

CLINICAL-ANAMNESTIC AND HISTOMORPHOLOGICAL FEATURES OF
ESOPHAGEAL CANCER IN THE FERGHANA VALLEY REGION

Sadikova Umida Mukhtarovna

Senior Lecturer, Department of Medical Biology and Histology,
Andijan State Medical Institute

Rakhmanov Ravshanbek Rakhimberdievich

Associate Professor, Department of Social Hygiene and Healthcare Management,
Andijan State Medical Institute

ABSTRACT: The article presents the results of a study on the clinical-anamnestic and histomorphological features of esophageal cancer in patients from the Ferghana Valley. An analysis was carried out on the main risk factors, anamnesis data, clinical course of the disease, as well as morphological characteristics of the tumor tissue. The predominant tumor forms, their localization, and histological structure were identified. Special attention was paid to regional features, including the impact of socio-economic and environmental factors on the incidence and morphological diversity of esophageal cancer. The findings have practical significance for early diagnosis, the development of prognostic criteria, and the optimization of treatment strategies for patients in this region.

Keywords: esophageal cancer, clinical-anamnestic features, histomorphology, Ferghana Valley, regional factors.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ И ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ РАКА ПИЩЕВОДА В РЕГИОНЕ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

Садикова Умида Мухтаровна

Старший преподаватель, кафедра медицинской биологии и гистологии,
Андижанский государственный медицинский институт

Рахманов Равшанбек Рахимбердиевич

Доцент, кафедра социальной гигиены и управления здравоохранением,
Андижанский государственный медицинский институт

АННОТАЦИЯ: В статье представлены результаты исследования клиничко-анамнестических и гистоморфологических особенностей рака пищевода у пациентов Ферганской долины. Проведен анализ основных факторов риска, анамнестических данных, клинического течения заболевания, а также морфологических характеристик опухолевой ткани. Установлены преобладающие формы опухолей, их локализация и гистологическая структура. Особое внимание уделено выявлению региональных особенностей, включая влияние социально-экономических и экологических факторов на частоту и морфологическое разнообразие рака пищевода. Полученные данные имеют практическое значение для ранней диагностики, разработки прогностических критериев и оптимизации лечебной тактики у больных в данном регионе.

Ключевые слова: рак пищевода, клиничко-анамнестические особенности, гистоморфология, Ферганская долина, региональные факторы.



АКТУАЛЬНОСТЬ: Рак пищевода является одной из ведущих причин смертности от злокачественных новообразований, занимая восьмое место в мире по частоте и шестое — по уровню летальности. По данным Международного агентства по изучению рака (IARC), в 2020 году зарегистрировано 604 тысячи новых случаев заболевания и 544 тысячи смертей, что соответствует соотношению заболеваемости и смертности почти 0,9, то есть подавляющее большинство больных умирают в течение нескольких лет после постановки диагноза. В то время как в развитых странах уровень заболеваемости составляет 4–6 случаев на 100 тысяч населения, в странах так называемого «азиатского пояса высокой заболеваемости» он достигает 100–120 случаев на 100 тысяч, особенно в северных провинциях Китая, Иране, Афганистане и странах Центральной Азии [1].

Узбекистан и, в частности, Ферганская долина, относятся к территориям с повышенной распространённостью рака пищевода. В онкологической статистике Министерства здравоохранения Республики Узбекистан рак пищевода занимает 6–8 место среди всех злокачественных опухолей, а уровень смертности от него стабильно высок. Эпидемиологические исследования показывают, что в Ферганской долине доля плоскоклеточного рака достигает 80–85%, в то время как в странах Европы и Северной Америки на первый план выходит аденокарцинома пищевода, связанная с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и пищеводом Барретта.

Актуальность изучения данной патологии в Ферганской долине определяется уникальным сочетанием факторов: высокой плотностью населения (свыше 11 миллионов человек), социально-экономическими трудностями, экологическими проблемами, связанными с аграрной и промышленной деятельностью, а также культурными особенностями питания, включающими потребление чрезмерно горячего чая и острых блюд. Всё это в комплексе формирует особую клинико-морфологическую картину заболевания [2,3].

