

بررسی فعالیت ضد میکروبی لاکتوباسیلوس پلانتاروم و روتری بر بورخولدريا سپاسيا جدا شده از عفونت بیمارستانی

دکتر محمد مهدی سلطان دلال^۱، سعیده میرک^۱، محمد آذرسا^۲، دکتر محمد رهبر^۳، دکتر محمد کاظم شریفی یزدی^{۴*}

۱. مرکز تحقیقات میکروبیولوژی مواد غذایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران
۲. بخش میکروب شناسی، گروه پاتوبیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران
۳. آزمایشگاه مرجع سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران
۴. مرکز تحقیقات زئونوز (بیماری‌های مشترک بین و انسان و حیوان)، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران
۵. گروه علوم آزمایشگاهی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران

چکیده

سابقه و هدف: عفونت‌های بیمارستانی از علل شایع و مهم مرگ و میر، افزایش طول مدت بستری، افزایش هزینه‌های بیمارستانی و بروز مشکلات بهداشتی می‌باشند. امروزه استفاده از مواد مترشحه از باکتری‌های پروبیوتیک، به عنوان مهارکننده و ضد باکتری، مورد توجه قرار گرفته است. هدف از این مطالعه، تعیین فعالیت ضد میکروبی لاکتوباسیلوس روتری و پلانتاروم نسبت به بورخولدريا سپاسيا جدا شده از عفونت بیمارستانی بوده است.

مواد و روش‌ها: در این بررسی، پس از جداسازی بورخولدريا سپاسيا از بیماران بستری در سه بیمارستان، مقاومت آنتی‌بیوتیکی آن به همراه دو سویه‌ی استاندارد لاکتوباسیلوس پلانتاروم و روتری بررسی گردید. سپس، از محلول رویی کشت ۷۲ ساعته‌ی دو سویه‌ی لاکتوباسیل، نمونه‌برداری شده و فعالیت مهارکنندگی آنها علیه سویه‌ی بورخولدريا سپاسيا، در دو حالت فعال و غیر فعال، به روش چاهک در آگار، مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: لاکتوباسیلوس پلانتاروم و روتری به آنتی‌بیوتیک‌های ونکومايسين، ایمی‌پنم، سیپروفلوکساسین و سفنازیدیم مقاوم و به پیپراسیلین، کلیستین و کوتیریموکسازول حساسیت نشان دادند. محلول رویی کشت لاکتوباسیلوس پلانتاروم و روتری فعال، در آب اکسیژنه و بدون تغییر pH، خاصیت ضد باکتریایی بیشتری نسبت به محلول غیرفعال آن داشته است.

نتیجه‌گیری: محلول رویی کشت دو سویه‌ی لاکتوباسیلوس، فعالیت چشمگیری علیه بورخولدريا سپاسيا تحت شرایط اسید و تولید آب اکسیژنه دارد، در حالی که محلول غیرفعال شده‌ی آن، فعالیت ضد باکتریایی ندارد.

واژگان کلیدی: پروبیوتیک، آنتی‌بیوتیک، عفونت بیمارستانی، بورخولدريا سپاسيا، لاکتوباسیلوس پلانتاروم و روتری

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Soltan Dallal MM, Mirak S, Azarsa M, Rahbar M, Sharifi Yazdi MK. Evaluation of antimicrobial activity of *Lactobacillus plantarum* and *ruteri* on *Burkholderia cepacia* isolated from nosocomial infections. *Pejouhandeh* 2013;18(4):202-207.

مقدمه

بیمارستانی با موفقیت‌هایی همراه بوده است، لیکن پیشرفت‌های اخیر در علوم پزشکی و انجام مداخلات پزشکی مکرر، از جمله مصرف وسیع داروهای مهارکننده‌ی سیستم ایمنی و آنتی‌بیوتیک‌ها، موجب افزایش افراد آسیب‌پذیر شده، که این امر با ایجاد مقاومت‌های قابل انتقال در عوامل بیماری‌زا نسبت به آنتی‌بیوتیک‌ها، تشدید شده است. مقاومت چند دارویی در باکتری‌های گرم منفی به ویژه سودوموناس و اسینتوباکتر، یک مشکل جدی جهانی رو به رشد است. بخش ICU به دلیل شدت بیماری و دوره‌ی بستری بیمار، جزو

