УДК 614.2+616.98:616.6+616.98:578.828+316.35-058(477)

# РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ МОДЕЛЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИППП У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ГРУПП РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ В УКРАИНЕ

Миронюк И.С.*, Савенко О.Ю.**

*Закарпатский центр профилактики и борьбы со СПИДом, г.Ужгород

** МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», г.Киев

**Резюме.**

***Цель работы*** - провести изучение результатов работы программ диагностики и лечения ИППП среди представителей групп риска инфицирования ВИЧ посредством внедренных моделей диагностики и лечения ИППП по данным официальной отчетности программы.

***Материалы и методы***. Изучено результаты работы проектов диагностики и лечения ИППП у представителей ГР по 5 моделям организации предоставления этих услуг путем анализа показателей официальной отчетности провайдеров услуг (ЛПУ) и партнерских НПО за период 2008-2012 года.

***Результаты и их обсуждение.*** На протяжении 2008-2012 годов наблюдается рост количества предоставленных представителям ГР услуг диагностики ИППП за счет регионального расширения задействованных НПО и активизации их работы. По результатам анализа показано, что рост количества услуг диагностики ИППП для представителей ГР в динамике напрямую не связан с ростом количества провайдеров услуг (ЛПУ) и их партнерських организаций.

***Выводы.*** Увеличение охвата представителей целевой группы проектов обусловлено повышением качества работы предоставляющих эти услуги организаций посредством внедренных организационных моделей. Для более глубокой оценки эффективности работы программ необходимо проведение отдельных специальных исследований.

**Ключевые слова:** модели организации диагностики и лечения, группы риска, ИППП, ВИЧ/СПИД.

## Введение.

Согластно рекомендаций ВОЗ, предупреждение и лечение инфекций, передающихся преимущественно половым путём (ИППП), позволяет снизить риск передачи ВИЧ половым путём, особенно среди представителей групп

населения, которые с большей степенью вероятности имеют много различных половых партнёров, например, работники секс-индустрии и их клиенты [1] .

По данным иностранных авторов, улучшение системы предоставления услуг по диагностике и лечению пациентам с ИППП является одним из научно подтверждённых способов снижения заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди населения в целом [13, 14, 16]. Этого же мнения придерживаются и отечественные учёные [3, 4, 5]. В то же время, концентрация внимания на отдельных группах населения, характеризующихся более высокой вероятностью передачи ВИЧ/ИППП, позволяет достичь большей экономической эффективности внедряемых программ диагностики и лечения ИППП как метода профилактики полового инфицирования ВИЧ [11]. Математические модели подчёркивают важность предоставления услуг лечения ИППП именно тем категориям лиц, которые наиболее вероятно передают инфекцию. Это даст максимальную эффективность влияния на уровни распространения ВИЧ среди общего населення [12].

Целесообразность внедрения программ диагностики и лечения ИППП представителям групп риска (ГР) инфицирования ВИЧ обусловлено и более высокой распространённостью ИППП в данных группах в сравнении с общим населением. Изучение распространённости ИППП среди 1245 потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) (мужчин и женщин) показали, что более одной трети мужчин-ПИН и более половины женщин-ПИН сообщили, по крайней мере, об одном ИППП в своей жизни [17]. Когортное исследование распространённости ИППП в среде ПИН (с мая 1996 по ноябрь 2003 года, 1560 лиц) в Ванкувере (Британская Колумбия) показало, что распространённость ИППП составила 8,2% для мужчин и 15,9% для женщин. Разница в распространённости ИППП между мужчинами-ПИН и женщинами-ПИН связана с практиками предоставления сексуальных услуг за плату: распространённость ИППП составила 8,0% для потребителей иньекционных наркотиков, которые не сообщают об участии в секс-бизнесе и 19,8% для ПИН, которые сообщили об участии в секс-бизнесе [15]. Высокие уровни

заболеваемости ИППП регистрируются и в среде мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ). [18].

