

Т.В. БЕЗУШКО¹, І.С. МИРОНЮК²

¹Центр профілактики та боротьби зі СНІДом, Ужгород; ²Ужгородський національний університет, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології та фтизіатрії, Ужгород

МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ПОСЛУГ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ У ПРЕДСТАВНИКІВ ГРУП РИЗИКУ ЩОДО ІНФІКУВАННЯ ВІЛ У ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

У статті наведено результати вивчення ефективності надання послуг із діагностики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом у представників груп ризику щодо інфікування вірусом імунодефіциту людини в Закарпатській області протягом 2011-2013 років. Послуги з діагностики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом протягом вказаного періоду було надано 460 представникам цільових груп програми (споживачам ін'єкційних наркотиків, робітникам комерційного сексу та чоловікам, які мають сексуальні стосунки з чоловіками). Надання вказаних послуг проводилося через моделі формату «клієнт іде до лікаря»: «класична», «пасивна переадресація», «активна переадресація»; формату «активний вихід на клієнта»: «довірений лікар» і «мобільна амбулаторія». Доведено, що впровадження моделей формату «активний вихід на клієнта» значно підвищує ефективність програми за рахунок збільшення охоплення представників груп ризику послугами діагностики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом. Визначено найбільш ефективні моделі надання даних послуг для кожної із груп ризику в регіоні.

Ключові слова: ВІЛ/СНІД, групи ризику, інфекції, які передаються статевим шляхом, діагностика, лікування

Вступ. У 2008 році, вперше за період із 1995 року, відбулася зміна основного шляху інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) в Україні: переважання статевого шляху зараження вірусом над парентеральним [2, 10]. Так, станом на липень 2013 року частка ВІЛ-інфікованих осіб, які заразилися ВІЛ-інфекцією статевим шляхом, складала 53,7%, парентеральним шляхом (введення ін'єкційних наркотичних речовин) інфікувалося лише 21,5% ВІЛ-інфікованих [3]. Численними дослідженнями вітчизняних і зарубіжних науковців доведено, що інфекції, які передаються статевим шляхом (ІПСШ), особливо ті, що супроводжуються утворенням ерозій та виразок (сифіліс, герпес-вірусна інфекція тощо), значно підвищують імовірність інфікування ВІЛ-статевим шляхом, а своєчасне лікування цих інфекцій є ефективним профілактичним заходом щодо поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу [7, 11, 17, 18, 19].

ІПСШ є важливою проблемою охорони здоров'я України. За даними офіційної статистики, з 2000 по 2010 роки в Україні щорічно знижується показник захворюваності на основні ІПСШ (сифіліс, гонорея, трихомоноз), за винятком уrogenітального хламідіозу та мікоплазмозу, які тримаються на одному рівні, а частка генітального герпесу на-

віть збільшилася у 1,5 разу [4]. Офіційні дані щодо захворюваності на ІПСШ населення України за різними оцінками відображають від 10 до 40% реальних випадків ІПСШ [12]. Поширеність ІПСШ серед населення в Україні є нерівномірною і сконцентрована у групах ризику (ГР) щодо інфікування ІПСШ/ВІЛ, до яких належить уразлива частина населення, що відіграє провідну роль у динаміці епідемічного процесу цих інфекцій (робітники комерційного сексу (РКС), чоловіки, які мають статеві стосунки з чоловіками (ЧСЧ), споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН)) [13]. Тому діагностика та лікування ІПСШ саме у представників ГР є важливим компонентом запобігання поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу серед населення статевим шляхом [6, 7].

Зважаючи на певні особливості представників ГР ("закритість" групи для медичних працівників, низька прихильність представників цих осіб до отримання медичних послуг у бюджетних лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ), їх суспільна стигматизація) [5], значні регіональні відмінності щодо: оціночної чисельності представників ГР [1]; розвитку організацій, що мають вихід на представників ГР; стану епідемічної ситуації з ІПСШ та ВІЛ-інфекції/СНІДу, ефективна реалізація єдиної

уніфікованої моделі надання послуг із діагностики та лікування ІПСШ представникам ГР на всій території України не є можливою та потребує застосування диференційованого підходу до організації надання цих медичних послуг [9].

