

ОТЗЫВ ОФИЦИАЛЬНОГО ОППОНЕНТА

на диссертационное исследование Солихзода Ардашера Мирзохакима на тему «Оптимизация хирургического лечения гемангиом печени», представленной на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.17- Хирургия-Душанбе, 2026.-180 стр.

1. Соответствие темы и содержания диссертации паспорту научной специальности. Тема диссертационного исследования Солихзода А.М. «Хирургическое лечение гемангиом печени», посвящена улучшению результатов хирургического лечения гемангиом печени, путём применения сверхнизкой температуры жидкого азота, что совпадает с направлениями, изложенными в паспорте специальности 3.1.17_ Хирургия. Цели и задачи диссертационной работы, объект и предмет исследования, использованные лабораторно-инструментальные методы диагностики соответствуют паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 3.1.17- Хирургия. В связи с этим можно утверждать что тема, содержание и основные положения диссертационного исследования соответствуют выбранной специальности и отрасли науки.

2. Актуальность темы исследования.

Как известно, гемангиомы — это наиболее часто встречающиеся очаговые образования печени, имеющие доброкачественную сосудистую природу. Гемангиомы наблюдаются в различных возрастных группах, обычно не проявляются клинически и относительно чаще выявляются у женщин (в качестве случайных находок). При ультразвуковом исследовании (УЗИ), рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) брюшной полости гемангиомы выявляются примерно в 5—20% случаев как у мужчин, так и у женщин, на аутопсии — в 0,4—20% случаев.

В большинстве случаев гемангиомы представляют собой кавернозные образования, реже — капиллярные или смешанные. Встречаются как одиночные, так и множественные гемангиомы (примерно в равном соотношении). В литературе мнения по поводу происхождения и патогенеза гемангиом расходятся. Одни авторы относят их к диспластическим процессам, другие к неопластическим (т. е. к доброкачественным сосудистым опухолям); отдельные авторы классифицируют их как доброкачественные врожденные гамартомы. В целом, вопрос о том являются ли гемангиомы печени опухолями или пороками развития сосудов, длительное время оставался открытым. В настоящее время в современной классификации

опухолей пищеварительной системы (ВОЗ, 2010) гемангиомы печени относят к доброкачественным сосудистым опухолям мезенхимального происхождения.

Большинство гемангиом диаметром менее 4 см бессимптомны. Более крупные гемангиомы могут проявляться клинически и, в редких случаях, (менее 1% наблюдений) обуславливать необходимость лечения, обычно хирургической резекции. Хотя возможны и другие варианты — пункционное склерозирование, артериальная или локальная ферромагнитная эмболизация.

При УЗИ небольшие гемангиомы (менее 3 см в диаметре) выглядят как гиперэхогенные образования с ячеистой структурой и четкими бугристыми контурами. Некоторые гемангиомы визуализируются как гипо- или изоэхогенные образования. Это может крайне затруднять дифференциальную диагностику с метастазами (если не использовать внутривенное контрастирование со специальными контрастными препаратами для УЗИ).

При КТ гемангиомы (нативно) не имеют заметных особенностей в своем отображении и выглядят как округлые образования различных размеров с однородной структурой пониженной плотности и четкими ровными или волнистыми контурами. Без внутривенного контрастирования дифференциальная диагностика с другими очаговыми новообразованиями печени практически невозможна. Однако, при внутривенном контрастировании (как при КТ, так и при МРТ) можно обнаружить очень характерные для гемангиом признаки (постепенное распределения контраста от периферии к центру). При МРТ гемангиомы однородно гипоинтенсивны в T1 и однородно гиперинтенсивны в T2 (но в меньшей степени, чем кисты). Их форма округлая, контуры четкие и ровные; у крупных гемангиом контуры могут быть волнистые.

