

Phage Therapy in Treatment of Gram-negative Bacterial Infections: A Systematic Review

Golnar Rahimzadeh¹,
Majid Saeedi^{2,3},
Fereshteh Farshidi⁴,
Mohammad Sadegh Rezai⁵

¹ PhD Student, Pediatric Infectious Diseases Research Center, Student Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Professor, Department of Pharmaceutics, Faculty of Pharmacy, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Pharmaceutical Sciences Research Center, Haemoglobinopathy Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ MSc in Microbiology, Pediatric Infectious Diseases Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁵ Associate Professor, Pediatric Infectious Diseases Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received June 18, 2017 ; Accepted August 14, 2018)

Abstract

Background and purpose: Infections caused by multidrug-resistant gram-negative bacteria are rising. Phage therapy is an effective treatment in infections resistant to treatment and progress has been made with its use and development in recent years. Phage therapy in treatment of gram-negative bacterial infections is not well investigated in clinical trials. Therefore, the aim of this study was to systematically review studies on phage therapy against gram-negative bacterial infections.

Methods & Materials: This review was done using electronic databases, including Scopus, PubMed, Google Scholar, and Web of science and articles published from 1968 to 2017 were investigated. Studies meeting the inclusion criteria were selected and estimated using a review method.

Results: A total of 128,009 articles were indexed from which 320 were selected based on their abstracts. Then, some were excluded including experimental studies and *In vitro* and *In vivo* studies. Finally, clinical trials (n=23) that met the inclusion criteria and published in English were selected.

Conclusion: This review showed that phage therapy is an effective treatment against gram-negative bacterial infections in humans orally, topically, and subcutaneously injected.

Keywords: phage therapy, infection, gram-negative bacteria, review

J Mazandaran Univ Med Sci 2018; 28 (165):203-212 (Persian).

* Corresponding Author: Mohammad Sadegh Rezai - Pediatric Infectious Diseases Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: drmsrezai@yahoo.com)

فاژ درمانی در عفونت های ناشی از باکتری های گرم منفی

گلنار رحیم زاده^۱

مجید سعیدی^{۲و۳}

فرشته فرشیدی^۴

محمد صادق رضایی^۵

چکیده

سابقه و هدف: عفونت های ناشی از باکتری های گرم منفی مقاوم به چندین آنتی بیوتیک در حال افزایش است. فاژ درمانی جهت درمان موثر عفونت های مقاوم به درمان مطرح می باشد و در سال های اخیر علم فاژ درمانی در حال تغییر و پیشرفت است. تاکنون در منابع انگلیسی و فارسی از فاژ درمانی جهت درمان عفونت های ناشی از باکتری های گرم منفی در مطالعات کارآزمایی بالینی به خوبی بحث نشده است، لذا این مطالعه با هدف بررسی مطالعات فاژ درمانی بر علیه عفونت های ناشی از باکتری های گرم منفی در بانک اطلاعات بین المللی معتبر، انجام پذیرفت.

مواد و روش ها: این مطالعه مروری سیستماتیک، براساس پایگاه های الکترونیکی بین المللی اسکوپوس، پاب مد، گوگل اسکولار و وب ساینس از سال های ۱۹۶۸ تا ۲۰۱۷ می باشد. مطالعاتی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند بررسی شده و داده ها با روش مروری برآورد گردید.

یافته ها: تعداد ۱۲۸۰۰۹ مقاله در این پایگاه ها نمایش داده شد که بعد از بررسی عناوین ۳۲۰ مقاله، و بعد از مطالعه چکیده و حذف مطالعات تجربی، *in vivo* *in vitro* و انتخاب مطالعات اصل لاتین که به صورت کارآزمایی بالینی انجام شده بودند.

استنتاج: نتایج نشان داد که فاژ درمانی به صورت خوراکی، موضعی و تزریق زیر پوستی جهت درمان عفونت ها در انسان موثر واقع شده است.

واژه های کلیدی: فاژ درمانی، عفونت، باکتری های گرم منفی، مروری

مقدمه

به صورت تجاری تولید شد. فاژ درمانی از سال ۱۹۳۰ تا ۱۹۴۰ در گرجستان، روسیه، اکراین، بلاروس و آذربایجان فعال گردید. در سال ۱۹۴۰ کمپانی Eli Lilly در آمریکا هفت محصول فاژی را بر علیه عفونت های باکتریایی از جمله *استرپتوکوکوس*، *استافیلوکوکوس*، *اشریشیا کلی*

اولین بار باکتریوفاژها در سال ۱۸۸۶ در گزارشی از سوی Hankin معرفی شدند (۱) و Felix d'Herelle با همکاری George Eliava در سال ۱۹۳۱ از فاژها جهت درمان و پیشگیری بیماری وبا استفاده نمودند، بر این اساس اولین محصول فاژی بر علیه باکتری *ویبریوکلرا* در گرجستان

E-mail: drmsrezaii@yahoo.com

مؤلف مسئول: محمدصادق رضایی - ساری: بیمارستان بوعلی سینا، مرکز تحقیقات بیماری های عفونی اطفال

