в носоглотке, которые могут быть как антагонистические, так и симбиотические. Как, например, золотистый стафилококк и пневмококк, зеленающий стрептококк и пневмококк.

Председатель: В заключении, в выводе надо было так и написать. Получается, что взаимодополняет, а совпадений всего около 12%. Да, пожалуйста, Ермек Кавтаевич!

Доктор медицинских наук Дюсембеков Е.К.: Хотел бы узнать, Вами была изучена частота пневмококкового бактерионосительства в РК. Как Вы изучали выявляемость носительства? По всем регионам есть регистр? У Вас дано по РК, а далее по регионам. Почему именно эти регионы? Если Вы говорите про Республику Казахстан, то где данные по регионам?

Соискатель: Спасибо за вопрос, Ермек Кавтаевич! Разрешите ответить. Носительство было изучено в нашем пилотном проекте и это собственные данные. Регистра по Казахстану нет. Распространенность пневмококкового носительства до нашего проекта не изучалась вообще. Мы изучали пневмококковое бактерионосительство по рекомендациям Пневмо-группы ВОЗ, которая рекомендует использовать специальные гибкие аппликаторы с нейлоновыми наконечниками, которые обладают повышенной адсорбцией. И имеется отдельная методика, которой достигается хороший результат: Замеряли расстояние от крыльев носа до козелка уха, и половину этого расстояния мы вводили в нижний носовой ход, проворачивали на 360 градусов, вынимали и помещали в транспортную среду.

Доктор медицинских наук Дюсембеков Е. К.: так Вы охватывали всех детей до 2 лет по всем регионам?

Соискатель: Нет. Исследование проводилось только в Алматы и Караганде у детей до 2 лет.

Доктор медицинских наук Дюсембеков Е. К.: Вы пишете «частота в РК...»

Соискатель: До начала вакцинации чтобы изучить, что происходит с носителем и серотипами мы взяли Алматы как последний регион, где еще не вводилась вакцинация.

Доктор медицинских наук Дюсембеков Е. К.: Изучены все дети до 2 лет в городе Алматы и города Караганда?

Соискатель: Нет. Мы брали отдельную выборку. В Алматы 250 детей до вакцинации, 250 – спустя 10 месяцев. В Караганде около 500 детей на фоне трёхлетней вакцинации, и спустя 10 месяцев тоже около 500 детей. Почему были выбраны именно Алматы и Караганда. Мы взяли Алматы, так как это был последний регион, где внедрялась вакцинация против пневмококковой инфекции в 2015 году. В Караганде, на момент исследования, вакцинация проводилась в течение 3 лет. Мы взяли Караганду для исследования, т.к. она была удобнее нам по логистике и там имелось наличие высококвалифицированных кадров, способных выделять и работать с пневмококковыми штаммами.

Доктор медицинских наук, профессор Беркинбаев С. Ф.: Какие вакцины использовались для вакцинации?

Соискатель: Спасибо за вопрос, Салим Фахатович! В Казахстане зарегистрирована, внедрена и применяется в Национальном календаре прививок детей раннего возраста 13-валентная пневмококковая вакцина, а также зарегистрирована 23-валентная вакцина.

Доктор медицинских наук, профессор Беркинбаев С. Ф.: Чье производство вакцины?

Соискатель: Ирландия.

Председатель: Еще вопросы есть? Можно мне, поскольку у меня в руках диссертация. Вы прилагаете прямо в диссертации приказ Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности о снятии и приостановлении медицинского применения лекарственного средства и о том, чтобы возобновить вакцинацию. Почему Вы это в свою диссертацию прилагаете? Или это результат Ваших усилий? Если так, то где-то в тексте Вы пишете почему Вы это делаете?

Соискатель: Спасибо за вопрос. Когда я описывала распространенность пневмококкового бактерионосительства в диссертации, я объясняла почему мы озвучиваем, что на момент второго этапа исследования пневмококковое бактерионосительство изучалось на фоне приостановки вакцинации и его возобновления, чтобы объяснить рост пневмококкового бактерионосительства именно в Карагандинской области с 4,7% до 17,6%.

Председатель: И в тексте Вы это пишете, что «мы прилагаем приказ на основании которого...»?

Соискатель: Да. На основании которого была приостановка вакцинации в стране.

Председатель: Понятно. Достаточно? Достаточно. Спасибо большое. Мы так хорошо пообсуждали и выяснили непонятные моменты.

Так, у нас два официальных рецензента. Кто первый выступает? Майраш Аушатовна, пожалуйста! У Вас 5 минут.

Кандидат медицинских наук, доцент, ассоциированный профессор Баймуратова Майраш Аушатовна:

Уважаемый председатель! Члены комиссии! Сегодняшняя работа Екатерины Александровны меня очень радует. Разрешите рассказать предысторию. В 1989 году был профессор Байжумартов, и мы вместе с ним работали над этой проблемой пневмококковой инфекции у детей и взрослых. И Вы знаете, это пионерская работа, ностальгия. И я очень благодарна Вам за то, что эта работа существует.

Я расскажу своими словами. Поставленные задачи и, собственно, методы, которые были использованы диссертанткой, не вызывают сомнения в силу того, что решается главная на сегодняшний день проблема взаимointegrации двух дисциплин: эпидемиологии и микробиологии. И эта взаимointegrация налицо. Когда мы говорим о ретроспективном анализе, то именно тот объем, который предоставлен нашим соискателем Екатериной Александровной, вполне убедителен.

