

توزیع و الگوی ابتلا به اختلالات روماتولوژی: بررسی سه ساله بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک روماتولوژی شهر سمنان (۹۳-۱۳۹۱)

مجید میرمحمدخانی^۱ (M.D)، جمیله مقیمی^{۲*} (M.D)، زهرا عبداللهی مهماندوستی^۳ (M.D)

۱- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، گروه اپیدمیولوژی و آمار، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

۲- گروه داخلی، دانشکده‌ی پزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

۳- دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

چکیده

هدف: بیماری‌های روماتولوژیک، علاوه بر شیوع بالا، منجر به عوارض گوناگون، هزینه‌های درمانی و کاهش کیفیت زندگی افراد می‌گردد. این مطالعه با هدف بررسی توزیع و الگوی ابتلا به اختلالات روماتولوژیک در افراد مراجعه‌کننده به تنها کلینیک روماتولوژی شهر سمنان، در بازه‌ی زمانی دو ساله (۹۳-۱۳۹۱) انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه‌ی مقطعی، اطلاعات الکترونیکی تمام افراد ۱۵ سال و بالاتر که از فروردین‌ماه ۱۳۹۱ تا اسفندماه ۱۳۹۳ به تنها کلینیک تخصصی روماتولوژی شهر سمنان مراجعه کرده بودند از نظر مشخصات دموگرافیک و بالینی، شامل تشخیص توسط متخصص روماتولوژی بر اساس شرح حال، معاینه و پاراکلینیک استخراج و مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: اطلاعات مربوط به ۶۵۶۸ بیمار (۷۵/۸٪ مونث، با متوسط سنی $50/89 \pm 15/68$ سال) در مطالعه بررسی شد. شایع‌ترین دسته‌ی بیماری‌های گزارش‌شده، اختلالات غیرالتهابی به ترتیب پری‌آرت‌ریت‌ها (۴۱/۸٪) و استئوآرت‌ریت‌ها (۱۹/۷٪) بودند. در بین بیماری‌های التهابی، شایع‌ترین اختلال، آرت‌ریت روماتوئید (۹/۲٪) بود. شایع‌ترین زیرگروه گزارش‌شده در استئوآرت‌ریت‌ها، درگیری زانو (۷۱/۳٪) و در اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها، اسپوندیلوآرت‌ریت‌های تمایزنیافته (۵۹/۳٪) بود. در خصوص ابتلا به انواع استئوآرت‌ریت‌ها تعداد زنان تقریباً سه برابر مردان مراجعه‌کننده بود (۷۵/۳٪ در مقابل ۲۴/۷٪، $P=0/01$).

نتیجه‌گیری: مشکل اکثر بیماران مراجعه‌کننده با اختلالات روماتولوژیک مربوط به اختلالات روماتیسمی غیر التهابی، مخصوصاً پری‌آرت‌ریت‌ها و استئوآرت‌ریت‌ها و به‌ویژه در زنان بود. کنترل عوامل خطر شناخته‌شده‌ی مرتبط با این دو بیماری، مانند اصلاح شیوه‌ی زندگی و انجام ورزش‌های منظم و موثر و نیز، بررسی عوامل خطر مرتبط، خصوصاً در زنان توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: پری‌آرت‌ریت، استئوآرت‌ریت، اختلالات روماتولوژیک، اپیدمیولوژی

مقدمه

گرفته‌اند [۲، ۱]. این بیماری‌ها، شامل دو گروه بیماری‌های التهابی و غیر التهابی می‌باشد که می‌توانند درگیری مفصلی و خارج مفصلی ایجاد نمایند. اختلالات التهابی معمولاً با یک یا چند مورد از علائم زیر همراه هستند:

اختلالات روماتیسمی، گروهی از شایع‌ترین اختلالات اغلب مزمن را تشکیل می‌دهند که به‌علت تظاهرات ناهمگون بالینی، گستره‌ی توزیعی مختلفی را در جوامع گوناگون، در بر

(World Health Organization=WHO)، برنامه‌ای جامعه‌گرا برای کنترل بیماری‌های روماتیسمی (Community-Oriented Program for Control of Rheumatic Disease=COPCORD)، با هدف شناخت، پیشگیری و کنترل آن‌ها مطرح کرده و انجام بررسی‌های اپیدمیولوژیک قابل اعتماد را در زمینه‌ی بررسی شیوع اختلالات روماتولوژی در کشورهای مختلف، مخصوصاً کشورهای در حال توسعه، ضروری و پراهمیت ذکر کرده‌اند [۹، ۱۰، ۱۱].

