

№	Вопросы и варианты ответов	Всего голосов	Результаты опроса (количество голосов, %)				
			A	B	C	D	E
1	<p>Пациентка, 36 лет, с диагнозом: рак левой молочной железы cT1N0M0, на первом этапе лечения выполнена операция. Инвазивная неспецифицированная карцинома молочной железы G3 (3+3+2), pT2N0, ER 100%; (5+3) = 8 баллов, PR 100%; (5+3) = 8 баллов, Ki67 35%. HER2 имеет гетерогенный характер экспрессии: полное мембранное окрашивание около 5 % опухолевых клеток, остальная площадь опухоли имеет различный уровень экспрессии. FISH № 1 из 5% с полным мембранным окрашиванием: ген амплифицирован. FISH № 2 из гетерогенно окрашенных клеток: ген не амплифицирован. Будете ли Вы расценивать опухоль как HER2-позитивную при раннем раке молочной железы?</p> <p>Варианты ответов: A: Нет. В соответствии с требованиями к оценке позитивного HER2 статуса ASCO-CAP 2018 установлено пороговое значение в 10% опухолевых клеток, удовлетворяющих критериям позитивности. B: Да. Соответствует критериям HER2-low в трактовке консенсуса ESMO 2023, но данная категория рассматривается только в контексте метастатического РМЖ. C: Воздержусь от ответа.</p> <p>Консенсус не достигнут.</p>	35 голосов 100%	17 голосов 48,57%	14 голосов 40%	4 голоса 11,43%	-	-
2	<p>Пациентка в постменопаузе с диагнозом: мультицентричная форма рака молочной железы cT1N0M0 (трепанобиоптат: инвазивная неспецифицированная карцинома молочной железы G1 (2+1+1), ER 100%; (5+3) = 8 баллов, PR 100%; (5+3) = 8 баллов, HER2 0, Ki67 10 %. Операцией выбора является:</p> <p>Варианты ответов: A: Мастэктомия и биопсия сигнальных лимфатических узлов (БСЛУ). B: Мастэктомия с реконструкцией и БСЛУ. C: Органосохраняющая операция и БСЛУ. D: Объем операции определяется с учетом размера молочной железы и/или локализации очагов + БСЛУ. E: Воздержусь от ответа.</p> <p>Консенсус не достигнут.</p>	35 голосов 100%	4 голоса 11,43%	5 голосов 14,29%	6 голосов 17,14%	16 голосов 45,71%	4 голоса 11,43%
3	<p>Пациентка, 61 год, с диагнозом: рак левой молочной железы cT2N1M0 (трепанобиоптат: инвазивная неспецифицированная карцинома молочной железы G2 (3+2+1), ER 100%; (5+3) = 8 баллов, PR 100%; (5+3) = 8 баллов, HER2 1+, Ki67 15 %). Оптимальный вариант тактики лечения:</p> <p>Варианты ответов: A: Тестовая гормонотерапия с последующим хирургическим вмешательством. B: Неoadъювантная гормонотерапия. C: Неoadъювантная химиотерапия. D: Хирургическое вмешательство. E: Воздержусь от ответа.</p> <p>Консенсус достигнут.</p>	33 голосов 100%	18 голосов 54,55%	5 голосов 15,15%	4 голоса 12,12%	3 голоса 9,09%	3 голоса 9,09%

№	Вопросы и варианты ответов	Всего голосов	Результаты опроса (количество голосов, %)				
			A	B	C	D	E
4	<p>Пациентка, 44 года, с диагнозом: рак правой молочной железы cT2N1M0 (трепанобиоптат: инвазивная неспецифицированная карцинома молочной железы G1 (2+1+1), ER 100%; (5+3) = 8 баллов, PR 100%; (5+3) = 8 баллов, HER2 0, Ki67 10 %). Оптимальный вариант терапии:</p> <p>Варианты ответов: A: Хирургическое вмешательство. B: Неoadьювантная химиотерапия. C: Тестовая гормонотерапия ингибиторами ароматазы на фоне овариальной супрессии. D: Воздержусь от ответа.</p> <p>Консенсус не достигнут.</p>	35 голосов 100%	16 голосов 45,71%	5 голосов 14,29%	9 голосов 25,71%	5 голосов 14,29%	-
