

ОТЗЫВ ОФИЦИАЛЬНОГО ОППОНЕНТА

доктора медицинских наук, профессора С.П. Глянцева
о диссертации кандидата медицинских наук П.М. Богопольского
на тему «История реконструктивной хирургии пищевода в России»,
представленной в диссертационный совет Д 001.047.01
при ФГБУ «Национальный НИИ общественного здоровья»
на соискание ученой степени доктора медицинских наук
по специальности 07.00.10 – история науки и техники (медицинские науки)

Актуальность темы исследования, безусловна, высока. Реконструктивная хирургия пищевода (РХП) – высший пилотаж хирургии желудочно-кишечного тракта. Толстую или тонкую кишку можно укоротить, печень – резецировать, желчный пузырь или желудок убрать совсем. Но стоит только иссечь сегмент пищевода, как сразу же встает проблема его реконструкции: как, чем и, главное, какой будет результат? К тому же в этой области хирургии у россиян есть не только большое число признанных приоритетов, но и тех, которые нужно доказывать, а также свой, отличный от зарубежных хирургов путь. Поэтому актуальность и глобальность избранной для изучения темы не вызывает никаких сомнений.

Замечу, что в обосновании актуальности работы автор упоминает о том, что его исследование «позволит точнее охарактеризовать современные тенденции, определить перспективы и составить научный прогноз развития» хирургии пищевода в 21 веке». Считаю, что он абсолютно прав. Что прогностика должна быть конечной целью любого исторического исследования. Иначе, зачем мы его проводим с практической точки зрения? Но только, к нашему сожалению, в представленной на отзыв диссертации необходимость такого прогноза не включена ни в цель исследования, ни в его задачи, ни в положения, выносимые на защиту.

Цель работы сформулирована четко: *выявить закономерности и особенности развития ХП*. Но для чего? Как я уже говорил, мне в формулировке цели не хватило прогноза. Это нам показалось тем более странным, что тенденциям развития РХП в 21 веке посвящена целая глава. Но об этом – ниже.

Сообразно цели **задач** пять: 1) алгоритм и критерии, 2) периодизация, 3) особенности в России, 4) приоритеты российских хирургов и 5) школы в области ХП. Считаю, что такие задачи вполне способствовали достижению поставленной цели. На их основе сформулированы и **положения, вынесенные на защиту**. Я их повторять не буду. Они следуют задачам. Но в них почему-то нет заявленного в 1-й задаче и разработанного автором оригинального алгоритма, на основе которого он выделял периоды развития ХП.

Считаю, что этот алгоритм и его критерии: 1) поставленные временем задачи, 2) выдвинутые для их решения идеи, 3) воплощение их в жизнь в виде оперативных или диагностических методов и 4) полученный результат, являются крупным вкладом автора в методологию исторического исследования в области развития хирургических технологий. И особенностям этого метода, изложенным во втором разделе 2-й главы, автору следует в будущем посвятить специальную научную статью, опубликовав ее в журнале «История медицины».

Что касается **методов и методик исследования**, использованных автором, то среди них я не нашел диалектического. Ведь автор изучает развитие, а мы знаем, что любое развитие происходит по законам диалектики. Думаю, что в будущем автор обязательно это учтет и будет опираться на законы диалектики так же, как и на примененный им исторический метод в его модификациях.

Как следует из 2-й задачи исследования, в основу изучения развития РХП автор положил научную периодизацию этого развития на основе предложенных

им критериев. Надо сказать, что этот алгоритм четко обоснован в начале главы, выдержан на протяжении всей работы, и доказан ее содержанием. Но вот к методологии предложенной периодизации у меня есть вопросы и ряд замечаний:

1) *Является ли взятая в качестве отправной точки исследования эзофаготомия для удаления инородного тела из пищевода реконструктивной операцией? Иначе говоря, принципиальна ли дата «1881 год»? Может, началом РХП в России следует считать труды И.И. Насилова 1888 года о внутригрудных операциях на пищеводе?*

Считаю также, что периоды в автореферате и в выводах следовало бы назвать более развернуто, нежели «зарождение», «становление», «развитие» и т.п. К тому же «зарождение» у автора почему-то заняло 26 лет, «становление» – 32 года, собственно «развитие» всего 19 лет, затем 29 лет ушло на «совершенствование» методов и 21 год занял современный период.

Такой казуистики, верно бы, не произошло, если бы первый период автор назвал, например, «экспериментально-клиническим», второй «клинико-экспериментальным» или же «разработка основных подходов и технологий», третий – «развитие хирургии пищевода как части грудной хирургии», четвертый – «создание учения о болезнях оперированного пищевода», пятый – «внедрение в ХП высоких технологий» и так далее.

