

Review

A Review of *Listeria Monocytogenes*-induced Health Hazard on a Global Scale

Habib Vahedi¹

1. PhD in food technology, Member of the faculty of Mazandaran University of Medical Sciences, Faculty of Health, Department of Basic Sciences, Sari, Iran.

*Corresponding Author: E-mail: drhvahedi40@gmail.com

(Received 30 October 2023; Accepted 5 September 2024)

Abstract

Listeria monocytogenes has been the subject of numerous studies due to its tolerance in cold temperatures, microaerophilic and mobile nature, high salt tolerance, and causing abortion in pregnant women. Due to the presence of the virulence gene in the heat-dependent chromosome, it becomes more severe when growing in the refrigerator. It has received assiduous attention and research due to its resistance to the low limit of pasteurization temperature (720⁰C), listeriolysin O production, intracellular invasion power and resistance in phagocytosis, the ability to carry out hemolysin β , and wide distribution in food. The prevalence of monocytogenes contamination in raw milk in Amol is 35%, and in local butter, it is 10%. In Isfahan, the prevalence rates of monocytogenes contamination are 19.7% in raw milk and traditional products, 19.4% in ice cream, 11.0% in cream, and 4% in porridge. In Marvdasht, it is 13.8% in cheese. In Qazvin, the prevalence rates are 10.9% and 7% in traditional and white cheeses, respectively. In Marvdasht, the highest antibiotic resistance of raw milk was against tetracycline and ceftriaxone. In Amol, the highest antibiotic resistance of raw milk was against ampicillin (87.7%) and tetracycline (71.4%), and the highest antibiotic resistance of local butter was to erythromycin (100% resistant) and ampicillin (100% semi-resistant). The prevalence of *Listeria monocytogenes* in Tehran, Isfahan, Chaharmahal-Bakhtiari, and Fars (Shiraz) provinces has been reported between 1.1 and 40% in different years. Therefore, this study was conducted taking into account the increasing prevalence of *monocytogenes* in foods of animal origin and the substantial risk of an epidemic disease.

Keywords: Antibiotic resistance, Dairy, *Listeria monocytogenes*, Meat, Prevalence.

ClinExc 2024;14(26-40) (Persian).

مروری بر مخاطره‌ی بهداشتی ناشی از لیستریا مونوسیتوژنز

حبیب واحدی^{*۱}

چکیده

لیستریا مونوسیتوژنز به لحاظ سرماگرایی، میکروآئروفیلیک و متحرک بودن، تحمل بالای نمک و عامل سقط جنین در زنان باردار عناوین مطالعات زیادی را به خود اختصاص داده است. به علت داشتن ژن ویروالانس در کروموزوم وابسته به حرارت، زمان رشد در یخچال حدت بیشتری پیدا می‌کند. مقاوم بودن به حد پایین حرارت پاستوریزاسیون (۷۲ درجه‌ی سانتی‌گراد)، تولید لیستریولیزین O، قدرت هجومی داخل سلولی و مقاومت در داخل فاگوسیتوز، توانایی انجام همولیزین β و پراکندگی وسیع در مواد غذایی باعث شده است به عنوان یکی از عوامل شیوع عفونت لیستریایی در مواد غذایی و مهلک در کانون پژوهش‌ها قرار گیرد. شیوع آلودگی مونوسیتوژنز در آمل در شیر خام برابر با ۳۵ درصد و در کره‌ی محلی برابر با ۱۰ درصد، در اصفهان در شیر خام و فراورده‌های سنتی برابر با ۱۹/۷ درصد، در بستنی برابر با ۱۹/۴ درصد، در خامه برابر با ۱۱/۱ درصد و در فرنی برابر با ۴ درصد، در مرودشت در پنیر برابر با ۱۳/۸ درصد، در قزوین در پنیرهای سنتی برابر با ۱۰/۹ درصد و پنیر سفید برابر با ۷ درصد بوده است. در مرودشت، بیشترین مقاومت آنتی‌بیوتیکی شیر خام در برابر تتراسایکلین و سفتریاکسون بوده است. در آمل، بیشترین مقاومت آنتی‌بیوتیکی شیر خام در برابر آمپی‌سیلین (۸۷/۷ درصد) و تتراسایکلین (۷۱/۴ درصد) و بیشترین مقاومت آنتی‌بیوتیکی کره‌های محلی به اریترومايسين (۱۰۰ درصد مقاوم) و آمپی‌سیلین (۱۰۰ درصد نیمه‌مقاوم) گزارش شده است. میزان شیوع لیستریا مونوسیتوژنز در استان‌های تهران، اصفهان، چهارمحال و بختیاری و فارس (شیراز) در سال‌های مختلف بین ۱/۱ تا ۴۰ درصد گزارش شده است. لذا با توجه به اینکه هم‌اکنون مونوسیتوژنز در مواد غذایی با منشأ حیوانی در حال فزونی است و خطر بروز این مخاطره‌ی بهداشتی به صورت اپیدمی دور از انتظار نیست، این مطالعه انجام شده است.

واژه‌های کلیدی: شیوع، گوشت، لبنیات، مونوسیتوژنز، مقاومت آنتی‌بیوتیکی.

۱. عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده‌ی بهداشت گروه علوم پایه، ساری، ایران.

Email: drhvahedi40@gmail.com

*نویسنده مسئول: ساری، مجتمع پیامبر اعظم، دانشکده‌ی بهداشت گروه علوم پایه

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۸/۰۸ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۳/۰۴/۰۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۱۵

مقدمه

باکتری‌های جنس لیستریا میکروآنروفیلیک میله‌ای شکل، بدون اسپور، متحرک و کاتالاز مثبت‌اند. این باکتری‌ها هفت گونه دارند که اصلی‌ترین گونه‌ی آن مونوسیتوزنر است که باعث ایجاد لیستریوزیس در انسان و حیوان می‌شود (۱). این باکتری‌ها به‌طور وسیعی در محیط پراکنده شده‌اند (خاک، آب و مواد غذایی). مقاومت در برابر سرما، خشکی و پایداری در برابر استرس‌های اسمزی باعث افزایش بقا و پراکندگی شده است؛ اما مونوسیتوزنر به‌راحتی می‌تواند در مواد غذایی موجود در یخچال رشد کند و حتی در عملیات ناقص پاستوریزاسیون باقی بماند و از بین نرود (۲،۳). مونوسیتوزنر ۱۳ سروتیپ دارد که تمامی آن‌ها سبب لیستریوزیس می‌شوند. در شیوع‌های ناشی از آن، بیشتر سروتیپ‌های 1,2a، 1,2b و 4b عامل لیستریوزیس تشخیص داده شده‌اند. با استفاده از روش‌های تایپینگ می‌توان سروتیپ‌های غذایی و نمونه‌های کلینیکال را مشخص کرد که این کار می‌تواند به شناخت منبع آلودگی کمک کند، همچنین با استفاده از این روش‌ها می‌توان تغییر سروتیپ‌ها را در طول زمان مشخص کرد. چندین مطالعه در اروپا تغییر سروتیپ عامل لیستریوزیس را در طی سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۱ نشان می‌دهد که حاکی از کاهش سروتیپ 2/1a و افزایش سروتیپ 4b است (۴،۵). گونه‌های مونوسیتوزنر عامل لیستریوزیس است، این بیماری برای افراد مستعد، که نقص سیستم ایمنی دارند، بسیار خطرناک است و میزان مرگ‌ومیر ناشی از آن می‌تواند بین ۳۰ تا ۷۵ درصد متغیر باشد (۶). لیستریوزیس علائم متفاوتی در انسان ایجاد می‌کند که شامل سقط جنین در زنان باردار، سپتی‌سمی نوزادان، عفونت داخل‌رحمی به‌صورت گرانولوماتوزیز، آنسفالیت، مننژوآنسفالیت، آندوکاردیت، میوکاردیت، نکروز کبدی، عوارض پوستی و گوارشی است (۷). علائم کلینیکی لیستریوز تهاجمی معمولاً شدید است و به‌صورت مننژوآنسفالیت بروز می‌کند (۸). حداقل تعداد باکتری برای بیماری‌زایی مونوسیتوزنر وابسته به

حساسیت فرد و نوع غذاست. پنیر با تعداد 10^3 تا 10^4 مونوسیتوزنر در هر گرم می‌تواند بیماری ایجاد کند. به نظر می‌رسد که افراد سالم قادر به خوردن غذاهای آلوده به مونوسیتوزنر بدون بروز علائم بالینی‌اند. بااین‌حال در افراد حساس، دوز عفونی احتمالاً کمتر از 10^4 سلول باکتری است (۹). دوره‌ی نهفتگی بیماری در بزرگ‌سالان حساس ۳ تا ۷۰ روز و به‌طور میانگین ۳ هفته تخمین زده می‌شود. در نوزادان مبتلا چند روز تا چند هفته طول می‌کشد تا علائم بیماری بروز کند. این بیماری در زنان باردار، بزرگ‌سالان، نوزادان و کسانی که نقص ایمنی دارند بسیار خطرناک است. در زنان باردار علائم خفیفی شبیه سرماخوردگی، تب، لرز، سردرد و علائم گوارشی بروز می‌کند. این علائم ممکن است در طول چند روز تا چند هفته به سقط جنین، تولد زودرس، تولد نوزاد مرده یا سپتی‌سمی در نوزاد منجر شود. سقط جنین معمولاً در نیمه‌ی دوم حاملگی و بیشتر در سه‌ماهه‌ی سوم رخ می‌دهد. در زنان باردار به‌ازای هر ۱۰۰ هزار نفر، ۱۲ نفر به لیستریوزیس مبتلا می‌شوند. شواهد حاکی از آن است که در کشورهای صنعتی لیستریوزیس در حال کاهش است. مثلاً طی سال‌های ۱۹۹۶ تا ۱۹۹۸ میزان بروز لیستریوزیس در آمریکا ۴۰ درصد کاهش یافته است و سال ۲۰۰۴ به ۲/۷ مورد در هر ۱ میلیون نفر رسیده است. در فرانسه شیوع لیستریوزیس ۶۸ درصد کاهش یافته است و به ۱/۴ مورد در هر ۱ میلیون نفر رسیده است (۱۰). در ایران مطالعه‌ی جامعی درباره‌ی موارد ابتلا به این بیماری مشاهده نشد. در طی سال‌های اخیر فقط دو بیمار مبتلا به لیستریوزیس، که به بیمارستان حضرت رسول (ص) مراجعه کرده بودند، معرفی شدند (۱۱). تشخیص قطعی لیستریوزیس متکی بر جداسازی مونوسیتوزنر از خون، CSF، جفت و جنین سقط‌شده است. نمونه‌گیری از روده راه مناسبی برای تشخیص نیست؛ زیرا بالای ۱۰ درصد از افراد حامل مونوسیتوزنرند. برای جداسازی مونوسیتوزنر از روش‌های Polymerase (PCR) Chain Reaction، Enzyme-linked (ELISA)

assay immunosorbent، روش‌های ایمنوفلورسانس، ایمنوکروماتوگرافی و ایمنونومگنتیک می‌توان استفاده کرد. لیستریوزیس را می‌توان با آنتی‌بیوتیک درمان کرد که بسته به شکل بیماری می‌تواند شش هفته یا بیشتر به طول انجامد. با توجه به توانایی رشد داخل سلولی مونوسیتوژنز، سرعت درمان پایین است (۱۶-۱۲). اخیراً در کشورهای پیشرفته چندین مورد اپیدمی لیستریوزیس ناشی از مواد غذایی آلوده گزارش شده است. در سال ۲۰۰۴ در اروپا، ۱۲۶۷ مورد لیستریوزیس گزارش شد که ۵۱ درصد از آن در افراد بالای ۵۶ سال و بالاتر رخ داد. ۵۵ مورد از لیستریوزیس در زنان باردار و بچه‌ها گزارش شد که در مجموع ۱۰۷ مورد از آن‌ها به مرگ منجر شد (۱۷). هدف از انجام این مطالعه اولاً مروری بر پیشینه‌ی عفونت غذایی مهلک ناشی از مونوسیتوژنز در مواد غذایی (عمدتاً با منشأ حیوانی) و ثانیاً کنترل و پیشگیری از اپیدمی‌های لیستریوز از طریق اطمینان از پختن غذاها، صحت عمل پاستوریزاسیون شیر و آموزش همگانی از طریق افزایش سطح آگاهی عمومی درباره‌ی چگونگی جلوگیری از انتشار مونوسیتوژنز و پیشنهادهاى تحقیقاتی با رویکردهای صنعتی، بهداشتی و درمانی برای آینده است.

