

Isolation of Bordetella Pertussis and Bordetella Parapertussis of Clinical Specimens from Different Provinces of Iran

Fereshteh Shahcheraghi¹,
Masoumeh Nakhost Lotfi¹,
Masoumeh Parzadeh¹,
Vajihe Sadat Nikbin¹,
Fahimeh Shouraj¹,
Seyed Mohsen Zahraei²

¹ Department of Infection Diseases, Center for Diseases Control Ministry of Health, Tehran, Iran

² Department of Infection Diseases, Center for Communicable Diseases Control Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

(Received October 30, 2011 ; Accepted April 10, 2012)

Abstract

Background and purpose: *Bordetella pertussis* is a gram negative and obligate aerobic bacteria that is cause of whooping cough and is exclusively a human pathogen. In the last decade increasing rate of pertussis was observed. Despite the importance of pertussis as a contagious disease enough information does not exist regarding its incidence rate in Iran. In this research pertussis suspicious specimens were collected from different provinces of Iran in 2009-2010 and then were studied.

Materials and methods: A total of 1084 sample from nasopharyngeal secretion or nasal of patients with coughing more than two weeks were collected from different provinces of Iran and were sent to microbiology unit of pertussis reference laboratory in Pasteur institute of Iran. The isolation was done through culturing method. All samples were inoculated through swab on pertussis charcoal agar and Bordet-Gengou plates containing (40 µg/ml) cephalixin antibiotic and once without it. Then the suspected colonies were gram stained and complementary tests was done if colonies were identified as *B. pertussis*, *B. parapertussis*.

Results: From the total of 1084 samples 12 inoculated samples were positive (1.1%) of which 11 samples were *B. pertussis* and one sample was *B. parapertussis*. Among positive cultures, three cases were the patients who were below 2 months, six cases related to individuals from two months to two years of age, two cases related to those aged between two and 10 years old and one patient was over 10 years of age. Nine cases of positive culture specimens were vaccinated and seven cases were the patients who used antibiotics.

Conclusion: Results of this study indicated that most isolated strains in Iran were related to those aged between two months to two years old. According to clinical and paraclinical problems regarding whooping cough in Iran and also low sensitivity of culturing method to diagnose *Bordetella*, complementary methods such as Real-Time PCR should be used.

Keywords: *Bordetella pertussis*, *bordetella parapertussis*, culture

J Mazand Univ Med Sci 2012; 22(88): 2-8 (Persian).

جداسازی بوردتلاپرتوسیس و پاراپرتوسیس از نمونه‌های بالینی جمع‌آوری شده از سراسر ایران

فرشته شاهچراغی^۱
معصومه نخست لطفی^۱
معصومه پرزده^۱
وجیهه سادات نیک بین^۱
فهیمة شوریج^۱
سید محسن زهرایی^۲

چکیده

سابقه و هدف: بوردتلاپرتوسیس باکتری گرم منفی و هوازی اجباری است که عامل بیماری سیاه‌سرفه به‌شمار رفته و پاتوژن انحصاری انسان می‌باشد. در دهه اخیر شاهد افزایش میزان بیماری در دنیا می‌باشیم. علی‌رغم اهمیت این بیماری و شیوع و انتشار سریع آن اطلاعات اندکی از میزان بروز این بیماری در کشورمان در دسترس می‌باشد. لذا در این تحقیق نمونه‌های بالینی مشکوک به سیاه‌سرفه از سراسر کشور طی سال‌های ۸۸ و ۸۹ مورد بررسی و مطالعه قرار گرفتند.

مواد و روش‌ها: تعداد ۱۰۸۴ نمونه از نازوفارنکس و نازال بیماران مشکوک به سیاه‌سرفه (بیماران با بیش از دو هفته سرفه مداوم) از استان‌های مختلف کشور به آزمایشگاه کشوری سیاه‌سرفه بخش میکروب‌شناسی انستیتو پاستور ایران ارسال شد. در این مطالعه جهت جداسازی نمونه‌ها از روش کشت استفاده گردید. نمونه‌ها توسط سوآپ بر روی محیط‌های برده ژانگو و شارکول آگار حاوی آنتی‌بیوتیک سفالکسین ($40 \mu\text{g/ml}$) و بدون سفالکسین کشت داده شد و از کلنی‌های مشکوک رنگ آمیزی گرم انجام شد. با مشاهده کوکوباسیل گرم منفی، آزمایش‌های تکمیلی بر روی آن‌ها انجام گرفت.

