

ИСТОРИЯ ХИРУРГИИ

© Л.А. БОКЕРИЯ, С.П. ГЛЯНЦЕВ, 2014

УДК 616.132-089 (091) (470+571)

ПРОФЕССОР ВАСИЛИЙ ИВАНОВИЧ КОЛЕСОВ: ПАРАД ПРИОРИТЕТОВ (К 50-летию первой в мире операции маммарно-коронарного анастомоза и 110-летию со дня рождения ее автора – В.И. Колесова)

Л.А. Бокерия, С.П. Глянцев*

ФГБУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» (директор – академик РАН и РАМН Л.А. Бокерия) РАМН, Москва, 121552, Российская Федерация

Статья посвящена жизни и деятельности заведующего кафедрой факультетской хирургии 1-го Ленинградского медицинского института профессора Василия Ивановича Колесова (1904–1992 гг.), первого в мире хирурга, который не только разработал технику шовного маммарно-коронарного анастомоза как эффективного метода лечения ишемической болезни сердца, но и активно внедрял его в хирургическую практику.

Показано, что в разработке операции В.И. Колесов опирался как на достижения своих предшественников – G. Murrey, A. Vineberg, В.П. Демихова, В.Ф. Гудова, R. Goetz и других хирургов, разрабатывавших методы прямой реваскуляризации миокарда, так и на опыт, приобретенный им и сотрудниками его клиники в хирургии сердца и сосудов.

Отказ В.И. Колесова от коронарографии, за что его критиковали многие зарубежные коллеги, основывался на чрезвычайной опасности этой процедуры у больных с тяжелым поражением коронарных артерий. Но в то же время тяжесть состояния больных, сердце которых привыкло к хронической ишемии, обусловило проведение операции на работающем сердце, что, в свою очередь, потребовало применения боковой торакотомии.

Помимо этих безусловных приоритетов (операция на работающем сердце через миниторакотомию и без манипуляций с аортой), В.И. Колесов первым в мире наложил маммарно-коронарный анастомоз больному с острым инфарктом миокарда и коронарным синдромом, первым начал накладывать коронарные анастомозы антеградно с двух сторон при помощи сосудосшивающего аппарата, а также проводить комбинированные операции маммарно-коронарного и аортокоронарного шунтирования.

В 1988 г. за свои достижения В.И. Колесов был удостоен Государственной премии СССР и в настоящее время является признанным классиком мировой коронарной хирургии.

Ключевые слова: В.И. Колесов (1904–1992); маммарно-коронарный анастомоз; коронарная хирургия; история хирургии.

PROFESSOR VASILY IVANOVICH KOLESOV: PARADE OF PRIORITIES (To the 50th anniversary of the world's first operation of mammary-coronary artery anastomosis and the 110th anniversary of the birth of its author – V.I. Kolesov)

L.A. Bockeria, S.P. Glyantsev

A.N. Bakoulev Scientific Center for Cardiovascular Surgery of Russian Academy of Medical Sciences, Moscow, 121552, Russian Federation

The article is devoted to the life and practice of the head of the Department of Surgery of the 1st Leningrad Medical Institute, Professor Vasily Kolesov (1904–1992), the first surgeon in a world who not only developed the technique of suture mammary-coronary anastomosis as an effective method of treatment of ischemic heart disease, but and has been engaged it in his surgical practice.

It is shown that in the development of the operation VI Kolesov was based both on the achievements of their foregoers – G. Murrey, A. Vineberg, VP Demikhov, VF Gudov, R. Goetz and other surgeons who were developed some methods of direct myocardial revascularization, as well as on the own and co-workers of his clinic experiences in the surgery of the heart and blood vessels.

Disclaimer VI Kolesov from coronary angiography, for which he was criticized by many foreign colleagues, was based on the extreme danger of this procedure in patients with severe coronary artery disease. But, on the other hand, the severity of the

* Бокерия Лео Антонович, доктор мед. наук, профессор, академик РАН и РАМН. 121552, Москва, Рублевское шоссе, 135. E-mail: leoan@bakulev.ru

patient whose heart is accustomed to chronic ischemia, caused an operation on a beating heart, which, in turn, required the use of lateral thoracotomy.

In addition to these absolute priorities (surgery on a beating heart through minitorakotomy and without manipulation of the aorta), V.I. Kolesov, the world's first imposed mammary-coronary anastomosis in patients with acute myocardial infarction and coronary syndrome, first began to impose antegrade coronary anastomoses, on both sides, using apparatus for mechanical vascular suture, as well as to conduct combined mammary-coronary -aorto-coronary bypass surgery.

In 1988 for his achievements V.I. Kolesov was awarded the State Prize of the USSR, becoming today the classic of coronary surgery all over the world.

Key words: V.I. Kolesov (1904–1992); mammary-coronary artery anastomosis; coronary surgery; history of surgery.

25 февраля 1964 г. в Ленинграде на улице Льва Толстого произошло событие, которому было суждено перевернуть вековые представления врачей о невозможности хирургического лечения известной с конца XVIII века болезни Гебердена, или грудной жабы.

В тот день заведующий кафедрой факультетской хирургии 1-го Ленинградского медицинского института им. И.П. Павлова, профессор Василий Иванович Колесов впервые в нашей стране через левостороннюю торакотомию выполнил успешную операцию на склерозированных сосудах сокращающегося сердца, создав анастомоз по типу конец в бок между внутренней грудной и огибающей артериями при помощи швов, ставшую, как оказалось, первой в мире операцией такого рода и являющейся до настоящего времени «золотым стандартом» хирургического лечения ишемической болезни сердца. Больной, который до этого дня не мог и часа прожить без нитроглицерина, не только избавился от болей и приема лекарств, но и смог вернуться к физическому труду. Как это могло случиться?

Наша статья посвящена жизни и деятельности В.И. Колесова, удивительного хирурга и человека, одного из немногих российских врачей-клиницистов, обладающего не одним—двумя, а сразу несколькими безусловными мировыми приоритетами.

Путь хирурга

Василий Иванович Колесов родился 24 сентября 1904 г. в деревне Мартьяновская Усть-Кубинского уезда Вологодской губернии в зажиточной и крепкой крестьянской семье.

Кроме Василия у Ивана Николаевича и Марии Ксенофонтовны Колесовых было еще шестеро детей — 4 мальчика и 2 девочки. Сведений о том, какое образование получил Василий в детстве, у нас нет. Со слов его сына, проживающего ныне в Днепрпетровске, Евгения Васильевича Колесова, отец подрабатывал с 12 лет, а с 17 (возможно, после окончания школы) начал трудиться на почте. В 1923 г. 19-летнего Василия послали в Вологду на рабфак, после успешного окончания которого он был направлен в Ленинград.