روش کار

مطالعه‌ی حاضر مطالعه‌ای مروری است که در بازه‌ی زمانی ۶۹ ساله (۲۰۲۳ - ۱۹۵۴) انجام شد. پایگاه‌های داده‌ی مقالات و کتب استفاده‌شده شامل Google، ISI، Science Direct، Medline Pubmed و SID است. ۷۶ مقاله به دو زبان فارسی و انگلیسی انتخاب شد. از ۸ جلد کتاب از متخصصان مطرح (داخلی و خارجی) در زمینه‌ی میکروبی‌شناسی، دام‌پزشکی، میکروبیولوژی مواد غذایی و آلودگی مواد غذایی با منشأ دامی استفاده شد. در پایان، ۸۴ منبع فارسی و لاتین به دلیل ارتباط مستقیم با موضوع وارد مطالعه شد. برای جست‌وجو از واژه‌ی کلیدی *Listeriamonocytogenes* به دو زبان

فارسی و لاتین استفاده شد (جدول شماره‌های ۱ و ۲).

یافته‌ها

مونوسیتوژنز یک باکتری پاتوژن و سرایت‌پذیر از طریق مواد غذایی است و عامل اصلی بروز بیماری خطرناک لیستریوزیس در انسان و حیوان شناخته می‌شود. آلودگی غذاها با منشأ دامی (عمدتاً لبنیات خام و حرارت‌ندیده) به مونوسیتوژنز به ایجاد لیستریوز انسانی منجر می‌شود (اپیدمی دور از انتظار نیست). لذا شناسایی به‌موقع مونوسیتوژنز در غذاهاى پرمصرف ضروری است. میزان مقاومت آنتی‌بیوتیکی مونوسیتوژنز بعد از مواجهه با مواد نگهدارنده، آنتی‌بیوتیک‌ها و شرایط استرس‌زا افزایش می‌یابد. در اصفهان از مجموع ۲۹۲ نمونه‌ی شیر خام و فراورده‌های لبنی سنتی، ۲۱ نمونه (۷/۱۹ درصد) آلوده به گونه‌های لیستریا بودند. بالاترین شیوع لیستریا مربوط به بستنی با ۱۹/۴ درصد، خامه با ۱۱/۱ درصد، شیر خام با ۵/۴۹ درصد و فرنی با ۴ درصد بود، درحالی‌که آلودگی در نمونه‌های کره، کشک، دوغ و ماست مشاهده نشد. لیستریا اینوکوا با ۵/۴۴ درصد متداول‌ترین گونه‌ی جداسازی‌شده بود. سپس مونوسیتوژنز با ۱/۳۶ درصد و سلیجری با ۰/۳ درصد در رتبه‌های بعدی قرار داشت. در آمل، ۵/۴۹ درصد از نمونه‌های شیر خام به لیستریا آلوده بودند. گونه‌های مونوسیتوژنز با فراوانی ۴/۳۹ درصد فراوان‌ترین گونه‌ی شناسایی‌شده در شیر خام بود. باکتری‌هایی که با استفاده از روش‌های فنوتیپی به‌عنوان گونه‌ی مونوسیتوژنز تشخیص داده شده بودند با آزمون PCR تأیید شدند (جدول ۵).

در آمل، ۳۵ درصد از نمونه‌های شیر غیرپاستوریزه و ۱۰ درصد از نمونه‌های کره‌ی غیرپاستوریزه‌ی عرضه‌شده به بازار به مونوسیتوژنز آلوده بودند (جدول ۶). انجام آزمون‌های آنتی‌بیوگرام در آمل نشان داد که میانگین قطر هاله‌ی عدم رشد مونوسیتوژنز جداشده از شیر خام در مجاورت آنتی‌بیوتیک سیروفلوکساسین برابر با ۲۳/۵۷ میلی‌متر، در مجاورت تتراسایکلین برابر با ۱۳/۱۴

بحث

امروزه مونوسیتوزنر یک عامل بیماری ناشی از غذا و مهلک معرفی شده است. با توجه به مقاومت بالای آن در برابر شرایط محیطی حضور این باکتری در مواد غذایی خام و حتی پروسس شده امکان پذیر است. به همین دلیل ضروری است از مزرعه تا سفره اقدامات و نظارت های لازم انجام شود (۳ و ۷۰). در آمریکا تخمین زده شد که هر سال ۲۵۰۰ مورد عفونت ناشی از آلودگی با مونوسیتوزنر بروز می کند (۶۵). در سال ۲۰۰۴ طبق گزارش FAO و WHO، وقوع سالانه ی لیستریوزیس انسانی ۰/۱ تا ۱۱/۳ مورد در هر ۱ میلیون نفر و میزان کشندگی آن بالای ۲۰ درصد برآورد شده است (۱). ۳۲ مورد لیستریوزیس انسانی در ترکیه با نرخ کشندگی ۳۳ درصد بین سال های ۱۹۸۷ تا ۲۰۰۱ گزارش شده است (۶۶). اولین مطالعه در ایران را جلالی در خصوص شیوع آلودگی به لیستریا در سال ۲۰۰۸ انجام داد که میزان آلودگی به لیستریا در مواد غذایی مختلف مانند گوشت برابر با ۶/۷، لبنیات برابر با ۱/۳، سبزی ها و غذاهای آماده ۱۲ درصد تعیین شد. ۱/۲ درصد از کل مواد غذایی مورد آزمایش آلوده به لیستریا مونوسیتوزنر بودند (۶۷). مطالعات مشابه دیگر در ایران میزان شیوع گونه های مونوسیتوزنر را در شیر خام بین ۱ تا ۴۰ درصد گزارش کرده اند (۳، ۶۹، ۶۸). در اصفهان از مجموع ۲۹۲ نمونه ی شیر خام و فراورده های لبنی سستی، ۲۱ نمونه (۷/۱۹ درصد) آلوده به گونه های لیستریا بودند. بالاترین شیوع لیستریا مربوط به بستنی با ۴/۱۹ درصد، خامه با ۱۱/۱ درصد، شیر خام با ۵/۴۹ درصد و فرنی با ۴ درصد مشاهده شد. گونه ی مونوسیتوزنر (۴/۳۹ درصد) فراوان ترین گونه ی شناسایی شده در شیر خام بود و فقط یکی از گونه های لیستریا سلجری (۱/۰۹ درصد) شناسایی شد، برخلاف برخی از مطالعات دیگر هیچ گونه لیستریا اینوکوآیی در شیر خام یافت نشد (۷۰). در مطالعه ی جلالی (۲۰۰۸)، برخلاف مطالعه ی اصفهان، فقط یک نمونه از ۸۸ نمونه لبنیات دارای لیستریا اینوکوآ بود و بقیه ی نمونه ها فاقد گونه های

میلی متر، در مجاورت کلرامفنیکل برابر با ۲۸/۲۸ میلی متر، در مجاورت اریترومايسين برابر با ۲۳/۷۱ میلی متر، در مجاورت جنتامایسین برابر با ۲۱ میلی متر و در مجاورت آمپی سیلین برابر با ۱۵ میلی متر است (نمودار ۱). در کره های غیر پاستوریزه ی آمل میانگین قطر هاله ی عدم رشد مونوسیتوزنر جدا شده در مجاورت آنتی بیوتیک سیپروفلوکساسین برابر با ۴۰ میلی متر، در مجاورت تتراسایکلین برابر با ۳۷/۵ میلی متر، در مجاورت کلرامفنیکل برابر با ۲۵ میلی متر، در مجاورت اریترومايسين برابر با ۱۷/۵ میلی متر، در مجاورت جنتامایسین برابر با ۳۷ میلی متر و در مجاورت آمپی سیلین برابر با ۲۰ میلی متر بود (نمودار ۲). انجام آزمون آنتی بیوگرام در آمل روی نمونه های جدا شده از شیر خام نشان داد که هیچ یک از باکتری ها در برابر آنتی بیوتیک های کلرامفنیکل، جنتامایسین، اریترومايسين و سیپروفلوکساسین مقاومت ندارند؛ ولی ۸۷/۷ درصد از نمونه ها در برابر آمپی سیلین مقاوم بودند و ۱۴/۳ درصد نیز مقاومت بینابینی داشتند. برای تتراسایکلین ۷۱/۴ درصد مقاومت ثبت شد (جدول ۳). نتایج حساسیت و مقاومت آنتی بیوتیکی مونوسیتوزنر جدا شده از نمونه های کره در آمل نشان داد که هیچ یک در برابر آنتی بیوتیک های سیپروفلوکساسین، تتراسایکلین، کلرامفنیکل و جنتامایسین مقاوم نیستند؛ ولی مقاومت ۱۰۰ درصدی در برابر اریترومايسين و مقاومت بینابینی ۱۰۰ درصدی در برابر آمپی سیلین مشاهده شد (جدول ۴). در مرودشت از بین آنتی بیوتیک های مورد بررسی به ترتیب بیشترین حساسیت آنتی بیوتیکی در برابر آمپی سیلین (۱۰۰ درصد)، پنی سیلین G (۷۶/۷۹ درصد)، اریترومايسين (۶۰/۷ درصد)، آمیکاسین (۴۸/۲ درصد)، سفتریاکسون (۱۲/۵ درصد) و تتراسایکلین (۸/۹۳ درصد) در مونوسیتوزنرهای جدا شده مشاهده شد (نمودار ۳). بین مقاومت در برابر آنتی بیوتیک های تتراسایکلین و سفتریاکسون و سایر آنتی بیوتیک ها ارتباط معناداری مشاهده شد ($P=0$).

لیستریا بودند (۶۷). در مطالعه‌ی رحیمی و همکاران (۲۰۱۲) از مجموع ۲۹۰ نمونه‌ی جمع‌آوری‌شده، ۷/۲ درصد آلوده به لیستریا بودند که به ترتیب بستنی سنتی با ۱۶/۷، پنیر با ۱۵، کره با ۷/۵ و کشک با ۲/۲ درصد دارای بالاترین آلودگی به لیستریا بودند (۶۹). در مطالعه‌ی مشابه دیگری که رحیمی و همکاران در سال ۲۰۱۰ انجام دادند، از مجموع ۵۹۴ نمونه‌ی جمع‌آوری‌شده از شیر و محصولات لبنی، ۹/۳ درصد از نمونه‌ها دارای لیستریا بودند که بیشترین شیوع لیستریا به ترتیب مربوط به شیر گوسفند (۲۲/۶ درصد) و پنیر سنتی (۱۸/۹ درصد) بود. بالاترین شیوع به ترتیب مربوط به لیستریا اینوکوا، مونوسیتوژنز و لیستریا سیلجری گزارش شد (۷۰). در مطالعه‌ی محمودی در نورآباد با هدف بررسی شیوع مونوسیتوژنز در شیر خام و پنیر سفید در دو کارخانه مشخص شد که شیوع در کارخانه‌ی اول به ترتیب ۱/۷ و ۳/۳ درصد و در کارخانه‌ی دوم ۳/۳ و ۶/۷ درصد است؛ ولی مانند مطالعه اصفهان، در هیچ‌یک از نمونه‌های ماست و دوغ مونوسیتوژنز یافت نشد که دلیل آن احتمالاً PH پایین این محصولات است (۶۸). مطالعه‌ی مشتاقی در شهرکرد نشان داد که از مجموع ۵۰۰ نمونه‌ی تهیه‌شده از شیر خام شیوع گونه‌های لیستریا ۲/۲ درصد است که ۱/۶ درصد از آن‌ها آلوده به مونوسیتوژنز بودند و ۰/۱۶ درصد آلوده به لیستریا اینوکوا بودند (۷۱). در این مطالعه میزان شیوع مونوسیتوژنز کمتر از مطالعه‌ی اصفهان است. در میان فراورده‌های لبنی سنتی، بستنی دارای بیشترین میزان آلودگی است که احتمالاً به دلیل توانایی رشد لیستریا در ۴۰ درجه‌ی سانتی‌گراد است (۷۲). نتایج مطالعه‌ی اصفهان با نتایج اکثر مطالعات دیگر همخوانی دارد، اما در برخی از مطالعات شیوع گونه‌های لیستریا بیشتر از حد معمول گزارش شده است. به نظر می‌رسد که دلیل آن تفاوت در زمان انجام مطالعه و همچنین آلودگی ثانویه‌ی شیر خام در حین دوشش، حمل و نقل و دیگر عوامل محیطی اثرگذار بر رشد لیستریا باشد. اگرچه پاستوریزاسون شیر خام می‌تواند در

جلوگیری از شیوع لیستریا موثر باشد، گزارش‌هایی از موارد بروز لیستریوزیس در اثر مصرف مواد لبنی پاستوریزه‌شده نیز وجود دارد (۲).

