

# بررسی ارتباط بین مقاومت آنتی‌بیوتیکی و اینتگرون کلاس یک در *پسودوموناس* *آئروژینوزا* جدا شده از نمونه‌های بالینی شهر یزد طی سال‌های ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۲

محدثه زارعی یزدلی<sup>۱</sup>، گیلدا اسلامی<sup>۲</sup>، هنگامه زندی<sup>۳\*</sup>، سید مرتضی موسوی<sup>۱</sup>، حسن کوشا<sup>۴</sup>، فاطمه اخوان<sup>۱</sup>، معصومه کیانی<sup>۱</sup>

خلاصه:

سابقه و هدف: مقاومت آنتی‌بیوتیکی در *پسودوموناس آئروژینوزا* در سال‌های اخیر رو به افزایش است. هدف اصلی این تحقیق بررسی ارتباط بین مقاومت آنتی‌بیوتیکی و اینتگرون کلاس یک در *پسودوموناس آئروژینوزا* جدا شده از نمونه‌های بالینی شهر یزد می‌باشد. مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی از اردیبهشت ۱۳۹۱ تا فروردین ۱۳۹۲ روی ۱۴۴ سویه *پسودوموناس آئروژینوزا* انجام گردید. در ابتدا تمام نمونه‌ها به روش بوشیمیایی شناسایی شده و سپس مقاومت نسبت به آنتی‌بیوتیک‌ها به روش دیسک دیفیوژن مطابق با CLSI صورت گرفت. با انجام PCR حضور ژن اینتگراز بررسی گردید.

نتایج: در این مطالعه از ۱۴۴ بیمار مورد مطالعه ۵۴/۹ درصد مرد بودند. میانگین سنی بیماران  $34/9 \pm 22/7$  سال بود. میزان مقاومت به آنتی‌بیوتیک‌های مختلف بدین ترتیب بود: جنتامایسین ۶۳/۲ درصد، ایمی‌پنم ۶۲/۵ درصد، آمیکاسین ۵۸/۳ درصد، سفنازیدیم ۵۶/۹ درصد، تیکراسیلین ۵۵/۶ درصد، تورامایسین ۵۵/۶ درصد، پیراسیلین ۵۴/۹ درصد، سیپروفلوکساسین ۴۸/۶ درصد و ۷۵/۳ درصد مقاوم به چند دارو بودند. نتایج PCR نشان داد که ۱۱۹ ایزوله (۸۲/۶ درصد) حامل ژن اینتگرون کلاس یک بودند.

نتیجه‌گیری: در مجموع می‌توان گفت که اینتگرون کلاس یک به‌طور گسترده در *پسودوموناس آئروژینوزا*های جدا شده از نمونه‌های بالینی دیده می‌شود. لذا، می‌تواند باعث انتقال ژن‌های مقاومت نسبت به آنتی‌بیوتیک‌های مختلف گردد و بررسی آنتی‌بیوتیک‌هایی که مقاومت آنها با اینتگرون انجام می‌گیرد ضروری است.

واژگان کلیدی: *پسودوموناس آئروژینوزا*، مقاومت دارویی، اینتگرون کلاس یک

دو ماه‌نامه علمی- پژوهشی فیض، دوره هجدهم، شماره ۱، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۳، صفحات ۶۷-۶۰

## مقدمه

این باکتری مسئول ۱۱ تا ۲۳ درصد از عفونت‌های بیمارستانی می‌باشد؛ به‌ویژه در بیماران مبتلا به سیستم فیروزیس، اشخاص دچار سوختگی یا دارای نقص سیستم ایمنی و افرادی که از تجهیزات تنفسی استفاده می‌کنند [۴]. استفاده بی‌رویه از آنتی‌بیوتیک‌ها در درمان عفونت‌های باکتریایی باعث ایجاد سویه‌های مقاوم به آنتی‌بیوتیک شده است و متأسفانه خطر انتقال ژن‌های مقاوم از سویه‌های مزبور به باکتری‌های حساس رو به ازدیاد می‌باشد [۵]. عناصر متحرکی مانند پلاسمیدها، ترانسپوزون‌ها و اینتگرون‌ها از موثرترین عناصر ژنتیکی هستند که در اکتساب و پخش عوامل مقاومت در باکتری‌های گرم منفی نقش دارند و در این بین مطالعات مختلف نشان می‌دهند که مقاومت چند دارویی در این باکتری‌ها به‌صورت قابل ملاحظه‌ای در ارتباط با وجود اینتگرون‌ها و کاست‌های ژنی می‌باشند [۶]. اینتگرون‌ها مجموعه‌ای ژنتیکی هستند که قادرند، عناصر ژنتیکی متحرک موسوم به بسته ژنی (Gene cassette) را در خود ادغام کرده و آن را جا به‌جا کند [۷]. در نواحی ۳ و ۵ اینتگرون، دو توالی نوکلئوتیدی محافظت شده وجود دارد. اجزاء ضروری ناحیه ۵ تمام اینتگرون‌ها به‌قرار زیر است: ۱- ژن اینتگراز (*intI*) که جایگاه اختصاصی برای آنزیم ریکامیناز می‌باشد. ۲- توالی (*attI*) یک مکان نو ترکیب

*پسودوموناس آئروژینوزا* یک باکتری گرم منفی، اکسیداز مثبت، غیر تخمیر کننده و هوازی می‌باشد [۱] که بر روی پوست مرطوب و روده افراد سالم، مایعات و سطوح مختلف به‌ویژه سطوح مرطوب و حتی محلول‌های ضد عفونی کننده وجود دارد [۲]. *پسودوموناس آئروژینوزا* باکتری فرصت طلبی است که در سال‌های اخیر به‌عنوان یکی از مهمترین پاتوژن‌های بیمارستانی شناسایی شده است [۳].

