

of *Cardiology*. 2011;108(8):1183-7. DOI: 10.1016/j.amjcard.2011.06.025

9.Sasaki A, Kobayashi H, Okubo T, Namatame Y, Yamashina A, Repeated postpericardiotomy syndrome following a temporary transvenous pacemaker insertion, a permanent transvenous pacemaker insertion and surgical pericardiotomy. *Japanese Circulation Journal*. 2001;65(4):343-4.

10.Goutal H, Baur F, Bonnevie L, Monnier G, Le Blainvaux M, Brion R. Postpericardiotomy syndrome; a rare complication of transcavitary cardiac pacing: apropos of a case. *Archives Des Maladies Du Coeur Et Des Vaisseaux*. 1995;88(12):1901-3.

11. Bartels C, Honig R, Burger G, Diehl V, De Vivie R. The significance of anticardiolipin antibodies and anti-heart muscle antibodies for the diagnosis of postpericardiotomy syndrome. *European Heart Journal*. 1994;(15):1494-9.

Сведения об авторах:

Немцов Сергей Викторович, сердечно-сосудистый хирург, аспирант; Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова; адрес: Российская Федерация, 197341, г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова д. 2; тел.: +7(812)7023730; e-mail: nemtsovsvs@mail.ru

Лебедева Виктория Кимовна, старший научный сотрудник; Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова; адрес: Российская Федерация, 197341, г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова д. 2; тел.: +7(812)7023730; e-mail: viktikit@rambler.ru

Коношкова Раиса Леонидовна, к.м.н., заместитель главного врача по кардиологии, врач-кардиолог высшей категории; Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова; адрес: Российская Федерация, 197341, г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова д. 2; тел.: +7(812)7023730; e-mail: konoshkova_rl@almazovcentre.ru

Николаев Герман Викторович, к.м.н., официальный эксперт по трансплантации от России в совете Европы (г. Страсбург), главный трансплантолог Санкт-Петербурга, заведующий НИЛ торакальной хирургии, торакальный хирург, врач высшей категории; Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова; адрес: Российская Федерация, 197341, г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова д. 2; тел.: +7(812)7023730; e-mail: g_nikolaev@list.ru

Лебедев Дмитрий Сергеевич, руководитель, профессор; Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова; адрес: Российская Федерация, 197341, г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова д. 2; тел.: +7(812)7023730; e-mail: lebedevdmityr@mail.ru

Author information

Sergey V. Nemtsov, Cardiovascular Surgeon, Postgraduate Student; Almazov National Research Centre; Address: 2, Akkuratov Str., St. Petersburg, Russian Federation 197341; Phone: +7(812)7023730; e-mail: nemtsovsvs@mail.ru

Victoria K. Lebedeva, Senior Researcher; Almazov National Research Centre, Address: 2, Akkuratov Str., St. Petersburg, Russian Federation 197341; Phone: +7(812)7023730; e-mail: viktikit@rambler.ru

Raisa L. Konoshkova, Dr. Med. Sci., Deputy Chief Physician for Cardiology, Cardiologist of the Highest Category; Almazov National Research Centre; Address: 2, Akkuratov Str., St. Petersburg, Russian Federation 197341; Phone: +7(812)7023730; e-mail: konoshkova_rl@almazovcentre.ru

German V. Nikolaev, Cand. Med. Sci., the Official Expert on Transplantation from Russia in the Council of Europe (Strasbourg), the Chief Transplantologist of St. Petersburg, the Head of the NRL of Thoracic Surgery, the Thoracic Surgeon, the Doctor of the Highest Category; Almazov National Research Centre; Address: 2, Akkuratov Str., St. Petersburg, Russian Federation 197341; Phone: +7(812)7023730; e-mail: g_nikolaev@list.ru

Dmitriy S. Lebedev, the Head, Professor, Almazov National Research Centre; Address: 2, Akkuratov Str., St. Petersburg, Russian Federation 197341; Phone: +7(812)7023730; e-mail: lebedevdmityr@mail.ru

Поступила 15.03.2017 г.
Принята к печати 12.12.2017 г.

