№	Вопрос	Всего голосов	Результаты опроса (количество голосов, %)				
			A	B	C	D	E
1	**Диапазон 1–10 % ядер опухолевых клеток с низкой экспрессией ER. Экспрессия ER-*low positive* рассматривается как серая зона, в которой данные об эффективности гормонотерапии ограничены.**	31	25	5	1	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**80,65 %**	16,13 %	3,22 %	-	-
	Консенсус достигнут						
2	Для минимизации рисков ошибочной интерпретации экспрессии ER рекомендуется запрашивать информацию о преаналитических параметрах и валидации используемых антител (клоны SP1, EP1, 6F11). При пограничном результате (1–10 %) или наличии клинико-морфологического несоответствия необходимо проводить корреляцию с Ki-67 и гистологической степенью злокачественности, а при сохраняющихся сомнениях — выполнять повторное исследование или направлять материал в референс-лабораторию.	33	30	3	0	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**90,91 %**	9,09 %	0	-	-
	Консенсус достигнут						
3	Пациентка 29 лет с выявленной герминальной патогенной мутацией TP53 (c.817G>A, p.Arg273His). Семейный анамнез отягощен саркомой у отца (34 года) и раком молочной железы (РМЖ) у бабушки (38 лет). После органосохраняющей операции (ОСО): pT2N1a(sn) G3 (3 + 3 + 3), ER 30 % (3 + 1) = 4 балла, PR 0, HER2 3+, Ki-67 45 %, негативные края резекции, микрометастаз в одном из трех сигнальных лимфатических узлах (ЛУ). Учитывая герминальную мутацию TP53, целесообразно ограничиться выполнением мастэктомии с целью минимизации риска радиационно-индуцированных вторичных опухолей. Плановые КТ/ПЭТ без строгих клинических показаний не рекомендуются. Примечание. При герминальной мутации дефектный белок p53 не запускает остановку клеточного цикла и апоптоз в ответ на радиационно-индуцированные двунитевые разрывы ДНК, что ведет к накоплению мутаций и высокому риску вторичных опухолей (сарком мягких тканей/костей, ангиосарком молочной железы).	34	30	3	1	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**88,24 %**	8,82 %	2,94 %	-	-
	Консенсус достигнут						
4	Перед началом неоадъювантной терапии подтверждено метастатическое поражение cN1 (доказано трепан-биопсией аксиллярных ЛУ). С целью возможности выполнения таргетной аксиллярной диссекции после неоадъювантной терапии рекомендуется маркировать пораженный узел клипсой, I-125 или другими метками.	34	29	2	3	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**85,30 %**	5,88 %	8,82 %	-	-
	Консенсус достигнут						

№	Вопрос	Всего голосов	Результаты опроса (количество голосов, %)				
			A	B	C	D	E
5	Пациентка 75 лет, cT1N0M0, тубулярная карцинома, G1 (1 + 2 + 1), ER 100 % (5 + 3) = 8 баллов, PR 100 % (5 + 3) = 8 баллов, HER2 0, Ki-67 8 %. Выполнена органосохраняющая операция + аксиллярная лимфодиссекция. Нецелесообразно назначение адъювантной гормонотерапии.	25	8	15	2	-	-
	A. Да **B. Нет** C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	32,00 %	**60,00 %**	8,00 %	-	-
	Консенсус достигнут						
6	Следует ли рутинно выполнять профилактический лимфовенозный анастомоз всем больным, которым планируется аксиллярная лимфодиссекция.	36	1	30	5	-	-
	A. Да **B. Нет** C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	2,78 %	**83,33 %**	13,89 %	-	-
	Консенсус достигнут						
7	Больные люминальным А раком молочной железы старше 60 лет со стадией cT1-2N0M0 (при отрицательном УЗИ аксиллярной области и низком Ki-67). Возможно ли отказаться от хирургического стадирования аксиллярной области при органосохраняющей операции? При мастэктомии такой подход требует дополнительного обсуждения.	34	22	12	0	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**64,71 %**	35,29 %	0	-	-
	Консенсус достигнут						
8	Интраоперационное гистологическое исследование (ГИ) краев резекции при органосохраняющих операциях не рекомендуется в качестве рутинного.	30	25	5	0	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**83,33 %**	16,67 %	0	-	-
	Консенсус достигнут						
