Archive of SID

بررسی سرواپیدمیولوژیک آلودگی به هلیکوباکترپیلوری شهرستان ساری در سال ۱۳۸۰

فرهنگ بابامحمودي(M.D.)* ابوالقاسم عجمي(Ph.D.) ** محسن كلهر (S.T.)***
غلامرضا شفيعي(S.T.)*** عليرضا خليليان(Ph.D.)****

چكيده

سابقه و هدف: هلیکوباکترپیلوری به عنوان یکی از مهم ترین عوامل بیماری‌های التهابی وبدخیمی های دستگاه گوارش به‌ویژه گاستریت مزمن فعال (تیپ B)، زخم‌های معده و دوازدهه ، آدنوکارسینوم معده و لنفوم بافت لنفوئید مخاط معده (MALT) شناخته شده است. الگوی همه‌گیری شناسی آلودگی به این باکتری در کشورهای توسعه یافته ودر حال توسعه متفاوت است و به استاندارد کلی زندگی در هر منطقه بستگی دارد. مطالعه حاضر به دنبال این مسأله صورت پذیرفت که الگوی همه‌گیری شناسی جامعه روستایی و شهری شهرستان ساری در آلودگی به هلیکوباکترپیلوری باهم مقایسه شده واز طرف دیگر ، عوامل مستعد کننده با جزئیات بیش‌تری بررسی گردد.

مواد و روش‌ها : مطالعه بر روی **۳۹۴**نفر از ساکنین شهر ساری و روستاهای اطراف که به قیدقرعه وبه روش تصادفی چند مرحله ای انتخاب شده بودند، انجام شد . از هر فردابتدا مشخصات شامل سن ، جنس، محل سکونت ، میزان تحصیلات خود فردووالدین او ، شغل خود فرد ووالدین او ، مالکیت منزل مسکونی ، زیربنای سقف به ازای هر نفر ، تعداد اعضاء خانواده ، امکانات رفاهی منزل ، نوع آب مصرفی ، نمای خارجی منزل مسکونی وموقعیت جغرافیایی محل سکونت سئوال شد وبهداشت دندان‌های وی مورد مشاهده قرارگرفت ودر فرم اطلاعاتی ثبت گردید. سپس بر روی نمونه سرم آن‌ها، وجود آنتی بادی ضد هلیکوباکترپیلودی از نوع IGg با روش الیزاوکیت شرکت RADIM ایتالیا بررسی شد ونتایج به‌دست آمده با نرم افزار آماری SPSS و آزمون Chi-Square وضریب همبستگی پیرسون بررسی گردید.

یافته ها : یافته های این مطالعه نشان می دهد که **۶۴/۲**درصد افراد مورد مطالعه آلوده به هلیکوباکترپیلوری بودند (با فاصله اطمینان ۹۵٪) وبا افزایش سن ، میزان آلودگی به طور محسوسی افزایش می یافت($p<۰/۰۰۱$). بین شیوع عفونت و جنس مونث ($p<۰/۰۵$)، میزان تحصیلات پدر($p<۰/۰۰۵$)، شغل پدر($p<۰/۰۵$)، مالکیت منزل مسکونی($p<۰/۰۰۱$)، موقعیت جغرافیایی محل سکونت($p<۰/۰۵$) و تعداد دندان‌هایی که هر فرد از دست داده است ($p<۰/۰۵$) ارتباط معنی دار وجود داشت، ولی بین شیوع عفونت ومحل سکونت /فعلی فرد ، میزان تحصیلات خود فرد و مادر او، شغل فرد و مادر او ، مصرف دخانیات، سطح بهداشتی، سطح اقتصادی – اجتماعی ، تعداد دندان‌های پوسیده تعداد دندان‌های پرشده و وجود یا عدم وجود درد شکم، رابطه معنی داری یافت نشد. نتایج آنالیز رگرسیون لجستیک که به منظور تعیین مهم‌ترین عوامل خطرساز آلودگی به هلیکوباکترپیلوری انجام گرفت ، نشان داد که متغیر سن، بیش‌ترین ارتباط با شیوع آلودگی را دارا می باشد.

استنتاج : با توجه به شیوع بالای عفونت هلیکوباکترپیلوری و عوارضی که به دنبال آن می‌تواند در افراد آلوده رخ دهد، لزوم آموزش بهداشت، کنترل دقیق منابع آب آشامیدنی و کنترل دقیق عفونت مجدد در افرادی که با روش‌های ریشه کنی باکتری درمان شده‌اند، توصیه می شود.

واژه هاي كليدي : هلیکوباکترپیلوری، آنزیم ایمونواسمی، مطالعات سرواپیدمیولوژیک

این تحقیق طی شماره ۳٤- ۷۹ در شورای پژوهشی دانشگاه ثبت شده وبا حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شده است .

* متخصص عفونی، عضو هیأت علمی(استادیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران ✉ اصفهان- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
** دکترای ایمونولوژی، عضو هیأت علمی(استادیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران *** اینترن (کاروزر) دانشگاه علوم پزشکی مازندران
**** دکترای آمار حیاتی، عضو هیأت علمی(دانشیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ دریافت:۸۱/۸/۱۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۲/۱/۱۱ تاریخ تصویب: ۸۳/۲/۲

www.SID.ir

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

Archive of SID

مقدمه

هلیکوباکترپیلوری به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل بیماری‌های التهابی و بدخیمی‌های دستگاه گوارش به‌ویژه گاستریت مزمن فعال (تیپ B)، زخم‌های معده و دوازدهه، آدنوکارسینوم ولنفوم معده شناخته شده است(۱).

