وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الفرات الاوسط التقنية
قسم تقنيات صحة المجتمع

تحديد معدل انتشار جرثومة المعدة *Helicobacter pylori* في محافظة النجف الأشرف

بحث مقدم الى مجلس المعهد التقني الكوفة في جامعة الفرات الأوسط التقنية لغرض استكمال المتطلبات للحصول على شهادة الدبلوم في قسم تقنيات صحة المجتمع

مقدم من قبل الطلبة

احمد حسين حسن	احمد صائب هادي	امير عدي حمزة
امير كاظم خنفر	بدر فليح ثعوال	تبارك اياد كامل
تبارك حاتم هامل	حسن فرحان جاسم	حسين عباس حمزة
حيدر باسم بخيت	دعاء صالح عبد المهدي	دلال غائب ادريس
زهراء حسن عبد الحسين	زهراء حيدر خضير	زهراء سالم حسين
مصطفى ياسين محمد	نبأ نور غضيب	

وبأشراف

أ.م. أنـغـام نـجاح هـادي

1446هـ **2025م**

بِسۡمِ ٱللَّهِ ٱلرَّحۡمَٰنِ ٱلرَّحِيمِ

(يَٰٓأَيُّهَا ٱلنَّاسُ قَدۡ جَآءَتۡكُم مَّوۡعِظَةٞ مِّن رَّبِّكُمۡ وَشِفَآءٞ لِّمَا فِي ٱلصُّدُورِ وَهُدٗى وَرَحۡمَةٞ لِّلۡمُؤۡمِنِينَ)

صدق الله العلي العظيم

سورة يونس الآية (٥٧)

الإهداء

إلى حفظة سر الله مهبط وحيه

الرسول الكريم محمد (صلى الله عليه واله وسلم)

إلى الشفاه التي أكثرت الدعاء لي كلما نطقت ... والدتي الغالية ... براً وإحسانا

إلى أبي وأخواني وأخواتي .... محبة ووفاء

إلى كل من علمني حرفاً ومهد لي للعلم طريقاً .... أساتذتي الأفاضل

أهدي ثمرة جهدي المتواضع

الشكر والتقدير

يسعدني أن أتوجه بخالص الشكر والعرفان إلى كل من ساهم في دعمي ومساندتي طوال رحلتي الدراسية، حتى تمكنت بفضل الله ثم بفضلهم من إتمام هذا البحث.

أود أن أعبر عن عميق امتناني لمشرفة البحث الأستاذة **ا.م. أنغام نجاح هادي**، التي لم تبخل بتقديم النصائح والإرشادات القيّمة التي كانت نبراسًا لي في إكمال هذا العمل.

كما أخص بالشكر أسرتي العزيزة، التي كانت خير عون لي في كل خطوة خطوتها، وشكلت الحافز الأكبر لتحقيق هذا الإنجاز. وأتوجه بامتنان خاص إلى افراد عائلتي الكريمة الذين تحملوا معي الكثير من اجل انجاز هذا البحث وأقبل يدي والدي ووالدتي عرفاناً وامتنانا، على دعمهم غير المحدود وصبرهم وتشجيعهم الدائم.

وختامًا، لا يفوتني أن أُثني على كل من مد لي يد العون أو قدم لي نصيحة أو دعم، وأسأل الله أن يجزيهم عني خير الجزاء.

والله ولي التوفيق

قائمة المحتويات

تسلسل	الموضوع	الصفحة
	قائمة المحتويات	I.
	قائمة الجداول	II.
	قائمة الاشكال والمخططات	III.
الفصل الاول :المقدمة		
1-1	المقدمة	3-1
2-1	الهدف من الدراسة	3
الفصل الثاني :استعراض المراجع		
1-2	لمحة تاريخية عن بكتريا المعدة الحلزوني	6-5
2-2	الصفات العامة للبكتريا الحلزونية	7-6
3-2	الوبائية	7
4-2	العلامات والاعراض	7
الفصل الثالث: طرق العمل		
1-3	طرق العمل	11-9
الفصل الرابع : النتائج والمناقشات		
1-4	توزيع المرضى المصابين بجرثومة المعدة حسب الجنس	13
2-4	توزيع المرضى المصابين بجرثومة المعدة حسب الفئات العمرية	15-13
3-4	توزيع المرضى المصابين بجرثومة المعدة حسب السكن	16-15
4-4	توزيع المرضى المصابين بجرثومة المعدة حسب مستوى التعليم	18-16
5-4	توزيع المرضى المصابين بجرثومة المعدة حسب فترات الاصابة	19-18
6-4	توزيع المرضى المصابين بجرثومة المعدة حسب الاعراض	21-19
7-4	توزيع المرضى المصابين بجرثومة المعدة حسب المضاعفات	23-21
	الاستنتاجات والتوصيات	26-25
الفصل الخامس : المصادر		
1-5	المصادر العربية	27
2-5	المصادر الاجنبية	29-27

الجداول

رقم الجدول	العنوان	رقم الصفحة
1-4	توزيع المرضى المصابين بجرثومة المعدة حسب فترات الاصابة	18
2-4	توزيع المرضى المصابين بجرثومة المعدة حسب الاعراض	20
3-4	توزيع المرضى المصابين بجرثومة المعدة حسب المضاعفات	22

الاشكال

رقم الشكل	العنوان	رقم الصفحة
1-4	توزيع المرضى المصابين بجرثومة المعدة حسب الجنس	13
2-4	توزيع المرضى المصابين بجرثومة المعدة حسب الفئات العمرية	14
3-4	توزيع المرضى المصابين بجرثومة المعدة حسب السكن	16
4-4	توزيع المرضى المصابين بجرثومة المعدة حسب مستوى التعليم	17

أقرار المشرف

أشهد أن هذا المشروع (دراسة معدل انتشار جرثومة المعدة Helicobacter pylori في محافظة النجف الأشرف) تم إعداده بإشرافي والمقدم من قبل الطلبة:

احمد حسين حسن	**احمد صائب هادي**	**امير عدي حمزة**
امير كاظم خنفر	**بدر فليح ثعوال**	**تبارك اياد كامل**
تبارك حاتم هامل	**حسن فرحان جاسم**	**حسين عباس حمزة**
حيدر باسم بخيت	**دعاء صالح عبد المهدي**	**دلال غائب ادريس**
زهراء حسن عبد الحسين	**زهراء حيدر خضير**	**زهراء سالم حسين**
مصطفى ياسين محمد		**نبأ نور غضيب**

للحصول على الدرجة الدبلوم التقني في تقنيات صحة المجتمع.

التوقيع

أ. م. أنغام نجاح هادي

جامعة الفرات الأوسط التقنية

المعهد التقني /كوفة

اقرار لجنة المناقشة

نحن أعضاء لجنة المناقشة، نُقرّ بقراءة هذا البحث (دراسة معدل انتشار جرثومة المعدة Helicobacter pylori في محافظة النجف الأشرف) وفحص محتوياته للطلبة:

احمد حسين حسن	**احمد صائب هادي**	**امير عدي حمزة**
امير كاظم خنفر	**بدر فليح ثعوال**	**تبارك اياد كامل**
تبارك حاتم هامل	**حسن فرحان جاسم**	**حسين عباس حمزة**
حيدر باسم بخيت	**دعاء صالح عبد المهدي**	**دلال غائب ادريس**
زهراء حسن عبد الحسين	**زهراء حيدر خضير**	**زهراء سالم حسين**
مصطفى ياسين محمد		**نبأ نور غضيب**

ونعتقد أنه كافٍ لمنح درجة الدبلوم في تقنيات صحة المجتمع.

عضو عضو عضو رئيس اللجنة

تمت الموافقة عليه من قبل مجلس قسم صحة المجتمع

الخلاصة:

تعتبر جرثومة المعدة مشكلة صحية عالمية تتأثر بالعديد من العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية. من خلال إجراء دراسات استبيانية وتحليل البيانات المتعلقة بهذه العوامل، يمكن فهم أفضل لتوزيع الإصابة بجرثومة المعدة وتطوير استراتيجيات فعالة للوقاية والعلاج. من الضروري زيادة الوعي الصحي حول طرق انتقال العدوى وأهمية اتباع ممارسات النظافة السليمة، بالإضافة إلى التشخيص المبكر والعلاج المناسب للحد من خطر المضاعفات.

جمعت 65 استمارة استبيان من المرضى المراجعين الى مدينة الصدر الطبية وللفترة من فبراير الى مارس 2025.