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: Глобальные данные указывают на значительную географическую вариабельность заболеваемости. В Японии, Южной Корее и странах ЕС преобладает аденокарцинома пищевода, на долю которой приходится до 60% всех случаев. В то же время в Иране, Китае и Центральной Азии лидирует плоскоклеточный рак, составляющий 70–90% морфологических вариантов. В Узбекистане, по данным национального канцер-регистра за 2022 год, показатель заболеваемости составляет 7,4 на 100 тысяч населения, что выше среднеевропейских значений (4,9 на 100 тысяч).

В Ферганской долине официальные данные региональных онкологических диспансеров фиксируют заболеваемость на уровне 9–10 случаев на 100 тысяч населения. Смертность остаётся высокой: пятилетняя выживаемость не превышает 15%, что сопоставимо с данными по другим странам Центральной Азии [1,4].

Возрастная структура больных указывает на пик заболеваемости в 55–65 лет, однако отмечаются случаи заболевания и в более молодом возрасте, что связывают с воздействием экологических факторов и вредных привычек. Мужчины болеют в 2,5–3 раза чаще женщин, что объясняется более высоким уровнем курения и употребления алкоголя среди мужского населения.

Анализ анамнестических данных пациентов Ферганской долины показывает, что подавляющее большинство больных имеют длительный стаж курения или употребления алкоголя, что коррелирует с международными исследованиями, согласно которым эти факторы увеличивают риск развития рака пищевода в 3–7 раз. Важным фактором является и характер питания: традиционное употребление очень горячего зелёного чая (60–70 °С) повышает риск в 2,4 раза, что подтверждено данными многоцентровых исследований, проведённых в Иране и Туркменистане.

Клинические проявления заболевания стандартны, но имеют свои особенности. У большинства больных (до 85%) первым симптомом становится дисфагия, которая нарастает постепенно, переходя от затруднений при глотании твёрдой пищи к невозможности глотать жидкость. Более чем у половины пациентов наблюдается выраженная потеря массы тела, достигающая 10–15 кг в течение нескольких месяцев. У 30% больных отмечаются боли за грудиной и в эпигастральной области, осиплость голоса, кашель и кровохарканье встречаются реже, но свидетельствуют о местно-распространённом процессе [3,4].

Особенностью региона является поздняя обращаемость больных: по данным Андижанского областного онкологического диспансера, более 70% пациентов поступают в стационар уже на III–IV стадиях заболевания. Это значительно снижает эффективность лечения и обуславливает низкую выживаемость.



Высокая заболеваемость раком пищевода в Ферганской долине обусловлена сочетанием факторов. Экологическая обстановка характеризуется высоким уровнем загрязнения воды и воздуха вследствие интенсивной сельскохозяйственной деятельности с применением пестицидов и промышленных выбросов. Исследования показывают, что нитрозамины и полициклические ароматические углеводороды, содержащиеся в питьевой воде и пище, повышают риск развития плоскоклеточного рака.

Социально-экономические условия также способствуют росту заболеваемости. Более 40% населения региона проживает в сельской местности, где доступ к медицинской помощи ограничен. Отсутствие скрининговых программ и низкая онкологическая настороженность врачей первичного звена приводят к тому, что болезнь диагностируется уже на поздних стадиях.

Пищевые привычки включают употребление чрезмерно горячего чая и острой пищи, дефицит свежих овощей и фруктов, что снижает поступление антиоксидантов и витаминов, необходимых для защиты слизистой пищевода от канцерогенных воздействий [5,6].

Гистологическая структура рака пищевода в Ферганской долине демонстрирует доминирование плоскоклеточного рака, на долю которого приходится около 80–85% случаев. Эта форма характеризуется исходом из многослойного плоского эпителия слизистой оболочки и имеет ряд типичных микроскопических признаков.

