

شناسایی و تعیین گونه عامل لیشمانیوز پوستی با استفاده از روش PCR اختصاصی در بیماران مراجعه کننده به مرکز بهداشت شهرستان گنبد کاووس از استان گلستان

عبدالستار پقه^۱
مهدی فخار^۲
فاطمه مسگریان^۳
شیرزاد غلامی^۲
فرهاد بدیعی^۳

چکیده

سابقه و هدف: استان گلستان یکی از کانون‌های آندمیک لیشمانیوز پوستی محسوب می‌شود. هدف از این مطالعه ارزیابی روش PCR (واکنش زنجیره ای پلیمرز) اختصاصی بر روی اسلایدهای رنگ آمیزی شده بیماران به منظور تشخیص بیماری و شناسایی گونه‌های مختلف انگل لیشمانیا در بیماران مراجعه کننده به آزمایشگاه مرکز بهداشت شهرستان گنبد کاووس بود.

مواد و روش ها: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۸۹ صورت گرفت. تشخیص بیماری با تهیه اسمیر مستقیم از ضایعات پوستی و رنگ آمیزی گیمسا بود و در صورت منفی شدن آن، از روش PCR اختصاصی بر روی DNA کیتوپلاست (kdNA) استخراج شده از اسمیرهای مستقیم به منظور تعیین جنس و گونه انگل لیشمانیا استفاده شد. اطلاعات به دست آمده ثبت و توسط نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته ها: در این مطالعه ۳۰۳ بیمار مشکوک به لیشمانیوز پوستی مورد بررسی قرار گرفتند که نتیجه آزمایش مستقیم ۲۳۸ نفر (۷۸/۵ درصد) مثبت شد. همچنین با انجام روش PCR، بر روی ۶۵ گسترش مستقیم فاقد جسم لیشتمن، در تعداد ۳۴ مورد (۵۲/۳ درصد)، DNA کیتوپلاست انگل لیشمانیا شناسایی شد. همچنین با استفاده از پرایمرهای اختصاصی گونه، انگل لیشمانیا در تمامی بیماران لیشمانیا مازور بود.

استنتاج: از آنجایی که در بسیاری از موارد اسمیر مستقیم، منفی گزارش می‌شود و این روش از حساسیت پایینی برخوردار است و از سوی دیگر PCR دارای حساسیت بالایی است، لذا پیشنهاد می‌شود در صورت مشکوک بودن به بیماری به ویژه در مناطق آندمیک، به منظور تشخیص دقیق تر و یار د آن، لزوماً از روش PCR استفاده گردد.

واژه‌های کلیدی: لیشمانیوز پوستی، PCR اختصاصی، kdNA، لیشمانیا مازور

مقدمه

بیماری لیشمانیوز توسط گونه‌های مختلف تک یاخته‌ای از جنس لیشمانیا ایجاد می‌شود. ناقل آن پشه‌های خاکی ماده از جنس فلبوتوموس است (۱). بیماری لیشمانیوز پوستی در ۸۲ کشور جهان آندمیک

طرح تحقیقاتی ۲۴-۸۹ دانشگاه علوم پزشکی مازندران

E-mail: mahdif53@yahoo.com

مؤلف مسئول: مهدی فخار - ساری: کیلومتر ۱۸ جاده خزر آباد، مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم، دانشکده پزشکی

۱. گروه انگل شناسی و قارچ شناسی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

۲. گروه انگل شناسی و قارچ شناسی، مرکز تحقیقات بیولوژی سلولی و مولکولی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

۳. دانشگاه علوم پزشکی گلستان

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۸/۹۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۹۰/۹/۲۹ تاریخ تصویب: ۹۰/۱۰/۲۷

است و حدود ۹۰ درصد موارد آن از کشورهای افغانستان، پاکستان، عربستان، ترکیه، ایران، سوریه، الجزایر، برزیل و پرو گزارش می‌شود. در حال حاضر ۱۲ میلیون نفر در دنیا از این بیماری رنج می‌برند. میزان بروز سالیانه بیماری در دنیا ۱/۵-۱ میلیون تخمین زده می‌شود (۲) میزان بروز بیماری در ایران ۲۸ مورد در هر هزار نفر جمعیت تخمین زده می‌شود که بیشترین موارد آن از استان‌های اصفهان و شیراز با ۱/۶۶ مورد در هر هزار نفر جمعیت و کمترین موارد از استان مازندران ۰/۲۲ مورد در هر هزار نفر جمعیت گزارش شده است و این میزان بروز در ایران در سال ۱۳۸۶، ۳۷ درصد هزار بوده است (۳). بیماری سالک در بیش از نیمی از استان‌های کشور به صورت بومی وجود دارد که در یازده استان شامل گلستان، اصفهان، سمنان، یزد، کرمان، فارس، بوشهر، هرمزگان، خوزستان، ایلام و سیستان و بلوچستان شیوع بالایی دارد (۳). در ایران سالانه حدود ۲۰ هزار نفر به سالک مبتلا می‌شوند که بر اساس تحقیقات به عمل آمده میزان واقعی آن چهار تا پنج برابر میزانی است که گزارش شده است (۳). شهرستان گنبد کاووس از جمله کانون‌های قدیمی بیماری در ایران است. که به طور میانگین سالانه ۱۶۰ مورد لیشتمانیوز جلدی از این شهرستان گزارش شده است (۴).