5	<p>Пациентка, 30 лет, с диагнозом: рак левой молочной железы cT2N0M0 (трепанобиоптат: инвазивная неспецифицированная карцинома молочной железы G3 (3+3+3), ER 0, PR 0, HER2 0, Ki67 70 %). BRCA1 мутация обнаружена. ddAC×4 с первичной Г-КСФ профилактикой → (P+карбо)×12. Полный клинический ответ. Какой объем хирургического вмешательства Вы будете рекомендовать?</p> <p>Варианты ответов: A: Мастэктомия и биопсия сигнальных лимфатических узлов (БСЛУ). B: Органосохраняющая операция и БСЛУ. C: Билатеральная мастэктомия и БСЛУ слева. D: Воздержусь от ответа.</p> <p>Консенсус достигнут.</p>	30 голосов 100%	3 голоса 10%	5 голосов 16,67%	19 голосов 63,33%	3 голоса 10%	-
6	<p>Оптимальный край резекции при выполнении органосохраняющей операции для пациента с трижды негативной опухолью после неoadьювантной системной терапии с частичным клиническим ответом:</p> <p>Варианты ответов: A: Отсутствие краски на инвазивной опухоли. B: 1 мм между остаточной инвазивной опухолью и окрашенным краем резекции. C: 2 мм между остаточной инвазивной опухолью и окрашенным краем резекции. D: Воздержусь от ответа.</p> <p>Консенсус достигнут.</p>	29 голосов 100%	16 голосов 55,17%	2 голоса 6,9%	9 голосов 31,03%	2 голоса 7%	-
7	<p>Нужно ли выполнять интраоперационное гистологическое исследование краев операционного препарата при органосохраняющих операциях:</p> <p>Варианты ответов: A: Да. B: Нет. C: Воздержусь от ответа.</p> <p>Консенсус достигнут.</p>	24 голосов 100%	12 голосов 50%	7 голосов 29,17%	5 голосов 20,83%	-	-

№	Вопросы и варианты ответов	Всего голосов	Результаты опроса (количество голосов, %)				
			A	B	C	D	E
8	<p>Пациентка, 62 года, в анамнезе 8 лет назад выполнены органосохраняющая операция с лучевой терапией и адъювантной системной терапией по поводу гормоноположительного HER-негативного рака молочной железы pT2N0M0.</p> <p>В настоящее время ипсилатеральный рецидив опухоли (< 2 см), G3 (3+2+3), ER 70%; (5+3) = 8 баллов, PR 0, HER2 0.</p> <p>Рекомендации по дальнейшему хирургическому лечению:</p> <p>Варианты голосов: A: Органосохраняющая операция с повторным облучением. B: Органосохраняющая операция. C: Мастэктомия (с возможной одномоментной реконструкцией). D: Воздержусь от ответа.</p> <p>Консенсус не достигнут.</p>	36 голосов 100%	11 голосов 30,55%	5 голосов 13,89%	15 голосов 41,67%	5 голосов 13,89%	-
9	<p>Какой объем лучевой терапии представляется оптимальным у пациентов с поражением подмышечных лимфатических узлов cN1 в том случае, если после проведения неoadъювантной системной терапии достигнут статус pN0?</p> <p>Варианты ответов: A: Облучение только оставшейся ткани молочной железы. B: Облучение молочной железы и 1-2 уровней подмышечных лимфатических узлов (ЛУ), включая межпекторальные ЛУ. C: Облучение молочной железы и всех уровней (с первого по третий, надключичные ЛУ). D: Воздержусь от ответа.</p> <p>Консенсус не достигнут.</p>	36 голосов 100%	6 голосов 16,67%	12 голосов 33,33%	6 голосов 16,67%	12 голосов 33,33%	-