Официальных данных относительно заболеваемости или распространённости ИППП в среде представителей групп повышенного риска инфицирования ВИЧ в Украине нет. В то же время исследования учёных дают основания утверждать, что распространённость ИППП среди основных групп повышенного риска значительно преобладает над показателями среди общего населения [6].

Внедрение программ диагностики и лечения ИППП уже показало себя как эффективный инструмент влияния на эпидемию ВИЧ-инфекции. Как показало рандимизированное контролированное исследование, проведенное в Обьединённой Республике Танзания, улучшение ведения больных с клинически выраженными ИППП с использованием синдромного подхода в учреждениях первичной медицинской помощи снизило заболеваемость ВИЧ на 38% [14]. Доказана эффективность программ в снижении показателей заболеваемости ИППП среди работниц коммерческого секса (РКС) в Сенегале, ЮАР, Уганде и других странах Африки [10].

Однако, организация предоставления услуг диагностики и лечения ИППП представителям групп повышенного риска инфицирования ВИЧ сопряжена с значительными трудностями [5]. В первую очередь – это низкий уровень охвата услугами диагностики и лечения ИППП для целевых групп в государственных специализированных лечебно-профилактических учреждениях. Для решения этой проблемы в 2009 году были разработаны и внедрены модели организации предоставления услуг диагностики и лечения ИППП представителям групп повышенного риска инфицирования ВИЧ [7].

Цель работы – провести изучение результатов работы программ диагностики и лечения ИППП среди представителей групп риска инфицирования ВИЧ посредством внедренных моделей диагностики и лечения ИППП по данным официальной отчетности программы.

**Материалы и методы.**

Были внедрены 5 моделей организации предоставления услуг диагностики и лечения ИППП представителям групп повышенного риска инфицирования ВИЧ: ПИН, РКС, МСМ. Модели определяют механизмы сотрудничества в процессе предоставления услуг лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и неправительственных организаций (НПО) с целью обеспечения, с одной стороны, максимального охвата услугами диагностики и лечения ИППП представителей ГР, с другой – высокого качества этих услуг. В данных моделях ЛПУ выполняют функции непосредственного поставщика услуг диагностики и лечения ИППП клиенту, НПО – организации-«мостика», которая выполняет функции обеспечения выхода поставщика услуг на клиентов программы (представители ПИН, РКС, МСМ). Три модели (модель №1-классическая; модель №2 – пассивной переадресации и модель № 3 – активной переадресации) являются моделями формата «клиент идет к врачу» (рис.1).

