

О Т З Ы В

официального оппонента, доктора медицинских наук, профессора С.П. Глянцева о диссертации К.В. Вабалайте на тему «Эволюция хирургического лечения больных тиреодидной патологией в России (1804 – 2011)», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям: 14.01.17 – хирургия; 07.00.10 – история науки и техники (медицинские науки)

Диссертация хирурга (я подчеркиваю – хирурга) Кристины Викторовны Вабалайте посвящена крайне актуальной и мало изученной теме – *двухсотлетней истории и настоящему состоянию* хирургии щитовидной железы в России. Уже в самой теме скрыта серьезная научная проблема, за решение которой взялась автор. С одной стороны, проблема эта развивается уже 200 лет и, казалось бы, уже хорошо изучена, а с другой стороны, заболеваемость зобом и раком щитовидной железы по-прежнему широко распространена, послеоперационные осложнения все так же опасны, а техника операций на этом эндокринном органе все также сложна и под силу далеко не каждому хирургу.

Диссертант поставила целью своей работы систематизировать огромный массив данных о хирургии щитовидной железы в России с начала 19 века до сегодняшнего дня, чтобы, оглянувшись на прошлое, увидеть достижения сегодняшнего дня. И, надо сказать, что это ей удалось.

Основные факторы, обеспечившие эволюцию технологий хирургического лечения тиреоидных больных, оказались определены, приоритеты отечественных хирургов установлены, причем, некоторые из них – впервые в нашей истории медицины. К тому же выяснилось, что многие из них не потеряли значение и по сей день. Так что, цель исследования достигнута, задачи выполнены, диссертация завершена, что диссертант и доказала своим сегодняшним выступлением. И нам осталось ответить лишь на некоторые обязательные на защите вопросы:

1. Соответствует ли цель работы ее названию?
2. Грамотно ли были поставлены задачи и все ли из них выполнены?
3. Правильно ли сформулированы положения, вынесенные на защиту, соответствуют ли они задачам исследования?
4. Соответствуют ли содержание глав диссертации ее задачам и положениям, вынесенным на защиту? Иначе говоря, оказались ли эти положения защищенными теми результатами исследования, которые получила диссертант?
5. Насколько правильно сформулированы выводы работы и соответствуют ли они задачам, положениям и главам диссертации?
6. Что нового внесла диссертант в историю отечественной медицины?
7. Где и кем могут быть применены результаты ее исследования?
8. И, наконец, соответствует ли оппонируемая работа требованиям ВАК, предъявляемым для кандидатских диссертаций? Иначе говоря, заслуживает ли Кристина Викторовна Вабалайте искомой степени?

Конечно, в ходе рассмотрения работы у нас появились вопросы к тем или иным ее положениям и некоторые замечания, которые мы попросим автора осветить. Начнем по порядку.

1.

Название работы в целом отражает ее цель. *Как с хирургической, так и с исторической позиций.* Изложение хирургических методик и анализ результатов лечения больных – это, безусловно, хирургия. Тем более что структура осложнений в тиреоидной хирургии почти не изменилась. И с кровотоком из сосудов железы как боролись во времена Пирогова, так борются и сегодня. *Хирургия была и остается хирургией. Будь она хирургией Теодора Кохера или*

хирургией Анатолия Романчишена. А вот анализ эволюции этих методов за 200 лет – это уже самая настоящая история. С ее ключевыми фигурами, революционными технологиями, приоритетами и новациями.

2.

Задачи исследования сформулированы последовательно, четко, и помогают решить поставленную цель. Я бы только убрал задачу по международному сотрудничеству (она мало, что добавляет к «эволюции хирургического лечения»), а расширил бы задачу о *школах в тиреоидной хирургии*. Все-таки, речь идет о российской хирургии в целом, а понятие школа в нашей медицине всегда играло, и, надеюсь, играет и сегодня, значительную роль как фактор преемственности тех или иных медицинских традиций и технологий. И еще.

Истоки и развитие школы выяснить, конечно, важно. Но не менее, если не более, важно выяснить ту *роль*, которую сыграла та или иная школа в той или иной области медицины или хирургии. Все это нужно было отразить в 5-й задаче.

3.

Аналогичное замечание можно отнести к положениям, вынесенным на защиту. Я почему-то не нашел среди них положения, в котором была бы сформулирована гипотеза автора об истоках и развитии санкт-петербургской школы тиреоидной хирургии. То есть задачу она поставила, но сформулировать соответствующее положение не удосужилась.

