

Prevalence of metallo-beta-lactamase enzyme and pattern of antibiotic resistance in *Klebsiella pneumoniae* isolated from patients with urinary tract infection in Qom city during 2013-2014

Khodadadian R¹, Khorshidi A^{2*}, Safari M², Gilasi HR³

1- Student Research Committee, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.

2- Department of Microbiology and Immunology, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.

3- Social Determinants of Health (SDH) Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.

Received April 8, 2016; Accepted July 18, 2017

Abstract:

Background: *Klebsiella pneumoniae* is one of the most important etiologic agents of urinary tract infection (UTI). An increasing occurrence of antimicrobial resistance among uropathogenic bacterial isolates has complicated the treatment process. The aim of this study was to determine antibiotic susceptibility patterns and prevalence of the metallo-beta-lactamase enzyme of *K. pneumoniae* isolates collected from UTI.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted on patients with complicated UTI referred to hospitals in Qom city, Iran. A total of 1807 culture positive samples of pathogens were collected from the patients, among which 457 isolates were *K. pneumoniae*. The isolates were tested for antimicrobial susceptibility by the disc-diffusion method recommended by the guidelines of Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI 2013). In addition, the double disk synergy test was used to detect the *K. pneumoniae* isolates of metallo-beta-lactamase enzyme.

Results: The prevalence of UTI infection due to *K. pneumoniae* was 25.3%. Among 1807 positive urine cultures, 62.4% were from females and 37.6% from males. Results of antimicrobial susceptibility showed that the highest antibiotic resistance was seen for trimethoprim-sulfamethoxazole (98.5%) and the lowest resistance levels were seen for amikacin (9.4%), meropenem (22.8%) and imipenem (25.6%). The results of the imipenem-EDTA combined disk showed that 93.2% imipenem resistance isolates were positive for the metallo-beta-lactamase enzyme.

Conclusion: Carbapenem resistance and production of the metallo-beta-lactamase enzyme in *K. pneumoniae* uropathogenic are increasing. However, amikacin is still effective against these bacterial infections and its effectiveness should be maintained.

Keywords: *Klebsiella pneumoniae*, UTI, Antibiotic resistance, Metallo-Beta-Lactamases

* Corresponding Author.

Email: khorshidimalahmadi@gmail.com

Tel: 0098 913 362 4687

Fax: 0098 31 5554 1112

Conflict of Interests: *No*

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, October, 2017; Vol. 21, No 4, Pages 390-397

Please cite this article as: Khorshidi A, Khodadadian R, Safari M, Gilasi HR. Prevalence of metallo-beta-lactamase enzyme and pattern of antibiotic resistance in *Klebsiella pneumoniae* isolated from patients with urinary tract infection in Qom city during 2013-2014. *Feyz* 2017; 21(4): 390-7.

بررسی فراوانی آنزیم متالوبنالاکتاماز و الگوی مقاومت آنتی‌بیوتیکی در سویه‌های کلبسیلا پنومونیه جدا شده از بیماران مبتلا به عفونت ادراری در شهر قم طی سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۳

روح‌الله خدادادیان^۱، احمد خورشیدی^{۲*}، محمود صفاری^۳، حمیدرضا گیلانی^۳

خلاصه:

سابقه و هدف: کلبسیلا پنومونیه یکی از پاتوژن‌های مهم در ایجاد عفونت ادراری می‌باشد. با توجه به افزایش مقاومت باکتری‌های اوروپاتوژن نسبت به آنتی‌بیوتیک‌ها، درمان عفونت ادراری پیچیده گردیده است. مطالعه حاضر با هدف بررسی فراوانی آنزیم متالوبنالاکتاماز و الگوی مقاومت آنتی‌بیوتیکی در سویه‌های کلبسیلا پنومونیه جدا شده از بیماران با عفونت ادراری انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی - تحلیلی روی ۱۸۰۷ نمونه کشت مثبت ادراری جدا شده از بیماران بستری و سرپایی در بیمارستان‌های قم صورت گرفت. تعداد ۴۵۷ ایزوله‌های کلبسیلا پنومونیه جدا گردید. حساسیت آنتی‌بیوتیکی به روش دیسک-دیفیوژن براساس معیار CLSI 2013 انجام گرفت. جهت جداسازی ایزوله‌های تولیدکننده متالوبنالاکتاماز از روش هم‌افزایی دیسک دوگانه استفاده شد.

نتایج: شیوع عفونت مجاری ادراری ایجاد شده با کلبسیلا پنومونیه ۲۵/۳ درصد برآورد گردید. از بین ۱۸۰۷ نمونه کشت مثبت ادرار، ۶۲/۴ درصد متعلق به زنان و ۳۷/۶ درصد متعلق به مردان بودند. بیشترین مقاومت کلبسیلا پنومونیه جداسازی شده به تری‌متوپریم-سولفا-متوکسازول با مقاومت ۹۸/۵ درصد، و کمترین مقاومت به آمیکاسین؛ ۹/۴ درصد، مروپنم؛ ۲۲/۸ درصد و ایمپنم؛ ۲۵/۶ درصد بود. نتایج حاصل از دیسک ترکیبی نشان داد که ۹۳/۲ درصد ایزوله‌های مقاوم به ایمپنم مولد متالوبنالاکتاماز هستند.

نتیجه‌گیری: مقاومت به کارباپنم‌ها و همچنین تولید آنزیم متالوبنالاکتاماز در کلبسیلا پنومونیه اوروپاتوژن در حال افزایش است، ولی هنوز آمیکاسین بر علیه این ارگانسیم حساس بوده و این تاثیر پذیری را باید حفظ کرد.

