

Д.А. Абдуллозода, Ш.Н. Шамсуллозода

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ВЕНТРАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ: ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОФИЛАКТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра общей хирургии №2 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Шамсуллозода Шерхон Нурали - аспирант кафедры общей хирургии №2 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино». E-mail: sherxon.yoftakov@mail.ru; Тел.: 904-57-43-43

Цель исследования. Оценить методологическое качество нерандомизированных интервенционных исследований результатов профилактики и хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж с помощью систематического обзора.

Материалы и методы исследования. Мы провели поиск в проиндексированной литературе на предмет нерандомизированных исследований хирургических вмешательств по поводу ВГ с января 1995 года по декабрь 2019 года включительно. Каждое проспективное исследование было объединено с соответствующим ретроспективным исследованием с использованием заранее определенных критериев для получения сопоставимых групп. Были оценены выборы методов исследования, их обоснование, дизайн, критерии включения участников, сообщаемые результаты и статистические методы.

Результаты исследования и их обсуждение. Было отобрано 50 исследований (17 608 пациентов): 25 проспективных и 25 ретроспективных. В целом проспективные исследования получили несколько более высокие оценки методологического качества, чем ретроспективные исследования, средний балл 17 (IQR: 14–18) против 15 (IQR 12–18), соответственно. Для исследуемых подкатегорий в проспективных исследованиях были получены более высокие медианные баллы по их «введению», «дизайну исследования» и «участникам». В 18 (36%) исследованиях был определен первичный результат, и только в 2 исследованиях (4%) был описан расчет мощности. Ни в одном исследовании не упоминалось стандартизированное определение рецидива ВГ, а методы выявления рецидива широко варьировались. Методологическое качество исследования не зависело от года публикации или увеличения импакт-фактора журнала.

Выводы. В настоящее время нерандомизированные интервенционные исследования результатов хирургического лечения ВГ методологически неэффективны. Необходимым является более четкий анализ результатов исследования и установление минимального стандартизированного набора данных.

Ключевые слова: грыжа, вентральная, рецидив, герниопластика, методология, исследование.

J.A. Abdullozoda, Sh.N. Shamsullozoda

POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIA: CHARACTERISTICS OF RESEARCHING THE RESULTS OF PREVENTION AND SURGICAL TREATMENT

Department of General Surgery No.2, Avicenna Tajik State Medical University

Shamsullozoda Sherkhon Nurali - postgraduate student of the Department of General Surgery No.2 of the Avicenna Tajik State Medical University. Tel.: 904-57-43-43

Aim. To assess the methodological quality of non-randomized interventional studies of the outcomes of prevention and surgical treatment of postoperative ventral hernias using a systematic approach.

Material and methods. We searched the indexed literature for non-randomized studies of VH surgery from January 1995 to December 2019. Each prospective study was combined with a corresponding retrospective study using predefined criteria to obtain comparable groups. The assessment of the following components was conducted: the choices of research methods, their rationale, design, inclusion criteria, reported results, and statistical methods

Results and discussion. 50 studies (17,608 patients) were selected: 25 prospective and 25 retrospective. In general, prospective studies showed slightly higher methodological quality scores than retrospective studies, with a mean score

of 17 (IQR: 14-18) versus 15 (IQR 12-18). The studied subcategories of prospective studies obtained higher median scores for their "administration", "design" and "participants". 18 (36%) studies had a primary outcome, and only 2 studies (4%) described research power. None of the studies mentioned a standardized definition of VH recurrence, while methods for detecting recurrence varied widely. The methodological quality of the study did not depend on the year of publication or the increase in the impact factor of the magazine.

Conclusion. Currently, non-randomized interventional studies of the results of surgical treatment of VH are methodologically ineffective. A clearer analysis of the research results and the establishment of a minimum standardized set of data is necessary.

Keywords: hernia, ventral, recurrence, hernioplasty, methodology, research.

Актуальность. На сегодняшний день нет единого мнения по решению основных проблем оперативного лечения послеоперационных вентральных грыж (ПВГ). Большинство авторов отмечают, что недостаточно положительные результаты лечения данного заболевания сопровождаются ухудшением качества жизни пациента [3]. По-прежнему, остаются актуальными проблемы профилактики развития ПВГ [2]. Согласно некоторым результатам, частота повторных случаев развития грыжи после аутопластики местными тканями колеблется в пределах 20-63%, а при использовании протезирующих материалов этот показатель составляет от 8 до 30,3% случаев [3].

