

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ
ХИРУРГИИ ИМ. А.Н. БАКУЛЕВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

СТЕНОГРАММА № 16

заседания Диссертационного Совета 21.1.038.01

от 26 апреля 2024 года

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ЗАСЕДАНИЯ:

председатель

диссертационного совета,

д.м.н., профессор, академик РАН

Голухова Елена Зеликовна

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ:

доктор медицинских наук

Газизова Динара Шавкатовна

Защита диссертации

на соискание ученой степени доктора медицинских наук

Джиджихия Константине Малхазовича на тему:

**«Анатомо-хирургическая концепция врожденных пороков конотрункуса
с нарушением желудочково-артериальной конкордантности»**

по специальности 3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия

Москва - 2024

**Председатель заседания – председатель Диссертационного совета,
доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:**

– Уважаемые коллеги, на заседании Диссертационного совета
присутствуют:

№	Ф.И.О.	Учёная степень, шифр специальности в совете	
1	Голухова Елена Зеликовна	доктор мед. наук, 3.1.20	Председатель Диссертационного совета
2	Подзолков Владимир Петрович	доктор мед. наук, 3.1.15	Заместитель председателя Диссертационного совета
3	Ярустовский Михаил Борисович	доктор мед. наук, 3.1.12	Заместитель председателя Диссертационного совета
4	Газизова Динара Шавкатовна	доктор мед. наук, 3.1.20	Ученый секретарь Диссертационного совета
5	Аверина Ирина Ивановна	доктор мед. наук, 3.1.20	
6	Аронов Давид Меерович	доктор мед. наук, 3.1.20	
7	Бокерия Лео Антонович	доктор мед. наук, 3.1.15	
8	Бузиашвили Юрий Иосифович	доктор мед. наук, 3.1.20	
9	Горбачевский Сергей Валерьевич	доктор мед. наук, 3.1.15	
10	Диасамидзе Кахабер Энверович	доктор мед. наук, 3.1.12	
11	Керен Милена Абрековна	доктор мед. наук, 3.1.20	
12	Ким Алексей Иванович	доктор мед. наук, 3.1.15	
13	Ключников Иван Вячеславович	доктор мед. наук, 3.1.20	
14	Купряшов Алексей Анатольевич	доктор мед. наук, 3.1.12	
15	Лобачева Галина Васильевна	доктор мед. наук, 3.1.12	
16	Проценко Денис Николаевич	доктор мед. наук, 3.1.12	
17	Свободов Андрей Андреевич	доктор мед. наук, 3.1.15	
18	Сигаев Игорь Юрьевич	доктор мед. наук, 3.1.15	

19	Сокольская Надежда Олеговна	доктор мед. наук, 3.1.12	
20	Шаталов Константин Валентинович	доктор мед. наук, 3.1.15	

Уважаемые коллеги! Начинаем заседание нашего диссертационного совета. Всего из 25 членов совета, утвержденного приказом председателя ВАК РФ, присутствует 20 членов совета – количественный кворум обеспечен. По специальности 3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия присутствует 7 членов совета – качественный кворум также обеспечен. Таким образом, совет правомочен начать работу. Заседание объявляется открытым.

У нас сегодня на повестке дня защита диссертации Джиджихия Константине Малхазовича на тему: «Анатомо-хирургическая концепция врожденных пороков конотрункуса с нарушением желудочково-артериальной конкордантности» на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия.

Научный консультант:

Шаталов Константин Валентинович, доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заместитель директора Центра, заведующий отделением неотложной хирургии врожденных пороков сердца.

Официальные оппоненты:

Мовсесян Рубен Рудольфович – доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, заведующий отделением кардиохирургии Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий» (г. Санкт-Петербург) (специальность 3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия);

Иванов Алексей Сергеевич – доктор медицинских наук, профессор, сердечно-сосудистый хирург кардиохирургического отделения № 2 Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (специальность 3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия);

Горбатов Юрий Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, руководитель центра детской кардиохирургии и хирургии новорожденных Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Российской Федерации (специальность 3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия).

Ведущая организация: **Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации.**

Пожалуйста, Динара Шавкатовна, информация по содержанию представленных автором документов.

Ученый секретарь Диссертационного совета, доктор медицинских наук Газизова Д.Ш. зачитывает материалы, содержащиеся в личном деле соискателя. Отмечается, что материалы личного дела и документы предварительной экспертизы соответствуют требованиям «Положения» Высшей аттестационной комиссии при Министерстве образования и науки Российской Федерации.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухов Е.З.:

– Спасибо.

Пожалуйста, Константине Малхазович, Вам предоставляется слово.

Джиджихия Константине Малхазович (соискатель) излагает материал диссертации (доклад прилагается).

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Спасибо, Константине Малхазович. Какие будут вопросы? Пожалуйста.

Пока все думают, я задам вопрос. У Вас в работе есть такой раздел по 3D-моделированию у этих больных, и есть такие рекомендации что ли о морфометрических взаимоотношениях, которые позволяют сделать какой-то вывод о хирургической технике, может быть, но в выводах потом это не фигурирует. Поэтому хотела Вас спросить, какое Ваше мнение по поводу этого метода, насколько он полезен, может быть, у такой сложной категории больных, о которых Вы сегодня докладываете?

