

© В. М. Седов, А. С. Немков, 2015
УДК 616.132.2/.142-089(092) Колесов

В. М. Седов, А. С. Немков

ВАСИЛИЙ ИВАНОВИЧ КОЛЕСОВ И ЕГО РОЛЬ В РАЗВИТИИ КРОНАРНОЙ ХИРУРГИИ (к 110-летию со дня рождения)

Кафедра факультетской хирургии с курсами последипломного образования: «Сердечно-сосудистая хирургия», «Эндовидеохирургия» и «Рентгеноэндоваскулярная хирургия» (зав. — проф. В. М. Седов), ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава РФ



Ключевые слова: В. И. Колесов, юбилей, внутренняя грудная артерия, аортокоронарное шунтирование

Сведения об авторах:

Седов Валерий Михайлович (e-mail: vamsedov@gmail.com), Немков Александр Сергеевич (e-mail: nemk_AS@mail.ru), кафедра факультетской хирургии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, 197022, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, 6–8

Болезни сердца и сосудов являются основной причиной смертности среди взрослого населения, среди них ишемическая болезнь сердца имеет ведущее значение. Борьбе с этим недугом в XX столетии посвящены усилия многих терапевтов и хирургов. Среди них выделяется фигура профессора Василия Ивановича Колесова, внесшего значительный вклад в развитие коронарной хирургии. «Коронарный» период работы В. И. Колесова связан с его работой в Ленинграде в качестве заведующего кафедрой факультетской хирургии 1-го Ленинградского медицинского института им. акад. И. П. Павлова с 1955 по 1976 г.

25 февраля 1964 г. В. И. Колесов выполнил первую в мире успешную операцию маммарно-коронарного анастомоза (МКА) — в настоящее время общепринятое название — маммарно-коронарное шунтирование. С этой операции началась эпоха коронарного шунтирования — выполнение регулярных операций для восстановления коронарного кровотока при ишемической болезни сердца (ИБС). Через 20 лет эта операция в сочетании с аутовенозным аортокоронарным шунтированием, внедренным Rene Favaloro в 1967 г., стала самой выполняемой операцией в мире.

A. S. Olearchyk и I. E. Konstantinov ранее отметили значимость работ В. И. Колесова для коронарной хирургии [21–23, 27]. С учетом 50-летней юбилейной даты первой операции МКА мы публикуем известные и новые данные об этом великом хирурге по следам его публикаций и воспоминаниям сотрудников клиники, работавшим с В. И. Колесовым в тот период.

Будущий родоначальник коронарной хирургии сердца родился 24 сентября 1904 г. в семье крестьян Марии и Ивана Колесовых в дер. Мартыановская Вологодской обл. Кроме него, в семье Колесовых были 3 брата и 2 сестры. В детстве, освоив грамоту и чистописание, он подрабатывал в одной из церквей с. Кубенское писарем и пел в церковном хоре.

С 1927 г. он учился в Государственном институте медицинских знаний, позже переименованном во 2-й Ленинградский медицинский институт (в настоящее время это Северо-Западный медицинский университет им. И.И. Мечникова). Интерес к научной работе у него проявился еще в студенческое время: так ему довелось заниматься в биологическом кружке у профессора Петра Павловича Иванова, будущего известного эмбриолога.

В 1931 г. молодой врач Василий Иванович Колесов получил направление в районную больницу пос. Чусовая, что находится в Пермском крае. В.И. Колесову было поручено заведование инфекционным отделением Чусовской больницы. В это время в районе свирепствовал сыпной тиф. В инфекционном отделении находились вместе мужчины, женщины, дети с разными заболеваниями: сыпной тиф соседствовал с дифтерией и скарлатиной. Водопровод и канализация давно и безнадежно пришли в негодность. Боясь распространения инфекции, новый заведующий разделил больных, провел реорганизацию отделения, занимаясь не только лечебными, но и хозяйственными работами.

У некоторых больных с дифтерией развивался стеноз гортани, требовалась срочная операция. Трахеотомии выполнял заведующий хирургическим отделением, приглашенный В.И. Колесовым. Однако у двух пациентов возникло серьезное осложнение — трахеозофагеальный свищ, закончившийся летальным исходом. Тогда хирург, не понимая причины осложнений, предложил В.И. Колесову выполнить такую же операцию у третьего пациента. Операция закончилась успешно. Через некоторое время он стал ординатором хирургического отделения Чусовской больницы. Молодой хирург В.И. Колесов вместе с местным патологоанатомом изучал топографическую анатомию и отрабатывал хирургические приемы на трупах в маленькой часовенке, приспособленной для вскрытия трупов.

