

## ОТЗЫВ

о докторской диссертации Т.З. Ахмадова «Становление и развитие врачебно-санитарного дела на Северо-Восточном Кавказе (XIX в. – 1940 г.)», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 07.00.10 – история науки и техники (медицинские науки)

Скажу сразу: и автореферат, и диссертация мне понравилась. Они написаны человеком, безусловно, разбирающимся в проблеме достаточно глубоко и профессионально. К тому же они легко читаются, поскольку автор владеет хорошим русским литературным языком. Вместе с тем, при чтении работы у меня возникли следующие соображения и замечания, которыми мне хотелось бы с Вами поделиться. Начнем с **НАЗВАНИЯ**.

Я уже говорил Тахузу Зайндиевичу, что надо быть осторожным с неоднозначным термином «*становление*». Думаю, что, несмотря на все богатство русского языка, лучше все же говорить о «*возникновении*».

**АКТУАЛЬНОСТЬ** работы определена достаточно четко и грамотно. Как мы выяснили в частной беседе с соискателем, по схожим темам в регионе защищено всего лишь несколько диссертаций, но все – по отдельным республикам. Вместе с тем, отсутствие ссылок на источники превращает актуальность работы в голословные утверждения и снижает ее критическое восприятие. Думаю, что в будущем автор это замечание учтет.

Далее. **ЦЕЛЬ** работы: «Воссоздать целостную картину...» и далее по тексту. Я не буду спорить с уважаемым автором и консультантом его труда, но мне кажется, что глагол «воссоздать» означает процесс, а не цель. Сам собой напрашивается вопрос: а воссоздать зачем? С какой целью?

Ибо в актуальности сказано, что (цитирую): «Обращение к историческому опыту развития здравоохранения и медицины позволяет: ПЕРВОЕ – проанализировать *с современных позиций* формы и методы оказания медицинской помощи населению, выделить прогрессивные направления ее организации..., оценить положительные тенденции в деле охраны здоровья населения в прошлом и ВТОРОЕ – возможности его использования в настоящее время. Наряду с этим (продолжаю цитирование), «глубокое осмысление и анализ исторических процессов в развитии здравоохранения позволяет избежать ошибок прошлого».

Сказано сильно и абсолютно правильно. Причем, если и анализ, и выделение, и оценка четко обозначены в **ЗАДАЧАХ**, но в них отсутствует второй посыл – об использовании результатов исследования в настоящее время. Но

нужно ли оно? Признаюсь, что при первом, беглом прочтении работы у меня сложилось стойкое убеждение, что автор сам должен представить примеры использования результатов его работы в современном здравоохранении. Однако после спокойного чтения, обдумывания и анализа диссертации, я понял, что этого требовать от него не надо. Он не обязан учить современников, как им поступать. Но показав, как в той или иной ситуации поступали наши предки, как они решали схожие с нынешними проблемы, он может косвенно воздействовать на их решение сегодня.

**Объект исследования** и его **хронологические рамки** автор выбрал достаточно обоснованно. Он хотел показать разительную перемену в здравоохранении республик Северного Кавказа на рубеже 19-го и 20-го веков, и закрепление этих перемен в первые 30 лет советской власти. Вообще, это – большое искусство: обозначить рамки исследования и не выйти за их пределы. Автору это, бесспорно, удалось.

**Источниковая база** и **методы исследования** тоже адекватны поставленной цели и задачам. Подчеркну, что не в каждой диссертации встретишь почти 700 печатных и около 200 архивных источников. Автор проделал огромную работу как историк-архивист. И проделал ее очень добросовестно.

**К научной новизне работы** отнесем как впервые изученную автором историю организации медицинской помощи горскому населению и казачеству республик Северного Кавказа в указанные временные рамки, так и впервые установленное влияние социального, экономического и культурного – то есть комплексного развития региона на здоровье его населения. Опять же понимаю, что критиковать автора за то, чего в его работе нет, нелогично. И все же мне в этом комплексе факторов не хватило политического. Ведь, как показывают сегодняшние события в мире, в целом ряде случаев этот фактор становится не просто важным, а определяющим. Но это – предложение автору для его будущих исследований.

