

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ СРЕДОСТЕНИЯ

Профессор А.К. ФЛОРИКЯН

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Изложены основные клинические проявления первичных новообразований средостения. Дана оценка различных клинических синдромов, характерных для злокачественных и доброкачественных опухолей и кист средостения.

Клинические проявления опухолей и кист средостения многообразны. Это обусловлено:

1) топографо-анатомическими особенностями средостения с локализацией в нем жизненно важных органов — сердца, трахеи, пищевода, крупных артериальных, венозных сосудов, нервных стволов, ветвей, узлов, сплетений;

2) наличием в средостении рыхлой соединительной ткани, клетчатки, которая является единым целым и окружает внутрисредостенные органы, тем самым увеличивая компенсаторно-приспособительные механизмы, возникающие при смещении опухолью сердца, трахеи, пищевода, верхней полой вены, аорты и других органов и тканей;

3) вовлечением при больших злокачественных новообразованиях в патологический процесс всей нервной архитектоники средостения, рефлексогенных зон груди и, главное, аортального (первого) и сердечного (второго) нервных сплетений, относящихся в основном к вегетативной нервной системе, что приводит к появлению болевых феноменов в зонах, отдаленных от пораженного органа, и возникновению ряда тяжелых функциональных нарушений организма;

4) многообразием гистологической характеристики злокачественных и доброкачественных новообразований, величиной, локализацией, скоростью роста опухоли, сдавлением или инфильтрацией ею соседних органов.

В связи с физиологическими особенностями средостения и выраженностью компенсаторно-приспособительных механизмов, возникающих при его смещении, клиническая симптоматика опухолей и кист, особенно доброкачественных, длительное время не проявляется. Так, например, нейрогенные опухоли, которые при своем росте, не встречая препятствия со стороны плевральной полости, могут достигать больших размеров, долгое время не вызывают местных и общих клинических проявлений. Бессимптомное течение, нередко внешне здоровый вид больного имеют место и при бронхогенных, перикардиальных кистах, доброкачественных тератоидных образованиях, локальных медиастинальных формах лимфогранулеморфоза и даже небольших тимоммах.

Однако наблюдения показали, что при тщательном анамнестическом анализе у большинства больных со «стертой» клинической симптоматикой можно было отметить те или другие ранние проявления заболевания. Большинство больных замечали появившийся дискомфорт в груди, незначительную одышку при

физической нагрузке, периодически возникающие нерезкие колющие боли в груди. Как правило, больные не придавали особого значения этим симптомам и только при их усилении, появлении общей слабости, повышении температуры тела, исхудания и других симптомов заболевания обращались за медицинской помощью. К сожалению, у 18% больных, а в последние годы этот процент возрастает, уже при первичном клинико-рентгенологическом обследовании выявляются большие, иногда даже иноперабельные опухоли. Становится очевидным, что клинические проявления опухолей и кист средостения обусловлены теми функциональными и анатомическими нарушениями, которые возникают вследствие вовлечения в процесс различных органов и структур средостения, расположенных рядом с опухолью.

Существуют местные и общие клинические симптомы опухолей и кист средостения. Из местных наиболее важными являются:

1. Неврологические проявления, вызванные сдавлением или прорастанием опухоли в нервные стволы и сплетения.

2. Синдром сдавления трахеи, главных бронхов, пищевода.

3. Синдром верхней полой вены (кавасиндром).

4. Синдром местного лимфостаза.

Из общих клинических проявлений заболевания необходимо отметить медиастинальный синдром и сочетание нескольких синдромов.

Анализируя представленную группу синдромов, можно отметить, во-первых, что в их основу положен принцип поражения различных органов, расположенных в средостении, без учета многообразных функциональных нарушений; во-вторых, синдромы отражают клинику определенной области поражения или определенных анатомических образований и не характеризуют клинику опухолей и кист средостения в целом.

Следует признать, что такое разделение синдромов условно, поскольку локализованные поражения несут в себе черты и общих нарушений жизнедеятельности организма. Тем не менее, как мы убедились, такая группировка синдромов, анализ их клинической значимости помогают ранней диагностике опухолей и кист средостения.

