

Лечение пациентки с хорионкарциномой и множественными метастазами в легкие (клинический случай)

Чикинев Ю.В.^{1,2}, Дробязгин Е.А.^{1,2*}, Дергилев А.П.¹, Сударкина А.В.¹, Щербина К.И.¹, Качесов И.В.², Марченко А.А.²

¹ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

Treatment of chorioncarcinoma with multiple lung metastases (case report)

Chikinev Yu.V.^{1,2}, Drobyazgin E.A.^{1,2*}, Dergilev A.P.¹, Sudarkina A.V.¹, Shcherbina K.I.¹, Kachesov I.V.², Marchenko A.A.²

¹Novosibirsk State Medical University

²Novosibirsk State Regional Clinical Hospital

АННОТАЦИЯ

Трофобластические опухоли встречаются достаточно редко. Они характеризуются высокой степенью озлокачествления, быстрым и отдаленным метастазированием с наиболее частым поражением легких. Основные методы их диагностики — ультразвуковое исследование, компьютерная и магнитно-резонансная томография, определение уровня хорионического гонадотропина в сыворотке крови. Приведенное клиническое наблюдение наглядно демонстрирует сложность постановки диагноза при трофобластической болезни с множественными отдаленными метастазами в легкие. Пациентке была выполнена операция в объеме экстирпации матки с маточными трубами. Интраоперационно: матка асимметрична, увеличена в объеме, деформирована в правом маточном углу. Макроскопически: на разрезе в полости матки в правом трубном углу — опухоль до 3 см, проросла в стенку матки до серозной оболочки. Послеоперационный диагноз: трофобластическая опухоль (гистологически — хорионкарцинома III стадии) T1M1a. Множественные метастазы в легкие. Случай из клинической практики может быть полезным для врачей, занимающихся диагностикой и лечением онкопатологии.

Ключевые слова: хорионкарцинома, метастатическое поражение легких, трофобластическая болезнь, трофобластическая болезнь с множественными метастазами в легкие.

ABSTRACT

Trophoblastic tumors represent a rare pathology and are characterized by a high degree of malignancy, whose rapid and distant metastases commonly affect the lungs. The main method of diagnosis include ultrasound, computed tomography and magnetic resonance imaging, as well as detection of HCG level in serum. The presented clinical case demonstrates the difficulty of diagnostics in the case of the trophoblastic disease with multiple lung metastases. The patient underwent removal of the uterus and fallopian tubes. Perioperatively the uterus was asymmetric, extended in size and deformed to the right tubal angle due to a 3 cm tumor adhering to the uterine wall up to the serous tunic. The postoperative diagnosis was the trophoblastic tumor (third-stage chorioncarcinoma) T1M1a with multiple metastases to the lungs. Experience can be useful for the physicians working with oncological patients.

Keywords: chorioncarcinoma, metastatic lung disease, trophoblastic disease, trophoblastic disease with multiple metastases to the lungs.

Поступила 19.09.2017
Принята 14.10.2017

*Автор, ответственный за переписку
Дробязгин Евгений Александрович: ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России. 630091, г. Новосибирск, Красный просп., 52.
E-mail: evgenyidrob@inbox.ru

Received 19.09.2017
Accepted 14.10.2017

*Corresponding author
Drobyazgin Evgeniy Aleksandrovich: Novosibirsk State Medical University, 52, Krasny Prospect, Novosibirsk, 630091, Russia.
E-mail: evgenyidrob@inbox.ru

ВВЕДЕНИЕ

Трофобластические опухоли редко встречаются среди опухолей женской половой сферы и составляют всего 1 % от их общего числа. Они характеризуются высокой степенью озлокачествления, быстрым и отдаленным метастазированием с наиболее частым поражением легких [1–6]. Основные методы их диагностики — ультразвуковое исследование, компьютерная томография и магнитно-резонансная томография, определение уровня хорионического гонадотропина в сыворотке крови [3, 5, 7].

При анализе литературных источников не были обнаружены клинические описания сложных случаев диагностики данной патологии, несмотря на высокую долю метастазирования опухоли в легкие, достигающую, по мнению ряда авторов, 80 % [6, 8]. Вместе с тем в клинической практике возникают определенные сложности в диагностике данного состояния.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализировать клинический случай, представляющий ход диагностики и лечения пациентки с трофобластической опухолью и множественными метастазами в легкие.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациентка Ш., 27 лет, поступила на лечение в отделение торакальной хирургии ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» и в клинику кафедры госпитальной и детской хирургии лечебного факультета Новосибирского государственного медицинского университета 07.05.2015 с жалобами на периодически возникающий кашель с отхождением мокроты с прожилками крови темно-вишневого цвета.

