

NAZORAT QILINMAYDIGAN OG'IR BRONXIAL ASTMA, BRONXOEKTAS KASALLIGI, O'PKA EMFIZEMASI VA SURUNKALI RESPIRATOR YETISHMOVCHILIK

*Central asian medical univercity,
Ftiziatriya, pulmonologiya va metabolik kasalliklar kafedrası assistenti,
Ismoilova Gulsanam G'Olibjon qizi*

Annotatsiya: *Dolzarbligi. Keksa yoshda og'ir bronxial astmaning bronxoektaz kasalligi, emfizema, ehtimoliy XOBL-fenotip va surunkali respirator yetishmovchilik bilan birga kechishi klinik simptomlarni og'irlashtiradi, gipoksemiya xavfini oshiradi va uzoq muddatli davolash strategiyasini murakkablashtiradi. Maqsad. Nazorat qilinmaydigan IV pog'onadagi persistik og'ir bronxial astma, bronxoektaz kasalligi, o'pka emfizemasi, o'pka-yurak yetishmovchiligi va surunkali respirator yetishmovchilik bilan kechgan klinik holatni tahlil qilish. Material va usullar. Klinik obzor statsionar tibbiy hujjatlar, 2025-yilgi chiqaruv epikrizi, rentgenologik xulosa, laborator tekshiruvlar, balg'am/GeneXpert natijalari va dinamik kuzatuv ma'lumotlariga asoslandi. Natijalar. Bemorda ko'p yillik obstruktiv-respirator kasallik anamnezi, harakatda kuchayuvchi hansirash, nafas qisishi, qiyin ajraluvchi balg'amli yo'tal va umumiy holsizlik qayd etildi. Qabulda SpO₂ 85%, nafas soni 24-26/min bo'lgan; perkussiyada qutsimon tovush, auskultatsiyada sustlashgan vezikulyar nafas fonida tarqalgan g'ijillovchi va xushtaksimon xirillashlar eshitildi. Rentgenogrammada yangi o'choqli-infiltrativ o'zgarishlarsiz XOBL belgilari, peribronxial zichlashish va pnevmoskleroz tasvirlangan. GeneXpert manfiy, balg'amda tuberkulyoz mikobakteriyalari topilmagan. Klinik tashxis J45.8 - aralash astma, bronxial astma IV pog'ona, nazorat qilinmaydigan og'ir kechishi; bronxoektaz kasalligi xuruj davri, J43.9 - emfizema, I27.9 - o'pka-yurak yetishmovchiligi va J96.1 - surunkali respirator yetishmovchilik bilan ifodalandi. Xulosa. Ushbu holatda muvaffaqiyatli klinik boshqaruv astma nazorati, bazis ingalyatsion terapiya, bronxoektazda balg'amni boshqarish, infeksiyani monitoring qilish, spirometriya orqali overlap-fenotipni aniqlash va gipoksemini faol baholashga tayanadi.*

Kalit so'zlar: *og'ir bronxial astma; bronxoektaz; emfizema; XOBL; surunkali respirator yetishmovchilik; o'pka-yurak yetishmovchiligi; gipoksemiya; klinik obzor.*

НЕКОНТРОЛИРУЕМАЯ ТЯЖЕЛАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА В СОЧЕТАНИИ С БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ЭМФИЗЕМОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: КЛИНИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Аннотация *Актуальность. У пожилых пациентов сочетание тяжелой бронхиальной астмы с бронхоэктатической болезнью, эмфиземой, возможным ХОБЛ-фенотипом и хронической респираторной недостаточностью утяжеляет клиническое течение, повышает риск гипоксемии и усложняет выбор долгосрочной*

