

**Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні**



# **Ефективність використання жіночого презерватива (фемідома) у попередженні ВІЛ/ПСШ: огляд досвіду**

**Автор:** Володимир Кисельов

**Редактор:** Марина Варбан

**Київ – 2008 р.**

## **Зміст**

<b>Список умовних скорочень.....</b>	<b>3</b>
<b>Вступ.....</b>	<b>4</b>
<b>1. Постановка проблеми та мета дослідження, або СНІД надає перевагу жінкам .....</b>	<b>6</b>
<b>2. Методологія.....</b>	<b>10</b>
<b>3. Основні узагальнені висновки .....</b>	<b>13</b>
<b>4. Жінка є невіддільною частиною нашого світу, або Жіночий презерватив як пізнана необхідність .....</b>	<b>15</b>
<b>5. Два кінця, два кільця—посередині чохольчик, або Фемідом крокує Планетою .....</b>	<b>19</b>
<b>6. Лабораторні тестування та клінічні дослідження.....</b>	<b>23</b>
<b>7. З досвіду найуспішніших програм впровадження жіночого презерватива, або Безпечнішими статеві акти роблять не засоби, а люди.....</b>	<b>30</b>
<b>8. Економічна ефективність .....</b>	<b>34</b>
<b>9. Огляд досліджень з прийнятності жіночого презерватива, або Кожний метод потребує суворої оцінки .....</b>	<b>37</b>
<b>10. Перспективи різноманіття .....</b>	<b>44</b>
<b>11. Замість післямови.....</b>	<b>47</b>
<b>12. Посилання та бібліографія.....</b>	<b>48</b>
<b>13. Результати пошуку відомостей щодо ефективності використання жіночого презерватива в попередженні ВІЛ/ПСС у країнах Європейського регіону ВООЗ.....</b>	<b>62</b>
<b>14. Узагальнений звіт за результатами фокус-групових дискусій з соціальними працівниками та ЖКС щодо поінформованості про фемідоми та можливостей їх використання.....</b>	<b>75</b>
<b>15. Узагальнений звіт за результатами робочої зустрічі щодо організації пілотних проектів з профілактики ВІЛ/ПСС серед ЖСБ із застосуванням фемідомів .....</b>	<b>77</b>

*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*

**Додаток I. Нові дані щодо ефективності (чоловічих) презервативів у профілактиці ІПСШ ..... 80**

**Додаток II. Що все ж таки дозволено Зевсу? Жіночий презерватив і чоловіки, які займаються сексом з чоловіками..... 88**

## **Список умовних скорочень**

<b>АРТ</b>	антиретровірусна терапія
<b>ВІЛ</b>	вірус імунодефіциту людини
<b>ВООЗ</b>	Всесвітня організація охорони здоров'я
<b>ЖКС</b>	жінки комерційного сексу
<b>ЗМІ</b>	засоби масової інформації
<b>ЄС</b>	Європейський Союз
<b>ІПСШ</b>	інфекції, що передаються статевим шляхом
<b>ЛЖВС</b>	люди, які живуть з ВІЛ/СНІДом
<b>НУО</b>	неурядові організації
<b>ПАР</b>	Південно-Африканська Республіка
<b>СБ</b>	Світовий Банк
<b>СІН</b>	споживачі ін'єкційних наркотиків
<b>СНІД</b>	синдром набутого імунодефіциту
<b>ФНООН</b>	Фонд народонаселення ООН
<b>ЧСЧ</b>	чоловіки, які займаються сексом з чоловіками
<b>ЮНЕЙДС</b>	Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу
<b>FHC</b>	Female Health Company («Компанія жіночого здоров'я»)
<b>FHI</b>	Family Health International (НУО «Міжнародна організація здоров'я родини»)
<b>PATH</b>	Program for Appropriate Technology in Health (НУО «Програма оптимальних технологій в охороні здоров'я»)
<b>PSI</b>	Population Services International (НУО «Міжнародні послуги населенню»)
<b>USAID</b>	United States Agency for International Development (Агентство з міжнародного розвитку США)

## **Вступ**

З кінця 90-х років для поширення епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні стає визначальним ріст питомої ваги випадків інфікування ВІЛ статевим шляхом, передусім від сексуальних партнерів споживачів ін'єкційних наркотиків та жінок, які надають сексуальні послуги за плату (ЖКС)<sup>1</sup>. За даними поведінкових та епідеміологічних досліджень, ЖКС все ще залишаються групою найбільшого ризику інфікування ВІЛ, у першу чергу через незахищений секс - невикористання презервативів. У 2007 р. відсоток жінок, які за 12 місяців надавали сексуальні послуги за плату й повідомили про використання презерватива під час статевого контакту з останнім клієнтом, становить 86%<sup>2</sup>.

Проте рівень постійного використання презервативів з усіма без винятку клієнтами та під час різних видів сексуальних контактів залишається недостатнім. Так, за останні 12 місяців 49% опитаних ЖКС повідомили про те, що вони завжди використовують презерватив під час будь-яких сексуальних контактів<sup>3</sup>. Великою залишається й питома вага тих ЖКС, які не використовують презервативів на вимогу клієнтів або в разі збільшення оплати послуги.

У межах програми «Підтримка профілактики ВІЛ та СНІД, лікування та догляд для наразливіших верств населення в Україні» (2007–2012 рр.), профінансованої Глобальним фондом боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією в рамках 6-го раунду, було заплановано впровадження в практику профілактичної роботи з ЖКС жіночого презерватива (фемідому), як додаткового методу бар'єрної контрацепції.

---

<sup>1</sup> Національний звіт України з виконання рішень декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Звітний період: січень 2006 р. – грудень 2007 р.

<sup>2</sup> Дослідження «Моніторинг поведінки жінок, що надають сексуальні послуги за плату», проведене Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка за фінансової підтримки Ф'ючерс груп інтернешнл, проект USAID/Визначення політики з питань здоров'я та МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним фондом боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. Дослідження проведено у 12 регіонах України: АР Крим, Волинській, Дніпропетровській, Донецькій, Кіровоградській, Луганській, Миколаївській, Одеській, Полтавській, Сумській, Харківській, Херсонській, Черкаській областях та м. Києві в період з 8 червня по 15 серпня 2007 р. Загальна кількість опитаних становить 1602 ЖКС (вибірка сформована методом «снігової кулі»).

<sup>3</sup> Там само.

*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*

Для ґрунтового та зваженого початку широкомасштабного використання нового для України методу профілактики ВІЛ серед ЖКС МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» запланував такі заходи:

- 1) аналіз міжнародного досвіду впровадження жіночого презерватива;
- 2) аналіз готовності жінок комерційного сексу, які є клієнтами профілактичних проєктів, до впровадження цього методу бар'єрної контрацепції;
- 3) вивчення ризиків використання фемідомів в профілактиці ВІЛ/ІПСШ з погляду регіональних соціальних працівників проєктів профілактики серед ЖКС;
- 4) формування програми пілотування впровадження.

