

На заключенных, как на подопытных животных, проводили многочисленные и разнообразные эксперименты, в которых участвовали и весьма многие германские профессора.

Вызывали асептические абсцессы путем введения керосина в подкожную клетчатку.

Д-р Рихтер в порядке практики проводил заключенным ряд операций — удаление части мозга, резекции желудка, удаление почки, экстирпацию матки и т. д. На заключенных изучали вопросы сращения костных переломов, сращения мышц, лечения гнойных ран.

В бедрах заключенных делались надрезы, и в них запихивали старые тряпки или грязную солому. Развивались абсцессы, сепсис. Многие умирали, но и выживших уничтожали.

Был и такой эксперимент в 1944 г. — заключенного заставили разгрызть ампулу с ядом. Смерть наступила через 15 секунд. «Надо было, говорит свидетель опыта, установить, за какое время данная доза действует на человека смертельно». Ищали средство, «с помощью которого высшее руководство СС могло бы в случае неудачи в этой войне быстро и безболезненно уйти от ответственности».

На заключенных изучали желтую лихорадку, натуральную оспу, брюшной тиф и паратифы, холеру, дифтерию, столбняк, газовую гангрену.

Ставились многочисленные опыты по сыпному тифу. Двенадцать культур возбудителя сыпного тифа постоянно сохранялись посредством переноса с больного на здорового, то есть искусственной прививкой путем внутривенных инъекций от 0,5 до 1 мл зараженной крови, взятой у больного на высоте развития болезни. Все эти люди умирали.

Фирма «И. Г. Фарбен» проводила многочисленные испытания своих препаратов, в частности элейдрина, сульфацилпиридина, тибатина, МП (для лечения зараженных ран), улериновых препаратов, протозила.

Испытывались различные вакцины.

Лица, оставшиеся живыми после опытов, уничтожались путем инъекций 10 мл чистого фенола в область сердца или другим, аналогичным способом.

Проводились опыты с переохлаждением в воде и на открытом воздухе, опыты по отогреванию телами голых женщин, переохлажденных грудных детей — телом матери.

Ставились опыты в барокамерах (до очень больших высот).

Были опыты с фосфорными ожогами (испытание лечебных препаратов).

Вводили воздух в вены.

Профессорами Клаубергом, фон Вольфом, Эрхардтом, Гюнтером ставились многочисленные гинекологические опыты: лечение бесплодия, стерилизация оперативным путем и рентгеновскими лучами, удаление яичников без наркоза и анестезии, прививки рака, испытание контрастных веществ по наполнению маточных труб.

Рентгенолог проф. Шуман проводил у девочек, начиная с 8-летнего возраста, сальпингографию. Перед процедурой девочек дефлорировали солдаты.

Опыты над женщинами были и такого порядка — женщине объявлялось, что она будет убита через 3—4 дня, а затем наблюдали, как это известие отражается на менструальной функции.

Проводились опыты по искусственному оплодотворению.

Ставились многочисленные опыты по испытанию боевых отравляющих веществ.

Уничтожение немцев — психических больных (инициаторы — профессора Хейде и Ниче) в лечебных заведениях Германии проводилось или в камерах (газом), или путем дачи смертельных доз морфина, люминала, трионала и других препаратов. На всех убитых тем или иным методом немцев родственникам отсылались справки о естественной смерти. Оформление этих документов также возлагалось на врачей.

Врачи и акушерки Германии должны были сообщать о всех новорожденных с психическими или физическими дефектами. Такие дети тоже подлежали уничтожению, и отвечали за это врачи.

«Неприязнительная правда состоит в том, что миллионы немцев, отцы и матери, сыновья и сестры не видели ничего преступного в этих преступлениях». Это положение относится и ко многим представителям иных государств капиталистического лагеря, берущих под свою защиту преступников и ограждающих их от той меры возмездия, которую они вполне заслужили.

А. М. Окулов
(Казань)

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

ПЕРВАЯ ВСЕСОЮЗНАЯ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

(23—27/I 1961 г., Москва)

Конференция была организована Комитетом по изучению ревматизма при АМН СССР. В работе конференции принимали участие более 600 делегатов, среди которых было много зарубежных ученых из различных стран.

