

## بررسی شیوع لیشمانیوز جلدی در شهرستان پاکدشت در سال ۱۳۹۱

امیرحسین مقصود<sup>۱</sup>، علی پورمحمدی<sup>۲</sup>، سید مصطفی حسینی ذیجود<sup>۳</sup>،  
غفور توکلی<sup>۴</sup>، محسن کولیوند<sup>۵\*</sup>

### چکیده

**مقدمه:** بیماری لیشمانیوز جلدی یکی از معضلات بهداشتی در مناطق گرمسیری و نیمه گرمسیری از جمله کشور ایران می باشد. از این رو بررسی شیوع و شناسایی کانون های جدید این بیماری در مناطق مختلف ایران امری ضروری می نماید. مطالعه حاضر با هدف بررسی شیوع بیماری لیشمانیوز جلدی در شهرستان پاکدشت در سال ۱۳۹۱ انجام گرفت.

**روش کار:** مطالعه حاضر بر روی ۳۲ بیمار مبتلا به لیشمانیوز جلدی (خشک و مرطوب) مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی موجود در شهرستان پاکدشت در سال ۱۳۹۱ انجام شد. به منظور بررسی بیماری، پارامترهایی همچون ماه های بروز در سال مورد مطالعه، سابقه مسافرت بیماران به مناطق آلوده در طی مدت زمان قبل از بروز بیماری، شغل، سن، جنس، محل آناتومیک ضایعه در بدن بیماران، تعداد زخم، جنس و نوع ضایعه از لحاظ مرطوب، خشک مد نظر قرار گرفت.

**نتایج:** بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش بیشترین میزان ابتلا در ماه های مهر (۵۳/۱۵ درصد) و شهریور (۱۸/۷۵ درصد) دیده شد. اکثر بیماران سابقه مسافرت به مناطق آلوده را داشته اند، بطوریکه که ۴۳/۷۵ درصد بیماران سابقه مسافرت به سبزوار را طی مدت زمان قبل از بروز بیماری داشتند. بیشترین تعداد مبتلایان به لیشمانیوز جلدی زنان خانه دار (۳۴ درصد)، کودکان (۲۱/۸۷ درصد) و رانندگان (۱۵/۶ درصد) بودند. و همچنین ۹۰/۶۲ درصد ضایعات معاینه شده از نوع مرطوب بود.

**بحث و نتیجه گیری:** با توجه به نتایج حاصله به نظر می رسد که شهرستان پاکدشت کانون بیماری لیشمانیوز جلدی نبوده و بیماری در طی مسافرت بیماران به شهرهای کانون بیماری همچون سبزوار صورت گرفته است.

**واژگان کلیدی:** شیوع، لیشمانیوز جلدی، پاکدشت

<sup>۱</sup> استادیار گروه انگل شناسی و قارچ شناسی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

<sup>۲</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد مهندسی بهداشت محیط، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

<sup>۳</sup> دانشجوی دکتری تخصصی بیوشیمی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

<sup>۴</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد قارچ شناسی پزشکی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

<sup>۵</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد انگل شناسی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

\* آدرس الکترونیک نویسنده مسئول: m\_kolivand1369@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۵/۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۱/۹

## مقدمه

امروزه با وجود پیشرفت های فراوانی که در علم پزشکی و علی الخصوص در کنترل بیماری های عفونی حاصل شده است، هنوز هم برخی از بیماری های عفونی به عنوان یکی از معضلات بهداشتی در نظر گرفته می شوند (۱). در این میان بیماری لیشمانيوز که در شمار بیماری های انگلی دسته بندی شده است، در اغلب نقاط جهان مشاهده می گردد. سازمان بهداشت جهانی به دلیل اهمیت بهداشتی، این بیماری را در ردیف ۶ بیماری حائز اهمیت در مناطق گرمسیری و نیمه گرمسیری معرفی نموده است (۲). این بیماری در اغلب نقاط جهان علی الخصوص در کشور های در حال توسعه دیده می شود. بیماری لیشمانيوز پوستی در ۸۲ کشور دنیا آندمیک است و حدود ۹۰ درصد موارد آن از کشورهای افغانستان، پاکستان، عربستان، ترکیه، ایران، سوریه، الجزایر، برزیل و پرو گزارش شده است. در حال حاضر ۱۲ میلیون نفر در دنیا به این بیماری مبتلا شده اند و میزان بروز سالیانه بیماری در دنیا ۱/۵ میلیون برآورد شده است (۳و۴). میزان بروز بیماری در ایران ۲۷ مورد در هر صد هزار نفر از جمعیت تخمین زده می شود که بیشترین موارد آن از استان های ایلام و فارس و کمترین موارد از استان مازندران گزارش شده است (۵).