Три года работы в пос. Чусовая пролетели быстро. Здесь же среди молодых врачей-акушеров он встретил Эттель Исаевну Керштейн (1904–1994), которая стала его женой и спутницей на всю жизнь. В 1934 г. В.И. Колесов прочитал в газете о конкурсе на должность ординатора факультетской хирургической клиники Пермского медицинского института, написал заявление, приложил необходимые документы и отправил все в конкурсную комиссию. К его удивлению конкурсная комиссия выбрала именно его, и вскоре он стал ординатором хирургического отделения клиники, возглавляемой профессором Василием Николаевичем Париным (1877–1947), умным и деятельным ученым. Под руководством проф. В.Н. Парина В.И. Колесов совершенствовался как хирург, много читал, участвовал в клинических разборах больных, помогал профессору во время лекций, демонстрируя пациентов, докладывая анамнез и результаты исследований. Через некоторое время В.И. Колесов был привлечен к преподавательской деятельности и вскоре назначен ассистентом кафедры. В 1938 г. после сдачи кандидатского экзамена по хирургии в Институте усовершенствования врачей в Ленинграде В.И. Колесову поступило предложение от проф. Н.Н. Самарина занять место ассистента у него на кафедре. В.И. Колесов с радостью согласился. Вскоре им была подготовлена кандидатская диссертация «Эвентрация селезенки при ранениях живота» — экспериментальная работа на собаках, посвященная разработке тактики хирургического лечения ущемлений селезенки при ранениях живота в зависимости от срока ущемления. Диссертация была успешно защищена в 1939 г. Проф. В.Н. Парину он написал подроб-

ное письмо с благодарностью за годы обучения и научное руководство.

Великая Отечественная война застала В.И. Колесова в Ленинграде. В июне 1941 г. он отправил жену с сыном в Чусовую, сам же продолжил работу в больнице им. В.И. Ленина на Васильевском острове (бывшая Гаванская лечебница). Медицинского персонала не хватало. Многочисленные операции по поводу острых хирургических заболеваний и военных ранений продолжались круглые сутки. Началась 900-дневная блокада Ленинграда. Зимой 1942 г. ослабевшего хирурга В.И. Колесова с трудом спасли от смерти в госпитале, куда он был переведен для работы в качестве старшего хирурга. Тяжелый гидроперикард, развившийся вследствие недостаточного питания, с трудом был вылечен к весне 1942 г. Работа в военном эвакогоспитале была продолжена. Письма от жены приходили краткие, некоторые со следами грубой цензуры. За время блокады В.И. Колесов потерял от голода брата, племянницу и племянника. Сам отвозил застывшее тело брата к грузовику, почти полностью загруженному трупами, которые везли дальше, на Пискаревское кладбище.

Несмотря на тяжелейшие условия жизни и огромный поток экстренных операций, аналитический ум будущего профессора хирургии проводил обобщения и анализировал не только особенности заживления ран после первичной хирургической обработки, но и возможности борьбы с инфекцией с помощью бактериофага. В 1942 г. в блокадном Ленинграде на научной конференции, инициатором которой был В.И. Колесов, состоялась демонстрация успешного лечения двух раненых, у которых был использован сосудистый шов при операциях по поводу артериовенозных анастомозов. Вторым в повестке дня был доклад В.И. Колесова о лечении ран бактериофагом. Конференция прошла с успехом: многие хирурги не только эвакогоспиталя, но и из других госпиталей приняли в ней участие. В 1946 г. В.И. Колесова пригласил работать профессор Петр Андреевич Куприянов (1893–1963), возглавлявший в 1945 г. 2-ю факультетскую хирургическую клинику Военно-медицинской академии. В 1946 г. состоялась защита В.И. Колесовым докторской диссертации «Бактериологический контроль и терапия бактериофагом гнойных ран». В 1949 г. В.И. Колесова направляют в длительную командировку в Австрию для руководства хирургической службой Центральной группы войск, в дальнейшем назначают заведующим кафедрой военно-полевой хирургии в г. Харькове, откуда он через полтора года переезжает в Ленинград, возглавляя вначале кафедру общей хирургии, а с 1955 г. — кафедру факультетской хирургии 1-го Ленинградского медицинского института. Именно здесь раскрылся преподавательский и исследовательский талант В.И. Колесова. Именно здесь была проведена работа, позволившая в дальнейшем назвать проф. В.И. Колесова пионером коронарной хирургии.