10	<p>Может ли послеоперационная лучевая терапия рассматриваться как альтернатива аксиллярной лимфодиссекции у пациентов с поражением 1-2 сигнальных ЛУ (статус pN1)?</p> <p>Варианты ответов: A: Да. B: Нет. C: Воздержусь от ответа.</p> <p>Консенсус достигнут.</p>	36 голосов 100%	19 голосов 52,78%	5 голосов 13,89%	12 голосов 33,33%	-	-
11	<p>Существует ли группа пациентов, для которых подходит интраоперационная ЛТ?</p> <p>Варианты ответов: A: Да. B: Нет. C: Воздержусь от ответа.</p> <p>Консенсус не достигнут.</p>	34 голосов 100%	15 голосов 44,12%	9 голосов 26,47%	10 голосов 29,41%	-	-

№	Вопросы и варианты ответов	Всего голосов	Результаты опроса (количество голосов, %)				
			A	B	C	D	E
12	<p>Пациентка, 49 лет, с диагнозом: рак левой молочной железы cT3N1M0, (инвазивная неспецифицированная карцинома молочной железы G3 (3+3+3), ER 0, PR 0, HER2 3+, Ki67 60 %). После неoadьювантной терапии TCHPх6 не достигнут полный патоморфологический ответ, ypT1a(m)N0M0, RCB class 1, ER 0, PR 0, HER2 0, Ki67 35 %.</p> <p>Оптимальный вариант последующей адьювантной лекарственной антиHER2-терапии:</p> <p>Варианты ответов: A: Адьювантная терапия трастузумабом. B: Адьювантная терапия двойной блокадой трастузумабом и пертузумабом. C: Адьювантная терапия трастузумаб эмтанзином. D: Воздержусь от ответа.</p> <p>Консенсус не достигнут.</p>	35 голосов 100%	10 голосов 28,57%	3 голоса 8,57%	17 голосов 48,57%	5 голосов 14,29%	-
13	<p>Какова оптимальная длительность адьювантной гормонотерапии у пациентки, 59 лет, с диагнозом рак молочной железы G2 (3+2+1) II клинической стадии с N0 статусом (ER 100%; (5+3) = 8 баллов, PR 100%; (5+3) = 8 баллов, HER2 1+, Ki67 35 %)?</p> <p>Варианты ответов: A: 5 лет. B: 7-8 лет. C: 10 лет. D: Воздержусь от ответа.</p> <p>Консенсус не достигнут.</p>	35 голосов 100%	13 голосов 37,14%	10 голосов 28,57%	8 голосов 22,86%	4 голоса 11,43%	-
14	<p>Пациентка, 32 года, с диагнозом: рак правой молочной железы (c)T2N1M0 (p)T2N2M0 (трепанобиоптат: инвазивная неспецифицированная карцинома молочной железы G3 (3+2+3), ER 100%; (5+3) = 8 баллов, PR 5%; (2+1) = 3 балла, HER2 1+, Ki67 70 %). Выполнены органосохраняющая операция, адьювантная лучевая терапия, адьювантная химиотерапия и начата адьювантная гормонотерапия с лекарственной овариальной супрессией. Добавьте ли Вы CDK4/6 ингибитор (абемациклиб) к адьювантной гормонотерапии?</p> <p>Варианты ответов: A: Да. B: Нет. C: Воздержусь от ответа.</p> <p>Консенсус достигнут.</p>	37 голосов 100%	20 голосов 54,05%	13 голосов 35,14%	4 голоса 10,81%	-	-

№	Вопросы и варианты ответов	Всего голосов	Результаты опроса (количество голосов, %)				
			A	B	C	D	E