این بیماری عموماً به صورت ضایعات پوستی و احشایی مشاهده می گردد که به ترتیب سالک و کالآزار نامیده می شوند همچنین یک نوع مخاطی - پوستی از آن که عموماً شیوع بسیار پایینی دارد گزارش شده است. نوع جلدی به دو نوع خشک (شهری) و مرطوب (روستایی) شناخته می شود. لیشمانيوز جلدی روستایی بیماری مشترک انسان و حیوان بوده و نوع شهری به عنوان انسان دوست معرفی گردیده است (۳و۵). البته لازم به ذکر است که در ایران شیوع لیشمانيوز جلدی روستایی غالب است. بر طبق گزارشات در ایران سالانه حدود ۲۰ هزار نفر به سالک مبتلا می شوند که بر اساس مطالعات صورت گرفته، میزان واقعی آن چهار تا پنج برابر میزانی است که گزارش می شود (۶).

عامل بیماریزای لیشمانيوز یک انگل تک یاخته ای از جنس لیشمانيا و از راسته کینتوپلاستیدا است که بر حسب محیط زندگی خود به دو شکل بدون تاژک و تاژک دار دیده می شود که نوع بدون تاژک این انگل در بدن مهره داران در سلول های

تک هسته ای بیگانه خوار رشد و تکثیر می یابد، اما نوع دارای تاژک آزاد عموماً در بدن پشه خاکی و محیط های کشت مصنوعی یافت می شود (۷). انگل لیشمانيا گونه های مختلفی دارد که برخی از آن ها در بدن انسان سبب ایجاد بیماری لیشمانيوز می گردند. لیشمانيا تروپیکا و لیشمانيا ماژور دو گونه عمده هستند که باعث ایجاد زخم های پوستی می گردند (۸). عامل لیشمانيوز جلدی روستایی، لیشمانيا ماژور و عامل لیشمانيوز جلدی شهری لیشمانيا تروپیکا است. پشه خاکی ناقل بیماری های شناخته شده متفاوتی به انسان می باشد، تا کنون ۴۵ گونه پشه خاکی از نقاط مختلف کشور صید و شناسایی شده اند (۹). فلبوتوموس پاپاتاسی به عنوان ناقل اصلی لیشمانيوز جلدی مرطوب به انسان معرفی شده است. گونه های لیشمانيا توانایی خنثی کردن اثر کشندگی ماکروفاژ ها را دارند. مخزن بیماری در فرم های مختلف بیماری متفاوت است، در نوع جلدی خشک مخزن بیماری عموماً انسان بوده اما سگ هم به طور اتفاقی به بیماری مبتلا می گردد و در نوع مرطوب عموماً جوندگان به عنوان مخزن در نظر گرفته می شوند (۱۰و۱۱).

در مورد این بیماری تاکنون هیچ گونه پیشگیری دارویی شناخته نشده و استفاده از واکسن ها نیز هنوز در مرحله مطالعه و آزمایش است و کنترل ناقلین تنها در برخی از شرایط خاص اپیدمیک قابل اجرا می باشد، از سوی دیگر درمان های دارویی اثر یکسانی ندارند. این بیماری اگرچه از لحاظ مرگ و میر و معلولیت مشکل ساز نبوده، اما به دلایلی نظیر ایجاد زخم در صورت، مشلات زیبایی، احتمال عفونت ثانویه و بار درمانی سنگین بر جامعه، طولانی بودن دوره درمان و عوارض ناشی از مصرف داروهای موجود بسیار حائز اهمیت است (۹و۱۰). تاکنون مطالعات مختلفی در خصوص بررسی شیوع لیشمانيوز جلدی در مناطق مختلف کشور صورت گرفته است که از جمله می توان به مطالعه بابایی در خصوص اپیدمیولوژی لیشمانيوز جلدی و بررسی جای زخم با تأکید بر فصل، گروه سنی و جنسی در منطقه پاعلم جنوب لرستان (۱۱)، مطالعه رضانی تحت عنوان بررسی اپیدمیولوژیک بیماری سالک در شهرستان آران و بیدگل (۱۲) و مطالعه عباسی با هدف بررسی اپیدمیولوژیک لیشمانيوز جلدی در شهرستان گرگان (۱۳) اشاره نمود. با عنایت به اینکه تا کنون مطالعه ای در خصوص بررسی شیوع بیماری لیشمانيوز جلدی در شهرستان پاکدشت صورت نگرفته و شیوع این بیماری

در سطح شهرستان در حال افزایش است این مطالعه در این راستا در سال ۱۳۹۱ انجام شد.

و اطلاعات جمع آوری شده وارد نرم افزار SPSS16 گردید و فراوانی مطلق و نسبی داده ها محاسبه شد.