واژگان کلیدی: کلبسیلا پنومونیه، عفونت ادراری، مقاومت آنتی‌بیوتیکی، متالوبنالاکتاماز

دو ماه‌نامه علمی- پژوهشی فیض، دوره بیست و یکم، شماره ۴ مهر و آبان ۱۳۹۶، صفحات ۳۹۷-۳۹۰

مقدمه

از بین آن‌ها *E. coli* شاخص‌ترین عامل عفونت ادراری محسوب می‌شود و از سایر پاتوژن‌های شایع می‌توان جنس کلبسیلا را نام برد [۲]. کلبسیلا یک پاتوژن فرصت طلب است و می‌تواند باعث طیف وسیعی از عفونت‌ها در انسان شود. حدود ۸ درصد از عفونت‌های بیمارستانی در ایالات متحده و اروپا به‌علت این باکتری است [۳]. بیشترین تعداد کلبسیلا از نمونه‌های ادراری، پنومونی، باکتری می و عفونت زخم جدا می‌شود [۳]. در مورد باکتری‌های ایجاد کننده UTI مصرف غیرمنطقی آنتی‌بیوتیک‌ها ممکن است سبب ایجاد مقاومت باکتریایی شود [۴]. برای درمان مناسب عفونت‌های ادراری شناخت مناسب از مقاومت آنتی-بیوتیکی الزامی است [۵]. مقاومت نسبت به آنتی‌بیوتیک‌ها در میان باکتری‌های پاتوژن موضوعی است که امروزه به‌عنوان یک مشکل در سراسر جهان مورد توجه قرار گرفته است. تعیین الگوی مقاومت آنتی‌بیوتیکی در باکتری‌های بیماری‌زای شایع جهت هدایت در درمان علیه یک پاتوژن خاص حائز اهمیت است [۶]. وجود بیش از ۱۰۰ هزار باکتری به‌صورت خالص در هر میلی‌لیتر از ادراری که به‌صورت استریل جمع‌آوری شده باشد، دلیل بر عفونت ادراری است [۷]. میزان وقوع عفونت ادراری با توجه به

عفونت‌های ادراری (Urinary tract infection; UTI) عفونت‌های شایعی هستند و حدود ۱۵۰ میلیون عفونت ادراری در هر سال در کل دنیا رخ می‌دهد [۱]. بیشتر از ۹۰ درصد از موارد عفونت ادراری به‌واسطه انواع خاصی از گونه‌های باکتریایی که بخشی از فلور طبیعی دستگاه گوارش هستند، ایجاد می‌شود.

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

^۲ استاد، گروه میکروبی شناسی و ایمنی شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

^۳ استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

* نشانی نویسنده مسئول:

دانشگاه علوم پزشکی کاشان، دانشکده پزشکی، گروه میکروبی شناسی و ایمنی شناسی

تلفن: ۰۹۱۳۳۶۲۴۶۸۷ | دورنویس: ۰۳۱ ۵۵۵۴۱۱۱۲

پست الکترونیک: khorshidimalahmadi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۵/۱/۲۰ | تاریخ پذیرش نهایی: ۹۶/۴/۲۷

گزارش شد [۱۴]. بنابراین، بررسی مقاومت‌های آنتی‌بیوتیکی یک اولویت پژوهشی در هر منطقه محسوب می‌شود و باتوجه به اینکه مقاومت در گونه باکتریایی *کلبسیلا پنومونیه* به‌واسطه داشتن متالوبتالاکتامازها در برابر آنتی‌بیوتیک‌ها روبه افزایش بوده و در کشورها، مناطق و حتی بیمارستان‌های مختلف شیوع آن‌ها متفاوت می‌باشد، برآن شدیم تا شیوع این آنزیم و بررسی مقاومت آنتی‌بیوتیکی را در نمونه‌های جمع‌آوری شده از بیمارستان‌های شهر قم بررسی کنیم.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی روی ۱۸۰۷ نمونه کشت اداری مثبت مربوط به بیماران مبتلا به عفونت اداری بستری و سرپایی مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهید بهشتی، گلپایگانی، کامکار، نکویی و ولیعصر (عج) قم از بهمن ماه ۱۳۹۲ لغایت بهمن ماه ۱۳۹۳ انجام شد. نمونه‌های ادارار از اولین ادارار صبحگاهی از وسط ادارار بدون قطع جریان ادارار در ظرف استریل درب‌دار جمع‌آوری شدند. نمونه‌های ادارار روی محیط بلادآگار و ائوزین-متیلن‌بلو (مرک، آلمان) کشت داده شد. پس از انکوباسیون، با تست‌های بیوشیمیایی استاندارد و روش‌های معمول میکروپ شناسی تعیین هویت انجام شد. پس از مثبت شدن نتیجه کشت ادارار و مشخص شدن باکتری مورد نظر جهت انجام آنتی‌بیوگرام آن را روی محیط کشت مولر هینتون آگار (مرک، آلمان) برده و دیسک‌گذاری انجام شد. سپس، پلیت‌ها به مدت ۱۸-۱۶ ساعت در دمای ۳۵ درجه سانتی‌گراد انکوبه گردیده، و قطر هاله عدم رشد با خط‌کش و بر حسب میلی‌متر اندازه‌گیری شد و پس از مقایسه آن‌ها با جداول CLSI 2013، نتایج به‌صورت حساس (Sensitive)، حدواسط (Intermediate) و مقاوم (Resistant) گزارش گردید. دیسک‌های آنتی‌بیوتیک استفاده شده در این تحقیق از شرکت MAST تهیه شده و شامل سفنازیدیم (۳۰ µg)، سفیم (۳۰ µg)، سفتریاکسون (۳۰ µg)، سفالوتین (۳۰ µg)، پی‌پراسیلین/تازوباکتام (۱۰۰ µg/۱۰ µg)، ایمپنم (۱۰ µg)، مروپنم (۱۰ µg)، آمیکاسین (۳۰ µg)، نالیدیکسیک اسید (۳۰ µg)، تتراسیکلین (۳۰ µg)، تری‌متوپریم-سولفامتوکسازول (۳۰ µg)، نیتروفوراتونین (۳۰۰ µg) و سیپروفلوکساسین (۳۰ µg) بود. از سویه *کلبسیلا پنومونیه* ATCC 700603 به‌عنوان کنترل مثبت و از سویه *E. coli* ATCC 25922 به‌عنوان کنترل منفی استفاده شد. جهت بررسی فنوتیپی ایزوله‌های مولد MBLs از روش دیسک ترکیبی استفاده شد. ایزوله‌های مقاوم به ایمپنم با استفاده از دیسک‌های