نتیجه‌گیری

لیستریا مونوسیتوژنز یک مخاطره‌ی بهداشتی است که سلامت و بهداشت عمومی جامعه را در معرض خطر قرار داده است. خطر بروز اپیدمی کاملاً عملی است و دور از انتظار نیست. با توجه به گستردگی باکتری امکان آلودگی انسان از طریق مواد غذایی روزبه‌روز در حال فزونی است. مطالعات بالینی و غذایی تأییدکننده‌ی افزایش عفونت لیستریایی با مواد غذایی در نوزادان و زنان باردار است. مونوسیتوژنز در ۲۵ درجه‌ی سانتی‌گراد متحرک و در ۳۷ درجه‌ی سانتی‌گراد غیرمتحرک است. بهترین درجه‌ی حرارت رشد ۳۰ تا ۳۷ درجه‌ی سانتی‌گراد و PH مناسب رشد ۷ یا کمی قلیایی است. محدوده‌ی درجه‌ی حرارت رشد ۰/۵ تا ۴۵ درجه‌ی سانتی‌گراد است. در pH ۹/۶ و غلظت ۱۰ درصد، نمک طعام قادر به تکثیر است. توانایی رشد در دمای پایین دلالت بر اهمیت باکتری در مواد غذایی نگهداری‌شده در یخچال دارد. از طریق فراورده‌های دامی (به‌ویژه شیر خام)، پنیرهای سنتی و نرم، انواع گوشت، غذاهای دریایی، مرغ، انواع سالادها، سبزیجات و آب آلوده به انسان منتقل می‌شود و باعث مننژیت، آسفالیت، سقط جنین، سیتی‌سمی، ضایعات پوستی و التهاب غشای درونی قلب در انسان می‌شود (مرگ‌ومیر ناشی از بیماری ۳۰ درصد است). آلودگی طیور به گونه‌های لیستریا بین ۱۵ تا ۶۶ درصد در نمونه‌های تازه و منجمد گزارش شده است. سروتیپ‌های جداشده از طیور از نوع 4b است که در بروز بیماری لیستریوز انسانی دخالت بیشتری دارد. طیور زنده طی دوره‌ی پرورش می‌توانند مونوسیتوژنز را از راه دام آلوده دریافت کنند و به‌صورت یک حامل (Carrier) روده‌ای نگه دارند. به این ترتیب آلودگی گوشت ممکن است در زمان فراوری ایجاد شود. لاشه‌ها اساساً

افزایش آگاهی عموم مردم (ارائه‌ی آموزش‌های عمومی درباره‌ی ایمنی مواد غذایی میزان آلودگی را تا حد درخور توجهی کاهش می‌دهد).

- جست‌وجوی سروتیپ‌های بیماری‌زای مونوسیتوژنز مخصوصاً سروتیپ 4b در مواد غذایی با منشأ حیوانی.
- پاسخ علمی به شبهه‌های ایجادشده راجع به اینکه مونوسیتوژنز در حداقل حرارت پاستوریزاسیون (۷۲ درجه‌ی سانتی‌گراد) زنده می‌ماند لیکن اگر چنین باشد، آیا تغییر و بازنگری در استانداردهای موجود برای پاستوریزاسیون شیر لازم است یا خیر؟
- تهیه‌ی واکسنی مناسب برای حفاظت از گروه‌های پرخطر در برابر آلودگی مهلک ناشی از مونوسیتوژنز.
- پایش مکرر مونوسیتوژنز در مواد غذایی و ارزیابی مقاومت آنتی‌بیوتیکی در مناطق مختلف کشور.
- تعیین الگوی حساسیت آنتی‌بیوتیکی گونه‌های مختلف مونوسیتوژنز برای جلوگیری از گسترش سویه‌های مقاوم به آنتی‌بیوتیک و انتقال آن‌ها به زنجیره‌ی غذایی انسان.
- تدوین استاندارد اجباری جست‌وجوی مونوسیتوژنز در غذای‌های آماده‌ی مورد مصرف کودکان.
- تأثیر سرد کردن سریع غذاها (۱۸- درجه‌ی سانتی‌گراد) بر کاهش تعداد مونوسیتوژنز و توقف رشد باکتری در گوشت طیور.
- تولید غذاها‌ی تخمیری و توسعه‌ی صنایع تبدیلی (غذاهای تخمیری علاوه بر کاهش خطرهای ناشی از آلودگی با مونوسیتوژنز در حجم کم حاوی انرژی و مواد مغذی بیشتر، کالری کمتر و ماندگاری بیشتر است).
- ارزیابی خطر تجمعی باکتری‌های سرمادوست.

از راه تماس با وسایل فراوری و سطوح آلوده به مونوسیتوژنز آلوده می‌شوند (برخی وسایل مانند شکاف‌دهنده‌ی خودکار (Automatic carcass opener) محلی برای رشد و تکثیر مونوسیتوژنز است). مونوسیتوژنز روی گوشت طیور در مقایسه با سایر گوشت‌ها بهتر رشد می‌کند. در دمای پایین چیلر به خوبی رشد می‌کند، اما در حدود دمای صفر درجه‌ی سانتی‌گراد دچار تأخیری چندروزه در رشد و تکثیر می‌شود که متعاقب آن زادولد باکتری به کندی صورت می‌گیرد. لذا می‌توانیم تعداد میکروارگانیسم‌ها را در لاشه‌های طیور با استفاده از سرمای کافی در حد پایین نگه داریم. ارزیابی‌های مقاومت آنتی‌بیوتیکی نشان داد که بیشترین حساسیت به آمپی‌سیلین (۱۰۰ درصد)، پنی‌سیلین G (۷۶/۷۹ درصد)، اریتروماسین (۶۰/۷ درصد)، آمیکاسین (۲۸/۲ درصد)، سفتریاکسون (۱۲/۵ درصد) و تراسایکلین (۸/۹۳ درصد) است. بین مقاومت به تراسایکلین و سفتریاکسون و سایر آنتی‌بیوتیک‌های مورد پژوهش ارتباط معناداری مشاهده شده است. با وجود اینکه مونوسیتوژنز به طیف وسیعی از داروهای ضد میکروبی در شرایط آزمایشگاهی حساس است، نتیجه‌ی درمان لیستریوز به دلیل ماهیت درون‌سلولی باکتری و نفوذ کم دارو به درون سلول اغلب ناامیدکننده است. پیشنهاد شده است که تنها از داروهای باکتریواستاتیک علیه مونوسیتوژنز استفاده شود.

پیشنهادهای تحقیقاتی با رویکردهای صنعتی، بهداشتی و درمانی برای آینده:

- تدوین استانداردهای اجباری برای کنترل دقیق مونوسیتوژنز در مواد غذایی پرخطر در ایران.
- تدوین آیین‌نامه‌های بهداشتی در مورد خطرهای آلودگی‌های مهلک ناشی از مونوسیتوژنز به‌منظور