© ГУЗЕЙ Т. Н., КАРАЧЕВА Ю. В., КОЛЕНЧЕНКО В. В., ЕРЕМЕЕВА З. В., МАКСИМЕНКО В. Г.

УДК 616.521.8-06:616.33-006.6

DOI: 10.20333/2500136-2018-1-95-99

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ФОРМЫ ЧЕРНОГО АКАНТОЗА У БОЛЬНОГО АДЕНОКАРЦИНОМОЙ ЖЕЛУДКА

Т. Н. Гузей¹, Ю. В. Карачева¹, В. В. Коленченко², З. В. Еремеева³, В. Г. Максименко¹

¹Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск 660022, Российская Федерация

²Институт медицинской косметологии ООО «Омекс - ИМК», Красноярск 660017, Российская Федерация

³Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер №1, Красноярск 660099, Российская Федерация

Резюме. В данной статье представлен литературный обзор по проблеме пигментной сосочковой дистрофии кожи (черный акантоз). Авторы описывают клинический случай злокачественного варианта черного акантоза у больного аденокарциномой желудка. Поражение кожи предшествовало постановке диагноза злокачественного образования в течение года, в связи с чем авторы акцентируют внимание на необходимость повышенной настороженности при интерпретации клинических симптомов данной кожной патологии.

Ключевые слова: черный акантоз, литературный обзор, патогенез, клинические варианты, клинический случай, аденокарцинома желудка.

Для цитирования: Гузей ТН, Карачева ЮВ, Коленченко ВВ, Еремеева ЗВ, Максименко ВГ. Клинический случай злокачественной формы черного акантоза у больного аденокарциномой желудка. *Сибирское медицинское обозрение*. 2018;(1): 95-99. DOI: 10.20333/2500136-2018-1-95-99

CLINICAL CASE OF MALIGNANT FORM OF BLACK AKANTOSIS IN PATIENT WITH ADENOCARCINOMA OF THE STOMACH

T. N. Guzey¹, J. V. Karacheva¹, V. V. Kolenchenko², Z. V. Eremeeva³, V. G. Maximenko¹

¹Professor V. F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk 660022, Russian Federation

²Institute of Medical Cosmetology "Omex-IMK, LTD", Krasnoyarsk 660017, Russian Federation

³Krasnoyarsk Regional Dermatovenerologic Dispensary №1, Krasnoyarsk 660099, Russian Federation

Abstract. This article presents a literature review on the problem of pigmentary papillary dystrophy of the skin (black acanthosis). The authors describe the clinical case of a malignant variant of black acanthosis in a patient with gastric adenocarcinoma. The defeat of the skin preceded the diagnosis of malignant

formation during the year, in this connection, the authors emphasize the need for increased alertness in interpreting the clinical symptoms of this skin pathology.

Key words: black acanthosis, literature review, pathogenesis, clinical variants, clinical case, gastric adenocarcinoma.

Citation: Guzey TN, Karacheva JV, Kolenchenko VV, Eremeeva ZV, Maximenko VG. Clinical case of malignant form of black akantosis in patient with adenocarcinoma of the stomach. *Siberian Medical Review*. 2018;(1): 95-99. DOI: 10.20333/2500136-2018-1-95-99

Черный акантоз (синонимы: приобретенный ихтиоз: круглый лишай; ладонный гиперкератоз: тилоз, синдром Хоуэла-Эванса (наследственная кератодермия), «вельветовые» ладони, акрокератоз Базекса, пигментная сосочковая дистрофия кожи) - дерматоз, характеризующийся папилломатозным разрастанием и гиперпигментацией кожи подмышечных впадин, паховых складок, шеи и живота [1]. Описаны случаи атипичной локализации процесса на красной кайме губ, языке, слизистой оболочке щек, а также на коже рук у пациента с синдактилией после восстановительной операции - трансплантации кожи с паховой области. Термин черный акантоз был изначально предложен Унной (Unna), хотя первые случаи были связаны со злокачественными новообразованиями и описаны независимо Политцером (Politzer) и Яновски (Janovsky) в 1890 г. Курт (Curth) создала клиническую классификацию черного акантоза, разделив его на злокачественный, доброкачественный, синдромальный черный акантоз или черный псевдоакантоз (ассоциированный с ожирением) [2].