На сегодняшний день наблюдается тенденция к росту числа хирургических вмешательств по поводу вентральных грыж (ВГ). Повторно рецидивирующие ВГ, при которых имеется широкий вентральный дефект, известны как сложные ВГ, и их успешное восстановление является чрезвычайно сложной задачей [1].

Так ВГ, преимущественно, носят ятрогенный характер, поэтому для хирурга важным является изучение как методов профилактики заболевания, так и способов его лечения. Это требует проведения высококачественных исследований для получения надежных и значимых данных. Существует острая необходимость в создании стандартизированного минимального набора данных для исследования результатов хирургического лечения ВГ. Принятие такого набора данных упростит их объединение и позволит исследователям лучше изучить влияние демографических характеристик пациентов.

Об этом свидетельствуют результаты систематического обзора, проведенного рядом авторов, где было установлено, что в 62% случаев журналы по хирургической специальности не требуют от авторов придерживания признанных руководящих принципов проведения исследований [4]. Для более качественного описания результатов хирургических вмешательств были разработаны специальные алгоритмы, которые мы использовали

в своей работе.

Цель исследования. Оценка методологического качества проведения нерандомизированных интервенционных исследований результатов хирургического лечения взрослых пациентов с ВГ.

Материалы и методы исследования. Данный систематический обзор представлен в соответствии с предпочтительными элементами отчетности для систематических обзоров и метаанализов (PRISMA) [14].

Нами были изучены данные нерандомизированных интервенционных исследований результатов хирургического лечения ВГ у взрослых.

Мы включили все типы сравнительных исследований, в том числе те, которые сравнивают виды сетчатого материала, области установления сетки, хирургическую технику, с разделением компонентов / без разделения и т.д.

Поиск литературы проводился по базам PubMed, Embase, Elibrary и Cyberleninka, начиная с 1 января 1995 г. по 1 января 2020 г.

Нами были извлечены следующие данные из проводимых исследований: журнал, импакт-фактор и год публикации. Мы попытались сопоставить каждое проспективное исследование с ретроспективным исследованием, опубликованным в том же журнале и в том же году. Если ни одно исследование не соответствовало этому критерию, мы сравнивали с ретроспективными исследованиями, опубликованными в том же журнале, но не в этом же году. Если в том же журнале не было опубликовано соответствующих статей, мы сопоставляли проспективное исследование с ретроспективным исследованием, опубликованным в журнале с наиболее близким импакт-фактором. Эта процедура позволила создать группу сопоставимых проспективных и ретроспективных исследований.

При анализе разделов «введение», мы попытались определить основную цель или задачу и заранее заданную гипотезу со ссылками на существующую литературу. Мы также проанализировали, описаны ли в исследованиях используемое оборудование и предлагаемое вмешательство, был

ли описан первичный результат и проводился ли расчет размера выборки (мощности).

Мы собрали данные о морфологии грыжи, оценили предыдущие операции по восстановлению, максимальную ширину грыжи, площадь дефекта, были ли зарегистрированы первичные или послеоперационные грыжи, и использовалась ли шкала оценки грыжи. Чтобы оценить характеристики участников, мы определили, была ли представлена таблица основных демографических данных.

Для статистического анализа мы определили, была ли указана средняя продолжительность наблюдения и количество участников с отсутствующими данными, проводился ли корреляционный анализ и использовались ли какие-либо поправочные коэффициенты, были ли представлены оценки прогноза для стандартных клинических показателей, проводился ли анализ планируемого лечения либо полный анализ случая, так как данные особенности более полно отражают клиническое состояние.

Нашим основным интересующим результатом был рецидив грыжи, поэтому мы изучали и частоту развития послеоперационных рецидивов. Мы также извлекли время рецидива, определение рецидива ВГ и методы диагностики (например, клиническое обследование, компьютерная томография и УЗИ). Нашим вторичным результатом было развитие инфекционного процесса в области хирургического вмешательства. Также при анализе публикаций обращали внимание на использование в исследовании визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) для оценки послеоперационной боли.

Нами использовался алгоритм оценки для выявления следующих категорий потенциальной систематической ошибки:

1. Чтобы оценить систематическую ошибку отбора, мы определили, сообщало ли исследование количество подходящих участников по сравнению с включенными участниками.