با این حال، تفاوت در شیوع یک بیماری در مناطق مختلف جغرافیایی به دلایل ژنتیکی، جغرافیایی و فرهنگی، همیشه مورد توجه محققین در حوزه‌ی بهداشت و پزشکی بوده است؛ با توجه به این‌که در شهر سمنان مطالعات در زمینه فراوانی و الگوی اختلالات روماتولوژیک انجام نشده و چند مطالعه انجام شده فقط در زمینه اختلالات اسکلتی [۱۲، ۱۳] بوده است، تصمیم بر انجام این مطالعه به عنوان یک بررسی مقدماتی کلینیک محور گرفته شد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه‌ی مقطعی، پس از کسب مجوز از شورای پژوهشی مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی بیمارستان کوثر سمنان و شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سمنان و دریافت کد اخلاق، اطلاعات تمام افراد با سن ۱۵ سال یا بیش‌تر مراجعه‌کننده به تنها کلینیک روماتولوژی شهر سمنان، در بازه‌ی زمانی سه ساله (از فروردین‌ماه ۱۳۹۱ تا اسفندماه ۱۳۹۳)، به روش تمام‌شماری، مورد بررسی قرار گرفت. افراد با سن کم‌تر از ۱۵ سال و نیز بیمارانی که به علت مشکلات غیر روماتیسمی مراجعه کرده بودند، از مطالعه خارج شدند. چک‌لیست مربوط به اطلاعات دموگرافیک و بالینی، شامل سن، جنسیت، نمایه‌ی توده‌ی بدنی (Body Mass Index =BMI) و تشخیص نوع اختلال روماتولوژیک بر اساس معاینات متخصص روماتولوژی مبتنی بر شرح حال، معاینه و یافته‌های بالینی و در صورت لزوم استفاده از روش‌های آزمایشگاهی و تصویربرداری، تکمیل و داده‌های حاصل، در

در این بیماری‌ها مهم‌ترین علایم موضعی و عمومی به ترتیب شامل قرمزی، گرمی، درد و تورم به خصوص در مفاصل و خستگی، تب، راش و کاهش وزن در بیمار می‌باشد. همچنین شواهد آزمایشگاهی التهاب نظیر افزایش میزان رسوب گلبول‌های قرمز (erythrocyte sedimentation rate=ESR)، افزایش سطح پروتئین واکنشی C (C-reactive protein=CRP)، ترومبوسیتوز، آنمی ناشی از بیماری‌های مزمن و افزایش تعداد سلول‌های التهابی در مایع درون مفصلی (سلول 2000) نیز در این بیماری‌ها می‌تواند یافت شود [۱، ۲]. در مقابل، اختلالات غیر التهابی ممکن است در ارتباط با ضربه (پارگی روتاتور کاف)، استفاده‌ی مکرر (بورسیت و تاندونیت)، تخریب مفصل (استئوآرتریت)، نئوپلاسم و تشدید درد (فیبرومیالژیا) ایجاد شود [۱، ۳]. در این بیماری‌ها، تظاهرات التهابی و علائم سیستمیک وجود ندارد و یافته‌های آزمایشگاهی در آن‌ها طبیعی است. همچنین، برخلاف اختلالات التهابی، خشکی متناوب در روز به دنبال دوره‌های کوتاه‌مدت استراحت وجود دارد که معمولاً کم‌تر از سی دقیقه طول کشیده و با فعالیت تشدید می‌یابد [۲، ۳]. با توجه به تفاوت‌ها و تغییرات زیاد در علل وابسته به شیوع و عوامل خطر، گرچه اختلالات روماتولوژیک به عنوان تهدیدی مهم برای سلامت عمومی در سراسر جهان محسوب می‌شود، به دلیل گسترش فزاینده دارای اهمیت ویژه‌ای در کشورهای در حال توسعه می‌باشد [۳، ۴]. بیماری‌های روماتولوژیک علاوه بر ایجاد اختلال در سلامت فرد، می‌توانند با تحمیل هزینه‌های اقتصادی و انسانی بر شخص بیمار، خانواده و نظام بهداشتی در جامعه، در یک چرخه‌ی معیوب، میزان و شدت عوارض مربوط به خود را افزایش دهند [۵]. شیوع و شدت اختلالات روماتولوژیک، بسته به قومیت و شرایط اجتماعی و اقتصادی مناطق مختلف، بسیار متفاوت است [۶-۸]. با توجه به عوارض و اثرات مختلف اختلالات روماتولوژیک بر نظام بهداشتی کشورهای در حال توسعه، اتحادیه‌ی بین‌المللی انجمن روماتولوژی (International League of Association for Rheumatology=ILAR)، همراه با سازمان بهداشت جهانی

جدول ۲: توزیع فراوانی اختلالات روماتیسمی در مراجعه کنندگان به کلینیک روماتولوژی شهر سمنان (۱۳۹۱-۱۳۹۳) به تفکیک جنس و گروه بیماری

