

Evaluation of Bacterial Species to Determine Antimicrobial Resistance in Patients with Chronic Rhinosinusitis after Surgery of Paranasal Sinuses Referring to Amiralmomenin Hospital in Rasht, 2018

Shadman Nemati¹, Ali Mojtahedi², Soheil Soltanipour³, Masoumeh Sharifigar Mavari⁴, Samaneh Rouhi⁵

1. Professor, Specialty of Otolaryngology and Head and Neck Surgery, Otorhinolaryngology Research Center, Department of Otolaryngology and Head and Neck Surgery, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran. ORCID ID: 0000-0001-8536-4703

2. Associate Professor of Medical Microbiology, Cellular and Molecular Research Center, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran. ORCID ID: 0000-0002-5385-9367

3. Associate Professor of Community Medicine, Eye Research Center, Department of Eye, Amiralmomenin Hospital, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran. ORCID ID: 0000-0001-7768-1121

4. General Practitioner, Otorhinolaryngology Research Center, Department of Otolaryngology and Head and Neck Surgery, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran. ORCID ID: 0000-0003-0943-3710

5. PhD of Medical Bacteriology, Medical Microbiology Research Center, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran., (Corresponding Author), Tel: 028-833790622, Email: roohi.sanmaneh@yahoo.com, ORCID ID: 0000-0003-0160-0924

ABSTRACT

Background and Aim: Bacterial resistance to antibiotics has made treatment difficult. The purpose of this study was to investigate bacterial species in patients with chronic rhinosinusitis after surgery of paranasal sinuses to determine antimicrobial resistance patterns of them.

Materials and Methods: The data of 70 patients after paranasal sinuses surgery in Amiralmomenin hospital in Rasht city, in 2018 were evaluated. The identification of bacteria by microbiological laboratory methods and microbial susceptibility test was performed by disk diffusion method. For data analysis, SPSS version 22 software and chi-square test were used ($p \leq 0.05$).

Results: 62 (88.57%) positive bacterial culture samples were identified. The most abundant strains was *Staphylococcus epidermidis* (38.70%). *Staphylococcus aureus* had the highest antibiotic resistance to penicillin and oxacillin (52.94%) and *Staphylococcus epidermidis* to penicillin (62.50%). Highest antibiotic resistance in *Pseudomonas aeruginosa* was to ceftazidime (90.90%). *Escherichia coli* was resistant to ceftazidime and ampicillin (100%) and *Hafnia alvei* was resistant to ceftazidime (100%). *Klebsiella aerogenes* had higher resistant to ceftazidime and cefixime (100%). With increasing of patient's age, resistance to antibiotics increased ($p \leq 0.05$).

Conclusion: Antibiotic resistance was observed in bacterial samples isolated from patients after surgery. Given that antibiotic resistance may cause failure in the treatment. Monitoring of the antibiotic-resistant pattern is necessary to select the appropriate antibiotic.

Keywords: Bacterial Species, Antimicrobial Resistance Pattern, Chronic Rhinosinusitis, Paranasal Sinuses

Received: July 27, 2019

Accepted: Jan 7, 2020

How to cite the article: Shadman Nemati, Ali Mojtahedi, Soheil Soltanipour, Masoumeh Sharifigar Mavari, Samaneh Rouhi. Evaluation of Bacterial Species to Determine Antimicrobial Resistance in Patients with Chronic Rhinosinusitis after sSurgery of Paranasal Sinuses Referring to Amiralmomenin Hospital in Rasht, 2018. SJKU 2020; 25(2): 1-13.

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBYNC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal

بررسی گونه‌های باکتریایی و تعیین الگوی مقاومت آنتی‌بیوتیکی در بیماران مبتلا به رینوسینوزیت مزمن بعد از عمل جراحی سینوس‌های پارانازال مراجعه‌کننده به بیمارستان امیرالمؤمنین (ع) شهرستان رشت در سال ۱۳۹۷

شادمان نعمتی^۱، علی مجتهدی^۲، سهیل سلطانی پور^۳، معصومه شریفی گر ماوری^۴، سمانه روحی^۵

۱. استاد، فوق تخصص گوش، حلق، بینی و جراحی سر و گردن، مرکز تحقیقات بیماریهای گوش و حلق و بینی، گروه گوش، حلق، بینی و جراحی سر و گردن، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران. کد ارکید: ۴۷۰۳-۸۵۳۶-۰۰۰۱-۰۰۰۰

۲. دانشیار میکروب شناسی پزشکی، مرکز تحقیقات سلولی و مولکولی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران. کد ارکید: ۹۳۶۷-۵۳۸۵-۰۰۰۲-۰۰۰۰

۳. دانشیار پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات چشم، گروه چشم، بیمارستان امیرالمؤمنین (ع)، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران. کد ارکید: ۱۱۲۱-۷۶۸-۰۰۰۱-۰۰۰۰

۴. پزشک عمومی، مرکز تحقیقات بیماری‌های گوش و حلق و بینی، گروه گوش، حلق، بینی و جراحی سر و گردن، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران. کد ارکید: ۳۷۱۰-۰۹۴۳-۰۰۰۳-۰۰۰۰

۵. دکترای باکتری شناسی پزشکی، مرکز تحقیقات میکروب شناسی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران (نویسنده مسئول)، تلفن: ۸۳۳۷۹۰۶۲۲-۰۲۸، پست الکترونیک: roohi.samaneh@yahoo.com. کد ارکید: ۰۹۲۴-۰۱۶۰-۰۰۰۳-۰۰۰۰

چکیده

زمینه و هدف: مقاومت باکتری به آنتی بیوتیک‌ها درمان را با مشکل مواجه کرده است. هدف از تحقیق حاضر بررسی گونه‌های باکتریایی در بیماران مبتلا به رینوسینوزیت مزمن بعد از عمل جراحی سینوس‌های پارانازال و تعیین الگوی مقاومت آنتی‌بیوتیکی آن‌ها است.

مواد و روش‌ها: اطلاعات ۷۰ بیمار بعد از عمل جراحی سینوس‌های پارانازال در بیمارستان امیرالمؤمنین (ع) در شهر رشت در سال ۱۳۹۷ مورد بررسی قرار گرفت. شناسایی باکتری‌ها به وسیله روش‌های آزمایشگاهی میکروب‌شناسی و آزمون حساسیت میکروبی به روش انتشار از دیسک انجام شدند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و آزمون مجذورکای استفاده شد ($p \leq 0/05$).

یافته‌ها: ۶۲ (۸۸/۵۷٪) نمونه کشت مثبت باکتریایی شناسایی شد. فراوان‌ترین سویه، استافیلوکوکوس اپیدرمیدیس (۳۸/۷۰٪) بود. استافیلوکوکوس اورئوس بیشترین مقاومت آنتی‌بیوتیکی را به پنی‌سیلین و آگزاسیلین (۵۲/۹۴٪) و استافیلوکوکوس اپیدرمیدیس به پنی‌سیلین (۶۲/۵۰٪) داشتند. بیشترین مقاومت در سودوموناس آئروژینوزا به سفنازیدیم (۹۰/۹۰٪) بود. اش‌ریشیا کلی به سفنازیدیم و آمپیسیلین (۱۰۰٪) و هافنیا آلوئی به سفنازیدیم (۱۰۰٪) مقاوم بودند. کلبسیلا آئروژنز بیشترین مقاومت را به سفنازیدیم و سفیکسیم (۱۰۰٪) داشت. با افزایش سن بیماران، مقاومت نسبت به آنتی بیوتیک‌ها بالاتر رفت ($p \leq 0/05$).