اضهرت النتائج ان توزيع المرضى المصابين بجرثومة المعدة حسب الجنس متفاوت بين الذكور هم اكثر نسبة مقارنتآ بالاناث، في حين ان الفئات العمرية للمصابين بجرثومة المعدة اضهرت ان اعلى نسبة للاصابة من 21-31 سنة بينما اقل نسبة اضهرت بعمر 65-75 سنة. في حين ان توزيع الاصابة حسب السكن اضهرت اعلى نسبة لانتشار في مركز المدينة وبنسبة 55% مقارنتآ بالريف بنسبة 45%. كما ان توزيع المرضى المصابين بجرثومة المعدة حسب مستوى التعليم اضهرت اعلى نسبة هم دراسة الجامعية فما فوق تليها الابتدائية والاعداديو والمتوسطة واقل نسبة من الاشخاص الذين لايقرئون ولايكتبون. كما اضهرت نتائج ان فترة الاصابة من21-31 سنة هم اكثر فئة للاصابة بجرثومة المعدة.

اوضحت هذه الدراسة التوزيع الزمني للمرضى المصابين بجرثومة المعدة، وتسلط الضوء على أهمية الكشف المبكر والعلاج الفعال للوقاية من المضاعفات الصحية المحتملة. من خلال فهم المدد الزمنية للإصابة وتأثيرها على الصحة، كما أن الإصابة بهذا المرض يمكن أن تتجلى بمجموعة واسعة من الأعراض. يجب على الأطباء أن يكونوا على دراية بهذا التباين، وأن يعتمدوا على الفحوصات المخبرية لتأكيد التشخيص، وأن يضعوا خطط علاجية مخصصة لكل مريض بناءً على الأعراض التي يعاني منها. يمكننا تطوير استراتيجيات أفضل للوقاية والعلاج من هذه العدوى الشائعة.

المقدمة

1-1 المقدمة:

تُعرف جرثومة المعدة علميًا باسم Helicobacter pylori، وهي بكتيريا حلزونية الشكل، سالبة الجرام، ومُحبّة للبيئات قليلة الأكسجين (ميكروائيروفيليّة). تعيش هذه الجرثومة في الطبقة المخاطية المبطِّنة للمعدة، حيث طوّرت آليات دفاعية تمكّنها من البقاء في البيئة شديدة الحموضة. اكتُشفت هذه الجرثومة لأول مرة في أوائل الثمانينيات من القرن الماضي على يد العالِمين الأستراليين باري مارشال وروبن وارن، وحازا بفضل هذا الاكتشاف على جائزة نوبل في الطب عام 2005، إذ غيّر اكتشافهما جذريًا مفهومنا عن أسباب القرحة المعدية والاثني عشر.

من اللافت أن جرثومة المعدة تُصنّف اليوم كإحدى أكثر العدوى البكتيرية انتشارًا عالميًا، حيث يُقدّر أنها تُصيب ما يزيد على نصف سكان العالم. وعلى الرغم من أن الكثير من المصابين قد لا تظهر لديهم أعراض واضحة، إلا أن وجودها يُعَدّ عاملًا رئيسيًا في نشوء قرحة المعدة والإثني عشر، والتهاب المعدة المزمن، وقد ترتبط أيضًا بزيادة خطر الإصابة بسرطان المعدة ونوع محدد من الأورام اللمفاوية (MALT lymphoma).

تنتقل الجرثومة عادةً من شخص لآخر عبر الاتصال المباشر باللعاب أو إفرازات الفم، أو من خلال تناول الماء أو الطعام الملوثين. وتزداد احتمالات الإصابة في البيئات التي تنخفض فيها مستويات النظافة العامة أو تفتقر إلى خدمات الصرف الصحي الجيدة. وتلعب عدة عوامل دورًا في تفاقم العدوى، مثل التدخين، وتناول الكحول، والضغط النفسي، وضعف الجهاز المناعي، فضلًا عن العادات الغذائية غير الصحية.

فيما يتعلق بالأعراض، تتراوح شدّتها من شخص لآخر. فقد يُصاب بعض الأشخاص دون أن يعانوا أي مشاكل، بينما تظهر على آخرين أعراض حادة تشمل آلامًا متكررة في المعدة، الشعور بالحموضة، الغثيان، فقدان الشهية، والتجشؤ المفرط. وفي حال لم يتم الكشف المبكر عن الجرثومة وعلاجها، قد تتطور إلى مضاعفات أشد خطورة، مثل النزيف الداخلي نتيجة قرحة المعدة أو الإثني عشر، أو فقر الدم بسبب النزيف المزمن، أو حتى حدوث ثقب في جدار المعدة في الحالات النادرة.

على الصعيد العلاجي، أحدث اكتشاف العلاقة بين هذه الجرثومة وقرحة المعدة تحولًا كبيرًا في الأساليب العلاجية. إذ لم يعد الاكتفاء بمضادات الحموضة كافيًا، بل صار من الضروري استخدام بروتوكولات العلاج المركب (عادةً العلاج الثلاثي) الذي يجمع بين نوعين من المضادات الحيوية ومثبطات مضخة البروتون (PPI)، للقضاء على الجرثومة وتقليل فرصة تكرار القرحة.

إن أهمية الوعي الصحي بجرثومة المعدة لا تقل عن أهمية العلاج ذاته، إذ يساهم التشخيص المبكر والمتابعة الطبية في الحد من انتشار المرض وتقليل المضاعفات طويلة الأمد. وفي المجتمعات التي ترتفع فيها معدلات

الإصابة، يشكّل تحسين مستويات النظافة العامة وتوفير مصادر مياه شرب آمنة وتوعية الأفراد بشأن طرق انتقال العدوى حجر الأساس للوقاية والحد من عبء هذا المرض.

انتشار المرض وأهميته الصحية

تُعد جرثومة المعدة مشكلة صحية عامة، خاصة في البلدان النامية حيث ترتفع معدلات الإصابة بسبب ضعف أنظمة الصرف الصحي وسوء النظافة الشخصية. تشير الإحصائيات إلى أن نسبة الإصابة في الدول النامية قد تصل إلى 70%، بينما تقل في الدول المتقدمة إلى حوالي 30%.

لا يزال الوعي الصحي حول جرثومة المعدة منخفضًا في العديد من المجتمعات، مما يؤدي إلى تأخر التشخيص وزيادة خطر المضاعفات. تُظهر الدراسات أن العلاج المبكر باستخدام المضادات الحيوية والعقاقير المثبطة لإفراز الأحماض (مثل مثبطات مضخة البروتون) يمكن أن يساهم في القضاء على الجرثومة وتقليل مخاطر الإصابة بقرحة المعدة والمضاعفات المرتبطة بها.

تشير الدراسات الحديثة إلى أن جرثومة المعدة تُصيب أكثر من نصف سكان العالم، لكن انتشارها يتفاوت بشكل كبير تبعًا للظروف البيئية والاجتماعية والاقتصادية. ففي الدول النامية، حيث تكون معايير النظافة أقل وتكون ظروف السكن أكثر ازدحامًا، قد تصل معدلات الإصابة إلى 70-90%. بالمقابل، تسجل الدول ذات الدخل المرتفع نسبًا أقل تتراوح بين 20-50%، مما يعكس تأثير التحسينات في أنظمة الصحة العامة والبنية التحتية على الوقاية من العدوى.

غالبًا ما تحدث العدوى بجرثومة المعدة في مرحلة الطفولة نتيجة للتعرض المبكر، وذلك بسبب الازدحام الأسري ونقص الموارد الصحية في بعض المناطق. كما يُساهم تناول المياه أو الطعام الملوثين، إضافة إلى عوامل مثل التدخين وسوء التغذية، في تفاقم معدلات الإصابة. هذه العوامل متعددة الأبعاد تجعل من جرثومة المعدة مؤشرًا هامًا على الحالة الصحية العامة للمجتمع، حيث يعكس ارتفاع معدلات الإصابة وجود تحديات في مجالات النظافة والصرف الصحي والتوعية الصحية.

من الناحية الصحية، تُعد جرثومة المعدة العامل الرئيسي وراء العديد من الأمراض الهضمية، مثل التهاب المعدة المزمن والقرحة الهضمية. فالعدوى المزمنة تؤدي إلى تآكل بطانة المعدة أو الإثني عشر، مما يزيد من مخاطر النزيف الداخلي وفقر الدم الناجم عن النزيف المتكرر. والأهم من ذلك، فإن استمرار الإصابة قد يؤدي إلى تغييرات خلوية تسهم في تطور سرطان المعدة وأنواع معينة من الأورام اللمفاوية (MALT lymphoma). وقد أكدت الأبحاث أن القضاء على الجرثومة باستخدام البروتوكولات العلاجية المناسبة يُساهم بشكل كبير في تقليل مخاطر هذه المضاعفات الخطيرة.

