

# **الندبات الوجهية لدى عينة عشوائية من مرضى الشعب السوري**

## **Facial Scars With A Random Sample Of The Patients Of The Syrian People**

إعداد : زياد القاضي\*

Ziad al-Kadi

بإشراف الأستاذ الدكتور منير حرفوش\*\*

Muner Harfush

\* طالب دكتوراه في قسم جراحة الفم والفكين بكلية طب الأسنان - جامعة دمشق

PHD Student at Oral and Maxillofacial Surgery Department of  
Faculty of Dentistry – Damascus University.

\*\*أستاذ في قسم جراحة الفم والفكين بكلية طب الأسنان - جامعة دمشق

Professor at Oral and Maxillofacial Surgery Department of Faculty  
of Dentistry – Damascus University.

رقم هاتف الباحث : 0930588256

إيميل الباحث : Zk1989@hotmail.com

## الندبات الوجهية لدى عينة عشوائية من مرضى

### الشعب السوري

#### الملخص

**خلفية البحث :** يعتبر تشكل الندبات الوجهية مرحلةً تاليةً من عملية شفاء الجروح والتي تحدث عندما تتعرض أنسجة الوجه لأذية فيزيائية أو أعمال جراحية مختلفة . تعد هذه الندبات أحياناً ندبات مرضية معيبة تنتج عن استجابة غير طبيعية للرض أو الجراحة ويمكن أن تكون مؤلمة وتسبب حكة وبالتالي تؤدي إلى إعاقة وظيفية وجمالية مهمة وبالتالي تتطلب معالجةً دقيقةً ومعقدةً فيما بعد حيث تعتبر الندبات المعيبة التالية للجروح الوجهية أحد أهم التحديات التي تواجه الجراح.

**هدف البحث :** إن هدف هذا البحث هو دراسة انتشار وتوزع الندبات التالية للجروح الوجهية لدى عينة عشوائية من مرضى الشعب السوري.

**المواد والطرائق :** شملت عينة البحث 143 مريضاً ومريضةً من المرضى الذين خضعوا سابقاً لخيطة جراحية في منطقة الوجه والفكين في مشفى جراحة الفم والفكين في جامعة دمشق ومشفى الموساة الجامعي في الفترة ما بين عامي 2018 و 2020 ، توزعت مرضى العينة حسب جنس المريض ما بين 75 أنثى و 68 ذكر ، تم استخدام اختبار كاي مربع لدراسة الفروق بين المجموعتين باعتبار قيمة P على 5% .

**النتائج :** اعتماداً على إجمالي عدد المرضى كان العدد الكلي للندبات الوجهية 103 ندبات بنسبة حدوث بلغت 72% .

وتوزعت الندبات الوجهية لديهم ما بين 57 ندبة عند الإناث بنسبة حدوث 55.3% ، و 46 ندبة عند الذكور بنسبة حدوث 44.6% .

توزعت الندبات عند الذكور كالتالي 29 ندبة على شكل خط أبيض محدد مكان الجرح وبلغت النسبة المئوية 63% ، و 5 ندبات ضمورية بنسبة مئوية 10.8% ، و 9 ندبات ضخامية بنسبة مئوية 19.5% ، و 3 جدرات بنسبة مئوية 6.5% .

بينما توزعت الندبات لدى الإناث كالتالي 34 ندبة على شكل خط أبيض محدد مكان الجرح وبلغت النسبة المئوية 59.6% ، و 7 ندبات ضمورية بنسبة مئوية 12.2% ، و 11 ندبة ضخامية بنسبة مئوية 19.2% ، و 5 جدرات بنسبة مئوية 8.7% .  
ومن خلال الدراسة الإحصائية تبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في معدل انتشار الندبات الوجهية بشكل عام بين مجموعتي الذكور والإناث حيث إن قيمة P أكبر من 0,05

**الاستنتاجات :** يعتبر الاهتمام بموضوع الندبات الوجهية وتحديد معدل انتشارها في غاية الأهمية حيث يدفعنا ذلك إلى محاولة تفادي حدوثها بالشكل المعيب بعد الجراحات الوجهية المختلفة مما يعطي بدوره درجة مثالية من شفاء الجروح.

**الكلمات المفتاحية :** الجروح الوجهية ، شفاء الجروح ، الندبات ، التندب المعيب .

## Facial Scars With A Random Sample Of The Patients Of The Syrian People

### Abstract

**Background :** The formation of facial scars is considered a next stage of the wound healing process, which occurs when body tissues are exposed to physical damage or different surgical work .

These scars are sometimes pathological scars that result from an abnormal response to trauma or surgery and it can be painful and itchy, and thus lead to significant functional and aesthetic impairment thus , it requires careful and complex treatment later, as the defective scars following facial wounds are considered one of the most important challenges facing the surgeon.