Наиболее разнообразную группу опухолей и кист составляет неврологический симптомокомплекс, который, по нашему мнению, приводит к ранним клиническим проявлениям заболевания. При их ранней

диагностике необходимо различать поражение опухолевым процессом церебральной, вегетативной и трофической нервной системы.

Из многообразной церебральной симптоматики можно отметить головную боль, бессонницу, интеркостальные невралгии, невриты, всевозможные парезы. Мы не можем согласиться с E. Derra, W. Irmer [1], И.П. Дедковым, В.Д. Захаричевым [2], Т.Н.Рисе [3], Н.С. Park et al. [4], В. Parla et al. [5] и другими авторами, которые отмечают, что головная боль является одним из характерных симптомов злокачественных новообразований, так как наблюдали этот церебральный симптом и у больных с доброкачественными процессами.

Характерным неврологическим синдромом является и интеркостальная невралгия, трудно поддающаяся лечению. В первую очередь необходимо отметить плекситы и даже расстройство чувствительности и функции газовых органов, которые мы наблюдали у больных со сдавлением спинного мозга опухолью в виде песочных часов. Эти неврологические проявления, возникающие вследствие сдавления или прорастания нервов опухолью, ликвидировались после радикального удаления новообразования, что свидетельствует о функциональной природе их развития.

Однако одним из основных и ранних неврологических симптомов опухолей и кист средостения является медиастинальный болевой синдром, который имеет как общие, так и специфические местные проявления, зависящие от локализации и характера новообразования. Для уточнения ряда характерных особенностей болевого синдрома нами была изучена топографо-анатомическая характеристика неврологического строения средостения.

Необходимость такого исследования была обусловлена, во-первых, увеличением количества больных с опухолями и кистами средостения, особенно с распространенными как злокачественными, так и доброкачественными процессами, протекающими с тяжелыми местными и общими неврологическими симптомами; во-вторых, тенденцией расширения показаний к хирургическим вмешательствам при распространенных поражениях опухолью жизненно важных органов — сердца, пищевода, трахеи, главных бронхов, аорты, полых вен и др., каждый из которых имеет свое нервное сплетение.

Необходимость исследования неврологической характеристики средостения диктовал и ряд клинических наблюдений: 1) развитие при злокачественных новообразованиях средостения различного по интенсивности и варибельности болевого медиастинального синдрома, возникающего, по нашему мнению, вследствие сочетания симптомов сдавления сосудов, нервов полых органов; 2) появление при опухолях средостения функциональных нарушений неврологического генеза с вовлечением в патологический процесс жизнеобеспечивающих систем организма, находящихся вдали от очага поражения.

Возникал и ряд вопросов. С чем связано, например, появление у больных огромного количества вегетативных нарушений, имеющих как общие, так и специфические проявления: ноющие боли в области

сердца, брадикардия, ревматоидный полиартрит — синдром Мари— Бамбергера? Почему у некоторых больных с новообразованиями средостения наблюдаются расстройства в жизненно важных органах, расположенных порой вдали от опухоли?

Кроме того, мы старались выявить и изучить ранние местные неврологические симптомы, указывающие на локализацию, а возможно, и распространенность процесса, что имеет не только научное, но и большое практическое значение.

Анализируя проблему болевого синдрома у больных с новообразованиями средостения с целью его устранения, мы, как и некоторые другие исследователи [6— 12], убедились, что многие положения этого своеобразного психофизиологического состояния организма до настоящего времени далеки от разрешения и являются предметом дискуссии.

Данные литературы и проведенные топографо-анатомические исследования нервного статуса средостения позволили разрешить ряд спорных вопросов, касающихся клинической симптоматики различных новообразований средостения, патофизиологических реакций, возникающих в организме в ответ на раздражение, сдавление, прорастание опухолью нервов, рефлексогенных зон, и коррекции болевого синдрома.

На основании проведенных топографо-анатомических исследований неврологического строения средостения можно с уверенностью сказать следующее.