Цей звіт є результатом аналізу міжнародного досвіду, фокус-групових дискусій з ЖКС і соціальними працівниками в Донецькій та Одеській областях, а також робочих зустрічей представників проєктів, які ведуть профілактичну роботу серед жінок секс-бізнесу. Наступним кроком буде визначення методологічних та організаційних умов проведення пілотних проєктів з розповсюдження фемідомів.

Марина Варбан

## 1. Постановка проблеми та мета дослідження, або СНІД віддає перевагу жінкам

«Третій не є зайвим»

— Слоган рекламної кампанії чоловічого кондома Sico в Росії, «Болеар-Медіка», 2003 р.

Попри певні успіхи в боротьбі з ВІЛ/СНІДом, які ґрунтуються на (1) впровадженні превентивних технологій, що включають серйозні освітні програми, (2) використанні комбінованої терапії та клінічних випробуваннях, (3) розробці вакцин проти ВІЛ/СНІДу, стримати поширення інфекції не вдається.

За останніми даними ЮНЕЙДС, оприлюдненими в «Уточненому варіанті звіту щодо глобальної епідемії СНІДу: стан на грудень 2007 р.» (сс. 1-8), кількість людей у світі, які живуть з ВІЛ, становить в середньому 33,2 млн. осіб (з них майже половину складають жінки — 15,4 млн. осіб, — що на 1,6 млн. більше порівняно з 2001 р., коли це число становило 13,8 млн.). У 2007 році 2,5 млн. осіб були інфіковані ВІЛ і приблизно 2,1 млн. людей померло від захворювань, пов'язаних зі СНІДом.

Африка на південь від Сахари залишається найбільш постраждалим регіоном у світі. Там проживає більше двох третин (68%) всіх ВІЛ-інфікованих людей, а в 2007 р. в Африці на південь від Сахари заразилися ВІЛ близько 1,7 млн. чоловік, внаслідок чого загальна кількість людей, які живуть з вірусом, досягла 22,5 млн. осіб. На відміну від інших регіонів, більшість (61%) людей, які живуть з ВІЛ в Африці на південь від Сахари, — це жінки.

Зростання епідемії відмічається у Східній Європі та Центральній Азії, де у 2007 р. кількість дорослих і дітей, вперше інфікованих ВІЛ, становила 150 000 осіб. У самій лише Східній Європі загальна кількість людей, які живуть з ВІЛ, збільшилася майже на 150 % в період з 2001 р. до 2007 р. В цих двох регіонах більшість ВІЛ-інфікованих людей мешкають в двох країнах - в Російській Федерації, де спостерігається наймасштабніша епідемія СНІДу в Європі та в Україні, яка потерпає від найгіршої епідемії СНІДу в Європі за темпами поширеності<sup>4</sup>.

Всесвітню регіональну динаміку поширення ВІЛ серед дорослого населення репродуктивного віку подано в Табл. 1 нижче.

**Табл. 1. Рівень поширеності ВІЛ серед дорослого населення (15+) (%) по регіонах:**

	2007 р.	2001 р.
<b>Африка на південь від Сахари</b>	<b>5,0</b>	<b>5,8</b>
<b>Північна Африка та Близький Схід</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>
<b>Південна та Південно-Східна Азія</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>
<b>Східна Азія</b>	<b>0,1</b>	<b>&lt;0,1</b>

<sup>4</sup> На сьогодні поширеність ВІЛ серед дорослого населення України складає 1,4%, тобто з однієї тисячі дорослих громадян чотирнадцять є інфікованими. Дивись Додаток I «Рівень поширеності ВІЛ серед дорослого населення різних країн (вікова група 15-49 років (%))» і Додаток II «Поточний стан з ВІЛ/СНІДом в Україні».

<b>Океанія</b>	<b>0,4</b>	<b>0,2</b>
<b>Латинська Америка</b>	<b>0,5</b>	<b>0,4</b>
<b>Карибський басейн</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>
<b>Східна Європа та Центральна Азія</b>	<b>0,9</b>	<b>0,4</b>
<b>Західна та Центральна Європа</b>	<b>0,3</b>	<b>0,2</b>
<b>Північна Америка</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>
<b>РАЗОМ</b>	<b>0,8</b>	<b>0,8</b>

Джерело: ЮНЕЙДС, «Уточнений варіант звіту щодо глобальної епідемії СНІДу: стан на грудень 2007 р.»

У світовому масштабі ВІЛ сьогодні передається переважно шляхом гетеросексуальних контактів. Нагадаємо ще раз, що в Африці на південь від Сахари майже 61% дорослих, які жили з ВІЛ у 2007 р., склали жінки, тоді як, наприклад, у країнах Карибського басейну їх було 43% (в порівнянні з 37% у 2001 р.). Відсоток жінок, які живуть з ВІЛ у Латинській Америці, Азії та Східній Європі, поступово зростає — найімовірніше за рахунок статевих контактів з чоловіками, інфікованими у процесі споживання ін'єкційних наркотиків, незахищеного комерційного сексу або статевих контактів з іншими чоловіками. У Східній Європі та Центральній Азії жінки склали приблизно 26% дорослого населення, яке жило з ВІЛ у 2007 р. (порівняно з 23% у 2001 р.), а в Азії в 2007 р. цей показник досяг 29% (порівняно з 26% у 2001 р.). За даними того таки звіту ЮНЕЙДС, в Україні в 2007 р. мешкало 200 000 жінок з ВІЛ (порівняно з 180 000 у 2003 р.), якщо брати абсолютні цифри<sup>5</sup>.

Особливості фізіології, соціальна нерівність, а також, — як з'ясувалося, — неповна ефективність чоловічих (латексних) кондомів роблять жінок непропорційно уразливими перед ВІЛ. Тому можна впевнено сказати, що СНІД надає перевагу саме жінкам, найбільш уразливими з яких є (і) жінки-робітниці комерційного сексу, (ii) споживачки ін'єкційних наркотиків, а також (iii) молоді дівчата віком від 15 до 24 років, які тільки-но починають статеве життя.

Наприклад, згідно з даними ЮНЕЙДС, оприлюдненими у «Звіті щодо глобальної епідемії СНІДу за 2006 рік» (сс. 116-117), у В'єтнамі темпи поширеності ВІЛ серед жінок комерційного сексу (ЖКС) швидко зростали протягом 1990-х рр. — з 0,06% у 1994 р. до 6% у 2002 р. В Індонезії цей показник серед ЖКС складає 3,1% у національному масштабі, проте він відчутно коливається залежно від того чи того регіону (так, у 2003 р. у столиці країни, Джакарті цей показник досяг 6,4%). У Китаї ЖКС та їхні клієнти складають трохи менше 20% від загальної кількості людей, які живуть з ВІЛ. Високими показниками поширеності ВІЛ — і не лише в секс-індустрії — відрізняються країни Карибського басейну та Латинської Америки. Наприклад, у Суринамі рівень поширеності ВІЛ серед ЖКС склав 21% у 2005 р., тоді як у Гайані у 2004 р. був зафіксований рівень, який дорівнював майже 27%. Рівень поширеності ВІЛ серед ЖКС Ямайки в 2002 р. сягнув 20%, тоді як у Сальвадорі того таки року цей показник становив 16% серед вуличних секс-робітниць місцевих мегаполісів. А в

<sup>5</sup> Щоправда, інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні» (2008, №29), що видається в Києві, наводить іншу цифру: 177 818 жінок жили з ВІЛ в Україні в 2007 р.



