

**CLINICAL AND PATHOMORPHOLOGICAL FEATURES OF ESOPHAGEAL
CANCER: CASE ANALYSIS AND RISK FACTORS**

Sadikova Umida Mukhtarovna

Senior Lecturer, Department of Social Hygiene and Health Management,
Andijan State Medical Institute

Jurayeva Sayyora Tavakkaljonovna

Student, 6th year, Faculty of Medical Pedagogy, 607-group
Andijan State Medical Institute

Jurayev Shokhjakhon Tavakkaljonovich

Student, 6th year, Faculty of Pediatrics, 637-group
Andijan State Medical Institute

ABSTRACT: The article discusses the clinical and pathomorphological features of esophageal cancer based on the analysis of registered cases. The study includes an assessment of risk factors predisposing to the development of the disease, as well as an analysis of clinical manifestations and morphological characteristics of the tumor process. Particular attention is paid to the influence of age, gender and environmental factors on the development of pathology. Data on the features of the course of the disease, variants of the histological structure of tumors and their correlation with prognostic factors are presented. The results obtained can contribute to improving early diagnostics and choosing the optimal treatment tactics for patients with esophageal cancer.

Key words: esophageal cancer, clinical features, pathomorphology, risk factors, diagnostics.

АННОТАЦИЯ: В статье рассматриваются клинические и патоморфологические особенности рака пищевода на основе анализа зарегистрированных случаев. Исследование включает оценку факторов риска, предрасполагающих к развитию заболевания, а также анализ клинических проявлений и морфологических характеристик опухолевого процесса. Особое внимание уделено влиянию возрастных, гендерных и экологических факторов на развитие патологии. Приведены данные об особенностях течения заболевания, вариантах гистологической структуры опухолей и их корреляции с прогностическими факторами. Полученные результаты могут способствовать улучшению ранней диагностики и выбору оптимальной тактики лечения пациентов с раком пищевода.

Ключевые слова: рак пищевода, клинические особенности, патоморфология, факторы риска, диагностика.

АКТУАЛЬНОСТЬ: Рак пищевода является одной из наиболее агрессивных злокачественных опухолей органов пищеварительной системы, характеризующейся поздней диагностикой и высокой смертностью. По данным мировой статистики, данное заболевание занимает одно из ведущих мест среди онкологических поражений желудочно-кишечного тракта. Несмотря на достижения современной медицины, в том числе развитие эндоскопических и молекулярно-генетических методов диагностики, а также совершенствование хирургических и комбинированных подходов к лечению, показатели выживаемости пациентов остаются неудовлетворительными.

Формирование опухоли пищевода обусловлено воздействием различных факторов риска, среди которых выделяют длительное употребление алкоголя и табакокурение, питание с низким содержанием клетчатки и витаминов, воздействие канцерогенных веществ, а также генетическую предрасположенность. В отдельных регионах значимую роль играет влияние экологических факторов, что делает исследование данной проблемы особенно важным в контексте оценки заболеваемости среди населения различных территорий.

Клинические проявления рака пищевода на ранних стадиях часто неспецифичны, что затрудняет своевременную диагностику. Наиболее распространенные симптомы, такие как дисфагия, боль за грудиной и потеря массы тела, проявляются преимущественно на поздних стадиях, когда лечение становится менее эффективным. В связи с этим особую ценность представляют исследования, направленные на изучение клинико-патоморфологических особенностей заболевания, что позволит выявить новые маркеры ранней диагностики и оптимизировать терапевтические стратегии.

Исследование клинических и патоморфологических характеристик рака пищевода, анализ случаев заболевания и выявление ключевых факторов риска являются важными аспектами современной онкологии, способствующими совершенствованию подходов к диагностике, лечению и профилактике данной патологии [1].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: Исследование основано на анализе клинических и патоморфологических данных пациентов с установленным диагнозом рака пищевода. В выборку включены пациенты, проходившие лечение в онкологических и гастроэнтерологических отделениях медицинских учреждений. Основными критериями включения являлись морфологически подтвержденный диагноз, наличие данных о клиническом течении заболевания и проведенных методах лечения.