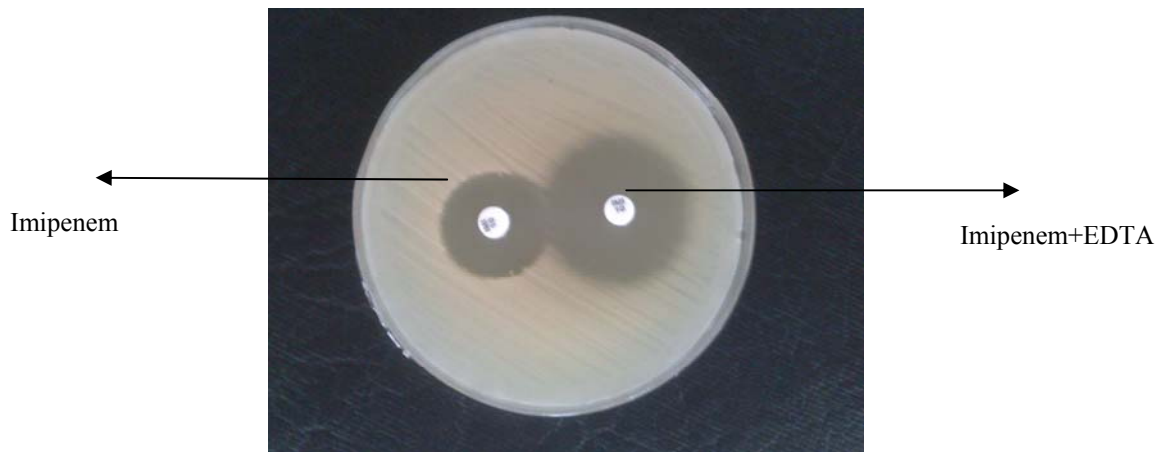
سن و جنس متفاوت است. میزان عفونت در نوزادان پسر و دختر تقریباً مساوی است و با افزایش سن میزان عفونت در پسران کاهش می‌یابد، ولی در دختران تا حدود سن ده سالگی در همان میزان قبلی باقی می‌ماند. به‌طور کلی عفونت اداری در زنان بیش‌تر از مردان است و در زنان با شروع دوره تولید مثل عفونت افزایش می‌یابد. در مردان از حدود سن ۵۰ سالگی، میزان عفونت اداری زیاد می‌شود. افزایش عفونت اداری در این دوره سنی به هایپرتروفی پروستات مربوط می‌باشد [۸]. عفونت دستگاه اداری دارای علائم کلینیکی مانند اورتریت، سیست، و پیلونفریت حاد و مزمن می‌باشد [۹]. عفونت‌های ایجاد شده توسط ایزوله‌های مقاوم به چند دارو برای *کلبسیلا پنومونیه* به‌طور فزاینده‌ای در بسیاری از بیمارستان‌ها و مراکز درمانی گزارش شده است. علی‌رغم تولید بتالاکتام‌های وسیع‌الطیف *کلبسیلا پنومونیه* به‌عنوان عامل مقاوم به چند دارو از قبیل مقاومت به فلوروکینولون‌ها، آمینوگلیکوزیدها و تری‌متوپریم-سولفامتوکسازول شناخته شده است [۱۰]. متالوبتالاکتام‌ها (MBL) آنزیم‌هایی هستند که توسط باسیل‌های گرم منفی مانند *کلبسیلا پنومونیه* تولید شده و این سویه‌ها را نسبت به کارباپنم مقاوم می‌سازند، در نتیجه *کلبسیلا*های حامل ژن‌های متالوبتا-لاکتاماز یک تهدید کلینیکی جدی به‌شمار می‌آیند [۱۰]. در مطالعات مختلف شیوع مقاومت آنتی‌بیوتیکی متفاوت بوده است. در مطالعه کلانتر و همکاران در سال ۱۳۸۶ که ظهور مقاومت به ایمپنم را در شهر کرمان گزارش نمودند، از مجموع ۲۷۶ نمونه کلینیکی ۳۸ مورد *کلبسیلا* به‌دست آمد که در ۲ مورد آنها متالوبتالاکتاماز با روش فنوتیپی شناسایی شد [۱۱]. در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۹۲ توسط شهرکی در شهرکرد صورت گرفت، از نمونه اداری ۱۲۲ بیمار، ۸۶ زن (۷۰/۴۹ درصد) و ۳۶ مرد (۲۹/۵۱ درصد) *کلبسیلا پنومونیه* جدا شد. هم‌چنین، در این مطالعه بررسی الگوی حساسیت آنتی‌بیوتیکی با روش دیسک-دیفیوژن صورت گرفت که بیشترین مقاومت به نیتروفوراتونین؛ ۵۳/۳ درصد، و بیشترین حساسیت به آمیکاسین و ایمپنم؛ ۹۴/۷ درصد بود [۱۲]. در مطالعه آهنگرزاده رضایی و همکاران که در سال ۱۳۸۹ در زنجان صورت گرفت، از مجموع ۷۶۵۵ نمونه ادارار، ۷۲ مورد *کلبسیلا پنومونیه* جداسازی شد. بیشترین مقاومت به نیتروفوراتونین؛ ۹۴/۴۴ درصد، و بیشترین حساسیت به ایمپنم؛ ۲۰/۸۳ درصد گزارش شد [۱۳]. در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۵ در سائوپائولوی برزیل روی نمونه‌های اداری صورت گرفت، از ۱۸۴۷ نمونه اداری، ۳۶ درصد *کلبسیلا پنومونیه* جداسازی شد و میزان مقاومت به کارباپنم‌ها ۲۰/۷ درصد