Таманрассеті в Алжирі, за даними Світового банку, рівень поширеності ВІЛ серед ЖКС виріс з 1,7% у 2000 р. до 9% у 2004 р.

Дослідження, які проводилися впродовж останніх восьми років у міських районах африканських країн, розташованих на південь від Сахари, показали, що рівень поширеності ВІЛ серед ЖКС сягає 73% – в Ефіопії, 68% – у Замбії, 50% – в Гані та Південно-Африканській Республіці, 40% – у Беніні, 31% – у Кот д’Івуарі, 27% – у Джибуті та Кенії і, насамкінець, 23% – у Малі.

Інформація, яка стосується країн Східної Європи та Центральної Азії, відбиває ситуацію значно повніше. Наприклад, дослідження, яке проводилося в Росії в Санкт-Петербурзі, показало, що 33% ЖКС віком до 19 років уже інфіковані на ВІЛ.

За даними того ж звіту ЮНЕЙДС (с. 118), найбільш високі показники поширеності ВІЛ і супутніх інфекцій, які передаються статевим шляхом (ІПСШ), були виявлені серед ЖКС саме в країнах з великою кількістю споживачів ін’єкційних наркотиків (СІН). У В’єтнамі, Індонезії, Казахстані, Китаї, Україні та Узбекистані той факт, що одні й ті самі люди часто споживають ін’єкційні наркотики та працюють у сфері секс-індустрії, зумовлює ріст епідемій ВІЛ. Як повідомляє інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні» (2008, №29, с. 5):

«Незважаючи на те, що у 2007 р., як і раніше, частка шляху передачі ВІЛ внаслідок введення наркотичних речовин ін’єкційним шляхом залишається високою і складає 40%, відбувається поступове збільшення частки випадків сексуального шляху передачі ВІЛ — майже до 40% (38,4%), що свідчить про вихід епідемії у широкі верстви населення».

Всі ці дані підкреслюють необхідність розширення заходів з профілактики ВІЛ серед ЖКС і СІН. І саме тут починаються нові проблеми.

За даними прес-релізу «Глобальні факти та цифри», з яким ЮНЕЙДС ознайомив журналістів, перш ніж оприлюднити свій «Звіт щодо глобальної епідемії СНІДу за 2006 рік», у всьому світі доступ до основних профілактичних послуг має менше однієї п’ятої людей, яким загрожує ризик зараження ВІЛ. Наразі лише кожний восьмий мешканець планети, який бажає пройти тестування, має відповідну можливість<sup>6</sup>.

Звісно, від домінуючої сьогодні системи виробничих відносин, «вершки» якої паразитують на економічній експлуатації найманої праці та соціальній нерівності, — і особливо в суспільствах з традиційно відсутнім громадським контролем за життєво важливими сферами, — не варто очікувати не тільки батьківської турботи до найбільш уразливих категорій населення, але й плідних зусиль з ліквідації таких наслідків цієї системи, як, напр., наркоманія (або ін’єкційне вживання наркотиків у контексті нашого дослідження) чи проституція (або секс-індустрія, як її політкоректно називають), що сприяють поширенню ВІЛ/СНІД. В умовах таких

<sup>6</sup> З прес-релізом ЮНЕЙДС «Глобальні факти та цифри» можна ознайомитися на <[http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/200605-FC\\_globalfactsfigures\\_ru.pdf](http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/200605-FC_globalfactsfigures_ru.pdf)>.

соціально-економічних відносин на сьогоднішній день існують лише два методи, що довели свою практичну здатність суттєво знизити ризик передачі ВІЛ/ІПСШ серед сексуально активних верств населення земної кулі. Це зміна сексуальної поведінки/звичок (напр., заміна випадкових полігамних статевих стосунків на тривалі моногамні) і бар'єрна контрацепція.

На сьогоднішній день існує декілька підконтрольних жінці бар'єрних методів захисту від ВІЛ/ІПСШ. Це жіночі презервативи, діафрагми, шийкові ковпачки та мікробіциди, або «хімічні» презервативи, як їх ще називають, тобто речовини, що містять активні інгредієнти, здатні запобігти статевій передачі ВІЛ/ІПСШ. Передбачається, що з часом мікробіциди випускатимуться у різних формах, зокрема, у вигляді гелю, крему, губки, свічки або силіконового кільця.

Сьогодні ведуться інтенсивні дослідження мікробіцидів, які мають з'явитися на полицях аптек за п'ять-сім років, а також розробляються нові, досконаліші версії діафрагм і шийкових ковпачків.

А наразі єдиним надійним і підконтрольним самій жінці бар'єрним методом запобігання ВІЛ/ІПСШ є жіночий презерватив. Незважаючи на те, що його неможливо приховати під час використання і без згоди партнера тут не обійтися, лабораторні та клінічні дослідження довели здатність фемідома, як його називають у багатьох європейських країнах, значно знизити ризик інфікування за умови правильного та постійного використання. Тому вважається, що жіночі презервативи є гідною альтернативою незахищеному сексові, надто у випадках, коли партнери відмовляються використовувати чоловічий кондом.

Саме вивчення міжнародного досвіду ефективності використання жіночого презерватива у попередженні ВІЛ/ІПСШ і стало метою цього огляду. Аналіз досвіду проводився в рамках програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», яка фінансується Глобальним фондом боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. В контексті даного дослідження під ефективністю використання засобу ми розуміємо рівень захисту від інфікування ВІЛ/ІПСШ, який отримує користувачка фемідомом у реальних, «життєвих» умовах і який залежить від його технічних характеристик (надійність або ефективність методу), дотримання правил користування та регулярності використання.

Як бачимо, слід відрізнити *ефективність методу* та *ефективність використання методу*, інакше кажучи, жіночий презерватив може бути ефективним як метод, але не завжди ефективним на практиці, в реальному житті. Для оцінки ефективності методу враховуються тільки випадки інфікування ВІЛ/ІПСШ, які настали попри *коректне* використання фемідома, а для оцінки використання методу враховуються також і випадки інфікування ВІЛ/ІПСШ, спричинені неправильним його використанням. Додамо, що рівень ефективності використання будь-якого механічного засобу захисту від ВІЛ можна оцінити тільки за умови його застосування середискордантними партнерами, тобто коли один із них є ВІЛ-інфікованим, а інший — ні. Ці «ідеальні» умови практично неможливо відтворити при вивченні ефективності бар'єрних засобів у попередженні таких ІПСШ, як гонорея чи хламідії: зазвичай невідомо, чи матиме учасниця/учасник експерименту напевно контакт з інфікованим

*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*

партнером/партнеркою під час дослідження. За цих обставин показники практичної ефективності засобу можуть бути дещо заниженими, якщо, напр., засіб частіше використовувався у статевих контактах з інфікованими партнерами.