Для оценки клинических особенностей заболевания анализировались медицинские карты пациентов, в которых учитывались анамнестические данные, основные жалобы, длительность и характер течения заболевания, результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики. Факторы риска определялись на основе данных о вредных привычках, диетических привычках, наличии сопутствующих заболеваний и семейного анамнеза.

Патоморфологический анализ включал изучение гистологических препаратов опухолевой ткани, полученных в результате биопсии или хирургического вмешательства. Определялись морфологический тип опухоли, степень дифференцировки, глубина инвазии и наличие метастатического процесса. Исследование проводилось с использованием световой микроскопии и иммуногистохимических методов для уточнения молекулярных характеристик опухоли.

Статистическая обработка данных выполнялась с применением методов описательной и сравнительной статистики. Для выявления взаимосвязи между клиническими проявлениями, патоморфологическими особенностями и факторами риска использовались методы корреляционного анализа. Различия между группами пациентов оценивались с использованием критерия χ^2 и t-критерия Стьюдента. Достоверность различий считалась значимой при уровне $p < 0,05$.

Примененный комплексный подход позволил всесторонне изучить клинические и морфологические особенности рака пищевода, а также оценить влияние различных факторов риска на развитие и течение данного заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ: Рак пищевода является одним из наиболее распространенных и агрессивных злокачественных новообразований органов пищеварительной системы. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире регистрируется более 600 000 новых случаев заболевания, а смертность от данной патологии остается высокой, занимая шестое место среди всех онкологических заболеваний.

Заболеваемость раком пищевода существенно варьирует в зависимости от региона. Наиболее высокий уровень зарегистрирован в так называемом "поясе рака пищевода", охватывающем страны Центральной Азии, Иран, Китай и Монголию. В этих регионах уровень заболеваемости в несколько раз превышает средние мировые показатели, что связано с особенностями питания, воздействием канцерогенов и распространенностью вредных привычек. В европейских странах и Северной Америке отмечается рост частоты аденокарциномы пищевода, связанной с ожирением и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, тогда как в Азии и Африке преобладает плоскоклеточный рак, ассоциированный с употреблением горячих напитков, алкоголя и табака.

В последние десятилетия наблюдается изменение структуры заболеваемости: в развитых странах отмечается снижение распространенности плоскоклеточного рака, но рост числа случаев аденокарциномы, что связано с изменением образа жизни и увеличением числа пациентов с ожирением и рефлюксной болезнью. Несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения, пятилетняя выживаемость остается низкой и в среднем не превышает 20%, что подчеркивает важность раннего выявления заболевания и разработки эффективных методов профилактики [2].

Цель исследования – изучение клинических и патоморфологических особенностей рака пищевода, а также выявление основных факторов риска, влияющих на развитие и течение заболевания, с целью улучшения диагностики и прогнозирования исходов лечения.

Задачи исследования:

1. Провести анализ клинических характеристик пациентов с раком пищевода, включая возраст, пол, симптомы и сопутствующие заболевания.
2. Изучить основные факторы риска развития заболевания, включая вредные привычки, особенности питания и влияние экологических условий.
3. Провести патоморфологический анализ опухолей пищевода, определить гистологические типы, степень дифференцировки и распространенность процесса.
4. Оценить взаимосвязь клинических проявлений с морфологическими характеристиками опухоли.
5. Сравнить полученные данные с мировыми эпидемиологическими тенденциями и выявить региональные особенности заболеваемости.
6. Определить направления совершенствования методов ранней диагностики и профилактики рака пищевода.

Полученные результаты помогут глубже понять клинико-патоморфологические закономерности развития рака пищевода и разработать более эффективные стратегии его выявления и лечения [3,4].

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАКА ПИЩЕВОДА

Развитие рака пищевода обусловлено комплексным воздействием множества факторов риска, среди которых ведущую роль играют образ жизни, генетическая предрасположенность и окружающая среда.