Джиджихия К.М. (соискатель):

– Глубокоуважаемая Елена Зеликовна! Спасибо большое за вопрос! В исследовании данный метод диагностики не является определяющим, он дополняет. Что мы им делали? Собственноручно мы сами моделируем эти сердца. Но этот процесс, во-первых, не валидирован, поэтому мы не можем на него опираться, и мы не можем от него получить какие-то строгие точки. Поэтому это был вспомогательный инструмент для того, чтобы по 3D-моделированию внутрисердечных структур проверить точность предоперационного диагноза – дефект подлегочный, подартериальный или какого он типа. Почему он не фигурирует в выводах? Именно потому, что он не валидирован и он не является основным методом диагностики. С другой стороны, почему он включен в исследование? И это то, о чем Вы спрашивали во второй части вопроса, насколько это полезно. Колоссальная практическая эффективность. В хирургии врожденных пороков сердца на использование метода 3D-диагностики на отхождение аорты и легочной артерии от правого желудочка приходится 70% всех случаев использования этого метода.

Почему именно при нем? Потому что очень сложная анатомия, очень сложный анатомический диапазон возможных вариантов, в отношении которых при использовании стандартных наших дооперационных методов диагностики порой нельзя прийти к единому мнению, если мы говорим о методе моделирования внутрисердечных структур, а не внесердечной анатомии. И тогда нам этот метод позволяет со стопроцентной точностью определить тип дефекта, определить детали внутрисердечной анатомии и подготовиться к операции. В продолжение к вопросу о практической эффективности. Более того, сегодня существуют VR-технологии, которые позволяют подойти прицельно к отхождению аорты и легочной артерии, хирургу позволяют надеть VR-очки и в режиме реального времени, манипулируя устройствами на правой и левой руке, отсекают любую камеру сердца и выявлять дефект в той или иной области.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Спасибо, я абсолютно удовлетворена. Замечательный ответ!

Какие есть еще вопросы? Пожалуйста, Андрей Андреевич.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук Свободов А.А.:

– Спасибо за интересный очень доклад, такой фундаментальный.

Вопрос заключается вот в чем: то расстояние, на которое Вы делали свой акцент, между трикуспидальным клапаном и легочной артерией, какие критерии его измерения? То есть это измерение, я так понимаю, происходит по срезам компьютерной томографии, но клапаны располагаются же в разных областях, в разных плоскостях, это на схеме они так располагались, как будто всё 2D в одной плоскости, но в настоящей же анатомии они располагаются в разных плоскостях. Где те точки, где нужно измерять это расстояние для того, чтобы понимать, насколько точно это соответствует Вашей работе? Потому что я этого не увидел в докладе.

И второй вопрос: правильно ли я понял, что, основываясь на величине угла расположения между аортой и легочной артерией, только основываясь на этом, мы уже можем фактически со 90-100%-ной уверенностью говорить о дефекте – коммитированный он или некоммутированный?

Джиджихия К.М. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Андрей Андреевич! Оба вопроса ясны. Спасибо за вопросы.

Ответ на первый вопрос. В докладе это не прозвучало, в диссертационной работе в разделе «Материалы и методы» описан процесс, как мы определяли. Несмотря на то, что аорта и легочный клапан находятся в разных плоскостях, всегда можно вывести проекцию, которая называется «трикуспидальный клапан – дефект аорты». Меряется расстояние от самой крайней точки трикуспидального клапана до самой ближайшей точки аортального клапана. Это можно сделать во всех случаях, так происходило определение. Как мы определяли соответствие / несоответствие? Это была бинарная переменная, она либо равняется диаметру фиброзного кольца, либо больше; и другой вариант – либо она меньше. То есть, если она меньше, то тогда соответственно трикуспидально-легочное расстояние определялось как меньше, чем диаметр аорты.

Касательно Вашего второго вопроса. Нет, нельзя по степени угла ротации определить, какой тип дефекта будет. Потому что в одном из промежуточных слайдов я указал спектры ориентации конусной перегородки, оно же и спектры ориентации оси артериальных клапанов, они просто перпендикулярны. Так вот эти спектры перекрываются друг с другом. И это говорит нам о том, прицельно к Вашему вопросу, что один и тот же угол ротации может наблюдаться и при ДОС с подлегочным, и при ДОС с коммитированным дефектом. Поэтому сказать, что от угла ротации строго зависит тип дефекта, нельзя. Зависимость есть, но не математическая.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Пожалуйста, Владимир Петрович.

Заместитель председателя Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН Подзолков В.П.:

– Скажите, пожалуйста, принималось ли во внимание в Вашей работе состояние митрально-аортального контакта и митрально-легочного контакта? Это первый вопрос.

И второй вопрос: были ли у Вас случаи или, может быть, в мировой литературе, когда гемодинамика транспозиции наблюдалась при нормальном расположении магистральных сосудов?