إضافة إلى ذلك، يُعد فهم انتشار جرثومة المعدة أمرًا أساسيًا لتقييم الأعباء الصحية والاقتصادية التي يفرضها هذا المرض على المجتمعات. فالعدوى لا تقتصر على تأثيراتها السريرية فحسب، بل تمتد لتشمل تكاليف العلاج المتكررة، وفقدان الإنتاجية، وتأثيرها السلبي على نوعية الحياة. من هنا تنبع أهمية تبني استراتيجيات وقائية شاملة تتضمن تحسين أنظمة الصرف الصحي، وتوفير مياه شرب نظيفة، وتعزيز حملات التوعية الصحية التي تركز على سبل الوقاية والكشف المبكر.

1-2الهدف من الدراسة:

هو تحديد معدل أنتشار جرثومة المعدة *Hilicobacter pylori* للمرضى في مختلف الفئات العمرية في محافظة النجف الاشرف ، وتحديد عوامل خطورة المرض.

استعراض المراجع

2. استعراض المراجع:

2-1 لمحة تاريخية عن بكتريا المعدة الحلزوني Historical Review about H.pylori

لقد تم اكتشاف بكتريا H.Pylori لأول مرة قبل مائتي عام من قبل الأطباء المختصين في علم الأوبئة وعلم الأمراض السريرية الذين كانوا يحاولون معرفه أسباب أمراض الفرح الهضمية (Peptic ulcer disease) (Graham،1989)، ففي عام 1875 لاحظ العلماء الألمان وجود بكتريا حلزونية في الغشاء المخاطي المعدة الإنسان، لكن أهملت هذه البكتريا لعدم مقدرتهم على تنميتها خارج جسم الكائن الحي (Blaser، 2005)وفي عام 1892 تمكن عالم التشريح الإيطالي Giulio Bizzozero من وصف البكتريا الحلزونية التي تستوطن البيئة الحمضية القاسية في معده الكلاب. وفي عام 1899 لاحظ البروفسور Warley Jaworski وجود بكتريا حلزونية الشكل في راسب غسيل معدة الإنسان Sediments of gastric wash سميت Vibrio rugula وأشار إلى دورها الأمراضي المحتمل في أمراض المعدة المختلفة ، ولاحظ العالم Salmonn في عام 1896 امكانية انتقال هذه البكتريا من الكلاب و القطط المصابة إلى الفئران واعتمدت هذه الظاهرة في تطوير لقاحات ضد بكتريا H.pylori (Konturek 2003).

ولاحظ الكثير من الباحثين أثناء دراساتهم وجود أنزيم اليوريز في معدة الحيوانات أكلات اللحوم كالكلاب والقطط (Luck،Seth،2006)واتسعت هذه الملاحظات لتشمل معدة الإنسان إذ لوحظ وجود أنزيم اليوريز في معدة الإنسان وأعتقد أن ذاك بأنه يفرز من الخلايا الظهارية المعدية (Gastric epithelial cells) ، وتبين إن فعالية أنزيم اليوريز تختفي عند اخذ المضاد الحيوي التتراسايكنين (Tetracycline) (Lieberو Lefevre، 1959)، وتبين فيما بعد أن مصدر أنزيم اليوريز في المعدة يكون عن طريق ميكروبات خاصة وأثبت ذلك من خلال غياب فعالية أنزيم اليوريز في معدة الحيوانات خالية الميكروبات(Delluva (Microb - Free animal)واخرون،1968) . وأشار العالم Steer عام (1975) إلى العلاقة بين الإصابة ببكتريا H.pylori والتهاب المعدة .(Gastritis) وفي عام 1979 أعيد اكتشاف هذه البكتريا من قبل العالمين الاستراليين Barry Marshall و Robin warren المختصين في علم الأمراض النسيجية، إذ تمكن هذان العالمان من عزل هذا الكائن عام 1982من العينات المخاطية لمعدة الإنسان كما تمكنا من استنبات هذه البكتريا وبنجاح لأول مرة عام 1983 .(1983,Warren) واثبتوا أن معظم حالات حدوث قرحة المعدة (Stomach ulcer)والتهاب المعدة تكون نتيجة استيطان المعدة ببكتريا H.pylori وهذا مخالف لما كان يعتقد سابقاً بأن هذه الأمراض تكون نتيجة تناول الأطعمة كثيرة التوابل اوالإجهاد(Stress) (MarshalوWarrenو1984)

وتشير الدراسات السابقة إلى عدم الاهتمام بهذه البكتريا ودورها في إحداث الكثير من أمراض المعدة والأمعاء (Gastrointestinal diseases) بما فيها سرطان المعدة، وذلك لبعض الاعتقادات التي كانت سائدة في ذلك الوقت بعدم إمكانية الكائنات المجهرية من البقاء في البيئة الحامضية للمعدة، لذلك جرت العديد من الدراسات لإثبات الدور المرضي لبكتريا H.pylori حينها قام العالم مارشال Marshall بتناول مزروع سائل من هذه البكتريا، وأصيب بالتهاب المعدة ثم قام بعلاج نفسه وذلك باستخدام أملاح البزموث والمضادات الحيوية (Marshall وأخرون1998).

في عام 1997 نشر تسلسل الجينوم الكامل لكروموسوم بكتريا H.pylori ومكنت هذه المعلومات من فهم المسالك الأيضية (Metabolic Path Way) بشكل كامل ، وكذلك تفسير النواحي البيولوجية لهذا الكائن (Ribeiroواخرون؛2003) .وأخيرا حصل العالمان مارشال و وارن على جائزة نوبل للطب في عام 2005 لعملهما الباهر والمتواصل وتنميتهما بكتريا H.pylori خارج الجسم . (Wroblewski واخرون؛2010)

2-2 الصفات العامة لبكتريا المعدة الحلزونيةGeneral Characteristics of H.pylor

تكون بكتريا H.pylori حلزونية الشكل (بشكل عصيات منحنية curved rod وليست ملتوية spirochete) سلبية لصبغة غرام طولها من 2.5 - 4.0 مايكرومتر قطرها حوالي 5.0 - 1.0 مايكرومتر (Mandell واخرون، 2010) تكون أليفة لكميات الهواء القلية (Microaerophilic) أي أنها تحتاج إلى الأوكسجين ولكن بكميات قليلة أقل مما يوجد في المحيط . تمتلك هذه البكتريا أنزيم الهيدروجينيز و تستخدمه للحصول على الطاقة عن طريق أكسدة الهيدروجين الجزيئي H2 الناتج من البكتريا المعوية (Olson،Maier،2002).

تتصف هذه البكتريا بصغر وتحدب مستعمراتها، وبأنها شفافة مشابهه لقطرة الماء وهي متحركة بفعل اسواط أحادية القطب مغمدة والتي تمكنها الحركة واختراق الأغشية المخاطية للمعدة، تمتاز بظاهرة تعدد الأشكال فقد تظهر على شكل جناح النورس وكذلك بالشكل العصوي وفي المزارع القديمة تظهر بالشكل المكور (Bodeوآخرون ، 1993) ، تنمو هذه البكتريا في ظروف بيئية قليلة التهوية عند أس هيدروجيني 7-6 pH في وسط اغنائي مزود بالدم، اللهيمين أو والكركول. يعتبر وسط سكرو (Skirrow's medium) هو الوسط الانتقائي لبكتريا H.pylori لإحتوائه على معززات نمو(Growth supplement) تحفز نمو هذه البكتريا في الوسط وكذلك يحتوي هذا الوسط على خليط من المضادات الحيوية التي تثبط نمو الأنواع الأخرى من

الاحياء المجهرية. تكون بكتريا H.pylori موجبة لاختبار اليوريز والكاتليز والأوكسيديز (وهذه الخاصية تميزها عن الأنواع الأخرى التابعة لنفس الجنس) وتنمو عند م37 (Patrick و وآخرون ، 2005).

2- 3الوبائيةEpidemiogy

تشير الدراسات الوبائية إلى أن أكثر من 50% من سكان العالم مصابين ببكتريا H.pylori (Peekواخرون 2002 ؛Karczewska واخرون،2012) ولكن معدلات الإصابة بهذه البكتريا تكون متفاوتة بين البلدان. ففي البلدان النامية على سبيل المثال يكون معدل انتشار الأجسام المضادة البكتريا H. pylori يزيد عن70%(Nurgalieva،وآخرون،2002؛ Stasi وProvan ،2008)أما في البلدان المتقدمة تكون الإصابة ببكتريا H.pylori اقل شيوعا خصوصاً عند الأطفال الصغار وتزداد مع العمر لتصل إلى 50% عند سن البلوغ (Lane وآخرون، 2006 ؛ Zhou واخرون ،2012) .بينت بعض الدراسات أن نسبة الإصابة بهذه البكتريا تكون متساوية في كلا الجنسين، ولكن في دراسات أخرى وجد أن نسبة الإصابة عند الذكور أكثر من الإناث (Mandellواخرون ، 2010) ويرتبط خطر الاصابة ببكتريا H.pylori مع الظروف المعيشية والوضع الاقتصادي والاجتماعي للأسرة (Sugimotoواخرون،2009).

