

### Задача 1.

Больной П., проживающий в условиях севера и работающий на предприятии тяжелой промышленности (вредном производстве), обратился с жалобами на ощущение усталости, мышечную слабость, снижение аппетита, кровоточивость десен, легкое появление синяков (кровоизлияний) на коже, боль в правом коленном суставе, длительное заживление ран. Болен в течение года. В анамнезе частые простудные заболевания. При осмотре петехии (мелкоточечные кровоизлияния) на нижних конечностях вокруг коленных суставов, в области голеней, стоп. В полости рта - десна кровоточат, зубы расшатаны. АД - 90/50 мм рт.ст., МОС 3 л/мин. Анализ крови: Hb 97г/л, эритроциты 3,1Т/л, содержание железа снижено.

1. Для недостаточности какого витамина характерна данная симптоматика?
  2. Объясните механизм проявлений.
- 

### Задача 2.

Больной С. обратился к офтальмологу с жалобами на снижение сумеречного зрения, чувство “песка” в глазах. В анамнезе - страдает хроническим гепатитом в течение 7 лет. Отмечает частые риниты, бронхиты. При осмотре конъюнктива и роговица глаз сухая, на роговице левого глаза изъязвление. Кожа сухая, гиперкератоз, в области шеи справа фурункул.

1. Для недостаточности какого витамина характерна данная симптоматика?
  2. Объясните механизм проявлений.
- 

### Задача 3.

У новорожденного недоношенного ребенка при осмотре выявлено гипотония и слабость мышц, снижение зрения, на коже склеродема. Отмечаются неврологические нарушения: гипорефлексия, снижение чувствительности. Анализ крови: признаки гемолитической анемии, концентрация токоферолов в сыворотке крови составляет 0,4 мг/100 мл (в норме 0,8 — 1,2 мг/100 мл).

1. Для недостаточности какого витамина характерна данная симптоматика?
  2. Объясните механизм проявлений.
- 

### Задача 4.

У ребенка 1г. 2мес., проживающего в условиях северного климата, при осмотре обнаружено отсутствие зубов, череп вытянутой формы с выраженными лобными буграми, большой родничок открыт, размягчение краев родничка, на ребрах рахитические четки, на запястьях рахитические браслеты, ноги О-образно деформированы, “лягушачий” живот. Ребенок раздражителен, плаксив, плохо спит. В крови обнаружено повышение активности щелочной фосфатазы, гиперкальциемия и гипофосфатемия. В моче – фосфатурия.

1. Для недостаточности какого витамина характерна данная симптоматика?
  2. Объясните механизм проявлений.
-

### Задача 5.

Больную С. в течение нескольких месяцев беспокоит слабость, быстрая утомляемость, апатия, снижение работоспособности, отсутствие аппетита, жжение в полости рта, похудание, головокружение, боли в животе, жидкий водянистый стул, с гнилостным запахом, без примеси крови и слизи, по 3—5 раз в день. В анамнезе недостаточность белка в питании, преобладание углеводов, вареных овощей (горох, кукуруза) и риса. При осмотре на лице, вокруг губ, на носу, щеках, на шее и лбу, на тыле кистей рук симметрично кожа темно-красного цвета, отечная, беспокоит зуд, на некоторых участках отмечается отрубевидное шелушение, гиперкератоз, интенсивная темно-бурая пигментация. Слизистая оболочка рта резко гиперемирована, на деснах и под языком – изъязвления, язык “лакированный”. Наблюдаются признаки выраженной депрессии.

1. Для недостаточности какого витамина характерна данная симптоматика?
  2. Объясните механизм проявлений.
- 

### Задача 6.

Больной П., 30 лет, поступил в клинику с острой почечной недостаточностью. Суточный диурез - 300 мл, в моче - белок (8 -10 г/л), эритроциты, лейкоциты, цилиндры. Показатели клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции резко снижены. Дыхание частое и глубокое, прослушиваются влажные хрипы. Границы сердца расширены, ЧСС - 120 в мин., аритмия. АД - 180/120 мм рт. ст. Выраженные отеки, асцит. Глазные яблоки твердые и болезненные при надавливании. Положительные менингеальные симптомы. Беспокоит мучительная жажда. В крови повышено содержание мочевины, креатинина, сульфатов, фосфатов и органических анионов. Концентрация  $K^+$  в плазме колеблется от 6 до 6,5 ммоль/л. (норма 3,5 – 5,5 ммоль/л), рН крови 7,25.

