

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА 68.1.002.01,
СОЗДАННОГО НА БАЗЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ – ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР АЛЛЕРГОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ»
ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА, ПО
ДИССЕРТАЦИИ НА СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ КАНДИДАТА
НАУК

аттестационное дело № _____

решение диссертационного совета от «16» сентября 2026 г. № 11 /2026

О присуждении Носыревой Ксении Константиновне, гражданство РФ,
ученой степени кандидата биологических наук.

Диссертация «Роль микробного дисбиоза кожи в иммунопатогенезе
атопического дерматита» по специальности «3.2.7. Иммунология» принята к
защите 08.07.2026 г. (протокол заседания №09/2026) диссертационным советом
68.1.002.01, созданным на базе Государственного научного центра Российской
Федерации – федерального государственного бюджетного учреждения
«Национальный медицинский исследовательский центр аллергологии и
иммунологии» Федерального медико-биологического агентства (ГНЦ ФГБУ
«НМИЦ аллергологии и иммунологии» ФМБА России; ранее – Федеральное
государственное бюджетное учреждение «Государственный научный центр
«Институт иммунологии» Федерального медико-биологического агентства
/ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России/, приказ ФМБА о
переименовании от 29.07.2026 г. № 25-у), по адресу: 115522, г. Москва,
Каширское шоссе, д. 24; приказ о создании диссертационного совета №206/нк от
14.02.2023 г.

Соискатель Носырева Ксения Константиновна, 13 августа 1995 года
рождения, в 2019 году с окончила Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования «Московская

государственная академия ветеринарной медицины и биотехнологии – МВА имени К.И. Скрябина» Министерства сельского хозяйства Российской Федерации, ветеринарно-биологический факультет, магистратуру по специальности «06.04.01 Биология». Работает в должности старшего научного сотрудника в ООО «ДНК-Технология-ТС».

Диссертация выполнена в лаборатории иммуногенетики и тканевой совместимости ГНЦ ФГБУ «НМИЦ аллергологии и иммунологии» ФМБА России.

Научный руководитель – доктор медицинских наук Болдырева Маргарита Николаевна, ГНЦ ФГБУ «НМИЦ аллергологии и иммунологии» ФМБА России, лаборатория иммуногенетики и тканевой совместимости, ведущий научный сотрудник.

Официальные оппоненты:

Петричук Светлана Валентиновна – доктор биологических наук, профессор, Федеральное государственное автономное учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации, лаборатория экспериментальной иммунологии и вирусологии, главный научный сотрудник;

Воропаева Елена Александровна – доктор биологических наук, доцент, Федеральное бюджетное учреждение науки «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, заместитель директора по медицинской биотехнологии,

– дали положительные отзывы на диссертацию.

Ведущая организация Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Краснодар, в своем положительном отзыве, подписанном Колесниковой Натальей Владиславовной, доктором биологических наук, профессором, профессором кафедры клинической

иммунологии, аллергологии и лабораторной диагностики, и утвержденном Редько Андреем Николаевичем, доктором медицинских наук, профессором, проректором по научно-исследовательской работе, указала, что: «Диссертационная работа Носыревой Ксении Константиновны «Роль микробного дисбиоза кожи в иммунопатогенезе атопического дерматита» на соискание ученой степени кандидата биологических наук по специальности 3.2.7. Иммунология (биологические науки) является научно-квалификационной работой, в которой содержится решение актуальных задач, имеющих существенное значение для иммунологии: установлена взаимосвязь между микробным дисбиозом и иммунопатогенезом АтД; разработан и валидирован новый высокочувствительный метод количественной диагностики дисбиоза; доказано, что гиперколонизация кожи *Staphylococcus aureus* и *Malassezia* spp. является активным триггером воспаления; впервые установлены объективные пороговые значения микробной нагрузки, позволяющие дифференцировать патологическую колонизацию от бессимптомного носительства; полученные результаты имеют значение для понимания иммунопатогенеза АтД и обладают выраженной практической ценностью, поскольку предложенный диагностический подход может служить основой для персонализированной терапии и мониторинга эффективности лечения.