الگوی همه‌گیری شناسی آلودگی به این باکتری در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه متفاوت است و به استاندارد کلی زندگی در هر منطقه بستگی دارد۰ در بخش‌های در حال توسعهٔ جهان ، ۸۰درصد جمعیت ممکن است تا سن ۲۰ سالکی آلوده شوند . برخلاف آن، وجود ارگانیسم فوق در کودکان ایالات متحده ، نادر است ۰ شیوع این ارگانیسم در ایالات متحده حدود ۳۰درصد بوده و افرادی که پیش از سال ۱۹۵۰ متولد شده‌اند، دارای میزان آلودگی بیش‌تری هستند. میزان جایگزینی باکتری با افزایش سن افزایش می‌یابد و در ایالات متحده حدود ۵۰درصد افراد ۵۰ ساله آلوده می‌باشند(۱تا۹). عامل دیگری که به غیر از سن، از عوامل مساعد کننده آلودگی است، وضعیت بد اقتصادی – اجتماعی است و به‌دلیل شیوع بالای آلودگی در کشورهای در حال توسعه ، میزان شیوع آلودگی ، یک شاخص مهم سلامتی و بهداشت در این جوامع محسوب می شود (۱تا۹). در این جوامع کلونیزاسیون باکتری در سنین پایین و حتی قبل از مدرسه رخ می دهد که با کشورهای توسعه یافته از این جهت متفاوت است که در کشورهای توسعه یافته حتی اگر در سنین پایین، کلونیزاسیون رخ دهد، در درصد قابل توجهی از کودکان ، پاک شدن خودبخودی اتفاق می افتد(۱۰).

مطالعات انجام شده در ایران ، شیوع آلودگی را در افراد ۳۵تا۵۵ ساله ۸۸/۴ درصد در سال ۱۳۷۳ و در افراد ۶تا۲۰ ساله استان‌های اردبیل و یزد به‌ترتیب ۴۷/۵ و۳۰/۶ درصد در سال ۱۳۷۶ و در افراد ۲۵-۱۰ ساله تهران ۴۴/۹ درصد در سال ۱۳۷۷ گزارش نموده است (۱۱تا۱۳). در مطالعه ای که در سال ۱۳۷۸ در جامعهٔ شهری ساری و در افراد ۷تا۱۸ ساله انجام شده است، شیوع آلودگی ۱۹/۲ درصد گزارش شده که الگویی مطابق با کشورهای توسعه یافته ارائه نموده است(۱۴).

مطالعه حاضر به دنبال این موضوع صورت پذیرفت که الگوی همه‌گیری شناسی جامعه روستایی و شهری شهرستان ساری در آلودگی به هلیکوباکترپیلوری با هم مقایسه شده و از طرف دیگر عوامل مستعد کننده با جزئیات بیش‌تری بررسی گردد تا ابهام ایجاد شده در مطالعهٔ قبلی رفع گردد ونیز به این سئوال پاسخ داده شود که آیا مثبت بودن آنتی بادی ضد هلیکوباکترپیلوری می‌تواند مجوزی برای درمان ریشه کنی این باکتری در افراد علامت دار باشد یا خیر. این مسأله در جهت گیری درمان مبتلایان به علایم گوارشی و برنامه ریزی‌های بهداشتی در آینده، مفید خواهد بود

مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش توصیفی بر روی ۳۹۴ نفر از ساکنین شهر و روستاهای شهرستان ساری شامل ۱۳۳ نفر مرد و ۲۶۱ نفر زن در سال ۱۳۸۰ انجام گرفت ۰ نمونه گیری به شیوهٔ تصادفی چند مرحله ای و به روش زیر انجام گرفت، پس از هماهنگی لازم با مرکز بهداشت شهرستان ساری و به دست آمدن جمعیت مناطق شهری و روستایی این شهرستان، به قید قرعه تعدادی از مراکز بهداشتی، درمانی شهری و روستایی این شهرستان برحسب میزان جمعیت مناطق مورد نظر انتخاب گردید