2. Чтобы оценить систематическую ошибку классификации вмешательств, мы включили два вопроса из инструмента оценки TIDieR [10]: (1) было ли предоставлено подробное описание используемого оборудования? И (2) было ли предоставлено подробное описание вмешательства?

3. Чтобы оценить систематическую ошибку, связанную с измерением результатов, мы определили, не были ли участники и/или эксперты осведомлены о вмешательстве, то есть являлось исследование простым или двойным слепым.

4. Чтобы оценить систематическую ошибку отсутствующих данных, мы определили, ограничен ли анализ пациентами с полными данными.

Предполагалось, что исследования имеют низкий риск систематической ошибки, если они придерживаются всех этих критериев. «Неясные» критерии были отнесены к категории умеренного риска. «Высокий» риск систематической ошибки определялся явным несоблюдением каких-либо критериев.

Статистическая обработка материала выполнялась с использованием программы Statistica 10.0 (StatSoft, США). Данные описывали в виде медианы и межквартильного размаха, для качественных величин вычислялись доли (%). Парные сравнения проводились по U-критерию Манна-Уитни и критерию χ^2 . Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Наш первоначальный поиск дал 11316 результатов. После применения фильтров (исследования, опубликованные с 1 января 2005 г. по 1 января 2020 г.; люди; возраст > 18), мы исключили 5370 исследований, оставив 5946. После проверки заголовков 640 исследований к категории «определенно возможные» или «неопределенные» были выделены 152 публикации. Нерандомизированные интервенционные исследования были описаны в 119 работах; 25 проспективных, 94 ретроспективных. Таким образом, после сопоставления проспективных исследований, окончательный обзор включал в общей сложности 50 исследований.

В 50 исследованиях было зарегистрировано 17 608 пациентов, 2800 (16%) пациентов из проспективных исследований и 14 808 (84%) - из ретроспективных. Были пять категорий исследований с теми же группами сравнения: 19 лапароскопических по сравнению с открытыми вмешательствами, пять случаев использования сеток по сравнению с шовным материалом, два первичных закрытия фасции против мостового метода и два случая с эндоскопическим вмешательством по сравнению с открытыми способами герниопластики. Тип грыжи уточнялся в 32 (64%) исследованиях: 18 проспективных, 14 ретроспективных. В 13 исследованиях анализировались как первичные вентральные, так и послеоперационные грыжи, в 11 случаях - послеоперационные грыжи, в 3-х - только первичные послеоперационные грыжи, в 3-х - первичные ВГ и в 2-х - только первичные пупочные грыжи.

Поскольку в нашем списке извлечения данных было 46 пунктов, максимально возможная оценка

методологии для любого отдельного исследования составляла 46. Рассчитывались общие и медианные оценки методологии подкатегорий с их межквартильным размахом (IQR). Общий средний балл составлял 16 (IQR: 14-18) с диапазоном от 11 до 31. Проспективные и ретроспективные исследования имели медианное значение 17 (IQR: 14-18) и 15 (IQR: 12-18), соответственно, при этом проспективные исследования имеют немного лучшее среднее методологическое качество.

Во всех 50 (100%) исследованиях было приведено научное обоснование поставленной цели. В 29 (58%) исследованиях была описана основная цель или задача, с улучшенной отчетностью для проспективных исследований (18 исследований, 72%) по сравнению с ретроспективными (11 исследований, 44%). Только в 3-х исследованиях была представлена гипотеза со ссылкой на литературу.

Ни в одном исследовании (0%) не указывалось о публикации протокола исследования либо его составлении. Исследования, как правило, недостаточно полно описывали оборудование, используемое при герниопластике, но содержали информацию о проведенных вмешательствах. Эти критерии были представлены в 19 (38%) и 36 (72%) исследованиях соответственно. Только в 2 (4%) исследованиях выполнялся расчет мощности (размер выборки).

Только в 17 (34%) исследованиях представлен базовый список исходных характеристик. Среди 34 (68%) исследований, в которых были представлены исходные характеристики (включая 17 исследований, которые соответствовали нашим критериям), 18 (36%) исследований показали эквивалентность между группой вмешательства и группой сравнения, тогда как 16 (32%) исследований сообщили о различии в одной или нескольких исходных характеристиках, указывающих на разницу в групповых популяциях. В 16 (32%) исследованиях сравнительный анализ исходных характеристик не проводился.