1. Какое нарушение кислотно-основного состояния развилось у больного? Обоснуйте свое заключение.
  2. Назовите причину, которая привела к расстройству КОС.
  3. Перечислите механизмы компенсации при этом нарушении КОС.
  4. Объясните механизмы симптомов.
  5. Назовите принципы патогенетической терапии.
- 

### Задача 7.

Больной П., 30 лет, поступил в клинику с острой почечной недостаточностью. Суточный диурез - 300 мл, в моче - белок (8 -10 г/л), эритроциты, лейкоциты, цилиндры. Показатели клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции резко снижены. Дыхание частое и глубокое, прослушиваются влажные хрипы. Границы сердца расширены, ЧСС - 120 в мин., аритмия. АД - 180/120 мм рт. ст. Выраженные отеки, асцит. Глазные яблоки твердые и болезненные при надавливании. Положительные менингеальные симптомы. Беспокоит мучительная жажда. В крови повышено содержание мочевины, креатинина, сульфатов, фосфатов и органических анионов. Концентрация  $K^+$  в плазме колеблется от 6 до 6,5 ммоль/л. (норма 3,5 – 5,5 ммоль/л), рН крови 7,25.

1. Какое нарушение кислотно-основного состояния развилось у больного? Обоснуйте свое заключение.
  2. Назовите причину, которая привела к расстройству КОС.
  3. Перечислите механизмы компенсации при этом нарушении КОС.
  4. Объясните механизмы симптомов.
  5. Назовите принципы патогенетической терапии.
- 

#### **Задача 8.**

Больной К., 25 лет, доставлен в травматологическое отделение с сотрясением головного мозга, сопровождающегося неукротимой рвотой, глубоким и частым дыханием, периодическими судорогами. АД - 90/50 мм рт.ст., пульс - 110 в мин. слабого наполнения, кожные покровы и слизистые оболочки сухие, тургор снижен. Жажда отсутствует. Анализ крови: рН - 7,55, осмоляльность плазмы снижена.

1. Какое нарушение кислотно-основного состояния развилось у больного? Обоснуйте свое заключение.
  2. Назовите причину, которая привела к расстройству КОС.
  3. Перечислите механизмы компенсации при этом нарушении КОС.
  4. Объясните механизмы симптомов.
  5. Назовите принципы патогенетической терапии.
- 

#### **Задача 9.**

Больной Н., 62 лет, поступил в хирургическое отделение со свищом тонкого кишечника с длительной потерей кишечного сока. АД - 80/40 мм рт ст, пульс слабый 100 уд/мин, гематокрит выше нормы. Кожа дряблая, тургор снижен, глазные яблоки мягкие при надавливании, мышечный тонус понижен. Суточный диурез - 600 мл. При определении показателей КОС установлено: рН - 7,26.

1. Какое нарушение кислотно-основного состояния развилось у больного? Обоснуйте свое заключение.
  2. Назовите причину, которая привела к расстройству КОС.
  3. Перечислите механизмы компенсации при этом нарушении КОС.
  4. Объясните механизмы симптомов.
  5. Назовите принципы патогенетической терапии.
- 

#### **Задача 10.**

У новичка альпиниста при восхождении в горах появились слабость, апатия, тошнота, головокружение, головная боль, тахикардия, боли в сердце, мышечная слабость, судорожные подергивания мышц. Данные обследования: больной бледен, АД - 80/40 мм рт. ст., ЧСС - 100 в мин., ритм сердца неправильный, тоны глухие. Имеются признаки пареза кишечника. При определении показателей КОС установлено: рН = 8,25.

1. Какое нарушение кислотно-основного состояния развилось у больного? Обоснуйте свое заключение.

