И.С. Миронюк¹, О.Ю. Савенко²¹ Закарпатский центр профилактики и борьбы со СПИДом, Ужгород² МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», Киев

Результаты внедрения моделей организации диагностики и лечения ИППП у представителей групп риска инфицирования ВИЧ в Украине

Цель работы — изучение по данным официальной отчетности результатов применения программ диагностики и лечения инфекций, передающихся преимущественно половым путем (ИППП), у представителей групп риска инфицирования ВИЧ посредством внедрения моделей диагностики и лечения ИППП.

Материалы и методы. Изучено результаты работы проектов диагностики и лечения ИППП у представителей групп риска по 5 моделям организации предоставления этих услуг путем анализа показателей официальной отчетности провайдеров услуг и партнерских НПО за 2008–2012 г.

Результаты и обсуждение. На протяжении 2008–2012 гг. увеличивается количество предоставленных представителям групп риска услуг диагностики ИППП за счет регионального расширения задействованных НПО и активизации их работы. Согласно результатам анализа, рост количества услуг диагностики ИППП для представителей групп риска в динамике напрямую не связан с увеличением перечня провайдеров услуг и их партнерских 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 необходимы специальные исследования.

Ключевые слова

Модели организации диагностики и лечения, группы риска, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, ВИЧ/СПИД.

Согласно рекомендациям ВОЗ, предупреждение и лечение инфекций, передающихся преимущественно половым путем (ИППП), позволяет снизить риск передачи ВИЧ половым путем, особенно среди представителей групп населения, которые с большей степенью вероятности имеют много различных половых партнеров, 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 подтвержденных способов снижения заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди населения в целом [13, 14, 16]. Этому же мнению придерживаются и отечественные ученые [4–6]. 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 подчеркивают важность предоставления услуг лечения ИППП именно тем категориям лиц, которые наиболее вероятно передают инфекцию. Это даст максимальную

ефективність в плані впливання на рівні розпространення ВІС среди населення [12].

Целесообразность внедрения программ диагностики и лечения ИППП представителям групп риска (ГР) по инфицированию ВІС обусловлено и более высокой распространенностью ИППП в данных группах в сравнении с общим населением. Изучение распространенности ИППП среди 1245 потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) как мужчин, так и женщин показало, что более одной трети мужчин-ПИН и более половины женщин-ПИН сообщили по крайней мере об одном ИППП в своей жизни [17]. Когортное исследование распространенности ИППП в среде ПИН (с мая 1996 по ноябрь 2003 г. 1560 лиц) в Ванкувере (Британская Колумбия) показало, что распространенность ИППП составила 8,2 % для мужчин и 15,9 % для женщин. Разница в распространенности ИППП между мужчинами-ПИН и женщинами-ПИН связана с практикой предоставления сексуальных услуг за плату: распространенность ИППП составила 8,0 % для ПИН, 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 регистрируют и у мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ) [18].

Официальных данных относительно заболеваемости или распространенности ИППП в среде представителей групп повышенного риска инфицирования ВІС в Украине нет. В то же время исследования дают основания утверждать, что распространенность ИППП среди основных групп повышенного риска значительно преобладает над показателями общего населения [7].

Внедрение программ диагностики и лечения ИППП уже зарекомендовало себя как эффективный инструмент влияния на эпидемию ВІС-инфекции. Как свидетельствует рандомизированное контролируемое исследование, проведенное в Объединенной Республике Танзания, улучшение ведения больных с клинически выраженными ИППП с использованием синдромного подхода в учреждениях первичной медицинской помощи снизило заболеваемость ВІС 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 диагностика и лечение ИППП представителей групп повышенного риска в плане инфицирования ВІС сопряжены со значительными трудностями [6]. В первую очередь это низкий уровень охвата услугами диагностики и лечения ИППП для целевых групп в го-

сударственных специализированных лечебно-профилактических учреждениях. Для решения этой проблемы в 2009 г. были разработаны и внедрены модели организации предоставления услуг диагностики и лечения ИППП представителям групп повышенного риска инфицирования ВІС [3].

Цель работы — изучение по данным официальной отчетности программы результатов применения программ диагностики и лечения ИППП у представителей групп риска инфицирования ВІС посредством внедрения моделей диагностики и лечения ИППП.