عفونت‌های بیمارستانی از علل شایع و مهم مرگ و میر، ناتوانی، افزایش طول مدت بستری، افزایش هزینه‌های بیمارستانی و بروز مشکلات بهداشتی می‌باشند. اگرچه تلاش‌های صورت گرفته در زمینه‌ی کنترل عفونت‌های

*نویسنده مسؤوّل مکاتبات: دکتر محمد کاظم شریفی یزدی؛ مرکز تحقیقات بیماری‌های زئونوز (بیماری‌های مشترک بین و انسان و حیوان)، تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تلفن: ۰۲۱-۸۲۹۴۴۷۷۷؛ پست الکترونیکی: mksharifi@tums.ac.ir

بورخولدریا سپاسیه در مناطق مختلف ارایه شد. در حال حاضر، بیشتر مراکز سیستمیک فیبروزیس در اروپا و آمریکای شمالی، درصد کمی از سیستمیک فیبروزیس کلونیزه شده با بورخولدریا سپاسیه دارند (۱۰ و ۱۱). برای مثال، در امریکا، داده‌های جمع‌آوری شده توسط سازمان ملی بیماران سیستمیک فیبروزیس نشان می‌دهد که در سال ۱۹۹۵ به طور کلی ۳/۵٪ از بیماران دچار سیستمیک فیبروزیس، به بورخولدریا سپاسیه آلوده شده بودند (۱۲). این مقدار، تفاوت منطقه‌ای قابل ملاحظه‌ای را نشان داده و در برخی مناطق شاید به میزان بالاتری نیز برسد.

هدف از این مطالعه، تعیین فعالیت ضد میکروبی لاکتوباسیلوس روتری و پلاتاروم نسبت به بورخولدریا سپاسیا جدا شده از عفونت بیمارستانی بوده است.

مواد و روشها

در این تحقیق که یک مطالعه‌ی توصیفی بوده است، ۱۰۰ بیمار بستری شده در بیمارستان میلاد، مسیح دانشجویی و مفید که حداقل ۲ روز از بستری شدن آنها در بخش‌های مختلف گذشته بود بررسی شدند. نمونه‌های خلط این بیماران جهت تشخیص و بررسی مقاومت آنتی‌بیوتیکی به آزمایشگاه منتقل شد. سپس، به کمک روش‌های بیوشیمیایی و استاندارد میکروبی، ۶ سوبه‌ی بورخولدریا سپاسیا شناسایی و ایزوله گردید.

بورخولدریا در گروه rRNA II سودوموناسیه (گروه سودومالئی) قرار داشته و در بیشتر محیط‌های کشت استاندارد میکروبیولوژی، کلونی‌های فشرده (Wrinkled colonies) ایجاد می‌کند. محیط انتخابی بورخولدریا سپاسیا (BCSI Biosate cysteine starch iron-serum) است که حاوی ۱٪ لاکتوز، ۱٪ ساکروز در محلول غنی شده‌ی پروتئین شیر و مخمر با پلی میکسین B به ازای هر میلی‌لیتر، ۱۰ میکروگرم جنتامایسین به ازای هر میلی‌لیتر و ۲/۵ میکروگرم ونکومایسین به ازای هر میلی‌لیتر است.

بورخولدریا رنگ را به صورت دو قطبی به خود گرفته و در زیر میکروسکوپ به شکل سنجا قفلی (Safety pin) دیده می‌شود. بورخولدریا یک باکتری اکسیداز مثبت بوده و نیترات را به نیتريت احیا می‌کند. این باکتری، لیزین دکربوکسیلاز مثبت و Dnase منفی بوده و به پلی میکسین مقاوم می‌باشد. همچنین، در محیط تریپل شوگر آیرون آگار (TSI) بعد از ۲۴ ساعت، به صورت ایجاد اسید در سطح و خنثی در ته لوله در می‌آید، ولی بعد از ۷۲ ساعت، ته لوله نیز به صورت اسیدی در

نواحی پرخطر برای عفونت‌های بیمارستانی می‌باشد (۱). این عفونت‌ها به سختی درمان شده و گاهی منجر به مرگ بیماران می‌شوند و بنابراین به عنوان خطری در حال افزایش، تقریباً تمامی افراد بستری شده در بیمارستان‌ها را تهدید می‌کنند. درمان عفونت‌های بیمارستانی، با توجه به مقاومت اغلب سوبه‌های میکروبی، بسیار مشکل و به علت طولانی شدن زمان بستری بیماران، پرهزینه می‌باشد (۲). بنابراین با صرف هزینه‌های کمتر و با توجه به بهداشت بیمارستان‌ها و تشخیص میکروبیولوژیکی، می‌توان به میزان زیادی، عفونت‌های بیمارستانی را کنترل کرده و از شیوع آنها جلوگیری نمود. وضعیت بیمارستان، نوع بخش و بیمار، با بروز عفونت‌های بیمارستانی مرتبط می‌باشند (۳).

