

بررسی فراوانی نانوساختار لایه سطحی و β -لاکتاماز در سویه‌های باسیلوس سرئوسشیلا جلال پور^۱، روحا کسری کرمانشاهی^۳، اشرف السادات نوحی^۴، حمید زرکش اصفهانی^۵^۱ مدرس غیرهیأت علمی گروه صنایع غذایی، دانشکده فنی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرضا^۲ عضو باشگاه پژوهشگران جوان اصفهان^۳ استاد، گروه زیست شناسی، دانشکده علوم پایه، دانشگاه الزهرا^۴ استاد، گروه زیست شناسی، دانشکده علوم، دانشگاه تهران^۵ استادیار، گروه زیست شناسی، دانشکده علوم، دانشگاه اصفهان

چکیده

سابقه و هدف: نانوساختار لایه سطحی (*S-layer*) خارجی‌ترین لایه پروتئینی در اغلب آرشی‌ها و باکتری‌ها است. لایه سطحی با مهار فاگوسیتوز، ممانعت از ورود برخی بیومولکول‌ها از جمله آنتی‌بیوتیک‌ها و اتصال به پروتئین‌های ماتریکس یکی از عوامل ویروانس در باکتری‌ها محسوب می‌گردد. β -لاکتاماز آنزیم غیرفعال کننده آنتی‌بیوتیک‌های خانواده β -لاکتام است. با توجه به اهمیت آنتی‌بیوتیک‌های این خانواده در درمان عفونت‌های باسیلوسی، انتشار سویه‌های باسیلوس سرئوس مولد نانوساختار لایه سطحی و β -لاکتاماز منجر به گسترش عفونت‌های بیمارستانی مقاوم در برابر آنتی‌بیوتیک‌ها می‌گردد.

روش بررسی: در این پژوهش بنیادی، ۲۷۴ نمونه در سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۶ در بیمارستان فوق تخصصی الزهرا و دانشگاه اصفهان به طور تصادفی انتخاب و بررسی شدند. شناسایی باکتری‌ها بر اساس روش‌های میکروبیولوژیک نظیر رنگ‌آمیزی، تست‌های بیوشیمیایی، محیط‌های افتراقی و محیط اختصاصی باسیلوس سرئوس انجام گرفت. برای آماده‌سازی نمونه‌ها، از کشت ۱۶ ساعته باکتری روی محیط TSA استفاده شد. پس از جداسازی پروتئین‌های سطحی، نمونه‌ها الکتروفورز شدند. ایجاد باند در ناحیه ۹۷ KDa بیانگر وجود لایه سطحی در باسیلوس سرئوس می‌باشد. بررسی توان تولید β -لاکتاماز با روش اسیدومتری انجام گرفت.

یافته‌ها: از ۲۷۴ نمونه، شیوع باسیلوس سرئوس ۹/۴۹ درصد، فراوانی نانوساختار لایه سطحی در باکتری‌های مورد بررسی ۴۶/۲۰ درصد و فراوانی β -لاکتاماز در باسیلوس سرئوس‌های واجد نانوساختار لایه سطحی ۱۰۰ درصد بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها موید انتشار قابل ملاحظه سویه‌های باسیلوس سرئوس مولد نانوساختار لایه سطحی و β -لاکتاماز در بیمارستان می‌باشد. پیشنهاد می‌شود با کنترل تراکم باکتری‌ها به خصوص در مکان‌هایی که تردد افراد زیاد است و باکتری‌ها به سرعت در آنجا انتشار می‌یابند - از جمله مراکز بهداشتی درمانی - روند تولید سویه‌های مقاوم در برابر آنتی‌بیوتیک‌ها کنترل گردد.

واژگان کلیدی: نانو ساختار لایه سطحی، β -لاکتاماز، باسیلوس سرئوس، عفونت‌های بیمارستانی.

مقدمه

بیماری‌زای انسانی و از جمله عوامل موثر در عفونت‌های بیمارستانی به خصوص در افراد مبتلا به نقص در سیستم ایمنی محسوب می‌گردد. عفونت‌های بیمارستانی ناشی از باسیلوس سرئوس در دو گروه طبقه‌بندی می‌شوند: (۱) گاستروانتریت، (۲) عفونت‌های غیرگاستروانتریتی. عفونت‌های غیرگاستروانتریتی سویه‌های باسیلوس سرئوس شامل

گونه‌های باسیلوس به واسطه تولید اسپور انتشار گسترده‌ای در محیط دارند. باسیلوس سرئوس امروزه به عنوان یک باکتری

آدرس نویسنده مسئول: شهرضا، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرضا، دانشکده فنی، گروه صنایع غذایی،