терапии. Цель. Проанализировать клинический случай неконтролируемой персистирующей бронхиальной астмы IV ступени тяжелого течения, осложненной бронхоэктатической болезнью, эмфиземой легких, легочно-сердечной недостаточностью и хронической респираторной недостаточностью. Материал и методы. Клинический обзор основан на стационарной медицинской документации, выписном эпикризе 2025 года, рентгенологическом заключении, лабораторных данных, результатах исследования мокроты/GeneXpert и динамическом наблюдении. Результаты. У пациентки отмечены многолетний анамнез обструктивно-респираторного заболевания, одышка при физической нагрузке, затруднение дыхания, кашель с трудноотделяемой мокротой и общая слабость. При поступлении SpO_2 составила 85%, частота дыхания - 24-26/мин; перкуссия выявила коробочный оттенок легочного звука, аускультация - распространенные грубые и свистящие хрипы на фоне ослабленного везикулярного дыхания. На рентгенограмме описаны признаки ХОБЛ, перибронхиальные уплотнения и пневмосклероз без свежих очагово-инфильтративных изменений. GeneXpert был отрицательным, микобактерии туберкулеза в мокроте не обнаружены. Клинический диагноз включал J45.8 - смешанную астму, бронхиальную астму IV ступени с тяжелым неконтролируемым течением, бронхоэктатическую болезнь в фазе обострения, J43.9 - эмфизему, I27.9 - легочно-сердечную недостаточность и J96.1 - хроническую респираторную недостаточность. Заключение. Ведение таких пациентов требует не только купирования обострения, но и контроля базисной ингаляционной терапии, дренажа мокроты при бронхоэктазах, микробиологического мониторинга, спирометрической оценки overlap-фенотипа и активной коррекции гипоксемии.

Ключевые слова: тяжелая бронхиальная астма; бронхоэктазы; эмфизема; ХОБЛ; хроническая респираторная недостаточность; легочно-сердечная недостаточность; гипоксемия; клинический обзор.

UNCONTROLLED SEVERE BRONCHIAL ASTHMA WITH BRONCHIECTASIS, EMPHYSEMA AND CHRONIC RESPIRATORY FAILURE: A CLINICAL REVIEW

Abstract: Background. In elderly patients, the coexistence of severe bronchial asthma, bronchiectasis, emphysema, a possible COPD phenotype and chronic respiratory failure aggravates symptoms, increases the risk of hypoxemia and complicates long-term management. Objective. To analyze a clinical case of uncontrolled persistent stage IV severe bronchial asthma complicated by bronchiectasis, pulmonary emphysema, pulmonary heart failure and chronic respiratory failure. Materials and methods. The clinical review was based on inpatient medical records, a 2025 discharge summary, chest radiography, laboratory tests, sputum/GeneXpert results and dynamic observation data. Results. The patient had a long-standing history of obstructive respiratory disease, exertional dyspnea, shortness of breath, difficult-to-expectorate productive cough and general weakness. On admission, SpO_2 was 85%

and respiratory rate was 24-26/min; percussion revealed a box-like pulmonary sound, and auscultation demonstrated diffuse coarse and wheezing rales on a background of diminished vesicular breathing. Chest radiography showed COPD signs, peribronchial thickening and pneumosclerosis without fresh focal or infiltrative lesions. GeneXpert was negative and Mycobacterium tuberculosis was not detected in sputum. The clinical diagnosis comprised J45.8 mixed asthma, stage IV severe uncontrolled bronchial asthma, bronchiectasis during exacerbation, J43.9 emphysema, I27.9 pulmonary heart failure and J96.1 chronic respiratory failure. Conclusion. Management of such patients should go beyond acute symptom relief and include optimized maintenance inhalation therapy, sputum clearance in bronchiectasis, microbiological monitoring, spirometric assessment of overlap phenotypes and active evaluation of persistent hypoxemia.

Keywords: *severe bronchial asthma; bronchiectasis; emphysema; COPD; chronic respiratory failure; pulmonary heart failure; hypoxemia; clinical review.*

Манба асоси: *тақдим этилган стационар тиббий ҳужжатлар ва улар асосида тайёрланган клиник обзор-докладлар.*

KIRISH

Bronxial astma - nafas yo'llarining surunkali yallig'lanishi, bronxlar giperreaktivligi va qaytalanuvchi bronxial obstruktsiya bilan kechuvchi kasallikdir. Og'ir astmada bemorlar tez-tez hansirash, tungi yoki kunduzgi xurujlar, jismoniy faollikning cheklanishi va shoshilinch tibbiy yordamga ehtiyoj bilan namoyon bo'ladi. Klinik amaliyotda nazorat qilinmaydigan astma tushunchasi faqat simptomlar ko'pligi emas, balki noto'g'ri inhaler texnikasi, dori qabul qilishdagi uzilishlar, allergen/irritant ta'siri, bronxoektaz, SOO'K, surunkali infeksiya va yurak-o'pka komorbid holatlari bilan bog'liq murakkab fenotip sifatida baholanadi.