9	Интраоперационное ГИ сторожевых ЛУ не рекомендуется в качестве рутинной процедуры у первичных больных cN0 при органосохраняющей операции и мастэктомии.	34	19	14	1	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**55,88 %**	41,18 %	2,94 %	-	-
	Консенсус достигнут						
10	Пациентам при cT4N0M0 после неоадъювантной лекарственной терапии в отсутствие клинических и радиологических признаков прогрессирования рекомендовано выполнение биопсии сторожевых ЛУ.	31	27	4	0	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**87,10 %**	12,90 %	0	-	-
	Консенсус достигнут						

№	Вопрос	Всего голосов	Результаты опроса (количество голосов, %)				
			A	B	C	D	E
11	При развитии изолированного локального рецидива после ранее проведенного лечения РМЖ рекомендуется выполнение биопсии сторожевых ЛУ, если ранее не проводилась аксиллярная лимфаденэктомия.	33	8	21	4	0	-
	A. Да, всегда **B. Да, но только если не была выполнена подмышечная лимфаденэктомия** C. Нет D. Воздерживаюсь от ответа	100 %	24,24 %	**63,64 %**	12,12 %	0	-
	Консенсус достигнут						
12	При выявлении метастазов в двух сторожевых ЛУ у пациенток с инвазивным дольковым РМЖ рекомендуется выполнение аксиллярной лимфаденэктомии.	34	22	8	4	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**64,71 %**	23,53 %	11,76 %	-	-
	Консенсус достигнут						
13	У больных РМЖ со стадией заболевания cT1-3N1M0, достигших pCR/ypT0N0 после завершения неоадъювантной лекарственной терапии, возможен полный отказ от лучевой терапии (ЛТ) при ОСО.	34	20	11	3	-	-
	A. Да (с осторожностью у больных с наличием нескольких факторов риска) B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**58,82 %**	32,35 %	8,83 %	-	-
	Консенсус достигнут						
14	У больных раком молочной железы cT1-2N0M0 / pT1-2 после выполнения ОСО с отказом от биопсии сигнальных лимфатических узлов (БСЛУ) лучевая терапия может ограничиться парциальным облучением ложа опухоли (исследования SOUND, INSEMA)	31	20	9	2	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**64,52 %**	29,03 %	6,45 %	-	-
	Консенсус достигнут						
15	У больных РМЖ со стадией заболевания pT1-3N1M0 после мастэктомии и удаления не менее восьми подмышечных ЛУ послеоперационная лучевая терапия может не проводиться (исследование SUPREMO)	33	24	8	1	-	-
	A. Да (при отсутствии факторов неблагоприятного прогноза) B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**72,73 %**	24,24 %	3,03 %	-	-
	Консенсус достигнут						

№	Вопрос	Всего голосов	Результаты опроса (количество голосов, %)				
			A	B	C	D	E
16	Больная 45 лет, РМЖ cT2N0M0 / pT2N1a(sn), ER 0, PR0, HER2 0. Состояние после мастэктомии с БСЛУ. По данным гистологического исследования — опухоль размерами 3 х 2 х 2 см, инвазивная карцинома без дополнительного уточнения (БДУ), G2 (3 + 2 + 2). Метастазы в двух из трех ЛУ. При выполнении лимфаденэктомии остальные ЛУ без метастазов. Планируется адъювантная полихимиотерапия (АПХТ). Не показана послеоперационная лучевая терапия на мягкие ткани передней грудной стенки и зоны лимфооттока.	33	11	19	3	-	-
	A. Да **B. Нет** C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	33,33 %	**57,58 %**	9,09 %	-	-
	Консенсус достигнут						
17	Больная 45 лет. РМЖ с ypT3N1, ER 100 % (5 + 3) = 8 баллов, PR 100 % (5 + 2) = 7 баллов, HER2 1+, Ki67 30 %. Состояние после неоадъювантной химиотерапии (НАХТ), радикальной мастэктомии с реконструкцией имплантом. Гистологическое заключение — опухоль 3 х 3 х 2,5 см, инвазивная карцинома БДУ, G2 (2 + 2 + 2), метастазы в двух из 11 ЛУ. Показана послеоперационная лучевая терапия на реконструированную молочную железу и зоны лимфооттока в режиме умеренного гипофракционирования (2,67 Гр, 15 фракций).	34	26	3	5	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**76,47 %**	8,82 %	14,71 %	-	-
	Консенсус достигнут						
18	**Больная 38 лет, РМЖ pTisN0. Состояние после резекции молочной железы, опухоль 2,8 х 2,5 х 3 см, внутрипротоковый рак *in situ* NG3 с комедонекрозом, ER 0, HER2 1+. Показана послеоперационная лучевая терапия на молочную железу.**	33	28	5	0	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**84,85 %**	15,15 %	0	-	-
