

## ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИИ АНЕВРИЗМ СЕРДЦА (1930—1960)

А. Н. Блеткин, И. А. Борисов

*Индивидуализация каждого случая, основанная на осязательных научных данных, и составляет задачу клинической медицины и вместе с тем самое твердое основание лечения, направленное не против болезни, а против страдания больного.*

С. П. Боткин

В 1580 г. Guillaume de Baillon обратил внимание на увеличение сердца и рекомендовал дать ему название «аневризма» [1]. И лишь три с половиной века спустя была выполнена первая операция по удалению аневризмы сердца [1, 15, 16].

Впервые в мире успешная радикальная резекция аневризмы правого желудочка была выполнена в 1931 г. заведующим кафедрой хирургии и клиникой Шарите (Берлин, Германия) проф. F. Sauerbruch. Он оперировал девушку 28 лет, которая за год до поступления в клинику перенесла инфлюэнцу, после чего появились жалобы на ощущение «беспокойства в области сердца». В результате обследования показанием к операции стала заподозренная опухоль средостения. «После торакотомии была обнаружена шарообразная опухоль размером с голову ребенка и основанием глубоко в средостении. После прокалывания иглой отмечено обильное поступление крови. При попытке ушивания места пункции отмечено прорезывание швов и расширение дефекта. Кровотечение было остановлено введением в дефект пальцев левой руки. На глубине 6—7 см была выявлена вторая полость под четко выраженным плотным кольцом ткани — границей полостей. По току крови внутри второй полости хирург определил, что находится или в предсердии, или, скорее, в желудочке, после чего был установлен диагноз «аневризма сердца». Двумя шелковыми швами было ушито основание аневризмы и тем самым остановлено кровотечение. После этого вскрыта

полость аневризмы, удалены пристеночные тромботические массы и дефект ушит несколькими рядами швов. После выписки из стационара пациентка наблюдалась в течение 7 лет. Когда на заседании хирургического общества профессора спросили о возможности выполнения подобных операций в будущем, он шутливо ответил, что «не хотел бы никогда повторить подобную процедуру в плановом порядке» [4, 25].

Дальнейшее свое развитие хирургия аневризм сердца получила 12 лет спустя. 12 июня 1942 г. профессор сердечно-сосудистой хирургии (впервые присвоенное звание в США) С. Beck (клиника университета Case Western Reserve, Кливленд, США) выполнил плановую операцию наружной пластики аневризмы левого желудочка у 48-летнего пациента. Стенка аневризмы была снаружи укреплена подшитым к перикарду и затем плицированным (для создания наибольшего натяжения) лоскутом широкой фасции бедра [6].

Через 5 нед после операции больной умер от гнойной эмпиемы плевральной полости [6].

Через 12 лет, 15 апреля 1954 г., проф. Ch. Bailey (госпиталь при медицинском колледже Hahnemann, Филадельфия, США) выполнил резекцию постинфарктной аневризмы левого желудочка закрытым способом. Операция была выполнена на работающем сердце с использованием большого аортального зажима Сатинского. Кожные швы были удалены на 12-е сутки после операции; больной прожил 3 года [7, 8].



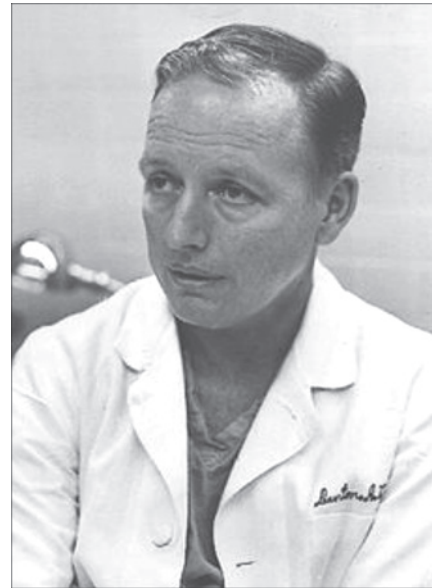
Ernst Ferdinand Sauerbruch (1875—1951).



Claude Schaeffer Beck (1894—1977).



*Charles Philamore Bailey (1910 — 1933).*



*Denton Arthur Cooley (под. в 1920 г.).*

В СССР первая операция по поводу аневризмы левого желудочка была выполнена в 1954 г. акад. АМН, директором Института хирургии АМН (Москва), главным хирургом Советской Армии, проф. А. А. Вишневым. У больного было выполнено погружение аневризмы небольшого размера отдельными швами. Этим же методом два года спустя (1956) выполнил пластику левого желудочка проф. I Ленинградского медицинского института Ф. Г. Углов [9, 10].