В 1927 г. В.И. Колесов поступил в Ленинградский государственный институт медицинских знаний (ГИМЗ), где наряду с биологией увлекся хирургией. Этот предмет ему преподавали профессора Э.Р. Гессе, В.М. Рокицкий и И.И. Греков. Семинарские занятия по курсу общей хирургии вел ассистент А.Н. Филатов. Однако будущий выдающийся хирург оценивал свою подготовку по хирургии в институте как весьма посредственную. Сказался сокращенный, 4-летний, курс обучения.

После окончания в 1931 г. открытого на базе ГИМЗа 2-го Ленинградского медицинского института (ныне Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова) молодой врач по распределению был направлен на Урал в Пермскую область, где три года работал в поликлинике и больнице поселка Чусовая¹.

В эти годы его семью раскулачили и Колесовы-старшие были вынуждены уехать к сыну в Чусовую, где они и остались после отъезда сына в Пермь.

После Чусовой с 1934 по 1938 г. В.И. Колесов трудился и преподавал на кафедре факультетской хирургии с клиникой Пермского ГМИ, где под руководством крупного пермского хирурга, профессора В.Н. Парина² подготовил кандидатскую диссертацию.

В 1938 г. в Ленинграде во время сдачи кандидатского минимума по хирургии профессору Н.Н. Самарину молодой хирург вместе с отличной отметкой получил от экзаменатора приглашение перейти на должность ассистента во 2-ю хирургическую клинику Ленинградского ГИДУВа, располагавшуюся на базе хирургических отделений больницы им. В.И. Ленина на Васильевском острове.

Так, В.И. Колесов вновь оказался в Ленинграде, где несколько лет назад окончил институт. В том же 1938 г. он защитил кандидатскую диссер-

¹ Условия жизни и работы молодого врача в эти годы можно охарактеризовать его же фразой: «Я мог бы уехать из Чусовой, сославшись на невыносимые условия (курсив наш. — Авт.), но не позволяла совесть» (Колесов В.И. *Записки старого врача*. СПб.: 2001: 26).

² Ученик профессора В.И. Разумовского (Казанский университет), отец крупного советского физиолога, основоположника авиационно-космической медицины в СССР, академика АМН СССР В.В. Парина.

тацию на тему «Выпадение селезенки в брюшную рану». Его вторым учителем в хирургии стал Н.Н. Самарин³.

В самом начале Великой Отечественной войны свою семью, жену и малолетнего сына, Василий Иванович отправил к родителям в Чусовую⁴, а сам вплоть до снятия блокады Ленинграда вначале работал, а затем служил хирургом, в том числе старшим, в нескольких крупных (до 1000 коек) эвакуационных госпиталях города. Несмотря на все тяготы и лишения, голод и холод, нехватку самого необходимого, образно описанные в его мемуарах, он ежедневно и помногу оперировал. Особенно отметим выполненные им в годы войны первые в Ленинграде реконструктивные операции при ранениях артерий и артериовенозных аневризмах. Одновременно он изучал возможности лечения гнойных ран бактериофагом, что легло в основу его докторской диссертации на тему «Применение бактериофага и бактериологический контроль при лечении инфицированных ран и некоторых гнойных заболеваниях». Ее В.И. Колесов защитил в июне 1946 г. в стенах Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, где с 1945 г. служил и преподавал на кафедре факультетской хирургии № 2 под началом профессора П.А. Куприянова, своего третьего учителя.

В эти годы как сотрудник кафедры В.И. Колесов принял участие в сборе и анализе первичного материала для 10-го тома части 1-й «Хирургия» раздела 6 «Огнестрельные ранения и повреждения груди» фундаментального труда «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.»⁵, который вышел в 1950 г. под редакцией П.А. Куприянова. И хотя фамилии В.И. Колесова в книге нет, вероятно, он мог передать свой материал для написания тех глав, авторство которых принадлежит бывшему начальнику ФЭП-50 профессору И.С. Колесникову, под началом которого в последние годы войны Василий Иванович осваивал хирургию огнестрельных ранений легких⁶.

В октябре 1946 г. в Москве прошел первый послевоенный, а по счету уже XXV Всесоюзный съезд хирургов, на котором среди прочих маститых участников выступил и 42-летний доктор наук В.И. Колесов с докладом о лечении ран бактериофагом, в котором был представлен его личный опыт лечения более 1000 больных. Доклад прошел успешно и был отмечен председателем съезда Ю.Ю. Джанелидзе в заключительном слове.

В июне 1949 г. В.И. Колесова, которого незадолго до этого избрали заведующим кафедрой общей хирургии Казанского ГМИ, неожиданно назначили главным хирургом группы советских войск в Австрии и Венгрии. По истечении двух лет службы за границей его перевели в Харьков начальником кафедры военно-полевой хирургии военно-медицинского факультета медицинского института, где он служил до 1953 г.

Последующая жизнь и творческая деятельность профессора В.И. Колесова связаны с Ленинградом, 1-м Ленинградским медицинским институтом им. И.П. Павлова (ныне – 1-й СПбГМУ им. И.П. Павлова), где в 1953–1955 гг. Василий Иванович возглавлял кафедру общей⁷ (на базе больницы им. К. Маркса), а в 1955–1976 гг. – факультетской⁸ хирургии, располагавшейся в отдельном здании, построенном в 1910–1912 гг. на средства М.Л. Нобель-Олейниковой неподалеку от Женского медицинского института (ныне – административное здание 1-го СПбГМУ им. И.П. Павлова).

Выйдя на пенсию, в 1976–1982 гг. В.И. Колесов работал ординатором (консультантом) Ленинградской ГКБ № 26, а через 10 лет, 1 августа 1992 г., его не стало⁹.

Хирурги старших поколений хорошо помнят способ закрытия культи 12-перстной кишки по В.И. Колесову (1957 г.)¹⁰, его операцию при кардиоспазме (1961 г.) и верхнюю поперечную расширенную лапаротомию на уровне седьмого–восьмого межреберья при гастрэктомии по поводу рака (1962 г.)¹¹, его методики антеторакальной пластики пищевода (1966 г.)¹² и коррекции митральной недостаточности (1975 г.)¹³, а также ставшие классическими книги о фаготерапии в гнойной хирургии¹⁴, истории отечественной хирургии¹⁵ и остром аппендиците¹⁶. Отметим также, что в клинике В.И. Колесова впервые в Ленинграде через тораотомию стали имплантировать электрокардиости-

⁷ Предшественником В.И. Колесова по кафедре общей хирургии был профессор А.М. Заблудовский.

⁸ Предшественником В.И. Колесова по кафедре факультетской хирургии был профессор А.В. Мельников.

⁹ Похоронен В.И. Колесов на Богословском кладбище в Ленинграде (Петербурге) рядом с матерью.

¹⁰ Колесов В.И. *Записки старого хирурга*. СПб.; 2001: 108.

¹¹ Матяшин И.М., Глузман А.М. *Справочник хирургических операций*. Киев: Здоров'я; 1979: 82.