15	<p>Пациентка, 40 лет, с диагнозом: рак левой молочной железы cT3N1M0 (инвазивная неспецифицированная карцинома молочной железы G3 (3+3+3), ER 100%; (5+3) = 8 баллов, PR 0, HER2 0, Ki67 60 %). ddAC×4 с первичной Г-КСФ профилактикой → P×12. Полный патоморфологический ответ не достигнут: резидуальная опухоль G2 (3+3+1), ypT1b(m)N1M0 (ER 0, PR 0, HER2 0, Ki67 35 %). RCB class III. BRCA мутация не обнаружена. Какая оптимальная тактика адъювантного лекарственного лечения?</p> <p>Варианты ответов: A: Капецитабин, далее адъювантная гормонотерапия (ГТ) + овариальная супрессия. B: Адъювантная ГТ + овариальная супрессия + CDK4/6 ингибитор абемациклиб. C: Адъювантная ГТ + овариальная супрессия. D: Воздержусь от ответа.</p> <p>Консенсус не достигнут.</p>	35 голосов 100%	13 голосов 37,14%	9 голосов 25,71%	8 голосов 22,86%	5 голосов 14,29%	-
16	<p>Следует ли добавлять карбоплатин к неoadъювантной химиотерапии по схеме ddAC-T пременопаузальным пациентам при ТНРМЖ 2-3 стадии?</p> <p>Варианты ответов: A: Да. B: Нет. C: Воздержусь от ответа.</p>	-	-	-	-	-	-
17	<p>Пациентка, 36 лет, с диагнозом: BRCA1-ассоциированный рак левой молочной железы (c) T2N0M0, опухоль по инструментальным обследованиям — 2,1 см (трепанобиоптат: инвазивная неспецифицированная карцинома молочной железы G3 (3+3+3), ER 0 баллов, PR 0 баллов, HER2 1+, Ki67 80 %). Тактика лечения?</p> <p>Варианты ответов: A: Оперативное вмешательство — адъювантная системная терапия, включающая антрациклиновые антибиотики с последующим назначением таксанов. B: Неoadъювантная системная терапия, включающая антрациклины с последующим назначением таксанов в сочетании с препаратами платины, оперативное вмешательство — адъювантная терапия согласно патоморфологическому ответу. C: Воздержусь от ответа.</p> <p>Консенсус достигнут.</p>	32 голосов 100%	4 голоса 12,5%	25 голосов 78,12%	3 голоса 9,38%	-	-

№	Вопросы и варианты ответов	Всего голосов	Результаты опроса (количество голосов, %)				
			A	B	C	D	E
18	<p>Пациентка, 32 лет, с диагнозом: рак левой молочной железы cT3N1M0 (трепанобиоптат: инвазивная неспецифицированная карцинома молочной железы G3 (3+3+3), ER 100%; (5+3) = 8 баллов, PR 100%; (5+3) = 8 баллов, HER2 0, Ki67 45 %) с носительством герминальной мутации в гене BRCA 2 типа.</p> <p>После проведения неoadъювантной терапии полный ответ не достигнут: резидуальная опухоль G2 (3+3+1), ypT2N1M0, RCB class III (ER 100%; (5+3) = 8 баллов, PR 0, HER2 0, Ki67 20 %).</p> <p>Следует ли назначать адъювантную таргетную терапию олапарибом?</p> <p>Варианты ответов: A: Да. B: Нет. C: Воздержусь от ответа.</p> <p>Консенсус достигнут.</p>	36 голосов 100%	20 голосов 55,56%	8 голосов 22,22%	8 голосов 22,22%	-	-
19	<p>Пациентка, 41 год, с диагнозом: рак левой молочной железы cT2N2M0 (трепанобиоптат: инвазивная неспецифицированная карцинома молочной железы G2 (3+2+2), ER 100%; (5+3) = 8 баллов, PR 100%; (5+3) = 8 баллов, HER2 1+, Ki67 30 %). Запланировано ddAC×4 с первичной Г-КСФ профилактикой → P×12.</p> <p>Необходимо ли назначение овариальной супрессии?</p> <p>Варианты ответов: A: Да. B: Да, если пациентка планирует беременность. C: Нет. D: Воздержусь от ответа.</p> <p>Консенсус достигнут.</p>	36 голосов 100%	9 голосов 25%	16 голосов 44,45%	7 голосов 19,44%	4 голоса 11,11%	-