یافته‌ها: از تعداد ۱۰۸۴ مورد، ۱۲ نمونه کشت مثبت بوده‌اند (۱/۱ درصد) که ۱۱ مورد بوردتلاپرتوسیس و ۱ عدد بوردتلاپاراپرتوسیس بود. از این تعداد نمونه کشت مثبت، ۳ مورد مربوط به افراد زیر ۲ ماه، ۶ مورد مربوط به افراد ۲ ماه تا ۲ سال، ۲ مورد مربوط به گروه سنی ۲ تا ۱۰ سال و ۱ مورد بالای ۱۰ سال بودند. ۹ مورد مثبت مربوط به افرادی بوده‌اند که سابقه تزریق واکسن هم داشته‌اند. از ۱۲ نفر کشت مثبت ۷ نفر نیز مصرف آنتی‌بیوتیک داشته‌اند.

استنتاج: نتایج حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که بیشتر سویه‌های جدا شده در ایران مربوط به گروه سنی ۲ ماه تا ۲ سال می‌باشد. با توجه به مشکلات کلینیکی و پاراکلینیکی مربوط به بیماری سیاه‌سرفه در کشور و همچنین حساسیت پایین روش کشت برای تشخیص بوردتلا می‌بایستی از روش‌های تکمیلی دیگر مانند روش Real-Time PCR استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: بوردتلا پرتوسیس، بوردتلا پاراپرتوسیس، کشت

مقدمه

بوردتلاپرتوسیس باکتری گرم منفی و هوازی اجباری است که عامل بیماری سیاه‌سرفه به‌شمار رفته و پاتوژن انحصاری انسان می‌باشد. علائم مشابه این بیماری گاهی توسط بوردتلاپاراپرتوسیس و به میزان کمتر توسط

E-mail: shahcheraghifereshteh@yahoo.com

مؤلف مسئول: فرشته شاهچراغی - تهران: میدان پاستور، انستیتو پاستور ایران، مرکز تحقیقات میکروب‌شناسی

۱. گروه میکروب‌شناسی، مرکز تحقیقات میکروب‌شناسی، انستیتو پاستور ایران

۲. گروه عفونی، مرکز کنترل بیماری‌های واگیر و وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

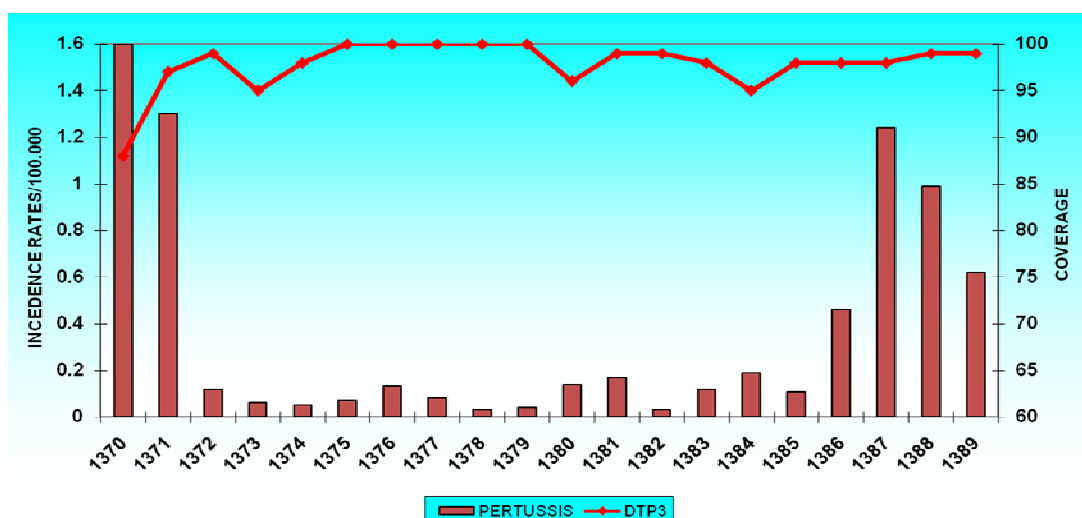
تاریخ دریافت: ۹۰/۸/۸ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۹۰/۱۱/۳ تاریخ تصویب: ۹۱/۱/۲۲