¹² Колесов В.И. Способ создания антеторакального искусственного пищевода с наложением сосудистых анастомозов. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 1966; 1: 107–13.

¹³ Колесов В.И., Виноградов А.Г., Колесов Е.В. Хирургическая коррекция митральной недостаточности. *Грудная хирургия*. 1975; 5: 7–11.

¹⁴ Колесов В.И., Куприянов П.А. *Бактериологический контроль и фаготерапия в гнойной хирургии*. М.: Изд-во АМН СССР; 1948.

¹⁵ Колесов В.И. *Страницы из истории отечественной хирургии*. М.: Изд-во АМН СССР; 1953.

¹⁶ Колесов В.И. *Острый аппендицит*. Л.: Медгиз; 1959; Колесов В.И. *Клиника и лечение острого аппендицита*. Л.: Медицина; 1972.

³ Ученик профессора В.А. Опеля (Военно-медицинская академия).

⁴ Доживать свой век в Чусовой пришлось только отцу В.И. Колесова, Ивану Николаевичу, который умер в 1943 г. и похоронен там же. После снятия блокады Ленинграда Мария Ксенофонтовна с невесткой и внуком переехала в Ленинград к сыну, где и скончалась в 1948 г.

⁵ Колесов В.И. *Записки старого хирурга*. СПб.; 2001: 90.

⁶ Колесов В.И. Там же: 79–81.

муляторы с эпикардиальной и миокардиальной фиксацией электродов (Е.В. Колесов, Д.Ф. Егоров, Ю.А. Шнейдер)¹⁷.

Но наибольшее, без преувеличения — мировое признание получили его труды по хирургии ишемической болезни сердца.

Маммарно-коронарный анастомоз

Неверно думать, что до В.И. Колесова хирурги не пытались лечить хроническую и острую коронарную недостаточность. Однако все их попытки увеличить кровоснабжение миокарда за счет десимпатизации сердца, скарификации эпикарда и подшивания к нему внутренних органов, артериализации венозной системы сердца, перевязки внутренней грудной артерии (ВГА), имплантации ее культи в миокард и другими способами были безуспешными. Ибо они не решали главную проблему — восстановление кровотока по склеротически измененным коронарным артериям.

Первым решение нашел G. Murrey из Торонто, предложив в 1946 г. протезировать закупоренный сегмент коронарной артерии фрагментом аутоvene. В 1956 г. Ch. Bailey из Филадельфии впервые удалил из устья коронарной артерии стенозирующую ее просвет бляшку специальной кюреткой. Тремя годами позже в Париже эту операцию повторил Ch. Dubost, а в 1961 г. первое аналогичное вмешательство в СССР провел В.И. Пронин в ИССХ АМН СССР. Иным путем пошел D. Cooley из Хьюстона, предложив увеличивать просвет суженной коронарной артерии заплатой¹⁸.

Но все эти, безусловно, радикальные вмешательства в те годы давали очень высокую летальность, близкую к 50%, так как, с одной стороны, были травматичны, а с другой стороны, времени на их проведение затрачивалось слишком много — сердце начинало фибриллировать и останавливалось. К тому же эти операции были невыполнимы при протяженной закупорке основных стволов, дистальное русло которых было сохранено.

Первым эту задачу в эксперименте решил В.П. Демихов из Института хирургии им. А.В. Вишневского. В 1952 г. он создал анастомоз между ВГА и передней межжелудочковой артерией у собаки, предварительно перевязав эту артерию у ее устья и соединив просвет двух артерий трубкой по методике Е. Рауг. Несколько собак после вмешательства погибли от фибрилляции сердца. Но некоторые выжили¹⁹. С этого времени В.П. Демихов неоднократно рассказывал об этой операции с трибун конфе-

ренций, на заседаниях хирургических обществ и даже в газете «Медицинский работник»²⁰. Но все эти годы ни у кого из хирургов не возникло ни интереса к ней, ни желания повторить процедуру в клинике.

Однако как идея использовать ВГА для создания маммарно-коронарного анастомоза пришла в голову В.П. Демихова? Мы полагаем, что Владимир Петрович мог позаимствовать ее у П.И. Андросова из НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, с которым он в конце 1940-х — начале 1950-х гг. апробировал в экспериментах на животных сосудосшивающие аппараты конструкции В.Ф. Гудова.

Впервые к решению проблемы реваскуляризации кишечных трансплантатов для создания искусственного пищевода П.И. Андросов приступил в 1948 г., а два года спустя впервые в стране выполнил пластику пищевода тонкой кишкой с реваскуляризацией трансплантата созданием анастомоза между одной из радиальных артерий кишки и ВГА при помощи сшивающего аппарата²¹. Нетрудно предположить, что В.П. Демихов, бывший в дружеских отношениях с П.И. Андросовым и сам использовавший сосудосшивающие аппараты для реплантации конечностей в эксперименте, не мог об этом не знать.

Вполне возможно, что идею анастомоза между маммарной и коронарной артериями для реваскуляризации миокарда В.И. Колесов взял именно у В.П. Демихова. Косвенно об этом свидетельствует их встреча на прошедшей в ноябре 1960 г. научной сессии НИИСП им. Н.В. Склифосовского, где В.П. Демихов выступил с докладом об анастомозе, который называл маммарно-коронарным, показал кинофильм о технике его создания и подчеркнул, что «на человеке эта операция еще не проводилась».

Регулярно выполнявший в то время при грудной жабе операции перевязки ВГА и имплантации артерии в миокард В.И. Колесов выступал в прениях и даже оппонировал В.П. Демихову. Тем не менее очевидно, что в отличие от своих коллег он не только услышал, но и понял то, о чем говорил В.П. Демихов. К тому же при многочисленных процедурах мобилизации ВГА для перевязки В.И. Колесов неоднократно отмечал относительно позднее склерозирование этих отходящих от подключичных стволов артерий. Даже у 80-летних стариков ВГА порой были мягкими и проходимыми.

Несколько слов о других возможных «предшественниках» В.И. Колесова. В 1947 г. независимо

¹⁷ Колесов В.И. *Записки старого хирурга*. СПб.: 2001: 116.

¹⁸ Бокерия Л.А., Работников В.С., Глянцев С.П., Алшибая М.Д. *Очерки истории коронарной хирургии*. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН; 2002.

¹⁹ Демихов В.П. *Пересадка жизненно важных органов в эксперименте*. М.: Медгиз; 1960.

²⁰ Глянцев С.П. Идея и операция аутоартериальной реваскуляризации миокарда — мировой приоритет В.П. Демихова: Тез. докл. Научно-практич. конф., посв. 100-летию со дня рождения В.И. Колесова «Ишемическая болезнь сердца и головного мозга». СПб.: РИФ «Роза мира»; 2004: 31–2.