1. Болевой синдром у больных с опухолями средостения возникает в результате повреждающих воздействий, нецицептивных реакций, раздражения различных рецепторов опухолью. Основу нецицептивных нервных реакций составляет вегетативный компонент повреждения, в основном рецепторами, волокнами симпатического отдела вегетативной нервной системы.

2. При вовлечении в опухолевый процесс преимущественно волокон вегетативной чувствительной иннервации возникают симпатолгии, болевой синдром, порой с нарушением тонуса и барорецепторной чувствительности сосудов, пораженных новообразованием.

3. В зависимости от характера, величины опухоли, распространенности поражения, а главное, места расположения по отношению к зонам сплетений вегетативной эфферентной иннервации боли могут быть пароксизмальными или постоянными, давящими, жгучими, глубокими, диффузными, а интенсивность их зависит от распространенности поражения афферентных волокон.

4. У больных с доброкачественными новообразованиями первоначально появляются местные, а затем общие проявления опухолевого процесса, причем на фоне болевого медиастинального синдрома превалирует синдром, характеризующий функцию органа, вовлеченного в опухолевый процесс.

В связи с тем что каждый полый орган средостения, сердце, аорта имеют свою специфическую нервную архитектуру, при поражении или сдавлении их нервных стволов и сплетений возникают различные неврологические нарушения, зависящие от локализации опухоли. Так, например, анизокория,

синдром Горнера, сравнительно редко встречающиеся неврологические симптомы, наблюдаются у больных с локализацией опухоли в верхнезаднем отделе средостения. При опухолях, расположенных в среднетретьем отделе заднего средостения, болевой синдром наиболее выражен в межлопаточной области, в проекции остистого отростка V грудного позвонка.

Характерны местные и общие неврологические симптомы и при опухолях, расположенных в переднем средостении. В частности, одним из ранних клинических симптомов тератодерматоидных новообразований являются боли в области сердца, нередко иррадиирующие в плечо, различные нарушения ритма сердца (в основном тахикардия, в редких случаях и брадикардия), а при тимомах, особенно злокачественных, наблюдаются головные боли, боли за грудиной, иррадиирующие в плечо и шею. При этом, как мы убедились, появившиеся головные боли, постоянно беспокоящие больных, можно считать одним из ранних симптомов вовлечения в патологический процесс верхней полой вены, т.е. церебральные венозные нарушения застойно-гипоксического характера.

Что касается зависимости медиастинального неврологического синдрома от гистологической формы опухолевого процесса, то мы обнаружили, что неврологическая симптоматика одинаково часто встречается и при злокачественных, и при доброкачественных новообразованиях переднего и заднего средостения. Однако при злокачественных процессах медиастиальный неврологический симптомокомплекс, функциональные расстройства в ближайших к опухоли органах наступают значительно раньше, они более выражены, интенсивны и порой не поддаются медикаментозной терапии. Описанная неврологическая клиническая симптоматика указывает на прорастание опухоли в нервные стволы, сплетения близлежащих органов и подтверждает не только злокачественный характер новообразования, но и его инфильтративный рост.

Нарушения функции нервной системы при доброкачественных, но в ряде случаев и злокачественных опухолях средостения, как правило, обратимы. После радикального лечения, удаления опухоли неврологическая симптоматика в основном бесследно исчезает, что подтверждает функциональный характер имевшихся расстройств, т.е. эти нарушения неврологического статуса происходят вследствие не прорастания опухоли, а анатомических изменений в нерве, его сдавления, но без альтерации.

Синдром сдавления или прорастания опухоли в органы дыхания также многообразен и проявляется у больных с различными формами доброкачественных и злокачественных опухолей и кист средостения по-разному. Наиболее частыми симптомами нарушения функции трахеобронхолегочной системы являются: сухой кашель, реже с выделением скудной мокроты, одышка, затруднение при глотании. Этот симптомокомплекс мы наблюдали у 48% больных.