Черный акантоз входит в группу редких системных дисплазий кожи, чаще встречается у лиц с темной кожей. Частота у светлокожих составляет менее 1 %, у латино-американцев – 5,5 %, а у афро-американцев – 13,3 %. Заболевание может развиваться у лиц обоих полов практически в любом возрасте. С 2000 г., по данным Американской ассоциации диabetологов, черный акантоз рассматривается как фактор риска развития сахарного диабета у детей. Черный акантоз рассматривается также как маркер инсулинорезистентности среди людей с ожирением. По этиологии выделяют пять типов acanthosis nigricans.

1 – наследственный доброкачественный при отсутствии патологии эндокринной системы [3];

2 – доброкачественный при эндокринных заболеваниях с инсулинорезистентностью;

3 – ложный acanthosis nigricans при ожирении;

4 – лекарственный при лечении никотиновой кислотой (в больших дозах), глюкокортикостероидами, соматотропином;

5 – злокачественный при аденокарциномах желудочно-кишечного тракта, мочевых путей и половых органов, легких, реже – при лимфомах [1,3-5].

Злокачественный черный акантоз является редким паранеопластическим синдромом (2 на 12000 больных раком), в основном ассоциированный с аденокарциномой желудка в 80 % случаев [6]. Реже черный акантоз встречается при саркоме яичников, аденокарциноме матки, поражении печени, желчного пузыря, кишечника, мочевого пузыря и лимфомах кожи. В последнее время возросло сосуществование

с экстраабдоминальными злокачественными новообразованиями. У некоторых больных отмечается множественное поражение злокачественными новообразованиями различных органов. Одинаково часто это заболевание встречается у лиц мужского и женского пола, чаще в возрасте от 40 до 50 лет. В последнее время участились случаи ассоциации черного акантоза со злокачественными новообразованиями у лиц более молодого возраста. Описаны случаи его развития у детей с аденокарциномой желудка, остеогенной саркомой, опухолью Вильмса (эмбриональной аденомиосаркомой почки). Показано, что в 61 % случаев оба процесса начинаются одновременно, рак предшествует черному акантозу в 22 % случаев и черный акантоз раку – в 17 %.

В основе патогенеза черного акантоза лежит воздействие факторов, которые стимулируют пролиферацию эпидермальных кератиноцитов и фибробластов дермы. Этими факторами могут быть инсулин или инсулиноподобный фактор роста (IGF), действующие на рецепторы эпидермального фактора роста и фактора роста фибробластов [7, 8]. У людей с инсулинорезистентностью повышенные концентрации инсулина приводят к активации IGF-1 рецепторов на кератиноцитах и фибробластах. Кроме того, некоторые медиаторы стимулируют пролиферативную активность других рецепторов тирозинкиназы, таких как EGF-R (рецептор эпидермального фактора роста) и FGF-R (рецептор фактора роста фибробластов), приводящих к клеточной пролиферации и развитию черного акантоза. В основе патогенеза злокачественной формы черного акантоза лежит клеточная пролиферация кератиноцитов, обусловленная бластомным процессом. Развитие папиллярно-пигментных изменений в коже в ответ на опухолевый процесс объясняют повышенным уровнем трансформирующего фактора роста альфа (TGF- α), оказывающего воздействие на эпидермис посредством активации рецепторов эпидермального фактора роста (EGF-R). Стимуляция рецепторов EGF-R, экспрессируемых и меланоцитами и кератиноцитами кожи, приводит к активации пролиферативных процессов в эпидермисе, гиперпигментации. Еще в 1987 году D. L. Ellis указал на роль факторов роста в развитии паранеопластических кожных синдромов. Наблюдая пациента с множественными себорейными кератомами, черным акантозом и папилломатозом, он обнаружил выраженную экспрессию рецепторов эпидермального фактора роста (EGF-R) во всех слоях эпидермиса, за исключением рогового. Известно, что в норме EGF-R представлены только в базальных кератиноцитах, и