## روش کار

مطالعه حاضر از نوع توصیفی- مقطعی می باشد که در سال ۱۳۹۱ در شهرستان پاکدشت انجام شد. شهرستان پاکدشت یکی از شهرستانهای استان تهران است و در جنوب شرقی شهر تهران واقع شده است و ۷۵۰ کیلومتر مربع از مساحت استان تهران را به خود اختصاص داده است. شهر پاکدشت مرکز شهرستان پاکدشت، از نظر جغرافیایی در ۵۱ درجه و ۴۰ دقیقه درازای خاوری و ۳۵ درجه و ۲۸ دقیقه پهناي شمالی و بلندی ۱۰۲۰ متری از سطح دریا واقع شده و دارای آب وهوایی گرم و خشک می باشد. از شمال به رشته کوه های البرز و دماوند از غرب به تهران و ری و از جنوب به بخش مرکزی شهرستان ورامین و شهر قرچک و از شرق به استان سمنان و شهرستان گرمسار محدود می شود (۱۴). تعداد نمونه ها شامل ۳۶ بیمار مبتلا به لیشمانیوز جلدی در شهرستان پاکدشت بودند که به دلیل عدم وجود اطلاعات کافی در مورد ۴ بیمار، این مطالعه بر روی ۳۲ بیمار ساکن پاکدشت (۱۷ بیمار مرد و ۱۵ بیمار زن) مبتلا به لیشمانیوز جلدی (خشک و مرطوب) مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی موجود در شهرستان پاکدشت در سال ۱۳۹۱ انجام شد. افراد توسط پزشک مستقر در مراکز بهداشتی معاینه شده و بعد از اخذ رضایتنامه، به منظور تأیید بیماری از محل ضایعه نمونه برداری صورت گرفت که در ادامه پرسشنامه حاوی سؤالاتی از ویژگیهای دموگرافیک، نوع زخم، تعداد و محل ضایعه، سابقه مسافرت به مناطق آلوده دیگر، زمان تقریبی بروز زخم و تشخیص احتمالی توسط فرد بیمار تکمیل گردید. اطلاعات تعدادی از بیماران از طریق فرم خلاصه اطلاعات اپیدمیولوژی بیماری لیشمانیوز جلدی، فرم مشخصات فردی بیماران موجود در مرکز بهداشت شهرستان پاکدشت و یا از طریق تلفنی مستقیماً از بیماران کسب گردید. به منظور بررسی بیماری، پارامتر های ماه بروز در سال مورد مطالعه، سابقه مسافرت بیماران به شهرهای آلوده در طی مدت زمان قبل از بروز بیماری، محل آناتومیک ضایعه در بدن بیماران، تعداد زخم، جنس و نوع ضایعه از لحاظ مرطوب و خشک مد نظر قرار گرفت

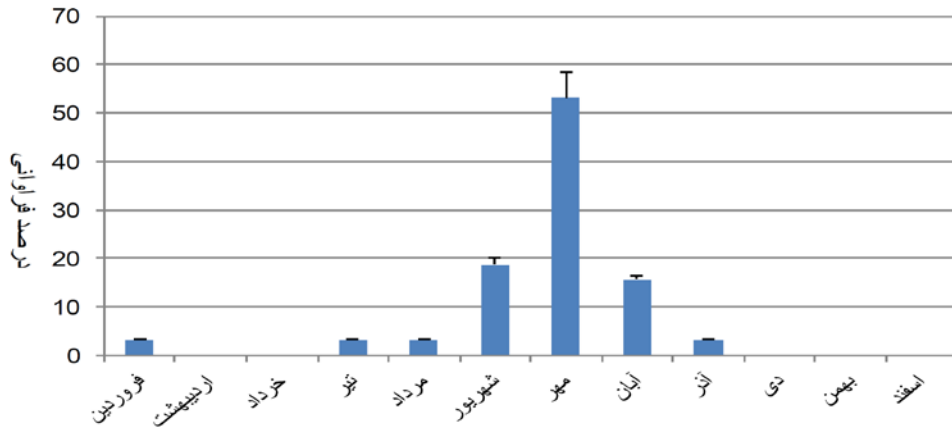
## نتایج

درصد فراوانی بیماری لیشمانیوز جلدی در شهرستان پاکدشت در نمودار ۱ نشان داده شده است. همانگونه در نمودار ملاحظه می گردد بروز بیماری در طی ماه های فروردین، تیر، مرداد، شهریور، مهر، آبان و آذر مشاهده شده است و در طی دیگر ماه های سال گزارش نشده است. بیشترین میزان ابتلا در ماه های مهر معادل ۵۳/۱۵ درصد و شهریور معادل ۱۸/۷۵ درصد دیده شد.