На сьогодні розроблено та впроваджується кілька моделей організації надання послуг діагностики і лікування ІПСШ представникам ГР в Україні: «класична», «пасивна переадресація», «активна переадресація», «активний вихід на клієнта» [9]. Кожна з запропонованих чотирьох моделей має свої переваги та недоліки. Так, три моделі: «класична», «пасивна переадресація», «активна переадресація» є формату «клієнт іде до лікаря». Для цих моделей характерні високий рівень якості надання медичних послуг, відносна простота їх впровадження, але значним недоліком є низький рівень охоплення послугами представників ГР на території її впровадження. Модель формату «активний вихід на клієнта» може бути реалізована двома шляхами: через «довіреного» лікаря, що працює на базі неурядової організації (НУО) або через надання послуг у мобільній амбулаторії. Ця модель має високий рівень охоплення медичними послугами представників ГР, але забезпечення якості медичних послуг діагностики та лікування ІПСШ і організація їх впровадження є ускладненим [9, 13].

Існуючі моделі діагностики і лікування ІПСШ у представників ГР широко впроваджені в Україні [13], але вони недостатньо вивчені в Закарпатській області.

Мета дослідження. Вивчити стан впровадження та ефективності функціонування моделей організації надання послуг з діагностики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом представникам груп ризику щодо інфікування даними інфекціями та вірусом імунодефіциту людини в Закарпатській області України; вивчити пріоритетні моделі організації надання цих медичних послуг представникам окремих груп ризику.

Матеріали та методи. Оцінка стану впровадження та ефективності функціонування моделей організації надання послуг із діагностики та лікування ІПСШ у кожній окремо взятій ГР в Закарпатській області визначалася шляхом аналізу облікової і звітної документації та журналів реєстрації звернень представників ГР у ЛПЗ та НУО, які задіяні у реалізації програми Глобального фонду «Профілактика ВІЛ-інфекції, діагностика, лікування, догляд та підтримка хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД в Україні», що реалізується в Україні за підтримки Міжнародного благодійного фонду «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні» [15]. Перелік форм звітної та облікової документації (журналів прийому амбулаторних хворих ЛПЗ та реєстрації звернень для проведення скринінг-тестування на ІПСШ представників уразливих груп НУО) затверджено відповідними наказами Міністерства охорони здоров'я України [14]. За результатами аналізу облікової та

звітної документації організацій, залучених до реалізації програми, визначалась кількість представників кожної ГР, яким надано послуги діагностики та лікування ІПСШ у період реалізації програми (січень 2011 року – листопад 2013 року). Визначення моделі організації надання послуг із діагностики та лікування ІПСШ у кожній окремо взятій ГР проводили на основі інформації, яку містить «Журнал проведення скринінг-тестування на ІПСШ» партнерської НУО (місце проведення тестування, цільова група, кількість проведених тестувань за день, назва ЛПУ, до якого був перенаправлений клієнт для уточнення діагнозу).

Результати досліджень та їх обговорення. Послуги з діагностики та лікування ІПСШ для представників уразливих груп населення в рамках програми Глобального фонду в Закарпатській області у співпраці з регіональними НУО надають медичні працівники двох ЛПЗ (Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом, обласний клінічний шкірновенерологічний диспансер) [8].

За період реалізації програми в Закарпатській області (січень 2011 – листопад 2013 років) послуги з діагностики та лікування ІПСШ надано 460 представникам ГР. Але у різні періоди реалізації програми кількість осіб, яким надано вказані послуги змінювалася (рис. 1).

Так, у 2012 році кількість осіб із ГР, яким надано послуги з діагностики та лікування ІПСШ, знизилася на 3% порівняно з 2011 роком, тоді як лише за 10 місяців 2013 року даними послугами було охоплено на 63% більше представників ГР ніж у 2012 році (див. рис.1).

НУО, що реалізують вказану програму з початку її впровадження (з 2011 року) на території Закарпатської області, надають послуги по залученню до діагностики і лікування ІПСШ представникам групи СН та РКС, що проживають на території м. Ужгород та прилеглих районів. Аналогічні послуги представникам групи ЧСЧ почали надаватися лише з початку 2013 року. До переліку послуг, що надаються особам даних ГР входить скринінгова діагностика на сифіліс, гонорею та хламідійну інфекцію імунохроматографічними тестами (швидкими тестами), які централізовано постачає МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні». У зв'язку з нерегулярним забезпеченням швидких тестів для НУО спостерігається призупинення діагностики окремих ІПСШ протягом кількох місяців щороку, тому для нижченаведеного аналізу проведено розрахунок середньої кількості наданих послуг діагностики ІПСШ представникам ГР у місяць за роками реалізації програми. Для об'єктивної оцінки кількості наданих послуг із діагностики ІПСШ представникам ГР взято ті місяці року, в яких було проведено тестування на усі визначені програмою ІПСШ: сифіліс, гонорею та хламідіоз, та виведено середню кількість осіб, які отримали повний комплект послуг діагностики ІПСШ за місяць (табл. 1).