Диссертационная работа Носыревой К.К. полностью соответствует требованиям, предъявляемым к кандидатским диссертациям (п. 9-14 «Положения о присуждении ученых степеней», утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации № 842 от 24 сентября 2013 г. в актуальной редакции), а ее автор заслуживает присуждения искомой ученой степени кандидата биологических наук по специальностям «3.2.7. Иммунология» (биологические науки)».

Соискатель имеет 10 опубликованных работ, в том числе по теме диссертации опубликовано 7 работ, из них в рецензируемых научных изданиях опубликовано 5 работ общим объемом 50 страниц. Статьи опубликованы в рецензируемых научных изданиях «Иммунология», «Медицинская иммунология», «Клиническая дерматология и венерология». В диссертации и

автореферате отсутствуют недостоверные сведения об опубликованных соискателем ученой степени работах. Авторский вклад составляет 81%.

Основные работы:

1. Микробная колонизация кожи у пациентов с атопическим дерматитом: взаимосвязь с иммунологическими параметрами и клинической тяжестью заболевания / К. К. Носырева, О. Г. Елисютина, Е. В. Смольников, Д. П. Шуть, Е. С. Феденко, М. Н. Болдырева. – Текст: непосредственный // Медицинская иммунология. – 2026. – Т. 28, № 2. – С. 115-124.

2. Диагностическая значимость количественного определения грибов рода *Malassezia* для оценки степени тяжести атопического дерматита / К. К. Носырева, О. Г. Елисютина, Д. П. Шуть, Е. В. Смольников, Е. С. Феденко, М. Н. Болдырева. – Текст: непосредственный // Иммунология. – 2026. – Т. 47, № 2. – С.255-266.

На автореферат диссертации поступили отзывы из Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, отзыв составлен доктором медицинских наук Черновой Надеждой Ивановной; из Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), г. Москва, отзыв составлен доктором медицинских наук Халтуриной Евгенией Олеговной.

Отзывы положительные, замечаний не содержат.

Выбор официальных оппонентов и ведущей организации обосновывается их специализацией в области исследований, представленных в диссертационной работе, и отсутствием совместных работ и договорных обязательств с соискателем.

Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований:

– разработана новая научная идея о роли микробного дисбиоза кожи при АтД как активного триггера воспаления;

– предложена новая гипотеза о различных иммунологических путях реализации микроб-индуцированного воспаления при АтД, согласно которой колонизация *S.aureus* преимущественно запускает IgE-опосредованный Th2-ответ, тогда как колонизация *Malassezia* spp. активирует воспаление через IgE-независимые механизмы;

– доказана зависимость между наличием микробного дисбиоза кожи и способностью последнего поддерживать воспаление при АтД, что опровергает линейную парадигму «барьерный дефект → колонизация → воспаление»;

– введены новые представления о видовой перестройке грибкового состава микробиоты кожи в иммунопатогенезе АтД (изменение видового состава грибов рода *Malassezia*, повышение носительства *Debaryomyces hansenii* (*C.famata*)).

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что:

– доказана прямая корреляционная связь между уровнем колонизации *S. aureus* на коже с повышением общего IgE и эозинофилией;

– применительно к проблематике диссертации эффективно использован комплекс молекулярно-биологических, микробиологических и иммунологических методов для анализа качественных и количественных взаимосвязей между микробной нагрузкой и иммунопатогенезом заболевания;

– изложены теоретические представления о механизме участия грибов рода *Malassezia* в иммунопатогенезе АтД, реализующиеся через активацию TLR2 и дектина-1 с последующей активацией инфламмасомы NLRP3, что объясняет корреляцию уровня колонизации *Malassezia* с тяжестью заболевания при отсутствии связи с IgE;

– раскрыта роль грибковой сенсибилизации в иммунопатогенезе АтД, что обосновано выявленными количественными и видовыми характеристиками грибкового состава микробиома кожи;

- изучены особенности сочетанной колонизации кожи *S. aureus* и *Malassezia* spp. у пациентов с разной тяжестью АтД;

- проведена модернизация диагностического алгоритма оценки микробиома кожи, которая впервые позволила получить данные, недоступные для культуральных методов диагностики.