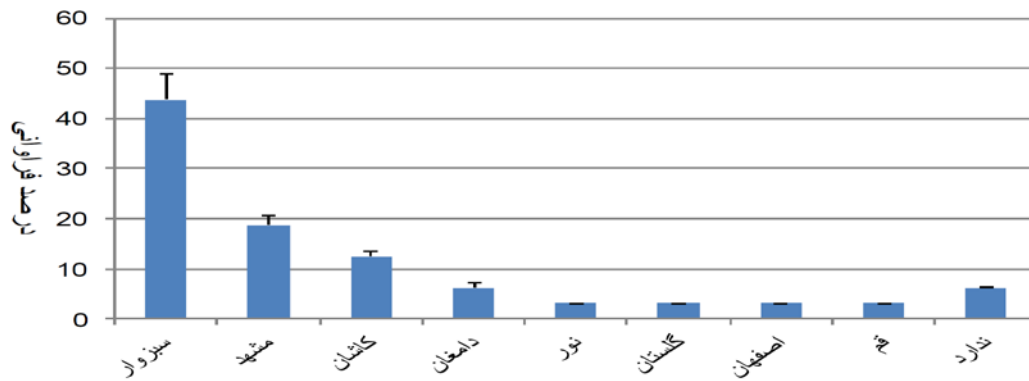
میزان فراوانی بیماران مبتلا به لیشمانیوز جلدی بر حسب سابقه مسافرت به شهر های آلوده در نمودار ۲ ارائه شده است. مطابق با نمودار اکثر بیماران سابقه مسافرت به مناطق آلوده را داشته اند، بدین صورت که ۴۳/۷۵ درصد بیماران سابقه مسافرت به سبزوار (عمدتاً بخش کلاته عرب) را طی مدت زمان قبل از بروز بیماری داشتند. همچنین ۱۸/۷۵، ۱۲/۵، ۶/۲۵ درصد بیماران به ترتیب به شهر های مشهد، کاشان و دامغان مسافرت داشتند. سایر بیماران سابقه مسافرت به شهر های نظیر نور، اصفهان، گلستان و قم که به عنوان مناطق آلوده به سالک در نظر گرفته می شوند، داشتند و تنها ۶/۲۵ بیماران سابقه مسافرت به شهرهای دیگر را نداشتند.

درصد فراوانی بیماران مبتلا به لیشمانیوز جلدی بر حسب شغل بیماران در نمودار ۳ نمایش داده شده است و همانطور که در نمودار مشخص شده بیشترین تعداد مبتلایان به لیشمانیوز جلدی زنان خانه دار (۳۴ درصد)، کودکان (۲۱/۸۷ درصد) و رانندگان (۱۵/۶ درصد) بودند و کمترین میزان (حدود ۳ درصد) افراد نظامی بودند.

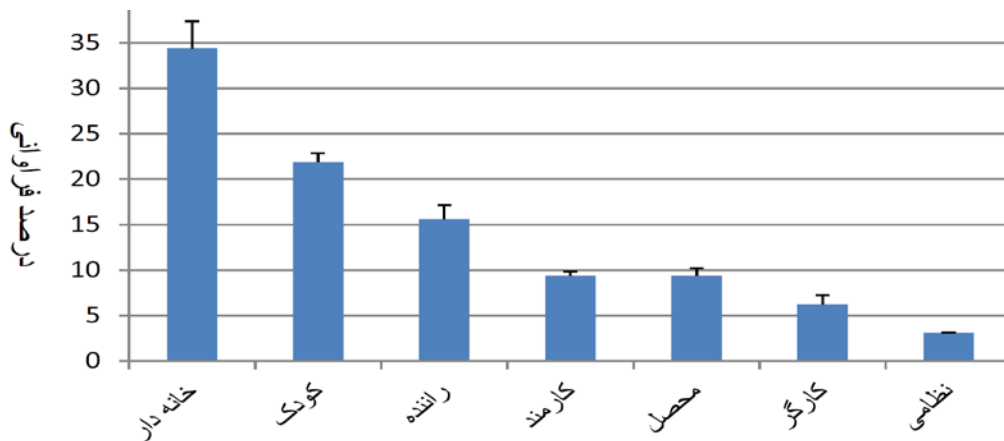
نتایج حاصل از بررسی بیماران به تفکیک محل آناتومیک ضایعه ناشی از لیشمانیوز جلدی در جدول ۱ آمده و مطابق با جدول بالاترین میزان یعنی ۲۵ درصد بیماران دارای ضایعه در محل ساعد و بازو بودند که در این میان ۴۳/۷۵ درصد این مقدار را جنس مونث از بیماران و تنها ۶/۲۵ آن را جنس مذکر تشکیل داده است.