مبتلا به عفونت ادراری کلبسیلا پنومونیه بودند و آزمون آماری مجذور کای مشخص نمود که ابتلا به این باکتری در هر دو جنس برابر نیست و در زنان بیشتر است ($P < 0/0001$). در بین این افراد ۱۹۸ نمونه (۴۳/۳ درصد) به صورت سرپایی و ۲۵۹ نمونه (۵۶/۷ درصد) به صورت بستری بودند و آزمون آماری مجذور کای مشخص نمود که بین نمونه‌های سرپایی و بستری اختلاف معنی‌داری وجود داشته و آلودگی به این باکتری در بخش‌های بستری بیشتر می‌باشد ($P = 0/004$). آنتی‌بیوگرام ایزوله‌های کلبسیلا پنومونیه بر اساس استاندارد CLSI 2013 انجام گردید، توزیع فراوانی الگوی مقاومت در ایزوله‌های کلبسیلا پنومونیه جدا شده از نمونه‌های ادراری بر حسب جنس در جدول شماره ۱ درج شده است. آنتی‌بیوتیک‌های انتخابی از تمام خانواده‌های آنتی‌بیوتیکی حداقل یک دارو در نظر گرفته شد. از تعداد ۴۵۷ سویه کلبسیلا پنومونیه، ۱۱۷ نمونه مقاوم یا حدواسط به ای‌پی‌نم بوده و ۹۳/۲ درصد ایزوله‌های مقاوم به ای‌پی‌نم (جدول شماره ۲)، مولد متالوبتالاکتاماز بودند. شکل شماره ۱ کلبسیلا پنومونیه مولد متالوبتالاکتاماز را نشان می‌دهد.

ایمی‌پنم (۱۰ µg) و ای‌پی‌نم+EDTA مورد مطالعه قرار گرفتند. پس از انکوباسیون به مدت ۲۴ ساعت در ۳۷ درجه سانتی‌گراد تولید MBLs از طریق افزایش قطر هاله عدم رشد به اندازه ۷ میلی‌متر یا بیشتر در اطراف دیسک ای‌پی‌نم+EDTA در مقایسه با دیسک ای‌پی‌نم مشخص گردید. اطلاعات بیماران شامل جنس و نوع مراجعه (بستری یا سرپایی) با کسب اجازه و هماهنگی از دفاتر آزمایشگاه‌های بیمارستان‌ها استخراج شده و به همراه نتایج آزمایشات وارد فرم جمع‌آوری اطلاعات گردید. داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و با آزمون مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج به صورت آمار توصیفی و تحلیلی ارائه گردیدند.

نتایج

در این مطالعه مقطعی طی بهمن ماه ۱۳۹۲ تا بهمن ماه ۱۳۹۳ تعداد ۳۱۶۵ نمونه ادراری کشت داده شد که ۵۷/۱ درصد آن‌ها، یعنی ۱۸۰۷ نمونه کشت، مثبت شد. و از بین آن‌ها ۴۵۷ نمونه (۲۵/۳ درصد) آلوده به کلبسیلا پنومونیه بودند. در این مطالعه ۱۷۱ نفر (۳۷/۴ درصد) مرد و ۲۸۶ نفر (۶۲/۶ درصد) زن



شکل شماره ۱- کلبسیلا پنومونیه مولد متالوبتالاکتاماز. افزایش هاله عدم رشد به میزان ۷ میلی‌متر یا بیشتر در اطراف دیسک ای‌پی‌نم+EDTA در مقایسه با دیسک ای‌پی‌نم به‌تنهایی نشانه تولید آنزیم متالوبتالاکتاماز می‌باشد.

جدول شماره ۱- توزیع درصد فراوانی الگوی مقاومت آنتی‌بیوتیکی در ایزوله‌های کلبسیلا پنومونیه جدا شده از عفونت ادراری بیماران بر حسب زن و مرد در