Bronxoektaz kasalligi bronx devorlarining qaytmas kengayishi, mukotsiliar klirensning buzilishi, surunkali balg'am ajralishi va qaytalanuvchi infeksiyon zo'rayishlar bilan tavsiflanadi. Astma bilan birga kelganda bronxoektaz nafas yo'llari yallig'lanishini kuchaytirishi, balg'am ajralishini qiyinlashtirishi, antibakterial davolash ehtiyojini oshirishi va gaz almashinuvini yomonlashtirishi mumkin. Keksa yoshda o'pka emfizemasi va o'pka-yurak yetishmovchiligi qo'shilishi respirator rezervni yanada kamaytiradi.

Shu sababli ushbu holat og'ir astma, bronxoektaz, SOO'K-fenotip va surunkali respirator yetishmovchilik kesishgan nuqtada klinik fikrlashni talab qiladi. Taqdim etilgan hujjatlar aynan shunday ko'p komponentli obstruktiv-respirator sindromni tahlil qilish uchun ahamiyatlidir.

Klinik holat bayoni

Anamnez va epidemiologik ma'lumotlar

Taqdim etilgan hujjatlarga ko'ra bemor 73 yoshli ayol bo'lib, o'zini ko'p yillardan buyon kasal deb hisoblaydi. Kasallikni asosan shamollash va allergik omillar bilan bog'laydi, o'z kasalligi bo'yicha dispanser nazoratida turgani, bir necha bor ambulator hamda statsionar sharoitda davolangani qayd etilgan. Hujjatlarda Saltra/Salbutamol guruhidagi tez ta'sir

qiluvchi bronxolitiklardan foydalangani, nafas siqishi vaqtida deksametazon va eufillin qabul qilgani, biroq yetarli samara bo'lmagani ko'rsatilgan.

2025-yilgi chiqaruv epikrizida bemorda J45.8 - aralash astma, J47 - bronxoektaziya, J96.1 - surunkali respirator yetishmovchilik, J43.9 - o'pka emfizemasi va I27.9 - o'pka-yurak yetishmovchiligi qayd etilgan. 03.04.2025-yildagi MSKT bayonida bronxoektatik kengayishlar, ko'proq chap tomonda, o'pkada ifodalangan fibroz o'zgarishlar va surunkali bronxit belgilari keltirilgan. 2026-yil may oyidagi gospitalizatsiya ham yo'tal, hansirash va nafas qisishi kuchayishi bilan bog'liq bo'lgan.

Epidemiologik anamnezda oilada sil kasalligi bilan og'riqlar ko'rsatilmagan, qon va qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar quyilmagani qayd etilgan. Hayot anamnezida oilaviy sharoit qoniqarli, zararli odatlar yo'q deb ko'rsatilgan. Allergoanamnezda oziq-ovqat, dori-darmon va o'tkir hidlarga allergik reaksiya holatlari qayd etilgan.

Shikoyatlar va ob'ektiv status

Qabuldagi asosiy shikoyatlar: harakat vaqtida kuchayuvchi hansirash va nafas siqilishi, tez-tez charchash, quvvatsizlik, ko'krak qafasidagi og'riqlar, umumiy holsizlik, keyingi kunlarda yo'tal va balg'am ajralishining kuchayishi. 2025-yilgi epikrizda shuningdek tana haroratining ko'tarilishi, qiyin ajraluvchi balg'amli yo'tal va bosh og'riq qayd etilgan.

2026-yil 08-maydagi dastlabki ko'rikda umumiy ahvol o'rta og'ir, holat majburiy deb baholangan. Tana harorati 36,4 C, puls 84/min, arterial bosim 120/70 mm simob ustuni, nafas soni 24-26/min, SpO2 85% bo'lgan. Nafas olish og'iz-burun orqali tezlashgan, ko'krak qafasi nafas aktida qatnashgan, perkussiyada qutisimon tovush, auskultatsiyada sustlashgan vezikulyar nafas fonida tarqalgan g'ijillovchi va xushtaksimon xirillashlar eshitilgan. Bu ko'rsatkichlar bronxial obstruksiya va respirator rezerv pasayganini ko'rsatadi.