Джиджихия К.М. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Владимир Петрович! Правильно ли я понимаю, что Вы говорите про анатомическую корригированную мальпозицию сосудов, когда гемодинамика транспозиции, Вы обозначили, при нормальном расположении сосудов?

Заместитель председателя Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН Подзолков В.П.:

– Да.

Джиджихия К.М. (соискатель):

– Нет, никогда, потому что даже по данным R.H. Anderson и соавторов никогда не может быть подлегочного дефекта при нормальном расположении легочной артерии, когда аорта находится справа и сзади от легочного клапана. Это описано в обзорной части и со ссылками, что такого даже морфологи не встречали.

Касательно первого Вашего вопроса о митрально-аортальном продолжении. Очень сложный вопрос, потому что сегодня диагноз ДОС не может быть поставлен по митрально-аортальному дисконтакту. Потому что до 2000 года это был основной критерий для постановки диагноза, то есть,

если есть митрально-аортальный фиброзный контакт, диагноз ДОС не может быть поставлен. Но после того, как в 2000 году издали международную классификацию с определением терминологии пороков, то митрально-аортальный дисконттакт уже не входит в определение ДОС. А главным определением на сегодняшний день является функциональный критерий 50%, от которого сегодня все и отталкиваются. С анатомической точки зрения, это не имеет оправдания, потому что для того, чтобы сформировался ДОС, нужен дисконттакт. Этому посвящены, в частности, Ваши работы, Владимир Петрович, и ряда наших сотрудников, которые эту тему с самого начала развивали. Но сегодня в нашем исследовании мы включали пациентов по современному критерию 50%: аорта отходит от правого желудочка больше, чем на половину; стеноз легочной артерии, ДМЖП – ДОС от правого желудочка.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Вы удовлетворены, Владимир Петрович? (Да).

А можно мне у Вас спросить, такие особенности формирования порока конотрункуса являются ли они потенциально проаритмогенными?

Джиджихия К.М. (соискатель):

– Глубокоуважаемая Елена Зеликовна! Таких работ не встречал, не могу сказать, Елена Зеликовна.

Будут ли еще вопросы? Пожалуйста, Алексей Анатольевич.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских Купряшов А.А.:

– Скажите, пожалуйста, исходя из Вашей концепции, как Вы объясните формирование подаортального ДМЖП у больных с L-аортой?

Джиджихия К.М. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Алексей Анатольевич! L-аорта – это L-петля в процессе эмбриогенеза. Сегодня L-аорта рассматривается вместе с

анатомически корригированной транспозицией как вариант situs solitus left loop (левая петля) и L-аорта. Это было критерием исключения из исследования, потому что эмбрионально предпосылка другая. А все варианты ДОС, которые мы изучаем, это все варианты D-петлеобразования на этапе эмбриогенеза. То есть, с нашей точки зрения, когда мы определяли критерии включения и исключения, L-аорта, ДОС с L-аортой не вошло в исследование исключительно из этих соображений.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Спасибо. Есть ли еще вопросы? (Нет). Спасибо большое!

Джиджихия К.М. (соискатель):

– Спасибо.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Слово предоставляется научному консультанту, доктору медицинских наук, профессору Шаталову Константину Валентиновичу.

Научный руководитель – доктор медицинских наук, профессор Шаталов Константин Валентинович:

– Константине Малхазович пришел к нам в Центр, будучи молодым человеком, в ординатуру, закончил аспирантуру, блистательно защитил, на мой взгляд, кандидатскую диссертацию в нашем отделении и подготовил такую докторскую диссертацию. Она, безусловно, сложна для восприятия общему контингенту кардиохирургов и кардиологов. Но, поверьте мне, при втором-третьем прочтении его работы тем, кто будет этим интересоваться, всё будет максимально понятно, и самое главное – максимально полезно. То есть здесь создан алгоритм, который дает возможность решать тот постоянный вопрос, который стоит перед кардиохирургической бригадой: что делать при ДОС в том или другом случае?

Не буду про науку говорить, тем более что вообще соискателя доктора наук научный консультант не представляет. Но хочется, что сказать, что более вьедливого, более честного ученого и естествоиспытателя я в своей жизни, наверное, не видел, а я видел много людей, которые пытались быть учеными. У кого-то это получалось, у кого-то нет, у Константине Малхазовича это получается. Он настоящий ученый. У него также большие предпосылки и хорошие руки хирургические – мы это видим за операционным столом. Я думаю, что его ждет довольно большое будущее и в хирургии, и в науке.

И еще одну вещь хочется сказать. У Константине Малхазовича у единственного, ну, вместе со мной, как его соавтора, наверное, есть в Российской Федерации книга, изданная в издательстве Springer, которая прошла все стадии своего рецензирования, а она полностью посвящена этой диссертации и основана на материалах этой диссертации, которая говорит о том, что это научное такое изыскание востребовано в мире.

И хочется поздравить и наш Центр, и Константине Малхазовича с тем, что такая работа ведется. Я призываю всех членов диссертационного совета голосовать за эту диссертацию, если я имею на это право.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Спасибо, Константин Валентинович.