Те методы лабораторной диагностики, которые были использованы, они современные, чувствительные, специфичные и убедительные.

Те задачи, которые решались, на мой взгляд, это первый шаг для того, чтобы заниматься пневмококковой инфекцией поглубже, потому что сегодня практические врачи ждут от нас с Вами новых нормативных документов в отношении этой инфекции. Высокая смертность новорожденных

настораживает и акушер-гинекологов, и педиатров. В этой связи, я хочу сказать, что серотиповая идентификация, генотипирование, которое было проведено – большой вклад в практическое здравоохранение. Вы сделали тот первый шаг, следом за которым пойдет целый поток работ, которые будут изучать углубленно критерии этиологической значимости в мокроте, в бронхиальном смыве и в носоглотке. Дело в том, что они меняются, вследствие того, что эволюционно-адаптационный потенциал пневмококков очень высок. О нем Вы тоже очень хорошо сказали в работе. И это радует, коллеги! Что персистентный потенциал изучается и выносится как один из пороговых критериев, который убеждает нас и объясняет хронизацию процесса, переход из острого в хронический процесс.

Об антибиотикорезистентности тоже было сказано диссертантом, и я думаю, что это здорово. Формирование антибиотикорезистентности – это тот итог селекции, к которому мы с вами причастны, т.е. антибиотикотерапия без антибиотикограммы на сегодняшний день – это катастрофа. Наше практическое здравоохранение говорит об этом на всех уровнях. И это актуальная проблема, по которой были сделаны выводы нашим диссертантом.

Работа очень хорошая, и я очень надеюсь, что у нее только начало хорошего пути по пневмококковой инфекции, а практическое здравоохранение будет нам благодарно за то, что научно-практические работы имеют место быть.

Председатель: Спасибо большое, Майраш Аушатовна!

Кандидат медицинских наук, доцент, ассоциированный профессор Баймуратова Майраш Аушатовна:

Позвольте остановиться на некоторых недостатках по содержанию и оформлению диссертации. В целом работа представляет собой законченный научный труд. И у меня есть вопросы:

Вот первый вопрос: Встречались ли среди выделенных штаммов *Streptococcus pneumoniae* вирулентные штаммы, например, безкапсульные варианты и с измененными фенотипическими свойствами? Я имею в виду феномен диссоциации R-формы и т.д.

Второй вопрос: Чем Вы объясняете достаточно большой процент нетипируемых штаммов? А они звучат в исследовании, несмотря на применение высокочувствительного и специфичного современного метода ПЦР-диагностики.

Третий вопрос: Чем Вы связываете снижение выделения штаммов *Streptococcus pneumoniae* бактериологическим методом после начала вакцинации?

Четвертый вопрос: При каких нозологических формах был идентифицирован выделенный Вами уникальный штамм 10F/C/33C. Были ли, изучались ли его биологические свойства?

Далее, еще один вопрос: Как Вы считаете, каков потенциал именно нетипируемых штаммов в развитии пневмококковых инфекций?

И, наконец, заключительный вопрос: Чем вы объясняете высокий процент адгезивной активности, если, говоря о персистентном потенциале, пневмококков, выделенных из носоглотки в сравнение со штаммами, выделенными при острых средних отитах?

И есть предложения, но я думаю, эти предложения не столь значительны, но поставлю акцент на пункте 3. Вы пишете «Впервые в Казахстане были изучены биологические свойства выделенных *Streptococcus pneumoniae* т.д.». Мы думаем, что все-таки будет корректнее, если Вы сформулируете как «персистирующий потенциал», так будет правильней.

Соискатель:

1. По первому вопросу, в нашем исследовании нами были пристально изучены именно патогенные штаммы, основанные на рекомендациях CDC, рабочей группы ВОЗ, а также группой ученых из г. Смоленск и г. Санкт-Петербург, которые описывают именно капсульные серотипы, именно S-формы колоний. Изучение литературных источников показало, что имеется разночтение и разные данные по описанию, именно безкапсульных и авирулентных типов. Поэтому изучение именно непатогенных авирулентных безкапсульных штаммов требуется в дальнейших наших исследованиях.

2. В данный момент, идентифицировано 97 серотипов пневмококка. Метод ПЦР-серотипирования был разработан в 2006 году группой ученых из Америки. Несмотря на его новизну, он имеет ограниченное количество праймеров к серотипам, и преимущественно имеются праймеры к эпидемиологически значимым серотипам, которые вызывают инвазивные пневмококковые инфекции. Но ежечасно идет разработка новых праймеров, которые позволяют идентифицировать большее количество штаммов при пневмококковых инфекциях.

3. Снижение выделения бактериологическим методом после начала вакцинации мы связываем с изменением микробной экологии в носоглотке, изменением взаимодействий бактерий между собой, как бактериальных

сообществ между собой в пользу увеличения количества бактерий, так и в пользу их уменьшения в результате антагонистических взаимодействий.

