

(10), pp. 121-125.

14. Nikitin V. N. Trudnaya kulya pri oslozhnennykh gigantiskikh penetriruyushchikh yazvakh [Difficult stump with complicated giant penetrating ulcers]. *Novosti khirurgii - News of Surgery*, 2017, Vol. 25, No. 6, pp. 574 - 582.

15. Nishanov F. N. Khirurgicheskaya taktika pri sochetannykh oslozhnennykh yazv dvenadtsatiperstnoy kishki [Surgical tactics for combined complications of duodenal ulcers]. *Vestnik Natsionalnogo mediko-khirurgicheskogo tsentra im. N.I. Pirogova - Herald of the National Medical and Surgical Center named after N. I. Pirogov*, 2018, No. 3 (3), pp. 43-46.

ХУЛОСА

Д.М. Кадыров, Ф.Д. Кодиров,
Ш.Ш. Сайдалиев, З.В. Табаров

ТАРЗИ ГЕРМЕТИЗАТСИЯИ БУНЧАИ РУДАИ 12-АНГУШТА ҲАНГОМИ БУРИШИ МЕЪДА БАРОИ “ҚАТЪ НАМУДАН”-И ЗАХМИ ПЕНЕТРАТСИЯ ВА СТЕНОЗШУДА

Мақсад. Бехтарсозии натиҷаи мустақими табобати чарроҳии решӣ тангшудаю нуфузшудаи рудаи дувоздаҳангушта

Мавод ва усулҳо. Дар мақола натиҷаи табобати 62 нафар беморон бо решӣ тангшудаю нуфузшудаи рудаи 12 ангушта, ки чарроҳии рафъи меъда ба намуди «хомушқуни» гузаронида шудааст оварда мешавад. Аз ҷумла мардҳо-51 нафар (82,2%) ва занҳо-11 (17,8%) нафар. Мутаносибии

мардҳо ва занҳо 4,6:1 –ро таъкил дод. Сину соли онҳо аз 22 сола то 67 соларо таъкил дод.

Методҳои асосии таъхисро ба ғайр аз усулҳои нишонӣ озмоиши лабораторӣ, ҳамчунон рентгенологии меъдаю руда ва даруннигари (ФГДС) таъкил дод.

Натиҷа. Дуоденостеноз дар марҳилаи ҷуброни дар 6 (9,7%), зерҷуброни дар 11 (17,8%) ва ғайриҷуброни дар 45 (72,6%) беморон пайдо гардид. Дар 9,4% беморон реш ба сараки гадуди зерӣ меъда, дар 32,2% ба пайвандаки ҷиғару рудаи 12 ангушта ва дар 58,1% ҳолат ба ҳар дуи ин структураҳо нуфуз доштанд. Ин намуди рафъи меъда бо назардошти ҷой доштани ҳолатҳои ғайрирафъи иҷро карда шуд. Дар марҳилаи пасазчарроҳии дар 10 (16,1%) ҳолатҳо оризаҳо дучор шуданд: аз ҷумла як (1,8%) ҳолати норасоии кукҳои бунҷаи дуоденали. Дар марҳилаи тулони решӣ пептикии анастомоз дар 2 (3,2%) бемор мушоҳида шуд. Дигар ҳолатҳои ҷойдошта (96,8%) ҳамчун каноатбахш баҳогузори карда шуданд.

Хулоса. Хангоми ҷой доштани ҳолатҳои ғайрирафъи меъда (решӣ тангшудаю нуфузшудаи рудаи дувоздаҳангушта) чарроҳии резексияи меъда ба намуди «хомушқуни» таъсия дода мешавад. Варианти бехтарини мустаҳкамкунии бунҷаи дуоденали намуди пешниҳодшудаи мо, яъне болои-баввоби ҳисобида мешавад.

Калимаҳои калидӣ: бемори решӣ, оризаҳои омехта, решҳои тангшудаю нуфузшуда, рафъи меъда.

