

گزارش کوتاه

مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

دوره ۱۷، فروردین ۱۳۹۷، ۸۴-۷۵

بررسی فراوانی و الگوی مقاومت آنتی بیوتیکی /شریشیاکلی و کلبسیلا پنومونیه جدا شده از عفونت ادراری در بیماران سرپایی مراجعه کننده به بیمارستان امیرالمومنین علی (ع) شهرستان گراش در سال ۱۳۹۶: یک گزارش کوتاه

احمد جبرالدینی^۱، فاطمه حیدری^۲، سیده فائزه تقوی^۳، محمدرضا شکوه^۴

دریافت مقاله: ۹۶/۹/۲۲ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۶/۱۰/۲۴ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۶/۱۱/۱ پذیرش مقاله: ۹۶/۱۱/۲۸

چکیده

زمینه و هدف: عفونت دستگاه ادراری (Urinary tract infection) به وجود میکروب‌های بیماری‌زا در دستگاه ادراری اطلاق می‌شود. /شریشیاکلی و کلبسیلا پنومونیه شایع‌ترین باکتری‌های مسبب عفونت دستگاه ادراری می‌باشند. با توجه به وجود مکانیسم‌های مقاومت آنتی بیوتیکی متنوع، درمان این عفونت‌ها با مشکل مواجه شده است. بنابراین انتخاب آنتی بیوتیک مناسب در کنترل و بهبود عفونت نقش مؤثری دارد. لذا هدف از مطالعه حاضر تعیین فراوانی و الگوی مقاومت آنتی بیوتیکی در سویه‌های /شریشیاکلی و کلبسیلا پنومونیه جدا شده از بیماران سرپایی مبتلا به عفونت ادراری در بیمارستان امیرالمومنین علی (ع) شهرستان گراش است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی بر روی ۱۳۰۰ نمونه ادرار بیماران سرپایی مراجعه کننده به بیمارستان امیرالمومنین علی (ع) شهرستان گراش در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۶ انجام گرفت. سویه‌های مورد نظر با استفاده از آزمون‌های بیوشیمیایی و محیط‌های کشت افتراقی شناسایی و تعیین هویت شدند. الگوی مقاومت آنتی بیوتیکی سویه‌های مورد مطالعه به روش دیسک دیفیوژن (Kirby-Bauer) بررسی شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون آماری کای دو استفاده گردید.

یافته‌ها: از ۱۳۰۰ نمونه ادرار مورد مطالعه، نتیجه کشت ۲۴۷ (۱۹ درصد) نمونه مثبت شد. تعداد ۱۴۸ نمونه ادرار از نظر /شریشیاکلی و کلبسیلا پنومونیه مثبت (۱۱/۳ درصد) بود. از این تعداد ۱۰۸ سویه /شریشیاکلی (۷۲/۹۷ درصد) و ۴۰ سویه کلبسیلا پنومونیه (۲۷/۰۳ درصد) جدا شد. بیشترین و کمترین مقاومت آنتی بیوتیکی در /شریشیاکلی به ترتیب نالیدیکسیک اسید (۵۹/۳ درصد) و نیتروفرانتوئین (۲۲/۲ درصد) بود. در سویه‌های کلبسیلا پنومونیه بیشترین میزان مقاومت به نیتروفرانتوئین (۶۷/۵ درصد) و کمترین میزان مقاومت نسبت به سیپروفلوکساسین (۲۵ درصد) مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: عفونت دستگاه ادراری ناشی از /شریشیاکلی در مقایسه با کلبسیلا پنومونیه فراوانی بیشتری دارد. جهت درمان اولیه عفونت‌های ادراری استفاده از آنتی بیوتیک‌های نیتروفرانتوئین، سیپروفلوکساسین و کوتریموکسازول توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: عفونت دستگاه ادراری، /شریشیاکلی، کلبسیلا پنومونیه، الگوی مقاومت آنتی بیوتیکی، گراش

۱- مربی گروه آموزشی علوم آزمایشگاهی، دانشکده پیراپزشکی، دانشکده علوم پزشکی گراش، گراش، ایران

۲- (نویسنده مسئول) مربی گروه آموزشی پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشکده علوم پزشکی گراش، گراش، ایران

تلفن: ۰۷۱-۵۲۴۴۸۱۰۱، دورنگار: ۰۷۱-۵۲۴۴۶۶۳۳، پست الکترونیکی: heidari.f20@gmail.com

۳- کارشناس گروه آموزشی علوم آزمایشگاهی، دانشکده پیراپزشکی، دانشکده علوم پزشکی گراش، گراش، ایران

۴- دانشجوی کارشناسی ارشد ویروس شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