Осложнения гемангиом развиваются редко. Вероятность их развития зависит от размера и локализации опухоли. Наиболее опасным является разрыв опухоли с кровотечением, которое приводит к гемоперитонеуму или гемобилии и геморрагическому шоку. К счастью, риск клинически значимого кровотечения не превышает 1%. Разрыв больших опухолей может происходить спонтанно или вследствие закрытой травмы живота. Спонтанный разрыв является редким явлением — в литературе, однако летальность при этом достигает 60%. Другие осложнения обусловлены масс-эффектом, т.е. сдавлением окружающих органов (нарушение эвакуации из желудка, механическая желтуха, синдром нижней полой вены, синдром Бадда–Киари, синдром портальной гипертензии), артериовенозным шунтированием (сердечная недостаточность). Серьезным осложнением является и синдром Казабаха–Мерритта, который сопровождается летальностью до 30%. Он развивается при гигантских гемангиомах

вследствие внутриопухолевого застоя крови и активации тромбоцитов, которые запускают коагуляционный каскад, что приводит к коагулопатии потребления.

На сегодняшний день медикаментозной терапии гемангиом печени не существует. Операция является основным и самым эффективным методом лечения. Удаление гемангиомы возможно двумя способами: энуклеация опухоли и резекция паренхимы печени с опухолью.

Показания к лечению гемангиом рассматривают при появлении жалоб (если эти жалобы обусловлены гемангиомами), развитии осложнений, быстром росте гемангиомы, а также при неуверенности в диагнозе, невозможности исключить злокачественный характер образования печени. Разрыв гемангиомы является показанием к экстренному вмешательству, однако резекция печени у таких пациентов сопровождается высокой летальностью. В таких ситуациях целесообразно перед резекцией печени выполнить лигирование печеночной артерии, а еще лучше – артериальную эмболизацию. Удалять гемангиому следует после стабилизации гемодинамики.

Тактика ведения гигантских гемангиом является предметом дискуссий. Безусловно, симптоматические гемангиомы необходимо удалять. Что делать с гигантскими бессимптомными гемангиомами? На этот счет существуют противоположные точки зрения. Одни хирурги отстаивают активную тактику и рекомендуют оперативное лечение, объясняя это риском спонтанного разрыва, кровоизлияния в опухоль, сердечной недостаточности и прочих осложнений. Другие считают, что риск операции превышает риск возможных осложнений. Летальность после плановой резекции печени варьирует от 0 до 4%. Последнюю цифру нельзя считать приемлемой, учитывая доброкачественный характер и широкую распространенность опухоли.

3. Степень научной новизны результатов диссертации и положения, выносимые на защиту.

Диссертация отличается высоким научно-методическим уровнем и опирается на современные методы сбора и анализа данных. Репрезентативность информации подтверждена с помощью статистических методов. В работе проведен комплексный анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения больных с гемангиомами печени. Научная новизна диссертации заключается в том, что автором изучены особенности клинического течения различных форм гемангиом печени, диагностика и хирургические методы их лечения. Проведена сравнительная оценка между основной группой и контрольной, и доказано преимущество применения сверхнизкой температуры жидкого азота в

хирургическом лечении гемангиом печени в основной группе вне зависимости от размера и локализации гемангиоматозного узла, а также при осложненном течении (разрыв с внутрибрюшным кровотечением).

Диссертация построена по классическому принципу и включает введение, пять глав, заключение, выводы, практические рекомендации и список литературы, содержащий источники на русском и английском языках.

Применение жидкого азота в хирургии гемангиом печени эффективно предотвращает кровотечения и осложнения, обеспечивая благоприятный послеоперационный период и сокращая пребывание в стационаре.

Таким образом, представленные выше данные свидетельствуют о том, что в работе, с применением самых современных лечебно-диагностических технологий, были достигнуты значительные успехи, как в научном, так и в практическом плане, способствующие улучшению оказания специализированной помощи пациентам с гемангиоматозом печени.

4. Степень изученности научной темы.

Анализ ранее выполненных научных и диссертационных исследований показывает, что проведенные до настоящего времени исследования, посвященные хирургическому лечению пациентов с гемангиомами печени, остаются вопросы подготовки пациентов и выбора метода устранения гемангиоматозного узла без кровно с последующим с хорошими непосредственные и отдаленные результаты.