2. Назовите причину, которая привела к расстройству КОС.
  3. Перечислите механизмы компенсации при этом нарушении КОС.
  4. Объясните механизмы симптомов.
  5. Назовите принципы патогенетической терапии.
- 

#### Задача 11.

Больная С., 34 лет, доставлена в больницу машиной скорой помощи. Общее состояние больной тяжелое. Отмечается выраженная экспираторная одышка, которую не удавалось купировать обычными бронхолитическими препаратами в течение 5 часов. Положение больной вынужденное - сидит, опираясь на локти, в акте дыхания участвует вспомогательная дыхательная мускулатура. Цианоз кожных покровов, отмечается расширение поверхностных сосудов лица и конъюнктивы. Свистящие хрипы слышны на расстоянии, при перкуссии - коробочный звук, аускультативно - значительное количество сухих хрипов. Тоны сердца глухие, ЧСС - 105/мин, акцент второго тона на легочном стволе, АД - 140/95 мм рт. ст. Показатели КОС: рН -7,25; рСО<sub>2</sub> - 75 мм.рт.ст.

1. Какое нарушение кислотно-основного состояния развилось у больного? Обоснуйте свое заключение.
  2. Назовите причину, которая привела к расстройству КОС.
  3. Перечислите механизмы компенсации при этом нарушении КОС.
  4. Объясните механизмы симптомов.
  5. Назовите принципы патогенетической терапии.
- 

#### Задача 12.

Больная Л., 69 лет, находилась в клинике по поводу атеросклеротического кардиосклероза, недостаточности кровообращения и приступов аритмии. Жалобы на сердцебиение, боли в области сердца, иррадиирующие в левую лопатку, одышку при физической нагрузке.

*При обследовании:* состояние средней тяжести, выраженные отеки голеней, асцит, акроцианоз. Границы сердца незначительно расширены влево, частота сердечных сокращений — 80 в 1 мин, артериальное давление 175/100 мм рт. ст. Печень выступает из подреберья, край ее закруглен, безболезненный. Наблюдается набухание яремных вен. Диурез 600 мл, преимущественно ночью.

1. Какие признаки нарушения водного-электролитного обмена наблюдаются у больной?
2. Назовите форму патологии водного обмена.
3. Перечислите механизмы развития данной патологии.
4. Укажите ведущий патогенетический фактор.
5. Назовите механизм развития асцита.

### Задача 13.

Больная А., 18 лет, после переохлаждения заболела стрептококковой ангиной. Спустя две недели появились слабость, тошнота, ноющая боль в области поясницы, отеки на лице и ногах, моча цвета «мясных помоев». Больная была госпитализирована. При исследовании мочи обнаружили протеинурию, макрогематурию, олигурию. В крови повышен уровень креатинина и мочевины; наблюдается анемия, нейтрофильный лейкоцитоз и увеличение СОЭ. При УЗИ почки симметрично увеличены в размерах, корковый слой утолщен.

1. Какие признаки нарушения водно-электролитного обмена наблюдаются у больной?
  2. Назовите форму патологии водного обмена.
  3. Назовите механизмы развития данной патологии.
  4. Укажите ведущий патогенетический фактор.
- 

### Задача 14.

Больная А., 18 лет, после переохлаждения заболела стрептококковой ангиной. Спустя две недели появились слабость, тошнота, ноющая боль в области поясницы, отеки на лице и ногах, моча цвета «мясных помоев». Больная была госпитализирована. При исследовании мочи обнаружили протеинурию, макрогематурию, олигурию. В крови повышен уровень креатинина и мочевины; наблюдается анемия, нейтрофильный лейкоцитоз и увеличение СОЭ. При УЗИ почки симметрично увеличены в размерах, корковый слой утолщен.

1. Какие признаки нарушения водно-электролитного обмена наблюдаются у больной?
  2. Назовите форму патологии водного обмена.
  3. Назовите механизмы развития данной патологии.
  4. Укажите ведущий патогенетический фактор.
- 

### Задача 15.

Пациент К., 50 лет, в течение 5 лет болен хроническим диффузным гломерулонефритом. В последние недели появились ноющие боли в поясничной области, отеки, особенно выраженные на лице и нижних конечностях, чувство распирания в животе, жажду, резкую слабость.

Объективно: пульс 84 в мин., АД – 165/90 мм рт.ст. Печень несколько выступает из подреберья, плотная, безболезненная.

Анализ мочи: суточный диурез — 1100 мл, удельный вес — 1035, белок – 5 г/л, глюкозурия, микрогематурия, массивная цилиндрурия.

В анализе крови: анемия, гипопропротеинемия, гиперлиппротеидемия, гипернатриемия, гиперхолестеринемия, гиперкреатининемия.