В.И. Колесов — человек широких научных интересов, однако вопросы кровоснабжения миокарда и хирургическое лечение коронарной болезни сердца заняли его внимание с 1955 г., когда он встал во главе одной из самых крупных хирургических кафедр Советского Союза. Первоочередной задачей стала реваскуляризация миокарда.

Во время работы в клинике факультетской хирургии были начаты эксперименты по изучению коронарного кровотока и их хирургической коррекции. Начаты операции на больных. Так, популярная в 1950-е годы операция Фисеки к 1966 г. была выполнена 310 больным [2].

Операция, которую предложил канадский хирург Arthur Vineberg в 1946 г. и выполнил ее больному в 1950 г., заинтересовала В. И. Колесова. Изучение ее возможностей для реваскуляризации миокарда было проведено сотрудниками клиники К. К. Токаревич и А. А. Царегородцевым. Это позволило в 1962 г. начать ее применение для лечения больных. Выполнена 21 операция Вайнберга с положительным результатом у большинства больных [7]. Однако медленно развивающийся эффект реваскуляризации после этой операции не удовлетворял хирургов, что особенно проявлялось при операциях у больных со стенокардией покоя, при нестабильной стенокардии и остром инфаркте миокарда (ОИМ). Требовалось восстановление прямого коронарного кровотока.

Особое место в хирургии венечных артерий занимают эндартерэктомия и восстановление коронарного кровотока по собственным коронарным артериям без создания анастомозов с системными артериями или аортой.

В США А. Мау (1956) разработал специальную кюретку для выскабливания интимы коронарных артерий. Ch. Bailey в 1957 г. применил этот метод у больного, выполнив эндартерэктомию проксимальных отделов коронарной артерии, что можно считать первой реконструктивной операцией на коронарной артерии в клинических условиях [13]. В. И. Колесов, понимая значение этих работ, отдает также должное исследованиям К. В. Absolon и соавт. [12], А. Мау (1957) и др., выявившим принципиальную возможность выполнения эндартерэктомии коронарных артерий [12, 14, 20, 24].

Уделяя должное внимание всему предшествующему опыту разработки операций на коронарных артериях, В. И. Колесов акцентирует внимание на работах тех экспериментаторов, которые внесли существенный вклад в развитие идеи восстановления коронарного кровотока, используя для этого внутреннюю грудную артерию. Так, Владимир Петрович Демихов в Москве (1953) и канадский хирург G. Muntau (1953) независимо друг от друга впервые продемонстрировали возможность наложения анастомоза между внутренней грудной артерией (ВГА) и коронарной артерией на собаках, используя разделяемые канюли (по типу канюль Paug) и бесшовную технику [1, 15, 19, 25].

В дальнейшем многие хирурги того времени разрабатывали в эксперименте методы создания бесшовных анастомозов между коронарными артериями и ВГА: А. Thal и соавт. (1956); К. Absolon и соавт. [12]; R. Goetz и соавт. [16]; M. De Bakey, B. Henly (1961), В. И. Пронин и Н. Б. Доброва (1965); В. В. Амосова (1966) и др.

В 1960 г. 2 мая R. H. Goetz [18] в Нью-Йорке выполнил первую успешную операцию по созданию анастомоза между ВГА и правой коронарной артерией больному, используя танталовые кольца. Об этой операции он сообщил в 1961 г. в приложении к статье об экспериментах на собаках, которые он проводил в конце 1950-х годов. Подвергнутый острой критике со стороны коллег, R. H. Goetz больше никогда не повторял подобной операции [22].

В феврале 1964 г. в клинику факультетской хирургии 1-го Ленинградского медицинского института им. акад. И. П. Павлова поступил больной 44 лет, страдающий ИБС, частыми приступами стенокардических болей, который 8 лет назад перенес ОИМ. На ЭКГ от 21 февраля 1964 г. отмечены рубцовые изменения на передней стенке и боковой стенке левого желудочка (ЛЖ). Коронарная недостаточность на боковой стенке ЛЖ.

25 февраля 1964 г. выполнена операция создания МКА (В. И. Колесов).