УДК 616.155.392-036.11-053.2; 616.94-06

И.И. Караев¹, Р.З. Юлдашев², З.А. Мадаминава², С.А. Бокиев², Н.Г. Рахимов¹, З.М. Мавлонова²

ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

¹ ГУ РНҚЦ Пи ДХ МЗ и СЗН РТ

² Кафедра онкологии и лучевой диагностики, ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Юлдошев Равшан Зоидович – д.м.н., зав. кафедры онкологии и лучевой диагностики ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Тел.: 918679399, e-mail: uravshvan@mail.ru

Цель исследования. Изучить результаты терапии инфекционных осложнений у детей с острым лимфобластным лейкозом.

Материалы и методы исследования. Был проведен анализ результатов 255 курсов химиотерапии и лечение инфекционных осложнений 53 детей с острым лимфобластным лейкозом. В качестве основного антибиотика применяли карбапенемы.

Результаты исследования и их обсуждение. Необходимость в использовании антибактериальных препаратов в процессе лечения детей с острым лимфобластным лейкозом возникла у 53 пациентов, что составляет

20.8% случаев. Показанием для применения антибиотикотерапии в 18 случаях была бронхопневмония, в процессе консолидации (1,9%) и индукция (31,1%) соответственно. В результате инфекционного процесса в мягких тканях (фурункул, карбункул и гидраденит) у 3 (6,7%) детей в период индукции и у 5 (2,4%) детей в период консолидации возникла необходимость в применении антибиотиков. В случае гипертермии неясной этиологии у 5 (11,1%) детей в период индукции и у 7 (3,3%) детей в период консолидации были применены антибактериальные препараты. У 7 (15,5%) детей в период индукции и у 3 (1,4%) детей в период консолидации была выявлена бактериемия и применены антибактериальные препараты.

Вывод. У детей с острым лимфобластным лейкозом причины инфекционных осложнений является чаще всего грамотрицательные бактерии, чем грамположительные.

Ключевые слова: острый лимфобластный лейкоз, инфекционные осложнения, химиотерапия, дети

I.I. Karaev¹, R.Z. Yuldashev², Z.A. Madaminova², S.A. Bokiev², N.G. Rakhimov¹, Z.M. Mavlonova²

PECULIARITIES OF INFECTIOUS COMPLICATIONS IN CHILDREN WITH ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA

¹ Ministry of Health and Social Development of the Republic of Tajikistan

² Department of Oncology and Radial Diagnostics, SEI "Avicenna Tajik State Medical University", Dushanbe, Tajikistan

Yuldoshev Ravshan Zoidovich - Doctor of Medical Sciences, Head. Department of Oncology and Radiation Diagnostics, GOU TSMU named after Abuali ibni Sino. Tel.: 918679399, e-mail: uravshvan@mail.ru

Aim. To study the results of treatment of infectious complications in children with acute lymphoblastic leukemia.

Materials and methods. Results of 255 courses of chemotherapy and treatment of infectious complications in 53 children with acute lymphoblastic leukemia were analyzed. Carbapenems were used as the main antibiotic.

Results and discussion. The use of antibiotics in the treatment of children with acute lymphoblastic leukemia was necessary for 53 (20.8%) patients. The indication for antibiotic therapy in 18 cases was bronchopneumonia, in consolidation (1.9%) and induction (31.1%), respectively. An infectious process in the soft tissues (furuncle, carbuncle, and hidradenitis) resulted in the need for antibiotics in 3 (6.7%) children during induction and in 5 (2.4%) children during consolidation. In cases of hyperthermia of unclear etiology, antibiotics were used in 5 (11.1%) children during induction and in 7 (3.3%) children during consolidation. In 7 (15.5%) children during induction and 3 (1.4%) children during consolidation, bacteremia was detected and antibacterials were used.

Conclusion. In children with acute lymphoblastic leukemia, the cause of infectious complications is more often gram-negative than gram-positive bacteria.

Keywords: acute lymphoblastic leukemia, infectious complications, chemotherapy, children.