4.

О содержании диссертации. Как и положено, она начинается критическим обзором литературы, изданной по проблеме до автора. Ее оказалось не так много, потому что, как верно заметила автор, работ, специально посвященных истории хирургического лечения заболеваний щитовидной железы, в России до настоящего времени не было. А далее я мог бы подискутировать с автором о классификации Велбурна, которую развил учитель диссертантки. Но оставляю это на потом, до анализа 7-й главы, где представлена классификация самой Кристины Викторовны, отличающаяся от приведенных ею в 1-й главе.

Глава «Материалы и методы» стандартна и отвечает требованиям как хирургической диссертации, так и исторической. Я лишь не могу согласиться с автором в том, что группа в 40 тысяч больных *количественно*, как считает соискатель, сопоставима с группой в 9 тысяч. Она сопоставима скорее *качественно*, поэтому автор и взяла для анализа 9 тысяч наблюдений, а не 40.

Глава 3-я посвящена хирургическим аспектам работы и анализирует осложнения после операций на щитовидной железе за 200 лет их эволюции. Для анализа взяты умопомрачительные цифры в десятки тысяч литературных наблюдений и несколько сотен из личного опыта. Все это вызывает большое уважение к проделанной автором работе.

Но анализ периодов, описанный в первых 4-х разделах главы, представлен довольно сумбурно (я подчеркиваю, именно *представлен*, потому что проведен он достаточно скрупулезно). В изложении встречаются мелкие недочеты и небрежности. Например, на стр. 26 автор разделила все анализируемые осложнения на специфические (парез, криз и гипопаратиреоз) и неспецифические (кровотечение и инфекция). Казалось бы, что анализ так дальше и пойдет. Но нет. Вначале рассмотрены кровотечения, затем – гипопаратиреоз, затем – повреждение возвратного нерва, затем криз и в конце инфекция.

Еще одно замечание: в таблице 1 на стр. 35 приведена структура летальности, но почему-то не от общего числа прооперированных, а в процентах к общему числу умерших. Получились довольно пугающие цифры: каждый пятый больной умер от пневмонии, каждый 8-й – от острой сердечной недостаточности,

каждый 10-й – от кровотечения. А на деле общая летальность на полторы тысячи операций составила всего 4,6%.

То же и с летальностью от осложнений. От кровотечения, по данным автора, умирали в 100%, от тетануса – от половины и более больных, от тиреотоксикоза – практически все. Правда, от сепсиса (и это – в доантисептическую эру!) почему-то только каждый 4-й. Но в том-то все и дело, что осложнений этих было не так много, а потому и смертность от них была не так велика и ужасна, как это следует из приведенных автором цифр.

Интересно, что с годами структура осложнений в общих чертах сохранилась. Да, их стало гораздо меньше. Но никуда не исчезли кровотечения, сердечная недостаточность, тромбозы. Выбранный автором подход, однако, не позволил нам сравнить динамику осложнений по периодам. Так, в 19 в. тромбоз встретился у 1 больного, а в конце 20 в. тромбоэмболия была у 9 больных. Означает ли это, что в 20 веке больных стали лечить хуже?

Но все эти и некоторые другие несурезицы, присутствовавшие в первых разделах 3-й главы, исчезли в последнем, 5-м ее разделе, где все данные были сведены воедино и сравнены друг с другом. И такой сводный анализ получился более логичным, нежели раздельный. Иногда даже казалось, что раздельный анализ по периодам проводил один автор, а сводный – другой. Но, может, в этом и состоялся рост диссертанта как аналитика?

Глава 4-я открывает исторический раздел работы, неразрывно, впрочем, связанный с хирургическим. Глава оказалась насыщенной многими фактами, впервые обнаруженными и описанными Кристиной Викторовной. Я на этом останавлиюсь чуть позже, а пока скажу, что меня крайне не устроило оглавление этой главы. Название раздела 4.2. можно было безболезненно убрать совсем, а дальнейшие подразделы обозначить разделами: 4.2, 4.3 и 4.4.