مقدمه

عفونت دستگاه ادراری (Urinary tract infection; UTI) شایع‌ترین عفونت خارج روده‌ای ایجاد شده توسط باکتری‌های خانواده انتروباکتریاسه است. عفونت دستگاه ادراری ممکن است فقط قسمت تحتانی (مثانه) را درگیر کند و یا قسمت‌های فوقانی (بافت کلیه) و تحتانی مجاری ادراری هر دو را درگیر کند. سیستیت (عفونت مثانه) و پیلونفریت (عفونت کلیه) اغلب به صورت بیماری حاد ظاهر پیدا می‌کنند، اما عفونت‌های مزمن و عودکننده نیز به طور شایع رخ می‌دهند. علائم و نشانه‌های این عفونت‌ها شامل تکرر ادرار، سوزش ادرار، درد پهلو و وجود خون در ادرار می‌باشد. UTI می‌تواند منجر به باکترمی همراه با علائم بالینی سپسیس شود. /شریشیاکلی شایع‌ترین عامل عفونت دستگاه ادراری و عامل ۸۰ درصد تا ۹۰ درصد عفونت‌های اولیه دستگاه ادراری در خانم‌های جوان است [۱].

عفونت ادراری به عنوان یک عامل تهدید کننده جدی برای سلامت افراد جامعه محسوب می‌شود زیرا عدم تشخیص و درمان صحیح به موقع آن می‌تواند باعث ایجاد عوارض شدیدی مانند اختلالات دستگاه ادراری، ایجاد اسکار در پارانشیم کلیه، فشارخون بالا، اورمی و در زنان حامله منجر به زایمان زودرس و حتی سقط جنین شود [۲]. این نوع عفونت‌ها توسط هر دو گروه باکتری‌های گرم منفی و گرم مثبت ایجاد می‌شود. /شریشیاکلی و کلبسیلا پنومونیه شایع‌ترین عوامل ایجاد کننده عفونت‌های دستگاه ادراری به شمار می‌روند. /استافیلوکوکوس ساپروفیتیکوس، پروتئوس میرابیلیس، /انتروکوکوس

فکالیس و سودوموناس /آئروژینوز/ نیز از عوامل مهم UTI به حساب می‌آیند [۱]. مقاومت آنتی‌بیوتیکی یکی از جدی‌ترین مشکلات بهداشت عمومی در سراسر جهان است. گزارش‌ها حاکی از آن است که انتخاب آنتی‌بیوتیک مناسب جهت درمان عفونت‌های دستگاه ادراری می‌بایست براساس الگوی مقاومت در مناطق جغرافیای مختلف، در دسترس بودن دارو و سابقه عدم آزرژی بیماران صورت پذیرد. باکتری‌های مورد بررسی در این مطالعه جزو خانواده انتروباکتریاسه می‌باشند. از سراسر جهان مقاومت خانواده انتروباکتریاسه نسبت به بتا لاکتامازهای وسیع الطیف (Extended-spectrum beta-lactamases) گزارش شده است. عفونت‌های ناشی از انتروباکتریاسه دارای مقاومت چندگانه نیاز به درمان آنتی‌بیوتیکی به موقع و مناسب برای بهبود و بقاء بیمار دارد [۳].

با توجه به متفاوت بودن گونه‌های باکتریایی مسبب عفونت‌های ادراری و الگوی مقاومت آنتی‌بیوتیکی آن‌ها در نقاط مختلف دنیا و نیز افزایش روزافزون مصرف آنتی‌بیوتیک و متعاقب آن افزایش مقاومت‌های آنتی‌بیوتیکی، بررسی عوامل میکروبی ایجاد کننده عفونت ادراری و الگوی مقاومت آنتی‌بیوتیکی آن‌ها در تمامی مناطق جغرافیایی، ضروری به نظر می‌رسد [۴].

لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی و الگوی مقاومت آنتی‌بیوتیکی سویه‌های /شریشیاکلی و کلبسیلا پنومونیه جدا شده از عفونت ادراری در بیماران سرپایی مراجعه کننده به بیمارستان امیرالمومنین علی (ع) شهرستان گراش انجام شد تا با بهره‌گیری از نتایج این پژوهش، علاوه بر کمک به پزشکان در انتخاب درمان

مناسب جهت بیماران، موجب کاهش هزینه‌های درمانی آنان نیز گردد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی از فروردین ماه لغایت شهریور ۱۳۹۶ بر روی ۱۳۰۰ نمونه ادرار بیماران سرپایی مراجعه کننده به بیمارستان امیرالمومنین علی (ع) شهرستان گراش انجام شد. نمونه ادرار از قسمت میانی جریان ادرار (Midstream) در ظروف استریل جمع‌آوری شد. بیماران با عدم سابقه بستری در بیمارستان و سوندگذاری و عدم مصرف آنتی‌بیوتیک به مدت دو هفته قبل از مراجعه به آزمایشگاه وارد مطالعه گردیدند. اطلاعات دموگرافیک بیماران مانند سن، جنس و نوع پذیرش ثبت گردید. سپس نمونه‌ها بر روی محیط‌های آگار خون‌دار (Blood Agar) (Merck, Germany) و آئوزین متیلن بلو آگار (EMB Agar) (Merck, Germany) کشت داده شدند.