**Purpose :** The aim of this research is to study the prevalence and distribution of scars following facial wounds in a random sample of patients with Syrian people.

**Materials and methods :** The sample patients were distributed according to the sex of the patient between 75 females and 68 males. The chi- square test was used to study the differences between the two groups , considering the value of p over 5 percent.

**Results :** Depending on the total number of patients , the total number of facial scars was 103, with an incidence of 72%.

Facial scars were distributed between 57 scars in females, with an incidence of 55.3% , and 46 scars in males , with an incidence of 44.6%.

The scars were distributed among males as follow : 29 scars in the form of a white line defined at the location of the wound, the

percentage was 63% , 5 atrophic scars ,at a percentage of 10.8%, 9 hypertrophic scars, at a percentage of 19.5%, and 3 keloid, at a percentage of 6.5%.

While the scars were distributed among the females as follows : 34 scars in the form of a white line defined at the location of the wound, the percentage was 59.6% , 7 atrophic scars ,at a percentage of 12.2%, 11 hypertrophic scars, at a percentage of 19.2%, and 5 keloid, at a percentage of 8.7%.

Through the statistical study, it was found that there are no statistically significant differences in the prevalence of facial scars in general between the male and female groups, as the p value is greater than 0.05.

**Conclusions :** Familiarity with the topic of facial scars and determining their rate of spread is extremely important, as this prompts us to try to avoid their occurrence in a defective form after various facial surgeries, which in turn gives an ideal degree of wound healing.

**Keywords :** Facial wounds , wounds healing, scars , defective scarring.

## المقدمة :

يفهم من تعبير الجرح Wound على أنه كل تمزق في النسيج بما في ذلك الحالات التي لا تستعمل فيها هذه الكلمة (الجرح) للتعبير عن الوضع ، فهناك تعابير أخرى مسايرة ككسر العظم Bone fracture أو تمزق الأوتار Tendon rupture أو قطع العصب Nervectomy وذلك باعتبار أن النسيج المختلفة تسير بنفس الطريقة في الشفاء عندما يتم تقريب حواف القطع إلى بعضها البعض [1].

أما شفاء الجروح Wound healing فهو تعبير صريح يشير إلى التسلسل المعقد والمحكم للاستجابات الخلوية والكيميائية الحيوية الموجهة لترميم النسيج وإعادة قدرتها الوظيفية بعد حدوث الأذية [2][3] .

تعتبر آلية شفاء الجروح من الآليات الصعبة والمعقدة والتي تمر بأطوار وردود فعل التهابية متعددة وإن الفهم الجيد لآلية شفاء الجروح يعتبر أمراً حيوياً هاماً من أجل الوصول إلى الهدف الأسمى أثناء معالجتنا للإصابات الوجهية الفكية.

هناك ثلاثة أطوار تمر بها عملية شفاء النسيج الرخوة انطلاقاً بالطور الالتهابي Inflammatory phase الذي يبدأ باستجابة وعائية وارتشاح خلوي من خلايا الكريات البيض مفصصة النوى والتي يتبعها خلال أقل من 24 ساعة الخلايا وحيدات النوى حيث تقوم هذه الخلايا بعملية البلعمة كما نلاحظ تشكل أوعية دموية حديثة على حواف الجرح مترافقة مع تشكل النسيج الحبيبي [2][3]

يبدأ الطور الثاني المسمى بالطور التكاثري Proliferative phase في اليوم الخامس حيث تبقى البالعات مسيطرةً لكن مع ازدياد في عدد الخلايا مصورات الليف تدريجياً

حيث تكون مصورات الليف فعالةً في تركيب الكولاجين والبروتيوغليكان يترافق ذلك مع تشكل براعم الأوعية الشعرية البطانية. [2][3]

أما الطور الثالث المسمى بطور النضوج Ripening phase يكون موسوماً بزيادة تشكيل الكولاجين مما يزيد من الطاقة الكامنة للجرح مترافقاً ذلك مع تناقص تدريجي في أعداد الخلايا مصورات الليف والبالعات بالمشاركة مع تناقص في التوعية الدموية وينتج عن هذا الوضع تشكل ندبة كولاجينية لاوعائية غنية بالألياف الكولاجينية ومع مرور الوقت يستمر تشكل ألياف الكولاجين بدرجة محدودة حتى الوصول إلى مرحلة الشفاء التام للجرح. [2][3]

يتم تمييز ثلاثة أشكال رئيسة لشفاء الجروح الرخوة فالشفاء بالمقصد الأول Healing by Primary intention يحدث عندما يتم تقريب أو مقابلة حواف الجروح كاملة الثخانة من بعضها البعض بعد فترة قصيرة من نشوء الجرح الأولي وبغياب وجود أي جسم أجنبي غريب بين حافتي الجرح ويحدث بشروط العقامة التامة أو على الأقل تكون الفوعة الجرثومية الموجودة ضمن الجرح في حدودها الدنيا وهو يخفف من الندبة المتشكلة وتنشفى أغلب الشقوق الجراحية في منطقة الوجه والفكين بالمقصد الأول عن طريق التقريب بواسطة الخيوط الجراحية أو مواد الإلصاق [4][5].