4. Нами был идентифицирован наш уникальный штамм, циркулирующий только на территории Республики Казахстан – 10F/C/33C, который циркулировал, как и при пневмококковом бактерионосительстве в двух регионах, так и при пневмококковых заболеваниях с высоким потенциалом развития пневмококковой инфекции. Нами была изучена пока только антибиотикорезистентность данного штамма, которая выявила сниженную чувствительность ко всем изучаемым антибиотикам, таким как пенициллин, тетрациклин, триметоприм. Данные штаммы музейрованы, и в дальнейшем мы изучим их биологические свойства поподробнее.

5. Потенциал нетипируемых штаммов в развитии пневмококковых заболеваний на данный момент оценить не представляется возможным, так как в эту группу могут входить другие серотипы с разным потенциалом развития пневмококковой инфекции.

6. По шестому вопросу. Высокий процент адгезивной активности штаммов пневмококка в носоглотке — это естественный процесс для данного микроорганизма, потому что необходимо колонизировать эпителиальные клетки для дальнейшего развития пневмококковых заболеваний. Сниженная адгезивная способность штаммов, выделенных из среднего уха при отитах, возможно связана с тем, что наиболее часто мы изучали серотип 3, который обладает выраженной капсулой, и по данным литературы, капсула способствует как уклонению от иммунного ответа в организме хозяина, так и снижению его адгезивной способности.

Председатель: Вы удовлетворены, Майраш Аушатовна?

Кандидат медицинских наук, доцент, ассоциированный профессор Баймуратова Майраш Аушатовна: Очень понравилось. Спасибо!

Председатель: Слово предоставляется второму рецензенту, доктору медицинских наук, ассоциированному профессору, директору Некоммерческого учреждения «Евразийский Центр аккредитации и обеспечения качества образования и здравоохранения» - Сарсенбаевой Сауле Сергазиевне.

Доктор медицинских наук, ассоциированный профессор Сарсенбаева Сауле Сергазиевна:

Уважаемый председатель! Уважаемые члены диссертационного совета! Уважаемые присутствующие на данном мероприятии –на данной защите. Я представляю как официальный рецензент практическое здравоохранение. Я – клиницист, педиатр. И для меня работа, если говорить о рецензии, начиная с первого пункта - актуальности темы, очень актуальна, потому что в своей практике, занимаясь пациентами именно этой возрастной группы – младшего возраста, возникает в процессе очень много вопросов, особенно в выборе терапии, прогнозе осложнений у данного пациента, возврату этой инфекции т.е. к ее рецидивам. И не даром у нас существует термин «Часто болеющие дети». Поэтому при изучении этой работы я нашла ряд ответов на те вопросы, которые у меня возникали в практике. И все-таки хотелось сказать, что сегодня пневмококк в среде ученых и клиницистов называют «Киллером №1» у детей раннего возраста, потому что практически 40% детей до 2 лет с респираторной патологией приходится именно на пневмококковую инфекцию. Не даром, сегодня 127 стран ввели в свои Национальные календари вакцинацию против этой бактерии. Казахстан – страна номер один в странах СНГ, который ввел полную вакцинацию в 2015 году, и мы уже видим определенные результаты.

По пункту 2. Научные результаты в рамках требований к диссертации. Весь объем выполнен автором, который прослеживается в процессе изучения, под научным руководством трёх специалистов этой области, и все результаты в рамках данной темы реализованы и выражают научную новизну и практическую ценность. Сегодня мы знаем, что по данным ВОЗ, пневмококковая инфекция является самой распространенной причиной смертности, и это уже озвучивалось. Почти один миллион смертей приходится на детей до 5 лет. Что интересно было в этой работе, что оказалось новизной: с одной стороны, большой процент носительства у здоровых людей, с другой стороны - более 90 серотипов, 20 из которых вызывают тяжелые инфекции и весьма простой способ распространения. Мы говорим своим мамам-родительницам, которые планируют беременность и беременеют, которые работают в детских коллективах, чтобы они, по возможности, не посещали или уходили с этой работы, потому что это большая угроза для самой матери, беременной и ее иммунологического фона. Простой путь распространения и серьезность проблемы в диагностике и лечения.

Сегодня присутствуют здесь ЛОР врачи, которые подтвердят, что в США пневмококковые отиты приводят к снижению слуха у детей и к глухоте. Сегодня это большая проблема.

Следующий пункт моей рецензии – это степень обоснованности научных положений, выводов, рекомендаций, сформулированных в диссертации.

Всего было 4 пункта научной новизны. Этого достаточно для диссертации PhD и трёх положений, семи выводов, которые полностью соответствуют семи поставленным задачам, и немаловажна практическая ценность. Полученные результаты не вызывают сомнений, т.к. сам диссертант имеет базовое педиатрическое образование и соответствующую квалификацию.

Проведенные микробиологические исследования также не вызывают сомнений и взаимодополняют друг друга. Я получила для себя ответ как клиницист, что благодаря разнообразным методам идентификации был выявлен уникальный штамм, характерный только для Казахстанских детей – серогруппа 10F/C/33C, который вызывает пневмококковые заболевания в результате носительства. То есть эти дети несут потенциальную угрозу всем остальным категориям людей и крайним возрастным группам.