دکتر شیلا جلالپور (email: shilla.jalalpoor@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۶/۲۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۱۲/۱۰

نام گذاری شده است. لایه سطحی منجر به پایداری و استحکام دیواره سلولی، شکل دهی به سلول به ویژه در آرشی‌ها، حفاظت باکتری در برابر عوامل نامساعد محیطی از جمله حرارت‌های زیاد، تغییرات pH، استرس‌های مکانیکی ناشی از فشارهای اسمزی و تغییرات فشاری و فشار ناشی از محلول‌های یونی و پروتئازهای خارج سلولی می‌گردد، هم چنین لایه سطحی به عنوان یک فیلتر مولکولی در سطح سلول باعث توقف ورود برخی آنتی‌بیوتیک‌ها به درون باکتری می‌شود (۱۹-۱۴).

لایه سطحی، عملکردهای گوناگونی دارد که از جمله مهم‌ترین آنها می‌توان به خاصیت ویرولاسی آن اشاره کرد. لایه سطحی خاصیت اتصال و چسبندگی دارد و به این ترتیب می‌تواند به سلول‌های میزبان و سطوح محیطی متصل شود، هم چنین با مهار فاگوسیتوز و دفاع غیراختصاصی میزبان منجر به پایداری عفونت در میزبان گردد. لایه سطحی، نقش موثری در افزایش بیماری‌زایی باکتری‌های پاتوژن به عهده دارد، به این ترتیب که فقدان آن در باکتری‌های پاتوژن منجر به کاهش یا فقدان توان بیماری‌زایی باکتری می‌گردد. از جمله باکتری‌های پاتوژن واجد این ساختار می‌توان به گونه‌های ریکتزیا، تریپونما، باکتریوئیدس، کلامیدیا، آئروموناس، کلستری‌دیوم، کمپیلوباکتر و باسیلوس اشاره کرد. گونه‌های پاتوژن خانواده باسیلوس که توانایی تولید لایه سطحی را دارند، باسیلوس آنتراسیس، باسیلوس تورنجینسیس و باسیلوس سرئوس هستند (۲۴-۲۰، ۱۴).

در ارتباط با بررسی ویژگی‌های لایه سطحی در سویه‌های باسیلوس سرئوس، پژوهش‌هایی در طول سال‌های ۹۹-۱۹۹۸ روی ۴ سویه باسیلوس سرئوس انجام گردید. نتایجی که از این پژوهش‌ها به دست آمد عبارت بودند از: ۱- نوع محیط کشت بر وزن مولکولی لایه سطحی در سویه‌های باسیلوس سرئوس تأثیر می‌گذارد. وزن مولکولی لایه سطحی در سویه‌هایی که در محیط کشت جامد و مایع کشت داده می‌شوند به ترتیب ۹۷ KDa و ۸۵ KDa می‌باشد، ۲- لایه سطحی در سویه‌های باسیلوس سرئوس منجر به مقاومت باکتری در برابر اشعه گاما می‌شود، ۳- لایه سطحی در سویه‌های باسیلوس سرئوس باعث اتصال باکتری به پروتئین‌های ماتریکس می‌شود (۲۳، ۲۲).

نظر به اهمیت باسیلوس سرئوس به عنوان یکی از باکتری‌های عامل عفونت‌های بیمارستانی، این پژوهش با هدف بررسی فراوانی سویه‌های باسیلوس سرئوس مولد نانوساختار لایه سطحی و β -لاکتاماز در بیمارستان فوق تخصصی الزهرا در اصفهان انجام گرفت.

باکتری‌ها و اندوکاردیت، عفونت‌های چشمی، عفونت اسکلتی-عضلانی و عفونت در میزبان حساس است (۱).

شیوع گاستروانتریت‌های باسیلوسی در کارکنان مراکز درمانی قابل ملاحظه می‌باشد. گاستروانتریت باسیلوسی به دنبال مصرف مرغ، برنج سرخ کرده و گوشت بخارپز آلوده به باسیلوس رخ می‌دهد. سایر عفونت‌های بیمارستانی باسیلوسی به دنبال انتشار گونه‌های باسیلوس از منابع آلوده از جمله همودپالیزها، ماماها، دستگاه‌های تهویه، دستکش و باندهای جراحی به وجود می‌آید. باسیلوس سرئوس علاوه بر توانایی تولید توکسین که منجر به گاستروانتریت می‌گردد، چندین عامل ویرولاسی دیگر نیز تولید می‌کند که نقش مهمی در ایجاد عفونت‌های غیرگاستروانتریتی به عهده دارند و عبارتند از: همولیزین، فسفولیپاز، کلاژناز، پروتئناز، اگزوتوکسین و β -لاکتاماز (۸-۱).