Сообщаемые характеристики грыжи также различались. Исключая исследования, в которых описывались только случаи с первичными грыжами (8 исследований, 16%), наличие предшествующих операций по поводу грыж было отмечено только в 18 из 42 (43%) исследований. В 20 (40%) исследованиях сообщалось о максимальном диаметре грыжи, в 12 (48%) проспективных и 8 (32%) ретроспективных. О зоне грыжевого дефекта было сообщено в 21 исследовании, опять же без заметной разницы между проспективными и ретроспективными исследованиями - 9 (36%) против

12 (48%). В 32 (64%) исследованиях было указано, были ли грыжи первичными, послеоперационными или и теми, и другими, в остальных 18 (36%) исследованиях тип грыжи не был указан.

О частоте рецидивов грыжи сообщалось в 47 (94%) исследованиях. В 3 ретроспективных исследованиях не сообщалось о рецидивах. Однако только в 9 (18%) исследованиях приводилось определение рецидива грыжи: в 4 (16%) проспективных и в 5 (20%) ретроспективных. Ни в одном из этих исследований не использовалось одно и то же определение, и ни в одном из них не упоминалось определение рецидива. Так, Al-Salamah S. et al. [5] дали следующее определение: «Рецидивом считается любой определяемый фасциальный дефект, или обнаруженный при КТ-исследовании, расположенный в пределах 7 см от зоны герниопластики». В статье Jin J. et al. [12] написано: «Пациенты с рецидивирующими грыжами были определены как нуждающиеся в повторной операции по поводу грыжи или у которых имеется значительное выпячивание». Booth J. et al. [9] приводят следующее определение: «Рецидивирующая грыжа - это контурная аномалия, связанная с фасциальным дефектом». По данным Kurmann A. et al. [13]: «Рецидивом считается любая щель в брюшной стенке с выпячиванием или без него, которая не покрыта сеткой в области послеоперационного рубца». В работе Moreno-Egea A. et al. [15]: «Рецидив грыжи был определен при объективном осмотре и подтвержден на КТ», а в исследованиях Anadol A. et al. [6]: «Рецидив определялся как наличие дефекта и/или уплотнения в исходном месте». Bochicchio G. et al. [8] в своей статье отмечают: «Мы определили истинный рецидив грыжи как выход кишечника или сальника через дефект биологической сетки или через дефект на границе сетки/фасции после первичной операции». В своих работах Iasso A. et al. [11] указывают, что: «Рецидив определялся наличием выпячивания при физикальном осмотре, визуализации или по сообщениям пациента», а в исследовании Ballem N. et al. [7]: «Рецидив определялся наличием нового или подобного выпячивания, которое увеличивалось в размере при натяжении».

В двух исследованиях сообщалось о рецидивах, но общая продолжительность наблюдения была неясной. В остальных 45 исследованиях частота рецидивов, продолжительность наблюдения и методы выявления различались. Продолжительность наблюдения варьировала от 3 до 81 месяца, в среднем 27 месяцев. В 10 (20%) иссле-

дованиях сообщалось о периоде наблюдения от 6 до 12 месяцев. В 21 (42%) исследовании продолжительность наблюдения различалась в разных группах лечения. В 37 (74%) исследованиях было сообщено о 15 различных методах выявления рецидивов, начиная от частоты повторных операций и заканчивая опросом по телефону. В проспективных исследованиях сообщалось о 7 различных методах обнаружения по сравнению с 12 различными методами в ретроспективных исследованиях. Наиболее распространенным методом выявления рецидива являлась клиническая оценка с последующей компьютерной томографией при подозрении на рецидив.

О наличии инфекционных осложнений (ИО) в области хирургического вмешательства сообщалось в 32 (64%) исследованиях. При этом только в 6 (12%) исследованиях, 3 проспективных и 3 ретроспективных, определение ИО проводилось со ссылкой на литературу.

В 45 (90%) исследованиях сообщается о продолжительности наблюдения. Многопараметрический скорректированный анализ рецидива грыжи был проведен в 10 исследованиях; 7 ретроспективных и 3 проспективных. Во всех 3 проспективных исследованиях сообщалось об использовании поправочных коэффициентов по сравнению с 5 из 7 ретроспективных исследований. В 8 (16%) исследованиях сообщалось об определении доверительных интервалов для отношений шансов и рисков; в 6 [24%] ретроспективных и в 2 (8%) проспективных. Только в одном исследовании сообщалось о полном анализе случая со 100% последующим наблюдением через 24 месяца.