بوردتلاپرونیسی سبتیکا نیز ایجاد می گردد. البته این علائم در عفونت ناشی از بوردتلاپروتوسیس شدیدتر از سایر گونه های بوردتلا می باشد (۲،۱). در کشورهای توسعه یافته از جمله آمریکا، فرانسه، کانادا و استرالیا به دلیل اجرای برنامه های مراقبت طولانی و منظم و استفاده فراگیر از واکسن سیاه سرفه میزان شیوع بیماری کاهش چشم گیری یافته است. اما در دهه اخیر شاهد افزایش میزان بیماری می باشیم که نشان می دهد این بیماری جزء بیماری های بازپدید در سراسر دنیا می باشد (۳-۵). در آمریکا در دهه ۸۰ میلادی میزان شیوع این بیماری ۶۳/۴ درصد و در دهه ۹۰ میلادی میزان شیوع آن ۸۸/۷ درصد و از ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۳ بالاترین میزان شیوع ۹۸/۲ درصد را در نوزادان زیر ۶ ماه داشته که در مقایسه با نوزادان ۶ تا ۱۱ ماهه که ۱۲/۳ درصد بود، چشم گیرتر است (۶). دلایل متعددی برای این روند افزایش در کشورهای توسعه یافته می تواند وجود داشته باشد از جمله: کاهش ایمنی بدن پس از واکسیناسیون با گذشت زمان، نقص در انجام کامل واکسیناسیون، منبع عفونت برای نوزادان، منبع عفونت برای بزرگسالان، وجود سوش های پلی مورفسم بر اثر جهش های ژنی در آنتی ژن های مرتبط با واکسن و یا عدم کارآیی واکسن. همچنین پیشرفت در تشخیص و شناسایی و گزارش موارد عفونت، از جمله

علل دیگر این روند به شمار می رود (۵).

براساس گزارشات ارائه شده از مرکز مدیریت بیماری ها در ایران (آمار منتشر نشده)، آمار میزان بیماری با وجود پوشش واکسیناسیون حدود ۹۹ درصد در سال های اخیر، افزایش یافته که می تواند ناشی از دلایل فوق باشد. همان طور که در نمودار شماره ۱ مشاهده می شود از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۵ شاهد کاهش موارد محتمل بیماری می باشیم در حالی که از سال ۱۳۸۶ این روند در کشور افزایش یافته است.

متأسفانه علی رغم اهمیت این بیماری به لحاظ سری بودن و محدودیت در تشخیص آزمایشگاهی در کشور، اطلاعات بسیار اندکی از میزان بروز آن در ایران در دسترس می باشد و مطالعات در رابطه با آن بسیار کم و محدود است. خوشبختانه در سال های اخیر با همکاری مرکز مدیریت بیماری ها و انستیتو پاستور ایران به عنوان آزمایشگاه کشوری سیاه سرفه، تشخیص آزمایشگاهی این بیماری پیشرفت چشم گیری داشته است. لذا بر آن شدیم تا گزارشی از نتایج آزمایشگاهی نمونه های ارسالی در سال های اخیر ارائه نماییم. در این تحقیق نمونه های بالینی مشکوک به سیاه سرفه از سراسر کشور طی سال های ۸۸ و ۸۹ جمع آوری، مورد بررسی و مطالعه قرار گرفتند.



نمودار شماره ۱: موارد محتمل سیاه سرفه و پوشش واکسیناسیون از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۹۰ در کشور

مواد و روش‌ها

در این بررسی مقطعی تعداد ۱۰۸۴ نمونه از نازوفارنکس و نازال بیماران مشکوک به سیاه‌سرفه (بیماران با بیش از دو هفته سرفه مداوم) از استان‌های مختلف کشور به آزمایشگاه کشوری سیاه‌سرفه بخش میکروب‌شناسی انستیتو پاستور ایران ارسال شد.