Пожалуйста, Динара Шавкатовна, Вам слово, чтобы Вы нам рассказали, какие отзывы на автореферат и диссертационную работу мы получили.

Ученый секретарь Диссертационного совета, доктор медицинских наук Газизова Д.Ш. зачитывает:

1. Заключение организации, в которой выполнена диссертация – Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени

А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (в заключении диссертация рекомендуется к защите, заключение прилагается).

2. Отзыв ведущей организации Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации (отзыв положительный, не содержит замечаний, прилагается).

3. Отзывы на автореферат от:

- руководителя отдела кардиохирургии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, доктора медицинских наук, профессора, члена-корреспондента РАН Шумакова Дмитрия Валерьевича;
- заведующего кардиохирургическим отделением № 3 ФГБУ «Федеральный центр высоких медицинских технологий» Минздрава России (г. Калининград), доктора медицинских наук Кривошекова Евгения Владимировича.

Все отзывы положительные, замечаний не содержат (прилагаются).

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Спасибо. Предоставляю слово официальному оппоненту, члену-корреспонденту РАН, профессору Рубену Рудольфовичу Мовсисяну. Пожалуйста.

Доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН Мовсисян Рубен Рудольфович (официальный оппонент) зачитывает отзыв (отзыв положительный, критических замечаний не содержит, прилагается).

Во время выступления оппонентом сделан ряд замечаний, носящих характер пожеланий, дискуссионных рассуждений, которые частично имеют место в отзыве, следующего содержания.

В продолжение вопроса Елены Зеликовны по поводу взаимосвязи с аритмологией. Есть такие работы и, конечно, многие патологии имеют

взаимосвязь с неправильным проведением проводящих путей. И более того, потом в послеоперационном периоде, не зная, где проходят проводящие пути сердца, при различных формах туннелирования, переноса, ротации, можно привести к очень серьезным осложнениям в виде полной поперечной блокады и необходимости имплантации кардиостимулятора.

Очень важен вопрос и митрально-аортального контакта, поскольку данный контакт осложняет во многом последующее туннелирование, и необходимо знать все эти анатомические факторы.

Будут ли предложенные автором в исследовании алгоритмы использоваться всеми хирургами в последующем? Это очень сложный вопрос. Не все хирурги будут браться за очень сложные реконструкции при формах транспозиционного положения сосудов, с некоммутированными дефектами при ДОС. И некоторые хирурги считают, что лучше сделать хороший Фонтен, чем плохую двухжелудочковую коррекцию. Поэтому, конечно, тут надо исходить из особенностей, возможностей самого хирургического стационара, где будут проводиться эти операции.

Оппонентом высказано пожелание об исследовании большего количества пациентов (от 100 и выше), что, по мнению оппонента, вполне возможно в рамках такого большого Центра, как Бакулевский центр.

В отношении обзора литературы оппонентом высказано замечание о недостаточном количестве российских источников (17), поскольку из одного лишь Бакулевского центра вышло намного больше работ по исследуемой теме, не хватает отечественных исторических работ по хирургической анатомии.

Оценка непосредственных результатов проводится не совсем типично, как это принято. Автор сравнивает результаты пациентов, которые соответствовали и не соответствовали разработанному протоколу, но оценивает конкретные интересующие точки (среднее количество операций на пациента до момента анатомической или конечного этапа гемодинамической

коррекции и длительность артериальной гипоксемии) без описания особенностей раннего послеоперационного периода и наблюдения пациентов после выписки из стационара, что не позволяет судить о долгосрочных результатах.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Спасибо большое, Рубен Рудольфович!

И я предоставляю слово доктору медицинских наук, профессору Алексею Сергеевичу Иванову.

Доктор медицинских наук, профессор Иванов Алексей Сергеевич (официальный оппонент) зачитывает отзыв (отзыв положительный, замечаний не содержит, прилагается).

Оппонент считает, что работа направлена на решение вопроса о том: возможно ли выполнить радикальную коррекцию порока при той или иной форме аномалий развития внутрижелудочковых структур. Используя алгоритм, предложенный автором, можно четко решить: возможно ли сделать сразу радикальную коррекцию или необходимо дополнительно выполнять паллиативные операции.

В качестве пожеланий для дальнейшего исследования оппонентом предложено провести аналогичные исследования по другим типам пороков.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Спасибо большое, Алексей Сергеевич! Хотя отзывы оппонентов не содержали замечаний, тем не менее, пожалуйста, Константине Малхазович, Вам слово.

Джиджихия К.М. (соискатель):

– Елена Зеликовна, разрешите выразить огромную благодарность и низкий поклон оппонентам за тот кропотливый анализ, который был совершен с моей диссертационной работой.

И я начну с ответа Рубену Рудольфовичу, если позволите. Такая проблема, как рестриктивные дефекты, которые являются потенциальным субстратом, во-первых, для развития блокад ножек пучка Гиса либо полной поперечной блокады и последующей имплантации ИКС; и вторая проблема – это риски подаортальной обструкции, которая развивается в отдаленные сроки после операции, она, несомненно, существует. 10% дефектов при ДОС являются рестриктивными. В каком направлении их расширять, мы знаем, потому что здесь нет специфической привязки именно к диагнозу ДОС. Эти же правила существуют и при изолированных дефектах. Если мы имеем изолированный приточный дефект и ДОС с приточным дефектом, то проводящая система проходит и в первом случае, и во втором случае одинаково, при выводных то же самое – по заднему нижнему краю и т.д. Поэтому, не имея специфические привязки к ДОС, мы не анализировали проводящую систему.

