

Passive Immunity by Recombinant Anti-Methicillin-resistant Staphylococcus aureus ScaF Antibody in Mouse Model

Peyman Avakh Majelan¹,
Mehdi Mahdavi²,
Mohammad Reza Pourmand³,
Mohammad Hossein Yazdi⁴,
Nima Khoramabadi⁵

¹ MSc in Medical Microbiology, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Department of Immunology, Pasteur Institute of Iran, Tehran, Iran

³ Professor, Department of Pathobiology, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Research and Development, Pasteur Institute of Iran, Tehran, Iran

⁵ Assistant Professor, Department of Bacteriology, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

(Received December 27, 2016 ; Accepted August 1, 2016)

Abstract

Background and purpose: Methicillin resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) is a community-associated pathogen that is so common in hospitals. Antibiotic resistance and poor clinical outcome provide great reasons for using immunization strategies based on antibodies. The aim of this study was to investigate passive immunity using recombinant anti-MRSA ScaF antibody in a mouse model.

Materials and methods: In this study, the recombinant protein, ScaF was purified through denaturation method. This protein combined with Freund's adjuvant was injected into a rabbit to produce antibody. Then, the antibody produced against ScaF was injected to mice infected by *S. aureus* by two regimens of pre- and after infection treatment. Afterwards, the mortality rate in mice was compared between the control treatment group (vancomycin therapy) and negative control group (non-immune rabbit serum).

Results: Out of 10 mice in two groups of pre- and after infection treatment that received antibody against ScaF antigen 20% and 10% were protected, respectively, that did not show a significant difference compared with non-immune rabbit serum group (negative control).

Conclusion: Passive immunization by antibody cannot play a considerable role in the control of infections caused by *S. aureus*. Therefore, other mechanisms of immune system for the protection against this bacterium including stimulating of cytokine-dependent cell-mediated immunity may be useful in prevention of infections caused by *S. aureus*.

Keywords: *Staphylococcus aureus*, immunization, ScaF

بررسی ایمنی غیرفعال با آنتی بادی ضد ScaF استافیلوکوکوس اورئوس مقاوم به متی سیلین در مدل موشی

پیمان آوخ ماجلان^۱

مهدی مهدوی^۲

محمد رضا پورمند^۳

محمد حسین یزدی^۴

نیما خرم آبادی^۵

چکیده

سابقه و هدف: استافیلوکوکوس اورئوس مقاوم به متی سیلین یکی از پاتوژن‌های شایع بیمارستانی و اکتسابی از جامعه است. مقاومت آنتی بیوتیکی و پیامدهای درمانی نامناسب دلایل زیادی جهت استفاده از راهبردهای ایمنی مبتنی بر آنتی بادی‌ها را فراهم کرده است. هدف از این مطالعه، بررسی ایمنی غیرفعال با آنتی بادی ضد ScaF استافیلوکوکوس اورئوس مقاوم به متی سیلین در مدل موشی بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه تجربی، پروتئین نوترکیب ScaF با روش دنا توراسیون تخلیص گردید. این پروتئین به همراه ادجوانت فروند جهت تولید آنتی بادی به خرگوش تزریق شد. در ادامه آنتی بادی تولید شده علیه پروتئین ScaF با دو رژیم مختلف به صورت درمانی قبل و بعد از عفونت به موش‌های آلوده به استافیلوکوکوس اورئوس تزریق گردید و مرگ و میر موش‌ها به مدت ۱۴ روز در مقایسه با گروه کنترل درمانی (ونکومايسين) و گروه کنترل منفی (سرم خرگوش غیر ایمن) ثبت گردید.

یافته‌ها: موش‌های دریافت کننده آنتی بادی ضد آنتی ژن ScaF در دو گروه با رژیم‌های درمانی قبل و بعد از عفونت به ترتیب موجب زنده ماندن ۲۰ و ۱۰ درصد از ۱۰ سر موش مورد مطالعه گردید که در مقایسه با گروه دریافت کننده سرم خرگوش غیر ایمن (کنترل منفی) اختلاف معنی داری را نشان نداد ($p > 0/01$).