20	<p>Пациентка, 28 лет, РМЖ (с)T2N2M0 (трепанобиоптат: инвазивная неспецифицированная карцинома молочной железы G3 (3+2+3), ER 100%; (5+3) = 8 баллов, PR 5%; (2+2) = 4 балла, HER2 1+, Ki67 80 %).</p> <p>Как этап комплексного лечения получает адъювантную ГТ тамоксифеном на фоне овариальной супрессии. Больная настаивает на перерыве в лечении тамоксифеном после 2 лет терапии с целью реализации репродуктивной функции.</p> <p>Варианты ответов: A: Согласитесь с мнением пациентки и будете рекомендовать продолжить адъювантную гормонотерапию (АГТ) в полном объеме после реализации репродуктивной функции. B: Сошлетесь на высокий риск рецидива, в связи с чем будете рекомендовать продолжить АГТ в полном объеме без перерывов на беременность. Предложите вернуться к вопросу беременности через 2 года после завершения АГТ. C: Вариант В + порекомендую генетическое тестирование на определение наследственных мутаций не только в гене BRCA1/2, но и в гене p53 (синдром Ли-Фраумени) для оценки риска развития вторых и третьих злокачественных новообразований) в течение жизни и риска развития множественных ЗНО в последующих поколениях. D: Воздержусь от ответа.</p> <p>Консенсус достигнут.</p>	35 голосов 100%	7 голосов 20%	10 голосов 28,57%	15 голосов 42,86%	3 голоса 8,57%	-

№	Вопросы и варианты ответов	Всего голосов	Результаты опроса (количество голосов, %)				
			A	B	C	D	E
21	<p>Назначение золедроновой кислоты в адъювантном режиме у больных ранним гормонопозитивным РМЖ на фоне овариальной супрессии и приема ингибиторов ароматазы с адъювантной целью:</p> <p>Варианты ответов: A: Назначаю сразу с целью профилактики остеопороза и снижения риска рецидива болезни. B: Назначаю по результатам денситометрии. C: Воздержусь от ответа.</p> <p>Консенсус достигнут.</p>	36 голосов 100%	22 голоса 61,11%	9 голосов 25%	5 голосов 13,89%	-	-
22	<p>Применение CDK4/6 ингибиторов в комбинации с гормонотерапией в качестве терапии 1-й линии предпочтительно для пациентов метастатическим РМЖ, учитывая данные по преимуществу общей выживаемости и различные варианты второй линии терапии.</p> <p>Варианты ответов: A: Да. B: Нет. C: Воздержусь от ответа.</p> <p>Консенсус достигнут.</p>	37 голосов 100%	25 голосов 67,57%	7 голосов 18,92%	5 голосов 13,51%	-	-
23	<p>Пациентка, 40 лет, с диагнозом рак правой молочной железы cT3N2M1 (трепанобиоптат опухоли молочной железы: неспецифицированная карцинома молочной железы G (3+3+2), ER 100%; (5+3) = 8 баллов, PR 5%; (2+2) = 4 балла, HER2 1+, Ki67 40 %). Мутации BRCA 1/2 и PIK3CA не обнаружены.</p> <p>Множественные метастазы в печени, повышение уровня общего билирубина × 1,5 ВГН, повышение трансаминаз × 4 ВГН. ECOG1.</p> <p>Оптимальный вариант первой линии лекарственного лечения:</p> <p>Варианты ответов: A: Химиотерапия. B: CDK4/6 ингибиторы + овариальная супрессия + ГТ. C: Воздержусь от ответа.</p> <p>Консенсус достигнут.</p>	35 голосов 100%	10 голосов 28,57%	20 голосов 57,14%	5 голосов 14,29%	-	-
