

Kurbanov Dursun Shahin ogly – Postgraduate Student of the Department and Clinic of Surgical Diseases named after Prof. A.M. Dykhno with a course of Endoscopy and Endosurgery, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voyno-Yasenetsky, Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., 660022, Krasnoyarsk, RF; Phone: 8(391) 220 15 59, e-mail: kurduschah@mail.ru

Stroev Anton Vladimirovich – Postgraduate Student of the Department and Clinic of Surgical Diseases named after Prof. A.M. Dykhno with a course of Endoscopy and Endosurgery, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voyno-Yasenetsky, Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., 660022, Krasnoyarsk, RF; Phone: 8(391) 220 15 59, e-mail: antoxa134@mail.ru

Dyatlov Vyacheslav Yuryevich – Head of the Department of Purulent Surgery, Regional Clinical Hospital, Krasnoyarsk Regional septic Center.

Address: 3a, Partizan Zheleznyak Str., 660022, Krasnoyarsk, RF; Phone: 8(391) 220 15 93, e-mail:gusurdger@gmail.com.

Belyaev Kirill Yuryevich – Head of the Department of Anesthesiology and Intensive Care №3, Regional Clinical Hospital, Krasnoyarsk Regional septic Center.

Address: 3a, Partizan Zheleznyak Str., 660022, Krasnoyarsk, RF; Phone: 8(391) 220 15 93, e-mail:kizbi@inbox.ru.

© УЛЬЯНОВА И.О., МАКАРЕНКО Т.А., НИКИФОРОВА Д.Е., ДОМРАЧЕВА М.Я.

УДК 618.146-073.582

КОЛЬПОСКОПИЯ КАК ЭКСПЕРТНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

И.О. Ульянова, Т.А. Макаренко, Д.Е. Никифорова, М.Я. Домрачева

ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов; кафедра оперативной гинекологии Института последипломного образования, зав. – д.м.н., доц. Т.А. Макаренко; кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета, зав. – д.м.н., проф. В.Б. Цхай.

Резюме. В статье приводятся собственные клинические наблюдения, в которых с экспертной позиции в плане диагностики заболеваний шейки матки выступила расширенная кольпоскопия.

Ключевые слова: рак шейки матки, цитологический скрининг, ВПЧ-тестирование, кольпоскопия.

COLPOSCOPY AS EXPERT METHOD FOR DIAGNOSIS CERVIX UTERI PATHOLOGY

I.O. Ulyanova, T.A. Makarenko, D.E. Nikiforova, M.J. Domracheva

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V. F. Voyno-Yasenetsky

Abstract. The article presents author's own clinical observations, in which from the expert position for diagnosing the cervical diseases is acted the extended colposcopy.

Key words: cervical cancer, cytological screening, HPV testing, colposcopy.

Рак шейки матки (РШМ) по-прежнему занимает лидирующее место среди причин летального исхода от онкологических заболеваний женских половых органов. По данным ВОЗ, ежегодно в мире выявляется 529,4 тыс. вновь заболевших РШМ и 274,9 тыс. из них умирает [1].

Несмотря на широкое распространение программ скрининга РШМ остается третьим наиболее распространенным видом рака в развивающихся странах. На основе осуществления программы по выявлению РШМ с использованием более совершенных методов скрининга, а также в связи с осознанием важной роли вируса

папилломы человека (ВПЧ) в этиологии РШМ частота этого заболевания в развитых странах мира снижается [10]. В то же время, РШМ – это хорошо управляемое заболевание, развитие которого можно не допустить, если выявить его на стадии предрака. Таким образом, целью скрининговых программ является выявление поражений шейки матки задолго до перерождения их в рак.

Открытие немецким вирусологом Х. Хайзенем (1983) ВПЧ и доказательство его роли в развитии РШМ резко изменило понимание патогенеза заболевания, а также диагностические подходы и тактику лечения. Поэтому одним из направлений скрининговой диагностики РШМ является выявление субклинических и латентных форм ВПЧ. В настоящее время профилактический осмотр влагалища и шейки матки, цитологический мазок и ВПЧ-тест являются «золотым стандартом» согласно принципам американской онкологической Ассоциации [10].