استنتاج: ایمنی زایی غیر فعال با استفاده از آنتی بادی نمی تواند به تنهایی نقش به سزایی در کنترل عفونت ناشی از استافیلوکوکوس اورئوس داشته باشد. لذا با توجه به مکانیسم‌های دیگر سیستم ایمنی برای محافظت علیه این باکتری می توان از تحریک سایتوکاین‌های وابسته به ایمنی سلولی و موثر برای پیشگیری از بروز عفونت‌های ناشی از باکتری استافیلوکوکوس اورئوس استفاده نمود.

واژه های کلیدی: استافیلوکوکوس اورئوس، ایمونیزاسیون، پروتئین نوترکیب

مقدمه

استافیلوکوکوس اورئوس به آنتی بیوتیک‌های رایج، منجر به این شده که محققین به دنبال روش‌های جدید جهت درمان این باکتری باشند (۳،۲).

استافیلوکوکوس اورئوس یکی از مهم ترین پاتوژن‌هایی می باشد که باعث باکتری می، مننژیت، اندوکاردیت و استئومیلیت می گردد (۱). مقاومت‌های روزافزون

E-mail: pourmand@gmail.com

مؤلف مسئول: محمد رضا پورمند - تهران: دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه پاتوبیولوژی

۱. کارشناسی ارشد میکروب شناسی پزشکی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲. استادیار، گروه ایمونولوژی، انستیتو پاستور ایران، تهران، ایران

۳. استاد، گروه پاتوبیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴. استادیار، گروه توسعه و تحقیقات، انستیتو پاستور ایران، تهران، ایران

۵. استادیار، گروه باکتریولوژی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۰/۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۴/۱۱/۳ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۵/۱۱

درسال‌های اخیر، دانشمندان سعی در پیشبرد و توسعه ایمونوتراپی در جهت ریشه‌کنی عفونت‌های ناشی از استافیلوکوکوس اورئوس را هدف قرار کرده‌اند، اما تاکنون این امر محقق نشده است (۴). تاکنون از آنتی‌بادی به عنوان یکی از ارکان ایمنی هومورال، در بسیاری از ایمونوتراپی‌ها به عنوان عامل درمانی علیه عفونت‌های ناشی از استافیلوکوکوس اورئوس استفاده شده است که می‌توان به آنتی‌بادی تولید شده علیه کپسول سروتیپ ۵ و ۸ (۵)، کلامپینگ فاکتور A (۶) و همولیزین (۷) آلفا اشاره کرد که به عنوان عامل تداخل در پاتوژنز باکتری در نظر گرفته شده‌اند. تا به امروز آنتی‌ژن‌های مختلفی به عنوان کاندید واکسن برای ایمونوتراپی در برابر استافیلوکوکوس اورئوس مورد ارزیابی قرار گرفته است. از جمله آنتی‌ژن‌هایی که به عنوان کاندید ایمونوتراپی در نظر گرفته می‌شود، می‌توان به خانواده پروتئینی Sca یا Staphylococcal conserved antigens اشاره نمود که دارای ۹ آنتی‌ژن به نام‌های ScaA-I می‌باشد. خانواده پروتئینی Sca در دو گونه استافیلوکوکوس وجود داشته و با توجه به ترازبندی آمینواسیدی، این آنتی‌ژن‌ها دارای مناطق حفاظت شده‌ای می‌باشند که کاندید مناسبی برای واکسن تلقی می‌گردند که هنوز مطالعات ایمونوژنیسیته بر روی این آنتی‌ژن‌ها صورت نگرفته است (۹،۸). با توجه به حضور آنتی‌ژن ScaF در اکثر ایزوله‌های بالینی (۱۰) و هم‌چنین عدم مطالعات ایمونوژنیسیته بر روی خانواده Sca، هدف از این مطالعه ارزیابی پاسخ ایمنی هومورال به آنتی‌ژن ScaF در کنترل عفونت استافیلوکوکوس اورئوس در مدل موشی می‌باشد.

مواد و روش‌ها

تهیه و تایید سویه استاندارد

سویه استاندارد COL موجود در مرکز تحقیقات اورولوژی بیمارستان سینا با روش‌های متداول بیوشیمیایی از قبیل رشد در محیط مانیتول سالت آگار، کوآگولاز و DNase به علاوه آنتی بیوگرام با دیسک سفوکسیتین،

مورد تایید قرار گرفت و تا روز تلقیح در محیط Tryptic Soy Broth (TSB)، در یخچال نگهداری شد.