به طور معمول تشخیص لیشتمانیوز جلدی بر اساس علایم کلینیکی یافت شده در بیماران و تأیید آن از طریق روش‌های پارازیتولوژی از جمله آزمایش مستقیم و یا کشت می‌باشد که این روش‌ها به عنوان معیار طلایی مطرح هستند. اگر چه روش مشاهده مستقیم اسمیر زخم با میکروسکوپ ساده‌ترین روش در شناسایی انگل لیشتمانیا می‌باشد اما حساسیت پایین آن در تشخیص موارد دارای تعداد کم انگل (میزان کم پارازیتی) نشان‌دهنده ضعف این روش می‌باشد (۷-۵). روش‌های کشت معمول نیز از حساسیت و ویژگی نسبتاً مناسبی برخوردار هستند اما این روش‌ها نیز محدودیت‌های

خاص خود را دارند. از جمله این موارد می‌توان به طولانی بودن زمان انکوباسیون، کاهش معنی‌داری در تشخیص پروماستیگوت‌ها در زخم‌های مزمن نسبت به زخم‌های حاد (۸،۶)، نیاز به تعداد زیاد آماستیگوت آسپیره شده از زخم اشاره کرد. از سوی دیگر شناسایی گونه لیشتمانیا، به دلیل تفاوت گونه‌ها از نظر میزان حدت و نحوه پاسخ به رژیم‌های درمانی مختلف مهم است چرا که تشخیص صحیح گونه جهت پیشگویی‌های بالینی و تجویز رژیم درمانی مناسب و اختصاصی، ضروری می‌باشد (۵،۶).

امروزه جهت شناسایی گونه‌های انگل لیشتمانیا از روش‌های مولکولی مانند انواع PCR استفاده می‌شود. از جمله مزایای روش مولکولی می‌توان به مواردی از جمله نیاز به مقدار کم DNA، عدم تأثیر شرایط مخدوش‌کننده محیط و میزان و قابلیت بررسی تعداد زیادی نمونه در یک زمان کوتاه و حساسیت بالای تست اشاره نمود (۹،۱۰). به‌طور کلی درمان موثر بستگی به شناخت گونه لیشتمانیای عامل بیماری دارد. از سوی دیگر بر اساس پروتکل کشوری درمان سالک و همچنین سازمان بهداشت جهانی، تمام موارد ابتلا به سالک نوع روستایی با عامل لیشتمانیا ماژور در صورت وجود زخم در نقاط پوشیده بدن نیاز به درمان ندارند (۳، ۷-۵). زیرا باعث مصنویت شخص خواهد شد. با توجه به تابلو بالینی بسیار گسترده و پیچیده ضایعات پوستی بیماری و موارد تشخیص افتراقی متعدد و از سوی دیگر چون روش مستقیم تشخیص بیماری، از حساسیت کافی برخوردار نیست و همچنین متفاوت بودن پروتکل درمانی در افراد مبتلا به سالک نوع شهری و روستایی لذا مطالعه حاضر با هدف، شناخت بیشتر وضعیت دموگرافیک بیماری، شناسایی مولکولی گونه‌های مختلف و ارزیابی روش مولکولی PCR (واکنش زنجیره‌ای پلیمرز) بر روی اسلایدهای رنگ آمیزی شده جهت تشخیص دقیق بیماری در افراد مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت شهرستان