نمونه‌گیری و ارسال نمونه‌ها طبق دستورالعمل ارسال شده به مراکز صورت می‌گرفت که این شرایط شامل استفاده از سوآپ داکرون به جای سوآپ پنبه‌ای (به علت توکسیک بودن سوآپ پنبه‌ای برای باکتری)، استفاده از محیط ترانسپورت رگان‌لو مخصوص بوردتلا (تهیه شده توسط محیط‌سازی بخش میکروب‌شناسی انستیتو پاستور ایران طبق روش ساخت شرکت Difco)، ایجاد رطوبت برای نمونه ارسالی (به علت حساسیت فوق‌العاده باکتری به خشکی)، نمونه‌برداری از ترشحات نازوفارنکس (بینی-حلقی) و در شرایط خاص ترشحات نازال (بینی) و ارسال به آزمایشگاه در حداقل زمان ممکن و حداکثر ۷۲ ساعت بود (۸،۷). به همراه نمونه فرم شرح بیمار که شامل اطلاعاتی از قبیل (نام بیمار، سن، تاریخ شروع بیماری، تاریخ نمونه‌گیری از بیمار، موضع نمونه‌برداری، سابقه واکسیناسیون و مصرف آنتی‌بیوتیک، سابقه تماس بیمار با فرد مشکوک به سیاه‌سرفه و همچنین نام استان و مرکز بهداشت ارسال‌کننده نمونه) می‌باشد نیز ارسال شده است. در این مطالعه جهت جداسازی نمونه‌ها از روش کشت که استاندارد طلایی برای تشخیص این باکتری می‌باشد استفاده شد (۱۰،۹). در ابتدا نمونه‌ها توسط سوآپ داکرون حاوی ترشحات نازوفارنکس بر روی محیط‌های برده ژانگو و شارکول آگار حاوی آنتی‌بیوتیک سفالکسین ($40 \mu\text{g/ml}$) (۱۱،۱۰،۸) و بدون سفالکسین کشت داده و به مدت ۱۰ تا ۱۲ روز در دمای 36°C در محیط مرطوب انکوبه شد.

بعد از گذشت ۲۴ ساعت اولیه، روزانه کشت‌ها مورد بررسی قرار گرفتند بدین گونه که از کلنی‌های مشکوک لام تهیه و پس از فیکس کردن و رنگ آمیزی

گرم و مشاهده کوکوباسیل‌های گرم منفی آزمایش‌های تکمیلی بر روی آن‌ها انجام گرفت. بر روی نمونه‌ها آزمایش اکسیداز (شرکت MAST)، کاتالاز، حرکت، استفاده از سیترات، اوره و آزمایش‌های تکمیلی مانند انواع قندها و اسیدهای آمینه با استفاده از کیت API20E و برای تأیید نهایی از آزمایش آگلوتیناسیون توسط آنتی‌سرم‌های بوردتلایرتوسیس و پاراپرتوسیس (Diffco) انجام شد (۱۰). در تمامی مراحل آزمایش از سویه‌های Bordetella pertussis ATCC 9797 و Bordetella Parapertussis ATCC 15311 به عنوان کنترل مثبت استفاده گردید.

مهم‌ترین تفاوت گونه بوردتلایرتوسیس و پاراپرتوسیس در آزمایش اکسیداز می‌باشد که پاراپرتوسیس اکسیداز منفی است. همچنین این باکتری نسبت به بوردتلایرتوسیس دارای کلنی‌های درشت‌تر و پیگمان می‌باشد و همچنین دارای آنزیم اوره‌آز بوده و نیز می‌تواند از سیترات به عنوان منبع کربن استفاده نماید (۱۰). اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون Chi-Square مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

کل نمونه‌های ارسالی به آزمایشگاه کشوری سیاه‌سرفه انستیتو پاستور ایران طی سال‌های ۸۸ و ۸۹ از سراسر ایران ۱۰۸۴ نمونه بود. از این تعداد ۱۲ نمونه کشت مثبت بوده‌اند (۱/۱ درصد) که ۱۱ مورد بوردتلایرتوسیس و ۱ مورد بوردتلایرتوسیس بود. از نظر سنی از این تعداد نمونه کشت مثبت، ۸ مورد مربوط به افراد زیر ۲ سال و ۳ مورد مربوط به افراد ۲ تا ۱۰ ساله و ۱ مورد مربوط به سن بالای ۱۰ سال می‌باشد. سویه بوردتلا پاراپرتوسیس از بیماری در گروه سنی ۲ تا ۱۰ سال جدا شد.