Из анамнеза пациентки: в августе 2014 г. при прохождении планового медицинского осмотра выявлены очаговые образования в обоих легких, но за медицинской помощью пациентка не обратилась. Первый эпизод кровохарканья произошел в феврале 2015 г., с рецидивом в апреле 2015 г. При проведении мультиспиральной компьютерной томографии органов грудной клетки (май 2015 г.) выявлены множественные очаговые изменения паренхимы легких, отдельные с распадом, что послужило поводом для ее госпитализации в отделение. Ранее (в 2013 г.) пациентке проводилось лечение по поводу пузырьного заноса с лечебно-диагностическим выскабливанием стенок полости матки. В 2014 г. при консультирова-

INTRODUCTION

Trophoblastic disease is a rare tumor of a woman's uterus and its proliferation does not exceed 1 %. This tumor is highly malignant and is characterized by fast and distant metastasis that most frequently occurs in lungs [1–6]. In diagnosis of this condition, one relies upon US examination, computerized tomography, MRI, and HCG level detection in serum [3, 5, 7].

Analysis of publications has not revealed any clinical descriptions of this pathology diagnosis despite the very high level of lung metastases that may sometimes reach 80 % [6, 8]. Despite the variety of available diagnostic techniques, we have faced certain difficulties in diagnostics of this condition.

AIM OF THE RESEARCH

To analyze of a case report describing diagnosis and treatment of a female patient with trophoblastic disease and multiple metastases to the lungs.

RESULTS AND DISCUSSION

Patient Sh., 27 years old, was admitted in Department of Thoracic Surgery of Novosibirsk State Regional Clinical Hospital and in the clinic of Chair of Hospital and Children's Surgery of Department of General Medicine of Novosibirsk State Medical University on 07.05.2015 with complains of periodic coughing attacks followed by discharge of sputum mixed with dark cherry-colored blood.

The patient's medical history showed that focal lesions in the both lungs had first been detected during a medical examination in August 2014, but the patient had had no intention to have them treated. The first episode of blood spitting was registered in February 2015 and repeated in April of the same year. Thoracic MSCT performed in May 2015 showed multiple lesions of pulmonary parenchyma (some to the degree of degradation), which became the reason for the patient's hospital admission. Earlier, in 2013, she had undergone treatment of a cystic mole with dilation and curettage. In 2014 she had been observed by an obstetrician-gynaecologist and no pathology had been found.

The patient was admitted in satisfactory condition. Her skin was of usual color, the thoracic cage – of usual shape, its both parts participating in breathing. Palpation of the thoracic cage was painless. Pneumatocopy produced a clear sound with its insufficient reduction in the posterior and lateral left sections (below the angle of scapula). Auscultation demonstrated vesicular respiration without rale that

нии акушером-гинекологом патологии не обнаружено.

При поступлении: состояние удовлетворительное. Кожный покров обычного цвета. Грудная клетка обычной формы, обе ее половины участвуют в акте дыхания. При пальпации грудной клетки болей нет. При перкуссии грудной клетки ясный легочный звук с его незначительным притуплением в задних и боковых отделах слева (ниже угла лопатки). При аускультации: везикулярное дыхание, хрипов нет, но несколько ослаблено в задних и боковых отделах слева (ниже угла лопатки).

Из-за риска рецидива легочного кровотечения 07.05.2015 выполнена эмболизация бронхиальных артерий. С учетом данных анамнеза дифференциальный диагноз проводился между хоррионкарциномой, раком легких, инвазивным аспергиллезом легких, лейомиоматозом, гранулематозом Вегенера, туберкулезом легких.

По данным общеклинических методов исследования, биопсии слизистой из полости носа, исследования мокроты на атипичные клетки, бациллы Коха — без патологии. Антитела к ВИЧ, ANCA, Aspergilla IgG — отрицательные. При фибробронхоскопии (12.05.2015) — диффузный катаральный эндобронхит I степени интенсивности воспаления.