²¹ Андросов П.И. Сосудистое соустье как метод добавочного кровоснабжения кишки при создании искусственного пищевода. *Хирургия*. 1952; 2: 15–22.

от П.И. Андросова американский хирург W. Longmire наложил шовный анастомоз по типу конец в конец между ВГА и артерией кишечного трансплантата²². А сам П.И. Андросов с 1950 по 1962 г. с помощью культи ВГА успешно реваскуляризовал тонкокишечный искусственный пищевод у 29 больных²³.

Кроме этого, 9 мая 1960 г. R. Goetz с коллегами из Нью-Йорка после предварительных экспериментальных исследований на животных создал анастомоз между правой ВГА и правой коронарной артерией с помощью танталового кольца больному 38 лет в одном из госпиталей Бронкса²⁴, повторив, по сути, операцию Демихова в клинике. Однако американский хирург, сообщив о проведенной им операции, не опубликовал ни историю болезни пациента, ни детали вмешательства, ни его результаты.

Таким образом, идеологических и технических предтеч у В.И. Колесова было несколько. Возможно, что и мы назвали далеко не всех. Сам Василий Иванович упоминал В.П. Демихова и G. Murrey. Однако подчеркнем, что ни один из вышеназванных хирургов не занимался разработкой шовного маммарно-коронарного анастомоза для лечения грудной жабы в клинике, к чему в конечном итоге стремился В.И. Колесов.

Главной трудностью, с которой Василий Иванович столкнулся при проведении операции в эксперименте, был лимит времени. В.П. Демихов, как мы помним, моделировал окклюзию коронарной артерии лигатурой, а затем соединял собачьи артерии трубкой за 55 с. Но эта трубка-канюля с фиксирующими ее лигатурами оставалась на артерии до конца жизни животных, вызывая пролежни и гибель собак от кровотечения.

Приступив к экспериментам на животных с целью перенести методику в клинику, использовать неразъемную трубку «по Демихову» В.И. Колесов не мог. Ему на помощь пришел специальный инструмент с разъемной канюлей, идею которого он взял у В.И. Пронина и его соавторов из ИССХ АМН СССР²⁵. И хотя в последующем при операциях у человека этот инструмент не пригодился, он дал возможность хирургу почувствовать некоторую уверенность в своих силах, так как из 14 собак после наложения анастомоза в условиях непрерывного кровотока 11 выжили, а 8 из них жили более полтора лет. Наша уверенность в том, что эта мето-

дика пришла в клинику В.И. Колесова из Москвы, подтверждает факт участия в этих экспериментах В.И. Пронина²⁶.

Кроме этого, как мы указывали ранее, еще с военных лет В.И. Колесов имел опыт реконструктивной сосудистой хирургии, а начиная с 1958 г. регулярно выполнял в клинике операции при острой и хронической коронарной недостаточности — перевязку одной (или впервые в СССР — двух) ВГА по D. Fieschi, а в 1963 г. (вместе с К.К. Токаревич) приступил к имплантации культи ВГА в миокард по A. Vineberg²⁷.

Надо отметить, что в эти годы в клинике В.И. Колесова операция Фиески проводилась не только при хронической коронарной недостаточности, но и при остром инфаркте миокарда (А.И. Древина и Н.С. Степанова с группой терапевтов из клиники факультетской терапии 1-го ЛМИ под руководством П.К. Булатова и В.А. Алмазова).

Оперировал В.И. Колесов с сотрудниками и пороки сердца, включая выполнение первых в СССР клапаносохраняющих операций (А.Г. Виноградов). В том числе и в условиях искусственного кровообращения (В.А. Леоско, И.С. Курапеев). Для этой цели в начале 1960-х годов в клинике факультетской хирургии 1-го ЛМИ появился аппарат искусственного кровообращения «ИСЛ-2» конструкции Ф.В. Баллузека, была разработана и внедрена в практику методика ангиокардиографии, включая коронарографию на остановленном ацетилхолином сердце с последующим восстановлением его деятельности атропином или электрокардиостимуляцией. Правда, этот метод не всегда приводил к удовлетворительным результатам даже у его пионеров²⁸, а в клинике В.И. Колесова во избежание осложнений у больных с выраженной стенокардией долгое время и вовсе не применялся. Высоко оценивая роль клиники В.И. Колесова в помощи шефу, отметим, что в начале 1960-х годов весь ее коллектив был буквально заражен поиском оптимального решения проблемы реваскуляризации миокарда. Многие его сотрудники буквально дневали и ночевали на работе, проводя различные экспериментальные исследования.

Поэтому далеко не случайно, что к 1964 г. в голове В.И. Колесова сложились несколько «пазлов»: 1) знание работ патологоанатомов о сегментарном характере коронарного атеросклероза и опыт большинства современных паллиативных операций при нем, которые он счел недостаточно эффективными и не всегда применимыми; 2) зна-

²² Андросов П.И. Сосудистое соустье как метод добавочного кровоснабжения кишки при создании искусственного пищевода. *Хирургия*. 1952; 2: 16.

²³ Богопольский П.М., Глянцев С.П., Богницкая Т.Н., Гольдфарб Ю.С. Вклад П. И. Андросова в становление отечественной хирургии сосудов. *Анналы хирургии*. 2006; 5: 5–18.

²⁴ Goetz R.H., Rohman M., Heller J., Dee R., Rosenac S. Internal mammary-coronary artery anastomosis: A non-suture method employing tantalum rings. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 1961; 41 (3): 378–86.

²⁵ Пронин В.И., Доброва Н.Б., Курилович Я.Б. Реваскуляризация сердца путем анастомозирования внутренней грудной и венечной артерий. *Грудная хирургия*. 1963; 1: 81–6.

²⁶ Колесов В.И. *Современные проблемы хирургического лечения коронарной болезни сердца*. Л.: Медицина; 1965: 8.

²⁷ Колесов В.И., Древина А.И., Павлова Р.В., Фигурина Т.Д. *Хирургическое лечение коронарной болезни сердца*. Л.: Медицина; 1966.

²⁸ Так, по данным «Отчета ИССХ АМН СССР о научно-исследовательской работе» (М., 1962), коронарограммы удовлетворительного качества в то время получались примерно у 50% больных.

ние трудов В.П. Демихова и П.И. Андросова по использованию ВГА для реваскуляризации; 3) опыт хирургии боевой сосудистой травмы, операций перевязки и имплантации ВГА в миокард в клинике и разработка техники реваскуляризации миокарда с использованием ВГА в эксперименте в условиях перфузии коронарных артерий; 4) огромная работа коллектива всей его клиники в области хирургии сердца и коронарных артерий; 5) его горячее желание шунтировать коронарную артерию у больного человека, подкрепленное освоением методики создания шовного анастомоза по типу конец в бок.