جدول شماره ۱: پیشینه‌ی پژوهش در ایران	
پژوهشگر	شیوع آلودگی ناشی از لیستریا مونوسیتوژنز در ایران
عبدی (۱۸)	۲۹۲ نمونه شیر خام و فراورده‌های لبنی سنتی در اصفهان با روش پیشنهادی (United States Department Of Ariculture) آزمایش شد. میزان آلودگی در شیر خام ۵/۴۹ درصد، در بستنی ۱۹/۴ درصد، در خامه ۱۱/۱ درصد و در فرنی ۴ درصد بود.
نجفی (۱۹)	در بهار ۲۰۲۲ برای ایزوله کردن لیستریا مونوسیتوژنز در شیر خام و کره‌ی محلی آمل، تعداد ۴۰ نمونه (۲۰ نمونه شیر خام و ۲۰ نمونه کره‌ی محلی)، از فروشگاه‌های عرضه‌ی لبنیات سنتی تهیه شد. شیوع گونه‌های لیستریا مونوسیتوژنز به ترتیب در شیر خام برابر با ۳۵ درصد و در کره برابر با ۱۰ درصد مشاهده شد. مقاومت آنتی‌بیوتیکی نمونه‌های شیر خام به آمپی‌سیلین برابر با ۸۵/۷ درصد و به تتراسایکلین برابر با ۷۱/۴ درصد و مقاومت نمونه‌های کره به اریترومایسین برابر با ۱۰۰ درصد و به آمپی‌سیلین برابر با ۱۰۰ درصد و نیمه‌مقاوم بود.
کارگر (۲۰)	آلودگی در مردشت در ماه‌های خرداد تا شهریور برای پنی‌های محلی برابر با ۱۳/۸ درصد، در بخش‌های کام فیروز برابر با ۴/۶۷ درصد، در مرکزی برابر با ۲/۵۷ درصد و در سیدان برابر با ۱/۸۷ درصد بود. همه‌ی لیستریاها به آمپی‌سیلین حساسیت نشان دادند. بیشترین مقاومت آنتی‌بیوتیکی به تتراسایکلین و سفتریاکسون مشاهده شد. بین ماه نمونه‌گیری و ایزوله کردن مونوسیتوژنز ارتباط معناداری ($P = ۰/۰۰۴$) گزارش شد. از ۷۲۰ نمونه‌ی مواد لبنی، در ۷۰ مورد سطح آلودگی برابر با ۵۸/۳ درصد گزارش شد. بیشترین میزان آلودگی در تیر ماه برابر با ۴/۴۴ درصد و کمترین میزان آلودگی در شهریور ماه برابر با ۰/۷ درصد مشاهده شد.
مریخی (۲۱)	در مشهد در گوشت‌های مرغ نگهداری‌شده در یخچال، بین تعداد لیستریا مونوسیتوژنزهای شمارش‌شده در نمونه‌های دارای پوشش و نمونه‌های فاقد پوشش تفاوت معناداری ($P < ۰/۰۰۱$) مشاهده شد. عصاره‌ی زردچوبه قادر به کنترل رشد مونوسیتوژنز در گوشت مرغ است.
ربیع‌نژاد (۲۲)	آلودگی در پنیر لاکتیکی محلی و پاستوریزه‌ی صنعتی در گرگان مشاهده نشد.
رحیمیان (۲۳)	آلودگی در نمونه‌های پنیر لاکتیکی محلی و پاستوریزه‌ی صنعتی در کردستان مشاهده نشد.
خدمتی (۲۴)	در قزوین، بیشترین آلودگی به مونوسیتوژنز در تابستان و زمستان برابر با ۳/۱ درصد، در پنی‌های سنتی برابر با ۱۰/۹ و در پنی‌های سفید برابر با ۷ درصد بود.
واحدی (۲۵)	در صورتی که عفونت غذایی مهلک ناشی از لیستریا مونوسیتوژنز و یرسینیا آنتروکولیتیکا در مناطقی از کشور شایع شود، باید در همان دقایق اولیه مناطق آلوده مشخص شود، از مصرف فراورده‌های کنترل‌نشده مخصوصاً شیر خام و پاستوریزه‌نشده ممانعت شود، شیردوشی از گاوها به‌صورت صنعتی انجام شود، پس از دوشیدن شیر وسایل و لوله‌های شیردوشی و تانک‌های حمل شیر ضدعفونی شوند، کارخانه‌های لبنیات فرایند پاستوریزاسیون شیر با دقت بیشتر و رصد شود. برای اطمینان از نابودی لیستریا مونوسیتوژنز و یرسینیا آنتروکولیتیکا بهتر است سالم‌سازی شیر به روش فرادما $UHT: Ultra\ High\ (135^{\circ}C-140^{\circ}C)$ 2-4, T ^{OC} Temperature processing or Ultra-Heat ثانیه انجام شود.
جوادزاده (۲۶)	فاکتورهای ویروالاس (شدت بیماری‌زایی) باکتری دقیقاً معلوم نیست. تمام سوش‌های بیماری‌زا با همولیتیک‌اند و قادرند درون فاگوزوم‌ها تکثیر شوند. ابتلای انسان غالباً از طریق خوراکی است. احتمال آلودگی جنین در ماه پنجم بارداری بالاست. پیامدهای آلودگی جنین قبل از تولد سقط، مرگ داخل‌رحمی، مرگ نوزاد در عرض چند دقیقه تا چند روز بعد تولد، تولد نوزادی که قبل از تولد دچار لیستریوز باشد با دیسترس تنفسی، استفراغ، اسهال، پاپول‌های قرمز تیره خصوصاً در اندام تحتانی، هپاتواسپلنومگالی، آبسه‌های منتشرشده‌ی متعدد در کبد و طحال، آدرنال، ریه، حلق، دستگاه گوارش، CNS و پوست به شکل بیماری گرانولوماتوز میلر یا گرانولوماتوزیس آنفانتی سیتیکا و عفونت نمایان می‌شود. مهم‌ترین تست تشخیصی لیستریوز نوزادی آزمایش اسمیر از کشت موکونیوم است. شایع‌ترین تظاهر بالینی در افراد بالغ عفونت بدون علامت و HIGH Risk مننژیت است (از نظر بالینی وجه‌افراق عمده‌ای با دیگر مننژیت‌های باکتریایی وجود ندارد). شایع‌ترین اتیولوژی مننژیت در دریافت‌کنندگان پیوند کلیه و بیماران سرطانی (آندوکاردیت مزمن در یک‌دوم موارد روی درجه‌های سالم قلبی عارض می‌شود)، مونوسیتوژنز است. روی محیط‌های کشت معمولی رشد می‌کند؛ ولی مشکل اصلی افتراق آن از کورینه باکتری‌هاست (البته متحرک بودن و تمایل به رشد در سرما به این افتراق کمک می‌کند). مشکلات تشخیص سرولوژیکی لیستریوز درخورد اعتماد نیست؛ زیرا آگلوتینین‌هایی که در لیستریوز به وجود می‌آید همگی Igm است و ممکن است به دنبال آلودگی با برخی استافیلوکوک‌ها و دیگر باکتری‌ها (به‌علت شباهت آنتی‌ژنیکی) ایجاد شود. درمان لیستریوز با پنی‌سیلین، آمپی‌سیلین و یک آمینوگلیکوزید ترجیح داده می‌شود. ولی تویرامایسین‌ها و سفالوسپورین‌ها بی‌اثرند. درمان با کورتیکوتراپی و رادیوتراپی، سلی‌ها، دیابتی‌ها و الکلیسم‌ها بیشتر در معرض خطر آلودگی به لیستریا مونوسیتوژنز قرار دارند.
ذوقی (۲۷)	مونوسیتوژنز یک انگل داخل‌سلولی اختیاری است. در محیط آگار خون‌دار گرایش به رشد در زنجیره‌های کوتاه دارد که باعث اشتباه گرفته شدن با استافیلوکوک می‌شود. در غذاهای پاستوریزه‌نشده، دستگاه‌های گوارش و تناسلی در جنس مؤنث، گلوئی انسان و حیوانات ایزوله شده است. به‌وسیله‌ی گندزداها و ضدعفونی‌کننده‌ها و پاستوریزاسیون صحیح نابود می‌شود. انتقال آگروژن از راه دستگاه تناسلی مؤنث در داخل رحم یا در خلال زایمان اتفاق می‌افتد و باعث ایجاد بیماری در جنین یا نوزاد می‌شود. باکتری به جریان خون راه می‌یابد و توسط ماکروفاژها بلعیده می‌شود. سپس تکثیر می‌شود و سیتی‌سمی ایجاد می‌کند. همولیزین آزادشده در خلال تکثیر باعث لیز شدن ماکروفاژها می‌شود. بیماری از سلول به سلول انتقال‌پذیر است. به پرده‌های مغزی می‌رود و مننژیت ایجاد می‌کند. وقتی که باکتری به کبد و طحال دسترسی یابد، آبسه‌ها و گرانولوماهای متعدد ایجاد می‌شود. اغلب درمان بی‌نتیجه است. مشخص شده است که عفونت غذایی ناشی لیستریا مونوسیتوژنز مهلک است (از این نظر مشابه مسمومیت‌های غذایی کلستری‌دوم بوتولینوم و اشریشیاکلی (H7: O157، اشریشیاکلی انتروهموراژیک تولیدکننده‌ی توکسین EHEC, E.Coli) شناخته شده است. علائم کلینیکی فرم حاد لیستریوز سقط جنین، سپسیس و مننژوآنسفالیت است. بیماری در نوزادان به‌صورت باکتری، مننژیت و مننژوآنسفالیت و در بزرگسالان به‌صورت نوعی بیماری شبیه به آنفلوآنزای خفیف بروز می‌یابد.
صدرزاده (۲۸)	در سال ۱۹۶۱ اولین مورد لیستریوز انسانی در شکل سیتی‌سمی را دکتر غلامرضا نظری در دانشگاه تهران ایزوله کرد. سال ۱۳۴۱ از غده‌ی یک بیمار و بعدها از ترشحات چشم و چندین مورد در جنین سقط‌شده (دو تا نهم‌ماه) ایزوله شد. ناقلان باکتری به‌هیچ‌وجه حق کار در صنایع غذایی و توزیع مواد غذایی را ندارند. از کود دام‌های آلوده در مزارع سبزی باید ممانعت به عمل آید.
رکنی (۲۹)	موارد تک‌گیر (اسپورادیک) عفونت غذایی لیستریا عمدتاً از طریق غذاهای مصرفی رو به افزایش است. با تهیه‌ی ۳۸۲ نمونه از پنی‌های نرم وارداتی، مرغ پخته، گوشت چرخ‌کرده، سوسیس تخمیری، فراورده‌های گوشتی بسته‌بندی‌شده در خلال سالمون دودی، میگوی پوست‌کنده و گوشت خام ماهی آلودگی برابر با ۱۷ درصد گزارش شد. از نمونه‌های مرغ کمتر ولی از نمونه‌های پنی، میگو و فراورده‌های پروسس‌شده‌ی گوشتی و ماهی دودی مونوسیتوژنز ایزوله شد.

ادامه جدول شماره ۱	
اطلاعات کمی از حضور مونوسیتوژن در فراورده‌های غذایی در ایران در دسترس است؛ زیرا عادت‌های غذایی ایرانیان با الگوی کشورهای غربی متفاوت است. لیستریوزین O به‌عنوان مهم‌ترین عامل شدت بیماری‌زایی (ویروالانس) باکتری، نقش کلیدی در داخل ماکروفاژها دارد. وجود عامل ویروالانس در کروموزوم (مونوسیتوژن در دمای پایین حدت بیشتری پیدا می‌کند)، که علت آن وجود ژن ویروالانس وابسته به حرارت (Temperature regulating virulence gene) است، از این نظر مشابه پرسیپا آتروکولیتیکا است. قدرت هجومی (Invasion) داخل سلولی و مقاومت در داخل فاگوسیتوز و انجام همولیزین بتا (داخل محیط کشت آگار خون‌دار به‌علت وجود ژن همولیزین داخل سلولی) شبیه به Streptolysin و Pneumolysin است. لایه‌ی لیپوپلی ساکارید (LPS) در غشای ثانویه بخشی از ساختمان پوششی سلولی باکتری (که شباهت زیادی به لایه‌ی لیپوپلی ساکارید (LPS) در غشای ثانویه سلولی باکتری های گرم منفی دارد). است. پژوهشگران فعالیت آندوتوکسین را به این لایه مرتبط می‌دانند و آن را به مونوسیتوژن نسبت می‌دهند. طیف گسترده‌ای از غذاهای دریایی خام، طیور، ماکیان خام و لبنیات (شیر پاستوریزه و پاستوریزه‌نشده)، بستنی، سالاد کلم، سبزیجات خام، گوشت‌های پخته‌شده و خام، سوسیس‌های تخمیری خام، پنیرهای نرم، فراورده‌های گوشتی، غذاهای نگهداری‌شده در یخچال‌های خانگی (صفر تا ۴ درجه‌ی سانتی‌گراد) یا نگهداری‌شده به‌صورت طولانی‌مدت در یخچال‌های صنعتی در معرض خطر آلودگی لیستریایی قرار دارند. زنان باردار به‌دلیل مواجهه با ضعف سیستم ایمنی بیشتر در معرض خطرند. نوزادان (از طریق مادر به جنین) در معرض خطر بالاتری قرار دارند. مبتلایان به بیماری ایدز، دریافت‌کنندگان پیوند (Transplant) و سرطانی‌ها از دیگر گروه‌های در معرض خطرند.	رضویلر (۳۰)
حضور باکتری در محیط همیشه برای انسان خطرآفرین است. درمان با داروهای استروئیدی و داروهای شیمیایی انسان را در معرض خطر قرار می‌دهد. گسترش عامل بیماری از طریق خون سیستم اعصاب مرکزی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. دوز عفونت‌زا، به‌ویژه برای افراد بسیار حساس، ۱۰۰ تا ۱۰۰۰ سلول باکتری است. بروز منتهی در پیوندکنندگان کلیه از علائم شایع است (میزان مرگ‌ومیر برابر با ۳۸ درصد). رعایت اصول بهداشتی (تهیه‌ی مواد خام اولیه‌ی سالم و تفکیک صحیح، فرایند سالم و نگهداری سالم) هنگام تهیه و طبخ غذاها احتمال آلودگی را بسیار کاهش می‌دهد. جلوگیری از آلودگی‌های کراس در یخچال (مجاورتی)، پخت کامل غذاهای حیوانی، شست‌وشوی سبزیجات، چاقو، تخته‌برش و دست‌ها قبل و بعد از انجام هر کاری از انتقال آلودگی لیستریایی جلوگیری می‌کند (شست‌وشوی مکرر دست‌ها بیش از ۵۰ درصد در بزرگسالان و در کودکان بیش از ۷۵ درصد از بیماری‌های عفونی جلوگیری می‌کند). زنان باردار نباید از غذاهای آماده استفاده کنند و از اغذیه‌فروشی‌ها خرید کنند و نباید شیرهای بسته‌بندی‌شده را یک هفته مانده به پایان تاریخ انقضا مصرف کنند. عدم مصرف پنیرهای نرم (فنا، بری و کامبریت) کمک‌کننده است.	نیک پویان (۳۱)
اولین مورد بروز لیستریوزیس در سال ۱۹۲۹ گزارش شد. افرادی که سیستم ایمنی‌شان با باکورتیکواستروئیدها، رادیوتراپی، شیمی‌درمانی یا ایمونوساپرسیوها (افلاتوکسین، اکراتوکسین A و هیستامین) سرکوب شده است بیشتر در معرض خطرند. در حیوانات آلوده عامل بیماری وارد شیر می‌شود و باعث سقط جنین و ورم پستان در گاوها می‌شود. گوسفندان و جوجه‌ها یک منبع لیستریا برای آلودگی مواد غذایی شناخته شده‌اند. آلودگی شیر و فراورده‌های مرتبط به‌دلیل پراکندگی وسیع این باکتری همواره دور از انتظار نیست. دیگر منبع مهم انتشار آلودگی لیستریایی غذایی کلم‌هایی است که در مزارعی به عمل آمده‌اند که در آن‌ها برای رشد کلم‌ها از کودهای گوسفندی استفاده شده است. تقویت و افزایش رشد لیستریا مونوسیتوژن در کلم‌ها از آنجا نشئت می‌گیرد که کلم‌ها بعد از برداشت در حرارت پایین به‌صورت طولانی‌مدت نگهداری می‌شوند.	قاسمیان (۳۲)
هنوز نقش کوفاکتور در لیستریوز انسانی کاملاً مشخص نشده است.	توکل (۳۳)
فزونی مونوسیتوژن در مواد غذایی باعث شد که این باکتری موضوع بیش از ۱۰۰۰ مقاله‌ی تحقیقاتی در اوایل دهه‌ی ۱۹۸۰ باشد. هم‌اکنون موضوع انتشار آلودگی ناشی از مونوسیتوژن در مواد غذایی و انسان در رأس بسیاری از بحث‌های علمی قرار گرفته است. گوسفند و مرغ از منابع آلوده‌کننده‌ی مهم مواد غذایی گزارش شده است.	مرتضوی (۳۴، ۳۵)