## **2. Методологія**

В світлі вищезначеної мети цей огляд зарубіжних електронних і друкованих матеріалів з питань лабораторних і клінічних досліджень жіночого презерватива, досвіду його впровадження та використання розв'язував наступні завдання:

- розглядав історію жіночого презерватива та його просування на міжнародних ринках;
- аналізував результати лабораторних і клінічних досліджень фемідома;
- аналізував основні позитивні та негативні результати впровадження та практичного використання фемідома серед таких цільових груп, як, напр., ЖКС, переважно в контексті країн, що розвиваються;
- розглядав питання економічної ефективності широкомасштабного впровадження фемідома на прикладі країн з різним рівнем поширення епідемії ВІЛ/СНІДу;
- аналізував методологічні засади досліджень з прийнятності фемідома та показники, що впливають на його прийнятність серед різних категорій населення.

Джерельною базою загальних і технічних відомостей про жіночий презерватив стали інформаційні матеріали, розміщені на веб-сайтах наступних програм та організацій:

- Об'єднаної Програми ООН з ВІЛ/СНІДу / UNAIDS, Женева, Швейцарія (<http://www.unaids.org>);
- Всесвітньої організації охорони здоров'я / WHO, Женева, Швейцарія (<http://www.who.int>);
- Фонду народонаселення ООН / UNPF, Нью-Йорк, США (<http://www.unfpa.org>);
- Ради з народонаселення / Population Council, Нью-Йорк, США (<http://www.popcouncil.org>);
- Американської фундації з дослідження СНІДу / American Foundation for AIDS Research, Вашингтон, США (<http://www.amfar.org>);
- «Компанії жіночого здоров'я» / FHC, Чікаго, США (<http://www.femalehealth.com>);
- неурядової організації «Програма оптимальних технологій в охороні здоров'я» / PATH, Сіетл, США (<http://www.path.org>);
- НУО «Міжнародна організація здоров'я родини» / FHI, Арлінгтон, США (<http://www.fhi.org>);
- НУО «Міжнародні послуги населенню» / PSI, Вашингтон, США (<http://www.psi.org>), а також
- організації «Проект Задоволення» / The Pleasure Project, Лондон, Велика Британія (<http://www.thepleasureproject.org>).

Для огляду та аналізу наукових — переважно англомовних — матеріалів з питань міжнародного досвіду ефективності використання жіночого презерватива у попередженні ВІЛ/ПСШ використовувалися (і) бази даних компанії EBSCO

(<http://search.ebscohost.com>), (ii) база даних з питань лікування, профілактики та стратегій боротьби з ВІЛ/СНІДом Каліфорнійського університету в Сан-Франциско (<http://hivinsite.ucsf.edu/>), а також (iii) база даних стратегій протидії ВІЛ/СНІДу в азіатсько-тихоокеанському регіоні (<http://www.hivpolicy.org>).

Всеосяжний пошук в цих базах даних проводився шляхом введення запиту за допомогою ключових словосполучень "female condom", "condón femenino" та "préservatif féminin" («жіночий презерватив»). Окрім того, для поглиблення досліджень ретельно вивчалися вибрані матеріали в бібліографіях до знайдених статей та монографій. Для вивчення та аналізу всі відібрані матеріали (всього 203 статті та монографії) були поділені на сім головних наступних категорій: «публікації ООН» (14 публікацій), «методологічні питання» (20 публікацій), «технічна ефективність фемідома як методу» (18 статей та монографій), «ефективність використання» (27 статей та монографій), «повторне використання» (13 публікацій), «економічна ефективність» (8 статей та монографій), «прийнятність» (47 публікацій), а також на чотири додаткових категорії: «нормативні документи» (2 публікації), «дослідження ефективності чоловічих кондомів у профілактиці ВІЛ/ПСП» (43 статті та монографії), «огляди літератури та коментарі» (8 публікацій) і «фемідом і чоловіки, які займаються сексом з чоловіками» (3 публікації).

Із 203 вибраних статей та монографій тільки 6 стосувалися виключно питань прийнятності та використання фемідома серед СІН і споживачок кокаїну, а саме Ashery et al (1995); El-Bassel et al (1998); Klein et al (1999); Stein et al (1999); Strathdee (2003) та Surratt et al (1999). Всі вони проводилися серед учасниць різного етнічного походження з бідних кварталів великих міст США, а також бідних кварталів і фавел (нетрів) Ріо-де-Жанейро в Бразилії. Середній вік учасниць дорівнював 35-38 років. Загальний висновок цих досліджень є однозначним — опитані СІН і споживачки кокаїну з ентузіазмом поставилися до можливості проекспериментувати з жіночим презервативом і не виключали його використання в майбутніх ситуаціях, якщо не вдасться скористатися чоловічим кондомом. Винятком стали лише наркозалежні мешканки фавел у Ріо-де-Жанейро, які через своє винятково залежне від партнерів становище та місцеві культурні традиції, поставили під сумнів майбутнє використання жіночих презервативів узагалі. Висновок автору цього огляду: питання використання фемідома серед СІН потребують докладнішого вивчення.

Оскільки вживання наркотиків, зокрема ін'єкційних, є в більшості соціально-економічних контекстів досить розповсюдженим явищем у середовищі ЖКС, то для збереження структурної цілісності цього огляду було вирішено не виділяти використання фемідома серед СІН в окрему категорію. Навпаки, ЖКС виявилися дуже «зручною» категорією населення для вивчення ефективності використання жіночого презерватива. «Зручними» в багатьох випадках їх роблять не лише підвищений ризик інфікування ВІЛ/ПСП, але й такі соціально-психологічні характеристики, як професійна комунікабельність і маргіналізоване становище в суспільствах, де використання презерватива взагалі асоціюється з недовірою до партнера, безладними стосунками та схильністю до ризикованої сексуальної поведінки. Тому саме ЖКС є найбільш вивченою цільовою аудиторією з точки зору прийнятності та ефективності використання фемідома.

Що стосується використання жіночого презерватива дівчатами-підлітками та молоддю у віці від 15 до 24 років, то це питання потребує окремого розгляду в контексті різних регіонів, соціокультурних і соціоекономічних чинників, отож виходить за межі формату цього огляду. Наприклад, результати опитування студентів чотирьох іспанських університетів (Fernandes, M. A *Qualitative Study of the Viability of Usage of the Female Condom Among University Students*), які були представлені на XVI Міжнародній конференції зі СНІДу в Барселоні в липні 2002 р., і згідно з якими використання жіночого презерватива залежить від типу партнерства (зв'язки тривалі або випадкові)<sup>7</sup>, виглядатимуть дещо поверхневими у порівнянні з проблемами запобігання ВІЛ/ІПСШ у середовищі молодих студенток коледжів Танзанії або Зімбабве, яким доводиться підтримувати статеві стосунки з набагато старшими за них покровителями, щоб мати змогу продовжувати навчання, або в контексті майже безправних за західними стандартами 15-річних наречених з деяких азіатських країн.