نتیجه‌گیری: مقاومت آنتی‌بیوتیکی در نمونه‌های باکتریایی جدا شده از بیماران بعد از عمل جراحی مشاهده شد. این موضوع ممکن است علت شکست درمان شود. پایش الگوی مقاومت آنتی‌بیوتیکی جهت انتخاب آنتی‌بیوتیک مناسب لازم است.

کلمات کلیدی: گونه‌های باکتریایی، الگوی مقاومت آنتی‌بیوتیکی، رینوسینوزیت مزمن، سینوس‌های پارانازال

وصول مقاله: ۹۸/۵/۵ اصلاحیه نهایی: ۹۸/۸/۲۰ پذیرش: ۹۸/۹/۱۷

مقدمه

رینوسینوزیت مزمن و مقاوم به درمان دارویی است. این جراحی زمانی انجام می‌شود که درمان‌های قبلی موفق نباشد و بیمار علائم آزاردهنده داشته باشد. این نوع جراحی مناسب، مطمئن و موفق است (۱۱، ۱۲). در این بین درمان رینوسینوزیت مزمن، به دلیل افزایش باکتری‌های مقاوم به آنتی‌بیوتیک با مشکلات مواجه شده است. گزارش‌های اخیر ظهور باکتری‌های مقاوم به آنتی‌بیوتیک در سینوزیت و افزایش فزاینده مقاومت آنتی‌بیوتیکی و عود مجدد بیماری را نشان می‌دهد (۱۳).

با توجه به افزایش بی‌رویه‌ی استفاده از آنتی‌بیوتیک‌ها و مقاومت روز افزون میکروب‌ها در برابر انواع آنتی‌بیوتیک‌ها و مشکلات درمانی ناشی از آن‌ها، وجود این مشکل در بیماران ممکن است علت افزایش هزینه‌های مالی ناشی از درمان، عدم بهبود سلامت در این بیماران، افزایش مشکلات آن‌ها و ایجاد رینوسینوزیت مقاوم به درمان بعد از جراحی شود. با توجه به اینکه موارد بیماران رینوسینوزیت مقاوم به درمان بعد از جراحی محدود و خاص می‌باشند، بررسی علل میکروبی و تعیین بهترین نوع آنتی‌بیوتیک جهت درمان آن راهکاری مهم در پیشگیری مقاومت آنتی‌بیوتیکی و درمان سریع‌تر و کارآمدتر این بیماران است. لذا هدف از تحقیق حاضر جداسازی و تعیین مقاومت آنتی‌بیوتیکی عوامل باکتریایی دخیل در ایجاد رینوسینوزیت مزمن پس از عمل جراحی آندوسکوپیک بینی و سینوس‌های پارانازال است.

مواد و روش‌ها

مطالعه و جامعه مورد بررسی:

مطالعه‌ی حاضر به صورت توصیفی-مقطعی در سال ۱۳۹۷ در استان گیلان، شهر رشت، در بیمارستان تخصصی گوش، حلق، بینی و چشم امیرالمؤمنین (ع) انجام شد. جامعه مورد بررسی شامل تمام افرادی که مبتلا به رینوسینوزیت مزمن بودند و عمل جراحی آندوسکوپی سینوس پارانازال روی آن‌ها انجام شده بود. برای تعیین حجم نمونه بر اساس درصد‌های مطالعات گذشته جمعیت مورد نظر محاسبه گردید.

رینوسینوزیت مزمن (Chronic Rhino-Sinusiti (CRS))

به عنوان یک بیماری التهابی تعریف و با التهاب طولانی‌مدت مخاط بینی و سینوس‌ها مشخص می‌شود. این بیماری سینوس‌های پارانازال و مخاط راه‌های بینی را درگیر کرده و علائم آن به مدت ۱۲ هفته و یا بیشتر طول می‌کشد (۱). علل آناتومیک (عملکرد قسمت‌های مختلف بدن)، علل عفونی، آلرژی‌های قارچی، اختلالات ایمنولوژیک، ریفلاکس گاستروازوفازال و علل ژنتیکی از جمله علل ابتلا رینوسینوزیت مزمن است (۲). در این میان عوامل میکروبی مانند باکتری‌های هوازی و بی‌هوازی، قارچ‌ها و ویروس‌ها از مهم‌ترین علل در ایجاد این نوع بیماری محسوب می‌شوند (۳). این بیماری نسبتاً شایع است و ۴-۱٪ افراد جامعه را درگیر می‌کند (۴-۶). رینوسینوزیت مزمن با شیوع حدود ۱۲-۴/۵٪ در کشورهای آمریکایی و اروپایی شیوع دارد و هزینه سالانه برآورد شده جهت این بیماری ۱۲/۵ بلیون دلار تخمین زده شده است (۴). این بیماری در افراد مبتلا موجب مشکلاتی در تنفس و سایر نقاط بدن می‌شود، بر عملکرد روزانه و سلامت روحی افراد نیز تأثیرگذار است و کیفیت زندگی افراد بیمار را نیز با اختلال روبرو می‌کند؛ بنابراین درمان آن از اهمیت خاصی برخوردار است. غالباً درمان رینوسینوزیت مزمن به وسیله دوره‌های تجویز آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی، آنتی‌بیوتیک‌های موضعی استنشاقی، آنتی‌هیستامین‌ها، کورتیکواستروئیدهای اینترانازال و نیز شستشو با سالی‌ن‌های پیرتونیک که سبب تخفیف نشانه‌های رینوسینوزیت مزمن در بیماران می‌شود همراه است (۵، ۶). درمان آنتی‌بیوتیکی این بیماری توسط کوآموکسی-کلاو به عنوان انتخاب اول در درمان رینوسینوزیت باکتریال، کلیندامایسین، ترکیبی از مترونیدازول و پنی‌سیلین و مهارکننده بتالاکتاماز یا کینولون (فقط برای بزرگسالان) است (۷-۹). همچنین در صورت عدم درمان یا ناموفق بودن آن و در بعضی مواقع عوارض جانبی داروها اقدام به جراحی آندوسکوپیک بینی و سینوس‌های پارانازال می‌شود (۱۰). جراحی آندوسکوپیک سینوس‌های پارانازال یکی از مهم‌ترین درمان‌های موجود و روش استاندارد در بیشتر بیماری‌های سینوسی پارانازال، برای

بر اساس فرمول تعیین حجم نمونه،

$$n = \frac{z^2 p(1-p)}{d^2}$$

حجم نمونه لازم در این مطالعه جهت برآورد فاصله اطمینان ۹۵٪ (Confidence Interval (CI) = ۰/۹۵) با دقت $d=0/1$ تعداد ۷۰ نفر محاسبه شد. نمونه‌گیری به روش غیر احتمالی از نوع نمونه‌گیری آسان انجام شد.

معیار خروج از مطالعه افراد با سن کمتر از ۹ سال و بالای ۶۵ سال، افراد با بیماری‌های زمینه‌ای مانند دیابت، بیماری‌های مرتبط با نقص ایمنی، بیماری و گتر، سارکوئیدوز، سیکاتریسیل پمفیگوئید، ایدز، سیستمیک فیروزیس، تومورهای بینی و سینوس، سینوزیت قارچی، سابقه آلرژی به داروهای گروه ماکرولیدها یا تتراسیکلین‌ها، افراد باردار و شیردهی در زنان، عدم مصرف آنتی‌بیوتیک در ۴۹ ساعت قبل، مصرف داروهای استروئیدی و ضد قارچی در چهار هفته آخر و بدخیمی‌های خونی بودند (۱۴، ۱۵).