تخلیص پروتئین نوترکیب

پلاسمید نوترکیب pET-21a/scaf به وسیله ترانسفورماسیون شوک حرارتی به داخل میزبان بیانی origami اشریشیا کلی انتقال یافت. بعد از ارزیابی بیان پروتئین در مدت ۴ ساعت بعد از القا، تخلیص پروتئین با روش دنا تورا سیون و حذف اوره بر روی ستون نیکل به این شکل صورت پذیرفت که بافر لیز حاوی اوره ۸ مولار به رسوب سلول‌های القا شده اضافه و مایع رویی حاصل از سانتریفوژ با رزین نیکل مخلوط گردیده و سپس ستون حاوی رزین نیکل با بافرهای حاوی شیب کاهشی اوره شستشو داده شدند و در نهایت پروتئین‌ها با اضافه کردن محلول امیدازول جمع آوری گردیدند. بعد از تعیین غلظت با روش اسپکتروفوتومتری در ۲۸۰ نانومتر و بررسی کمی و کیفی با روش SDS-PAGE، در ۸۰- درجه سلسیوس تا زمان استفاده نگهداری شدند.

ایمونیزاسیون خرگوش جهت تولید آنتی بادی پلی کلونال

ابتدا ۲ خرگوش سفید نیوزیلندی با وزن تقریبی ۲kg از انستیتو پاستور کرج تهیه شد. خرگوش‌ها با پروتئین نوترکیب با دوز ۵۰۰µg همراه با ادجوانت کامل فروند به شکل زیرپوستی واکسینه شدند. خرگوش‌ها ۱۴ و ۲۸ روز پس از اولین تزریق واکسن، یادآور خود را همراه با ادجوانت ناقص فروند دریافت کردند. برای ایجاد سرم هیپرایمیون، ۲ هفته پس از آخرین تزریق، ۱۰۰µg از پروتئین‌های نوترکیب به شکل داخل وریدی به هر کدام از حیوانات تزریق شد تا عیار آنتی‌بادی افزایش یابد. ۷۲ ساعت پس از این تزریق، از خرگوش‌ها خونگیری (قلبی) به عمل آمد. سرم‌ها پس از جداسازی در ۲۰°C- نگهداری شدند. برای تهیه ایمونوگلوبولین‌ها (IgG) از سرم خرگوش و حذف برخی ناخالصی‌ها، محلول پروتئینی با سولفات آمونیوم ۳۵ درصد رسوب داده شد.

آزمایش الیزا

بدین منظور مقدار ۱۰۰ میکرولیتر از غلظت ۱۰ میکروگرم آنتی ژن ScaF در هر چاهک الیزا (اکستراژن، کره) اضافه شده و به مدت یک شب در ۴ درجه سلسیوس قرار گرفت. سپس چاهک‌ها سه بار با بافر سالین حاوی ۰/۰۵ درصد توین ۲۰ شستشو داده شدند. بعد از شستشو، مقدار ۳۰۰ میکرولیتر از بافر مسدودکننده حاوی بافر نمکی فسفات- توین و ۵ درصد سرم آلبومین گاوی به مدت ۲ ساعت داخل هر چاهک انکوبه گردید. بعد از شستشو، ۱۰۰ میکرولیتر سرم خرگوشی از رقت ۱:۱۰۰ تا ۱:۲۰۴۸۰۰ تهیه و به هر چاهک اضافه گردید و در ۳۷ درجه سلسیوس انکوبه شد. سپس چاهک‌ها با بافر شستشو دهنده، شستشو داده و بعد ۱۰۰ میکرولیتر از رقت ۱:۱۰۰۰۰ آنتی‌بادی کوئزوگه با پراکسیداز (سیگما، آمریکا) به هر چاهک اضافه و ۱/۵ ساعت در ۳۷ درجه سلسیوس انکوبه شد. بعد از چندین مرحله شستشو، ۱۰۰ میکرولیتر از معرف رنگزای TMB (انستیتو رازی، ایران) و در خاتمه به هر چاهک مقدار ۱۰۰ میکرولیتر از اسید سولفوریک ۱ نرمال (مرک، آلمان) برای توقف واکنش اضافه گردید و جذب نوری در ۴۵۰ نانومتر قرائت گردید.