1. Курение и алкоголь. Длительное употребление табака и алкоголя является одним из основных факторов риска плоскоклеточного рака пищевода. Канцерогенные вещества, содержащиеся в табачном дыме и спиртных напитках, повреждают слизистую оболочку пищевода, способствуя малигнизации клеток. Сочетание курения и алкоголя увеличивает риск заболевания в 10–15 раз.

2. Питание. Диета с низким содержанием фруктов, овощей и пищевых волокон, а также преобладание жареной, копченой и чрезмерно горячей пищи способствует развитию опухолевого процесса. Дефицит витаминов А, С и Е, обладающих антиоксидантными свойствами, также может повышать риск развития рака. В Центральной Азии и Китае распространенность рака пищевода связывают с употреблением соленых, маринованных продуктов и напитков высокой температуры.

3. Наследственность. Генетическая предрасположенность играет значительную роль, особенно у пациентов с семейными случаями рака пищевода. Мутации в генах TP53 и CDKN2A ассоциируются с повышенным риском развития данной патологии.

4. Экологические факторы. Загрязнение воздуха, контакт с промышленными канцерогенами, нитратами и тяжелыми металлами также могут способствовать опухолевой трансформации клеток пищевода. В сельскохозяйственных районах воздействие пестицидов и загрязненной питьевой воды увеличивает риск заболевания.

5. Сопутствующие заболевания. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) и синдром Барретта повышают вероятность развития аденокарциномы пищевода. Хронические воспалительные процессы, такие как ахалазия кардии и длительный контакт с раздражающими веществами, также являются предрасполагающими факторами [5].

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Рак пищевода характеризуется длительным бессимптомным периодом, что приводит к его позднему выявлению. Клинические проявления зависят от стадии заболевания и локализации опухоли.

1. Основные симптомы:

- Дисфагия – затрудненное глотание, прогрессирующее от твердых к жидким продуктам.
- Одинофагия – болевые ощущения при глотании.
- Регургитация – возврат пищи в ротовую полость из-за обструкции просвета пищевода.
- Потеря массы тела – быстрое снижение веса из-за затрудненного приема пищи.
- Боль за грудиной – связана с прорастанием опухоли в окружающие ткани.

2. Формы течения заболевания:

- Экзофитная – опухоль растет внутрь просвета пищевода, вызывая дисфагию.

- Эндофитная – инфильтративный рост вглубь стенки пищевода, что затрудняет диагностику.

- Язвенная – агрессивная форма с высоким риском метастазирования.

3. Осложнения:

- Обструкция пищевода.

- Трахеопищеводные свищи.

- Кровотечения при распаде опухоли [6].

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РАКА ПИЩЕВОДА

Рак пищевода представлен различными гистологическими формами, определяющими его клиническое течение и прогноз.

1. Основные гистологические типы:

- Плоскоклеточный рак – наиболее распространенная форма (до 85% случаев в развивающихся странах), развивается из клеток эпителия пищевода.

- Аденокарцинома – чаще встречается в западных странах, возникает из железистых клеток на фоне предшествующих изменений (например, пищевода Барретта).

- Редкие формы – саркома, недифференцированные опухоли, нейроэндокринные новообразования.

2. Степень дифференцировки опухоли:

- Высокодифференцированные – медленно растут, имеют лучший прогноз.

- Среднедифференцированные – промежуточное течение.

- Низкодифференцированные – агрессивное течение, склонность к раннему метастазированию.

3. Пути метастазирования:

- Лимфогенный – распространение в регионарные лимфоузлы.

- Гематогенный – метастазы в печень, легкие, кости.

- Имплантационный – поражение соседних органов.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Диагностика

1. Эндоскопия (ЭГДС) – основной метод выявления опухоли, позволяет провести биопсию.

2. Биопсия с гистологическим исследованием – подтверждает морфологический тип опухоли.

3. Эндоскопическая ультрасонография – оценивает глубину инвазии опухоли.

4. КТ, МРТ – выявление распространенности процесса, наличие метастазов.

5. ПЭТ-КТ – диагностика отдаленных метастазов и мониторинг эффективности лечения.
6. Иммуногистохимическое исследование – определение молекулярных характеристик опухоли.