با وجود برنامه واکسیناسیون سیاه‌سرفه در ایران در سنین ۲، ۴، ۶ و ۱۸ ماهگی و ۶ سالگی، از نظر سابقه واکسیناسیون ۳ نمونه کشت مثبت مربوط به گروه زیر ۲ ماه، ۶ نمونه مثبت مربوط به گروه ۲ ماه تا ۲ سال،

جدول شماره ۳: مقایسه مصرف آنتی بیوتیک و استفاده از سوآپ پنبه‌ای در آزمایش کشت بوردتلا در نمونه های مورد بررسی

استفاده از سوآپ پنبه ای	مصرف آنتی بیوتیک			کل نمونه (۱۰۸۴ نفر)
	نامشخص	منفی	مثبت	
۶۳	۵۲	۲۰۶	۸۲۶	کشت مثبت (۱۲ نفر)
۱	۱	۴	۷	

جدول شماره ۴: مقایسه اشکالات نمونه های مشکوک به سیاه سرفه ارسالی در سال های ۱۳۸۸ و ۸۹ به تفکیک استان

شماره	استان	تعداد نمونه ارسالی استان	تعداد اشکالات نمونه های ارسالی استان
۱	آذربایجان شرقی	۲۷	۱۳
۲	اصفهان	۳۰	۸
۳	ایلام	۷	۵
۴	تهران	۲۴۲	۲۶
۵	چهارمحال و بختیاری	۴۰	۶
۶	خراسان رضوی	۲۲	۴
۷	خراسان جنوبی	۳۸	۱۲
۸	خراسان شمالی	۳	۲
۹	خوزستان	۳۶	۱۵
۱۰	سمنان	۲۰	۴
۱۱	فارس	۲۲	۲
۱۲	قزوین	۴۵	۴
۱۳	قم	۸۵	۱۱
۱۴	کردستان	۱۷	۳
۱۵	کرمانشاه	۲۶	۴
۱۶	کرمان	۲	۰
۱۷	گلستان	۱۴	۸
۱۸	گیلان	۶	۱
۱۹	لرستان	۹	۴
۲۰	مازندران	۲۶۲	۹۶
۲۱	هرمزگان	۱۹	۷
۲۲	همدان	۴۸	۱۸
۲۳	یزد	۲۳	۸
۲۴	مرکزی	۱۵	۷
۲۵	آذربایجان غربی	۱۰	۸
۲۶	البرز	۲	۰
۲۷	زنجان	۳	۲
۲۸	سیستان و بلوچستان	۸	۲
۲۹	نامشخص	۳	۳

بحث

تشخیص آزمایشگاهی بوردتلا پرتوسیس به عنوان عامل مولد بیماری سیاه سرفه می تواند مزایای فراوانی داشته باشد از جمله: تخمین فراوانی این بیماری در

۲ نمونه مثبت مربوط به گروه ۲ تا ۱۰ ساله و ۱ نمونه مربوط به گروه سنی ۱۰ سال به بالا بود (جدول شماره ۱). نتایج آماری به دست آمده نشان داد که ارتباط معنی داری بین میزان موارد کشت مثبت و واکسیناسیون افراد وجود ندارد ($p > 0.05$).

نمونه های مثبت طبق جدول شماره ۲ از استان های مازندران، خراسان رضوی، تهران، آذربایجان شرقی، اصفهان و خوزستان جدا شدند و توزیع جنسی نمونه ها در جدول مذکور ذکر شده است. قابل ذکر می باشد که در میان نمونه های ارسالی اشکالاتی نیز وجود داشته از قبیل استفاده از سوآپ پنبه ای بجای سوآپ داکرون (۶/۲ درصد)، مصرف آنتی بیوتیک قبل از گرفتن نمونه (۵۳/۷ درصد) (جدول شماره ۳) ارسال نمونه در فاصله زمانی بیش از ۷۲ ساعت (۰/۷ درصد)، استفاده از محیط های متفرقه به جای رگان لو (۲/۸)، به جز موارد ذکر شده اشکالات دیگری نیز همچون استفاده از محیط تاریخ مصرف گذشته و یا ارسال نمونه بدون فرم و... وجود داشت (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۱: اطلاعات مربوط به واکسیناسیون و سن و رابطه آنها با موارد کشت مثبت در نمونه های ارسالی مشکوک به سیاه سرفه