Максимальная распространенность ВПЧ инфекции у женщин (20 – 30% и более) отмечается в возрасте 15 – 30 лет. Достаточно высокий удельный вес инфицированных наблюдается в подростковом возрасте, тогда как наиболее низкий – среди лиц старше 65 лет [1]. Популяционные исследования в Великобритании показали, что, по данным Digene-теста, распространенность ВПЧ в возрастных группах 20 – 29, 30 – 39, 40 – 49 и 50 – 64 года составила 33%, 15%, 9% и 6% соответственно, при этом уже через 1 год наблюдения самостоятельная элиминация вируса произошла почти у 60% женщин моложе 30 лет [1]. По данным других авторов, самопроизвольное излечение от ВПЧ происходит еще чаще, у молодых лиц достигая 90% [1].

Частота обнаружения ДНК онкогенных типов ВПЧ при цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN) I составляет 25%, при CIN II и CIN

III – 80% и 88% соответственно. В то же время при CIN III малигнизация происходит более чем в 12% случаев, а регрессия – лишь в 32%. Прогрессирование цервикальной неоплазии зависит, прежде всего, от типа вируса. Наибольший удельный вес прогрессирования неопластических процессов шейки матки, ассоциированных с ВПЧ-инфекцией, наблюдается при инфицировании вирусом 16-го и 18-го типов [1].

В современных условиях скрининговым методом для ранней диагностики РШМ остается цитологический метод, уникальные возможности которого были продемонстрированы Папаниколау в 40-х годах прошлого столетия. Очень важным вопросом в цитологическом скрининге остается чувствительность метода: она составляет от 60 до 85%. Наличие ложноотрицательных результатов связано с некачественным забором материала, недостаточным его количеством, неравномерным распределением биологического материала на стекле, наличием артефактов по причине высыхания препарата после взятия мазка (отсутствие влажной фиксации) и др. [2, 3]. К сожалению, на сегодняшний день в России нет четкой программы организованного цитологического скрининга. Кроме того, остается открытым вопрос о периодичности проведения скрининга, тем более что в разных странах мира приняты различные скрининговые интервалы [2, 3].

Зарубежные коллеги считают, что наилучшим скринингом в отношении РШМ является генотипирование с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) на ВПЧ 16 и 18 типов, и, в случае положительного результата таких пациенток отправляют на кольпоскопию; при выявлении аномальных кольпоскопических признаков – рекомендовано взятие биопсии [8, 9].

Высокоинформативным, неинвазивным, безопасным и не имеющим противопоказаний методом диагностики патологии шейки матки

является кольпоскопия. Так, метаанализ статей по изучению эффективности кольпоскопии показал, что чувствительность/специфичность этого метода для нормы/ненормы составляет 96 и 48%, для LSIL/HSIL – 69 и 82 % соответственно. Видимо в этой связи в некоторых странах Европы показанием к проведению кольпоскопии служат обнаружение аномальных клеток при цитологическом исследовании, либо визуальные изменения на шейке матки. Однако высокая стоимость исследования (в сравнении с цитологическим скринингом), необходимость длительного тренинга врача, низкая специфичность для диагностики LSIL, являются определенными ограничителями в использовании данного метода [4].

В настоящее время в России процедура кольпоскопии входит в обязательный диагностический минимум при проведении ежегодного рутинного гинекологического осмотра, согласно Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом МЗ Российской Федерации N572н от 01.11.12.

Таким образом, на сегодняшний день остается дискуссионным вопрос о скрининге РШМ [5,6]. Это связано именно с тем, что ни один из методов диагностики патологии шейки матки по отдельности не является высокочувствительным и специфичным. Однако, как показал наш опыт, имеются клинические случаи, в которых кольпоскопия выступает экспертным методом в диагностике предраковых заболеваний и РШМ, а так же является исследованием, строго зависящим от опыта врача [6,7]. Ниже мы приводим несколько клинических примеров, подтверждающих этот факт.

Клинический пример №1. Пациентка К., 41 года. По результатам ретроспективного анализа выявлено, что с 2009 года (с возраста 35 лет) регулярно наблюдалась в женской консультации.

В 2009 году проведена жидкостная цитология без типирования на ВПЧ, по заключению которой – цитограмма без особенностей; выполнено ВПЧ – тестирование (на 6, 11, 16, 18, 31, 33 типы), результат: «отрицательно». Через 3 месяца пациентке проведена кольпоскопия. Заключение: удовлетворительная кольпоскопическая картина. ЗТ I типа. Ненормальная кольпоскопическая картина II степени. Грубый ацето-белый эпителий (АЦБ). Грубая пунктуация. Кондилома? Далее было проведено обследование на инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) методом ПЦР – инфекций не обнаружено; по результатам микроскопии мазка из половых путей на флору – бактериальный вагиноз. Проведено деструктивное лечение шейки матки – петлевая эксцизия. Результат гистологического исследования – признаки лейкоплакии без дисплазии эпителия.