نمونه‌هایی که تعداد کلنی آن‌ها پس از ۲۴ ساعت نگهداری در حرارت ۳۷ درجه سانتی‌گراد، مساوی و یا بیشتر از ۱۰^۵ باکتری در هر میلی لیتر محاسبه گردید، به عنوان نمونه عفونی تلقی شد. جهت شناسایی و تعیین هویت/شرشیا کلی و کلبسیلا پنومونیه از آزمون‌های بیوشیمیایی و محیط‌های کشت افتراقی از قبیل تولید اندول و حرکت (Sulfide Indole Motility; SIM)، تریپل شوگر آیرون آگار (Triple Sugar Iron Agar; TSI)، سیمون سیترات (Simmon citrate)، اوره آز (Urease)، متیل رد (Methyl Red)، وگس پرسکوئر (Voges-Proskauer) و لی‌زین دکربوکسیلاز (lysine decarboxylase; LD) استفاده شد [۵].

آزمون مقاومت آنتی‌بیوتیکی با به کارگیری ۱۱ دیسک آنتی‌بیوتیکی (پادتن طب، ایران) شامل: سفتازیدیم (۳۰ میکروگرم)، سفوتاکسیم (۳۰ میکروگرم)، ایمپی‌نم (۱۰

میکروگرم)، سفکسیم (۵ میکروگرم)، نیتروفورانتوئین (۳۰۰ میکروگرم)، کوتریموکسازول (۲۵ میکروگرم)، نالیدیکسیک اسید (۳۰ میکروگرم)، سیپروفلوکساسین (۵ میکروگرم)، جنتامایسین (۱۰ میکروگرم)، آمپی‌سیلین (۲۵ میکروگرم)، سفوکسیتین (۳۰ میکروگرم) به روش انتشار از دیسک (Disk Diffusion) پس از تهیه سوسپانسیون میکروبی معادل با کدورت نیم مک فارلند مطابق با دستورالعمل موسسه استانداردهای بالینی و آزمایشگاهی (Clinical and Laboratory Standards Institute; CLSI) 2016 انجام شد [۶].

جهت کنترل کیفی محیط‌های کشت و دیسک‌های آنتی‌بیوتیکی از سویه‌های استاندارد *Klebsiella pneumoniae* ATCC700603 و *Escherichia coli* ATCC25922 استفاده گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و آزمون آماری مجذور کای استفاده شد. سطح معنی‌داری آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه ۱۳۰۰ نمونه ادرار مورد بررسی قرار گرفت. شایع‌ترین باکتری بیماری‌زا جدا شده/شرشیا کلی بود که در ۱۰۸ مورد (۴۳/۷ درصد) از کشت‌ها جداسازی گردید. از این تعداد ۵۵ مورد (۵۰/۹ درصد) در جنس مذکر و ۵۳ مورد (۴۹/۱ درصد) در جنس مؤنث مشاهده شد. کلبسیلا پنومونیه در ۴۰ مورد (۱۶/۱ درصد) از کشت‌ها جداسازی شد که ۱۵ مورد (۳۷/۵ درصد) متعلق به جنس مذکر و ۲۵ مورد (۶۲/۵ درصد) مربوط به جنس مؤنث بود. آزمون مجذور کای نشان داد که فراوانی/شرشیا کلی ($P=0/469$) و کلبسیلا پنومونیه ($P=0/720$) در دو جنس مذکر و مؤنث تفاوت آماری معناداری وجود ندارد.

جدول ۱- توزیع فراوانی مقاومت آنتی بیوتیکی در سویه های اشریشیا کلی و کلبسیلا پنومونیه جدا شده از کشت ادرار بر حسب جنسیت