Актуальность. Острый лейкоз (ОЛ) относится к злокачественной опухоли кроветворной системы исходящий из костного мозга, субстратом которого является лейкозные бластоматозные клетки. ОЛ занимает ведущее место в структуре гемобластозов, составляя при этом 1/3 от общего числа. Частота встречаемости ОЛ в среднем составляет 4 случая на 100 тыс. население. От общего количество заболевших 25-30% составляют пациенты детского возраста. Средний возраст детей с острым лимфобластным лейкозом составляет 10 лет [8].

Адекватный подход в лечении детей с патологией системы крови позволили добиться удовлетворительных результатов и стабилизации показателей крови в период ремиссии. Оптимизация стандартов и клинических протоколов в терапии данной категории детей позволили достичь длительную ремиссии в более чем 80% случаев [3, 11].

По результатам исследования российских гематологов по применению антибиотиков в лечении 70 эпизодов инфекции у 60 больных острыми лейкозами частота лихорадки неясной этиологии составила 45,6%, клинически доказанной инфекции - 41%, а микробиологически доказанной инфекции (бактериемия) - 14,4% [2].

Спектр микробов, ответственных за развитие бактериемии у больных ОЛ, периодически подвергается изменениям. В середине 70-х годов преобладали грамотрицательные микроорганизмы, в конце XX века - грамположительные, а в настоящее время вновь появилась тенденция к увеличению грамотрицательных микроорганизмов в основном за счет энтеробактерий (*E. coli*, *Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp. и др.), а также неферментирующие

микроорганизмы (*P. aeruginosa*, *A. baumannii* и др.) [1, 4, 6, 7, 9]. Антибиотикотерапия - это эмпирический подход к лечению инфекции у больных с ОЛ, поскольку их выбор определяется эпидемиологическими данными, основанными на ретроспективном анализе верифицированных возбудителей и их антибиотико-чувствительностью [5].

По данным некоторых авторов при антибиотикотерапии у детей с ОЛ предпочтение отдают карбапенемам [10].

Цель исследования. Изучить результаты терапии инфекционных осложнений у детей с острым лимфобластным лейкозом.

Материалы и методы исследования. Нами был проведен анализ результатов 255 курсов химиотерапии (ХТ) у 53 детей, 45 курсов в период индукции и 210 курсов в период консолидации. Программа ХТ проведена согласно протоколу ОЛЛ-2009. Антибактериальная терапия проведена согласно выявленной природе возбудителя инфекции, которые были разделены на грамотрицательные и грамположительные микроорганизмы: *K. pneumoniae* и *E. asburae*, *E. coli* и *S. youngae*, *B. Cereus*, *E. Faecalis*, *Salmonellaspp.* *S. aureus*, *B. cereus*, *E. faecalis*. В качестве основного антибиотика применяли карбапенемы. После получения результатов бакпосева на чувствительность к антибиотикам, последнее корректировалось целенаправленно.

Результаты исследования и подсчет средней арифметической ошибки подвергались статистической обработке с использованием методов критерия знаков и критерия Вилкоксона, вариационной статистики по критерию Стьюдента-Фишера.

Результаты исследование и их обсуждение. В зависимости от клинического проявления, тяжести состояние ребенка нами был использован следующий вариант назначения антибиотиков (табл. 1).

Гранулоцитопения (прогрессивное уменьшение количества гранулоцитов в периферической крови) имело место в 83 (33,0%) плановых курсах ХТ, более чаще на этапах завершения ХТ (консолидации), чем в процессе проведения лекарственной терапии (индукции) (69,0% против 25,0%, $p < 0,01$).

При изучение пролонгированности гранулоцитопении на этапе консолидации установлено, что она была значительно больше, чем в процессе индукции и составила 21 день против 9 дней соответственно ($p < 0,01$).