۱. دانشجوی دکتری پژوهشی، مرکز تحقیقات عفونی اطفال، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. استاد، گروه فارماسیوتیکس، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. مرکز تحقیقات علوم دارویی، پژوهشکده هموگلوبینوپاتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد میکروبیولوژی، مرکز تحقیقات بیماری های عفونی اطفال، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۵. دانشیار، مرکز تحقیقات عفونی اطفال، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۳/۲۸ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۷/۳/۳۰ تاریخ تصویب: ۱۳۹۷/۵/۲۳

تولید نمود. اولین مطالعه فاز درمانی جهت درمان سپتیک در سال ۱۹۴۰ در بیمارستان Ostroumovkaya در مسکو با تزریق داخل وریدی و داخل عضله‌ای فاز بر علیه عفونت سپتیک انجام گردید. در سال ۱۹۳۹ تا ۱۹۴۰ در کمپین فنلاندی برای اولین بار استفاده از فازهای تولید شده توسط Eliava Institute بر علیه باکتری‌های *استافیلوکوکوس* و *استرپتوکوکوس* جهت بهبودی زخم و جراحی گزارش گردید. با کشف پنی‌سیلین توسط الکساندر فلمینگ و وجود مشکلاتی در فاز درمانی از جمله عدم وجود دانش کافی در زمینه بیولوژی فازها و تکنیک‌های تولیدی نامناسب که منجر به تولید محصولات بی‌اثر می‌شدند، باعث شد تا دو دهه فازها فراموش شوند. اما در اروپای شرقی فاز درمانی همچنان ادامه داشت (۵-۲). استفاده وسیع از آنتی‌بیوتیک‌ها و افزایش مقاومت به آن‌ها در طی دو یا سه دهه گذشته، سبب ظهور و گسترش باکتری‌های مقاوم به آنتی‌بیوتیک‌ها در سراسر جهان، و تبدیل به یک چالش مهم شده است. ژن‌های مقاوم به آنتی‌بیوتیک‌ها از جمله بتا-لاکتام، آمینوگلیکوزید، کلرامفنیکل و تتراسایکلین در حال گسترش می‌باشند. عفونت‌های ناشی از باکتری‌های گرم منفی مقاوم به چندین آنتی‌بیوتیک، در بخش مراقبت‌های ویژه، عفونت‌های بیمارستانی و به دنبال استفاده از وسایل پزشکی در حال افزایش است (۱۰-۶). در سال ۲۰۰۵ عفونت‌های ناشی از باکتری *استافیلوکوکوس اورئوس* مقاوم به متیسیلین در ایالات متحده با حدود ۱۰۰۰۰۰ عفونت جدی گزارش شد که باعث تلفات ۲۰ هزار نفر گردید. گزینه‌های درمانی محدود سبب شده تا درمان عفونت‌های ناشی از باکتری‌های مقاوم در برابر چندین آنتی‌بیوتیک که به اختصار به عنوان پاتوژن‌های ESKAPE که شامل باکتری‌های *انتروکوکوکوس فاسیوم*، *استافیلوکوکوس اورئوس*، *کلبسیلا پنومونیه*، *آسیتوباکتر بومانی*، *سودوموناس آئروژینوزا*، *انتروباکتریاسه* می‌باشند، اکنون به عنوان بحران در سراسر جهان شناخته شود (۱۳-۱۱).

با بازگشت به دوره قبل از آنتی‌بیوتیک‌ها و گسترش باکتری‌ها مقاوم در برابر آنتی‌بیوتیک‌ها و عدم تحقیق و توسعه در تولید ترکیبات جدید ضد میکروبی، به‌طوری که در سال‌های ۱۹۸۷-۱۹۸۳، ۱۶ داروی جدید آنتی‌بیوتیک مورد تایید اداره غذا و داروی آمریکا برای استفاده در ایالات متحده گزارش شده است، اما بین سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۶ تنها ۶ آنتی‌بیوتیک جدید تایید شده است. رسیدن به پایان خط تولید آنتی‌بیوتیک‌ها می‌تواند یک تغییر در فرهنگ جهانی بیماری‌های عفونی باشد و برخی ادعا می‌کنند که بازگشت قریب‌الوقوع یک دوره پیش از آنتی‌بیوتیک‌ها در حال پیشرفت می‌باشد. راه جایگزین برای پیشگیری و کنترل عفونت‌های باکتریایی پیشنهاد و بازنگری در فاز درمانی است (۱۴، ۱۵).

فازها محصولات طبیعی هستند و عوارض جانبی از آن‌ها گزارش نشده است. فازها کاملاً هوشمند و به‌طور اختصاصی بر روی باکتری میزبان خود موثر بوده و تاثیر مخرب بر فلور نرمال ندارند. در حالی که آنتی‌بیوتیک‌ها بر فلور نرمال اثر مخرب داشته و عوارضی مانند عفونت ثانویه را ایجاد می‌نمایند. فازها در محل عفونت خود تکثیر شونده هستند و نیاز به تنظیم دوز ندارند. از آنجایی که خود تکثیر شونده هستند تولید این عوامل ضدباکتریایی مقرون به صرفه بوده و از نظر اقتصادی بسیار سریع و ارزان می‌باشند. اثر توکسیک ندارند و برخلاف آنتی‌بیوتیک‌ها مقاومت به فازها گزارش نشده است. فازها خود محدود شونده هستند به نحوی که بعد از نابود کردن باکتری‌های مضر، خود نیز از بین می‌روند (۱۶).