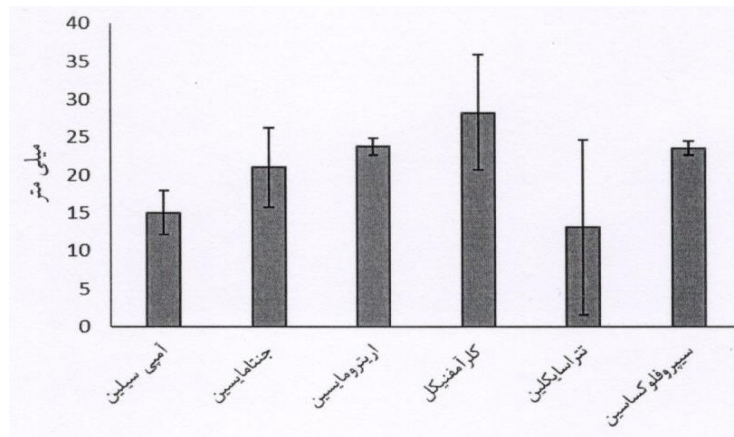
جدول شماره ۲: پیشینه‌ی پژوهش در جهان	
پژوهشگر	آلودگی‌های ناشی از لیستریا مونوسیتوژن در جهان
Johnson (36)	گونه‌های تهاجمی لیستریا که باعث آنسفالیت و عفونت خونی در نشخوارکنندگان می‌شود، در علوفه‌های سیلوشده با تخمیر نامناسب باعث افزایش اسیدیته‌ی سیلو می‌شود. لیستریا در PH بیشتر از ۴ شروع به رشد خواهد کرد.
Woolford (37)	تغذیه با علوفه‌های آلوده و سیلوشده عامل اصلی عفونت‌های چشمی است. لیستریا (فاقد اسپور) ۱۰ تا ۱۲ سال زنده می‌ماند.
Maciorowski (38)	لیستریا با شرایط اسیدی سازگار است و مقاومت آن به تنش‌های حرارتی و شیمیایی بیشتر است. لیستریا مشکلات بزرگی را در آینده برای انسان و صنعت خوراک دام و طیور رقم خواهد زد.
Hudson (39)	توانایی تحمل شرایط نامساعد محیطی از جمله تغییرات PH، دما و نمک به گسترش جنس لیستریا در محیط‌های متنوع منجر شده است. به‌دلیل سرماگرا بودن قادر به رشد در ۴ درجه‌ی سانتی‌گراد است. در پاستوریزاسیون ناقص و استفاده از حد پایین درجه‌ی حرارت پاستوریزاسیون در روش سریع H.T.S.T (۷۲ تا ۷۴ درجه‌ی سانتی‌گراد) زنده می‌ماند.
Bubert (40)	تا سال ۲۰۲۰ مجموعاً ۲۱ گونه از سرده‌ی لیستریا شناسایی شدند که قادرند از طریق مواد غذایی انسان را آلوده سازند. بارها در اغذیه‌ی دریایی، پنیرهای سنتی و سبزیجات ایزوله شدند. بیش از ۵ درصد افراد ناقل لیستریا هستند؛ ولی عارضه‌ای را نشان نمی‌دهند. حضور این گونه افراد در ترانسپورت مواد غذایی و محل تولید مواد غذایی بسیار خطرناک است (تسریع انتشار آلودگی).
Santos (41)	لیستریا مونوسیتوژن قادر است شیر را به‌طور مستقیم از طریق بیماری ورم پستان، آنسفالیت و سقط جنین آلوده کند. آلودگی به‌صورت غیرمستقیم از طریق شیردوشی در شرایط غیربهداشتی، شیر، خوراک دام، مدفوع و از سطح پستان‌ها منتشر می‌شود.
Ivanov (42)	ویژگی مهم باکتری این است که دوز عفونی آن کم است. تعداد کمتر از ۱۰۰۰ سلول قادر است در افراد مستعد ایجاد بیماری کند.
Lovett (43) Johnson (5) Lyytikainen (2) Lyytikainen (4)	سطوح انتشار مونوسیتوژن در مواد غذایی از جمله شیر خام بیش از ۴۵، گوشت خوک ۹۵، گوشت طیور ۶۰، گوشت گاو خورده‌شده ۷۹ و در برخی سبزی‌ها تا سطح ۳۰ درصد مشاهده شد. در انواع گوشت‌های گاو، بره، سوسیس و گوشت‌های آماده برای مصرف مشاهده شد (به همان وضعیت در گوشت طیور وجود دارد). مقاومت در برابر سرما، خشکی و پایداری در برابر استرس‌های اسمزی باعث افزایش بقا و پراکندگی باکتری می‌شود. با استفاده از روش‌های تابیینگ می‌توان نمونه‌های غذایی و نمونه‌های کلینیکال را مشخص کرد (این کار به شناخت منبع آلودگی و تغییر سرویتپ‌ها در طول زمان کمک کند). در اروپا، تغییر سرویتپ را عامل لیستریوزیس در طول سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۱ نشان دادند که حاکی از کاهش سرویتپ 4b است.