	Консенсус достигнут						
19	Больная 39 лет, РМЖ cT2N0M0 с локализацией опухоли в центральном квадранте. После подкожной мастэктомии с одномоментной реконструкцией имплантом гистологическое заключение: инвазивный дольковый рак G2 (3 + 2 + 1), выявлена сосудистая инвазия, ER 100 % (5 + 3) = 8 баллов, PR 100 % (5 + 2) = 7 баллов, HER2 1+, Ki 67 — 25 %. Планируется гормонотерапия ингибиторами ароматазы (ИА) на фоне овариальной супрессии. Показана лучевая терапия на мягкие ткани передней грудной стенки и зоны лимфооттока.	33	12	19	2	-	-
	A. Да **B. Нет** C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	36,36 %	**57,58 %**	6,06 %	-	-
	Консенсус достигнут						

№	Вопрос	Всего голосов	Результаты опроса (количество голосов, %)				
			A	B	C	D	E
20	Пациентке 60 лет. Постменопауза. Рак молочной железы pT1cN0M0. Люминальный подтип опухоли. ЛУ, по данным УЗИ, не поражены. Выполнена секторальная резекция молочной железы. R0. Возможно ли проведение ускоренного частичного облучения молочной железы (APBI)?	30	24	3	3	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**80,00 %**	10,00 %	10,00 %	-	-
	Консенсус достигнут						
21	Интенсификация адъювантной ГТ за счет добавления ингибитора CDK4/6 показана у пациенток с HR+ HER2-РМЖ II–III стадии, вызывающих наибольшее опасение в плане вероятности развития рецидива при наличии ≥ 1 фактора риска: T4, N2–3, G3.	33	30	3	0	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**90,91 %**	9,09 %	0	-	-
	Консенсус достигнут						
22	Интенсификация адъювантной ГТ за счет добавления ингибитора CDK4/6 показана пациенткам с HR+ HER2- РМЖ II–III стадии, вызывающим наибольшее опасение в плане вероятности развития рецидива при наличии ≥ (как минимум) 2 факторов: T3, Ki67 ≥ 30 %, N1, возраст < 40 лет.	33	26	6	1	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**78,79 %**	18,18 %	3,03 %	-	-
	Консенсус достигнут						
23	Пациентка 30 лет, пременопауза. BRCA1/2-мутации не выявлены. Рак левой молочной железы cT1N1aM0. Комплексное лечение (радикальная резекция, АПХТ по схеме АС-12Р, ЛТ). Инвазивная карцинома БДУ G2 (3 + 2 + 2), ER 100 % (5 + 3) = 8 баллов, PR 30 % (3 + 3) = 6 баллов, HER2 0, Ki67 — 40 %. Метастаз в одном из девяти аксиллярных ЛУ. Показано назначение в адъювантном режиме ИА + CDK4/6i + овариальная супрессия + золедроновая кислота	32	25	6	1	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**78,12 %**	18,75 %	3,13 %	-	-
	Консенсус достигнут						
24	Пациентка 40 лет, пременопауза. BRCA1/2-мутации не выявлены. Рак левой молочной железы cT3N1M0/ypT2ypN1a: инвазивная карцинома БДУ G3 (3 + 2 + 3), ER 100 % (5 + 3) = 8 баллов, PR 100 % (5 + 1) = 6 баллов, HER2 0, Ki67 — 50 %. Комплексное лечение: НАХТ по схеме ddAC-12xP, радикальная мастэктомия с эндопротезированием, адъювантная лучевая терапия. Остаточная опухоль: клеточность 5 %, индекс RCB 2,946, класс II, ER 0 балллов, PR 0 баллов, HER2 0, Ki67 20 %, метастазы в двух из восьми аксиллярных ЛУ. Целесообразно ли назначение в адъювантном режиме капецитабина на 6 мес.? Далее — ИА + CDK4/6 i + овариальная супрессия + золедроновая кислота	29	9	16	4	-	-
	A. Да **B. Нет** C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	31,03 %	**55,17 %**	13,80 %	-	-
	Консенсус достигнут						

№	Вопрос	Всего голосов	Результаты опроса (количество голосов, %)				
			A	B	C	D	E
25	Пациентка 48 лет, пременопауза. BRCA1/2m не обнаружена. Рак правой молочной железы cT1N1M0, pT1N2. Инвазивная карцинома БДУ, G2 (2 + 2 + 2), ER 100 % (5 + 3) = 8 баллов, PR 100 % (5+3) = 8 баллов HER2 1+, Ki67 30 %, метастазы в пяти из восьми аксиллярных ЛУ. Комплексное лечение: радикальная резекция, АПХТ 4АС-12Р, лучевая терапия. В адъювантном режиме получает ИА + абемациклиб + овариальную супрессию. Целесообразно ли тестирование опухоли на наличие альтераций PIK3CA/AKT/PTEN у данной больной?	32	23	7	2	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**71,88 %**	21,88 %	6,24 %	-	-
	Консенсус достигнут						