فاز درمانی در عصر حاضر در مراکز، با تمرکز بر جداسازی و نگهداری فازها و تولید داروهای فازی شامل، مونوفازها که بر علیه باکتری‌های *اشریشیا کلی*، *استافیلوکوکوس*، *استرپتوکوکوس*، *سودوموناس آئروژینوزا* می‌باشد. همچنین داروهای، پلی‌فاز، فازهای بر علیه بیماری‌های قانقاریا، کزاز، مخملک، دیفتری، سیاه زخم نیز تولید می‌شوند. مرکز Hirschfeld Institute of

Immunology and Experimental Therapy (HIIET) در هلند با تولید محصولات فاژی بر علیه عفونت‌های گوارشی، سپتی سمی و عفونت ریه و دستگاه ادراری، پیشگیری یا درمان عفونت‌های پس از عمل و پس از زایمان و درمان باکتری‌های مقاوم به چندین آنتی‌بیوتیک در حال فعالیت می‌باشد. مرکز Queen Astrid Military Hospital in Brussels بلژیک بیش‌تر بر روی فاژهای موثر بر زخم‌های سوختگی و بر علیه باکتری‌های *استافیلوکوکوس اورئوس*، *آسیتوباکتر بومانی*، *سودوموناس آئروژینوزا*، *انتروباکتریاسه* مطالعه داشته است. دارویی که توسط این مرکز در سال ۲۰۰۷ تولید شد با نام BFC-1 می‌باشد. چندین مطالعه کارآزمایی بالینی در خصوص عفونت زخم و سپتی سمی در این مرکز انجام شده است. مرکز Deutsche Sammlung von Mikroorganismen und Zellkulturen در آلمان مطالعات کارآزمایی بالینی جهت بررسی تاثیر فاژ بر بهبودی کیستیک فیبروزیس و تولید محصول فاژی برای اولین بار به صورت اسپری جهت دکلوئیزاسیون باکتری *پسودوموناس آئروژینوزا* در بیماران مبتلا به برونشیت انجام داده است (۱۷). با توجه به این که مطالعات زیادی در ارتباط با فاژ درمانی منتشر شده اما نتایج بسیار متفاوت هستند و یک برآورد کلی وجود ندارد. از آنجایی که برای یکپارچه و ترکیب نتایج مطالعات، روش مروری سیستماتیک یکی از مهم‌ترین راهکارها می‌باشد، این مطالعه به منظور فاژ درمانی در عفونت‌های ناشی از باکتری‌های گرم منفی با روش مروری سیستماتیک در دنیا انجام شده است.

مواد و روش‌ها

برای یافتن مقالات در این مطالعه مروری سیستماتیک، پایگاه‌های معتبر اطلاعاتی بین‌المللی اسکوپوس، پاب مد، گوگل اسکولار و وب‌ساینس در تاریخ ۲۰ اردیبهشت الی ۲۱ خرداد سال ۱۳۹۷، با استفاده از کلید واژه‌های فاژ درمانی، انسان، عفونت، توسط دو نفر از محققین مورد جستجو قرار گرفت. همچنین رفرانس مقالات نیز

برای اطمینان از دریافت کل مقالات مورد بررسی قرار گرفت. مقالات انتشار یافته الکترونیکی از سال ۱۹۶۸ تا سال ۲۰۱۲ دریافت شدند. داده‌ها برای هر مطالعه بر اساس عنوان مقاله، نام نویسنده نفر اول، سال انجام مطالعه، محل انجام مطالعه، تعداد بیماران، نوع باکتری (گرم منفی)، بیماری، نحوه استفاده از فاژ و تاثیر آن استخراج شد. مطالعات با داشتن معیارهای ورود که شامل، تمامی مطالعات لاتین که فاژ درمانی را روی انسان به صورت کارآزمایی بالینی بررسی نموده و عامل بیماری‌ها باکتری‌های گرم منفی بوده است، انتخاب شدند. و مطالعات شامل معیارهای خروج که عبارتند از مطالعاتی که به صورت تجربی، *in vivo*، *in vitro* بودند و یا داده‌های ناکافی داشتند و مطالعاتی که عامل بیماری باکتری‌های گرم مثبت بوده است، حذف شدند.

یافته‌ها

تعداد ۱۲۸۰۰۹ مقاله در این پایگاه‌های گفته شده نمایش داده شد. بعد از مطالعه عناوین و چکیده ۳۲۰ مقاله بررسی شدند. بعد از حذف مطالعات تجربی، *in vivo*، *in vitro* و انتخاب مطالعات اصل لاتین که به صورت کارآزمایی بالینی انجام شده بودند ۷۸ مقاله بررسی شدند. مطالعات عفونت‌های انسانی ناشی از باکتری‌های گرم مثبت حذف و ۴۵ مقاله بررسی و در نهایت بعد از بازیابی متن و ارزیابی پژوهش‌های چاپ شده در دو ژورنال و حذف یکی از آن‌ها، ۲۳ مقاله منتشر شده از تاریخ ۱۹۶۸ الی ۲۰۱۲ انتخاب و وارد مطالعه شدند. یک مطالعه به دلیل گزارش دو بیماری و تاثیر فاژ درمانی بر آن‌ها دو بار وارد مطالعه شد (تصویر شماره ۱) (۱۸).

