Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Федеральный научно-клинический центр физико-химической медицины
имени академика Ю.М. Лопухина
Федерального медико-биологического агентства»

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 2C8707E1F08F79D05736C6EF70CB17E3
Владелец: Лагарькова Мария Андреевна
Действителен: с 08.06.2026 до 01.09.2027

УТВЕРЖДЕНО
Заместитель генерального директора
ФНКЦ ФХМ им. Ю.М. Лопухина
ФМБА России по образованию
чл.-корр. РАН, д.м.н., Загайнова Е.В.

Фонд оценочных средств
ОНКОЛОГИЯ

Уровень высшего образования: Ординатура
Направление подготовки / специальность: 31.08.36 Кардиология
Форма обучения: Очная

г. Москва
2025 год

1. Контрольные вопросы

1. **(ОПК-5, ПК-1)** Общие принципы лечения злокачественных новообразований. Хирургический, лучевой, лекарственный методы лечения. Комбинированное и комплексное лечение.
2. **(ОПК-4)** Рак кожи. Предраковые заболевания. Морфологические формы. Стадии заболевания. Клиническая характеристика.
3. **(ОПК-4)** Меланома. Предшествующие заболевания. Рост и распространение. Метастазирование. Клиническая характеристика. Особенности морфологической диагностики.
4. **(ОПК-4)** Рак щитовидной железы. Патоморфологическая классификация. Классификация TNM. Стадии заболевания. Клинические формы.
5. **(ПК-2)** Организация онкослужбы в России. Структура и задачи онкологического диспансера.
6. **(ОПК-4)** Роль гормональных нарушений и дисгормональных гиперплазий (фиброскле роз, фиброаденоматоз, внутрипротоковая папиллома) в возникновении рака молочной железы.
7. **(ОПК-5, ПК-1)** Профилактика онкологических заболеваний. Диспансерное наблюдение за онкобольными. Понятие о группах повышенного риска.
8. **(ПК-2)** Причины запущенности онкологических заболеваний. Скрининг и ранняя диагностика опухолей.
9. **(ОПК-4)** Рак легкого. Предрасполагающие факторы и предраковые заболевания. Формы роста. Гистологическое строение. Метастазирование. Стадии заболевания.
10. **(ОПК-4)** Рак пищевода. Предраковые заболевания. Гистологическое строение. Классификация TNM. Метастазирование. Клиническая характеристика, осложнения. Диагностика.
11. **(ОПК-4)** Рак желудка. Предраковые заболевания. Метастазирование. Классификация TNM. Клинические проявления. Осложнения. Диагностика.
12. **(ОПК-4)** Рак ободочной кишки. Предраковые заболевания. Метастазирование. Классификация TNM.
13. **(ОПК-4)** Рак прямой кишки. Классификация TNM. Локализация. Метастазирование. Клинические проявления. Диагностика.
14. **(ОПК-4)** Лимфогрануломатоз. Гистологические формы. Стадии заболевания. Клиника. Диагностика.
15. **(ОПК-4)** Панкреатобилиарный рак (рак желчных протоков, головки поджелудочной железы и фатерова соска). Основные клинические проявления. Дифференциальный диагноз.
16. **(ОПК-4)** Рак поджелудочной железы. Локализация. Особенности клинического течения и лечения рака головки и тела поджелудочной железы.
17. **(ОПК-4)** Рак печени. Гистологические формы. Клиническая характеристика заболевания. Современная инструментальная диагностика.
18. **(ОПК-4)** Рак молочной железы: формы роста, гистологическое строение, метастазирование, Классификация TNM. Клиническая характеристика.
19. **(ОПК-5, ПК-1)** Паллиативная терапия. Принципы помощи терминальным больным.
20. **(ОПК-2)** Деонтологические аспекты при работе с онкобольными.