2-4 العلامات والأعراضSigns and Symptom

هناك ما يزيد عن 80% من المصابين ببكتريا H.pylori لم تظهر عليهم أي اعراض مرضية (2011 Boyanova).وأن الإصابة الحادة قد تظهر كالتهاب معدي حاد،ألم بطني (Epigastric pain) أو غثيان (Nausea)حيث يتطور هذا الى التهاب المعدة المزمن (Chronic gastritis) وأن وجود بعض الأعراض الأخرى غالبا ما يدل على عسر الهضم غير التقرحي(Non-ulcer dyspepsia) مثل الأم المعدة ، انتفاخ ،واحيانا يحدث تقيء أو براز أسود (Ray، Ryan،2010).

وبينت الدراسات أن نسبة 10-20% من الأشخاص المصابين ببكتريا H.pylori تتطور الإصابة لديهم الى القرحة الهضمية (Peptic ulcer) و 1-2% منهم يحدث لديهم سرطان المعدة (Kustersوآخرون،2006) . أن التهاب بوابة المعدة (Pyloric Antrum) غالبا ما يؤدي إلى قرحة الاثني عشر بينما التهاب جسم المعدة قد يؤدي إلى قرحة المعدة (Gastric Ulcer) و سرطان المعدة . (Gastric Cancer) لذلك من المكن أن يكون لهذه البكتريا دور في المرحلة الأولية التي تؤدي إلى التهاب في المعدة (Gastritis) ، وليس في المراحل الأخرى المؤدية إلى حدوث السرطان.

طرق العمل

1-3 طرق العمل:

نوع الدراسة: تم إجراء دراسة مقطعية بمركز الجهاز الهضمي لمدينة الصدر الطبية في محافظة النجف الاشرف وللفترة من فبراير إلى مارس 2025.

جمع البيانات: جمعت البيانات وفق استمارة الاستبيان للمرضى الذين تم تشخيص إصابتهم بجرثومة المعدة في محافظة النجف الاشرف. تم تشخيص 65 مريضا بجرثومة المعدة وذلك حسب الفحوصات التي اجريت من قبل أطباء متخصصين في هذا المركز أو إحالتهم الى العيادات الخاصة. تم تصنيف المرضى وفقا لنموذج الاستبيان الذي يحتوي على العمر والجنس والعنوان والمعلومات الاخرى المثبتة في الاستمارة.

استمارة الاستبيان للاشخاص المصابين بجرثومة المعدة

1_الاسم الثلاثي

2_الجنس

ذكر	
انثى	

3_العمر

31-21		64-54	
42-32		75-65	
53-43			

4- سكن

ريف (خارج المدينة)	
مركز (داخل المدينة)	

5-مستوى التعليمي

لا يعرف القراءة والكتابة (امي)	
خريج ابتدائية	
حريج متوسطة	
خريج اعدادية	
خريج جامعة فما فوق	

6- اعراض الاصابة ضع علامة (صح) امام الاعراض التي تشعر بها عند الاجابة

وجع او ألم حارق في معدتك (البطن)				
ألم في المعدة قد يتفاقم عندما تكون المعدة فارغة				
فقدان الشهية				
الانتفاخ				
التجشؤ المتكرر				
فقدان الوزن غير المقصود				

7- فترة الاصابة

1-2شهر	
3-5 شهر	
1-2سنة	
3-5 سنة	
اكثر من 6 سنوات	

8. مضاعفات الاصابة

قرحة المعدة	
قرحة الاثنى عشر	
ارتجاع المرى	
التهاب المعدة	
سرطان المعدة	

9ما هو عملكم

10- هل مستوى الدخل

كافي	
متوسط	
جيد	

11- اكتب العلاج المستخدم لحالتك المرضية

12- اي شهر حدثت الاصابة

13- هل ان الشخص

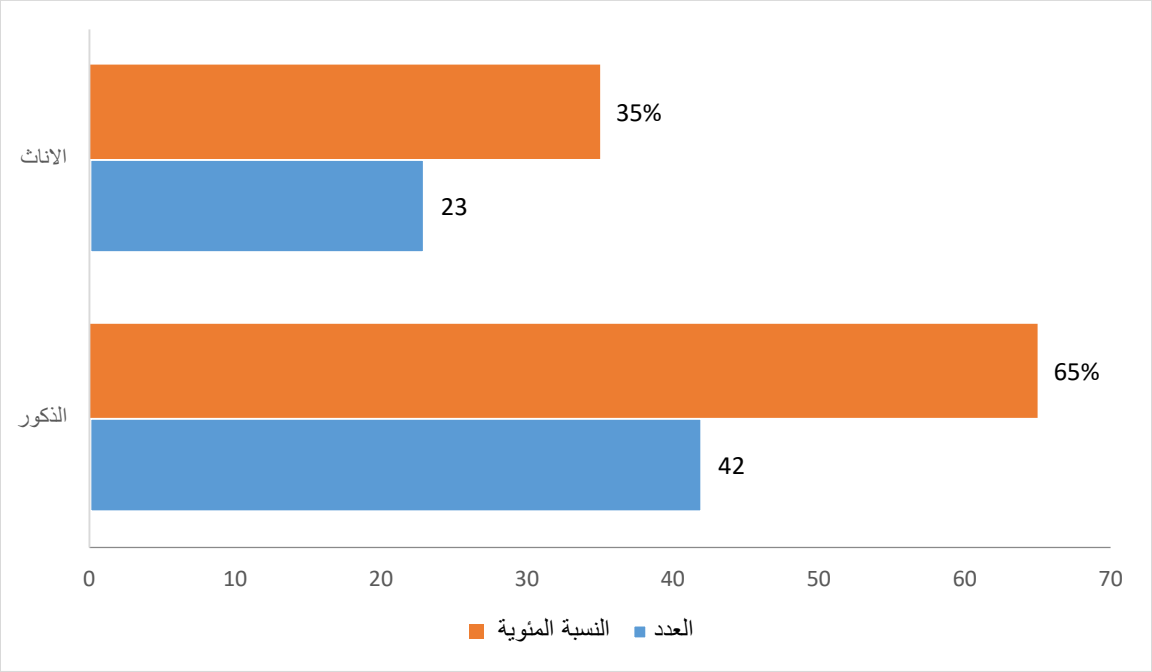
مدخن	
غير مدخن	

النتائج والمناقشة

4. النتائج والمناقشة:

4-1 توزيع المرضى المصابين بجرثومة المعدة حسب الجنس

تشير البيانات إلى وجود تفاوت ملحوظ في توزيع الإصابة بجرثومة المعدة بين الجنسين. ففي حين تشكل نسبة الذكور المصابين بهذه الجرثومة 65% من إجمالي عدد المرضى، تنخفض هذه النسبة بين الإناث لتبلغ 35%. شكل (4-1).



شكل (4-1): توزيع المرضى المصابين بجرثومة المعدة حسب الجنس

هذا التباين قد يعكس اختلافات في عوامل الخطر المحتملة، مثل العادات الغذائية، والتعرض للعوامل البيئية، أو حتى الاختلافات الفسيولوجية بين الجنسين. يستدعي هذا التوزيع دراسة معمقة لفهم الأسباب الكامنة وراءه، مما قد يسهم في تطوير استراتيجيات وقائية وعلاجية أكثر فعالية تستهدف كل جنس على حدة.