Обобщая литературные данные и собственные наблюдения, мы убедились, что сухой кашель может появляться за несколько месяцев до других клинических признаков заболевания. Он вызывается в ос-

новном рефлекторными механизмами, связанными с раздражением рефлексогенных зон, смещением новообразованием органов средостения, сдавлением магистральных сосудов. Свидетельством этого является отсутствие связи между одышкой и показателями функции органов дыхания. Исследования показали, что затрудненное дыхание отмечается в основном у больных с опухолями переднего средостения, а затрудненное глотание — с новообразованиями как переднего, так и заднего средостения.

Большую значимость в возникновении одышки, затрудненного дыхания имеет и поражение диафрагмального и блуждающего нервов. Релаксация диафрагмы, резкое нарушение амплитуды ее движений свидетельствуют о злокачественности опухолевого процесса, расположении его в среднем и частично в переднем средостении, в прикорневой области, причем нарушение функции диафрагмы соответствует стороне локализации новообразования в средостении.

У больных с большими злокачественными опухолями, расположенными больше в переднем средостении, одышка иногда переходит в стридорозное дыхание, бронхоспазм и даже асфиксию. У этих больных иногда наблюдается кровохарканье, что свидетельствует о злокачественности процесса, его инфильтративном росте, прорастании опухоли в трахею, крупные бронхи, легочную ткань. К сожалению, четверо наблюдавшихся нами больных с описанной патологией в связи с распространенным поражением трахеи, верхней полой вены, дуги аорты были признаны иноперабельными и направлены в онкологические стационары для комбинированной химиолучевой терапии.

Быстро возрастающая одышка может быть вызвана и выпотом в плевральные полости. Это осложнение свидетельствует о злокачественности опухолевого процесса и его иноперабельности. Перкуссия и аускультация, а затем и выполненная пункция плевральной полости с аспирацией геморрагического экссудата подтверждают злокачественность опухоли.

Наиболее специфическим диагностическим симптомом новообразования средостения является симптом откашливания больным жира, кристаллов холестерина, депигментированных волос, что свидетельствует о наличии у больного дермоидной кисты и ее прорыва в бронхотрахеальное дерево. Мы наблюдали 5 таких больных. Все они до госпитализации в клинику в течение относительно длительного времени (4–8 мес) замечали дискомфорт в груди, незначительную одышку, усиливающуюся при физической нагрузке, тахикардию. К врачам не обращались. Появившийся сухой кашель объясняли бронхитом. Усиление сухого кашля с «внезапным» выделением мутноватой жидкости с различными включениями в количестве от 30 до 70 мл было неожиданным. Рентгенологическое обследование обнаружило у всех больных в переднем средостении, в средних отделах кистоподобную опухоль округлой формы, с толстыми и четкими контурами, жидкостью у четырех. Дермоидные кисты были радикально удалены, бронхиальные свищи сшиты отдельными швами. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось.

Наиболее частыми и значимыми в диагностике, определении программы лечения, прогноза заболевания являются сосудистые нарушения, возникающие вследствие органического перемещения сосудов или прорастания их опухолью. Эти нарушения определяют разнообразную объективную и субъективную клинко-рентгенологическую симптоматику.

Из 637 обследованных больных с первичными злокачественными и доброкачественными новообразованиями средостения, из которых у 225 были выявлены опухоли и кисты вилочковой железы, нарушения функции крупных сосудов средостения, в основном венозных, были выявлены у 45 (7%), причем обнаружилась тенденция к увеличению количества больных с сосудистыми изменениями, вызванными новообразованиями.

Из сосудов средостения большей частью вовлекаются в злокачественный процесс, сдавливаются, прорастают опухолью тонкостенные вены, в первую очередь верхняя полая и безымянная, обуславливая синдром сдавления верхней полой вены (кавасиндром). Об этом венозном синдроме, причине его возникновения писал еще в 1929 г. R. Lenk. В дальнейшем многими отечественными и иностранными авторами [13–15 и др.] были уточнены этиопатогенез, клиническая симптоматика, хирургические и консервативные (лучевая, химиотерапия и их комбинации) методы лечения, их эффективность и т.д. Все авторы подчеркивают, что в основе кавасиндрома лежит нарушение оттока крови по системе верхней полой вены, а морфологическим субстратом является сдавление, прорастание и ее тромбоз опухолью.