При повторной мультиспиральной компьютерной томографии органов грудной клетки (21.05.2015) (рис. 1): в $S_{4,10}$ левого легкого были обнаружены мягкотканые очаги диаметром 4 и 6 мм, связанные с легочными сосудами, а в S_{6-8} — неправильной формы образования, размерами до 15×18 мм и 60×63 мм, прилежащие к плевре, диафрагме, с неравномерной толщиной стенки без признаков жидкостного скопления. В $S_{4,5,7-10}$ правого легкого патологические образования неправильной овальной формы диаметром от 7 мм, размером до 3×4 см (в S_4) с бугристой поверхностью и мягкотканной плотностью. Единичное образование в S_{10} было представлено полостью диаметром 2.5 см с толщиной стенок 5–10 мм. Дополнительно визуализировался конгломерат бифуркационных лимфоузлов размерами в аксиальной плоскости 1×2.6 см.

За время нахождения в стационаре у пациентки дважды были рецидивы кровохарканья, купированные консервативными мероприятиями. Источником кровотечения по данным эндоскопического исследования являлась нижняя доля левого легкого. При трансторакальной биопсии (01.06.2015), которая проводилась для определения патоморфологической природы изменений,

got weaker in the posterior and lateral left sections (below the angle of scapula).

To prevent repeated pulmonary bleeding the patient underwent bronchial artery embolization on 07.05.2015. Taking into account the medical history, her differential diagnosis included chorioncarcinoma, lung cancer, invasive lung aspergillus, leiomyomatosis, Wegener's disease, and pulmonary tuberculosis.

Nasal cavity mucosa biopsy, sputum examination for atypical cells, BK virus and acid-fast mycobacteria revealed no pathology, HIV antibody, ANCA, Aspergilla IgG tests came negative. Fibrobronchoscopy performed on 12.05.2015 detected diffuse catarrhal endobronchitis of the first degree.

Repeated chest MSCT (21.05.2015) (Fig. 1) showed soft-tissue lesions of 4 and 6 mm in diameter connected by pulmonary vessels in $S_{4,10}$ of the left lung; and a mass of irregular shape and the size of 15×18 mm and 60×63 mm adhering to the pleura and diaphragm (with no fluid aggregates) in the S_{6-8} area. In the right lung pathological masses of irregular oval shape and the size of 7 mm to 3×4 cm (in S_4) with pebble-like surface and soft-tissue density were registered in $S_{4,5,7-10}$. The singular focus of S_{10} was a cavity of 2.5 cm in diameter with 5–10 mm — thick walls. Additionally, a conglomerate of subcarinal lymph nodes with the axial size of 1×2.6 cm was visualized.

While staying in the hospital the patient had two setbacks of blood spitting, which were treated conservatively. Endoscopic examination revealed the blood came from the lower lobe of the left lung. A transthoracic biopsy (01.06.2015) for presence of pathological tissues was negative and detected only tissue detritus without any cell differentiation.

Keeping in mind a possibility of profuse bleeding, a decision was made to operate the patient, so she underwent resection of the lower left lobe. Perioperatively the pleural cavity contained 50 ml of yellowish transparent effusion containing no atypical cells. A revision detected a bulky mass of elastic consistency and the size of $8 \times 7 \times 8$ cm taking almost the whole lobe. The mass adhered to the costal pleura in the area of thoracic wall and interlobar fissure penetrating into the S_5 area of the upper lobe.

A pathomorphological study of the resected lobe (No. 55651–55669/15 r.) (Fig. 2) reduced the differential diagnosis to planocellular (large-cell) carcinoma and chorioncarcinoma.

To specify the tumor's histogenesis, an IHC test was performed (Fig. 3) including Inhidin, al-