أما الشفاء بالمقصد الثاني Healing by Secondary intention يتم عبر سلسلة عمليات حيوية متعددة بعيداً عن التداخل الجراحي ويحدث عادةً في الجروح الكبيرة المترافقة مع فقدان واسع في النسيج الرخوة حيث تكون حواف الجرح بعيدةً عن بعضها. تكون هنا عملية النقل هي الظاهرة الأساسية في شفاء هذه الجروح حيث يتشكل النسيج الحبيبي الذي يتقلص بدوره من أجل إنقاص مساحة الجرح والسماح بتشكيل الظهارة عبر سطحه من أجل الوصول إلى إغلاقه. تكون الجروح في هذا المقصد

(غالباً) ذات فوعة جرثومية عالية وتحتاج إلى وقت أكبر للشفاء ومعرضةً بشكل أكبر لتشكيل الندبات المعيبة إذ من الممكن أن تتكمش حواف الجرح بشكل شديد مما يؤدي إلى تشكيل منطقة شد وتقلص وينتج عن ذلك ندبة معيبة مما يسبب بدوره نتيجة جمالية أسوأ من الشفاء بالمقصد الأول كما أنه أبطأ بسبب النز الخارج من الجرح ومن أمثلة هذا النوع من الشفاء قطع اللثة وقلع الأسنان . [4][5]

كذلك يوجد الشفاء بالمقصد الثالث Healing by Third intention (الأول المتأخر) يحدث فيه تأخير لإغلاق الجرح حيث ينظف الجرح وينضج بشكل جيد مما يسمح للأليات الالتهابية والمناعية بالتحكم بالغزو الجرثومي ويترك لفترة 4-5 أيام يسمح خلالها بحدوث البلعمة ثم يتم إغلاق الجرح بالخياطة ليشفى بالمقصد الأول. [4][5]

ويتم غالباً هذا المقصد الثالثي عبر نسيج وسيط كالطعوم العظمية والطعوم الجلدية والطعوم العضلية ، يصل هذا النسيج الوسيط بين حافتي الجرح . [4][5]

قد تترافق عملية شفاء الجروح ببعض الاختلاطات كإنتان الجرح Wound infection الذي ينجم عن الغزو الجرثومي للجروح والذي يحرض بدوره رد الفعل المناعي لدى المريض مؤدياً إلى إنتاج وسائط التهابية كالبروستاغلاندين والترومبوكسان وتحرر العدلات المهاجرة إلى الجرح أنزيمات سامة للخلايا وجذور الأوكسجين الحر مما يسبب عرقلة في عملية الشفاء [6]. ويتظاهر ذلك سريرياً بظهور العلامات والأعراض الكلاسيكية للإنتان الموضعي الاحمرار والحرارة والانتباج والألم ووجود الرائحة والقيح.

قد يحدث أيضاً انفتاح الجرح Wound dehiscence وينتج عن الفشل النسيجي أكثر من فشل الخياطة حيث تبتعد حواف الجرح عن بعضها جزئياً أو كلياً فلا بدعندها من إعادة إغلاق الجرح مجدداً أو يترك ليشفى بالمقصد الثاني حسب مدة الانفتاح وتقييم الجراح للحالة السريرية [6] .



أما الاختلاط الثالث لعملية شفاء الجروح هو التندب التكاثري Hypertrophic scarring إذ يمتلك جسم الإنسان قدرةً مذهلةً على ترميم نفسه رداً على العديد من العوامل المؤذية لكن لسوء الحظ فإن الاستجابة للإصابات الجلدية تنتهي في نهاية المطاف بتشكيل الندبات [7] التي يمكن أن تكون بالكاد ملحوظةً أو أنها قد تكون مشوهةً للشكل التجميلي إلى حد كبير.

إن هذه الاختلاطات أنفة الذكر من إلتان الجرح و انفتاح الجرح قد تكون هي نفسها أحد أهم العوامل المسببة لتشكيل الندبات .