ادامه جدول شماره ۲	
شیوع لیستریا در حین فرایندها افزایش می‌یابد. میزان آلودگی هنگام سرد کردن برابر با ۴، هنگام بسته‌بندی برابر با ۱۳ و هنگام عرضه برابر با ۲۳ درصد است. از شش نوع سبزی مورد آزمایش، سبزمینی‌ها اغلب به این باکتری آلوده بودند و تریچه از این نظر در مکان بعدی جای گرفت. کلم، هویج، گل کلم، گوجه‌فرنگی و ۱۰ نوع سبزی که به مدت ۸ هفته در شرایط سرد نگهداری شده بودند با انجام ۹۲ آزمایش عاری از آلودگی مشاهده شدند.	Shelef (44)
عمومی‌ترین سروتپ‌های جداسده انواع ۱ و ۴ بودند. قبل از دهه ۱۹۶۰ نوع ۱ در اروپا و نوع ۴ در آمریکای شمالی شیوع داشت.	Hether (45)
مطالعات Gray و Killinger (۱۹۶۶) نشان داد که انتقال سروتپ‌های لیستریا به هیچ طریقی به منطقه‌ی جغرافیایی وابستگی ندارد و معمولاً با مواد غذایی مرتبط است. البته در بین واریته‌ی سرولوژیکی 1/2a و 4b اختلافاتی از نظر منطقه‌ی جغرافیایی مشاهده شد. در آمریکا و کانادا میزان واریته‌ی سرولوژیکی 4b (۶۵ تا ۸۰ درصد) کل سوش‌ها را تشکیل می‌دهد. در اروپای شرقی، غرب آفریقا، آلمان مرکزی، فنلاند و سوئد واریته‌ی سرولوژیکی 1/2a مشاهده شد. واریته‌های 1/2a و 4b اغلب در فرانسه و هلند به نسبت تقریباً مساوی مشاهده شده است.	Rocourt (46)
حداقل احتیاجات غذایی که برای رشد مونوسیتوژنز لازم است شامل ویتامین‌های ریوفلاوین (B2)، تیامین (B1)، نیکوتینیک‌اسید (B3)، بیوتین (B8/H) و اسید آمینه‌های سیستین، گلوتامین، ایزولوسین، لوسین و والین است.	Silva (47)
بررسی وجود لیستریا در ۱۱ مورد از ۱۲ مزرعه‌ی تحت بررسی طی فصل بهار حاکی از این بود که لیستریا روی گیاهان پوسیده نسبت به گیاهان سبز یا گیاهانی که تازه از بین رفته‌اند بهتر زیست می‌کند.	Waak (48)
در آلمان مؤسسه‌ی تحقیقاتی گوشت کولمباخ مشاهده کرد که در نمونه‌های تهیه‌شده از گوشت‌های چرخ‌شده دامنه‌ی آلودگی بین ۲۰ تا ۹۰ درصد است. در گوشت‌های چرخ‌شده‌ی خام نگهداری‌شده به مدت دو هفته در پرودت (۴ درجه‌ی سانتی‌گراد) تکثیری مشاهده نشد. ولی در گوشت‌های چرخ‌شده‌ی پخته‌ی نگهداری‌شده در ۴ درجه‌ی سانتی‌گراد از روز سوم تکثیر مونوسیتوژنز آغاز شد. در سال ۱۹۶۴، ۲۳ مورد و در سال ۱۹۶۵، ۱۵ مورد و در سال ۱۹۶۶، ۲۷۹ مورد لیستریوزیس انسانی شناسایی شد. ۹۷ درصد از ۱۴۴ مادر باردار به علت مصرف شیر پاستوریزه و ۲ مادر از ۱۴۴ مادر به علت مصرف شیر خام به لیستریوزیس مبتلا شدند (تمامی مادران فراورده‌های لبنی، میوه‌ها و فراورده‌های گیاهی مصرف کرده بودند). ۶۸ درصد از مادرانی که زایمان کرده بودند فراورده‌ای از گوشت خام گاو مصرف کرده بودند. از ۳۰۰۰ گاو آزمایش‌شده تنها دو گاو به لیستریوزیس مبتلا بودند. در طی سال‌های ۱۹۵۰ تا ۱۹۶۶ موارد شیوع آلودگی در آلمان شرقی و غربی ۲۰۰۰ مورد، در آمریکا طی سال‌های ۱۹۹۳ تا ۱۹۶۶ موارد شیوع آلودگی ۷۳۱ مورد گزارش شد. در مکزیک از خون کودکانی که مادرانشان علامتی از عفونت آمینوتیک را نشان دادند دو مورد از ۳۳ نوزاد جدا شد. کلینیک مامایی در آلمان عفونت لیستریایی را مسئول مرگ ۱۵ تا ۲۰ درصد از نوزادان در حین تولد گزارش کرد. علائم قبل از سقط جنین شامل احساس سرما همراه با تب، سردرد و سرگیجه‌ی ملایم است. چند روز پس از سقط جنین، باکتری از رحم و ادرار قابل جداسازی است. کودکان زنده به دنیا آمده‌ی مبتلا در اثر سپتی‌سمی لیستریایی می‌میرند. بعضی از کودکان متولدشده بدون هیچ علائم آشکاری ظرف چند روز تا سه هفته به مننژیت لیستریایی مبتلا می‌شوند. هیدروسفالی نتیجه‌ی عادی پس از تولد است. مننژیت یا مننژوآنسفالیت معمولاً مشکل کلینیکی بیماری در بالغان به‌ویژه در گروه سنی بیش از ۴۰ سال است. باکتری باعث ایجاد آندوکاردیت و آبسه‌های داخلی و خارجی، زخم‌های جلدی و ورم ملتحمه‌ی چشم در دام‌پزشکان هنگام زایمان دام‌ها می‌شود. دفع بهداشتی جنین سقط‌شده، ترشحات آلوده و استفاده از ضدعفونی‌کننده‌ها از تدابیر ضروری است. WHO و FAO (۲۰۰۴) وقوع سالیانه‌ی لیستریوزیس انسانی را بین ۱/۳ تا ۱۱/۳ مورد در ۱۰۰۰۰۰۰ نفر برآورد کرده‌اند. در فرانسه شیوع آلودگی در نوزادان ۵۰ و در آمریکا ۳۰ درصد مشاهده شده است.	Ortel (49)
لیستریا در ۵۰ گونه‌ی جمع‌آوری‌شده از فاضلاب، لجن فاضلاب و آب رودخانه در انگلستان مشاهده شد. نمونه‌برداری در یک مزرعه از ۲۴۹ مخزن جمع‌آوری شیر، نشان داد که سطح آلودگی به مونوسیتوژنز یک درصد است. اما نمونه‌برداری به تعداد ۲۹۵ از ۳ مخزن ذخیره‌ی شیر در کارخانه‌های تولید لبنیات نشان داد که در ۱۹/۶ درصد از نمونه‌ها آلودگی وجود دارد.	Salyers (50)
آلودگی لیستریایی در علوفه‌ی تخمیری با PH بالاتر و پایین‌تر از ۴/۵ مشاهده شد. آلودگی در ۸/۴ تا ۴۴ درصد از نمونه‌های جمع‌آوری‌شده از مزارع، مراتع، لجن، مدفوع حیوانی و زمین‌هایی که حیوانات وحشی در آن تغذیه می‌کردند وجود داشت. بقای باکتری در خاک‌های مرطوب به مدت ۲۹۵ روز ثبت شد. در آمریکا، نوا اسکوتیا (۱۹۸۱) از طریق مصرف سالاد کلم در بالغان میزان آلودگی ۷ درصد (با در صد کشندگی ۴۴) گزارش شده است. در ماساچوست (۱۹۸۳) از طریق مصرف شیر پاستوریزه با شیوع ۷ درصد در نوزادان و ۴۲ درصد در بالغانی که سیستم ایمنی‌شان سرکوب شده بود با درصد کشندگی ۲۹ مشاهده شد، در لس‌آنجلس (۱۹۸۵) نوعی پنیر مکزیک‌ای که با شیر خام تهیه شده بود عامل انتقال شناخته شد. شیوع آلودگی به میزان ۹۳ درصد در نوزادان و ۴۹ درصد در بالغان (با درصد کشندگی ۳۳) رخ داده است. در بوستون (۱۹۷۹) بین ماه‌های سپتامبر و اکتبر، ۲۳ فرد بالغ که سبزی خام و شیر پاستوریزه مصرف کرده بودند به بیماری مبتلا شدند (در ۷۸ درصد از آن‌ها واریته‌ی سرولوژیکی 4d ایزوله شد). ۲۰ بیمار تحت بررسی در سنین ۴۶ تا ۸۹ با میانگین سنی ۳۰/۷۶ نفر با مرگ مواجه شدند (از ۲۰ مورد، ۱۰ نفر سیستم ایمنی ضعیف داشتند و اکثرشان آنتی‌اسید یا سامیتیدین مصرف می‌کردند). در بوستون (۱۹۸۳) در بین ماه‌های ژوئن و اگوست، از ۴۹ مورد آلودگی که ۴۲ نفر از آن‌ها بالغ بودند و شیر پاستوریزه‌ی آلوده مصرف کرده بودند، ۱۴ مورد با مرگ مواجه شدند (شیر از مزرعه‌ای تهیه شد بود که گاوهای شیری مبتلا به لیستریوز در آنجا بودند). در مزارعی که شیر خام در آن‌ها نگهداری می‌شد، باکتری در ۱۵ نمونه از ۱۲۴ نمونه ایزوله شد که واریته‌های سرولوژیکی 4b، 4ab و 3b تشخیص داده شدند. در لس‌آنجلس (۱۹۸۵) ۱۴۲ بیمار شناسایی شدند که شامل ۹۳ خانم باردار با نوزادشان و ۴۹ خانم بالغ غیرباردار بودند که ۴۸ نفر با مرگ مواجه شدند (۳۰ نفر از گروه اول و ۱۸ نفر از گروه دوم). ۸۲ درصد از ۱۰۵ ارگانیزم ایزوله‌شده متعلق به واریته‌ی 4b بود. ۷۳ درصد در یک نوع طبقه‌بندی فازی قرار گرفتند که عامل انتقال نوعی پنیر مکزیک‌ی تهیه‌شده با شیر خام گزارش شد. در فیلادلفیا (۱۹۸۷) در یک دوره‌ی زمانی ۵ ماهه، ۳۶ مورد شناسایی شد. ۱۶ نفر مردند که دو نفر از آن‌ها نوزاد بودند. دامنه‌ی سنی ۳۶ مورد (۳۲ نفر بالغ غیرباردار و ۴ مورد نوزاد) ۱۷ تا ۹۶ سال با میانگین سنی ۶۷ سال گزارش شد. ۲۴ نفر از ۳۲ خانم غیرباردار سیستم ایمنی ضعیف داشتند. ۴ واریته‌ی سرولوژیکی از ۲۲ بیمار ایزوله شد (4b و 1/2b) هر یک در ۸ مورد، 1/2a و ۴ مورد و 3b در دو مورد شناسایی شد. ارگانیزم فقط از پنیر جدا شد (یکی از قربانیان صدف مصرف کرده بود)، بستنی و سبزی‌ها از مواد غذایی مشکوک گزارش شدند. در تگزاس (۱۹۸۸) یک خانم مبتلا به سرطان در بیمارستان دچار آلودگی ناشی از مونوسیتوژنز شد. این خانم روزانه یک وعده خوراک بوقلمون فراوری‌شده در مایکروویو مصرف می‌کرد. واریته‌ی سرولوژیکی 1/2a از بیمار مذکور و خوراک بوقلمون بسته‌بندی‌شده و بسته‌بندی‌نشده و سایر مواد غذایی رویاز نگهداری‌شده در یخچال ایزوله شد (دارای یک نوع MEE : utilolocus enzyme electrophoresis بودند). گوشت بوقلمون عامل انتقال گزارش شد. در نمونه‌های به‌دست‌آمده از آب‌های ساحلی کالیفرنیا، در ۶۲ درصد از ۳۷ نمونه آب شیرین یا با شوری کم و ۱۷/۴ درصد از ۴۶ نمونه رسوب آلودگی مشاهده شد. اما در ۳۵ نمونه صدف خوراکی مورد آزمایش آلودگی مشاهده نشد. طی نمونه‌برداری از ۴۱۰۵ کارخانه‌ی فراوری در سراسر آمریکا	Washington (28, 45, 51-56) Hether Linnan Schwartz Terplan Sadrzade Pearson Green

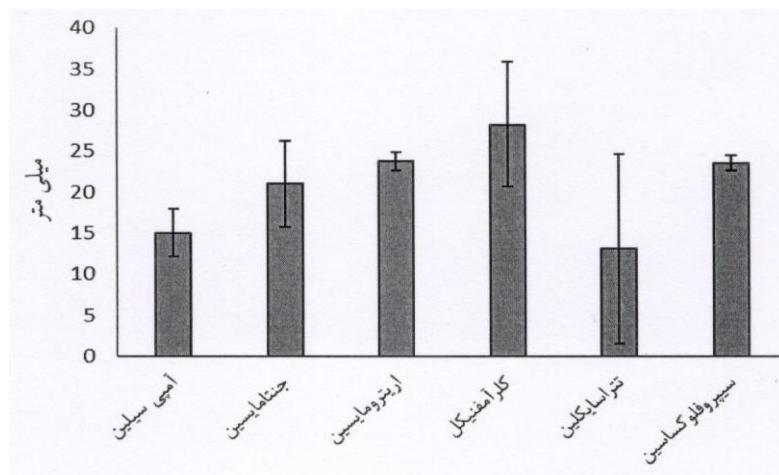
مشخص شد که ۲/۸ درصد از گوشت‌های آماده آلوده است. آلودگی به میزان ۱۵ درصد از ۱۸۰ نمونه‌ی تهیه‌شده در بخش‌های مختلف بوقلمون گزارش شد. ولی در نمونه‌های تهیه‌شده از کبد بوقلمون آلودگی مشاهده نشد. مرکز کنترل بیماری‌ها گزارش کرد که مونوسیتوز به پنی‌سلین، اریتروماسین و تتراسایکلین حساس ولی در برابر سفالوسپورین‌ها مقاوم است. طی یک دوره‌ی ۳۹ ماهه در آمریکا، در ۷/۱ درصد از ۱۷۲۷ نمونه گوشت خام گاو که از سراسر کشور جمع‌آوری شده بود آلودگی مشاهده شد، طی یک دوره‌ی ۲۱ ماهه، در ۱۹/۳ درصد از ۳۷۰۰ نمونه‌های گوشت تهیه‌شده از مرغ‌های خام آلودگی مشاهده شد. ولی در ۶۵۰ نمونه شیر خام مورد بررسی وجود هیچ گونه مونوسیتوزی گزارش نشد. در اوهایو و ماساچوست ۳ و ۱۲ درصد از نمونه‌های جمع‌آوری‌شده آلوده بودند. در کالیفرنیا (۱۹۸۵) ۱۴۲ نفر به لیستریوز دارای علامت مبتلا شدند (۹۳ نفر دچار عفونت جینی بودند که موجب تولد ۳۰ نوزاد قبل از موعد مقرر شد). از ۳۹ بزرگسال مبتلا به لیستریوز ۱۸ نفر فوت کردند. منبع عفونت نوعی پنی‌نرم گزارش شد.	
در انگلستان (۱۹۸۷) یک خانم غیرباردار ۳۶ ساله البته با سطح ایمنی مطلوب، با مصرف نوعی پنی‌نرم محلی دچار لیستریوزیس از فرم کلینیکی شد (واریت‌ی سرولوژیکی 4b در بیمار و پنی‌باقی‌مانده ایزوله شد). ضمناً خانم مبتلا با داروی کلرامفنیکل معالجه شد. سال (۱۹۸۸) یک خانم باردار ۵ روز قبل از شروع علائم آنفلوآنزا، نوزاد مرده به دنیا آورد. واریت‌ی سرولوژیکی ۴ به‌دست‌آمده از جوجه و جین و ارگانسیم ایزوله‌شده از مواد غذایی و نمونه‌های جینی در یک طبقه‌بندی فازی قرار گرفتند. عامل انتقال مایه‌ی پنی‌کهنه و جوجه‌ی پخته‌شده و سردشده گزارش شد.	Bannister (57)
در روسیه (۱۹۵۸) در محلی که نوعی بیماری مشابه مونونوکلئوزیس وجود داشت باکتری در امعا و احشا خوک‌های کشتار شده ایزوله شد. ولی در مبتلایان، باکتری ایزوله نشد.	Gudkova (58)
در سوئد (۱۹۵۹) از چهار فرد مبتلا (۱ نفر بالغ و ۳ کودک)، ۲ کودک با مرگ مواجه شدند. ولی سروتیپ ۲ مونوسیتوز در همه افرادی که در بلوک زندگی می‌کردند شناسایی و ایزوله شد.	Olding (59)
در نیوزلند (۱۹۸۰) در یک دوره‌ی ۱۱ ماهه در ۳ بیمارستان، ۲۲ مورد لیستریوزیس در اطفال مشاهده شد. اکثر موارد ایزوله‌شده واریت‌های سرولوژیکی 1b بودند. پنج مورد مرگ جینی و یک مورد مرگ در نوزاد گزارش شد؛ ولی عامل بیماری مشخص نشد. منبع آلودگی مصرف نرم‌تنان صدف‌دار و ماهی خام اعلام شد. اما کشت میکروبی از مواد غذایی آلوده انجام نشد.	Potel (60)
در کانادا (۱۹۸۱) بین ماه‌های مارس و سپتامبر، آلودگی در ۴۱ نفر (۷ نفر بالغ و ۳۴ کودک) به مرگ ۲ نفر از بالغان و ۱۶ کودک منجر شد (منبع آلودگی در افراد بزرگسال مصرف سالاد کلم اعلام شد). واریت‌ی سرولوژیکی 4b در قربانیان ایزوله شد. لیستریوزیس گاوی در مزارعی که کلم با مدفوع گوسفندی کوددهی شده بود، مشاهده شد. ۴۱ نفر به لیستریوز مبتلا شدند (۳۴ نفر با سابقه‌ی عفونت‌های دوران جینی و ۹ کودک مرده به دنیا آمدند، از ۲۳ نوزاد متولدشده با عفونت، ۸ نفر با مرگ مواجه شدند). از ۷ نفر زن غیرباردار دارای علائم ۳۰ درصد جان خود را از دست دادند که منبع شیوع عفونت سالاد کلم اعلام شد.	Kampelmacher (61)
در سوئیس (۱۹۸۳) در یک دوره‌ی ۵ ساله، ۱۲۲ مورد شناسایی شد که علت بیماری مصرف نوعی پنی‌نرم گزارش شد.	Bille (62)
ایزوله کردن مونوسیتوز در شیر پاستوریزه نگرانی زیادی را در خصوص سالم‌سازی شیر به وجود آورد. مونوسیتوز در پاستوریزاسیون شیر به روش H.T.S.T (high-temperature-short-time) که در دامنه‌ی دمایی ۷۲ تا ۷۴ درجه‌ی سانتی‌گراد و زمان ۱۵ تا ۴۰ ثانیه انجام می‌شود، در حد پایین (۷۲ درجه‌ی سانتی‌گراد) زنده می‌ماند؛ ولی استفاده از حد بالای حرارت پاستوریزاسیون (۷۴ درجه‌ی سانتی‌گراد) مونوسیتوز را نابود می‌کند، هرچند احتمال اینکه آلودگی شیر بعد از پاستوریزاسیون به‌صورت ثانویه اتفاق افتد وجود دارد.	Bradshaw Donnelly (63, 64)