26	Пациентка 40 лет. BRCA1/2-мутации не обнаружены. Рак левой молочной железы cT2N0M0/ pT2N1(sn). Органосохраняющая операция с БСЛУ. Тестовая гормонотерапия тамоксифеном 3 недели. ГИ (трепан): инвазивная карцинома БДУ G2 (2 + 2 + 2), ER 100 % (5 + 3) = 8 баллов, PR 100 % (5 + 3) = 8 баллов, HER2 1+, Ki67 30 %. ГИ (п/о): инвазивная карцинома БДУ 25 мм G2 (3 + 2 + 1), ER 100 % (5 + 3) = 8 баллов, PR 100 % (5 + 3) = 8 баллов, HER2 1+, Ki67-25 %. Метастазы в одном из трех ЛУ. Запланировано в адъювантном режиме: лучевая терапия, ИА + CDK4/6i + овариальная супрессия + золедроновая кислота.	32	19	12	1	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**59,38 %**	37,50 %	3,12 %	-	-
	Консенсус достигнут						
27	Целесообразен ли тестовый режим ИА в комбинации с овариальной супрессией у больных РМЖ в пременопаузе?	29	9	20	0	-	-
	A. Да **B. Нет** C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	31,03 %	**68,97 %**	0	-	-
	Консенсус достигнут						
28	Пациентка, 33 года. Рак левой молочной железы cT1cN0M0. ГИ (трепан): инвазивная карцинома БДУ G3 (3 + 3 + 3), ER 0, PR 0, HER2 3+, Ki67 80 %. Первый этап лечения — неоадъювантная химиотаргетная терапия.	31	22	9	0	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**70,97 %**	29,03 %	0	-	-
	Консенсус достигнут						

№	Вопрос	Всего голосов	Результаты опроса (количество голосов, %)				
			A	B	C	D	E
29	Пациентка, 32 лет. Рак левой молочной железы cT2N1M0/ypT1bN0(sn). BRCA-мутация не обнаружена. Четыре цикла НАХТ по схеме АС + пембролизумаб. 12 введений НАХТ еженедельного ТС + четыре введения пембролизумаба один раз в 21 день. Мастэктомия слева с БСЛУ. ГИ (трепан): инвазивная карцинома БДУ G3 (3 + 2 + 3), ER 0, PR 0, HER2 1+, Ki67 80 %. ГИ (п/о): инвазивная карцинома БДУ 8 мм, G3 (3 + 3 + 3). Три ЛУ без метастазов. ypT1bN0(sn), Остаточная опухоль: клеточность — 10 %, индекс RCB — 1,280, RCB-класс — I. ER 0, PR 0, HER2 1+, Ki67 — 70 %. Продолжить пембролизумаб в адъювантном режиме.	32	16	12	4	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**50,00 %**	37,50 %	12,50 %	-	-
	Консенсус достигнут						
30	Пациентка, 45 лет. BRCA1/2-мутации не обнаружены. Рак левой молочной железы cT2N1M0/ypT0N0(sn). ГИ (трепан-биопсия): инвазивная карцинома NST G3 (3 + 3 + 3) ER 0 PR 0 HER2 1+ Ki67 — 80 %. Четыре цикла НАХТ по схеме АС + пембролизумаб. 12 введений НАХТ по схеме ТС один раз в семь дней + четыре введения пембролизумаба один раз в 21 день. Мастэктомия слева с БСЛУ. RCB-класс — pCR. Нецелесообразно продолжение пембролизумаба в адъювантном режиме.	29	22	5	2	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**75,86 %**	17,24 %	6,90 %	-	-
	Консенсус достигнут						
31	Пациентка, 45 лет. Рак левой молочной железы cT2N2M0/ypT1bN1. Обнаружена BRCA1-мутация. ГИ (трепан): инвазивная карцинома БДУ G3 (3 + 2 + 3), ER 0, PR 0, HER2 1+, Ki67 80 %. Четыре цикла НАХТ по схеме АС + пембролизумаб. 12 еженедельных введений НАХТ по схеме ТС + четыре введения пембролизумаба один раз в 21 день. Мастэктомия слева с аксиллярной лимфодиссекцией. ГИ (п/о): остаточная опухоль — инвазивная карцинома БДУ 7 мм G3 (3 + 2 + 3). Клеточность — 5 %, индекс RCB — 2,271, класс RCB — II, ypT1bN1. ER 0, PR 0, HER2 1+, Ki67 — 75 %. Наиболее оптимальной тактикой является следующая:	33	21	1	8	3	-
	A. Адъювантный олапариб в течение одного года B. Адъювантный пембролизумаб до девяти циклов C. Адъювантный пембролизумаб до девяти циклов, затем — олапариб в течение года D. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**63,64 %**	3,03 %	24,24 %	9,09 %	-
	Консенсус достигнут						
32	При наличии у пациентки РМЖ патогенной мутации в генах BRCA1/2 при благоприятном жизненном прогнозе целесообразно рекомендовать аднексэктомию.	31	25	4	2	0	-
	A. Да, начиная с 40 лет B. Да, начиная с 45 лет C. Да, начиная с 50 лет D. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**80,65 %**	12,90 %	6,45 %	0	-
	Консенсус достигнут						

№	Вопрос	Всего голосов	Результаты опроса (количество голосов, %)				
			A	B	C	D	E