1. Какие признаки нарушения водно-электролитного обмена наблюдаются у больного?
  2. Назовите форму патологии водного обмена.
  3. Назовите механизмы развития данной патологии.
  4. Укажите ведущий патогенетический фактор.
-

### Задача 16.

В клинику доставлен пациент К., 70 лет. У больного недостаточность митрального клапана, на протяжении длительного времени наблюдалось ортопноэ и приступы удушья по ночам. На фоне физической нагрузки состояние резко ухудшилось: внезапно возникло удушье с кашелем и свистящим дыханием.

*При осмотре:* больной возбуждён; кожа цианотичная, покрыта холодным липким потом. Дыхание частое, клокочущее, кашель с пенистой розовой мокротой. Тахикардия, АД – 110/80 мм.рт.ст., границы сердечной тупости значительно расширены. Над всей поверхностью легких выслушиваются средне- и крупноружчатые хрипы.

1. Какая форма патологии водного обмена развилась у больного?
  2. Назовите механизмы и развития данной патологии.
  3. Укажите ведущий патогенетический фактор.
  4. Объясните механизм развития ортопноэ.
- 

### Задача 17.

Больной В., 20 лет, студент, доставлен бригадой СП в инфекционную клинику в тяжёлом состоянии. Заболел 8 часов назад: появилась сильная головная боль, поднялась температура, была повторная рвота без предшествующей тошноты.

*При обследовании:* температура 40,1 °С, положение вынужденное (на правом боку с запрокинутой головой, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах), резко выражена ригидность затылочных мышц и другие менингеальные симптомы; кожа бледная, лицо цианотично, на губах герпетические высыпания. ЧДД – 34 в мин. АД – 100/60 мм рт.ст., пульс – 116 в мин., слабого наполнения. Тоны сердца глухие. Дыхание везикулярное.

В крови: нейтрофильный лейкоцитоз, СОЭ повышена. При люмбальной пункции мутный ликвор вытекал под повышенным давлением (частыми каплями).

1. О поражении какого органа свидетельствуют клинические проявления? Какова природа заболевания?
  2. Какая форма патологии водного обмена развилась у больного? Укажите её клинические признаки.
  3. Назовите механизмы и развития данной патологии, укажите ведущий патогенетический фактор.
- 

### Задача 18.

У пациента Н., 15 лет, страдающего сахарным диабетом, после перенесенной психической травмы значительно ухудшилось самочувствие. В течение 3 дней нарастали слабость, сонливость, повышенная утомляемость. Жаловался на головную боль, тошноту, рвоту, потерю аппетита, боль в животе, жажду. *При обследовании:* Сознание отсутствует. Тонус мышц резко ослаблен, сухожильные рефлексы не вызываются. Губы сухие, потрескавшиеся, покрыты корками. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Тургор кожи снижен, черты лица заострены, глаза глубоко запавшие, глазные яблоки мягкие. Зрачки сужены. Пульс нитевидный, слабого наполнения, 115 уд. в 1 мин. АД 90/50 мм рт.ст. Дыхание редкое, глубокое, шумное, ощущается резкий запах ацетона.

В крови повышен уровень глюкозы, свободных жирных кислот, молочной кислоты, остаточного азота; рН крови – 7,20 (в норме 7,35-7,45).

1. Какое состояние развилось у больного?
  2. Опишите механизмы развития данного состояния.
  3. Объясните механизмы провоцирующего действия стресса.
  4. Почему у больного развилась гиперазотемия?
- 

#### Задача 19.

В отделение скорой помощи доставлена пациентка 40 лет, которая внезапно потеряла сознание в пригородном автобусе, возвращаясь с садового участка. В документах обнаружена карточка больной СД, принимающей препараты инсулина пролонгированного действия.

*Объективно:* пациентка без сознания, зрачковый и сухожильные рефлексy отсутствуют, дыхание редкое и глубокое. АД 80/60 мм рт.ст., тахикардия, кожа влажная, тонус глазных яблок повышен.

Введён инсулин, но состояние пациентки не улучшилось, а даже ухудшилось: дыхание стало неровным, АД снизилось до 70/50 мм рт.ст., усилилась тахикардия, увеличилась длительность судорог.

Какое патологическое состояние развилось у больной? Объясните его патогенез.