Член-корреспондент АМН СССР А. И. Струков (Москва) доложил о морфогенезе и морфоиммуногенезе ревматизма. Ревматизм является сложным в этиологическом и иммунологическом отношении заболеванием, при котором большую роль играют антигены гемолитического стрептококка и аутоантигены из продуктов распада соединительной ткани. Реакция соединительной ткани проявляется со стороны аморфной субстанции, коллагеновых волокон и клеточных элементов. Самые ранние изменения возникают в основной субстанции и коллагеновых волокнах, они носят системный характер с преимущественным поражением соединительной ткани сердца и сосудов. Важнейшие изменения при этом проявляются в накоплении кислых и нейтральных полисахаридов с дезорганизацией соединительной ткани. Клеточные реакции носят ответный характер на прогрессирующую дезорганизацию соединительной ткани и выражаются очаговой пролиферацией гистиоцитов и макрофагов, плазматических и тучных клеток. Морфологическим проявлением иммунобиологических процессов можно считать накопление в миндалинах, лимфоузлах и других органах плазматических клеток с пиронинофильной протоплазмой, богатой рибонуклеидами. Докладчик предложил различать 4 фазы ревматического процесса: 1 — мукоидного набухания и отека; 2 — фибриноидного набухания; 3 — грануломатоза и 4 — склероза соединительной ткани. Эта схема отличается от схемы В. И. Талалаева тем, что А. И. Струковым первая фаза В. Т. Талалаева разделена на две самостоятельные. В заключение докладчик подчеркнул, что ревматизм протекает с С-витаминной недостаточностью и всегда сопровождается изменениями сосудов.

Канд. мед. наук Н. Н. Грицман и А. А. Рогова (Москва) сообщили, что в крупных клетках ревматических гранул выявляется большое содержание окислительного фермента — сукциндегидразы, что указывает на большую биологическую активность этих макрофагальных клеток.

Проф. В. В. Михеев (Москва) отметил, что патоморфологически ведущим при ревматических церебральных поражениях являются дистрофический, деструктивный процесс в стенках мозговых сосудов, васкулит же — дополнительный элемент. В соответствующих случаях можно говорить о ревматическом менингите, менинго-энцефалите. Наблюдается и ряд других поражений.

Проф. М. Б. Цукер, А. И. Витинг, Э. Н. Лернер, М. Е. Сыроечковская, М. А. Фокин и Т. И. Ходжаев (Москва) сообщили, что вовлечение центральной нервной системы в патологический процесс при ревматизме происходит рано. Изменения в мозгу, в первую очередь, касаются мезенхимных образований (мягкие мозговые оболочки, сосуды оболочек и мозга, строма сосудистых сплетений) и имеют специфический для ревматизма характер. Паренхиматозные элементы мозга вовлекаются вторично. У молодых больных с малой давностью заболевания, погибших от декомпенсации сердечной деятельности, изменения мезенхимных образований мало выражены, а у лиц пожилых с большой давностью заболевания в мозгу отмечаются грубые рубцовые изменения оболочек сосудов и сосудистых сплетений в сочетании с острыми изменениями.

Доц. П. В. Казначеев (Новосибирск) установил у больных ревматизмом очень важный факт одновременного перемещения различных белков через сосудистую стенку в двух противоположных направлениях, что связано с нарушением функции проницаемости кровеносных капилляров в результате расстройств нейро-гуморальных механизмов регуляции.

Проф. А. В. Рывкинд (Москва) обратил внимание на то, что нарушение функционального состояния замыкающих артерий миокарда (особых отрезков ветвей венечных артерий) может быть важным патогенетическим фактором коронарной недостаточности при ревматизме.

Т. Р. Лаврова (Ленинград) выявила у больных в острой фазе ревматизма в крови специфические аутоантитела к тканям сердца; в период затихания процесса их количество уменьшается, а в период ремиссии они не определяются.