Клинические симптомы кавасиндрома характерны и проявляются отеком лица и шеи, цианозом слизистых, кожных покровов лица и верхней половины туловища, расширением подкожной венозной сети верхней половины туловища. Эти объективные симптомы всегда сочетаются с субъективными — больной постоянно ощущает ноющую боль, шум и «тяжесть» в голове. При наклоне туловища шум в ушах, цианоз лица и шеи, верхней половины туловища усиливаются. Необходимо отметить, что у всех наблюдавшихся нами больных с кавасиндромом были выявлены злокачественные опухоли — различной формы тимомы, расположенные в передневерхнем отделе средостения. Следовательно, мы имеем право утверждать, что кавасиндром патогномоничен для различных по гистогенезу злокачественных опухолей и в первую очередь тимом, локальных медиастинальных форм лимфом, расположенных в передневерхнем средостении.

Характер сосудистых нарушений средостения, верхней полой вены устанавливается с помощью высокоэффективного контрастного исследования — кавографии, флебографии или доплерографии. Однако синдром нарушения оттока крови по системе верхней полой вены можно определить и с помощью измерения в ней давления. Исследования показали, что при кавасиндроме давление в подключичных венах достигает 300 мм вод. ст. и выше. Сопоставив клиническую симптоматику, кавографические изменения, размер опухоли, характер прогрессирования злокачественного процесса с давлением в подключичных венах, мы

установили, что при гипертензии в подключичных венах в пределах 200 мм вод. ст. уже можно говорить о вовлечении верхней полой вены в опухолевый процесс.

Кроме того, по мере прогрессирования злокачественного процесса клинко-рентгенологические проявления кавасиндрома возрастают, развивается общий медиастинальный синдром — сочетание сдавления или прорастания верхней полой вены, трахеи, пищевода, нервных стволов, рефлексогенных зон и других тканей, т.е. наступает терминальная стадия заболевания, которая характеризует крайне тяжелое инкурабельное состояние больного. Однако наши наблюдения убедили нас в том, что появление синдрома сдавления верхней полой вены не является противопоказанием к хирургической коррекции венозной патологии, особенно при тимоммах с преобладанием эпителиального компонента, плохо поддающихся лучевой и химиотерапии. При радикальном удалении опухоли, сдавливающей верхнюю полую вену, или после пластических операций на пораженных сосудах венозный отток восстанавливается. Уже на операционном столе кожа лица и слизистые больного приобретают нормальную окраску, спадают набухшие вены шеи, верхней половины туловища, уменьшаются, а затем исчезают шум в ушах и чувство тяжести в голове.

В отличие от кавасиндрома синдром сдавления нижней полой вены при опухолях и кистах средостения развивается крайне редко. Мы наблюдали его у одной больной с огромной нейриномой, локализованной в нижних отделах правой плевральной полости, в заднем кардиодиафрагмальном синусе. Синдром сдавления нижней полой вены сопровождался незначительным отеком ноги и нижней половины туловища, нарушением функции почек и др. После удаления нейриномы симптомы сдавления указанной вены ликвидировались.

Нарушение проходимости пищевода, дисфагия возникают вследствие морфологических и функциональных нарушений. Морфологические изменения возникают при прорастании пищевода злокачественными новообразованиями, большей частью лимфомами или невrogenными опухолями заднего средостения, а при вовлечении в патологический процесс блуждающего нерва наблюдаются функциональные нарушения. При этом затрудняется прохождение пищи, нарушается глотание. Интересно отметить, что резкое смещение пищевода доброкачественной опухолью, например нейриномой, не вызывает дисфагических расстройств, что, по нашему мнению, может служить дифференциально-диагностическим симптомом.

Общие клинические проявления новообразований средостения, возникающие осложнения во многом зависят от злокачественности или доброкачественности процесса. Появившаяся и быстро нарастающая слабость, ухудшение трудоспособности, снижение аппетита, повышение температуры тела, истхудание, потливость более характерны для злокачественных опухолей средостения.