Приводим протокол этой операции. Обезболивание — эндотрахеальный наркоз (Г. Л. Котомина). Торакотомия слева в пятом межреберье с пересечением вышележащего реберного хряща. Мобилизована ВГА вместе с окружающими тканями от уровня V реберного хряща вверх почти до отхождения а. pericardiacophrenica. Передняя межжелудочковая и огибающая ветви левой венечной артерии в их начальных отрезках обывествлены. Пульсация этих сосудов не определялась. Выделен участок огибающей артерии на месте кальцинации и под него подведен турникет. Артерия острожно пережата в течение 8 мин. За это время сердечная деятельность не изменялась, а артериальное давление оставалось стабильным. Электрокардиограмма в течение всего периода пережатия артерии не подвергалась изменениям. На основании этих данных было сделано заключение о стойком нарушении кровотока в выделенной артерии и о том, что ее можно вскрыть без риска фибрилляции желудочков сердца. Больного осторожно повернули на правый бок. Огибающая артерия имела рассыпной тип. Одна из наиболее крупных ветвей рассечена. Пройдемость периферического отрезка артерии сохранена; центральный кровоток прерван. Наложена МКА «конец в конец». Наложение анастомоза осуществлено под контролем лупы. Применена шовная техника создания анастомоза. Появилась пульсация периферического отрезка анастомозированной артерии. Наложены редкие швы на перикард. Рана грудной клетки зашита наглухо. Послеоперационный период протекал без осложнений. Стенокардия у пациента исчезла. Наблюдение за ним осуществлялось несколько лет [4].

С 1964 г. плановые операции по восстановлению коронарного кровотока стали выполнять регулярно. Так было положено начало эры прямой реваскуляризации миокарда.

«Вначале мы применяли ручную технику создания маммарно-коронарного анастомоза, но вскоре стали применять сосудосшивающие аппараты, что в то время было новым делом в клинической хирургии венечных артерий» [3].

Первые операции МКА В. И. Колесов выполнял на работающем сердце без искусственного кровообращения (ИК), считая, что для тяжелобольных ИК является серьезным отягчающим фактором, и его надо по возможности избегать. Однако в случае нестабильности сердечной деятельности, особенно при развивающемся ОИМ, применение ИК является жизнеспасающей процедурой, позволяющей поддержать достаточную гемодинамику на период восстановления коронарного кровотока [3]. При необходимости выполнения операции на передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) и правой коронарной артерии (ПКА), как правило, использовали искусственное кровообращение. Основную часть плановых операций на ПМЖВ выполняли на работающем сердце. В то время стабилизация участка коронарной артерии осуществлялась с помощью держалок, подведенных под коронарную артерию (стабилизаторы миокарда будут разработаны и внедрены в клиническую практику еще через 20 лет), поэтому применение сосудосшивающих аппаратов (по типу степлера) для формирования анастомоза «конец в конец» было вполне логичным решением, дающим лучший результат операции. Модифицирование серийно выпускаемого аппарата «АСЦ-4» за счет вакуумной разбортовки сшиваемых сосудов существенно улучшили ключевой этап операции — разбортовку артерии, что позволило добиться

хороших клинических результатов не только непосредственных, но и отдаленных [5].

В 1967 г. в журнале «The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery» была опубликована статья В.И. Колесова «Mammary artery-coronary artery anastomosis as method of treatment for angina pectoris» [19]. В ней были приведены данные о 6 пациентах, которым была выполнена операция МКА, подробно описана техника выполнения шовного анастомоза отдельными узловыми швами по типу «конец в конец» и «конец в бок». В приложении было отмечено, что к моменту публикации выполнены 12 подобных операций. В конце статьи был приведен комментарий D. Effler о том, что публикация этой статьи направлена на обмен знаниями и мнениями о развитии коронарной хирургии сердца между хирургами разных стран, однако по некоторым позициям он придерживается других взглядов. После комментария D. Effler был напечатан ответ В.И. Колесова как продолжение дискуссии.