2. Тестовые задания

Вопрос 1 (УК-1)

Рак *in situ* отличается от микроинвазивного тем, что:

а) Инфильтрирует и разрушает базальную мембрану

б) Инфильтрирует ткани в пределахслизистой оболочки

в) Инфильтрирует и слизистую и подслизистую оболочки органа

г) Нераспространяется глубже базальной мембраны и не разрушает ее

Правильный ответ: г

Вопрос 2 (ОПК-4)

Диагностическое выскабливание матки является диагностической и одновременно лечебной процедурой при следующих гиперпластических процессах:

а) Аденомиозе

б) Атипической гиперплазии эндометрия

в) Железистой гиперплазии эндометрия

г) Раке в полипе

Правильный ответ: в

Вопрос 3 (ОПК-5, ПК-1)

При лечении рака эндометрия используются методы лечения:

а) Хирургический

б) Хирургический и гормонотерапия

в) Комбинированный

г) все перечисленные методы

Правильный ответ: г

Вопрос 4 ОПК-4)

Патологическая классификация (постхирургическая патогистологическая) обозначаемая pTNM, применима при условии:

а) Резекции органа, пораженного первичной опухолью и морфологическом его исследовании

б) Адекватного удаления регионарных лимфоузлов с последующим исследованием

в) Морфологического подтверждения наличия или отсутствия метастазов в отдаленных органах

г) Все ответы верны

Правильный ответ: г

Вопрос 5 (ОПК-4)

К радиочувствительным могут быть отнесены опухоли, кроме:

а) Лимфогранулематоза

б) Лимфосаркомы

в) Семиномы

г) Аденокарциномы желудка

Правильный ответ: г

Вопрос 6 (ОПК-4)

Наиболее радиорезистентной опухолью из перечисленных является:

а) Плоскоклеточный неороговевающий рак

б) Семинома
в) Саркома Юинга
г) Остеогеннаясаркома
Правильный ответ: г

Вопрос 7 (ОПК-4)

Частота лимфогенного метастазирования наиболее велика:
а) При плоскоклеточной раке легкого
б) При аденокарциноме легкого
в) При мелкоклеточном раке
г) Одинакова при всех перечисленных формах
Правильный ответ: в

Вопрос 8 (УК-1)

При наличии меланомы слизистой мягкого неба предпочтительно проводить:
а) Хирургическое лечение
б) Лучевое лечение
в) Химиотерапию
г) Химио-лучевое лечение
Правильный ответ: а

Вопрос 9 (ОПК-4)

При лимфогранулематозе поражение всех групп лимфоузлов в сочетании с профузной потливостью означает наличие:
а) II А стадии
б) II Б стадии
в) III А стадии
г) III Б стадии
Правильный ответ: г

Вопрос 10 (ОПК-4)

На характер и темп метастазирования при лимфосаркоме оказывает наибольшее влияние:
а) морфологический вариант опухоли
б) Локализация первичного опухолевого очага
в) Возрастбольного
г) Все перечисленное
Правильный ответ: а

Вопрос 11 (ОПК-4)

При развитии опухолевого процесса возможными путями метастазирования могут быть:
а) Лимфогенный
б) Гематогенный
в) Имплантационный
г) Все перечисленное
Правильный ответ: г

Вопрос 12 (ОПК-4)

Сочетание «N0» обозначает:

а) Недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов
б) Нет
Правильный ответ: б

Вопрос 13 (ОПК-4)

Метастазы в любых не регионарных лимфатических узлах классифицируются:
а) Как N 0
б) Как Nx
в) Как N 1-3
г) Как M 1
Правильный ответ: г

Вопрос 14 (ОПК-4)

Основным свойством клеток злокачественных новообразований является:
а) Неконтролируемый рост
б) Контролируемый рост
в) Обязательное укорочениеклеточного цикла
г) Обязательное удлинение клеточного цикла
Правильный ответ: а

Вопрос 15 (ОПК-4)

Наиболее агрессивное течение заболевания характерно для злокачественной опухоли яичника:
а) Муцинозной карциномы
б) Серозной карциномы
в) Эндометриальной карциномы
г) Дисгерминомы
Правильный ответ: б

Вопрос 16 (ПК-2)

Злокачественные опухоли кожи должны лечиться:
а) дерматологом
б) онкологом
в) хирургом
г) терапевтом
д) врачом общей практики
Правильный ответ: б

Вопрос 17 (ОПК-5, ПК-1)

Одним из методов активного поиска злокачественных опухолей является – это:
а) онкоосмотр в смотровых кабинетах
б) термография
в) сканирование
г) цитологическое исследование
д) ультразвуковое обследование
Правильный ответ: а