تشخیص رینوسینوزیت مزمن

تشخیص بر اساس شواهد بالینی مطرح شده انجام شد. علائم اصلی شامل درد، احتقان یا فشار صورت در قسمت سینوس‌های پیشانی و آرواره‌ای فکی، مشکل در تنفس، گرفتگی و انسداد بینی، آبریزش و تخلیه چرکین بینی، اختلال حس بویایی و علائم فرعی شامل دردی کم و بیش مبهم در ناحیه پیشانی و گهگاه سردرد میگرنی، بوی بد دهان، تب، خستگی، دردهای دندانی، عطسه، احساس فشار یا سنگینی در گوش بودند. تشخیص رینوسینوزیت مزمن بر اساس وجود حداقل یک علامت اصلی به همراه دو علامت فرعی و یا دو یا بیشتر از علائم اصلی بود که بیشتر از ۱۲ هفته طول کشیده باشند. تشخیص نهایی این بیماری بر اساس آنتریور رینوسکوپي یا آندوسکوپي و سی تی اسکن انجام شد (۱۶، ۱۷). جمعیت نهایی شامل افرادی بود که به درمان طبی پاسخ نداده بودند و تحت عمل جراحی اندوسکوپیک بینی و سینوس‌های پاراناژال قرار گرفته بودند. مراجعه کنندگان از دو هفته قبل از عمل جراحی نیز مصرف آنتی‌بیوتیک را قطع کرده بودند.

روش نمونه‌برداری

پس از انتخاب بیمار، آندوسکوپي سینوسی در شرایط استریل به وسیله آندوسکوپ با لنز صفر یا ۳۰ درجه ناحیه کمپلکس استنوما تال انجام شد (۱۶). نمونه‌ها با سوآب استریل از سینوس‌های فک بالا (سینوس ماگزیلاری) بیماران گرفته شدند. به این ترتیب که سوآب از حفره بینی عبور کرده و از طریق مجرای سینوس به نام استیوم تحت کنترل چشمی وارد سینوس شده و سپس مجدد با دقت و به آرامی بیرون کشیده شد (۱۸).

دو نمونه سوآب گرفته شد. یک نمونه به محیط انتقالی استوارت (مرک، آلمان) و یک نمونه سوآب از همان بیمار نیز به محیط تایوگلیکولات برات (مرک، آلمان) منتقل شدند. لوله‌های حاوی محیط و نمونه سوآب بینی بیماران، بلافاصله به آزمایشگاه میکروبی‌شناسی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان منتقل شدند و به مدت ۲۴ ساعت در ۳۷ درجه سانتی‌گراد جهت رشد و غنی‌سازی باکتری‌های موجود در نمونه انکوبه شدند.

تشخیص نمونه‌های باکتریایی

کشت نمونه: نمونه‌ها از محیط انتقالی استوارت روی محیط‌های بلاد آگار (جهت کشت و رشد عمومی باکتری‌ها)، شکلات آگار (جهت کشت و رشد عمومی باکتری‌هایی که سخت پسند هستند و نیاز به گلبول قرمز لیز شده دارند)، مک کانکی آگار (محیط کشت افتراقی جهت شناسایی باکتری‌هایی با تخمیر لاکتوز مثبت) و ائوزین متیلن بلو آگار (محیط کشت انتخابی جهت شناسایی باکتری‌های گرم منفی) (۱۹) و مانیتول سالت آگار (محیط کشت انتخابی-افتراقی جهت شناسایی باکتری‌ها با نیاز به درصد نمک بالا مانند *استافیلوکوکوس*) (تمام محیط‌ها تهیه شده از مرک، آلمان) کشت داده شدند و به مدت ۲۴ ساعت در ۳۷ درجه سانتی‌گراد انکوبه شدند (۱۲).

شناسایی باکتری‌های بی‌هوازی: از محیط تایوگلیکولات برات (باکتری‌های بی‌هوازی اختیاری در تمام بخش‌های محیط و باکتری‌های بی‌هوازی مطلق در انتهای محیط، رشد می‌کنند) نمونه‌ها روی محیط کشت آگار زرده تخم مرغ (مرک، آلمان) و بلاد آگار بی‌هوازی (مرک، آلمان) کشت داده و پلیت‌ها به

تلوریت بلاد آگار (مرک، آلمان) استفاده شد. پلیت‌ها در ۵ درصد CO_2 برای مدت ۴۸ ساعت در ۳۷ درجه سانتی‌گراد انکوبه شدند. جهت تشخیص جنس کورینه از تست کاتالاز، Oxidative-Fermentative (OF) و حرکت استفاده شد (۲۲).

آزمایش آنتی‌بیوگرام

مطابق با موسسه استانداردهای آزمایشگاهی و بالینی ۲۰۱۸ Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) آنتی‌بیوتیک‌های مورد نظر جهت آزمایش آنتی‌بیوگرام باکتری‌های انتخاب شدند. با توجه به این استاندارد، آنتی‌بیوتیک‌های مرتبط با باکتری‌های گرم منفی و گرم مثبت برای هر نوع باکتری به‌طور جداگانه انتخاب شدند. همچنین آنتی‌بیوتیک‌هایی که تنها به روش minimum inhibitory concentration (MIC) می‌بایست استفاده می‌شدند و یا آنتی‌بیوتیک‌هایی که باکتری‌های شناسایی‌شده به آن مقاومت ذاتی داشتند در این تحقیق استفاده نشدند.

برای باکتری‌ها گرم مثبت آنتی‌بیوتیک‌های جنتامایسین (۱۰ میکروگرم)، اریترومایسین (۱۵ میکروگرم)، تتراسایکلین (۳۰ میکروگرم)، سیپروفلوکساسین (۵ میکروگرم)، کلیندامایسین (۱۵ میکروگرم)، پنی‌سیلین (۱۰ واحد) و آگراسیلین (۱ میکروگرم)، برای جنس استافیلوکوکوس در نظر گرفته شدند. پنی‌سیلین (۱۰ واحد)، اریترومایسین (۱۵ میکروگرم)، تتراسایکلین (۳۰ میکروگرم) و کلیندامایسین (۱۵ میکروگرم) برای آزمایش آنتی‌بیوگرام پنوموکوک مورد استفاده قرار گرفتند. همچنین برای باکتری‌های گرم منفی، سفنازیدیم (۳۰ میکروگرم)، ایمی‌پنم (۱۰ میکروگرم)، جنتامایسین (۱۰ میکروگرم)، سیپروفلوکساسین (۵ میکروگرم) و سفپیم (۳۰ میکروگرم) برای سودوموناس آئروژینوزا و آمپی‌سیلین (۱۰ میکروگرم)، سفپیم (۳۰ میکروگرم)، سفتریاکسون (۳۰ میکروگرم)، سفنازیدیم (۳۰ میکروگرم)، سفیکسیم (۵ میکروگرم)، ایمی‌پنم (۱۰ میکروگرم)، جنتامایسین (۱۰ میکروگرم) و سیپروفلوکساسین (۵ میکروگرم) برای جنس اتروباکتریاسه شامل کلبسیلا پنومونیه، کلبسیلا آئروژنز، اشریشیا

همراه Gaspack (مرک، آلمان) در جار بی‌هوازی حاوی ۵-۳ درصد CO_2 برای مدت ۴۸ ساعت در ۳۷ درجه سانتی‌گراد انکوبه شدند. رنگ آمیزی گرم انجام شد. همچنین در صورت مشاهده باکتری‌های بی‌هوازی از آزمایش‌ها بیوشیمیایی کاتالاز، لپاز، تخمیر قندهای مورد نظر، رشد در بایل اسکولین، اوره آز و تولید نیترا (تمام محیط‌ها و تست‌ها تهیه شده از مرک، آلمان)، الگوی آنتی‌بیوگرام ونکومایسین (۳۰ میکروگرم)، کانامایسین (۳۰ میکروگرم) و کلیستین (۱۰ میکروگرم) (تمام آنتی‌بیوتیک‌ها تهیه شده از روزکو، دانمارک)، جهت شناسایی انواع باکتری‌های باسیلی شکل و کوکسی شکل گرم منفی و مثبت بی‌هوازی اجباری استفاده شد (۲۱، ۲۰).