بیمارستان‌های شهر قم طی سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۳

P	جمع کل	مقاوم (درصد)	حدواسط (درصد)	حساس (درصد)	جنسیت	آنتی‌بیوتیک
۰/۶۴۹	۱۷۲ (۳۷/۶)	۲۲ (۴/۸)	۲۴ (۵/۲)	۱۲۶ (۲۷/۶)	مرد	IMI
	۲۸۵ (۶۲/۴)	۲۹ (۶/۴)	۴۲ (۹/۲)	۲۱۴ (۴۶/۸)	زن	ایمی‌پنم
-	۴۵۷ (۱۰۰)	۵۱ (۱۱/۲)	۶۶ (۱۴/۴)	۳۴۰ (۷۴/۴)	-	جمع کل
۰/۷۲۶	۱۷۲ (۳۷/۶)	۲۱ (۴/۶)	۲۳ (۵/۱)	۱۲۸ (۲۸)	مرد	MEM
	۲۸۵ (۶۲/۴)	۳۳ (۷/۲)	۲۷ (۵/۹)	۲۲۵ (۷۱/۱)	زن	مروپنم
-	۴۵۷ (۱۰۰)	۵۴ (۱۱/۸)	۵۰ (۱۱)	۳۵۳ (۷۷/۲)	-	جمع کل
۰/۳۶۷	۱۷۲ (۳۷/۶)	۴۰ (۸/۸)	۱۳ (۲/۸)	۱۱۹ (۲۶)	مرد	CPM
	۲۸۵ (۶۲/۴)	۸۲ (۱۷/۹)	۱۴ (۳/۱)	۱۸۹ (۴۱/۴)	زن	سفینیم
-	۴۵۷ (۱۰۰)	۱۲۲ (۲۶/۷)	۲۷ (۵/۹)	۳۰۸ (۶۷/۴)	-	جمع کل
۰/۸۹	۱۷۲ (۳۷/۶)	۳۳ (۷/۲)	۲۹ (۶/۳)	۱۱۰ (۲۴/۱)	مرد	PTZ
	۲۸۵ (۶۲/۴)	۵۳ (۱۱/۶)	۵۲ (۱۱/۴)	۱۸۰ (۳۹/۴)	زن	پیپراسیلین-تازوباکتام
-	۴۵۷ (۱۰۰)	۸۶ (۱۸/۸)	۸۱ (۱۷/۷)	۲۹۰ (۶۳/۵)	-	جمع کل
۰/۷۳۹	۱۷۲ (۳۷/۶)	۱۱۶ (۲۵/۴)	۳۰ (۶/۶)	۲۶ (۵/۷)	مرد	NI
	۲۸۵ (۶۲/۴)	۲۰۲ (۴۴/۲)	۴۵ (۹/۸)	۳۸ (۸/۳)	زن	نیتروفانتونین
-	۴۵۷ (۱۰۰)	۳۱۸ (۶۹/۶)	۷۵ (۱۶/۴)	۶۴ (۱۴)	-	جمع کل
۰/۵۸۱	۱۷۲ (۳۷/۶)	۷۱ (۱۵/۵)	۱۶ (۳/۵)	۸۵ (۱۸/۶)	مرد	T
	۲۸۵ (۶۲/۴)	۱۳۰ (۲۸/۵)	۲۸ (۶/۱)	۱۲۷ (۲۷/۸)	زن	تراسیکلین
-	۴۵۷ (۱۰۰)	۲۰۱ (۴۴)	۴۴ (۹/۶)	۲۱۲ (۴۶/۴)	-	جمع کل
۰/۸۷۲	۱۷۲ (۳۷/۶)	۴۵ (۹/۹)	۱۶ (۳/۵)	۱۱۱ (۲۴/۳)	مرد	CIP
	۲۸۵ (۶۲/۴)	۷۵ (۱۶/۴)	۲۳ (۵)	۱۸۷ (۴۰/۹)	زن	سیپروفلوکساسین
-	۴۵۷ (۱۰۰)	۱۲۰ (۲۶/۳)	۳۹ (۸/۵)	۲۹۸ (۶۵/۲)	-	جمع کل
۰/۶۸۱	۱۷۲ (۳۷/۶)	۸۱ (۱۷/۷)	۶۲ (۱۳/۶)	۲۹ (۶/۳)	مرد	NA
	۲۸۵ (۶۲/۴)	۱۴۱ (۳۰/۹)	۹۱ (۱۹/۹)	۵۳ (۱۱/۶)	زن	نالیدیکسیک اسید
-	۴۵۷ (۱۰۰)	۲۲۲ (۴۸/۶)	۱۵۳ (۳۳/۵)	۸۲ (۱۷/۹)	-	جمع کل
۰/۶۲۸	۱۷۲ (۳۷/۶)	۱۱ (۲/۴)	۶ (۱/۳)	۱۵۵ (۳۳/۹)	مرد	AK
	۲۸۵ (۶۲/۴)	۱۷ (۳/۷)	۹ (۲)	۲۵۹ (۵۶/۷)	زن	آمیکاسین
-	۴۵۷ (۱۰۰)	۲۸ (۶/۱)	۱۵ (۳/۳)	۴۱۴ (۹۰/۶)	-	جمع کل
۰/۹۳۳	۱۷۲ (۳۷/۶)	۱۳۰ (۲۸/۴)	۷ (۱/۵)	۳۵ (۷/۷)	مرد	TS
	۲۸۵ (۶۲/۴)	۲۱۰ (۴۶)	۱۳ (۲/۹)	۶۲ (۱۳/۵)	زن	تری‌متوپریم سولفامتوکسازول
-	۴۵۷ (۱۰۰)	۳۴۰ (۷۴/۴)	۲۰ (۴/۴)	۹۷ (۲۱/۲)	-	جمع کل
۰/۷۹۸	۱۷۲ (۳۷/۶)	۶۹ (۱۵/۱)	۱۴ (۳/۱)	۸۹ (۱۹/۵)	مرد	CAZ
	۲۸۵ (۶۲/۴)	۱۱۷ (۲۵/۶)	۲۸ (۶/۱)	۱۴۰ (۳۰/۶)	زن	سفتازیدیم
-	۴۵۷ (۱۰۰)	۱۸۶ (۴۰/۷)	۴۲ (۹/۲)	۲۲۹ (۵۰/۱)	-	جمع کل
۰/۶۴۹	۱۷۲ (۳۷/۶)	۹۱ (۱۹/۹)	۱۰ (۲/۲)	۷۱ (۱۵/۵)	مرد	CTR
	۲۸۵ (۶۲/۴)	۹۹ (۲۱/۷)	۲۸ (۶/۱)	۱۵۸ (۳۴/۶)	زن	سفتریاکسون
-	۴۵۷ (۱۰۰)	۱۹۰ (۴۱/۶)	۳۸ (۸/۳)	۲۲۹ (۵۰/۱)	-	جمع کل
۰/۷۲۶	۱۷۲ (۳۷/۶)	۱۱۴ (۲۴/۹)	۱۳ (۲/۹)	۴۵ (۹/۸)	مرد	CEP
	۲۸۵ (۶۲/۴)	۱۲۷ (۲۷/۸)	۱۷ (۳/۷)	۱۴۱ (۳۰/۹)	زن	سفالوتین
-	۴۵۷ (۱۰۰)	۲۴۱ (۵۲/۷)	۳۰ (۶/۶)	۱۸۶ (۴۰/۷)	-	جمع کل

آزمون آماری مجذور کای مشخص نمود که بین دو گروه زن و مرد از لحاظ مقاومت به آنتی‌بیوتیک‌ها اختلاف معنی‌داری وجود ندارد.

جدول شماره ۲- توزیع درصد فراوانی الگوی مقاومت آنتی‌بیوتیکی در ایزوله‌های کلبسیلا پنومونیه جدا شده از عفونت ادراری بیماران بر حسب بستری و سرپایی در