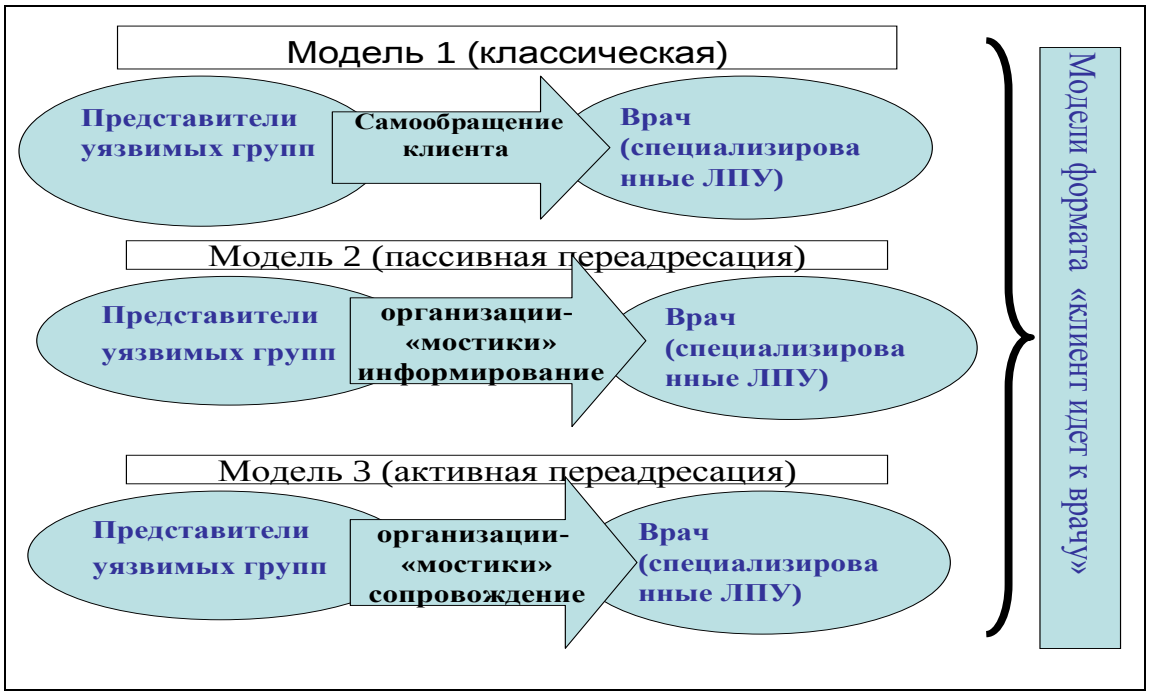


Рис.1. Модели предоставления услуг диагностики и лечения ИППП представителям ГР формата «клиент идет к врачу».

В модели №1 (классической) клиент обращается за услугами дагностики и лечения ИППП самостоятельно, без участия организаций–мостиков (НПО). Модель №2 (пассивная переадресация) реализуется уже с участием НПО,

которые обеспечивают информирование клиента о возможности получения таких услуг, месте и времени их предоставления. В модели №3 (активная переадресация) реализуется уже механизм психосоциального сопровождения клиента представителем НПО на протяжении всего процеса получения услуг в ЛПУ.

Модель №4.1 (система «доверенного врача») и модель №4.2 (мобильная амбулатория (МА)) являются моделями формата «врач идет к клиенту» (рис.2).

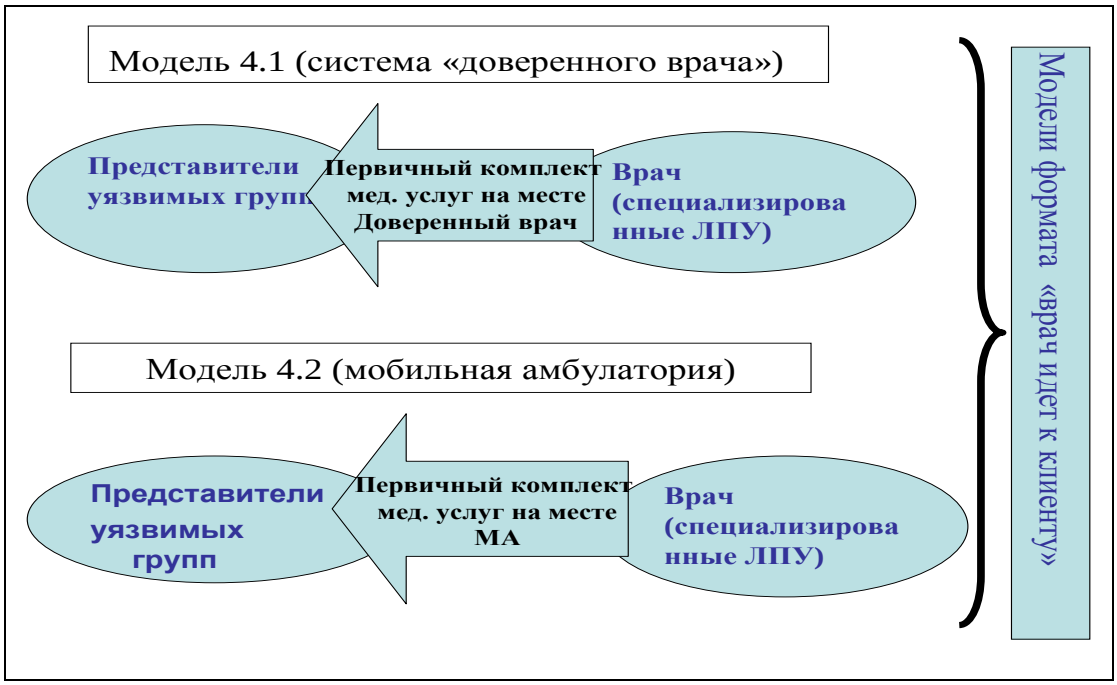


Рис.2. Модели предоставления услуг диагностики и лечения ИППП представителям ГР формата «врач идет к клиенту».