پنی‌سیلین آنتی‌بیوتیک انتخابی اول در درمان عفونت‌های باسیلوسی محسوب می‌گردد. آنتی‌بیوتیک‌ها، مهم‌ترین عامل بازدارنده رشد و تکثیر باکتری‌ها در بدن محسوب می‌گردند و هر عاملی که منجر به پایداری باکتری‌ها در ورود آنتی‌بیوتیک‌ها و یا غیرفعال سازی آنتی‌بیوتیک‌های وارد شده به باکتری گردد، باعث اختلال در روند درمان بیمارانی می‌شود (۹).

باکتری‌ها با روش‌های گوناگونی در برابر آنتی‌بیوتیک‌ها مقاومت نشان می‌دهند. متداول‌ترین و مهم‌ترین این روش‌ها تولید آنزیم‌های غیرفعال کننده آنتی‌بیوتیک‌ها است و از جمله مهم‌ترین این آنزیم‌ها، آنزیم β -لاکتاماز است (۱۲-۱۰). β -لاکتامازها، آنزیم‌های تجزیه کننده آنتی‌بیوتیک‌های خانواده β -لاکتام می‌باشند. این آنزیم‌ها به دنبال مصرف آنتی‌بیوتیک‌های خانواده β -لاکتام ظهور می‌یابند. پنی‌سیلیناز، اولین β -لاکتامازی است که شناسایی شد. این آنزیم اولین بار در سال ۱۹۴۰ از اشرشیاکلی جدا سازی گردید. در این زمان پنی‌سیلین هنوز به صورت متداول وارد مصارف بالینی نشده بود (۱۳).

نانوساختار لایه سطحی جدیدترین ساختار سطحی شناسایی شده در پروکاریوت‌ها محسوب می‌گردد و با انجام بیش از سه دهه تحقیق، امروزه مشخص گردیده است یکی از متداول‌ترین ساختارهای سطحی موجود در اکثر آرشی‌ها و باکتری‌ها یک ساختار کریستالی منظم و تک‌لایه‌ای است که از زیرواحدهای مشابه پروتئینی یا گلیکوپروتئینی بوجود آمده است. این ساختار، خارجی‌ترین پروتئین دیواره سلولی محسوب می‌شود و در طول این سه دهه اسامی مختلفی نظیر ساختار منظم، پروتئین فراکریستالی و ساختار سطحی کریستالی باکتریایی پیشنهاد شده است. اما امروزه این ساختار، لایه سطحی

مواد و روشها

روش بررسی این پژوهش، آزمایشگاهی است. این مطالعه بنیادی در سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۶ و در بیمارستان فوق-تخصصی الزهرا و دانشکده علوم دانشگاه اصفهان انجام گرفت. برای این منظور، بر اساس فرمول حجم نمونه و سطح اطمینان ۹۹ درصد، تعداد ۲۷۴ نمونه که به طور تصادفی از سطوح بیمارستان (۱۹۴ نمونه) و دست کارکنان (۸۰ نمونه) جمع آوری شدند، بررسی گردیدند.

نمونه‌های محیطی به طور تصادفی از سطوح کم‌تماس و پرتماس بیمارستانی از جمله صندلی، میز کنار تخت، کف اتاق، تشک پلاستیکی و لبه کنار پنجره اتاق بیماران بستری در بخش‌های مختلف بیمارستان از جمله بخش اطفال، جراحی، عفونی، ICU و CCU جمع‌آوری شدند. تهیه نمونه از سطوح بیمارستان با روش جمع‌آوری نمونه‌های محیطی با استفاده از سواب و محیط TSB لوله‌ای انجام گرفت. پس از انتقال نمونه‌های جمع‌آوری شده به آزمایشگاه، تحت شرایط آسپتیک با استفاده از لوپ هم‌زمان، هر نمونه روی محیط‌های Blood agar و EMB به روش خطی کشت داده شد. تهیه نمونه از دست کارکنان با روش Fingerprint Technique انجام گرفت. برای این منظور، نمونه‌ها مستقیماً با تماس مستقیم سرانگشتان دست کارکنان روی محیط‌های Blood agar و EMB جمع‌آوری گردید. پلیت‌ها به مدت ۲۴ ساعت در دمای ۳۷ درجه سانتی‌گراد در انکوباتور گرماگذاری شدند و در نهایت کلنی‌ها جداسازی و خالص‌سازی گردیدند. جنس یا گونه باکتری‌ها با انجام روش‌های میکروبیولوژیک، از جمله رنگ‌آمیزی گرم، رنگ آمیزی اسپور، تست‌های بیوشیمیایی نظیر تست‌های کاتالاز، اکسیداز، β -لاکتاماز و استفاده از محیط‌های پایه، افتراقی و اختصاصی شامل محیط‌های بلاداآگار، نوترینت براث و محیط اختصاصی باسیلوس سرئوس شناسایی شد (۸،۲۵،۲۶).