یافته‌ها نشان دادند که فاژ درمانی بر علیه عفونت‌های ناشی از باکتری‌های گرم منفی در انسان مانند اوتیت مزمن، عفونت گوارشی، عفونت زخم، عفونت ادراری، عفونت ریه، استئومیلیت موثر می‌باشد (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: ویژگی های مطالعات اولیه وارد شده به مرور سیستماتیک در ارتباط با فاز درمانی در عفونت های ناشی از باکتری های گرم منفی در انسان

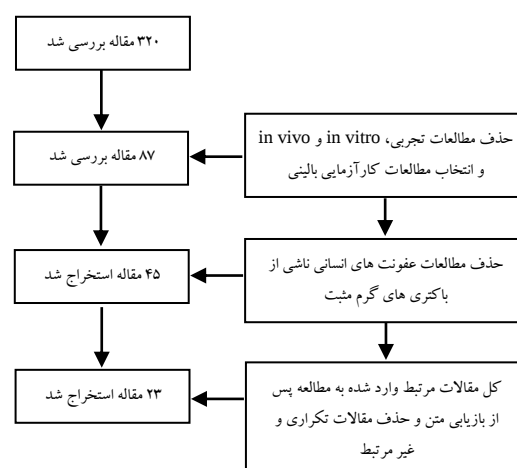
شماره	نویسنده اول	سال	کشور	تعداد بیماران	نوع باکتری	بیماری	نحوه استفاده از فاز	تاثیر	دفرنس
۱	Chanishvili	۲۰۱۲	اتحاد جماهیر شوروی سابق (FSU)	۴	شیگلا دیسنتری	اسهال	خوراکی	همه آن ها بعد از ۲۴ ساعت بهبود پیدا کردند.	۱۸
۲	Chanishvili	۲۰۱۲	اتحاد جماهیر شوروی سابق (FSU)	۱۹۱	ویبریو کلرا	وبا	خوراکی	در گروه درمان با فاز ۹۸ نفر از ۷۳ نفر بهبود یافتند و در گروه کنترل در ۴۴ نفر از ۱۱۸ نفر بهبودی حاصل شده است.	۱۸
۳	Wright	۲۰۰۹	انگلیس	۲۴	سودوموناس آئروژینوزا	اوتیت مزمن	خوراکی	موثر و ایمن، این مطالعه دوسوگور با پلاسبو بوده و در گروه فاز علامت بهبود مشاهده شده است.	۱۹
۴	Chanishvili	۲۰۰۸	اتحاد جماهیر شوروی سابق (FSU)	۲۱۹	ویبریو کلرا	بیماری قلبی	خوراکی	۷۴ درصد بهبود یافتند.	۲۰
۵	Kutateladze	۲۰۰۸	گرجستان	۱۸۵۷۷	سالمونلا تیفی	تیفونید	خوراکی	درمان فاز با کاهش ۵ برابر میزان شیوع تیفونید در مقایسه با دارونما همراه بوده است.	۲۱
۶	Cabello	۲۰۰۶	نیویورک		ویبریو کلرا	عفونت دستگاه گوارش	خوراکی	نقش حفاظتی داشت.	۲۲
۷	Kellogg	۱۹۹۵	آمریکا		ویبریو کلرا	عفونت دستگاه گوارش	خوراکی	نقش حفاظتی داشت.	۲۳
۸	Markoishvili	۲۰۰۲	گرجستان	۹۶	اشریشیاکلی	زخم	موضعی	۷۰ درصد بهبود و ترمیم زخم	۲۴
۹	perepanova	۱۹۹۵	روسیه	۴۶	اشریشیاکلی	عفونت ادراری	موضعی و خوراکی	۹۲ درصد بهبود	۲۵
۱۰	Miliutina And vorotyntseva	۱۹۹۳	روسیه	۱۶۴۶	سالمونلا تیفی، سودوموناس آئروژینوزا، شیگلا دیسنتری	عفونت دستگاه گوارش در بچه ها		آنتی بیوتیک به تنهایی موثر نبود، ترکیب آنتی بیوتیک و فاز موثر بود.	۲۶
۱۱	sakandelidze	۱۹۹۱		۹۳۶	سودوموناس آئروژینوزا	عفونت ناشی از آلرژی		۸۶ درصد درمان با فاز، ۴۸ درصد درمان با آنتی بیوتیک، ۸۳ درصد درمان با ترکیب فاز با آنتی بیوتیک در مطالعه دوسویه تعداد باکتری ۱۰ برابر کاهش یافت و اسهال درمان شد.	۲۷
۱۲	Anpilov and prokudin	۱۹۸۴	روسیه		شیگلا دیسنتری	اسهال		فاز در پیشگیری از اسهال موثر بود.	۲۸
۱۳	Babalova	۱۹۶۸	روسیه		شیگلا دیسنتری	اسهال		فاز در پیشگیری از اسهال موثر بود.	۲۹
۱۴	Cislo	۱۹۸۷		۳۱	سودوموناس آئروژینوزا، کلبسیلا پنومونیه، پروتئوس میرابیلیس	عفونت پوست	خوراکی و موضعی	۷۴ درصد درمان انجام شد.	۳۰
۱۵	Ioseliani	۱۹۸۰	روسیه	۴۵	اشریشیاکلی	عفونت ریه		ترکیب فاز با آنتی بیوتیک در درمان موثر بود.	۳۱
۱۶	Kochetkova	۱۹۸۹	روسیه	۶۵	سودوموناس آئروژینوزا، پروتئوس میرابیلیس	عفونت زخم در افراد مبتلا به سرطان		۸۲ درصد درمان با فاز، ۸۱ و ۸۰ درصد موفقیت با ترکیب فاز و آنتی بیوتیک، ۶۰/۶ درصد درمان با آنتی بیوتیک فاز باعث درمان شدند.	۳۲
۱۷	Kucharewicz	۱۹۸۷		۵۷	کلبسیلا پنومونیه، اشریشیاکلی	عفونت های گوناگون			۳۳
۱۸	Litvinova	۱۹۷۸		۵۰۰	سودوموناس آئروژینوزا، پروتئوس ولگاریکوس	عفونت گوارشی		ترکیب فاز با نیفیدیدین باکتر موثر بود.	۳۴
۱۹	kwarcinski	۱۹۹۴		۱	اشریشیاکلی	آبسه در معده		درمان موفقیت آمیز بود.	۳۵
۲۰	Sakandelidze and Meipariani	۱۹۷۴	روسیه	۲۳۶	پروتئوس میرابیلیس	پریتونیت استومیلیت	تزریق زیر پوست	۹۲ درصد بهبود یافتند.	۳۶
۲۱	Slopek			۵۵۰	سودوموناس آئروژینوزا، اشریشیاکلی، کلبسیلا پنومونیه، سالمونلا تیفی	عفونت گوارشی و پوست		۹۲ درصد بهبود یافتند.	۳۷
۲۲	Tolkacheva	۱۹۸۱		۵۹	اشریشیاکلی، پروتئوس ولگاریکوس	اسهال		ترکیب فاز با نیفیدیدین باکتر موثر در درمان اسهال بود.	۳۸
۲۳	Weber-Dabrowska	۱۹۸۷		۶۰	باکتری های گوناگون	عفونت باکتریایی چرکی		بهبودی در بیماران حاصل شد.	۳۹
۲۴	Bruttin	۲۰۰۵	سوئیس	۵۰	اشریشیاکلی	عفونت گوارشی	خوراکی	کاهش تعداد باکتری اشریشیاکلی در افراد مبتلا به اسهال	۴۰