Ранее было установлено, что переменные, представленные в рандомизированных контролируемых исследованиях (РКИ) ВГ, были гетерогенными и не имели стандартизации, и для того, чтобы исследования ВГ были клинически полезными, необходимы четкие определения исходов и стандартизированный и методологически значимый минимальный набор данных. Так как РКИ представляют собой самый высокий уровень доказательности, мы можем предположить, что периоперационные переменные, указанные в нерандомизированных интервенционных исследованиях результатов лечения ВГ будут, по крайней мере, такими же недостаточными. Поэтому в данном обзоре мы сделали упор на оценке методологии исследования.

Мы обнаружили, что не существует общепринятого определения рецидива грыжи, стандартных

методов исследования для выявления рецидива, стандартной продолжительности наблюдения, общепринятого определения инфекционного осложнения области хирургического вмешательства (ИО), нет стандартизированных инструментов оценки послеоперационного качества жизни и боли. Отсутствие стандартизации и методологической значимости ограничивает достоверность опубликованных результатов и, кроме того, влияет на результаты метаанализа.

Возможно, наиболее актуальной проблемой является отсутствие определений результатов исследований. Исторически наиболее изученными исходами считаются инфекционные осложнения в области хирургического вмешательства (ИО) и рецидив грыжи, однако мы обнаружили, что исследователи приводили недостаточно полное определение данных компонентов. Что касается рецидива грыжи, только в 9 (18%) исследованиях приводится его определение, и ни в одном из них не использовалось стандартизированное определение или ссылки на литературу. Точно так же имелись различия в методах выявления рецидива и продолжительности наблюдения.

Мы обнаружили, что качество исследования не улучшается в зависимости от свежести публикации или более высокого импакт-фактора журнала. Данный систематический обзор выявил необходимость создания стандартизированного минимального набора данных для нерандомизированных исследований ВГ (которых намного больше, чем рандомизированных). Определение основных переменных и результатов исследования ВГ имеет огромное значение для повышения качества исследований в области герниологии. Создание такого минимального набора данных позволит использовать в исследованиях одни и те же периоперационные переменные и результаты, что облегчит их сравнение с помощью метаанализа и многомерной логистической регрессии, улучшая наше понимание того, как каждая периоперационная переменная влияет на результат. В целом в исследованиях по всему миру наблюдается стремление к созданию минимальных наборов данных. В нашем обзоре мы установили доказательства того, что собранные данные в настоящее время очень разнородны и не имеют четкого стандартного определения, в связи с чем целесообразным считается их стандартизация с содержанием минимального набора данных.

Выводы. Анализ данного систематического обзора показал отсутствие методологических стандартов при проведении как проспективных,

так и ретроспективных исследований ВГ. Кроме того, улучшение качества методологии не зависит от года публикации или импакт-фактора журнала. В исследованиях недостаточно полно определено понятие рецидива грыжи, инфекционных осложнений в области хирургического вмешательства и использовались различные методы выявления и шкалы оценки. Чтобы решить эту проблему, необходим стандартизированный минимальный набор данных для проведения подобных исследований со стандартизированным набором периоперационных переменных.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 4-15 см. в REFERENCES)

1. Рахматуллоев Р.Р. Особенности протезирования грыжевого дефекта при хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж / Р.Р. Рахматуллоев, Ш.Б. Полвонов, Ш.К. Назаров, С.Г. Али-Заде // Вестник Авиценны. – 2020. – Т.22, №1. – С. 134-140.
2. Щербатых А.В. Сравнение эффективности различных способов хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж / А.В. Щербатых, С.В. Соколова, К.В. Шевченко // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2012. – №5. – С. 80-82.
3. Юрасов А.В. Современная концепция хирургического лечения больных с послеоперационными грыжами передней брюшной стенки / А.В. Юрасов, А.Л. Шестаков, Д.Н. Курашвили, Л.А. Абовян // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2014. – Т.7, № 4. – С. 405-413.