برای شناسایی نانو ساختار لایه سطحی، سویه‌های باسیلوس سرئوس ایزوله شده در محیط TSA (غنی شده با ۰/۶ درصد عصاره مخمر) به مدت ۱۶ ساعت تحت شرایط هوایی کشت داده شدند. پس از گذشت مدت زمان لازم، پروتئین‌های سطحی جداسازی و توسط SDS-PAGE آنالیز گردیدند. جداسازی پروتئین‌های سطحی با اضافه کردن (PH: ۷/۴) PBS روی پلیت حاوی باکتری و با استفاده از یک میلیه شیشه‌ای L انجام گرفت. سوسپانسیون باکتریایی به مدت ۶ دقیقه در دور ۳۰۰۰ دور در دقیقه سانتریفوژ و مجدداً رسوب

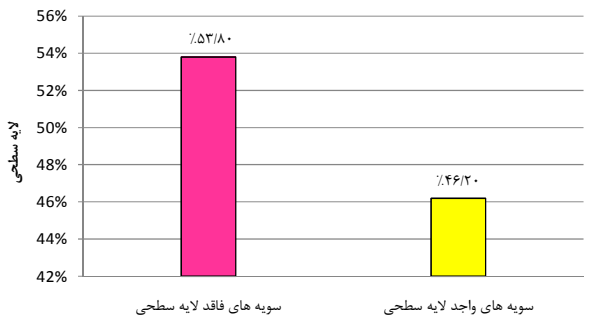
حاصله در PBS سوسپانسیون گردید. سوسپانسیون در PBS به ۰/۶ OD ($\lambda = 450 \text{ nm}$) رسانده شد. سوسپانسیون، سانتریفوژ و رسوب حاصله در ۵۰۰ میکرولیتر از (PH: ۸) SDS-Tris-HCL ۱ درصد سوسپانسیون گردید. سوسپانسیون به مدت ۳۰ دقیقه در دمای اتاق در شیکر با سرعت ۸۰ دور در دقیقه تکان داده شد. برای رنگ‌آمیزی پروتئین‌های سطحی از Sample Buffer استفاده گردید. برای این منظور ۱۵ میکرولیتر سوسپانسیون به همراه ۵ میکرولیتر از Sample Buffer به مدت ۵ دقیقه در دمای ۱۰۰ درجه سانتی‌گراد بن‌ماری گردید (۲۷،۲۸،۲۲،۲۳).

نمونه‌های آماده سازی شده، توسط 10X SDS-PAGE الکتروفورز شدند. ژل به مدت ۱۰۰ دقیقه تحت ولتاژ ۸۰ ولت الکتروفورز و پس از طی مدت زمان مزبور ژل از دستگاه خارج و رنگ‌آمیزی شد. رنگ‌آمیزی ژل با استفاده از محلول کماسی بلو به مدت ۱ ساعت در شیکر با سرعت ۸۰ دور در دقیقه انجام گردید. برای خارج کردن رنگ‌های اضافه، ژل رنگ بری شد. رنگ بری ژل با استفاده از محلول متانول به مدت ۱۵-۵ دقیقه روی شیکر با سرعت ۸۰ دور در دقیقه انجام گرفت (۲۹).

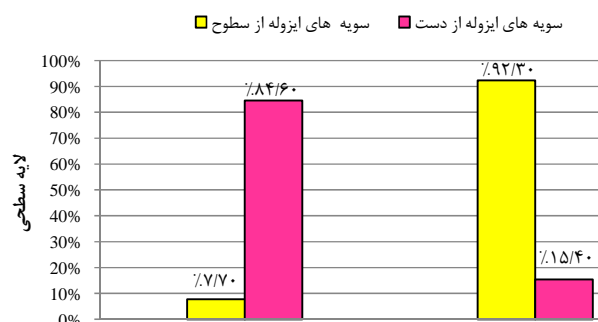


شکل ۱- تست بررسی تولید آنزیم β -لاکتاماز با روش اسیدومتريک (چپ: مثبت، راست: منفی).