33	У пациентки с BRCA-ассоциированным трижды негативным (ТН) РМЖ и резидуальной опухолью (non-pCR) после неоадъювантной химиотерапии предпочтительно назначение адъювантного олапариба без капецитабина.	30	21	8	1	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**70,00 %**	26,67 %	3,33 %	-	-
	Консенсус достигнут						
34	У пациенток с ER+ HER2- РМЖ и герминальной мутацией BRCA1/2, соответствующих критериям OlympiA (резидуальная опухоль после (нео)адъювантной ХТ с CPS + EG ≥ 3 либо ≥ 4 пораженных ЛУ), предпочтительно назначение адъювантного олапариба (один год), учитывая улучшение показателей общей выживаемости в данной популяции. Примечание. При пересечении с критериями monarchE/NATALEE выбор делается в пользу олапариба ввиду отсутствия прямого сравнения и отсутствия анализа по BRCA в исследованиях CDK4/6-ингибиторов).	34	26	7	1	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**76,47 %**	20,59 %	2,94 %	-	-
	Консенсус достигнут						
35	Перед выбором третьей линии лекарственного лечения целесообразна биопсия из новых доступных метастатических очагов с целью исключения смены биологического подтипа и выявления новых таргетируемых мутаций.	34	32	2	0	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**94,12 %**	5,88 %	0	-	-
	Консенсус достигнут						
36	У пациентки с метастатическим РМЖ и одним-тремя олигометастазами в печени и/или легких достигнут стойкий объективный ответ на системную терапию (более полугода). При наличии опухолевого представительства к продолжающейся системной терапии целесообразно добавить на остаточные очаги локальное аблятивное воздействие (радиочастотную абляцию/стереотаксическую лучевую терапию).	31	27	2	2	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**87,10 %**	6,45 %	6,45 %	-	-
	Консенсус достигнут						
37	При олигометастатическом HER2+ РМЖ и стойком полном ответе опухоли на системную терапию более полугода показана операция на молочной железе.	35	28	5	2	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**80,00 %**	14,29 %	5,71 %	-	-
	Консенсус достигнут						

№	Вопрос	Всего голосов	Результаты опроса (количество голосов, %)				
			A	B	C	D	E
38	Прогрессирование HER2+ метастатического РМЖ после нескольких линий антиHER2-терапии, включающих трастузумаб/ пертузумаб/таксаны и T-DM1. Предпочтительным режимом следующей линии является трастузумаб дерукстекан.	31	28	1	2	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**90,32 %**	3,23 %	6,45 %	-	-
	Консенсус достигнут						
39	Прогрессирование HER2+ мРМЖ с активными (нелеченными или прогрессирующими после локальной терапии) метастазами в головном мозге и висцеральными метастазами. Трастузумаб дерукстекан рассматривается как предпочтительная системная опция без лучевой терапии на метастазы в головном мозге. Примечание. Трастузумаб обладает клинически значимой интракраниальной активностью, тем самым способствуя отсрочке лучевой терапии.	31	26	4	1	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**83,87 %**	12,90 %	3,23 %	-	-
	Консенсус достигнут						
40	У предлеченных пациенток с лептоменингеальным поражением HER2+ РМЖ назначение трастузумаба дерукстекана — обоснованное системное лечение по причине крайне неблагоприятного прогноза.	35	30	3	2	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**85,71 %**	8,57 %	5,72 %	-	-
	Консенсус достигнут						
41	Пациентка 79 лет. BRCA1/2-мутация не обнаружена. ECOG 1. Рак молочной железы cT4N1M1 (печень, кости и средостенные ЛУ). ER 100 % (5 + 3) = 8 баллов, PR 100 % (5 + 3) = 8 баллов, HER2 1+, Ki67 — 15 %. Висцерального криза нет. Старческой астении нет. Полиморбидностью не отягощена. Проживает в городе с родственниками. Какой комбинаторный партнер наиболее предпочтителен при назначении комбинации ИА + CDK4/6i для неотягощенных гериатрически пациентов старшей возрастной группы?	33	7	10	5	11	-
	A. Рибоциклиб B. Палбоциклиб C. Абемациклиб D. Воздерживаюсь от ответа	100 %	21,21 %	30,30 %	15,15 %	33,34 %	-
	Консенсус не достигнут						

№	Вопрос	Всего голосов	Результаты опроса (количество голосов, %)				
			A	B	C	D	E