В 2010 году больной повторно проведена кольпоскопия, при этом патологии не выявлено (в заключении: нормальная кольпоскопическая картина). В мазке на цитологическое исследование с шейки матки: «клетки многослойного плоского эпителия без атипии».

В период с 2011 по 2014 гг. (в возрасте 36-40 лет) ежегодно во время профилактических осмотров производился забор мазков с шейки матки на онкоцитологию, во всех заключениях: клетки плоского эпителия без атипии.

В 2015 году (в возрасте 41 года) у больной была взята жидкостная цитология из цервикального канала. Заключение: пласты цилиндрического эпителия с признаками дистрофии. Рар-тест – отрицательный (1 класс мазка). По результатам кольпоскопии: подозрение на HSIL. Произведено деструктивное лечение шейки матки в объеме конусовидной эксцизии. В результатах гистологического исследования: признаки эпидермизирующегося эндоцервикоза с наличием

наботовых кист, а также признаки лейкоплакии с пролиферацией базального слоя и очагами CIN III. Больной было предложено оперативное лечение в объеме экстирпации матки без придатков.

Вывод: в данном клиническом примере обращает на себя внимание неоднократные ложноотрицательные результаты мазков на цитологию (во всех случаях с 2009 по 2015 гг. отклонений от нормы выявлено не было), при этом тяжесть патологии шейки матки по результатам гистологического исследования возросла от простой лейкоплакии без атипии до CIN III. Интересным является и тот факт, что генотипирование на ВПЧ тоже не дало положительного результата. С экспертной позиции продемонстрировало себя кольпоскопическое исследование, по результатам которого были выставлены показания для биопсии шейки матки, что помогло с учетом гистологического результата не пропустить дисплазию III.

Клинический пример №2. Пациентка Л., 26 лет, впервые обратилась в женскую консультацию в 2008 году с жалобами на учащенное и болезненное мочеиспускание. В течение 2008-2009 года неоднократно получала курсы системной и местной антибактериальной терапии по поводу вагинита. По результатам мазка с шейки матки на цитологическое исследование – патологии не выявлено. Далее пациентка нерегулярно посещала женскую консультацию (с 2009 по 2011 гг. гинекологом не осматривалась, кольпоскопия за данный период времени не проводилась).

В 2011 году при проведении профилактического осмотра была выявлена гиперемия шейки матки, при этом результаты анализа мазка на цитологию – без отклонений от нормы. В конце 2011 года появились жалобы на гнойные выделения из половых путей с резким неприятным запахом. Было проведено обследование на ИППП методом ПЦР, выявлены *Clamidia*

trachomatis, Ureaplasma spp. в титре, превышающим 10^4 КОЕ/мл, *Trichomonas vaginalis*, по поводу чего проведена этиотропная терапия.

В 2012 году больной проводилось повторное лечение ИППП, после чего анализ мазка на ВПЧ методом ПЦР – все инфекции «отрицательно».

В 2013 году у больной вновь появились жалобы на обильные жидкие выделения из половых путей с резким неприятным запахом. Взят мазок на цитологическое исследование с шейки матки – воспаление, по поводу чего была назначена местно-санирующая терапия. Через месяц по УЗИ выявлены признаки объемного образования шейки матки: шейка матки изменена за счет образования неправильной формы с неровными контурами, пониженной эхогенности с неоднородной структурой размерами 54*35*63. Цервикальный канал не изменен. Пациентка направлена в онкологический диспансер, где была обследована. Диагноз при выписке: с-г colli uteri IIIbSt T3vNxMo. Влагалищно-параметральный вариант. Больной был проведен курс сочетанной лучевой терапии.

Вывод: за длительный период наблюдения (в течение 6 лет проведено 4 цитологических исследования) не было выявлено аномальных цитологических признаков, подозрительных в отношении предрака или рака шейки матки. Обращает на себя внимание «отрицательный» результат ПЦР на ВПЧ, а так же отсутствие кольпоскопии за период наблюдения. Данный клинический пример подтверждает, что цитологическое исследование шейки матки может иметь ложноотрицательный результат (по данным литературы до 10-30%). Вероятно, при своевременном проведении данной больной кольпоскопии были бы выявлены аномальные кольпоскопические признаки, которые послужили бы поводом для взятия биопсии и верификации диагноза.