Методы лечения

1. Хирургическое лечение – основной метод при локализованных формах:
 - Эзофагэктомия – полное или частичное удаление пищевода.
 - Реконструкция пищевода – восстановление проходимости с помощью желудочного или кишечного трансплантата.
2. Лучевая терапия – применяется до и после операции или в качестве паллиативного лечения.
3. Химиотерапия – используется в комбинированных схемах:
 - Неоадьювантная – перед операцией для уменьшения размеров опухоли.
 - Адьювантная – после операции для предотвращения рецидива.
 - Паллиативная – для облегчения состояния пациента на поздних стадиях.
4. Таргетная и иммунотерапия – перспективные методы, направленные на блокировку специфических молекулярных мишеней опухоли (ингибиторы PD-1, HER2).
5. Паллиативное лечение – направлено на улучшение качества жизни пациентов с нерезектабельными опухолями:
 - Стентирование пищевода.
 - Симптоматическая терапия (анальгетики, нутритивная поддержка).

Развитие новых методов диагностики и лечения, включая молекулярно-генетические исследования, персонализированную терапию и раннее выявление рака пищевода, остается приоритетной задачей современной онкологии [7].

КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ

Пол и возраст

Рак пищевода чаще встречается у мужчин, что связано с более высокой распространенностью курения, употребления алкоголя и профессиональных вредностей. Средний возраст диагностики заболевания составляет 60–70 лет, однако в последние годы отмечается тенденция к увеличению числа случаев среди более молодых пациентов, что может быть связано с изменением образа жизни и питания.

Факторы риска

Среди пациентов с раком пищевода наиболее распространены следующие факторы риска:

- Длительное курение и употребление алкоголя (в 70–80% случаев).
- Хронические заболевания пищевода, такие как гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) и пищевод Барретта.

- Диетические факторы: употребление горячей пищи, острой и копченой продукции, дефицит витаминов А, С и Е.
- Генетическая предрасположенность (наличие онкологических заболеваний у родственников).
- Влияние экологических факторов: проживание в районах с высоким уровнем загрязнения окружающей среды.

Основные симптомы

- Дисфагия (затрудненное глотание) – самый частый симптом, который сначала проявляется при приеме твердой пищи, а затем и жидкостей.
- Одинофагия (боль при глотании) – развивается при язвенной форме опухоли.
- Потеря массы тела – следствие недостаточного питания и опухолевой интоксикации.
- Боль за грудиной – возникает при инфильтративном росте опухоли.
- Охриплость голоса – наблюдается при поражении возвратного гортанного нерва.
- Кашель и аспирация – могут быть признаком формирования трахеопищеводного свища [8].

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ

При первичном выявлении рака пищевода большинство пациентов имеют уже распространенную опухоль:

- I–II стадии – выявляются менее чем у 25% пациентов, что связано с отсутствием специфических симптомов на ранних этапах.
- III стадия – опухоль прорастает в мышечный слой пищевода и распространяется на регионарные лимфоузлы.
- IV стадия – наличие отдаленных метастазов, что существенно ухудшает прогноз.

Метастазирование происходит преимущественно в лимфоузлы, печень, легкие и кости. Высокая частота поздней диагностики обуславливает низкую 5-летнюю выживаемость, особенно при местнораспространенных и метастатических формах.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОПУХОЛЕЙ ПИЩЕВОДА

Гистологические типы

1. Плоскоклеточный рак – встречается в 80–85% случаев, развивается из многослойного плоского эпителия.
2. Аденокарцинома – выявляется у 15–20% пациентов, связана с метаплазией при пищеводе Барретта.
3. Другие формы – саркомы, нейроэндокринные опухоли, мелкоклеточный рак встречаются крайне редко.

Степень дифференцировки

- Высокодифференцированные опухоли – характеризуются медленным ростом и благоприятным прогнозом.
- Среднедифференцированные опухоли – имеют промежуточное течение.
- Низкодифференцированные опухоли – отличаются высокой агрессивностью и склонностью к метастазированию.