Модели № 4.1. и № 4.2. характеризуются активным выходом поставщика услуг диагностики и лечения ИППП (врача) на клиента через партнерские НПО посредством работы на базе НПО (система «доверенного врача») или в мобильной амбулатории в местах концентрации представителей ГР (точки потребления наркотиков; бары, кафе и трассы, где работают РКС и т.д.).

Оценка результатов внедрения моделей организации предоставления услуг диагностики и лечения ИППП представителям ГР проводилась путем анализа отчетной документации ЛПУ и НПО, задействованных в реализации программ. Перечень отчетной документации, основные показатели и частота их подачи утверждены положениями соответствующих приказов Министерства

здравохранения Украины [8]. Формы официальной отчетности, которая подается провайдерами услуг (ЛПУ) и их партнерскими НПО дают возможность определить незначительный перечень показателей, по которым можно судить о результатах работы проектов: количество ЛПУ и НПО задействованных в процессе предоставления услуг диагностики и лечения, количество предоставленных услуг диагностики ИППП за отчетный период, количество начатых и завершенных курсов лечения ИППП у представителей целевой группы проекта по наростающей. Статистическая обработка данных проводилась с использованием стандартных методов вариационной статистики с использованием пакета прикладных программ.

**Результаты и их обсуждение.**

Системное внедрение программ предоставления услуг по диагностике и лечению ИППП в Украине начато в 2008 году на выполнение задач Государственной программы обеспечения профилактики ВИЧ-инфекции, ухода и поддержки ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом в части расширения доступа представителей групп риска инфицирования ВИЧ к диагностике и лечению ИППП [9].

Диагностика и лечение ИППП у представителей ГР инфицирования ВИЧ является составляющей заявки 6 и 10 раунда Глобального Фонда (ГФ), которая реализуется на всей территории Украины при поддержке Международного благотворительного фонда (МБФ) «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине» в сотрудничестве с ГУ «Украинский центр профилактики и борьбы со СПИДом» МЗ Украины и другим государственными, международными и научными организациями и учреждениями.

МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИДу в Украине» заключены соглашения с неправительственными организациями (НПО) по всей Украине о проведении деятельности в сфере диагностики и лечения ИППП. Каждая НПО обязательно заключает договор о сотрудничестве с лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ) (кожно-венерологический диспансер, центр профилактики и борьбы со СПИДом, ЛПУ общей сети), и

непосредственно с ответственным врачом, который предоставляет услуги клиентам программ [2]. Количество ЛПУ задействованных в программах диагностики и лечения ИППП у представителей ГР растет с каждым годом реализации программы: с 62 ЛПУ, задействованных в программах в 2008 году до 108, которые работали в этом направлении в 2012 году (табл.1).

Таблица 1.

Количество организаций государственного и негосударственного сектора, задействованных в реализации программы диагностики и лечения ИППП

| Организации задействованные в реализации программы | Год реализации программы | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| ЛПУ | 62 | 86 | 97 | 105 | 108 |
| НПО | 82 | 84 | 100 | 96 | 92 |

В тоже время, как видно из табл. 1., колличество партнерских НПО с 2010 года начинает несколько снижаться: из 100 организаций, работающих в программах на региональном уровне по состоянию на конец 2010 года до 92 организаций по состоянию на конец первого полугодия 2012 года. Это явление связано с очередным проведением конкурса среди НПО для поддержки проектной деятельности в данных программах и отдельные организации не прошли конкурсный отбор. В тоже время, снижение количества работающих в программе НПО не повлияло на основные показатели ее работы. Это подтверждается ростом количества предоставленных услуг диагностики ИППП представителям целевой группы программы на протяжении всего периода ее реализации (табл.2). Многие НПО расширили деятельность по сотрудничеству с лечебными учреждениями именно внутри региона (Киевская, Одесская, Донецкая области).