شناسایی باکتری‌های گرم منفی و گرم مثبت هوازی و بی‌هوازی اختیاری: رنگ آمیزی گرم انجام شد. همچنین آزمون‌های بیوشیمیایی استاندارد آزمایشگاهی میکروب‌شناسی شامل کشت در تریپل شوگر آیرون آگار، سولفید ایندول، مولیتی، اوره آز، سیمون-سیرات، متیل رد/وگس پرسکوئر، لیزین آیرون آگار، آرژنین و اورنتین دکربوکسیلاز، کاتالاز و اکسیداز (تمام محیط‌ها و تست‌ها تهیه شده از مرک، آلمان) جهت شناسایی باکتری‌های گرم منفی و آزمایش تخمیر مانیتول، DNase، هیدرولیز L - پیرولیدونیل - بتا نفتیل آمید، همولیز در محیط بلاد آگار، رشد در نمک ۶/۵ درصد، تست‌های کاتالاز، اکسیداز و کواگولاز (تمام محیط‌ها و تست‌ها تهیه شده از مرک، آلمان) و آزمایش آنتی‌بیوتیکی نوویوسین (۵ میکروگرم)، فورازولیدون (۱۰۰ میکروگرم)، ونکومایسین (۳۰ میکروگرم) و حساسیت به اپتوجین (تمام آنتی‌بیوتیک‌ها تهیه شده از پاتن طب، ایران)، جهت شناسایی باکتری‌های گرم مثبت استفاده شدند (۲۰).

تشخیص باکتری‌ها کورینه فورم: شناسایی این نوع باکتری در حد جنس انجام شد. این باکتری‌ها به صورت باسیل‌های گرم مثبت، چماقی شکل و به شکل حروف چینی بعد از رنگ آمیزی گرم در زیر میکروسکوپ شناسایی شدند. باکتری‌ها ظاهری دنداندار و تسییح مانند (گرانول متاکروماتیک) دارد. جهت کشت از محیط بلاد آگار و محیط کشت انتخابی سیستمین

به پنی سیلین و آگراسیلین (هر کدام ۹ سویه: ۵۲/۹۴٪) داشت. بیشترین حساسیت حد واسط در این باکتری به اریترومايسين، جنتامایسین و آگراسیلین (هر کدام ۳ سویه: ۱۷/۶۴٪) مشاهده شد. در *استافیلوکوکوس اپیدرمیدیس* بیشترین حساسیت به سیپروفلوکساین (۱۸ سویه: ۷۵٪) و بیشترین مقاومت آنتی-بیوتیکی نسبت پنی سیلین (۱۵ سویه: ۶۲/۵۰٪) مشاهده شد. همچنین الگوی حد واسط در این باکتری به طور عمده نسبت به کلیندامایسین (۶ سویه: ۲۵٪) بود. تنها سویه باکتری پنوموکوک نسبت به اریترومايسين، تراسایکلین، پنی سیلین و کلیندامایسین حساس بود و الگوی مقاوم و حد واسط در این سویه نسبت به هیچ کدام از آنتی بیوتیک ها وجود نداشت (جدول ۱). با توجه به اینکه در CLSI ۲۰۱۸ آنتی بیوتیکی برای سویه کورینه فرم یافت نشد، در این مطالعه برای این باکتری آزمایش آنتی بیوگرام انجام نگرفت.

در *سودوموناس آئروژینوزا* بیشترین حساسیت به ایمینم (۹ سویه: ۸۱/۸۱٪)، بیشترین مقاومت به سفنازیدیم (۱۰ سویه: ۹۰/۹۰٪) و بیشترین حساسیت حد واسط به سفپیم (۲ سویه: ۱۶/۶۶٪) مشاهده شد. *کلبسیلا پنومونیه* جدا شده به سفپیم، سفتریاکسون، سفنازیدیم، سفیکسیم، ایمی پنم، جنتامایسین، سیپروفلوکساین (هر کدام ۱ سویه: ۱۰۰٪) حساس بود. سویه *اشریشیا کلی* به ایمینم، جنتامایسین، سیپروفلوکساین، سفپیم، سفتریاکسون و سفیکسیم (هر کدام ۱ سویه: ۱۰۰٪) حساس و به سفنازیدیم و آمپیسیلین (هر کدام ۱ سویه: ۱۰۰٪) مقاوم بود. سویه *هافنیا آلوتی* به ایمی پنم، جنتامایسین، سیپروفلوکساین، سفپیم، سفتریاکسون و سفیکسیم (هر کدام ۱ سویه: ۱۰۰٪) حساس بود؛ اما به سفنازیدیم (۱ سویه: ۱۰۰٪) مقاوم بود. در مورد *کلبسیلا آئروژنز* بیشترین میزان حساسیت به ایمی پنم، سیپروفلوکساین و سفتریاکسون (هر ۵ سویه: ۱۰۰٪) و بیشترین مقاومت به سفنازیدیم و سفیکسیم (هر ۵ سویه: ۱۰۰٪) مشاهده شد. الگوی حد واسط در *کلبسیلا پنومونیه*، *اشریشیا کلی*، *هافنیا آلوتی* و *کلبسیلا آئروژنز* نسبت به هیچ یک از آنتی بیوتیک های مورد استفاده در این تحقیق مشاهده نشد (جدول ۲).

کلی و *هافنیا آلوتی* مورد استفاده قرار گرفتند (تمام آنتی-بیوتیک ها تهیه شده از پاتن طب، ایران). الگوی مقاومت آنتی-بیوتیکی باکتری های جدا شده از نمونه های بالینی با استفاده از آزمون انتشار از دیسک به روش کربی-بوئر بر اساس موسسه استانداردهای کلینیکی و CLSI تعیین شد. در ابتدا سوسپانسیون باکتری کدورت معادل استاندارد ۰/۵ مک فارلند آماده و توسط سوآب استریل به صورت چمنی روی محیط کشت مولر هینتون آگار (مرک، آلمان) کشت داده شد؛ سپس دیسک های آنتی-بیوتیک به فواصل ۲ سانتی متر روی محیط قرار داده و پلیت ها در ۳۷ درجه سانتی گراد به مدت ۲۴ ساعت انکوبه شدند. هاله مانعت از رشد اطراف دیسک آنتی بیوتیک به وسیله خط کش اندازه گیری شد و با استاندارد CLSI مقایسه و خوانده شد (۲۳). روش آماری

اطلاعات حاصله به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ آنالیز و با استفاده از شاخص های آمار توصیفی و رسم جدول فراوانی جهت به دست آوردن درصد مقاومت در باکتری ها ارائه شدند. آزمون مجذورکای (X^2) جهت ارتباط بین سن و مقاومت آنتی بیوتیکی مورد استفاده قرار گرفت ($p \leq 0/05$).