چالش حیوانات

به منظور سنجش و مقایسه میزان مرگ و میر گروه‌های موش ایمن شده با آنتی‌بادی نسبت به گروه‌های موشی غیر ایمن، گروه‌های تجربی با دوز 10^8 CFU سویه COL استافیلوکوکوس اورئوس آلوده گردیدند. میزان مرگ و میر موش‌ها به مدت ۱۴ روز مداوم، هر روز و در ضمن بعد از چالش مورد بررسی قرار گرفت.

تجویز آنتی‌بادی

اثر درمانی آنتی‌بادی‌های IgG اختصاصی ضد ScaF علیه عفونت ناشی از استافیلوکوکوس اورئوس توسط ایمنی‌زایی غیر فعال ارزیابی شد. بدین ترتیب که

گروه‌بندی دسته‌های موشی شامل ۱۰ سر موش ماده ۷ هفته‌ای در گروه‌های زیر بودند:

گروه ۱: IgG اختصاصی ضد ScaF به صورت پروفیلاکسی (۴ ساعت قبل از عفونت و دو روز بعد از عفونت)، چالش با سویه استاندارد COL.

گروه ۲: IgG اختصاصی ضد ScaF به صورت درمانی (۲۴ ساعت بعد از عفونت)، چالش با سویه استاندارد COL.

گروه ۳: IgG سرم نرمال خرگوشی (گروه کنترل منفی) به صورت پروفیلاکسی، چالش با سویه استاندارد COL.

گروه ۴: IgG سرم نرمال خرگوشی (گروه کنترل منفی) به صورت درمانی، چالش با سویه استاندارد COL.

گروه ۵: گروه شاهد (کنترل درمانی و نکومایسین)، چالش با سویه استاندارد COL.

آنتی‌بادی اختصاصی ضد ScaF از طریق تزریق داخل صفاقی به حجم نهایی ۱۰۰ میکرولیتر با به کارگیری دو روش مختلف (پروفیلاکسی و درمانی) مورد ارزیابی قرار گرفت. تجویز IgG سرم نرمال خرگوشی همانند رژیم درمانی بالا صورت گرفت. گروه کنترل درمانی تا سه روز بعد از عفونت، هر روز مقدار 15mg/kg ونکومایسین (هوسپیرا، آمریکا) به صورت تجویز داخل صفاقی دریافت نمودند.

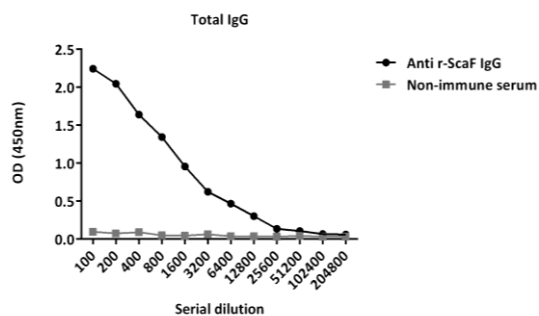
اصول اخلاقی کار با حیوانات آزمایشگاهی

این پژوهش مطابق با استانداردها و پروتکل‌های کمیته تحقیق و اخلاق حیوانات (CARE) صورت پذیرفت. هم چنین مرگ موش‌های زنده مانده بعد از ۱۴ روز با استفاده از روش محفظه CO₂ انجام گرفت.

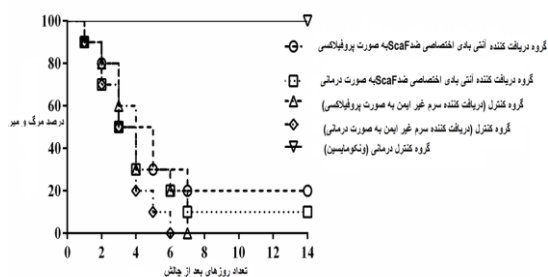
آنالیز آماری داده‌ها

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS 21 استفاده شد. برای آنالیز داده‌های کمی از آزمون آنالیز

آنتی‌بادی بین گروه‌های مختلف با رژیم‌های درمانی، هیچ اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد ($p=0/447$) و ($p=0/379$) (نمودار شماره ۲).