تشكل الندبات Scars بعد أي أذى يلحق الطبقة العميقة من الأدمة كنتيجة للسلسلة الفيزيولوجية المعقدة من شفاء الجروح حيث تتشكل الحلقة الفبرينية مباشرةً بعد حدوث الأذية وما يتلوها من زوال تحبب الصفيحات وتفعيل المتممة وشلالات التخثر بهدف الإرقاء وهذه الحلقة تعمل كسقالة من أجل إصلاح الجرح [7]. يعتبر زوال تحبب الصفيحات مسؤولاً عن تحرير وتفعيل مجموعة من السيوتوكينات الكامنة وعوامل النمو التي تعمل كعوامل جذب كيميائية لأداء وظيفة كل من البالعات والعدلات والخلايا المولدة للليف وغيرها [8] . تشكل الخلايا المولدة للليف سقالةً من القالب خارج الخلوي التي تبني إطاراً هيكلياً لإغلاق الجرح والسماح بنمو الأوعية الدموية [9].

تساهم الخلايا العضلية المصورة للليف في بدء انكماش الجرح إذ بمجرد إغلاق الجرح تنتقل الندبة الغير ناضجة إلى المرحلة النهائية من النضج حيث يتضاءل القالب خارج الخلوي الغزير ويعدل النمط الثالث من الكولاجين الغير الناضج إلى النمط الأول من الكولاجين الناضج [9].

تظهر الندبات الحديثة Modern scars بشكل مميز بلون محمر وأحياناً مثيرةً للحكة ومرتفعةً قليلاً لتتحول في نهاية المطاف إلى ندبات مسطحة من دون المزيد من

الأعراض في غضون أشهر [10] إذ تبين أن غالبية الندبات يمكن أن تتلاشى في غضون 6 أشهر من خلال دراسة التاريخ الطبيعي لاحمرار ونضج الندبة بعد الجروح القاطعة والاستئصالية [11] لكن عندما يتعطل التوازن الدقيق بين ترسب بروتين القالب خارج الخلوي وتقويضه أثناء تحول علقه الجرح إلى نسيج حبيبي تظهر تشوهات في التندب [11] .

تغلب على بنية الندبة scar texture كثافة عالية من الخلايا الالتهابية التي تحرر العوامل المكونة للليف مثل عامل النمو المحول بيتا 1 وبيتا 2 تعزز هذه البيئة من عوامل النمو من أعداد مصورات الليف وإنتاج الكولاجين وبالتالي تراكم القالب خارج الخلوي [12] .

قد تكون الندبة طبيعية Normal scar حيث تتشكل بعد 2-3 أسابيع من الأذية وتبدو بلون وردي أو أحمر وتكون مرتفعة ثم تتسطح وتتحول إلى خط أبيض محدد [13] أو أن تكون الندبة غير طبيعية نتيجة خلل معين أثناء عملية التندب فإما أن تأخذ الشكل الضموري وتكون على هيئة وهاد في الأدمة وتسمى الندبة الضمورية Atrophic scar وتكون عادةً ناتجةً عن حب الشباب إلا أنها قد تحدث أيضاً بعد الجراحات الوجهية المختلفة نتيجة النقص الشديد للجرح [14] أو أن تكون الندبة مفرطة النمو نتيجة فرط نمو في ألياف الكولاجين الموجودة ضمن الندبة وتسمى الندبات الضخامية Hypertrophic scar وتنتظر على شكل نموات عقدية قاسية وتتميز هذه الندبة المرتفعة بأنها لا تتسع ولا تمتد خارج حواف الجرح الأصلية بل إنها غالباً ما تستقر مع مرور الوقت وتكون مزعجةً ومثيرةً للحكة لدى المريض . [15] [16] أما الندبات المرتفعة التي يزداد حجمها تدريجياً إلى أبعد من حواف الجرح الأصلية تسمى بالجدران

Keloids وهي ندبات مشوهة ومعددة على العلاج وتنتشر على شكل حطاطات أرجوانية محمرة وعقيدات مسببة للحكة بشكل كبير. [17] [18]

تتميز كل من الندبات مفرطة النمو والجدرات من الناحية النسيجية بوجود جملة وعائية متزايدة وكثافة لحمية متوسطة مرتفعة وبشرة أكثر ثخانة مقارنة مع الجلد الطبيعي كذلك تكون ألياف الكولاجين أقل ترتيباً وتكون متقطعة ويلاحظ تناقص في قوى الارتباط فيما بينها. [17]

أظهرت الأدلة الأخيرة أن كلاً من شدة الالتهاب ونمط الاستجابة المناعية يجعل الندبة عرضةً لتشكيل المفرط كذلك يعد الموت المبرمج مسؤولاً عن إزالة الخلايا الالتهابية أثناء الشفاء وتطور النسيج الحبيبي ويؤدي الاضطراب في الموت المبرمج إلى تندب زائد والتهاب وإنتاج مفرط لمكونات القلب خارج الخلوي. [19].