آنتی بیوتیک	اشریشیا کلی						کلبسیلا پنومونیه					
	مرد			زن			مرد			زن		
	مقاوم	نیمه حساس	حساس	مقاوم	نیمه حساس	حساس	مقاوم	نیمه حساس	حساس	مقاوم	نیمه حساس	حساس
P-Value	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد
	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)
سفوناکسیم	۲۷	۱	۲۷	۲۲	۰	۳۱	۵	۱	۹	۰	۱۶	۰/۴۲۵
	(۴۹/۱)	(۱/۸)	(۴۹/۱)	(۴۱/۵)	(۰)	(۵۸/۵)	(۳۳/۳)	(۶/۷)	(۶۰)	(۰)	(۶۴)	
سفتازیدیم	۱۷	۵	۳۳	۱۲	۰	۴۱	۶	۰	۹	۲	۱۵	۰/۵۰۴
	(۳۰/۹)	(۹/۱)	(۶۰)	(۲۲/۶)	(۰)	(۷۷/۴)	(۴۰)	(۰)	(۶۰)	(۸)	(۶۰)	
ایمی پنم	۲۱	۲	۳۲	۱۵	۰	۳۸	۷	۳	۵	۲	۱۳	۰/۳۸۶
	(۳۸/۲)	(۳/۶)	(۵۸/۲)	(۲۸/۳)	(۰)	(۷۱/۷)	(۴۶/۷)	(۲۰)	(۳۳/۳)	(۴۰)	(۵۲)	
سفکسیم	۳۶	۴	۱۵	۲۶	۱	۲۶	۷	۰	۸	۰	۱۳	۰/۹۳۵
	(۶۵/۵)	(۷/۳)	(۲۷/۳)	(۴۹/۱)	(۱/۹)	(۴۹/۱)	(۴۶/۷)	(۰)	(۵۳/۳)	(۰)	(۵۲)	
نیتروfurانتوئین	۱۲	۴	۳۹	۱۲	۲	۳۹	۱۰	۱	۴	۲	۶	۰/۹۷۵
	(۲۱/۸)	(۷/۳)	(۷۰/۹)	(۲۲/۶)	(۳/۸)	(۷۳/۶)	(۶۶/۷)	(۶/۷)	(۲۶/۷)	(۸)	(۲۴)	
کوتریموکسازول	۳۷	۰	۱۸	۲۴	۰	۲۹	۴	۰	۱۱	۰	۱۸	۰/۹۲۷
	(۶۷/۳)	(۰)	(۳۲/۷)	(۴۵/۳)	(۰)	(۵۴/۷)	(۲۶/۷)	(۰)	(۷۳/۳)	(۰)	(۷۲)	
نالید یکسیک اسید	۳۳	۱	۲۱	۳۱	۰	۲۲	۶	۱	۸	۰	۱۵	۰/۴۸۸
	(۶۰)	(۱/۸)	(۳۸/۲)	(۵۸/۵)	(۰)	(۴۱/۵)	(۴۰)	(۶/۷)	(۵۳/۳)	(۰)	(۶۰)	
سیپروفلوکساسین	۱۸	۱	۳۶	۱۷	۱	۳۵	۱	۰	۱۴	۱	۱۵	۰/۰۷۲
	(۳۲/۷)	(۱/۸)	(۶۵/۵)	(۳۲/۱)	(۱/۹)	(۶۶)	(۶/۷)	(۰)	(۹۳/۳)	(۴)	(۶۰)	
جنتامایسین	۲۴	۳	۲۸	۲۳	۱	۲۹	۶	۱	۸	۲	۸	۰/۴۰۶
	(۴۳/۶)	(۵/۵)	(۵۰/۹)	(۴۳/۴)	(۱/۹)	(۵۴/۷)	(۴۰)	(۶/۷)	(۵۳/۳)	(۸)	(۳۲)	
آمپی سیلین	۳۰	۱	۲۴	۲۴	۲	۲۷	۱۰	۱	۴	۲	۱۱	۰/۵۰۵
	(۵۴/۵)	(۱/۸)	(۴۳/۶)	(۴۵/۳)	(۳/۸)	(۵۰/۹)	(۶۶/۷)	(۶/۷)	(۲۶/۷)	(۸)	(۴۴)	
سفوکسیتین	۲۲	۵	۲۸	۱۷	۳	۳۳	۷	۰	۸	۱	۱۲	۰/۷۲۰
	(۴۰)	(۹/۱)	(۵۰/۹)	(۳۲/۱)	(۵/۷)	(۶۲/۳)	(۴۶/۷)	(۰)	(۵۳/۳)	(۴)	(۴۸)	

آزمون $P\text{-Value} \leq 0/05$, Chi-square

بر اساس نتایج این پژوهش و بدون تفکیک جنسیتی، سویه‌های /شریشیاکلی بیشترین مقاومت را نسبت به آنتی‌بیوتیک نالیدیکسیک اسید (۵۹/۳ درصد) و کمترین مقاومت را نسبت به نیتروفرانتوئین (۲۲/۲ درصد) داشتند. در سویه‌های کلبسیلا پنومونیه بیشترین مقاومت نسبت به آنتی‌بیوتیک نیتروفرانتوئین (۶۷/۵ درصد) و کمترین مقاومت نسبت به سیپروفلوکساسین (۲۵ درصد) مشاهده شد.