42	Пациентка 52 года, менопауза, комплексное лечение по поводу рака левой молочной железы cT2N1M0. Инвазивный дольковый рак, G2 (3 + 2 + 1), метастазы в двух ЛУ. ER 100 % (5 + 3) = 8 баллов, PR 100 % (5 + 1) = 6 баллов, HER2 0, Ki67 10 %. Комплексное лечение: радикальная мастэктомия с эндопротезированием, адъювантные лучевая терапия и гормонотерапия анастрозолом. Через 1,5 года на фоне адъювантной ГТ — прогрессирование заболевания с метастазами в кости, легкие, плевру. При торакоскопической биопсии плеврального метастаза: дольковый рак молочной железы, ER 100 % (5+3) = 8 баллов, PR 30 % (3+3) = 6 баллов, HER2 0, Ki67 — 20 %. В опухоли обнаружена мутация PIK3CA. Показано назначение в первой линии комбинации инаволисиба + палбоциклиба + фулвестранта + остео модифцирующего агента.	33	26	7	0	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**78,79 %**	21,21 %	0	-	-
	Консенсус достигнут						
43	Пациентка 53 лет, менопауза, комплексное лечение по поводу рака левой молочной железы cT4N1M0 (инвазивный рак БДУ, G2 (3 + 2 + 2), ER 100 % (5 + 3) = 8 баллов, PR 100 % (5 + 3) = 8 баллов HER2 1+ Ki67 — 30 %, метастазы в трех аксиллярных ЛУ), НАХТ по схеме 4АС-12Р, радикальная мастэктомия, адъювантные ЛТ и ГТ ИА. Через три года на фоне АГТ — прогрессирование с метастазами в печень и кости. При биопсии метастаза в печени: метастаз инвазивного рака молочной железы, ER 100 % (5 + 3) = 8 баллов, PR — 0 баллов, HER2 1+, Ki67 — 50 %. Признаков висцерального криза нет. В опухоли выявлена патогенная мутация AKT, в крови — герминальная мутация BRCA2. В первой линии показано назначение:	32	7	13	7	5	-
	A. CDK4/6i + фулвестрант B. PARPi (олапариб или талазопариб) C. Капивасертиб + фулвестрант D. Воздерживаюсь от ответа	100 %	21,88 %	40,62 %	21,88 %	15,62 %	-
	Консенсус не достигнут						
44	У пациентки с мТНРМЖ (BRCA-дикий тип), достигшей ответа на платиносодержащую первую линию, оправданна поддерживающая терапия капецитабином +/- бевацизумаб, а не динамическое наблюдение.	31	19	7	5	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**61,29 %**	22,58 %	16,13 %	-	-
	Консенсус достигнут						
45	В первой линии PD-L1-позитивного (CPS ≥10) мТНРМЖ предпочтительным химиотерапевтическим партнером пембролизумаба является гемцитабин + карбоплатин.	30	14	12	4	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	46,67 %	40,00 %	13,33 %	-	-
	Консенсус не достигнут						

№	Вопрос	Всего голосов	Результаты опроса (количество голосов, %)				
			A	B	C	D	E
46	Пациенткам с висцеральными метастазами ТНРМЖ, прогрессирование болезни у которых наступило в течении первых 12 мес. после завершения нео-/адъювантной ХТ и которым не показана или не может быть проведена иммунотерапия в комбинации с ХТ, рассмотреть возможность назначения в качестве первой линии терапии датопатомаба дерукстекана.	32	23	5	4	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**71,88 %**	15,62 %	12,50 %	-	-
	Консенсус достигнут						
47	У пациентки с герминальной BRCA-мутацией, достигшей ответа на платиносодержащую первую линию и ранее не получавшей PARPi, оправдан переход на поддерживающую терапию олапарибом.	32	26	6	0	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**81,25 %**	18,75 %	0	-	-
	Консенсус достигнут						
48	Для отбора пациенток с мТНРМЖ на терапию ингибиторами PARPi целесообразно расширенное тестирование нарушений гомологичной рекомбинации (BRCAness/HRD), включая герминальную мутацию PALB2 и соматические мутации BRCA1/2.	32	28	3	1	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**87,50 %**	9,38 %	3,12 %	-	-
	Консенсус достигнут						
49	Пациентка 45 лет. Изначально пременопауза (функция яичников подавлена агонистами ГнРГ), BRCA2-ассоциированный рак молочной железы cT4N2M0. После НАХТ (ddAC × 4, затем ТС × 4) выполнена радикальная мастэктомия (ypT3N2, инвазивный рак, G2(3 + 2 + 2), ER 100 % (5 + 3) = 8 баллов, PR 50 % (4 + 1) = 5 баллов, HER2 0, Ki-67 — 30 %, метастазы в пяти из девяти аксиллярных ЛУ). Проведена адъювантная ЛТ. Адъювантно анастрозол + рибоциклиб (три года), затем продолжен прием анастрозола. Через четыре года от старта адъювантной терапии (на фоне приема анастрозола после завершения курса рибоциклиба) выявлен локальный рецидив с метастазами в печень. Признаков висцерального криза нет. При биопсии рецидива: инвазивный рак БДУ, ER 100 % (5+1) = 6 баллов, PR 30 % (3+3) = 6 баллов, HER2 0, Ki-67 — 35 %. В опухоли выявлена патогенная мутация PIK3CA. Герминальная мутация BRCA 2 подтверждена. Какой из режимов лекарственной терапии в первой линии метастатического заболевания наиболее оптимален?	32	5	15	7	5	-