Первые операции В.И. Колесов выполнял без использования коронарографии. Она только начинала внедряться в клиническую практику в 1-м ЛМИ им. акад. И.П. Павлова. Первые аортограммы (1962), выполняемые больным с пороками сердца, с неселективным заполнением коронарных артерий и полуселективные коронарографии не давали полной характеристики атеросклеротического поражения коронарных артерий. Для улучшения качества коронарных ангиограмм была использована методика кратковременной остановки сердца во время коронарографии с помощью ацетилхолина (предложена Р. Arnulf, 1958) с последующим восстановлением сердечного ритма за счет электрокардиостимуляции через электрод, введенный в правый желудочек сердца через бедренную вену. Впервые в клинике коронарография по этой методике выполнена Л.В. Поташовым [9]. Только внедрение селективной коронарографии по Sones и по Judkins позволило не только выявлять локализацию и степень поражения коронарной артерии, но и определить участок малоизмененной или непораженной атеросклерозом коронарной артерии для формирования анастомоза (Е.В. Колесов, Т.А. Суллинг, С.Д. Астафьева) [11].

Необходимость регистрировать ранние изменения кровоснабжения миокарда в определенной зоне привела к разработке метода эпикардимальной электрокардиографии: регистрация монополярного отведения от этой зоны ЛЖ, которую предполагается реваскуляризовать. Подшивание эпикардимального электрода к эпикардимальному жиру позволяет получить неизмененную эпикардимальную ЭКГ (подшивание к миокарду регистрирует токи повреждения в виде монополярной кривой с элевацией сегмента ST), чутко реагирующую на кровоснабжение этой зоны. Проведение теста пережатия коронарной артерии на 5–8 мин позволяет удостовериться в безопасности работы на пережатой коронарной артерии при отсутствии изменений эпикардимальной ЭКГ. Оставляя этот электрод для послеоперационного периода, можно продолжать наблюдение за зоной восстановленного кровотока более прицельно, чем при использовании поверхностной ЭКГ.

Явная недостаточность обычной ЭКГ с 12 отведениями для оценки кровоснабжения сердца заставила сотрудников клиники В.И. Колесова разработать метод мозаичной ЭКГ (Е.В. Колесов, Н.Г. Володкович), при котором используются более 100 монополярных отведений поверхностной ЭКГ от грудной клетки спереди и сзади и в верхней части живота [7]. Создается своеобразный мозаичный электрокардиографический «портрет» сердца. Регистрация мозаичной

электрокардиотопограммы в динамике: до операции, сразу после операции и в дальнейшем послеоперационном периоде позволяла следить за функционированием МКА и в ряде случаев предпринимать меры при ухудшении его работы, вплоть до использования фибринолитика (стрептокиназы) или повторной операции. В настоящее время совершенно очевидно, что чувствительность и специфичность метода мозаичной ЭКГ была значительно больше обычной ЭКГ с 12 отведениями, однако следует признать и существенную сложность и громоздкость этого метода; ведь при отсутствии компьютерного анализа необходимо было провести последовательное сравнение каждого из отведений мозаичной ЭКГ, а при последнем варианте метода таких отведений было 130. Только энтузиасты могли проводить такую огромную работу, к ним относится Н.Г. Володкович.

Исследования по изучению наилучшего материала для пластики коронарных артерий также проводились на собаках. Из числа исследованных участков аутовены, аутоартерии, аутоперикарда наилучшими показателями вживляемости при пластике коронарной артерии с помощью лоскута оказалась стенка аутоартерии. Этот трансплантат показал лишь десквамацию эндотелия в первые дни после пересадки. В дальнейшем макроскопическое и гистологическое исследование отметили, что аутоартерия — лучший материал при свободной пластике коронарной артерии. В.И. Колесов в своих выступлениях неоднократно уверял, что аутоартериальные трансплантаты — наилучший материал для восстановительных операций на коронарных артериях [8]. Выделение ВГА для создания анастомоза с коронарной артерией В.И. Колесов рекомендовал проводить с окружающими тканями, чтобы сохранить стенку артерии в наиболее комфортных условиях.

Операции при использовании селезеночной, желудочно-сальниковой артерии, поверхностной бедренной артерии для анастомоза с ПМЖВ (с соответствующей заменой использованных участков аутовены) проводились на собаках с целью обоснования и разработки методов выделения этих артерий и использования их для реваскуляризации миокарда в клинике факультетской хирургии [3, 6, 10]. Не все экспериментальные разработки в дальнейшем были использованы в клинической практике, однако идея о полном аутоартериальном коронарном шунтировании продолжает доминировать среди кардиохирургов и в настоящее время, особенно в тех случаях, когда операция проводится у молодого больного.