توزیع فراوانی مقاومت آنتی‌بیوتیکی در سویه‌های /شریشیاکلی و کلبسیلا پنومونیه جدا شده از کشت ادرار بر حسب جنسیت در جدول ۱ ارائه شده است.

بر اساس نتایج این مطالعه، در بین سویه‌های /شریشیاکلی جدا شده از نمونه‌های ادرار افراد مذکر و مؤنث، تنها در مورد آنتی‌بیوتیک سفتازیدیم ($P=0/035$)، سفکسیم ($P=0/042$) و کوتریموکسازول ($P=0/021$) تفاوت آماری معنی‌داری از نظر میزان مقاومت آنتی‌بیوتیکی مشاهده شد اما در مورد مقاومت نسبت به سایر آنتی‌بیوتیک‌ها و نیز در مورد مقاومت آنتی‌بیوتیکی در بین سویه‌های کلبسیلا پنومونیه چنین تفاوتی میان جنس مذکر و مؤنث مشاهده نشد (جدول ۱).

بحث

عفونت دستگاه ادراری یکی از عفونت‌های باکتریایی شایع است که سالانه ۱۵۰ میلیون نفر در سراسر دنیا به آن مبتلا می‌شوند [۷]. در مطالعه حاضر از ۱۳۰۰ نمونه ادراری جمع‌آوری شده از بیماران سرپایی مراجعه‌کننده به بیمارستان امیرالمومنین علی (ع) شهرستان گراش نتیجه کشت ۲۴۷ نمونه مثبت گردید که از نظر فراوانی باکتری /شریشیاکلی با ۴۳/۷ درصد و کلبسیلا پنومونیه با ۱۶/۱ درصد به ترتیب رتبه‌های اول و دوم را در میان باکتری‌های جداسازی شده از نمونه‌های مثبت را به خود

اختصاص دادند. Barzan و همکاران، شایع‌ترین باکتری‌های جدا شده از عفونت ادراری را به ترتیب /شریشیاکلی و کلبسیلا پنومونیه ذکر کردند [۵]. در مطالعه Mohammadi و همکاران که با هدف جداسازی و تعیین الگوی مقاومت آنتی‌بیوتیکی عوامل باکتریایی عفونت ادراری در سنج‌انجام شد، /شریشیاکلی با ۶۳/۹ درصد و کلبسیلا پنومونیه با ۷/۰۶ درصد شایع‌ترین باکتری‌های جدا شده از بیماران بودند [۶]. Khawcharoeporn و همکاران از شیگاو گزارش کردند که /شریشیاکلی (۷۲ درصد) عامل اصلی عفونت ادراری و به دنبال آن کلبسیلا پنومونیه در جایگاه دوم قرار دارد [۳]. نتایج بررسی حاضر با یافته‌های مطالعات فوق و اکثر مطالعاتی است که در ایران و کشورهای دیگر انجام شده است، همخوانی دارد. شیوع بالاتر باکتری /شریشیاکلی نسبت به دیگر عوامل باکتریایی عفونت دستگاه ادراری می‌تواند به علت توانایی بیشتر آن در اتصال به سلول‌های مجاری ادراری، مقاومت بیشتر این باکتری در برابر خاصیت ضد باکتری سرم انسان، تولید همولیزین و بیشترین حضور در مدفوع از بین باکتری‌های خانواده انتروباکتریاسه و در نتیجه احتمال آلوده شدن دستگاه ادراری باشد [۸].

یافته‌های به دست آمده از الگوی مقاومت آنتی‌بیوتیکی در این پژوهش، نشان‌دهنده آن است که /شریشیاکلی بیشترین مقاومت نسبت به آنتی‌بیوتیک نالیدیکسیک اسید (۵۹/۳ درصد) و کمترین مقاومت را به آنتی‌بیوتیک نیتروفرانتوئین (۲۲/۲ درصد) دارد. این در حالی است که در مطالعات مختلفی که در ایران و کشورهای دیگر صورت گرفته است الگوهای مختلف مقاومت آنتی‌بیوتیکی گزارش شده است به گونه‌ای که نتایج برخی از این پژوهش‌ها با یافته‌های حاصل از این مطالعه همسو بوده و در برخی

موارد همخوانی وجود ندارد. در مطالعه Isvand و همکاران، الگوی مقاومت آنتی بیوتیکی در /شریشیاکلی نشان دهنده مقاومت بالای آن به آمپی سیلین (۹۶/۵۵ درصد) و کمترین مقاومت به نیتروفرانتوئین (۱۱/۱۲ درصد) بود [۴]. در بررسی Khawcharoeporn و همکاران، الگوی مقاومت آنتی بیوتیکی باکتری های انتروباکتریاسه نشان دهنده بیشترین و کمترین میزان مقاومت آن ها به ترتیب در مقابل آمپی سیلین (۵۵ درصد) و آمیکاسین (۱ درصد) بود [۳].