Переважна кількість вивчених матеріалів датувалася періодом 1996-2007 рр. і стосувалася досліджень, які проводилися в Бразилії, Індії та Індокитаї, країнах Африки на південь від Сахари, тобто в регіонах з різним рівнем поширення епідемії ВІЛ/СНІДу.

Таке обмеження визначалося бажанням розглянути результати клінічних випробовувань та впровадження жіночого презерватива саме в розвиткових країнах, до яких можна віднести й Україну.

Опрацювання зібраного матеріалу дало можливість виявити існування значного пласту задокументованих досліджень, які переконливо свідчать про ефективність жіночого презерватива в запобіганні поширення ІПСШ, в тому числі ВІЛ-інфекції, *in vitro*. Хоча на сьогоднішній день існують обмежені дані щодо його ефективності — надто в попередженні ВІЛ — *in vivo*, вивчена література в цілому показала, що правильне та регулярне використання жіночого презерватива робить жінок більш незалежними від чоловіків у сфері профілактики ІПСШ і може суттєво зменшити кількість випадків їхньої передачі гетеросексуальним шляхом.

Також на підставі цього огляду зарубіжних електронних і друкованих матеріалів з міжнародного досвіду використання жіночого презерватива було зроблено цілу низку узагальнених висновків.

---

<sup>7</sup> Молоді студентки іспанських вузів здебільшого ототожнювали користування жіночим презервативом з випадковими стосунками, а у хлопців він, навпаки, асоціювався з тривалими партнерськими взаєминами.

### **3. Основні узагальнені висновки**

1. Лабораторні дослідження поліуретанового жіночого презерватива довели його здатність запобігати потраплянню сперми в репродуктивні органи жінки та проникненню через його оболонку (стінку) вірусів менших за розмірами ніж ВІЛ, гепатит В і герпес. Виходячи з клінічних досліджень жіночого презерватива як захисного засобу від ПСШ і вагітності, багато дослідників робить висновок, що при регулярному та належному використанні він є ефективним на 94-97 % у зниженні ризику передачі ВІЛ, що значно перевищує показники чоловічих презервативів (постійне використання яких знижує ризик інфікування ВІЛ лише на 80-87%, згідно з останніми даними)<sup>8</sup>.

2. Поліуретан і нітріл, з яких виготовляється перше та друге покоління жіночих презервативів, є міцними матеріалами, які є стійкішими до механічних пошкоджень і розривів за латекс, а також не є чутливим до світла, підвищення температури та вологості.

3. Не виявлено жодних істотних місцевих побічних ефектів або алергічних реакцій. Жіночий презерватив може використовуватися зі сперміцидами, лубрикантами та пінами будь-якого типу.

4. Завдяки своїй конструкції, фемідом закриває значну частину геніталій партнерки, тож надійніше порівняно з чоловічим кондомом захищає жінку від таких виразкових генітальних захворювань, як генітальний герпес, сифіліс і м'який шанкр.

5. Індекс Перля для фемідома становить 5-25% (на відміну від чоловічого кондома, для якого Індекс Перля варіюється в межах 12–20%). У разі правильного використання, за різними оцінками, вірогідність контрацептивної невдачі фемідома не перевищує 5%.

6. Під час використання розриви жіночих презервативів спостерігалися рідше, ніж чоловічих, проте жіночі презервативи зісковзували значно частіше за чоловічі. Основними причинами цих механічних проблем є некоректне використання фемідома, а також такі психобіологічні чинники, які ставлять під сумнів прийнятність методу, як, напр., дуже інтенсивний статевий акт або несумісність у розмірах пенісу та піхви партнерів.

7. Як і у випадку з будь-якими іншими бар'єрними методами захисту, ефективність жіночого презерватива залежить від регулярності та неухильного дотримання правил його використання.

8. Фемідом рекомендований як продукт одноразового використання, але також може використовуватися повторно аж до 5 разів.

9. Жіночий презерватив розширює можливості жінок у запобіганні ВІЛ/ПСШ і збільшує їхню впевненість у своїй захищеності, тому він може бути особливо привабливим методом для жінок з найбільш уразливих категорій населення до

---

<sup>8</sup> Див. Розділ 6 цього огляду або Додаток III.

*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*

інфікування ВІЛ і супутніми захворюваннями, що передаються статевим шляхом, тобто ЖКС, СІН і молодих дівчат віком від 15 до 24 років, а також для тих, хто шукає альтернативних чоловічому кондомові методів контрацепції та профілактики ІПСШ.

10. Жінки залюбки погоджуються випробовувати жіночий презерватив як новий контрацептивний та профілактичний метод, але здебільшого з часом частота його використання зменшується, тому довгостроковий результат популяризації та просування цього бар'єрного методу в розвиткових країнах на сьогоднішній день важко оцінити.

11. Основними чинниками, які заважають успішному впровадженню жіночого презерватива на світових ринках і впливають на сприйняття контрацептивного засобу серед широкого загалу є його висока ціна, технічні та дизайнерські недоліки (зовнішній вигляд, фіксована довжина, проблемне для багатьох користувачів внутрішнє кільце), необхідність отримання згоди на використання від партнера, недостатність досліджень його ефективності в попередженні ВІЛ/ІПСШ, а також підпорядковане чоловікам соціально-економічне становище жінки.

12. Надалі жіночому презервативу віддають перевагу жінки, які звикли до регулярного використання бар'єрних методів захисту і які бажають чергувати його з більш традиційним чоловічим кондомом.

13. ЖКС, які усвідомлюють свою підвищену вразливість перед ВІЛ та супутніми захворюваннями, значно частіше користуються жіночим презервативом на відміну від інших категорій населення, тому що вважають його додатковим методом профілактики ІПСШ. Проте ЖКС частіше доводиться стикатися з протидією з боку клієнтів, які відмовляються вступати в комерційні статеві контакти за наявності жіночого презерватива.

14. Питання впливу прийнятності засобу на короткостроковій основі на довгострокове його використання та зниження рівня поширеності ІПСШ потребують подальшого вивчення.

15. Але останнім часом з'являється дедалі більше свідчень на користь того, що завдяки доступності жіночого презерватива зростає загальна кількість захищених статевих актів. Навіть, коли показники використання жіночих презервативів не є високими, більша кількість захищених статевих актів і потенційні кошти, заощаджені на лікуванні ВІЛ/ІПСШ, не лише виправдовують витрати на впровадження програм з розповсюдження жіночих презервативів, але й знижують їхню собівартість,— особливо, коли ці програми націлені на групи підвищеного ризику ураження ВІЛ/СНІДом.

