

После кардэктомии нами найдены гипопроteinемия, гипоальбуминемия, снижение А/Г коэффициента. С удлинением сроков после операции показатели общего белка сыворотки крови, альбумины и А/Г коэффициент повышаются, однако нормального уровня не достигают. Уровень  $\gamma$ -глобулинов в первый год после операции заметно повышается, а позднее снижается.

С удлинением сроков после гастрэктомий общий белок крови в связи со снижением альбуминов продолжает снижаться. А/Г коэффициент на первых порах выше нормальных величин, а позднее отчетливо снижен.

Соотношение фракций липопротеидов как после кардэктомий, так и после гастрэктомий сохраняется на уровне установленных нами норм.

В сроки до года после кардэктомий оказалась повышенной фракция альбумин-глокопротеидов, а после 5 лет фракция  $\alpha_2$ -глокопротеидов. Фракция  $\beta$ -глокопротеидов снижена в сроки от 1 года до 5 лет. Позднее ее уровень постепенно нормализуется.

После гастрэктомий все фракции глокопротеидов оставались близкими к норме.

УДК 616.981.21

#### Л. Н. Кондратюк (Уфа). Виды гемолитических стрептококков в зависимости от источников выделения

Было изучено 407 штаммов стрептококка, из них 157 из зева больных scarлатиной, 94 — от больных ангиной и другими заболеваниями верхних отделов дыхательных путей, 75 — от больных ревматизмом в периоды между приступами, получавших с профилактической целью бициллин и аспирин, и 80 штаммов от здоровых носителей, большинство которых находилось в контакте со scarлатинозными больными.

Среди 157 штаммов стрептококка, выделенных от больных scarлатиной, все давали гемолиз на кровяном агаре и 92,9% относились к группе А. От больных ангиной, ревматизмом и здоровых носителей были выделены гемолитические и негемолитические штаммы. 48—47,2% штаммов, выделенных от больных ревматизмом и здоровых носителей, составляли стрептококки группы А.

Стрептококки групп А, С и G вырабатывали гиалуронидазу, стрептокиназу, ДНК-азу и стрептолизин-О.

Число штаммов, выделенных от больных ревматизмом и обладавших гиалуронидазной и стрептокиназной активностью, было незначительным, по-видимому, вследствие лечения этих больных бициллином.

Количество штаммов группы А, выделенных от больных scarлатиной, ангиной и здоровых носителей и обладавших гиалуронидазной активностью, было почти одинаковым (58,9—57,1%). Наибольшее количество стрептокиназоактивных штаммов было выделено от здоровых носителей (94,2%), наибольшее количество штаммов, вырабатывающих стрептолизин-О, — от scarлатинозных больных (49%), а наименьшее — от больных ревматизмом (13,6%).

УДК 612.393—616—001.4—616.5—002.44

#### В. И. Кузьмин (ЧАССР). О биологическом методе стимуляции заживления ран и язв

Для лечения длительно не заживающих ран и язв предложено множество методов. В 1926 г. Карно были сделаны первые наблюдения над действием эмбрионального экстракта. При лечении длительно не заживающих ран и язв хорошие результаты получил проф. Гольдберг, применяя эмбриональную мазь, для изготовления которой использовал эмбрионы животных. Однако изготовление такой мази связано с немалыми трудностями. В 1959 г. мы начали применять эмульсию из эмбрионов человека, используя для этого материал, получаемый при искусственном прерывании беременности в ранние ее сроки. Плодное яйцо тщательно растирают в ступке с добавлением ксероформа и рыбьего жира или касторового масла. Полученную указанным способом эмульсию разливают в сосуды, закупоривают и хранят при температуре плюс 4—6° в течение 3—4 дней, после чего она готова к употреблению. Перед употреблением эмульсию взбалтывают и к ней добавляют антибиотик соответственно чувствительности микрофлоры раны или язвы.

Под нашим наблюдением находилось 12 больных с длительно не заживающими ранами или язвами. Все эти больные ранее подолгу лечились стационарно, но безуспешно. При лечении эмбриональной эмульсией у всех наступило заживление.

По данным наших наблюдений можно сделать заключение, что применение препарата эмбриональной ткани является одним из эффективных методов лечения длительно не заживающих язв и ран.