یکی از این راهکارها، استفاده از باکتری‌های تولیدکننده‌ی اسید لاکتیک است که با تولید اسید و کاهش pH، خاصیت ضد میکروبی از خود نشان داده و بر هر دو گروه باکتری‌های گرم مثبت و گرم منفی، اثر مهارکننده دارند (۴). البته ترکیبات دیگری نیز هستند که دارای اثرات ضد میکروبی می‌باشند. برخی از این ترکیبات مانند دی اکسید کربن، آب اکسیژنه و ۳،۲- بوتان دیول، در دسته‌ی ترکیبات با جرم مولکولی پایین و برخی دیگر مانند باکتریوسین‌ها، در دسته‌ی ترکیبات با جرم مولکولی بالا قرار می‌گیرند. تمام ترکیبات ذکر شده نه تنها در از بین بردن باکتری‌های فاسدکننده‌ی مواد غذایی و برخی از پاتوژن‌ها مؤثرند، بلکه ممکن است متابولیسم باکتری‌ها یا تولید سموم توسط آنها را نیز تحت تأثیر قرار دهند (۵). از این ترکیبات می‌توان به عنوان مواد نگهدارنده در محصولات غذایی استفاده نمود. تولید این ترکیبات در باکتری‌های اسید لاکتیک از این نظر حایز اهمیت است که این باکتری‌ها میکروفلور غالب بسیاری از محصولات تخمیری بوده و در فرآوری و کنترل عوامل بیماری‌زای این محصولات، نقش مهمی ایفا می‌کنند (۶).

بورخولدریا سپاسیا در گذشته به نام‌های سودوموناس مولتی واریانس و سودوموناس کین جی نامیده می‌شد. این باکتری، ابتدا توسط بورخولدر در سال ۱۹۵۰ به عنوان عامل سببی پوسیدگی باکتریایی برآمدگی شبه پیاز توصیف شد (۷). بورخولدریا سپاسیا به طور مکرر از عفونت‌های بیمارستانی و موارد بالینی جدا شده است (۸ و ۹).

بورخولدریا سپاسیه اولین بار در بیماران مبتلا به سیستمیک فیبروزیس در اواخر دهه‌ی ۱۹۷۰ توصیف شد. عفونت در بیماران مزمن، شایع تر و بیشتر به شکل عفونت بیمارستانی پدیدار شده بود. در طی دهه‌ی ۱۹۸۰، گزارش‌هایی از بروز

بررسی فعالیت ضد باکتریایی سویه‌های لاکتوباسیل، سویه‌های مورد نظر به ۱۰ میلی‌لیتر از محیط MRS (Man Rogosa and Sharpe) حاوی ۰/۲ درصد گلوکز، تلقیح و ۴۸ ساعت در دمای ۳۵ درجه‌ی سانتی‌گراد، انکوبه شدند (۱۴). پس از سپری شدن این زمان، سلول‌های باکتریایی با استفاده از سانتریفیوژ با سرعت ۶۰۰۰ دور در دقیقه و به مدت ۱۰ دقیقه، رسوب داده شد و برای اطمینان از عدم وجود سلول در محلول به دست آمده، دوباره با استفاده از فیلتر باکتریولوژیک، تصفیه شد. برای انجام مراحل بررسی، pH نیمی از محلول، با استفاده از هیدروکسید ۱ نرمال، به ۶/۵ افزایش داده شد و آب اکسیژنه‌ی موجود در محیط هم با استفاده از کاتالاز خنثی شد. سپس به میزان ۵۰۰ میکرولیتر از هر دو محلول به داخل چاهک‌های ایجاد شده در پلیت حاوی باکتری بورخولدريا ريخته شد. برای جذب محلول به داخل محیط، پلیت‌ها به مدت ۲ ساعت در داخل یخچال قرار گرفتند. پس از مرحله‌ی جذب، پلیت‌ها در دمای ۳۷ درجه، طی مدت ۲۴ ساعت، انکوبه شدند. سپس اندازه‌ی هاله‌های مهاری تشکیل شده، با استفاده از خط‌کش و برحسب میلی‌متر، اندازه‌گیری شد.