یافته ها

این مطالعه بر روی ۷۰ بیمار انجام گرفت که شامل ۳۸ (۵۴/۳٪) نفر مرد و ۳۲ (۴۵/۷٪) نفر زن با میانگین سنی $43 \pm 13/36$ بودند. از بین ۷۰ نمونه به دست آمده از ۷۰ بیمار، ۶۲ (۸۸/۵۷٪) نمونه کشت مثبت باکتریایی گزارش شد. شایع ترین سویه باکتریایی جدا شده از نمونه ها به ترتیب *استافیلوکوکوس اپیدرمیدیس* (۲۴ سویه: ۳۸/۷۰٪)، *استافیلوکوکوس اورئوس* (۱۷ سویه: ۲۷/۴۱٪)، *سودوموناس آئروژینوزا* (۱۱ سویه: ۱۷/۷۴٪)، *کلبسیلا آئروژنز* (۵ سویه: ۸/۰۶٪)، *کلبسیلا پنومونیه*، *اشریشیا کلی*، *پنوموکوک*، *هافنیا آلوتی* و *کورینه فورم* (هر کدام ۱ سویه: ۱/۶۱٪) بودند. همچنین نمونه ای که بیش از یک نوع باکتری رشد کرده باشد در نتایج یافت نشد. *استافیلوکوکوس اورئوس* بیشترین حساسیت را به سیپروفلوکساین (۱۲ سویه: ۷۰/۵۸٪) و بیشترین مقاومت را نسبت

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-04-25] [DOI: 10.52547/sjku.25.2.1]

جدول ۱. توزیع فراوانی الگوی مقاومت آنتی‌بیوتیکی در باکتری‌های گرم مثبت در بیماران مبتلا به رینوسینوزیت مزمن به تفکیک آنتی‌بیوتیک‌های مورد استفاده (S: Sensitive حساس، I: Intermediate نیمه حساس، R: Resistant مقاوم)

آنتی‌بیوتیکی	الگوی حساسیت	اریترومایسین	جنتامایسین	سیپروفلوکساسین	تتراسایکلین	پنی‌سیلین	کلیندامایسین	اگزاسیلین
استافیلوکوکوس اورئوس	S	۱۰	۶	۱۲	۹	۶	۱۱	۵
		(٪۵۸/۸۲)	(٪۳۵/۲۹)	(٪۷۰/۵۸)	(٪۵۲/۹۴)	(٪۳۵/۲۹)	(٪۶۴/۷۰)	(٪۲۹/۴۱)
	R	۴	۸	۳	۷	۹	۴	۹
		(٪۲۳/۵۲)	(٪۴۷/۰۵)	(٪۱۷/۶۴)	(٪۴۱/۱۷)	(٪۵۲/۹۴)	(٪۲۳/۵۲)	(٪۵۲/۹۴)
	I	۳	۳	۲	۱	۲	۲	۳
		(٪۱۷/۶۴)	(٪۱۷/۶۴)	(٪۱۱/۷۶)	(٪۵/۹)	(٪۱۱/۷۶)	(٪۱۱/۷۶)	(٪۱۷/۶۴)
استافیلوکوکوس اپیدرمیدیس	S	۱۷	۱۵	۱۸	۹	۴	۸	۶
		(٪۷۰/۸۳)	(٪۶۲/۵۰)	(٪۷۵)	(٪۳۷/۵۰)	(٪۱۶/۶۶)	(٪۳۳/۳۳)	(٪۲۵)
	R	۵	۵	۵	۱۱	۱۵	۱۰	۱۴
		(٪۲۰/۸۳)	(٪۲۰/۸۳)	(٪۴۵/۸۳)	(٪۶۲/۵۰)	(٪۴۱/۶۶)	(٪۴۱/۶۶)	(٪۵۸/۳۳)
	I	۲	۴	۱	۴	۵	۶	۴
		(٪۸/۳۳)	(٪۱۶/۶۶)	(٪۴/۱۶)	(٪۱۶/۶۶)	(٪۲۰/۸۳)	(٪۲۵)	(٪۱۶/۶۶)
پنوموکوک	S	۱	-	-	۱	۱	۱	-
		(٪۱۰۰)			(٪۱۰۰)	(٪۱۰۰)	(٪۱۰۰)	
	R	۰	-	-	۰	۰	۰	-
	I	۰	-	-	۰	۰	۰	-

*: آنتی‌بیوتیک مورد نظر در جداول CLSI برای باکتری مورد نظر به کار نرفته است.

جدول ۲. توزیع فراوانی الگوی مقاومت آنتی بیوتیکی در باکتری های گرم منفی در بیماران مبتلا به سینوزیت مزمن به تفکیک آنتی بیوتیک های مورد استفاده (S: Sensitive حساس، I: Intermediate نیمه حساس، R: Resistant مقاوم)

باکتری گرم منفی	الگوی حساسیت آنتی بیوتیکی	سفتازیدیم	ایمی پنم	جتنامایسین	سیپروفلوکساسین	سپیم	آمی سیلین	سفتریاکسون	سفیکسیم
	S	۰	۹ (٪۸۱/۸۱)	۲ (٪۱۸/۱۸)	۶ (٪۵۴/۵۴)	۶ (٪۵۴/۵۴)	-	-	-
سودوموناس آئروژینوزا	R	۱۰ (٪۹۰/۹۰)	۱ (٪۹/۰۹)	۸ (٪۷۲/۷۲)	۴ (٪۳۶/۳۶)	۳ (٪۲۷/۲۷)	-	-	-
	I	۱ (٪۹/۰۹)	۱ (٪۹/۰۹)	۱ (٪۹/۰۹)	۱ (٪۹/۰۹)	۲ (٪۱۶/۱۶)	-	-	-
	S	۱ (٪۱۰۰)	۱ (٪۱۰۰)	۱ (٪۱۰۰)	۱ (٪۱۰۰)	۱ (٪۱۰۰)	-	۱ (٪۱۰۰)	۱ (٪۱۰۰)
کلبسیلا پنومونیه	R	۰	۰	۰	۰	۰	-	۰	۰
	I	۰	۰	۰	۰	۰	-	۰	۰
اشریشیا کلی	S	۰	۱ (٪۱۰۰)	۱ (٪۱۰۰)	۱ (٪۱۰۰)	۱ (٪۱۰۰)	۰	۱ (٪۱۰۰)	۱ (٪۱۰۰)
	R	۱ (٪۱۰۰)	۰	۰	۰	۰	۱ (٪۱۰۰)	۰	۰
هافنیا آلوی	S	۰	۱ (٪۱۰۰)	۱ (٪۱۰۰)	۱ (٪۱۰۰)	۱ (٪۱۰۰)	-	۱ (٪۱۰۰)	۱ (٪۱۰۰)
	R	۱ (٪۱۰۰)	۰	۰	۰	۰	-	۰	۰
کلبسیلا آئروژنز	S	۰	۵ (٪۱۰۰)	۳ (٪۶۰)	۵ (٪۱۰۰)	۴ (٪۸۰)	-	۵ (٪۱۰۰)	۰
	R	۵ (٪۱۰۰)	۰	۲ (٪۴۰)	۰	۱ (٪۲۰)	-	۰	۵ (٪۱۰۰)
	I	۰	۰	۰	۰	۰	-	۰	۰

*: آنتی بیوتیک مورد نظر در جداول CLSI برای باکتری مورد نظر به کار نرفته است.

نتایج آماری نشان داد که بین مقاومت آنتی بیوتیکی و سن بیمار رابطه‌ی معنی دار وجود داشت و در بیماران در سنین بالاتر، مقاومت به آنتی بیوتیک های مصرفی افزایش یافت ($p \leq 0.05$).