---

#### Задача 20.

В клинику машиной “Скорой помощи” доставлен неизвестный мужчина 50-55 лет. Больной без сознания, сохранены реакции на сильные раздражители, периодически возникают судороги. От пациента исходит сладковато-гнилостный запах. Кожные покровы и слизистые желтушные, на коже видны геморрагические высыпания и следы от расчёсов. АД 80/60, ЧСС- 90 в мин. В крови повышено содержание аммиака, аминокислот, прямого и непрямого билирубина, наблюдается гипогликемия и гипопроотеинемия, снижено содержание факторов свёртывания крови и мочевины.

Какое состояние развилось у больного?

Объясните патогенез наблюдаемых нарушений.

---

#### Задача 21.

Женщина А. 30 лет доставлена в отделение реанимации машиной скорой медицинской помощи. При обследовании: реакции заторможены, сознание спутано, на вопросы отвечает с трудом. Видны: диффузный цианоз, желтушность склер, мелко-точечные кровоизлияния на слизистой оболочке ротовой полости. Температура тела 39 С, АД 80/50 мм рт.ст. Со слов родственников известно, что пациентка беременна и неделю назад заболела тяжёлой формой гриппа. Принимала аспирин. Через сутки состояние пациентки остаётся крайне тяжёлым, сознание отсутствует, температура и АД на прежнем уровне. Суточный диурез- 200 мл. По данным лабораторных исследований : Кровь: эритроциты-2,5Т/л, Нб -75 г/л, тромбоциты-130,0 Г/л, в мазках периферической крови –шизоцитоз. Моча: удельный вес-1,017, обнаружены белок и гемоглобин, глюкоза не определяется, кон-

центрация мезобилина повышена. Данные гемостаза: время капиллярного кровотечения-25 мин( при норме- 2-9 мин). Протромбиновое время, частичное тромбопластиновое время, протромбин, фибриноген и продукты фибринолиза в пределах нормы.

---

#### **Задача 22.**

Больной И, 9 лет поступил с жалобами на боли в голеностопных суставах, геморрагические высыпания на конечностях, ягодицах, повышение температуры тела. Болен 2 суток. Мальчик физически и психически развивался удовлетворительно. В анамнезе частые ОРВИ. Год назад были подобные необильные высыпания на коже. Две недели назад перенёс фолликулярную ангину.

Объективно: на голених, меньше на бёдрах, ягодицах, локтевых сгибах обильная симметричная папулёзно-геморрагическая, местами сливная сыпь, которая не исчезает при надавливании. Видимые слизистые оболочки бледватые, миндалины рыхлые, подчелюстные, шейные лимфатические узлы до размеров фасоли, безболезненные, плотные. Живот мягкий.

Кровь: эритроциты-4,6Т/л, лейкоциты -12Г/л, тромбоциты-246Г/л

---

#### **Задача 23.**

Больная Д, 8 лет. Девочка 2 недели назад перенесла ОРВИ, при этом принимала антибиотики, сульфаниламиды. Два дня назад появились боли в коленных суставах с их припухлостью, температура повысилась до 38<sup>0</sup>С. Одновременно появились геморрагические сливные высыпания на голених, которые распространились на бёдра, ягодицы. Больная жаловалась на головную боль. Была госпитализирована. Через день присоединились схваткообразные боли в животе, повторная рвота и жидкий стул с кровью. Объективно: состояние тяжёлое, лихорадит, бледная, истощена, черты лица заострены. Лежит на боку, прижав ноги к животу. На коже верхних и нижних конечностей, ягодицах-множественные, местами сливные симметричные геморрагические высыпания. Увеличены в объёмах правый голеностопный и левый коленный суставы, они гиперемированы. Движения в них резко болезненн. Острые схваткообразные боли в животе появляются каждые 10-15 мин.

---

#### **Задача 24.**

Пятилетний мальчик поступил в стационар в связи с ушибом правого коленного сустава. Жалобы на боль, ограничение движений в суставе, которые появились через 6 часов после падения с велосипеда. Из анамнеза со слов матери стало известно, что у ребёнка в 6-ти месячном возрасте при прорезывании зубов наблюдалась кровоточивость дёсен.С 1-го года жизни у мальчика в местах ушибов отмечались обширные “синяки”; несколько раз в год –носовые кровотечения. В возрасте 3-х и 4-х лет после ушибов возникало опухание голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение и движений в них.се перечисленные травмы лечились в стационаре. Дедушка по линии матери страдал частыми длительными кровотечениями, связанными с травмами.