их содержание медленно снижается по мере дифференцировки клеток. Схожие результаты были получены G. Ponti et al. [7]. Таким образом, предполагается тесная взаимосвязь между клиническими проявлениями злокачественного черного акантоза, особенно экспрессии EGF-R и наличием онкологической патологии внутренних органов, сопровождающейся повышением уровня TGF- α .

Клинически черный акантоз проявляется гиперпигментацией, папилломатозом и гиперкератозом. Наиболее ранним признаком заболевания является симметричная гиперпигментация в подмышечных областях, паховых складках, в области пупка, на животе, реже - на бедрах и локтевых сгибах, в области ануса, около ноздрей, губ, на пояснице, тыле кистей. Кожа кажется грязной, приобретает буроватую, серо-черную окраску, которая в краевой зоне постепенно исчезает. Иногда поражается вся поверхность кожи. Позже она уплотняется и утолщается, становится бархатистой. Кожный рисунок усиливается, поверхность приобретает складчатость или покрывается папилломатозными разрастаниями высотой до 0,5-0,8 см; нередко отмечается зуд. В очагах поражения довольно часто встречаются мелкие фибромы, вокруг очагов поражения - веснушки, пигментные невусы, элементы себорейного кератоза. Поражения могут захватывать тыл кистей и стоп, клинически напоминая проявления акрокератоза Гопфа, отмечается ороговение ладоней и подошв, иногда отдельные папилломы и очаги себорейного кератоза. Слизистая оболочка поражается в 50 % случаев, становится бархатистой, с нежными бороздками, иногда с розовыми разрастаниями, напоминающими остроконечные кондиломы. Могут поражаться и места перехода кожи в слизистую оболочку, а также красная кайма губ. Язык становится морщинистым. Ворсинчатые, бородавчатые разрастания нередко располагаются периорально или периорбитально.

Гистологические особенности как злокачественной, так и доброкачественной форм черного акантоза имеют сходства и при гистологическом исследовании биопсии образца кожи не удается различать две разновидности заболевания. Гистологическая картина обычно включает гиперкератоз, акантоз, значительное увеличение количества пигмента (меланина) в клетках базального слоя эпидермиса, наличие в дерме большого числа хроматофоров, выраженная гипертрофия сосочкового слоя. В дерме изменения обычно не выражены, лишь иногда определяется незначительный инфильтрат из лимфоцитов с примесью тканевых базофилов. Наблюдается также накопление кислых мукополисахаридов в салыных железах и наружном слое корня волос [9].

Черный акантоз на фоне бластомного процесса характеризуется резким началом и тяжелым течением с вовлечением в патологический процесс слизистых оболочек и кожи ладоней. Нередко ранним стадиям черного акантоза предшествует внезапное появление многочисленных себорейных кератом - синдром Лазе-

ра-Треля. На сегодняшний день синдром Лазера-Треля, цветущий кожный папилломатоз и синдром рубцевания ладоней считаются abortивными вариантами черного акантоза; однако, эти синдромы могут также развиваться самостоятельно, как изолированные формы. Во время ремиссии неопластического процесса выраженность черного акантоза уменьшается; процесс вновь обостряется при рецидивах. Прогноз злокачественного черного акантоза неблагоприятный, летальный исход наступает сравнительно рано, особенно у лиц молодого возраста. Как правило, злокачественные новообразования, ассоциирующиеся с черным акантозом, отличаются высокой степенью малигнизации и выявляются в период развития метастазов, поэтому летальный исход наступает сравнительно рано, особенно у лиц молодого возраста. После установления диагноза черного акантоза больные редко живут более 2 лет [8, 9], что подтверждают данные описанного нами ранее клинического случая злокачественного черного акантоза у больной с сочетанной опухолью гипофиза и надпочечников [10].