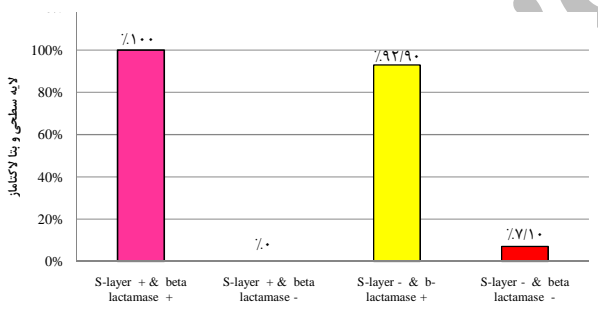
بررسی حضور آنزیم β -لاکتاماز در باکتری‌ها با روش اسیدومتريک انجام گرفت. در این روش، باکتری به محلولی که حاوی یکی از مشتقات پنی‌سیلین و یک معرف pH است (فنل رد) اضافه گردید. این محلول بنفش رنگ است و در صورت تولید β -لاکتاماز، پنی‌سیلین به پنی‌سیلوئیک اسید شکسته می‌شود و رنگ محلول از بنفش به زرد تغییر می‌یابد. در این روش ۰/۵ میلی‌لیتر محلول فنل رد ۰/۵ درصد به ۴/۵ میلی‌لیتر آب مقطر استریل اضافه گردید. سپس محلول به



نمودار ۱- توزیع فراوانی لایه سطحی در سویه های باسیلوس سرئوس



نمودار ۲- شیوع لایه سطحی در سویه های باسیلوس سرئوس جداسازی شده از سطوح بیمارستان و دست پرسنل

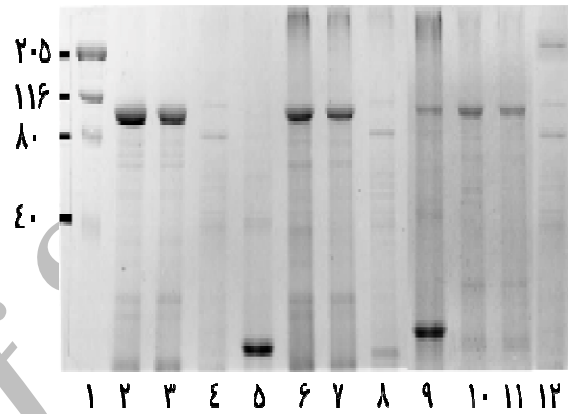


نمودار ۳- فراوانی نانوساختار لایه سطحی و β -لاکتاماز در سویه های باسیلوس سرئوس

بحث

در این پژوهش، فراوانی باسیلوس سرئوس در سطوح و دست کارکنان بیمارستان به ترتیب ۶/۷ درصد و ۱۶/۲۵ درصد بود. بر اساس نتایج سایر مطالعات مشابه در ایران، گونه های باسیلوس، بیشترین باکتری های جداسازی شده از محیط بیمارستان بوده اند. بر این اساس، گونه های باسیلوس ۳۶/۲ درصد از باکتری های جداسازی شده از وسایل غیرپزشکی در بیمارستان را به خود اختصاص داده بودند. هم چنین بر اساس

ویال حاوی پودر PnG 5000000 U (پنی سیلین جی ۵ میلیون واحدی) افزوده شد و پس از حل شدن PnG به آرامی و قطره قطره، محلول NaOH ۱ مولار به ویال اضافه گردید. این کار تا تولید رنگ بنفش در محلول ادامه پیدا کرد (در این حالت pH محلول ۸/۵ می باشد). در این مرحله، یک لوله موئینه به قطر ۱-۰/۲ میلی متر در ویال فرو برده شد. سپس روی سطح کلنی باکتری کشیده شد. نتیجه تست بعد از ۱۵-۵ دقیقه خوانده شد (شکل ۱) (۳۰-۳۲).



شکل ۲- الگوی الکتروفورز پروتئین های سطحی سویه های باسیلوس سرئوس با روش 10X SDS-PAGE. ستون ۱: مارکر، ستون های ۲-۱۲: سویه های باسیلوس سرئوس مورد بررسی

یافته ها

از ۲۷۴ نمونه مورد بررسی، فراوانی باسیلوس سرئوس در نمونه های مورد بررسی ۹/۴۹ درصد بود. فراوانی باسیلوس سرئوس در سطوح بیمارستانی و دست کارکنان بیمارستان به ترتیب ۶/۷ درصد و ۱۶/۲۵ درصد بود. بر اساس نتایج SDS-PAGE، ۴۶/۲۰ درصد از سویه های باسیلوس سرئوس مورد بررسی، واجد نانوساختار لایه سطحی و ۵۳/۸۰ درصد آنها فاقد توانایی تولید لایه سطحی بودند. ۸۴/۶ درصد (۱۱ مورد) از سویه های جداسازی شده از دست کارکنان بیمارستان و ۷/۷ درصد (۱ مورد) از سویه های جداسازی شده از سطوح بیمارستان واجد لایه سطحی بودند. آزمون کای دو نشان داد که توزیع فراوانی سویه های باسیلوس سرئوس مولد نانوساختار لایه سطحی بر حسب منبع جداسازی اختلاف آماری معنی داری با هم دارد. (شکل ۲ و نمودارهای ۱ و ۲).