Таблица 2.

Количество предоставленных услуг диагностики ИППП представителям целевой группы за период реализации программы (2008-2012г.г.)

| Показатель | Год реализации программы | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Предоставлено услуг дагностики ИППП, всего | 71508 | 112046 | 131647 | 164902 | 219646 |

С целью выявления взаимосвязи между ростом количества предоставленных услуг диагностики ИППП представителям целевой группы в программах и увеличением количества провайдеров этих услуг (ЛПУ) было проведено сравнение темпов прироста количества работающих в программах ЛПУ и количества проведенных исследований на выявление ИППП в динамике по годам реализации проекта (табл. 3).

Таблица 3.

Темпы прироста количества работающих в программах ЛПУ и количества проведенных исследований на выявление ИППП в динамике (2008-2012 г.г.)

| Показатель | Годы реализации программы | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | |
| | абс. | Темп прироста, % | абс. | Темп прироста, % | абс. | Темп прироста, % | абс. | Темп прироста, % | абс. | Темп прироста, % |
| ЛПЗ | 62 | - | 86 | +38,7 | 97 | +12,8 | 105 | +8,3 | 108 | +2,9 |
| Услуги дагностики ИППП | 71508 | - | 112046 | +56,7% | 131647 | +17,5% | 164902 | +25,3% | 219649 | +33,2 |

При анализе уровней темпов прироста абсолютного количества ЛПУ, которые предоставляют услуги диагностики ИППП представителям ГР и темпов прироста количества этих услуг создается впечатление, что возможна прямая зависимость между количеством провайдеров услуг диагностики (ЛПУ) и непосредственно количеством предоставленных ими услуг (рис.3).