Тогда протяженность периодов была бы оправдана. Когда же рождение длится 26 лет, а развитие всего 19, то возникает вопрос:

2) *Почему «роды» РХП были такими долгими, а развитие таким «коротким»? Не надо ли автору переименовать выделенные им периоды, тем более что в тексте диссертации они не названы вовсе?*

Далее. Границей 2-го и 3-го периодов указан 1940/41 год, тогда как, по словам диссертанта, торакальная хирургия и РХП как ее часть стала развиваться сразу же после войны, когда был внедрен эндотрахеальный наркоз и хирурги начали оперировать внутриплеврально и рак, и рубцовые стриктуры пищевода. А это – по крайней мере 1946 год. Тем более, что за время ВОВ указаны только одна вышедшая в 1944 г. оригинальная работа по ХП К.П. Сапожкова и аналитический обзор А.Г. Савиных.

3) *Не надо ли переместить начало третьего периода на 1946 год?*

К **научно-теоретической** и **научно-практической новизне** работы вопросов нет. Это, безусловно, пионерская работа и как решение крупной теоретической проблемы, и по результатам ее внедрения. Отрадно, что автор, будучи куратором двух медицинских музеев, использовал свои материалы для создания их экспозиций, а также собрал свою коллекцию артефактов, пополнивших их собрания. Так же одним из актов внедрения работы может стать написание монографии по материалам диссертации.

Что касается **апробации диссертации**, то в отличие от других аналогичных работ, ее результаты были апробированы не только перед историками, но и перед хирургами, что особенно ценно. Я бы на месте автора внес выступления перед хирургической аудиторией в практическое внедрение результатов диссертации, поскольку такие работы делаются не столько для историков, сколько для хирургов, страдающих от недостатка исторических исследований, подобных этому.

Из 55 изученных автором архивных документов 40 впервые введены им в научный оборот, что считаю вполне достаточным для докторской диссертации.

Впечатляет и список трудов, в которых опубликованы полученные автором результаты. Хотелось бы только пожелать в будущем опубликовать несколько статей в рейтинговых зарубежных журналах, особенно по мировым приоритетам российских хирургов. А теперь рассмотрим, как положения, вынесенные на защиту, защищены, доказаны и обоснованы в главах собственных исследований?

После критического обзора литературы, к которому у меня замечаний нет, следует ВТОРАЯ ГЛАВА, в которой доказано 1-е положение о периодизации истории РХП. Повторю, она выдержана в строгих рамках предложенных автором критериев, что весьма похвально, а выше заданные вопросы у меня возникли скорее не к наполняемости периодов, а к их обозначению. Возможно, в статьях, которые будут опубликованы после защиты, автор попытается переименовать периоды как-то иначе, более научно, а не так, как они названы в работе. Но с другой стороны, назови, как хочешь, хоть горшком, только в печь не клади. Поэтому это замечание по названию периодов остается на усмотрение автора и его консультантов.

Но все же есть несколько замечаний и к содержанию периодов, изложенных во 2-й главе диссертации. Считаю, что одним из движителей 3-го периода стало серийное изготовление не только советских аппаратов для механического шва сосудов, желудка и кишок, но и специальных инструментов для грудной хирургии, а также отечественной дыхательной и наркозной аппаратуры, что и обусловило переход с местной анестезии на эндотрахеальный наркоз.

Вызывает сомнение упоминание о телемедицине, как одной из характеристик современного периода. При чем тут телемедицина и развитие ХП? Может, автор имел в виду робототехнику?

Однако все эти замечания несущественны и дискуссионны.

ГЛАВА 3-я посвящена особенностям развития ХП в России и ее отечественным приоритетам. Абсолютно оправданно к этим особенностям автор отнес и «русский метод анестезии» по А.В. Вишневскому, и расцвет реконструктивной хирургии пищевода после Великой Отечественной войны, связанный с обусловленным войной развитием грудной хирургии, и большое количество пациентов с послеожоговыми стриктурами пищевода, и наличие самобытных научных школ в этой области хирургии.

Так же абсолютно правильно к особенностям 3-го периода истории РХП и отечественной хирургии в целом отнесено создание в Москве в 1956 году Института грудной хирургии АМН СССР, где было открыто первое в стране специализированное отделение хирургии пищевода. И хотя оно просуществовало всего несколько лет, по-моему, больше ни в одном хирургическом институте таких отделений не было. Хотелось бы только, чтобы информации об этом отделении было собрано больше. Если автор решит это сделать, мы можем ему в этом помочь.

Крупным вкладом автора в отечественную историю медицины является систематизация мировых приоритетов отечественных хирургов в области РХП, в результате чего ему удалось не только отыскать, но и доказать еще 9 незаслуженно забытых приоритетов. Остается лишь пожелать опубликовать эти результаты за рубежом для того, чтобы о них узнали не только российские, но и иноземные хирурги. Таким образом, в 3-й главе диссертации оказались полностью доказанными 2-е и 3-е положения, вынесенные на защиту.

В 4-й ГЛАВЕ автор обосновал существование крупных отечественных школ в области РХП и тем самым защитил 4-е положение, вынесенное на защиту.