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه میکروب شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شهید صدوقی یزد

<sup>۲</sup> استادیار، گروه انگل شناسی و قارچ شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شهید صدوقی یزد

<sup>۳</sup> استادیار، گروه میکروب شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شهید صدوقی یزد  
<sup>۴</sup> کارشناس آزمایشگاه، بخش میکروب شناسی، بیمارستان شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

## \* نشانی نویسنده مسئول:

یزد، دانشگاه شهید صدوقی یزد، دانشکده پزشکی، گروه میکروب شناسی

تلفن: ۰۹۱۲۳۰۸۸۳۲۴ | دورنویس: ۰۳۵۱ ۸۲۰۳۴۱۴

پست الکترونیک: hengameh\_zandi@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۲/۴/۱۲ | تاریخ پذیرش نهایی: ۹۲/۹/۳

(شرکت Merck آلمان) تلقیح گردید. پس از پخش کردن کامل سوسپانسیون میکروبی بر روی محیط مزبور دیسک‌های آنتی-بیوتیکی (شرکت پادتن طب ایران) مورد استفاده شامل: توبرامایسین (۱۰ میکروگرم)، جنتامایسین (۱۰ میکروگرم)، آمیکاسین (۳۰ میکروگرم)، امی‌پنم (۱۰ میکروگرم)، پپیراسیلین (۱۰۰ میکروگرم)، تیکارسیلین (۷۵ میکروگرم)، سفنازیدیم (۳۰ میکروگرم) و سیپروفلوکساسین (۵ میکروگرم) به فاصله حداقل ۲ سانتی‌متر از یکدیگر قرار داده شد و پس از ۲۴ ساعت انکوباسیون در دمای ۳۷°C قطر هاله عدم رشد اطراف هر دیسک اندازه‌گیری شده و نتایج آن ثبت گردید. جهت کنترل کیفی از سویه استاندارد *P.aeruginosa ATCC27853* استفاده گردید. جهت جداسازی DNA ژنومی، از روش salting out [۱۴] استفاده گردید؛ بدین صورت که پس از کشت شبانه باکتری‌ها در ۳۷ درجه سانتی‌گراد، نمونه‌ها سه بار با PBS استریل شستشو داده شدند. سپس، جهت تهیه سوپ سلولی از Tris base NET (450µl), EDTA 10m M, NAACL 50 m M و SDS (50µl) 10% استفاده گردید. جهت تخلیص از نمک اشباع (۵ نرمال) و جهت رسوب‌دهی از اتانل مطلق استفاده شد. در نهایت پس از شستشوی DNA با الکل ۷۰ درصد، رسوب آب زده شد. جهت بررسی‌های کمی و کیفی DNA استخراج شده به ترتیب از روش‌های اسپکتروفتومتری و الکتروفورز ژل آگارز ۰/۸ درصد استفاده شد. جهت ادامه مطالعات نمونه‌ها در فریز -۲۰- نگه‌داری شدند. بعد از استخراج توالی نواحی *intI1* از GenBank پرایمرهای اختصاصی توسط نرم افزار primer3 طراحی گردید.

جدول شماره ۱- توالی پرایمرهای مورد استفاده در تکثیر ژن *intI1* [۱۵]

اندازه باند	درجه حرارت اتصال	توالی نوکلئوتیدی پرایمر	پرایمر
480bp	50°C	5-GGTGTGGCGGGCTTCGTG-3	<i>intI1-F</i>
		5-GCATCCTCGGTTTCTCGG-3	<i>intI1-R</i>

#### تکثیر ژن *intI1*

تکثیر ژن با روش Standard PCR انجام شد. جهت انجام تکثیر از دستگاه ترموسایکلر (Applied biosystems ساخت آمریکا) استفاده شد. واکنش تکثیر با استفاده از ۱۸ میکرولیتر مستر میکس (ampliqon 180301) ۲ میکرولیتر پرایمر (10pmol) و ۲ میکرولیتر DNA (100ng) انجام گردید. پرایمرهای مورد استفاده برای هر یک از ژن‌ها و طول قطعه تکثیر شده در جدول ۱ نشان داده شده است. برنامه‌های مورد استفاده جهت تکثیر قطعات مورد نظر نیز در همان جدول آورده شده است. در نهایت محصول PCR با استفاده از الکتروفورز آگارز روی ژل ۱ درصد و در