که این مراکز از لحاظ جغرافیایی در تمام جهات قرار

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

www.SID.ir

Archive of SID

داشتند. سپس به ترتیب و به شیوهٔ قرعه کشی تعدادی از خانه های بهداشت ، پرونده های خانوار و نهایتاً یک فرد از هر خانواده جهت نمونه گیری انتخاب شدند. پس ازتوضیح درمورد نحوهٔ انجام پژوهش و اخذ رضایت‌نامهٔ کتبی، اطلاعات مورد نیاز در پرسشنامهٔ مخصوصی که توسط پژوهشگران تکمیل می‌شد، جمع آوری گردید که شامل سن، جنس، محل سکونت، میزان تحصیلات خود و والدین وی، شغل خود فرد و والدین وی، مالکیت منزل مسکونی، زیر بنای سقف منزل مسکونی، تعداد اعضای خانواده، کم‌ترین فاصلهٔ سنی بین فرزندان در خانواده، امکانات رفاهی منزل، نوع آب مصرفی، سابقهٔ مصرف دخانیات، سابقهٔ نگهداری حیوانات در منزل ، نمای خارجی منزل مسکونی، بهداشت دهان و دندان براساس DMF ، وجود درد شکم و سئوالاتی در مورد عادات بهداشتی افراد بود و براساس سئوالات فوق و شیوهٔ امتیاز بندی از صفر تا ۵ برای هر فرد رتبه‌ای از نظر سطح بهداشتی و سطح اقتصادی- اجتماعی نیز تعیین گردید. در مورد سئوالات مربوط به سطح اقتصادی- اجتماعی اگر هر فرد رتبهٔ کمتر از ۴۱ داشته باشد، سطح اقتصادی- اجتماعی وی پایین، اگر بین ۴۱ تا ۵۵ داشته باشد، متوسط و اگر بالاتر از ۵۵ داشته باشد، بالا خواهد بود و در مورد سئوالات مربوط به سطح بهداشتی اگر هر فرد رتبه کم‌تر از ۴۵ داشته باشد، سطح بهداشتی وی پایین، اگر بین ۴۵ تا ۶۰ داشته باشد ، متوسط و اگر بالاتر از ۶۰ داشته باشد، بالا خواهد بود. سپس از هر فرد مقدار cc ۵ خون وریدی تهیه گردید که با رعایت شرایط نگهداری، نمونه‌ها حداکثر ظرف یک ساعت به آزمایشگاه منتقل می‌شد و پس از سانتریفوژ و جداسازی سرم، در درجهٔ ۷۰ – درجهٔ سانتیگراد منجمد و نگهداری می‌گردید. تعداد افراد که به وسیله قرعه‌کشی تعیین گردیدند حدود ۴۵۰ نفر بود که ۵۶ نفر حاضر به اهداء نمونه نشدند یا نمونهٔ آن‌ها به‌دلیل مسائلی از جمله کمی حجم نمونه ، همولیز ایجاد شده یا انعقاد مختصر، جهت انجام آزمایش قابل قبول تشخیص داده نشدند. بنابراین در مجموع ۳۹۴ نمونه مورد آزمایش سرولوژی قرار گرفتند. پس از تکمیل جمع آوری نمونه‌ها، سرم‌های جمع آوری شده به روش سرولوژی ELISA و با کیت HPIgG شرکت RADIM ایتالیا از نظر آلودگی به هلیکوباکترپیلوری بر مبنای تیتر IgG ضد باکتری، مورد ارزیابی قرارگرفتند. بر مبنای مطالعهٔای که در دانشگاه علوم پزشکی بابل توسط اسماعیلی و مرادی (۱۳۸۰) انجام گرفت و تیتر استاندارد جهت مثبت تلقی شدن آنتی بادی را در نوجوانان ۲۳ واحد در میلی لیتر گزارش نمود(۱۵) و این استاندارد به‌وسیلهٔ دو روش اندوسکوپی- بیوپسی و آزمون تنفسی اوره آز تائید گردید، نمونه‌ها به دو دستهٔ سروپوزیتیو وسرونگاتیو تقسیم بندی شدند و عوامل مختلف در مورد آن‌ها سنجیده شده. حساسیت و ویژگی آزمون سرولوژی الیزا درمطالعه نقشوار- عمرانی نوا (۱۳۷۹) در همین دانشگاه به ترتیب ۸۵ و ۷۰ درصد گزارش شده است(۱۶). در نهایت، اطلاعات به‌دست آمده بوسیله نرم افزار آماری SPss ، تجزیه و تحلیل گردید و جهت نشان دادن معنی‌دار بودن اختلاف‌های آماری، از آزمون Chi-square و جهت نشان دادن سایر موارد، از آمار توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید

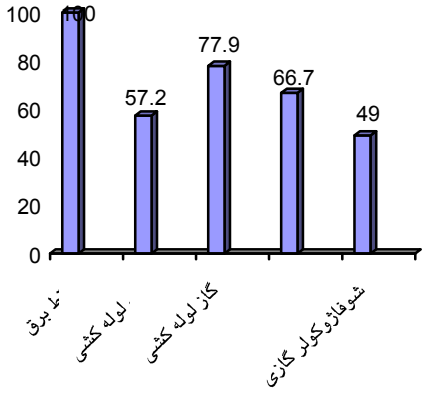
یـــافـــتـــه هـــا

شـــیوع کلـــی آلـــودگی بـــه هلیکوبـــاکترپیلوری ۶۴/۲درصـد بـود که بـا افـزایش سن، افـزایش می‌بـافت و از ۲۸/۵ درصد در گـروه سـنی زیـر ۱۰ سـال بـه ۸۰/۹ درصد در گروه سنی ۵۱تا ۶۰ سال مـی رسـید($p<۰/۰۰۵$) ودر دو گـروه سـنی بعـدی، مجـدداً مقـداری افـت در میزان آلودگی ظاهر می شد.