Канд. мед. наук В. Д. Мельниченко (Киев) при хронических ревматических заболеваниях сердца обнаружил в легких два типа изменений с утолщением альвеолярных перегородок: гиперплазию капилляров и разжижение с беспорядочным расположением в перегородках аргирофильных волокон.

Проф. К. Рашка, И. Ротта и Беднар (Чехословакия) вызывали у кроликов долговоспалительную стрептококковую инфекцию и гистологически обнаружили в сердце грануломатозные изменения, похожие на ревматические, с клетками, подобными клеткам Ашофа.

В прениях проф. Г. Г. Непряхин (Казань) сообщил об исследованиях патоморфологии первой ревматической атаки у ребенка 1 г. 2 мес., у которого обнаружены 3 группы характерных ревматических поражений: панкардит, полисерозит, менингоэнцефалит. В миокарде и головном мозгу найден распространенный пролиферативный васкулит с грануломатозом и своеобразным липопротеинозом головного мозга, ярко проявившимися в этом исключительном случае первой и единственной ревматической атаки у очень маленького ребенка.

Проф. Г. Г. Непряхин
(Казань)

По данным действительного члена АМН СССР проф. В. Н. Виноградова и канд. мед. наук Э. Р. Агабабова (Москва) в 23% случаев в поликлинических условиях имеется гипердиагностика ревматизма без пороков. И, наоборот, при пороках сердца в 33% случаев диагноз активного эндокардита не ставится. Это объясняется неполноценным анамнезом, игнорированием малых симптомов, недостаточным исследованием. Из неспецифических тестов, по мнению авторов, наиболее полезны дифениламиновая реакция; определение сывороточных белков, титра антистрептолизина-0, вектор- и фонокардиография, но все они доступны лишь в условиях клиники. Упорная декомпенсация при нормальной РОЭ должна настораживать на вялотекущий латентный эндокардит, особенно после каких-либо других инфекций (грипп). В то же время диагностика ревматизма у больных с хроническим тонзиллитом, при котором имелись кратковременные суставные боли, не оправдана и нередко превращает больного в морального инвалида. Противорецидивная терапия ревматизма снижает количество рецидивов в 8 раз.

Проф. О. Д. Соколова-Пономарева (Москва) обращает внимание на такие симптомы, свидетельствующие об активности ревматического процесса у детей, как плаксивость, раздражительность, функциональный характер изменений центральной нервной системы, ранние функциональные сердечные изменения, обнаруживаемые при дозированной нагрузке.

Проф. Е. М. Тареев (Москва) подробно остановился на дифференциальной диагностике кардитов при так называемых больших коллагенозах от кардитов ревматических. На основе тщательного изучения 100 больных острой красной волчанкой докладчик отмечает, что сердечные явления при коллагенозах протекают тяжелее, чем при ревматизме. Одышка бывает выражена ярче, тяжелее, больше почечно-сердечного или мозгового типа, а не легочно-сердечного, как при ревматизме. Боли в сердце плохо снимаются спазмолитиками и зависят от диффузного миокардита. У всех больных с волчанкой имеются тахикардия и симптомы поражения сердечно-сосудистой системы — шумы, расщепление 2-го тона на легочной артерии, гипо- или гипертензия. Но в отличие от ревматизма, при волчанке сердце поражается на более поздних этапах, когда уже имеются и другие симптомы коллагеноза.

Канд. мед. наук Е. Н. Максакова и В. И. Сачков (Москва) сообщили о клинико-иммунологических показателях активности ревматического процесса у детей, как-то: определение титров АСЛ-О, АСК, АСГ и С-реактивного белка. Титры не всегда изменяются параллельно, но дополняют друг друга. С-реактивный белок, появляясь в самой острой стадии воспаления, опережает показания РОЭ. В целом иммунологические показатели немаловажны для диагностики активного ревматизма.