Анатомия коронарных артерий важна в контексте выполнения артериального переключения при вариантах ДОС с легочным дефектом, когда мы говорим про Switch, ротацию блока и т.д., а также при некоторых вариантах некоммутированного дефекта, который первым предложил F. Lascour-Gayet, и в нашем Центре такая показательная операция в начале нулевых была сделана, когда при сложной анатомии через некоммутированный дефект расширялся в переднем верхнем направлении, и легочный клапан переводился в левый желудочек и конверсия в полную транспозицию, с последующим выполнением Switch. Да, это, несомненно, важный аспект изучение анатомии коронарных артерий. Но привязка к анатомической части, как исследовать эту анатомию? Коронарные артерии развиваются, как мы знаем не от аорты к миокарду, а от миокарда к аорте. Поэтому успевают ли коронарные артерии дойти до устьев синусов до того, как произошла ротация или после, мы не знаем. Поэтому если бы коронарные артерии развивались до ротации, а потом происходила бы

ротация, то, наверное, в нормальных сердцах мы наблюдали бы петлевидный ход артерии, то, что мы имеем при транспозиции. Поэтому, учитывая неясности и сложности, также коронарные артерии здесь не анализируются.

Митрально-аортальный контакт. Однозначно для нас, когда происходят кулуарные разговоры, для каждого хирурга необходимым критерием для постановки диагноза ДОС является именно наличие мышечной прослойки между митральным и аортальным клапаном. Не совсем понятно, по каким причинам мы перешли к тому, что основной критерий сегодня 50%, но, по всей видимости, принятие этого функционального критерия решает те анатомические сложности, которые существуют. И чтобы их не объяснять и не переделывать исследование, наверное, удобнее пользоваться этим функциональным критерием. Мы не уверены в том, что исследование по 150 пациентам, прооперированным по поводу тетрады Фалло, не содержит половину ДОС и наоборот. Поэтому наше личное мнение, что, с эмбриологической точки зрения, со всех анатомических точек зрения, для того чтобы сформировался ДОС и для того, чтобы не было возможности аорте сместиться к левому желудочку, все-таки нужен этот дисконтакт, нужна эта мышечная прослойка.

Будет ли алгоритм работать? Наверное, в разных условиях, в разных клиниках будет работать по-разному. Я хочу обозначить с самого начала, что, конечно же, диссертационная работа имеет свои «подводные камни» в силу нерешенных каких-то фундаментальных вопросов, как и любое другое исследование. Ограничения и недостатки четко указываются в самой рукописи. И будет ли работать алгоритм – это зависит от места приложения и от того, кто прикладывает, наверное, всё это дополняется опытом хирурга, который всем этим занимается.

И напоследок, почему не 100 пациентов? Круглые цифры всегда вызывают сомнение. И сколько пациентов было, столько мы и отобразили.

Спасибо большое, Рубен Рудольфович! Мне безумно приятно слышать Вашу рецензию, высокую оценку моей диссертационной работы, потому что она в буквальном слове, прошу прощения за жаргонизм, выжата из всех умственных и физических способностей, которыми мы обладаем.

Алексей Сергеевич! Спасибо Вам за Ваш отзыв, за Ваш время.

Коротко на двух положениях, которые я обозначил из Вашей рецензии. Возможна ли анатомическая коррекция при всех вариантах ДОС? И говорит ли алгоритм об этом? Да, алгоритм говорит об этом и не только алгоритм. Если нет гипоплазии желудочков и, как я обозначил, грубых нарушений АВ-клапанов, возможно и при некоммитированном дефекте. В трехмесячном возрасте делать ли ребенку радикальную коррекцию с некоммитированным дефектом? Нет. Паллитив, дорастить примерно до года и сделать радикальную коррекцию с меньшим риском последующей подаортальной обструкции. Поэтому здесь опять же зависит от школы: кто-то придерживается гемодинамической коррекции со своими преимуществами, а кто-то – анатомической коррекции, подкрепляя мнение тем, что гемодинамическая коррекция имеет свои недостатки.

И нужны ли паллиативы? В ряде случаев нужны, как я обозначил. Единственный вариант из всех, где целесообразно рутинно использовать паллиатив либо операцию Мюллера, если нет стеноза либо анастомоза, если есть стеноз, при некоммитированном дефекте.

Спасибо большое!

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Спасибо.

И у нас по уважительной причине отсутствует третий оппонент, но он представил отзыв – это доктор медицинских наук, профессор Юрий Николаевич Горбатых. Пожалуйста, Динара Шавкатовна.