بیمارستان‌های شهر قم طی سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۳

آنتی‌بیوتیک	بخش	حساس (درصد)	حدواسط (درصد)	مقاوم (درصد)	جمع کل	P
IMI ایمی‌پنم	سرپایی	۱۶۸ (۳۶/۸)	۲۳ (۵)	۷ (۱/۶)	۱۹۸ (۴۳/۳)	<۰/۰۰۰۱
	بستری	۱۷۲ (۳۷/۶)	۴۳ (۹/۴)	۴۴ (۹/۶)	۲۵۹ (۵۶/۷)	
جمع کل	-	۳۴۰ (۷۴/۴)	۶۶ (۱۴/۴)	۵۱ (۱۱/۲)	۴۵۷ (۱۰۰)	-
MEM مروپنم	سرپایی	۱۶۹ (۳۷)	۲۱ (۴/۶)	۸ (۱/۸)	۱۹۸ (۴۳/۳)	<۰/۰۰۰۱
	بستری	۱۸۴ (۴۰/۲)	۲۹ (۶/۴)	۴۶ (۱۰)	۲۵۹ (۵۶/۷)	
جمع کل	-	۳۵۳ (۷۷/۲)	۵۰ (۱۱)	۵۴ (۱۱/۸)	۴۵۷ (۱۰۰)	-
CPM سفپیم	سرپایی	۱۴۱ (۳۰/۹)	۱۱ (۲/۴)	۴۶ (۱۰/۱)	۱۹۸ (۴۳/۳)	۰/۳۲۸
	بستری	۱۶۷ (۳۶/۵)	۱۶ (۳/۵)	۷۶ (۱۶/۶)	۲۵۹ (۵۶/۷)	
جمع کل	-	۳۰۸ (۶۷/۴)	۲۷ (۵/۹)	۱۲۲ (۲۶/۷)	۴۵۷ (۱۰۰)	-
PTZ پیپراسیلین-تازوباکتام	سرپایی	۱۳۹ (۳۰/۴)	۳۶ (۷/۹)	۲۳ (۵)	۱۹۸ (۴۳/۳)	۰/۰۰۳
	بستری	۱۵۱ (۳۳/۱)	۴۵ (۹/۸)	۶۳ (۱۳/۸)	۲۵۹ (۵۶/۷)	
جمع کل	-	۲۹۰ (۶۳/۵)	۸۱ (۱۷/۷)	۸۶ (۱۸/۸)	۴۵۷ (۱۰۰)	-
NI نیتروفانتوئین	سرپایی	۳۱ (۶/۸)	۳۸ (۸/۳)	۱۲۹ (۲۸/۲)	۱۹۸ (۴۳/۳)	۰/۲۰۱
	بستری	۳۳ (۷/۲)	۳۷ (۸/۱)	۱۸۹ (۴۱/۴)	۲۵۹ (۵۶/۷)	
جمع کل	-	۶۴ (۱۴)	۷۵ (۱۶/۴)	۳۱۸ (۶۹/۶)	۴۵۷ (۱۰۰)	-
T تتراسیکلین	سرپایی	۱۰۹ (۲۳/۹)	۲۱ (۴/۶)	۶۸ (۱۴/۹)	۱۹۸ (۴۳/۳)	<۰/۰۰۱
	بستری	۱۰۳ (۲۲/۵)	۲۳ (۵)	۱۳۳ (۲۹/۱)	۲۵۹ (۵۶/۷)	
جمع کل	-	۲۱۲ (۴۶/۴)	۴۴ (۹/۶)	۲۰۱ (۴۴)	۴۵۷ (۱۰۰)	-
CIP سیپروفلوکسازین	سرپایی	۱۲۸ (۲۸)	۱۹ (۴/۱)	۵۱ (۱۱/۲)	۱۹۸ (۴۳/۳)	۰/۳۷۹
	بستری	۱۷۰ (۳۷/۲)	۲۰ (۴/۴)	۶۹ (۱۵/۱)	۲۵۹ (۵۶/۷)	
جمع کل	-	۲۹۸ (۶۵/۲)	۳۹ (۸/۵)	۱۲۰ (۲۶/۳)	۴۵۷ (۱۰۰)	-
NA نالیدیکسیک اسید	سرپایی	۴۰ (۸/۷)	۶۷ (۱۴/۷)	۹۱ (۱۹/۹)	۱۹۸ (۴۳/۳)	۰/۴۲۹
	بستری	۴۲ (۹/۲)	۸۶ (۱۸/۸)	۱۳۱ (۲۸/۷)	۲۵۹ (۵۶/۷)	
جمع کل	-	۸۲ (۱۷/۹)	۱۵۳ (۳۳/۵)	۲۲۲ (۴۸/۶)	۴۵۷ (۱۰۰)	-
AK آمیکاسین	سرپایی	۱۹۵ (۴۲/۷)	۴ (۰/۹)	۴ (۰/۹)	۱۹۸ (۴۳/۳)	<۰/۰۰۱
	بستری	۲۱۹ (۴۷/۹)	۱۱ (۲/۴)	۲۴ (۵/۲)	۲۵۹ (۵۶/۷)	
جمع کل	-	۴۱۴ (۹۰/۶)	۱۵ (۳/۳)	۲۸ (۶/۱)	۴۵۷ (۱۰۰)	-
TS تریمتوپریم سولفامتوکسازول	سرپایی	۶۲ (۱۳/۶)	۷ (۱/۵)	۱۲۹ (۲۸/۲)	۱۹۸ (۴۳/۳)	<۰/۰۰۰۱
	بستری	۳۵ (۷/۶)	۱۳ (۲/۹)	۲۱۱ (۴۶/۲)	۲۵۹ (۵۶/۷)	
جمع کل	-	۹۷ (۲۱/۲)	۲۰ (۴/۴)	۳۴۰ (۷۴/۴)	۴۵۷ (۱۰۰)	-
CAZ سفنازیدیم	سرپایی	۱۰۶ (۲۳/۲)	۱۸ (۴)	۷۴ (۱۶/۲)	۱۹۸ (۴۳/۳)	۰/۴۸۹
	بستری	۱۲۳ (۲۶/۹)	۲۴ (۵/۲)	۱۱۲ (۲۴/۵)	۲۵۹ (۵۶/۷)	
جمع کل	-	۲۲۹ (۵۰/۱)	۴۲ (۹/۲)	۱۸۶ (۴۰/۷)	۴۵۷ (۱۰۰)	-
CTR سفترایکسون	سرپایی	۱۰۱ (۲۲/۱)	۱۳ (۲/۸)	۸۴ (۱۸/۴)	۱۹۸ (۴۳/۳)	<۰/۰۰۰۱
	بستری	۱۲۸ (۲۸)	۲۵ (۵/۵)	۱۰۶ (۲۳/۲)	۲۵۹ (۵۶/۷)	
جمع کل	-	۲۲۹ (۵۰/۱)	۳۸ (۸/۳)	۱۹۰ (۴۱/۶)	۴۵۷ (۱۰۰)	-
CEP سفالوتین	سرپایی	۸۰ (۱۷/۵)	۴ (۰/۹)	۱۱۴ (۲۴/۹)	۱۹۸ (۴۳/۳)	<۰/۰۰۰۱
	بستری	۱۰۶ (۲۳/۲)	۲۶ (۵/۷)	۱۲۷ (۲۷/۸)	۲۵۹ (۵۶/۷)	
جمع کل	-	۱۸۶ (۴۰/۷)	۳۰ (۶/۶)	۲۴۱ (۵۲/۷)	۴۵۷ (۱۰۰)	-

آزمون آماری مجذور کای مشخص نمود که اختلاف بین مقاومت به آنتی‌بیوتیک‌های IMI، MEM، PTZ، T، AK، TS، CTR و CEP در بخش‌های بستری و سرپایی معنی‌دار می‌باشد.

