

## СОСТОЯНИЕ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ, ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

<sup>1</sup>О.Б.Салко, <sup>1</sup>С.С.Корытько, <sup>2</sup>А.П.Шепелькевич

<sup>1</sup>Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения, г. Минск

<sup>2</sup>Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

*Приведены структура и кадровый состав эндокринологической службы Республики Беларусь. Представлены показатели заболеваемости и инвалидности при эндокринной патологии. Описан процесс оказания специализированной медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом, тиреоидной и "редкой" эндокринной патологией. Сформулированы задачи, стоящие перед эндокринологической службой Республики Беларусь.*

На долю эндокринных заболеваний приходится до 4,5% в структуре первичной и общей заболеваемости. Общая заболеваемость с 1995 по 2009 год выросла в 1,6 раза (3373,9<sup>0</sup>/<sub>0000</sub> и 5502,25<sup>0</sup>/<sub>0000</sub> в 1995 и 2009 гг. соответственно). При построении тренда общей заболеваемости отмечается вероятность дальнейшего роста распространенности эндокринной патологии [1–6].

**Сахарный диабет.** Значительную часть среди заболеваний эндокринной системы составляет сахарный диабет, которым страдает около 2% населения нашей республики. Количество пациентов с сахарным диабетом за последние 15 лет практически удвоилось – со 108031 чел. в 1995 г. до 198955 чел. в 2009 г., что является результатом внедрения активного скрининга сахарного диабета 2 типа. Первичная заболеваемость сахарным диабетом с 1995 по 2009 год выросла в 3,3 раза – с 69,6<sup>0</sup>/<sub>0000</sub> до 227,0<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>.

Сахарный диабет увеличивает риск развития ишемической болезни сердца и инфаркта в 2 раза, патологии почек – в 17 раз, гангрены нижних конечностей – в 20 раз, артериальной гипертензии – более чем в 3 раза; на первом месте среди причин слепоты также сахарный диабет [4].

В Республике Беларусь рост хронических осложнений сахарного диабета отмечался до 2000 года: у 75% пациентов с сахарным диабетом были зарегистрированы те или иные осложнения, затем регистрировалось планомерное снижение, и в 2009 г. данный показатель составил 48%.

Структура осложнений также изменяется. Если ранее в структуре ампутаций преобладали так называемые "высокие" (на уровне бедра, голени), то в настоящее время 64% – это "низкие" ампутации. Диабетическая нефропатия в связи с широким внедрением определения микроальбуминурии также выявляется на более ранних стадиях.

Уровень первичной инвалидности пациентов с сахарным диабетом практически не изменился (0,9<sup>0</sup>/<sub>0000</sub> в 1995 г. и 0,85<sup>0</sup>/<sub>0000</sub> в 2009 г. соответственно). Однако при расчете отношения инвалидов по сахарному диабету к количеству пациентов с сахарным диабетом в процентах отчетливо прослеживается рост количества инвалидов по сахарному диабету: в 1995 г. показатель составлял 6,9%, в 2009 г. – 9,36%. Разброс данного показателя по регионам республики достаточно велик – от 4,48% в Витебской области до 22,5% в г. Минске (2009 год)

Следует отметить, что сахарный диабет увеличивает смертность в 2–3 раза. Основными причинами смерти больных сахарным диабетом являются сердечно-сосудистые и цереброваскулярные заболевания, атеросклероз и хроническая почечная недостаточность. Средняя продолжительность жизни больных сахарным диабетом на 6–12 лет меньше, чем в других группах населения страны [4, 5].

В нашей стране смертность пациентов с сахарным диабетом имеет тенденцию к росту, что связано с увеличением общего количества пациентов данной группы (с 0,49‰ в 1995 г. до 0,72‰ в 2009 г.). Летальность же на 100 пациентов с сахарным диабетом, напротив, снизилась с 4,3 в 1995 г. до 3,6 в 2009 г. Снижение летальности является результатом проводимого скрининга, ранней диагностики осложнений, широкого внедрения системы обучения самоконтролю и динамического наблюдения.