24	<p>Какую патогенетическую лекарственную терапию Вы назначите после купирования висцерального криза посредством 18 введений еженедельного паклитаксела с эффектом стабилизация первично-метастатической инвазивной неспецифицированной карциномы молочной железы (трепанобиоптат опухоли молочной железы: неспецифицированная карцинома молочной железы G3 (3+3+3), ER 100%; (5+3) = 8 баллов, PR 100%; (5+3) = 8 баллов, HER2 1+, Ki67 40 %)? Регресс очагов по RECIST - 25%. Мутации BRCA 1/2 и PIK3CA не обнаружены.</p> <p>Варианты ответов: A: Гормонотерапия. B: CDK4/6 ингибиторы + ГТ. C: Воздержусь от ответа.</p> <p>Консенсус достигнут.</p>	32 голосов 100%	9 голосов 28,13%	16 голосов 50%	7 голосов 21,87%	-	-

№	Вопросы и варианты ответов	Всего голосов	Результаты опроса (количество голосов, %)				
			A	B	C	D	E
25	<p>Повторное применение комбинированной гормонотерапии и CDK4/6 ингибиторов после прогрессирования:</p> <p>Варианты ответов: A: Не рекомендуется ввиду противоречивых результатов. B: Возможно назначение - при условии продолжительного голоса гормонотерапии + CDK4/6 ингибитора, длительного интервала после завершения предыдущей терапии CDK4/6 ингибитором, наличии висцеральных метастазов. C: Воздержусь от ответа.</p> <p>Консенсус не достигнут.</p>	30 голосов 100%	8 голосов 26,66%	11 голосов 36,67%	11 голосов 36,67%	-	-
26	<p>Пациентка, 58 лет, РМЖ (с)T2N2M1 (очаг в легком 1 см). Резекция очага в легком R0 с последующей верификацией (инвазивная неспецифицированная карцинома молочной железы G3 (3+3+2), ER 100%; (5+3) = 8 баллов, PR 5%; (2+2) = 4 балла, HER2 1+, Ki67 35 %. Мутации BRCA 1/2 типа и PIK3CA не обнаружены. Оптимальный вариант дальнейшей терапии?</p> <p>Варианты ответов: A: Гормонотерапия. B: Гормонотерапия + CDK 4/6 ингибиторы. C: Воздержусь от ответа.</p> <p>Консенсус достигнут.</p>	33 голосов 100%	6 голосов 18,18%	22 голоса 66,67%	5 голосов 15,15%	-	-
27	<p>Пациентка, 44 года, с диагнозом: первичный метастатический трижды негативный РМЖ с прогрессированием процесса после 5 циклов I линии платиносодержащей полихимиотерапии. Выявлена мутация в гене BRCA 1 методом NGS. Целесообразно ли назначение PARP ингибиторов после прогрессирования на препаратах платины?</p> <p>Варианты ответов: A: Да. B: Нет. C: Воздержусь от ответа.</p> <p>Консенсус достигнут.</p>	38 голосов 100%	24 голоса 63,16%	7 голосов 18,42%	7 голосов 18,42%	-	-
28	<p>Пациентка, 36 лет, с диагнозом: BRCA1-ассоциированный ТНРМЖ (с)T2N0M0. Комплексное лечение, включающее неoadъювантную химиотерапию ddAC×4 с первичной Г-КСФ профилактикой → (P+карбо)×12 с полным патоморфологическим ответом, (yp)T0N0M0, RCB class 0. Метастаз в головном мозге (ГМ) через 1 год. Резекция олигометастаза в головном мозге (метастаз инвазивной карциномы молочной железы, ER 0, PR 0, HER2 1+, Ki67 40 %, PD-L1 CPS = 15) с последующей лучевой терапией на ложе опухоли. Оптимальный вариант дальнейшего лечения:</p> <p>Варианты ответов: A: Динамическое наблюдение. B: Химиоиммунотерапия до прогрессирования или непереносимой токсичности. C: PARP-ингибиторы до прогрессирования или непереносимой токсичности. D: Олапариб в течение 1 года. E: Воздержусь от ответа.</p> <p>Консенсус не достигнут.</p>	36 голосов 100%	9 голосов 25%	5 голосов 13,9%	7 голосов 19,44%	8 голосов 22,22%	7 голосов 19,44%