www.SID.ir

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

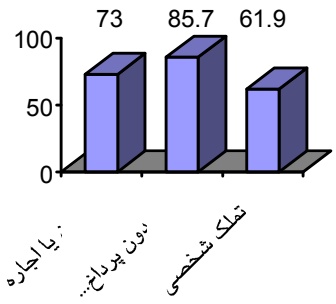
Archive of SID



نمودار شماره ۱: توزیع فراوانی آلودگی به هلیکوباکترپیلوری در شهرستان ساری در سال ۱۳۸۰ در گروههای مختلف سنی

x^2=21.68 p<0.005

شیوع آلودگی در جنس مونث بیش از جنس مذکر و از نظر آماری معنی دار بود (p<۰/۰۵) شیوع آلودگی در شهر و حاشیه شهر بیش‌تر از روستا بود که این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود. بین شیوع آلودگی و تحصیلات خود فرد ونیز تحصیلات مادر وی رابطـــهٔ معنی داری پیدا نشد. همچنین بین شیوع آلودگی و شغل افراد رابطهٔ معنی‌دار آماری وجود نداشت. بین شیوع آلودگی و مالکیت منزل مسکونی (p<۰/۰۰۵) و تعداد اعضای خانواده (p<۰/۰۰۵) رابطهٔ معنی‌دار آماری وجود داشته است که نمودار های ۲ تا ۴ نشان داده شده است.

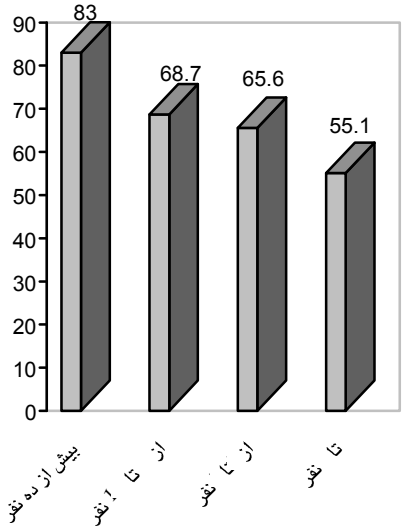


نمودار شماره ۲ : توزیع فراوانی آلودگی به هلیکوباکترپیلوری بر حسب مالکیت منزل مسکونی

X^2= 6.61

نمودار شماره ۳ : توزیع فراوانی آلودگی به هلیکوباکترپیلوری بر حسب امکانات رفاهی

x^2= 16.11 p<0.05



نمودار شماره ۴ : توزیع فراوانی آلودگی به هلیکوباکترپیلوری بر حسب تعداد اعضاء خانواده

x^2=3.92 p<O.O5

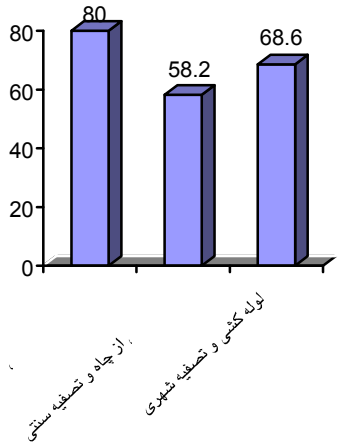
بین شیوع آلودگی و نوع حیوان نگهداری شده در منزل دربین کسانی‌که درمنزل خود از حیوانات نگهداری می کردند، رابطهٔ معنی دار آماری وجود داشت و شیوع آلودگی در کسانی که در منزل خود از پرندگان نگهداری می کردند نسبت به کسانی که از سگ و گربه یا چهارپایان نگهداری می کردند بیش‌تر بود (p<۰/۰۵).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

www.SID.ir

Archive of SID

شیوع آلودگی در کسانی که آب آشامیدنی آن‌ها تصفیه نمی شد ونیز کسانی که آب آشامیدنی آن‌ها در شهر تصفیه می شد نسبت به کسانی که آب تصفیه شدهٔ روستایی مصرف می کردند، بیش‌تر بود و این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود($p<۰/۰۵$). (نمودار شماره ۵)

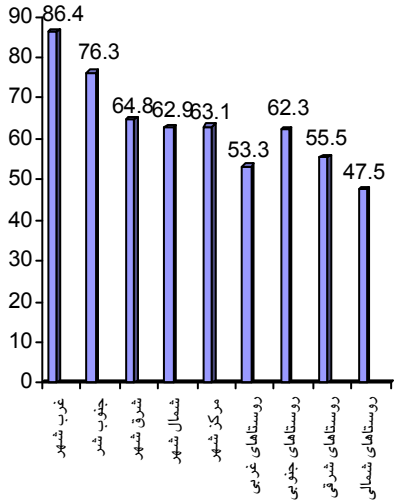


نمودار شماره ۵ : توزیع فراوانی آلودگی به هلیکوباکترپیلوری بر حسب نوع آب مصرفی

$X^2= 6.67$ $P<0.05$

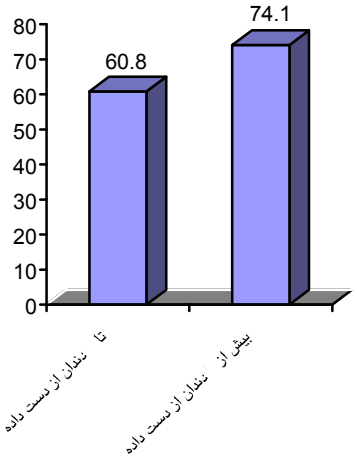
بیش‌ترین شیوع آلودگی از نظر موقعیت جغرافیایی در ناحیه غربی شهر ساری و کم‌ترین شیوع آلودگی در روستاهای ناحیه شمالی شهرستان که به سمت دریا هستند، مشاهده گردید (نمودار شماره۶) این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود

از نـظر بهـداشت دهـان و دنـدان، عاملـی که رابطـهٔ معنی‌داری با شیوع آلودگی داشت، تعداد دندان‌های از دست رفته هر فرد بود؛ به‌گونه ای که میـزان‌آلـودگی در افرادی که بیش از ۳ دندان خـود را از دست داده بودند، به‌طور معنی‌داری بیش‌تر از کسـانی بوده است که‌کم‌تر از ۳ دندان از دست رفتـه داشتند($p<۰/۰۵$) (نمودارشماره۷).



نمودار شماره ۶ : توزیع فراوانی آلودگی به هلیکوباکترپیلوری بر حسب موقعیت جغرافیایی محل سکونت

$X^2= 15.82$ $P<O.O5$



نمودار شماره ۷: توزیع فراوانی آلودکی به هلیکوباکترپیلوری بر حسب تعداد دندانهای از دست داده

$X^2= 3.89$ $P<0.05$

اگـر چـه شـیوع عفونـت در کسـانی کـه سـطح اقتصادی – اجتماعی بالایی داشتند، کم‌تر بود ولـی ایـن اختلاف‌ها از نظر آماری معنی دار نبود.

www.SID.ir

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

Archive of SID

بین شیوع آلودگی به هلیکوباکترپیلوری و وجود یا عدم وجود درد شکمی نیز رابطهٔ معنی دار آماری به‌دست نیامد. نهایتاً یافته‌ها نشان می داد که اگر چه با افزایش سن افراد، تیتر آنتی بادی ضد هلیکوباکترپیلوری نیز افزایش می یابد، این افزایش از نظر آماری معنی‌دار نیست.

بحث

شیوع کلی آلودگی به هلیکوباکترپیلوری در سطح شهرستان ساری در سال ۱۳۸۰ ، ۶۴/۲ درصد بود که این میزان مطابق با الگوی کشورهای در حال توسعه است(۱۶). شیوع به‌دست آمده، کم‌تر از عدد مشابه در شهرستان اردبیل و بیش‌تر از اعداد به‌دست آمده در شهرستان‌های تهران و یزد می‌باشد(۱۱تا۱۳، ۱۷،۱۸). میزان آلودگی در سن زیر ۱۸ سال نیز حدود ۴۱/۲درصد بود که تقریباً بیش از دو برابر مقداری است که در مطالعهٔ فرهادی (۱۳۷۸) در همین شهرستان به دست آمده بود (مطالعهٔ قبلی، صرفاً درشهرساری و بر روی دانش‌آموزان ۷ تا ۱۸ ساله انجام گرفته بود)(۱۴).

یافته‌ها نشان داد که با افزایش سن، میزان آلودگی به هلیکوباکترپیلوری، افزایش می یابد و بیش‌ترین شیب منحنی در گذر از دهه دوم به دهه سوم زندگی است که این الگو مطابق مطالعات انجام شدهٔ قبلی از جمله مطالعهٔ Sathar و همکاران (۱۹۹۴) در جنوب آفریقا و مطابق با الگوی کشورهای در حال توسعه است (۱۹).

در دهه‌های هفتم و هشتم زندگی افت مختصری در شیوع آلودگی مشاهده می شود که شبیه مطالعات انجام شده قبلی است و می‌تواند به‌دلیل مصرف داروهای متعدد، ایجاد آتروفی در GI و در نتیجه کاهش ترشح اسید معده ونیز به‌دلیل انجام درمان‌های مختلف ریشه‌کنی باکتری باشد.

اگر چه مطالعات قبلی، تفاوتی از جهت شیوع جنسی آلودگی نشان نداده است(۱۹،۱) ، در این مطالعه تفاوت شیوع جنسی مشاهده می شود که می‌تواند به این دلیل باشد که افراد مسن که جزء نمونه‌ها بوده اند غالباً زنان مسن بوده‌اند و مردان مسن، حضور کم‌تری در نمونه‌های بررسی شده داشته اند.

باتوجه به این‌که شیوع‌آلودگی به هلیکوباکترپیلوری درکسانی که از آب تصفیه شدهٔ شهری استفاده می‌کنند، نسبت به کسانی که از آب تصفیه شدهٔ روستایی استفاده می‌کنند بیش‌تر بوده است و از طرفی یکی از مهم‌ترین راه‌های انتقال باکتری، راه مدفوعی- دهانی و ناشی از آلودگی منابع آب می باشد، لااقل در سال‌های گذشته وجود داشته و این احتمال هنوز هم وجود دارد، در مطالعه حاضر، شیوع آلودگی در نزد افرادی که در منزل و در مجاورت با طیور(مرغ و خروس) زندگی می‌کردند، بیش‌تر بوده و رابطهٔ معنی‌دار آماری وجود داشته، اما صرف وجود سگ یا گربه تفاوت معنی‌داری را نشان نداده است و استدلال ما این است که حضور مرغ و خروس رابطهٔ تنگاتنگ تری با مردم دارد تا سگ یا گربه.