Значение полученных результатов для практики подтверждается тем, что:

- разработана и внедрена в лабораторную практику методика диагностики дисбиоза кожи, позволяющая количественно оценивать бактериально-грибковую нагрузку на коже как интегральный параметр, ассоциированный с иммуноопосредованным воспалением;

- определены перспективы использования установленных пороговых уровней микробной колонизации в качестве критериев для дифференциальной диагностики инфекционного и неинфекционного обострения АтД и для обоснования таргетной антимикробной терапии;

- создана система практических рекомендаций по применению количественной ПЦР для мониторинга эффективности терапии;

- представлены рекомендации по дальнейшему совершенствованию методики путем расширения панели мишеней за счет включения комменсальных бактерий (*Corynebacterium* spp., *Cutibacterium acnes*), вирусных патогенов и маркеров вирулентности *S. aureus* для оценки не только количественной нагрузки, но и иммуногенного потенциала микробной колонизации кожи.

Оценка достоверности результатов исследования выявила:

- результаты получены на сертифицированном и откалиброванном оборудовании, эксперименты проведены по стандартизованным методикам, показана воспроизводимость результатов исследований в различных условиях;

- теория построена на известных, проверяемых фактах и согласуется с опубликованными данными о ключевой роли *Staphylococcus aureus* и дисбиоза в патогенезе АтД, а также с современными представлениями о взаимосвязи микробной колонизации и Th2-опосредованного иммунного ответа;

- идея базируется на обобщении передового опыта автора и других исследователей по рассматриваемой тематике, как отечественных, так и зарубежных, в области применения молекулярно-генетических методов для изучения кожного микробиома;

- использовано прямое сравнение авторских данных, полученных методом количественной ПЦР, с результатами традиционного культурального исследования, что подтвердило валидность и преимущества нового подхода;

- установлено совпадение ключевых результатов (доминирование *S. aureus*, частота выявления *Malassezia*) с результатами, представленными в современных независимых источниках;

- использованы современные методы сбора и обработки информации.

Личный вклад соискателя состоит в непосредственном участии во всех этапах выполнения диссертационного исследования: постановке и проведении экспериментов, получении исходных данных, разработке экспериментальных моделей и методик, обработке и интерпретации результатов, а также подготовке публикаций по выполненной работе.

В ходе защиты диссертации были заданы вопросы, на которые соискатель Носырева К.К. ответила и привела собственную аргументацию.

Вопрос: У вас достаточно большая выборка – 110 пациентов, и, наверное, среди них были пациенты с различным уровнем иммуноглобулина Е. Ну, мы знаем, что при атопическом дерматите он обычно повышен, но в то же время есть фенотипы с нормальным уровнем общего иммуноглобулина Е. Были ли у вас такие пациенты, и, если были, то вы как-то учитывали этот фактор, стратифицировали по этому признаку? Различался у этих пациентов микробиом, может, какие-то особенности?

Ответ: Стратификацию по фенотипам мы не проводили. Все пациенты имели клинически подтвержденный диагноз «атопический дерматит», и корреляция с уровнем IgE оценивалась как непрерывная переменная для всей общей группы атопического дерматита, а не в сравнении внутри подгрупп. Поэтому нет, стратификацию мы не проводили.

Вопрос: У вас были пациенты и в обострении, и в ремиссии, да? И вы у них брали посевы и смотрели микробиоты пейзаж – чем-то это отличалось по спектру или только по нагрузке?

Ответ: Нет. Наши пациенты, включенные в исследование, были только в фазе обострения – это было одно из ключевых условий при включении в клиническую группу. Индекс SCORAD отражал непосредственно тяжесть на момент обострения.

Вопрос: У вас такая достаточно большая группа, и она отличалась по возрасту – у вас там были, по-моему, и 18 лет, и 75 лет. И вот все-таки возрастные особенности учитывались ли при анализе именно микробиоты и тяжести? Коррелировало ли это с тяжестью заболевания или нет?