یافته‌ها

از ۱۰۰ بیمار مبتلا به عفونت بیمارستانی که در بخش‌های مختلف بیمارستان بستری بودند، ۴۰ نمونه باکتری‌های گرم منفی غیر تخمیری شناسایی گردید که از بین آنها، شش نمونه بورخولدريا سپاسیا جدا گردید. مقاومت آنتی‌بیوتیکی آنها به روش دیسک دیفیوژن مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۱).

جدول ۱. الگوی مقاومت آنتی‌بیوتیکی بورخولدريا سپاسیا نسبت به آنتی‌بیوتیک‌های مورد مطالعه به روش دیسک دیفیوژن.

آنتی‌بیوتیک	تعداد (درصد)
ونکومایسین (۳۰ µg)	۶ (۱۰۰)
کوتریموکسازول (۲۵ µg)	۳ (۵۰)
ایمی‌پنم (۱۰ µg)	۱ (۱۶)
پیپراسیلین (۱۰۰ µg)	۲ (۳۳)
کلیستین (۲۵ µg)	۱ (۱۶)
سفتازیدیم (۳۰ µg)	۲ (۳۳)
سیپروفلوکساسین (۵ µg)	۱ (۱۶)

لاکتوباسیلوس پلانتاروم و روتری به آنتی‌بیوتیک‌های ونکومایسین، ایمپنم، سیپروفلوکساسین و سفتازیدیم مقاوم بودند ولی به پیپراسیلین، کلیستین و کوتریموکسازول، حساسیت نشان دادند (جدول ۲).



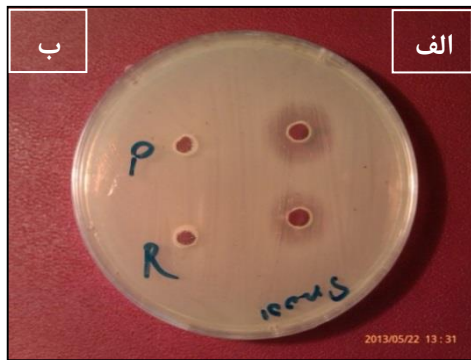
شکل ۱. رنگ آمیزی گرم بورخولدريا سپاسیا.

می‌آید.

در ابتدا، حساسیت دو باکتری لاکتوباسیلوس پلانتاروم و روتری به آنتی‌بیوتیک‌های متداول خوراکی به روش انتشار دیسک بررسی شد، تا مقاومت نسبی و ماندگاری آنها تحت شرایط مصرفی آنتی‌بیوتیک از جانب بیمار ارزیابی شود. سپس، حساسیت سویه‌ی بورخولدريا نسبت به آنتی‌بیوتیک‌های متداول مورد استفاده در این دسته از عفونتها تعیین شد.

از کلونی جدا شده، یک سوسپانسیون بر اساس استاندارد نیم مک فارلند تهیه و با سواب استریل در کنار شعله از سوسپانسیون باکتری برداشت نموده و به صورت یکنواخت بر سطح محیط مولر هینتون یا مولر حاوی ۵ درصد خون، کشت متراکم در تمام سطح پلیت قرار داده شد. سپس، دیسک‌های آنتی‌بیوتیک با پنس استریل به فاصله‌ای حداقل ۲ تا ۴ سانتی‌متر از یکدیگر قرار داده شدند. پس از ۲۴ ساعت انکوباسیون در ۳۷ درجه، تشکیل یا عدم تشکیل منطقه‌ی رشد، بررسی و بر اساس جدول استاندارد CLSI، نتایج بدست آمده، به سه صورت حساس، مقاوم و حد واسط، گزارش گردید (۱۳). در این بررسی، آنتی‌بیوتیک‌های مورد استفاده از شرکت MAST انگلستان، عبارت بودند از: ونکومایسین، ایمپنم، کلیستین، سیپروفلوکساسین، سفتازیدیم، پیپراسیلین و کوتریموکسازول.