بر اساس نتایج حاصل از بررسی و مقایسه هم زمان تولید β -لاکتاماز و نانوساختار لایه سطحی در سویه های باسیلوس سرئوس، ۱۰۰ درصد سویه های واجد نانوساختار لایه سطحی، توانایی تولید β -لاکتاماز را داشتند (نمودار ۳).

لایه سطحی در سویه‌های جداسازی شده از دست کارکنان و تولید β -لاکتاماز در تمامی سویه‌های واجد لایه سطحی بود. این نتایج بیانگر عدم کنترل دقیق تراکم باکتری‌ها در محیط بیمارستان می‌باشد که خود ناشی از کنترل ضعیف کمیته‌های کنترل عفونت، عدم رعایت صحیح و اصولی بهداشت فردی و عمومی در بیمارستان می‌باشد.

فراوانی و انتشار قابل ملاحظه سویه‌های واجد نانوساختار لایه سطحی و β -لاکتاماز در محیط حساس بیمارستان، از جمله مهم‌ترین دلیل افزایش شیوع عفونت‌های با منشأ باسیلوس سرئوس مقاوم در برابر آنتی‌بیوتیک‌ها در بیمارستان‌ها می‌باشد. نظر به اهمیت و نقش رعایت بهداشت عمومی، به خصوص بهداشت سطوح پرتماس بیمارستانی و بهداشت فردی، به خصوص رعایت بهداشت دست کارکنان بیمارستان، در کنترل انتقال و انتشار باکتری‌های پاتوژن، رعایت موارد فوق‌الذکر در راستای کاهش و کنترل ایجاد سویه‌های مقاوم در برابر آنتی‌بیوتیک‌ها پیشنهاد می‌گردد (۲۸، ۴۰-۳۷).

تشکر و قدردانی

کمال تشکر و قدردانی خود را از مدیریت بیمارستان فوق تخصصی الزهرا، مدیریت آزمایشگاه تحقیقاتی دانشکده علوم دانشگاه اصفهان، مدیریت بخش مجلات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، کمیته کنترل عفونت بیمارستان، آقای دکتر اردشیر طالبی، آقای دکتر مهرداد معمارزاده، آقای دکتر کامیار مصطفوی زاده، آقای سینا ماشری زاده، آقای فریبرز کیانپور، آقای محسن حسینی بالام، خانم کبری مقصودی، آقای مهندس علی مهربانی و تمامی عزیزانی که در به ثمر رسیدن این پژوهش یاری‌رسان ما بودند، اعلام می‌نماییم.

نتایج مطالعات مشابه در سایر کشورها، دست ۳۷ درصد از کارکنان بیمارستان، آلوده به گونه‌های باسیلوس بوده است. در مطالعه‌های دیگر، فراوانی سویه‌های باسیلوس سرئوس در دست کارکنان مراکز درمانی ۱۵ درصد بود (۱، ۳۳، ۳۴). یافته‌های ما و سایر مطالعات، مبین انتشار گسترده گونه‌های باسیلوس در سطوح بیمارستان و سویه‌های باسیلوس سرئوس در دست کارکنان بیمارستان است.

در ارتباط با نانوساختار لایه سطحی، تاکنون تحقیقی در ایران انجام نگرفته است و این پژوهش اولین بررسی در این زمینه می‌باشد. مطالعه‌ای در سال ۱۹۸۸ نشان داد سویه‌های جداسازی شده از نمونه‌های بالینی واجد لایه سطحی بودند، در صورتی که سویه‌های استاندارد فاقد لایه سطحی بودند (۲۲).

در این پژوهش، ۸۴/۶۰ درصد از سویه‌های باسیلوس سرئوس جداسازی شده از دست کارکنان و ۷/۷۰ درصد از سویه‌های جداسازی شده از سطوح بیمارستان، واجد نانوساختار لایه سطحی بودند. نتایج مطالعات گویای فراوانی بیشتر نانوساختار لایه سطحی در باکتری‌های جداسازی شده از شرایط زیستی در مقایسه با باکتری‌های جداسازی شده از شرایط غیرزیستی است (۲۷، ۲۸، ۳۵، ۳۶).