Проф. Л. А. Варшамов (Саратов) считает, что ревматизм нередко имеет латентное течение, во время которого происходит формирование клапанного порока. Иногда латентное течение в клинике ревматического кардита является основным. Все клинико-лабораторные тесты, не будучи специфическими, не являясь каждый в отдельности единственно надежным критерием, в совокупности, безусловно, имеют важное диагностическое значение. Докладчик указал на упорную декомпенсацию как признак латентного ревмокардита.

Проф. А. А. Шелагуров и доц. П. Н. Юренев (Москва) считают более достоверными признаками латентного эндокардита субфебрилитет, устанавливаемый при измерении через каждые 2 часа, ряд субъективных расстройств со стороны сердечно-сосудистой системы, незначительное ускорение РОЭ, нарастание титра стрептолизинных антител и динамические сдвиги электрофореграмм.

Проводя дифференциальную диагностику тонзиллогенных и ревматических поражений миокарда и коронарных артерий, проф. Р. Г. Межебовский (Оренбург) сообщил, что хронический тонзиллит вызывает нарушения коронарного кровообращения и нарушения функции миокарда, сходные с ревматическими. Но при тонзиллитах эти нарушения отличаются меньшей стойкостью и, как правило, исчезают после тонзиллэктомии.

Проф. И. Стойя (Румыния) очень подробно доложил о дифференциальной диагностике ревматизма у детей в атипично протекающих его вариантах, из которых наиболее часто встречается печеночно-пищеварительная форма. В этих случаях приходится дифференцировать ревматизм от брюшного тифа, аппендицита, перитонита, эпидемического гепатита и др. Печеночно-пищеварительные нарушения иногда бывают довольно сильно выражены, особенно после несоответствующей диеты и усиленного лечения салицилатами или гормонами.

Проф. Э. Райхер (Польша) придает важное значение продолжению стационарного лечения, бальнеологической противорецидивной терапии и тщательному продумыванию вопроса о выписке из стационара больных ревматизмом.

Т. И. Бибикова, Я. И. Сигидин, А. В. Долгополова, Н. Н. Кузьмина с соавторами рекомендуют разработанный в Институте ревматизма комплексный метод, когда в качестве основного препарата при лечении ревматизма применяется одно из производных кортизона — преднизолон — на курс 200—350 мг или триамсинолон — 150—300 мг и аспирин или бутадион. Кроме того, больные получают большие дозы аскорбиновой кислоты, а в первые дни лечения — пенициллин. Эффект был обнадеживающий.

Член-корреспондент АМН СССР проф. И. А. Кассирский (Москва) считает, что существуют убедительные клинические критерии стойкой инволюции эндокардита

(в том числе и вальвулита) под влиянием комплексного лечения. Об этом свидетельствуют длительное отсутствие декомпенсации, исчезновение диастолического шума в 5-й точке, стойкая стабилизация сердечных изменений, а в отдельных случаях — и указание на обратное развитие вальвулита, обнаруживаемые на секции.

Проф. З. И. Малкин, С. И. Щербатенко, Б. С. Березовский, С. Г. Ключарева, В. В. Саламатина (Казань) отметили, что изучение холинэргических и гликолитических процессов, клеточной реакции у больных ревматизмом указывает на различный характер влияний, оказываемых терапией антибиотиками и десенсибилизирующим лечением на индивидуальную реактивность больного. Наблюдения за РОЭ, ЭКГ, белковыми фракциями крови, сиаловой кислотой дают надежные критерии для решения вопроса о ликвидации активного ревматизма. В лечении ревматизма важную роль играют различные варианты десенсибилизирующей терапии в сочетании с антибиотиками. Наблюдения за динамикой липоидного обмена, указывая на глубокую его дезорганизацию, наряду с сердечными средствами, витаминотерапией, диетотерапией требуют применения липотропных факторов, нормализующих липоидный обмен.

Преимущество и терапевтическую ценность комбинированной терапии, по сравнению с изолированным применением стероидных гормонов и обычных антиревматических средств, отметил и проф. А. Б. Воловик (Ленинград) в докладе о терапии ревматизма у детей.

Проф. М. М. Шихов (Сочи) на основании наблюдений в течение ряда лет над 788 больными с активной фазой ревматизма лучшие результаты, как непосредственные, так и отдаленные, отмечает при сочетанной терапии пиразолоновыми препаратами и гормонами.