Собственное клиническое наблюдение

Больной П., 36 лет. Впервые обратился к дерматовенерологу 18.06.2016г. с жалобами на пигментацию кожных покровов, особенно в области шеи, подмышечных впадин, локтевых сгибов, нижней части туловища и паховой области; приступообразный зуд. Потемнение кожи прогрессирующего характера отмечает в течение года. 3-4 года. В анамнезе гепатит А в 8 лет, ОРВИ 1 раз в год; ангина 1 раз в год, ремиссия 7 лет. Аллергологический анамнез не отягощен. У матери сахарный диабет II типа, аденокарцинома кишечника (оперирована в 2016 году, получала химиотерапию). Локальный статус. На коже туловища, шеи, на лице, в крупных складках, на гениталиях пигментация от коричневого до темно-коричневого цвета без четких контуров. В складках кожный рисунок подчеркнут, поверхность имеет складчатый характер (рис.1, 2). Кожные покровы повышенной сухости. Слизистая рта - без патологии.

Клинический диагноз: пигментная сосочковая дистрофия кожи (чёрный акантоз). Учитывая отсутствие клинических симптомов эндокринной патологии у данного пациента, отягощенный наследственный анамнез по аденокарциноме ЖКТ, больному в срочном порядке рекомендовано обследование с целью исключения в первую очередь карциномы желудка. 07.07.2016г. пациент был экстренно госпитализирован в отделение онкоабдоминальной хирургии, где предположительный диагноз с-г желудка был подтвержден.

Диагноз основной: С 16.2 ЗНО тела желудка. Описание диагноза: с-г ventriculi III st (T4aN3M0). Стадия заболевания: IIIc. Степень тяжести: среднетяжелая. Стадия по системе TNM: T4aN3M0. Метод подтверждения диагноза: морфологический. Гистология: №55103-36 - низкодифференцированная аденокарцинома. 11.07.2016 г. больному проведена операция: гастрэктомия. Д2 ЛАЭ.

Лабораторные исследования: глюкоза 4,76 ммоль/л; глюкоза в моче – 30.00 ммоль/л; белок в моче - 1.390 г/л – 0.210 г/л. Общий анализ крови: лейкоциты 12.89×10^9 /л; эритроциты 4.79×10^{12} /л; гемоглобин 133.0 г/л; гематокрит 38.70%; средний объем эритроцитов 80.8 фл; средняя концентрация гемоглобина в эритроците 344.0 г/л; среднее содержание Hb в 1 эритроците 27.8 пг; коэффициент вариации отклонения размера эритроцита от среднего значения 12.80 %; стандартное отклонение размера эритроцита от среднего значения 36.7 фл; тромбоциты 324×10^9 /л; средний объем тромбоцитов 9.8 фл; индекс распределения по объему тромбоцита 11.4 фл; крупные тромбоциты 24.20 %; тромбоцитрит 0.32 %. Рентгенография черепа в боковой проекции: травматических, костно-деструктивных изменений не выявлено. УЗИ надпочечников: экзопатологии не выявлено. МРТ



Рисунок 1. Больной П. Злокачественный черный акантоз. Пигментация, подчеркнутый рисунок кожи по типу вельвета и папилломатоз в области шеи.



Рисунок 2. Больной П. Злокачественный черный акантоз. Пигментация, складчатость кожи в области локтевых сгибов.

головного мозга: МР – картина арахноидальной ретроцереbellарной кисты – аномалия развития ЦНС. Гипофиз без видимых изменений. В дальнейшем больной получил несколько курсов ПХТ.

Приведенное клиническое наблюдение показывает, что черный акантоз был первичным признаком опухолевого процесса в желудке, позволившем его диагностировать и подтверждает высокую ассоциативную связь пигментной сосочковой дистрофии кожи с аденокарциномой желудка.