Вопрос 18 (ПК-2)

Из пигментных пятен предмеланомными являются
а) веснушки
б) пигментная ксеродерма
в) меланоз Дюбрея
г) лентиго
д) кератомы
Правильный ответ: в

Вопрос 19 (ПК-2)

В какую фазу менструального цикла целесообразно проводитьобследование молочных желез:
а) 2 фаза в любой день
б) 2 фаза 2-3 день после овуляции
в) 1 фаза 2-3 день после окончания menses
г) 1 фаза в любой день
д) фаза не имеет значения
Правильный ответ: в

3. Темы рефератов

1. **(ОПК-4)** Алгоритмы диагностики заболевания раком молочной железы.
2. **(ПК-2)** Влияние опухолей на организм, роль животных паразитов и вирусов в возникновении опухолей.
3. **(ОПК-5, ПК-1)** Высокодозная химиотерапия в клинической онкологии.
4. **(ОПК-5, ПК-1)** Деонтология в онкологии.
5. **(ОПК-4)** Доброкачественные опухоли костей.
6. **(ОПК-4)** Колоректальный рак.
7. **(ОПК-4)** Миеломная болезнь. Лимфомы.
8. **(ОПК-5, ПК-1)** Онкологические заболевания: причины и последствия.
9. **(ОПК-4)** Проблема болей при онкологических заболеваниях
10. **(ОПК-4)** Противоопухолевые лекарственные препараты.
11. **(ОПК-4)** Рак - итоги ушедшего тысячелетия.
12. **(ПК-2)** Фоновые и предраковые заболевания шейки матки.
13. **(ОПК-4)** Рак шейки матки.
14. **(ПК-2)** Организация школы пациента – онкобольного в поликлиниках

4. Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1

Больная М., 47 лет обратилась к врачу с жалобами на наличие образования в правой молочной железе. Считает себя больной в течение 5 месяцев, за медицинской помощью не обращалась. При осмотре в верхнее - наружном квадранте правой молочной железы отмечается симптом «лимонной корочки», и пальпируется узловое образование 4 иа5 см слабо подвижное, в правой аксиллярной области отмечается конгломерат плотных, малоподвижных, безболезненных лимфоузлов, в правой надключичной области -единичный плотный лимфатический узел.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз? ОПК-4
2. Стадия процесса. ОПК-4

Эталон ответов к задаче №1:

1. Предположительный диагноз: Рак правой молочной железы, узловая форма, с поражением верхне-наружного квадранта, метастатическим поражением правых подмышечных и надключичных лимфатических узлов.
2. Стадия процесса: По классификации TNM — T2 N3 M0, стадия IIIC. Обоснование: Размер первичной опухоли (4х5 см) соответствует критерию T2 (опухоль более 2 см, но не более 5 см). Симптом «лимонной корочки» над самой опухолью отражает местный лимфостаз. Наличие конгломерата подмышечных лимфоузлов и поражение надключичного лимфоузла на стороне поражения определяют критерий N3. При отсутствии явных клинических признаков отдаленного метастазирования выставляется M0.

Ситуационная задача № 2

Больной С.,51 года, обратился к хирургу с жалобами на задержку прохождения твердой пищи по пищеводу в течение 2 месяцев, боли за грудиной, изжогу, тошноту. В последний месяц отмечает снижение веса на 8 кг. слабость, утомляемость. Объективно - кожные покровы бледные, тургор кожи снижен, определяются увеличенные надключичные лимфоузлы, плотноэластической консистенции. В лабораторных анализах – повышение СОЭ до 56.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз. ОПК-4
2. Дополнительные методы исследованияОПК-4

Эталон ответов к задаче №2:

1. Предположительный диагноз: Рак пищевода с метастазами в надключичные лимфатические узлы (метастаз Вирхова). Клиническая стадия IV (T_любая, N_любая, M1). Клинические синдромы: прогрессирующая дисфагия, синдром опухолевой интоксикации, алиментарная кахексия.
2. Дополнительные методы исследования:
   - Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с мультифокальной щипцовой биопсией опухоли для верификации гистологического типа.
   - Рентгенография/рентгеноскопия пищевода и желудка с бариевой взвесью для оценки протяженности и характера сужения.
   - Тонкоигольная аспирационная или трепан-биопсия увеличенного надключичного лимфоузла под контролем УЗИ.
   - Компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием для выявления отдаленных метастазов и оценки инвазии в соседние органы.