Проф. Ф. Ленох, доктор мед. наук Д. Конькова (Чехословакия) применяли 5—6,0 деривата бензойной кислоты — 2,3-дегидроксibenзойную кислоту. Результаты лечения те же, что и при больших дозах салициловой кислоты (17,0), но без побочных действий, свойственных последней.

Группа авторов из Москвы (З. З. Байкова, Н. С. Бусленко и др.) доложили о наблюдениях за серологическими показателями у подвергшихся комиссуротомии. В крови больных, в тканях ушка сердца которых найдены специфические изменения (гранулемы Ашоф-Талалаева), чаще и в более высоких титрах обнаруживаются стрептококковые антигены, чем у больных, у которых специфические изменения отсутствовали.

Б. Н. Преварский (Киев) высказал мысль, что при комплексном исследовании и лечении больных ревматическим пороком сердца и текущим эндомиокардитом необходимо иметь в виду возможность нарушения состояния легочного дыхания не только за счет гемодинамических изменений, но и в связи с поражением токсикоинфекционным процессом самого дыхательного аппарата. Оксигенотерапию при ревматизме рекомендовал Я. Д. Бондаренко (Киев). Наблюдения за внешним дыханием и легочным газообменом при ревматизме показали их нарушение. Оксигенотерапия в сочетании с другими методами способствует уменьшению, а иногда и ликвидации гипоксии.

Г. В. Яновский (Киев) сообщил, что сочетанное БКГ- и ЭКГ-наблюдение у больных ревматизмом дает более полное представление о функциональном состоянии миокарда и его динамике под влиянием антиревматической терапии.

А. П. Голиков с соавторами (Ленинград) в течение ряда лет изучали состояние сердечно-сосудистой системы в клинике первой атаки ревматизма, используя механокардиограф системы Н. Н. Савицкого и рентгенологические методы (орто- и телерентгенограммы). Авторы нашли, что в ряде случаев поражения миокарда на ЭКГ обнаруживались раньше, чем при обычном клиническом исследовании. Рентгенологический метод является также важным дополнением в диагностике начального периода формирования порока сердца. Ими отмечается преимущество лечения бутадионом и АКГГ перед салициловой терапией. Длительное диспансерное наблюдение с противорецидивным лечением, удаление очагов хронической инфекции сокращают в 2 раза число рецидивов и развитие пороков сердца.

А. И. Шварева (Казань) на большом, свыше 700 случаев, клиническом материале сообщила о возрастных особенностях ревматизма у детей. Острое течение ревматизма с бурным проявлением общего токсикоза имелось чаще среди детей дошкольного возраста, затяжное течение с частыми рецидивами — у подростков. Отмечена зависимость частоты поражения сердца и нарушения кровообращения, локализации порока сердца, внесердечных изменений от возраста больных детей. Дифференцированный учет возрастных особенностей ревматизма у детей помогает ранней диагностике, оценке течения, прогноза.

Н. М. Иванов, И. З. Берштейн и С. А. Стеценко (Ростов-на-Дону) рекомендовали опыт этапного лечения ревматизма. Больные ревматизмом нуждаются, как правило, в длительном лечении, которое должно быть начато еще в кардиоревматическом кабинете, продолжено в терапевтическом стационаре, затем в ЛОР-отделении с возвращением снова в терапевтический стационар, а из последнего — опять в кардиоревматический кабинет. В эту схему должно быть включено и бальнеологическое лечение. Авторы рекомендуют, кроме того, 3 схемы комплексной терапии: 1) салицилаты, гормональные препараты и антибиотики; 2) салицилаты, гормональ-

ные препараты и пиразолоновые препараты; 3) салицилаты или пирамидон, сердечно-сосудистые препараты. Стационарное лечение в течение 1—2 месяцев продолжалось амбулаторно по указанным схемам в течение почти 6 месяцев.