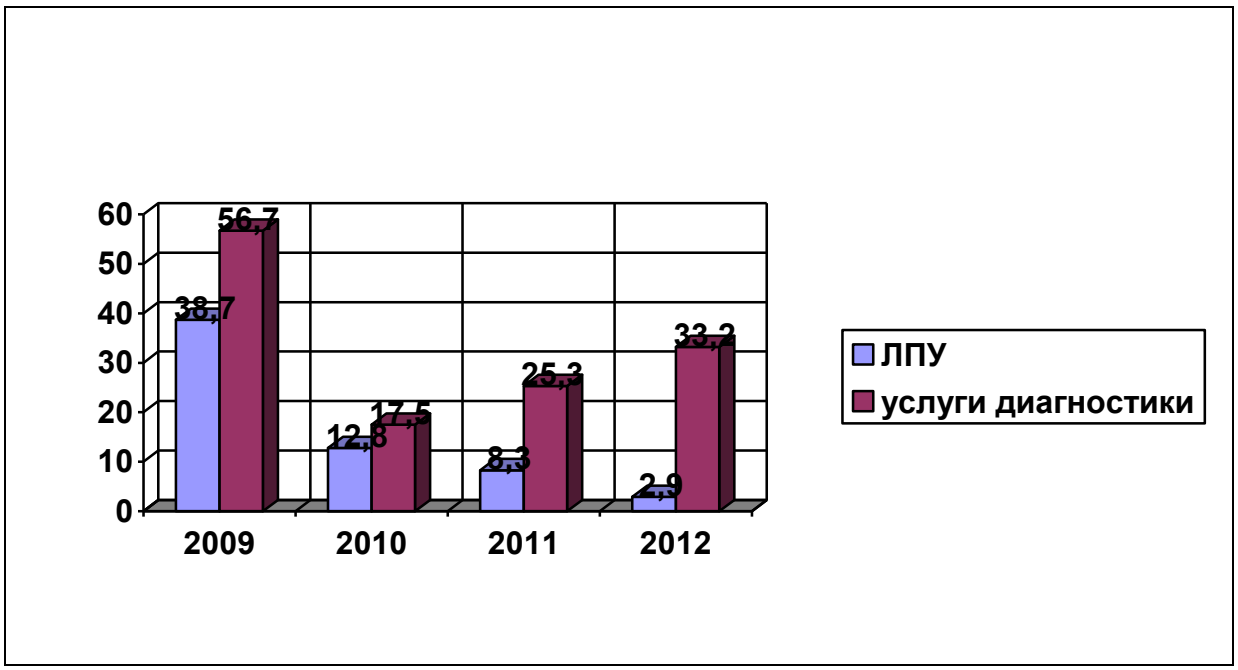


Рисунок 3. Темпы прироста количества ЛПУ, задействованных в реализации проекта и количества предоставленных ими услуг диагностики ИППП в 2009-2012 годах, %

Данные, представленные на рис.3 свидетельствуют о том, что начиная с 2010 года отмечается снижение темпов прироста количества задействованных в проектах провайдеров услуг (ЛПУ) на фоне увеличения темпов прироста предоставленных услуг диагностики ИППП. Для определения причинных связей между этими двумя показателями мы использовали определение плотности между указанными параметрами с помощью коэффициента линейной корреляции Пирсона.

| Год | темп прироста ЛПУ (Х) | темп прироста исследований (У) | $d_x$ | $d_y$ | $d_x * d_y$ | $d_x^2$ | $d_y^2$ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2009 | 38,7 | 56,7 | 23,025 | 23,525 | 541,66 | 530,15 | 553,43 |
| 2010 | 12,8 | 17,5 | -2,875 | -15,675 | 45,07 | 8,27 | 245,71 |
| 2011 | 8,3 | 25,3 | -7,375 | -7,875 | 58,08 | 54,39 | 62,02 |
| 2012 | 2,9 | 33,2 | -12,775 | 0,025 | -0,32 | 163,20 | 0,01 |
| | $M_x$ = 15,675 | $M_y$ = 33,175 | | | $\sum d_x * d_y$ = 644,49 | $\sum d_x^2$ = 756,01 | $\sum d_y^2$= 861,17 |

$$r_{xy} = \frac{644,49}{\sqrt{756,01*861,17}} = 644,49/806,88 = 0,79$$

Сильная прямая корреляционная связь.

В тоже время, значение коэффициента корреляции считается вероятным если он в три и более раза превышает свою ошибку:

m r = 0,43

0,79/0,43=1,8

Исходя из того факта, что коэффициент корреляции не превышает свою ошибку в три и более раза, следует взвод об отсутствии прямой зависимости между количеством провайдеров услуг диагностики ИППП для представителей ГР и количеством предоставляемых ими услуг.

Это позволяет предположить, что наблюдаемый рост количества услуг диагностики и лечения ИППП связан с улучшением доступа к представителям целевой группы уже существующих провайдеров услуг посредством реализации внедренных организационных моделей и расширению активной деятельности внутри региона партнерських НПО.

К сожалению, все остальные показатели официальной отчетности по данным программам не дают возможности оценить результаты работы программ по показателям охвата представителей целевых групп клиентов услугами диагностики и лечения ИППП. Показатель начатых и завершенных курсов лечения выявленных ИППП, количество тестирований по отдельнным нозологическим единицам и выявленные случаи конкретных заболеваний позволяют в определенной степени оценить заболеваемость представителей целевых групп проекта на ИППП, распростаненность ИППП и т.д., но не может отражать результаты работы программ в целом.

**Выводы.**

По результатам анализа информации официальных отчетных форм программ диагностики и лечения ИППП у представителей групп риска инфицирования ВИЧ можно констатировать:

1. С каждым годом реализации программ количество услуг диагностики ИППП у представителей ГР растет и сохраняет положительные темпы прироста.

2. Количество предоставленных услуг диагностики ИППП у представителей ГР в существующих программах не зависит напрямую от количества провайдеров услуг (ЛПУ) и партнерских НПО непосредственно задействованных в предоставлении этих услуг.
3. Рост охвата услугами диагностики представителей ГР возникает за счет улучшения качества работы партнерских организаций (ЛПУ и НПО) через организационные модели предоставления этих услуг.
4. Для более глубокой оценки эффективности работы программ необходимо проведение отдельных специальных исследований с целью оценки как уровня охвата представителей ГР услугами диагностики и лечения ИППП, так и их качества с точки зрения изменения поведения представителей ГР в сторону более безопасного по отношению к риску инфицирования ВИЧ/ИППП.