Kuzatuv kundaliklarida 12-13-may kunlari SpO2 87%, nafas soni 24-26/min bo'lgani, 14-may kuni SpO2 80%, 15-may kuni esa SpO2 78% qayd etilgani ko'rsatilgan. Bu dinamikada gipoksemiyaning saqlanishi va pasayish epizodlari surunkali respirator yetishmovchilikning klinik ahamiyatini kuchaytiradi hamda oksigenatsiyani ob'ektiv baholash zarurligini ko'rsatadi.

Laborator va instrumental tekshiruvlar

Quyidagi jadval tibbiy hujjatlardagi asosiy ko'rsatkichlarni umumlashtiradi.

Ko'rsatkich	Natija	Klinik izoh
Umumiy qon tahlili, 08.05.2026	RBC 4,5 x10 ¹² /L; Hb 140 g/L; WBC 8,2 x10 ⁹ /L; PLT 240 x10 ⁹ /L; ECHT 4 mm/soat; segment neytrofillar 64%; tayogcha neytrofillar 2%; eozinofillar 4%; limfotsitlar 25%; monotsitlar 5%.	Keskin leykotsitoz yoki yuqori ECHT qayd etilmagan. Eozinofillar 4% bo'lishi allergik komponent ehtimolini qo'llab-quvvatlashi mumkin, ammo astma fenotipini yakuniy belgilash uchun IgE, FeNO va takroriy ko'rsatkichlar kerak.

Biokimyovi y tahlil, 08.05.2026	Umumiy oqsil 71,5 g/L; glyukoza 6,0 mmol/L; kreatinin 67 mkmol/L; umumiy bilirubin 18 mkmol/L; ALT 13,7 U/L; AST 7 U/L.	Jigar va buyrak funksiyasida keskin og'ish ko'rsatilmagan. Glyukozani dinamik nazorat qilish, ayniqsa tizimli glyukokortikoidlar qo'llanganda, maqsadga muvofiq.
Balg'am va MTB diagnostikasi	GeneXpert manfiy (-), №8930; 12.05.2026-yilda balg'am tarkibida tuberkulyoz mikobakteriyalari topilmagan.	Faol o'pka sili foydasiga bakteriologik dalil qayd etilmagan. Klinik shubha saqlansa, takroriy balg'am, ekma va tasviriy nazorat zarur bo'lishi mumkin.
Rentgen, 08.05.2026	O'pka to'qimasi pnevmatizatsiyasi notekis pasaygan; yangi o'choqli yoki infiltrativ o'zgarishlar yo'q; o'pka rasmi peribronxial zichlashish va pnevmoskleroz hisobiga kuchaygan; ildizlar kengaygan va zichlashgan; plevra sinuslari erkin. Xulosa: SOO'K.	Yangi pnevmoniya yoki faol infiltrativ jarayon aniqlanmagan. Rentgen SOO'K/emfizema va surunkali bronxit-fibroz fonini ko'rsatadi, lekin SOO'K tashxisi uchun spirometriya asosiy mezon bo'lib qoladi.
MSKT/oldi ngi epikriz, 03.04.2025 va 30.06.2025	Bronxoektatik kengayishlar, ko'proq chap tomonda; ifodalangan fibroz o'zgarishlar, havo tutuvchi o'choqlar va surunkali bronxit belgilari. 2025-yilgi gospitalizatsiyada SpO2 76%, nafas soni 28-30/min qayd etilgan.	Bronxoektaz kasalligi va postyallig'lanish fibroz o'zgarishlar surunkali yo'tal, balg'am va obstruktiv simptomlarni kuchaytiruvchi asosiy morfologik substrat sifatida qaraladi.

Klinik tashxis	J45.8 - aralash astma; J47 - bronxoektaziya; J43.9 - aniqlanmagan emfizema; I27.9 - aniqlanmagan o'pka-yurak yetishmovchiligi; J96.1 - surunkali respirator yetishmovchilik. Klinik shakl: bronxial astma IV pog'ona, persistik og'ir kechishi, nazorat qilinmaydigan turi; bronxoektaz kasalligi og'ir kechishi, xuruj davri.	Tashxis obstruktiv, bronxoektatik va respirator yetishmovchilik komponentlari qo'shilgan murakkab klinik fenotipni aks ettiradi.
-------------------	--	--

Klinik tashxis va statsionar davolash dinamikasi

Yakuniy klinik tashxisda bronxial astma IV pog'ona, persistik og'ir kechishi, nazorat qilinmaydigan turi hamda bronxoektaz kasalligi og'ir kechishi xuruj davri keltirilgan. Asoratlar sifatida o'pka emfizemasi, o'pka-yurak yetishmovchiligi II daraja va surunkali respirator yetishmovchilik/nafas yetishmovchiligi II daraja qayd etilgan. Ushbu tashxislar bemorning uzoq davom etgan obstruktiv-respirator kasalligi, morfologik bronxoektatik o'zgarishlar va gipoksemiya epizodlari bilan mos keladi.