(5- GGG GTT GGT GTA AAA TAG GG-3)
(5- TTT GAA CGG GAT TTC TG-3) LIN LIN17
قطعه متغیر از حلقه‌های کوچک DNA (minicircles)
کیتوپلاست انگل لیشمانیا تکثیر و در یک مرحله روش
PCR اختصاصی، با انجام تغییراتی در تعداد سیکل‌ها و
مواد به کار رفته اصلاح آن بر اساس نمونه‌های بالینی،
انجام شد (۱۳). پس از انجام PCR، محصول بر روی ژل
آگاروز ۱/۵ درصد الکتروفورز شده با اتیدיום بروماید
رنگ آمیزی گردید. سپس با توجه به شاخص وزنی و
مقایسه باند حاصل از نمونه‌ها با گونه‌های مرجع انگل
لیشمانیا، جنس انگل تعیین گردید. جمع‌آوری اطلاعات
به وسیله فرم پرسشنامه انجام و اطلاعات به دست آمده با
استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون کای دو مورد
تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها

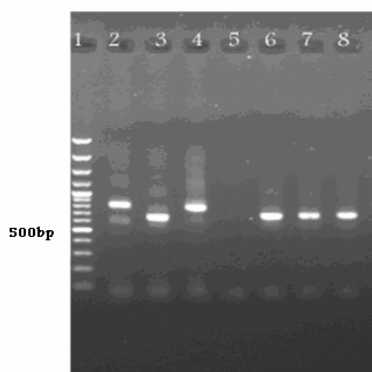
بررسی اپیدمیولوژیک لیشمانیوز پوستی در بیماران
مراجعه کننده به مرکز بهداشت شهرستان گنبد کاووس
نشان داد که از تعداد ۳۰۳ بیمار مشکوک به این بیماری،
گسترش مستقیم ۲۳۸ نفر (۷۸/۵ درصد) از نظر وجود
جسم لیژمن در زخم، مثبت بودند که از این تعداد، ۱۴۷
نفر (۴۸/۵ درصد) مؤنث و ۱۵۶ نفر (۵۱/۵ درصد) مذکر
بودند، از نظر آماری اختلاف معنی داری بین جنس
مؤنث و مذکر مشاهده نشد. همچنین در گسترش مستقیم
۶۵ نفر (۲۴/۵ درصد) جسم لیژمن مشاهده نشد.
از نظر تعداد ضایعه نیز ۳۴/۶ درصد موارد تنها
دارای یک ضایعه، ۲۱/۷ درصد دارای ۲ ضایعه، ۱۲/۶
درصد سه ضایعه و ۳۱/۱ درصد بیشتر از سه ضایعه
داشتند. عضو با بیشترین میزان ابتلا در این بیماران، در
رتبه نخست، دست با ۳۶/۹ درصد و بعد از آن به ترتیب
پا ۳۰/۶ درصد، اعضای صورت ۲۰/۲ درصد بود که از
نظر آماری اختلاف معنی داری بین ابتلا اعضاء مختلف
مشاهده نشد. در ۱۲/۳ درصد موارد، زخم نیز بر روی
سایر نقاط بدن مشاهده شد. فراوانی بیماری مذکور در

گنبد کاووس طراحی شد. ضمناً در این خصوص تاکنون
مطالعه‌ای در استان گلستان انجام نشده است.

مواد و روش ها

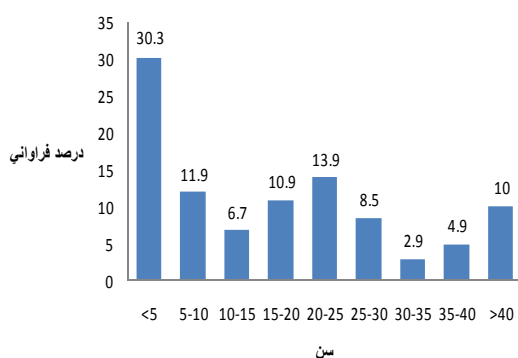
این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۸۹ روی بیماران
مراجعه کننده به مرکز بهداشت شهرستان گنبد کاووس
(واقع در بخش شرقی استان گلستان) انجام شد (تصویر
شماره ۱). بیمارانی که لیشمانیوز پوستی در آن‌ها
تشخیص داده شد، مورد بررسی اپیدمیولوژی (توزیع
سنی، جنسی، زمانی و مکانی، محل زخم و تعداد زخم)
قرار گرفتند. تشخیص بیماری با تهیه اسمیر مستقیم از
ضایعات و رنگ آمیزی به روش گیمسا بود. در این
روش برش کوچکی در اطراف زخم ایجاد کرده و از
سروزیته این ناحیه گسترش نازکی روی لام میکروسکوپی
تهیه شد. لام‌های تهیه شده به روش گیمسا رنگ آمیزی
شده و در زیر میکروسکوپ اجسام لیژمن
(آماستیگوت‌ها) در داخل و یا خارج ماکروفاژها
جستجو شدند. در صورت منفی شدن روش مستقیم، از
روش PCR اختصاصی جهت شناسایی جنس لیشمانیا
استفاده شد.