Таким чином підтверджується теза, що доки не розроблені і не впроваджені значно надійніші бар'єрні засоби захисту від ВІЛ/ІПСШ, якими, напр., обіцяють бути мікробіциди, *третьий*, тобто жіночий презерватив, *не є зайвим* на святі кохання та статевої пристрасті, а також у буднях секс-індустрії.

#### **4. «Жінка є невірницею нашого світу», або Жіночий презерватив як пізнана необхідність**

«Жінка є невірницею нашого світу, це так,  
Якщо не віриш, поглянь-но, лишень, на ту, яка поруч з тобою.  
Жінка є рабинею з рабинь, це так,  
Подумай про це, зроби що-небудь.»

— Джон Леннон, «Жінка є невірницею нашого світу»

Приблизно так політкоректно, з огляду на популярну сьогодні в розвинутих країнах компенсувальну політику попередження дискримінації будь-яких меншин, можна перекласти назву відомого у першій половині 1970-х рр. феміністського хіта Дж. Леннона “Woman Is The Nigger Of The World”. І якими б не були вимоги політкоректності, але сутність пісні вірно відбиває сумне становище жінки в багатьох суспільствах з точки зору соціально-економічної та гендерної рівності як найважливішого з трьох головних чинників, що викликали необхідність розробки більш надійних, підконтрольних самій жінці механічних методів захисту від ВІЛ/ПСС. Іншими двома є набагато вища біологічна уразливість жіночого організму до ВІЛ/ПСС, на відміну від чоловіків, а також — як з’ясувалося — неповна ефективність чоловічого кондома.

#### **Підвищена біологічна уразливість жіночого організму**

В той час як чоловіки традиційно вважаються активнішими в своїй сексуальній поведінці, а тому більш нараженими на ризик інфікування ВІЛ, жінки є практично в 2-4 рази вразливішими за них до захворювань, які передаються статевим шляхом, зокрема ВІЛ. Цьому сприяє їхня анатомія та біологія: (i) порівняно з чоловіками, жінки мають значно більшу площу слизової оболонки, яка контактує з сім’яною рідиною та іншими виділеннями, що передаються їм під час статевого акту; (ii) доведено, що концентрація вірусів набагато вища в сім’яній рідині інфікованих чоловіків, ніж у піхвових секретах;<sup>9</sup> (iii) у піхвовому (або ректальному) епітелії під час статевого акту зазвичай неминуче з’являються мікротріщинки та пошкодження, які є ідеальним середовищем для проникнення вірусу ВІЛ, зокрема.

Ще вразливішими до інфікування ВІЛ/ПСС є дівчата віком від 15 до 24 років, які тільки-но починають статеве життя, через нерозвинуті ще механізми природного захисту слизової оболонки генітальних органів. Розрив гімену зазвичай під час перших статевих зносин, надто тонкий епітелій піхви та шийки матки, ще недостатньо кислотні піхвові секрети — всі ці чинники роблять дівчат особливо вразливими до ВІЛ/ПСС у віці, коли вони можуть стати ласими об’єктами сексуального насильства або потрапити на роботу в секс-індустрії.

<sup>9</sup> Не будемо при цьому забувати, що чоловіки передають жінкам більше рідини під час зносин, ніж отримують від них.



## Соціально-економічна та гендерна нерівність

Зв'язок між соціально-економічним підпорядкованим становищем жінки, гендерною нерівністю і ризиком інфікування ВІЛ є добре задокументованим у багатьох країнах.<sup>10</sup> Нагадаємо, що жінки складають майже половину від загальної кількості людей у світі, що живуть з ВІЛ, і приблизно 2/3 від загальної кількості інфікованої ВІЛ молоді. Але економічна залежність і прийняті в багатьох суспільствах уявлення про жіночість роблять практично неможливими для представниць слабкої статі не лише доступ до відповідної медичної допомоги або консультування, але й обговорення питань, пов'язаних із статевими стосунками.

На сьогоднішній день єдиним доступним широкому загалові людей механічним засобом захисту від ВІЛ/ПСШ є чоловічий кондом<sup>11</sup>. Проте соціально-економічна незахищеність і гендерна нерівність — наприклад, санкціонована в багатьох культурах владна позиція чоловіків стосовно жінок — не дає представницям слабкої статі умовити своїх партнерів вдаватися до належних захисних заходів. Жінки часто густо змушені відмовлятися від контролю в сфері статевих стосунків через своє економічно підпорядковане становище або просто під загрозою насильства у таких традиційно патріархальних суспільствах, як, наприклад, африканські країни, розташовані на південь від Сахари, або суспільствах, які звернули на шлях трансформації патріархальних підвалин, як, наприклад, Україна<sup>12</sup>.

Не знаходять порятунку жінки й в моногамних шлюбах. Тут багато з них наражаються на небезпеку інфікування ВІЛ та хворобами, що передаються статевим шляхом, від своїх чоловіків, професійна діяльність яких пов'язана з тривалими відрядженнями, або тими, які для покращення економічного становища родини мігрують у пошуках роботи, раз по раз вступаючи у позашлюбні статеві стосунки.

Жінки в полігамних шлюбах або полігамних позашлюбних стосунках є значно вразливішими до інфікування ВІЛ/ПСШ через те, що мають ще менше можливостей наполягати на використанні їхніми партнерами кондомів. Фемінізація бідності призвела до того, що багато жінок і особливо молодих дівчат ідуть працювати в секс-індустрію, що зазвичай сприяє ризикованій поведінці та додатково наражає їх на сексуальне насильство. Наприклад, робітниці комерційного сексу не завжди можуть наполягати на використанні їхніми клієнтами кондомів, боячись утратити заробіток

<sup>10</sup> Див., наприклад, Gomez, A. & Meacham, D. (Eds.) (1998). *Women, Vulnerability and HIV/AIDS: A Human Rights Perspective*. Chile: Latin American and Caribbean Woman's Health Network; Kathewera-Banda et al (2005, December). Sexual Violence and Women's Vulnerability to HIV Transmission in Malawi: A Rights Issue. *International Social Science Journal*, 57 (186), 649-660; Zierler, S. & Krieger, N. (1997). Reframing Women's Risk: Social Inequalities and HIV Infection. *Annual Review of Public Health*, 18, 401-436 тощо.

<sup>11</sup> За даними UNFPA, PATH (2006, с. 2), наприклад, у 2005 р. у світі було продано лише 14 млн жіночих презервативів, тоді як кількість реалізованих чоловічих за цей-таки час становила приблизно 6-9 млрд.