16 сентября 1955 г. в госпитале St. Vincent (Лос-Анджелес, США) доктором J. Jones с помощью модифицированного зажима Потта (Pott) было произведено удаление аневризмы левого желудочка антеролатеральной локализации. Наблюдение за больным в течение трех лет после операции показало хороший клинический эффект [5, 11].

В 1955 г. проф. F. Niedner (клиника хирургии городской больницы г. Ульм, Германия), а в 1956 г. проф. G. D'Allaines (Парижский госпиталь, Франция) и проф. В. Špaček (Университет Masaryk, Чехословакия) опубликовали результаты семи операций наружной пластики аневризмы левого желудочка кожным и мышечными (большая грудная мышца, межкостальный реберный) лоскутами [12, 13].

3 апреля 1956 г. Ch. Bailey впервые в мире произвел операцию аневризмэктомии по поводу желудочковой тахикардии с хорошим клиническим эффектом [14, 15].

23 ноября 1956 г. руководитель клиники хирургии проф. Ch. Lyons из клиники Алабамского медицинского колледжа (Бирмингем, США) впервые в мире выполнил успешное удаление ложной (посттравматической) аневризмы левого желудочка у женщины 49 лет, используя метод пережатия шейки аневризмы «недробящим» зажимом (вероятно, зажим Сатинского) [5, 12, 16].

Следующая попытка радикальной резекции аневризмы левого желудочка в 1956 г., предпринятая проф. P. De Camp (клиника Ochsner, Новый Орлеан, США) закончилась неудачей: больной умер на 8-е сутки от кровотечения [17].

Большой вклад в развитие хирургии аневризмы сердца внес проф. Б. В. Петровский, заведующий кафедрой госпитальной хирургии I Московского медицинского института им. И. М. Сеченова, акад. АМН СССР. В 1957—1958 гг. он выполнил 6 операций по укреплению стенки аневризмы мышечным лоскутом с хорошим клиническим эффектом [9, 10].

17 января 1958 г. D. Cooley из клиники медицинского колледжа Baylor и госпиталя Methodist (Хьюстон, США) впервые в мире выполнил резекцию постинфарктной

аневризмы левого желудочка у больного 50 лет с использованием метода искусственного кровообращения (32 мин) с интермиттирующим (прерывистым — А.Б.) пережатием аорты (11 мин). У больного была выполнена тромбэктомия из полости левого желудочка и линейная пластика. На 18-й день после операции больной был выписан из стационара и продолжил лечение амбулаторно. В течение 1958 г. D. Cooley выполнил еще 5 подобных успешных операций в условиях искусственного кровообращения, тем самым сформулировав основные принципы выполнения линейной пластики левого желудочка. Этот опыт не только послужил началом «новой эры» в хирургии постинфарктной аневризмы левого желудочка, но и дал импульс для дальнейшего развития операций на сердце [18, 19].

В феврале 1958 г. J. Templeton (клиника медицинского колледжа Jefferson, Филадельфия, США) выполнил 2 операции резекции постинфарктной аневризмы левого желудочка, используя метод искусственного кровообращения, с хорошим клиническим результатом. Третья подобная операция была им выполнена в сентябре 1958 г. [20, 21].

Весной 1958 г. болгарский хирург К. Stoianov (клиника сердечно-сосудистой хирургии, София, Болгария) успешно выполнил пликацию верхушечной аневризмы левого желудочка [22]. В том же году 5 июня Cl. Lillehei (клиника Миннесотского университета, США) выполнил резекцию большой постинфарктной аневризмы левого желудочка с тромбэктомией в условиях искусственного кровообращения (25 мин). Вторая аналогичная операция была им выполнена в августе 1959 г. Оба пациента были выписаны из стационара с хорошим гемодинамическим и клиническим эффектом [12].

В 1958 г. Ch. Bailey доложил о выполненных за период 1954—1958 г. шести резекциях постинфарктных аневризм левого желудочка с использованием оригинального игольчатого зажима, разработанного для более надежной фиксации аневризматического мешка [7]. В 1963 г. по разработке Б. В. Петровского был изготовлен оригинальный игольчатый зажим, в дальнейшем использовавшийся при закрытых резекциях аневризм сердца [23].