گروه بیماری	نوع بیماری	تعداد	درصد فراوانی	جنسیت: تعداد (درصد)	
				مذکر	مونث
التهابی	سندرم آنتی فسفولیپید	۱۶	۰/۲	۲ (۱۲/۵)	۱۴ (۸۷/۵)
	کریستالوپاتی‌ها	۱۶۳	۲/۴	۷۰ (۴۲/۹)	۹۳ (۵۷/۱)
	بیماری‌های بافت همبند مختلط	۵	۰/۱	۲ (۴۰/۰)	۳ (۶۰/۰)
	یووئیت	۱۷	۰/۳	۷ (۴۱/۳)	۱۰ (۵۸/۸)
	روماتوئید جوانان	۱۵	۰/۲	۵ (۳۳/۳)	۱۰ (۶۶/۷)
	پلی‌میوزیت	۷	۰/۱	۴ (۵۷/۳)	۳ (۴۲/۸)
	پلی‌میالژی روماتیکا	۵۳	۰/۸	۳ (۵/۷)	۵۰ (۹۴/۳)
	واسکولیت‌ها	۲۵	۰/۴	۷ (۲۸/۰)	۱۸ (۷۲/۰)
	آرتریت روماتوئید	۶۰۴	۹/۲	۱۰۳ (۱۷/۱)	۵۰۱ (۸۲/۹)
	سارکوئیدوز	۶	۰/۱	۱ (۶/۷)	۵ (۸۳/۳)
	شوگرن	۱۲	۰/۲	-	۱۲ (۱۰۰)
	لوپوس	۴۷	۰/۷	۵ (۱۰/۶)	۴۲ (۸۹/۴)
	اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها	۲۹۷	۴/۵	۱۴۲ (۴۷/۸)	۱۵۵ (۵۲/۲)
	اسکلروز سیستمیک	۳۷	۰/۶	۳ (۸/۱)	۳۴ (۹۱/۹)
غیر التهابی	کندرومالاسی	۱۱۲	۱/۷	۲۷ (۲۴/۱)	۸۵ (۷۵/۹)
	استئوآرتریت‌ها	۱۲۹۵	۱۹/۷	۳۲۰ (۲۴/۷)	۹۷۵ (۷۵/۳)
	استئومالاسیا	۷۵	۱/۱	۶ (۸/۰)	۶۹ (۹۲/۰)
	استئوپوروز / استئوپنی	۲۰۷	۳/۲	۱۶ (۷/۷)	۱۹۱ (۹۲/۳)
	پری آرتریت	۲۷۴۷	۴۱/۸	۵۷۲ (۲۰/۸)	۲۱۷۵ (۷۹/۳)
	رادیکولوپاتی‌ها	۷۴۲	۱۱/۳	۲۱۴ (۲۸/۸)	۵۲۸ (۷۱/۲)
	تروما	۸۶	۱/۸	۴۲ (۴۸/۸)	۴۴ (۵۱/۲)
مجموع	۶۵۶۸	۱۰۰	-	۵۰۱۷ (۷۶/۴)	

جدول ۳: توزیع فراوانی استئوآرتریت‌ها در مراجعه کنندگان به کلینیک روماتولوژی شهر سمنان (۱۳۹۱-۱۳۹۳) به تفکیک جنس

زیرگروه	تعداد (درصد)	جنسیت: تعداد (درصد)	
		مذکر	مونث
زانو	۹۲۳ (۷۱/۳)	۲۳۷ (۲۵/۷)	۶۸۶ (۷۴/۳)
مچ پا	۹ (۰/۷)	۱ (۱۱/۱)	۸ (۸۸/۹)
مٹاکارپوفالنجئال اول	۲۳ (۱/۸)	۵ (۲۱/۷)	۱۸ (۷۸/۳)
نودال	۱۵ (۱/۲)	۲ (۱۳/۳)	۱۳ (۸۶/۷)
هیپ	۱۶ (۱/۲)	۵ (۳۱/۳)	۱۱ (۶۸/۸)
شانه	۱ (۰/۱)	-	۱ (۱۰۰)
گردن	۵ (۰/۴)	۱ (۲۰/۰)	۴ (۸۰/۰)
کمر	۳۳ (۲/۵)	۶ (۱۸/۲)	۲۷ (۸۱/۸)
کارپومتاکارپال اول	۸ (۰/۶)	۲ (۲۵/۰)	۶ (۷۵/۰)
تمپورومانندیبولار	۱ (۰/۱)	-	۱ (۱۰۰)
آکرومیوکلایویکلار	۳ (۰/۲)	-	۳ (۱۰۰)
پاتلوفمورال	۲۵۸ (۱۹/۹)	۶۰ (۲۳/۳)	۱۹۸ (۷۶/۷)
مجموع	۱۲۹۵ (۱۰۰)	۳۱۹ (۲۴/۶)	۹۷۶ (۷۵/۴)

جدول ۴: توزیع فراوانی اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها در مراجعه کنندگان به کلینیک روماتولوژی شهر سمنان (۱۳۹۱-۱۳۹۳) به تفکیک جنس