<sup>12</sup> З часу проголошення незалежності України в контексті втілення національної ідеї — під гаслом відродження національної духовності, етнічної самосвідомості та «традиційних» культурних цінностей — почалося штучне конструювання ретроспективної гендерної моделі ідентичності українки перш за все як Берегині, хранительки домашнього вогнища, жінки-дружини, жінки-матері, домогосподарки. Головною смисловою домінантою цієї тенденції стало нав'язування суспільству пріоритетності «природного» репродуктивного покликання жінки, її материнської ролі, що є властивим для патріархального дискурсу. Характерним прикладом є багаторічне намагання правлячої еліти замінити святкування 8 березня як Міжнародного дня прав жінок, що був вперше запропонований у 1910 р. на Другій міжнародній конференції соціалісток у Копенгагені Кларою Цеткін, на День Матері, який святкується після Великодніх свят (у 2008 р. святкувався 11 травня).

або просто отримати у відповідь насильницьку реакцію. Беручи до уваги останні тенденції підвищеного попиту на вочевидь неінфікованих працівниць у світовій секс-індустрії, який привів до залучення до роботи неповнолітніх та вже статевозрілих дівчат, можна зрозуміти, що вони ніколи не наважаться наполягати на використанні клієнтами засобів захисту.

### **Неповна ефективність чоловічих (латексних) кондомів**

Сам по собі чоловічий кондом досі вважається високонадійним засобом профілактики ППСШ і ВІЛ у статевих зносинах попри всі досягнення вірусології, імунології та контрацептології за останні десятиліття. Тому розглянемо це питання більш детально, аніж два попередні фактори.

При пенісно-вагінальному акті ВІЛ, гонорея, хламідіоз і трихомоноз передаються від інфікованих чоловіків неінфікованим жінкам шляхом контакту сім'яної рідини з шийкою матки та піхвовим епітелієм, і навпаки, від інфікованих жінок неінфікованим чоловікам через контакт секретів інфікованих піхви та матки з уретрою чоловіка. Ефективність кондома з латексу у зменшенні ризику інфікування ППСШ полягає в тому, щоб запобігти контакту з виділеннями статевих органів партнера/партнерки, які можуть виявитися заразними. Якщо чоловічий кондом з латексу використовується належним чином, не рветься і не зісковзує, то він затримує всі доєкуляційні та еякуляційні виділення, і це зменшує ризик того, що жінка зазнає впливу цих виділень, тобто — жодної сперми в піхві за умови належного користування. Так само, якщо чоловічий кондом із латексу використовується належним чином, не рветься і не зісковзує, повністю закриває уретру, то він захищає пеніс від впливу вагінальних секретів.

У 2000 році Національний інститут алергії та інфекційних захворювань США (NIAID) разом з іншими федеральними агентствами (Агентством з міжнародного розвитку США, Управлінням з контролю за продуктами харчування та ліками, Центром контролю захворювань) провів семінар на тему «Наукові докази ефективності використання кондомів у профілактиці ППСШ» (Scientific Evidence on Condom Effectiveness for STD Prevention). Доповідь, в якій висвітлювалися результати цього семінару (<http://www.niaid.nih.gov/dmid/stds/condomreport.pdf> або її російськомовна версія на <http://venuro.info/obzor/condom.php>), набула тоді широкого розголосу.

Учасники семінару розглянули наявну англomовну літературу з ефективності використання чоловічих кондомів з натурального каучукового латексу як засобу профілактики ВІЛ/ППСШ при пенісно-вагінальному контакті. Розглядалася ефективність чоловічого кондома щодо профілактики 8 ППСШ: ВІЛ-інфекції, гонореї, хламідійної інфекції (в тому числі гонококових і хламідійних запальних захворювань пенісу), сифілісу, м'якого шанкру, трихомонозу, генітального герпесу, спричиненого вірусами herpes simplex (HSV) 1 і 2, а також генітального вірусу папіломи людини (ВПЛ) та захворювань ВПЛ, зокрема генітальних кондилом, дисплазії та раку шийки матки. Основні підсумки семінару полягали в наступному:

- Проведені дослідження серед різних груп населення довели ефективність чоловічих латексних кондомів у попередженні передачі ВІЛ статевим шляхом. Лабораторні дослідження, і зокрема ті, що проводилися Управлінням з контролю за

*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*

продуктами харчування та ліками США, встановили, що стінки (оболонка) чоловічих латексних кондомів не є проникними для ВІЛ. Проаналізувавши дані всіх досліджень, експерти дійшли висновку, що правильне та постійне використання чоловічого кондома є досить ефективним і знижує ризик інфікування ВІЛ на 80-95 %.

- Експерти погодилися, що правильне та постійне використання чоловічого кондома зменшує ризик захворювання гонореєю у чоловіків. Але поки що епідеміологічна література не дає точної оцінки щодо захисту жінок від гонореї, хламідіозу, а також трихомонозу при регулярному та належному використанні чоловічих латексних кондомів.
- Стосовно мікробіологічного підтвердження про зв'язок між використанням чоловічого латексного кондома та зниження ризику передачі виразкових генітальних захворювань (генітальний герпес, сифіліс, м'який шанкр) комісія експертів зробила висновок, що опублікованих даних замало.

Комісія, втім, дійшла висновку, що регулярне та належне використання чоловічих латексних кондомів може зменшити ризик захворювань, пов'язаних з ВПЛ, зокрема гострокінцевих кондилом у чоловіків і цервікальної неоплазії у жінок.

Сім років по тому на форумі лікарів акушерів-гінекологів дискусійного клубу російського медичного серверу дерматовенеролог Сергій Агапов розмістив огляд нових досліджень з даної проблематики під назвою «Нові дані щодо ефективності (чоловічих) презервативів у профілактиці ППСШ» (<http://www.rusmedserv.com/forums/showthread.php?p=408334> від 21.12-26.12.2007 р. або див. Додаток III). Ось його висновки:

- Після опублікування доповіді американської робочої групи у 2000 р. з'явилися нові дані щодо недостатньої ефективності чоловічих кондомів у попередженні ВІЛ-інфекції. За різними оцінками, постійне використання чоловічого латексного кондома при пенісно-вагінальних контактах знижує ризик інфікування ВІЛ лише на 80-87%.
- Не підтвердилися, зокрема, дані про повну ефективність чоловічих кондомів у попередженні гонококової інфекції.
- Також, як і в доповіді 2000 року, не знайшла підтвердження теза про цілковиту захисну ефективність чоловічих кондомів від хламідійної інфекції.
- Проте з'явилися повідомлення про ефективність чоловічих кондомів у попередження зараження жінок генітальним герпесом і папіломавірусною інфекцією.
- Ризик зараження при використанні кондома в анальному сексі вище, ніж у вагінальному.
- Досі немає доказів цілковитої ефективності чоловічих кондомів у попередження інфікування генітальними мікоплазмами.
- Вибір марки кондома не є визначальним чинником його ефективності.

Виходячи з результатів останніх лабораторних і клінічних досліджень, С.Агапов робить загальний висновок про те, що чоловічі латексні кондоми не забезпечують повного (100%) захисту від передачі ППСШ, але їхнє правильне та постійне використання може значно знизити ризик інфікування.