نتایج آماری نشان داد که بین مقاومت آنتی بیوتیکی و سن بیمار رابطه‌ی معنی دار وجود داشت و در بیماران در سنین بالاتر، مقاومت به آنتی بیوتیک های مصرفی افزایش یافت ($p \leq 0.05$).

داده می شود. نقش باکتری های بیماری زا به عنوان یکی از علل سینوزیت ثابت شده است. بروز مقاومت های میکروبی، درمان بیماری های عفونی را مشکل ساخته است و در بسیاری از مواقع حتی بعد از درمان های آنتی بیوتیکی گسترده، شاهد افزایش طیف وسیعی از عفونت در بیمار خواهیم بود (۲۴). در بسیاری از موارد انجام این چنین جراحی هایی زمینه ابتلا بیمار به بیماری های عفونی سینوس را بیشتر می کند؛ بنابراین شناسایی عوامل عفونی و روش های مناسب درمان در این مورد حائز اهمیت است؛ بنابراین نقش

نتایج آماری نشان داد که بین مقاومت آنتی بیوتیکی و سن بیمار رابطه‌ی معنی دار وجود داشت و در بیماران در سنین بالاتر، مقاومت به آنتی بیوتیک های مصرفی افزایش یافت ($p \leq 0.05$).

بحث

سینوزیت مزمن بیماری شایعی است که در کلینیک ها و درمانگاه های گوش، حلق و بینی به میزان زیادی تشخیص

میکروبی ممکن است آلوده شود. جداسازی و شناسایی این باکتری‌ها به وسیله روش‌های کشت متداول و روش‌های تشخیصی باکتری‌شناسی امکان‌پذیر است (۲۸، ۲۹). همچنین در بعضی از بیماران مبتلا به رینوسینوزیت مزمن افرادی دچار فلور میکروبی نامتعادل در زیست بوم میکروبی یا دیس بیوسیس میکروبیوم هستند. کاهش تنوع یک گونه یا جنس از باکتری و افزایش فراوانی نسبی گونه‌های باکتری خاص نسبت به افراد سالم و یا سایر افراد بیمار وجود دارد (۳۰، ۲۹، ۲۴، ۴).

همچنین در مطالعه Rezai و همکارانش (۲۰۱۵)، بیشترین مقاومت آنتی‌بیوتیکی در *استافیلوکوکوس اپیدرمیدیس* نسبت به اگزاسیلین (۴۰/۶۲٪) و در *استافیلوکوکوس اورئوس* نسبت به آموکسی‌سیلین، آمپی‌سیلین و اگزاسیلین (هر کدام ۶۰٪) بود. در مطالعه ما نیز *استافیلوکوکوس اپیدرمیدیس* بیشترین مقاومت آنتی‌بیوتیکی را به پنی‌سیلین (۶۲/۵۰٪) داشت و مقاومت به اگزاسیلین ۵۸/۳۳٪ بود که این میزان نسبت مطالعه Rezai و همکارانش (۲۰۱۵) بیشتر بود. همچنین *استافیلوکوکوس اورئوس* نیز بیشترین مقاومت را نسبت به پنی‌سیلین (۵۲/۹۴٪) نشان که این میزان نسبت به مطالعه Rezai و همکارانش (۲۰۱۵) کمتر بود (۲۸). انتقال باکتری‌ها از یک بیمار به بیمار دیگر یا همراه بیمار، انتقال باکتری‌های مقاوم اکتسابی از محیط و سایر افراد، مانند پرستاران و پزشکان و افراد در اتاق عمل، همچنین انتقال آلودگی از لوازم بیمارستانی و در حین عمل، بستری شدن طولانی مدت بیماران در بیمارستان، استفاده از آنتی‌بیوتیک‌های وسیع الطیف و تولیدکننده آنزیم‌های بتالاکتاماز، کنترل نامناسب عفونت و بهداشت در بیمارستان‌ها می‌تواند علت آلودن شدن بیماران به باکتری‌ها باشد (۲۸، ۳۱).

Bhattacharyya و همکارانش (۲۰۰۴) نشان دادند که در بیماران پس از عمل جراحی آندوسکوپیک سینوسی، نمونه‌برداری از سینوس‌های اتموئید نشان داد که بیماران مبتلا به تشدید عفونت بودند. شایع‌ترین باکتری بین ۱۱۳

و ارتباط باکتری‌ها و تعیین مقاومت آنتی‌بیوتیکی و کاربرد بهترین آنتی‌بیوتیک بسیار مهم است (۲۵). Testori و همکارانش (۲۰۱۵) گزارش دادند که میزان عفونت بعد از عمل جراحی سینوس‌های ماگزیلاری ۵/۶-۲٪ بود. در مطالعه حاضر ۸۸/۵۷٪ کشت مثبت باکتریایی گزارش شد که از مطالعه Testori بیشتر بود (۲۶). در تحقیق Hsu و همکارانش (۱۹۹۸) *استافیلوکوکوس کواگولاز منفی* (۲۸٪)، *سودوموناس آنروژینوزا* (۱۷٪) و *استافیلوکوکوس اورئوس* (۱۳٪) به ترتیب بیشترین گونه‌های باکتریایی جدا شده از بیماران مبتلا به رینوسینوزیت مزمن و ۵۰٪ از سویه‌های *سودوموناس آنروژینوزا* مقاوم به کینولون بودند (۲۷). در مطالعه حاضر میزان *استافیلوکوکوس اورئوس* ۲۷/۴۱٪ و *سودوموناس آنروژینوزا* ۱۷/۷۴٪ بود که از مطالعه Hsu بیشتر بودند.

Rezai و همکارانش (۲۰۱۵)، ۱۰۰ بیمار مبتلا به سینوزیت مزمن را تحت بررسی قرار دادند. فراوانی باکتری‌های تولیدکننده آنزیم‌های بتالاکتاماز وسیع الطیف در بیماران مبتلا به سینوزیت مزمن به ترتیب شامل گونه‌های *انتروباکتر* (۵۷/۳٪)، *اشریشیا کلی* (۲۹/۴۱٪) و *کلبسیلا پنومونیه* (۲۸/۵۷٪) بود. همچنین در این مطالعه *استافیلوکوکوس اورئوس* مقاوم به متیسیلین ۶۰٪ و *استافیلوکوکوس اپیدرمیدیس* ۴۳/۷۵٪ گزارش شد (۲۸). شیوع سویه‌های باکتریایی جدا شده از نمونه‌ها به ترتیب شامل *استافیلوکوکوس اپیدرمیدیس* (۳۸/۷۰٪)، *استافیلوکوکوس اورئوس* (۲۷/۴۱٪)، *سودوموناس آنروژینوزا* (۱۷/۷۴٪)، *کلبسیلا آنروژنز* (۸/۰۶٪)، *کلبسیلا پنومونیه*، *اشریشیا کلی*، *پنوموکوک*، *هافنیا آلویی* و *کورینه فورم* (هر کدام ۱/۶۱٪) بودند که بعد از عمل جراحی آندوسکوپیک بینی و سینوس‌های پارانازال از بیماران جدا شدند و میزان آن‌ها از مطالعه Rezai و همکارانش (۲۰۱۵) کمتر بود (۲۸). مطالعات نشان داده است که حفره سینوسی یک ناحیه استریل نیست و توسط گونه‌های مختلف باکتری‌ها و تشکیل بیوفیلم