فعالیت ضد میکروبی سویه‌های لاکتوباسیل علیه بورخولدريا با استفاده از روش چاهک بررسی گردید. باکتری پاتوژن ابتدا در محیط نوترینت آگار در دمای ۳۷ درجه سانتی‌گراد به مدت ۲۴ ساعت انکوبه شد. سپس، از کشت باکتری پاتوژن طبق استاندارد، کدورتی در حدود ۰/۵ مک فارلند تهیه گردید و در داخل محیط مولر آگار، پس از ایجاد چاهک‌هایی به قطر ۵ میلی‌متر و با فاصله‌ی ۲ سانتی‌متر از یکدیگر و از بدنه‌ی پلیت، به وسیله‌ی سواب کنار شعله، کشت متراکم داده شد. برای



شکل ۲. هاله‌ی عدم رشد بورخولدريا سپاسيا. الف: چاهک‌های حاوی محلول رویی کشت ۴۸ ساعته‌ی لاکتوباسیلوس پلانتراروم و روتری که اثر اسید و pH توسط آنزیم کاتالاز و سود، خنثی نشده و هاله‌ی عدم رشد ایجاد کرده است. ب: چاهک‌های حاوی محلول رویی کشت ۴۸ ساعته‌ی لاکتوباسیلوس که توسط آنزیم کاتالاز و سود، خنثی و غیر فعال گردیده و خاصیت ضد باکتریایی از خود نشان نداده است.

باکتری‌ها به ترتیب فراوانی عبارتند از: اسینتوباکتر، استنوتروفوموناس مالتوفیلا و بورخولدريا سپاسيا. لازم به ذکر است که این باکتری‌ها اکثراً به پلی‌میکسین حساس هستند (۱۵ و ۱۶).

پروبیوتیک‌ها با تولید اسیدهای آلی از جمله اسید لاکتیک، اسید پروپیونیک، اسید استیک و اسید بوتیریک، محیط را اسیدی نموده و رشد و توسعه‌ی عوامل بیماری‌زای حساس به این شرایط را محدود می‌کنند. پروبیوتیک‌ها، خود نسبت به pH پایین مقاومت و تحمل داشته و قادرند در شرایط اسیدی رشد و تکثیر نمایند. بنابراین، لاکتوباسیل‌ها توانایی مهار رشد گونه‌های متعددی از باکتری‌های گرم مثبت و گرم منفی را دارند (۱۷). در این تحقیق، اثر مهاری ۲ سویه‌ی استاندارد لاکتوباسیلوس پلانتراروم و روتری علیه بورخولدريا سپاسيا به عنوان یک باکتری شایع در عفونت بیمارستانی، بررسی گردید. این مطالعه نشان داد که دو باکتری لاکتوباسیلوس روتری و پلانتراروم، تقریباً به آنتی‌بیوتیک‌های معمول، مقاوم می‌باشند. بنابراین در زمان مصرف این دسته از آنتی‌بیوتیک‌ها، میزان این باکتری‌های فلور طبیعی دستگاه گوارش، کاهش چشمگیری پیدا نکرده و طی دوره‌ی درمان، این باکتری‌ها تا حد زیادی قادر به ارایه عملکرد خود هستند (۱۸). از سوی دیگر، دو سویه‌ی لاکتوباسیلوس مورد آزمایش، در شرایط غیر فعال، فاقد فعالیت ضد باکتریایی علیه بورخولدريا بودند. این در حالی است که در حالت فعال، یعنی زمانی که باکتری توانایی تولید ترکیباتی نظیر آب اکسیژنه و اسید را داشته و یا تحت چنین شرایطی قرار می‌گیرد، می‌تواند به طور

جدول ۲. الگوی مقاومت آنتی‌بیوتیکی لاکتوباسیل پلانتراروم و روتری.

لاکتوباسیل		آنتی بیوتیک
لاکتوباسیل پلانتراروم	لاکتوباسیل روتری	
R	R	ونکومايسين (۳۰ µg)
S	S	کوتریموکسازول (۲۵ µg)
R	R	ایمی‌پنم (۱۰ µg)
S	S	پپراسیلین (۱۰۰ µg)
S	S	کلیستین (۲۵ µg)
R	R	سفتازیدیم (۳۰ µg)
R	R	سیپروفلوکساسین (۵ µg)

S: Sensitive ; R: Resistant

دو سویه‌ی لاکتوباسیلوس پلانتراروم و روتری در مقابل برخی از آنتی‌بیوتیک‌های معمول خوراکی، مقاومت داشته و محلول رویی کشت آنها نیز فعالیت چشمگیری بر علیه بورخولدريا تحت شرایط اسید و تولید آب اکسیژنه دارد، در حالی که محلول غیر فعال شده‌ی آن، فعالیت ضد باکتریایی ندارد. بیشترین مقدار هاله‌ی عدم رشد در لاکتوباسیل پلانتراروم، ۱۹ میلی‌گرم و روتری، ۱۸ میلی‌گرم مشاهده شد که تفاوت چشمگیری بین این دو لاکتوباسیل وجود ندارد. در جدول ۳ و شکل ۲، نتایج مربوط به اندازه‌ی هاله‌ی عدم رشد، نشان داده شده است.