برای استخراج DNA از اسلایدهای رنگ آمیزی
شده مربوط به بیماران مبتلا به لیشمانیوز پوستی
استفاده شد. برای این منظور از روش High salt با
تغییرات جزئی استفاده گردید (۱۱). سپس DNA
استخراج شده، جهت آزمایش واکنش زنجیره‌ای
پلیمراسیون مرز اختصاصی جنس و گونه مورد استفاده
قرار گرفت. در روش PCR با استفاده از پرایمرهای
عمومی (جهت تشخیص جنس لیشمانیا) RV1
(5'-CTT TTC TGG TCC CGC GGG TAG G-3')
RV2 (5'-CCA CCT GGC CTA TTT TAC ACC A-3')
قطعه ثابت (۱۴۵ جفت باز) از حلقه‌های کوچک
DNA (minicircles) کیتوپلاست انگل لیشمانیا تکثیر و
در یک مرحله روش PCR انجام شد (۱۲). همچنین جهت
تعیین گونه انگل با استفاده از پرایمرهای اختصاصی



تصویر شماره ۲: نتیجه الکتروفورز محصولات PCR اختصاصی نمونه‌های اسمیر مستقیم با پرایمرهای LINR4 و LIN17 در ژل آگاروز ۱/۵ درصد

- ۱- مارکر ۱۰۰ bp -۴ L.i استاندارد
- ۲- L.t استاندارد -۵ کنترل منفی
- ۳- L.m استاندارد شماره های ۸-۶= نمونه های بیماران

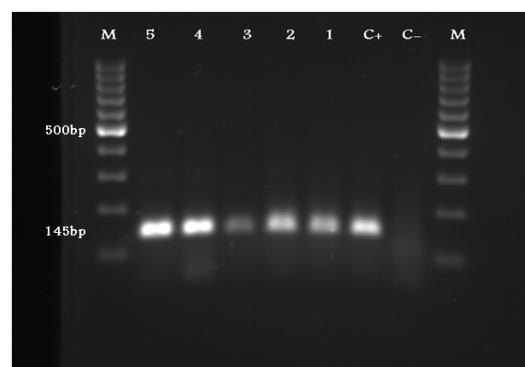


نمودار شماره ۱: فراوانی لیشمانیوز پوستی بر حسب سن در شهرستان گنبد کاووس از استان گلستان، ۱۳۸۹

بحث

مطالعه حاضر با هدف شناخت بیشتر وضعیت دموگرافیک بیماری، شناسایی مولکولی گونه‌های مختلف و ارزیابی روش مولکولی PCR (واکنش زنجیره‌ای پلیمرز) بر روی اسلایدهای رنگ آمیزی شده جهت تشخیص دقیق بیماری در افراد مراجعه کننده به مرکز بهداشت شهرستان گنبد کاووس طراحی شد. در این مطالعه جنبه‌های مختلف دموگرافیک، تشخیص مولکولی و یافته‌های بالینی لیشمانیوز پوستی مورد بررسی

گروه‌های مختلف سنی به ترتیب در نمودار شماره ۱ آمده است که بیشترین فراوانی در گروه سنی زیر ۵ سال (۳۰/۳ درصد) و کمترین آن در گروه سنی ۳۵-۳۰ سال (۲/۹ درصد) بود. روند زمانی بیماری بر اساس ماه‌های سال در استان گلستان نشان می‌دهد که بطور معنی داری موارد بیماری در فصل پائیز افزایش یافته و بیشترین موارد مربوط به ماه آبان با ۳۱/۷ درصد و کمترین موارد مربوط به ماه اردیبهشت (۰/۴ درصد) بود ($p=0/034$). از نظر محل سکونت نیز ۱۱/۲ درصد بیماران ساکن شهر گنبد کاووس و ۸۸/۸ درصد ساکنان روستاهای حومه، سربازان و کارگران در نوار مرزی بودند. همچنین در این مطالعه بر روی ۶۵ نفر از بیماران مراجعه کننده که روش مستقیم آن‌ها منفی بود، از روش PCR (واکنش زنجیره‌ای پلیمرز) با استفاده از پرایمرهای عمومی و اختصاصی به ترتیب جهت شناسایی جنس و گونه انگل لیشمانیا انجام گرفت که در تعداد ۳۴ مورد (۵۲/۳ درصد) از آن‌ها DNA کینتوپلاست انگل لیشمانیا شناسایی شد (تصویر شماره ۱). همچنین گونه انگل در مقایسه با گونه‌های مرجع در تمام نمونه‌های مورد بررسی لیشمانیا ماژور بود (تصویر شماره ۲).