**Патология щитовидной железы.** Распространенность заболеваний щитовидной железы в 2009 году составила 2477,0 на 100 тыс. населения, то есть данная патология регистрируется у 2,5% населения.

Среди указанной группы заболеваний самое частое – эндемический зоб (различные формы). Его распространенность в 2009 г. 1592,3<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>.

За последние 15 лет несколько изменились тенденции первичной заболеваемости различными нозологическими формами тиреоидной патологии. Так, если до 2000 года отмечался неуклонный рост первичной заболеваемости эндемическим зобом, то затем наметилась тенденция его снижения (1995 г. – 226,5<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>, 2000 г. – 318,9<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>, 2009 г. – 174,8<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>). Уменьшение уровня регистрируемого эндемического зоба может быть связано с широким внедрением в Республике Беларусь государственной программы профилактики йод-дефицитных заболеваний.

Напротив, первичная заболеваемость аутоиммунным тиреоидитом и гипотирозом неуклонно растет: с 25,6 в 1995 г. до 46,38 в 2009 г. выросла первичная заболеваемость аутоиммунным тиреоидитом, с 6,47 до 55,3 соответственно – гипотирозом. Рост заболеваемости аутоиммунным тиреоидитом может быть, в том числе, связан с улучшением качества диагностики и, соответственно, выявляемости данного заболевания. Причиной увеличения заболеваемости гипотирозом служит рост хирургической активности по поводу узловой патологии щитовидной железы, что подтверждает корреляционная зависимость между количеством тиреоидэктомий и первичной заболеваемостью послеоперационным гипотирозом (RS=0,68, p<0,05).

#### **Другая редкая эндокринная патология.**

Данная группа включает в себя довольно много нозологических форм, таких как хроническая надпочечниковая недостаточность, гипофизарный низм, несахарный диабет, акромегалия, пролактинома и другие гормонально-зависимые опухоли гипофиза, нарушения полового и физического развития.

В общей структуре эндокринных заболеваний удельный вес редкой эндокринной патологии невелик, но имеет тенденцию к увеличению. Так, количество пациентов с соматотропной недостаточностью выросло с 278 чел. в 1995 г. до 443 в 2009 г., с несахарным диабетом – с 602 до 705 соответственно. Вместе с тем, являясь тяжелой хронической патологией, эти нозологические формы требуют больших затрат как на их диагностику, так и на лечение.

Для решения всех проблем, стоявших перед эндокринологами республики, создана и функционирует стройная многоуровневая эндокринологическая служба.

Оказание эндокринологической помощи в амбулаторных условиях производится в поликлиниках центральных районных больниц, городских поликлиниках; на областном уровне: в 5 област-

ных эндокринологических диспансерах, в 2 диспансерных отделениях (УЗ "Минская областная клиническая больница", УЗ "Могилевский областной лечебно-диагностический центр"); в городском детском эндокринологическом центре г. Минска (на базе УЗ "2-я детская клиническая больница" г. Минска). Функция республиканского уровня возложена на ГУ "Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения".

На республиканском уровне проводятся консультации профессорско-преподавательским составом сотрудников ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования" и УО "Белорусский государственный медицинский университет".

Для оказания специализированной эндокринологической помощи в стационарных условиях в Республике Беларусь выделено 965 коек, из них для взрослых – 845, для детей – 120.

Помощь оказывается на областном уровне в 9 взрослых и 6 детских эндокринологических отделениях областных больниц, на республиканском уровне – в эндокринологическом отделении и отделениях эндокринной и реконструктивной хирургии ГУ "Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека" (г. Гомель), в детском эндокринологическом отделении УЗ "2-я городская детская клиническая больница" г. Минска.

Количество специалистов, оказывающих медицинскую помощь пациентам с эндокринной патологией в Республике Беларусь, составляет 484 чел., в том числе: взрослому населению – 383 врача-эндокринолога, детскому населению – 78 врачей-эндокринологов. В организациях и подразделениях, оказывающих эндокринологическую помощь, также работают офтальмологи, акушеры-гинекологи, неврологи, хирурги (23 врача-специалиста).