نمودار ۱: توزیع فراوانی بیماران در ماه های مختلف سال ۱۳۹۱



نمودار ۲: توزیع فراوانی بیماران بر اساس سابقه مسافرت به مناطق آلوده



نمودار ۳: توزیع فراوانی بیماران بر اساس شغل در شهرستان پاکدشت

جلدی شناخته شده است و همان گونه که بیان شد فلبوتوموس پاپاتاسی یک نوع پشه خاکی است که به عنوان ناقل اصلی لیشمانیوز جلدی مرطوب در نظر گرفته می شود. با نظر به این اینکه بیشترین میزان آلودگی پشه های خاکی در ماه های مرداد و شهریور دیده می شود از سوی دیگر به دلیل دوره کمون بیماری لیشمانیوز جلدی در نوع روستایی یا مرطوب ۱ تا ۴ هفته و در نوع شهری یا خشک ۲ تا ۸ ماه گزارش شده است لذا انتظار می رود بالاترین میزان بروز بیماری نیز در طی ماه های شهریور تا مهر ماه دیده شود. بر اساس نتایج مطالعه فخار و همکاران (۱۵) و همچنین رضانی و همکاران (۱۲) بالاترین بروز بیماری لیشمانیوز جلدی در ماه های شهریور، مهر و آبان مشاهده شد که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد.

یکی دیگر از عوامل موثر در میزان شیوع و بروز بیماری لیشمانیوز جلدی، مسافرت به مناطق آلوده از نظر این بیماری است. مطالعات گذشته نشان می دهد که شهرهایی نظیر اصفهان (۱۶)، دامغان (۱۷)، شهرهای شمالی ایران (۱۳) به عنوان مناطق آلوده به لیشمانیوز جلدی در نظر گرفته می شوند. در این مطالعه نیز سابقه مسافرت بیماران قبل از بروز بیماری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل حاکی از آن است اکثر بیماران در هنگام مسافرت به مناطق آلوده نظیر شهرهای سبزوار، کاشان، دامغان و اصفهان دیگر به بیماری مبتلا شدند. شهرهای مذکور در مطالعات گذشته به عنوان کانون بیماری شناخته شده اند. همچنین در مطالعه که رفعتی (۱۷) تحت عنوان بررسی اپیدمیولوژیک لیشمانیوز جلدی در شهرستان دامغان انجام دادند، نشان دادند که شهرستان دامغان به دلیل داشتن شرایط مناسب برای انتقال بیماری از مناطق اندمیک لیشمانیوز جلدی محسوب می شود. در مطالعه محمودی و همکاران (۱۸) نیز مشخص گردید که شهر مشهد به عنوان یک کانون برای نوع خشک و مرطوب سالک است.

در این مطالعه بیماران مبتلا به لیشمانیوز جلدی در ۷ گروه شغلی مورد بررسی قرار گرفتند که بیشترین میزان آلودگی در قشر خانه دار، کودکان و رانندگان مشاهده شد. در این میان بالاتر بودن میزان آلودگی در میان افراد خانه دار را می توان بدین صورت تفسیر نمود که در زمان فعالیت پشه خاکی یعنی غروب آفتاب تا نیمه شب افرادی که در خانه هستند بیشتر در معرض گزش پشه خاکی قرار گرفته اما لازم به ذکر است از آنجا

همچنین به ترتیب فراوانی ضایعات در دست ۱۵/۶۲ درصد، ساق پا و ران ۱۵/۶۲ درصد، پا ۱۲/۵ درصد و سر و گردن ۹/۳۷ درصد مشاهده شده است. بر اساس آزمون آماری کای-دو رابطه ی بین محل آناتومیک ضایعه و جنسیت بیماران مشاهده نگردید. نتایج توزیع فراوانی تعداد زخم های ناشی از بیماری لیشمانیوز جلدی در بدن بیماران به تفکیک جنس در جدول ۲ نشان داده شده است و همانگونه که ملاحظه می گردد ۴۶/۸۷ درصد بیماران فقط دارای یک زخم در بدن بوده و سایر بیماران دو یا بیشتر از دو زخم داشتند. همچنین رابطه معناداری بین تعداد زخم و جنسیت بیماران مشاهده نگردید. نتایج حاصل از بررسی شکل ضایعه از لحاظ مرطوب و خشک بودن در جدول ۳ نشان داده شده است و مطابق با این جدول ۹۰/۶۲ درصد ضایعات معاینه شده از نوع مرطوب بودند. نوع خشک معادل ۹/۳۷ مشاهده شد. در این بخش از انجام مطالعات نیز رابطه معنا داری بین شکل ضایعه و جنسیت بیماران دیده نشد.

## بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر شیوع بیماری لیشمانیوز شهری و روستایی در شهرستان پاکدشت مورد مطالعه و بررسی قرار گرفت. تاثیر پارامترهای مختلف از قبیل ماه های بروز در سال مورد مطالعه، سابقه مسافرت بیماران به مناطق آلوده در طی مدت زمان قبل از بروز بیماری، شغل، محل آناتومیک ضایعه در بدن بیماران، تعداد زخم، جنس و نوع ضایعه از لحاظ مرطوب و خشک مورد بررسی قرار گرفت که هر یک در زیر به تفصیل توضیح داده خواهد شد.