كذلك فإن الرض والشد الزائد أثناء خياطة الجرح ووجود الجسم الأجنبي كلها عوامل مؤهبة لتشكيل الندبات إضافةً إلى الاستعداد الوراثي. [20]

تتواجد هذه الندبات عند البشر من جميع الأجناس إلا أن الجدرات تنتشر بشكل أكبر عند البشر ذوي الجلد الداكن. [17]

إن أجزاء معينة من الجسم تكون مهيئةً لتشكيل الندبات لاسيما الضخامية منها والجدرات وتشمل المناطق ذات التوتر العالي كالمنطقة أمام القص وأعلى الظهر والكتفين. [21] ومع ذلك فإن منطقة الذقن ومناطق الوجه والتي تعتبر مناطق ذات توتر منخفض قد تكون عرضةً لتشكيل هذه الندبات.

تتكون هذه الندبات من نفس البروتين ( الكولاجين) الموجود في الأنسجة القديمة التي حل محلها مع اختلاف تكوين ألياف هذا البروتين فبدلاً من تشكيل شبكة نسج عشوائية من

ألياف الكولاجين الموجودة في الأنسجة الطبيعية تتقاطع الروابط الكولاجينية وتشكل محاذاة واضحة في اتجاه واحد [22] وتكون الكفاءة الوظيفية لذلك الكولاجين الموجود في الندبة عادةً أدنى من الكولاجين المرتب عشوائياً الطبيعي [23] ويفتقر النسيج الندبي أيضاً إلى المرونة [24] على عكس الأنسجة الطبيعية التي تتضمن مرونةً بالألياف.

### المواد والطرق :

#### عينة البحث :

شملت عينة الدراسة 143 مريضاً ومريضةً من المرضى الذين خضعوا لخيطة جراحية لجروح قاطعة ناتجة عن رضوض وجهية في منطقة الوجه والفكين في مشفى جراحة الفم والفكين في جامعة دمشق ومشفى المواساة الجامعي في الفترة ما بين عامي 2018 و2020 ، كان لدى كل مريض جرح وجهي قاطع ناتج عن إصابة رضية وجهية وبحاجة لخيطة .

توضعت هذه الجروح جميعها في المنطقة بين زاوية الفم وأمام الأذن و تحت الفك السفلي ، تم تنضيرهذه الجروح و خياطتها بخيوط نايلون 4 أصفار وتطبيق الضماد المناسب ، أعطي المرضى تعليمات العناية بالجرح بإبقائه جافاً ونظيفاً أول 24 ساعة من الخيطة لتقليل فرص العدوى وعدم تغطيس الجرح بالماء وتجنب حك الجرح أو السباحة خلال الأيام الأولى التالية وتغيير الضماد في حال تلفه وإخبار الطبيب فوراً عند ملاحظة ارتخاء الخيوط أو إن ظهرت علامات الالتهاب على الجرح كزيادة الألم والتورم الزائد وخروج صديد من الجرح والنزف من مكان الجرح وطلب من جميع مرضى العينة مراجعتنا بعد 10 أيام من تاريخ حدوث الجرح لفك الخيطة ثم بعد 6 أشهر من تاريخ

إزالة الخياطة لتحري تشكل الندبات لديهم من خلال الفحص العياني لمكان الجرح وتم إجراء صور ضوئية للندب الموجودة وتسجيل نوعها وعددها



يوضح الشكل (1) (2) صور لندبات ضخامية في عينة الدراسة



الشكل (3) (4) يوضح صور لندبات ضمورية في عينة الدراسة



الشكل (5) يوضح صورة لندبة الجدرة

النتائج والدراسة التحليلية الإحصائية :



شملت عينة البحث 143 مريضاً ومريضةً لديهم جرح قاطع وجهي تم خياطته توزعت حسب جنس المريض ما بين 75 أنثى و68 ذكر وكان العدد الكلي للندبات الوجهية المتشكلة 103 ندبات وجهية بنسبة حدوث بلغت 72%. توزعت الندبات الوجهية لديهم ما بين 57 ندبة عند الإناث بنسبة مئوية 55.3% و 46 ندبة عند الذكور بنسبة مئوية 44.6%.

توزعت الندبات عند الذكور كالتالي : 29 ندبة على شكل خط أبيض محدد وبلغت النسبة المئوية 63% ، و5 ندبات ضمورية بنسبة مئوية 10.8% ، و 9 ندبات ضخامية بنسبة مئوية 19.5% ، و3 جدرات بنسبة مئوية 6.5% .

بينما توزعت الندبات لدى الإناث كالتالي : 34 ندبة على شكل خط أبيض محدد وبلغت النسبة المئوية 59.6% ، و 7 ندبات ضمورية بنسبة مئوية 12.2% ، و 11 ندبة ضخامية بنسبة مئوية 19.2% ، و5 جدرات بنسبة مئوية 8.7% .