REFERENCES

1. Rakhmatulloev R.R. Osobennosti protezirovaniya gryzhevogo defekta pri khirurgicheskom lechenii posleoperatsionnykh ventralnykh gryzh [Peculiarities of hernia defect prosthetics in surgical treatment of postoperative ventral hernias]. *Vestnik Avitsenny – Avicenna Bulletin*, 2020, Vol. 22, No. 1, pp. 134-140.
2. Shcherbatykh A.V. Sravnenie effektivnosti razlichnykh sposobov khirurgicheskogo lecheniya posleoperatsionnykh ventralnykh gryzh [Comparison of efficacy of different methods of surgical treatment of postoperative ventral hernia]. *Vestnik eksperimentalnoy i klinicheskoy khirurgii - Bulletin of Experimental and Clinical Surgery*, 2012, No. 5, pp. 80-82.
3. Yurasov A.V. Sovremennaya kontseptsiya khirurgicheskogo lecheniya bolnykh s posleoperatsionnymi gryzhami peredney bryushnoy stenki [Modern concept of surgical treatment of patients with postoperative hernias of the anterior abdominal wall]. *Vestnik eksperimentalnoy i klinicheskoy khirurgii - Bulletin of Experimental and Clinical Surgery*, 2014, Vol. 7, No. 4, pp. 405-413.

4. Agha R.A., Barai I., Rajmohan S., Lee S., Anwar M.O., Fowler A.J. Support for reporting guidelines in surgical journals needs improvement: a systematic review. *International Journal of Surgery*, 2017, No. 45, pp. 14-17.

5. Al-Salamah S.M., Hussain M.I., Khalid K., Al-Akeely M.H. Suture versus mesh repair for incisional hernia. *Saudi Medical Journal*, 2006, Vol. 27 (5), pp. 652-656.

6. Anadol A.Z., Muray A., Kurukahvecioglu O., Tez el E., Ersoy E. Comparison of laparoscopic primary and open primary repair ventral hernias. *Surgical Laparoscopy Endoscopy and Percutaneous Techniques*, 2011, Vol. 21 (5), pp. 301-305.

7. Ballem N., Parikh R., Berber E., Siperstein A. Laparoscopic versus open ventral hernia repairs: 5-year recurrence rates. *Surgical Endoscopy*, 2008, Vol. 22 (9), pp. 1935-1940.

8. Bochicchio G.V., De Castro G.P., Bochicchio K.M., Weeks J., Rodriguez E., Scalea T.M. Comparison study of acellular dermal matrices in complicated hernia surgery. *Journal of the American College of Surgeons*, 2013, Vol. 217 (4), pp. 606-613.

9. Booth J.H., Garvey P.B., Baumann D.P., Selber J.C., Nguyen A.T., Clemens M.W. Primary fascial closure with mesh reinforcement is superior to bridged mesh repair for abdominal wall reconstruction. *Journal of the American College of Surgeons*, 2013, Vol. 217 (6), pp. 999-1009.

10. Faylona J.M. Evolution of ventral hernia repair. *Asian Journal of Endoscopic Surgery*, 2017, Vol. 10 (3), pp. 252-258.

11. Iacco A., Adeyemo A., Riggs T., Janczyk R. Single institutional experience using biological mesh for abdominal wall reconstruction. *The American Journal of Surgery*, 2014, Vol. 208 (3), pp. 480-484.

12. Jin J., Rosen M.J., Blatnik J., McGee M.F., Williams C.P., Marks J. Use of acellular dermal matrix for complicated ventral hernia repair: does technique affect outcomes? *Journal of the American College of Surgeons*, 2007, Vol. 205 (5), pp. 654-660.

13. Kurmann A., Visth E., Candinas D., Beldi G. Long-term follow-up of open and laparoscopic repair of large incisional hernias. *World Journal of Surgery*, 2011, Vol. 35 (2), pp. 297-301.

14. Liberati A., Altman D.G., Tetzlaff J., Mulrow C., Gøtzsche P.C., Ioannidis J.P.A. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2009, Vol. 62 (10), pp. 1-34.

15. Moreno-Egea A., Alcaraz A.C., Cuervo M.C. Surgical options in lumbar hernia laparoscopic versus open repair a long-term prospective study. *Surgical Innovation*, 2013, Vol. 20 (4), pp. 331-344.