Клинический пример №3. Пациентка А., 27 лет, проходила обследование для подготовки к плановому оперативному лечению по поводу цистаденомы левого яичника. Результат мазка с шейки матки на цитологию – 1 тип. Проведена кольпоскопия: неудовлетворительная кольпоскопическая картина. Аномальная кольпоскопическая картина II степени. Плотный АЦБ. Подозрение на HSIL. Обследована ВПЧ: выявлен ВПЧ 16 типа в значимой концентрации 106. Был выставлен диагноз: ВПЧ инфицирование, 16 тип. Субклиническая форма. Подозрение на HSIL. Бактериальный вагиноз.

После предварительной местно-санирующей и противовирусной терапии произведена биопсия шейки матки с подозрительного в отношении HSIL участка. По результатам гистологического исследования: c-r in situ с эпидермизирующимся измененным эпителием устьев и просветов желез на глубину 2 мм в пределах данной биопсии. Произведен экспертный пересмотр гистологического материала в условиях онкологического диспансера, по результатам которого диагноз подтвержден: микрокарцинома шейки матки. С учетом возраста больной и ее заинтересованности в репродуктивной функции была произведена широкая конусовидная эксцизия шейки матки.

Вывод: в данном клиническом примере цитологический мазок снова оказался неинформативным. Тогда как выявленные при кольпоскопии грубые ненормальные признаки стали показанием к биопсии, что обеспечило своевременную верификацию диагноза.

Клинический пример №4. Пациентка Л., 28 лет, наблюдалась в женской консультации с 2011 года, где проходила ежегодное скрининговое обследование шейки матки, включая ПЦР на ВПЧ (во всех случаях результат был отрицательным), мазок на цитологическое исследование

– без патологии. Кольпоскопия не проводилась.

В 2012 году во время беременности у больной был взят мазок на атипические клетки: I тип мазка. Проведена кольпоскопия, по результатам которой – подозрение на CIN. Было рекомендовано провести биопсию шейки матки после родов. В 22-23 недели беременности диагностировано ВПЧ-инфицирование, проводилось лечение «Генфероном». Далее у больной произошли преждевременные роды.

В 2013 году после родов продолжает наблюдение в условиях женской консультации, биопсия шейки матки не выполнена. 30.05.2013 г. проведена кольпоскопия: эктопия шейки матки. Рекомендовано криолечение. 07.06.2013 г. взят мазок на атипические клетки шейки матки: I тип мазка. В июне 2013 года проведено криолечение шейки матки.

21.01.2015 г. больная обратилась к гинекологу женской консультации для планового обследования. По результатам УЗИ органов малого таза от 02.02.2015 г.: эхопризнаки полипа цервикального канала, кист шейки матки. Больной была назначена явка для обследования с целью удаления полипа. Больная не явилась.

С 10.07.2015 г. встала на учет по беременности в женскую консультацию в сроке 8 недель беременности. Обследована: мазок на атипические клетки от 27.07.15 г. – воспалительный тип мазка. Кольпоскопия от 13.07.2015: плацентарный полип. Рубцовая деформация шейки матки. Кольпит. Рекомендовано: обследование на ВПЧ, взятие цитологического мазка с шейки матки, проведение противовоспалительной терапии. Больная рекомендации игнорировала.

24.09.2015 г. обратилась с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей. При осмотре в зеркалах – стенки влагалища нависают, шейка выводится плохо, по характеру визуализируемой ткани создавалось впечатле-

ние, что имеет место аборт в ходу. Было выполнено УЗИ органов малого таза: *Suspicio tumor colli uteri*. С 05.10.2015 г. по 20.10.2015 г. находилась на стационарном лечении в онкологическом диспансере с диагнозом: *c-г colli uteri T2NxM0*.

Вывод: в данном клиническом случае обращает на себя внимание, что пациентке при наличии показаний (выявленные грубые аномальные кольпоскопические признаки) своевременно не была проведена биопсия шейки матки. Ретроспективный анализ позволяет утверждать, что повторная кольпоскопия с интервалом в год произведена некачественно, и в совокупности с ложноотрицательным результатом мазка на онкоцитологию выбор аблативной методики лечения патологии шейки матки (криодеструкция) был неверным. Возможно, это привело к усугублению имеющейся у больной патологии шейки матки, а также к затруднению интерпретации результатов диагностических мероприятий в последующем.