جدول شماره ۳: شیوع گونه‌های لیستریا در شیر خام و فراورده‌های لبنی سستی در اصفهان					
نوع لبنیات	تعداد نمونه	جنس لیستریا (%)	ل سلجری (%)	ل اینوکوا (%)	ل مونوسیتوز (%)
شیر خام	۹۱	۵/۴۹	۹/۱	۰	۴/۳۹
بستی	۶۳	۱۲	۰	۱۹/۴	۰
دوغ	۲۸	۰	۰	۰	۰
کره	۱۸	۰	۰	۰	۰
کشک	۲۲	۰	۰	۰	۰
پنیر	۶	۰	۰	۰	۰
فرنی	۲۵	۴	۰	۴	۰
خامه	۲۷	۱۱/۱	۰	۱۱/۱۱	۰
ماست	۱۲	۰	۰	۰	۰
مجموع	۲۹۲	۱۹/۴	۳۴	۸۲/۵	۱/۳۶

جدول شماره ۴: درصد آلودگی نمونه‌های شیر و کره‌ی غیرپاستوریزه‌ی عرضه‌شده در شهر آمل به مونوسیتوز		
شیر غیرپاستوریزه	درصد آلودگی	درصد غیرآلوده
شیر غیرپاستوریزه	۳۵	۶۵
کره‌ی غیرپاستوریزه	۱۰	۹۰



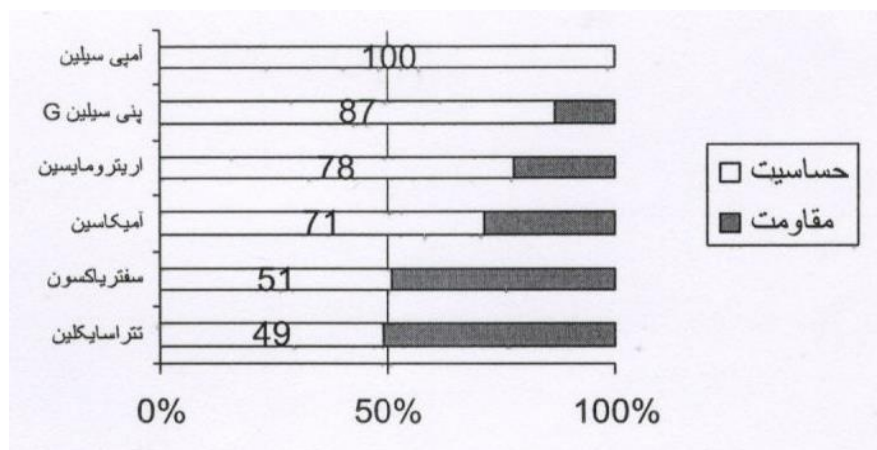
نمودار شماره ۱: میانگین قطر هاله عدم رشد منوسیتوژنز جداسده از شیر خام در تست آنتی‌بیوگرام در آمل



نمودار شماره ۲: میانگین قطر هاله عدم رشد منوسیتوژنز جداسده از کره‌ی غیرپاستوریزه در آمل با تست آنتی‌بیوگرام

جدول ۳: نتایج آزمون آنتی‌بیوگرام منوسیتوژنز جداسده از شیر خام عرضه‌شده در شهر آمل						
آنتی‌بیوتیک	آنتی‌بیوتیک	آنتی‌بیوتیک	آنتی‌بیوتیک	آنتی‌بیوتیک	آنتی‌بیوتیک	
آمپی سیلین	جنتامایسین	اریترومایسین	کلرامفنیکل	تتراسایکلین	سیپروفلوکساسین	
فروانی / درصد	فروانی / درصد	فروانی / درصد	فروانی / درصد	فروانی / درصد	فروانی / درصد	
۱۰۰-۷	۱۰۰-۷	۱۰۰-۷	۱۰۰-۷	۲۸/۶-۲	۱۰۰-۷	حساس
۱۴/۳-۱	صفر / صفر	صفر / صفر	صفر / صفر	صفر / صفر	صفر / صفر	بینابینی
۸۵/۷-۶	صفر / صفر	صفر / صفر	صفر / صفر	۷۱/۴-۵	صفر / صفر	مقاوم

جدول ۴: نتایج آزمون آنتی‌بیوگرام منوسیتوژنز جداسده از کره‌ی غیرپاستوریزه‌ی عرضه‌شده در آمل						
آنتی‌بیوتیک	آنتی‌بیوتیک	آنتی‌بیوتیک	آنتی‌بیوتیک	آنتی‌بیوتیک	آنتی‌بیوتیک	
آمپی سیلین	جنتامایسین	اریترومایسین	کلرامفنیکل	تتراسایکلین	سیپروفلوکساسین	
فروانی / درصد	فروانی / درصد	فروانی / درصد	فروانی / درصد	فروانی / درصد	فروانی / درصد	
۱۰۰-۲	۱۰۰-۲	صفر-صفر	۱۰۰-۲	۱۰۰-۲	۱۰۰-۲	حساس
۱۰۰-۲	صفر-صفر	صفر-صفر	صفر-صفر	صفر-صفر	صفر-صفر	بینابینی
صفر-صفر	صفر-صفر	۱۰۰-۲	صفر-صفر	صفر-صفر	صفر-صفر	مقاوم



نمودار شماره ۳: فراوانی حساسیت مونوسیٹوژنز به آنتی بیوتیک های مختلف در پنیرهای محلی مرودشت

References

- McLauchlin J, Mitchell R, Smerdon W, Jewell K. *Listeria monocytogenes* and listeriosis: a review of hazard characterisation for use in microbiological risk assessment of foods. International journal of food microbiology. 2004;92(1):15-33.
- Lyytikäinen O, Autio T, Maijala R, Ruutu P, Honkanen-Buzalski T, Miettinen M, et al. An outbreak of *Listeria monocytogenes* serotype 3a infections from butter in Finland. The Journal of infectious diseases. 2000;181(5):1838-41.
- Shamloo E, Jalali M, Mirlohi M, Madani G, Metcalf D, Merasi MR. Prevalence of *Listeria* species in raw milk and traditional dairy products in Isfahan, Iran. International Journal of Environmental Health Engineering. 2015;4(1):1.
- Lukinmaa S, Miettinen M, Nakari U-M, Korkeala H, Siitonen A. *Listeria monocytogenes* isolates from invasive infections: variation of sero-and genotypes during an 11-year period in Finland. Journal of Clinical Microbiology. 2003;41(4):1694-700.
- Johansson T, Rantala L, Palmu L, Honkanen-Buzalski T. Occurrence and typing of *Listeria monocytogenes* strains in retail vacuum-packed fish products and in a production plant. International Journal of Food Microbiology. 1999;47(1-2):111-9.
- Pak S-I, Spahr U, Jemmi T, Salman M. Risk factors for *L. monocytogenes* contamination of dairy products in Switzerland, 1990–1999. Prev Vet Med. 2002;53(1-2):55-65.
- Meyer-Broseta S, Diot A, Bastian S, Rivière J, Cerf O. Estimation of low bacterial concentration: *Listeria monocytogenes* in raw milk. International Journal of Food Microbiology. 2003;80(1):1-15.
- Vázquez-Boland JA, Kuhn M, Berche P, Chakraborty T, Domínguez-Bernal G, Goebel W, et al. *Listeria* pathogenesis and molecular virulence determinants. Clin Microbiol Rev. 2001;14(3):584-640.
- McLauchlin J, Greenwood MH, Pini PN. The occurrence of *Listeria monocytogenes* in cheese from a manufacturer associated with a case of listeriosis. International journal of food microbiology. 1990;10(3-4):255-262.
- Goulet V, Hedberg C, Le Monnier A, De Valk H. Increasing incidence of listeriosis in France and other European countries. Emerg Infect Dis. 2008;14(5):734.
- Shayanfar N, Jalilvand A. Listeriosis: two reported cases from Iran. Razi Journal of Medical Sciences. 2004;11(42):565-70.
- Cito G, Luisi S, Faldini E, Calonaci G, Sanseverino F, Torricelli M, et al. Listeriosis in pregnancy: a case report. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 2005;18(6):367-8.
- Craig S, Permezel M, Doyle L, Mildenhall L, Garland S. Perinatal infection with *Listeria monocytogenes*. Australian and New Zealand journal of obstetrics and gynaecology. 1996;36(3):286-90.
- Jackson K, Iwamoto M, Swerdlow D. Pregnancy-associated listeriosis. Epidemiol Infect. 2010;138(10):1503-9.
- Janakiraman V. Listeriosis in pregnancy: diagnosis, treatment, and prevention. Rev Obstet Gynecol. 2008;1(4):179.
- Lurie S, Feinstein M, Mamet Y. *Listeria monocytogenes* reinfection in a pregnant woman. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 1999;106(5):509-10.
- Vermeulen A, Gysemans K, Bernaerts K, Geeraerd A, Van Impe J, Debevere J, et al. Influence of pH, water activity and acetic acid concentration on *Listeria monocytogenes* at 7 °C: data collection for the development of a growth/no growth model. International Journal of Food Microbiology. 2007;114(3):332-41.
- Abdimoghdam Z, Shamloo E, Atefi M. Frequency of *Listeria* species in raw milk and traditional dairy products in Isfahan, Iran. Iranian J Nutr Sci Food Technol. 2015;10(3):101-107.
- Najafi N, Sharifi SM, Bozorgi MA. Evaluation of *Listeria monocytogenes* contamination of raw