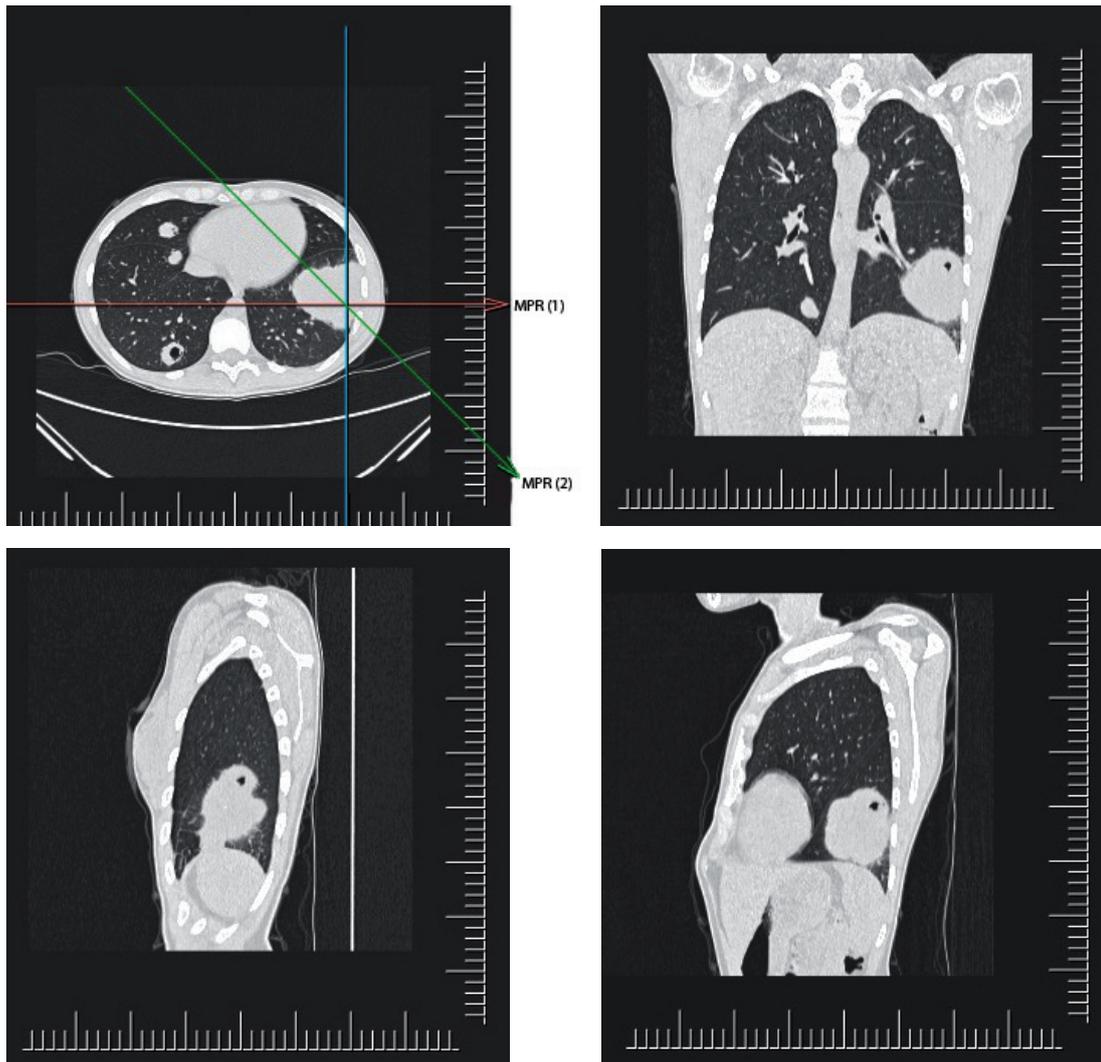


Рис. 1. Рентгеновская компьютерная томография органов грудной клетки пациентки Ш.

Fig. 1. X-ray CT of thoracic organs in patient Sh.

данных, свидетельствующим об опухолевом росте, нет (тканевой детрит, без какой-либо клеточной дифференцировки).

С учетом риска возникновения профузного легочного кровотечения было принято решение об оперативном вмешательстве. Пациентке была выполнена операция в объеме нижней лобэктомии слева. Интраоперационно: в плевральной полости обнаружено около 50 мл прозрачного выпота соломенного цвета, при последующем цитологическом исследовании атипичных клеток в выпоте не было. При ревизии определялось объемное образование, плотно-эластической консистенции размерами 8 × 7 × 8 см, занимающее практически всю нижнюю долю левого легкого. Образование прорастало в костальную плевру (в месте контакта с грудной стенкой) и в область

pha (Clone R1, Ventana): -/+ (focal); Progesterone Receptor (Clone 1E2, Ventana): -/+ (weak); Cytokeratin 10 (Clone SP99, Ventana): -; Cytokeratin 18 (Clone DC 10, Dako): +; TTF1 (Clone SP 141, Spring Bioscience): -; P63 (Clone 4A4, Ventana): +; Ki-67 (Clone MIB-1, Ventana): about 40 %; Cytokeratin 7 (Clone OV-TL 12/30, Monosan): -/+ (focal); PLAP (Clone NB10, Ventana): -; CD56 (Clone TBO1, Dako): -; CD117 (c-kit, Clone SP26, Spring Bioscience): -. It showed that the tumor's immunophenotype most likely corresponded to multiple chorioncarcinoma lesions.