Материалы и методы

Внедрены 5 моделей организации предоставления услуг по диагностике и лечению ИППП людям из групп повышенного риска инфицирования ВІС: ПИН, РКС, МСМ. Модели определяют механизмы сотрудничества в процессе предоставления услуг лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и неправительственных организаций (НПО) в целях 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 по диагностике и лечению ИППП клиенту, НПО — организации-«мостика», которая обеспечивает выход поставщика услуг на клиентов программы (представители ПИН, РКС, МСМ). Три модели (№ 1 — классическая; № 2 — пассивной переадресации и № 3 — активной переадресации) являются моделями формата «клиент идет к врачу» (рис. 1).

Согласно модели № 1 (классической) клиент обращается за услугами по диагностике и лечению 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. По модели № 3 (активная переадресация) реализуется уже механизм психосоциального сопровождения клиента представителем НПО на протяжении всего процесса получения услуг в ЛПУ.

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

Модели № 4.1 и № 4.2 характеризуются активным выходом поставщика услуг по диагностике и лечению ИППП (врача) на клиента через партнерские НПО посредством работы на базе

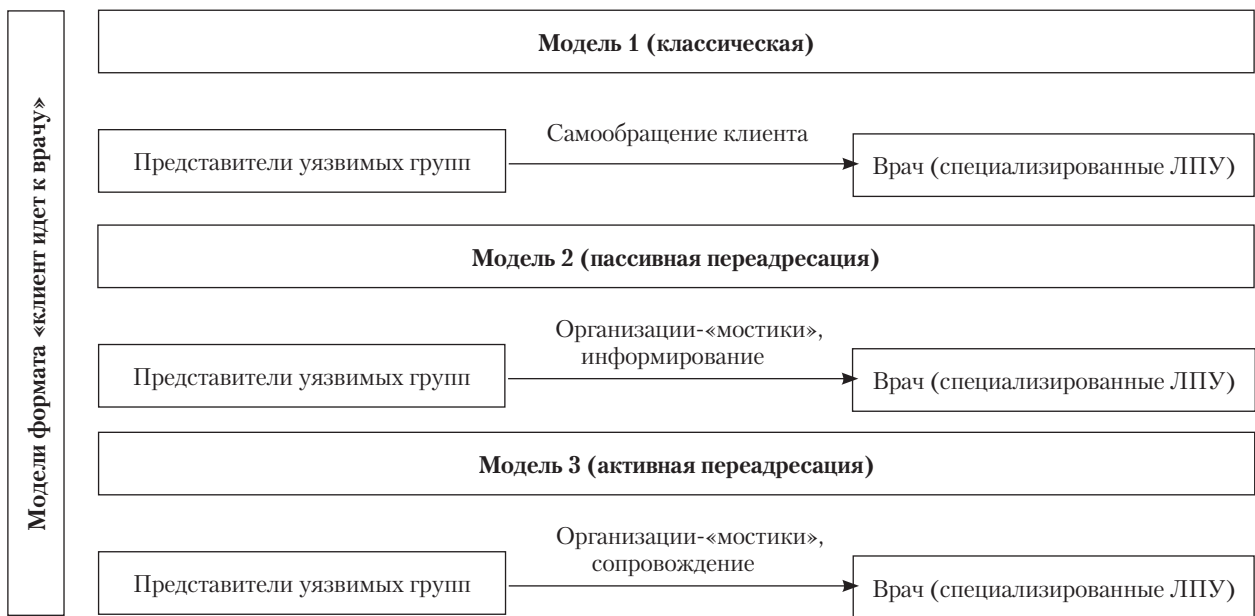


Рис. 1. Модели предоставления услуг по диагностике и лечению ИППП пациентам из ГР формата «клиент идет к врачу»