Таблица 1

Применение антибактериальных препаратов в процессе лечения детей с ОЛЛ (n=53)

Показатель	Индукция	Консолидация
Число курсов ХТ	45	210
Антибиотикотерапия	33 (12,9%)	20 (7,8%)*
Показания к применению антибиотиков		
Бронхопневмония	14 (31,1%)	4 (1,9%)*
Инфекция мягких тканей	3 (6,7%)	5 (2,4%)
Лихорадка неясной этиологии	5 (11,1%)	7 (3,3%)
Бактериемия	7 (15,5%)	3 (1,4%)*
Гранулоцитопения	31 (68,9%)	52 (24,7%)*
Госпитализация в отделение реанимации	10 (22,2%)	2 (0,9%)*

Примечание: * - достоверность ($p < 0,05$), % - от общей количестве курсов ХТ

В связи с осложнёнными клиническими течениями ОЛЛ, после присоединение инфекционного агента, необходимость перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии возникла в 4,7% (n=12) курсах ХТ, статистически значимо чаще у больных на этапе индукции в сравнении с консолидацией (22,2% против 0,9%; $p < 0,01$).

Необходимость в использование антибактериальных препаратов в процессе лечение детей с ОЛЛ возникла в 53 случаях, что составляет 20,8% случаев, чаще на этапе индукции, чем в процессе консолидации, 33 (76,7%) и 20 (23,2%) соответственно.

Показанием для применения антибиотикотерапии детей с ОЛЛ было бронхопневмония в 18 случаях, в процессе консолидации 1,9% и индукции 31,1% соответственно. В случае инфекционного процесса в мягких тканях (фрункул, карбункул и гидроденит) у 3 (6,7%) детей в периоде индукции и у 5 (2,4%) детей в периоде консолидации возникла необходимость в применении антибиотиков.

В случае гипертермии неясной этиологии у 5 (11,1%) детей в период индукции и у 7 (3,3%) детей в период консолидации были применены антибактериальные препараты.

У 7 (15,5%) детей в период индукции и у 3 (1,4%) детей в период консолидации была выявлена бактериемия и применены антибактериальные препараты.

Таким образом, у детей основной группы с

ОЛЛ бронхопневмония преобладала над другими видами инфекционных осложнений. У детей с ОЛЛ гипертермия неясной этиологии преобладала над бактериемией в период консолидации 7,0 против 5,0, и наоборот, бактериемию регистрировали чаще чем лихорадку неясной этиологии, в индукции 7,0 против 3,0 на фоне использования антибактериальных препаратов.

Следует отметить, что в процессе индукции и консолидации диагностировано 10 случаев бактериемии. Бактериологический анализ показал, что наличия одного возбудителя имеет место в

8 (80,0%) случаях, а в 2 (20,0%) случаях сочетание нескольких возбудителей (*K. pneumoniae* и *E. asburiae*, *E. coli* и *C. youngae*, *B. cereus* и *E. faecalis*).

Лидирующая позиция среди возбудителей бактериемии занимали следующие грамотрицательные бактерии: *E. coli* (24%) и *Salmonella* spp. (23%), далее следовали *K. pneumoniae* (15%) и *B. cereus* (10%), реже выявляли *E. asburiae* (8%) и *C. youngae* (6%) (рис. 1).

Спектр грамположительных бактерий показал, что *S. Aureus* составляет 40,0%, *B. Cereus*-40,0% и *E. Faecalis*-20,0%.