2 марта 1959 г. в Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова (в здании бывшей хирургической клиники Виллие) в клинике кафедры хирургии № 1 (усовершенствования врачей) проф. А. П. Колесов произвел резекцию аневризмы левого желудочка заднебоковой локализации [24]. У больной 36 лет была выполнена линейная пликация (пластика) задней стенки левого желудочка на работающем



*John Y. Templeton III.*



*Александр Александрович Вишневецкий  
(1906 — 1975).*

сердце из заднебоковой левосторонней торакотомии. Для захвата аневризмы было использовано 2 зажима Сатинского (навстречу друг другу), затем основание аневризмы было прошито П-образными швами выше зажимов. После этого шов был укреплен «с двух сторон с помощью бронхоушивателя танталовыми скрепками, что позволило полностью ликвидировать аневризматическое выпячивание» [24]. Через 3 нед после операции больная была выписана из клиники. Следует отметить, что успешное выполнение такой технически сложной (как для хирурга, так и для анестезиолога) операции было не случайным. Несмотря на то что клиника была образована в 1943 г, в блокадном Ленинграде, на базе торакального отделения группы госпиталей, развернутых в помещениях Военно-медицинской академии, в ней одной из первых в СССР приступили к разработке сложных вопросов торакальной и сердечно-сосудистой хирургии. Кафедру и клинику возглавлял акад. АМН СССР, генерал-лейтенант медицинской службы проф. П. А. Куприянов. Итогом напряженной и кропотливой работы стало то, что еще в 1953 г. П. А. Куприянов одним из

первых в стране (вторым после А. Н. Бакулева) выполнил перевязку открытого артериального протока, устранение стеноза легочной артерии и коарктации аорты. Первая закрытая комиссуротомия по поводу ревматического стеноза митрального клапана также была выполнена П. А. Куприяновым в 1953 г. [25].

Еще в 1957 г. на базе кафедры была создана и внедрена оригинальная отечественная модель аппарата искусственного кровообращения ИСК-2 (автор — проф. Ф. В. Баллюзек). С июня 1959 г. в клинике начали выполнять операции при врожденных и приобретенных пороках сердца в условиях искусственного кровообращения. При этом большой заслугой проф. А. П. Колесова было активное участие в разработке и внедрении в клиническую практику искусственного кровообращения. Кроме этого, именно он разработал и внедрил правосторонний доступ при операциях на сердце и, в частности, при коррекции митральных пороков сердца [25].

После смерти П. А. Куприянова в 1963 г. А. П. Колесов возглавил кафедру и клинику. Под его руководством



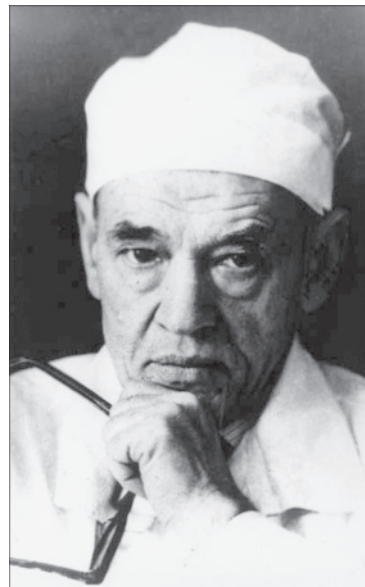
*Champ Lyons (1907 — 1965).*



*Clarence Walton Lillehei (1918 — 1999).*



**Борис Васильевич Петровский**  
(1908 — 2004).



**Федор Григорьевич Углов**  
(1904 — 2008).

в клинике впервые были выполнены одномоментное двухклапанное протезирование клапанов сердца, операции прямой реваскуляризации миокарда, резекции аневризм сердца и аорты, усовершенствована техника операций в условиях искусственного кровообращения, разработана концепция анестезиолого-реаниматологического обеспечения операций на сердце. Трудно переоценить вклад этого выдающегося хирурга, ученого и руководителя в развитие отечественной сердечно-сосудистой хирургии [25].