Таким образом, анализируя данные клинические примеры, можно сделать вывод о том, что кольпоскопия в руках опытного специалиста может стать экспертным методом диагностики патологии шейки матки, а ненормальные кольпоскопические признаки – показанием к своевременному проведению биопсии шейки матки, что позволяет выявить предраковые процессы и рак шейки матки с более высокой точностью, чем при проведении только цитологического скрининга. Очень важно, с учетом омоложения рака шейки матки, определить комплексный подход к скринингу патологии шейки матки, который будет включать обязательное проведение кольпоскопии, после чего – проведение цитологии мазков с подозрительных участков, а также проведение ВПЧ-тестирования.

В России проведение ежегодного скринингового обследования шейки матки с обязатель-

ным применением ВПЧ тестирования и/или жидкостной цитологии на данном этапе ограничено ввиду высокой стоимости этих методик. Однако мы имеем возможность проведения кольпоскопии с необходимой частотой (не реже 1 раза в год). Кроме того очевидным является необходимость использования кольпоскопии в каждом случае при проведении прицельной очаговой биопсии шейки матки, что позволит снизить число ложноотрицательных результатов этого метода.

Особое внимание следует уделить качеству подготовки врачей-специалистов по проведению кольпоскопии, так как именно этот метод, как показала практика, может стать решающим в диагностике доброкачественных заболеваний и РШМ.

Литература

1. Диагностика ВПЧ-ассоциированных поражений шейки матки // Справочник заведующего КДЛ. – 2012. – [Электронный ресурс]. – URL. – <http://www.zdrav.ru/articles/80848-diagnostika-vpch-assotsirovannyh-porajeniy-sheyki-matki> (дата обращения к источнику 09.10.2016 г.).
2. Паяниди Ю. Г., Комарова Л. Г., Козаченко В. П. Скрининг рака шейки матки. Взгляд клинициста // Онкогинекология. – 2013. – № 1. – С. 35-42.
3. Плескова С. Н. Метод жидкостной цитологии в скрининге и диагностике рака шейки матки // Ремедиум Приволжье. – 2013. – № 6. – С. 15-20.
4. Роговская С. И. Практическая кольпоскопия. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 3-е изд., испр. и доп., 2013. – 240 с.
5. Червонная И. Ю., Тимошкова М. Ю. Жидкостная цитология как метод повышения чувствительности и специфичности скрининга

РШМ // Главный врач ЮГА России. – 2014. – № 1. – С. 47-49.

6. Arvizo C., Chen Q., Du H. P16 Immunohistochemistry in Colposcope-Directed and Random Cervical Biopsies of CIN2 and CIN3 // Journal of lower genital tract disease. – 2016. – Vol. 20, № 3. – P. 197-200.

7. Basu P., Muwonge R., Mittal S. Implications of semi-quantitative HPV viral load estimation by Hybrid capture 2 in colposcopy practice // Journal of medical screening. – 2016. – Vol. 23, № 2. – P. 104-109.

8. Chatzistamatiou K., Moysiadis T., Moschaki V. Comparison of cytology, HPV DNA testing and HPV 16/18 genotyping alone or combined targeting to the more balanced methodology for cervical cancer screening // Gynecologic oncology. – 2016. – Vol. 142, № 1. – P. 120-127.

9. Felix J. C., Lacey M. J., Miller J. D. The Clinical and Economic Benefits of Co-Testing Versus Primary HPV Testing for Cervical Cancer Screening: A Modeling Analysis // Journal of women's health. – 2016. – Vol. 25, № 6. – P. 606-616.

10. Tsikouras P., Zervoudis S., Manav B. Cervical cancer: screening, diagnosis and staging // Journal of buon. – 2016. – Vol. 21, № 2. – P. 320-325.

References

1. Diagnosis of HPV-associated cervical lesions // CDL Head Handbook. - 2012. <http://www.zdrav.ru/articles/80848-diagnostika-vpch-assotsirovannyh-porajeniy-sheyki-matki> (Date of reference 10.09.2016)

2. Payanidi Yu.G., Komarova L.G., Kozachenko V.P. Screening of cervical cancer. A look of clinician // Oncogynecology. – 2013. – № 1. – P. 35-42.

3. Pleskova S.N. Liquid-based cytology method in the screening and diagnosis of cervical cancer // Remedium Privolzhie. – 2013. – № 6. – P. 15-20.

4. Rogovskaya S.I. Practical colposcopy. – MA: GEOTAR - Media, 3rd ed, rev. and addit., 2013. – 240 p.

5. Chervonnaya I. Yu., Timoshkova M. Yu. Liquid cytology as a method of increasing the sensitivity and specificity of screening for cervical cancer // The Head Physician of the South of Russia. – 2014. – № 1. – P. 47-49.