اختصاصی می‌باشد و در مجاورت ژن *intI1* قرار گرفته است. توالی مزبور توسط اینتگراز نیز شناسایی می‌شود و هم‌چنین به-عنوان یک گیرنده برای کاست ژنی به کار می‌رود. ۳- توالی پروموتور که برای بیان ژن‌های موجود در کاست ژنی که در اینتگرون ادغام شده است، لازم می‌باشد [۸،۷]. کاست ژنی در ناحیه بین ۳ و ۵ اینتگرون ادغام می‌شود. این کاست‌ها، عناصر ژنی متحرکی هستند که شامل یک یا چند ژن مقاومت به آنتی‌بیوتیک‌ها می‌باشند، و دارای یک توالی (*attC*) می‌باشند که مکان نوترکیبی اختصاصی اینتگراز است و به‌عنوان عناصر ۵۹ بازی نیز شناخته می‌شوند. اگر کاست ژنی در اینتگرون ادغام شود، در این حالت به‌طور قراردادی قسمتی از اینتگرون محسوب خواهد شد [۹]. این اینتگرون‌ها می‌توانند در توالی‌های ادغامی (IS)، پلاسمید قابل کونژوگاسیون، ترانسپوزون‌ها و یا در کروموزوم قرار گیرند و همگی به‌عنوان یک وسیله انتقال ماده ژنتیکی بین گونه‌ای، می‌توانند به‌کار روند [۱۰]. با توجه به اینکه ژن‌های اینتگرون از شیوع مختلفی در سرتاسر جهان برخوردار هستند -برای مثال در مطالعه انجام شده توسط یوسفی و همکاران در شهر تبریز ۵۶/۳ درصد [۱۱] و مطالعه انجام شده در منطقه آمازون برزیل ۴۱/۵ درصد [۱۲] برآورد گردید. لذا، این تحقیق جهت بررسی ارتباط بین مقاومت آنتی‌بیوتیکی و وجود اینتگرون کلاس I در بین سویه‌های مختلف *پسودوموناس آئروژینوزا*، جدا شده از نمونه‌های بالینی شهر یزد انجام گردید.

#### مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی که به‌صورت مقطعی از اردیبهشت ۱۳۹۱ تا فروردین ۱۳۹۲ انجام شد، تعداد ۱۴۴ ایزوله *پسودوموناس آئروژینوزا* از نمونه‌های خون، زخم، ادرار، ترشح ریه و زخم سوختگی بیماران بستری در چهار بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد پس از تکمیل پرسشنامه جمع‌آوری و به آزمایشگاه میکروبی‌شناسی دانشکده پزشکی انتقال داده شد. نمونه‌ها با استفاده از رنگ آمیزی گرم، آزمایشات مختلف بیوشیمیایی مانند کاتالاز، اکسیداز، اکسیداسیون و فرماتناسیون قندها، تولید اندول، تخمیر گلوکز و لاکتوز، دکربوکسیلاسیون لایزین و اورنیتین، حرکت، تولید پیگمان و رشد در ۴۲ درجه سانتی‌گراد تعیین هویت مجدد گردید. تعیین حساسیت آنتی‌بیوتیکی به‌روش دیسک دیفیوژن (کری-بائر) بر اساس استانداردهای CLSI [۱۳] انجام شد. ابتدا از کشت ۲۴ ساعته سویه‌ها، سوسپانسیون باکتریایی با کدورت معادل لوله نیم مک فارلند تهیه شده و بر روی پلیت حاوی محیط کشت جامد مولر-هیتون

بیماران یک ماه و حداکثر سن ۷۹ سال بود. میانگین سنی بیماران ۳۴/۹±۲۲/۷ سال بود. بخش سوختگی با ۴۷/۲ درصد و بخش اعصاب با ۴/۹ درصد به ترتیب دارای بالاترین و پایین ترین میزان جداسازی *پسودوموناس آئروژینوزا* بودند. فراوانی سویه های *پسودوموناس آئروژینوزا جدا شده* بر حسب نوع نمونه بدین شرح بود: زخم سوختگی ۴۳/۸ درصد، ادرار ۲۳/۶ درصد، تراشه ۱۳/۹ درصد، زخم ۶/۹ درصد، خون ۶/۳ درصد، کاتتر ۲/۸ درصد، خلط ۱/۴ درصد و سپتوم ۱/۴ درصد. بیشترین میزان مقاومت آنتی-بیوتیکی نسبت به جنتامایسین (۶۳/۲ درصد) و کمترین میزان مقاومت نسبت به سیپروفلوکساسین (۴۸/۶ درصد) دیده شد (جدول شماره ۲).

کنار مارکر DNA Ladder 100bp مورد بررسی قرار گرفت. جهت تایید و تعیین توالی باندهای با اندازه ۴۸۰bp دو عدد از نمونه های مثبت به شرکت پیشگام فرستاده شد. داده های جمع آوری شده وارد نرم افزاری SPSS ویرایش ۱۷ شدند و توسط آزمون-های آمار توصیفی و مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سطح معنی دار آزمون ۰/۰۵ جهت تفسیر داده ها مورد استفاده قرار گرفت.

## نتایج

در این مطالعه از ۱۴۴ بیمار مورد مطالعه ۷۹ نفر (۵۴/۹ درصد) مذکر و ۶۵ نفر (۴۵/۱ درصد) مونث بودند. حداقل سن

جدول شماره ۲- حساسیت آنتی بیوتیکی سویه های *پسودوموناس آئروژینوزا* جدا شده از نمونه های بالینی