**Список литературы.**


1. ВОЗ. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2006-2015 гг. // Всемирная организация здравоохранения. – 2007. – 70с.
2. Діагностика і лікування ІПСШ у представників уразливих груп [Эл.ресурс] / МБФ «Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Режим доступа: **http://www.aidsalliance.org.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/ua/ippp/index.htm**
3. Іванов С.В. Сучасні клініко-правові аспекти обстеження та лікування пацієнтів з ІПСШ при розробленні методів моніторингу й оцінки поширеності ВІЛ/СНІДу в Україні [Текст]/ С.В.Іванов, М.М.Шупенько, І.С.Миронюк// Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2009. - №4(35). – С.69-75.
4. Калюжна Л.Д. Асоціації інфекцій, що передаються статевим шляхом, у ВІЛ-інфікованих [Текст]/ Л.Д.Калюжна, Л.В.Гречанська// Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2004. - №1. – С.78-80.
5. Мавров Г.І. Особливості діагностики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, в осіб із груп ризику, уразливих щодо

інфікування вірусом імунодефіциту людини [Эл.ресурс]/ Г.І.Мавров, Г.М.Бондаренко, Ю.В.Щербакова// Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2011. – №1., Режим доступа: http://immuno.health-ua.com/article/543.html

6. Мавров Г.І. Особливості надання дерматовенерологічної допомоги представникам груп ризику, уразливим щодо зараження ВІЛ/ Г.І.Мавров, Ю.В.Щербакова // Дерматологія та венерологія. – 2012. - №1(55). – С.9-18.
7. Моделі організації надання послуг з діагностики та лікування ІПСШ представникам уразливих груп населення (методичний посібник МОЗ України та Комітету з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам) / О.Г.Єщенко, Г.І.Мавров, Ю.В.Круглов та ін. – Київ, 2009.- 60 с.
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Комплексного плану розширення доступу населення до профілактики ВІЛ-інфекції, діагностики, лікування, догляду та підтримки хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД в Україні у ІІ-IV кварталі 2012 року – І кварталі 2013 року» від 04 травня 2012 року, №487.
9. Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду і підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки [Текст]: Закон України №1026-VI від 19.02.2009р. – Київ, 2010. – 28с.
10. Флеминг Д.Т. Влияние других заболеваний, передаваемых половым путем, на половую передачу ВИЧ-инфекции: от эпидемиологической синергии к политике и практике здравохранения [Эл.ресурс]/ Д.Т.Флеминг, Дж.Н. Вассерхайт // Инфекции Передаваемые Половым Путем. – 1999. - №5. - Режим доступа: http://www.ozppp.ru/archive/1999-05/01.html
11. Creese A. et al. Cost–effectiveness of HIV/AIDS interventions in Africa: a systematic review/ Lancet. – 2002. – Vol. 359. - P. 1635–1642.
12. Fleming D.T., Wasserheit J.N. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to

sexual transmission of HIV infection/ Sex Transm Infect. – 1999. - Vol. 75(1). – P. 3-17.