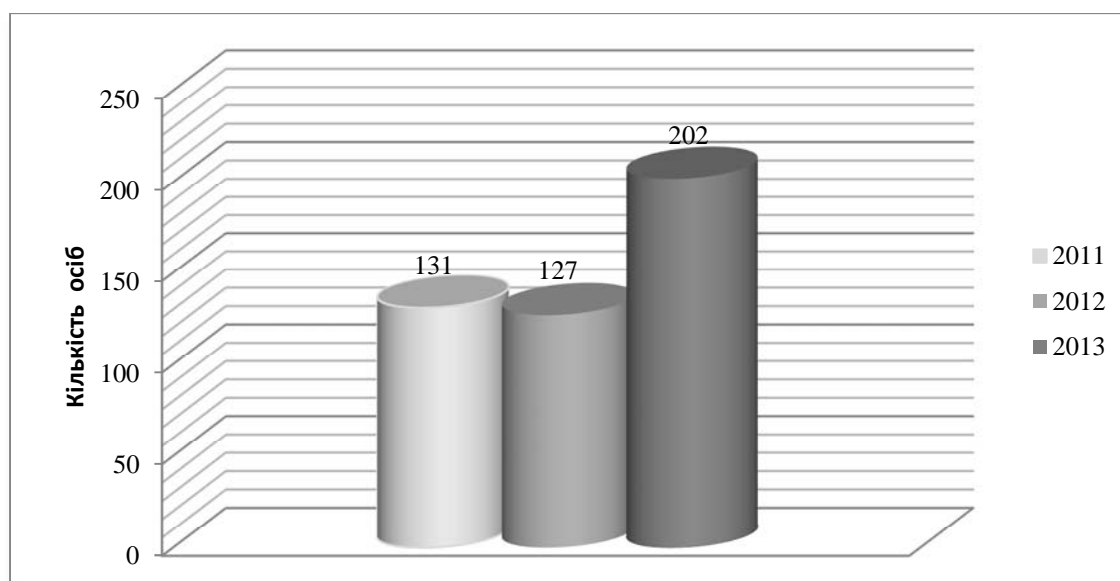


Рис. 1. Кількість осіб груп ризику, яким надано послуги з діагностики та лікування ІПСШ у Закарпатській області у 2011 і 2012 роках та за 10 місяців 2013 року.

Таблиця 1

Середня кількість наданих послуг представникам груп ризику з діагностики ІПСШ за місяць у 2011 – 2013 роках

ІПСШ	2011	2012	2013
Сифіліс	6,4	9,6	20,5
Гонорея	10,6	9,1	16,2
Хламідіоз	10,6	9,1	16,2
Всього	27,6	27,8	52,9

Примітка. Середня кількість обстежених на гонорею та хламідіоз в місяць є однаковою, оскільки діагностика цих інфекцій проводилась кожному клієнту програми одночасно.

Як видно з таблиці 1, середньомісячна кількість наданих послуг діагностики усіх ІПСШ у представників ГР у 2011 та 2012 роках майже не змінилася (27,6 у 2011 році та 27,8 у 2012 році), а вже у 2013 році середня кількість наданих пакетів послуг діагностики зросла майже вдвічі у порівнянні з попередніми роками. Дане зростання середньомісячної кількості послуг відбулося за рахунок діагностики усіх визначених ІПСШ.

З аналізу даних таблиці 1 помітно, що з кожним роком спостерігається зростання середньої кількості проведених скринінгових тестувань на сифіліс у місяць. Так, у 2012 році середня кількість обстежень швидкими тестами на сифіліс зросла на 50% у порівнянні з 2011 роком, а в 2013 році цей показник збільшився більш ніж удвічі у порівнянні з попереднім (з 9,6 тестувань в середньому за місяць у 2012 до 20,5 у 2013 році). В той же час, такого постійного зростання середньої кількості послуг діагностики гонореї та хламідіозу в місяць протягом 2011-2013 років не спостерігалось. Так, у 2012 році середня кількість тестувань у місяць осіб ГР на гонорею та хламідіоз дещо знизилася (з 10,6 у 2011 році до 9,1 у 2012 році). В той же час, даний показник зріс у 2013 році – 16,2 тестувань у середньому на місяць.