کل نمونه (۱۰۸۴ مورد)	گروه سنی (انجام واکسیناسیون)			
	زیر ۲ ماه	۲ ماه تا ۲ سال	۲ تا ۱۰ سال	بالای ۱۰ سال
کشت مثبت (۱۲ مورد)	۱۵۲	۵۸۶ (۴۸۷)	۱۵۷ (۱۴۳)	۱۱۱ (۶۳)
	۳ (۰)	۶ (۵)	۲ (۲)	۱ (۱)
	۷۸ (۸۹)			

جدول شماره ۲: مقایسه نمونه های کشت مثبت از بیماران مشکوک به سیاه سرفه در سال های ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ از نظر محل و جنس

استان ارسالی	تعداد کشت مثبت	مونث	مذکر
مازندران	۳	-	۳
خراسان رضوی	۳	۱	۲
تهران	۲	۱	۱
آذربایجان شرقی	۱ (پاراپرتوسیس)	۱	-
اصفهان	۱	۱	-
خوزستان	۱	-	۱
قم	۱	۱	-

کشور، بهبود و پیشرفت در نمونه‌گیری و تشخیص بیماری، نگهداری باکتری‌های موجود در جامعه جهت بررسی‌های آینده از قبیل تعیین مقاومت آنتی‌بیوتیکی باکتری و انجام مطالعات مولکولی. علی‌رغم سخت رشد بودن و حساسیت فوق‌العاده این باکتری به شرایط محیطی از قبیل خشکی، آزمایش کشت همچنان به عنوان استاندارد طلایی در تشخیص این باکتری به شمار می‌رود. اختصاصی بودن این آزمایش ۱۰۰ درصد ولی حساسیت آن حدود ۵۸ درصد می‌باشد (۹). حساسیت پایین این روش دلایل متعددی دارد یکی از آن‌ها می‌تواند مصرف آنتی‌بیوتیک قبل از انجام آزمایش باشد. علت دیگر وجود علائم عمومی در اوایل ابتلا به این بیماری است که باعث می‌شود پزشک در ارجاع بیمار به آزمایشگاه جهت بررسی سیاه‌سرفه تعلل ورزد و همان‌طور که می‌دانیم در روش کشت میزان جداسازی باکتری در دو هفته اول بیماری بسیار بالاتر است و به مراتب پس از گذشت این زمان شانس جداسازی کاهش می‌یابد و باید از روش‌های تکمیلی دیگری مانند آزمایشات مولکولی در تشخیص آزمایشگاهی استفاده نمود (۵). بنابراین تشخیص بیماری در مراحل اولیه و گرفتن صحیح نمونه و ارسال به موقع آن به آزمایشگاه دارای اهمیت زیادی است.

در این مطالعه ۳ نمونه از ۱۲ مورد مثبت، مربوط به افراد زیر ۲ ماه و ۶ نمونه مربوط به افراد ۲ ماه تا ۲ سال بود که این یافته‌ها با شیوع این بیماری در کودکان مطابقت دارد (۱۴، ۱۲). شیوع بیماری در کودکان می‌تواند به دلیل واکسینه نبودن یا کامل نبودن واکسیناسیون در این گروه سنی باشد. در مقالات، بیان شده که بزرگسالان مخزن عفونت می‌باشند (۱۷-۱۵) که این امر به دلیل کاهش ایمنی بدن بر اثر گذشت زمان واکسیناسیون و همچنین فقدان علائم اختصاصی بیماری در بزرگسالان و در نتیجه عدم شناسایی بیماری در این گروه سنی و ارتباط نزدیک این ناقلین با کودکان می‌باشد (۱۸). نتایج حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که تنها ۱ مورد مثبت

در گروه سنی بالای ۱۰ سال و ۲ مورد مثبت در گروه سنی ۲ تا ۱۰ سال وجود دارد. با این وجود به دلیل کم بودن نمونه‌های مثبت جدا شده نمی‌توان راجع به میزان شیوع این بیماری در گروه‌های سنی مختلف در ایران نظر قطعی داد.