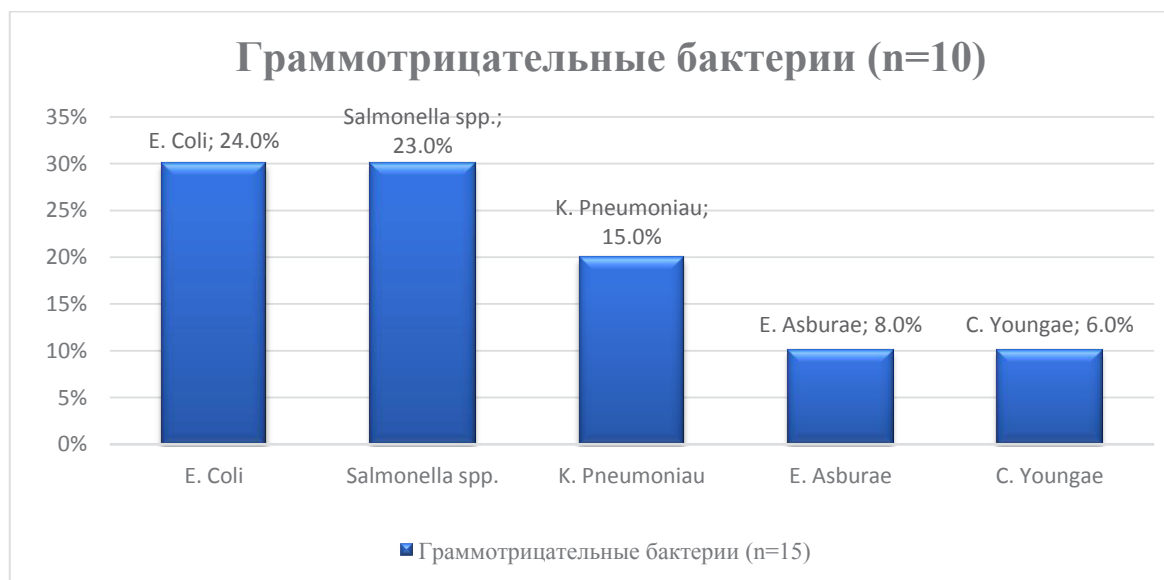


Рисунок 1. Спектр грамотрицательных возбудителей бактериемии на этапах индукции и консолидации у больных ОЛЛ.

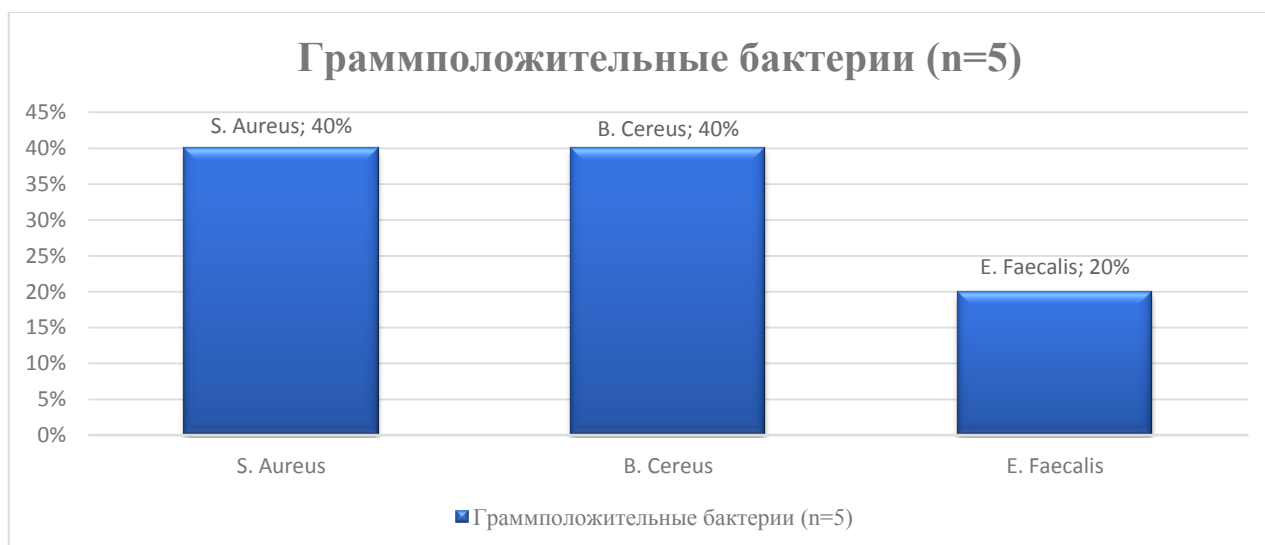


Рисунок 2. Спектр грамположительных возбудителей бактериемии на этапах индукции и консолидации у больных ОЛЛ.