جدول ۳. اندازه (میلی‌متر) هاله‌ی عدم رشد سویه‌ی پاتوژن بورخولدريا سپاسيا مورد مطالعه توسط لاکتوباسیل.

لاکتوباسیل		کد سویه
لاکتوباسیل پلانتراروم	لاکتوباسیل روتری	
۱۸	۱۴	B1
۱۹	۱۸	B2
۱۴	۱۰	B3
۱۸	۱۳	B4
۱۹	۱۸	B5

بحث:

در این تحقیق از باسیل غیر تخمیری که در عفونت بیمارستانی نقش دارد، استفاده شد. این باکتری در خاک، سطوح مخاطی انسان و محیط‌های مرطوب وجود دارد. در افرادی که به سیستم فیلروز مبتلا می‌باشند و یا در گروه‌های دیگر بیماران که گرانولوماتوز مزمن دارند، مشاهده شده است. در نمونه‌های کلینیکی، کمتر از ۲۰٪ باسیل‌های گرم منفی که با آنها مواجه می‌شوند، از نوع NFB (Non-fermentative bacilli) هستند که از این بین، حدود ۷۰٪ آنها سودوموناس آئروژینوزا پیوسینانوزئیک می‌باشند. سایر

محلول رویی کشت باسیلوس فرمنتوم، کازئی و اسیدوفیلوس، اثر ضد باکتریایی بر طیف وسیعی از باکتری‌های گرم مثبت و گرم منفی پاتوژن ایجاد می‌کنند (۲۱).

حیدری و همکارانش در مطالعه‌ای مشاهده کردند که لاکتوباسیلوس پلانتاروم دارای اثر ترمیمی قابل ملاحظه‌ای بر زخم معده ناشی از اسید استیک در موش صحرایی می‌باشد. لاکتوباسیلوس پلانتاروم به طور اختصاصی، سنتز IL-10 و ترشح ماکروفاژها را افزایش می‌دهد (۴).

بورخولدريا به دليل انتقال انسان به انسان و آمار بالای مرگ و میر در ۵ سال اخیر در بیماران، از اهمیت بالایی برخوردار است. این باکتری به سختی از نمونه‌های کلینیکی جدا شده و شناسایی آن از سایر گونه‌های دیگر بورخولدريا نیز مشکل می‌باشد. نتایج آرایه شده توسط Coenye و همکارانش نشان داد که الکتروفورز ژل سدیم دو دسیل سولفات پلی-اکریلامید پروتئین‌های سلول، تکنیکی مناسب برای شناسایی اعضای بورخولدريا می‌باشد (۲۲).

نتایج ما نشان داد که دو سویه‌ی لاکتوباسیل مورد آزمایش، در شرایط غیرفعال، دارای فعالیت ضد باکتریایی علیه بورخولدريا سپاسیا نمی‌باشند. این در حالی است که در حالت فعال یعنی زمانی که باکتری توانایی تولید ترکیباتی نظیر آب اکسیژنه و اسید را داشته و یا تحت چنین شرایطی قرار می‌گیرند، می‌توانند خاصیت ضد باکتریایی داشته باشند.

نتیجه‌گیری:

این مطالعه نشان داد که دو باکتری لاکتوباسیلوس پلانتاروم و روتری تقریباً در برابر آنتی‌بیوتیک‌های معمول، مقاوم بودند. بنابراین، در زمان مصرف این دسته از آنتی‌بیوتیک‌ها، میزان این باکتری‌های فلور طبیعی دستگاه گوارش، کاهش چشمگیری پیدا نکرده و در طی دوره‌ی درمان، این باکتری‌ها تا حد زیادی قادر به ادامه عملکرد خود هستند.

برای این که بتوان نتایج حاصل از این مطالعه را به طیف گسترده‌تری از عملکرد پروبیوتیک‌ها نسبت داد، پیشنهاد می‌شود بررسی بر روی گستره‌ی وسیع‌تری از سویه‌های پروبیوتیک انجام گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود این مطالعه بر روی فرآورده‌های دیگر نیز انجام گیرد تا ضمن بررسی سایر سویه‌های پروبیوتیک، بتوان سویه‌های مؤثرتری از آنها را شناسایی نمود. علاوه بر این، چون در اثر حرارت و گذشت زمان، فعالیت ضد باکتریایی محلول لاکتوباسیل‌ها کاهش می‌یابد، لازم است از محلول‌های به دست آمده به صورت تازه استفاده شود.