Анализируя клиническую симптоматику, можно отметить, что каждая отдельная нозологическая форма злокачественной опухоли имеет характер-

ные местные, а в ряде случаев и общие клинические проявления, которые иногда возникают значительно раньше местных. Так, при медиастинальной форме лимфогранулематоза проявляются общие клинические симптомы — обильный ночной пот, волнообразная лихорадка, кожный зуд, общая слабость, а затем уже и местные симптомы сдавления полых органов, нервов, сосудов средостения.

Разнообразна клиническая симптоматика злокачественных опухолей вилочковой железы — рака, тимомы с миастеническим синдромом, тимомы с преобладанием лимфоидных и эпителиальных структур, темноклеточных, светлоклеточных, смешанно-клеточных тимом и др.

Специфичны и клинические проявления осложнений различных злокачественных новообразований средостения. Выпот в плевральную полость, геморагический экссудат, как правило, наблюдаются при злокачественных процессах и свидетельствуют об иноперабельности опухоли. Патогномичным признаком злокачественности новообразования является и наличие увеличенных периферических лимфатических узлов, парез или паралич купола диафрагмы как следствие поражения опухолью диафрагмального нерва.

Длительно существующие доброкачественные опухоли, например нейриномы, тератомы, и даже некоторые формы злокачественных новообразований в связи с близким их расположением к грудной стенке, достигая больших размеров при медленном росте, могут вызывать нарушения костных структур грудного каркаса, асимметрию груди за счет деформации, выбухания отдельных областей ее стенки, узурирование ребер, позвонков, кифоз и сколиоз. Эти нарушения костного каркаса груди возникают в проекции локализации новообразования, что необходимо учитывать при диагностике и взятии биопсийного материала для верификации процесса. Однако необходимо подчеркнуть, что костные изменения, деформации могут возникать в результате не опухолевого процесса в средостении, а перенесенной травмы груди. Поэтому при обнаружении поражения костной системы, особенно типа кифосклероза, следует тщательно изучить анамнез, чтобы иметь основания считать их следствием новообразования средостения.

При клиническом обследовании больного с опухолью или кистой средостения необходимо учитывать данные перкуссии и аускультации, показатели кардиореспираторной функции, гомеостаза, так как их отклонения зависят от формы, характера опухолевого процесса, его распространенности, локализации, вовлечения в процесс близлежащих жизненно важных органов.

При осмотре и пальпации с особой тщательностью необходимо исследовать периферические лимфатические узлы — шейные, надключичные, подмышечные, ибо их увеличение является одним из ранних

признаков медиастинальных форм злокачественных лимфом. При других опухолевых процессах средостения (различные опухоли вилочковой железы, тератобластомы и др.) выявление увеличенных, плотных, порой малоподвижных, спаянных с окружающими тканями периферических лимфоузлов указывает не только на злокачественность новообразования, но и на его распространенность, иноперабельность.

Перкуторные и аускультативные показатели у больных с новообразованиями средостения также многообразны и зависят от величины опухоли, места ее расположения, степени анатомических и функциональных нарушений, вызванных сдавлением или прорастанием опухоли в близлежащие органы, от осложнений и многих других факторов. При больших новообразованиях, расположенных в переднем средостении, перкуторно определяется расширение границ средостения с двух сторон, дыхание там же ослаблено. При небольших опухолях, локализованных в пределах переднего средостения, в проекции нормальной срединной тени патологические физикальные данные могут не определяться. Выявляемые физикальные изменения во многом зависят и от нарушений функции органа, вовлеченного в опухолевый процесс. Например, вследствие сдавления пищевода или незначительного его прорастания новообразованием (неврогенные опухоли, лимфомы) возникает дисфагия, а при значительном прорастании пищевода злокачественной опухолью — нарушение прохождения даже жидкой пищи.

Выраженные перкуторные и аускультативные изменения развиваются и при поражении легкого злокачественным медиастинальным образованием, а притупление перкуторного звука, ослабленное дыхание дают основание заподозрить такое осложнение, как плеврит.

Немаловажное значение в определении характера новообразования имеет и анализ нарушений в системах гомеостаза. Уместно упомянуть, что у больных со злокачественными процессами в крови, как правило, наблюдается ускорение СОЭ, понижение содержания гемоглобина, иногда значительное, выраженный лейкоцитоз. Для доброкачественных опухолей эти отклонения гемограмм от нормы не характерны.