بحث

زمان می‌تواند باعث نارسایی کلیوی شود [۱۶]. شیوع کلبسیلا پنومونیه در عفونت ادراری در این تحقیق ۲۵/۳ درصد بود (هم بیماران بستری و هم سرپایی) که نسبت به مطالعه Meneguetti و

کلبسیلا پنومونیه عامل بیش از ۱۵-۵ درصد موارد UTI در تمام رده‌های سنی است [۱۵]. درمان نامناسب UTI با گذشت

گردند و طیف سویسترای وسیعی دارند؛ به طوری که همه بتالاکتام-ها، به جز مونوباکتام‌ها، آرترون‌ها هیدرولیز می‌کنند. تعداد ۱۲۵ تحقیق مختلف نشان می‌دهند که شیوع ایزوله‌های MBL مثبت در عفونت بیمارستانی در حال گسترش است [۲۲]. در مطالعه حاضر درصد شیوع متالوبتالاکتاماز در کل کلبسیلا پنومونیه ۲۳/۹ درصد گزارش شد که نسبت به مطالعه کلاتر و همکاران در سال ۲۰۱۰ در کرمان [۲۳] بالاتر می‌باشد و علت آن می‌تواند تفاوت ژنتیکی سویه-های کلبسیلا پنومونیه باشد، ولی با مطالعه Enwuru و همکاران در سال ۲۰۱۱ در نیجریه هم‌خوانی دارد [۲۴]. امروزه در تمام دنیا مقاومت در باسیل‌های گرم منفی یک مشکل روبه‌افزایش است؛ به همین دلیل شناسایی الگوی مقاومت میکروب‌ها در هر بیمارستان برای موفقیت پزشکان در درمان صحیح بیماران الزامی می‌باشد.

نتیجه‌گیری

تولید آنزیم‌های متالوبتالاکتاماز در سویه‌های کلبسیلا پنومونیه در تحقیق حاضر بالا می‌باشد که سبب ایجاد مقاومت به کاربام‌ها از جمله ایمی‌پنم و مروپنم می‌شود. بنابراین، شناسایی ژن‌های تولیدکننده متالوبتالاکتاماز می‌تواند به‌عنوان هدف در شیوه درمانی مورد بررسی‌های بیشتری قرار گیرند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد میکروب‌شناسی و طرح تحقیقاتی شماره ۹۲۱۳۱، مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کاشان می‌باشد. پژوهشگران از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کاشان، سرکار خانم دکتر رضوان منیری مدیر محترم گروه میکروب‌شناسی که در پیشبرد این تحقیق یاری ارزنده و سودمند داشته‌اند، قدردانی به عمل می‌آورند.

References:

- [1] Arslan H, Azap OK, Ergönül O, Timurkaynak F. Urinary Tract Infection Study Group. Risk factors for ciprofloxacin resistance among *Escherichia coli* strains isolated from community-acquired urinary tract infections in Turkey. *J Antimicrob Chemother* 2005; 56(5): 914-8.
- [2] Stock I, Wiedemann B. Natural antibiotic susceptibility of *Klebsiella pneumoniae*, *K. oxytoca*, *K. planticola*, *K. ornithinolytica* and *K. terrigena* strains. *J Med Microbiol* 2001; 50(5): 396-406.
- [3] Tankhiwale SS, Jalgaonkar VS, Ahamad S, Hassani U. Extended spectrum beta-lactamase in urinary isolates. *Indian J Med Res* 2004; 120(7): 553-6.

همکاران در سال ۲۰۱۵ در برزیل که شیوع ۳۶ درصد داشت، کمتر است و می‌تواند به‌علت تفاوت در نمونه بیماران (صرفاً بستری) در مطالعه مذکور باشد [۱۴]. ولی با مطالعه Ravichitra و همکاران در سال ۲۰۱۳ در هند (۲۵/۶ درصد) هم‌خوانی دارد [۱۷]. به‌طور کلی شیوع UTI در مطالعه ما در زنان بیش‌تر از مردان بود که این می‌تواند به‌خاطر تفاوت در آناتومی مجاری ادراری آن‌ها باشد و این نتیجه در مطالعات دیگر نیز دیده شده است. در مطالعه شهرکی و همکاران در سال ۲۰۱۳ در شهرکرد از ۱۲۲ نمونه ادراری، کلبسیلا پنومونیه در ۷۰/۵ درصد زنان و ۲۹/۵ درصد مردان جدا شده بود [۱۲]. در تحقیق حاضر مقاومت به ایمی‌پنم ۲۳/۲ درصد به‌دست آمد که با مطالعه هاشمی‌زاده و همکاران در سال ۲۰۱۲ در شهرکرد (۲۲/۸ درصد) [۱۸] و مطالعه رضایی و همکاران در سال ۲۰۱۰ در زنجان (۲۰/۸ درصد) هم‌خوانی دارد [۱۹]. ولی نسبت به مطالعه Ravichitra و همکاران در سال ۲۰۱۳ در هند (۱۰/۱ درصد) بیشتر [۱۷] و نسبت به مطالعه Metwally و همکاران در سال ۲۰۱۳ در مصر (۴۴/۴ درصد) کمتر می‌باشد که این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت الگوی مصرف آنتی‌بیوتیکی و محل اکتساب عفونت باشد [۲۰]. بیشترین حساسیت آنتی‌بیوتیکی در این تحقیق مربوط به آمیکاسین و بیشترین مقاومت مربوط به تری‌متوپریم-سولفامتوکسازول بود که با مطالعه شهرکی و همکاران در سال ۲۰۱۳ در شهرکرد [۱۲] هم‌خوانی دارد. کربام‌ها، اساساً ایمی‌پنم و مروپنم، داروهای انتخابی برای درمان عفونت‌های ناشی از باسیل‌های گرم منفی مقاوم به سفالوسپورین‌ها یا پنی‌سیلین‌ها هستند. همچنین، در درمان عفونت‌های سخت استفاده می‌شوند که این به‌دلیل طیف وسیع فعالیت آنها و پایداری‌شان در برابر اکثر آنزیم‌های بتالاکتاماز می‌باشد [۲۱]. متالوبتالاکتامازها به کاتیون‌های دو ظرفیتی (مانند فلز روی) به‌عنوان کوفکتور برای فعالیت آنزیمی خود نیاز دارند. متالوبتالاکتامازها آنزیم‌هایی هستند که توسط کروموزوم‌ها و یا پلاسمیدها کد می‌-