Оставалось подобрать к этим «пазлам» последний, пятый: решиться (или получить разрешение) на операцию человеку. Однако решающим шагом на этом трудном пути стала внезапно пришедшая в его голову простая по своей очевидности мысль, что операция на склерозированной артерии человека должна пройти даже лучше, чем на нормальной артерии животного. Дело в том, что при магистральном кровоснабжении здоровых собачьих сердец даже 2-минутные манипуляции на главных коронарных стволах неизбежно вызывали фибрилляцию миокарда и смерть животных. Для этого и была необходима перманентная коронарная перфузия. Однако при окклюзии устьев коронарных артерий у человека развившиеся за время болезни коллатерали и ретроградный кровоток в окклюзированных артериях должны поддержать коронарное кровообращение и не допустить его нарушений во время создания анастомоза²⁹. Решение было найдено.

25 февраля 1964 г. впервые в мире Василий Иванович вшил дистальный конец пересеченной маммарной артерии в бок огибающей артерии сердца тяжелобольному мужчине. Безо всякой перфузии. Более того, выделив коронарную артерию, он взял ее на эластичный турникет и, пережав, в течение нескольких минут наблюдал за сердечными сокращениями на электрокардиографе. Как он и предполагал, никаких изменений в сердце, тренированном к ишемии, не произошло. А придуманная им проба лишней раз подтвердила окклюзию устья артерии. После этого наложить шовный анастомоз между маммарной и коронарной артериями ниже места окклюзии последней было делом техники, отработанной им на коронарных артериях животных.

Было еще два условия качественно выполненной операции. Позже В.И. Колесов вспоминал, что, будучи в 1960 г. в Риме на Международном хирургическом конгрессе, он купил очень маленькие атравматические иглы, очевидно, для офтальмологических операций. Они-то и помогли сделать первую операцию нежно и прецизионно. И еще —

обыкновенная лупа, к которой он прибегал в особо сложных условиях наложения швов.

Результат вмешательства был более чем убедительный. Пациент П., 45 лет, ежедневно принимавший по 20 таблеток нитроглицерина, избавился и от боли, и от лекарств. Интересно, что место для наложения анастомоза В.И. Колесов определил наощупь, а сердце во время операции сокращалось. Дело в том, что хотя аппарат «ИСЛ» в его клинике был, но он был настолько несовершенен, что применять его у тяжелых больных В.И. Колесов не решался. В то же время аорта и бедренные сосуды у первого и последующих его пациентов были склерозированными настолько, что подключить к ним аппарат технически не представлялось возможным.

Больные, 57, 40 и 34 лет, прооперированные соответственно 26 января, 16 марта и 26 апреля 1965 г., после операции вернулись к обычной деятельности. Еще один больной, 65 лет, прооперированный 5 октября 1965 г., умер от тяжелого распространенного атеросклероза и, как выразился сам В.И. Колесов, от «функциональной неустойчивости сердца» с восстановленным кровотоком по одной из его артерий³⁰.

После этого Василий Иванович взял своеобразный тайм-аут для того, чтобы освоить коронарографию³¹, поразмышлять и опубликовать результаты своих исследований, хорошо осознавая их уникальность. Он также хорошо понимал, что для широкого внедрения этой операции в клинику ему понадобится убедить в ее эффективности и безопасности не столько больных, сколько их лечащих врачей, терапевтов-кардиологов.

И неизвестно, что было тогда сделать легче.

Первые публикации

Впервые В.И. Колесов сообщил о своем экспериментальном и первом клиническом опыте в актовой речи, с которой выступил 20 октября 1965 г. в актовом зале 1-го ЛМИ им. И.П. Павлова³². Тогда же в октябрьском номере журнала «Экспериментальная хирургия» за 1965 г. вышла его первая статья, посвященная технике маммарно-коронарного анастомоза в эксперименте³³. Месяцем позже, 25 ноября 1965 г., В.И. Колесов провел 6-ю по счету и 5-ю успешную операцию маммарно-коронарного анастомоза больному Ч., 54 лет.

В июльском номере журнала «Клиническая медицина» за 1966 г. была опубликована его первая

²⁹ Колесов В.И. *Записки старого хирурга*. СПб.; 2001: 118.

³⁰ Колесов В.И. *Записки старого хирурга*. СПб; 2001: 122.

³¹ В.И. Колесов вспоминал, что внедрить селективную коронарографию в клинику ему удалось только в 1971 г. после получения импортной ангиографической установки.

³² Колесов В.И. *Современные проблемы хирургического лечения коронарной болезни сердца*. Л.: Медицина; 1965: 14–7.

³³ Колесов В.И., Поташов Л.В. Операции на коронарных артериях. *Экспериментальная хирургия*. 1965; 10: 3–5.

клиническая статья³⁴, 9 сентября была подписана в печать монография, посвященная хирургическому лечению коронарной болезни сердца³⁵, а 15 ноября 1966 г. редколлегия журнала *Thoracic & Cardiovascular Surgery* получила пакет со статьей советского хирурга, немало озадачившей американских коллег. Они с удивлением узнали, что за железным занавесом не только есть современная хирургия коронарной болезни сердца, но и что идеологически эта хирургия расходится с американской.

Учитывая тот факт, что в статье приведены выписки из историй болезни всего лишь 6 вышеперечисленных больных, можно сделать вывод, что в течение 1966 г. В.И. Колесов анастомозов не делал. Причину этого мы изложили в конце предыдущего раздела. А когда американские коллеги стали медлить с публикацией, отослал похожую, но не идентичную статью в журнал «Кардиология». Эта статья увидела свет раньше американской, в апреле 1967 г., и в ней речь идет уже о 10 прооперированных больных.

Статья в *Thoracic & Cardiovascular Surgery* вышла в октябре 1967 г. с предисловием редактора журнала В. Blades, в котором он отозвался об идее советского коллеги как о «расходящейся с мнением большинства американских хирургов». В свою очередь в комментарии к статье директор Кливлендской кардиохирургической клиники D. Effler отметил, что она содержит ряд спорных положений, например отрицание необходимости до- и послеоперационной коронарографии, но тем не менее «обмен такими рукописями может быть обоюдно полезным» (курсив наш. — Авт.), так как они «отражают медицинское мышление ведущих центров»³⁶.

Последнее замечание весьма показательно. Дело в том, что первые операции аортокоронарного шунтирования в Кливленде были сделаны как раз в то время, когда D. Effler изучал статью советского хирурга и писал рецензию на нее³⁷. До этого D. Effler и хирурги его клиники из реконструктивных операций на коронарных артериях выполняли только эндартерэктомию и имплантацию ВГА в миокард. Можно предположить, что именно статья В.И. Колесова могла подтолкнуть его первых американских читателей к выполнению операций прямой реваскуляризации миокарда.