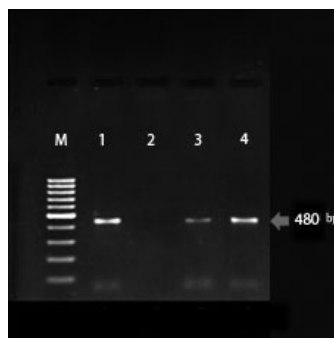
آنتی بیوتیک مورد بررسی	حساس تعداد (درصد)	نیمه حساس تعداد (درصد)	مقاوم تعداد (درصد)
توبرامایسین	۶۴ (۴۴/۴)	۰	۸۰ (۵۵/۶)
جنتامایسین	۵۳ (۳۶/۸)	۰	۹۱ (۶۳/۲)
آمیکاسین	۵۷ (۳۹/۶)	۳ (۲/۱)	۸۴ (۵۸/۳)
ایمی پنم	۴۵ (۳۱/۳)	۹ (۶/۳)	۹۰ (۶۲/۵)
پیپراسیلین	۶۲ (۴۳/۱)	۳ (۲/۱)	۷۹ (۵۴/۹)
تیکارسیلین	۶۳ (۴۳/۸)	۱ (۰/۷)	۸۰ (۵۵/۶)
سفتازیدیم	۵۹ (۴۱)	۳ (۲/۱)	۸۲ (۵۶/۹)
سیپروفلوکساسین	۶۳ (۴۳/۸)	۱ (۰/۷)	۷۰ (۴۸/۶)

اینتگرین کلاس یک و مقاومت نسبت به آنتی بیوتیک جنتامایسین وجود داشت (جدول شماره ۳). نتایج حاصل از تعیین توالی مشابه با سکانس ژن *intI1* موجود در پایگاه داده NCBI بود. ژن مورد نظر در GenBank با شماره BankIt1632820 seq1KF146819 ثبت گردید.

کلیه ۱۴۴ نمونه باکتری پس از استخراج DNA و انجام PCR به-منظور تشخیص حضور یا عدم حضور ژن اینتگرین با روش الکترو-فورز بر روی ژل آگارز کنترل شدند. از ۱۴۴ نمونه، ۱۱۹ ایزوله (۸۲/۶ درصد) دارای ژن اینتگرین بودند و ۲۵ ایزوله (۱۷/۴ درصد) فاقد ژن مذکور بودند. این ژن، محصولی به اندازه ۴۸۰bp (شکل شماره ۱) تولید می کند. از نظر آماری رابطه معنی داری بین حضور

جدول شماره ۳- ارتباط میان وجود اینتگرین و مقاومت آنتی بیوتیکی در سویه های *پسودوموناس آئروژینوزا*

دامنه اطمینان ۹۵ درصد	OR		P	اینتگرین مثبت تعداد(درصد)	اینتگرین منفی تعداد (درصد)	کل مقاومت (درصد) تعداد (درصد)	آنتی بیوتیک
	Upper	Lower					
۰/۸۴۲	۰/۰۸۸	۰/۲۷۲	</۰۱۲	(۷۹/۹)۷۰	(۲۳/۱)۲۱	(۶۳/۲)۹۱	جنتامایسین
۱/۳۸۲	۰/۲۰۸	۰/۵۳۸	۰/۱۴	(۸۱)۶۸	(۱۹)۱۶	(۵۸/۳)۸۴	آمیکاسین
۱/۸۹۸	۰/۳۱۷	۰/۷۷۶	۰/۳۷۳	(۸۰/۵)۶۶	(۱۹/۵)۱۶	(۵۶/۹)۸۲	سفتازیدیم
۲/۴۹۸	۰/۴۳۹	۱/۰۴۸	۰/۵۴۴	(۸۲/۳)۶۵	(۱۷/۷)۱۴	(۵۴/۹)۷۹	پیپراسیلین
۱/۱۲۶	۰/۱۱۷	۰/۳۶۲	۰/۰۷۰	(۷۶/۷)۶۹	(۲۳/۳)۲۱	(۶۲/۵)۹۰	ایمی پنم
۱/۹۹۸	۰/۳۴۵	۰/۸۳۰	۰/۶۷۸	(۸۱/۳)۶۵	(۱۸/۸)۱۵	(۵۵/۶)۸۰	تیکارسیلین
۱/۳۶۶	۰/۲۱۹	۰/۵۴۸	۰/۱۴	(۸۲/۹)۵۸	(۱۷/۱)۱۲	(۴۸/۶)۷۰	سیپروفلوکساسین
۳/۴۲۹	۰/۶۰۸	۱/۴۴۴	۰/۲۶۸	(۸۵)۶۸	(۱۵)۱۲	(۵۵/۶)۸۰	توبرامایسین



شکل شماره ۱- نتایج PCR ژن *int11*، لاین M مارکر با قدرت تفکیک 100bp، لاین ۱ کنترل مثبت، لاین ۲ کنترل منفی و لاین ۳ و ۴ نتیجه PCR نمونه مثبت ۴۸۰ bp.