**В разделе «Практическая значимость»** работы автор утверждает, что его исследование (цитирую): «позволяет обобщить опыт охраны здоровья населения на Северо-Восточном Кавказе и показать, с учетом региональных особенностей, возможности его использования в современных условиях». Хорошо бы только, чтобы кто-то из современников воспользовался его результатами. Тем более, что они опубликованы в виде монографии.

Впрочем, уровень их **АПРОБАЦИИ** и так достаточно высок, а личный вклад автора в исследование огромен. Но я на этом останавливаться не буду.

Защищаемые **ПОЛОЖЕНИЯ** в целом соответствуют поставленным задачам. Любопытно, что в положениях, выносимых на защиту, автор сделал упор не

на социальные, экономические и культурные факторы развития здравоохранения региона, а именно на политические. Ибо определяющим, по его мнению, стало внедрение на Кавказе государственной системы здравоохранения как Российской империи (в меньшей степени), так и Российской Федерации и Советского Союза (в гораздо большей степени).

Все эти положения защищены в **ГЛАВАХ ДИССЕРТАЦИИ**. Напомню вкратце, о чем в них шла речь. Итак, главные (по автору) особенности региона:

1) отсталость Северного Кавказа в социальном, экономическом и культурном отношении, которая стала причиной того, что вплоть до окончания Кавказской войны (1860-е гг.) здравоохранения как такового (как системы) в регионе не было вообще, а медицина была представлена «народной»;

2) нерешенность политического статуса региона, поскольку (цитирую): «вопросы государственного медицинского обеспечения населения области стали ставиться, а лечебные учреждения [в городах и на селе] возникли и стали развиваться только *после включения региона в состав России*».

Поэтому первыми врачами в регионе стали военные врачи из регулярных частей Кавказской армии, расквартированных в различных округах. Однако их работа заключалась не столько в лечении больных, сколько в выполнении судебно-медицинских, полицейских и противоэпидемических функций.

О трудностях с врачебными и фельдшерскими кадрами свидетельствуют их крайне небольшое количество и высокая текучесть. Причем положение не улучшила ни реформа медицинского дела, проведенная в конце 19 века, когда врачебная часть из военного управления была передана в гражданское ведомство, ни реформа начала 20 века, когда было укреплено сельское здравоохранение, а сельские врачи сменили военных окружных.

Вместе с тем, судя по всему, сельские лечебницы того времени по штату и деятельности очень напоминали больничку, в которой служил герой опубликованной в 1892 году повести Чехова «Палата №6». Поэтому утверждения автора типа: «*Сельское население Дагестанской области пользовалось бесплатным лечением и бесплатными медикаментами*» без конкретных примеров такого лечения, на мой взгляд, голословны.

Несравнимо лучше была организована медицинская помощь в казачьих войсках. Уже в 1-й половине 19 века в крупных населенных пунктах были открыты крупные военные госпитали на сотни коек, в то время как для сельского населения только в конце века стали открываться больнички на несколько кроватей. Да и количество медперсонала для военных было на несколько порядков больше, чем для гражданских лиц.

Посредине между селом и войсками была медицинская помощь в городах, где и врачей было больше чем на селе, и лечебниц, включая частные и ведомственные, в том числе военные. Однако, как показал автор, даже в городах Северного Кавказа эта помощь была ниже общероссийского уровня.

Почему? Результаты исследования показали, что причиной этого мог быть низкий общий уровень социально-экономического развития региона. Кроме этого, возможно, сказалось отсутствие в регионе земств и малое число учебных заведений для подготовки медицинских кадров, особенно из местного населения. А кадры из пришлого в регионе не задерживались.

Пойдем далее. Коренная перемена в обеспечении региона медицинской помощью произошла после установления на Северном Кавказе Советской власти, то есть после явных политических перемен. Вообще, складывается впечатление, что проявления *политической воли* в социальной жизни северокавказских республик играло в прошлом немаловажную роль.