	A. Фулвестрант + смена CDK4/6i (на другой препарат класса) B. Инаволисиб + палбоциклиб + фулвестрант C. PARPi (олапариб или талазопариб) D. Воздерживаюсь от ответа	100 %	15,62 %	46,88 %	21,88 %	15,62 %	-
	Консенсус не достигнут						

№	Вопрос	Всего голосов	Результаты опроса (количество голосов, %)				
			A	B	C	D	E
50	Пациентка 45 лет, пременопауза, BRCA1/2-мутация не обнаружена. Рак правой молочной железы cT4N1M1 (кости, ЛУ средостения). Инвазивный рак БДУ, G2 (3+2+1), ER 100 % (5 + 3) = 8 баллов, PR 30 % (3 + 2) = 5 баллов, HER2 0, Ki67 — 30 %. Отсутствуют альтерации PIK3CA/AKT/PTEN. Пациентка в первой линии получала палбоциклиб + летрозол + овариальную супрессию. Через 12 мес. — прогрессирование (рост прежних очагов, метастазы в легких). Признаков висцерального криза нет. Во второй линии показано назначение фулвестранта + эверолимуса + овариальной супрессии + остеомодифицирующих агентов.	27	24	2	1	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**88,89 %**	7,41 %	3,70 %	-	-
	Консенсус достигнут						
51	Пациентка 56 лет, менопауза, BRCA2-ассоциированный рак левой молочной железы cT3N1M1 (кости, печень). Инвазивный рак БДУ, G3 (3 + 3 + 2), ER 100 % (5+3) = 8 баллов, PR 100 % (5 + 1) = 6 баллов, HER2 0, Ki-67 — 40 %. В опухоли отсутствуют альтерации PIK3CA/AKT/PTEN. Пациентка получала рибоциклиб + летрозол. Через 18 мес. — метастазы в головном мозге (три очага до 1,0 см). Проведена стереотаксическая лучевая терапия. Рекомендовано продолжение прежнего режима.	29	19	9	1	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**65,52 %**	31,03 %	3,45 %	-	-
	Консенсус достигнут						
52	После индукционной фазы у пациенток с мРМЖ и метастазами в кости возможен переход на поддерживающий режим деносумаба с интервалом один раз в 12 недель, который не уступает режиму один раз в четыре недели по времени до первого костного события и обладает лучшим профилем безопасности.	30	30	0	0	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**100,00 %**	0	0	-	-
	Консенсус достигнут						
53	Назначение радионуклидной терапии (стронция, самария) для лечения метастазов рака молочной железы в костях НЕ РЕКОМЕНДОВАНО. Примечание. Убедительная доказательная база эффективности и безопасности таких лечебных подходов при раке молочной железы отсутствует. Высокий риск развития длительной/кумулятивной цитопении, способной ограничить проведение системной противоопухолевой лекарственной терапии.	29	18	9	2	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**62,07 %**	31,03 %	6,90 %	-	-
	Консенсус достигнут						

№	Вопрос	Всего голосов	Результаты опроса (количество голосов, %)				
			A	B	C	D	E
54	Приоритет первичной конечной точки исследования при мРМЖ (ОВ — общая выживаемость, ВБП — выживаемость без прогрессирования, ВБП-2, ВНЛ — время до неудачи лечения, ЧОО — частота объективного ответа, КЖ — качество жизни) зависит от молекулярно-генетического подтипа и линии терапии. Примечание. Ожидаемая продолжительность жизни и другие временные параметры определяются молекулярно-генетическим подтипом и линией терапии и, соответственно, являются достижимыми или сложно/недостижимыми в разумное время проведения исследования.	31	30	1	0	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**96,77 %**	3,23 %	0	-	-
	Консенсус достигнут						
55	Наиболее важные конечные точки в любой линии для метастатического ТНРМЖ: первичные — ОВ, вторичные — ВБП, ЧОО, токсичность. Примечание. С учетом относительно короткой продолжительности жизни при мТНРМЖ оценка ОВ является достижимой целью. Для получения убедительных данных необходимо оценивать процент перевода пациентов группы контроля после прогрессирования на исследуемую терапию.	30	28	1	1	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**93,34 %**	3,33 %	3,33 %	-	-