Литература / References

1. Морган МБ, Смоллер БР, Сомач СК. Атлас смертельных кожных болезней. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.304 с. Morgan MB, Smoller BR, Somach SK. Deadly dermatologic diseases – Clinicopathologic atlas. М.: GEOTAR-Media;2010.304р. (In Russian)]
2. Вольф К, Голдсмит ЛА, Кац СИ. Дерматология Фицпатрика в клинической практике. М.: Издательство Панфилова; 2012:1630-1634. [Wolff K, Goldsmith LA, Cacc SE. Fitzpatrick Dermatology in General Medicine. М.: Publisher Panfilova;2012:1630-1634. (In Russian)]
3. Фицпатрик Т, Джонсон Р, Вулф К, Сюрмонд Д, Полано М. Дерматология. Атлас-справочник. М.: Практика;1999. 1751с. [Fitzpatrick T, Johnson R, Wolff K, Surmond D, Polano M. Dermatology. Atlas – reference book. М.: Practice;1999. 1751p. (In Russian)]
4. Kubicka-Wolkowska J, Dębska-Szmich S, Lisik-Habib M, Noweta M, Potemski P. Malignant acanthosis nigricans associated with prostate cancer: a case report. *BMC Urology*.2014;(14):88. DOI: 10.1186/1471-2490-14-88
5. Antônio da Silva J, de Carvalho Mesquita K, de Souza Machado Igreja AC, Cristina I, Naves Lucas R, Freitas AF, Maximiano de Oliveira S, Carvalho Costa IM, Campbell IT. Paraneoplastic cutaneous manifestations: concepts and updates. *Anais brasileiros de dermatologia*.2013;88(1):9–22. DOI: 10.1590/S0365-05962013000100001
6. Stawczyk-Macieja M, Szczerkowska-Dobosz A, Nowicki R, Majewska H, Dubowik M, Sokołowska-Wojdyło M. Malignant acanthosis nigricans, florid cutaneous papillomatosis and tripe palms syndrome associated with gastric adenocarcinoma. *Postępy dermatologii i alergologii*.2014;31(1):56–58. DOI: 10.5114/pdia.2014.40663
7. Александрова АК, Смольяникова ВА. Себорейный кератоз: современные представления о патогенезе. Вестник дерматологии и венерологии. 2014;(4):28-34. [Alexandrova AK, Smolyaninova VA. Seborrhea keratosis: modern ideas of pathogenesis. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*.2014;(4):28-34. (In Russian)]
8. Молочков ВА, Молочков АВ. Клиническая дерматоонкология. М.: Из-во студия МДВ; 2011. 340 с. [Molochkov VA, Molochkov AV. Clinical dermatooncology. М.: Publisher MDV studio; 2011. 340 p. (In Russian)]
9. Ламоткин ИА. Онкодерматология: атлас: учебное пособие. М.: Лаборатория знаний; 2017. 878 с.

[Lamotkin IA. Oncodermatology: atlas: tutorial. M.: Knowledge laboratory; 2017. 878 p. (In Russian)]

10. Прохоренков ВИ, Гузей ТН, Карачева ЮВ, Мисенко ДН, Островский АЭ, Побилат АЕ. Случай папиллярно – пигментной дистрофии кожи у больной с сочетанной опухолью гипофиза и надпочечников. Клиническая дерматология и венерология. 2007;(2):23-25. [Prochorenkov VI, Guzey TN, Karacheva JV, Misenko DN, Ostrovsky AE, Pobilat AE. Case of papillary and pigmentary dystrophy of skin of patient with tumor of a hypophysis and adrenal glands. *The Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology*. 2007;(2):23-25. (In Russian)]

Сведения об авторах

Гузей Татьяна Николаевна, к.м.н., доцент, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел. +7(391)2644788; e-mail: t.guzey@mail.ru

Карачева Юлия Викторовна, д.м.н., профессор, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел. +7(391)2644788; e-mail: kras_derma@mail.ru