**Медицинская помощь пациентам с сахарным диабетом.** Для улучшения оказания медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом за последние 15 лет разработан ряд нормативных правовых актов и программных документов. Прежде всего, это комплексная программа "Сахарный диабет" на 1999–2003 годы, государственная программа "Сахарный диабет" на 2004–2008 годы, Закон Республики Беларусь "О ратификации Соглашения о сотрудничестве государств-участников Содружества независимых государств в борьбе с ростом заболеваемости сахарным диабетом".

Создана широкая сеть "школ диабета" (ШД) для обучения пациентов. Начало создания ШД

положил приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.08.1994 г. №197. Первые школы были предназначены для больных с 1-м типом сахарного диабета и, прежде всего, для детей и подростков. Однако СД 1 типа составляет лишь 13,7% всех больных, остальные – это больные 2-м типом сахарного диабета, т.е. взрослые пациенты, у которых регистрируется больший процент инвалидности и осложнений. Поэтому основная проблема – обучение именно этой группы, а поскольку пациенты со 2-м типом сахарного диабета – чаще всего амбулаторные больные, то и место, где они смогут получить всю необходимую информацию, должно быть максимально приближено к ним.

На настоящий момент в республике функционируют 224 ШД, где за 2009 год прошли обучение 31254 пациента с сахарным диабетом.

Проводятся мероприятия, направленные на планирование беременности при сахарном диабете.

Все женщины с сахарным диабетом состоят на учете у эндокринолога и гинеколога. В течение года до наступления беременности ведется строгий контроль за компенсацией сахарного диабета. Всех беременных с сахарным диабетом обязательно госпитализируют в стационар для коррекции дозы инсулина и обучения в ШД. Ведутся списки женщин фертильного возраста, девочек и подростков, болеющих сахарным диабетом, которые имеются у каждого эндокринолога в поликлинике по месту жительства. Все беременные, болеющие сахарным диабетом, получают интенсивную инсулинотерапию генно-инженерными инсулинами в картриджах. Проблемой на настоящий момент является обеспечение данной категории средствами самоконтроля (глюкометрами и тест-полосками), поскольку далеко не все из них имеют группу инвалидности.

Работа по профилактике ампутаций нижних конечностей при сахарном диабете проводится совместно со смежными специалистами (неврологи, хирурги). Организована работа полноценно оборудованных 12 кабинетов "Диабетическая стопа" (7 – в областных учреждениях, 5 – в районных). Разработаны методические рекомендации по диагностике и лечению синдрома "диабетической стопы".

К сожалению, не во всех районах республики имеется возможность проведения доплерографии сосудов нижних конечностей, что затрудняет диагностику диабетической ангиопатии.

Организовано исследование гликированных белков и микроальбуминурии для оценки компенсации сахарного диабета и выявления ранних стадий диабетической нефропатии. Оборудование для

проведения данных исследований имеется не только во всех областных ЛПО, оказывающих помощь пациентам эндокринного профиля, а зачастую и в районных. Однако с учетом количества пациентов с сахарным диабетом количество проводимых исследований гликированных белков (47051) и микроальбуминурии (10742) явно недостаточно.

В республике внедрено 6 систем длительного мониторинга глюкозы.

Обеспечение лечением пациентов с сахарным диабетом, нуждающихся в проведении диализа, проводится в полном объеме. На 01.01.2010 г. в республике нуждалось в данном виде лечения 228 человек. Проблем в организации диализа нет – 165 человек проходят курсы гемодиализной терапии, 61 – перитонеального диализа.

Важный аспект в обеспечении высокого качества жизни пациентов с сахарным диабетом – обеспечение своевременного эффективного лечения и мониторинга заболевания.

По существующему в Республике Беларусь законодательству все пациенты с сахарным диабетом обеспечиваются бесплатно:

- всеми видами инсулинов;
- пероральными сахароснижающими препаратами;
- средствами введения инсулина (инсулиновый шприц или игла для шприц-ручки) из расчета 1 шт. в день.

В 2010 г. прекращен выпуск животных инсулинов, и все нуждающиеся пациенты обеспечены генно-инженерными ("человеческими") инсулинами.