Ответ: Мы проводили такой корреляционный анализ – связи возраста с частотой микроорганизмов, выявлением частоты и с уровнем колонизации микроорганизмов на коже у пациентов с атопическим дерматитом, — и такой связи мы не обнаружили. Но, возможно, это было связано с тем, что наши группы были сформированы в основном из молодых взрослых и медиана возраста составляла 29 лет или 28 лет. Но возможно, при более широких выборках, популяционных выборках, возраст имеет место быть.

Вопрос: А на иммунный статус как влияли возрастные особенности?

Ответ: В нашей выборке нет.

Вопрос: Вопрос, наверное, больше к практическому применению. То есть вы показали, что ваш метод – да, это экспресс-метод, чувствительный метод, и он в общем-то может в какой-то степени заменить культуральный метод. То есть он его вытеснит или дополнит? Это первый вопрос. А второй вопрос: у вас есть показатель с корреляцией количества бактерий и заболевания, то есть вот это количество минимальное, которое вы предлагаете, – оно определяется культуральным методом или только с помощью ПЦР? То есть взять такое же и посеять?

Ответ: Касательно сравнения двух методов: мы ни в коем случае не говорим о том, что ПЦР вытеснит полностью метод посева. Он скорее его дополнит – он как первый метод скрининга пациентов и направление для врача

для дальнейшего исследования, потому что разные методы решают абсолютно разные задачи, и мы не говорим о том, что одно заменяет другое, – скорее дополняет. Второй вопрос по поводу высевания: так как по частоте, по бактериям скорее это были равнозначные показатели, то есть минимальное количество бактерий высевалось и так же обнаруживалось в ПЦР. Но вот для труднокультивируемых грибов, например *Malassezia*, эти показатели были абсолютно рандомные, то есть они могли как вырасти, так и не вырасти, то есть они были не приравнены к какой-то минимальной концентрации, так скажем.

Вопрос: Скажите, пожалуйста, вы изучали дисбиоз, и у вас по некоторым микроорганизмам – ну, как, например, *Staphylococcus aureus* – когда повышенное значение, то это плохо. Скажите, а вот если наоборот: какие-то важные микроорганизмы – может быть, плохо, когда их уровень, наоборот, ниже определенного уровня?

Ответ: Культуральным методом мы определяли полный спектр стафилококков, включая коагулазонегативные – *Staphylococcus epidermidis* и *Staphylococcus haemolyticus*, и их уровень колонизации был так же снижен у пациентов с атопическим дерматитом. То есть уровень колонизации *Staphylococcus aureus* увеличивался, но при этом других стафилококков – уменьшался.

Вопрос: Честно говоря, я о другом спросил. Ну вот представьте себе: вот есть микробиота в желудке, да? Ну, есть полезные бактерии, и если их количество уменьшается ниже нормы, то это плохо. Я, собственно, об этом вас и спросил в отношении кожи.

Ответ: Мы не изучали именно минимальные дисбиотические характеристики для кожи. Мы именно смотрели пороги инфекции, так скажем, которые осложненные.

Вопрос: Как Вы можете объяснить низкую высеваемость грибов рода *Malassezia* и дрожжеподобных грибов классическими микробиологическими методами по сравнению с разработанной вами ПЦР-РВ-методикой?

Ответ: Расхождение в результатах можно объяснить несколькими причинами. *Malassezia* являются облигатными липофильными дрожжами, и для

их выделения необходимо использовать специальные липид-обогащенные среды, например среду Диксона. Но даже при использовании таких сред посеvy требуют длительной инкубации, и исключение – это *Malassezia furfur*, который растет достаточно быстро, буквально в течение двух суток, но в наших группах мы этот вид не обнаружили. Также в клинических образцах, которые были представлены соскобом кожи, грибы могут находиться в виде покоящихся форм или в составе биопленок, что также затрудняет их выделение. Также ПЦР обладает более высокой аналитической чувствительностью, которая на несколько порядков превышает таковую у посева.

Вопрос: В тексте диссертации не упоминается использование внутреннего контроля для оценки эффективности экстракции ДНК. Хотелось бы как-то подробнее на этом остановиться.

Ответ: В рамках разработанной методики мы использовали искусственно синтезированный внутренний контроль, который добавлялся в каждый клинический образец на этапе лизата и амплифицировался в каждом образце по отдельному каналу.