هم چنین بر اساس نتایج این مطالعه، در بین سویه های /شریشیاکلی جدا شده از نمونه های ادرار افراد مذکر و مؤنث، در مورد آنتی بیوتیک سفنازیدیم، سفکسیم و کوتریموکسازول تفاوت آماری معنی داری از نظر میزان مقاومت آنتی بیوتیکی مشاهده شد به گونه ای که افراد مؤنث حساسیت بیشتری نسبت به سه آنتی بیوتیک فوق الذکر داشتند. اگرچه در اغلب مطالعات به این موضوع اشاره نشده اما در یافته های برخی محققین وجود تفاوت آماری معنی دار بین جنسیت و میزان حساسیت به برخی آنتی بیوتیک ها خصوصاً سفالوسپورین ها گزارش شده است [۹]. نتایج مطالعه Asgharian نشان داد که مردان به سه آنتی بیوتیک نالیدیکسیک اسید، سفتریاکسون و سفتری زوکسیم حساسیت بیشتری دارند که در مقایسه با زنان تفاوت آماری معنی داری دارد [۱۰].

با توجه به نتایج این پژوهش، بیشترین مقاومت سویه های ادراری کلبسیلا پنومونیه نسبت به نیتروفرانتوئین (۶۷/۵ درصد) و کمترین مقاومت نسبت به سیپروفلوکساسین (۲۵ درصد) مشاهده شد. نتایج مطالعه Langarizadeh و همکاران از تبریز که بر روی بیماران مبتلاء به عفونت ادراری صورت گرفت، نشان داد ۹۴/۴۴ درصد سویه های کلبسیلا پنومونیه به

نیتروفرانتوئین مقاوم بوده و کمترین مقاومت در برابر سیپروفلوکساسین (۴۳/۵ درصد) گزارش شد [۱۱]. Behroozzi و همکاران نیتروفرانتوئین را به عنوان مؤثرترین آنتی بیوتیک در مقابل کلبسیلا پنومونیه ذکر کردند [۱۲]. نتایج آزمون آنتی بیوتیکی این محققان با الگوی مقاومت آنتی بیوتیکی سویه های کلبسیلا پنومونیه پژوهش ما مشابهت دارد اما یافته های برخی مطالعات مشابه در ایران و جهان با نتایج مطالعه حاضر اختلاف واضحی دارد. مقاومت نسبت به آنتی بیوتیک ها در مناطق مختلف ایران و جهان به دلیل تغییرات ژنتیکی در سویه های بیماری زا، تفاوت در میزان مصرف آنتی بیوتیک ها و وجود اختلاف در میزان دسترسی به آنتی بیوتیک های وسیع الطیف و جدید متفاوت می باشد [۱۳]. هم چنین با توجه به اینکه در مطالعات مختلف از روش های متفاوت، آنتی بیوتیک های متفاوت، حجم نمونه مختلف و بر روی سویه های با منشأ بیمارستانی و یا کسب شده از جامعه انجام شده است، اختلاف نتایج بدست آمده از این پژوهش در مقایسه با یافته های مطالعه دیگران قابل توجیه می باشد [۱۴].

افزایش مصرف بی رویه و نامناسب آنتی بیوتیک ها منجر به مقاومت عوامل باکتریایی ایجاد کننده عفونت های ادراری شده است. این امر در حال تبدیل شدن به یک مشکل مهم بوده که سبب شکست در درمان عوامل باکتریایی عفونت دستگاه ادراری مانند /شریشیاکلی می شود [۱۵]. بنابراین پیشنهاد می شود پزشکان و کادر درمانی تجویز آنتی بیوتیک جهت درمان عفونت های ادراری را بر اساس الگوی مقاومت آنتی بیوتیکی انجام دهند تا از ایجاد مقاومت آنتی بیوتیکی ممانعت به عمل آید. از محدودیت های مطالعه حاضر می توان به عدم دقت افراد مورد بررسی در پاسخ دهی به سوالات پرسشنامه،

مشاهده شد. مقاومت آنتی‌بیوتیکی یک تهدید جهانی برای سلامتی است. سهم مراقبت‌های بهداشتی اولیه در بروز مقاومت آنتی‌بیوتیکی بسیار مهم است چرا که تقریباً ۸۰ درصد از تمام آنتی‌بیوتیک‌های مورد استفاده، در مراکز خدمات بهداشتی و درمانی تجویز می‌شوند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از همکاری صمیمانه جناب آقای مهران رادمرد مسئول آزمایشگاه بیمارستان امیرالمومنین علی (ع) و پرسنل آزمایشگاه میکروب‌شناسی این مرکز که در جمع‌آوری و تهیه نمونه‌های ادراری ما را یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را دارند.