زیرگروه	تعداد (درصد)	جنسیت: تعداد (درصد)	
		مونث	مذکر
اسپوندیلیت انکیلوزان	۳۳ (۱۱/۱)	۴ (۱۲/۱)	۲۹ (۸۷/۹)
آرتريت پسوریازيس	۶۹ (۲۳/۲)	۳۴ (۴۹/۹)	۳۵ (۵۰/۷)
انتروپاتیک	۸ (۲/۷)	۶ (۷۵/۰)	۲ (۲۵/۰)
آرتريت ری‌اكتیو	۱۱ (۳/۷)	۳ (۲۷/۳)	۸ (۷۲/۷)
اسپوندیلوآرتريت‌های تمایز نیافته	۱۷۶ (۵۹/۳)	۱۰۸ (۶۱/۴)	۶۸ (۳۸/۶)
مجموع	۲۹۷ (۱۰۰)	۱۵۵ (۵۲/۲)	۱۴۲ (۴۷/۸)

جدول ۵: توزیع فراوانی شایع‌ترین بیماری التهابی (آرتريت روماتوئید) و غیر التهابی (استئوآرتريت) در میان مراجعه کنندگان به تفکیک جنس و گروه سنی

گروه سنی	تعداد (درصد)					
	استئوآرتريت			آرتريت روماتوئید		
	تعداد کل	مرد	زن	تعداد کل	مرد	زن
۱۵-۲۹	۲۲ (۸۱/۵)	۵ (۱۸/۵)	۲۷	۲۹ (۷۲/۵)	۱۱ (۳۷/۵)	۴۰
۳۰-۳۹	۶۵ (۸۲/۳)	۱۴ (۱۷/۷)	۷۹	۱۰۶ (۷۴/۶)	۳۶ (۲۵/۴)	۱۴۲
۴۰-۴۹	۸۷ (۷۹/۸)	۲۲ (۲۰/۲)	۱۰۹	۱۷۱ (۷۷/۴)	۵۰ (۲۲/۶)	۲۲۱
۵۰-۵۹	۱۳۴ (۸۲/۲)	۲۹ (۱۷/۸)	۱۶۳	۲۴۱ (۷۴/۶)	۸۲ (۲۵/۴)	۳۲۳
۶۰-۶۹	۱۰۸ (۸۱/۳)	۲۵ (۱۸/۸)	۱۳۳	۲۳۳ (۷۶/۶)	۷۱ (۲۳/۴)	۳۰۴
۷۰ و بالاتر	۸۵ (۹۱/۴)	۸ (۸/۶)	۹۳	۱۹۵ (۷۳/۶)	۷۰ (۲۶/۴)	۲۶۵
مجموع	۵۰۱ (۸۲/۹)	۱۰۳ (۱۷/۱)	۶۰۴	۹۷۵ (۷۵/۳)	۳۲۰ (۲۴/۷)	۱۲۹۵

بحث و نتیجه گیری

فراوانی و شدت بیماری‌های روماتیسمی و اسکلتی عضلانی، بسیار وابسته به شرایط اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی جمعیت‌های مختلف است [۷،۶] که این اختلاف، می‌تواند بسته به ویژگی‌های ژنتیکی افراد و با توجه به خصوصیات اپیدمیولوژیک هر منطقه‌ای، متفاوت باشد [۸]. مطالعات اپیدمیولوژیک در جمعیت‌های بومی نیاز به غلبه بر محدودیت‌ها، از جمله بی‌اعتمادی جامعه، دسترسی محدود به مراقبت‌های بهداشتی اولیه، و موانع مشارکت ناشی از اعتقادات و فرهنگ‌های خاص هر منطقه‌ای دارد که بایستی با غلبه بر این موارد، راه را برای رسیدن به آماری نزدیک به واقعیت، جهت انجام برنامه‌ریزی‌های کلان بهداشتی، هموار نمود [۱۵،۱۴].

در مطالعه حاضر از بین اختلالات روماتیسمی، فراوانی اختلالات غیر التهابی (۸۰/۶٪)، بیش از ۴ برابر بیماری‌های التهابی (۱۹/۴٪) بود. شایع‌ترین دسته‌ی بیماری‌های گزارش‌شده، مربوط به اختلالات غیر التهابی (به ترتیب