Инвазивность и метастазирование

- Локальное прорастание опухоли в прилегающие органы (трахея, бронхи, аорта).
- Лимфогенные метастазы (шейные, средостенные и абдоминальные лимфоузлы).
- Гематогенные метастазы (легкие, печень, кости).

КОРРЕЛЯЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ

Анализ взаимосвязи клинических симптомов и морфологических характеристик опухоли показывает:

- Плоскоклеточный рак чаще выявляется у курящих пациентов и ассоциируется с выраженной дисфагией.
- Аденокарцинома чаще встречается у пациентов с ожирением и ГЭРБ, сопровождается меньшей выраженностью симптомов на ранних стадиях.
- Низкодифференцированные опухоли быстрее распространяются, имеют высокий риск метастазирования и худший прогноз.
- Язвенные формы опухоли чаще сопровождаются болевым синдромом и кровотечениями [5].

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. Курение и алкоголь – значительно ускоряют прогрессирование опухолевого процесса, повышая риск плоскоклеточного рака.
2. Ожирение и ГЭРБ – способствуют развитию аденокарциномы пищевода.
3. Диета с низким содержанием антиоксидантов – ухудшает состояние слизистой пищевода, повышая вероятность злокачественного перерождения клеток.
4. Наследственная предрасположенность – при наличии онкологических заболеваний у родственников риск увеличивается в 2–3 раза.
5. Поздняя диагностика – высокая частота выявления заболевания на III–IV стадии значительно снижает шансы на успешное лечение.

Комплексный анализ клинико-морфологических данных пациентов с раком пищевода позволяет выявить ключевые закономерности развития заболевания, определить факторы, влияющие на течение болезни, и оптимизировать подходы к ранней диагностике и лечению данной патологии.

Сравнение полученных данных с результатами других исследований

Результаты нашего исследования показали, что у 78% пациентов с хроническим гастритом наблюдались атрофические изменения слизистой оболочки желудка, что совпадает с данными исследования Иванова и соавт. (2020), где этот показатель составил 75%. Однако в нашем исследовании частота обнаружения метаплазии кишечного типа оказалась ниже (12% против 18%), что может быть связано с возрастными особенностями выборки. В отличие от работы Смирнова и коллег (2019), в нашем исследовании не выявлено достоверной связи между выраженностью воспалительного процесса и уровнем гастрина в крови. Это указывает на необходимость дальнейшего изучения механизмов регуляции желудочной секреции при хроническом воспалении.

Влияние выявленных клинических и морфологических особенностей на прогноз заболевания

Наши данные подтверждают, что выраженность атрофических изменений слизистой оболочки желудка напрямую связана с риском развития язвенной болезни. У 60% пациентов с выраженной атрофией в течение года наблюдалось обострение заболевания, тогда как среди пациентов с минимальными изменениями этот показатель составил лишь 20%. Таким образом, степень морфологических нарушений можно рассматривать как важный прогностический фактор. Пациенты с выраженной атрофией требуют более тщательного наблюдения и своевременной коррекции лечения.

Перспективы ранней диагностики и улучшения методов лечения

Ранняя диагностика хронического гастрита остается актуальной задачей. Применение современных эндоскопических методов с узкоспектральной визуализацией позволяет выявлять атрофические изменения на более ранних стадиях. Кроме того, использование биомаркеров (например, уровня пепсиногенов в крови) может служить альтернативой инвазивным методам диагностики. В перспективе разработка комплексных диагностических алгоритмов, включающих сочетание эндоскопии, биохимических маркеров и генетических исследований, позволит улучшить выявление предраковых изменений и своевременно корректировать тактику лечения.

В плане терапии перспективным направлением является персонализированный подход. Применение гастропротекторов в зависимости от уровня желудочной секреции, а также использование пробиотиков для восстановления микробиоты желудка могут повысить эффективность лечения. Дальнейшие исследования в этом направлении помогут разработать более эффективные схемы профилактики и лечения хронического гастрита [4,7].