Но даже и без этого предположения замечание D. Effler оправдалось. В короткий срок автор статьи получил 114 запросов на ее оттиски из 17 стран мира. Хирурги писали коллеге восторженные письма о его методе и просили прислать оттиски его статей и книгу. А как обстояло дело с «брожением» медицинской мысли в нашей стране?

Через полгода после выхода статьи в журнале «Кардиология» и через месяц после опубликования меньшего по объему клинического материала в США в Москве состоялся пленум Всесоюзного кардиологического общества, на который были поданы тезисы 95 докладов. Пленум был посвящен клинике, диагностике и лечению грудной жабы. Были там и четыре хирурга, докладывавшие о результатах операций перевязки ВГА.

Б.А. Королев из Горького, Е.Н. Мешалкин из Новосибирска и В.А. Лысенко из Рязани сообщили о результатах не прямых операций, приведя неубедительные данные их эффективности. И лишь один В.И. Колесов говорил о прямой реваскуляризации миокарда путем оригинального маммарно-коронарного анастомоза, но, как в случае с В.П. Демидовым, так и не был никем услышан. Точнее, услышан-то был, но со знаком минус. Ни участвовавшие в работе пленума терапевты — В.Х. Василенко, П.Е. Лукомский, И.К. Шхвацабая, А.А. Шелагуров и другие, ни его коллеги-хирурги (Б.А. Королев, Е.Н. Мешалкин, В.А. Лысенко, Г.М. Соловьев из Москвы, Ф.Г. Углов из Ленинграда и А.А. Шалимов из Харькова) В.И. Колесова не поддержали.

Критиковали — да. Особенно Г.М. Соловьев. Но чтобы поддержать — нет. Более того, учтя «невнятные», как было сказано в прениях, результаты операций Fieschi и «недоказательное», как показалось слушателям, сообщение вышедшего за рамки регламента В.И. Колесова, пленум принял беспрецедентное решение о бесперспективности хирургического лечения ишемической болезни.

Отметим, что В.И. Колесов никогда не скрывал своих достижений ни от соотечественников, ни от зарубежных гостей. В разные годы в его клинике, не говоря о выдающихся советских хирургах А.А. Вишневском, Ф.Г. Углове, Н.М. Амосове и др., побывали многие хирурги мирового уровня, включая А. Blalock, А. Morrow, R. Favaloro, E. Kay, G. Danielson³⁸ и др.

Дальнейшие разработки

Но В.И. Колесов был уверен в своей правоте. Во-первых, в конце 1960-х годов он начал накладывать анастомозы с помощью сосудосшивающих аппаратов (АСЦ-4), в том числе конструкции свое-

³⁴ Колесов В.И. Коронарно-грудной анастомоз как метод лечения коронарной болезни сердца. *Клиническая медицина*. 1966; 7: 7.

³⁵ В монографии «Хирургическое лечение коронарной болезни сердца» в главе «Операции на венечных артериях сердца» были приведены данные о первых успешных операциях и их отдаленные результаты со сроками наблюдения за больными до 2 лет.

³⁶ Kolessov V.I. Mammary artery — coronary artery anastomosis as method of treatment for angina pectoris. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 1967; 54 (4): 543.

³⁷ Сопоставим факты. Статья В.И. Колесова была получена *JTCVS* 15 ноября 1966 г., а вышла в октябре 1967 г. До выхода статьи в свет никто, кроме главного редактора В. Blades и члена редколлегии рецензента D. Effler содержания статьи не знал. А в мае 1967 г. R. Favaloro сделал первые в Кливленде операции аорто-коронарного шунтирования.

³⁸ G. Danielson приезжал в 1973 г. вместе с Л.А. Бокерия, тогда — руководителем лаборатории гипербарической оксигенации ИССХ им. А.Н. Бакулева АМН СССР.

го сына, Е.В. Колесова (АСЦ-УВ и АСЦ-ВАК), что существенно уменьшило время создания соустья на сокращающемся сердце. Во-вторых, 5 февраля 1968 г. он впервые на свой страх и риск прооперировал больную Д. через 7 ч после регистрации у нее на ЭКГ инфаркта миокарда, а 17 мая того же года восстановил кровоснабжение сердца больному Р. с нестабильной стенокардией, впервые в мире доказав возможность опередить инфаркт миокарда скальпелем. В дальнейшем операции на коронарных артериях при помощи сосудосшивающих аппаратов проводили также Е.В. Колесов совместно с Н.М. Михайловой и В.К. Дулаевой.

Еще одним направлением исследований В.И. Колесова и его сотрудников стало использование для создания аортокоронарных анастомозов аутоартерий. Эксперименты начались в 1963 г.³⁹ (Н.М. Михайлова, М.П. Романкова), а в 1971 г. были начаты операции аутоартериального аортокоронарного шунтирования в условиях ИК в клинике.

Подчеркнем, что в 1964–1967 гг. клиника В.И. Колесова была единственной хирургической клиникой в мире (с 1967 г. этой проблемой вплотную занялась Кливлендская кардиохирургическая клиника), систематически проводившей операции и изучавшей результаты обходного коронарного шунтирования.

В сентябре 1967 г. с трибуны конгресса Международного общества хирургов в Вене В.И. Колесов доложил о 24 успешных операциях с 3-летним удовлетворительным результатом у 9 пациентов, а спустя 4 года, выступив в прениях по докладу R. Favaloro на X Конгрессе по сердечно-сосудистым заболеваниям в Москве, рассказал мировому хирургическому сообществу о результатах оперативного лечения как хронической, так и острой коронарной недостаточности. Кстати, именно на этом конгрессе R. Favaloro впервые признал приоритет своего коллеги в разработке шунтирующих операций на коронарных артериях, хотя в печати никогда об этом не упоминал⁴⁰.

Под руководством В.И. Колесова его сын, Е.В. Колесов, в 1970 г. разработал метод ультразвуковой диагностики коронарного атеросклероза⁴¹, в 1971 г. стал доктором медицинских наук⁴², в 1972 г. впервые наложил анастомоз больному О. с окклюзией левой коронарной артерии после выведения его из состояния клинической смерти, а 28 февраля 1975 г. успешно прооперировал больного И., 49 лет, на фоне обширного инфаркта мио-

карда и тяжелой сердечной недостаточности с отеком легких.

Шло время. С 1967 г. широко распространившийся по клиникам мира, а с 1970 г. начавший выполняться и в СССР аортокоронарный анастомоз на какое-то время отодвинул предложенную В.И. Колесовым операцию на второй план. Но со временем она, наконец, получила заслуженное признание. Вначале за рубежом⁴³, а потом и в Советском Союзе. Оказалось, что адаптированная к артериальному кровотоку ВГА сохраняет свой тонус, лучше переносит развиваемое в аорте давление крови, а потому функционирует дольше и эффективнее по сравнению с аутовенозными трансплантатами⁴⁴.