Зростання середньомісячної кількості послуг діагностики ІПСШ представникам ГР у Закарпатській області у 2013 році пояснюється з одного боку, розширенням роботи НУО по залученню до програми представників ЧСЧ та впровадження в цей період нових моделей надання даних послуг представникам ГР на території області, зокрема формату «активний вихід на клієнта». Так, аналіз облікової документації партнерських НУО, що брали участь у програмі показав наступне. Надання послуг діагностики ІПСШ представникам ГР в Закарпатській області у 2011 році проводилося виключно за моделями формату «клієнт іде до лікаря»: «класична», «пасивна переадресація», «активна переадресація». При цих моделях представник ГР звертається до лікаря в ЛПЗ або самостійно, або за направленням партнерської НУО у формі «пасивної переадресації» (без супроводу соціального працівника) або «активної переадресації» (у супроводі соціального працівника). З 2012 року поступово впроваджувалися моделі формату «активний вихід на клієнта»: модель «довіреного лікаря» та модель «мобільна амбулаторія» (див. табл. 2).

Так, із 2012 року обстеження осіб із групи СН та РКС на наявність сифілісу швидкими тестами

проходить не лише на базі ЛПЗ за моделями формату «клієнт іде до лікаря», а і на базі НУО при використанні моделі «довіреного лікаря», так і при виїзді соціальних працівників разом із медперсоналом у місця перебування та скупчення представників даної групи ризику за моделлю «мобільна амбулаторія». Обстеження на гонорею та хламідіоз для представників ГР проходить лише на базі ЛПЗ за моделями формату «клієнт іде до лікаря», оскільки приміщення НУО та транспортний засіб для виїзду

в місця скупчення представників ГР не мають необхідного оснащення для забору біологічного матеріалу для діагностики даних ІПСШ.

Надання послуг із діагностики та лікування ІПСШ представникам ЧСЧ розпочато через партнерську НУО за моделями формату «клієнт іде до лікаря», моделі формату «активний вихід на клієнта» для даної ГР не спрацювали: не було жодного звернення представника ЧСЧ через ці моделі (табл. 2).

Таблиця 2

Кількість осіб ГР, яким було надано послуги діагностики ІПСШ за різними моделями в Закарпатській області протягом 2011-2013 років

Моделі		2011				2012				2013					
		СІН		РКС		СІН		РКС		СІН		РКС		ЧСЧ	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	Абс	%	абс	%	абс	%
Клієнт іде до лікаря	Класична	57	54,3	6	23,1	32	34,4	5	14,7	30	19	3	6,8	4	25
	Пасивна переадресація	36	34,3	17	65,4	5	5,4	4	11,8	9	5,7	6	13,6	12	75
	Активна переадресація	12	11,4	3	11,5	2	2,1	3	8,8	5	3,1	7	15,9	-	-
Активний вихід на клієнта	Довірений лікар	-	-	-	-	45	48,4	8	23,5	69	43,7	10	22,7	-	-
	Мобільна амбулаторія	-	-	-	-	9	9,7	14	41,2	45	28,5	18	41,0	-	-
Всього		105	100	26	100	93	100	34	100	158	100	44	100	16	100

Як видно з табл. 2, у 2013 році загальна кількість представників СІН, яким надано послуги з діагностики ІПСШ, зросла більше ніж на 50% у порівнянні з 2011 та 2012 роками, аналогічно протягом 2011-2013 років спостерігається і наростання кількості РКС, яким надано відповідні послуги (26, 34 та 44 особи відповідно у 2011, 2012 та 2013 роках). У той же час, звертають на себе увагу зміни частки осіб різних ГР за різними моделями надання послуг діагностики та лікування ІПСШ за роками. Так, у 2011 році послуги з діагностики ІПСШ серед представників СІН та РКС надавалися тільки за форматом «клієнт іде до лікаря», де більшість СІН (54,3% обстежених осіб даної групи) звернулися за послугами за моделлю «класична» (самозвернення), а переважна більшість представників РКС (65,4%) за моделлю «пасивна переадресація» через партнерську НУО. У 2012 році, після впровадження моделей формату «активний вихід на клієнта», відбувся перерозподіл пріоритетних для представників даних ГР моделей організації надання послуг діагностики і лікування ІПСШ. Так, у 2012 та 2013 роках найбільше представників СІН отримали послуги діагностики ІПСШ у лікаря, що працював на базі партнерської НУО (модель «довірений лікар») – 48,4% осіб у 2012 році та 43,7% осіб у 2013 році.