ومن خلال الدراسة الإحصائية حيث تم استخدام اختبار كاي مربع لدراسة الفروق بين مجموعتي الذكور والإناث فيما يتعلق بالندبات بشكل عام والندبات الضمورية والضخامية والجدرات باعتبار قيمة P على 5% تبين عدم وجود فروق ذو دلالة إحصائية في معدل انتشار الندبات الوجهية بين الذكور والإناث في عينة البحث حيث كانت قيمة P أكبر من 0.05.

الجدول (1) يوضح وجود الندبات بشكل عام لدى الذكور

46	التكرار	يوجد	وجود الندبات
% 44.7	النسبة المئوية	ندبة	عند الذكور

الجدول (2) يوضح وجود الندبات بشكل عام لدى الإناث

57	التكرار	يوجد	وجود الندبات
%55.3	النسبة المئوية	ندبة	عند الإناث

تم إجراء اختبار كاي مربع للتجانس لنسبة حدوث الندبات الوجهية بين مجموعة الذكور ومجموعة الإناث، كانت نسبة حدوث الندبات في مجموعة الذكور (44.7%) أقل من نسبة حدوث الندبات في مجموعة الإناث (55.3%)، لكن لم يكن هذا الفارق يعتد به إحصائياً حيث كانت قيمة مستوى الدلالة ( $P=0.102$ ). وكان اختلاف النسب %10.7.

جدول (3) يوضح اختبار كاي مربع للندبات بشكل عام

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة كاي مربع	
0.102	1	2.523	اختبار كاي مربع

جدول (4) رقم يوضح وجود الندبات الضمورية لدى الذكور

5	التكرار	يوجد	وجود الندبات
%10.8	النسبة المئوية	ندبة	الضمورية
		ضمورية	عند الذكور

جدول رقم (5) يوضح وجود الندبات الضمورية لدى الإناث

7	التكرار	يوجد	وجود
% 12.2	النسبة المئوية	ندبة ضمورية	الندبات الضمورية عند الإناث

تم إجراء اختبار كاي مربع للتجانس لنسبة حدوث الندبات الضمورية بين مجموعة الذكور ومجموعة الإناث، كانت نسبة حدوث الندبات الضمورية في مجموعة الذكور (10.8%) أقل من نسبة حدوث الندبات في مجموعة الإناث (12.2%)، لكن لم يكن هذا الفارق يعتد به إحصائياً حيث كانت قيمة مستوى الدلالة ( $p=0.528$ ). وكان اختلاف النسب 1.4%.

جدول (6) يوضح اختبار كاي مربع للندبات الضمورية

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة كاي مربع	
0.528	1	0.399	اختبار كاي مربع

جدول رقم (7) يوضح وجود الندبات الضخامية لدى الذكور

9	التكرار	يوجد	وجود الندبات
% 19.5	النسبة المئوية	ندبة ضخامية	الضخامية عند الذكور

جدول رقم (8) يوضح وجود الندبات الضخامية لدى الإناث

11	التكرار	يوجد	وجود الندبات
% 19.2	النسبة المئوية	ندبة ضخامية	الضخامية عند الإناث

تم إجراء اختبار كاي مربع للتجانس لنسبة حدوث الندبات الضخامية بين مجموعة الذكور ومجموعة الإناث، كانت نسبة حدوث الندبات الضخامية في مجموعة الذكور (19.5%) أكبر من نسبة حدوث الندبات في مجموعة الإناث (19.2%)، لكن لم يكن هذا الفارق يعتد به إحصائياً حيث كانت قيمة مستوى الدلالة (0.692) وكان اختلاف النسب 0.3%.

جدول (9) يوضح اختبار كاي مربع للندبات الضخامية

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة كاي مربع	
0.692	1	0.155	اختبار كاي مربع

جدول رقم (10) يوضح وجود ندبات الجدة لدى الذكور

3	التكرار	يوجد	وجود الجدرات
% 6.5	النسبة المئوية	ندبة جدة	عند الذكور

## جدول رقم (11) يوضح وجود ندبات الجدره لدى الإناث

5	التكرار	يوجد	وجود الجدرات
8.2 %	النسبة المئوية	ندبة جدره	عند الإناث

تم إجراء اختبار كاي مربع للتجانس لنسبة حدوث الجدرات بين مجموعة الذكور ومجموعة الإناث، كانت نسبة حدوث الجدره في مجموعة الذكور (6.5%) أصغر من نسبة حدوث الجدره في مجموعة الإناث (8.2%)، لكن لم يكن هذا الفارق يعتد به إحصائياً حيث كانت قيمة مستوى الدلالة ( $P = 0.616$ ) وكان اختلاف النسب 1.7%.