ХУЛОСА

Ч.А. Абдуллозода, Ш.Н. Шамсуллозода

ЧУРРАҲОИ ВЕНТРАЛИИ БАЪДИҚАРРОҲӢ: ХУСУСИЯТҲОИ ТАҲҚИҚИ НАТИЧАҲОИ ПЕШГИРӢ ВА ТАБОБАТИ ҚАРРОҲӢ

Мақсади таҳқиқот. Баҳодиҳии сифати методологии таҳқиқоти ғайримутамаркази натиҷаҳои пешгирӣ ва табобати қарроҳии чурраҳои вентралӣ бо истифода аз тафсири систематикӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Мо дар адабиётҳои дар рӯйхатбуда (реестр), таҳқиқотҳои ғайритасодуфии қарроҳиро оиди чурраҳои вентралӣ аз моҳи январи соли 1995 то декабри 2019 ҷустуҷӯ кардем. Ҳар як таҳқиқоти проспективи бо таҳқиқоти ретроспективи мувофиқ бо истифода аз меъёрҳои пешакӣ маълум барои ба даст овардани гурӯҳҳои киёсшаванда омешиш дода шуд. Интиҳоби усулҳои таҳқиқот, асоснокӣ, тарроҳӣ, меъёрҳои дохилшавӣ, натиҷаҳои гузориш ва усулҳои омӯри баҳогузори карда шуданд.

Натиҷаҳо. Панҷоҳ таҳқиқот (17,608 бемо-

рон) интиҳоб карда шуданд: 25 проспективӣ ва 25 ретроспективӣ. Дар маҷмӯъ, таҳқиқотҳои проспективи нисбат ба таҳқиқотҳои ретроспективӣ мутаносибан каме ҳолҳои баландтари сифати методологиро, ки ба ҳисоби миёна 17 (IQR: 14-18) муқобили 15 (IQR 12-18) доштанд ба даст оварданд. Зеркатегорияҳои таҳқиқотшуда, дар таҳқиқотҳои проспективи ҳолҳои бадандтари медианиро дар «муқаддима», «тарроҳии таҳқиқот» ва «иштирокчиён» ба даст оварданд. 18 (36%) таҳқиқот натиҷаи аввалия доштанд ва танҳо 2 таҳқиқот (4%) ҳисобҳои кудратро тавсиф карданд. Ҳеҷ кадоме аз таҳқиқотҳо таърифи стандартии чурраҳои тақрибии вентралиро қайд накардаанд ва усулҳои муайянкунии ретсидив ба таври васеъ фарқ мекарданд. Сифати методологии таҳқиқот аз соли нашри афзоиши импакт-фактори журнал вобаста набуд.

Хулоса. Дар айни замон, таҳқиқоти ғайритасодуфии интервенсионии натиҷаҳои табобати қарроҳии чурраҳои вентралӣ аз ҷиҳати методологӣ бесамар мебошанд. Таҳлили дақиқи натиҷаҳои таҳқиқот ва таъсиси маҷмӯи ҳадди ақали стандартии маълумот зарур аст.

Калимаҳои калидӣ: чурра, вентралӣ, ретсидив, герниопластика, методология, таҳқиқот.

УДК 616.379-008.64-053.8-036.22

doi: 10.52888/0514-2515-2021-351-4-11-23

С.М. Абдуллозода

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ТАДЖИКИСТАНА

Кафедра эпидемиологии, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Абдуллозода Саид Мургазо - кандидат медицинских наук, соискатель кафедры эпидемиологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»; Тел.: +992(44)6003659; E-mail: saidxoja@gmail.com

Цель исследования. Анализ распространённости сахарного диабета в Республике Таджикистан.

Материал и методы исследования. Проведен анализ распространённости сахарного диабета среди взрослого населения Республики Таджикистан в период 2015-2019 годы по данным ежегодных отчетов Государственного учреждения «Центр статистики при Президенте Республики Таджикистан».

Результаты исследования и их обсуждение. В течение анализируемого периода отмечалось динамичное увеличение распространённости сахарного диабета в республике, как по отдельности по региону проживания населения, так и в общей совокупности. Так, по сравнению с 2015 года (529 случаев на 100000 населения) в 2019 году (627 случаев на 100000 населения) в республике заболеваемость сахарным диабетом увеличилась на 98 случаев на 100000 населения, т.е. на 18,5%.

Заключение. Полученные данные показывают, что в Таджикистане, в анализируемый период, отмечается значительный эпидемиологический рост числа населения, страдающего сахарным диабетом. По сравнению с 2015 годом в 2019 году прирост заболеваемости сахарного диабета составил 18,5%. Отсутствие национального