Для представників СІН показала свою привабливість і модель «мобільна амбулаторія», так частка СІН, які отримали послуги на базі мобільної амбулаторії, у 2013 році зросла до 28,5% у порівнянні з 2012 роком, коли через цю модель отримали послуги лише 9,7% обстежених на ІПСШ СІН. Для представників РКС у 2012-2013 роках основна частка послуг надавалася за моделлю «мобільна амбулаторія»: 41,2% у 2012 році та 41,0% у 2013 році. Частка РКС, які звернулися через модель «довірений лікар» була значно меншою – 23,5% та 22,7% у 2012 та 2013 роках відповідно. Привабливість моделей формату «клієнт іде до лікаря» після впровадження моделей формату «активний вихід на клієнта» для представників СІН та РКС значно зменшилася (див. табл. 2). Дещо іншу ситуацію ми спостерігаємо при визначенні пріоритетних моделей надання послуг діагностики ІПСШ у ЧСЧ у Закарпатській області. Так, послуги з діагностики ІПСШ у представників ЧСЧ у 2013 році надавалися лише за моделями формату «клієнт іде до лікаря», зокрема 75% осіб охоплено за моделлю «пасивна переадресація». Окрім того, 4 особи ЧСЧ (25,0%) звернулися для діагностики і лікування ІПСШ в ЛПЗ за моделлю «класична» тобто самостійне звернення пацієнта до лікаря.

Висновки. 1. Впровадження протягом 2012 року в Закарпатській області нових моделей організації діагностики та лікування ІПСШ формату «активний вихід на клієнта» через партнерські НУО дало підвищення охоплення даними послугами представників ГР (СІН та РКС). Так, у 2013 році послугами діагностики та лікування ІПСШ було охоплено на 63% більше представників даних ГР ніж у попередні роки реалізації програми.