### بحث

با توجه به اینکه ژن‌های مقاومت آنتی بیوتیکی می‌تواند توسط اینتگرون‌ها گسترش یابد، لذا اغلب باعث ایجاد مقاومت چند دارویی گردیده و در درمان عفونت‌های *پسودوموناس آئروژینوزا* مشکلات عدیده‌ای را ایجاد می‌نماید [۱۶]. بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که *پسودوموناس آئروژینوزا*، به‌ویژه سویه‌های مقاوم به چند دارو (MDR) در بیمارستان‌های ایران شیوع بسیار بالایی دارد [۱۷، ۱۸]. یافته‌های این مطالعه نشان داد که ۴۰ سویه (۲۷/۷ درصد) جدا شده به تمام آنتی‌بیوتیک‌های مورد استفاده مقاوم بودند. بر اساس بررسی انجام شده توسط کهن طب و همکاران در سال ۲۰۰۷ در شهر شیراز [۱۹] و نیکوکار و همکاران در سال ۲۰۱۳ در گیلان [۲۰] مشخص شد که ۲۶/۷ درصد و ۱۹/۷ درصد از *پسودوموناس آئروژینوزا* جدا شده مقاوم به تمام آنتی‌بیوتیک‌های ضد *پسودوموناسی* بودند. در این مطالعه تعداد سویه‌هایی که به تمام آنتی‌بیوتیک‌های مورد استفاده مقاوم بودند بیش از سایر مطالعات می‌باشد که این امر می‌تواند بدین دلیل باشد که ۴۳/۸ درصد سویه‌های مطالعه ما از زخم سوختگی جدا شده بودند. در اکثر مطالعات انجام شده مقاومت به حداقل سه دارو از انواع گروه‌های آنتی‌بیوتیکی به‌عنوان مقاومت چند گانه دارویی در نظر گرفته می‌شود [۲۱]. در مطالعه حاضر ۱۰۸ ایزوله (۷۵ درصد) به حداقل ۳ یا بیشتر از ۳ نوع آنتی‌بیوتیک مختلف مقاوم بودند. *پسودوموناس آئروژینوزا* مقاوم به چند دارو به‌علت استفاده فراوان از آنتی‌بیوتیک‌های وسیع الطیف در بیماران به‌وفور دیده می‌شود. در آمریکا طی دوره ۱۰ ساله میزان *پسودوموناس* با مقاومت چندگانه از ۴ درصد در سال ۱۹۹۳ تا ۱۴ درصد در سال ۲۰۰۲ افزایش نشان می‌دهد [۲۲]. در سال ۲۰۰۴ در آمریکا در ایزوله‌های *پسودوموناس آئروژینوزا* جدا شده از بخش مراقبت‌های ویژه درصد *پسودوموناس* با مقاومت چندگانه ۲۹/۵ درصد گزارش

شده است [۲۳] و در ایران در مطالعه‌ای که توسط نیکوکار و همکاران [۲۰] انجام شد میزان *پسودوموناس آئروژینوزا* با مقاومت چند گانه ۴۲/۳ درصد گزارش گردید. با توجه به اینکه تقریباً نیمی از نمونه‌های مطالعه حاضر از بخش سوختگی و ۱۸/۸ درصد از نمونه‌ها از بخش ICU اخذ گردیده، لذا بالا بودن میزان مقاومت چندگانه در مطالعه حاضر توجیه پذیر است. در این مطالعه درصد مقاومت به آنتی‌بیوتیک ایمپنم، ۶۲/۵ درصد گزارش شد، در حالی که میزان مقاومت گزارش شده برای ایمپنم در سال ۲۰۰۵ در ترکیه ۳۰/۸ درصد [۲۴]، در سال ۲۰۱۰ در برزیل ۳۴/۵ درصد [۲۵] و در سال ۲۰۰۸ در فرانسه ۶/۶ درصد [۲۶] بوده است و در ایران در مطالعه‌ای که در اصفهان انجام گردید ۱۴/۲۸ درصد و در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۸ در تهران انجام گردید ۱۶ درصد برآورد شده است [۲۸، ۲۷]. با توجه به اینکه اغلب نمونه‌های این مطالعه از بخش سوختگی اخذ شده و به‌طور معمول بعد از پذیرش بیماران در این بخش، جهت پیشگیری از عفونت‌ها از ایمپنم و ونکومايسين استفاده می‌گردد، لذا متأسفانه مقاومت نسبت به ایمپنم بیش از مطالعات دیگر است. در این مطالعه درصد مقاومت به سیپروفلوکساسین ۴۸/۶ درصد برآورد گردید. میزان مقاومت در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۸ در فرانسه انجام گردید ۳۲/۳ درصد [۲۶] و در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۷ در نیجریه انجام گردید ۵۹/۸ درصد [۲۹] بوده است. در ایران، در مطالعه انجام گرفته توسط کیان پور و همکاران [۲۷] و در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۰ در اصفهان انجام گردید ۴۱/۸ درصد می‌باشد [۳۰] که با مطالعات دیگر مطابقت دارد. درصد مقاومت به سفنازیدیم در این مطالعه ۵۶/۹ درصد برآورد گردید. مقاومت گزارش شده نسبت به این آنتی بیوتیک در فرانسه ۱۷/۳ درصد [۲۶] و در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۱ در ترکیه انجام گردید ۲۶ درصد [۳۱] و در مطالعات انجام گرفته در ایران به ترتیب ۵۳/۷ درصد [۲۷]، ۷۴/۸ درصد [۲۸] و ۹۵ درصد [۱۹] می‌باشد. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد مقاومت نسبت به سفنازیدیم در مطالعه حاضر و سایر مطالعات انجام شده در ایران بسیار بالاتر از نتایج دیگر کشورها است که می‌تواند به دلیل استفاده بی‌رویه از آنتی‌بیوتیک‌ها در ایران باشد. میزان مقاومت به آمیکاسین در این مطالعه ۵۸/۳ درصد برآورده گردید، اما مقاومت گزارش شده در سال ۲۰۰۸ در فرانسه ۱۵/۵ درصد [۲۶]، در سال ۲۰۰۷ در نیجریه ۲۱/۶ درصد [۲۹] و مطالعه انجام شده در سال ۲۰۰۸ در کشور کره ۲۲ درصد [۳۲] و در ایران در مطالعات مختلف ۵۷/۱ درصد [۲۷]، ۳۵/۱ درصد [۲۸] و ۶۳/۳ درصد می‌باشد [۱۹]. مقاومت بالا نسبت به این آنتی‌بیوتیک می‌تواند ناشی از

مشابه [۳۷،۱۱] است. علاوه بر این، از نظر آماری رابطه معنی داری بین حضور اینتگرون کلاس یک و مقاومت آنتی بیوتیکی نسبت به جنتامایسین مشاهده گردید. از آنجایی که ژنهای مقاومت نسبت به آمینوگلیکوزیدها به وسیله اینتگرون حمل می شوند، لذا این ارتباط منطقی به نظر می رسد.