В дальнейшем оригинальный метод резекции аневризмы левого желудочка с помощью аппарата, предложенный А. П. Колесовым, был модифицирован Б. В. Петровским и применен во время операции 11 мая 1959 г. Верхушечная аневризма левого желудочка была линейно плицирована танталовыми скрепками с помощью аппарата УКЛ-60, а затем линия швов была укреплена с помощью диафрагмального мышечного лоскута [9, 10]. По мнению автора, «пластика диафрагмальным лоскутом способствует реваскуляризации миокарда путем прорастания сосудов из лоскута в миокард, поскольку такой лоскут на ножке имеет хорошее кровоснабжение и иннервацию. Близкое расположение сердца и диафрагмы, особенности их кровоснабжения и иннервации дают основание с успехом использовать диафрагму

для пластики стенки сердца» [9]. С этой точки зрения в эпоху становления сердечно-сосудистой хирургии при отсутствии возможности выполнения прямой реваскуляризации миокарда использование диафрагмы для пластики представляется не только обоснованным, но и необходимым. При больших диффузных аневризмах (при значительной дилатации полости) левого желудочка использование диафрагмального лоскута можно было расценивать как первый опыт кардиомиопластики.

Таким образом, к концу 1950-х годов в мире выработалась четкая концепция возможности и необходимости хирургического лечения аневризмы левого желудочка. Были определены основные показания к оперативному лечению. Кроме того, были разработаны и широко внедрены в практику классические методы резекции аневризмы сердца и пластики левого желудочка:

- погружение аневризмы швами, пликация;
- пластика или укрепление стенки аневризмы грудной мышцей, сальником, диафрагмой, свободным лоскутом кожи, ксено- или аутоперикардом, различными аллотрансплантатами;
- аппаратный шов левого желудочка;
- резекция аневризмы на работающем сердце;
- линейное иссечение аневризмы в условиях искусственного кровообращения.



**Вид здания бывшей хирургической клиники Виллие до 1915 г. (Санкт-Петербург).**



**П. А. Куприянов (1893—1963) и его ученик (справа) А. П. Колесов (1924 — 1987).**

При этом существовавшие различные мнения о приоритете методов оперативных вмешательств не только не противоречили, но взаимно дополняли друг друга, создавая основу для дальнейшего совершенствования оперативного лечения осложненных форм ишемической болезни сердца. Актуальным стало изучение процессов, приводящих к формированию аневризмы и адекватному определению объема пораженного миокарда. «В практическом отношении, однако, в высшей степени важно

решить вопрос: насколько увеличение объема левого желудочка зависит от расширения его полости и насколько пропорционально его увеличению гипертрофирована мышечная его ткань?». Этот критерий, сформулированный еще С. П. Боткиным в первом томе «Курса клиники внутренних болезней», — один из главных критериев, определяющих исход заболеваний сердца, стал основополагающим и для прогноза результатов и оперативного лечения постинфарктных аневризм левого желудочка.