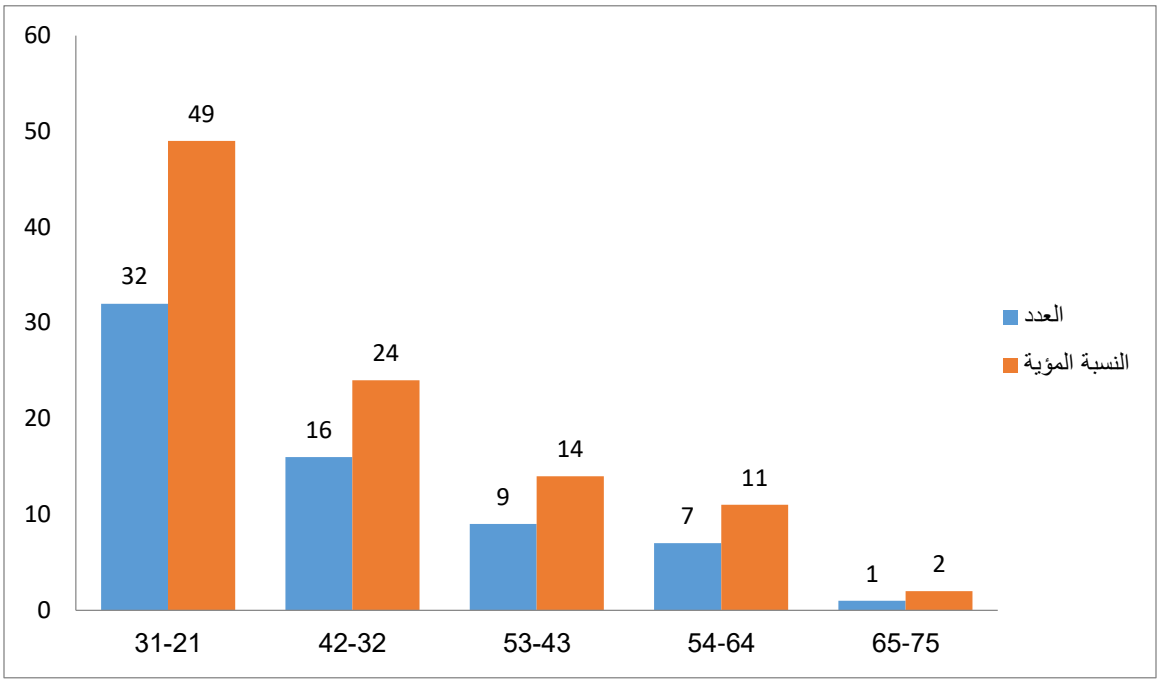
4-2توزيع المرضى المصابين بجرثومة المعدة حسب الفئات العمرية

يوضح الشكل (4-2) توزيع مرضى جرثومة المعدة حسب الفئات العمرية، مع تحديد العدد والنسبة المئوية لكل فئة:

الفئة العمرية الأكثر عرضة للإصابة: يتضح من البيانات أن الفئة العمرية بين 21 و 31 عامًا هي الأكثر عرضة للإصابة بجرثومة المعدة، حيث تمثل 49% من إجمالي عدد المرضى.

انخفاض تدريجي مع التقدم في العمر: يلاحظ انخفاض تدريجي في نسبة الإصابة بجرثومة المعدة مع التقدم في العمر. فالفئة العمرية بين 32 و 42 عامًا تشكل 24% من المرضى، بينما تنخفض هذه النسبة إلى 14% في الفئة العمرية بين 43 و 53 عامًا، و 11% في الفئة العمرية بين 54 و 64 عامًا.

أقل نسبة إصابة في كبار السن: أقل نسبة إصابة بجرثومة المعدة تم تسجيلها في الفئة العمرية بين 65 و 75 عامًا، حيث تمثل 2% فقط من إجمالي عدد المرضى.



شكل (4-2): توزيع المرضى المصابين بجرثومة المعدة حسب الفئات العمرية

هناك عدة تفسيرات محتملة لهذا التوزيع العمري للإصابة بجرثومة المعدة:

** *التعرض المبكر:

قد يكون الشباب أكثر عرضة للإصابة بجرثومة المعدة بسبب التعرض المبكر للعوامل المسببة للعدوى، مثل سوء الصرف الصحي أو عدم كفاية النظافة الشخصية.

** *الاختلاط الاجتماعي:

قد يساهم الاختلاط الاجتماعي المكثف في الفئة العمرية الشابة في انتشار العدوى.

** *الاختلافات في العادات الغذائية:

قد تلعب العادات الغذائية دورًا في زيادة خطر الإصابة بجرثومة المعدة، وقد تختلف هذه العادات بين الفئات العمرية المختلفة.

** *تأثير المناعة:

قد يكون لدى كبار السن مناعة مكتسبة ضد جرثومة المعدة نتيجة للتعرض لها في مراحل مبكرة من حياتهم، أو قد يكونون قد تلقوا علاجًا للقضاء على الجرثومة في الماضي.

** *التغيرات الفسيولوجية:

مع التقدم في العمر، قد تحدث تغيرات فسيولوجية في المعدة تقلل من قدرة جرثومة المعدة على الاستقرار والتكاثر.

**الآثار المترتبة:

التركيز على الوقاية في الفئات الشابة:** يجب تركيز جهود الوقاية والتوعية الصحية على الفئات الشابة، وخاصةً الفئة العمرية بين 21 و 31 عامًا، لتقليل انتشار العدوى.

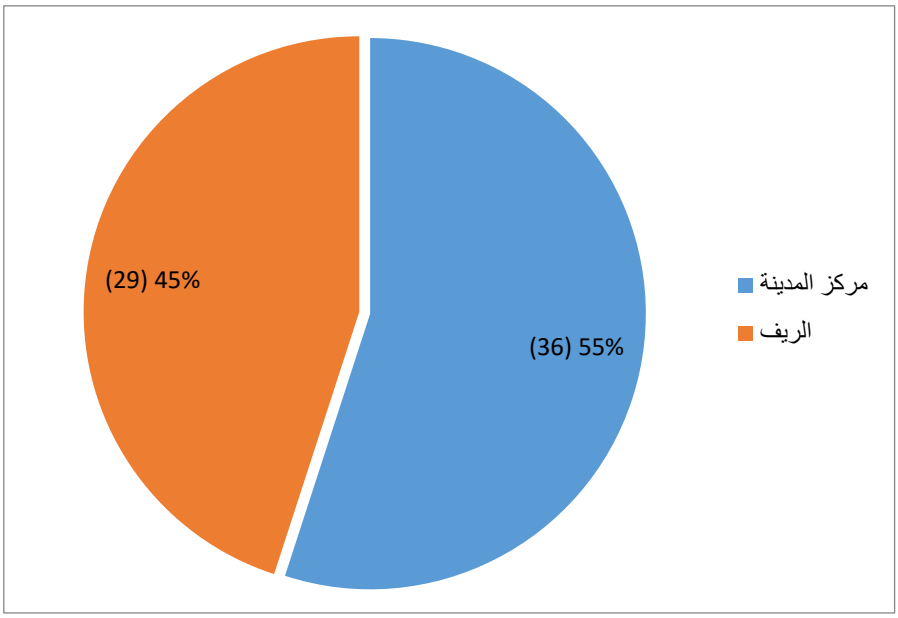
** *الفحص المبكر:

قد يكون من المفيد التفكير في برامج فحص مبكر لجرثومة المعدة للفئات العمرية الأكثر عرضة للإصابة، للكشف عن العدوى وعلاجها في مراحل مبكرة.

يوضح نتائج البيانات أن الفئة العمرية بين 21 و 31 عامًا هي الأكثر عرضة للإصابة بجرثومة المعدة، وأن نسبة الإصابة تنخفض تدريجيًا مع التقدم في العمر. فهم هذه الأنماط العمرية للإصابة بجرثومة المعدة أمر ضروري لتطوير استراتيجيات وقائية وعلاجية فعالة تستهدف الفئات الأكثر عرضة للإصابة، وبالتالي المساهمة في تحسين الصحة العامة.

3-4 توزيع المرضى المصابين بجرثومة المعدة حسب السكن

تُظهر بيانات توزيع المرضى المصابين بجرثومة المعدة تفاوتاً ملحوظاً بين المناطق الحضرية والريفية. في حين يمثل سكان مركز المدينة نسبة 55% من إجمالي المصابين، تبلغ نسبة المرضى في المناطق الريفية 45%. شكل (4-3).