6. Arvizo C., Chen Q., Du H. P16 Immunohistochemistry in Colposcope-Directed and Random Cervical Biopsies of CIN2 and CIN3 // Journal of lower genital tract disease. – 2016. – Vol. 20, № 3. – P. 197-200.

7. Basu P., Muwonge R., Mittal S. Implications of semi-quantitative HPV viral load estimation by Hybrid capture 2 in colposcopy practice // Journal of medical screening. – 2016. – Vol. 23, № 2. – P. 104-109.

8. Chatzistamatiou K., Moysiadis T., Moschaki V. Comparison of cytology, HPV DNA testing and HPV 16/18 genotyping alone or combined targeting to the more balanced methodology for cervical cancer screening // Gynecologic oncology. – 2016. – Vol. 142, № 1. – P. 120-127.

9. Felix J. C., Lacey M. J., Miller J. D. The Clinical and Economic Benefits of Co-Testing Versus Primary HPV Testing for Cervical Cancer Screening: A Modeling Analysis // Journal of women's health. – 2016. – Vol. 25, № 6. – P. 606-616.

10. Tsikouras P., Zervoudis S., Manav B. Cervical cancer: screening, diagnosis and staging // Journal of buon. – 2016. – Vol. 21, № 2. – P. 320-325.

Сведения об авторах

Ульянова Инга Олеговна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры оперативной гинекологии ИПО, ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел.: 8(391) 2743174; e-mail: inga_ulyanova@mail.ru.

Макаренко Татьяна Александровна – доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой оперативной гинекологии ИПО, ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел.: 8(391) 2743174; e-mail: makarenko7777@yandex.ru.

Никифорова Дарья Евгеньевна – очный аспирант кафедры оперативной гинекологии ИПО, ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел.: 8(391) 2743174; e-mail: dashsemch@mail.ru.

Домрачева Марина Яковлевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета, ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел.: 8(391) 2743174; e-mail: m-domracheva@mail.ru.

Authors

Ulyanova Inga Olegovna – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Operative Gynecology of Postgraduate Education;

Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, 660022, RF; phone: 8 (39422)33467; e-mail: inga_ulyanova@mail.ru.

Makarenko Tatyana Aleksandrovna – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of Department of Operative Gynecology of Postgraduate Education;

Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, 660022, RF; phone: 8 (39422)33467; e-mail: makarenko7777@yandex.ru.

Nikiforova Daria Evgenievna – Postgraduate Student of Operative Gynecology of Postgraduate Education.

Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, 660022, RF; phone: 8 (39422)33467; e-mail: dashsemch@mail.ru.

Domracheva Marina Yakovlevna - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of Perinatology, Obstetrics and Gynecology, Medical Faculty.

Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, 660022, RF; phone: 8 (39422)33467; e-mail: m-domracheva@mail.ru.

© КОЧЕТОВА Л.В.

ОБЗОР ТЕМАТИКИ ДИССЕРТАЦИЙ, РАССМОТРЕННЫХ В 2016 ГОДУ ДИССЕРТАЦИОННЫМ СОВЕТОМ Д 208.037.05 ПО ЗАЩИТЕ ДИССЕРТАЦИЙ НА СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ КАНДИДАТА НАУК, НА СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ ДОКТОРА НАУК ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 14.01.17 – ХИРУРГИЯ

Л.В. Кочетова

ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Министерства здравоохранения РФ, ректор – д.м.н. проф. И.П. Артюхов.

REVIEW OF DISSERTATION TOPICS THAT WERE SUBMITTED IN 2016 BY THE DISSERTATION COUNCIL D 208.037.05 ON DISSERTATION DEFENSE FOR THE DEGREE OF CANDIDATE OF SCIENCE, FOR THE DEGREE OF DOCTOR OF SCIENCE IN THE SPECIALTY 14.01.17 – SURGERY

L.V. Kochetova

Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voino-Yasenetsky

Диссертационный совет Д 208.037.05 при Красноярском государственном медицинском университете имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого утвержден приказом Минобрнауки РФ от 27.11.2015 г. № 1494/нк в количестве 22

человек на срок действия номенклатуры специальностей научных работников, утвержденной приказом Минобрнауки РФ от 25.02.2009 г. № 59.

В диссертационном совете Д 208.037.05 по специальности 14.01.17 – хирургия рассмотре-