#### Сведения об авторах:

Борисов Игорь Алексеевич; e-mail: borisov@sokolniki-cardio.ru  
Блёткин Александр Николаевич.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. **Гороховский Б. И.** Аневризмы и разрывы сердца. М.: МИА; 2001.
2. **Garrison H. F.** An Introduction to the history of medicine. 3rd Edition, revised and enlarged; Philadelphia: W. B. Saunders Co; 1921.
3. **Guillaume de Baillou (1538—1616)** clinician and epidemiologist. Editorial. JAMA 1966; 195 (11): 957—958.
4. **Cherian S. M., Nicks R., Lord R. S.** Surgical history. Ernst Ferdinand Sauerbruch: rise and fall of the pioneer of thoracic surgery. World J. Surg. 2001; 25 (8): 1012—1020.
5. **Shumacker H. B.** The evolution of cardiac surgery. Bloomington, Indiana University Press, 1992. 159—165.
6. **Beck C. S.** Operation for aneurysm of the heart. Ann. Surg. 1944; 120 (1): 34—40.
7. **Bailey Ch. P., Bolton H. E., Nichols H., Gilman R. A.** Ventriculoplasty for cardiac aneurysm. J. Thorac. surg. 1958; 35 (1): 37—67.
8. **Likoff W., Bailey Ch. P.** Ventriculoplasty: excision of myocardial aneurysm report of a successful case. JAMA 1955; 158 (11): 915—920.
9. **Петровский Б. В., Козлов И. З.** Аневризмы сердца. М.: Медицина; 1965. 277.
10. **Petrovsky B. V.** Surgery for aneurysms of the heart after myocardial infarction. Arch. surg. 1962; 84: 397—408.
11. **Magidson O.** Resection of postmyocardial infarction ventricular aneurysms for cardiac arrhythmias. Dis. Chest 1969; 56: 211—218.
12. **Lillehei C. W., Levy M. J., Dewall R. A., Warden H. E.** Resection of myocardial aneurysms after infarction during temporary cardiopulmonary bypass. Circulation 1962; 26: 206—217.
13. **Spacek B., Bergmann K.** Surgical therapy of cardiac aneurysm following myocardial infarct. Rozhledy v chirurgii 1956; 35 (5): 320—328.
14. **Couch O. A.** Cardiac Aneurysm with ventricular tachycardia and subsequent excision of aneurysm: case report. Circulation 1959; 20: 251—253.
15. **Naef A. P.** The mid-century revolution in thoracic and cardiovascular surgery: Part 5. Int. Cardiovasc. thorac. surg. 2004; 3: 415—422.
16. **Dalton M. L.** Champ Lyons: an incomplete life. Ann. Surg. 2003; 237 (5): 694—703.
17. **Decamp P. T.** Excision of an aneurysm of the left ventricle. Ochsner Clin. Rep. 1956; 2: 38—47.
18. **Cooley D. A., Collins H. A., Morris Jr. G. C., Chapman D. W.** Ventricular aneurysm after myocardial infarction surgical excision with use of temporary cardiopulmonary bypass. JAMA 1958; 167 (5): 557—560.
19. **Cooley D. A., Henly W. S., Amad K. H., Chapman D. W.** Ventricular aneurysm following myocardial infarction: results of surgical treatment. Ann. Surg. 1959; 150 (4): 595—612.
20. **Cathcart R. T., Framow W. T., Templeton III J. Y.** Postinfarction Ventricular Aneurysm: Four Year Follow-up of Surgically Treated Cases. Dis. Chest 1963; 44 (5): 449—456.
21. **Templeton III J. Y., Haupt G. J., McKeown J. J., Cathcart R. T., Framow W. T.** Surgical treatment of postinfarction ventricular aneurysms. JAMA 1960; 173 (2): 236—240.
22. **Stoianov K.** Clinical aspects and surgical therapy of cardiac aneurysm. Khirurgiia 1958; 11 (8): 689—701.
23. История одной операции. Статья редактора. Газета «Хирург». М.; 2007; 3 (92): 1.
24. **Колесов А. П.** Операция по поводу аневризмы сердца. Вестн. хир. 1960; 85: 21—24.
25. Сайт учебной части 1-й кафедры хирургии усовершенствования врачей Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова (Санкт-Петербург), раздел «из истории», статья «А. П. Колесов» (<http://heart-1.narod.ru/index.htm>).

Поступила 02.05.12

© М. В. ПОДДУБНЫЙ, 2013  
УДК 614.2:93

## ПАЛАТНЫЕ КНИГИ, ЦИДУЛИ, СКОРБНЫЕ БИЛЕТЫ КАК ПРЕДШЕСТВЕННИКИ ОФИЦИАЛЬНОЙ «ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ»

*М. В. Поддубный*

Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья РАМН, Москва

В литературе давно утвердилось мнение, что история болезни как официальный документ в России была внедрена в 1806 г., а инициатором этого являлся выдающийся деятель военной медицины Я. В. Виллие [1, 2]. Этой же точки зрения придерживаются и авторы недавних историко-медицинских публикаций [3, 4]. По их мнению, Я. В. Виллие летом 1806 г. посетил Московский госпиталь (документального подтверждения этому нам найти не удалось) и, убедившись в предпочтительности используемых здесь скорбных билетов перед палатными книгами, распорядился ввести их во всех военно-лечебных учреждениях. Документ получил утвержденную императором форму, а отпечатанные в типографии билеты были разосланы по госпиталям.

Привлечение новых архивных материалов, однако, позволяет по-иному трактовать этот эпизод.

Согласно документам Российского государственного военно-исторического архива, инициатива введения скорбных билетов принадлежала не Я. В. Виллие, а старшему доктору Московского госпиталя Карлу Стюарту, в рапорте от 14 мая 1806 г. жаловавшемуся начальству на «многочисленность в госпитале больных» и просившему разрешения «палатные книги, писанием коих ординаторы более озабочены, чем самым лечением, приказать оставить, а исправлять только имеющиеся при каждом больном скорбные билеты» [5]. Это обращение было поддержано рапортом в Медицинский департамент от 22 мая 1806 г. генерал-