Глава начинается сведениями о хирургии щитовидной железы в Европе и США: от 1-й операции француза Пьера Дезо, выполненной им в конце 18 века, до операций австрийца Теодора Кохера и англичанина Джеймса Берри конца 19 века, а также работы американца Уильяма Халстеда, изданной им в 1920-м году незадолго до смерти. Рассматривая истоки тиреоидной хирургии, автор верно замечает, что в начале 19 века «диффузный токсический зоб воспринимали только как сердечно-сосудистое заболевание, гипотиреоз – как неврологическое». Но сами заболевания не указаны.

Вопрос. Какие же сердечно-сосудистые и неврологические болезни в 19 веке лечили операциями на щитовидной железе? Например, перевязкой верхней артерии щитовидной железы или тиреоидэктомией?

В этом разделе главы Кристина Викторовна совершенно справедливо отмечает влияние появившегося в 1846 году наркоза и в 1867 году антисептического метода на эволюцию тиреоидной хирургии. На значение трудов Теодора Кохера, Йохана Микулича, Фрица де Кервена, Теодора Бильрота и других выдающихся хирургов Западной Европы. На важность изучения топографической анатомии шеи и ее структур, проведенного в конце 19 века.

Ее негодование относительно отсутствия в этом созвездье российских хирургов послужило основанием для соответствующего поиска. Если я не ошибаюсь, то именно слова: «За державу обидно!» послужили началом и всего предпринятого исследования в целом.

И здесь начинаются маленькие и большие открытия, сделанные автором в истории нашей хирургии. Здесь и первая в России и, очевидно, одна из первых в Европе, операция зоба Ефрема Осиповича Мухина, выполненная в начале 19 века. И первое в России сочинение «Об экстирпации щитовидной железы» Николая Ивановича Пирогова, датированное 1831 годом. И первая мире операция

под эфирным наркозом, которую Пирогов провел в Дагестане в 1847 году. И операции экстирпации железы Николая Васильевича Склифосовского 70-х годов позапрошлого века. И установленный автором приоритет хирургов факультетской клиники Московского университета во главе с Александром Алексеевичем Бобровым в проведении, начиная с 1893 года, операций под визуальным контролем возвратных гортанных нервов. И первое в стране руководство Василия Ивановича Разумовского 1903 года по хирургии щитовидной железы с его не потерявшими актуальность до настоящего времени рекомендациями лечения и профилактики послеоперационных осложнений. И первая, подводящая итог целому столетию развития тиреоидной хирургии, диссертация Николая Федоровича Лежнева 1904 года, и многое другое, о чем автор говорила в своем докладе и показывала на слайдах.

Правда, временами такое, действительно, захватывающее дух путешествие в прошлое, уводило автора в сторону от истории, нарушало ее логику или вообще вводило в заблуждение.

Так, на стр. 92 Кристина Викторовна почему-то сочла, что Пирогов выполнил свою операцию под наркозом в 1847 году, «не смотря на запреты великих европейских хирургов», хотя ни на какие авторитеты он в то время уже не смотрел. Начало 2-го периода хирургии щитовидной железы на стр. 94 датировано 1850-м годом, а изложение начато почему-то с 1870-го. Василий Иванович Разумовский на стр. 96 назван учеником Николая Васильевича Склифосовского, хотя по жизни они почти не пересекались.

Наконец, увидев в Музее Военно-медицинской академии «набор инструментов Пирогова» (я беру это словосочетание в кавычки), и прочитав в одной исторической работе о том, что с 1841 по 1856 год Пирогов был директором Санкт-Петербургского инструментального завода, Кристина Викторовна сделала вывод о том, что «сосудистые зажимы с замками производились уже во времена Н.И. Пирогова», что можно понять, как «задолго до того», как англичанин Томас Уэллс внедрил в хирургию свои знаменитые зажимы.

Но это не совсем так. Во-первых, что означает «уже во времена Н.И. Пирогова?». Действительно, Пирогов оставил активную хирургическую деятельность в 1856 году, но дожил до 1881 года, продолжая оказывать частную хирургическую помощь. Мог он иметь такой набор уже после того, как гемостатические щипцы появились? Вполне. Так что, если этот набор действительно принадлежал Николаю Ивановичу, то его следует датировать последними годами его жизни.

Потому что, во-вторых, первые кровоостанавливающие пинцеты, которыми действительно пользовались во времена активной хирургической работы Пирогова, были похожи не на зажимы, а на пинцеты (хотя по-французски это одно и то же), бранши которых смыкались специальными устройствами. И появились они впервые не в России, а в Германии и Франции.