И не только в прошлом. Только сильная президентская власть в нынешних Северо-Кавказских республиках, желательна из коренного населения (Кадыров, Абдулатипов, Зязиков, Евкуров, Мамсуров и др.), во многом способствовала тому, что в регионе наступило относительно *политическое* затишье и *экономическое* благополучие. Это говорит о том, что правительство России, принявшей эти территории, учло исторические уроки.

Сыграли свою роль и последовавшие за политическими переменами социально-экономические и культурные изменения. В частности, создание сети медицинских вузов и подготовка национальных медицинских кадров. Однако напряженное положение сохранялось с детскими, школьными и санитарными врачами, акушерами-гинекологами, особенно из женщин.

Национализация сельского хозяйства (опять – политическая воля!) привела к дальнейшему развитию сельского здравоохранения. В целом, по данным автора, к концу 1930-х гг. уровень медицинской помощи в регионе стал соответствовать общероссийским стандартам. Но в то же самое время обеспеченность Северного Кавказа койками была *почти в 2 раза ниже, чем по России*. Как, впрочем, и *обеспечение медицинскими кадрами*, несмотря на открытие региональных медицинских институтов.

Возможно, именно это стало одной из причин распространения в регионе инфекционных и социальных заболеваний, описанию результатов борьбы с которыми посвящена 5-я глава. Хотелось бы видеть в ней *сравнительные данные* с эпидемическими показателями в РСФСР или других республик.

В обширной и очень содержательной главе о зарождении и развитии санитарно-курортного дела в регионе не указаны заболевания, которые лечили

на курортах Северного Кавказа. Вместе с тем, известно, что одни из основных больных были кардиологические. Было бы интересно в последующих работах проследить нозологию курортников, их социальный статус и результаты их лечения. А также вклад в санаторно-курортное дело крупных российских ученых, например, Василия Ивановича Разумовского.

В **ЗАКЛЮЧЕНИЕ** диссертации наряду с прочими, обсужденными выше результатами, автором (цитирую): «выявлены имевшиеся в разные исторические периоды проблемы и оценены эффективность проводимых мероприятий, направленных на их решение». Это выражение, вошедшее в последний вывод диссертации, считаю краеугольным. Почему?

Потому что оно нацеливает всех, ознакомившихся с этой работой, подумать и поразмышлять над тем, *какие конкретно уроки можно вынести из прошлого?* Как *экстраполировать* прошлые проблемы на современность? Что можно взять из опыта *их решения сегодня?*

Считаю, что, только ответив на этот вопрос, который я так настойчиво задавал в разных местах своего выступления, автор сможет в будущем «закруглить» свое исследование, потому что, по моему убеждению, любое историческое исследование должно отвечать запросам сегодняшнего дня.

Что касается **ВЫВОДОВ**, то первый напрашивается сам собой. Он фундаментален и органичен. Второй вывод – тоже. Интересно, что из народной медицины дошло до сего дня? Потому что это тоже связывает прошлое с современностью, как мне в письме написал автор.

Выводы с 3-го по 7-й – по каждому виду медицинской помощи (окружной, сельской, военной и городской) логичны, но содержат большей частью общие фразы. Хотелось бы видеть в них какие-то цифры и сравнения. Но это – мое мнение. У автора и его консультанта оно может быть иным.

8-й и 11-й выводы касаются кадрового состава медработников региона в разные периоды его социального, экономического, культурного и политического развития. Вначале я думал, что их можно объединить, но потом понял, что в разные периоды эти вопросы решались по-разному.

9-й вывод можно было усилить влиянием политического фактора на развитие республик Северного Кавказа после их присоединения к России. Вообще, из такой диссертации можно почерпнуть множество фактов, указывающих на огромную, жизненно важную роль индустриально развитых государств или, как в данном случае, развитого центра, роль, в том числе, и нравственную, если хотите – миссионерскую, в развитии экономически менее развитых стран и регионов. Все это как в капле воды отражается и сегодня, когда различие в социально-экономическом и культурном развитии стран Америки и

Европы, и стран, например, Азии и Африки, ведет к социальной напряженности и даже к военным конфликтам.

Санитарно-эпидемические вопросы, подытоженные в 10-м выводе, тоже понятны. Но и в этом всеобъемлющем выводе мне не хватило конкретики.