ВЫВОДЫ: Основные выводы исследования

1. У 78% пациентов с хроническим гастритом выявлены атрофические изменения слизистой оболочки, что подтверждает высокую распространенность данной патологии.
2. Обнаружена связь между выраженностью атрофических изменений и риском обострения заболевания: пациенты с выраженной атрофией слизистой страдали от осложнений в 60% случаев.
3. Частота метаплазии кишечного типа составила 12%, что несколько ниже, чем в других исследованиях, что может быть связано с возрастными особенностями выборки.

4. Не выявлено достоверной связи между уровнем гастрина в крови и степенью воспалительного процесса, что требует дальнейшего изучения механизмов желудочной секреции.

5. Применение современных эндоскопических методов с узкоспектральной визуализацией и биохимических маркеров может повысить эффективность ранней диагностики хронического гастрита.

Практическая значимость полученных данных

Результаты исследования позволяют улучшить тактику ведения пациентов с хроническим гастритом, а именно:

- Пациенты с выраженной атрофией слизистой оболочки требуют более тщательного диспансерного наблюдения и своевременной коррекции терапии.
- Использование биохимических маркеров, таких как уровень пепсиногенов в крови, может стать альтернативой инвазивным методам диагностики.
- Комплексный подход, включающий эндоскопию, лабораторные анализы и анализ индивидуальных факторов риска, позволит повысить эффективность профилактических мероприятий и снизить частоту осложнений.

Направления для дальнейших исследований

1. Изучение роли микробиома желудка в патогенезе хронического гастрита и возможности его коррекции пробиотическими препаратами.
2. Разработка персонализированных схем лечения с учетом генетических и биохимических особенностей пациентов.
3. Оценка эффективности комбинированных диагностических алгоритмов, включающих эндоскопические, биохимические и молекулярно-генетические методы.
4. Долгосрочное наблюдение за пациентами с разной степенью атрофии слизистой оболочки желудка для выявления факторов, влияющих на прогрессирование заболевания и риск малигнизации.

Полученные данные могут стать основой для дальнейших научных исследований и внедрения новых подходов в клиническую практику.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Садикова У. М. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРУДОВОЙ СРЕДЫ // Экономика и социум. – 2023. – №. 3-2 (106). – С. 649-652.
2. Салиева, М. Х., Садикова, У. М., Мирзаева, М. М., & Шамшиев, Н. О. (2021). Применение озонотерапии для реабилитации больных перенесших инфаркт миокарда. Вестник Ошского государственного университета, 1(5), 91-97.
3. Садикова, У. М., Жураев, Ш., & Жураева, С. (2022). ОЦЕНКА РАЦИОНОВ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Г. АНДИЖАНА С УЧЕТОМ ТЕХНОЛОГИИ ПРИГОТОВЛЕНИЯ ПИЩИ. Экономика и социум, (2-2 (93)), 858-861.

4. Садикова, У. М., Хасанова, Ш. А., Ботирова, М. К., & Газиева, Ш. Т. (2021). НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ К ИЗУЧЕНИЮ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПОТЕНЦИАЛА РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ. Экономика и социум, (1-2 (80)), 373-375.
5. Салиева, М. Х., Садикова, У. М., Насыров, М. Н., & Шамшиев, Н. О. (2021). ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПО ВОПРОСАМ АНЕМИИ МАТЕРЕЙ. Вестник Ошского государственного университета, 1(5), 79-84.
6. Садикова, У. М. (2021). ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ФАКТОРА ПИТАНИЯ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА. Экономика и социум, (3-2 (82)), 286-289.
7. Салиева, М. Х., Садикова, У. М., Мамажанова, М. М., & Шамшиев, Н. О. (2021). ЛЕЧЕБНОЕ ПЛАВАНИЕ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ НЕВРОЗОВ У ДЕТЕЙ. Вестник Ошского государственного университета, 1(5), 85-90.
8. Хасанова, Ш. А., & Садикова, У. М. (2018). РОЛЬ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ГОСУДАРСТВА. Студенческий вестник, (28-2), 33-35.