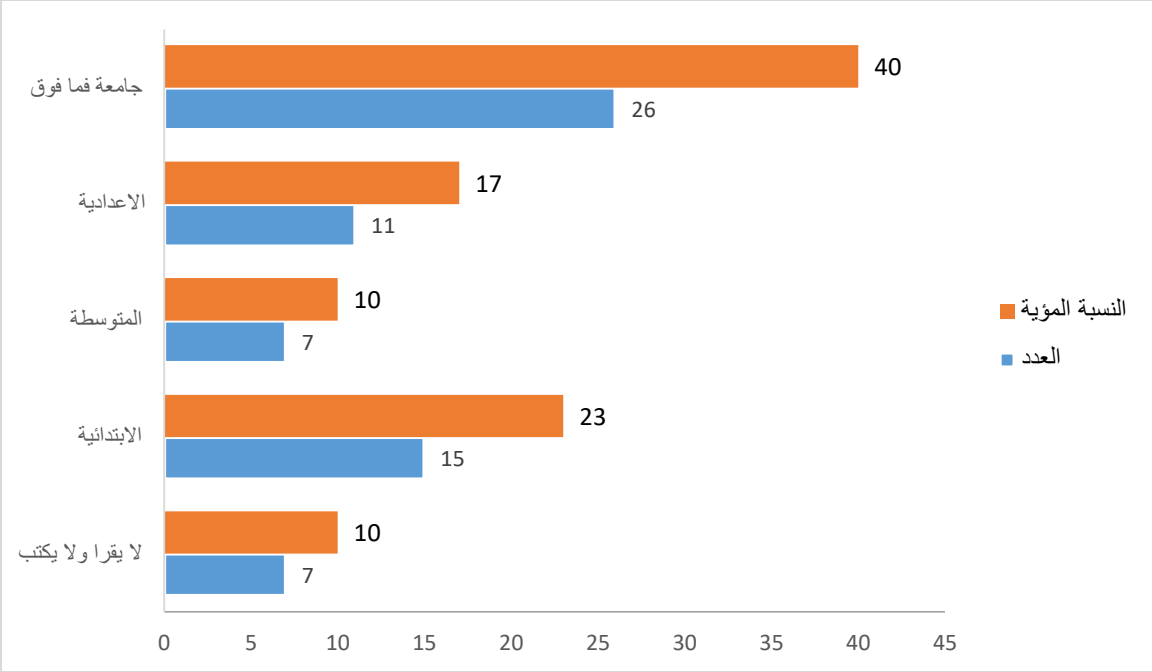
شكل (4-3): توزيع المرضى المصابين بجرثومة المعدة حسب السكن

هذا التباين قد يعكس عوامل متعددة مثل الاختلافات في مستوى النظافة الشخصية، جودة المياه المتوفرة، وأنظمة الصرف الصحي، بالإضافة إلى عوامل اقتصادية واجتماعية أخرى قد تلعب دوراً في انتشار العدوى في المناطق المختلفة. تتطلب هذه الفروقات توجيه جهود مكافحة العدوى بشكل استراتيجي، مع الأخذ في الاعتبار الاحتياجات الخاصة لكل منطقة لتحقيق أفضل النتائج في خفض معدلات الإصابة.

4-4 توزيع المرضى المصابين بجرثومة المعدة حسب مستوى التعليم

يشير الشكل (4-4)، أن هناك تفاوتًا واضحًا في معدلات الإصابة بجرثومة المعدة بين مختلف مستويات التعليم.

** *أعلى نسبة إصابة: تظهر أعلى نسبة إصابة لدى الأفراد الحاصلين على تعليم جامعي فما فوق 40%.
** *ثاني أعلى نسبة إصابة:** تأتي بعدها نسبة الإصابة لدى الأفراد الحاصلين على تعليم ابتدائي 23%.
** *أقل نسب الإصابة:** تتوزع النسب المتبقية بين الأفراد الذين لا يقرأون ولا يكتبون (10%)، وحاملي الشهادة المتوسطة (10%)، وشهادة الإعدادية (17%).



شكل (4-4): توزيع المرضى المصابين بجرثومة المعدة حسب مستوى التعليم

تفسير النتائج وربطها بالعوامل المؤثرة:

قد يبدو أن ارتفاع نسبة الإصابة في فئة المتعلمين تعليمًا جامعيًا أمر مفاجئ، لكن يجب أخذ عدة عوامل في الاعتبار عند تفسير هذه النتائج:

** *الوعي الصحي والكشف المبكر:** قد يكون الأفراد ذوو التعليم العالي أكثر وعيًا بأهمية الكشف المبكر وإجراء الفحوصات الدورية، مما يؤدي إلى تشخيص الإصابة بجرثومة المعدة بشكل أسرع مقارنة بالفئات الأخرى. ببساطة، هم أكثر عرضة للخضوع للفحص وبالتالي الاكتشاف.

** *السفر والتنقل:** غالبًا ما يكون الأفراد ذوو التعليم العالي أكثر عرضة للسفر والتنقل إلى مناطق أخرى، مما قد يعرضهم لمصادر عدوى مختلفة.

** *الضغوط النفسية:** قد يكون الأفراد العاملون في وظائف تتطلب مستوى تعليميًا عاليًا أكثر عرضة للضغوط النفسية، وهو عامل قد يؤثر على جهاز المناعة ويجعلهم أكثر عرضة للإصابة بجرثومة المعدة.

** *الظروف المعيشية والاجتماعية:** على الرغم من التعليم العالي، قد يعيش بعض الأفراد في ظروف معيشية غير صحية أو يتبعون عادات غذائية غير سليمة، مما يزيد من خطر الإصابة.

أما بالنسبة لارتفاع نسبة الإصابة في فئة التعليم الابتدائي، فقد يكون ذلك مرتبطًا بعوامل مثل:

** *مستوى الوعي الصحي:** قد يكون مستوى الوعي الصحي لدى هذه الفئة أقل، مما يؤدي إلى عدم الالتزام بإجراءات النظافة الشخصية اللازمة.

** *الظروف المعيشية:** قد يعيش الأفراد في هذه الفئة في ظروف معيشية أقل صحية، مثل الاكتظاظ السكاني وعدم توفر المياه النظيفة.

5-4 توزيع المرضى المصابين بجرثومة المعدة حسب فترة الاصابة

جدول (4-1) يوضح عدد والنسبة المؤية للمصابين بجرثومة المعدة حسب فترة الاصابة ، حيث اضهرت ان 1-2 شهر نسبة 24.6%، 3-5 شهر نسبة 27.7%، 1-2 سنة نسبة 30.8%، 3-5سنة بنسبة 15%، واق نسبة كانت اكثر من 6 سنة اضهرت بنسبة 1.5%.

جدول (4-1): توزيع المرضى المصابين بجرثومة المعدة حسب فترة الاصابة

فترة الاصابة	العدد	النسبة المؤية
1-2 شهر	16	24.6
3-5 شهر	18	27.7
1-2 سنة	20	30.8
3-5 سنة	10	15
اكثر من 6 سنة	1	1.5

يشيرالجدول (4-1) أن غالبية المرضى المصابين بجرثومة المعدة (حوالي 52.3%) تم تشخيصهم حديثاً، حيث كانت فترة الإصابة لديهم تتراوح بين شهر واحد و 5 أشهر. يشير هذا إلى أن العديد من الحالات يتم اكتشافها في المراحل المبكرة من العدوى.

** *نسبة كبيرة من الإصابات المزمنة:** تمثل الحالات التي استمرت إصابتها من سنة إلى سنتين نسبة كبيرة أيضاً (30.8%)، مما يدل على أن هناك تأخراً في التشخيص أو العلاج في بعض الحالات.

** *انخفاض النسبة مع مرور الوقت:** تنخفض نسبة المرضى المصابين لفترات أطول (3-5 سنوات، وأكثر من 6 سنوات)، مما قد يعكس عدة عوامل، بما في ذلك:

** *العلاج الناجح:** بعض المرضى يتلقون العلاج المناسب ويتخلصون من العدوى خلال هذه الفترة.

** *المضاعفات الصحية:** بعض المرضى قد يعانون من مضاعفات صحية خطيرة تؤدي إلى الوفاة، خاصةً في الحالات التي لم يتم فيها تشخيص العدوى وعلاجها بشكل صحيح.

** *التحسن التلقائي (نادر):** في حالات نادرة، قد يتمكن الجهاز المناعي من السيطرة على العدوى بشكل جزئي دون علاج.

** *أقلية قليلة مصابة لفترة طويلة جداً:** فقط نسبة ضئيلة جداً (1.5%) من المرضى مصابون بالجرثومة لأكثر من 6 سنوات. قد يعزى هذا إلى عوامل مثل مقاومة البكتيريا للعلاج، أو ضعف الجهاز المناعي، أو عدم الالتزام بالعلاج الموصوف.

الآثار المترتبة:

** *أهمية الكشف المبكر:** تؤكد هذه البيانات على أهمية الكشف المبكر عن جرثومة المعدة، خاصةً في الفئات المعرضة للخطر، مثل الأشخاص الذين يعانون من أعراض الجهاز الهضمي.
** *تحسين استراتيجيات العلاج:** يجب على الأطباء والمختصين في الرعاية الصحية تطوير استراتيجيات علاجية فعالة لمكافحة الجرثومة، مع مراعاة عوامل مثل مقاومة البكتيريا للمضادات الحيوية.

** *التوعية الصحية:** يجب توعية الجمهور بأهمية الوقاية من عدوى جرثومة المعدة من خلال اتباع ممارسات النظافة الصحية الجيدة، مثل غسل اليدين بانتظام وشرب المياه النظيفة.
** *المزيد من الدراسات:** هناك حاجة إلى المزيد من الدراسات لتحديد العوامل التي تساهم في طول فترة الإصابة بجرثومة المعدة والمضاعفات الصحية المرتبطة بها.