Statsionar davoda antibiotik terapiya sifatida Floreks 100 t/i tomchilab 7 kun va linezolid 600 mg 10 kun ko'rsatilgan; bronxolitik maqsadda natriy xlorid 0,9% 100 ml, eufillin 2,4% 5,0 ml va deksametazon 1,0 ml tomchilab 5 kun qo'llash rejalashtirilgan. Shuningdek natriy gidrokarbonat 4%, metabolik qo'llab-quvvatlash va dezintoksikatsion muolajalar keltirilgan. 2025-yilgi epikrizda chiqarilish vaqtida mahalliy pulmonolog va oilaviy shifokor nazorati, parhez hamda Fefsal 500/50 mkg inhalatsion terapiya va Singlon 10 mg qabul qilish tavsiya qilingan.

Kuzatuv kundaliklarida yo'tal va balg'am, nafas siqishi va umumiy holsizlik saqlangani, auskultatsiyada sustlashgan vezikulyar nafas fonida dag'al nam yoki xushtaksimom xirillashlar davom etgani yozilgan. Saturatsiya ko'rsatkichlarining 85-87% atrofida bo'lishi, keyin 80% va 78% gacha pasayishi klinik jihatdan alohida e'tibor talab qiladi, chunki bunday gipoksemiya surunkali respirator yetishmovchilikning dekompensatsiya xavfini bildirishi mumkin.

Muhokama

Og'ir astma va nazorat qilinmaslik sabablari

GINA yondashuviga ko'ra og'ir astma yuqori intensivlikdagi, optimallashtirilgan inhalatsion terapiyaga qaramay nazoratga erishilmagan yoki nazoratni saqlash uchun yuqori dozali ICS/LABA talab qilinadigan holat sifatida baholanadi. Biroq bemorni og'ir astma deb tasniflashdan oldin inhaler texnikasi, dori qabul qilish muntazamligi, allergen va irritant ta'siri, komorbid kasalliklar, infeksiya va tashxis to'g'riligini qayta tekshirish zarur.

Ushbu bemorda nafas siqishi, harakatda kuchayuvchi hansirash, diffuz xirillashlar, bronxolitik va glyukokortikoidlarga ehtiyoj, shuningdek SpO2 pastligi astma nazorati yetarli

emasligini ko'rsatadi. Allergen va o'tkir hidlarga reaksiya bo'lishi astmaning allergik komponentini qo'llab-quvvatlashi mumkin. Shu bilan birga bronxoektaz, emfizema va ehtimoliy SOO'K-fenotip simptomlarning faqat astma bilan izohlanmasligini ko'rsatadi.

Bronxoektaz kasalligi va surunkali infeksiya xavfi

Bronxoektaz kasalligi mavjud bo'lgan bemorlarda qiyin ajraluvchi balg'am, takroriy zo'rayishlar va surunkali bakterial kolonizatsiya kuzatilishi mumkin. MSKTda bronxoektatik kengayishlar va fibroz o'zgarishlar qayd etilishi klinik simptomlar uchun muhim morfologik asosdir. Bunday bemorlarda balg'amni muntazam mikrobiologik tekshirish, zo'rayish vaqtida patogenni aniqlash, drenaj va nafas mashqlari, vaksinatsiya va individual antibakterial strategiya muhimdir.

Laborator tahlillarda keskin yallig'lanish belgilarining yo'qligi bronxoektaz xurujini inkor etmaydi, chunki keksa yoshda va surunkali kasallik fonida yallig'lanish javobi sust bo'lishi mumkin. Klinik belgilar - balg'amli yo'tal, nam xirillashlar, gipoksemiya va takroriy gospitalizatsiyalar - infeksiyon komponentni muntazam baholab borishni talab qiladi.