Я занимаюсь изучением микробиоты желудочно-кишечного тракта, мочевых путей и также чрезвычайно интересно было для меня понятие «солидарная ответственность» слизистых оболочек реагировать на окружающую среду. Вот здесь я еще один ответ получила – формирование биопленок, тем более, что в работе это все так красиво проиллюстрирован сам процесс формирования биопленки, адгезивный процесс, капсулы, формирование сначала микроколоний, затем рост большой колонии.

Так почему мы на сегодняшний день имеем антибиотикорезистентность? Я недавно была на съезде педиатров России, и там профессор Козлов Р.С., г. Смоленск озвучил, что около 700 тысяч смертей среди взрослого и детского населения приходится на заболевания, вызванными антибиотикорезистентными бактериями. К 2050 году ожидаемая прогнозируемая смертность будет составлять до 10 миллионов. Потрясающие цифры и поэтому что диссертант выявила повышенную адгезивную способность штаммов, выделенных у «здоровых» бактерионосителей, это составляет угрозу для другой части детей.

Выявлены резистентность к триметоприму (бисептолу), которые мы сейчас практически не назначаем в педиатрической практике, только при пневмоцистной инфекции, а также к пенициллину и макролидам. Если первые антибиотики мы сейчас не используем, но сегодня применение макролидов в практике наших педиатров -бесконтрольное, и они обладают перекрестной потерей чувствительности. И сегодня назначение «трёхдневных» макролидов привело к тому, что сейчас *Helicobacter pylori* не

чувствует эти макролиды, и кларитромицин мы исключаем из схемы лечения, а также наличие пенициллина, к которому не чувствителен *Streptococcus pneumoniae*.

Следующий вопрос, который раскрыла диссертант: высокая чувствительность к препаратам, которые мы в детской практике стараемся вообще ограничивать к применению. Получается, что с одной стороны это «антибиотики надежды» - рифампицины, фторхинолоны, ванкомицины, которые мы будем вынуждены назначать, и которые будут формировать еще большую резистентность. Вот такие вопросы я для себя нашла.

Еще один момент, на котором я бы хотела остановиться – практическая значимость, которая следующая по пунктам «Степень новизны положений, выводов, практическая значимость работы» - это то, что уникальный штамм, который был получен в результате работы имеет свойство уклонения от иммунного ответа и есть риск, что данные штаммы могут вызывать госпитальные инфекции. Это еще один бич! Если раньше мы говорили о госпитальной синегнойной и инфекций, вызванных золотистым стафилококком, то сейчас выступает на авансцену пневмококк, к сожалению.

Для меня получен ответ, почему детям с обструктивными бронхитами, которых я вижу практически каждый день как консультант Детской инфекционной больницы, мы вынуждены сразу назначать антибиотики, хотя считается, что обструктивные бронхиты – это заболевания вирусной этиологии. Диссертант показывает, что в Алматы почти 36% детей, вошедших в группу обследования детей с обструктивными бронхитами, имеют причину пневмококковой этиологии. Получается мы должны пересматривать свои схемы лечения и назначать антибиотики, иначе ожидать осложнения, которые пациент дает практически сразу.

Вот, что говорили о высоком носительстве этих штаммов в Алматы – 15,6%, причем эпидемически опасного типа. И нам еще раз подтвердили, что Казахстан не зря присоединился к мировой тенденции по внедрению методов предотвращения распространения пневмококковой инфекции.

И по недостаткам содержания и изложения. Путем общения с Екатериной Александровной многие вопросы отработали. Кое-какие вопросы, которые у меня включены в рецензию также прозвучали сегодня из уст членов диссертационного совета. Я их перечислю:

1. Учитывая высокий уровень младенческой смертности и заболеваемости респираторной и воспалительной патологией, вероятно, ассоциированной с ПИ в Кызылординской области, так как дается в ретроспективном анализе, а также в Акмолинской, Костанайской, Алматинской, представляется наиболее интересным изучение характеристик

штаммов *Streptococcus pneumoniae* и их встречаемости в этих регионах, по сравнению в г.Карагандой, где все перечисленные показатели значительно меньше.

2. Почему автор выбрал данный спектр антибиотиков для исследования бактериочувствительности, так как тот же триметоприм (в основном против грамотрицательных бактерий клинических рекомендациях предназначен для лечения ИМВП), а также эритромицин и тем более тетрациклин, и другие которые не входят в стандарты терапии заболеваний, вызванных пневмококковыми инфекциями?

3. Чем обусловлен выбор возрастной группы детей до 24 мес. 29 дней в качестве группы исследования бактерионосительства *Streptococcus pneumoniae* и возрастной группы детей до 60 мес.29 дней для изучения ПИ?

4. Чем обусловлен низкий показатель (11,8%) совпадений, а значит и взаимодополнения и информативности, результатов бактериологического и ПЦР-методов в г.Караганде на фоне проводимой вакцинации?

5. К разделу «Заключение», вывод 6. Выделение пневмококка у детей с пневмониями до вакцинации 50%, а после -11,1%, тогда какой возбудитель пневмонии имеет место? Тоже самое в отношении острого среднего отита. Из данного вывода следует, что нозологические формы (пневмония, острый средний отит) развиваются, но имеют иную этиологию?

Соискатель: Разрешите ответить. По первому вопросу почему именно Алматы и Караганда были выбраны именно по разной длительности вакцинации, было удобно доставлять материал в Алматы с Караганды, а также наличие наших высококвалифицированных кадров в Караганде позволило провести исследование именно в данном городе.