بیمار، استافیلوکوکوس اورئوس (۴۱٪) بود (۳۲). همچنین در مطالعه Rom و همکارانش (۲۰۱۹) انجام شد، شایع ترین باکتری های جدا شده از بیماران با رینوسینوزیت مزمن کورینه باکتریوم (۲۹٪) و استافیلوکوکوس اورئوس (۱۶٪) بود (۳۳). در تحقیقی که توسط Kepnes و Bhattacharyya (۲۰۰۸) انجام شد، بین ۳۹۲ بیمار، ۷۰۱ سویه باکتری جدا شد که بیشترین مورد مربوط به استافیلوکوکوس اورئوس (۱۹٪) بود که از مطالعه ما کمتر بود (۲۷/۴۱٪) و بیشترین مقاومت نسبت به اریترومايسين دیده شد (۶۹/۷٪) که این میزان مقاومت از مطالعه ما (۲۳/۵۲٪) بیشتر بود (۳۴). مئاتوس میانی و حفره سینوسی شامل اکسید نیتريك در بخش گازی سینوس می باشد، همچنین پروتئین/پپتیدهای ضد میکروبی در مایع سینوسی وجود دارند که بر میزان باکتری های بیماری زا در این بخش اثر می گذارد و در افراد مختلف متفاوت است. استافیلوکوکوس اورئوس جز فلور نرمال بینی به حساب می آید (اگر میزان آن ۱۰۰۰ واحد تشکیل دهنده کلونی/میلی-لیتر بیشتر باشد بیماری زا است)؛ بنابراین در اکثر مطالعات میزان این باکتری از سایر باکتری ها بیشتر است (۳۵). جداسازی و کشت باکتری ها و انجام تست آنتی بیوتیکی روش مناسب و به صرفه جهت تشخیص بهترین آنتی بیوتیک و کاربرد آن در درمان بیمار است (۳۴،۳۵).

Brook و همکارانش (۲۰۱۶) گزارش دادند که در بیماران مبتلا به رینوسینوزیت مزمن، عامل عفونت باکتریایی به ترتیب استافیلوکوکوس اورئوس (۲۴-۱۴٪)، جنس انتروباکتریاسه (۴۷-۶٪) و جنس سودوموناس (۱۴-۳٪) بودند که به طور کل این میزان فراوانی از مطالعه ما کمتر بود (۸). Pourmousa و همکارانش (۲۰۱۶) در ۱۰۰ بیمار مبتلا به رینوسینوزیت مزمن نشان دادند که شایع ترین باکتری های جدا شده باسیلوس های گرم مثبت (۲۰٪)، استافیلوکوکوس کواگولاز منفی (۱۶٪) و استافیلوکوکوس اورئوس (۱۵٪) بودند. بیشترین مقاومت نسبت به آنتی-

بیوتیک پنی سیلین (۹۰٪) و بیشترین حساسیت نسبت سیپروفلوکساسین (۸۳٪) بود (۳۵). وجود عوامل مختلف مانند مکان نمونه گیری نیز در میزان و فراوانی این باکتری های در مطالعات مختلف متفاوت است. به طور مثال سینوس های ماگزیلاری، سینوس های اتموئید و سینوس های فرونتال هر کدام جمعیت میکروبی خاص خود را دارند و نوع و فراوانی این جمعیت میکروبی بر چگونگی اثر گذاری آنتی بیوتیک ها می تواند موثر باشد (۳۶،۳۷)؛ بنابراین روش های درمانی مناسب همراه با روش های حذف مکانیکی تجمععات میکروبی مانند تمیز کردن کامل سینوس ها، پیشگیری از ایجاد آلودگی حین عمل و استفاده مناسب از محلول های شستشو در دوره پس از جراحی روش های مناسب جهت کاهش جمعیت میکروبی است (۳۸).

در مطالعه حاضر تعداد نمونه کم بود و همچنین ممکن است آلودگی در حین نمونه گیری و در آزمایشگاه علت به وجود آمدن نتایج کاذب شود؛ اما با توجه به اینکه تعداد بیماران با جراحی سینوس و عفونت آن ها محدود است؛ بنابراین مطالعه روی آن ها و انتخاب روش مناسب درمانی به همراه پایش دوره ای این بیماران با اهمیت است. از طرف دیگر، با توجه به اینکه آنتی بیوتیک های بکار رفته در این مطالعه مطابق با استاندارد CLSI انتخاب شده بودند، این انتظار می رود که نتایج این تحقیق بتواند به پزشکان کمک کند تا با در نظر گرفتن نوع باکتری گرم مثبت یا منفی و انتخاب آنتی بیوتیک مطابق با استانداردهای CLSI بهترین آنتی-بیوتیک را تجویز نمایند. در این تحقیق بیماران مراجعه کننده به بیمارستان تخصصی گوش، حلق و بینی استان گیلان مورد بررسی قرار گرفتند. با توجه به اینکه عمده بیماران با بیماری های مرتبط با گوش، حلق و بینی به این بیمارستان مراجعه می کنند؛ بنابراین نتایج این تحقیق می تواند نشان دهنده چگونگی الگوی مقاومت آنتی بیوتیکی در منطقه باشد؛ بنابراین با در نظر گرفتن مقاومت های باکتریایی گزارش شده در این تحقیق می توان بهترین آنتی بیوتیک که

مقاومت آنتی‌بیوتیکی مؤثر است؛ با توجه به این که تحقیق حاضر در بیمارستان تخصصی گوش، حلق و بینی استان انجام شد، نتایج این تحقیق می‌تواند به پزشکان منطقه کمک کند تا با در نظر گرفتن استانداردهای لازم و نتایج حاصل از این مطالعه، بهترین آنتی‌بیوتیک را برای باکتری‌های جدا شده انتخاب کنند و تجویز بدون در نظر گرفتن استاندارد-های لازم انجام نشود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گیلان جهت حمایت‌های مادی و معنوی قدردانی می‌شود (شماره ثبت پایان نامه: ۲۱۲۱، کد اخلاق: ۱۹۳۰۵۰۶۲۰۴).

باکتری به آن حساس است یا مقاومت کمتری دارد را به عنوان درمان اولیه در نظر بگیرند و از تجویز غیر منطقی آنتی‌بیوتیک، تجویز آنتی‌بیوتیک‌هایی که باکتری جدا شده از بیمار به آن مقاومت ذاتی دارد و تجویز بدون در نظر گرفتن استانداردهای لازم خودداری شود. امید است با در نظر گرفتن نتایج این مطالعه بتوان بیماران را با بهترین آنتی-بیوتیک درمان نمود و از تجویز چندین نوع آنتی‌بیوتیک بدون کارایی لازم که تنها سبب افزایش مقاومت باکتریایی و تشدید عفونت می‌شوند جلوگیری کرد.