Из общего количества пациентов с сахарным диабетом около 20% получают инсулинотерапию, из них лечение инсулинами в картриджах – 10,4%. В 2009 г. Министерством здравоохранения Республики Беларусь расширены показания к назначению картриджной формы инсулинов, и в настоящее время их могут получать дети, лица с сахарным диабетом, болеющие с детства, учащиеся средних и высших учебных заведений, беременные и лактирующие женщины, пациенты с наличием социальной слепоты.

Глюкометрами и тест-полосками к ним обеспечиваются только лица, имеющие инвалидность.

Проводится работа по созданию регистра больных сахарным диабетом, которая была начата в 2006 г. и регламентировалась приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь "О проведении опытной эксплуатации автоматизированной системы обработки информации республиканского регистра "Сахарный диабет".

В настоящее время работа по организации регистра "Сахарный диабет" проводится в соответ-

ствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.07.2009 г. №658 "Об организации функционирования системы обработки информации республиканского регистра "Сахарный диабет". Всего введены в базу данных сведения о 135825 больных сахарным диабетом.

Имеются проблемы в функционировании регистра: не во всех ЛПО выделены штатные единицы для обеспечения работы, требует доработки инструкция по заполнению первичных документов.

**Медицинская помощь пациентам с тиреоидной патологией.** Организация медицинской помощи пациентам с тиреоидной патологией регламентируется приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08.02.2002 г. "О тактике лечения и ведения пациентов с узловой патологией щитовидной железы", приказами Минздрава по проведению радиоiodтерапии (от 13.05.2003 г. №208-А "О мерах по совершенствованию организации лечения тиреотоксикоза с диффузным зобом (диффузный токсический зоб, болезнь Грейвса) радиоактивным йодом" и от 30.12.2004 г. №798-А "Об утверждении протокола лечения диффузного токсического зоба радиоактивным йодом").

В соответствии с нормативными правовыми актами за последние годы значительно обновлен парк ультразвуковой аппаратуры, и на настоящий момент во всех районах республики имеется возможность проведения ультразвукового исследования щитовидной железы. На областном уровне проводятся определение гормонов щитовидной железы, тонкоигольная аспирационная биопсия под контролем ультразвукового исследования.

Пациенты с диффузным токсическим зобом получают не только медикаментозное лечение, но и лечение радиоактивным йодом в двух организациях здравоохранения (ГУ "Городской клинический онкологический диспансер", г. Минск; ГУ "Гомельский областной клинический онкологический диспансер") и хирургическое лечение в хирургических отделениях в регионах (тяжелые случаи оперируются в Республиканском научно-практическом центре опухолей щитовидной железы, расположенном на базе УЗ "Городской клинический онкологический диспансер" г. Минска).

Основными препаратами для лечения заболеваний щитовидной железы являются препараты иодида калия, синтетические аналоги гормона щитовидной железы тироксина, тиреостатические препараты. В Республике Беларусь налажено производство отечественного синтетического аналога гормона щитовидной железы тироксина – левотироксина натрия (г. Борисов). Другие лекарственные средства официально зарегистрирова-

ны в республике и доступны в аптечной сети. Проводятся мероприятия по йодной профилактике заболеваний щитовидной железы.

**Оказание помощи пациентам с редкой эндокринной патологией.** Состояние помощи пациентам указанной группы оценивалось по следующим параметрам: возможность проведения КТ/МРТ, проведения гормональных исследований, снабжение пациентов со сложной и редко встречающейся эндокринной патологией препаратами для лечения.

Возможность проведения топической диагностики с помощью КТ/МРТ исследований имеется во всех регионах республики, исследование так называемых "редких" гормонов (соматотропный гормон, инсулиноподобный фактор роста-1, адренкортикотропный гормон, метанефрины, альдостерон и т.д.) проводится практически только в ГУ "Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения" и РНПЦ радиационной медицины и экологии человека (г. Гомель). Фармакологические пробы, зачастую необходимые для установления диагноза соматотропной недостаточности и преждевременного полового созревания, также проводятся только в указанных учреждениях, а также в УЗ "2-я детская городская клиническая больница г. Минска".