2. Почему был выбран именно этот спектр антибиотиков? Так как мы опирались на критерии, разработанные Clinical laboratory Standard Institute, эксперты которого рекомендуют использовать именно эти 10 антибиотиков для определения антибиотикочувствительности методом бумажных дисков, т.к. для них составлены критерии определения антибиотикочувствительности и резистентности по данной методике.

Использование антибиотиков, не рекомендованных в детской практике, объясняется, т.к. дети-носители и заболевшие пневмококковой инфекцией опасны для других возрастных групп, в том числе для пожилых людей старше 65 лет, где мы можем в дальнейшем применять данные антибиотики.

А более подробное изучение антибиотикорезистентности не входило в нашу задачу.

Эксперты CLSI рекомендуют чувствительность к пенициллину интерпретировать как чувствительность ко всем антибиотикам пенициллинового ряда и группе цефалоспоринов. При изучении чувствительности эритромицина мы также можем интерпретировать эту чувствительность и резистентность к другим антибиотикам – макролидам.

3. Почему была выбрана группа детей до 2 лет для изучения пневмококкового бактерионосительства, а дети до 5 лет – для изучения пневмококковых инфекций? По данным ВОЗ, группой риска по развитию пневмококковых заболеваний является возрастная группа до 5 лет. По анализу обзора литературы и зарубежных исследований распространенности пневмококкового бактерионосительства было выявлено, что носительство чаще регистрировалось до 2 лет, поэтому мы взяли эти две возрастные категории.

4. Низкий процент совпадения после начала вакцинации мы связываем со снижением бактериальной нагрузки в носоглотке и формированием различных микробных ассоциаций.

5. По последнему вопросу, где выделение пневмококковых пневмоний 50%, а после начала вакцинации -11% следует, что в целом по Республике, в городе Алматы и городе Караганда заболеваемость пневмониями резко снизилась на фоне проводимой вакцинации, а также снизилась этиологическая роль пневмококка в развитии данных заболеваний, но так как имеет место формирование различных микробных взаимодействий будут регистрироваться другие микроорганизмы как этиологические агенты пневмоний и отитов.

Председатель: Сауле Сергазиевна, Вы получили ответы на свои вопросы?

Доктор медицинских наук, ассоциированный профессор Сарсенбаева Сауле Сергазиевна: Да, спасибо! Я зачитаю решение.

Заключение по пятому пункту рецензии на соответствие диссертации правил присуждения ученых степеней и возможности присуждения докторанту степени доктора философии по специальности «Медицина»:

Диссертационное исследование на тему: «Характеристика штаммов *Streptococcus pneumoniae*, циркулирующих на отдельных территориях Республики Казахстан среди носителей и больных пневмококковой инфекцией» имеет важное теоретическое и практическое значение. Диссертант ярко продемонстрировала эффективность микробиологического мониторинга и микробиологическую эффективность поствакцинальной ситуации пневмококк-ассоциированных заболеваний у детей. Исследование

проведено на основании доказательной базы и квалифицируется как новое достижение в области медицины. В соответствии с «Правилами присуждения ученых степеней» Колоскова Екатерина Александровна заслуживает и рекомендуется к присвоению ученой степени доктора философии по специальности «Медицина».

Председатель: Спасибо! Бахыт Аманулловна, Вы как научный консультант выступите с характеристикой.

Доктор медицинских наук, профессор Рамазанова Б.А.:

Уважаемый председатель! Уважаемые члены диссертационного совета! Подробная характеристика приложена к делу. Разрешите кратко. Хочу сказать, что Екатерина Александровна с первого курса института начала заниматься научной работой на нашей кафедре на протяжении всех 6 лет. Занималась НИРС, занимала призовые и первые места на различных республиканских, международных форумах. Она проявила свои способности и желание заниматься научной работой за время обучения в резидентуре, докторантуре и работе на кафедре. Она проявила себя как человек, который может самостоятельно осваивать знания, овладела всеми методиками, в том числе новыми методами эпидемиологического анализа, которые позволили ей сделать прогноз, самостоятельно выполнила все микробиологические исследования, проводила консультации и обучение в городе Караганда сотрудников лабораторий и врачей поликлиник. Показала свои высокие коммуникативные навыки при работе с врачами, и особенно с родителями, потому что это очень чувствительный контингент. Вы знаете, имеется неоднозначное отношение к вакцинации, необходимо было беседовать, чем и было вызвано, когда она работала и по ее рекомендациям необходимость создания этой брошюры для родителей, где в доступной форме объяснялись положительные моменты и вопросы о пневмококковой инфекции. Она это курировала полностью.

Она показала себя очень щепетильным сотрудником, который критически относится к полученной информации, умеет ее анализировать и обобщать, систематизировать полученный материал. И я считаю, что к завершению своей работы она состоялась как научный сотрудник и имеет большие перспективы.

Спасибо!

Председатель: Спасибо большое, Бахыт Аманулловна! Отзывы зарубежных консультантов имеются?