Высокая частота встречаемости данной патологии, сохраняющийся риск развития послеоперационных осложнений, а также дефицит комплексных научных работ, посвященных особенностям лечения гемангиом печени, подтверждают актуальность темы диссертационного исследования Солихзода А.М. Необходимость оптимизации тактики хирургического лечения в условиях дефицита стандартизированных подходов предопределила цель и задачи настоящей работы

5. Объем и структура диссертации.

Диссертационная работа состоит из введения, общей характеристики работы, глав обзора литературы, клинической характеристики исследуемых пациентов и методов исследования, диагностики и хирургического лечения пациентов с гемангиоматозом печени, заключения анализа результатов исследования, выводов, практических рекомендаций, списка литературы публикации по теме диссертации. Работа иллюстрирована 14 таблицами и 92 рисунками. Список литературы 187 источников из них 107 русскоязычных и 80 иностранных авторов.

Во введении на основании актуальности выбранной темы, определены цель, задачи, объект и предмет исследования, научная новизна, практическая значимость полученных результатов.

Первая глава диссертации представляет собой обзор литературы по теме исследования, автором проведен подробный анализ русскоязычных и англоязычных литератур, который позволил диссертанту собрать и обобщить известный материал по этиопатогенезу развития, комплексной диагностике и методам хирургического лечения гемангиом печени. Обзор читается с интересом. Насыщенная статистика и высокий процент серьезных осложнений и летальных исходов стали автору мотивацией необходимости исследования вопроса диагностики и всестороннего изучения результатов хирургического лечения эхинококкоза печени. В ходе изучения главы выяснено, что автор достаточно и в полном объеме рассматривает изучаемую проблему.

Вторая глава диссертационного исследования посвящена- Материалу и методам исследования. С методологической точки зрения и объема проведенных исследований диссертационная работа не вызывает возражения. Исследование основано на результатах комплексной диагностики и хирургического лечения 120 пациентов с гемангиоматозом печени, которые находились на стационарном лечении в отделении хирургии печени и поджелудочной железы, ГУ «Института гастроэнтерологии Республики Таджикистан». По характеру и объему выполненных методов обследования и хирургических вмешательств, больные с ГП и его осложнениями разделены на 3 группы. Первая группа — динамическое наблюдение. В данную группу вошли 20 (16,6%) из 120 пациентов с гемангиомами размером менее 5 см, при которых, согласно мнению большинства исследователей, хирургическое лечение не требуется. Из них 5 (4,1%) пациентов были впоследствии переведены в третью группу (криознуклеация) в связи с прогрессированием опухоли в течение двухлетнего наблюдения и необходимостью оперативного вмешательства, остальные 15 (12,5%) продолжили наблюдение. Вторая группа (контрольная) включала 64 пациента (53,3%), которым были выполнены резекция печени и энуклеация гемангиоматозного узла традиционными методами. Третья группа (основная) состояла из 41 больного (34,1%), которым проводились открытые хирургические вмешательства (резекция и энуклеация) с применением сверхнизких температур жидкого азота. Клиническое исследование проведено тщательно, на современном уровне, полученные данные обработаны с использованием методов доказательной медицины. Количество и объем проведенных исследований позволяют формулировать концептуальные положения диссертации. Все это в сумме позволяет считать результаты диссертации достоверными и обоснованными.

Третья глава способы диагностики и оперативного лечения гемангиом печени. Данный раздел диссертационного исследования посвящен методам

лучевой визуализации (УЗИ, КТ и МРТ), разработке и методам хирургического лечения пациентов с гемангиомами печени. Автором сформулированы алгоритм диагностики гемангиоматоза печени с помощью неинвазивных методов лучевой диагностики, не прибегая к пункционной биопсии и ангиографии. Автором также предложен малокровный метод удаления гемангиоматозного узла путем криорезекции и криоэнуклеации с последующим почти полным отсутствием послеоперационных осложнений.