9 мая 1967 г. в Кливлендской клинике R. G. Favoloro выполнил первую операцию аортокоронарного шунтирования (АКШ) с использованием большой подкожной вены [16]. Успехи этой клиники в применении большой подкожной вены, подхваченные другими учреждениями, привели к широкому распространению АКШ с применением большой подкожной вены и на время затмили аутоартериальное АКШ с применением ВГА [17, 28]. Однако длительные наблюдения 1970–1980-х годов за пациентами, перенесшими АКШ, показали, что применение аутоартериального трансплантата приводит к более длительному и стабильному эффекту операции по восстановлению коронарного кровотока. ВГА при этом занимает лидирующее положение. В.И. Колесов активно отстаивал позицию преимущества аутоартериального шунтирования, однако в жизни приходилось использовать и аутовену для АКШ.

Активная работа по изучению коронарного атеросклероза и возможности оперативного лечения коронарных артерий началась с 1971 г., когда для клиники факуль-

тетской хирургии по инициативе В.И. Колесова было построено новое здание, в котором был смонтирован рентгеноангиографический аппарат «Siemens», что позволило проводить коронарографию каждому больному — кандидату на оперативное лечение ИБС.

Успешные операции при начинающемся инфаркте миокарда в виде МКА выполнены В.И. Колесовым в 1968 г. Прежде всего, это были больные, которых готовили к плановой операции по восстановлению коронарного кровотока, однако развивающийся ОИМ диктовал необходимость выполнения экстренной операции. Так, первые три операции были выполнены в 1968 г. Операции выполняли на работающем сердце. Первым двум пациентам выполнен шовный анастомоз ВГА-ПМЖВ, третьему больному анастомоз ВГА-ПМЖВ выполнен с помощью сосудосшивающего аппарата «АСЦ-4». Все пациенты выжили. Быстрая реваскуляризация — залог успеха. К такому выводу пришла сотрудница К.К. Токаревич, выполнив под руководством проф. В.И. Колесова несколько серий экспериментальных операций на модели ОИМ у собак. Раннее восстановление коронарного кровообращения приводит к уменьшению зоны инфарктированного миокарда, причем способ восстановления коронарного кровотока не имеет большого значения: снятие ранее наложенной лигатуры с коронарной артерии или МКА.

В настоящее время именно этот принцип остается ведущим при лечении больных с ОИМ: восстановление коронарного кровотока в виде раннего тромболиза или экстренной коронарной ангиопластики, или коронарного шунтирования позволяет не только спасти больного, но и сохранить значительную часть страдающего от ишемии миокарда. Восстановление коронарного кровотока даже после выведения больного из клинической смерти с последующей операцией анастомозирования ВГА-ПМЖВ может привести к успеху. В ряде случаев применение ИК во время экстренной операции создания аппаратного анастомоза ВГА-ПМЖВ (1975) оказывает существенную пользу при явлениях тяжелой сердечной недостаточности вследствие развивающегося ОИМ с отеком легкого (*таблица*).

В.И. Колесов не был апологетом множественного коронарного шунтирования, однако восстановление кровотока в двух коронарных бассейнах считал необходимым при их окклюзии или субокклюзии проксимальных артериальных сегментов. «Восстановление магистрального кровотока в двух главных венечных ветвях мы осуществляли наложением двух МКА либо созданием МКА и аутовенозного аортокоронарного шунта. Оперативное лечение здесь выполняется по общему принципу хирургии: анатомические утраты должны быть по возможности восстановлены» [3].

**Вклад клиники факультетской хирургии I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова
в развитие хирургического лечения ишемической болезни сердца в период руководства В. И. Колесова
в 1964–1975 гг.**