	Консенсус достигнут						
56	Для метастатического HER2+ РМЖ приоритетны конечные точки — первой и второй линии: первичные — ВБП и ОВ, вторичные — ВБП-2, ЧОО, токсичность. Первичная конечная точка в третьей и последующих линиях терапии — ОВ.	30	28	0	2	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**93,33 %**	0	6,67 %	-	-
	Консенсус достигнут						
57	Для метастатического ER+HER2- РМЖ приоритетны конечные точки первой и последующих линий терапии: первичные — ВБП, вторичные — ОВ, ЧОО, токсичность.	31	28	3	0	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**90,32 %**	9,68 %	0	-	-
	Консенсус достигнут						
58	Качество жизни является важнейшей конечной точкой. При сопоставимой ОВ приоритет должен отдаваться стратегии, улучшающей КЖ.	31	30	1	0	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**96,77 %**	3,23 %	0	-	-
	Консенсус достигнут						

№	Вопрос	Всего голосов	Результаты опроса (количество голосов, %)				
			A	B	C	D	E
59	При написании клинических рекомендаций важно учитывать следующее: – Исследования реальной клинической практики (РКП) не заменяют результаты клинических исследований (РКИ), но при высоком качестве методологии могут являться важным источником доказательств для клинических рекомендаций. – Иерархии доказательности РКП: прагматические рандомизированные контролируемые исследования, затем — сравнительные когортные исследования, далее — «случай-контроль», несравнительные наблюдательные исследования и описания случаев. – Оценка качества RWE включает оценку четкости исследовательского вопроса, репрезентативности данных, размера выборки, наличия данных по ключевым исходам, конфаундерам и прогностическим факторам, качество и стандартизацию источников данных, обоснованность выбора дизайна (проспективный/ретроспективный, сравнения, контроль). – Ключевым критерием качества РКП является контроль систематических смещений: заранее определены конфаундеры, применяется стратификация, шкала склонности *(propensity score matching)*, выполняются анализы чувствительности. Наличие заранее разработанного и задокументированного протокола, плана статистического анализа и прозрачной отчетности — обязательное условие признания РКП методологически качественными.	27	25	0	2	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**92,59 %**	0	7,41 %	-	-
	Консенсус достигнут						
60	Оценка качества исследований проводится по следующим шкалам: – Уровень достоверности доказательств: 1 — систематический обзор рандомизированных контролируемых исследований с применением метаанализа; 2 — отдельные рандомизированные контролируемые исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна за исключением рандомизированных контролируемых исследований с применением метаанализа; 3 — нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования, с псевдорандомизацией или *propensity score matching* (сопоставления пациентов по вероятности назначения лечения на основе исходных характеристик); проспективные или ретроспективные исследования на основе регистров, электронных медицинских карт и др. с адекватным контролем систематических ошибок; 4 — несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай–контроль»; 5 — имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов. – Уровень убедительности рекомендаций: A — сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными); B — условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными); C — слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) не являются важными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными). – При составлении рекомендаций наряду с уровнем достоверности доказательств и уровнем убедительности рекомендаций указывается уровень согласия экспертов.	32	28	3	1	-	-
	A. Да B. Нет C. Воздерживаюсь от ответа	100 %	**87,50 %**	9,38 %	3,12 %	-	-
	Консенсус достигнут						