Как я уже говорил, в главе о санаторно-курортном деле и 12-м выводе по ней не указаны заболевания. Но это – частное и не существенное замечание.

Наконец, последний, 13-й вывод о возможности использовать исторический опыт сегодня расставляет все точки над «і». Действительно, ведь на протяжении знакомства с работой нам порой так не хватало «мостика», перекинутого из прошлого в современность. Но, оказывается, автор *сознательно* не ставил перед собой такой задачи. Показав имевшиеся в здравоохранении региона в разные периоды его развития проблемы, и дав оценку эффективности разных путей их решения, он предложил тем, кто пойдет вслед за ним, критически осмыслить полученные им результаты, чтобы использовать их в современных условиях. Как говорят, имеющий ум...

Таким образом, каких-то принципиальных вопросов у меня к диссертанту не возникло. Замечания есть, но они не существенны. Но все же совсем без вопросов отзыв быть не может. Поэтому я задам их всего два:

1. Как Вы считаете, почему на Северном Кавказе отсутствовало земство как социальный институт и, соответственно, земская медицина? Сыграло ли это свою роль в развитии здравоохранения региона?
2. Вы показали, что к 1940-му году обеспеченность койками Северо-Кавказских республик при общероссийском стандарте медицинской помощи в регионе была почти в 2 раза ниже, чем по России. Как, впрочем, и обеспечение медицинскими кадрами, несмотря на открытие региональных медицинских институтов. Почему? Как Вы считаете?

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Анализ представленной на защиту научно-квалификационной работы Тахуза Зайндиевича Ахмадова на тему «**«Становление и развитие врачебно-санитарного дела на Северо-Восточном Кавказе (XIX в. – 1940 г.)»**», результаты которого изложены выше, а также четкое обоснование в тексте диссертации вынесенных на защиту положений и сделанные на этой основе выводы показали, что проведенное автором исследование представляет собой самостоятельно выполненный научно-теоретический труд, отличающийся высокой актуальностью и научной новизной, который можно квалифицировать, как новое решение крупной научной проблемы в области отечественной ис-

тории науки и техники, а именно – в истории медицины одного из крупных регионов России.

Достижения диссертанта, выявившего и обработавшего почти 200 архивных источников, впервые введенных им в научный оборот, а также научный анализ и систематизация огромного массива исторических знаний являются крупным личным вкладом соискателя в медицинскую науку России (конкретно – в организацию здравоохранения крупного региона страны).

Полученные автором результаты и сделанные на их основе выводы обоснованы, достоверны и воспроизводимы, что свидетельствует о законченности работы. Кроме того, обнаруженные факты и закономерности обладают высокой научно-теоретической и практической значимостью, что может быть использовано как для поиска и формулировки новых научных проблем и направлений в истории отечественной медицины, так и для решения конкретных задач в области отечественного здравоохранения, например, планирования его дальнейшего развития на Северном Кавказе и в других схожих с ним регионах России.

Повторю, что высказанные замечания не существенны и относятся скорее к пожеланиям, которые могут быть легко устранены при дальнейшей работе.

Таким образом, по совокупности качеств (актуальность, научная новизна и практическая значимость, методический уровень, объем и качество выполненных исследований, обоснованность выводов) диссертация Т.З. Ахмадова полностью соответствует требованиям ВАК при Минобрнауки РФ, предъявляемым к докторским диссертациям (п. 9. «Положения о порядке присуждения ученых степеней и званий», утвержденного Постановлением Правительства РФ №842 от 24 сентября 2013 г.), а сам соискатель заслуживает присуждения ему искомой степени доктора медицинских наук по специальности 07.00.10 – История науки и техники (медицинские науки).

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



С.П. ГЛЯНЦЕВ

Подпись С.П. Глянцева ЗАВЕРЯЮ:  
Ученый секретарь  
ФГБНУ «НЦССХ им. А.Н. Бакулева»,  
доктор медицинских наук, профессор  
Москва, 13 февраля 2015 г.

М.Б. ЯРУСТОВСКИЙ