Дата	Операция	Использование сосудосшивающе- го аппарата	Доступ	Использование аппарата ИК
Хроническая ИБС				
25.02.1964 г.	МКА — ветвь ОВ, шовный анастомоз «конец в конец»	Нет	Торакотомия	Нет
26.01.1965 г.	МКА-ПМЖВ, шовный анастомоз «конец в бок»	Нет	Торакотомия	Нет
22.03.1967 г.	Первый механический МКА-ПМЖВ	АСЦ-4	Торакотомия	Нет
10.06.1969 г.	Двусторонний ВГА, анастомоз	АСЦ-4	Торакотомия	Нет
21.01.1971 г.	Первый механический с вакуумной разбортовкой анастомоз ВГА-ПМЖВ	АСЦ-в	Торакотомия	Нет
16.06.1971 г.	АКШ ПКА аутоартериальный, шовный анастомоз «конец в конец»	Нет	Торакотомия	Да, артериальная канюля в a.iliaca
19.01.1972 г.	АКШ ПКА аутовенозный, шовный анастомоз «конец в конец»+ВГА-ПМЖВ, анастомоз шовный «конец в бок»	АСЦ-4	Стернотомия	Да
				Нет
22.02.1972 г.	АКШ ПКА аутовенозный, шовный анастомоз «конец в конец»+ВГА-ПМЖВ, анастомоз шовный «конец в конец»	АСЦ-4	Стернотомия	Да
				Да
Острый коронарный синдром				
05.02.1968 г.	МКА-ПМЖВ, шовный анастомоз «конец в конец»	Нет	Торакотомия	Нет
17.05.1968 г.	МКА-ПМЖВ, шовный анастомоз «конец в бок»	Нет	Торакотомия	Нет
11.02.1972 г.	ОИМ с клинической смертью, МКА-ПМЖВ механический, анастомоз «конец в конец»	АСЦ-в	Стернотомия	Нет
28.01.1975 г.	ОИМ с отеком легких, МКА-ПМЖВ механический, анастомоз «конец в конец»	АСЦ-в	Стернотомия	Да, 13 мин

Примечание. ОВ — огибающая ветвь; АСЦ-4 — аппарат сосудосшивающий, циркулярный, 4-я модификация; АСЦ-в — аппарат сосудосшивающий циркулярный с вакуумной разборкой.

Основными положительными сторонами использования ВГА для коронарного шунтирования являются: анатомическая близость сосуда к сердцу, отсутствие ее поражения атеросклерозом как артерии мышечного типа (редко наблюдается ее кальциноз), диаметр ее адекватен для шунтирования коронарных артерий, длительное ее функционирование в качестве коронарного шунта приводит к некоторой дилатации ее просвета.

В настоящее время едва ли найдется клиника в мире, где не используется операция В.И. Колесова — создание МКА, как основной шунт для восстановления кровотока в ПМЖА. Шовный вариант ее применения, как и было исполнено 50 лет назад, является лучшим вариантом создания анастомоза ВГА-ПМЖА. Мининвазивный вариант доступа и выполнение этой операции на работающем сердце уменьшают операционную травму и являются операцией выбора при окклюзирующем поражении ПМЖА. Именно такие позиции отстаивал проф. В.И. Колесов в своей книге «Хирургия венечных артерий сердца» [3], обобщающей первый этап развития коронарной хирургии. Длительность и эффективность ее работы доказана десятилетиями применения. Использование «колесовских» принципов применения ВГА для шунтирования коронарных артерий через 50 лет подчеркивает значимость вклада проф. В.И. Колесова в развитие коронарной хирургии.

После выхода на пенсию В.И. Колесов написал книгу «Записки старого хирурга» [4], в которой он описывает свой жизненный путь, критически оценивая различные периоды своей жизни, становление себя как хирурга, путь к коронарной хирургии, который не был по достоинству оценен современниками.

Книга В.И. Колесова «Записки старого хирурга» не была издана при его жизни. Он умер 1 августа 1992 г., похоронен на Богословском кладбище в Санкт-Петербурге. Через 9 лет после его смерти книгу издали бывшие сотрудники В.И. Колесова; основную роль в издании книги сыграла Вера Яковлевна Пикалева — ассистент клиники факультетской хирургии.