تصویر شماره ۱: نتیجه الکتروفورز محصولات PCR اختصاصی نمونه‌های اسمیر مستقیم با پرایمرهای RV1 و RV2 در ژل آگاروز ۱/۵ درصد
M= مارکر ۱۰۰ bp
C+= L.m استاندارد (MRHO/IR/75/ER) (۱۴۵ bp)
C-= کنترل منفی
شماره های ۵-۱= نمونه‌های اسمیر مستقیم بیماران

قرار گرفت. شهرستان گنبد کاووس از جمله کانون‌های قدیمی بیماری در ایران است و اغلب موارد بیماری در این شهرستان به علت رفت و آمد مردم به روستاهای هم مرز با کشور ترکمنستان صورت می‌پذیرد (۱۴). به علت موقعیت جغرافیایی این روستاها و هم‌جواری مناطق مسکونی با لانه‌های جوندگان و نیز نوع مصالحی که در ساخت خانه‌ها، طویله‌ها و غیره به کار برده شده، این ناحیه محل مناسبی برای تکثیر پشه خاکی می‌باشد. بر اساس آمار ثبت شده در مرکز بهداشت شهرستان گنبد کاووس، سال ۱۳۸۳ تعداد بیماران مبتلا به لیشرمانیوز پوستی ۱۷۲ نفر بودند که ۲۷ نفر (۱۵/۷ درصد) از آن‌ها ساکن شهر و ۱۴۵ مورد (۸۴/۳ درصد) ساکن مناطق روستایی بودند (۴). در بررسی ما، ۲۳۸ نفر (۷۸/۵ درصد) از مراجعه‌کنندگان به مرکز بهداشت شهرستان گنبد کاووس به لیشرمانیوز پوستی مبتلا بودند که X نفر (۱۱/۲ درصد) ساکن شهر و X نفر (۸۸/۸ درصد) ساکنان روستا بودند. این در حالی است که در سال ۱۳۸۳، تعداد موارد بیماری ۱۷۲ نفر گزارش شده است و سالیانه به‌طور میانگین ۱۶۰ مورد از بیماری از این شهرستان گزارش می‌شود (۴). این مطلب حاکی از روند رو به رشد بیماری در استان به‌ویژه شهرستان گنبد بوده که البته این مطلب می‌تواند مربوط به حساسیت بالای روش PCR انجام شده در شناسایی بیماران نیز باشد زیرا در روش مستقیم بسیاری از بیماران تشخیص داده نمی‌شوند و این روش حساسیت کمی دارد و بسیاری از بیماران تشخیص داده نمی‌شوند. نتایج این مطالعه، نشان می‌دهد بیشترین گروه سنی مبتلا به بیماری در گروه سنی زیر ۵ سال بوده است. که این مطلب با مطالعات قبلی انجام شده در یک کانون آندمیک جدید در اطراف شهر شیراز و اصفهان (۱۶، ۱۵) و مطالعه مسگریان و همکاران (۱۴) در استان گلستان مطابقت دارد. در بررسی مسگریان و همکاران بیشترین موارد ابتلا در گروه سنی ۱۰-۰ گزارش شده است و مواردی از ابتلا در سنین بالای پنجاه سال دیده نشده است. اگر چه الگوی سنی ابتلا به سالک در کانون‌های