Итак, клиника опухолей и кист средостения многообразна и дает возможность заподозрить медиастинальное новообразование. Правильная же оценка различных симптомов и синдромов важна не только для установления диагноза заболевания, но и для проведения дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей. Однако нередко выявленные особенности клинической симптоматики оказываются недостаточными для решения этого важного вопроса. Сущность патологического процесса в средостении можно установить только на основании результатов комплексного клинического, рентгенологического, морфологического исследования.

Литература

1. *Derra E., Imer W.* Üler Miltelexellgesch-wulste, ihre Klinik und Therapie // *Deutsch. med. Wschr.*— 1961.— № 13.— P. 569—579.
2. *Дедков И.П., Захаричев В.Д.* Первичные новообразования средостения.— К.: Здоров'я, 1982.— 173 с.
3. *Rice T.H.* Benign neoplasms and cysts of the mediastinum //

- Semin Thorac. Cardiovasc. Surg.— 1992.— № 4.— P. 25–33.
4. Thymoma: a retrospective study of 87 cases / H.S. Park, D.U. Shin, I.S. Lee et al. // *Cancer*.— 1994.— № 73.— P. 2491–2498.
 5. *Parla B., Rudnicka L. Malinowski E.* Thymomas and thymic carcinomas. Evaluation of the Muller–Hermelinc classification // *Pol. J. Pathol.*— 1998.— Vol. 49, № 4.— P. 251–265.
 6. *Обнатыян К.Т., Кравец В.М.* Опухоли и кисты средостения.— К.: Здоров'я, 1971.— 161 с.
 7. *Fukai I., Masooka A.* Thymic neuroendocrine tumor (thymic carcinoid): a clinicopathologic study in 15 patients // *Ann. Thorac. Surg.*— 1999.— Vol. 67, № 1.— P. 208–211.
 8. *Isobe T., Oguri T., Daga H.* Malignant paraganglioma arising from the posterior mediastinum: a case report and review of the literature // *Hiroshima J. Med. Sci.*— 1999.— Vol. 48, № 4.— P. 123–127.
 9. *Capoxerri M., Furrer M., Ris H.* Surgical diagnosis and therapy in patients with mediastinal space-occupying lesions. A retrospective analysis of 223 intervention with special reference to long-term course // *Swiss. Surg.*— 1998.— Vol. 493.— P. 121–128.
 10. *Glick R.D., La Quaglia M.P.* Lymphomas of the anterior mediastinum // *Semin Pediatr. Surg.*— 1999.— Vol. 8(2).— P. 69–77.
 11. *Lara P.N.* Malignant thymoma: current status and future directions // *Cancer Treat. Rev.*— 2000.— Vol. 26, № 2.— P. 127–131.
 12. *Murakawa T., Nakajima I., Koho T.* Results from surgical treatment for thymoma. 43 years of experience // *Jpn. J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*— 2000.— Vol. 48, № 2.— P. 89–95.
 13. *Михайлов А.Н.* Руководство по медицинской визуализации.— М.: Высшая школа, 1996.— 506 с.
 14. *Ваганов Ю.В., Земко Л.Г.* Алгоритм методик лучевой диагностики при медиастинальной форме лимфогранулематоза // *Новости луч. диагност.*— 2001.— № 1.— С. 45–50.
 15. *Myojin M., Choi N., Wright C.* Stage III thymoma pattern of failure after surgery and postoperative radiotherapy and its implication for future study // *Int. J. Radiol. Oncol. Biol. Phys.*— 2000.— Vol. 46, № 4.— P. 927–933.

Поступила 09.08.2004

SOME CHARACTERISTICS OF THE CLINICAL PICTURE OF MEDIASTINAL TUMORS AND CYSTS

A.K. Florikian

S u m m a r y

Main clinical manifestations of primary mediastinal neoplasms are described. The influence of various clinical syndromes characteristic for malignant and benign tumors and cysts of the mediastinum are evaluated.