13. Gilson L. et al. Cost–effectiveness of improved treatment services for sexually transmitted diseases in preventing HIV-1 infection in Mwanza Region, Tanzania./ Lancet. - 1997. – Vol. 350. – P. 1805–1809.
14. Grosskurth H. et al. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial./ Lancet. - 1995. – Vol. 346. – P. 530–536.
15. Kuyper L.M., Collins C., Kerr T. et al. The prevalence and incidence of sexually transmitted infections in a prospective cohort of injection drug users in Vancouver, British Columbia / Can J Infect Dis Med Microbiol. - 2005. – Vol. 16(4). – P. 225–229.
16. Manhart L.E., Holmes K.K. Randomized controlled trials of individual-level, population-level, and multilevel interventions for preventing sexually transmitted infections: what has worked? /Journal of Infectious Diseases. - 2005. - Vol. 191 (Suppl 1): P.7–24.
17. Ross M.W., Gold J., Wodak A., Miller M.E. Sexually transmissible diseases in injecting drug users/ Genitourin Med. – 1991. - Vol. 67(1). – P. 32–36.
18. STDs in Men Who Have Sex with Men. 2010 Sexually Transmitted Diseases Surveillance [Ел.ресурс]/ CDC., - Режим доступа**:** http://www.cdc.gov/std/stats10/msm.htm#foot13

**Резюме.**

РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ МОДЕЛЕЙ ОРГАНІЗАЦІЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ІПСШ У ПРЕДСТАВНИКІВ ГРУП РИЗИКУ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ В УКРАЇНІ

Миронюк І.С., Савенко О.Ю.

***Мета роботи*** - провести вивчення результатів роботи програм діагностики та лікування ІПСШ серед представників груп ризику інфікування ВІЛ шляхом впровадження моделей діагностики та лікування ІПСШ за даними офіційної звітності в програмах.

***Матеріалы та методи***. Вивчено результати роботи проектів діагностики та лікування ІПСШ у ГР по 5 моделям організації надання таких послуг шляхом аналізу

показників офіційної звітності провайдерів послуг (ЛПЗ) та партнерських НУО за період 2008-2012 роки.

***Результати та їх обговорення.*** Протягом 2008-2012 років спостерігається ріст кількості наданих представникам ГР послуг діагностики ІПСШ за рахунок регіонального розширення задіяних ЛПЗ та НУО і активізації їх роботи. За результатами аналізу показано, що ріст кількості послуг діагностики ІПСШ у представників ГР в динаміці на пряму не пов'язано з ростом кількості провайдерів послуг (ЛПУ) та їх партнерських організацій.

***Висновки.*** Збільшення охоплення представників цільової групи проектів обумовлено підвищенням якості роботи організацій, що надають дані послуги за рахунок впроваджених організаційних моделей. Для більш поглибленого аналізу ефективності роботи програм необхідно проведення окремих спеціальних досліджень.

**Ключові слова:** моделі організації діагностики та лікування, групи ризику, ІПСШ, ВІЛ/СНІД.

**Summary**

THE RESULTS OF THE IMPLEMENTATION OF MODELS OF ORGANIZATION OF THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF STIS IN RISK GROUPS OF HIV INFECTION IN UKRAINE

Myronyuk I.S., Savenko O.Y.

The purpose of the work - a study of the results of the programmes, diagnosis and treatment of STIS among representatives of groups at risk of HIV infection by introducing models of diagnosis and treatment of STDS according to official reporting programs.

***Materials and methods***. Studied the results of the projects of the diagnosis and treatment of STDS in 5 models of organization of such services by analyzing the performance of the official reporting service providers and partner NGOs for the period 2008-2012.

***Results and their discussion.*** Against a background of growth of institutions involved in diagnosis and treatment of STDS in GR, there has been some reduction in the number of partner NGOs. At the same time, there has been growth and volume of services provided by the STI Diagnostics representatives. As a result of the analysis shows that the growth in the number of STIS in diagnostic services directly not linked with the growing number of service providers (LPU) and their partner organizations.

***Conclusions.*** Increase coverage of representatives of target groups of projects due to the quality of the work of organizations that provide these services is due to the implemented organizational

models. For a more in-depth analysis of the effectiveness of the programs necessary to conduct specific studies.

***Keywords:*** model of diagnosis and treatment, risk, STIS, HIV/AIDS.

**Контактна інформація:**

**Миронюк Іван Святославович, к.мед.н.**
**головний лікар Закарпатського центру профілактики та боротьби із СНІДом**
**доцент Ужгородського національного університету**
**88000, м.Ужгород, вул..Другетів, 72**
**Тел. (0312) 617647**
**E-mail: ism69@ukrpost.ua**