#### نتیجه گیری

به طور کلی نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کلاس یک اینتگرون‌ها در بین سویه‌های پseudomonas آئروژینوزا ایزوله شده از بیمارستان‌های یزد به طور وسیعی منتشر می باشند و وجود این اینتگرون‌ها نقش مهمی در اکتساب مقاومت به چند دارو در این سویه‌ها دارند. با توجه به شیوع بسیار بالای ژن اینتگراز یک در این تحقیق و تاثیر آن در افزایش مقاومت آنتی بیوتیکی پseudomonas آئروژینوزا لزوم تشخیص موارد مثبت و تعیین دقیق الگوی حساسیت آنتی بیوتیکی این ایزوله توصیه می شود. در این مطالعه صرف نظر از اینکه ژنهای مقاومت در اینتگرون‌ها وجود دارند یا خیر، ارتباط قوی میان وجود اینتگرون‌ها و افزایش مقاومت به بسیاری از گروه‌های آنتی بیوتیکی مشاهده شد و این می تواند نگران کننده باشد؛ چراکه این ساختارها می توانند باعث جابجایی ژنهای دخیل در مقاومت بین سویه‌ها شده و آنها به آنتی بیوتیک‌های جدید مقاوم شوند. بنابراین جهت جلوگیری از گسترش کلون‌های اینتگرون مثبت باید مکان‌های احتمالی آلوده به پseudomonas آئروژینوزا شناسایی شده و با مواد ضد عفونی کننده مناسب تمیز شوند و نیز جهت جلوگیری از پیدایش سویه‌های پseudomonas آئروژینوزای مقاوم به چند دارو می توان به اجتناب از تجویز بی مورد آنتی بیوتیک‌ها، تجویز کوتاه مدت آنتی بیوتیک‌های وریدی برای پیشگیری از عفونت در بیماران پرخطر و نیز استفاده محافظه کارانه از وسایل و تجهیزات پزشکی اشاره کرد.

#### تشکر و قدردانی

این مطالعه قسمتی از پایان نامه کارشناسی ارشد میکروب شناسی بوده و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد انجام گردیده است. بدین وسیله از معاونت پژوهشی و کارکنان آزمایشگاه بیمارستان شهید صدوقی یزد جهت همکاری در انجام این تحقیق نهایت سپاسگزاری را داریم و نیز از کلیه افرادی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، از جمله اساتید محترم گروه میکروب شناسی تشکر می نمایم.

عدم کنترل بر مصرف آنتی بیوتیک‌ها در ایران باشد. در این مطالعه درصد مقاومت به تویرامایسین ۵۵/۶ برآورد گردید. میزان مقاومت به تویرامایسین در فرانسه ۱۵/۹ درصد [۲۶] و در مطالعه انجام شده در سال ۲۰۱۳ در تایلند ۹۶ درصد [۳۳] گزارش شده است؛ اما میزان مقاومت گزارش شده نسبت به تویرامایسین در ایران توسط کهن طب و همکاران ۶۵ درصد [۱۹] و در مطالعه انجام شده توسط بوجاری و همکاران در سال ۲۰۱۲ در تهران ۸۲ درصد [۳۴] می باشد. در این مطالعه درصد مقاومت به جنتامایسین ۶۳/۲ برآورد گردید. میزان مقاومت گزارش شده نسبت به جنتامایسین در سال ۲۰۰۸ در فرانسه ۵۵/۸ درصد [۲۶] و در سال ۲۰۱۳ در تایلند ۹۵ درصد [۳۳] و در ایران در مطالعات انجام شده ۶۸/۳ و ۲۵/۵ درصد [۳۵،۱۹] می باشد. به طور کلی مقاومت نسبت به آمینوگلیکوزیدها در کشورهای در حال توسعه بیش از کشورهای پیشرفته می باشد که می توان به دلیل استفاده غیر منطقی و بعضاً بدون نسخه از این آنتی بیوتیک‌ها باشد. در این مطالعه درصد مقاومت به تیکارسیلین و پیراسیلین به ترتیب ۵۵/۶ و ۵۴/۹ برآورد گردید. درصد مقاومت گزارش شده در فرانسه ۳۸/۱ و ۲۴/۸ می باشد [۲۶]. امروزه نسبت به این دو آنتی بیوتیک ضد پseudomonas مقاومت روز افزون مشاهده می گردد که باعث گردیده در بسیاری از موارد جهت درمان بیماران بستری بد حال مورد استفاده قرار نگیرند و کارباینها جایگزین این داروها گردند. در این مطالعه ۸۲/۶ درصد سویه‌های پseudomonas آئروژینوزا دارای اینتگرون کلاس یک بودند. در مطالعه‌ای که توسط یوسفی و همکاران در سال ۲۰۱۰ [۱۱] انجام گردید شیوع این ژن ۵۶/۳ درصد گزارش شده است. در مطالعه دیگری که توسط نیکوکار و همکاران [۲۰] در گیلان بر روی سویه‌های جدا شده از بیماران مبتلا به سوختگی انجام گردید شیوع این ژن ۴۳ درصد گزارش شده است. در مطالعه‌ای که توسط رجب نیا و همکاران [۳۶] در بابل بر روی پseudomonas آئروژینوزای جدا شده از مکان‌های مختلف و دستگاه‌های ICU در بابل انجام گردید شیوع اینتگرون کلاس یک ۳۹/۴ درصد برآورد شده است. در مطالعات دیگر که در برزیل [۱۲] و چین [۳۸،۳۷] بر روی نمونه‌های مختلف بالینی انجام شد، به ترتیب ۴۱/۵ و ۳۸ و ۴۰/۸ درصد از پseudomonas آئروژینوزا جدا شده حامل ژن اینتگرون کلاس یک بودند که در مقایسه با کار ما شاهد افزایش شیوع ژن اینتگراز یک می باشیم که می تواند ناشی از تفاوت مناطق جغرافیایی باشد. در مطالعه حاضر اینتگرون کلاس یک در سویه‌های MDR از شیوع بالاتری نسبت به سویه‌های غیر MDR برخوردار است که این امر مطابق با مطالعات