SOO'K, emfizema va astma-SOO'K overlap ehtimoli

Rentgenologik xulosada SOO'K ko'rsatilgani, ko'krak qafasining emfizematoz kengayishi, qutisimon perkutor tovush, surunkali hansirash va o'pka emfizemasi tashxisi astma-SOO'K overlap yoki SOO'K-fenotip ehtimolini istisno qilmaslik kerakligini bildiradi. Biroq SOO'K diagnostikasi faqat rentgenologik xulosaga asoslanmaydi; obstruksiyanı tasdiqlash uchun bronxodilatatsion test bilan spirometriya, FEV1/FVC nisbatini baholash va zaruratda KT hamda gazlar tahlili talab qilinadi.

Astma, SOO'K va bronxoektaz birga kelganda davolash tanlovi murakkablashadi: bronxolitiklar, inhalatsion kortikosteroidlar, LABA/LAMA kombinatsiyalari, balg'am drenaji va infeksiyani nazorat qilish strategiyalari bir-birini to'ldirishi kerak. Tizimli steroidlar qisqa muddatda xurujni kamaytirishi mumkin, lekin takroriy qo'llanishda metabolik, infeksiyon va suyak-mineral xavflarni oshiradi; shuning uchun uzoq muddatli nazoratning markazida to'g'ri tanlangan inhalatsion bazis terapiya turishi lozim.

Sil kasalligi bilan differensial tashxis

Surunkali yo'tal, balg'am, hansirash va o'pkadagi fibroz-pnevmosklerotik o'zgarishlar mavjud bemorda sil kasalligini differensial tashxisdan chiqarish muhim. Taqdim etilgan hujjatlarda GeneXpert manfiy, balg'am tarkibida tuberkulyoz mikobakteriyalari topilmagan va rentgenogrammada yangi o'choqli-infiltrativ o'zgarishlar aniqlanmagan. Bu faol sil foydasiga dalillar yo'qligini bildiradi.

Shu bilan birga, klinik shubha yuqori bo'lgan holatlarda bir martalik manfiy test yakuniy qaror uchun yetarli bo'lmasligi mumkin. Simptomlar davom etsa yoki rentgen/KTda yangi o'zgarishlar paydo bo'lsa, ftiziatr nazorati, balg'amni takroriy tekshirish, ekma va dori sezuvchanligi, shuningdek dinamik tasviriy nazorat tavsiya etiladi.

Davolash va kuzatuv nuqtai nazaridan klinik xulosalar

Klinik taktika bir vaqtning o'zida bir necha maqsadga qaratilishi kerak: bronxial obstruksiyanı kamaytirish, oksigenatsiyanı yaxshilash, bronxoektaz xurujini va bakterial

infeksiyani baholash, o'pka-yurak yetishmovchiligi belgilarini aniqlash, hamda ambulator bosqichda astma nazoratini barqarorlashtirish. Saturatsiyaning past ko'rsatkichlari pulsoksimetriyani takrorlash, arterial qon gazlarini baholash va uzoq muddatli kislorod terapiyasi mezonlarini ko'rib chiqishni asoslaydi.

Ambulator bosqichda inhalatsion preparatlarni qabul qilish rejimi, inhaler texnikasi va bemorning adherensi har tashrifda tekshirilishi kerak. Agar ICS/LABA bilan optimallashtirilgan terapiya va komorbid holatlar korreksiya-sidan keyin ham nazoratga erishilmasa, og'ir astma bo'yicha ixtisoslashgan markazda fenotiplash, eozinofil/IgE/FeNO baholash, LAMA qo'shish yoki biologik terapiya imkoniyatlarini ko'rib chiqish maqsadga muvofiq.

Amaliy tavsiyalar

Astma, SOO'K va overlap-fenotipni aniqlashtirish uchun spirometriya: FEV1, FVC, FEV1/FVC, bronxodilatatsion test va zaruratda pikfloumetriya kundaligi.

Saturatsiya pastligi sababli pulsoksimetriyani tinch holatda va jismoniy yuklama fonida takrorlash; imkon bo'lsa arterial qon gazlari, 6 daqiqalik yurish testi va uzoq muddatli kislorod terapiyasi mezonlarini baholash.