با توجه به این نکته که باسیلوس سرئوس یک باکتری پاتوژن انسانی است و نانوساختار لایه سطحی یک ساختار ویروالانس است، بنابراین باکتری ترجیحاً در صورتی که در شرایط زیستی قرار گیرد، این ساختار را تولید می‌کند تا بتواند خود را از نفوذ آنتی‌بیوتیک و آنزیم‌های موجود در بدن انسان محافظت کرده و منجر به پایداری عفونت گردد. از نتایج قابل ملاحظه در این پژوهش، شیوع قابل ملاحظه باسیلوس سرئوس در محیط و دست کارکنان بیمارستان، شیوع گسترده آنزیم β -لاکتاماز در سویه‌های باسیلوس سرئوس، شیوع قابل ملاحظه نانوساختار

REFERENCES

1. Van der Zwet WC, Parlevliet GA, Savelkoul PH, Stoof J, Kaiser AM, van Furth AM, et al. Outbreak of *Bacillus cereus* infection in a neonatal intensive care unit traced to balloons used in manual ventilation. *J Clin Microbiol* 2000; 38: 4131-36.
2. Chu WP, Que TL, Lee WK, Wong SN. Meningoencephalitis caused by *Bacillus cereus* in a neonate. *Hong Kong Med J* 2001; 7: 89-92.
3. Gaur AH, Patrick CC, McCullers JA. *Bacillus cereus* bacteremia and meningitis in immunocompromised children. *Clin Infect Dis* 2001; 32: 1456-62.
4. Hilliard NJ, Schelonka RL, Waites KB. *Bacillus cereus* bacteremia in a preterm neonate. *J Clin Microbiol* 2003; 41: 3441-44.
5. Tuladhar R, Patole SK, Koh TH. *Bacillus cereus* infection in a neonate. *Int J Clin Pract* 2000; 54: 345-47.
6. Tokuhira MT, Takae M. Successful non-surgical treatment of brain abscess and necrotizing fasciitis caused by *Bacillus cereus*. *Intern Med* 2002; 23: 671-73.
7. Psiachou-Leonard E, Sidi V, Tsvitanidou M. Brain abscesses resulting from *Bacillus cereus* and an *Aspergillus*-like mold. *J Pediatr Hematol Oncol* 2002; 24: 569-71.

8. Jalalpoor Sh, Kasra Kermanshahi R, Noohi A, Zarkesh H. Study of β -lactamase and S-layer production in some of isolated pathogen bacteria from clinical and environmental hospital samples [Dissertation]. Tehran, Iran: Islamic Azad University, Science and Research Campus; 2007. [In Persian]
9. Tadjbakhsh H. General bacteriology. 6th ed. Tehran, Iran: Tehran University Press; 2004. p.544. [In Persian]
10. Hopley L, Schalkwyk JV. Mechanisms of resistance to antimicrobials. Date of last update: 2006/10/24. Available from: <http://anaesthetist.com/icu/infect/Findex.htm#resist.htm>. Accessed at: July 16, 2005.
11. Paterson DL, Bonomo RA. Extended spectrum β -lactamases: a clinical update. Clin Microbiol Rev 2005; 18: 657-86.
12. Jalalpoor Sh, Kasra Kermanshahi R, Nouhi AS, Zarkesh Esfahani. Comparison of the frequency β -lactamase enzyme in isolated nosocomial infectious bacteria. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2009; 8: 203-14. [In Persian]
13. Parul A, Ghosh AN, Komar S, Basu B, Kapila K. Prevalence of extended-spectrum beta-lactamase among *Escherichia coli* and *Klebsiella pneumoniae* in isolates in a tertiary care hospital. Indian J Path Microbiol 2008; 51: 137-42.
14. Sara M, Sleytr UB. S-layer proteins. J Bacteriol 2000; 182: 859-68.
15. Schaffer C, Messner P. Glycobiology of surface layer proteins. Biochimie 2001; 83: 591-99.
16. Eichler J. Facing extremes: archaeal surface-layer (glyco) proteins. Microbiol 2003; 149: 3347-51.
17. Schaffer CH, Paul M. The structure of secondary cell wall polymers: how Gram-positive bacteria stick their cell walls together. Microbiol 2005; 15: 643-51.
18. Kaiser GE. The prokaryotic cell: bacteria. Updated: Sept 2007. Available from: www.student.ccbcmd.edu. Accessed at 9.5.2006.
19. Masahiro Y, Hirofujii T, Motooka N, Nozoe K, Shigenaga K, Anan H, et al. Humoral immune responses to S-layer-like proteins of bacteroides forsythus. Clin Diagnost Laborate Immune 2003; 10: 383-87.
20. Sara M. Conserved anchoring mechanisms between crystalline cell surface S-layer proteins and secondary cell wall polymers in Gram-positive bacteria. Trends Microbiol 2001; 9: 47-49.
21. Messner P, Steiner K, Zarschler K, Schaffer C. S-layer nanoglycobiology of bacteria. Carbohydr Res 2008; 343: 1934-51.
22. Kotiranta A, Haapasalo M, Kari K. Surface structure, hydrophobicity, phagocytosis, and adherence to matrix proteins of *Bacillus cereus* cells with and without the crystalline surface protein layer. Infect Immun 1998; 66: 4895-902.
23. Kotiranta AK, Hitoshi I, Markus P, Haapasalo P, Kari L. Radiation sensitivity of *Bacillus cereus* with and without a crystalline surface protein layer. FEMS Microbiol Lett 1999; 179: 275-80.
24. Mesnage S, Haustant M, Foue A. A general strategy for identification of S-layer genes in the *Bacillus cereus* group: molecular characterization of such a gene in *Bacillus thuringiensis* subsp. galleriae NRRL 4045. J Microb 2001; 147: 1343-51.
25. Estes R. Food, hands and bacteria. 2000. Available from <http://pubs.caes.uga.edu/caespubs/pubcd/B693.htm#Wash>. Accessed at: July 8, 2006.
26. Washington C, Stephen A, Janda W, Koneman E, Procop G, Schreckenberger P, et al. Koneman's color atlas and textbook of diagnostic microbiology. 6th edition. USA: Lippincott Williams and Wilkins; 2006. p.775-79.
27. Jalalpoor Sh, Kasra Kermanshahi R, Nouhi A.S, Zarkesh Esfahani H. Study of prevalence nano structure surface layer and beta lactamase in *B. cereus* st. Third Iranian Congress of Clinical Microbiology. Shiraz, Iran. 6-8 Octobr, 2009. p.185. [In Persian]
28. Jalalpoor Sh, Kasra Kermanshahi R, Nouhi AS, Zarkesh Esfahani H. Determination nano structure surface layer in *B. cereus*. 2nd International Biology Congress. Tehran, Iran. 7-8 February, 2007. p.14. [In Persian]
29. Sambrook J, Russell DW, Editors. Molecular cloning: a laboratory manual. 3rd edition. NY: Cold Spring Harbor Laboratory Press; 2001.
30. β -lactamase. Testing for beta lactamase production. 2006. Available from: www.Aecom.yu.edu/home/id/idmicro/betalactamase.htm. 2006. Accessed at: 9.5.2006.