Ученый секретарь: в деле имеется отзыв научного консультанта доктора медицинских наук, профессора, заведующего отделом медицинской микробиологии и молекулярной эпидемиологии научно-исследовательского института Детских инфекций ФГБУ Сидоренко Сергея Владимировича. Отзыв положительный. И имеется в деле отзыв от зарубежного научного консультанта из Германии, университет Майнц Джозефа-Хайнца Шмидта. Он пишет, что диссертация Колосковой Екатерины посвящена актуальной теме здравоохранения, выполнена на значительном материале. Высокий уровень выполненной работы позволяет рекомендовать ее к защите степени PhD. Отзыв положительный.

Два отзыва прикладываю к делу.

Председатель: Отзыв на английском языке с переводом. Какие будут мнения? Приобщить к личному делу. Спасибо, Кумискуль Абдуллаевна! Кто хочет выступить? Хорошо, пожалуйста, профессор Котова Альбина Леоновна!

Доктор медицинских наук, профессор Котова Альбина Леоновна:

Ну, во-первых, дорогие коллеги очень хорошо обсудили данную работу. Очень рада, что на кафедре Бахыт Амануллиной выходит новая работа. Работа, которая нужна. Работа, которая имеет практическое значение и хорошо представлена.

Буквально две минуты, потому что обсудили буквально все вопросы, которые интересовали меня. Работа выполнена, во-первых, очень обстоятельно по инфектологии и вакцинопрофилактике пневмококковых заболеваний в разрезе клиники, эпидемиологии, микробиологии новейших лабораторных исследований, которые предлагаются в мировой практике.

Очень важно, что в исследовании были взяты дети возрастной группы младше 5 лет, у которых слабый иммунитет, поэтому бактерионосительство у этих ребят младше 5 лет выявляется активно. Появляется мало антител, следовательно, появляется много бактерий, появляются тяжелые заболевания и возникает высокая смертность.

Я считаю, что хорошо, что был взят именно этот период жизни людей, младше 5 лет со слабым иммунитетом поэтому их обязательно надо вакцинировать. Мы любой город в Казахстане бы взяли и нашли бы очевидные результаты.

Второе, что я хотела бы отметить что важно представлено серотипирование.

Катя родилась в 1987 году - в год, когда я впервые познакомилась с пневмококками и тоже в Москве и было всего 4 серотипа. Сейчас их 97, но я думаю, что значительно больше, так как упорно ищут новые серотипы пневмококков, тем более, что сейчас внедряется в Казахстане, благодаря этой работе перспективная методика взятия материала и окончательная расшифровка что же это за микроб. Посмотрите, 97 серотипов! Каждый отличается друг от друга. И важно, что это замечено, и мы об этом говорим, и на этом строится благополучная вакцинопрофилактика.

Не могу не отметить, что работа очень хорошо оформлена. Она не только очень чувствительна по содержанию, нужная и важная, но она красиво, хорошо и правильно оформлена. Достоверность исследований там, где нужно очень высокая. Это важно отметить, так как работа представляет собой докторское исследование.

Следующее, что я хотела бы отметить, это высокий профессионализм по микробиологическим исследованиям. Весь комплекс исследований, который дал возможность выделить еще неизвестный серовар, серотип пневмококков - это 10F/C/33C. Интересно, что этот пневмококк способен потенцировать развитие инфекции. Очевидно, что за этим пневмококком стоит гоняться: часто ли выделяется и у кого? Стоит сказать, что микробиология выполнена очень хорошо, потому что я люблю микробиологию, и работа очень добротна выполнена. Материал отбирался значимый, который свидетельствовал о значительной вирулентности пневмококков, дана адгезивная активность, впервые показано не только наличие биопленок, но и образование колоний.

Екатерина Александровна, у Вас интересный материал как формируются колонии. Очевидно, что во время формирования колоний формируются запасы адгезивной активности, т.е. вирулентности пневмококков. Также обязательно надо больше работать и больше знать, что среди них имеется капсулообразование, биопленки и адгезия.

Работа хорошая, красивая, нужная. Что бы я хотела пожелать... Бахыт Аманулловна, работа у Вас и так хорошо оформлена, поэтому быстрее пишите монографию, небольшую, но нужную. И это будет первый Ваш вклад в науку.

Спасибо.

Председатель: Спасибо огромное, Альбина Леоновна! Есть еще желающие? Пожалуйста, Сакен Амиевич! Профессор Сакен Амиевич! Пожалуйста, коротко, т.к. мы уже прослушали данную диссертацию.

Доктор медицинских наук, профессор Амиреев Сакен Амиреевич: у меня конкретные предложения по этой научной работе, потому что как уже выступающие отметили есть еще вопросы, которые подлежат дальнейшему расширению, изучению и т.д.

Я имел отношение к этой работе с точки зрения профилактики, и в 2010 году Казахстан – один из первых, поставивший в календарь и получил результаты по снижению заболеваемости и смертности. И вот здесь возникал вопрос: а какие серотипы? Особенно, включенные в вакцину. Ведь существует 10-валентная вакцина, а есть 13-валентная. Стоял вопрос, а какую вакцину выбрать? Казахстан правильно сделал, и российские умы считают, что мы правильно изначально это сделали в правильном направлении. И все отмечают, что надо расширить изучение распространенности серотипов. Это первое.

Второе, здесь возникали вопросы о возможности замещения. Да вакцинных штаммов замещают, циркуляция прекращается, вместо этого приходят другие серотипы. Это проблема, которая в дальнейшем должна решаться.