بحث

در این مطالعه ۲۳ مقاله چاپ سال های ۱۹۶۸ تا ۲۰۱۲، که تاثیر فاز درمانی را جهت درمان عفونت های ناشی از انواع باکتری های گرم منفی سودوموناس آئروژینوزا، شیگلا دیسنتری، ویبریو کلرا، استافیلوکوکوس اورئوس، سالمونلا تیفی، اشریشیاکلی، پروتئوس میرابیلیس، پروتئوس ولگاریکوس و کلبسیلا پنومونیه

که عامل بیماری هایی مانند اوتیت مزمن، اسهال، وبا، زخم پای دیابتی، بیماری قلبی، تیفوئید، عفونت دستگاه گوارش، زخم، عفونت ادراری، عفونت دستگاه گوارش در بچه ها، عفونت ناشی از آلرژی، عفونت پوست، عفونت ریه، عفونت زخم در افراد مبتلا به سرطان، عفونت های گوناگون، آبسه معده، پریتونیت، استومیلیت، آبسه، عفونت باکتریایی چرکی بودند، مورد بررسی قرار گرفت. نتایج

گوارشی ناشی از باکتری های گرم منفی از جمله ویبریو کلرا، شیگلا دیسانتری، سالمونلا تیفی پرداخته شده است. در مطالعه Cabello و همکاران در سال ۲۰۰۶، Kellogg و همکاران در سال ۱۹۹۵ مصرف خوراکی فاژ و تاثیر حفاظتی و پیشگیری آن ها بر علیه باکتری ویبریو بررسی و تایید گردید (۲۳-۲۲)، اما در مطالعه Anpiloy و همکاران در سال ۱۹۸۴، با مصرف فاژ پیشگیری اسهال ناشی از شیگلا دیسانتری تایید شد (۲۸). در مطالعات دیگر مصرف خوراکی فاژ جهت درمان عفونت های گوارشی کاربرد داشته است. در مطالعه Chanishvili و همکاران در سال ۲۰۱۲، Miliutina و همکاران در سال ۱۹۹۳، Babalova و همکاران در سال ۱۹۶۸، با مصرف خوراکی فاژ در افراد مبتلا به اسهال ناشی از باکتری شیگلا دیسانتری بهبودی حاصل گردید (۱۸، ۲۶، ۲۹). در چندین مطالعه از فاژها جهت بهبودی زخم و عفونت های پوستی استفاده شده است. در مطالعه Markoishvili و همکاران در سال ۲۰۰۲، در تغلیس بر روی ۱۰۷ بیمار مبتلا به عفونت زخم نشان داده شد که درمان با آنتی بیوتیک به تنهایی به دلیل مقاوت آنتی بیوتیکی و عدم نفوذ آنتی بیوتیک به بخش های عمقی تر موثر نبوده است. اما محصول فاژی با نام PhagoBioDerm شامل یک پلیمر زیست تجزیه پذیر به همراه آنتی بیوتیک و فاژ لیتیک می باشد که بر بهبودی زخم ۷۰ درصد از بیماران موثر بوده است (۲۴). اما در مطالعه Kochetkova و همکاران در سال ۱۹۸۹، بهبودی عفونت زخم در افراد مبتلا به سرطان در استفاده از فاژ ۸۲ درصد و در گروه ترکیب فاژ به همراه آنتی بیوتیک ۸۱/۵ درصد گزارش شد (۳۲). علاوه بر این مطالعات دیگری در استفاده از فاژ ها جهت درمان عفونت های دیگر نیز انجام شده است. در مطالعه Perepanova و همکاران در سال ۱۹۹۵ نشان داده شد، ۲۹۳ نفر از بیماران مبتلا به عفونت ادراری، ۸۳ درصد آن ها بهبود یافتند (۲۵). فاژ درمانی در مطالعه Kwarcinski و همکاران در سال ۱۹۹۴، نشان داد که بیماران مرد مبتلا