Наконец, в-третьих, те зажимы, которые мы хорошо знаем сегодня, и фотография которых приведена в диссертации как принадлежавших Пирогову, тоже впервые появились во Франции. В хирургию их ввел в 1869 году знаменитый парижский хирург, пионер операций на желудке Эмиль Пеан. Через 5 лет, действительно, появились более мощные артериальные зажимы англичанина Томаса Уэллса, о которых говорила автор.

Поэтому относить к приоритетам Пирогова, да к тому же – в тиреоидной хирургии, внедрение кровоостанавливающих зажимов, как об этом сказано на стр. 125, 153 и 166, по меньшей мере, смело и недоказательно.

Но вот, что интересно. Ведь решивший проблему эндемического зоба в Швейцарии Теодор Кохер придумал для операций на щитовидной железе не

только свой знаменитый зонд, но и специальные зажимы с зубчиками на концах рабочих частей, о чем в диссертации к нашему удивлению не сказано ни слова.

Когда Кохер их изобрел? Зачем ему понадобились зубчики? Чем была обусловлена такая форма его зонда? Когда он впервые применил эти инструменты и где их описал? Вот, что действительно заслуживает внимание в контексте данной работы.

Осветив в 4-й главе основные приоритеты российских хирургов 19 века, в главе 5-й диссертант вновь возвращается к некоторым из них. Дело в том, что глава посвящена истории хирургии отдельных заболеваний щитовидной железы и, опять же, приоритетам русских хирургов. Таким образом, описывая технику операций при тех или иных болезнях, автор местами вынуждена повторяться, что, на наш взгляд, не совсем оправдано.

Однако то, что в этой главе описано в первый раз, опять-таки вызывает большое уважение к автору диссертации как к исследователю – хирургу и историку одновременно. Это и установление того факта, что первую в России операцию при диффузном токсическом зобе провел в Киеве в 1894 году Николай Маркианович Волкович. И детальное описание вклада Владимира Андреевича Оппеля в разработку методов операций и профилактики осложнений при зобе.

Значителен, по мнению автора, приоритет Василия Ивановича Разумовского в разработку принципов пункционной и инструментальной биопсии новообразований щитовидной железы и лимфатических узлов при раке с проведением цитологического и гистологического исследований биоптата.

Описание вклада отечественных хирургов в тиреоидную хирургию логично привело автора к следующей, 6-й главе, посвященной отечественным научным школам в хирургии щитовидной железы.

Интересно замечание автора о том, что (цитирую) «длительное время считали, что Н.В. Склифосовский первым в России выполнил операцию на щитовидной железе 9 октября 1871 года». Замечание интересно тем (жаль, что оно не содержит ссылки на того, кто так считал), что диссертант своими исследованиями отодвинула эту дату даже не к Пирогову, в 1847 год, а еще раньше – к Мухину, в самое начало 19 века.

Вы спросите, а какая разница, когда и кто выполнил то или иное вмешательство первым? Главное, что оно выполнено. Но в том то и дело, что всякий путь начинается с первого шага. И сделать его порой бывает невероятно трудно. Я бы сравнил первопроходцев с теми героями, кто первым подымался в атаку и увлекал за собой товарищей. Бежать под огнем противника в толпе проще. Может и не убьют. А вы встаньте первым, сделайте то, что до вас еще никто не делал. Да, можно, и легко, получить пулю в лоб. Но без первых не бывает атак и побед. И чем раньше кто-то станет первым, тем раньше будет достигнута победа. Вот в чем смысл пионеров в любом деле, в том числе в хирургии.

Но что же тогда сделал Склифосовский, если он не был первым в тиреоидной хирургии? Мало того, что Николай Васильевич был блестящим оператором на всех органах и тканях. Ведь в конце 19 века он стал столь же известен, как в его середине Пирогов. Кристина Викторовна верно подметила, что превратить свою клинику в одной из лучших хирургических учреждений Европы Склифосовскому помогло чутье всего нового. Не случайно его считают одним из пионеров применения антисептики и асептики в России. В том числе и в лечении заболеваний щитовидной железы, родоначальником московской школы хирургии которой он стал. Преемником Склифосовского был профессор Бобров, продолживший развивать хирургию щитовидной железы. Ученик Боброва Сергей Петрович Федоров продолжил это направление в Петрограде, где впервые в

России попытался пересадить гормонопродуцирующую ткань железы. Выявление этого забытого факта считаю большой удачей Кристины Викторовны.