نمودار شماره ۱: جذب نوری اندازه‌گیری شده IgG توتال سرم خرگوشی تولید شده در میان کنش با پروتئین نوترکیب ScaF پوشاننده کف پلیت الایزا



نمودار شماره ۲: میزان مرگ و میر بین گروه‌های مختلف موشی دریافت کننده آنتی بادی تولید شده ضد آنتی ژن ScaF با سوبیه COL در مقایسه با گروه کنترل درمانی و گروه کنترل منفی

بحث

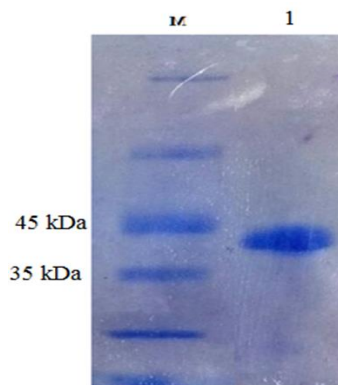
طیف گسترده بیماری‌های ناشی از استافیلوکوکوس اورئوس به همراه توانایی کسب مقاومت آنتی‌بیوتیکی منجر به بروز مشکلاتی برای مقابله با این باکتری شده است (۱۲، ۱۱). ایمنی هومورال یکی از ارکان سیستم ایمنی در ریشه‌کنی عفونت‌ها تلقی می‌گردد. در برخی از عفونت‌ها، سیستم ایمنی هومورال به تنهایی کارایی لازم در مواجهه با عفونت را ندارد. برای مثال در بیماران دارای نقص سیستم ایمنی هومورال که در ابتلا به عفونت‌هایی ناشی از باکتری‌هایی نظیر استرپتوکوک

واریانس یک طرفه، روش LSD و آزمون Kaplan-Meier به منظور آنالیز مرگ و میر با سطح معنی‌دار $p < 0/05$ استفاده شد. نمودارها با نرم افزار Graphpad Prism آنالیز گردید.

یافته‌ها

تخلیص پروتئین نوترکیب

نتایج حاصل از روش غلظت کاهشی اوره بر روی ستون نیکل کروماتوگرافی، جمع‌آوری و جدا شدن صحیح پروتئین نوترکیب در محلول ایمیدازول را نشان می‌دهد که بررسی SDS-PAGE حاکی از تخلیص این پروتئین با وزن تقریبی ۴۰ کیلو دالتون می‌باشد (تصویر شماره ۱).



تصویر شماره ۱: ژل SDS-PAGE ۱۲ درصد. پروتئین نوترکیب تخلیص شده؛ (M) مارکر پروتئینی؛ چاهک ۱: پروتئین تخلیص شده

نتایج سنجش IgG توتال خرگوشی

با توجه به آنالیز آماری، سرم‌های دریافت کننده آنتی‌ژن به همراه ادجوانت فروند اختلاف معنی‌داری را در مقابل سرم‌های غیر ایمن نشان می‌دهد ($p = 0/000$) (نمودار شماره ۱).

محافظةت در برابر سوبیه کشنده

میزان مرگ و میر موش‌ها به مدت ۱۴ روز مداوم بعد از چالش، مورد بررسی قرار گرفت. بقای حیوانات در مقایسه بین گروه کنترل منفی و گروه ایمن شده با

از بروز بیماری پیشگیری کرد (۲۱، ۲۲). با توجه به نتایج به دست آمده از این آزمایش، ایمنی غیرفعال نمی‌تواند به طور موثری در برابر حفاظت از این باکتری نقش داشته باشد، لذا می‌توان از طریق ایمنی فعال و افزایش سایتوکاین‌های وابسته به ایمنی سلولی از قبیل IFN- γ و اینترلوکین ۱۷، به مصنوعیت ناشی از عفونت این باکتری دست یافت (۲۳). در این مطالعه، افزایش تیترا آنتی‌بادی مشاهده شد، ولی اثربخش بودن آن تایید نگردید که می‌توان این گونه نتیجه گرفت که افزایش تیترا آنتی‌بادی علیه آنتی ژن مدنظر نمی‌تواند دلیلی بر قدرت حفاظت بخشی بر علیه عفونت باشد. با توجه به این مطالعه و آن چه که تاکنون در مطالعات برخی دیگر از دانشمندان صورت پذیرفته است (۲۳)، تمامی اثرات حفاظتی علیه استافیلوکوکوس اورئوس بر اساس ایمنی غیر فعال، با شکست مواجه گردید. هر چند که مطالعاتی مبتنی بر اثر حفاظتی درمان با آنتی‌بادی وجود دارد (۵، ۶) که منجر به اختلاف نظرهایی در این زمینه گشته است. لذا با توجه به مطالعه صورت گرفته می‌توان این گونه نتیجه‌گیری کرد که ایمنی غیرفعال نسبت به ایمنی فعال از درجه اهمیت کم‌تری در از بین بردن عفونت‌های ناشی از استافیلوکوکوس اورئوس دارا می‌باشد. لذا برای پیشگیری و درمان عفونت‌های ناشی از این باکتری می‌توان با استفاده از تزریق دوزهای یادآور آنتی ژن و ایجاد سلول‌های خاطره‌ای به عنوان ایمنی فعال به جای تزریق مستقیم آنتی‌بادی (ایمنی غیر فعال) تا حد ممکن از بروز عفونت ناشی از آن جلوگیری کرد.