پری‌آرتريت‌ها (۴۱/۸٪) و استئوآرتريت‌ها (۱۹/۷٪) می‌شد. در بین بیماری‌های التهابی، شایع‌ترین اختلال، آرتريت روماتوئید (۹/۲٪) بود. در بین سایر بیماری‌های کلاژن واسکولار، اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها (۴/۵٪)، کریستالوپاتی‌ها (۲/۴٪)، پلی‌میالژی روماتیکا (۰/۸٪) و لویوس (۰/۷٪)، در مراتب بعدی قرار داشتند. شایع‌ترین زیرگروه گزارش‌شده در استئوآرتريت‌ها، با فراوانی ۷۱/۳٪، مربوط به درگیری زانو و در اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها، مربوط به اسپوندیلوآرتروپاتی‌های تمایز نیافته (۵۹/۳٪) می‌شد. در مطالعه‌ای که Granados و همکاران در سال ۲۰۱۶ در ونزوئلا انجام دادند، نتایج بررسی ۱۵۳۷ نفر بومی این کشور نشان داد که مشابه نتایج مطالعه‌ی حاضر، شایع‌ترین اختلال روماتیسمی، مربوط به اختلالات غیر التهابی (به ویژه، استئوآرتريت‌ها با شیوع ۱۴/۱٪) می‌شد؛ هر چند در مطالعه‌ی ما، استئوآرتريت، بعد از پری‌آرتريت‌ها، در رتبه‌ی دوم فراوانی قرار داشت. هم‌چنین، افراد مونث، حدوداً ۱/۵ برابر افراد مذکر (۶۲/۶٪ در مقابل ۳۷/۴٪) به این اختلال مبتلا شده بودند که این موضوع در مطالعه‌ی ما، حدود

در آمریکا به اشکال مختلف استئوآرتروز مبتلا هستند و شیوع این بیماری با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد [۲۱]. شاید یکی از علل تشابه نتایج مطالعه‌ی ما با Granados، نوع جمعیت مورد بررسی (کشور در حال توسعه) بوده است؛ چرا که نتایج مطالعات انجام‌گرفته در کشورهای آمریکای لاتین مانند آرژانتین [۲۲]، موناگاس [۲۳] و پرو [۲۴] و تعدادی از کشورهای آسیایی از جمله بنگلادش [۱۸]، اندونزی [۲۵] و فیلیپین [۲۶] نیز، نزدیک به مطالعه‌ی حاضر بوده است؛ چرا که در تمام این مطالعات، اختلالات غیرالتهابی، شایع‌ترین اختلال روماتیسمی را شامل می‌شدند که این نکته، می‌تواند وابسته به عللی چون مشاغل رایج و شباهت‌های مربوط به نحوه‌ی زندگی و رفتاری مردم جوامع در حال توسعه باشد [۱۱]. با توجه به شیوع بالای اختلالات غیرالتهابی نسبت به بیماری‌های کلاژن واسکولار در مطالعه‌ی حاضر و نیز، مطالعات مشابه انجام گرفته، به‌ویژه در افراد مونث [۲۲-۲۶]، گسترش آموزش‌های عمومی، خصوصاً به جمعیت زنان، اصلاح الگوی رفتاری و شیوه‌ی زندگی مانند استفاده از صندلی و خودداری از نشستن روی زمین، استفاده از توالت‌های فرنگی، پیاده‌روی موثر و انجام ورزش‌های موثر پس از انجام کارهای سنگین، از جمله موارد مشترک کاهش‌دهنده‌ی شیوع اختلالات روماتیسمی غیرالتهابی شایع، مخصوصاً استئوآرتروزها و به‌ویژه، استئوآرتروز زانو در مطالعات مختلف می‌باشد [۲۸، ۲۷]. هم‌چنین، از آنجایی که شایع‌ترین اختلال مشاهده شده در این مطالعه، پری‌آرتروز بود و با توجه به این موضوع که مهم‌ترین علل به‌وجودآورنده این بیماری‌ها، شامل تروما و میکروتروماهای تکرارشونده‌ی مزمن، بیماری‌های روماتیسمی التهابی، بیماری‌های اندوکراین و حتی مصرف آنتی‌بیوتیک‌هایی مانند فلوروکینولون‌ها می‌باشد، می‌توان با کنترل این موارد، از شیوع بالای پری‌آرتروزها کاست [۲۹]. هر چند شیوع بیماری‌های کلاژن واسکولار، نسبت به اختلالات روماتیسمی غیرالتهابی در مطالعه‌ی ما، مشابه مطالعات مشابه انجام شده [۲۲-۲۵]، کم‌تر بود، اما به هر حال نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که در بین بیماری‌های