On 01.07.2015 the patient was observed by an obstetrician-gynaecologist. The observation was followed by dilation and curettage of the uterine cavity and cervical canal, and cervical biopsy. The exami-

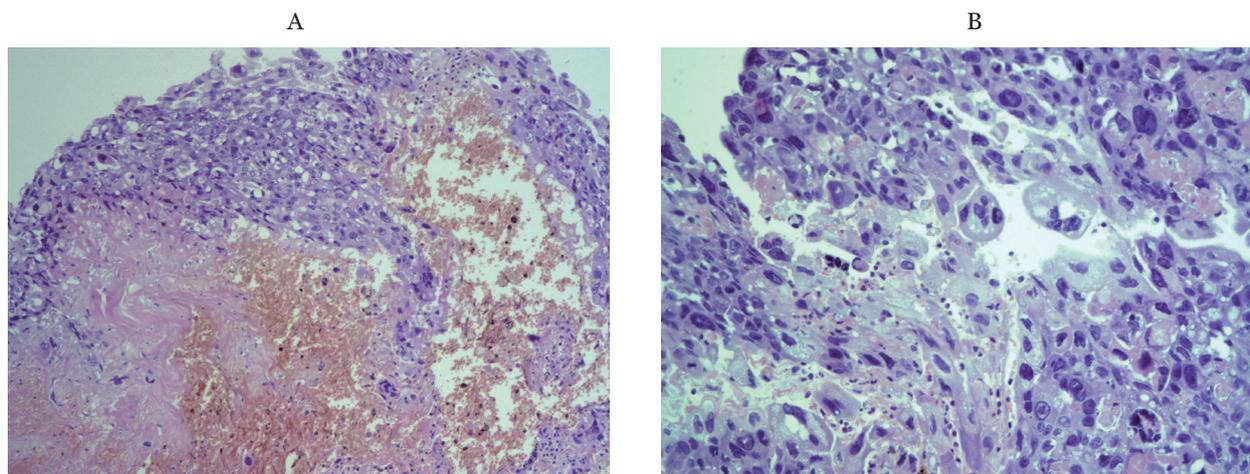


Рис. 2. Светооптическая микроскопия препаратов удаленной нижней доли левого легкого пациентки Ш. (окраска — гематоксилин/эозин):
А — увеличение (ув.) 100; В — ув. 200

Fig. 2. Light-optical microscopy of preparation of excised inferior lobe of left lung of patient Sh. (staining with hematoxylin/eosine):
A — 100x; B — 200x

