



се последующего анализа меток БАИК в соответствующей группе было верифицировано 7 (0,15%) случаев рака молочной железы. В итоге, в процессе первичного скрининга было верифицировано 187 и 165 случаев рака молочной железы, соответственно ( $p=0,0477$ ). В процессе последующего наблюдения в течение 3 лет в группе CAD+БАИК было идентифицировано 16 случаев рака молочной железы (0,35%), из которых у 2 пациенток (0,04%) в зоне впоследствии верифицированного рака молочной железы обнаруживались микрокальцинаты. В группе CAD соответствующие показатели составили 22 (0,48%) и 9 (0,20%) случаев, соответственно ( $p=0,054$ ).

### Выводы/заключение

Включение БАИК в структуру CAD обеспечивает достоверное (на 5,81%) повышение выявляемости рака молочной железы, проявляющихся кальцинатами, за счет небольшого (на 0,89%) повышения частоты вызова пациенток для дообследования.

Основные результаты разделов «Материал и методы» и «Результаты» получены Д.В. Пасынковым и И.А. Егошиным при поддержке гранта Российского научного фонда № 24-21-00031, <https://rscf.ru/project/24-21-00031/>.

## ОСОБЕННОСТИ КЛАССИФИКАЦИИ МИОМЫ МАТКИ С ПОМОЩЬЮ ОБЪЕМНОГО СКАНИРОВАНИЯ

Тихоненко И.В.

г. Минск

**Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения УО «БГМУ»**

### Актуальность

Миома матки – наиболее частое новообразование органов малого таза у женщин репродуктивного возраста. Основными моментами для выбора лечения считаются размер и локализация узлов миомы, а неточности в классификации и описании узлов в протоколе УЗИ могут приводить к неадекватному планированию хирургических вмешательств.

### Цель

Оценить классифицирование миоматозных узлов при УЗИ в В-режиме и при использовании объемного сканирования (3Д-) и сравнить с результатами, полученными при проведении хирургических манипуляций и вмешательств.

### Материалы и методы

Ретроспективное изучение ультразвуковых протоколов и изображений проведенных ультразвуковых исследований трансабдоминальным и трансвагинальным доступами в режиме 2Д- и режиме 3Д- (трансвагинальным доступом) у 23 пациенток, которым были выполнены гистероскопия с последующими гистерорезектоскопией либо консервативной миомэктомией.

### Результат

С помощью 2Д-ультразвукового исследования узлы были классифицированы следующим образом: 4 (17,4%) – 0 тип, 3 (13,0%) – 1 тип, 7 (31,8%) – 2 тип, 4 (17,4%) – 3 тип, 3 (13,0%) – 4 тип, 2 (8,8%) – 6 тип. При проведении объемного сканирования к 0му типу были отнесены 6 (26,1%), к 1му – 5 (21,7%), к 2му – 7 (30,4%), к 3му – 3 (13,0%), к 4му – 2 (8,8%). Таким образом, к узлам с субмукозным компонентом (0-2 типов) при применении объемного сканирования было отнесено 78,2% узлов, тогда как при 2Д-сканировании – 60,8%. В результате диагностических манипуляций и хирургических вмешательств у этих пациенток узлы были классифицированы следующим образом: 0 тип – 5 (21,7%), 1 тип – 7 (30,4%), 2 тип – 6 (26,1%), 3 тип – 2 (8,8%) и 4 тип – 3 (13,0%), то есть узлы с субмукозным компонентом встречались в 78,2% случаев, что совпадает с результатами объемного УЗ-сканирования. Коэффициент корреляции Спирмена между исследованием в 2Д-режиме и результатами хирургических вмешательств составил -0,043, а между исследованием в 3Д- и теми же результатами – -0,333 ( $p<0,05$ ). Коэффициент конкордации составил -0,089 (доверительный интервал -0,02-0,05).

### Выводы/заключение

Применение объемного ультразвукового сканирования трансвагинальным доступом позволяет оценить локализацию миоматозных узлов и классифицировать их точнее, чем исследование в 2Д-режиме, что позволяет планировать оптимальные способ и объем оперативных вмешательств.

# МАТЕРИАЛЫ

XVIII Всероссийский национальный конгресс  
лучевых диагностов и терапевтов

«РАДИОЛОГИЯ – 2024»

28–30 мая 2024 года  
Технопарк Сколково,  
территория инновационного центра Сколково,  
г. Москва, Большой бульвар, д. 42, стр.1  
М., 2024 – 229 с.

ISBN 978-5-906484-78-9

©«МЕДИ Экспо», 2024