Автором отмечено особенности УЗИ, КТ и МРТ признаки новообразования при обследовании пациентов с данным диагнозом. Установлено, что ультразвуковое исследование остаётся одним из наиболее востребованных и широко применяемых методов лучевой диагностики. Метод безопасен, экономически доступен и широко распространён. На основании собственных наблюдений установлено, что семиотика УЗИ была весьма характерной и соответствовала ультразвуковым признакам. В паренхиме печени сосудистые опухоли, как правило, имели овальную или круглую форму, реже встречались образования неправильной формы. Большинство опухолей характеризовались эхопозитивными тенями с неровными, чётко очерченными контурами и гетерогенной структурой без признаков инфильтративного роста. КТ-метод диагностики продемонстрировал высокую эффективность: его чувствительность составила 88%, а специфичность — 94%. Особенно важно отметить, что применение болюсного контрастирования существенно повысило точность метода, доведя его до 90,2%. Также автором отмечено, что МРТ продемонстрировала высокую эффективность как высокоточный (92%) и селективный (98,7%) метод диагностики. К преимуществам данного метода относятся высокая диагностическая ценность при выявлении и локализации новообразований, минимальная лучевая нагрузка на организм, безболезненность и отсутствие дискомфорта для пациента, а также получение чётких и детализированных изображений.

Основная часть третьей главы посвящена хирургическому лечению гемангиом печени. Диссертант подробно описывает тактику лечения гемангиом печени в зависимости от локализации узла в паренхиме печени, размера и осложнений, выбрав индивидуальный подход конкретно виду осложнения, размера и локализации. На основании полученных данных автором разработан криохирургический (резекции и энуклеации) способ лечения гемангиом печени.

Разработанные и усовершенствованные методы лечения позволили автору в значительной мере снизить интра- и послеоперационное кровопотери, число послеоперационных осложнений и, самое главное, в отдаленном периоде снижение числа рецидивов заболевания. Интересным и

является изучение непосредственных и отдаленных результатов исследования, где автор сравнивает свои достижения с исследуемыми пациентами контрольной группы. Результаты исследования показали, что применение криохирургических техник с использованием жидкого азота при лечении эхинококкоза печени демонстрирует высокую эффективность и безопасность, не представляя угрозы для жизни пациентов.

Во всех 41 случаях, где использовался данный метод (криорезекция и криознуклеация), не было зафиксировано необходимости в повторных операциях, связанных с воспалительными процессами в печени или её окружении, также не отмечено кровотечения из линии резекции или летальных исходов.

Одно из ключевых преимуществ криохирургии в лечении гемангиом печени заключается в её гемостатическом эффекте. Все 41 наблюдение в основной группе обошлись без применения донорской крови, что снижает риск передачи инфекционных заболеваний и уменьшает экономические затраты. Также стоит отметить значительное сокращение продолжительности хирургической операции и уменьшение времени пребывания пациентов в стационаре после операции, что подчеркивает клиническую и экономическую ценность данной методики.

Автором детально представлена техническая реализация криорезекции и криознуклеации гемангиом печени методами криоспрея и криоштампа.

Глава иллюстрирована фотоснимками проведенных морфологических исследований и оперативными фотоснимками которые весьма информативны и воспринимается с интересом.

Четвёртая глава Данный раздел диссертационного исследования посвящен результатам хирургических лечения гемангиом печени в основной группе и группе контрольной, а также их сравнительной оценки. Как отмечает автор, в контрольной группе в период с 2011 по 2024 годы в отделении хирургии печени и поджелудочной железы ГУ «Институт гастроэнтерологии РТ» было проведено 22 анатомических резекций печени по поводу гемангиоматоза, из которых 3 относились к обширным операциям, а 19 — к малым вмешательствам. Кроме того, в 42 случаях выполнено энуклеация опухолей. Выбор между резекцией и энуклеацией основывался на предоперационной диагностике, включавшей ультразвуковое исследование, компьютерную и магнитно-резонансную томографию. Окончательный объём оперативного вмешательства определялся уже во время операции, с учетом локализации гемангиомы и степени поражения паренхимы печени. В основной группе криознуклеация из одного сегмента выполнена в 11 случаях, из двух сегментов — в 8, из трех

и более сегментов — в 7 случаях. Большие криорезекции выполнены в 15 случаях, в том числе ПГГЭ - в двух наблюдениях.