Причинами бактериемии у детей с ОЛЛ в период индукции были *Salmonella* spp. (n = 2), *S.aureus* (n =1), *B. cereus* (n = 1), *E. coli* (n =2), *K. pneumoniae* (n= 1), *E. faecalis* (n= 1) и *E. asburae* (n = 1). В период консолидации из гемокультуры выделяли *E. coli* (n = 2), *Salmonella* spp.(n = 1), *K. pneumoniae* (n = 1), *S.aureus* (n =1), и *E. faecalis* (n= 1) (табл. 2).

Таблица 2.

Соотношение возбудителей бактериемии на этапах индукции и консолидации у больных ОЛЛ

Показатель	Индукция	Консолидация
Число микроорганизмов	9	6
<i>E. coli</i>	2 (22.20%)	2 (33.3%)
<i>Salmonella</i> spp.	2 (22.0%)	1 (16.6%)
<i>K. pneumoniae</i>	1 (11.1%)	1 (16.6%)
<i>S. aureus</i>	1 (11.1%)	1 (16.6%)
<i>B. cereus</i>	1 (11.1%)	-
<i>E. faecalis</i>	1 (11.1%)	1 (16.6%)
<i>E. asburae</i>	1 (11.1%)	-

В соотношении возбудителей бактериемии в процессе индукции доля грамотрицательных составили 66.6% и грамположительных 33.4%. В то время как на этапе консолидации выделяли 2 (33.3%) грамположительных и 4 (66.7%) грамотрицательных бактерий ($p < 0.01$) (табл. 3).

Таблица 3.

Корреляция возбудителей бактериемии в разных этапах терапии у детей ОЛЛ

Показатель	Индукция	Консолидация
Число микроорганизмов	9	6
Грамотрицательные бактерии:		
- <i>E. coli</i>	6 (66.7%)	4 (66.6%)
- <i>Salmonella</i> spp.	2 (33.3%)	2 (50.0%)
- <i>K. pneumoniae</i>	2 (33.3%)	1 (25.0%)
- <i>E. asburae</i>	1 (16.6%)	1 (25.0%)
- <i>E. asburae</i>	1 (16.6%)	-
Грамположительные бактерии:		
- <i>S. aureus</i>	3 (33.3%)	2 (33.3%)
- <i>B. cereus</i>	1 (33.3%)	1 (50.0%)
- <i>E. faecalis</i>	1 (33.3%)	-
- <i>E. faecalis</i>	1 (33.3%)	1 (50.0%)

Примечание. * $p < 0.01$, % - от число микроорганизмов

Продукция β -лактамаз расширенного спектра, фермент который активно участвует в разрушение антибиотиков, в 3 (33.3%) из 9 (63.7%) случаев выявлен в процессе индукции у больных детей с ОЛЛ. За период исследования у больных ОЛЛ не было зарегистрировано ни одного случая выделения из гемокультуры неферментирующих микроорганизмов. Из 3 случаев бактериемии, вызванной грамположительными бактериями, был 1 случай выделения такого редкого возбудителя, как *B. cereus*.

Таким образом на основании полученных данных частота антибиотикотерапии у больных ОЛЛ в процессе индукции и консолидации составляет 20.8%. Основным показанием для назначения антибиотиков являлись микробиологическая верифицированная инфекция, гипертермия неясной этиологии у 4.7% детей, бактериемия у 3.9% детей, бронхопневмония у 7.0% детей и у 3.1% инфекция мягких тканей.

Выводы. У детей с острым лимфобластным лейкозом причины инфекционных осложнений являлись чаще всего грамотрицательные бактерии, чем грамположительные.

При инфекционном осложнении у детей с острым лимфобластным лейкозом необходимо вовремя назначить антибиотики в зависимости от природы возбудителя, и степени гранулоцитопении.