Вопрос: В работе соскобы у пациентов брали с совершенно разных анатомических областей: лицо, волосистая часть головы, плечи, кисти, голени и т. п. Хотелось бы узнать, Вы анализировали зависимость микробиома кожи от того участка, с которого забирается проба, и насколько это соотносится с тем, что делали у условно здоровых?

Ответ: В работе отдельный анализ внутри каждой зоны локализации не проводили. Для снижения влияния локализации на результаты сравнения группа условно здоровых лиц была разделена на две подгруппы, как я говорила в своем докладе – это себорейные зоны и несеборейные зоны, и они были разделены поровну по 43 образца в каждой подгруппе. Это позволило сопоставить образцы из функционально сходных участков кожи, так как в группе пациентов с атопическим дерматитом поражения также локализовались как в себорейных, так и в несеборейных областях. Проведение отдельного анализа внутри каждой зоны потребовало бы значительно большего объема выборки для достижения статистической значимости.

Вопрос: Те пороги, которые вы предлагаете в своей работе, насколько они эффективны для оценки эффективности терапии? Можно ли их использовать в этом случае, или это только обострения патологического процесса, патологической колонизации и носительства? Планировалось ли проверить эти пороги в динамике – например, оценить, как они меняются на фоне успешной терапии, и можно ли их использовать для мониторинга эффективности лечения?

Ответ: В работе динамическая проверка порогов еще пока не проводилась – исследование было кросс-секционным. И это актуально и отражено в перспективах исследования.

Вопрос: На основании анализа литературных данных в целевую панель разрабатываемой ПЦР тест-системы был включен широкий спектр микроорганизмов, определяющих инфекционно-воспалительные осложнения при atopическом дерматите, но при обследовании пациентов выявлены только некоторые из них, с преобладанием *S. aureus* и *Malassezia* spp. С чем может быть связано такое ограничение?

Ответ: Включение широкого спектра микроорганизмов в целевую панель было предпринято на основе анализа литературных данных с целью охватить все потенциальные значимые таксоны. А выявление лишь ограниченного числа патогенов имеет под собой несколько объективных причин. Прежде всего, это эпидемиологическая и популяционная специфика: состав микробиоты кожи подвержен значительной географической и популяционной вариабельности. А также отсутствие дерматофитов в наших группах согласуется с литературными данными о том, что эти патогены не являются типичными комменсалами кожи как здоровой, так и у пациентов с atopическим дерматитом и без выраженной иммуносупрессии, и имеют место быть различия в патогенетической значимости. *S. aureus* и *Malassezia* являются ведущими и наиболее изученными триггерами воспаления при atopическом дерматите. Другие включенные в панель микроорганизмы действительно могут вызывать вторичные инфекции, но они, как правило, ассоциированы с определенными клиническими фенотипами, которые встречаются значительно реже.

Вопрос: Вы обнаружили, что у пациентов с АтД снижена частота колонизации комменсальным видом *Malassezia sympodialis*, тогда как общая частота *Malassezia* spp. повышена. Как вы интерпретируете это с иммунологической точки зрения?

Ответ: Возможно, это связано с изменением микросреды кожи: так как при атопическом дерматите, особенно в фазу обострения, происходит сдвиг pH, изменение липидного состава рогового слоя и повышение концентрации провоспалительных цитокинов – эти условия могут быть менее благоприятны для *Malassezia sympodialis*, который считается типичным комменсалом здоровой кожи, и более благоприятны для других видов. Так же *Malassezia sympodialis*, возможно, менее устойчив к окислительному стрессу или к действию антимикробных пептидов в условиях Т2-воспаления. Также *Malassezia globosa* обладает более выраженными факторами вирулентности, включая липазы и фосфолипазы, что позволяет им эффективнее утилизировать кожное сало и активнее размножаться на поврежденной коже. Это может приводить к конкурентному вытеснению *Malassezia sympodialis* из их общей экологической ниши.

Вопрос: При верификации мультиплексной ПЦР-РВ методом секвенирования по Сэнгеру число исследований для некоторых мишеней составляет всего 2 образца, для других – 3, 5, 7 или 10. С чем связано разное количество образцов и подтверждает ли это 100% конкордантность?