نتیجه‌گیری

باکتری‌های مختلف در ایجاد عفونت‌های بعد از عمل جراحی سینوس نقش دارند. این باکتری‌ها در بخش‌های مختلف بیمارستان وجود دارند و می‌توانند در حین عمل جراحی نیز منتقل شوند؛ بنابراین رعایت اصول بهداشتی در حین عمل و توصیه به بیمار بعد از عمل جراحی، انجام نمونه‌برداری و آزمایش حساسیت آنتی‌بیوتیکی قبل از تجویز آنتی‌بیوتیک در انتخاب صحیح درمان و کاهش

منابع

1. Scadding GK, Durham SR, Mirakian R, Jones NS, Drake-Lee AB, Ryan D, et al. BSACI guidelines for the management of rhinosinosis and nasal polyposis. *Clin Ex Allergy*. 2008;38(2):260-75.
2. Nemati S, Jafari Shakib R, Shakiba M, Araghi N, Azimi SZ. Allergic rhinitis in adults with chronic suppurative otitis media. *Iran J Otorhinolaryngol*. 2015;27(81):261-6.
3. Sivasubramaniam R, Douglas R. The microbiome and chronic rhinosinosis. *World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg*. 2018;4(3):216-21.
4. DeConde AS, Soler ZM. Chronic rhinosinosis: epidemiology and burden of disease. *Am J Rhinol Allergy*. 2016;30(2):134-9.
5. Naderian M, Mohammadi A. Evaluation of diseases with symptoms similar to chronic sinosis, Boali hospital, Tehran, 2009-2010. *RJMS*. 2011;17 (80 and 81):34-9. [In Persian]
6. Meymaneh Jahromi A, Shahabi Pour A. The Epidemiological and clinical aspects of nasal polyps that require surgery. *Iran J Otorhinolaryngol*. 2012;24(67):75-8.
7. Mustafa M, Patawari P, Iftikhar H, Shimmi SC, Hussain SS, Sien M. Acute and chronic rhinosinosis, pathophysiology and treatment. *Int J Pharm Sci Invent*. 2015;4(2):30-6.
8. Brook I. Chronic sinosis in children and adult: role of bacteria and antimicrobial management. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2005;5(6):482-90.
9. Platts-Mills TA, Rosenwasser LJ. Chronic sinosis consensus and the way forward. *J Allergy Clin Immunol*. 2004;114(6):1359-61.

10. Farhadi M, Moshrefi M. Functional endoscopic sinus surgery report of 200 cases. RJMS. 1995;2(1995):127-38. [In Persian]
11. Weber RK, Hosemann W. Comprehensive review on endonasal endoscopic sinus surgery. GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg. 2015;14(2015):Doc08.
12. Yan R, Zhang X. Analysis of complications in functional endoscopic sinus surgery. Lin Chuang Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi. 2003;17(8):456-7.
13. Rezai MS, Pourmousa R, Dadashzadeh R, Ahangarkani F. Multidrug resistance pattern of bacterial agents isolated from patient with chronic sinusitis. Caspian J Intern Med. 2016;7(2):114-9.
14. Gerami H, Banan R, Nemati SH, Fallahi AA, Mojtahedi A, Soltanipour S, et al. The Relative frequency of allergic fungal rhinosinusitis in patients with nasal polyposis in Rasht City, Iran. Qom Univ Med Sci J. 2017;10(12):45-53. [In Persian]
15. Farokhpey F, Niabati N, Amri Maleh M, Omraninava M, Mansoursaravi M, Maleh M, et al. Comparison efficacy of doxycycline and azithromycin and clarithromycin in the treatment of chronic bacterial rhinosinusitis. MUMS. 2018;57(7):814-21. [In Persian]
16. Hashemian F, Farahani F. Frequency of nasal polyposis in chronic rhinosinusitis and role of endoscopic examination in correct diagnosis. Avicenna J Clin Med. 2005;12(3):20-3. [In Persian]
17. Husain S, Amilia HH, Rosli MN, Zahedi FD, Sachlin IS. Development group clinical practice guidelines management of rhinosinusitis in adolescents & adults. management of rhinosinusitis in adults in primary care. Malays Fam Physician. 2018;13(1):28-33.
18. Sharp SE, Searcy C. Comparison of mannitol salt agar and blood agar plates for identification and susceptibility testing of *Staphylococcus aureus* in specimens from cystic fibrosis patients. J Clin Microbiol. 2006;44(12):4545-6.
19. Zimbro MJ, Power DA, Miller SM, Wilson GE. Handbook of microbiological culture media. 2 nd ed. Maryland: USA, 2009: 50-51, 112-3, 114, 222-3.
20. Forbes BA, Sahm DF, Weissfeld AS. Bailey and Scott's diagnostic microbiology. 12nd ed. New York: Elsevier, 2007: 258-9, 272-5, 471-2.
21. Taheri JB, Fallah F, Maleki Z, Oosia MA. The relationship between halitosis and gram-negative anaerobic bacteria in oral cavity. Beheshti Univ Dent J. 2005;22(4):633-43. [In Persian]
22. Carroll KC, Hobden JA, Miller S, Morse SA, Mietzner TA, Detrick B, et al. Jawetz, Melnick, & Adelberg's medical microbiology. 27nd ed. New York: McGraw-Hill, 2016: 194.
23. Clinical and laboratory standards institute (CLSI). M100, Performance standards for antimicrobial susceptibility testing. 28nd ed. Wayne: Clinical and laboratory standards institute; 2018:30-40, 54-61, 77-80.
24. Gupta V, Gupta A. Prevalence and clinical profile of patients with chronic fungal maxillary sinusitis. Int J Otorhinolaryngol Head Neck Surg. 2019;5(2):280-4.
25. Naeimi M. Combined septorhinoplasty and functional endoscopic sinus surgery. IJORL. 2007;19(2007):83-8. [Persian]
26. Testori T, Drago L, Wallace SS, Capelli M, Galli F, Zuffetti F, et al. Prevention and treatment of postoperative infections after sinus elevation surgery: clinical consensus and recommendations. Int J Dent. 2012;2012(2012):365809.
27. Hsu J, Lanza DC, Kennedy DW. Antimicrobial resistance in bacterial chronic sinusitis. Am J Rhinol. 1998;12(4):243-8.

28. Rezai MS, Pourmousa R, Dadashzadeh R, Ahangarkani F. Multidrug resistance pattern of bacterial agents isolated from patient with chronic sinusitis. *Caspian J Intern Med.* 2016;7(2):114-9.
29. Lee JT, Frank DN, Ramakrishnan V. Microbiome of the paranasal sinuses: update and literature review. *Am J Rhinol Allergy.* 2016;30(1):3-16.
30. Bose S, Grammer LC, Peters AT. Infectious chronic rhinosinusitis. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2016;4(4):584-9.
31. Andersson DI, Hughes D. Selection and transmission of antibiotic-resistant bacteria. *Microbiol Spectr.* 2017;5(4):MTBP-0013-2016.
32. Bhattacharyya N, Gopal HV, Lee KH. Bacterial infection after endoscopic sinus surgery: a controlled prospective study. *Laryngoscope.* 2004;114(4):765-7.
33. Rom D, Bassiouni A, Eykman E, Liu Z, Paramasivan S, Alvarado R, et al. The association between disease severity and microbiome in chronic rhinosinusitis. *Laryngoscope.* 2019;129(6):1265-73.
34. Bhattacharyya N, Kepnes LJ. Assessment of trends in antimicrobial resistance in chronic rhinosinusitis. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2008;117(6):448-52.
35. Pourmousa R, Dadashzadeh R, Ahangarkani F, Rezai MS. Frequency of bacterial agents isolated from patients with chronic sinusitis in Northern Iran. *Glob J Health Sci.* 2015;8(5):239-46.
36. Juan F, Ayiheng Q, Yuqin F, Hua Z, Jun Y, Bin H. Risk factors of chronic rhinosinusitis after functional endoscopic sinus surgery. *Med Sci Monit.* 2017;23(2017):1064-8.
37. Drago L, Pignataro L, Torretta S. Microbiological aspects of acute and chronic pediatric rhinosinusitis. *J Clin Med.* 2019;8(2):149.
38. Principi N, Esposito S. Nasal irrigation: an imprecisely defined medical procedure. *Int J Environ Res Public Health.* 2017;14(5):pii: E516.