Петербургская школа хирургии желез внутренней секреции, по обоснованному мнению диссертанта, берет свое начало от профессора Военно-медицинской академии Владимира Андреевича Оппеля. Добавим лишь, что Владимир Андреевич был одним из организаторов и первым председателем созданного в 1926 году Всесоюзного эндокринологического общества.

Ярким представителем школы эндокринной хирургии Оппеля стал профессор Ленинградского педиатрического института Иван Дмитриевич Аникин. Диссертант описала интересный факт соприкосновения школ Оппеля и Федорова в педиатрическом институте, где в 1950-е гг. профессор Аникин возглавлял кафедру госпитальной хирургии, а ученик Федорова профессор Корхов – кафедру хирургии общей.

Еще одну школу тиреоидной хирургии профессора Германа Федоровича Цейдлера автор обнаружила в бывшем Женском, а затем – 1-м Ленинградском медицинском институте имени Павлова. В ней принадлежали Елизавета Семеновна Драчинская, Лев Николаевич Камардин и ряд других крупных хирургов.

Из этой школы вышли и уважаемые Анатолий Филиппович Романчишен с его ученицей. Из этой школы вырос Санкт-Петербургский центр эндокринной хирургии и онкологии, который они представляют. И очень похвально, что Кристина Викторовна не стала делить своих предшественников, учителей и коллег по отдельным школам, а объединила их в одну Санкт-Петербургскую школу эндокринной хирургии, родоначальником которой в таком случае можно вполне считать Николая Ивановича Пирогова.

Одна ложка дегтя в бочку меда этого важного раздела диссертации. Преемником Федора Ивановича Иноземцева по факультетской хирургической клинике Московского университета был не Склифосовский Николай Васильевич, а Василий Александрович Басов, которого затем сменил Склифосовский.

Еще одним крупным достижением автора в истории отечественной хирургии следует считать ее исследование обстоятельств визита в Россию в 1914 году Уильяма Мэйо, как доказательства мировой известности одного из самых крупных российских хирургов начала 20 века Сергея Петровича Федорова. Полагаю, следует согласиться с Кристиной Викторовной в том, что, скорее всего, выдающегося американского хирурга привез в Россию вернувшийся на Родину перед самым началом 1-й Мировой войны стажировавшийся в США ученик Федорова Владимир Николаевич Шамов.

На первый взгляд может показаться нелогичным включение результатов этого блестящего исследования в диссертацию, посвященную совсем другой теме. Однако логика тут прослеживается достаточно четко. Как в 1914 году визит американских хирургов высокого уровня стал отражением мирового авторитета российской хирургии, так и в 2000-х годах выход Санкт-Петербургского центра эндокринной хирургии и кафедры госпитальной хирургии педиатрического института под руководством профессора Романчишена стал отражением их *role-position* в этом направлении хирургии в стране и в мире.

Одно замечание. Наверное, было бы правильнее включить биографические сведения о персоналиях, изображенных на фотографии, в приложения диссертации, а не помещать их в тексте 6-й главы.

Последняя, 7-я глава диссертации посвящена периодизации тиреоидной хирургии и стала логическим завершением всей работы доктора Вабалайте, в которой развитие этого направления хирургии рассмотрено в течение 200 лет.

Не претендуя на слишком уж критичное отношение к периодизации, предложенной Кристиной Викторовной, которая, по ее мнению, «вытекает не

только из объекта исследования, но и особенностей мышления ее автора» (стр. 19), сделаем все же ряд замечаний, относящихся не столько к объекту исследования, сколько к особенностям мышления автора диссертации.

Так, из трудов Ефрема Мухина 1807 года и Христиана Саломона 1840 года следует, что в начале 19 века в России уже проводили «операции зоба»: и проведение заволочки, и разрез, и даже вырезание. Но автор упорно отдает приоритет первой в стране операции на щитовидной железе Николаю Ивановичу Пирогову, который провел ее только в 1847 году.

И здесь мне хотелось бы защитить родоначальника клинической хирургии в России профессора Мухина от категоричного замечания автора, что «приоритет первого хирургического лечения болезней щитовидной железы ему не принадлежит» на том основании, что, упомянув в 1807 году о сделанной в московской Голицынской больнице «операции зоба» он «не представил конкретного наблюдения, техники вмешательства и его результат» (стр. 185). Ведь, с одной стороны, кроме этого источника автор никаких других архивных документов не представила, а с другой, возможно, Мухин потому и не описал эту операцию подробно, что она в это время была для него рутинной?