انجام مطالعه تنها در یک مرکز درمانی و احتمال عدم جمع‌آوری صحیح نمونه توسط برخی بیماران اشاره نمود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های بدست آمده از این مطالعه نشان می‌دهد که /شریشیاکلی شایع‌ترین عامل عفونت دستگاه ادراری بوده و پس از آن کلبسیلا پنومونیه در جایگاه دوم قرار دارد. بر اساس نتایج مطالعه حاضر سویه‌های /شریشیاکلی و کلبسیلا پنومونیه به ترتیب بیشترین میزان مقاومت را در مقابل آنتی‌بیوتیک‌های نالیدیکسیک اسید و نیتروفرانتوئین از خود نشان دادند. کمترین مقاومت در سویه‌های /شریشیاکلی در برابر نیتروفرانتوئین و در بین سویه‌های کلبسیلا پنومونیه در مقابل سیپروفلوکساسین

References

- [1] Carroll KC, Butel J, Morse S. Jawetz Melnick & Adelbergs Medical Microbiology. 27th ed, McGraw Hill Professional, 2016; 342.
- [2] Crude N, Tveten Y, Kristiansen BE. Urinary tract infections in Norway: bacterial etiology and susceptibility. A retrospective study of clinical isolates. *Clinical microbiology and infection* 2001; 7(10): 543-7.
- [3] Khawcharoenporn T, Vasoo S, Singh K. Urinary tract infections due to multidrug-resistant Enterobacteriaceae: prevalence and risk factors in a Chicago Emergency Department. *Emergency medicine international* 2013; Volume 2013, Article ID 258517, 7 pages.
- [4] Isvand A, Yahyavi M, Asadi-Samani M, Kooti W, Davoodi-Jouneghani Z. The study of bacteriological factors and antibiotic resistance in women with UTI referred to the Razi laboratory in Dezful. *Scientific Journal of Ilam*

- University of Medical Sciences* 2014; 22(4): 199-205. [Farsi]
- University of Medical Sciences* 2014; 4(3): 275-83.[Farsi]
- [5] Barzan M, Hoseyni-Doust R, Ghalavand Z. Investigation of frequency and antimicrobial pattern of gram-negative bacteria isolated from urine specimens of children with urinary tract infection in Tehran, Iran. *Iranian Journal of Medical Microbiology* 2016; 9(4): 99-104. [Farsi]
- [6] Mohammadi S, RamazanzadeR, ZandiS, RouhiS, Mohammadi B. Determination of Prevalence of isolated bacteria from urinary tracts and antibiotic resistant pattern of them in Tohid hospital of Sanandaj (2013-2014). *Zanko Journal of Medical Sciences* 2015; (50)16: 55-62. [Farsi]
- [7] Flores-Mireles AL, Walker JN, Caparon M, Hultgren SJ. Urinary tract infections: epidemiology, mechanisms of infection and treatment options. *Nature reviews microbiology* 2015; 13(5): 269-84.
- [8] Mansuri A. Evaluation of antibiotic resistance pattern of isolated gram-negative bacteria from urine culture of hospitalized patients in different wards of vali-asr hospital in Fasa during the years 2012 and 2013. *Journal of Fasa*
- [9] Fagan M, Lindbek M, Grude N, Reiso H, Romoren M, Skaare D, et al. Antibiotic resistance patterns of bacteria causing urinary tract infections in the elderly living in nursing homes versus the elderly living at home: an observational study. *BMC geriatrics* 2015; 15(1): 98.
- [10] Asgharian A. Investigation of antibiotic susceptibility pattern of E. coli isolated from urinary culture related to patients in the west ofthe Mazandaran province, during from September 2010 to September 2011. 2011. [Farsi]
- [11] Langarizadeh N, Ahazgarzadeh RM, Aghazadeh M, Hasani A. Prevalence of multi-drug resistant (MDR) Klebsiella pneumoniae among children and adults with urinary tract infectionreferred to Tabriz teaching hospitals. *Quarterly Journal Of Biological Sciences* 2011; 4(1); 9-17. [Farsi]
- [12] Behrooozi A, Rahbar M, Jalil V. Frequency of extended spectrum beta-lactamase (ESBLs) producing Escherichia coli and Klebsiella pneumonia isolated from urine in an Iranian 1000-bed tertiary care hospital. *African Journal*