مختلف کشور بر اساس میزان آندمیسته بیماری، گونه انگل و الگوی ژنتیکی میزبان متفاوت است، اما به‌طور کلی افزایش میزان بروز بیماری در سنین پایین حاکی از بالا بودن میزان آندمیسته بیماری در یک منطقه می‌باشد (۱۸-۱۵). فخار و همکاران در بررسی خود بر روی بیماران مبتلا به سالک در شیراز بیان کردند که بیماری مذکور در گروه سنی ۲۵-۲۰ سال شایع‌تر بوده، موارد بیماری در فصل پاییز به‌طور معناداری افزایش یافته است بیشترین موارد بیماری مربوط به ماه آبان می‌باشد و بین دو جنس اختلاف آماری وجود ندارد (۱۹). همچنین در بررسی ما، روند زمانی بیماری بر اساس ماه‌های سال، نشان داد که به‌طور معنی‌داری موارد بیماری در فصل پاییز افزایش یافته، بیشترین موارد مربوط به آبان ماه با ۳۱/۷ درصد و کمترین موارد مربوط به اردیبهشت ماه (۰/۴ درصد) بود. در مطالعه مسگریان و همکاران (۱۴) نیز در استان گلستان بین فصل مراجعه و تعداد موارد بیماری ارتباط معنی‌داری گزارش شده است که بر اساس آن فصل پاییز بیشترین تعداد و فصل بهار کمترین موارد ابتلا را به خود اختصاص داده است. ضمناً نتایج ما با مطالعات قبلی انجام شده در سایر کانون‌های آندمیک ایران از جمله کانون‌های مهم شیراز، اصفهان و اردستان مطابقت دارد (۱۹-۱۵). نتایج بررسی ما نشان می‌دهد که اختلاف معنی‌داری بین ابتلا جنس مذکر و مؤنث وجود ندارد که این مطلب با سایر مطالعات انجام گرفته در اغلب نقاط ایران و همچنین استان گلستان مطابقت دارد (۱۹-۱۴). در مطالعه حاضر دست، عضوی با بیشترین ضایعه (۳۶/۹ درصد) می‌باشد و به دنبال آن صورت، پا و سایر نقاط بدن قرار دارند. به‌طور کلی ضایعات پوستی سالک معمولاً در نقاط باز بدن و جاهایی که بیشتر در معرض گزش پشه خاکی است به‌وجود می‌آیند. در نوع شهری ضایعات غالباً روی صورت و در نوع روستایی بیشتر روی دست و پا ظاهر می‌شوند (۱۹-۱۴).

با توجه به نتایج بررسی حاضر و همچنین مطالعات قبلی، منطقه گنبد کاووس یکی از کانون‌های آندمیک

بیماری لیشمانیوز نوع روستایی به شمار می‌رود. در این منطقه، اغلب موارد زخم حاد در گروه‌های سنی زیر ده سال و ساکن مناطق روستایی هم مرز با جمهوری ترکمنستان بویژه بخش داشلی برون شهرستان گنبد (تصویر شماره ۱) مشاهده می‌شوند؛ اما به دلیل مصونیت نسبی، ابتلا به اشکال حاد بیماری در بزرگسالان کمتر مشاهده می‌شود و در عوض جای زخم (اسکار) بیشتر در این سنین مشاهده می‌گردد. شواهد اپیدمیولوژیک و مولکولی در استان گلستان نشان می‌دهد گونه غالب انگل، لیشمانیا ماژور است.

مسگریان و همکاران در سال ۱۳۸۵ با بررسی میزان شیوع لیشمانیوز جلدی، کشت و تعیین هویت انگل لیشمانیا جدا شده از بیماران مبتلا به سالک با روش PCR در روستاهای مرزی شهرستان گنبد کاووس گزارش کردند که میزان شیوع زخم حاد ۰/۵ درصد است و ارتباط معنی‌دار بین دو جنس از نظر ابتلا وجود ندارد (۱۴). در این مطالعه که بطور تصادفی در ۵ روستا و به صورت خانه به خانه انجام شده است با کشت انگل لیشمانیا تنها ۴۶ ایزوله بدست آمده است و سپس انجام ITS-PCR بر روی ایزوله‌های به دست آمده، گونه انگل لیشمانیا ماژور تعیین شده است. اما در مطالعه حاضر، کارآیی روش PCR در شناسایی انگل لیشمانیا و مقایسه آن با روش اسمیر مستقیم و همچنین تعیین هویت گونه انگل به طور مستقیم بر روی نمونه‌های بالینی بیماران (اسمیرهای مستقیم) بدون استفاده از روش وقت گیر و پرهزینه کشت انجام پذیرفته است. علاوه بر آن مطالعه حاضر در سال ۸۹ (۵ سال پس از آخرین مطالعه) انجام شده است.

روش‌های تشخیص لیشمانیوز پوستی عمدتاً مبتنی بر روش‌های انگل‌شناسی و مشاهده مستقیم انگل می‌باشد. در مورد سالک نوع شهری و روستایی روش‌های سرولوژی کارایی چندانی ندارند (۷، ۶-۹). تشخیص این بیماری هر چند با فراهم نمودن گسترش از زخم بیمار و رنگ آمیزی گیمسا به راحتی امکان پذیر است، اما در مواردی که زخم مزمن بوده و شمار انگل