2. Для кожної ГР у регіоні є більш привабливі і, відповідно, пріоритетні моделі надання послуг з діагностики ІПСШ. Так, найбільш ефективними для забезпечення максимального охоплення даними послугами є такі моделі: для представників СІН – модель «довіреного лікаря»; для представників РКС – модель «мобільна амбулаторія»; представників ЧСЧ – модель «пасивної переадресації». Саме ці моделі необхідно розвивати в Закарпатській області для підвищення ефективності реалізації програми діагностики та лікування ІПСШ у представників ГР у регіоні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Аналітичний звіт за результатами дослідження «Оцінка чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ в Україні» станом на 2012 рік / Г. Берлева, К. Думчев, М. Касянчук [та ін.]. — К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012. — 65 с.
2. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень МОЗ України № 37. — Київ, 2012. — 82 с.
3. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень МОЗ України № 40. — Київ, 2013. — 24 с.
4. Волкославская В.Н. Состояние заболеваемости патологией кожи и инфекциями, передающимися половым путем, населения Украины за последнее десятилетие / В.Н. Волкославская, А.Л. Гутнев // Клиническая иммунология, алергология, инфектология. — 2012. — №1. — С. 19—22.
5. Гейдар Л.М. Методичні рекомендації з питань ВІЛ та ЧСЧ для працівників сфери охорони здоров'я: методичний посібник / Л.М. Гейдар, О.І. Мостяєв, Ю.А. Саранков, А.А. Ярошенко. — К.: Програма розвитку ООН в Україні, 2011. — 80 с.
6. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2006 – 2015 гг. // Всемирная организация здравоохранения. — 2007. — 70 с.
7. Гречанська Л.В. Клінічні вияви та перебіг сифілісу у ВІЛ-інфікованих / Л.В. Гречанська // Український журнал дерматології, венерології, косметології. — 2006. — №1 (20). — С. 74—76.
8. Діагностика та лікування ІПСШ у представників уразливих груп [Електронний ресурс] / МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». — Режим доступу: <http://www.aidsalliance.org.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/ua/ipp/index.htm>
9. Єщенко О.Г. Моделі організації надання послуг з діагностики та лікування ІПСШ представникам уразливих груп населення: методичний посібник / О.Г. Єщенко, Г.І. Мавров, Ю.В. Круглов [та ін.]. — К.: Міністерство охорони здоров'я України, 2009. — 45 с.
10. Іванов С.В. Сучасні клініко-правові аспекти обстеження та лікування пацієнтів з ІПСШ при розробленні методів моніторингу й оцінки поширеності ВІЛ/СНІДу в Україні / С.В. Іванов, М.М. Шуленько, І.С. Миронюк // Український журнал дерматології, венерології, косметології. — 2009. — № 4 (35). — С. 69—75.
11. Калюжна Л.Д. Асоціації інфекцій, що передаються статевим шляхом, у ВІЛ-інфікованих / Л.Д. Калюжна, Л.В. Гречанська // Український журнал дерматології, венерології, косметології. — 2004. — № 1 (12). — С. 78—80.
12. Мавров Г.І. Контроль інфекцій, що передаються статевим шляхом в епоху керованої охорони здоров'я / Г.І. Мавров, Г.П. Чінов // Український журнал дерматології, венерології, косметології. — 2005. — № 2 (17). — С. 66—72.
13. Миронюк І.С. Результати впровадження моделей організації діагностики та лікування ІПСШ у представників груп ризику щодо інфікування ВІЛ в Україні / І.С. Миронюк, О.Ю. Савенко // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. Український науково-практичний журнал. — 2013. — №2 (13). — С. 35—41.
14. Про журнал реєстрації амбулаторних хворих (Форма № 074/о). — К.: Міністерство охорони здоров'я України, 2012. — Наказ №110 від 14 лютого 2012 року.
15. Про затвердження Комплексного плану розширення доступу населення до профілактики ВІЛ-інфекції, діагностики, лікування, догляду та підтримки хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД в Україні у II–IV кварталі 2012 року – I кварталі 2013 року. — К.: Міністерство охорони здоров'я України, 2012. — Наказ №487 від 04 травня 2012 року.
16. Про затвердження Переліку та Критеріїв визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ. — К.: Міністерство охорони здоров'я України, 2013. — Наказ №104 від 8 лютого 2013 року.
17. Флеминг Д.Т. Влияние других заболеваний, передаваемых половым путем, на половую передачу ВИЧ-инфекции: от эпидемиологической синергии к политике и практике здравоохранения / Д.Т. Флеминг, Дж.Н. Вассерхайт // Инфекции, передаваемые половым путем. — 1999. — №5. — С. 7—19.

18. Rotchford K. Effect of cofection with STDs and of STD treatment on HIV shedding in genital-tract secretions: systematic review and data synthesis / K. Rotchford, A.W. Strum, D. Wilkinson // *Sex. Transm. Dis.* — 2000. — Vol. 27, № 5. — P. 243—248.

19. Weinstock H. HIV seroincidence among patients at clinics for sexually transmitted diseases in nine cities in the United States / H. Weinstock, M. Dale, M. Gwinn // *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* — 2002. — Vol. 29, № 5. — P. 478—483.

T.V. BEZUSHKO¹, I.S. MYRONYUK²

¹ *Center for Prevention and Control of AIDS, Uzhhorod*, ²*Uzhhorod National University, Institute of Postgraduate education and Pre-university training, Department of pulmonology and phthiology, Uzhhorod*

DIFFERENT MODELS OF THE ORGANIZATION THE DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF SERVICES OF THE SEXUALLY TRASMITTED DISEASES IN THE GROUPS THAT ARE CONSIDERED TO RISK BEING INFECTED WITH AIDS IN ZAKARPATTIA REGION

The given article deals with the research of the results effectivity of the providing diagnostic and treatment sexualy transmitted diseases service to groups of people risking at being infected with AIDS in Zakarpattia region during 2011-2013. The service has been providing to 460 representatives of the group aiming (at hard drug consumers, sex workers, men who have sex with men). Providing services was implemented using the models "patient to doctor": "classical", "passive readdressing", "active readdressing", and models of format "active search of a client": "a trusted doctor", "mobile clinic". It has been proved that "active search of a client" increases the effectiveness as it involves the greatest number of people from different groups of risk in order to diagnose and treat of sexual transmitted diseases. It was also defined as the most resultative model of treatment to each group of risk in the region.

Key words: AIDS, groups of risk, sexual transmitted diseases, diagnostic, treatment

Стаття надійшла до редакції: 16.11.2013 р.