Эта глава – самая сильная и доказательная в проведенном исследовании. Она сама по себе диссертательна. Это прозвучало в докладе, это прослеживается и в тексте диссертации. Причем, обоснованы не только личности, стоявшие во главе школ, и их многочисленные ученики, но и отличия школ друг от друга, и результаты их работы. Как экспериментальные, так и клинические. Развитие некоторых школ (например, школ П.А. Герцена и С.С. Юдина) прослежено от их зарождения до настоящего времени.

Однако в диссертации мы не нашли критериев, которыми автор руководствовался при определении наличия или отсутствия школы у того или иного ученого.

4) *Какими критериями пользовался автор при определении наличия школы? Были ли в истории РХП в России такие хирурги, которые внесли свой вклад в развитие проблемы, но своих школ не создали? И если были, то почему так произошло?*

Автором лишь вскользь упомянуты работы иностранных хирургов в тех направлениях, в которых работали их российские коллеги.

5) *Известны ли диссертанту примеры прямого влияния работ отечественных хирургов на развитие РХП за рубежом?*

Еще замечание. Анатолий Иванович Пирогов назван учеником Николая Николаевича Блохина. Между тем, свой путь торакального хирурга Пирогов начинал в Институте грудной хирургии под руководством Сергея Алексеевича Колесникова, учившего его оперировать. Под руководством Колесникова Анатолий Иванович защитил диссертацию, а затем перешел работать в Онкологический институт им. П.А. Герцена. Кстати, Михаил Иванович Давыдов одним из своих учителей считает именно Пирогова, «микрошефа» своей кандидатской работы.

В целом эту часть работы П.М. Богопольского считаю наиболее удачной, а проведенное им исследование о школах в РХП – еще одним крупным вкладом автора в отечественную медицинскую историографию.

И только, добравшись до 5-й ГЛАВЫ работы, мы увидели то, чего нам так не хватало в самом ее начале, ибо 5-я глава как раз и посвящена изучению современных тенденций и перспектив развития РХП в 21 веке.

И тут автор тоже поработал замечательно, связав современное развитие изученной им области хирургии и с фундаментальными науками, и с высокими технологиями, и со смежными медицинскими специальностями.

Однако хочется спросить:

6) *Останутся ли в будущем такие удивительные по смелости и хирургической мысли операции эзофагопластики, какими был богат 20-й век?*

7) *Есть ли перспектива создания искусственного протеза пищевода?*

8) *Будут ли внедрены в РХП гибридные технологии, например, сочетанное использования эндовидеотехнологий и методов традиционной хирургии?*

Выводы работы, а их – 8, полностью отражают как содержание диссертации, так и достигнутые автором результаты. Хотелось бы только в 4-м выводе еще раз прочесть фамилии авторов всех 14 приоритетов, которые автор проанализировал и подтвердил в данной работе. А в 7-м выводе увидеть фамилии хирургов, которые продолжают традиции школ П.А. Герцена, С.С. Юдина и А.Г. Савиных в 21 веке. Тем самым была бы подтверждена преемственность этих школ, постулированная автором в 4-й главе диссертации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проанализировав диссертацию П.М. Богопольского «История реконструктивной хирургии в России», мы пришли к выводу, что перед нами – законченный, самостоятельно выполненный научно-квалификационный труд, вынесенные на защиту положения которого полностью доказаны, а выводы обоснованы достаточным количеством историко-медицинских наблюдений (источников), изученных с привлечением современных методов исторического исследования.

Считаем, что данная работа содержит новое решение актуальной и крупной научной проблемы в области отечественной медицины, а именно, в области истории реконструктивной хирургии пищевода в России, и имеет большое научно-теоретическое и научно-практическое значение как для изучения и преподавания истории хирургии, так и для поиска и формулировки новых научных проблем и направлений в изучении истории отечественной медицины и хирургии.

Достижения диссертанта, заключающиеся в систематизации большого массива знаний о реконструктивной хирургии пищевода в России с выявлением 40 источников, содержание которых впервые введено в научный оборот, в выделении критериев и создании алгоритма, на основе которого проведена периодизация истории хирургии пищевода, в выявлении 9 неизвестных ранее мировых приоритетов российских хирургов в этой области хирургии, а также научного анализа и систематизации сведений о школах и их судьбе в изученной автором области знаний являются *крупным личным вкладом* соискателя в медицинскую науку России (конкретно – в историю отечественной хирургии).

Высказанные нами замечания частью риторичны и дискуссионны, отражают проблемность и многоплановость темы, и не влияют на высокое качество работы, а ответы на вопросы углубляют и уточняют некоторые ее положения.

Таким образом, по совокупности своих качеств (актуальность, научная новизна и практическая значимость, методический уровень, объем и качество выполненных исследований, обоснованность выводов) рассмотренная нами диссертация П.М. Богопольского 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
ФГБУ «НЦССХ им. А.Н. Бакулева»
доктор медицинских наук, профессор

121552, Москва, Рублевское шоссе 135
spglyantsev@mail.ru
+7-495-414-79-54

С.П. Глянецев

9 июня 2014 г.

Подпись С.П. Глянцева ЗАВЕРЯЮ

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



М.Б. Ярустовский