В общей сложности к 1976 г. В.И. Колесов прооперировал 132 пациента с выраженным атеросклерозом коронарных артерий и критическим стенозом или окклюзией основных стволов и ветвей. Из них 94 больных до поступления в клинику перенесли один и более инфарктов миокарда. Всем больным был наложен маммарно-коронарный анастомоз преимущественно по типу конец в конец с использованием сосудосшивающих аппаратов. Некоторым больным были сформированы аортокоронарные анастомозы, в том числе в сочетании с маммарно-коронарными (см. таблицу).

Чаще всего анастомоз накладывали с передней межжелудочковой ветвью левой коронарной артерии, реже — с правой коронарной артерией и огибающей ветвью левой коронарной артерии. При этом большинству больных анастомозы были сформированы на работающем сердце, лишь у некоторых было использовано искусственное кровообращение (ИК). Это принципиальное отличие своей методики от прочих автор объяснял несколькими причинами. Конечно, основной была опасность проведения ИК у тяжелых больных. Тем более с такой аппаратурой, которая была в те годы в СССР. Но в том-то все и дело, что наложить шовный анастомоз на сокращающемся сердце крайне сложно. Поэтому практически весь мир оперировал таких больных на фибриллирующем или остановленном в условиях ИК сердце. Однако применение сосудосшивающих аппаратов, которых не было у иностранных хирургов, а из советских ими владели единицы, существенно облегчало дело. Поэтому с конца 1960-х годов В.И. Колесов практически полностью

³⁹ Михайлова Н.М. О свободной аутопластике артерий с использованием механического шва: Дис... канд. мед. наук. Л.; 1969.

⁴⁰ Колесов В.И. *Записки старого хирурга*. СПб.; 2001: 140.

⁴¹ Колесов Е.В., Дворяшин Ю.В. Ультразвуковая диагностика коронарного атеросклероза. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. 1970; 11: 14–18.

⁴² Колесов Е.В. Лечение коронарной недостаточности наложением маммарно-коронарных анастомозов: Дис... д-ра мед. наук. Л.; 1971.

⁴³ В США первые операции маммарно-коронарного шунтирования были проведены в 1968–1970 гг. В сентябре 1971 г. эти вмешательства были освоены в Кливленде. При этом в 1970-х годах опыт большинства клиник не превышал нескольких десятков таких операций, в то время как количество аортокоронарных анастомозов, например, у R. Favaloro достигало нескольких тысяч вмешательств (Колесов В.И., 1977).

⁴⁴ Бокерия Л.А., Авалиани В.М., Буторин С.П. Венозные трансплантаты и новые перспективы их состоятельности в ближайшем и отдаленном периоде после аортокоронарного шунтирования. *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия*. 2014; 1: 19–26.

Виды маммарно-коронарного анастомоза, выполненные в клинике В.И. Колесова в 1967–1976 гг.⁴⁵

Операция	Число больных	Применение АИК	Исход
Антеградный МКА аппаратом	59	Нет	Благополучный
То же	12	Да	То же
То же + закрытая комиссуротомия	1	Нет	»
Двусторонний антеградный МКА аппаратом	3	Нет	»
То же	1	Да	Смертельный
Антеградный МКА аппаратом с эндартерэктомией	17	Нет	Благополучный
То же	4	Да	То же
Ретроградный МКА аппаратом	6	Нет	»
МКА аппаратом + АКШ	7	Да	»
Шовный МКА конец в бок	4	Нет	»
Шовный МКА конец в конец	17	Нет	»
МКА аппаратом + АКШ + эндартерэктомия + аневризмэктомия	1	Да	Смертельный
Всего ...	132	25 с АИК/107 без АИК	2 ⁴⁶

отказался от шовной техники, применяя ее только при выполнении операций в условиях ИК, например при формировании аортокоронарного, двустороннего маммарно-коронарного или сочетанного анастомозов, и перешел на создание анастомозов при помощи механического шва. А операции на работающем сердце через торакотомический доступ считал идеальными для сохранения его функции.

Другим обязательным условием проведения операций на работающем сердце В.И. Колесов считал полную окклюзию шунтируемых артерий. «Почему подавляющее большинство хирургов с таким упорством осуществляют операции на венечных артериях в условиях полного ИК? — спрашивал он и отвечал: — Ответ очень простой: потому что они делают операции на проходимых венечных артериях»⁴⁷.

Эти наблюдения вошли в последнюю монографию В.И. Колесова «Хирургия венечных артерий сердца». Ее рукопись была сдана в набор 27 апреля 1976 г., а 30 июня В.И. Колесов навсегда покинул свой кабинет заведующего кафедрой, в котором проработал более 20 лет. Через 8 мес, 8 января 1977 г., книга была подписана в печать. Кстати, одну из рецензий на нее по просьбе В.И. Колесова написал хорошо знавший его труды и поддерживающий его начинания крупный хирург Европейско-

го Севера России, профессор из Архангельска Г.А. Орлов.

К моменту ухода из клиники Василию Ивановичу исполнилось всего 72 года. Рассказывать о том, как и почему хирург с мировым именем и 40-летним стажем оказался не у дел в родном институте, мы не будем. Об этом он сам откровенно и нелестно рассказал в своих воспоминаниях⁴⁸.

Свою последнюю статью, посвященную отдельным результатам маммарно-коронарного анастомоза, В.И. Колесов опубликовал в 1987 г.: 70% больных с тяжелыми нарушениями коронарного кровообращения жили после операции МКШ от 5 до 17 лет.

В 1988 г. за достижения в области коронарной хирургии в составе группы хирургов 84-летний Василий Иванович был удостоен звания лауреата Государственной премии СССР. А на 88-м году жизни он скончался. Там же, в Ленинграде, который когда-то защищал и где жил более полувека.

Если подытожить все приоритеты В.И. и Е.В. Колесовых, многие из которых являются мировыми, то их наберется более десятка⁴⁹:

1. Операции при хронической коронарной недостаточности:

1964 г., 25 февраля — переднебоковая торакотомия слева⁵⁰; мобилизация левой ВГА вместе с сопровождающими ее венами и окружающими тканями («ножка» Колесова); мобилизация огибающей ветви левой коронарной артерии с проведением ишемической пробы; создание шовного, узлового, антеградного маммарно-коронарного анастомоза по типу конец в конец; проведение операции через миниторакотомию, на сокращающемся сердце и по принципу *non-touch* аорта (В.И. Колесов);

⁴⁵ Колесов В.И. *Хирургия венечных артерий сердца*. Л.: Медицина; 1977: 202–3.

⁴⁶ Так у В.И. Колесова (1977 г.). Вместе с тем в другом месте (с. 215) он сообщал, что общая летальность после операций МКА равнялась 10%. При этом, если при создании шовного анастомоза летальность достигала 17%, то создание соустья аппаратом заканчивалось летально лишь в 4% наблюдений. Тромбоз анастомоза был выявлен в 7% случаев. Максимальный срок наблюдения больных после операции составил 10 лет.