سپاسگزاری

این تحقیق با حمایت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تهران با شماره طرح ۲۶۵۷۶ صورت گرفته است.

پنومونیه حساس می‌باشند، به عفونت‌های ناشی از استافیلوکوکوس اورئوس مقاوم می‌باشند (۱۳، ۱۴). هم‌چنین در برخی از مطالعات نشان داده شد که افرادی که دچار نقص در B سل‌ها و مشکل در تولید آنتی‌بادی می‌باشند، به عفونت استافیلوکوکوس اورئوس حساس نمی‌باشند (۱۵، ۱۶). در مطالعه‌ای که روی حیوانات آزمایشگاهی انجام گرفت، به وضوح نشان داده شد که موش‌های دارای نقص در B سل‌ها، در مواجهه با دوز عفونت‌زای باکتری استافیلوکوکوس اورئوس، اثرات حفاظت بخشی را نشان دادند (۱۷). بنابراین با توجه به مطالعات فوق‌الذکر، ایمنی هومورال نمی‌تواند نقش کلیدی در ریشه‌کنی عفونت ناشی از استافیلوکوکوس اورئوس را ایفا نماید که این مسئله هم‌خوانی با نتایج آزمایشگاهی این مطالعه دارد که نشان‌دهنده عدم حفاظت بخشی بر موش‌های آلوده بوده است. از سوی دیگر درمان با استفاده از آنتی‌بادی نمی‌تواند تا حد ممکن اثربخش باشد، چرا که در این گونه ایمنی‌زایی، از یک آنتی ژن تک جزئی استفاده می‌گردد که به تنهایی نمی‌تواند منجر به اثرات حفاظتی گردد (۱۸).

استافیلوکوکوس اورئوس دارای فاکتورهای ویروالانس متعددی می‌باشد که به‌عنوان عوامل ضد ایمنی هومورال نقش ایفا می‌کنند، لذا منجر به بی‌پاسخی B سل‌ها و عدم عملکرد آنتی‌بادی‌ها می‌گردند (۱۹، ۲۰). بنابراین با توجه به آزمایش صورت گرفته در این مطالعه، انتخاب آنتی ژن به صورت تک جزئی، نمی‌تواند عامل غلبه بر این باکتری باشد. در ایمنی غیر فعال با استفاده از آنتی‌بادی، شاید تا حدودی از شدت بیماری کاسته شود، ولی به طور کامل عفونت از بین نمی‌رود. هم‌چنین احتمال شیوع مجدد عفونت وجود دارد، در حالی که در ایمنی فعال با استفاده از دوزهای یادآور و همکاری توأم سلول‌های سیستم ایمنی، می‌توان