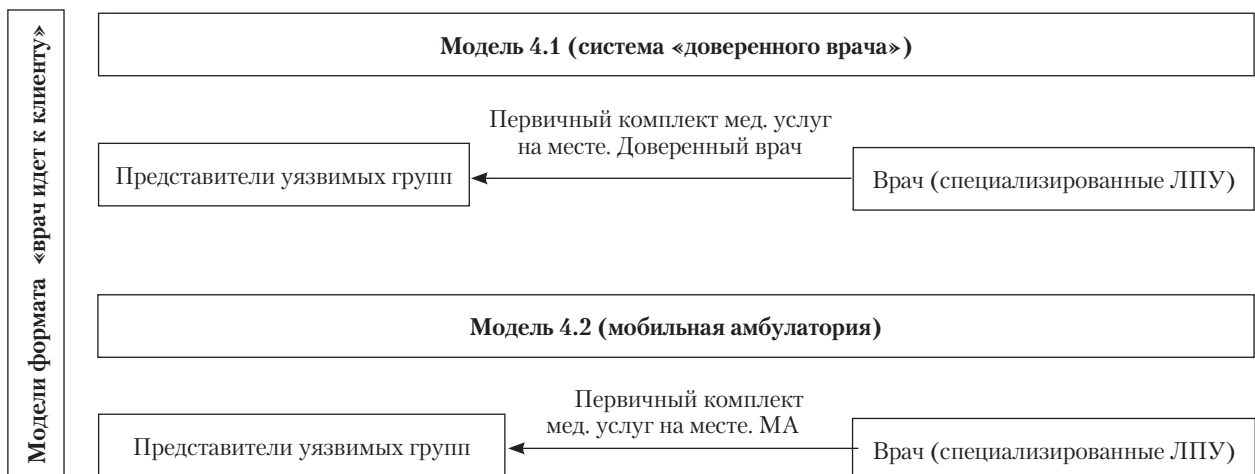


Рис. 2. Модели предоставления услуг по диагностике и лечению ИППП пациентам из ГР формата «врач идет к клиенту»

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.).

Оценку результатов внедрения моделей организации предоставления услуг по диагностике и лечению ИППП пациентам из ГР проводили 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 здравоохранения Украины [8]. Формы офи-

циальной отчетности, подаваемые 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 по диагностике и лечению ИППП, и за отчетный период, а также начатых и завершенных курсов лечения ИППП у представителей целевой группы проекта по нарастающей. Статистическую обработку данных проводили с использованием стандартных методов вариационной статистики и пакета прикладных программ.

Таблиця 1. Кількість організацій державного і недержавного сектора, задіяваних в реалізації програми по діагностиці і ліченню ІППП

Організації, задіявані в реалізації програми	2008	2009	2010	2011	2012
ЛПУ	62	86	97	105	108
НПО	82	84	100	96	92

Таблиця 2. Кількість послуг по діагностиці ІППП представителям цільової групи за період реалізації програми (2008—2012 гг.)

Показатель	2008	2009	2010	2011	2012
Предоставлено услуг по диагностике ИППП	71508	112046	131647	164902	219646

Таблиця 3. Темпи прироста кількості працюючих в програмах ЛПУ і проведених досліджень на виявлення ІППП в динаміці (2008—2012 гг.)

Показатель	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 по диагностике ИППП	71508	—	112046	+ 56,7	131647	+ 17,5	164902	+ 25,3	219649	+ 33,2

Результаты и обсуждение

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

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

МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИДу в Украине» заключены соглашения с НПО по всей Украине о деятельности в сфере диагностики и лечения ИППП. Каждая НПО 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: с 62 ЛПУ, задействованных в программах в 2008 г., до 108, которые работали в этом направлении в 2012 г. (табл. 1).

Однако, как видно из данных табл. 1, количество партнерских НПО с 2010 г. начинает несколько снижаться: из 100 организаций, работающих в программах на региональном уровне по состоянию на конец 2010 г., до 92 в первом полугодии 2012 г. Это связано с тем, что отдельные НПО не прошли отбор в конкурсе для поддержки проектной деятельности в данных программах. В то же время снижение количества работающих в программе НПО не повлияло на основные показатели ее работы. Это подтверждается ростом объема услуг по диагностике 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).

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

Таблиця 4. Расчетные данные для определения коэффициента корреляции между темпами прироста количества ЛПУ и темпами прироста количества исследований в 2009—2012 гг.

Год	Темп прироста ЛПУ (X)	Темп прироста исследований (Y)	d_x	d_y	$d_x \times d_y$	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
	$M_x = 15,675$	$M_y = 33,175$			$\Sigma d_x \times d_y = 644,49$	$\Sigma d_x^2 = 756,01$	$\Sigma d_y^2 = 861,17$

При анализе темпов прироста абсолютного количества ЛПУ, которые предоставляют услуги по диагностике ИППП пациентам из ГР, и этих услуг создается впечатление, что возможна прямая зависимость между количеством провайдеров (ЛПУ) и предоставленными ими услуг (рис. 3).