Критериями оценки влияния чрезвычайно низкой температуры жидкого азота и традиционных хирургических вмешательств являлись: интра- и послеоперационное кровотечение, объём использованной донорской крови и сыворотки, частота послеоперационных осложнений, продолжительность операции и срок госпитализации, а также исход заболевания.

Кровотечение, являлось ключевым фактором риска при хирургических вмешательствах на печени, как в интраоперационном, так и в послеоперационном периодах, оценивалось с помощью гравитационного метода.

Применение сверхнизкой температуры жидкого азота у пациентов первой группы позволило, предварительно оледенить паренхиму по линии предполагаемого разреза, тем самым значительно снизить риск кровотечения. Проведённое исследование показало, что при использовании жидкого азота объём интраоперационной кровопотери у пациентов, перенёсших обширную резекцию печени, составил в среднем 340 ± 127 мл, тогда как, при стандартных оперативных вмешательствах — 1470 ± 340 мл ($p \leq 0,05$). Кроме того, при проведении двух обширных операций у пациентов первой группы не потребовалось переливания эритроцитарной массы, в то время как у трёх пациентов второй группы общий объём перелитых эритроцитов составил 2700 мл ($p \leq 0,05$).

При оценке продолжительности госпитализации, как одного из критериев эффективности лечения, было установлено, что среднее количество койко-дней составило 11 (9,5–12,5) суток у пациентов первой группы и 18 (16,0–20,0) суток у больных второй группы ($p < 0,001$).

Послеоперационный период у 92,7% пациентов первой группы протекал без осложнений. Во второй группе у 59,4% пациентов послеоперационные осложнения не наблюдались. У оставшихся 40,6% были зарегистрированы одно или два осложнения. Повторное оперативное вмешательство потребовалось 5 пациентам (7,8%) для остановки активного кровотечения из линии разреза паренхимы и культи печени. У 4 больных (6,25%) выявлено скопление жидкости в брюшной полости и в подпечёчном пространстве, устранённое путём пункции под контролем УЗИ.

Исследование послеоперационного периода у двух групп пациентов показало, что при хирургическом лечении гемангиом печени применение чрезвычайно низких температур жидкого азота значительно снижает объём интраоперационной кровопотери. Кроме того, использование

криохирургической технологий позволяет существенно уменьшить частоту послеоперационных осложнений

Пятая глава заключительный раздел диссертационного исследования посвящен обобщению и детальному обсуждению полученных результатов, в нем сформулированы ключевые положения работы. Автором проведен глубокий сравнительный анализ собственных данных с результатами исследований отечественных и зарубежных ученых, что подтверждается наличием репрезентативного списка литературы.

Проведенное исследование характеризуется высокой трудоемкостью и научной ценностью. Полученные автором результаты аргументированы, логично изложены и подвергнуты качественной интерпретации.

Выводы и практические рекомендации логически вытекают из представленного фактического материала и полностью соответствуют поставленным целям и задачам.

Диссертация и автореферат оформлены в соответствии с действующими требованиями. Работа качественно иллюстрирована клиническими примерами, рисунками и графиками, наглядно отражающими основные этапы исследования. Табличный материал структурирован корректно и удобен для восприятия. Принципиальных замечаний по содержанию, методологии и оформлению диссертационной работы не имеется и практические рекомендации диссертации чётко сформулированы, объективны, вытекают из содержания работы, соответствуют поставленным задачам, практические рекомендации подтверждают высокую практическую ценность выполненной научной работы.

Библиографический список содержит достаточное количество литературных источников, посвящённых обсуждаемой проблеме.

6. Научная, практическая, экономическая и социальная значимость результатов диссертации.