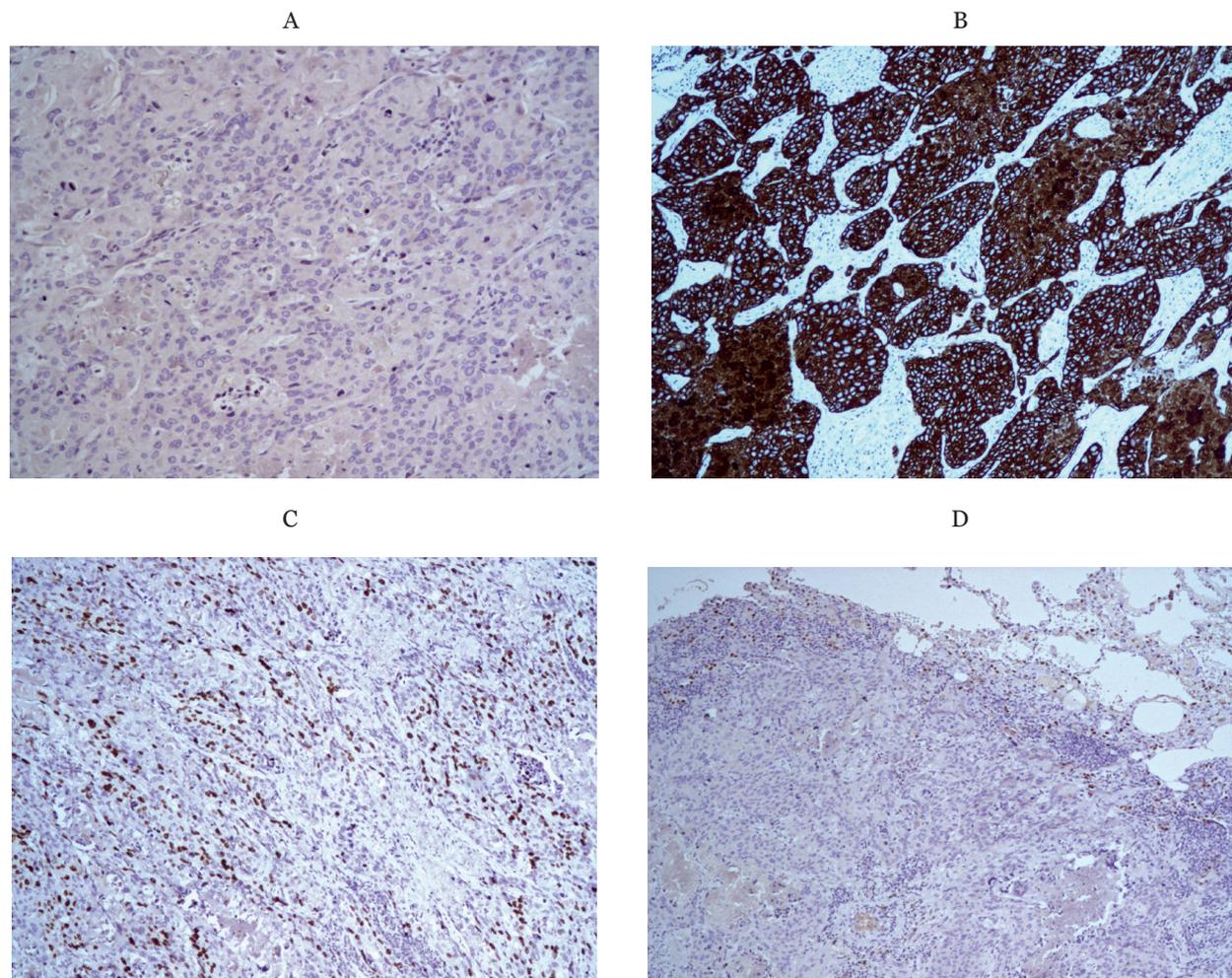


Рис. 3. Серия иммуногистохимических исследований удаленной опухоли легкого пациентки Ш.:
А — Cytokeratin 10, ув. 200; В — Cytokeratin 18, ув. 100; С — Ki-67, ув. 100; D — TTF1, ув. 100

Fig. 3. Immunohistochemical researches of excised lung tumor of patient Sh.:
A — Cytokeratin 10, 200x; B — Cytokeratin 18, 100x; C — Ki-67, 100x; D — TTF1, 100x

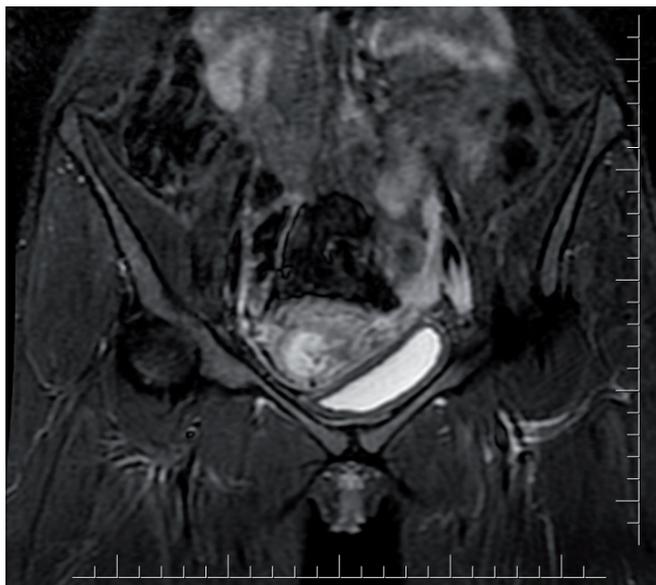


Рис. 4. МРТ органов таза пациентки Ш.
Fig. 4. MRI of pelvic organs of patient Sh.

междолевой щели, захватывая край S₅ верхней доли.