در مطالعهٔ پیروز (۱۳۷۷) که در تهران صورت گرفته، نشان داده شده بود که بین شیوع آلودگی و نگهداری حیوانات در منزل ، رابطهٔ معنی دار وجود دارد (۱۸). این عامل نیز بررسی شد و نشان داده شد که بین نکهداری صرف حیوانات در منزل و شیوع آلودگی رابطهٔ معنی‌دار آماری وجود ندارد، ولی کسانی که به هر دلیلی حیوانات در منزل آن‌ها حضور دارند، آن‌ها که از پرندگان از جمله ماکیان نگهداری می‌کنند، دچار آلودگی بیش‌تری هستند و این یافته‌ها برخلاف این تصور بود که چون خانوادهٔ هلیکوباکتردر سگ و گربه کلونیزه می‌شود، باید شیوع آلودگی در کسانی که در

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

www.SID.ir

Archive of SID

منزل خود سگ یا گربه دارند، بیش‌تر باشد. یکی از احتمالاتی که در این زمینه مطرح است آن است که غالب افرادی‌که در این مطالعه دارای حیواناتـی در منزل خود بوده‌اند، روستایی هستند و از بعضی از حیوانات مانند سگ وچهارپایان جهت انجام‌کارهای خود استفاده می‌کنند، ولی این حیوانات وارد زندگی خصوصی آن‌ها و مسائل بهداشتی ایشان نمی شوند و به عبارت دیگر حیوان خانگی (Kids) محسوب نمی‌گردند- در حالی که پرندگان به ویژه مرغ و خروس، بیش‌تر در زندگی شخصی و عادات بهداشتی افراد دخالت دارند و بیش‌تر با انسان‌ها مرتبط هستند. بنابراین در صورتی که مطابق بعضی از منابع(۱) هلیکوباکتر در پرندگان کلونیزه شده باشد، از این راه می‌تواند به انسان منتقل شود.

یافته‌ها نشان داد که اگر از جهت غـرب شهرسـتان، در خـلاف جهـت عقربـه هـای سـاعت حرکـت کنـیم ، شیوع آلودگی به هلیکوباکترپیلوری کم‌تر می شـود کـه ایـن مسـأله نیـز بـا توجـه بـه بافـت شـهری و روسـتایی شهرستان ساری می تواند توجیه پـذیر باشـد. روسـتاهای شمالی شهرستان که به سمت دریـا قـرار دارنـد از سـطح بهداشتی و اقتصادی- اجتماعی بالاتر برخوردار هستند و شیوع آلودگی در آن مناطق، کم‌تر است.

یکی از موارد جدید بررسی شـده در ایـن مطالعـه ، بررسـی رابطـهٔ بهداشـت دهـان و دنـدان افـراد یـا شـیوع عفونت هلیکوباکترپیلوری بوده است کـه ایـن مسـأله بـا توجـه بـه یافـت شـــدن هلیکوباکتـــر در پـلاک‌هـای دندانی(۲۰) اهمیت ویژه‌ای داشت و نتایج به‌دست آمـده، نشان داد که شیوع آلودگی، ارتباط معنی داری با تعـداد دندان‌های پوسیده شـده و پرشـده نـدارد، امـا بـا تعـداد دندان‌های از دست رفته هر فرد ارتباط معنی داری دارد. نکتـه ای کـه ممکـن اسـت بـه عنـوان تـورش در ایـن نتیجه‌گیری مطرح باشد آن است که معمولاً افـراد مسـن که شیوع آلودگی در آن‌ها بالاتر است، تعداد دندان‌های بیش‌تری از دست داده اند، ولی این امر می تواند بـه اثـر هلیکوباکتر در بهداشت دهان و دندان نیز مربوط باشد و از طرفی دستکاری‌های دندان‌پزشکی مـی توانـد عـاملی برای انتقال این باکتری از فردی به فردی دیگر باشد.

یافتـه هـای ایـن مطالعـه نشـان داد کـه بـین شـیوع آلـودگی بـه هلیکوبـاکترپیلوری و وجـود درد شـکم در افـراد ، رابطـهٔ معنـی‌دار آمـاری وجـود نـدارد. از طرفـی مطالعـه همـزمانـی که در تهـران توسط فقیهـی کاشانـی (۱۳۸۰) بر روی بیمـاران دچـار دیس پپسی بـدون زخـم (NUD) انجام گرفت، نشان داد کـه شـیوع آلـودگی بـه هلیکوبـاکترپیلوری در آن بیمـاران حـدود ۶۹/۲ درصـد بوده است که با سه روش تشخیص، تائید شده است(۲۱) اختلاف شیوع آلودگی در این دو گروه از نظـر آمـاری معنی دار نیست و تنها نقص این دو مطالعه، این است در دو نقطه جداگانه انجام شده است. بنـابراین اگـر مطالعـه ای در منطقه ساری بر روی بیماران دچار NUD، نتـایج مطالعه تهران را تائید کند، باید به این نکتـه اشـاره نمـود که برخلاف آن‌چه که اکنون در منابع معتبر به آن اشاره می‌شود(۱) کسانی که دچار علایم سوء هاضمه یـا دیـس پپسی هستند و سرولوژی آن‌ها نیز از نظر آنتی بادی ضد هلیکوباکتر مثبت است، اندیکاسـیون انجـام ریشـه کنـی چند دارویی وجود ندارد وسـرولوژی در ارزیـابی آن‌هـا جهت انجام درمان، هیچ نقشی به عهده نخواهد داشت و تنهـا ارزشـی کـه مـی‌تـوان بـرای سـرولوژی قائـل شـد، ارزیابـــی همـه‌گیـــری شناســـی جامعـه اسـت و تائیـد مضاعفی که بر این مقولـه وجـود دارد آن اسـت کـه در مطالعه حاضر، هیچ ارتباط معنی داری بـین سـایر علایـم گوارشـی ونیـز مصـرف داروهـای مختلـف بـا شـیوع آلودگی پیدا نشد.