Bronxoektaz kasalligida balg'am mikrobiologiyasini qayta tekshirish: umumiy bakteriologik ekma, antibiotiklarga sezuvchanlik, takroriy MTB/GeneXpert yoki ekma klinik shubha bo'lsa.

Yuqori aniqlikdagi ko'krak qafasi KT natijalarini pulmonolog bilan qayta ko'rib chiqish: bronxoektaz tarqalishi, fibroz, havo tutuvchi o'choqlar, emfizema va postyallig'lanish o'zgarishlarini baholash.

Inhaler texnikasi va dori qabul qilish muntazamligini tekshirish; bemorga yozma astma harakat rejasini berish; tez yordam bronxolitiklaridan haddan tashqari foydalanishni kamaytirish.

Bazis terapiyani shifokor nazorati ostida optimallashtirish: ICS/LABA dozasini, LAMA qo'shish zaruratini, antileykotrien davoni va komorbid rinit/gastroezofageal refluyks/yurak yetishmovchiligini baholash.

Bronxoektaz uchun balg'am drenaji, nafas mashqlari, respirator rehabilitatsiya, yetarli suyuqlik rejimi va emlashlar bo'yicha individual reja tuzish.

Tizimli glyukokortikoidlar takroriy qo'llanganda glyukoza, qon bosimi, osteoporoz, infeksiya xavfi va oshqozon-ichak nojo'ya ta'sirlarini nazorat qilish.

O'pka-yurak yetishmovchiligi ehtimoli sababli EKG, ExoKG, BNP/NT-proBNP va shish/sianoz/yurak urishi belgilarini dinamik kuzatish.

Ftiziatr nazoratini davom ettirish: MTB manfiy natijalariga qaramay, yangi infiltrat, vazn yo'qotish, tungi terlash yoki uzoq subfebrilitet paydo bo'lsa tekshiruvlarni takrorlash.

Xulosa

Taqdim etilgan klinik holat keksa yoshli bemorda nazorat qilinmaydigan og'ir bronxial astma bronxoektaz kasalligi, o'pka emfizemasi, surunkali respirator yetishmovchilik va o'pka-yurak yetishmovchiligi bilan qo'shilganda diagnostika va davolash taktikasi ko'p komponentli bo'lishi kerakligini ko'rsatadi. Bemorning asosiy klinik muammosi - qaytalanuvchi hansirash va

nafas siqilishi, balg'amli yo'tal, auskultativ diffuz xirillashlar va past SpO2 ko'rsatkichlari bilan namoyon bo'lgan obstruktiv-respirator sindromdir.

Yakuniy tashxislar J45.8, J47, J43.9, I27.9 va J96.1 kodlari bilan mos: aralash bronxial astma, bronxoektaziya, o'pka emfizemasi, o'pka-yurak yetishmovchiligi va surunkali respirator yetishmovchilik. Rentgenogrammada yangi infiltrativ o'zgarish yo'qligi, GeneXpert va balg'am MTB natijalarining manfiyligi faol sil jarayonini kam ehtimolli qiladi, biroq ftiziatrik hushyorlik saqlanishi kerak. Asosiy ilmiy-amaliy xulosa shuki, bunday bemorlarda faqat xurujni davolash yetarli emas; uzoq muddatli nazorat inhalatsion bazis terapiya, bronxoektaz monitoringi, infeksiya profilaktikasi, gipoksemiyani baholash va reabilitatsion yondashuv bilan ta'minlanadi.

ADABIYOTLAR:

1. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2026 update. GINA; 2026.
2. Global Initiative for Asthma (GINA). Difficult-to-Treat & Severe Asthma in adolescent and adult patients: Diagnosis and Management. Short GINA Guide for Health Professionals. 2025 update. GINA; 2025.
3. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD. 2026 Report. GOLD; 2026.
4. Chalmers JD, Aliberti S, Altenburg J, et al. European Respiratory Society clinical practice guideline for the management of adult bronchiectasis. European Respiratory Journal. 2025;66(6):2501126.
5. World Health Organization. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 3: Diagnosis - rapid diagnostics for tuberculosis detection, 3rd edition. Geneva: WHO; 2024.
6. Foydalanuvchi tomonidan taqdim etilgan deidentifikatsiya qilingan statsionar tibbiy hujjatlar, laborator-instrumental tekshiruvlar va skanlangan chiqaruv epikrizi (2025-2026-yillar).