یکی از پارامترهای بسیار تاثیر گذار در بروز بیماری لیشمانیوز جلدی آب و هوای منطقه است که آب و هوا نیز تابع شرایط متفاوتی مانند فصول و ماه های سال می باشد. لذا در این پژوهش بروز بیماران مبتلا به لیشمانیوز جلدی در طی ماه های مختلف سال ۱۳۹۱ مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل بیانگر آن است که این بیماری در فصول تابستان و پاییز به ویژه ماه های شهریور، مهر، آبان مشاهده شده است و البته لازم به ذکر است بیشترین میزان ابتلا در ماه های مهر و شهریور دیده شد و این موضوع را می توان در ارتباط با ویژگی های ناقل بیماری دانست. پشه خاکی به عنوان ناقل بیماری لیشمانیوز

جدول ۱: توزیع فراوانی محل زخم لیشمانیوز جلدی در بدن

محل زخم	مرد		زن		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سر و گردن	۲	۱۱/۷۶	۱	۶/۶۶	۳	۹/۳۷
دست (مخ تا نوک انگشتان)	۳	۱۷/۶۴	۲	۱۳/۳۳	۵	۱۵/۶۲
ساعد و بازو	۲	۱۱/۷۶	۶	۴۰	۸	۲۵
پا (مخ تا نوک انگشتان)	۲	۱۱/۷۶	۲	۱۳/۳۳	۴	۱۲/۵
ساق پا و ران	۴	۲۳/۵۲	۱	۶/۶۶	۵	۱۵/۶۲
تکب اعضا	۴	۲۳/۵۲	۳	۲۰	۷	۲۱/۸۷

جدول ۲: توزیع فراوانی تعداد زخم لیشمانیوز جلدی در بدن به تفکیک جنس بیماران

تعداد زخم	مرد		زن		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱	۸	۲۵	۷	۲۱/۸۷	۱۵	۴۶/۸۷
۲	۳	۹/۳۷	۱	۳/۱۲	۴	۱۲/۴۹
۳	۲	۶/۲۵	۱	۳/۱۲	۳	۹/۳۷
۴	۲	۶/۲۵	۴	۱۲/۵	۶	۱۸/۷۵
۵	۱	۳/۱۲	۱	۳/۱۲	۲	۶/۲۴
بیشتر از ۶	۱	۳/۱۲	۱	۳/۱۲	۲	۶/۲۴

جدول ۳: توزیع فراوانی شکل ضایعه لیشمانیوز جلدی (خشک و مرطوب) به تفکیک جنس

شکل ضایعه	مرد		زن		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مرطوب	۱۵	۸۸/۲۳	۱۴	۹۳/۳۳	۲۹	۹۰/۶۲
خشک	۲	۱۱/۷۶	۱	۶/۶	۳	۹/۳۷

گزش انجام می دهد و بنابراین در هر گزش تعداد زیادی انگل وارد بدن فرد می کند. از سوی دیگر با نظر به اینکه اکثر بیماران مورد بررسی دارای سابقه مسافرت به کانون های آلوده بودند تعداد ضایعه می تواند ناشی از وجود تعداد زیاد پشه آلوده در محل باشد (۱۵).

در این مطالعه هر دو شکل بالینی ضایعه خشک و مرطوب مشاهده شد و حتی در دو مورد شکل ضایعه موضعی بررسی گردید. با این وجود تشخیص نوع انگل از اهداف مطالعه حاضر نبود و قضاوت در مورد نوع بیماری تنها بر اساس شکل ظاهری عارضه بود. ۹۰/۶۲ درصد بیماران مبتلا به سالک از نوع مرطوب بودند، که می تواند به این دلیل باشد که اکثر بیماران دارای سابقه مسافرت به شهر های نظیر سبزوار (عمدتاً بخش کلاته عرب)، مشهد، دامغان و اصفهان را داشته اند و مطابق مطالعات گذشته اکثر شهر های مذکور به عنوان کانون های سالک مرطوب شناسایی شده اند (۱۶ و ۱۷ و ۲۱).

با توجه به اینکه بیماری در ماه های شهریور، مهر، آبان و آذر بیشترین میزان شیوع را داشته و در اکثر موارد شکل ضایعات به صورت مرطوب بوده است لذا توصیه می گردد برنامه ای جامع در خصوص کنترل ناقلین، پیشگیری و درمان بیماران در طی ماه های مذکور صورت پذیرد. از سوی دیگر به دلیل اینکه بیشترین تعداد بیماران مورد بررسی در این مطالعه دارای سابقه مسافرت به شهر های آلوده بودند، بنابراین به نظر می رسد که شهرستان پاکدشت کانون بیماری لیثمانیوز جلدی نبوده و بیماری در طی مسافرت بیماران به شهر های کانون بیماری صورت گرفته است.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از جناب آقای نعمتی کارشناس مبارزه با بیماری های شبکه بهداشت شهرستان پاکدشت و همچنین مدیریت و معاونت محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان تقدیر و تشکر می گردد.