Второй период развития тиреоидной хирургии, и в этом следует согласиться с автором, насыщен новыми технологиями. Тут и наркоз, и антисептика, и новый инструментарий, и точная анатомия гортанных нервов, и гистологическая верификация клинического диагноза, и многое другое, что позволило значительно продвинуть вперед хирургию в целом, и щитовидной железы, в частности.

Все это так. Но опять-таки обозначение времени начала этого периода и его окончания кажется нам не вполне убедительным.

Почему 2-й период, по мнению автора, начался в 50-е годы 19 века, а не в 70-е, когда, как считает автор на стр. 94, «операции на щитовидной железе вновь [т.е. после некоторого перерыва] появились, а затем широко распространились»?

И 20-е годы 20 века тоже не совсем четко обоснованы появлением некой новой информации, некой заместительной терапии, неких стандартов лечения и т.п. Продолжительность 3-го периода, вобравшего в себя довольно много событий, как в стране, так и в хирургии, на наш взгляд слишком велика.

Поэтому, обращаясь к логике автора и ее мыслительным способностям, хочется пожелать ей поработать над периодизацией своего материала более тщательно. С четким обоснованием границ периодов и их названий. Например, 3-й период озаглавлен как «Специализация (чего? – С.Г.) и внедрение в хирургическую практику (какую? – С.Г.) новых методов лабораторной и радиоизотопной диагностики и лечения».

Ведь предыдущие классификации этапов развития тиреоидной хирургии, включая периодизацию профессора Романчишена, были более четкими: 1-й период – экстренная хирургия щитовидной железы, 2-й – отсроченная, 3-й – плановая и 4-й – современная, высокотехнологичная.

В заключении автор еще раз остановилась на основных полученных ею результатах исследования, подчеркнув приоритеты отечественных хирургов в хирургии щитовидной железы.

В целом анализ содержания глав диссертации позволяет сделать вывод о том, что все положения, выдвинутые автором на защиту, оказались защищены и обоснованы результатами исследования, доказаны числом наблюдений и органично вошли в выводы работы.

Таковых автор сделала 6. В целом они соответствуют задачам диссертации и положениям, выдвинутым на защиту. Вопросов по выводам у меня нет. Есть лишь два замечания.

Первый, хирургический вывод явно недостаточен по объему. Он практически повторяет, но не расширяет и не уточняет первое положение, выдвинутое на защиту. В выводе 5-м подчеркнута роль московской и петербургской школ тиреоидной хирургии в ее развитии, однако, на наш взгляд, сравнивать вклад в этот процесс Пирогова следует со вкладом Склифосовского, а не с Иноземцева, который, как известно, предпочитал лечить хирургические болезни не оперативными, а консервативными методами. У Федора Иванович есть другие заслуги в русской хирургии и не надо приписывать ему то, чего он не совершал. Тем более, что между ним и Склифосовским был еще и Василий Басов.

6.

Таким образом, вклад автора в хирургию и в историю отечественной медицины определяется, с одной стороны, проведением первого в отечественной медицинской литературе исследования, посвященного хирургии щитовидной железы и ее развитию в России в 19 – 20 веке, а с другой стороны, теми новыми фактами из истории тиреоидной хирургии, которые ей удалось выявить, изучить и ввести в научный оборот.

7.

Исходя из этого, мы полагаем, что диссертация доктора Вабалайте будет интересна как хирургам (что соответствует первой ее специальности), так и историкам медицины и хирургии (вторая специальность). Поэтому мы полностью разделяем практические рекомендации Кристины Викторовны в той их части, что касается включения вопросов истории в преподавание хирургии.

Мы считаем, что историю хирургии нельзя отрывать от самой хирургии, отдавая на откуп «чистым» историкам медицины, не державшим в руках скальпеля. Мы убеждены, что историю хирургии должны изучать сами хирурги, создавая тем самым неразрывную цепочку преемственности поколений и технологий, как нам только что продемонстрировала Кристина Викторовна.