В-третьих, вакцина защищает от 13 серотипов, наиболее распространенных. Это вакцина «Превенар-13», а «Синфлорикс» - это 10-валентная вакцина, в которой 3, 6А, 19А серотипы отсутствуют.

Вот только мы вакцинируем детей младшего возраста – это наша цель, а болеют другие возрастные группы, особенно дети, взрослые и пожилые люди, а в середине масса людей с хронической патологией и беззащитных. В случае присоединения пневмококковой инфекции утяжеляется фон. Поэтому надо предлагать расширение вакцинации не только для детей, но и других возрастных групп и в группах риска.

Вот такие мои три предложения, которые может быть записать в рекомендациях, наверное.

Председатель: Спасибо большое, Сакен Амиреевич! Ведется аудио и видео запись защиты, поэтому это будет в стенограмме, и конечно, Екатерина Александровна и Бахыт Амануллиновна примут к сведению в своей работе.

Доктор медицинских наук, профессор Амиреев С. А.: работу приветствуем, желаю поскорее получить диплом и дальше продолжали работать.

Председатель: Пожалуйста, конечно. Представьтесь пожалуйста!

Доктор медицинских наук, профессор Буркутбаева Татьяна Нуриденовна: Извините, я – клиницист, представляю кафедру оториноларингологии нашего Алматинского государственного института усовершенствования врачей – сейчас Казахский медицинский университет непрерывного образования.

Председатель: имя, отчество Ваше?

Доктор медицинских наук, профессор Буркутбаева Т. Н.: Буркутбаева Татьяна Нуриденовна. Свою диссертацию докторскую я делала на кафедре микробиологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова под руководством Альбины Леоновны. И я хочу сказать, о дальнейшем продолжении работы совместно с кафедрой микробиологии. Наша база локализуется в нашей горбольнице №5, и в сутки поступает до 100 детей, примерно, и 50% - это дети с отитами, острыми средними отитами. Это очень большая проблема в плане развития менингоэнцефалитов и проблема тугоухости. Когда Бахыт Амануolloвна сказала об этом проекте – изучение *Streptococcus pneumoniae* в отитах у детей, потому что эта работа имеет большое значение, я имею в виду, что здесь была освещена доля, процент *Streptococcus pneumoniae*. И вот когда мы составляем стандарты и читаем курсантам лекции и говорим: отиты вызывает чаще всего *Streptococcus pneumoniae* и гемофильная палочка, но эти не наши данные. Эти данные российских ученых и зарубежные данные.

Я хочу сказать, что резистентность в Казахстане не изучалась. Мы были с Бахыт Амануolloвной на одном из международных форумов, где очень много выступали про резистентность. В 40 странах мира изучалась резистентность, а в Казахстане не изучалась. И когда Glaxo Smith Kline выделила большие деньги на изучение резистентности, но Казахстан не вошел в данный проект. И мне очень приятно, что именно на кафедре микробиологии изучался этот вопрос, и мы имеем данные о удельном весе *Streptococcus pneumoniae* и о факторах резистентности.

Когда мы составляем стандарты, которые устаревают в процессе их составления, потому что вырабатывается вот эта резистентность. И это первый шаг к созданию наших стандартов, которые основываются на наших данных, не только региональных, но локальных данных, основанных на изучении антибиотикорезистентности.

В отношении отитов у детей. Мы говорим, что очень много вопросов, что раньше часто были осложнения: антроцеллюлиты у детей, мастоидэктомии, то этого стало меньше с внедрением вакцинации. И я хочу сказать, что на сегодняшний день это связано не только с клинико-

анатомическими факторами у детей – узкая барабанная перепонка у детей, затем у детей широкая короткая евстахиевая труба, и вместо воздуха в сравнении взрослых – миксоидная ткань. Еще недоношенными рождаются, выхаживают детей 500 грамм. Еще больший процент детей с особенными клинико-анатомическими особенностями, которые страдают отитами и ведет все к тугоухости. У ребенка мы брали непосредственно забор, проводили парацентез барабанной перепонки, причем брали детей, которые вообще антибиотики не получали, чтобы были правильные данные, так сказать корректные.

Эта работа очень интересная. Что касается носоглотки... Работа имеет продолжение. Вот говорили – иммунитет, но гипертрофия лимфоидной ткани идет до 8-9 лет. Мы недавно проводили исследования и это актуальная проблема. Мы удаляем аденоиды 3-4 степени. На сегодняшний день в нашей больнице в день до 10-12 удаления аденоидов. Раньше такого не было, чтобы удаляли большое количество. С внедрением эндоскопической хирургии и эндоскопической техники удаляем под наркозом. Недавно был конгресс в Москве, и мы задали вопрос как быть с детьми часто и длительно болеющими в педиатрической практике. И у них аденоиды. Аденоиды 2 степени. И знаете, мнения ученых расходятся: нужно ли вообще удалять аденоиды 2 степени. И там склоняются к тому, что у часто длительно болеющих дети аденоиды 2 степени удаляются. В носоглоточной миндалине не только *Streptococcus pneumoniae* выделяется. Мы это исследовали и оказалось, что там еще и хламидии. Сейчас говорили о резистентности к антибиотикам. Вот 25 человек, взяли аденоиды, прооперировали и исследовали. Оказалось, что из 25 детей у 21 ребенка выделился *Chlamydia pneumoniae*.