Авторы благодарны сотрудникам клиники факультетской хирургии, которые работали с В.И. Колесовым и передали нам материалы о жизни и работе В.И. Колесова в тот период: Н.Г. Володкович, Е.В. Колесов, Ю.А. Петухов, С.М. Пудяков, Ю.И. Седелецкий, К.К. Токарев, В.И. Хныкина, А.Н. Царева.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Демихов В.П. Трансплантация жизненно важных органов в эксперименте. М.: Медгиз, 1960. 260 с.
- Колесов В.И. Хирургическое лечение ишемической болезни сердца. Л.: Медицина, 1966. 263 с.
- Колесов В.И. Хирургия венечных артерий сердца. Л.: Медицина, 1977. 360 с.
- Колесов В.И. Записки старого хирурга. СПб., 2001. 151 с.
- Колесов В.И., Колесов Е.В., Гуревич И.Ю., Леоско В.А. Сосудосшивающие аппараты в хирургии коронарных артерий // Мед. техника. 1970. № 6. С. 24–28.
- Колесов В.И., Колесов Е.В., Царева А.Н., Володкович Н.Г. Хирургическое лечение коронарной недостаточности // Клин. мед. 1971. № 11. С. 13–20.
- Колесов В.И., Колесов Е.В., Царева А.Н. и др. Относительно хирургии некоторых жизненно важных артерий // Вестн. хир. 1971, № 7. С. 54–61.
- Колесов В.И., Петухов Ю.А. Ретроградный маммарно-коронарный анастомоз и его место среди методов реваскуляризации миокарда // Вестн. хир. 1976. № 2. С. 7–13.
- Колесов В.И., Поташов Л.В. Операции на коронарных артериях // Экспер. хир. и анестезиол. 1965. № 10. С. 3–8.
- Колесов В.И., Романкова М.П., Володкович Н.Г., Дулаев В.К. Экспериментальное обоснование сплено-коронарного артериального анастомоза с целью реваскуляризации миокарда // Вестн. хир. 1975. № 114. С. 9–14.
- Колесов В.И., Царева А.Н., Колесов Е.В. и др. Выбор хирургического вмешательства на коронарных артериях при ишемической болезни сердца // Вестн. хир. 1972. № 9. С. 3–8.
- Absolon K.B., Aust J.B., Varco R.L., Lillehei C.W. Surgical treatment of occlusive coronary artery disease by endarterectomy or anastomotic replacement // Surg. Gynecol. Obstet. 1956. Vol. 103. P. 180–185.
- Bailey Ch., May A., Lemmon W. Survival after coronary endarterectomy in man // JAMA. 1957. Vol. 22, № 6. P. 641–646.
- Carter E.L., Roth E.J. Direct nonsuture coronary anastomosis in the dog // Ann. Surg. 1958. Vol. 148, № 2. P. 212–218.
- Demikhov V.P. Experimental transplantation of vital organs. New York: Consultant Bureau Publishing, 1962.
- Favaloro R.G. Saphenous vein autograft replacement of severe segmental coronary artery occlusion // Ann. Thorac. Surg. 1968. № 5. P. 334–339.
- Favaloro R. Surgical treatment of coronary arteriosclerosis. Baltimore. The Williams and Wilkins Company, 1970. P. 132.
- Goetz R.H., Rohman M., Haller J.D. et al. Internal mammary-coronary artery anastomosis: Anon-suture method employing tantalum rings // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1961. Vol. 41, № 3. P. 378–386.
- Kolesov V.I. Mammary artery-coronary artery anastomosis as method of treatment for angina pectoris // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1967. Vol. 54, № 4. P. 535–544.
- Kolesov E.V. Pioneering minimally invasive coronary surgery: a historic perspective. Chapter 49: Minimal access cardiothoracic surgery. New York-London: W.B. Saunders Publication, 1998.
- Konstantinov I.E. The first coronary artery bypass operation and its pioneers // Ann. Thor. Surg. 1997. Vol. 64. P. 1517–1528.
- Konstantinov I.E. Goetz R.H.: the surgeon, who performed the first successful clinical coronary artery bypass operation // Ann. Thorac. Surg. 2000. Vol. 69. P. 1966–1972.
- Konstantinov I.E., Vasilii I. Kolesov. A surgeon to Remember // Texas Heart Institute J. 2004. Vol. 31, № 4. P. 349–358.
- Longmire W.P., Cannon J.A., Kattus A.A. Direct-vision coronary endarterectomy for angina pectoris // N Engl. J. Med. 1958. Vol. 259. P. 993–999.
- Murray G., Hilario J., Porcheron R., Roschlau W. Surgery of coronary heart disease // Angiology. 1953. № 4. P. 526–531.
- Olearchyk A.S. Kolesov V.I. A pioneer of coronary revascularization by internal mammary-coronary revascularization by internal mammary-coronary artery grafting // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1988. Vol. 96. P. 13–18.
- Olearchyk A.S., Olearchyk R.M. Reminiscences of Vasilii I. Kolesov // Ann. Thorac. Surg. 1999. Vol. 67. P. 273–276.
- Senning A. Strip grafting in coronary arteries // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1961. Vol. 41, № 4. P. 542–549.

Поступила в редакцию 19.11.2014 г.