Ситуационная задача № 3

У больного 50 лет в течение 6 месяцев тупые боли в эпигастральной области. Дважды отмечен «дегтеобразный» стул. Объективно отмечается бледность кожных покровов (НЬ крови 8,5 гр %). Пульс 98 ударов в минуту.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз? ОПК-4
2. План обследования? ОПК-4

Эталон ответов к задаче №3:

1. Предположительный диагноз: Рак желудка. Осложнения: Острое/хроническое желудочно-кишечное кровотечение (манифестирующее дегтеобразным стулом — меленой). Вторичная железодефицитная анемия средней/тяжелой степени (Hb 85 г/л). Тахикардия (пульс 98/мин) как компенсаторная реакция на гиповолемию и анемический синдром.
2. План обследования:
   - Срочная эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) для выявления источника кровотечения, локализации опухоли и выполнения эндоскопической биопсии.
   - Клинический и биохимический анализы крови (контроль гемоглобина, эритроцитов, гематокрита, показателей свертываемости, сывороточного железа, ферритина).
   - Компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (оценка местной распространенности, исключение метастазов в печень).
   - УЗИ органов брюшной полости, малого таза (исключение метастазов Крукенберга, Шницлера) и надключичных областей (исключение метастаза Вирхова).
   - Рентгенография органов грудной клетки.

Ситуационная задача № 4

Больной 53 лет. В течение полугода появились жалобы на запоры; отмечает периодические боли в животе, вздутие. К врачу никогда не обращался.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать? ОПК-4
2. Какова последовательность диагностических мероприятий? ОПК-4

Эталон ответов к задаче №4:

1. Рак ободочной или прямой кишки (колоректальный рак), протекающий по обтурационному клиническому типу (частичная хроническая толстокишечная непроходимость).
2. Последовательность диагностических мероприятий:
   - Шаг 1: Сбор анамнеза, физикальное обследование, пальпация живота и обязательное пальцевое исследование прямой кишки для исключения низко расположенных опухолей.
   - Шаг 2: Анализ кала на скрытую кровь (высокочувствительным иммунохимическим методом).
   - Шаг 3: Тотальная колоноскопия (фиброколоноскопия — ФКС) с осмотром подвздошной кишки и заоболочечного пространства, выполнением биопсии всех подозрительных участков.
   - Шаг 4: Ирригоскопия (рентгеноконтрастное исследование толстой кишки) — выполняется в случае технической невозможности проведения полной колоноскопии (например, при выраженном стенозе).
   - Шаг 5: Мультиспиральная КТ органов брюшной полости, малого таза и грудной клетки с контрастированием для стадирования процесса по системе TNM.

Ситуационная задача № 5

Во время профилактического осмотра при пальцевом исследовании прямой кишки у мужчины 56 лет обнаружена небольшая опухоль на ножке, на расстоянии 4см от сфинктера. При ректоскопии поставлен диагноз – полип кишки III типа. Выполнено его эндоскопическое удаление.

Вопросы:

1. Оцените тактику ведения больной. ПК-2
2. Правила диспансеризации больных с полипами кишечника. ПК-2

Эталон ответов к задаче №5:

1. Тактика абсолютно верная. Выявление полипа при пальцевом исследовании подтверждает крайнюю важность этого метода на профосмотрах. Эндоскопическая полипэктомия является одновременно диагностическим и радикальным лечебным мероприятием, предотвращающим развитие колоректального рака (вторичная профилактика). Следующим обязательным шагом является получение результатов планового гистологического исследования удаленного полипа для исключения малигнизации (carcinoma *in situ* или инвазивного рака).
2. Правила диспансеризации:
   - После удаления аденоматозного полипа первая контрольная колоноскопия выполняется через 6–12 месяцев.
   - При отсутствии рецидива и новых полипов последующие эндоскопические контроли проводятся 1 раз в 3 года (при множественных полипах или ворсинчатых аденомах высокой степени дисплазии — ежегодно).
   - Пациент остается на пожизненном диспансерном наблюдении у хирурга/колопроктолога.