## References:

- [1] Goldberg JB. Pseudomonas: global bacteria. *Trends Microbiol* 2000; 8(2): 55-7.
- [2] Hsueh PR, Teng LJ, Yang PC, Chen YC, Ho SW, Luh KT. Persistence of a multidrug resistant Pseudomonas aeruginosa clone in an intensive care burn unit. *J Clin Microbiol* 1998; 36 (5): 1347-51.
- [3] Jaffe RI, Lane JD, Bates CW. Real-time identification of Pseudomonas aeruginosa direct from clinical samples using a rapid extraction method and polymerase chain reaction (PCR). *J Clin Lab Anal* 2001; 15(3): 131-7.
- [4] Wendelboe AM, Baumbach J, Blossom DB, Frank P, Srinivasan A, Sewell CM. Outbreak of cystoscopy related infections with Pseudomonas aeruginosa: New Mexico, 2007. *J Urol* 2008; 180(2):588-92
- [5] Arora D, Jindal N, Kumar R, Romit. Emerging antibiotic resistance in Pseudomonasa challenge. *Int J Pharm Pharm Sci* 2011; 3(2): 82-4.
- [6] Cambray G, Guerout AM, Mazel D. Integrons. *Annu Rev Genet* 2010; 44: 141-66.
- [7] Hall RM, Collis CM. Mobile gene cassettes and integrons: apture and spread of genes by site-specific recombination. *Mol Microbiol* 1995; 15(4): 93-600.
- [8] Collis CM, Kim MJ, Stokes HW, Hall RM. Binding of the purified integron DNA integrase IntI1 to integron- and cassette- associated recombination sites. *Mol Microbiol* 1998; 29(2): 477-90.
- [9] Gravel A, Messier N, Roy P. Point mutations in the Integron Integrase IntI1 That Affect Recombination and/or Substrate Recognition. *J Bacteriol* 1998; 180(20): 5437-42.
- [10] Carattoli A. Importance of integrons in the diffusion of resistance. *Vet Res* 2001; 32(3-4): 243-59.
- [11] Yousefi S, Nahaei M, Farajnia S, Ghojzadeh M, Akhi M, Sharifi Y, et al. Class 1 integron and Imipenem Resistance in Clinical Isolates of Pseudomonas aeruginosa: Prevalence and Antibiotic Susceptibility. *Iran J Microbiol* 2010; 2(3): 115-21.
- [12] Fonseca EL, Vieira VV, Cipriano R, Vicente AC. Class 1 integrons in Pseudomonas aeruginosa isolates from clinical settings in Amazon region, Brazil. *FEMS Immunol Med Microbiol* 2005; 44: 303-9.
- [13] Clinical and Laboratory Standards Institute. Performance standards for antimicrobial susceptibility testing; twenty first informational supplement. CLSI document M100-S21. *CLSI* 2011 Wayne, PA.
- [14] Sambrook J, Russell D. Molecular cloning: a laboratory manual. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Cold Spring Harbor Press; 2001.
- [15] Ohara M, Kouda S, Onda M, Fujiue Y, Sasaki M, Kohara T, et al. Molecular characterization of imipenem-resistant Pseudomonas aeruginosa in Hiroshima, Japan. *Microbiol Immunol* 2007; 51(3): 271-7.
- [16] Sekiguchi J, Asagi T, Miyoshi-Akiyama T, Kasai A, Mizuguchi Y, Araake M, et al. Outbreaks of multidrug-resistant Pseudomonas aeruginosa in community hospitals in Japan. *J Clin Microbiol* 2007; 45(3): 979-89.
- [17] Japoni A, Farshad S, Alborzil A. Pseudomonas aeruginosa: Burn infection, treatment and antibacterial resistance. *Iran Red Crescent Med J* 2009; 11(3): 244-53.
- [18] Nikbin VS, Abdi-Ali A, Feizabadi MM, Gharavi S. Pulsed field gel electrophoresis & plasmid profile of Pseudomonas aeruginosa at two hospitals in Tehran, Iran. *Indian J Med Res* 2007; 126(2): 146-51.
- [19] Kohanteb J, Dayaghi M, Motazedian M, Ghayumi MA. Comparison of biotyping and antibiotyping of Pseudomonas aeruginosa isolated from patients with burn wound infection and nosocomial pneumonia in Shiraz, Iran. *Pak J Biol Sci* 2007; 10(11): 1817-22.
- [20] Nikokar I, Tishayar A, Flakiyan Z, Alijani K, Rehana-banisaeed S, Hossinpour M, et al. Antibiotic resistance and frequency of class 1 integrons among Pseudomonas aeruginosa, isolated from burn patients in Guilan, Iran. *Iran J Microbiol* 2013; 5(1): 36-41.
- [21] Romão CM, Faria YN, Pereira LR, Asensi MD. Susceptibility of clinical isolates of multi-resistant P.aeruginosa a hospital disinfectant and molecular typing. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2005; 100(5): 541-8.
- [22] Flamm RK, Weaver MK, Thornsberry C, Jones ME, Karlowky JA, Sahm DF. Factors associated with relative rates of antibiotic resistance in Pseudomonas aeruginosa isolates tested in clinical laboratories in the United States from 1999 to 2002. *Antimicrob Agents Chemother* 2004; 48(7): 2431-6.
- [23] Nordmann P, Guibert M. Extended spectrum Betalactamases in Pseudomonas aeruginosa. *J Antimicrob Chemother* 1998; 42(2): 128-31.
- [24] Altoparlak U, Aktas F, Celebi D, Ozkurt Z, Akcay MN. Prevalence of metallo-[beta]- lactamase among Pseudomonas aeruginosa and Acinetobacter baumannii isolated from burn wounds and in vitro activities of antibiotic combinations against these isolates. *Burns* 2005; 31(6): 707-10.
- [25] Franco MR, Caiaffa-Filho HH, Burattini MN, Rossi F. Metallo-beta-lactamases among imipenem-resistant Pseudomonas aeruginosa in a Brazilian university hospital. *Clinics* 2010; 65(9): 825-9.
- [26] Dubois V, Arpin C, Dupart V, Scavelli A, Coulange L, Andre C, et al. blactam and aminoglycoside resistance rates and mechanisms