Мы также полностью согласны с ней, что необходимо и дальше исследовать периодизацию тиреоидной хирургии в России, обосновывая все новыми фактами необходимость выделения ее в самостоятельную хирургическую специальность и проявляя тем самым здоровый патриотизм в отношении достижений российских хирургов прошлого и настоящего.

8.

Таким образом, проведенный нами анализ представленной на защиту научно-квалификационной работы Кристины Викторовны Вабалайте, результаты которого изложены выше, показал, что выполненная автором диссертация на тему «Эволюция хирургического лечения больных тиреоидной патологией в России (1804–2011)» представляет собой самостоятельно выполненное исследование, отличающееся очевидной научной новизной, которое можно квалифицировать, как *новое решение актуальной научной задачи* в области хирургии (специальность 14.01.17) и истории медицины (специальность 07.00.10), а именно – хирургии щитовидной железы и истории ее развития в России.

Достижения диссертанта, заключающиеся в выявлении большого количества источников, содержание которых впервые введено ею в научный оборот, а также научного анализа и систематизации огромного массива знаний по истории тиреоидной хирургии являются *крупным личным вкладом* соискателя в отечественную медицину и хирургию (конкретно – в одно из направлений отечественной эндокринной хирургии).

Мы убеждены, что историю хирургии должны изучать сами хирурги, создавая тем самым неразрывную связь поколений и преемственность хирургических технологий, что продемонстрировала своей работой доктор Вабалайте.

Мы также полностью согласны с ней, что необходимо и дальше исследовать периодизацию тиреоидной хирургии в России, обосновывая все новыми фактами необходимость выделения ее в самостоятельную хирургическую специальность и проявляя тем самым здоровый патриотизм в отношении мало известных, забытых или недооцененных достижений российских хирургов прошлого и настоящего.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Таким образом, анализ научно-квалификационной работы Кристины Викторовны Вабалайте показал, что выполненная ею диссертация на тему «Эволюция хирургического лечения больных тиреоидной патологией в России (1804–2011)» представляет собой самостоятельно выполненное исследование, отличающееся очевидной научной новизной и практической значимостью, которое можно квалифицировать, как *новое решение актуальной научной задачи* в области хирургии и истории медицины, а именно – хирургического лечения заболеваний щитовидной железы и истории развития его методов в России.

Достижения диссертанта, заключающиеся в выявлении большого количества новых фактов, впервые введенных ею в научный оборот, а также научного анализа и систематизации огромного массива знаний по истории тиреоидной хирургии являются *крупным личным вкладом* соискателя в отечественную медицину и хирургию (конкретно – в отечественную эндокринную хирургию).

Полученные автором результаты и сделанные на их основе выводы обоснованы, достоверны и воспроизводимы, что свидетельствует о завершенности работы. Обладающие высокой научно-практической значимостью обнаруженные ею факты и закономерности могут быть использованы как для поиска и формулировки новых научных направлений в истории отечественной хирургии, так и для решения конкретных задач в области тиреоидной хирургии, например, снижения послеоперационных осложнений и летальности в хирургии щитовидной железы.

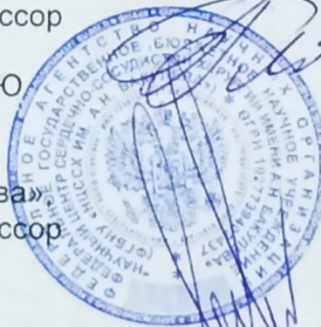
Высказанные замечания и поставленные перед автором вопросы не носят принципиального характера, они лишь отражают проблемность и неисчерпаемость темы, равно как и наш интерес к ней, возбужденный автором, и могут быть легко устранены и разрешены в ее дальнейшей научно-практической работе.

Таким образом, по совокупности своих научно-исследовательских качеств рассмотренная нами работа соответствует требованиям ВАК при Минобрнауки, предъявляемым к кандидатским диссертациям, а соискатель заслуживает присуждения ей искомой степени кандидата медицинских наук.

Заведующий отделом
истории сердечно-сосудистой хирургии
ФГБНУ «НЦССХ им. А.Н. Бакулева»,
доктор медицинских наук, профессор

Подпись С.П. Глянцева ЗАВЕРЯЮ

Ученый секретарь
ФГБНУ «НЦССХ им. А.Н. Бакулева»,
доктор медицинских наук, профессор



С.П. Глянецв

М.Б. Ярустовский

Москва
1 сентября 2014 г.