ЛИТЕРАТУРЫ

(см. пп. 9-10 в References)

1. Балашева И.И. 50 лет клинко-эпидемиологических исследований острых лейкозов у детей Томской области / И.И. Балашева, Р.Н. Лучинина, Л.Ф. Десятова // Сибирский онкологический журнал. - №1. - 2010. - С.23-28.
2. Бейн Б. Дж. Хронические миелоидные лейкозы: атлас-справочник / Б. Дж. Бейн - Москва, Гранат, 2014. - 58 с.
3. Бондаренко С.Н. Аллогенная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток при остром миелобластном лейкозе в первой ремиссии / С.Н. Бондаренко, Е.В. Семенова, Б.В. Афанасьев и др. // Терапевтический архив. - 2013. - Т 84, № 7. - С. 18-25.
4. Муродов М.Д. Нарушения микрофлоры кишечника у детей при остром лимфобластном лейкозе / М.Д. Муродов // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. - 2013. - №2. - С. 7-15.
5. Набиев З.Н. Профилактика осложнений после химиотерапии у детей с лейкозом / З.Н. Набиев // Здоровоохранение Таджикистана. - 2015. - № 4. - С. 14-17.
6. Паровичникова Е.Н. Клинический протокол ОМЛ-01.10 по лечению острых миелоидных лейкозов

взрослых / Е.Н. Паровичникова и др. // Программное лечение заболеваний системы крови. - 2012. - С. 153-206.

7. Торопова И.Ю. Клинический мониторинг инфекционных осложнений у больных гемобластомами на фоне программной химиотерапии / И.Ю. Торопова и др. // Гематология и трансфузиология. - 2011. - № 6. - 10 с.

8. Ходжиева Г.Б. Клинико-гематологические особенности острой лейкемии в Таджикистане / Г.Б. Ходжиева, М.К. Рахматов, Дж.М. Хасанов, К.З. Ураков // Вестник Авиценны. - 2013. - № 4. - С. 36-39.

REFERENCES

1. Balasheva I. I. 50 let kliniko-epidemiologicheskikh issledovaniy ostrykh leykozov u detey Tomskoy oblasti [50 Years of Clinical and Epidemiological Studies of Acute Leukemia in Children living in Tomsk Oblast]. *Sibirskiy onkologicheskii zhurnal - Siberian journal of Oncology*, No. 1, 2010, pp. 23-28.

2. Beyn B. Dzh. *Khronicheskie mieloidnye leykozy: atlas-spravochnik* [Chronic Myeloid Leukemia: Atlas Guide]. Moscow, Granat Publ., 2014. 58 p.

3. Bondarenko C. N., Semenova E. V., Afanasev B. V. Allogennaya transplantatsiya gemopoeticheskikh stvolovykh kletok pri ostrom mieloblastnom leykoze v pervoy remisii [Allogeneic hematopoietic stem cell transplantation for acute myeloblastic leukemia in first remission]. *Terapevticheskiy arkhiv - Therapeutic Archive*, 2013, Vol. 84 (7), pp. 18-25.

4. Murodov M. D. Narusheniya mikroflory kishechnika u detey pri ostrom limfoblastnom leykoze [Gut microflora disorders in children with acute lymphoblastic leukemia]. *Pediatrics i detskaya khirurgiya Tadzhikistana - Pediatrics and Pediatric Surgery in Tajikistan*, 2013, No. 2, pp. 7-15.

5. Nabiev Z. N. Profilaktika oslozhneniy posle khimioterapii u detey s leykozom [Prevention of complications after chemotherapy in children with leukemia]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana - Healthcare of Tajikistan*, 2015, No. 4, pp. 14-17.

6. Parovichnikova E. N. Klinicheskiy protokol OML-01.10 po lecheniyu ostrykh mieloidnykh leykozov vzroslykh [Clinical Protocol OML-01.10 for the treatment of adult acute myeloid leukemia]. *Programmnoe lechenie zabolevaniy sistemy krovi - Software treatment of diseases of the blood system*, 2012, pp. 153-206.