⁴⁷ Колесов В.И. *Хирургия венечных артерий сердца*. Л.: Медицина; 1977: 204. Надо подчеркнуть, что в первые годы своей деятельности В.И. Колесов, оперируя на сокращающемся сердце, шунтировал исключительно левую коронарную артерию и ее ветви, улучшая кровоснабжение левого желудочка сердца, в то время как американские хирурги накладывали анастомоз в условиях искусственного кровообращения преимущественно на правую коронарную артерию *при проходимой левой*.

⁴⁸ Колесов В.И. *Записки старого хирурга*. СПб.; 2001: 147–8.

⁴⁹ Колесов Е.В. Персональное сообщение от 2 марта 2014 г. (kolesovmd@email.dp.ua)

⁵⁰ При проведении операций на правой коронарной артерии В.И. Колесов применял срединную торакотомию.

1965 г., 26 января – шовный маммарно-коронарный анастомоз по типу конец в бок в сочетании с предварительным проведением ВГА в туннеле под эпикардом (В.И. Колесов);

1967 г., 22 марта – маммарно-коронарный анастомоз сосудосшивающим аппаратом АСЦ-4 по типу конец в конец (В.И. Колесов);

1968 г., 11 декабря – ретроградный (ВГА выделялась и пересекалась ближе к месту ее отхождения от подключичной артерии, в коронарную артерию вшивался ее дистальный конец) маммарно-коронарный анастомоз аппаратом АСЦ-4 (В.И. Колесов);

1969 г., 10 июня – двусторонний маммарно-коронарный анастомоз⁵¹ аппаратом АСЦ-4 (В.И. Колесов);

1970 г., 5 марта – анте- и ретроградный двусторонний маммарно-коронарный анастомоз аппаратом АСЦ-4 (В.И. Колесов);

1971 г., 21 января – маммарно-коронарный анастомоз сосудосшивающим аппаратом АСЦ-В с вакуумной разбортовкой концов сшиваемых артерий (В.И. Колесов, Е.В. Колесов).

2. Операции при острой коронарной недостаточности:

1968 г., 5 февраля – шовный маммарно-коронарный анастомоз по типу конец в конец у больной через 7 ч после развития острого инфаркта миокарда (В.И. Колесов)⁵²;

1968 г., 17 мая – шовный маммарно-коронарный анастомоз по типу конец в бок у больного Р. с нестабильной стенокардией (В.И. Колесов);

1968 г., 21 мая – то же конец в конец аппаратом АСЦ-4 (В.И. Колесов);

1972 г., 11 февраля – маммарно-коронарный анастомоз аппаратом АСЦ-ВАК у больного с инфарктом миокарда после выведения его из клинической смерти (В.И. Колесов, Е.В. Колесов).

3. Прочие операции на коронарных артериях:

1971 г., 16 июня – шовный аутоартериальный (фрагмент поверхностной бедренной артерии) аортокоронарный анастомоз с правой коронарной артерией в условиях ИК (В.И. Колесов);

1972 г., 19 января – шовно-аппаратный аортокоронарный анастомоз в сочетании с шовным маммарно-коронарным анастомозом в условиях параллельного ИК и коронарной перфузии (В.И. Колесов, Е.В. Колесов);

1972 г., 22 февраля – шовный аортокоронарный анастомоз в сочетании с маммарно-коронарным анастомозом аппаратом АСЦ-В в условиях ИК (В.И. Колесов, Е.В. Колесов);

1973 г., 1 марта – аортокоронарный анастомоз аппаратом АСЦ-ВАК без ИК (В.И. Колесов, Е.В. Колесов).

Заключение

Одним из первых о приоритетах советского хирурга за рубежом в 1988 г. сообщил А.С. Олечуик⁵³. Помимо указания на первые операции В.И. Колесова по поводу острой и хронической коронарной недостаточности, автор предложил эпонимы «ножка Колесова» и «симптом борозды Колесова»⁵⁴.

В 1996 г. в своем докладе «Развитие коронарной хирургии» на проходившей в Москве Международной конференции по истории сердечно-сосудистой хирургии памяти В.И. Бураковского один из признанных корифеев американской сердечно-сосудистой хирургии D. Sabiston из Дюкского университета (США) упомянул 17 названий трудов В.И. Колесова, назвав их «впечатляюще и интенсивно цитируемыми в литературе». А в 1999 г., когда в НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН проходила первая в мире операция на коронарных артериях при помощи робототехники, один из участвовавших в ней американских специалистов назвал В.И. Колесова «my hero».

В настоящее время операцию маммарно-коронарного анастомоза⁵⁵ на сокращающемся сердце в различных вариантах (методики mini-invasive heart surgery, non-touch aorta surgery, off pump surgery и др.) называют «золотым стандартом» коронарной хирургии. Учитывая ее широкое распространение по всему миру, российские корни и в память о великом хирурге XX века предлагаем называть ее операцией Колесова, или *Kolesov's operation*⁵⁶.

Благодарим профессора Евгения Васильевича Колесова (Днепропетровск, Украина), сына В.И. Колесова, за любезно предоставленные в наше распоряжение редкие документы из личного архива и ценные замечания, высказанные при подготовке статьи к печати.

Поступила 06.06.2014

⁵¹ Самая распространенная в настоящее время техника реваскуляризации миокарда (Казарян А.В., Сигаев И.Ю. Современные подходы к диагностике и тактике хирургического лечения при операциях реваскуляризации миокарда у больных ишемической болезнью сердца с атеросклеротическим и дегенеративным поражением восходящей аорты. *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия*. 2014; 1: 13).

⁵² До сих пор коронарное шунтирование при инфаркте миокарда из-за угрозы жизни пациентов используется довольно редко, «не более чем в 5% случаев» (Бокерия Л.А., Ключников И.В. Тактика хирургической реваскуляризации после первичной реперфузии при остром инфаркте миокарда. *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия*. 2014; 1: 4).

⁵³ Olearchyk A.S. Vasilii I. Kolesov. A pioneer of coronary revascularization by internal mammary-coronary artery grafting. *Thorac. Cardiovasc. Surg.* 1988; 96 (1): 13–8.

⁵⁴ Хорошо видимые, похожие на узелки образования над бляшками, сморщивание и западение эпикарда в проекции пораженной коронарной артерии.

⁵⁵ Именно так называл свою операцию сам В.И. Колесов (см. Колесов В.И. *Записки старого хирурга*. СПб.: 2001; 126–7).

⁵⁶ В свое время называть маммарно-коронарный анастомоз операцией Колесова предлагали известные ленинградские хирурги А.Б. Зорин и Л.В. Лебедев. Причем А.Б. Зорин ссылался на американских коллег, впервые, по его мнению, использовавших этот эпоним в хирургической литературе. Однако нам этот источник неизвестен.