Большинство нуждающихся в операции пациентов с патологией гипофиза получают лечение в нейрохирургических отделениях 9-й и 5-й клинических больниц г. Минска. Налажена техника операций с трансфеноидальным доступом, что позволяет снизить травматизацию больного.

Проблем с обеспечением препаратами для данной группы больных в последнее время нет. Практически все препараты закупаются РУП "Фармация". Препараты для лечения соматотропной недостаточности и преждевременного полового созревания закупаются централизованно и распределяются по решению комиссии, функционирующей на базе ГУ "Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения".

Консультативная и диагностическая помощь пациентам с заболеваниями эндокринной системы централизованно осуществляется в ГУ "Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения". Помощь оказывается в эндокринологическом отделении (8 эндокринологов для взрослых), детском консультативно-реабилитационном отделении (3 детских эндокринолога), в гинекологическом кабинете (2 гинеколога-эндокринолога), офтальмологическом кабинете (2 врача-офтальмолога), в кабинете лазерной микрохирургии глаза. Открыты Центр метаболических ос-

теопатий и остеопороза, кабинет метаболических нарушений по лечению ожирения.

Помощь пациентам с эндокринной патологией оказывается также терапевтами, неврологами взрослого консультативно-реабилитационного отделения, педиатрами детского консультативно-реабилитационного отделения, врачами УЗД, ФД, физиотерапевтом, реабилитологами.

Ежегодно около 60 тыс. посещений в Центре осуществляются пациентами с различными эндокринными заболеваниями. Структура посещений в разрезе регионов выглядит следующим образом: жители Минска составляют 37,9%, Минской области – 23,4%, Гродненской области – 15,9%, Брестской области – 8,5%, Могилевской области – 7,5%, Витебской области – 4,5%, Гомельской области – 2,3%.

Удельный вес так называемой "редкой патологии" вырос за последние 3 года практически в 2 раза и составляет 33,5%. В том числе, возросло количество консультаций по поводу гипопаратиреоза (на 60%), гиперпаратиреоза (на 65%), гиперсоматотропизма (на 43%), гиперкортицизма (на 177%), дефицита гормона роста (на 105%), гипопитуитаризма (на 57%), гипокортицизма (на 162%), дисфункции яичников и патологического течения менопаузального синдрома (на 115%), синдрома Шерешевского-Тернера (на 58%). Значительно снизилась доля лиц, не имеющих эндокринной патологии, что указывает на улучшение преимущества в работе головной и региональных организаций здравоохранения по отбору пациентов для консультирования в Центре.

На базе Центра создана и работает республиканская комиссия по назначению лечения гормоном роста и агонистами гонадотропин-рилизинг гормона. На заседания данной комиссии направляются дети со всей республики с преждевременным половым развитием, дефицитом гормона роста, синдромом Тернера. При наличии показаний назначается лечение, протоколы заседания комиссии еженедельно передаются главным внештатным областными детским эндокринологом, на основании чего выписываются рецепты на бесплатное лечение.

В плане выполнения диагностических стандартов следует отметить, что Центр выполняет все лабораторные исследования, реагенты к которым зарегистрированы и закупаются в Республике Беларусь.

Растет количество так называемых "редких" гормонов. За последние 3 года в 2,7 раза увеличились исследования паратгормона, в 2 раза – ДГЭА, в 1,5 раза – 17-ОН прогестерона, в 2 раза

– кальцитонина, антител к рецепторам ТТГ, в 5 раз – исследований метанефринов, в 2,3 раза – альдостерона, значительно увеличилось исследование половых гормонов. Также возросло количество исследований инсулиноподобного фактора роста 1.

Внедрено исследование антител к антигенам поджелудочной железы, Big-Big пролактину.

Проводятся длительное мониторирование гликемии для улучшения компенсации сахарного диабета, нейромиография для ранней диагностики диабетической полинейропатии, всем нуждающимся осуществляется доплеровское исследование сосудов нижних конечностей.