سه برابر (۷۵/۳٪ در مقابل ۲۴/۷٪) بوده است [۱۶]. در مطالعه‌ی دیگر در ونزوئلا نیز، افراد مونث، حدود پنج برابر افراد مذکر (۸۴/۱ در مقابل ۱۵/۹٪) مبتلا به استئوآرتروز شده بودند [۱۷]. Al-Awadhi و همکاران در کویت نیز، با انجام سه مطالعه‌ی مشابه، خطر بروز اختلالات روماتیسمی را در افراد مونث، بالاتر گزارش کرده‌اند [۱۸-۲۰]. اختلاف مشاهده شده در مورد ابتلای افراد مونث نسبت به افراد مذکر در ابتلا به اختلالات غیرالتهابی و به‌ویژه، استئوآرتروزها، می‌تواند به علت شیوه‌ی زندگی غالب جمعیت زنان جوامع در حال توسعه، مانند نحوه‌ی رسیدگی به امور منزل و فرزندان و نیز، چگونگی نشست و برخاست و خوابیدن باشد؛ در مطالعات دیگر، کارهای سنگین و عدم رعایت اصول سلامتی توسط زنان را عامل شیوع بیش‌تر استئوآرتروز در این افراد ذکر کرده‌اند [۸، ۷]. البته در مطالعه حاضر این یافته تا حدی می‌تواند مربوط به جنسیت مونث تنها روماتولوژیست کلینیک نیز مربوط باشد. چرا که به نظر می‌رسد از نظر فرهنگی و مذهبی در بسیاری از نقاط کشور ترجیح غالب برای بیماران مونث مراجعه به پزشک همجنس می‌باشد. اغلب زنان در مطالعه‌ی Granados [۱۶]، از بین استئوآرتروزها، شایع‌ترین درگیری، مربوط به درگیری زانو (گروه اول استئوآرتروزها) می‌شد که نتایج مطالعه‌ی ما، مشابه این مطالعه بوده است. در مطالعه‌ی جمشیدی و همکاران در سال ۱۳۸۵ در تهران، شایع‌ترین استئوآرتروز، استئوآرتروز زانو و سپس به ترتیب دست، گردن و مفاصل ران بود؛ در انواع پری‌آرتروزها نیز سندرم روتاتور کاف، آرنج تنیس‌بازان و شانه‌ی منجمد، به ترتیب بیش‌ترین شیوع را داشتند. بر اساس این مطالعه، شیوع بیماری‌های دژنراتیو مفصلی، حدود ۲۰٪ بوده که استئوآرتروز زانو با ۱۵/۳٪، شایع‌ترین اختلال، ذکر شده بود [۱].

به‌طور کلی، استئوآرتروز، شایع‌ترین نوع بیماری مفصلی می‌باشد که علامت اصلی آن، از بین رفتن تدریجی و پیش‌رونده‌ی غضروف مفصلی همراه با تغییر شکل استخوان تحت غضروفی است؛ بیش از ۲۶/۹ میلیون نفر بالای ۲۵ سال

غیرالتهابی، نسبت به بیماری‌های التهابی، به‌طور قابل توجهی بالاتر باشد. در این گروه پری‌آرتیت‌ها و استئوآرتریته‌ها، دو دسته‌ی شایع در جمعیت مذکور، مخصوصاً افراد مونث، بودند. بنابراین، کنترل عوامل خطر شناخته‌شده‌ی مرتبط با این دو بیماری، مانند اصلاح شیوه‌ی زندگی و انجام ورزش‌های منظم و موثر و نیز، انجام مطالعات بیشتر در جهت شناسایی علل مختلف مرتبط با شیوع اختلالات روماتیسمی، در جهت برنامه‌ریزی برای کنترل این علل، توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برآمده از نتایج پایان‌نامه دکترای حرفه‌ای در رشته پزشکی است. نویسندگان لازم می‌دانند از حمایت‌های مرکز توسعه تحقیقات بالینی مرکز آموزشی پژوهشی درمانی کوثر دانشگاه علوم پزشکی سمنان تشکر و قدردانی نمایند.

منابع

- [1] Davatchi F, Jamshidi AR, Banihashemi AT, Gholami J, Forouzanfar MH, Akhlaghi M, et al. WHO-ILAR COPCORD study (stage 1, urban study) in Iran. *J Rheumatol* 2008; 35: 1384-1390.
- [2] Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S. J. Jameson J, Loscalzo J. *Harrison Principles of Internal Medicine*. Mc Graw Hill; 2012.
- [3] Storheim K, Zwart JA. Musculoskeletal disorders and the Global Burden of disease study. *Ann Rheum Dis* 2014; 73: 949-950.
- [4] Chopra A. The COPCORD world of musculoskeletal pain and arthritis. *Rheumatology* 2013; 52: 1925-1928.
- [5] World Health Report. Reducing risks, promoting healthy life. WHO, Geneva, Acceded 20 February 2013.
- [6] Alarcón AM, Muñoz S, Kaufman JS, Martínez C, Riedemann P, Kaliski S. Contribution of ethnic group and socioeconomic status to degree of disability in rheumatoid arthritis in Chilean patients. *Rheumatol Int* 2015; 35: 685-689.
- [7] Pelaez-Ballestas I, Sanin LH, Moreno-Montoya J, Alvarez-Nemegyei J, Burgos-Vargas R, Garza-Elizondo M, et al. Epidemiology of the rheumatic diseases in Mexico. A study of 5 regions based on the COPCORD methodology. *J Rheumatol* 2011; 86: 3-8.
- [8] Herráez DL, Martínez, Bueno M, Riba L, Torre IG, Sacnún M, Goñi M, et al. Rheumatoid arthritis in Latin Americans enriched for Amerindian ancestry is associated with loci in chromosomes 1, 12, and 13, and the HLA class II region. *Arthritis Rheum* 2013; 65: 1457-1467.
- [9] Darmawan J, Muirden KD. WHO-ILAR COPCORD-perspectives past, present, and future. *J Rheumatol* 2003; 30: 2312-2314.
- [10] Muirden KD. Community oriented program for the control of rheumatic diseases: studies of rheumatic diseases in the developing world. *Curr Opin Rheumatol* 2005; 17: 153-156.