По данным патоморфологического исследования удаленной нижней доли левого легкого (№ 55651-55669/15 г.) (рис. 2): дифференциальная диагностика между плоскоклеточной (крупноклеточной) карциномой легкого и хорионкарциномой.

Для уточнения гистогенеза опухоли было выполнено иммуногистохимическое исследование (рис. 3): Inhidin, alpha (Clone R1, Ventana): -/+ (фокально); Progesterone Receptor (Clone 1E2, Ventana): -/+ (слабо); Cytokeratin 10 (Clone SP99, Ventana): -; Cytokeratin 18 (Clone DC10, Dako): +; TTF1 (Clone SP 141, Spring Bioscience): -; P63 (Clone 4A4, Ventana): +; Ki-67 (Clone MIB-1, Ventana): около 40 %; Cytokeratin 7 (Clone OV-TL 12/30, Monosan): -/+ (фокально); PLAP (Clone NB10, Ventana): -; CD56 (Clone TBO1, Dako): -; CD117 (c-kit, Clone SP26, Spring Bioscience): -. Заключение: иммунофенотип опухолевых клеток более всего соответствует множественному поражению при хориокарциноме.

Консультирована акушером-гинекологом (01.07.2015) с проведением лечебно-диагностического выскабливания стенок полости матки и цервикального канала, ножевой биопсии шейки матки. Патологии не выявлено. Дополнительно установлено повышение уровня СА-125 до 39,98 ед./мл.

При магнитно-резонансной томографии органов малого таза (19.07.2015) (рис. 4): в мио-

нотациях revealed no pathology apart from the increased level of CA-125 up to 39.98 units/ml.

MRI examination of the pelvic organs on 19.07.2015 (Fig. 4) visualized a sharply margined mass of 2.5 × 3 cm in diameter located at the bottom of the uterus that deformed its cavity and, to the lesser extent, its outer surface. From the serous surface the tumor was separated by 3 mm-thick myometrium. In the posterior-anterior section of the bladder, medially posteriorly from the urethral opening two submucosal masses of oval shape and the size of 5–6 mm were visualized.

On 22.07.2015 the patient underwent removal of the uterus and fallopian tubes. Perioperatively the uterus was asymmetric, extended in size and deformed to the right tubal angle due to a 3 cm tumor adhering to the uterine wall up to the serous tunic. The postoperative diagnosis was the trophoblastic tumor (third-stage chorioncarcinoma) T1M1a with multiple metastases to the lungs.

CONCLUSION

The presented clinical case demonstrates the difficulty of diagnostics in the case of the trophoblastic disease with multiple lung metastases. We hope that our experience can be useful for the physicians working with oncological patients.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

метрии дна матки ближе к правому трубному углу было выявлено четко очерченное образование размером 2.5 × 3 см, деформирующее полость матки и, в меньшей степени, наружную поверхность (от серозной поверхности матки образование отделено прослойкой миометрия толщиной до 3 мм). В задне-нижних отделах мочевого пузыря, медиально кзади от отверстия уретры, определялись два подслизистых образования овальной формы диаметром до 5–6 мм.

Пациентке была выполнена операция 22.07.2015 в объеме экстирпации матки с маточными трубами. Интраоперационно: матка асимметрична, увеличена в объеме, деформирована в правом маточном углу. Макроскопически: на разрезе в полости матки в правом трубном углу — опухоль до 3 см, проросла в стенку матки до

серозной оболочки. Послеоперационный диагноз: трофобластическая опухоль (гистологически — хорионкарцинома III стадии) T1M1a. Множественные метастазы в легкие.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приведенное клиническое наблюдение наглядно демонстрирует сложность постановки диагноза при трофобластической болезни с множественными отдаленными метастазами в легкие. Надеемся, что представленный случай из клинической практики будет полезным для врачей, занимающихся диагностикой и лечением онкопатологии.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мацко Д.Е., Черемных А.О. Морфологическая характеристика трофобластической болезни // *Практ. онкология*. 2008. Т. 9, № 3. С. 145–149.
2. Акушерство. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. С. 930–941.
3. Касчиато Д. Онкология: пер. с англ. М.: Практика, 2008. С. 396–401.
4. Кох Л.И. Хориокарцинома (случай из практики) // *Сиб. онкологич. журн.* 2014. № 5. С. 78–80.
5. Чернышева А.Л. Хориокарцинома матки // *Сиб. онкологич. журн.* 2003. № 3. С. 35–36.
6. Lurain J.R., Singh D.K., Schink J.C. Management of metastatic high-risk gestational trophoblastic neoplasia: FIGO stages 2–4: risk factor score > or = 7 // *J. Reprod. Med.* 2010. Vol. 55, No. 5–6. P. 199–207.
7. Онкология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. С. 837–838.
8. Гасанбекова З.А., Алиев С.А. К вопросу о лечении трофобластической болезни // *Пробл. репродукции*. 2013. № 1. С. 33–34.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Чикинев Юрий Владимирович — д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной и детской хирургии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Дробязгин Евгений Александрович — д-р мед. наук, профессор кафедры госпитальной и детской хирургии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России; торакальный хирург, эндоскопист отделения торакальной хирургии ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница».