- milk and traditional butter purchased in Amol city and detection of Antibacterial resistance of isolates. Journal Of Food Microbiology.2023;9(4):100-107.
20. Kargar M, Ghasemi A. A survey on prevalence rate & antibiotic resistance of *Listeria monocytogenes* in fresh cheese of Marvdasht,(2007). Journal Of Food Technology And Nutrition.2011;8(31):72-77.
 21. Merrikhi Ardebili E, Mohsenzadeh M. Evaluation of methyl cellulose edible coating incorporated with *Carum copticum* L. essential oil and Turmeric (*Curcuma longa* L.) extract on growth control of *Listeria monocytogenes* inoculated to chicken meat portions stored at 4 ° C. FSCT. 2018;15(83):315-28.
 22. Rabinejad F, Ahani AA, Danesh A. Surveying contamination rate of local lactic cheese with *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* and *Listeria monocytogenes* in Gorgan in 2017. Journal Of Torbat Heydariyeh University Of Medical Sciences. 2020;7(4):49-57.
 23. Rahimian ZB. Search for *Listeria monocytogenes* in raw and pasteurized milk in Kurdistan province. Journal Of Veterinary Medicine. 2010;3(9):71-76.
 24. Khedmati MH, Mahmoudi R, Ghajarbeygi P, MOUSAVI S, Shahsavari S, Abbasi N, et al. *Listeria monocytogenes* contamination in unpasteurized traditional cheese products in Qazvin, Iran. Journal Of Mazandaran University Of Medical Sciences. 2019;29(178):115-126.
 25. Vahedi H. A quick review of enterocolitica induced health hazard on global scale. Clin Exc. 2023;12(4):63-82.
 26. Jvazade A. Review of basic with medical sciences (Questions with detailed answers) and medical microbiology and Immunology. Tehran. Shahid university Publication. 1995;1(1):50-3.
 27. ZoWghi E. Food and Nutritional Toxicology.1rd ed.Tehran, university Publication. 2013;265-266(269): 308-10.
 28. Sadrzade p. Incidence of *Listeria monocytogenes* In food. Science and food jurnal Tecnology.1991;1(1):29-32.
 29. Rokni N. Principales of Food Hygiene. Tehran. University Publications. 1996;1(1):14-6.
 30. Razavilar V. Pathogenic Microorganisms in Foods and Epidemiology of Foodborne Itoxications.1ed ed. Tehran, University Publications. 2000:137-53.
 31. Nikpouyan H. Food Botne Diseases and Intoxicatuon. 1rd ed, Mashhad, University of Medical Scicences. 2001;129-132.
 32. Ghassemian Safaii H. Food microbiology. 1rd ed, Sphan Mani Publication. 1999:510- 1.
 33. Tavakkoli H. Food microbiology and health control of food supply and distribution centres. Tehran: Marze Danesh. 2008.
 34. Mortazavi A, Kashani M, Ziaolhagh H. Food microbiology. 1rd ed Fedowsi University Publication. 1992:559.
 35. Mortazavi A, Alami M, Motamedzadegan A, Nayeبزاده K. Modern Food Microbiology. 2rd ed ,Ferdowsi University of Mashhad Publication. 1998:425-8.
 36. Johnson GC, Maddox CW, Fales WH, Wolff WA, Randle RF, Ramos JA, et.al. Epidemiologic evaluation of encephalitic listeriosis in goats. Journal of the American Veterinary Medical Association. 1996;208(10):1695-9.
 37. Woolford M. The detrimental effects of air on silage. 1990.
 38. Maciorowski KG, Herrera P, Jones FT, Pillai SD, Ricke SC. Effects on poultry and livestock of feed contamination with bacteria and fungi. Animal Feed Science and Technology. 2007;133(1-2):109-36.
 39. Hudson JA, Mott SJ. Growth of *Listeria monocytogenes*, *Aeromonas hydrophila* and *Yersinia enterocolitica* in pâté and a comparison with predictive models. International journal of food microbiology. 1993;20(1):1-11.
 40. Bubert A, Hein I, Rauch M, Lehner A, Yoon B, Goebel W, et al. Detection and differentiation of *Listeria* spp. by a single reaction based on multiplex PCR. Applied and environmental microbiology. 1999;65(10):4688-92.
 41. Oliveira TS, Varjao LM, da Silva LNN, Pereira RdCL, Hofer E, Vallim DC, et al. *Listeria monocytogenes* at chicken slaughterhouse: Occurrence, genetic relationship among isolates and evaluation of antimicrobial susceptibility. Food Control. 2018;88:131-8.
 42. Glass KA, Doyle MP. Fate of *Listeria monocytogenes* in processed meat products during refrigerated storage. Applied and Environmental Microbiology.1989;55(6):1565-9.
 43. Johnson JL, Doyle MP, Cassens RG. *Listeria monocytogenes* and other *Listeria* spp. in meat and meat products a review. Journal of Food Protection.1990;53(1):81-91.
 44. Shelef L. Listeriosis and its transmission by food. Prog Food Nutr Sci.1989;13(3-4):363-382.
 45. Hether NW, Jackson LL. Lipoteichoic acid from *Listeria monocytogenes*. Journal of bacteriology. 1983;156(2):809-17.
 46. Roccourt J, Grimont F, Grimont PA, Seeliger HP. DNA relatedness among serovars of *Listeria monocytogenes sensu lato*. Current Microbiology.1982;7:383-388.
 47. Da Silva MCD, Hofer E, Tibana A. Incidence of *Listeria monocytogenes* in cheese produced in Rio de Janeiro, Brazil. Journal of Food Protection. 1998;61(3):354-6.
 48. Waak E, Tham W, Danielsson-Tham M-L. Prevalence and fingerprinting of *Listeria monocytogenes* strains isolated from raw whole milk in farm bulk tanks and in dairy plant receiving tanks. Applied and environmental microbiology. 2002;68(7):3366-3370.

49. Ortel S. Bakteriologische, serologische, und epidemiologische Untersuchungen während eine Listeriose Epidemie. Dtsch Gesundheitswes. 1968;23:753-759.
50. Wilson BA, Salyers AA, Whitt DD, Winkler ME. Bacterial pathogenesis: a molecular approach. 2011.
51. Washington WJ, Stephen A. Konceman color Atlas and Textbook of Dianostic Microbiology. 6ed, Lippinvott Williams & wilkins, philadelphia. 2006:765-73.
52. Linnan MJ, Mascola L, Lou XD, Goulet V, May S, Salminen C, et al. Epidemic listeriosis associated with Mexican-style cheese. New England Journal of Medicine. 1988;319(13):823-828.
53. Schwartz B, Hexter D, Broome CV, Hightower AW, Hirschhorn RB, Porter JD, et al. Investigation of an outbreak of listeriosis: new hypotheses for the etiology of epidemic *Listeria monocytogenes* infections. Journal of Infectious Diseases. 1989;159(4):680-685.
54. Terplan G, Steinmeyer S. Investigations on the pathogenicity of *Listeria* spp. by experimental infection of the chick embryo. International Journal of Food Microbiology. 1989;8(3):277-280.
55. Pearson LJ, Marth EH. *Listeria monocytogenes*-threat to a safe food supply: a review. Journal of dairy science. 1990;73(4):912-928.
56. Green SS. *Listeria monocytogenes* in meat and poultry products. Interim Rept. to Nat'l Adv. Comm. Microbiol. Spec. Foods. FSIS/USDA, Nov. 1990;27.
57. Bannister BA. *Listeria monocytogenes* meningitis associated with eating soft cheese. 1987;15(2):165-168.
58. Gudkova E, Mironova K, Kusminskii A, Geine G. A second outbreak of listeriotic angina in a single populated locality. Zhur Mikrobiol Epidemiol Immunobiol. 1958;29(9):24-28.
59. Olding L, Philipson L. Two cases of listeriosis in the newborn, associated with placental infection. Acta Pathologica Microbiologica Scandinavica. 1960;48(1):24-30.
60. Potel J. Ätiologie der Granulomatosis infantiseptica Bakteriologie, Diagnose, Epidemiologie, Therapie: Martin-Luther-Univ.J Potel. 1953.
61. Kampelmacher E, Van Noorle Jansen LM. Isolation of *Listeria monocytogenes* from faeces of clinically healthy humans and animals. 1969;211(3):353-359.
62. Bille J. Epidemiology of human listeriosis in Europe, with special reference to the Swiss outbreak. Foodborne listeriosis. 1990;71:74.
63. Donnelly CW, Briggs EH. Psychrotrophic growth and thermal inactivation of *Listeria monocytogenes* as a function of milk composition. Journal of Food Protection. 1986;49(12):994-998.
64. Bradshaw J, Peeler J, Corwin J, Hunt J, Tierney J, Larkin E, et al. Thermal resistance of *Listeria monocytogenes* in milk. Journal of Food Protection. 1985;48(9):743-745.
55. Mead PS, Slutsker L, Dietz V, McCaig LF, Bresee JS, Shapiro C, et al. Food-related illness and death in the United States. E Emerg Infect Dis. 1999;5(5):607-625.
66. Doganay M. Listeriosis: clinical presentation. FEMS Immunology & Medical Microbiology. 2003;35(3):173-175.
67. Jalali M, Abedi D. Prevalence of *Listeria* species in food products in Isfahan, Iran. International journal of food microbiology. 2008;122(3):336-340.
68. Mahmoodi MM. Occurrence of *Listeria monocytogenes* in raw milk and dairy products in Noorabad, Iran. Journal of Animal and Veterinary Advances. 2010;9(1):16-19.
69. Rahimi E, Momtaz H, Sharifzadeh A, Behzadnia A, Ashtari M, Esfahani SZ, et al. Prevalence and antimicrobial resistance of *Listeria* species isolated from traditional dairy products in Chahar Mahal and Bakhtiari, Iran. Bulg J Vet Med. 2012;15(2):115-122.
70. Rahimi E, Ameri M, Momtaz H. Prevalence and antimicrobial resistance of *Listeria* species isolated from milk and dairy products in Iran. Food Control. 2010;21(11):1448-1452.
71. Moshtaghi H, Mohamadpour AA. Incidence of *Listeria* spp. in raw milk in Shahrekord, Iran. Foodborne pathogens and disease. 2007;4(1):107-110.
72. Akman D, Duran N, DIĞRAK M. Prevalence of *Listeria* species in ice creams sold in the cities of Kahramanmaraş and Adana. Turk J Med Sci. 2004;34(4):257-62.
73. Hijazi H, Hammad B, Al-Khasawneh A. Modelling and implementation of proactive risk management in e-learning projects: a step towards enhancing quality of e-learning. International Journal of Advanced Computer Science and Applications. 2019;10(5).
74. Ferreira AD, Loiola E, Gondim SM. Motivations, business planning, and risk management: entrepreneurship among university students. RAI Revista de administracao e inovacao. 2017;14(2):140-150.
75. Arabshahi M, Mirzaei I. Investigating the impact of organizational risk management on competitive advantage through the moderating role of information technology (Case study: Kabul Kateb University). Management and Entrepreneurship Studies Quarterly. 2021;7(1).
76. Jafari Golestan N, Mohsenpoor L. Risk management: strategies for quality assurance in nursing. Military Caring Sciences. 2014;1(1):52-56.