که غالب زنان مورد مطالعه خانه دار هستند، بنابراین آمار بیشتر بیماری در این گروه می تواند به علت فراوانی بیشتر این گروه شغلی نسبت به سایر مشاغل باشد. از سوی دیگر کودکان به دلیل حساسیت بالا، بیشتر در معرض گزش پشه خاکی قرار دارند. در رانندگان نیز به اقتضای شغل امکان عبور از شهر هایی که کانون این بیماری در نظر گرفته می شوند وجود داشته لذا امکان گزش توسط پشه ناقل این بیماری وجود دارد. مطالعات قبلی نیز مطابق با یافته های مطالعه حاضر است به عنوان مثال در مطالعه درودگر و همکاران در خصوص بررسی شیوع لیثمانیوز در منطقه کاشان در سال ۱۳۸۶، خانۀ دار به عنوان بیشترین گروه مبتلایان به سالک گزارش گردید (۱۹). همچنین در مطالعه پوراسماعیلیان و همکاران نیز مشاهده شد که بیشترین شیوع آلودگی لیثمانیوز پوستی مربوط به کودکان است (۲۰). با عنایت به اینکه اکثر بیماران مورد بررسی در این مطالعه دارای سابقه مسافرت به مناطق و کانون های آلوده و کانون های بیماری بوده اند به طور کلی می توان نتیجه گیری کرد که بروز و شیوع بیماری در بین گروه های سنی و مشاغل مختلف بستگی به کانون های مختلف آلودگی دارد.

در مطالعه حاضر محل آناتومیک ضایعه ناشی از لیثمانیوز جلدی در بدن بیماران مورد بررسی قرار گرفت و نتایج کسب شده حاکی از آن است که بالاترین درصد بیماران دارای ضایعه در محل ساعد و بازو بودند و سپس دست ها و پاها بیشترین تعداد زخم ها را داشتند. با توجه به این یافته ها می توان اینگونه بیان نمود که چون پشه های خاکی قادر به گزش از روی لباس نیستند، پس اکثراً به قسمت های باز بدن جلب می شوند و خونخواری انجام می دهند لذا این ضایعات بیشتر در دست، پا و صورت مشاهده می گردد. پژوهش حاضر با نتایج مطالعه بابایی و همکاران (۱۱) عباسی و همکاران (۱۳) مطابقت دارد.

یکی دیگر از نتایج حاصل از مطالعه حاضر متعدد بودن ضایعات ناشی از بیماری در بدن بیماران است، تعدادی از بیماران تنها دارای یک زخم ناشی از بیماری لیثمانیوز در بدن بودند اما در سایر بیماران تعداد بیشتری مشاهده شد. ۱۸/۷۵ درصد بیماران دارای ۴ ضایعه بودند و در برخی از افراد بیشتر از ۶ ضایعه در قسمت های مختلف بدن مشاهده شد که این موضوع می تواند در ارتباط با خصوصیات فیزیولوژیک و شیوه خونخواری پشه خاکی باشد زیرا پشه خاکی در مرحله خونخواری تعداد زیادی

de la Reserch scientifique 1997:239; 03-05.  
(Persian).

[9] Markel W. Cutaneous leishmaniasis: recognition and treatment. American Family Physician 2004:1-9.

[10] Talari S.A. Treatment of cutaneous leishmaniasis: effectiveness, and adverse effects of the drugs. Fez, Kashan Republic of Iran East Mediterr Health J University of Medical Sciences 2005; 33(15): 85-94.

[11] Babaei. GH. An Epidemiological Study of Cutaneous and investigation Scare With Emphasis on seasons, age and sex groups in Paalam, South of Lorestan Province. J Armaghan Danesh 2003; 8(29): 51-8. (Persian).

[12] Ramezani Y, Bahrami A, Fereydooni M, Parsa N, Kazemi. Epidemiological study of cutaneous leishmaniasis in Aran and Bidgol city from April to September (2009). Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences. 2011; 15(3): 254-8. (Persian).

[13] Abasi. , Kazem nejad. K, The Epidemiology of Cutaneous Lishmaniasis in Gorgan in JAUMA 2004: 1992-2001. (Persian).

[14] Census of the Islamic Republic of Iran, 1385 (2006) Islamic Republic of Iran. Archived from the original on 2010; 11-16.