4-6توزيع المرضى المصابين بجرثومة المعدة حسب الاعراض

يشير جدول (4-2) الى عدد والنسبة المئية للاشخاص المصابين بجرثومة المعدة حسب الاعراض، وكما مبين ادناه.

جدول (4-2): توزيع المرضى المصابين بجرثومة المعدة حسب الاعراض

اعراض الاصابة	العدد	النسبة المؤية
وجع او الم في المعدة + الانتفاخ +فقدان الوزن	5	7.7
وجع او الم في المعدة + الانتفاخ	2	3
الم في المعدة عندما تكون فارغة+ فقدان الوزن+ وجع او الم في المعدة	1	1.5
فقدان الوزن+ الانتفاخ+ الم في المعدة عندما تكون فارغة	2	3
وجع او الم في المعدة + الانتفاخ+التجشؤ المتكرر	2	3
الم في المعدة عندما تكون فارغة+ الانتفاخ + فقدان الوزن	1	1.5
الم في المعدة عندما تكون فارغة+ الانتفاخ	1	1.5
وجع او الم في المعدة + الانتفاخ + الم في المعدة عندما تكون فارغة	2	3
وجع او الم في المعدة + فقدان الوزن + الم في المعدة عندما تكون فارغة+ التجشؤ المتكرر	2	3
وجع او الم في المعدة + فقدان الوزن+ الانتفاخ	4	6.2
وجع او الم في المعدة + الم في المعدة عندما تكون فارغة+ التجشؤ المتكرر	5	7.7
جميع الاعراض ما عدا فقدان الوزن	4	6.2
جميع الاعراض ما عدا الانتفاخ+التجشؤ المتكرر	5	7.7
جميع الاعراض ما عدا الم في المعدة عندما تكون فارغة+ التجشؤ المتكرر	4	6.2
جميع الاعراض ما عدا فقدان الوزن +التجشؤ المتكرر	2	3
وجع او الم في المعدة + الم في المعدة عندما تكون فارغة	3	4.6
جميع الاعراض	20	30.8

** *الأعراض الأكثر شيوعاً:** يظهر من الجدول أن 30.8% من المرضى يعانون من جميع الأعراض المذكورة، مما يشير إلى أن مجموعة فرعية كبيرة تعاني من صورة سريرية كاملة تقريبا للمرض.

** *تكرار الألم والانتفاخ:** يُعد وجع أو ألم في المعدة بالإضافة إلى الانتفاخ من الأعراض الأساسية والمنتشرة بين المرضى، حيث تظهر هذه الأعراض في العديد من المجموعات.

** *أهمية فقدان الوزن:** فقدان الوزن يظهر كعرض مصاحب في العديد من المجموعات، مما قد يشير إلى شدة الإصابة بالجرثومة وتأثيرها على امتصاص الغذاء.

** *التجشؤ المتكرر:** التجشؤ المتكرر يظهر كعرض إضافي في بعض المجموعات، ولكنه ليس بنفس الشيوع كالألم والانتفاخ.

** *التباين الكبير:** يوضح الجدول أن الأعراض تظهر بتوليفات مختلفة، مما يؤكد على أن الإصابة بجرثومة المعدة يمكن أن تتجلى بصور سريرية متنوعة.

الدلالات السريرية:

** *التشخيص التفريقي:** يجب على الأطباء أن يكونوا على دراية بالتنوع الكبير في الأعراض المصاحبة لجرثومة المعدة، وأن يعتمدوا على الفحوصات المخبرية لتأكيد التشخيص.

** *العلاج الموجه:** قد يستفيد المرضى الذين يعانون من مجموعات معينة من الأعراض من استراتيجيات علاجية مختلفة، تركز على تخفيف الأعراض المحددة بالإضافة إلى القضاء على الجرثومة.

** *المزيد من الأبحاث:** هناك حاجة إلى مزيد من الأبحاث لتحديد العوامل التي تؤدي إلى التباين في الأعراض، وفهم العلاقة بين أنواع الجرثومة المختلفة والأعراض التي تسببها.

4-7 توزيع المرضى المصابين بجرثومة المعدة حسب المضاعفات

يشير جدول (4-3) الى عدد والنسبة المئية للاشخاص المصابين بجرثومة المعدة حسب الاعراض، وكما مبين ادناه.

جدول (4-3): توزيع المرضى المصابين بجرثومة المعدة حسب المضاعفات

مضاعفات الاصابة	العدد	النسبة
ارتجاع المرئ +التهاب المعدة	6	9
قرحة المعدة	13	20
قرحة المعدة + ارتجاع المرئ	13	20
قرحة المعدة +ارتجاع المرئ+التهاب المعدة	3	4.6
قرحة المعدة+قرحة الاثنى عشر	2	3
قرحة المعدة+قرحة الاثنى عشر+ ارتجاع المرئ	1	1.5
قرحة الاثنى عشر+ ارتجاع المرئ	2	3
قرحة الاثنى عشر	2	3
قرحة المعدة+ التهاب المعدة	2	3
قرحة المعدة+ التهاب المعدة+ قرحة الاثنى عشر	1	1.5
قرحة الاثنى عشر+سرطان المعدة	2	3
ارتجاع المرئ	5	7.7
التهاب المعدة	11	16.9
لم يظهر عليه المضاعفات	1	1.5
ظهر عليه المضاعفات عدا سرطان المعدة	1	1.5

تشير النتائج أن قرحة المعدة، سواء كانت منفردة أو مصحوبة بمضاعفات أخرى، هي الأكثر شيوعًا بين المضاعفات، حيث تمثل 20% من الحالات بمفردها. وعند جمع حالات قرحة المعدة المصحوبة بمضاعفات أخرى، فإنها تشكل نسبة أعلى بكثير.

** *الارتجاع المرئي والتهاب المعدة: ثنائي مزعج:** يظهر الارتجاع المرئي والتهاب المعدة كمضاعفات شائعة، وكثيرًا ما يظهران معًا في نفس الحالات.

** *تداخل المضاعفات:** من الواضح أن العديد من المرضى يعانون من أكثر من مضاعفة واحدة، مما يشير إلى أن جرثومة المعدة قد تؤدي إلى سلسلة من التأثيرات المتداخلة على الجهاز الهضمي.

** *حالات سرطان المعدة:** على الرغم من أن النسبة ضئيلة (3%)، إلا أن وجود حالات مرتبطة بسرطان المعدة يؤكد على ضرورة التشخيص المبكر وعلاج جرثومة المعدة.

** *غياب المضاعفات ليس القاعدة:** حالة واحدة فقط لم تظهر عليها أي مضاعفات، مما يسلط الضوء على أهمية الكشف عن جرثومة المعدة حتى في غياب الأعراض الواضحة، كإجراء وقائي لتجنب تطور المضاعفات.

** *مضاعفات أخرى:** حالة واحدة ظهرت عليها مضاعفات أخرى غير سرطان المعدة، مما يستدعي البحث والتدقيق للحصول على معلومات مفصلة حول هذه الحالة.

الاستنتاجات والتوصيات

5. الاستنتاجات :

1. استنتجت من هذه الدراسة ان نسبة الذكور المصابين بجرثومة المعدة كانت اعلى من الاناث.

2. ان الفئة العمرية من 21-31 كانت اعلى نسبة للأصابة بجرثومة المعدة مقارنتآ بالفئات الاخرى.

3. انتشار المرض في مركز المدينة كان أعلى مقارنتآ بالريف.

4. مستوى التعليم (الابتدائية والجامعية فما فوق) كانت أعلى نسبة للأصابة بجرثومة المعدة مقارنتآ بالمستويات الأخرى.

التوصيات:

1. أهمية الكشف المبكر عن جرثومة المعدة وعلاجها بشكل فعال لمنع تطور المضاعفات الخطيرة، وخاصة القرحة الهضمية وسرطان المعدة.

2. تشجيع الفحص الدوري للأشخاص المعرضين للخطر، مثل أولئك الذين لديهم تاريخ عائلي للإصابة بسرطان المعدة أو القرحة الهضمية.

3. يجب زيادة الوعي العام حول أعراض جرثومة المعدة ومضاعفاتها المحتملة، وأهمية طلب المشورة الطبية في حال ظهور أي أعراض.

4. المتابعة الدقيقة عند تشخيص المريض بجرثومة المعدة، وذلك لتقييم تطور الحالة والكشف عن أي مضاعفات محتملة في وقت مبكر.

5. أجراء المزيد من الدراسات الاخرى لتحديد عوامل الخطر المرتبطة بتطور مضاعفات معينة لدى المصابين بجرثومة المعدة، وذلك لتحسين استراتيجيات الوقاية والعلاج.