Результаты проведённой работы внедрены в комплексное лечение больных с гемангиомами печени в отделении хирургии печени и поджелудочной железы ГУ «Институт гастроэнтерологии РТ», а также в хирургических отделениях ГKB СМП г. Душанбе. Теоретические положения и практические рекомендации диссертации используются в образовательных программах, врачей-интернов, клинических ординаторов и аспирантов на кафедре общей хирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан». В отличие от других подобного рода исследований, в данной работе выявлены особенности воздействия хладагента в самом очаге гемангиомы и продолжительности операции. Применение сверхнизкой температуры жидкого азота дают возможность своевременно провести резекцию и энуклеацию

гемангиоматозного узла с малым количеством интраоперационной кровопотери, с последующим полным отсутствием послеоперационных осложнений.

Таким образом, представленная диссертация обладает не только высокой научной новизной и значимой практической ценностью, но и демонстрирует существенную социальную и экономическую эффективность. Внедрение предложенных автором хирургических способов оперативного лечения гемангиом печени позволит значительно снизить частоту интра- и послеоперационной кровопотери, послеоперационных осложнений и улучшить показатели качества жизни данной категории больных, что подтверждает актуальность и значимость проведённого исследования.

7. Публикации результатов исследований по теме диссертации.

По теме диссертации опубликовано 9 научных работ, из них 6 статей опубликованы в рецензируемых изданиях, входящих в перечень, рекомендованный ВАК при Президенте РТ. В этих научных работах полностью отражено содержание всех разделов диссертационной работы.

Анализ автореферата диссертации показывает, что он оформлен по требованиям ВАК при Президенте Республики Таджикистан и полностью отражает её содержание и основные научные результаты, выносимые на защиту.

8. Соответствие диссертации требованиям ВАК при Президенте Республики Таджикистан.

Автореферат диссертации соответствует требованиям Порядка присуждения учёных степеней, утверждённого постановлением Правительства Республики Таджикистан от 30 июня 2021 года, № 267.

Несмотря на это, в диссертации имеются некоторые недостатки, спорные положения, статистические ошибки, грамматические ошибки, которые в целом не искажают качество и положительную научную оценку данной диссертации и не оказывают отрицательного влияния на её научный уровень.

В ходе изучения диссертационной работы возникли следующие вопросы, на которые хотелось бы получить ответы.

1. Проводились ли ранее исследования, по диагностике и лечению гемангиом печени в РТ, кроме проведённых профессором Ахмадзода С.М?

2. Имелась ли корреляция размеров гемангиом печени и биохимических показателей ее функциональных проб?

3. Какие факторы считались предикторами разрыва гемангиом печени в ваших исследованных группах больных?

4. Какова максимальная экспозиция холодового агента с тканью опухолевого узла печени и формировались ли участки некроза в интактной паренхиме печени?

В целом, диссертация Солихзода Ардашер Мирзохаким на тему «Оптимизация хирургического лечения гемангиом печени», представленная на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.17 — Хирургия, выполнена на высоком научно-методическом уровне, соответствует требованиям раздела 3 п. 31, 33, 34 «Положения о присуждении учёных степеней», утверждённого постановлением Правительства Республики Таджикистан от 30 июня 2021 года №267 (с внесением изменений и дополнений от 26 июня 2023 года, № 295), а её автор заслуживает присуждения учёной степени кандидат медицинских наук по специальности 3.1.17- Хирургия.

Официальный оппонент:

**заведующий кафедрой хирургических
болезней № 1 им. академика К.М. Курбонова
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
доктор медицинских наук, профессор:**



Назаров Ш.К.

Адрес: Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Испечак М-14, дом-7 кв-16
Тел.: (+992) 93-588-26-36
E-mail: shohin67@mail.ru

**Подпись Назарова Ш.К., подтверждаю:
начальник управления по развитию кадров
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», к.м.н.**

Адрес: 734026, Республика Таджикистан,
г. Душанбе, Сино 29-31. e-mail: info@tajmedun.tj www.tajmedun.tj
тел: (+992) 446003977



Сафарзода Б.И.

28.08.2026г.