Микроскопическая характеристика плоскоклеточного рака: Опухолевые клетки формируют гнёзда, тяжи и пласты, теряющие упорядоченность нормального эпителия. Для высокодифференцированных форм характерно образование «раковых жемчужин» — концентрических слоёв кератинизированных клеток. Встречаются межклеточные мостики, свидетельствующие о сохранении отдельных признаков эпителиальной дифференцировки. В умеренно и низкодифференцированных формах опухоли наблюдаются выраженный клеточный полиморфизм, многочисленные митозы, очаги некроза, что указывает на высокую агрессивность. Опухоль имеет выраженную тенденцию к инфильтративному росту, разрушает подслизистый и мышечный слой, прорастает в адвентицию, что клинически соответствует раннему распространению и метастазированию.

Аденокарцинома пищевода встречается значительно реже (около 10–12%), но имеет важное клиническое значение. Её развитие связано с метапластическим эпителием при пищеводе Барретта. Микроскопически аденокарциномы характеризуются формированием железистоподобных структур, выстланных атипичным цилиндрическим эпителием. В клетках обнаруживаются признаки гиперхромии ядер, атипичные митозы, нередко отмечается слизепродукция. Для плохо дифференцированных аденокарцином характерен солидный рост с минимальной железистой структурой и склонностью к быстрому инвазиванию.

Редкие формы опухолей пищевода, включая мелкоклеточный рак, саркомы и лимфомы, встречаются единично. Мелкоклеточный рак отличается крайне агрессивным течением: микроскопически выявляются мелкие клетки с гиперхромными ядрами и скудной цитоплазмой, напоминающие структуру опухолей лёгкого. Эти варианты, по данным мировой литературы, составляют менее 2% случаев, однако обладают крайне неблагоприятным прогнозом [6].

Иммуногистохимические особенности. Современные исследования показывают, что экспрессия маркеров p53 и Ki-67 в опухолях пищевода тесно коррелирует с агрессивностью течения. В исследованиях, проведённых в Ташкенте и Андижане,



высокий уровень Ki-67 (>40%) выявлялся у 72% больных с плоскоклеточным раком пищевода, что подтверждает высокую пролиферативную активность опухолей региона. При аденокарциномах отмечается гиперэкспрессия HER2/neu, которая может служить мишенью для таргетной терапии трастузумабом, однако такие подходы пока не применяются в клинической практике Узбекистана [14, 15].

Стадирование по глубине инвазии. Гистологическое исследование биопсийного и операционного материала позволяет определить глубину инвазии опухоли:

T1 — ограничение слизистой и подслизистой оболочкой;

T2 — прорастание мышечного слоя;

T3 — выход за пределы мышечной стенки;

T4 — инвазия соседних структур (трахея, бронхи, аорта).

В материалах Андижанского онкодиспансера около 65% пациентов имели опухоли T3–T4 на момент постановки диагноза, что объясняет высокую смертность и низкую эффективность хирургического лечения.

Региональные особенности морфологии. В сравнении с данными по Китаю и Ирану, где также преобладает плоскоклеточный рак, в Ферганской долине чаще встречаются низкодифференцированные формы, что, вероятно, связано с воздействием экологических канцерогенов (нитрозаминов, полициклических углеводородов) и пищевых факторов. В морфологических препаратах часто отмечаются обширные зоны некроза и воспалительной инфильтрации, что также ассоциируется с агрессивным ростом опухоли.

Диагностика рака пищевода основывается на эндоскопическом исследовании с обязательной биопсией. В условиях Ферганской долины именно позднее проведение эндоскопии является основной причиной поздней постановки диагноза. Лучевая диагностика (КТ, МРТ, УЗИ) применяется для стадирования заболевания и выявления отдалённых метастазов.