Ситуационная задача № 6

К эндокринологу обратилась женщина 34 лет с жалобами на увеличение щитовидной железы. При УЗИ обнаружен узел в правой доле, полностью ее занимающий. Врач рекомендовал гормональное лечение и наблюдение.

Вопросы:

1. Проанализируйте правильность назначенной терапии. ОПК-5, ПК-1
2. Назначьте оптимальную терапию и тактику ведения больной. ОПК-5, ПК-1

Эталон ответов к задаче №6:

1. Назначенная тактика категорически неверна и опасна. Наблюдение и супрессивная гормональная терапия крупного узлового образования щитовидной железы без предварительной морфологической верификации недопустимы из-за высокой вероятности пропуска рака щитовидной железы. Гормональное лечение может смазать клиническую картину и упустить время для радикального хирургического лечения.
2. Оптимальная тактика ведения и терапия:
   - Немедленно отменить эмпирическую гормональную терапию.
   - Выполнить тонкоигольную аспирационную биопсию (ТАБ) узла под контролем УЗИ с последующим цитологическим исследованием мазков (оценка по международной системе Bethesda Thyroid Classification).
   - Исследовать уровень гормонов в крови: ТТГ, свободный Т4, а также онкомаркер медуллярного рака — кальцитонин.
   - При получении результатов Bethesda IV, V, VI (подозрение на рак или подтвержденный рак) пациентка направляется к хирургу-онкологу для оперативного лечения: гемитиреоидэктомии или тотальной тиреоидэктомии.

Ситуационная задача № 7

За последние 10 лет на заводе, отмечено увеличение числа больных раком легкого. Одновременно констатировано повышение частоты рака кожи. При этом рак легкого II стадии

обнаружен у 4% заболевших, III стадии - у 34% и IV - у 62%. Среди заболевших 75% работали на заводе более 20 лет, 10% более 10 лет и 15% - более 5.

Вопросы:

1. Ваши выводы и предложения относительно этой ситуации. ООПК-5, ПК-1

Эталон ответов к задаче №7:

1. На заводе имеет место выраженное воздействие профессиональных канцерогенных факторов (например, мышьяк, асбест, шестивалентный хром, ПАУ или продукты переработки дегтя), обладающих тропностью как к дыхательным путям, так и к кожным покровам. Наблюдается прямая зависимость частоты рака от стажа работы (у 75% стаж > 20 лет). Скрининг и диспансеризация на предприятии организованы неудовлетворительно: в 96% случаев рак легкого выявляется на поздних, запущенных стадиях (III–IV).

   Предложения:

   – Инициировать внеплановую проверку условий труда Роспотребнадзором, провести санитарно-гигиенический аудит рабочих мест, модернизировать системы вентиляции и очистки воздуха, строго контролировать использование рабочими средств индивидуальной защиты (СИЗ).
   – Полностью пересмотреть программу обязательных ежегодных периодических медицинских осмотров.
   – Внедрить обязательный ежегодный скрининг рака легкого методом низкодозной компьютерной томографии (НДКТ) для всех сотрудников со стажем более 5 лет.
   – Обязать врачей смотровых кабинетов проводить тотальный осмотр кожных покровов сотрудников с использованием оптической дерматоскопии.

Ситуационная задача № 8

У Вашего пациента выявлен рак. Локализация любая.

Вопросы:

1. С какого момента необходимо начать реабилитационные мероприятия? ПК-2

Эталон ответов к задаче №8:

1. Реабилитационные мероприятия должны начинаться с момента установления диагноза злокачественного новообразования (этап предреабилитации). Физическая, психологическая и нутритивная подготовка пациента должна осуществляться параллельно с планированием специального лечения (операции, химиотерапии, лучевой терапии). Это позволяет существенно снизить частоту послеоперационных осложнений, уменьшить токсичность лечения и повысить качество жизни больного на всех последующих этапах онкологической помощи.