- of Microbiology Research* 2010; 4(9): 881-4.
[Farsi]
- [13] Molaabaszadeh H, Eslami K, Hamidi M, Abadi RB, Mehrjoian E. Frequency and Antibiotic Resistance Pattern in *Staphylococcus aureus* Strains Isolated from Clinical Samples of Tehran's Araad Hospital in 2007-2011. *Iranian Journal of Infectious Diseases and Tropical Medicine* 2014; 18(63): 49-53.[Farsi]
- [14] Kanani M, Madani SH, Khazaei S, Shahi M. The survey of antibiotic resistance in gram negative bacilli, isolated from urine culture specimens, Imam Reza Hospital-Kermanshah. *Urmia medical journal* 2010; 21(1): 80-6.
[Farsi]
- [15] Kurtaran B, Candevir A, Tasova Y, Kibar F, Inal AS, Komur S, et al. Antibiotic resistance in community-acquired urinary tract infections: prevalence and risk factors. *Medical Science Monitor* 2010; 16(5): CR246-CR51.

The Investigation of Frequency and Antibiotic Resistance Pattern of *Escherichia coli* and *Klebsiella pneumoniae* Isolated From Urinary Tract Infection in Outpatients Referred to Amirmomenin Ali Hospital in Gerash City in 2017: A Short Report

Jabroodini¹, F. Heidari², S.F. Taghavi³, M.R. Shokouh⁴

Received: 13/12/2017 Sent for Revision: 14/01/2018 Received Revised Manuscript: 21/01/2018 Accepted: 17/02/2018

Background and Objectives: Urinary tract infection (UTI) is the presence of pathogens in the urinary tract. *Escherichia coli* and *Klebsiella pneumoniae* are the most common bacteria responsible for UTI. Due to the variety of antibiotic resistance mechanisms, treatment of these infections has been difficult, therefore, selection of appropriate antibiotic has an effective role in controlling and improving the infection. The present study aimed to determine the frequency and antimicrobial resistance patterns in *Escherichia coli* and *Klebsiella pneumoniae* strains isolated from outpatients with UTI referred to Amirmomenin Ali hospital in Gerash city.

Materials and Methods: This cross-sectional study was performed on urine specimens of 1300 outpatients referred to Amirmomenin Ali hospital in Gerash, during a six-month period from April to September 2017. Strains were identified using biochemical tests and differential cultivation environments. The antibiotic resistance pattern of strains was investigated by Kirby-Bauer method. Chi-square test was used for data analysis.

Results: Among 1300 urine samples, 247 samples (19%) were positive for bacterial growth. 148 urine samples (11.3%) were positive for *Escherichia coli* and *Klebsiella pneumoniae*, among them 108 *Escherichia coli* strains (72.97%) and 40 *Klebsiella pneumoniae* strains (27.03%) were isolated. The most and the least antibiotic resistance in *Escherichia coli* was to Nalidixic Acid (59.3%) and Nitrofurantoin (22.2%), respectively. For *Klebsiella pneumoniae* strains, the most and the least antibiotic resistance was observed to Nitrofurantoin (67.5%) and Ciprofloxacin (25%), respectively.

Conclusion: The UTI caused by *Escherichia coli* is more common in comparison with *Klebsiella pneumoniae*. For the initial treatment of urinary tract infections, the use of Nitrofurantoin, Ciprofloxacin, and Cotrimoxazole antibiotics is recommended.

Key words: Urinary tract infection, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, Antibiotic resistance pattern, Gerash

Funding: This article did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Gerash University of Medical Sciences approved the study.

How to cite this article: Jabroodini A, Heidari F, Taghavi S.F, Shokouh M.R. The Investigation of Frequency and Antibiotic Resistance Pattern of *Escherichia coli* and *Klebsiella pneumoniae* Isolated From Urinary Tract Infection in Outpatients Referred to Amirmomenin Ali Hospital in Gerash City in 2017: A Short Report. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2018; 17(1): 75-84. [Farsi]

1- Instructor, Dept. of Laboratory Sciences, School of Paramedicine, Gerash University of Medical Sciences, Gerash, Iran, ORCID: 0000-0001-8795-9596

2- Instructor, Dept. of Nursing, School of Nursing, Gerash University of Medical Sciences, Gerash, Iran, ORCID: 0000-0001-8880-1467 (Corresponding Author) Tel: (071)52448101, Mobile: (+98)9177820034, Fax: (071)52446633, E-mail: Heidari.f20@gmail.com

3- Member of Dept. of Laboratory Sciences, School of Paramedicine, Gerash University of Medical Sciences, Gerash, Iran, ORCID: 000-0002-9920-872X

4- MSc Student of Virology, School of Medicine, Shiraz University Of Medical Sciences, Shiraz, Iran, ORCID: 0000-0001-9224-7921