31. Llanes R, Gonzalez M, Martinez I, Sosa J, Guzman D, Gutierrez O, et al. Evaluation of four methods for detecting the beta-lactamase activity in *Neisseria gonorrhoeae* isolated in Cuba. *Mem Inst Oswaldo Cruz Rio de Janeiro* 2003; 98: 1089-91.
32. Wikler MA, Cockerill FR, Craig WA. Performance standards for antimicrobial disc susceptibility tests; Standards. 9th ed. USA: McGraw Hill; 2006. p.21.
33. Kampf G, Kramer A . Epidemiologic background of hand hygiene and evaluation of the most important agents for scrubs and rubs. *Clin Microbiol Rev* 2004; 17: 863-93.
34. Jalalpoor Sh, Kasra Kermanshahi R, Nouhi AS, Zarkesh Esfahani H. Spreading bacteria in how and low contact surfaces in hospital. 9th Iranian Congress of Microbiology. Kerman, Iran. 4-6 March, 2008. p.208. [In Persian]
35. Jalalpoor Sh, Kasra Kermanshahi R, Nouhi AS, Zarkesh Esfahani H. Surveying effect of in-vivo and in-vitro condition on expression of surface layer genes in bacteria. *JICS* 2009; 6: S11.
36. Jalalpoor Sh, Kasra Kermanshahi R, Nouhi AS, Zarkesh Esfahani H. Surveying role of nano structure surface layer in *B. cereus* st. resistant to beta lactam antibiotic and beta lactamase production. 10th Iranian Congress of Microbiology. Ilam, Iran. 21-23 April, 2009. p.277. [In Persian]
37. Pratt RJ. The epic project: developing national evidence-based guidelines for preventing healthcare associated infections. Phase I: Guidelines for preventing hospital- acquired infections. *J Hosp Infect* 2001; 47: S3-S4.
38. World Health Organization. Global strategy for containment of antimicrobial resistance. Available from: WHO/CDS/CSR/DRS/2001.2. Accessed at: 3.6.2007.
39. Widmer AF. Replace hand washing with use of a waterless alcohol hand rub? *Clin Infect Dis* 2000; 31: 136-43.
40. Ducl G, Fabry J, Nicolle L, Girard R, Perraud M, Pruss A, et al. Prevention of hospital-acquired infections: a practical guide. 2nd ed. USA: Department of Communicable Disease, Surveillance and Response; 2002. Available from: WHO/CDS/CSR/EPH/ 2002.12.

Archive of SID