С. И. Щербатенко, С. Г. Ключарева, А. И. Шварева
(Казань)

В докладе А. Г. Сафонова (МЗ СССР) «Состояние и задачи борьбы с ревматизмом в СССР» подчеркивалось особое значение диспансеризации как основного метода медицинского обслуживания больных ревматизмом. Медицинской промышленности МЗ СССР необходимо в ближайшие 1—2 года обеспечить сеть кардиоревматологических учреждений препаратами и реактивами для более точной диагностики ревматизма (С-реактивный протеин, антистрептолизин, дифениламиновая проба, бентонитовая проба и др.), а также современными средствами для проведения активной комплексной терапии болезни. Необходимо расширять и укреплять сеть ревматологических и кардиоревматологических кабинетов, повышать их роль в организации борьбы с ревматизмом.

Многие докладчики подчеркивали связь ревматизма со стрептококковыми инфекциями: хронический тонзиллит встречается у детей, больных ревматизмом, в 3—4 раза чаще, а распространенный кариес зубов почти в 2 раза чаще, чем у всех осматриваемых школьников. В докладе проф. Б. Г. Лейтеса (Москва) указывается, что почти у половины больных детей первые проявления ревматизма отмечены еще в дошкольном возрасте, причем у 22,5% — в возрасте 3—4 года.

Г. Г. Стукс с соавторами (Томск), Л. Д. Борисова с соавторами (Ленинград) пришли к выводу о довольно высокой эффективности применения бициллина у больных ревматизмом детей как в острой фазе болезни, так и в межприступном периоде: обострение ревматизма на фоне применения бициллина в 5 раз реже, чем у такой же группы детей, не получавших бициллин. Бициллин рекомендуют вводить осенью и весной по 5—6 инъекций, а в ряде случаев непосредственно после обострения.

Л. О. Асеева, Т. М. Руднева (Рязань) проводили у детей противорецидивное лечение 2 раза в год, весной и осенью, по методике М. А. Ясиновского аспирином, салициловыми препаратами, пирамидоном, бутадиемом, а также по методу проф. А. Г. Петряевой — стрептомицином и ПАСК с удовлетворительными результатами.

Авторы не могли отметить какой-либо разницы от применения различных медикаментозных средств (салицилаты, стрептомицин, ПАСК). Они полагают, что ПАСК и стрептомицин обладают неспецифическим десенсибилизирующим действием и могут быть применены в комплексе лечения больных ревматизмом.

М. П. Зайцева и Е. К. Карташова изучали заболеваемость ревматизмом среди некоторых групп рабочих. Пока не удается установить связь заболевания ревматизмом с профессией. В большинстве случаев начало заболевания относится к молодому возрасту и еще до выбора профессии. Однако возникновение рецидивов авторы ставят в тесную зависимость от условий труда. Процент лиц, страдающих пороками сердца, выше в цехах с условиями повышенной влажности и охлаждения.

По М. А. Ясиновскому (Одесса), применение у страдающих ревматизмом лиц с пороками сердца при возникновении опасности обострения процесса трехнедельных курсов введения пирамидона или анальгина (по 1,0 в сутки) либо салицилового натрия (4,0 в сутки) дает хорошие результаты: снижение частоты рецидивов в 10 раз и более. В сочетании с противоревматическими средствами использовались антибиотики. Подчеркивается необходимость профилактического приема препаратов не только в определенные сезоны (поздняя осень и ранняя весна), но и после перенесения ангины и катаров верхних дыхательных путей, различных инфекционных заболеваний, интоксикаций, травм, оперативных вмешательств (тонзиллэктомия, комиссуротомия), а также при родах, интенсивной бальнеотерапии.

М. К. Федорова
(Казань)

ПРОБЛЕМЫ РЕВМАТИЗМА НА МЕЖОБЛАСТНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ В ОДЕССЕ

(15—17/XI-60 г.)

Конференция была созвана Одесским областным отделом здравоохранения, Одесским медицинским институтом и Украинским научно-исследовательским институтом клинической медицины им. Н. Д. Стражеско.

В работе конференции приняли участие представители 8 областей Украины, а также 8 республик Советского Союза.