Ученый секретарь Диссертационного совета, доктор медицинских наук Газизова Д.Ш. зачитывает отзыв официального оппонента, доктора медицинских наук, профессора Горбатов Ю.Н. (отзыв положительный, замечаний не содержит, прилагается).

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Спасибо. Сейчас у нас есть возможность обменяться мнением об этой работе. Пожалуйста, приглашаю всех членов совета. Пожалуйста, Алексей Иванович.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Ким А.И.:

– Уважаемая Елена Зеликовна, уважаемые члены ученого совета, уважаемый диссертант, коллеги!

Мне посчастливилось быть председателем на апробации этой работы. И я очень коротко постараюсь сказать о некоторых вещах, которые мне кажутся важными.

Во-первых, диссертант, вы видите, насколько он глубоко знает свою тематику, и это подтверждается его ответами, не только написанием самой диссертации, монографии, но и на те вопросы, которые были заданы, насколько глубоко он в теме. И поэтому как ученый он полностью созрел для звания доктора медицинских наук.

Второе очень важно, мы, конечно, редко используем этот материал, который у нас огромный накоплен в нашем Центре, именно материал по сердцам, по патологиям. И это одна из тех работ, которая вышла в традиционном очень стиле, который был раньше принят, когда мы разбирали все анатомические препараты и отсюда делали определенные выводы.

Кроме того, были соединены в этой работе современные методы исследования, которые перетекли в то, что имеются различные варианты возможности оперативного лечения, в том числе преимущественно это

радикальной коррекции. На самом деле, конечно, пороки конотрункуса – это, наверное, один из самых сложных и самых больших разделов врожденных пороков сердца. И исследований здесь будет проводиться еще очень много и долго при различных вариантах. И мы знаем, что и сегодня возникают некоторые вариации уже практически известных анатомических форм, но вариации продолжают возникать.

И мне очень еще понравилось то, что здесь были очень четкие критерии включения и исключения. Человек из этой когорты выбрал тот материал, который абсолютно доказывает это исследование.

Поэтому я призываю всех членов диссертационного совета поддержать эту работу.

Спасибо.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Спасибо, Алексей Иванович. Кто еще хотел бы выступить? Пожалуйста, Алексей Анатольевич.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук Купряшов А.А.:

– Уважаемая Елена Зеликовна, уважаемые коллеги!

Звучали сегодня уже имена Van Praag R., Anderson R.H., действительно очень серьезные работы ими начинались и до последнего времени ведутся в области анатомии ДОС. Но лет 30 назад из отделения Владимира Петровича вышло исследование, которое на тот момент фактически формулировало один из оригинальных взглядов на морфологию ДОС совместно с лабораторией патологической анатомии, докторами Ф.Р. Рагимовым и Т.М. Лебедевой. Жаль, что в отличие от Константина Малхазовича в монографию это тогда не вылилось, и в результате найти информацию об этой работе достаточно сложно. Но тогда это было достаточно большое явление и оригинальная концепция ДОС, я имею в виду, морфологическая концепция

ДОС, которая рассматривала его, как порок, возникающий в результате разобщения дистального, проксимального конусов и т.д.

Через 30 лет Константине Малхазович предлагает собственную теорию, которая, с одной стороны, вобрала лучшие положения, уже ранее существовавшие, с другой стороны, абсолютно объективно творчески развившаяся и объективно позволила ему сформировать оригинальную концепцию развития ДОС. Это с одной стороны.

С другой стороны, представление ДОС как спектр пороков в отличие от тетрады, в отличие от ДМЖП, в отличие от транспозиции с ДМЖП предполагает определение оригинальных технических, и что очень важно – тактических приемов. С тетрадой, ДМЖП, транспозицией в отношении тактики, в общем и целом, понятно, а с ДОС эта пересортица определенная, о которой Константине Малхазович говорил, что понимать под ДОС, она вносит некоторую неопределенность. Соответственно предлагаемая морфологическая концепция и вытекающие из нее тактические решения упрощают, с одной стороны, принятие решений, с другой стороны, делают принятие этих решений более обоснованным.

Чтобы мне еще хотелось сказать уже о личности диссертанта. Удивительный, замечательный спорщик. Надо сказать, что мы с ним обсуждали результаты его исследования, когда оно еще не обрело форму диссертации. И надо сказать, что не со всеми его выводами я тогда соглашался, но в ходе наших дискуссий он абсолютно логично, абсолютно аргументированно и объективно меня убеждал в справедливости своих взглядов, своих решений, своих выводов.

И, таким образом, очевидно, что сегодня мы видим перед собой абсолютно сложившегося ученого, который в состоянии решать крупные научные задачи. И я прошу поддержать эту диссертацию.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Спасибо, Алексей Анатольевич. У вас большая компания спорщиков замечательных, кандидатов много? Есть. Поделитесь потом. Пожалуйста, кто бы еще хотел выступить? Пожалуйста.

Кандидат медицинских наук Гордеева М.В. (врач-патологоанатом, старший научный сотрудник отделения патологической анатомии с прозектурой ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России):

– Глубокоуважаемая Елена Зеликовна, Лео Антонович, глубокоуважаемые члены диссертационного совета! Благодарю вас за возможность выступить.