اندک باشد، تشخیص را مشکل می‌کند (۹، ۲۰، ۲۱). علاوه بر آن در تشخیص مستقیم، امکان تعیین گونه انگل وجود ندارد و برای تشخیص گونه، کشت انگل و تولید انبوه آن برای تزریق به حیوان آزمایشگاهی یا استفاده از روش ایزوآنزیم و PCR مورد نیاز است. روش‌های متکی بر DNA در تشخیص بیماری لیشمانیوز و شناسایی گونه‌های آن در سال‌های اخیر رواج فراوان یافته است (۹، ۱۰، ۲۲-۱۹). مطالعات مختلف نشان می‌دهد که، روش‌های PCR مبتنی بر DNA کینتوپلاست انگل لیشمانیا روش حساسی در تشخیص بیماری به ویژه در موارد مزمن است (۱۹، ۲۱، ۲۲). در مورد کارآیی روش PCR در مطالعه حاضر مشخص شد در ۵۲/۳ درصد از مواردی که نتیجه آزمایش مستقیم منفی بوده است با روش PCR مثبت شده است. لذا به منظور تشخیص دقیق‌تر بیماری و جلوگیری از تشخیص اشتباهی (منفی کاذب) بهتر است از روش PCR استفاده شود. نتایج این مطالعه با سایر مطالعات انجام گرفته سایر محققین و مطالعات قبلی مؤلفین این مقاله هم‌خوانی دارد (۹، ۱۰، ۱۹، ۲۱، ۲۲). فخار و همکاران در بیماران مراجعه کننده به آزمایشگاه گروه انگل شناسی دانشکده پزشکی شیراز با استفاده از واکنش زنجیره‌ای پلیمرز، بر روی تعداد ۶۲ گسترش مستقیم که جسم لیشمن در آن‌ها یافت نشده بود، در ۳۵ مورد (۵۶/۴ درصد) از آن‌ها DNA انگل را شناسایی نمودند (۱۹).

کرمیان و همکاران در انجام روش PCR اختصاصی جنس با استفاده از پرایمرهای 13A و 13B بر روی اسلاید رنگ آمیزی شده بیماران مبتلا به سالک، این روش را در شناسایی موارد غیر تیپیک و مزمن بسیار کارآمدتر از روش مستقیم اعلام نمودند. ضمناً در این مطالعه، ویژگی PCR اختصاصی گونه با استفاده از پرایمرهای LINR4 و LIN17 در شناسایی گونه انگل در موارد غیر تیپیک بیماری ۱۰۰ درصد گزارش شده است (۲۱).

پرایمرهای LINR4 و LIN17 استفاده شده در مطالعه حاضر، از روش Aransay و همکاران (۱۳) اقتباس

اسمیرهای مستقیم رنگ آمیزی شده، برای شناسایی گونه انگل به منظور به کارگیری روش درمانی مؤثرتر استفاده گردد.

نتایج مطالعه حاضر حاکی از بالا بودن میزان آندمیسته (بومی) بیماری سالک روستایی با عامل لیشمانیا ماژور در شهرستان گنبد می باشد. همچنین این نتایج ضرورت انجام روش PCR به طور مستقیم بر روی نمونه های بالینی بیماران از جمله اسمیر مستقیم را چه در موارد منفی شدن و چه در موارد تعیین گونه تأیید می کند.

سپا سگزاری

بدینوسیله از کلیه همکاران مرکز بهداشت گنبد و مرکز بهداشت استان گلستان به خاطر همکاری های ارزشمندشان قدردانی می شود. ضمناً از سرکار خانم مریم پورحاجی باقر به خاطر همکاری صمیمانه و آنالیز داده ها تشکر و قدردانی به عمل می آید. این مطالعه حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی ۲۴-۸۹ دانشگاه علوم پزشکی مازندران می باشد. بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران به خاطر تأمین هزینه های مالی تشکر می نمایم.

References

- Ardehali S, Rezaei HR, Nadim A(eds). Leishmania parasite and leishmaniosis. 2nd ed. Tehran: Iran University. Press; 1994. p 3-11 (Persian).
- World Health Organization (WHO). First WHO report on neglected tropical diseases: "working to overcome the global impact of neglected tropical diseases". Available from: http://www.who.int/neglected_diseases/2010_report/en/ Accessed 12 October 2010.
- Shirzadi MR, Sharifian J, Zeinali M, Qarahgozloo F, Pourmzaffari J, Doosti S, editors. Successful in zoonosis control programmes. 1st ed. Tehran: Ministry of Health and Medical Education publications. 2009 (Persian).
- Provincial Health Center of Golestan, CDC records. 2009 (Persian).
- Berman JD. Human leishmaniasis: clinical, diagnostic, and chemotherapeutic developments in the last 10 Years. Clin Infect Dis 1997; 24(4): 684-703.
- Murray HW, Berman JD, Davis CR, Saravia NG. Advances in leishmaniasis. Lancet 2005; 366(9496): 1561-1577.
- Expert Committee: Control of leishmaniasis. Technical Report Series 793. WHO, Geneva Switzerland, 1990. Available from: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_793.pdf