Ответ: Да, в рамках валидации разработанной методики проводилась полная оценка прецизионности и воспроизводимости в соответствии с рекомендациями по валидации количественных ПЦР-методов. И постановка эксперимента выполнялась двумя обученными сотрудниками в рамках рутинной работы лаборатории, и методика была оптимизирована и валидирована на приборе DT Prime96.

Вопрос: Проводилась ли при выполнении работы оценка внутри- и межсерийной прецизионности ПЦР-РВ, а также воспроизводимость постановки разными операторами? Для каких моделей амплификаторов подходит данная тест-система?

Ответ: Действительно, в таблице приведено количество независимых клинических образцов, штаммов грибов и бактерий. Это не количество технических повторений, а число уникальных положительных находок, доступных для секвенирования в рамках данной выборки. Для каждого из этих образцов секвенирование проводилось в пяти независимых итерациях, в двух направлениях: прямом и обратном.

Вопрос: В диссертационной работе указано, что экспериментальная оптимизация условий ПЦР-РВ для каждой мишени проводилась в моноплексном формате, тогда как разработанная методика в последующих разделах характеризуется как мультиплексная ПЦР-РВ. В связи с этим требует уточнения состав мультиплексных реакций и экспериментальное обоснование объединения отдельных мишеней в мультиплексный формат, включая оценку возможного взаимного влияния компонентов реакции на аналитические характеристики набора.

Ответ: Разработка мультиплексной ПЦР-системы является многоступенчатым процессом, и мы описывали этапность. На первом этапе это моноплексная оптимизация, где подбирались и оптимизировались олигонуклеотиды в моноплексном формате. Также оценивались аналитическая чувствительность, линейность и наличие неспецифических сигналов, и без этой предварительной работы невозможно было переходить к мультиплексированию. На втором этапе было непосредственно мультиплексирование и валидация методики. После успешной моноплексной оптимизации проводилось объединение мишеней в группы, использовались различные флуорофоры, и специфичность и отсутствие перекрестной реактивности так же оценивалось взаимное влияние друг на друга в мультиплексном формате.

Диссертационная работа Носыревой К.К. «Роль микробного дисбиоза кожи в иммунопатогенезе атопического дерматита» на соискание ученой степени кандидата биологических наук по специальности «3.2.7. Иммунология» является научно-квалификационной работой, в которой содержится решение актуальных научных задач, имеющих значение для иммунологии: идентифицированы таксоны микроорганизмов, ассоциированные с АД;

установлена прямая связь между микробным дисбиозом кожи и иммунопатогенезом АтД, выражающаяся в том, что количественные изменения состава микробиоты служат триггером воспаления; установлены корреляционные связи между уровнем колонизации кожи микроорганизмами и концентрацией IgE; охарактеризованы дисбиотические паттерны, связанные с тяжестью АтД; определены пороговые значения микробной нагрузки, позволяющие отличить бессимптомную колонизацию от колонизации, запускающей иммунопатологический процесс; разработана новая ПЦР-методика, позволяющая количественно оценить микробный дисбиоз кожи.

Диссертация полностью соответствует требованиям, предъявляемым к кандидатским диссертациям (п.п. 9-14 «Положения о присуждении ученых степеней», утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 24 сентября 2013 г № 842, в актуальной редакции), а ее автор достоин присуждения искомой ученой степени кандидата биологических наук по специальности «3.2.7. Иммунология».

На заседании 16.09.2026 г. диссертационный совет принял решение: за решение актуальных научных задач, имеющих существенное значение для иммунологии, присудить Носыревой К.К. ученую степень кандидата биологических наук по специальности «3.2.7. Иммунология». При проведении тайного голосования диссертационный совет в количестве 17 человек, из них 17 докторов наук по специальности рассматриваемой диссертации, участвовавших в заседании, из 23 человек, входящих в состав совета, проголосовал: за – 17, против – 0, недействительных бюллетеней – 0.

Председатель диссертационного совета
академик РАН, д. мед. наук, профессор




М.Р. Хаитов

Ученый секретарь диссертационного совета
д. биол. наук


И.П. Шиловский

17.09.2026