Что хочу сказать, прежде всего, о диссертанте. Константине Малхазович – редкий представитель хирургической когорты, который приходит и работает в прозектуре. Мы с ним тоже много спорили. Но хочется отметить, что именно его эта скрупулезность, въедливость как червя, с каким вниманием он изучал каждый препарат, в общем, хочется поклониться ему за то, что такие хирурги сейчас есть, развиваются в нашем Центре.

Второе, что хочется сказать, известно высказывание М.Ф. Зиньковского, что двойное отхождение от правого желудочка – это анатомический монстр. Благодаря работе Константине Малхазовича немножечко этот монстр стал добрее что ли, открыл перед нами свое лицо.

И очень приятно, что за много лет в нашем Центре появилась такая глубокая анатомо-клиническая работа, которая действительно послужить и как учебником для дальнейшего развития и обучения молодых хирургов.

Спасибо большое!

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Спасибо. В устах патологоанатома Ваши слова звучат как комплимент, конечно. Еще кто-то хотел бы выступить? (Нет желающих).

Тогда предлагаем состав счетной комиссии для тайного голосования и подведения итогов тайного голосования: Диасамидзе Кахабер Энверович, Аверина Ирина Ивановна и Милена Абрековна Керен. Кто «за»? (голосуют). Кто-то воздерживается? (Нет) Против? (Нет). (Проводится голосование. Состав счетной комиссии утверждается единогласно).

Тогда предлагаю комиссии приступить к работе.

Происходит процедура тайного голосования.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Пожалуйста, председатель счетной комиссии оглашает результаты.

Председатель счетной комиссии, доктор медицинских наук Диасамидзе К.Э. зачитывает протокол заседания счетной комиссии:

Протокол № 16 заседания счетной комиссии, избранной Диссертационным советом 21.1.038.01 от 26 апреля 2024 года.

Состав избранной комиссии:

Председатель комиссии – доктор медицинских наук Диасамидзе Кахабер Энверович.

Члены комиссии – доктор медицинских наук Аверина Ирина Ивановна, доктор медицинских наук Керен Милена Абрековна.

Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Джиджихия Константине Малхазовича на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия.

Состав Диссертационного совета утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации о Советах по защите докторских и кандидатских диссертаций от 2 ноября 2012 года № 714/нк (с изменениями от 12 июля 2023 года 1492/нк) в количестве 25 человек.

На заседании присутствовало 20 членов Совета, в том числе докторов наук по профилю рассматриваемой диссертации 3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия – 7 человек. Роздано бюллетеней – 20, осталось не розданных – 5, оказалось в урне – 20.

Результаты голосования по вопросу о присуждении ученой степени доктора медицинских наук Джиджихия Константине Малхазовичу:

За	- 20,
Против	- нет,
Недействительных бюллетеней	- нет.

Таким образом, при проведении тайного голосования Диссертационный совет в количестве 20 человек (из них по специальности, 3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия – 7 человек), участвовавших в заседании из 25 человек, входящих в состав Совета (5 членов Диссертационного совета отсутствовали по уважительным причинам), проголосовал: «за» – **20**, «против» – **нет**, недействительных бюллетеней – **нет**.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

Протокол счетной комиссии утверждаем. Прошу голосовать. Кто «за»? (Проводится голосование. Протокол счетной комиссии утверждается единогласно).

Мы должны утвердить проект заключения по диссертации. Ученый секретарь зачитывает проект заключения по диссертации.

Ученый секретарь Диссертационного совета, доктор медицинских наук Газизова Д.Ш. зачитывает проект заключения Диссертационного совета 21.1.038.01 по диссертации Джиджихия Константине Малхазовича на тему: «Анатомо-хирургическая концепция врожденных пороков конотрункуса с нарушением желудочково-артериальной конкордантности»

на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия:

– Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований изучен анатомический принцип формирования спектра пороков отхождения аорты и легочной артерии от правого желудочка, а также разработан единый алгоритм принятия хирургического решения.

Теоретическая значимость положений диссертационной работы основывается на определении конкретного положения отдельных типов отхождения аорты и легочной артерии от правого желудочка и простой транспозиции магистральных артерий в спектре пороков конотрункуса, определении взаимосвязи между компонентами внутрисердечной и внесердечной анатомии при рассматриваемых пороках сердца, выделении классификации подартериальных дефектов межжелудочковой перегородки, а также изучении принципа спиралевидного и параллельного хода артериальных стволов. Для оценки основных изучаемых параметров в диссертационной работе использованы современные методы диагностики. Достоверность полученных результатов обеспечивается правильным применением статистических методов исследования.

Практическая значимость исследования подразумевает разработку единого алгоритма принятия хирургического решения при всех формах отхождения аорты и легочной артерии, что позволяет уменьшить количество паллиативных вмешательств и длительность артериальной гипоксемии, и подтверждается внедрением данного алгоритма в клиническую практику отделения неотложной хирургии врожденных пороков сердца ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России.