Я хочу сказать, что эта работа имеет продолжение, что сейчас мы изучаем носительство и берем мазок из носоглотки для решения вопроса – нужно ли удалять аденоиды второй степени или нет? Поэтому не только в теоретическом, но и практическом отношении эта работа очень актуальна имеет свое продолжение в клинической практике.

Председатель: Большое Вам спасибо! За раскрытие с клинической точки зрения важности этой работы.

Еще есть желающие? Я думаю ограничимся? Да, достаточно. Екатерина Александровна, Вам заключительное слово.

Соискатель: Спасибо большое! Уважаемые председатель, члены диссертационного совета, присутствующие!

Позвольте выразить огромную благодарность всем тем, кто принял участие в подготовке, представлении, публичной защите с обсуждением моей диссертации!

В первую очередь позвольте выразить слова благодарности в адрес председателя диссертационного совета Жамиле Сакеновны, ученого секретаря Кумискуль Абдуллаевны и всех ее членов за предоставленную возможность защититься в данном диссертационном совете.

Во-вторых, хотелось бы выразить искреннюю признательность и благодарность моему научному руководителю Рамазановой Бахыт Амануллиновне за помощь на всех этапах выполнения диссертации, за направление, за чуткие советы и верные замечания. А также зарубежным консультантам Сидоренко Сергею Владимировичу и Джозефу-Хайнцу Шмидту за консультацию, курацию работы и возможность обучения по данному направлению.

В-третьих, разрешите выразить глубокую признательность официальным оппонентам Сарсенбаевой Сауле Сергазиевны и Баймуратовой Майраш Аушатовны за высококвалифицированные и объективные отзывы, которые позволили выявить недостатки и глубже понять значение выполненной нами работы, а также за общую положительную оценку нашей диссертации...

Доктор медицинских наук, профессор Балмуханова А. В.:
Заключительная речь должна быть после голосования.

Председатель: Мне дали сценарий, в котором написано, что сейчас. Пусть закончит человек, и после голосования не будет. Правильно?

Доктор медицинских наук, профессор Алмабаев Ы. А.: Правильно!

Председатель: Продолжайте!

Соискатель: ...Хотелось бы поблагодарить неофициальных оппонентов Котову Альбину Леоновну, Амиреева Сакена Амиреевича, Буркутбаеву Татьяну Нуриденовну за ваши положительные оценки проведенной нашей работы.

Выражаю благодарность Кушугуловой Алмагуль Рахимберлиевны и Табаевой Алие Абиловны, за положительные отзывы о нашей работе.

От души благодарю коллектив кафедры микробиологии за внимание и поддержку.

В заключении хотелось бы выразить искреннюю признательность всем присутствующим здесь в качестве гостей и слушателей за внимание, проявленное к нашему исследованию.

Спасибо за внимание!

Председатель: Спасибо, Екатерина Александровна! Мы закончили обсуждение и теперь мы должны выбрать счетную комиссию. Вот Кумискуль Абдуллаевна предлагает состав счетной комиссии:

1. Абдикалиев Нурлан Абдикалиевич, д.м.н. - председатель
2. Дюсембеков Ермек Кавтаевич, д.м.н.
3. Султанова Багдат Газизовна, д.м.н., профессор

Кто за этот состав? Голосуем!

«За» - 13

«Против» - нет.

Кто Воздержался - Нет.

Пожалуйста приступайте!

ПОСЛЕ ПЕРЕРЫВА

Председатель: Уважаемые члены совета! Нурлан Абдикалиевич! Вы как председатель счётной комиссии прошу Вас огласить результат голосования.

Председатель счётной комиссии, доктор медицинских наук, профессор Абдикалиев Нурлан Абдикалиевич: Протокол №3 заседания счётной комиссии, избранной диссертационным советом по специальности «Медицина» от 2 апреля 2018 года. Состав комиссии вам известен. Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании диссертации Колосковой Екатерины Александровны на соискание степени доктора философии (PhD).

Состав диссертационного совета утвержден в количестве 15 человек. В состав совета с правом введения дополнительного голоса не были введены присутствующие.

Присутствовало на заседании 13 членов совета, в том числе докторов наук по профилю по рассматриваемой диссертации – 13. Роздано бюллетеней – 13. Осталось не роздано бюллетеней – 2. Оказалось в урне бюллетеней – 13.

Результаты голосования по присуждению степени доктора философии Колосковой Екатерине Александровне:

«За» - 13.

«Против» - нет

Недействительных бюллетеней – нет.

Председатель: Кто за то, чтобы утвердить протокол счетной комиссии прошу голосовать членов диссертационного совета. Против, воздержавшихся нет. Поздравляем Вас, Екатерина Александровна! Поздравляем, Бахыт Амануolloвна! Мы утвердили результат счетной комиссии и направляем документы в ККСОН. Желаем Вам скорейшего утверждения Вашей работы

**Председатель
Диссертационного совета
Доктор медицинских наук, профессор**



Нугманова Ж.С.

**Ученый секретарь
Диссертационного совета
Кандидат медицинских наук, доцент**

Умешева К.А.

02.04.2018г.