- [4] Dobrindt U. Patho Genomics of *Escherichia coli*. *Int J Med Microbiol* 2005; 295(6-7): 357-71.
- [5] Johnson JR, Russo TA. Molecular epidemiology of extraintestinal pathogenic uropathogenic *Escherichia coli*. *Int J Med Microbiol* 2005; 295(6-7): 383-404.
- [6] Li Q, Lee JY, Castillo R, Hixon MS, Pujol C, Doppalapudi VR, et al. a novel antibacterial agent with broad-spectrum activity and enhanced potency against beta-lactamase-producing strains. *Antimicrob Agents Chemother* 2002; 46(5): 1262-8.
- [7] Lucas MJ, Cunningham FG. Urinary infection in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1993; 36(4): 855-68.

- [8] Struve C, Krogfelt KA. In vivo detection of *Escherichia coli* type 1 fimbrial expression and phase variation during experimental urinary tract infection. *Microbiology* 1999; 145 (Pt 10): 2683-90.
- [9] Wellens A, Garofalo C, Nguyen H, Van Gerven N, Slättegård R, Hernalsteens JP, et al. Intervening with urinary tract infections using anti-adhesives based on the crystal structure of the FimH oligomannose-3 complex. *PLoS One* 2008; 3(4): e2040.
- [10] Stock I, Wiedemann B. Natural antibiotic susceptibility of *Klebsiella pneumoniae*, *K. oxytoca*, *K. planticola*, *K. ornithinolytica* and *K. terrigena* strains. *J Med Microbiol* 2001; 50(5): 396-406.
- [11] Kalantar D, Mansori SH, Razavi M. Emergence of Imipenem Resistance and Presence of Metallo-Lactamases Enzymes in Multi Drug Resistant Gram Negative Bacilli Isolated from Clinical Samples in Kerman, 2007-2008. *J Kerman Univ Med Sci* 2010; 17(3): 208-14.
- [12] Shahraki Sh. Colleague Pattern of antibiotic resistance and prevalence of ESBLs in *klebsiella pneumoniae* from UTI. *Sci Institue* 2013; 8(4): 32.
- [13] Langarizadeh N, Ahangarzadeh M. Prevalence of multi-drug resistant (MDR) *Klebsiella pneumoniae* among children and adults with urinary tract infection referred to Tabriz teaching hospitals. *Quarterly J Biological Sci* 2011.4(1):9-17.
- [14] Meneguetti MG, Pereira MF, Bellissimo-Rodrigues F, Garcia TM, Saber LT, Nardim ME, et al. Study of the risk factors related to acquisition of urinary tract infections in patients submitted to renal transplant. *Rev Soc Bras Med Trop* 2015; 48(3): 285-90.
- [15] Bush K, Jacoby GA. Updated Functional Classification of β -lactamases. *Antimicrob Agents Chemother* 2010; 54(3): 969-76.
- [16] Green VL, Verma A, Owens RJ, Phillips SE, Carr SB. Structure of New Delhi Metallo- β -Lactamase 1 (NDM-1). *Acta Crystallogr Sect F Struct Biol Cryst Commun* 2011; 67(Pt10): 1160-4.
- [17] Ravichitra P. Hema Prakash Isolation and antibiotic sensitivity of *Klebsiella pneumoniae* from pus, sputum and urine samples. *J Curr Microbiol* 2014; 3(3): 115-9.
- [18] Hashemizadeh F, Zamanzadeh B. Identification of *Klebsiella pneumoniae* producing broadspectrum beta-lactamases in clinical samples in Iran. *Yafte* 2013; 15(1): 105-14.
- [19] Langarizadeh N, Ahangarzadeh RM, Aghazadeh M, Hasani A. Prevalence of multi-drug resistant (MDR) *Klebsiella pneumoniae* among children and adults with urinary tract infection referred to Tabriz teaching hospitals. *Quarterly J Biological Sci* 2011; 4(1): 9-17.
- [20] Metwally L, Gomaa N, Attallah M, Kamel N. High prevalence of *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase-mediated resistance in *K. pneumoniae* isolates from Egypt/Prévalence élevée de la résistance de *Klebsiella pneumoniae* médiée par les carbapénémases dans des isolats de *K. pneumoniae* en Égypte. *Eastern Mediterranean Health J* 2013; 19(11): 947.
- [21] Christine Lascols,a Gisele Peirano,b,c Meredith Hackel, Surveillance and Molecular Epidemiology of *Klebsiella pneumoniae* Isolates That Produce carbapenemases: First Report of OXA-48-Like Enzymes in North American. *Society Microbiol* 2013; 57(5): 1.
- [22] Hoyle BD, Jass J, Costerton JW. The biofilm glycocalyx as a resistance factor. *J Antimicrob Chemother* 2007; 26(1): 1-5.
- [23] Kalantar D, Mansori SH, Razavi M. Emergence of Imipenem Resistance and Presence of Metallo-Lactamases Enzymes in Multi Drug Resistant Gram Negative Bacilli Isolated from Clinical Samples in Kerman, 2007-2008. *J Kerman Univ Med Sci* 2010; 17(3): 208-14.
- [24] Enwuru NV, Enwuru CA, Ogonnia SO, Adepoju-Bello AA. Metallo- β -lactamase production by *Escherichia coli* and *Klebsiella* species isolated from hospital and community subjects in Lagos, Nigeria. *Nat Sci* 2011; 9(11): 1-5.