Ситуационная задача № 9

Больной 56 лет поступил в клинику с жалобами на нестерпимый зуд кожи, ноющие боли в правом подреберье, слабость, бессонницу, отсутствие аппетита, наличие желтухи в течение одного месяца. При осмотре: склеры и кожа больного оливкового цвета, тургор её резко снижен, на ней множество расчесов. Живот мягкий. Печень увеличена. В правом подреберье пальпируется овоидной формы эластической безболезненное образование, размером 12,0х18,5см. Кал ахоличен.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? ОПК-4
2. План обследования ОПК-4
3. Тактика лечения. ОПК-5, ПК-1

Эталон ответов к задаче №9:

1. Рак головки поджелудочной железы (или опухоль периампулярной зоны / большого дуоденального сосочка). Осложнение: Синдром механической (подпеченочной) желтухи. Синдром Курвуазье (пальпируемый увеличенный, эластичный, безболезненный желчный пузырь на фоне механической желтухи).
2. План обследования:
   - Биохимический анализ крови: определение общего и прямого билирубина (будет резкое повышение за счет прямой фракции), щелочной фосфатазы, ГГТП, АСТ, АЛТ, амилазы.
   - Исследование опухолевых маркеров: СА 19-9 (основной маркер для поджелудочной железы) и РЭА.
   - КТ или МРТ органов брюшной полости с внутривенным динамическим контрастированием (оценка размеров опухоли, вовлечения магистральных сосудов — брыжеечных, воротной вены).
   - Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с осмотром двенадцатиперстной кишки и зоны БДС, при эндоскопической видимости опухоли — взятие биопсии.
3. Тактика лечения:
   - 1 этап (экстренный): Декомпрессия желчевыводящих путей для ликвидации холемии и печеночной недостаточности. Выполняется эндоскопическое ретроградное стентирование общего желчного протока или чрескожное чреспеченочное холангиодренирование (ЧЧХД).
   - 2 этап (радикальный): После нормализации уровня билирубина и оценки резектабельности выполняется радикальное хирургическое вмешательство — гастропанкреатодуоденальная резекция (операция Уиппла) с последующей адъювантной химиотерапией.

Ситуационная задача № 10

Больная 28 лет предъявляет жалобы на боль в молочных железах, усиливающуюся перед менструацией. История заболевания: больна в течение двух месяцев, после выполнено медикаментозного аборта. Менструации регулярные, с двенадцатилетнего возраста. Объективные данные: молочные железы развиты хорошо, консистенция мягкая, при пальпации выраженная болезненность. Паренхима желез зернистая в виде мелких дробинок. Кожных симптомов и изменений со стороны соска нет. Лимфатические узлы не пальпируются.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз, его обоснование. ОПК-4
2. Какие обследования необходимо провести? ОПК-4
3. Каков план лечения? ОПК-5, ПК-1

Эталон ответов к задаче №10:

1. Диффузная доброкачественная дисплазия молочных желез (диффузный фиброаденоматоз, диффузная мастопатия). Синдром циклической масталгии. Обоснование: Молодой возраст пациентки, четкая связь манифестации заболевания с перенесенным медикаментозным абортом (острый нейроэндокринный стресс и резкий дисбаланс эстрогенов/прогестерона). Характерная симметричная клиническая картина: усиление болей перед менструацией, диффузная мелкозернистая паренхима по типу «мелких дробинок», отсутствие локальных узловых образований, инфильтратов, кожных симптомов и регионарной лимфаденопатии.
2. Какие обследования необходимо провести:
   - УЗИ молочных желез и зон регионарного лимфооттока (строго на 5–10 день

менструального цикла).

- Консультация гинеколога-эндокринологии с оценкой органов малого таза (УЗИ).
- Анализ крови на гормональный статус (пролактин, прогестерон во 2-ю фазу цикла, эстрадиол, а также ТТГ и свободный Т4 для исключения скрытого гипотиреоза).

3. Каков план лечения: Консервативная терапия.
   - Немедикаментозные меры: диета с ограничением метилксантинов (кофе, крепкий чай, кола, шоколад), подбор поддерживающего медицинского белья.
   - Локальная терапия: трансдермальные гели с микронизированным прогестероном (например, Прожестожель) на область молочных желез во 2-ю фазу менструального цикла для ликвидации локальной гиперэстрогении.
   - Системная терапия: фитопрепараты и растительные комплексы, нормализующие уровень пролактина (например, Мастодинон, Циклодинон), витаминотерапия (витамины А, Е, С, группы В), легкие седативные средства для стабилизации психоэмоционального фона.