Таким образом, за последние 15 лет работа эндокринологической службы значительно усовершенствована. При этом в будущем необходимо решить следующие задачи:

1. Увеличить процент укомплектованности эндокринологической службы врачебными кадрами (в настоящее время самая низкая укомплектованность в г.Минске – 76,9%, Гомельской области – 78,97%, Минской области – 78,69%).

2. В связи с тем, что признан утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 июня 1996 г. №100 "О мерах по совершенствованию эндокринологической помощи населению Республики Беларусь", необходимо разработать новый документ (инструкцию), регламентирующий структуру и порядок работы организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пациентам с эндокринными заболеваниями в Республике Беларусь.

3. Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11.01.2010 г. №10 "Об утверждении плана работ на 2010 год по разработке и совершенствованию штатных нормативов кадрового обеспечения в государственных организациях здравоохранения, финансируемых за счет средств бюджета" разработать проект приказа о штатных нормативах врачей-эндокринологов, среднего и младшего медицинского персонала.

4. С целью повышения эффективности работы республиканского регистра "Сахарный диабет" целесообразна переработка инструкции о порядке заполнения "Карты регистрации и наблюдения за пациентом с установленным диагнозом сахарный диабет".

5. С целью улучшения ранней диагностики, профилактики и лечения сахарного диабета целесообразно внедрение комплексных мероприятий:

- совместно с врачами общей практики, врачами-терапевтами продолжить проведение скринин-

говых мероприятий по выявлению факторов риска развития сахарного диабета 2 типа (во время осмотра врача оценка факторов риска диабета, проведение акций по раннему выявлению диабета);

- продолжить проведение обучающих семинаров для врачей первичного звена по раннему выявлению сахарного диабета;

- продолжить работу в средствах массовой информации по освещению факторов риска развития сахарного диабета, необходимости раннего выявления сахарного диабета, здорового образа жизни;

- разработать шкалу оценки эффективности работы школ сахарного диабета;

- более широко внедрять в организациях здравоохранения системы длительного мониторинга глюкозы (CGMS);

- внедрить новые лечебные технологии (инсулиновые помпы, сахароснижающие лекарственные средства: увеличение использования картриджных форм инсулина до 15%, инкретиновые миметики после их регистрации в Республике Беларусь);

- на областном уровне обеспечить наличие реагентов для определения гликированных белков (гликированного гемоглобина, фруктозамина), проведения гормональных исследований (тиреоидные, половые).

6. Разработать механизм обеспечения беременных и лактирующих женщин с сахарным диабетом средствами самоконтроля.

7. Переработать приказы по организации помощи пациентам с узловой патологией щитовидной железы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Вальчук, Э.А. Расчет и анализ статистических показателей в здравоохранении / Э.А.Вальчук, Н.И. Гулицкая, В.А.Карпович, А.В.Рожко, Ф.П.Царук. – Гродно, 1997.
2. Здравоохранение в Республике Беларусь: официальный статистический сборник. – Минск: ГУ РНМБ, 1996–2009.
3. Лисицын, Ю.П. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения / Ю.П.Лисицын. – Москва: "Медицина", 1987. – Т.1–2.
4. Diabetes Control and Complications Trial Research Group // N. Engl. J. Med. – 1993. – No.329. – P.986-997.
5. King H., Aubert R.E., Herma W.H. // Diabetes care. – 1998. – V.21, No.9. – P.1391-1414.
6. Shaw, K. (ed.) Diabetic Complications. – JWILEY & Sons, 1996. – 232 p.

#### CURRENT STATE OF ENDOCRINOLOGICAL SERVICE IN THE REPUBLIC OF BELARUS, PROBLEMS AND WAYS OF THEIR SOLUTION

O.B. Salko, S.S. Korytko, A.P. Shepelkevich

The structure and staffing of the endocrinological service of the Republic of Belarus were represented. Incidence and disability rates as regards endocrine pathology were given and the procedure on rendering specialized medical care to patients with diabetes mellitus, thyroid and "uncommon" endocrine pathology was described. The objectives, set before the endocrinological service in the Republic of Belarus, were formulated.

Поступила 26.08.2010 г.