یافتـه‌های این مطالعـه نشـان می دهد که هـرچـه سـن افـراد بـالاتر مـی‌رود، تیترآنتـی بـادی ضـد

www.SID.ir

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

Archive of SID

هلیکوباکترپیلوری نیز بالاتر می رود، هر چند این ارتباط از نظر آماری معنی‌دار نبود. افزایش تیتر آنتی بادی در سنین بالا می‌تواند به دلایل مختلف از جمله آلودگی با مقادیر بیش‌تر باکتری، حاد بودن ایجاد آلودگی (به‌ویژه ایجاد آلودگی مجدد که لزوم ارزیابی مجدد بیماران درمان شده با رژیم چند دارویی را یاد آوری می کند)، پاسخ قوی تر سیستم ایمنی و درگیری با شوس‌های قوی تر باکتری باشد. ولی بهترین توجیه این مسأله آن است که مطابق الگوی پاسخ ایمنی بدن، هر چه تعداد مواجهه‌های هر فرد با یک باکتری یا عامل محرک سیستم ایمنی بیش‌تر باشد ، پاسخ ایمنی شدیدتر ایجاد می شود و تیتر آنتی بادی بالاتر خواهد رفت ۰ بنابراین سرم افرادی که سن بالاتری دارند، چون چندین بار به‌وسیلهٔ این باکتری آلوده شده اند، با تیتر بالاتری نسبت به افرادی که سن کم‌تری دارند ، مثبت خواهد شد. این امر در تفسیر نتایج سرولوژی، حائز اهمیت است.

نهایتاً نتایج آنالیز رگرسیون لجستیک نشان داد که سن، بیش‌ترین ارتباط را با شیوع آلودگی دارا می‌باشد و جزء مهم‌ترین عوامل خطرساز محسوب می‌شود.

بنابراین براساس یافته‌های پژوهش، موارد زیر پیشنهاد می‌شود:

۱- مطالعه دیگری در افراد دچار دیس پپسی در همین منطقه انجام شود و الگوی همه‌گیری شناسی آن‌ها با افراد سالم جامعه(مطالعه حاضر) مقایسه گردد تا براساس آن، دستورالعمل جدید ریشه کنی باکتری در این افراد به دست آید.

۲- مطالعه دیگری به شکل دقیق تر بر روی شیوع آلودگی و ارتباط آن با بهداشت دهان و دندان صورت گیرد تا اثر احتمالی هلیکوباکترپیلوری بر روی تخریب دندان‌ها شناسایی شود و ترجیحاً برای ارزیابی بهداشت دهان و دندان می توان از دندانپزشکان یاری طلبید.

۳- منابع آب مصرفی قسمت‌های مختلف شهرستان ساری به‌ویژه از نظر آلودگی به سوش‌های مختلف هلیکوباکترپیلوری در مطالعه دیگری مورد ارزیابی قرارگیرد.

۴- جهت پیدا کردن استاندارد جدید و بومی تیتر آنتی بادی ضد هلیکوباکترپیلوری، مطالعه دیگری در همین منطقه بر روی افراد بزرگسال صورت گیرد و سرولوژی آن‌ها با روش‌های تشخیصی دیگر مانند بافت شناسی و آزمون تنفسی اوره آز مقایسه شود تا تفسیر سرولوژی براساس استاندارد به‌دست آمده، صورت پذیرد.

سپاسگزاري

بدینوسیله از زحمات سرکار خانم دکتر مهرنوش کوثریان که تجربیات خود را در اختیار قرار دادند، جناب آقای دکتر علیرضا خلیلیان که محاسبات آماری این طرح را انجام دادند، جناب آقای دکتر محمد رضا اسماعیلی که نتایج طرح مکمل این پژوهش را در اختیار ما گذاردند، آقایان دکتر محمد سروش و دکتر سید حسین هادیان که در انجام طرح به ما یاری رساندند، معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران که هزینه انجام این طرح را تقبل نمودند و همه عزیزان که به طور مستقیم یا غیرمستقیم در شکل‌گیری این نتایج سهیم بوده‌اند؛ به‌ویژه کارکنان زحمتکش آزمایشگاه مازندران و بهورزان سخت کوش شبکه بهداشتی- درمانی شهرستان ساری تقدیر و تشکر به عمل می آید.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