Данные, представленные на рис. 3, свидетельствуют о том, что, начиная с 2010 г., отмечается снижение темпов прироста количества задействованных в проектах провайдеров услуг (ЛПУ) на фоне увеличения темпов прироста предоставленных услуг по диагностике ИППП. Для определения причинных связей между этими двумя показателями мы определяли плотность между указанными параметрами с помощью коэффициента линейной корреляции Пирсона (табл. 4).

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

Сильная прямая корреляционная связь.

В то же 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 вывод об отсутствии прямой зависимости между количествами провайдеров услуг по диагностике ИППП для пациентов из ГР и предоставляемых ими услуг. Это позволяет предположить, что наблюдаемый рост количества услуг по диагностике и лечению ИППП связан с улучшением доступа к представителям целевой группы уже существующих провайдеров услуг посредством реализации внедренных организационных моделей и расширения активной деятельности внутри региона партнерских НПО.

К сожалению, все остальные показатели официальной отчетности по данным программам не дают возможности оценить результаты работы по охвату представителей целевых групп клиентов услугами по диагностике и лечению ИППП. Показатель начатых и завершенных курсов ле-



Рис. 3. Темпы прироста количества ЛПУ, задействованных в реализации проекта, и предоставленных ими услуг по диагностике ИППП в 2009—2012 гг., %

чения ИППП, количество тестирований по отдельным нозологическим единицам и выявленные случаи конкретных заболеваний позволяют в определенной степени оценить заболеваемость представителей целевых групп проекта, распространенность ИППП и т. д., но не может отражать результаты работы программ в целом.

Выводы

По результатам анализа информации официальных отчетных форм программ по диагностике и лечению ИППП у представителей ГР по инфицированию ВИЧ можно констатировать:

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

2. Количество услуг по диагностике ИППП у представителей ГР в существующих программах не зависит напрямую от объема провайдеров услуг (ЛПУ) и партнерских НПО, непосредственно задействованных в предоставлении этих услуг.

3. Рост охвата услугами по диагностике у представителей ГР происходит за счет улучшения качества работы партнерских организаций (ЛПУ и НПО) через организационные модели предоставления их.

4. Для более глубокой оценки эффективности работы программ необходимо проведение от-

дельних спеціальних досліджень для оцінки як рівня охоптя представителів ГР послугами по діагностиці та лікуванню ІППП, так і їх якості,

с точки зору зміни поведінки представителів ГР в сторону більш безпечної по відношенню до ризику інфікування ВІЛ/ІППП.

Список літератури

1. ВОЗ. Глобальна стратегія профілактики інфекцій, передаваних статевим шляхом, і боротьби з ними, 2006–2015 гг. // Всемирная организация здравоохранения.— 2007.— 70 с.
2. Діагностика і лікування ІПСШ у представників уразливих груп [Ел. ресурс] / МБФ «Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Режим доступу: <http://www.aidsalliance.org.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/ua/ippp/index.htm>.
3. Єщенко О.Г., Мавров Г.І., Круглов Ю.В. та ін. 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).— К., 2009.— 60 с.
4. Іванов С.В., Шупенько М.М., Миронюк І.С. Сучасні клініко-правові аспекти обстеження та лікування пацієнтів з ІПСШ при розробленні методів моніторингу й оцінки поширеності ВІЛ/СНІДу в Україні // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2009.— № 4 (35).— С. 69–75.
5. Калюжна Л.Д., Гречанська Л.В. Асоціації інфекцій, що передаються статевим шляхом, у ВІЛ-інфікованих // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2004.— № 1.— С. 78–80.
6. Мавров Г.І., Бондаренко Г.М., Щербакова Ю.В. Особливості діагностики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, в осіб із груп ризику, уразливих щодо інфікування вірусом імунодефіциту людини // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія.— 2011.— № 1. Режим доступу: <http://immuno.health-ua.com/article/543.html>.
7. Мавров Г.І., Щербакова Ю.В. Особливості надання дерматовенерологічної допомоги представникам груп ризику, уразливим щодо зараження ВІЛ // Дерматол. та венерол.— 2012.— № 1 (55).— С. 9–18.
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 II–IV кварталі 2012 року — I 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: Закон України № 1026-VI від 19.02.2009 р.— К., 2010.— 28 с.
10. Флемінг Д.Т., Вассерхайт Дж.Н. Влияние других заболеваний, передаваемых половым путем, на половую передачу ВИЧ-инфекции: от эпидемиологической синергии к политике и практике здравоохранения // 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 // CDC.— Режим доступа: <http://www.cdc.gov/std/stats10/msm.htm#foot13>.