التهابی، شایع‌ترین اختلال، آرتریته روماتوئید بود (۹/۲٪). آرتریته روماتوئید، شایع‌ترین بیماری التهابی می‌باشد که شیوع آن در افراد بزرگسال، حدود یک درصد، در کل دنیا بوده و زنان، تقریباً سه برابر بیش‌تر از مردان مبتلا می‌شوند [۳۰]. مشخصه‌ی اصلی این بیماری، التهاب مفصل، تورم، درد و اختلال حرکتی است که سرانجام، موجب تغییر شکل مفصل و یوکی استخوان می‌شود. همچنین، آرتریته روماتوئید، ارتباط مستقیمی با سایر بیماری‌های مزمن مثل بیماری‌های قلبی عروقی دارد و به همین دلیل، از مهم‌ترین مشکلات بهداشت عمومی جامعه است [۱].

در این مطالعه، سعی شد تا با بررسی مراجعین به تنها کلینیک روماتولوژی شهر و انجام معاینات دوره‌ای ایشان به عنوان جامعه آماری، بخش قابل توجهی از مردم شهر سمنان به عنوان جامعه هدف از نظر چگونگی توزیع اختلالات روماتیسمی مورد بررسی قرار بگیرند. علی‌رغم منحصر به فرد بودن کلینیک فوق تخصصی روماتولوژی و روماتولوژیست در شهر، بررسی دقیق شیوع بیماری‌ها در جامعه صرفاً با مطالعات جامعه محور قابل انجام است. لذا علی‌رغم این که انتظار داریم هم‌پوشانی قابل توجهی میان مراجعین و بیماران در جامعه هدف وجود داشته باشد، تعمیم نتایج بایستی با این احتیاط همراه باشد که بسیاری از بیماران شهر لزوماً مراجعین به این کلینیک و پزشک آن نبوده‌اند. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه، عدم بررسی سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد، مانند میزان فعالیت بدنی، نوع رژیم غذایی، عوامل زیست‌محیطی و نوع مشاغل بود که با توجه به نقص اطلاعات پرونده‌ها و نیز، گذشته‌نگر بودن این مطالعه، قابل اجرا نبود؛ هر چند هدف مطالعه حاضر، توصیف الگوی ابتلا و توزیع فراوانی انواع اختلالات روماتیسمی در مراجعین به کلینیک بود و بررسی عوامل خطر و زمینه‌ای، مستلزم انجام مطالعات دیگر خواهد بود. در این خصوص انجام مطالعات مبتنی بر جامعه در جمعیت هدف پیشنهاد می‌شود.

در کل، نتایج این مطالعه موید این بود که از بین اختلالات روماتیسمی در شهر سمنان، به نظر می‌رسد شیوع اختلالات