Коленченко Виктория Валерьевна, врач, институт медицинской косметологии ООО «Омекс - ИМК»; адрес: Российская Федерация, 660017, г. Красноярск, ул. Кирова, д. 19; тел. +7 (391) 212 08 48; e-mail: omex-ime@rambler.ru

Еремеева Зинаида Викторовна, врач, Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер; адрес: Российская Федерация, 660099 г. Красноярск, ул. Брянска, д. 79; тел. +7 (391) 211 41 01; e-mail: kras_derma@mail.ru

Максименко Вячеслав Геннадьевич, к.м.н., ассистент, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел. +7(391)2644788; e-mail: kras_derma@mail.ru

Author information

Tatyana N. Guzey, Cand. Med. Sci., Associate Professor, Professor V. F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University. Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +7(391)2644788; e-mail: t.guzey@mail.ru

Juliya V. Karacheva, Dr. Med. Sci., Professor, Professor V. F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University. Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +7(391)2644788; e-mail: kras_derma@mail.ru

Victoriya V. Kolenchenko, Physician, Institute of Medical Cosmetology "Omex-IMK, LTD". Address: 19, Kirova Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660017; Phone: +7 (391) 212 08 48; e-mail: omex-ime@rambler.ru

Zinaida V. Eremeeva, Physician, Krasnoyarsk Regional Dermatovenereologic Dispensary №1, Address: 79, Bryanskaya Str., Russian Federation 660099; Phone: +7 (391) 211 41 01; e-mail: kras_derma@mail.ru

Vyacheslav G. Maximenko, Cand. Med. Sci., Assistant, Professor V. F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University. Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +7(391)2644788; e-mail: kras_derma@mail.ru

Поступила 06.03.2017 г.
Принята к печати 12.12.2017 г.

Защищенные диссертации / Dissertations



© ШТАРИК С. Ю.

ОБЗОР ТЕМАТИКИ ДИССЕРТАЦИЙ, РАССМОТРЕННЫХ В 2016 ГОДУ СОВЕТОМ ПО ЗАЩИТЕ ДИССЕРТАЦИЙ НА СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ КАНДИДАТА НАУК, НА СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ ДОКТОРА НАУК Д 208.037.01 ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 14.01.04 – ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

С. Ю. Штарик

Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск 660022, Российская Федерация

REVIEW OF DISSERTATION TOPICS THAT WERE SUBMITTED IN 2016 BY THE COMMITTEE OF DISSERTATION DEFENSE FOR THE DEGREE OF CANDIDATE OF SCIENCE, FOR THE DEGREE OF DOCTOR OF SCIENCE D 208.037.01 IN SPECIALTY 14.01.04 - INTERNAL DISEASES, MEDICAL SCIENCES

S.Yu. Shtarik

Professor V. F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk 660022, Russian Federation

Диссертационный совет Д 208.037.01 утвержден при Красноярском государственном медицинском университете имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого приказом Рособнадзора от 01 декабря 2001 года № 495-в. Диссертационному совету было разрешено принимать к защите диссертации по специальностям: 14.01.04 – внутренние болезни и 14.01.08 – педиатрия. Приказом Рособнадзора № 1110-142 от 18.05.2011 г. совету Д 208.037.01 расширены полномочия и разрешено принимать к защите диссертации по трем специальностям (14.01.04 – внутренние болезни, 14.01.05 – кардиология, медицинские науки и 14.01.08 – педиатрия), утвержден новый состав совета.

В 2016 году по специальности 14.01.04 – внутренние болезни рассмотрено: 1 диссертация на соискание ученой степени доктора наук, 1 диссертация на соискание ученой степени кандидата наук и 1 диссертация на соискание ученой степени кандидата наук, направленная Минобрнауки России на дополнительное заключение.

Диссертация Кузьмина Александра Геннадьевича на соискание ученой степени доктора медицинских наук «Постинфарктное ремоделирование сердца у больных с сопутствующей ХОБЛ: диагностика, прогнозирование и повышение эффективности лечения хронической сердечной недостаточности» выполнена