www.SID.ir

Archive of SID

فـهـرست مـنـابـع

1. Atherton JC. "Helicobacterinfections "in"Har***risons Principels of internal medicine"*** 15 edition. New york. Mc Growhill 2001, 960- 963
2. Graham DY.Epidemiology of Helicobacter pylori in an asymeptomatic population in the United states. Effect of age race and socioeconomic status. ***Gasteroenterology*** 1991,100,1495,1501.
3. Cilla –G. Helicobacter Pylori infection: a seroepidemiological study in Gipuzkoa Basque Country. Spain. European ***JornaL oF epidemiology***. 1997; 13: 945-949.
4. Maraty HM. Prevalence of Helicobacter Pylori infection to socioeconomic children: Inverse relation to socioeconomic status despite a uniformly high prevalence in aduits. ***American Journal of epidemiology*** 1996; 143(3): 257-262.
5. Luzza F. Suggestion against on oral– oral route of transmission for Helicobacter pylori infection:a Seroepidemiological study in rural area ***.Digestive diseases and sciences***. 1998; 43(7): 1488-1492.
6. Goodwin CS. Helicobacter Pylorinfection. ***The Lancet***. 1997; 349: 256-269.
7. Bardhan PK. Epidemiologica. European journal of gastrology. 1994; 6: 37-41.
8. Features of Helicobacter pylori infection in developing countries.***Clinical infectious diseases.*** 1997; 25: 973-978.
9. Alaganantham TP. Seroepidemiology of Helicobacter pyiori infection in an urban upper class population. Indian ***journal of gastroenterology***.1999; 18(2): 66-68.
10. Thomas JE.Helicobacter pylori colonization in early life. ***Pediatric research.*** 1999; 45(2): 218-223.
11. Massarrat S. Prevalence of Helicobacter pylori infection in two different male populations in Iran and its associated Factors.***American journal of gastronterology.*** ***1***994; 67: 994-998.

۱۲. ولی‌زاده‌طوسب سیدمحمد، خنچه احمد. بررسی سرواپیدمیولوژی شیوع عفونت هلیکوباکترپیلوری در دو استان با شیوع بالا (اردبیل) و پایین (یزد) سرطان معده ***پایان نامه*** شماره ۵۰۲۷- دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۳۷۶.

۱۳. بررسی سرواپیدمیولوژی آلودگی به هلیکوباکترپیلوری در گروه‌های سنی مختلف شهر تهران- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی- ***کنگره بیماریهای عفونی*** ۱۳۷۷.

۱٤. فرهادی اشکان،بهار عادله.بررسی سرواپیدمیولوژیک عفونت هلیکوباکترپیلوری در دانش آموزان ۷تا ۱۸ ساله شهر ساری. ***پایان نامه*** شماره ۱۹۲- دانشگاه علوم پزشکی مازندران ۱۳۷۸.

۱۵. اسماعیلی محمد رضا، مرادی سیاوش. بررسی سه روش تشخیص هیستولوژی، آزمون تنفسی اوره آز و سرولوژی در ارزیابی آلودگی به هلیکوباکترپیلوری درگروه سنی زیر۱۴سال شهرستان بابل دانشگاه علوم پزشکی بابل (مطالعه اخیر تا زمان حاضر ، هنوز منتشر نشده است) ۱۳۸۰.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

www.SID.ir

Archive of SID

تحقیقات علوم آزمایشگاهی. ***پایان نامه*** شماره ۲۴۶- دانشگاه علوم پزشکی ایران ۱۳۷۷.

19. Sathar MA.Seroprevaler ce of Helicobacter pylori infection in Natal/ Kwazuiu south Afric. ***European Journal of gastrology.*** 1994; 6: 37-41.

20. Malaty HM.Helicobacter pylori infection in dental workers: a seroepidemiology study.***American journal of gastroenterology***. 1992; 87(12): 1728-1731.

۲۱. فقیهی کاشانی امیر حسین، باسی علی. مقایسه فراوانی وجود میکروب هلیکوباکترپیلوری در گروه‌های مختلف بیماران مبتلا به سوء هاضمه بدون زخم مراجعه کننده به بیمارستان شهدای هفتم تیر. ***پایان نامه*** شماره ۱۰۱۲۷- دانشگاه علوم پزشکی ایران ۱۳۸۰.

۱۶. نقشوار فرشاد، همرانی نوا ملودی. بررسی حساسیت و ویژگی تستهای سرولوژیک در تشخیص عفونت هلیکوباکترپیلوری. ***پایان نامه*** شماره ۱۹۳- دانشگاه علوم پزشکی مازندران ۱۳۷۹.

17. Massarrat S. Irritable boweI syndrom and constipation in two population in Iran. ***European Journal of gastroenterology and hepatology***. 1995; 7: 427-433.

۱۸. پیروز طاهره،آناهید مجید. بررسی سرواپیدمیولوژیک آلودگی هلیکو باکترپیلوری در افراد به ظاهر سالم (گروه سنی۱۰ تا۲۵ سال) مراجعه‌کننده به آزمایشگاه بیمارستان‌های دی، مهر، فیروز آبادی، شهدای هفتم تیر و مرکز

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

www.SID.ir