- [21] Benito MJ, Veale DJ, FitzGerald O, van den Berg WB, Bresnihan B. Synovial tissue inflammation in early and late osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2005; 64: 1263-1267.
- [22] Spindler A, Bellomio V, Berman A, Lucero E, Baigorria M, Paz S, et al. Prevalence of rheumatoid arthritis in Tucuman, Argentina. *J Rheumatol* 2002; 29: 1166-1170.
- [23] Granados Y, Cedeño L, Rosillo C, Berbin S, Azocar M, Molina ME, et al. Prevalence of musculoskeletal disorders and rheumatic diseases in an urban community in Monagas State, Venezuela: a COPCORD study. *Clin Rheumatol* 2015; 34: 871-877.
- [24] Gamboa R, Medina M, Acevedo E, Pastor C, Cucho M, Gutierrez C. Prevalence of rheumatic diseases and disability in an urban marginal Latin American population. A community based study using the COPCORD model. *Arthritis Rheum* 2007; 9: S344.
- [25] Darmawan J, Valkenburg HA, Muirden KD, Wigley RD. Epidemiology of rheumatic diseases in rural and urban populations in Indonesia: a world health organisation international league against rheumatism COPCORD study, stage I, phase 2. *Ann Rheum Dis* 1992; 51: 525-528.
- [26] Wigley R. Rheumatic problems in the Asia Pacific region. The primary prevention of rheumatic diseases: the Parthenon Publishing Group Inc., New York; 1994. p. 21-5.
- [27] Chopra A, Patil J, Billempelly V, Relwani J, Tandle H. Prevalence of rheumatic diseases in a rural population in western India: a WHO-ILAR COPCORD Study. *J Assoc Physicians India* 2001; 49: 240-246.
- [28] Mathew AJ, Chopra A, Thekkemuriyil DV, George E, Goyal V, Nair JB, Group TCS. Impact of musculoskeletal pain on physical function and health-related quality of life in a rural community in south India: A WHO-ILAR-COPCORD-BJD India study. *Clin Rheumatol* 2011; 30: 1491-1497.
- [29] Davatchi f. Aplar education and information. *Bulletin* 1995; 13: 50-51.
- [30] Westaway MS, Rheeder P, Guloba G. Rheumatoid arthritis functional disability in a public health care clinic. *S Afr Med J* 2008; 98: 706.
- [11] Woolf AD, Pflieger B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ* 2003; 81: 646-656.
- [12] Ehsani F, Mohseni Bandpei MA, Aminiafar A, Bakhtiary A. Prevalence and associate risk factors of upper limb disorders in school teachers in Semnan (Iran). *Koomesh* 2016; 17: 880-887.
- [13] Rashidi M. Study of prevalence and causes of low back pain in the Islamic Azad University of Semnan. *Koomesh* 2007; 8: 233-238.
- [14] Koehn CL. The role of ethnicity in willingness to participate in rheumatoid arthritis clinical trials. *J Rheumatol* 2005; 32: 2283.
- [15] Odotola J, Ward MM. Ethnic and socioeconomic disparities in health among patients with rheumatic disease. *Curr Opin Rheumatol* 2005; 17: 147-152.
- [16] Granados Y, Rosillo C, Cedeño L, Martínez Y, Sánchez G, López G, et al. Prevalence of musculoskeletal disorders and rheumatic disease in the Warao, Kari'ña, and Chaima indigenous populations of Monagas State, Venezuela. *Clin Rheumatol* 2016; 1-9.
- [17] Chacón JG, González NE, Véliz A, Losada BR, Paul H, Santiago LG, et al. Effect of knee osteoarthritis on the perception of quality of life in Venezuelan patients. *Arthritis Rheum* 2004; 51: 377-382.
- [18] Haq SA, Darmawan J, Islam MN, Uddin MZ, Das BB, Rahman F, et al. Prevalence of rheumatic diseases and associated outcomes in rural and urban communities in Bangladesh: a COPCORD study. *J Rheumatol* 2005; 32: 348-353.
- [19] Al-Awadhi AM, Olusi S, Al-Saeid K, Moussa M, Shehab D, Al-Zaid N, et al. Incidence of musculoskeletal pain in adult Kuwaitis using the validated Arabic version of the WHO-ILAR COPCORD core questionnaire. *Ann Saudi Med* 2005; 25: 459.
- [20] Al-Awadhi A, Olusi S, Moussa M, Shehab D, Al-Zaid N, Al-Herz A, Al-Jarallah K. Musculoskeletal pain, disability and health-seeking behavior in adult Kuwaitis using a validated Arabic version of the WHO-ILAR COPCORD Core Questionnaire. *Clin Exp Rheumatol* 2003; 22: 177-183.

Distribution and pattern of rheumatologic disorders: The two-years study of patients referred to rheumatology clinic in Semnan (2011-14)

Majid Mirmohammadkhani (M.D)¹, Jamileh Moghimi (M.D)^{*2}, Zahra Abdollahi Mehmandoosti (M.D)³

1 - Social Determinants of Health Research Center, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

2- Social Determinants of Health Research Center, Dept. of Epidemiology and Biostatistics, Semnan University of medical sciences, Semnan, Iran

3 - Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

(Received: 28 Oct 2016; Accepted: 16 Jul 2017)

Introduction: Rheumatologic diseases, in addition to high prevalence, can lead to various complications, health care costs and decreased quality of life. This study was carried out to investigate the distribution and pattern of rheumatologic disorders in patients referred to rheumatology clinic in Semnan, at a two-year period (2011-14).

Materials and Methods: In this cross sectional study, electronic data of all 15 years and older people referred to the rheumatology clinic in Semnan (Iran) in April 2011 to March 2014 were extracted and examined in terms of demographic and clinical characteristics contains rheumatologist diagnosis based on medical history, clinical examination and Para clinic.

Results: Information on 6568 patients (75.8% female, with a mean age of 50.89 ± 15.68 years) was evaluated in the study. The most common diseases have been reported, was non-inflammatory disorders (per arthritis (41.8%) and osteoarthritis (19.7%) respectively). Among inflammatory diseases, the most prevalent disorder was rheumatoid arthritis (9.2%). The most common subtypes reported in osteoarthritis were the knee osteoarthritis (71.3%) and in Spondyloarthropathies were undifferentiated arthritis (59.3%). In the osteoarthritis cases, the frequency of women was almost three times more than men (75.3% vs. 24.7%, $P = 0.01$).

Conclusion: The problems of most patients with rheumatologic disorders were related to non-inflammatory rheumatic disorders, especially per arthritis and osteoarthritis and especially in women. Controlling of known risk factors associated with these two diseases, such as lifestyle correction and regular and effective exercise, and also assesses related risk factors, especially in women is recommended.

Keywords: Per Arthritis, Osteoarthritis, Rheumatic Disorders, Epidemiology.

* Corresponding author. Tel: +98 9121316911

moghimi_jam@yahoo.com