المصادر

المصادر:

1-5 المصادر العربية:

1. الظاهر زينب عبد الجبار (2001) دراسة بعض الجوانب البكتريولوجية والمناعية لبكتريا Helicobacter pylori رسالة ماجستير - الجامعة المستنصرية لبعض مضادات الحياة ومحاولة تشخيصها. رسالة ماجستير - الجامعة المستنصرية.

2-5 المصادر الاجنبية:

1. Malfertheiner, P., Megraud, F., O'Morain, C. A., Gisbert, J. P., Kuipers, E. J., Axon, A., … & Leja, M. (2022). Management of Helicobacter pylori infection—the Maastricht VI/Florence Consensus Report. Gut, 71(1), 1-24.
2. Wroblewski, L. E., Peek, R. M., & Wilson, K. T. (2010). Helicobacter pylori and gastric cancer: factors that modulate disease risk. Clinical Microbiology Reviews, 23(4), 713-739.
3. Malfertheiner, P., Megraud, F., O'Morain, C. A., Gisbert, J. P., Kuipers, E. J., Axon, A., & Leja, M. (2017). European Helicobacter and Microbiota Study Group consensus on H. pylori treatment. Gut, 66(1), 6-30.
4. Warren, J. R., & Marshall, B. (1983). Unidentified curved bacilli on gastric epithelium In active chronic gastritis. The Lancet, 321(8336), 1273-1275.
5. Go, M. Cissell, D. and Graham, M. (1998). Helicobacter pylori plasmids: epidemiology in different geographical region. Asian Pacific J Cancer Prev,3 (1): 5-11.
6. Blaser, M. J.(2005)An Endangered Spice in the Stomach. Scientific American J., 292(2): 38-45.
7. Konturek, J.(2003) Discovery by Jaworski of Helicobacter pylori and its pathogen tic role in peptic ulcer Gastritis and gastric Cancer. J. physiol pharmacol., 54(3): 24-41.
8. Luck, J.and Seth, T. (2006) Gastric urease. Biochem J., 18: 1227-1231.
9. Liebier, C. and Lefevre, A. (1959) Ammonia as asource of gastric hypo- acidity in patients with uremia. J. Clin. Invest., 38: 1271-1276.
10. Warren, J.(1983) Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis. Lancet; i: 1273.

11. Marshall, B. J. and Warren J. R.(1984)Unidentified curved bacilli in stomach of patients with gastric and peptic ulceration. J. Lancet, 1: 1311-1315.

12. Marshall, D.; Dundon, S; Beesley, C. and Smyth, M.(1998) Helicobacter pylori a conundrum of genetic diversity. Microbiology, 144: 2925-2939,

13. Ribeiro, M.; Vitiello, L.; Mirand, M.; Gody, A.: Pedra, Z. and Zoli, A.(2003) Mutations in the 23s rRNA gene are associated with clarithromycin resistance in H. pylori isolation Brazil. Ann. Clin. Microbial. And Antimicrobials, 2(11): 1-9.

14. Wroblewski, L..; Peek, R. and Wilson, K. (2010) Helicobacter pylori and Gastric Cancer: Factors That Modulate Disease Risk. Clinical microbiology reviews. 23(4): 713-739.

15. Olson. J. and Maier, R.; (2002) Molecular hydrogen as an energy source for Helicobacter pylori. Science., 298 (5): 1788-1797.

16. Bode, G.; Malfertheiner, P. and Mauch, F. (2003). The Coccoid forms of Helicobacter pylori. Criteria for their viability. Epidemiol. Infect, 111: 483-490

17. Patrick, R.; Rosental, K. and Pfllar, M.(2005). Helicobacter pylori. In: Medical Microbiology, 5th edition. Philadelphia: Saunders. Pp. 253-99.

18. Peek, R.; Vaezi, M.;Falk, G; Goldblum, R. Perez-Perez, G. and Richter, J. (2002). Role of Helicobacter pylori cagA (+) strains and specific host immune responses on the development of premalignant and malignant lesions in the gastric cardia. Int J. Cancer, 82 1520-4.

19. Karczewska. E.; Klesiewicz, K.; Skiba, I.; Wojtas-Bonior, I.; Sito, E. and Czajecki, K. (2012). Variability in prevalence of Helicobacter pylori strains resistant to clarithromycin and levofloxacin in Southern Poland. Gastroenterol Res Pract, 10(5): 201-208.

20. Stasi, R. and Provan, D. (2008). Helicobacter pylori and Chronic ITP. Hematology Am Soc Hematol Educ Program, 206-211.

21. Nurgalieva, Z.; Malaty, H.;Graham, D.; Almuchambetova, R.; Machmudovaet, A. and Kapsultanova, D. (2002). Helicobacter pylori infection in Kazakistan: effect of water source and household hygiene. Am J Trop Med Hyg, 67: 201-206

22. Lane, J.; Murray, L..; Sian, N.; Egger, M.; Harvey, I.; Donovan, J. (2006). Impact of Helicobacter pylori eradication on dyspepsia, health resource use, and quality of

life in the Bristol helicobacter project: randomised controlled trial. BMJ., 2(3): 199-204

23. Zhou, Y.; Xu, L.; Wang, B.; Fan, X. and Wang, C. (2012). Modified sequential. therapy regimen versus conventional triple therapy for Helicobacter pylori eradication in duodenal ulcer patients in China: A multicenter clinical comparative. Gastroenterol Res Pract, 8(4):453-466.

24. Mandell, G.; Bennnett, J. and Dolin, R. (2010) Mandell, Douglas and Bennnett's principles and practice of infectious disease, thed. Elsevier Inc.2: 2557-2536, 2803-2813. (IVSL).

25. Sugimoto, M.; Wu, S. and Abudayyeh, J.(2009). Unreliability of results of PCR detection of Helicobacter pylori in clinical or environmental samples. Journal of Clinical Microbiology, 47(3): 738-742.

26. Boyanova, L (2011). Helicobacter pylori.Caister Academic Press. Clinical Microbiology Reviews, 5(4):12-18.

27. Ryan, Kand Ray, C. (2010). Helecobacter pylori in: Sherris Medical Microbiology 5th ed McGraw-Hill. pp. 573-576

Abstract:

H. pylori is a global health problem influenced by numerous demographic, social, and economic factors. By conducting surveys and analyzing data related to these factors, we can better understand the distribution of H. pylori infections and develop effective prevention and treatment strategies. It is essential to raise public awareness about the transmission routes and the importance of following proper hygiene practices, as well as early diagnosis and appropriate treatment to reduce the risk of complications.

65 questionnaires were collected from patients attending Al-Sadr Medical City between February and March 2025.

The results showed that the distribution of patients infected with H. pylori by gender was uneven, with males having a higher prevalence than females. The age groups of H. pylori infections showed the highest prevalence among those aged 21-31, while the lowest prevalence was among those aged 65-75. The distribution of infections by residential area showed the highest prevalence in urban areas (55%), compared to rural areas (45%). The distribution of patients infected with H. pylori by educational level revealed that the highest percentage was among those with a university degree or higher, followed by primary, middle, and secondary education, and the lowest percentage was among those who were illiterate. The results also showed that the infection period of 1-2 years was the most common group. This study clarified the chronological distribution of patients infected with H. pylori and highlights the importance of early detection and effective treatment to prevent potential health complications. By understanding the duration of infection and its impact on health, it is important to understand that infection can present with a wide range of symptoms. Physicians must be aware of this variation, rely on laboratory tests to confirm the diagnosis, and develop personalized treatment plans for each patient based on their symptoms. We can develop better strategies for the prevention and treatment of this common infection.

Ministry of Higher Education and Scientific Research

Alfurat Al-awsat Technical University

Kufa Technical Institute

A prevalence study of *Helicobacter pylori* in Najaf Governorate

A Research Submitted to the Council of Kufa Technical Institute at Alfurat Al-awsat Technical University in Partial Fulfillment of the Requirements for the Diploma Degree in Community Health Department

By

Dalal Ghayib Adris	**Ahmed Hussein Hassan**	**Ameer Kazem Khenfer**
Tabarak Hatem Hamel	**Haider Basim Bkheit**	**Ahmed Saeb Hadi**
Badr Fleek Thaawal	**Zahraa Hassan Abdulhussein**	**Hassan Farhan Jasim**
Zahraa Haider Khudair	**Doaa Saleh Abdulmahdi**	**Naba Noor Ghdheib**
Zahraa Salem Hussein	**Mustafa Yaseen Mohammed**	**Ameer Uday Hamza**
Tabarak Eyad Kamel	**Hussein Abbas Hamza**	

Supervised By

Assist.Prof. Angham Najah Hadi

2025 A.B **1446 A.H**