در کشورهای دنیا میزان جداسازی این باکتری از طریق کشت، آمار متغیری بین ۴ تا ۵۰ درصد دارد. به عنوان مثال در یک بررسی در آمریکا این میزان حدود ۴ درصد (۱۹) و یا در دانمارک ۱۵ درصد (۹) بوده، در حالی که در این بررسی میزان جداسازی تنها در حدود ۱/۱ درصد می‌باشد که دلایل آن همان‌طور که گفته شد می‌تواند ناشی از عدم تشخیص به موقع بیماری به خصوص در بزرگسالان و در نتیجه ارجاع دیر هنگام بیمار به آزمایشگاه، عدم نمونه‌گیری صحیح و تأخیر در ارسال نمونه به آزمایشگاه باشد. همان‌طور که ذکر شد بهترین نمونه برای انجام این آزمایش ترشحات نازوفارنکس است و در شرایطی خاص که امکان نمونه‌برداری از این موضع نباشد می‌توان از ناحیه نازال نمونه تهیه نمود. با وجود این که مصرف آنتی‌بیوتیک قبل از نمونه‌گیری میزان جداسازی باکتری را کاهش می‌دهد، از ۱۲ نمونه کشت مثبت در این بررسی، ۷ نمونه از بیماران جدا شد که مصرف آنتی‌بیوتیک داشته‌اند. به نظر می‌رسد این امر به دلیل نمونه‌گیری در اوایل مصرف آنتی‌بیوتیک بوده و یا بیمار به درستی دارو را مصرف نکرده و یا ناشی از مقاومت باکتری به آنتی‌بیوتیک مصرفی باشد. همچنین با وجود این که سوآپ پنبه‌ای برای این باکتری توکسیک می‌باشد. ۱ مورد از موارد کشت مثبت با سوآب پنبه‌ای نمونه‌گیری شده است.

امروزه پوشش واکسیناسیون در کشور ایران بر طبق آمار مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت و درمان کشور ۹۹ درصد می‌باشد. با این حال نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که ۹ مورد از نمونه‌های جدا شده از افرادی بوده‌اند که واکسینه شده‌اند و ۱ مورد از نظر انجام واکسیناسیون نامشخص بوده نتایج آماری به دست آمده

کلینیکی و پاراکلینیکی مربوط به این بیماری در کشور و نیز حساسیت پایین روش کشت در تشخیص بوردتلا پرتوسیس به عنوان یک باکتری مهم در این زمینه استفاده از روش‌های مولکولی از جمله روش RealTime PCR در تشخیص سریع و به موقع این باکتری ضروری می‌باشد. با توجه به گسترده بودن زمینه تحقیق در رابطه با این بیماری انجام مطالعات بیشتر از جمله مطالعات مولکولی در این زمینه لازم به نظر می‌رسد.

سپاسگزاری

بدینوسیله از همکاری پرسنل بخش میکروبی شناسی انستیتو پاستور به خصوص آقایان حسن شفیعی و رضا عزیزیان و اداره مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت سرکار خانم فهیمه دوستی تقدیر و تشکر بعمل می‌آید.

نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین میزان موارد کشت مثبت و واکسیناسیون افراد وجود ندارد ($p > 0.05$) و با توجه به طغیان مجدد بیماری در سطح جهانی و دلایلی که در بخش مقدمه ذکر شد شاید بتوان گفت که در کشور ما نیز مواردی چون واکسیناسیون ناقص افراد، تغییرات ژنتیکی سویه‌ها و احتمال متفاوت بودن سویه‌هایی که اخیراً باعث بیماری شده‌اند با سویه‌های مورد استفاده در واکسن و همچنین ناقل بودن افراد بزرگسال (بر اثر کم شدن ایمنی نسبت به این باکتری با گذشت زمان) از عوامل مهم ایجاد این بیماری در افراد واکسینه شده است (۲۰-۲۲). کمبود مطالعات در زمینه شیوع بیماری سیاه‌سرفه در ایران و نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان می‌دهد که این بیماری علی‌رغم اهمیتی که دارد هنوز از سوی پزشکان و همکاران آزمایشگاهی جدی گرفته نمی‌شود. بنابراین با توجه به مشکلات