## جدول (12) يوضح اختبار كاي مربع للجدرات

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة كاي مربع	
0.616	1	0.269	اختبار كاي مربع

## المناقشة :

أجريت هذه الدراسة السريرية انطلاقاً من أهمية موضوع الندبات الوجهية وما قد تسببه من إحراج شكلي ووظيفي للمريض بهدف تحديد نسبة انتشارها لدى عينة عشوائية من مرضى الشعب السوري ، وقد جاءت نتائج دراستنا قريبةً إلى حد كبير من نتائج معظم الدراسات المجراة في هذا الإطار بينما اختلفت مع بعض الدراسات الأخرى.

كانت النسبة الكلية لحدوث الندبات الوجهية في دراستنا على مرضى الشعب السوري ما يقارب 72% ، وهي نسبة أقل من النسبة التي تم التوصل إليها في دراسة يابانية مشابهة على 240 مريض من مرضى الشعب الياباني حيث كانت نسبة انتشار هذه الندبات ما يقارب 90% [25] .

وكانت نسبة انتشار الندبات الضمورية في هذه الدراسة ما يقارب 14% [25] وهي نسبة قريبة من نسبة حدوثها في دراستنا والتي بلغت حوالي 11.6%.

أما فيما يخص الندبات الضخامية كانت نسبة انتشارها في دراستنا ما يقارب 19.4% وكانت هذه النسبة قريبة إلى حد ما من نسبة انتشارها في دراسة مشابهة على الصينيين إذ بلغت حوالي 15% [26] . بينما اختلفت عن نسبتها في دراسات أخرى مشابهة والتي بلغت 39% في دراسة Butzelaar وزملائه عام 2016 [27]. واختلفت أيضاً عن نسبتها لدى الشعب الإفريقي والتي بلغت حوالي 40% [28].

بالنسبة لانتشار الجدرات كانت نسبتها في دراستنا على الشعب السوري حوالي 7.7% ، وهي قريبة إلى حد ما من نسبة انتشارها في دراسة Niessen وزملائه والتي بلغت 6% [28] و كذلك قريبة من نسبة انتشارها لدى شعب زامبيا 9% وشعب كينيا 8.5%

كما في دراسة Chenyu وزملائه 2020 [29] بينما اختلفت عن نسبة الجدرات في إنكلترا حيث كانت 0.09% و في اليابان حيث كانت 0.1% [29] .

أما فيما يتعلق باختلاف نسبة الإصابة بين الذكور والإناث فقد كانت نسبة انتشار الندبات الضمورية وانتشار الجدرات - كنسبة مئوية فقط - لدى إناث الشعب السوري أكبر منه عند الذكور واتفقنا بذلك مع دراسة Urioste وزملائه [17] ، بينما كانت هذه النسبة أكبر لدى الذكور منها عند الإناث فيما يتعلق بالندبات الضخامية واختلفنا بذلك مع دراسة Urioste وزملائه [17] التي كانت فيها نسب الندبات الضخامية متساوية تماماً .

#### الاستنتاجات :

أشارت دراستنا إلى نسب حدوث الندبات الوجهية التالية للخياطات الوجهية بعد الرضوض الوجهية لدى عينة عشوائية من الشعب السوري وكانت هذه النسب مقبولة مقارنةً مع الدراسات المشابهة المجرأة على الشعوب الأخرى.

#### المقترحات والتوصيات :

نوصي باستمرار الدراسات المختلفة حول انتشار الندبات الوجهية ونقترح إجراء دراسات سريرية عديدة في موضوع الوقاية منها أو معالجتها.

المراجع :

- 1- MED, J.R.S. 1990 Die chirurgische Naht., 123.
- 2- MILORO, M. 2004 Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery.
- 3-WANG, P.H., HUANG, B.S., HOMG, H.C., et al. 2018 Wound healing . J Chin Med Assoc, 81(2), 94-101.
- 4- RODRIGUEZ , P.G., FELIX , F.N., WOODLEY , D.T. & SHIM, E.K.. 2008 The role of oxygen in wound healing : a review of the literature. Dermatol Surg , 34, 69-1159.
- 5- EMING ,S.A. BOLOGNIA, J.L., SCHAFFER, J.V., CERRONI , 2018 Biology of wound healing. In Dermatology. 4 . Philadelphia.
- 6- HARDMAN, M.J., & ASHCROFT, G.S .2008 Estrogen, not intrinsic aging, is the major regulator of delayed human wound healing in the elderly. Genome Biol, 9, 80.
- 7- BEM, H., & TOMIC- CANIC, M. 2007 Cellular and molecular basis of wound healing in diabetes . J Clin Invest, 117, 22-1219.
- 8- GUO, S., & DIPIETRO, L..A. 2010 Factors affecting wound healing . J Dent Res,89,6-219.
- 9- BUMS, J., & PIEPER, B. 2000 Hiv- Aids: impact on healing . Ostomy wound manag, 46 , 30-40 9-48.
- 10- DAVIS, P.A., CORLESS, D.J., GAZZARD, B.G., & WASTELL, C. 1999 Increased risk of wound complications and poor healing following labarotomy in HIV- seropositive and AIDS patients . Dig Surg, 16,7-60 .