№	Вопросы и варианты ответов	Всего голосов	Результаты опроса (количество голосов, %)				
			A	B	C	D	E
29	<p>Пациентка, 54 лет, с диагнозом: инвазивная неспецифицированная карцинома молочной железы G3 (3+3+3), ER 0, PR 0, HER2 3+, Ki67 60 %, (c)T3N1M0. Комплексное лечение, включающее неoadъювантную терапию ТСРНх6 с полным патоморфологическим ответом, (yp)T0N0M0, RCB class 0. Через 3 месяца после завершения адъювантной терапии трастузумабом — олигометастаз 1,5 см в головном мозге без неврологического дефицита по данным МРТ с контрастом. Экстракраниально-го прогрессирования нет.</p> <p>Оптимальный вариант дальнейшего лечения:</p> <p>Варианты ответов: A: Стереотаксическая лучевая терапия (ЛТ) или резекция + верификация олигометастаза с последующей ЛТ на ложе опухоли и динамическое наблюдение. B: Стереотаксическая ЛТ или резекция + верификация олигометастаза с последующей ЛТ на ложе опухоли и трастузумаб эмтанзин до прогрессирования или непереносимой токсичности. C: Трастузумаб дерукстекан до прогрессирования или непереносимой токсичности. D: Воздержусь от ответа.</p> <p>Консенсус не достигнут.</p>	35 голосов 100%	11 голосов 31,43%	11 голосов 31,43%	7 голосов 20%	6 голосов 17,14%	-
30	<p>В каком материале оценка экспрессии HER2-low может послужить основанием при планировании назначения Трастузумаб-дерукстекана при метастатическом РМЖ:</p> <p>Варианты ответов: A: В первичной опухоли. B: В отдаленных метастазах C: В любом доступном материале. D: Воздержусь.</p> <p>Консенсус достигнут.</p>	37 голосов 100%	0 голосов 0%	6 голосов 16,22%	25 голосов 67,56%	6 голосов 16,22%	-
31	<p>Какова длительность назначения остеомодифицирующих агентов (ОМА) у больных метастатическим РМЖ в случае стабилизации процесса?</p> <p>Варианты ответов: A: Срок назначения не определен. B: В случае стабилизации процесса — до 2-х лет. C: Воздержусь от ответа.</p> <p>Консенсус не достигнут.</p>	38 голосов 100%	14 голосов 36,84%	15 голосов 39,48%	9 голосов 23,68%	-	-
32	<p>В случае развития остеонекроза нижней челюсти с последующим его хирургическим лечением на фоне приема остеомодифицирующих агентов (ОМА):</p> <p>Варианты ответов: A: Отменить назначение ОМА полностью. B: Прекратить ОМА до полного купирования остеонекроза и возобновить терапию при прогрессировании костных метастазов. C: Прекратить ОМА и возобновить после полного купирования остеонекроза. D: Воздержусь от ответа.</p> <p>Консенсус достигнут.</p>	37 голосов 100%	10 голосов 27,03%	16 голосов 43,24%	7 голосов 18,92%	4 голоса 10,81%	-

Примечание по методологии.

1. Все члены консенсуса голосовали во время прямого эфира по всем вопросам, но экспертам с потенциальным конфликтом интересов или тем, кто не мог корректно ответить на вопрос (например, из-за отсутствия опыта в определенной области), было рекомендовано не голосовать по данному вопросу.

2. Данный консенсус по сложным или спорным клиническим задачам, решение которых основано как на современных клинических исследованиях, так и на мнениях экспертов, считался достигнутым, если набирал 50% голосов экспертов и более.