References

1. Cherry JD, Heininger U. Pertussis and other Bordetella infections. In: Textbook of pediatric infectious diseases. Feigin RD, Cherry JD, Demmler GJ, Kaplan S, (eds). 5th ed. Philadelphia, Pa: The W.B. Saunders Co; 2004. p. 1588-1608.
2. Mattoo S, Cherry JD. Molecular Pathogenesis, Epidemiology, and Clinical Manifestations of Respiratory Infections Due to Bordetella pertussis and Other Bordetella Subspecies. Clin Microbiol Rev 2005; 18(2): 326-382.
3. McIntyre P, Gidding H, Gilmour R, Lawrence G, Hull B, Horby P, et al. Vaccine preventable diseases and vaccination coverage in Australia, 1999-2000. Commun Dis Intell 2002; 26(Suppl): S1-S111.
4. Galanis E, King A, Varughese P, Halperin SA, Impact investigators. Changing epidemiology and emerging risk groups for Pertussis. Can Med Assoc J 2006; 174(4): 451-452.
5. Wood N, McIntyre P. Pertussis: review of epidemiology, diagnosis, management and prevention. Pediatr Respir Rev 2008; 9(3): 201-212.
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Pertussis--United States, 2001-2003. Morb Mortal Wkly Rep 2005; 54(50): 1283-1286.
7. World Health Organization (WHO). Laboratory manual for the diagnosis of whooping cough caused by Bordetella pertussis/Bordetella parapertussis. 2nd ed. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services; 2007.
8. Templeton KE, Schegtinga SA, Van der Zee A, Diederin BM, van Kruijssen AM, Goossens H, Kuijper E, Claas EC. Evaluation of real-time PCR for detection and discrimination between Bordetella pertussis, Bordetella parapertussis, and Bordetella

- holmesii for clinical diagnosis. J Clin Microbiol 2003; 41(9): 4121-4126.
9. Dragested DM, Dohn B, Madsen J, Jensen JS. Comparision of culture and PCR for detection of Bordetella pertussis and Bordetella parapertussis under routine laboratory conditions. J Med Microbiol 2004; 53(8): 749-754.
10. Isenberg DH. Clinical Microbiology Procedures Handbook, American Society for Microbiology. 2nd ed. Washington DC: ASM Press; 2004.
11. Banon EJ, Peterson LR, Finegold SM. Bailey and Scott's Diagnostic Microbiology. 9th ed. St. Louis: Mostby; 1994.
12. Menzies R, Wang H, McIntyre P. Has pertussis increased in NSW over the past decade? An evaluation using hospitalization and mortality data versus notifications 1988-2002. N S W Public Health Bull 2003; 14(4-5): 71-76.
13. Crowcroft NS, Pebody RG. Recent developments in pertussis. Lancet 2006; 367(9526): 1926-1936.
14. Juretzko P, von Kries R, Hermann M, Wirsing von König CH, Weil J, Giani G. Effectivness of acellular Pertussis vaccine assessed by hospital based active surveillance in Germany. Clin Infect Dis 2002; 35(2): 162-167.
15. Forsyth K, Tan T, Von Kirsig CH, Caro JJ, Plotkin S. Potential strategies to reduce the burden of pertussis. Pediatr Infect Dis J 2005; 24(Suppl 5): S69-S74.
16. Altunaiji SM, Kukuruzovic RH, Curtis NC, Massie J. Antibiotics for whooping cough (pertussis). Cochrane Database Syst Rev 2007; 18(3): CD004404.
17. Kowalzik F, Barbosa AP, Fernandes VR, Carvalho PR, Avila-Aguero ML, Goh DY, et al. Prospeptive multinational study of pertussis infection in hospitalized infants and their household contacts. Pediatr Infect Dis J 2007; 26(3): 238-242.
18. Plotkhn SA, Orenstein WA. Vaccines. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1999.
19. Probert WS, Ely J, Schrader K, Atwell J, Nossoff A, Kwan S. Identification and evaluation of new target sequences for specific detection of Bordetella pertussis by real-time PCR. J Clin Microbiol 2008; 46(10): 3228-3231.
20. Cherry JD. The epidemiology pertussis: a comparision of the epidemiology of the disease Pertussis with the epidemiology Pf *Bordetella pertussis* infection. Pediatrics 2003; 115(5): 1422-1427.
21. Wendelboe AM, Van Rie A, Salmaso S, Englund JA. Duration of immunity against Pertussis after natural infection or vaccination. Pediatr Infect Dis J 2005; 24(Suppl 5): 558-561.
22. Aguas R, Goncalves G, Gomes MG. Pertussis: increasing disease as a consequence of reducing transmission. Lancet Infect Dis 2006; 6(2): 112-117.