References

1. Klevens RM, Morrison MA, Nadle J, Petit

S, Gershman K, Ray S, et al. Invasive

- methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections in the United States. *JAMA* 2007; 298(15): 1763-1771.
2. Ohadian Moghadam S, Pourmand MR, Aminharati F. Biofilm formation and antimicrobial resistance in methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* isolated from burn patients, Iran. *J Infect Dev Ctries* 2014; 8(12): 1511-1517.
 3. Spellberg B, Daum R. Development of a vaccine against *Staphylococcus aureus*. *Semin Immunopathol* 2012; 34(2): 335-348.
 4. Schaffer AC, Lee JC. Vaccination and passive immunisation against *Staphylococcus aureus*. *Int J Antimicrob Agents* 2008; 32(suppl): S71-S78.
 5. Rupp ME, Holley HP, Lutz J, Dicipinigaitis PV, Woods CW, Levine DP, et al. Phase II, randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled trial of a polyclonal anti-*Staphylococcus aureus* capsular polysaccharide immune globulin in treatment of *Staphylococcus aureus* bacteremia. *Antimicrob Agents Chemother* 2007; 51(12): 4249-4254.
 6. DeJonge M, Burchfield D, Bloom B, Duenas M, Walker W, Polak M, et al. Clinical trial of safety and efficacy of IHN-A21 for the prevention of nosocomial staphylococcal bloodstream infection in premature infants. *J Pediatr* 2007; 151(3): 260-265. e1.
 7. Kennedy AD, Wardenburg JB, Gardner DJ, Long D, Whitney AR, Braughton KR, et al. Targeting of alpha-hemolysin by active or passive immunization decreases severity of USA300 skin infection in a mouse model. *J Infect Dis* 2010; 202(7): 1050-1058.
 8. Pourmand MR, Foster S. A novel bioinformatic approach for staphylococcal vaccine development. *Tehran University Medical Journal (TUMJ)* 2006; 64(6): 19-26.
 9. Menbari S, Pourmand M, Shirazi MH, Mardani N. Cloning and Sequencing of scaF a novel gene from *Staphylococcus aureus*. *Iran J Med Microb* 2008; 2(1): 9-14.
 10. Pourmand MR, Salami E, Mehrabadi JF, Hadadi A, Mashhadi R. Bioinformatic and In-vitro Characterization of scaF as a Novel Gene for Identification of *Staphylococcus aureus* Isolates. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2014; 24(116): 52-57.
 11. Sakoulas G, Moellering RC. Increasing antibiotic resistance among methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* strains. *Clin Infect Dis* 2008; 46(Suppl 5): S360-S367.
 12. Pourmand MR, Memariani M, Hoseini M, Yazdchi SB. High prevalence of sea gene among clinical isolates of *Staphylococcus aureus* in Tehran. *Acta Medica Iranica* 2009; 47(5): 357-361.
 13. Bruton OC. Agammaglobulinemia. *Pediatrics* 1952; 9(6): 722-728.
 14. Winkelstein JA, Marino MC, Lederman HM, Jones SM, Sullivan K, Burks AW, et al. X-linked agammaglobulinemia: report on a United States registry of 201 patients. *Medicine (Baltimore)* 2006; 85(4): 193-202.
 15. Holland SM. Chronic granulomatous disease. *Clin Rev Allerg Immun* 2010; 38(1): 3-10.
 16. Roos D, Kuhns DB, Maddalena A, Roesler J, Lopez JA, Ariga T, et al. Hematologically important mutations: X-linked chronic granulomatous disease (third update). *Blood Cells Mol Dis* 2010; 45(3): 246-265.
 17. Spellberg B, Ibrahim AS, Yeaman MR, Lin L, Fu Y, Avanesian V, et al. The antifungal vaccine derived from the recombinant N terminus of Als3p protects mice against the bacterium *Staphylococcus aureus*. *Infect Immun* 2008; 76(10): 4574-4580.

18. Bagnoli F, Bertholet S, Grandi G. Inferring reasons for the failure of *Staphylococcus aureus* vaccines in clinical trials. *Front Cell Infect Microbiol* 2012; 2: 16.
19. Serruto D, Rappuoli R, Scarselli M, Gros P, van Strijp JA. Molecular mechanisms of complement evasion: learning from staphylococci and meningococci. *Nature Reviews Microbiology* 2010; 8(6): 393-399.
20. Atkins KL, Burman JD, Chamberlain ES, Cooper JE, Poutrel B, Bagby S, et al. S. aureus IgG-binding proteins SpA and Sbi: host specificity and mechanisms of immune complex formation. *Mol Immunol* 2008; 45(6): 1600-1611.
21. Proctor RA. Is there a future for a *Staphylococcus aureus* vaccine? *Vaccine* 2012; 30(19): 2921-2927.
22. Hermos CR, Yoong P, Pier GB. High Levels of Antibody to Pantone-Valentine Leukocidin Are Not Associated with Resistance to *Staphylococcus aureus*—Associated Skin and Soft-Tissue Infection. *Clin Infect Dis* 2010; 51(10): 1138-1146.
23. Zhang BZ, Hua YH, Yu B, Lau CCY, Cai JP, Zheng SY, et al. Recombinant ESAT-6-like proteins provoke protective immune responses against invasive *Staphylococcus aureus* disease in a murine model. *Infect Immun* 2015; 83(1): 339-345.