Уже в условиях поликлинического приема можно выявить следующие прямые и косвенные признаки, служащие ориентиром для поиска медиастинальной патологии:   
  
1. Выкашливание крошковатой мокроты с волосами (патогномоничный признак [дермоидной кисты](http://www.blackpantera.ru/proktologija/14562/)).   
  
2. Повышенная утомляемость пациента после небольшой физической работы. Тихий голос, сонливый вид больного. Жалобы на затрудненность глотания. Эти признаки тяжелой миастении должны обратить внимание врача на возможное существование у больного опухоли вилочковой железы.   
  
3. Необычные жалобы больного на повышенную потливость, похолодание и изменение цвета кожи правой или левой половины тела и лица. Эти вегетативные симптомы, рано замечаемые самим больным, указывают на возможность опухоли заднего средостения (неврогенные опухоли).   
  
4. Появление у больного стремления к вынужденному положению при работе или в постели. Например, лежать только на животе или принимать необычные позы, чтобы уменьшить ощущение тяжести и давления за грудиной, которое бывает при опухолях переднего средостения (тератомах, тимомах).   
  
5. Жалобы на посинение лица и появление одышки, связанные с наклонением туловища и головы. Такого рода симптомы служат указанием на сдавление верхней полой вены (опухолевое поражение лимфоузлов средостения).   
  
Однако следует иметь ввиду, что симптомы сдавления органов средостения, известные как "медиастинальный компрессионный синдром", могут наблюдаться не только при опухолях и кистах средостения, но и при целом ряде других заболеваний - пороках сердца, аневризмах аорты, тромбозе верхней полой вены. Памятуя об этом, в большинстве случаев удается правильно определить причину синдрома.

**Осмотр больного**

Осмотр больного может дать ценные указания на локализацию и характер опухоли средостения.   
  
1. Выраженный рисунок подкожных вен груди и живота, его симметричность, распространенность на область спины указывают не только на компрессию верхней полой вены, но и уровень сдавления - выше или ниже устья непарной вены, сдавлена ли сама верхняя полая вена или одна из безымянных вен.   
  
2. Трофические расстройства кожи верхних конечностей туловища (нарушение тургора, пигментация, оволосения) возникают при сдавлении симпатического ствола и грудных нервов.   
  
3. Обнаружение синдрома Хорнера указывает на уровень сдавления симпатического ствола (звездчатый ганглий).   
  
4. Очень важным признаком является локальная деформация грудной стенки. Чаще выбухание замечается в области передней грудной стенки, реже - задней, соответственно локализации опухоли. Уже сам этот факт свидетельствует, что опухоль плотная, т. к. тонкостенная киста не способна деформировать грудную стенку. Мы заметили, что при опухолях вилочковой железы происходит деформация грудины соответственно ложу тимуса. При тератомах обычно отмечаются парастернальные выбухания грудной стенки справа или слева от грудины - соответственно залеганию тератом. Иногда удается обнаружить пульсаторное колебание выбухающего участка грудной стенки. Этот признак передаточной пульсации чаще всего наблюдается при дермоидных кистах или тератомах.

**Аускультация и перкуссия**

[Аускультацией](http://www.blackpantera.ru/diagnostika/15379/) и [перкуссией](http://www.blackpantera.ru/diagnostika/15377/) можно получить сведения о локализации опухоли или кисты только в том случае, если она прилегает к грудной стенке и имеет достаточную величину. При новообразованиях переднего средостения с целью отличия тонкостенных кист от плотных опухолей (например, кист от тератом, тимом) следует применять симптом звуковой проводимости, подмеченный нами. Суть этого симптома состоит в том, что при плотных опухолях, прилегающих к грудной стенке и сердцу удается выслушать сердечные тоны, проводимые в зону перкуторно определяемой тупости над опухолью. При тонкостенных кистах сердечные гоны не проводятся (аналогично выпотным плевритам). Проверяя этот симптом при целомических кистах и тератомах, мы убедились в его дифференциально-диагностической ценности.

**Клинико-рентгенологические методы исследования**

Дальнейшие объективные методы исследования больного с опухолью средостения должны быть направлены на изучение функций важнейших анатомических образований средостения - крупных нервных стволов, магистральных сосудов, полых органов. Поэтому все клинико-рентгенологические методы исследования можно разделить на 3 группы.   
  
А. *Изучение функций симпатического ствола и грудных нервов*:   
1. Исследование сегментарной кожной болевой чувствительности.   
2. Электротермометрия симметричных участков кожных покровов лица и туловища.   
3. Исследование потоотделения путем пробы Минора.   
  
Б. *Изучение состояния магистральных сосудов*:   
1. Измерение артериального давления или осцилография плечевой и подколенной артерий.   
2. Измерение венозного давления (флеботонометрия) верхних и нижних конечностей.   
3. Медиастинальная флебография безымянных вен и верхней полой вены.   
4. Аортография.   
  
В. *Изучение состояния полых органов средостения*:   
1. Сердца - физикальные данные, электрокардиография, рентгенологическое исследование (рентгенокимография).   
2. Пищевода - констрастное исследование пищевода, эзофагоскопия.   
3. Трахеи и крупных бронхов - суперэкспонированные снимки, бронхография, бронхоскопия.   
  
Помимо этих исследований, следует выделить специальные диагностические приемы:   
  
1. Пневмомедиастинум с последующей пневмомедиастинографией.   
  
2. Диагностическая пункция опухоли или кисты средостения с цитологическим исследованием пунктата. Биопсия увеличенных периферических лимфоузлов.   
  
3. Диагностическая торакотомия.   
  
В практической работе весь указанный комплекс методов не всегда используется. В каждом конкретном случае обычно применяются методические приемы, которые позволяют уточнить локализацию опухоли, ее распространенность и функциональное состояние сдавленных органов средостения.