- 11- STONE, H.B., COLEMAN, C.N., ANSCHER, M.S., & MCBRIDE, W.H., 2003 Effects of radiation on normal tissue : consequences and mechanisms . Lancet Oncol , 4, 36-529 .
- 12- FAGLIA, E., FAVALES, F., ALDEGHI, A., CALIA, P., ORIANI, G., MICHAEL, M., CAMPAGNOLI, P ., & MORABITO, A. 1996 Adjunctive systemic hyperbaric oxygen therapy in treatment of severe prevalently ischemic diabetic foot ulcer. A randomized study . 19,43-1338 .
- 13-HU, M.S., ZIELINS, E.R., LONGAKER, M.T., LORENS, H.P., 2018 Scar prevention , treatment, and revision . Philadelphia, PA: Elsevier , 196-213.
- 14- FABROCINI, G., Annunziata, M.C., ARCO, V., LODI, G., MAURIELLO, M.C., PASTORE, F., & MONFRECOLA , G. 2010 Acne scars : pathogenesis , classification and treatment. Dermatology Research and Practice.1, 1-13.
- 15- BAKER, R., UROS-BAIARDA, F., LINGE, C., & GROBBELAAR, A. 2009 Cutaneous scarring : a clinical review . Dermatol Res Pract, 625376.
- 16- BERMAN, B., MADERAL, A., RAPHAEL, B. 2017 Keloids and hypertrophic scars: Pathophysiology, classification, and treatment . Dermatol Surg., 43(1):3-18.
- 17- URIOSTE , S.S., AMDT, K..A., & DOVER ,J.S. 1999 keloids and hypertrophic scars : review and treatment strategies . Seminars in cutaneous medicine and surgery. 18,13-14. .
- 18- GHAZAWI, F.M., ZARGHAM, R., GILARDINO, M.S., et al . 2018 Insights into the pathophysiology of hypertrophic scars and keloids : how do they differ ? Advskin Wound Care. 31 (1) : 582-595.

19- WINTER, G.D. 2006 Some factors affecting skin and wound healing . J Tissue viability, 16, 3-20 .

20- GODBOUT , J. P., & GLASER, R. 2006 Stress- induced immune dysregulation for wound healing , infectious disease and cancer. J Neuroimmune pharmacol, 1, 7-421.

21- MARTINI, F. H. 2006 Fundamentals of anatomy & physiology, seventh edition ,P 171. Benjamin. Cummings , San Francisco.

22- SHERRATT, J. A. 2010 Mathematical modelling of scar tissue formation.

23- JOHN, K., & CHARLES, L . M. D . 2012 Giving burns the first , second and third degree- classification of burns.1,4-9.

24- BERNARD, A ., ALMUT ,B . M.D ., BRUCE, B. M.D ., GEOFFERY, J. M.D . 2005 Histologic diagnosis of inflammatory skin diseases an algorithmic method based on pattern analysis: Embryologic, Histologic, and Anatomic aspects : Elastic fibers . 3. p 522.

25 - NOBUKAZU, H., YOSHIKI, M., MAKOTO, K., 2015

Prevalence of scars and mini-scars , and their impact on quality of life in Japanese patients. The Journal of Dermatology ,(42) ,690-696.

26 -CECILIA, W. P., LI-TSANG .2005 Prevalence of hypertrophic scar formation and its characteristics among the Chines population , 31(5): 6-610.

27 – BUTZELAA , L., ULRICH , M.M., MINK VAN DER MOLEN , A.B., NIESSEN, F.B., BEELEN, R.H., 2016 Currently

known risk factors for hypertrophic skin scarring : A review . J  
plast Reconstr Surg. 69(2): 9-163 .

28 -NIESSEN , F.B., SPAUWEN, P.H., SCHAIKWIJK , J., KON ,  
M., 1999 On the nature of hypertrophic scars and keloids : a  
review . Plast Reconstr Surg. 104: 58-1435.

29 – CHENYU , H., ZHAOZHAO , W.u., YANAN, D.u. 2020  
The Epidemiology of Keloids . Textbook on Scar Management. 1,  
29-35.