چشمگیری میزان این باکتری را کاهش دهد. امامی و همکاران نیز نشان دادند که ۲ سویه‌ی لاکتوباسیلوس کازئی و اسیدوفیلوس، مقاومت زیادی در مقابل آنتی‌بیوتیک‌های معمول خوراکی داشته و محلول کشت رویی آنها نیز فعالیت چشمگیری علیه پاتوژن‌های بیمارستانی نظیر سودوموناس آروژینوزا، استافیلوکوک اورئوس، کلبسیلا پنومونیه و اشریشیا کولی از خود نشان می‌دهند (۶). تفاوت مطالعه‌ی حاضر با تحقیق امامی و همکاران، در چند نکته است: در مطالعه‌ی حاضر، سوش‌های لاکتوباسیلوس استاندارد و سوش پاتوژن از بیماران مبتلا به عفونت بیمارستانی گرفته شده بود، در حالی که در تحقیق امامی و همکاران، سوش‌های پاتوژن استاندارد و سوش‌های لاکتوباسیلوس، از لبنیات محلی بوده و نوع سوش‌های کار شده در دو مطالعه نیز متفاوت است. همچنین، در تحقیق امامی و همکاران، از روش آگار دیفیوژن جهت بررسی اثر مهارکنندگی رشد پاتوژن استفاده گردید، در حالی که در مطالعه‌ی حاضر، پاتوژن بر سطح محیط، کشت متراکم داده شدند.

در بررسی مشابهی، لوک و اشلینگر، سویه‌های مختلف لاکتوباسیلوس ساکی را از نظر توانایی مهار رشد باکتری‌های بیماری‌زا، با دو روش دو لایه و چاهک، مورد بررسی قرار دادند. از سویه‌هایی که توانایی مهار رشد باکتری‌های اندیکاتور را در روش دو لایه داشتند، هیچ کدام در روش چاهک، هاله‌ی عدم رشد ایجاد نکردند. پس از افزایش غلظت مایع رویی، ۶ سویه از ۱۹ سویه‌ی مورد بررسی، روی محیط آگار، هاله‌ی عدم رشد ایجاد کردند (۱۹). این در حالی است که در مطالعه‌ی حاضر، بدون افزایش غلظت مایع رویی کشت، لاکتوباسیلوس‌ها هاله‌ی عدم رشد ایجاد نکردند. البته، محلول رویی کشت لاکتوباسیل‌های غیر فعال از نظر اسید و pH، هاله‌ی عدم رشد ایجاد نکردند.

در یک مطالعه‌ی دیگر، هیرانو و همکارانش، اثرات ضد میکروبی مایع رویی کشت لاکتوباسیل‌های سیک و پلانتاروم در پلیت را به روش ایجاد چاهک، مطالعه کرده و متوجه شدند که این مواد با ایجاد هاله‌ی عدم رشد، بر طیف وسیعی از باکتری‌های پاتوژن نظیر لیستریا مونوسایتوتوز، استافیلوکوکوس اورئوس و یرسینیا انتروکلی‌تیکا، اثر مهارری دارند (۲۰). در تحقیق حاضر، باکتری غیر تخمیری در مجاورت محلول فعال کشت لاکتوباسیلوس‌ها، به طور همزمان کشت داده شدند و مشخص گردید که رشد باکتری غیر تخمیری در مجاورت لاکتوباسیلوس‌ها، کاهش محسوسی داشته است. کونکتر و همکاران گزارش کردند که مصرف