among *Pseudomonas aeruginosa* in French general practice (community and private healthcare centres). *J Antimicrob Chemother* 2008; 62(2): 316-23.

[27] Kianpour F, Havaei SA, Hosseini MM. Evaluation of *Pseudomonas aeruginosa* isolated from cutaneous infections and determination of drug resistance pattern in patients of Alzahra hospital in Esfahan. *J Isfahan Med Sch* 2010; 28(110): 503-9. [in Persian]

[28] Salimi H, Yakhchali B, Owlia P, Rastegar Lari A. Molecular epidemiology and drug susceptibility of *Pseudomonas aeruginosa* strains isolated from burn patients. *Lab medicine* 2010; 41: 540-4.

[29] Aibinu I, Nwanneka T, Odugbemi T. Occurrence of ESBL and MBL in clinical isolates of *Pseudomonas aeruginosa* From Lagos, Nigeria. *J Am Sci* 2007; 3(4): 81-5.

[30] Fazeli H, Fatahi Bafghi M, Faghri M, Akbari R. Molecular Study of PER and VEB Genes is Multidrug Resistant *Pseudomonas aeruginosa* Isolated From Clinical Specimens in Isfahan/Iran and their Antibiotic Resistance Patterns. *J Kerman Univ Med Sci* 2012; 19(4): 345-53. [in Persian]

[31] Karakoc B, Gerceker AA. In-vitro activities of various antibiotics, alone and in combination with amikacin against *Pseudomonas aeruginosa*. *Int J Antimicrob Agents* 2001; 18(6): 567-70.

[32] Kim JY, Park YJ, Kwon HJ, Han K, Kang MW, Woo GJ. Occurrence and mechanisms of amikacin resistance and its association with  $\beta$ -lactamases in *Pseudomonas aeruginosa*: a Korean nationwide study. *J Antimicrob Chemother* 2008;

62(3): 479-83.

[33] Poonsuk K, Tribuddharat C, Chuanchuen R. Aminoglycoside resistance mechanisms in *Pseudomonas aeruginosa* isolates from non-cystic fibrosis patients in Thailand. *Can J Microbiol* 2013; 59(1): 51-6.

[34] Bojary Nasrabadi MR, Hajia M. Multidrug-resistant *Pseudomonas aeruginosa* strains in Tehran Reference Burn Hospital, Tehran, Iran. *Afr J Microbiol Res* 2012; 6(7): 1393-6.

[35] Imani Foolad AA, Rostami Z, Shapouri R. Antimicrobial resistance and ESBL prevalence in *Pseudomonas aeruginosa* strains isolated from clinical specimen by phenotypic and genotypic methods. *J Ardabil Univ Med Sci* 2010; 10(3): 189-98. [in Persian]

[36] Rajabnia R, Asgharpour F, Ferdosi Shahandashti F, Khalilian M, Norkhomami S, Shafii M, Moulana Z. Class 1 Integron in *Pseudomonas aeruginosa* Isolates From Different Places and Devices of ICU in Babol, Iran. *Jondishapour J Microbiol* 2013; 6(2): 138-43. [in Persian]

[37] Chen J, Su Z, Liu Y, Wang S, Dai X, Li Y, et al. Identification and characterization of class 1 integrons among *Pseudomonas aeruginosa* isolates from patients in Zhenjiang, China. *Int J Infect Dis* 2009; 13(6): 717-21.

[38] Gu B, Tong M, Zhao W, Liu G, Ning M, Pan S, et al. Prevalence and characterization of class 1 integrons among *Pseudomonas aeruginosa* and *Acinetobacter baumannii* isolates from patients in Nanjing, China. *J Clin Microbiol* 2007; 45(1): 241-3.