7. Toropova I. Yu. Klinicheskiy monitoring infektsionnykh oslozhneniy u bolnykh gemoblastozami na fone programmnoy khimioterapii [Clinical monitoring of infectious complications in hemoblastosis patients against the background of programmed chemotherapy]. *Gematologiya i transfuziologiya - Hematology and Transfusiology*, 2011, No. 6, pp. 10.

8. Khodzhieva G. B. Kliniko-gematologicheskie osobennosti ostroy leykemii v Tadzhikistane [Clinical and Hematological Features of Acute Leukemia in Tajikistan]. *Vestnik Avitsenny - Herald of Avicenna*, 2013, No. 4, pp. 36-39.

9. Antar A. Otroek ZK. Kharfan-Dabaja M. et al. Azacitidine in the treatment of extramedullary relapse of AML after allogeneic hematopoietic cell transplantation. *Bone Marrow Transplant*, 2013, No. 48 (7), pp. 994-995.

10. Greenberg PL. Stone RM. Al-Kali A. et al Clinical Practice Guidelines in Oncology. Myelodysplastic Syndromes. Version 2.2017. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 2017, No. 15, pp. 60-87.

ХУЛОСА

И.И. Қараев, Р.З. Юлдашев, З.А. Мадаминава, С.А. Боқиев, Н.Г. Рахимов, З.М. Мавлонова

ХУСУСИЯТҲОИ МУШКИЛОТИ СИРОЯТӢ ДАР КУДАКОН БО ЛЕЙКЕМИЯИ ШАДИДИ ЛИМФОБЛАСТИКӢ

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши натиҷаҳои терапияи мушкilotи сироятӣ дар кӯдакони гирифтори лейкемияи шадиди лимфобластикӣ.

Усулҳои модӣ ва тадқиқотӣ. Дар давоми 255 курс дар 53 кӯдаки гирифтори лейкемияи шадиди лимфобластикӣ таҳлили натиҷаҳои химиотерапия ва табобати мушкilotи сироятӣ гузаронида шуд. Карбапенемҳо ҳамчун антибиотикҳои асосӣ истифода мешуданд.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи он. Заҳурати истифодаи доруҳои антибактериявӣ дар табобати кӯдакони дорой ALL дар 53 ҳолат рух додаст, ки ин 20,8% ҳолатҳоро ташкил медиҳад, ки нисбат ба раванди консолидатсияи мутаносибан 33 (76,7%) ва 20 (23,2%) зиёдтар аст. Нишондиҳандаи истифодаи терапияи антибактериялӣ дар кӯдакони гирифтори бемории лейкемияи лимфобластикӣ дар 18 ҳолат, мутаносибан дар раванди консолидатсия (1,9%) ва индуксия (31,1%) бронхопневмония буд. Ҳангоми раванди сироятӣ дар бофтаҳои мулоим (фурункул, карбункул ва гидроаденит) дар 3 (6,7%) кӯдак дар давраи индуксия ва дар 5 (2,4%) кӯдак дар давраи консолидатсия, истифодаи антибиотикҳо зарур шуд. Дар ҳолати гипертермияи этиологияи номаълум, доруҳои антибактериявӣ дар 5 (11,1%) кӯдак ва дар давраи индуксия дар 7 (3,3%) кӯдак дар давраи консолидатсия истифода шуданд. Дар 7 (15,5%) кӯдак дар давраи индуксия ва дар 3 (1,4%) кӯдак дар давраи консолидатсия бактеремиа муайян карда шуд, ки дар натиҷаи он доруҳои антибактериявӣ истифода шуданд.

Хулоса. Дар кӯдаконе, ки лейкемияи шадиди лимфобластикӣ доранд, сабабҳои пайдоиши сироят бештар бактерияҳои грам-манфӣ нисбат ба бактерияҳои грам-мусбат мебошанд.