Дергилев Александр Петрович — д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой лучевой диагностики ФГБОУ ВО «Новосибирский государствен-

REFERENCES

1. Matsko D.E., Cheremnyh S.A. (2008). Morphological characteristics of the trophoblastic disease. *Practical oncology*, 9, 3, 145–149. In Russ.
2. *Obstetrics. National guidelines*. (2007). Moscow: GEOTAR-Media Publ., 930–941. In Russ.
3. Casciato D. (Ed.) (2008). *Oncology* (Trans. from Eng.) Moscow: Practica. Publ., 396–401. (Original work published 2004).
4. Kokh L.I. (2014). Choriocarcinoma (case report). *Siberian Journal of Oncology*, 5, 78–80.
5. Chernyshova A.L. (2003). Uterine choriocarcinoma. *Siberian Journal of Oncology*, 3, 35–36. In Russ.
6. Lurain J.R., Singh D.K., Schink J.C. (2010). Management of metastatic high-risk gestational trophoblastic neoplasia: FIGO stages 2–4: risk factor score > or = 7. *J. Reprod. Med.*, 55, 5–6, 199–207.
7. *Oncology. National guidelines* (2008). Moscow: GEOTAR-Media Publ., 837–838. In Russ.
8. Gasanbekova Z.A., Aliev S.A. (2013). Management of trophoblastic disease. *Problemy Reproduktsii*, 1, 33–34.

ABOUT THE AUTHORS

Chikinev Yuriy Vladimirovich — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Hospital and Pediatric Surgery at Novosibirsk State Medical University.

Droblyazgin Evgeniy Aleksandrovich — Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Hospital and Pediatric Surgery at Novosibirsk State Medical University; Thoracic Surgeon, Endoscopist of the Department of Thoracic Surgery at Novosibirsk State Regional Clinical Hospital.

Dergilev Aleksandr Petrovich — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Radiological Diagnostics Department at Novosibirsk State Medical University.

Sudarkina Anna Vladimirovna — Teaching Assistant of the Radiological Diagnostics Department at Novosibirsk State Medical University.

ный медицинский университет» Минздрава России.

Сударкина Анна Владимировна — ассистент кафедры лучевой диагностики ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Щербина Константин Игоревич — врач — торакальный хирург отделения торакальной хирургии ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница».

Качесов Игорь Викторович — заведующий отделением патологической анатомии ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница».

Марченко Андрей Анатольевич — врач отделения патологической анатомии ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница».

Образец цитирования: Чикинев Ю.В., Дробязгин Е.А., Дергилев А.П., Сударкина А.В., Щербина К.И., Качесов И.В., Марченко А.А. Лечение пациентки с хорионкарциномой и множественными метастазами в легкие (клинический случай) // Journal of Siberian Medical Sciences. 2018. № 2. С. 43–50.

Shcherbina Konstantin Igorevich — Physician — Thoracic Surgeon of the Department of Thoracic Surgery at Novosibirsk State Regional Clinical Hospital.

Kachesov Igor Viktorovich — Head of the Department of Pathological Anatomy at Novosibirsk State Regional Clinical Hospital.

Marchenko Andrey Anatolevich — Physician of the Department of Pathological Anatomy at Novosibirsk State Regional Clinical Hospital.

Citation example: Chikinev Yu.V., Drobyazgin E.A., Dergilev A.P., Sudarkina A.V., Shcherbina K.I., Kachesov I.V., Marchenko A.A. (2018). Treatment of chorioncarcinoma with multiple lung metastases (case report). *Journal of Siberian Medical Sciences*, 2, 43–50.