تصویر شماره ۱: استراتژی جستجوی مقالات لاتین با کلید واژه های فاژ درمانی و مقاومت آنتی بیوتیکی و عفونت در سایت های معتبر از جمله، اسکوپوس، پاپ مد، گوگل اسکولار و وب ساینس

حاکمی از آن است که فاژ درمانی در این بیماران به صورت خوراکی، موضعی و تزریق زیر پوستی موثر بوده است. در ۵ مطالعه تاثیر فاژ بر روند بهبودی عفونت های چرکی و عفونت های زخم بررسی گردید. در مطالعه Cislo و همکاران در سال ۱۹۸۷، بر روی ۳۱ بیمار مبتلا به عفونت پوستی چرکی با باکتری های استافیلوکوکوس، اشریشیا کلی، سودوموناس آئروژینوزا، کلبسیلا پنومونیه، پروتئوس میرابیلیس انجام شد و نتایج نشان داد که پس از دو هفته، درمان بدون حضور چرک و نکروز بافتی مشاهده شد (۳۰). اما در مطالعه Kochetkova و همکاران در سال ۱۹۸۹، بر روی ۱۳۱ بیمار بهبودی عفونت چرکی به همراه التهاب با سه روش انجام شد که در یک گروه فاژ به تنهایی استفاده شد و در گروه دیگر به موازات فاژ آنتی بیوتیک نیز استفاده شد. در گروه سوم پس از درمان آنتی بیوتیکی فاژ استفاده گردید و بیش ترین تاثیر فاژ به همراه استفاده همزمان با آنتی بیوتیک ۸۱/۵ درصد بوده است (۳۲).

در مطالعه Weber-Dabrowska و همکاران بر روی ۵۶ بیمار مبتلا به عفونت چرکی که فاژ به صورت خوراکی استفاده شد، پس از ده روز بهبودی کامل مشاهده گردید (۳۹). در ۵ مطالعه، بر تاثیر فاژها بر عفونت های

به آبه در معده پس از دریافت فاژ در مدت زمان ۳۳ روز بهبود یافتند و آبه‌ای مشاهده نگردید (۳۵).

در مطالعه Wright و همکاران در سال ۲۰۰۹، با استفاده فاژ اوتیت مزمن ناشی از باکتری سودوموناس آئروژینوزا بهبود یافت (۱۹).

با این حال، برخی از عوامل مهم وجود دارد که چالش‌هایی را برای استفاده از فاژ به عنوان یک عامل ضد میکروبی ایجاد می‌نماید. از فاژ بر علیه پاتوژن‌های داخل سلولی مانند گونه‌های سالمونلا استفاده نمی‌شود. به علت عدم توانایی ورود فاژ به سلول‌های یوکاریوتی، فاژ به سلول باکتری دسترسی نخواهد داشت. اگرچه فاژها پاتوژن‌های مستقیم سلول‌های یوکاریوتی نیستند، سیستم ایمنی بدن انسان می‌تواند فاژ را به عنوان آنتی‌ژن‌های خارجی تشخیص دهد و تولید آنتی‌بادی‌های ضد فاژی انجام شود. تجویز تیرهای بالا فاژ به بیمار ممکن است یک واکنش شدید مانند آنافیلاکسی ایجاد کند، اگرچه این عوارض منفی مشاهده نشده است. یکی دیگر از ویژگی‌های فاژ که ممکن است یک ضرر در فاژ درمانی باشد، توانایی فاژهای لیزوژنیک در انتقال مواد ژنتیکی بیماری‌زا و مقاومت به آنتی‌بیوتیک‌ها و تولید سموم باکتریایی مانند انتروتوکسین از طریق ترانس داکشن

می‌باشد. برای جلوگیری از این مشکل، فاژهایی که لیتیک هستند در فاژ درمانی ایده‌آل هستند. بر خلاف آنتی‌بیوتیک‌ها فاژها در طیف گسترده‌ای از درجه حرارت پایدار هستند و اگر میزبان به‌طور مداوم در دسترس باشند، می‌توانند بدون محدودیت باقی بمانند و انتشار ناخواسته آن، یک مشکل مهم را ایجاد می‌کند. مسئله دیگری که با فاژ درمانی ایجاد می‌شود، اثرات احتمالی پس از لیز باکتری است. هنگامی که باکتری‌های گرم منفی لیز می‌شوند، اجزای سلولی مانند اندوتوکسین آزاد می‌شوند. این یک مشکل عمده در حال حاضر در ارتباط با استفاده از آنتی‌بیوتیک‌های خاص است. چنانچه مقدار زیادی از اندوتوکسین در بدن آزاد شود، می‌تواند تب یا شوک سپتیک رخ دهد، که ممکن است منجر به مرگ شود (۴۳-۴۱).