REFERENCES

1. Ogutlu A, Güçlü ER, Karabay O, Utku AC, Tuna N, Yahyao M. Effects of carbapenem consumption on the prevalence of Acinetobacter infection in intensive care unit patients. *Ann Clin Microbiol Antimicrob* 2014;13(1):7.
2. Barnett AG, Page K, Campbell M, Martin E, Rashleigh-Rolls R, Halton K, et al. The increased risks of death and extra lengths of hospital and ICU stay from hospital-acquired bloodstream infections: a case-control study. *BMJ Open* 2013;3(10):e003587.
3. Erdem H, Inan A, Altundis S, Carevic B, Askarian M, Cottle L. et al. Surveillance, control and management of infections in intensive care units in Southern Europe, Turkey and Iran - A prospective multicenter point prevalence study. *J Infect* 2014;68(2):131-40.
4. Heydari Z, Ghaemi N, Faezi M. Activity of bacteriocins produced by lactic acid bacteria isolated from dairy environments in situ. *J Biol Sci Lahijan* 2006;1(3):13-23. (Full Text in Persian)
5. Birri DJ, Brede DA, Tessema GT, Nes IF. Bacteriocin production, antibiotic susceptibility and prevalence of haemolytic and gelatinase activity in faecal lactococci isolated from healthy Ethiopian infants. *Microb Ecol* 2013;65(2):504-16.
6. Emami A, Hashemizade Z, Noei aghdam R. Investigating the antibacterial activity of *L. casei* and *L. acidophilus* against common agents of nosocomial infections. *J Ghazvin Univ Med Sci* 2010;14(3):31-7. (Full Text in Persian)
7. Burkholder WH. Sore skin, a bacterial rot of onion bulbs. *Phytopathology* 1950;40:115-7.
8. Tablan OC. Nosocomially acquired *Pseudomonas cepacia* infection in patients with cystic fibrosis. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1993;14(3):124-6.
9. Hanulik V, Webber MA, Holy O, Roterva M, Kolar M. Epidemiology of *Burkholderia multivorans* strains obtained from non-cystic fibrosis patients isolated in large hospitals across the Czech Republic. *J Hosp Infect* 2014;86(1):74-5.
10. Smith DL, Smith EG, Gumery LB, Stableforth DE. *Pseudomonas cepacia* infection in cystic fibrosis. *Lancet* 1992;339(8787):252.
11. Bakkal S, Robinson SM, Ordonez CL, Waltz DA, Riley MA. Role of bacteriocins in mediating interactions of bacterial isolates taken from cystic fibrosis patients. *Microbiology* 2010;156(Pt 7):2058-67.
12. Govan JR, Deretic V. Microbial pathogenesis in cystic fibrosis: mucoid *Pseudomonas aeruginosa* and *Burkholderia cepacia*. *Microbiol Rev* 1996;60:539-74.
13. Clinical and Laboratory Standard Institute. Performance standards for antimicrobial disk susceptibility tests. Fifteen Information Supplement. 2005;25(1):15-100.
14. Tomás MS, Bru E, Nader-Macías ME. Comparison of the growth and hydrogen peroxide production by vaginal probiotic lactobacilli under different culture conditions. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188(1):35-44.
15. Govan JR, Brown AR, Jones AM. Evolving epidemiology of *Pseudomonas aeruginosa* and the *Burkholderia cepacia* complex in cystic fibrosis lung infection. *Future Microbiol* 2007;2(2):153-64.
16. Ferroni A, Sermet-Gaudelus I, Abachin E, Quesnes G, Lenoir G, Berche P, et al. Phenotypic and genotypic characteristics of non fermenting atypical strains recovered from cystic fibrosis patient. *Pathol Biol (Paris)* 2003;51(7):405-11.
17. Floch MH. The effect of probiotics on host metabolism: the microbiota and fermentation. *J Clin Gastroenterol* 2010;44 Suppl 1:S19-21.
18. Horsley A, Jones AM. Antibiotic treatment for Burkholderia cepacia complex in people with cystic fibrosis experiencing a pulmonary exacerbation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10. Art. No.: CD009529. DOI: 10.1002/14651858.CD009529.pub2.
19. Schillinger U, Lücke FK. Antibacterial activity of *Lactobacillus sake* isolated from meat. *Appl Environ Microbiol* 1989;55(8):1901-6.
20. Hirano J, Yoshida T, Sugiyama T, Koide N, Mori I, Yokochi T. The effect of *Lactobacillus rhamnosus* on enterohemorrhagic *Escherichia coli* infection of human intestinal cells in vitro. *Microbiol Immunol* 2003;47(6):405-9.
21. Coconnier MH, Lievin V, Hemery E, Servin AL. Antagonistic activity against *Helicobacter* infection in vitro and in vivo by the human *Lactobacillus acidophilus* strain LB. *Appl Environ Microbiol* 1998;64(11):4573-80.
22. Coenye T, Vandamme P, Govan JRW, LiPuma JJ. Taxonomy and identification of the *burkholderia cepacia* complex. *J Clin Microbiology* 2001;39(10):3427-36.