Морфологическая и иммуногистохимическая диагностика позволяют уточнить степень дифференцировки опухоли, что имеет значение для прогноза. Перспективным направлением является внедрение молекулярно-генетических методов, включая анализ мутаций p53, EGFR и HER2, которые могут служить мишенями для таргетной терапии. Однако в регионе данные методы пока применяются ограниченно [7].

Основным методом лечения остаётся хирургическое удаление опухоли. Ведущие онкологические центры Узбекистана применяют радикальные операции, однако их эффективность ограничена из-за поздних стадий заболевания. Комбинированное лечение, включающее химио- и лучевую терапию, позволяет увеличить медиану выживаемости до 18–24 месяцев, тогда как при изолированном хирургическом лечении она составляет 12–15 месяцев [8,9,10].

Прогноз остаётся неблагоприятным. По данным национального канцер-регистра, пятилетняя выживаемость пациентов с раком пищевода в Узбекистане не превышает 17%, что значительно ниже, чем в Японии (35–40%) и Южной Корее (42%), где активно внедрены программы скрининга и раннего выявления [11,14].

Основными направлениями профилактики в Ферганской долине должны стать снижение воздействия факторов риска и раннее выявление заболевания. Важнейшую роль играют отказ от курения и алкоголя, коррекция пищевых привычек, повышение потребления фруктов и овощей. Просветительская работа среди населения может существенно повысить онкологическую настороженность [12,13].



Необходимым условием снижения смертности является внедрение скрининговых программ, основанных на эндоскопическом обследовании лиц старше 40 лет, особенно в группах риска. В Иране и Китае подобные программы позволили снизить смертность от рака пищевода на 20–30% за последние два десятилетия.

ВЫВОДЫ: Рак пищевода остаётся одной из наиболее актуальных медицинских и социальных проблем для региона Ферганской долины. Проведённый анализ показал, что заболевание характеризуется высокой заболеваемостью и смертностью, а также рядом специфических клинико-anamnestических и морфологических особенностей. В структуре опухолей доминирует плоскоклеточный рак, составляющий более 80% случаев, что соответствует общей тенденции для стран Центральной Азии. Морфологически опухоли отличаются низкой степенью дифференцировки, выраженной пролиферативной активностью и агрессивным инфильтративным ростом. Существенная часть пациентов обращается за медицинской помощью на поздних стадиях заболевания (III–IV стадии), что обусловлено низкой онкологической настороженностью, ограниченной доступностью диагностических процедур и культурно-бытовыми особенностями.

Социально-экономические и экологические факторы региона, включая традиции питания, загрязнение окружающей среды и высокий уровень курения, оказывают значимое влияние на формирование эпидемиологической картины. В условиях Ферганской долины особенно важно внедрение комплексных программ профилактики и скрининга, направленных на раннее выявление заболевания среди групп риска. Перспективным направлением остаётся использование иммуногистохимических и молекулярно-генетических методов для уточнения прогноза и разработки персонализированных схем терапии.

Дальнейшее изучение клинико-anamnestических и гистоморфологических особенностей рака пищевода в Ферганской долине имеет принципиальное значение для оптимизации диагностики, лечения и профилактики, а также для снижения смертности в данном регионе.

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.
9. World Health Organization. Global Cancer Observatory: Esophageal cancer statistics. WHO, 2023.
10. Abnet C.C., Arnold M., Wei W.Q. Epidemiology of Esophageal Squamous Cell Carcinoma. Gastroenterology. 2018;154(2):360–373.
11. Rustgi A.K., El-Serag H.B. Esophageal carcinoma. N Engl J Med. 2014;371(26):2499–2509.
12. Yang C.S., Chen X., Tu S. Etiology and prevention of esophageal cancer. Gastrointest Tumors. 2016;3(1):3–16.
13. Islambekov S., et al. Особенности эпидемиологии рака пищевода в Ферганской долине. Journal of Oncology of Uzbekistan, 2020.
14. Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan. Cancer registry data, 2022.
15. Dawlatov R.A., Karimov U. Клинические и морфологические особенности рака пищевода в Центральной Азии. Вестник онкологии, 2021.