-
8. Salman SM, Rubeiz NG, Kibbi AG. Cutaneous leishmaniasis: Clinical features and diagnosis. *Clin Dermatol* 1999; 17(3): 291-296.
 9. Al-Jawabreh A, Schoenian G, Hamarsheh O, Presber W. Clinical diagnosis of cutaneous leishmaniasis: A comparison study between standardized graded direct microscopy and ITS1-PCR of Giemsa-stained smears. *Acta Trop* 2006; 99(1): 55-61.
 10. Marques MJ, Volpini AC, Machado-Coelho GL, Machado-Pinto J, da Costa CA, Mayrink W, et al. Comparison of polymerase chain reaction with other laboratory methods for the diagnosis of American cutaneous leishmaniasis: diagnosis of cutaneous leishmaniasis by polymerase chain reaction. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2006; 54(1): 37-43.
 11. Aljanabi SM, Martinez I. Universal and rapid salt-extraction of high quality genomic DNA for PCR-based techniques. *Nucleic Acids Res* 1997; 25(22): 4692-4693.
 12. Lauchaud L, Marchegni-Hammami S, Chabbert E, Dereure J, Dedet JP, Bastien P. Comparison of six PCR methods using peripheral blood for detection of canine visceral leishmaniasis. *J Clin Microbiol* 2002; 40(1): 210-215.
 13. Aransay AM, Scoulica E, Tselentis Y. Detection and identification of *Leishmania* DNA within naturally infected sand flies semi nested PCR on minicircle kinetoplastic DNA. *Appl Environ Microbiol* 2002; 66(5): 1933-1938.
 14. Mesgarian F, Nourian R, Mahmoudi Rad M, Hajaran H, Shahbaz F, Mesgarian Z, et al. Identification of *Leishmania* species isolated from human cutaneous Leishmaniasis in Gonbad-e-Qabus city using a PCR method during 2006-2007. *Tehran Univ Med J* 2010; 68(4): 250-256 (Persian).
 15. Razmjoua Sh, Hejazy H, Motazedian MH, Baghaei M, Emamy M, Kalantary M. A new focus of zoonotic cutaneous leishmaniasis in Shiraz, Iran. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2009; 103(7): 727-730.
 16. Yaghoobi-Ershadi MR, Javadian E. Zoonotic cutaneous leishmaniasis to the north of Isfahan. Human infection in 1991. *Bull Soc Pathol Exot* 1995; 88(1): 42-45.
 17. Yaghoobi-Ershadi MR, Jafari R, Hanafi-Bojd AA. A new epidemic focus of zoonotic cutaneous leishmaniasis in central Iran. *Ann Saudi Med* 2004; 24(22): 98-101.
 18. Yaghoobi-Ershadi MR, Hanafi-Bojd AA, Akhavan AA, Zahrai-Ramazani AR, Mohebbali M. Epidemiological study in a new focus of cutaneous leishmaniasis due to *Leishmania major* in Ardestan town, central Iran. *Acta Trop* 2001; 79(2): 115-121.
 19. Fakhari M, Mikaeili F, Hatam GR, Habibi P, Karamian M, Motazedian MH, et al. Molecular epidemiology survey of cutaneous leishmaniasis in referral patients to Parasitology lab at Shiraz School of Medicine and importance application of PCR for diagnosis of disease. *J Jahrom Univ Med Sci* 2010; 8(1): 1-5 (Persian).
 20. Motazedian MH, Karamian M, Noyes HA, Ardehali S. DNA extraction and amplification of *Leishmania* from archived, Giemsa-stained slides, for the diagnosis of cutaneous leishmaniasis by PCR. *Ann Trop Med Parasitol* 2002; 96(1): 31-34.
 21. Karamian M, Motazedian MH, Fakhari M, Pakshir K, Jowkar F, Rezanezhad H. Atypical presentation of Old-World cutaneous leishmaniasis, diagnosis and species identification by PCR. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008; 22(8): 958-962.
 22. Pourmohammadi B, Motazedian MH, Hatam GR, Kalantari M, Habibi P, Sarkari B. Comparison of Three Methods for Diagnosis of Cutaneous Leishmaniasis. *Iran J Parasitol* 2010; 5(4): 1-8.