با توجه به این که فاژها با منشأ طبیعی کاملاً اختصاصی عمل می‌کنند و تاثیر بر فلور نرمال ندارند، فاژها توکسیک نبوده و خود تکثیر شونده در محل عفونت هستند و همچنین تولیدشان ارزان و سریع می‌باشد، از فاژها به عنوان هدف‌های درمانی جایگزین در ساخت و توسعه داروهای جدید در درمان عفونت‌های باکتریایی می‌توان بهره گرفت.

References

1. Delbrück M. The growth of bacteriophage and lysis of the host. *J Gen Pphysiol* 1940; 23(5): 643-660.
2. d'Hérelle F. On an invisible microbe antagonistic to dysentery bacilli. *Bacteriophage* 2011; 1: 3-5.
3. Eaton MD, Bayne-Jones S. Bacteriophage therapy: review of the principles and results of the use of bacteriophage in the treatment of infections. *J Am Med Assoc* 1934; 103(23): 1769-1776.
4. Luepke KH, Suda KJ, Boucher H, Russo RL, Bonney MW, Hunt TD, et al. Past, Present, and Future of Antibacterial Economics: Increasing Bacterial Resistance, Limited Antibiotic Pipeline, and Societal Implications. *Pharmacotherapy* 2017; 37(1): 71-84.
5. Twort FW. An investigation on the nature of ultra-microscopic viruses. *Lancet* 1915; 186(4814): 1241-1243.
6. Bagheri-Nesami M, Rafiei A, Eslami G, Ahangarkani F, Rezai MS, Nikkhah A, et al. Assessment of extended-spectrum β -lactamases and integrons among Enterobacteriaceae in device-associated infections: multicenter study in north of Iran. *Antimicrob Resist Infect Control* 2016; 5(1): 52.

7. Behzadnia S, Davoudi A, Rezai MS, Ahangarkani F. Nosocomial infections in pediatric population and antibiotic resistance of the causative organisms in north of iran. *Iran Red Crescent Med J* 2014; 16(2): e14562 (Persian).
8. Eslami G, Rezaie MS, Salehifar E, Rafiei A, Langaie T, Rafati MR, et al. Epidemiology of extended spectrum beta lactamases producing *E. coli* genes in strains isolated from children with urinary tract infection in north of Iran. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2016; 25(132): 270-279 (Persian).
9. Eslami G, Salehifar E, Behbudi M, Rezai MS. Rational Use of Amikacin in Buali-Sina Hospital in Sari, 2011. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2013; 23(100): 2-9.(Persian)
10. Fahimzad A, Eyadian Z, Karimi A, Shiva F, Sayyahfar S, Kahbazi M, et al. Surveillance of antibiotic consumption point prevalence survey 2014: Antimicrobial prescribing in pediatrics wards of 16 Iranian hospitals. *Arch Iran Med* 2016; 19(3): 204-209 (Persian).
11. Huttner A, Harbarth S, Carlet J, Cosgrove S, Goossens H, Holmes A, et al. Antimicrobial resistance: a global view from the 2013 World Healthcare-Associated Infections Forum. *Antimicrob Resist Infect Control* 2013; 2(1): 31.
12. Rahimzadeh G, Gill P, Rezai MS. Characterization of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) Phages from Sewage at a Tertiary Pediatric Hospital. *Arch Pediatr Infect Dis* 2016; e39615.
13. Rahimzadeh G, Gill P, Rezai MS. Characterization and lytic activity of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) phages isolated from NICU. *Australasian Med J* 2016; 9(6): 169-175.
14. Rezai MS, Bagheri-nesami M, Hajalibeig A, Ahangarkani F. Multidrug and cross-resistance pattern of ESBL-producing enterobacteriaceae agents of nosocomial infections in intensive care units. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2017; 26(144): 39-49 (Persian).
15. 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): 114-119.
16. Saffar MJ, Enayti AA, Abdolla IA, Razai MS, Saffar H. Antibacterial susceptibility of uropathogens in 3 hospitals, Sari, Islamic Republic of Iran 2002-2003. *East Mediterr Health J* 2008; 14(3): 556-563.
17. Krueger AP, Scribner EJ. Bacteriophage therapy: The bacteriophage: its nature and its therapeutic use. *JAMA* 1941; 19: 2160-2277.
18. Chanishvili N. Phage therapy—history from Twort and d'Herelle through Soviet experience to current approaches. *Adv Virus Res* 2012; 83: 3-40.
19. Wright A, Hawkins CH, Änggård EE, Harper DR. A controlled clinical trial of a therapeutic bacteriophage preparation in chronic otitis due to antibiotic-resistant *Pseudomonas aeruginosa*; a preliminary report of efficacy. *Clin Otolaryngol* 2009; 34(4): 349-357.
20. Chanishvili N, Sharp R. Bacteriophage therapy: experience from the Eliava Institute, Georgia. *Microbiol Austr* 2008; 29(2): 96-101.
21. Kutateladze á, Adamia R. Phage therapy experience at the Eliava Institute. *Méd Mal Infect* 2008; 38(8): 426-430.
22. Kellogg CA, Rose JB, Jiang SC, Thurmond JM, Paul JH. Genetic diversity of related vibriophages isolated from marine environments around Florida and Hawaii, USA. *Marine Ecology Progress Series*. 1995: 89-98.