І.С. Миронюк¹, О.Ю. Савенко²

¹ Закарпатський центр профілактики та боротьби зі СНІДом, Ужгород

² МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні», Київ

Результати впровадження моделей організації діагностики та лікування ІПСШ у представників груп ризику щодо інфікування ВІЛ в Україні

Мета роботи — вивчення за даними офіційної звітності результатів діяльності програм з діагностики та лікування інфекцій, які передаються переважно статевим шляхом, у представників з груп ризику щодо інфікування ВІЛ через впровадження моделей діагностики та лікування інфекцій, які передаються переважно статевим шляхом.

Матеріали та методи. Вивчено результати роботи проектів з діагностики та лікування інфекцій, які передаються переважно статевим шляхом, у груп ризику за 5 моделями організації надання таких послуг за допомогою аналізу показників офіційної звітності провайдерів послуг лікувально-профілактичних закладів та партнерських неурядових організацій за період 2008–2012 рр.

Результати та обговорення. Протягом 2008–2012 рр. зростає кількість наданих представникам груп ризику послуг з діагностики інфекцій, які передаються переважно статевим шляхом, за рахунок регіонального розширення задіяних лікувально-профілактичних закладів неурядових організацій та активізації роботи їх. Як свідчать результати аналізу, збільшення обсягу послуг з діагностики інфекцій, які передаються переважно статевим шляхом, у представників з груп ризику в динаміці напряду не пов'язано зі зростанням кількості провайдерів послуг, тобто лікувально-профілактичних закладів, та їхніх партнерських організацій.

Висновки. Збільшення охоплення представників цільової групи проєктів зумовлено підвищенням якості роботи організацій, що надають згадані послуги за рахунок впроваджених організаційних моделей. Для поглибленого аналізу ефективності роботи програм належить провести окремі спеціальні дослідження.

Ключові слова: моделі організації діагностики та лікування, групи ризику, інфекції, які передаються переважно статевим шляхом, ВІЛ/СНІД.

I.S. Myronyuk¹, O.Yu. Savenko²

¹Transcarpathian AIDS Prevention and Control Center, Uzhgorod, Ukraine

²International HIV/AIDS Alliance in Ukraine, Kyiv, Ukraine

The results of the implementation of models of organization of the diagnosis and treatment of STIs in risk groups of HIV infection in Ukraine

Objective: to study the results of the programmes for diagnosis and treatment of STIs among representatives of risk groups of HIV infection by introducing models of diagnosis and treatment of STIs according to the official reporting data.

Materials and methods. The results of the projects of the diagnosis and treatment of STIs were studied in 5 models of organization of such services by analyzing the official reporting indicators presented by providers and partner NGOs for the period of 2008–2012 years.

Results and discussion. Against a background of growth of institutions involved in diagnosis and treatment of STIs in risk groups, 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 STIs diagnostics representatives. Analysis results show that the growth in the number of STIs diagnostic services is not directly associated with the growing number of service providers and their partner organizations.

Conclusions. Increase in project coverage of representatives of target groups is due to the activity improvement in organizations providing these services after implementation of organizational models. Specific studies are required for the in-depth analysis of the programs' performance.

Key words: model of diagnosis and treatment, risk groups, STIs, HIV/AIDS.

Контактна інформація:

Миронок Іван Святославович, к. мед. н., головний лікар Закарпатського центру профілактики та боротьби зі СНІДом, доцент Ужгородського національного університету
88000, м. Ужгород, вул. Другетів, 72
Тел. (0312) 61-76-47
E-mail: ism69@ukrpost.ua

Стаття надійшла до редакції 19 лютого 2013 р.