[15] Fakhar M, Mikaeili. F, Hatam. GR, Habibi p, Karamian. M, Motazedian. MH, Banimostafavi. EF, A molecular epilemiology survey of cutaneous leishmaniasis in patients referring to parastiology lap at Shiraz School, J Jahrom uni Med sci 2010:11(86). (Persian).

[16] Momeni AZ. Clinical picture of cutaneous lishmaniasis in esfahan, iran. J dermatol 1994; 33(4):260-5. ( Persian).

## منابع

[1] Chegeni Sharafi A, Kayedi MH, Yarahmadi A, Saki M, Mehrdad M, Nasiri E. Epidemiological Survey of Cutaneous Leishmaniasis in Lorestan Province (Iran) and Introduction of Disease Transmission in New Local Areas. Scientific J Ilam Univ Med Sci 2010; 19(1): 54-60. (Persian).

[2] Leishmaniasis: Current situation and new perspectives. Comp Immuno Microbiol Infect Dis 2004; 27(5):305-18.

[3] Leishmaniasis control home page. Division of control of tropical diseases Available from: <http://www.who.int/healthtopics/leishmaniasis> (updated 2000).

[4] Leishmaniasis in the World Health Organization Eastern Mediterranean Region. Int J Antimicrob Agents 2010; 36(1):62-5.

[5] Reisi A, Zahrai M, Soroosh M, et al. [Comprehensive Guide for communicable disease surveillance system for family physicians]. Tehran: Andishmand; 2012: 211-217. (Persian)

[6] Center for Management of Diseases OoZDC. Management of coutaneous leishmaniasis program for Bam. Ministry of Health and Medical Education 2008:

[7] Yaghoobi-Ershadi MR JE. Studies on sand flies in a hyper endemi area of zoonotic cutaneous leishmaniasis in Iran. Indian J Med Res 1997; 105: 61-6. (Persian).

[8] Javadian E, Nadim A. Natural leptomonad infection of sand flies with it first occurrence in P. alexandri in Khuzistan province, Iran. Ecologic de leishmaniosis, colloques internationux du center national



[20] Poursmaelian S, Aflatoonian MR, Fotouhi Ardakani R, Mirzaee M, Barati M. A new Focuc of anthroponotic Cutaneous Leishmaniasis in Thebakry Region of Bam. Kerman Univ Med Sci 2009; 1:15-24. (Persian).

[21] Mohajery M, Shamsian SA, Rezaee A, Hasan Poor K, Shakeri MT, Farnoosh G. Evaluation of mulecular epidemiology of cutaneous leishmaniasis in Sabzevar. Mashhad J Med Sci 2010; 109(3):17-23. (Persian).

[17] Rafati. N, Ghorbani. R. Survey The Epidemiology of Cutaneous Lishmaniasis in Damghan in 1998-2004. J Semnan Univ Med Sci 2006; 8(24): 247-254. (Persian).

[18] Mahmoodi MR, Mohajeri M , Fati AM , Yazdanpanah MJ , Shakeri MT. pecies SMolecular Identification of Leishmania Cutaneous Leishmaniasis ausing Iran, in Mashhad. scientific J Ilam Univ of Med Sci 2010;18(2):17-23. (Persian).

[19] Doroodgar, Abbas, Nemetian M, Sayyah M, Doroodgar. An epidemiological study of cutaneous leishmaniasis in Kashan (2007-2008). J Semnan Univ Med Sci 2009;10(3): 177-84. (in Persian).

## ***Survey Prevalence of Cutaneous Leishmaniasis in Pakdasht County in 2012***

### ***Abstract***

***Background and Objectives:*** Cutaneous Leishmaniasis disease is one of the health problems in tropic and semi tropic regions like Iran. So therefore, this is so necessary to study the prevalence and identify the new focus of this disease in different region of Iran. This study was conducted to survey prevalence of Cutaneous Leishmaniasis in Pakdasht County in 2012.

***Methods:*** In the present study, 32 Cutaneous Leishmaniasis's patients (dry and moisture) that look up to pakdasht center of health service were investigated in 2012. For studding this disease, some parameters were noticed such as outbreak months, history of Patients tripe to the polluted area before outbreak of disease, job, the anatomic local of sore in patient's body, the number of sores, sex and type of sore (dry and moisture).

***Result:*** Based on the result of this survey, majority rate of affection in September was 53.15% and in August was 18.75% .Most of the patients have a historical trip to the polluted area, As 43.75% of patients, before illness outbreak, have a historical trip to the polluted area. The maximum patients were housewives (34%), infants (21.87) and drivers (15.6), also 90.62% of patients have moisture sores.

***Conclusions:*** Based on the result, shown that Pakdasht County was not the focus of cutaneous leishmaniasis and this disease appear during patient's trip to the polluted area such as Sabzevar.

***Keywords:*** Prevalence, Cutaneous Leishmaniasis, Pakdasht