Оценка достоверности результатов диссертационной работы выявила, что все выдвигаемые положения доказаны статистически с включением достаточного количества пациентов для статистической обработки информации, репрезентативностью исследуемых групп, правильным

дизайном исследования с учетом критериев включения и исключения.

Личный вклад соискателя заключается в формулировании изначальной гипотезы, определении цели и задач исследования, обзора литературы, сбора, анализа и статистической обработки клинического материала, создании дизайна исследования, интерпретации результатов, а также формулировании выводов и практических рекомендаций, написании текста самой рукописи, лечении пациентов и участии в операционном процессе.

Таким образом, на заседании 26 апреля 2024 года диссертационный совет принял решение присудить Джиджихия Константине Малхазовичу ученую степень доктора медицинских наук по специальности 3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Какие-то есть замечания по проекту заключения? Нет. Прошу проголосовать за утверждение проекта заключения открытым голосованием. Кто «за»? Кто воздержался? (Нет). Кто против? (Нет). Принято единогласно. (Проводится голосование, заключение принимается единогласно: «за» - 20, «против» - нет, «воздержался» - нет).

Константине Малхазович, очень приятно, что сегодня блестяще с таким голосованием Вы защитили свою диссертацию. Я думаю, что это действительно большое достижение нашего Центра. И то, что сегодня было сказано и Вашим научным руководителем, и потом в разных вариациях, тем не менее, и повторено оппонентами, у Вас, конечно, большое будущее. И мне хочется, чтобы у Вас всё в этих стенах реализовалось. Я поздравляю Вас с удовольствием! Это просто доставляет огромное удовольствие и гордость за наш Центр и, конечно, за Вас. Спасибо Вам большое! Поздравляем!

Пожалуйста, Вам слово.

Джиджихия К.М. (соискатель):

– Елена Зеликовна, спасибо большое, что не отрываете меня от жизни Центра и говорите, что это определенное маленькое достижение Центра!

Спасибо большое этому Центру, в котором я вырос и расту! Без всякого преувеличения он за последние десять лет моего нахождения здесь стал моим альма-матер.

Вам спасибо, Елена Зеликовна, потому что Вы поддерживаете в начинаниях, будь то выход новой книги, будь то какие-то проблемы с организацией вопросов, которые Вы поручаете. Вы поручаете – и для нас большая честь Ваше доверие и, конечно же, мы стараемся работать так, чтобы это доверие оправдать.

Разрешите маленькое отступление. В 2018 году мне посчастливилось в этих же стенах защищать кандидатскую диссертацию, и тогда в президиуме сидел директор Центра, и сейчас в президиуме сидит директор Центра. И, наверное, звезды так складываются, спасибо судьбе за это.

Несколько благодарностей. Я хочу начать с рецензентов моей апробации – это Купряшов Алексей Анатольевич и Кокшенев Игорь Валерьевич. Спасибо за то, что благодаря им я сегодня смог представить диссертационную работу со своими минусами, конечно же, но в том виде, в котором я бы не смог ее представить перед вами, если бы не было критических замечаний. Отдельная благодарность Алексею Анатольевичу за то, что правду ставит выше всего и благодаря его критическим и принципиальным замечаниям, от которых он не отступал, от правильной бескомпромиссной позиции, сегодня в моей диссертационной работе фигурировали положения и выводы с учетом тех важных замечаний, которые он делал.

Спасибо оппонентам за время, которое требовалось для анализа и время, чтобы приехать сюда и выступить. Спасибо за вашу благосклонность и теплые слова.

Спасибо диссертационному совету за положительное решение, секретариату нашего диссертационного совета.

И низкий поклон всем тем людям, которые сегодня находятся здесь в зале и которые из коллег превращаются в друзей и в родных людей. И

работая с ними, я понимаю, то, что я слышу от старших моих коллег, что самостоятельным быть совершенно, конечно же, невозможно.

Спасибо всем!

И, конечно же, спасибо моему, самое лучшее слово, учителю Константину Валентиновичу Шаталову! Потому что это человек, который меня сопровождает зеленым светом на всем моем пути с самого восьмого дня моего пребывания в Бакулевском институте, именно тогда я попал в его отделение, это человек, который меня учит больше без слов своим поведением, своим отношением к пациентам, к делу. Низкий поклон! Спасибо большое!

Конечно же, мама это тот, кто все мне и дает, спасибо моей семье естественно; это отдельная благодарность уже, которая за стенами этого института будет выражена уже совсем в другой форме.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Спасибо Вам! Принимается с удовольствием. Единственное, что Алексея Анатольевича, видимо, Вы так спорить, не знаю, научили, но, видимо, как-то усовершенствовали, поэтому с утра мы прямо с ним иногда в жарких дискуссиях время проводим. Я надеюсь, что теперь после защиты диссертации это будут такие более лояльные беседы. Спасибо Вам большое! Это, конечно, шутка. Еще раз поздравляем! Спасибо.

Председатель заседания

диссертационного совета 21.1.038.01

д.м.н., профессор, академик РАН

Ученый секретарь

диссертационного совета 21.1.038.01

доктор медицинских наук



Е.З. Голухова

Д.Ш. Газизова

26 апреля 2024 г.