При поступлении состояние ребёнка тяжёлое. Кожные покровы и видимые



слизистые бледные, на передней поверхности голени обширные гематомы. Правый коленный сустав увеличен в объёме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нём ограничены. Определяется небольшое увеличение объёма левого локтевого сустава и ограничение его подвижности. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются.

Лабораторные данные: тромбоциты-300Г/л, длительность кровотечения по Дьюку-2 мин.32 сек. (норма 2-4 мин.); время свёртывания крови по Ли-Уайту - более 15 мин. (норма 6-7 мин.)

Предварительный диагноз? Дополнительные исследования?

---

#### Задача 25.

Ребёнок 2-х лет, масса тела-12 кг. Получает лечение по поводу очагово-сливной двусторонней пневмонии, осложнившейся токсикозом, экссудативным плевритом. Наблюдается лихорадка септического типа с подъёмами температуры тела до 39,6<sup>0</sup> С, одышка с ЧД до 54 в 1 мин., тахикардия до 144 в мин. Печень выступает на 3,5 см из-под края рёберной дуги, селезёнка –на 1 см. Стул оформленный. Диурез умеренно понижен. Появилась рвота» «кофейной гущей».

Лабораторные данные: тромбоциты-290Г/л, время свёртывания крови-1,5 мин. (норма 2-5 мин.), протромбиновый индекс -65% (норма 78-142), фибриноген -5 г/л ( норма-2-4 г/л).

Какое осложнение основного заболевания имеет место у больного?

---

#### Задача 26.

Мальчик, 14-ти лет ,масса тела 50 кг. После введения 2 мл раствора никотиновой кислоты, которая была назначена для лечения пареза лицевого нерва, развился анафилактический шок. Больной был доставлен в реанимационное отделение, где начаты ИВЛ, интенсивная терапия, включая инфузионные растворы, адреналин, преднизолон, препараты, улучшающие микроциркуляцию. Через 6 часов появилась кровоточивость в местах инъекций, желудочное и кишечное кровотечения. Через 4 часа общая потеря крови достигла 600 мл.

Лабораторные исследования: тромбоциты 96Г/л, время свёртывания крови-30 мин. (норма-2-5 мин.), протромбиновый индекс-44% (норма 78-142), фибриноген-1,6 г/л (норма-2-4 г/л)

Предварительный диагноз?

---

#### Задача 27.

Больной, 46 лет, в течение ряда лет страдает варикозным расширением вен нижних конечностей. Три дня назад появилась болезненность по ходу расширенной вены на задне-медиальной поверхности правой голени. Болезненность постепенно нарастала. Вена утолщена, местами чёткообразно, пальпируется в виде резкоболезненного шнура. Сутки назад у больного появилась интенсивная боль в грудной клетке, одышка, был эпизод кровохарканья.

Каков предварительный диагноз? Дополнительные исследования?

---

### Задача 28.

11-летнему мальчику в шестилетнем возрасте был поставлен диагноз - бронхиальная астма. В последние полгода течение болезни значительно ухудшилось: приступы астмы стали плохо купироваться ранее назначаемыми препаратами. Пациент стал жаловаться на плохой аппетит и частые головные боли. Начали нарастать одышка и цианоз. Пациент был госпитализирован. С детства мальчик страдал атопическим дерматитом, в грудном возрасте была аллергия на коровье молоко, с 3-лет беспокоили носовые кровотечения. При обследовании в стационаре общее состояние было оценено как "средней степени тяжести": одышка, кожа и видимые слизистые оболочки - бледные, до синюшности, гипоксемия в состоянии покоя (уровень  $O_2$  в крови 92%, при норме - 95 %). Кроме того, над левым лёгким выслушивались прерывистые шумы. При осмотре врач обнаружил телеангиэктазии на левой щеке и на спине. После ингаляции бронхолитика ОФВ и ЖЕЛ увеличились только на 5% (прирост при бронхиальной астме составляет 12%). При бронхоскопии было обнаружено сдавление левого бронха. При компьютерной томографии была выявлена 35-миллиметровая артерио-венозная мальформация (патологическая обычно врождённая связь между венами и артериями) в области сдавления бронха, которая имела большую аневризму. Мальформация в лёгком была эмболизирована. Наступило выздоровление.

Предварительный диагноз? Механизм?