23. Markoishvili K, Tsitlanadze G, Katsarava R, Glenn J, Morris Jr M, Sulakvelidze A. A novel sustained release matrix based on biodegradable poly (ester amide) s and impregnated with bacteriophages and an antibiotic shows promise in management of infected venous stasis ulcers and other poorly healing wounds. *Int J Dermatol* 2002; 41(7): 453-458.
24. Perepanova T, Darbeeva O, Kotliarova G, Kondrat'eva E, Maïskaia L, Malysheva V, et al. The efficacy of bacteriophage preparations in treating inflammatory urologic diseases. *Urol Nefrol* 1995(5): 14-17.
25. Miliutina LN, Vorotyntseva NV. Current strategy and tactics of etiotropic therapy of acute intestinal infections in children. *Antibiotiki i khimioterapiia = Antibiotics and chemotherapy [sic]* 1993; 38(1): 46-53.
26. Sakandelidze V. The combined use of specific phages and antibiotics in different infectious allergoses. *Vrac Delo* 1991; (3):60-63.
27. Anpilov L, Prokudin A. Preventive effectiveness of dried polyvalent Shigella bacteriophage in organized collective farms. *Voen Med Zh* 1984; 5: 39-40.
28. Babalova EG, Katsitadze KT, Sakvarelidze LA, Imnaishvili NS, Sharashidze TG, Badashvili VA, et al. Preventive value of dried dysentery bacteriophage. *Zh Mikrobiol Epidemiol Immunobiol* 1968; 45(2):143-145.
29. Cisło M, Dabrowski M, Weber-Dabrowska B, Woytoń A. Bacteriophage treatment of suppurative skin infections. *Arch Immunol Ther Exp(Warsz)* 1987; 35(2): 175-183.
30. Ioseliani G, Meladze G, Chkhetia N, Mebuke M, Kiknadze N. Use of bacteriophage and antibiotics for prevention of acute postoperative empyema in chronic suppurative lung diseases. *Grudn Khir* 1980(6): 63-67.
31. Kochetkova VA, Mamontov AS, Moskovtseva RL, Erastova EL, Trofimov EI, Popov MI, et al. Phagothrapy of postoperative suppurative-inflammatory complications in patients with neoplasms. *Sov Med* 1989; (6): 23-26.
32. Kucharewicz-Krukowska A, Slopek S. Immunogenic effect of bacteriophage in patients subjected to phage therapy. *Arch Immunol Ther Exp (Warsz)* 1987; 35(5): 553-561.
33. Litvinova AM, Chtetsova VM, Kavtreva IG. Evaluation of efficacy of the use of coli-Proteus bacteriophage in intestinal dysbacteriosis in premature infants. *Vopr Okhr Materin Det* 1978; 23(9): 42-44.
34. Kwarciński W, Lazarkiewicz B, Weber-Dabrowska B, Rudnicki J, Kamiński K, Sciebura M. Bacteriophage therapy in the treatment of recurrent subphrenic and subhepatic abscess with jejunal fistula after stomach resection. *Pol Tyg lek.* 1994; 49(23-24):535.
35. Sakandelidze V, Meïpariani A. Use of combined phages in suppurative-inflammatory diseases. *Zh Mikrobiol Epidemiol Immunobiol* 1974; 51(6): 135-136.
36. Slopek S, Durlakowa I, Weber-Dabrowska B, Kucharewicz-Krukowska A, Dabrowski M, Bisikiewicz R. Results of bacteriophage treatment of suppurative bacterial infections. I. General evaluation of the results. *Arch Immunol Ther Exp* 1983; 31(3): 267-291.
37. Tolkacheva TVM, Martynova VA, Golosova TV. Correction of intestinal dysbacteriosis with biological preparations in acute leukemia. *Probl Gematol Pereliv Krovi* 1981; 26(7): 29- 33.
38. Weber-Dabrowska B, Dabrowski M, Slopek S. Studies on bacteriophage penetration in patients subjected to phage therapy. *Arch Immunol*

- Ther Exp (Warsz) 1987; 35(5): 563-568.
39. Bruttin A, Brüßow H. Human volunteers receiving Escherichia coli phage T4 orally: a safety test of phage therapy. Antimicrob Agents Chemother 2005; 49(7): 2874-2878.
40. Borysowski J, Górski A. Is phage therapy acceptable in the immunocompromised host? Int J Infect Dis 2008;12(5): 466-471.
41. Loc-Carrillo C, Abedon ST. Pros and cons of phage therapy. Bacteriophage 2011; 1(2): 111-114.
42. Yilmaz C, Colak M, Yilmaz BC, Ersoz G, Kutateladze M, Gozlugol M. Bacteriophage therapy in implant-related infections: an experimental study. J Bone Joint Surg Am 2013; 95(2): 117-125.