*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*

Ще раз нагадаємо, що необхідно розрізняти *ефективність методу* та *ефективність використання методу*, тобто чоловічий кондом може бути ефективним як метод, але не завжди ефективним на практиці, в реальному житті. Для оцінки ефективності методу враховуються тільки вагітності або інфікування ВІЛ/ПСШ, які настали попри *коректне* використання кондома, а для оцінки використання методу враховуються також і вагітності або інфікування ВІЛ/ПСШ, які були спричинені неправильним використанням кондома.

В реальному житті традиційний кондом підходить далеко не всім. Наприклад, зустрічаються пари, яким не подобається переривати статевий акт задля того, щоб надіти чоловіку кондом. Також в світі нараховується близько 8% людей, які страждають від алергії на латекс. Зустрічаються й такі, хто стверджує, що латексний кондом знижує чутливість, а отже сексуальне задоволення.

З неповної — практичної, принаймні — ефективності використання чоловічого кондома можна зробити висновок про важливість контролю за безпечністю статевого акту з боку самої жінки. Це й був третій (у нашому переліку) чинник, який спонукав інтерес серед жінок, фахівців з жіночого здоров'я, а також захисників жіночих прав до таких нових, підконтрольних жінці бар'єрних методів захисту від ВІЛ/ПСШ, як жіночі презервативи, діафрагми, шийкові ковпачки та мікробіциди.

## **5. Два кінця, два кільця — посередині чохольчик, або Фемідом крокує планетою**

«Жіночий презерватив не замінює собою чоловічий кондом. Що він робить, так це дає жінкам додаткову можливість захистити себе та своїх партнерів.»

— Пітер Піот, виконавчий директор ЮНЕЙДС

Мабуть, ці слова в першу чергу були адресовані виробникам чоловічих кондомів, загальні продажі яких в державному та приватному секторах по всьому світі дорівнюють в середньому USD3 млрд., і мали на меті заспокоїти їх, переконуючи, буцімто, їхній ринок залишиться недоторканим і жіночий презерватив не складатиме їм конкуренції. Майже з самого початку своєї історії жіночий презерватив позиціонувався як перший бар'єрний метод контрацепції, що є підконтрольний жінці та забезпечує високий рівень захисту від ПСШ, в тому числі й ВІЛ. Але цілком зрозуміло, що при дослідженні контрацептивних властивостей та інших характеристик його здебільшого порівнюють саме з чоловічим кондомом, а не з іншими жіночими механічними засобами захисту, як, наприклад, діафрагми або шийкові ковпачки.

Оригінальний «класичний» жіночий презерватив (або фемідом як його називають у Європі) складається з двох кілець, з'єднаних тонким прозорим поліуретановим чохольчиком<sup>13</sup> завдовжки 17 см і завтовшки 0,42-0,53 мм, закритим з одного кінця. Для зручності введення закритий кінець закінчується фіксуючим знімним кільцем

<sup>13</sup> Презерватив другого покоління, або FC2, виробляється з полімеру нітріл.

меншого діаметру, яке охоплює шийку матки. Відкритий кінець являє собою гнучке кільце діаметром 7,8 см, яке залишається ззовні і покриває вульву після введення презерватива в піхву. Вважається, що таким чином фемідом може досить надійно попереджати інфекції, що спричиняються такими генітальними виразковими патогенами, як, наприклад, герпес або шанкроїд.

Завдяки поліуретану або нітрілу, з якого він виготовлений, жіночий презерватив не руйнується від високої температури або мастил на жирній основі, що дуже важливо у країнах зі спекотливим кліматом і бідних регіонах. Він надходить у продаж змащеним несперміцидним лубрикантом, має п'ятирічний термін придатності з дати виготовлення та може використовуватися аж до п'яти разів на відміну від чоловічого латексного кондома.

### **Історія фемідома**

Жіночий презерватив був розроблений данським винахідником, лікарем і бізнесменом Лассе Хесселем у середині 1980-х рр. Свій перший патент у США за винайдення жіночого презерватива він отримав у квітні 1989 р. За півроку до цього американська компанія Wisconsin Pharmacal, — нині відома як «Компанія жіночого здоров'я» (Female Health Company (FHC)) після зміни декількох назв і злиттів, — отримала від Лассе Хесселя ліцензію на виключне право продажу презерватива в США, Канаді і Мексиці, а згодом і на його виробництво та продаж у всьому світі. Масове виробництво жіночих презервативів було започатковано у Лондоні в 1991 р. (на сьогоднішній день виробнича потужність лондонського заводу досягає 60 млн одиниць на рік), і вже в 1992 р. вони надійшли у продаж у Швейцарії та Великій Британії. За рік, у 1993 р., FHC отримала офіційний дозвіл від Управління з контролю за продуктами харчування та ліками США на продаж свого виробу в США як медичного засобу III-го класу. Це значною мірою сприяло отриманню компанією права на маркування знаком ЄС у 1997 р. (як виробу, що відповідає вимогам Директиви Ради ЄС стосовно медичних засобів 93/42/ЄЕС), а також офіційному визнанню продукту в деяких інших країнах, в тому числі в Канаді, Австралії, Японії та Індії.

На сьогоднішній день FHC зареєструвала 12 торгових марок свого продукту в 22 країнах, зокрема FC Female Condom, Reality, Femidom, Dominique, Femy, Myfemy та Care. Починаючи з 1993 р., FHC продала понад 104 млн жіночих презервативів у 116 країнах світу<sup>14</sup>, а ВООЗ включила його у програми ООН як рекомендований метод профілактики ПСШ/ВІЛ.

Характерну динаміку споживацького ставлення до жіночого презерватива в Західному світі добре передає британський часопис «Guardian» на прикладі Великої Британії<sup>15</sup>. Появу жіночого презерватива британки спочатку сприйняли як найбільшу контрацептивну революцію з моменту винаходу протизаплідної пігулки. На «розкрутку» перспективного бренду в 1991-1992 рр. було витрачено 1 млн фунтів стерлінгів разом з двотижневою неоновною рекламою на великому екрані Spectacolour

<sup>14</sup> Ці та попередні цифри в цьому підрозділі наводяться за даними квартального фінансового звіту Female Health Company від 13 лютого 2008 р., з яким можна ознайомитися на <<http://biz.yahoo.com/e/080213/fhc10qsb.html>>.

<sup>15</sup> Див. Burt, K. (2005, Aug 23). Whatever Happened To The Femidom? *The Guardian*, p.14.

на знаменитій лондонській Пікаділі Сквер, 94 статтями в пресі та 56 теле- і радіо-передачами. Люди простоювали у величезних чергах, щоб придбати це диво. Тоді лише за 10 тижнів державним клінікам було продано 70.000 презервативів. Але коли західні жінки отримали можливість роздивитися товар зблизька та поекспериментувати з ним, їхній запал дещо згас, а фемідом зайняв свою нішу в «кварталах червоних ліхтарів»<sup>16</sup>.

З огляду на стрімке падіння об'ємів продажу жіночого презерватива у розвинутих країнах в половині 1990-х рр. ФНС провела цілу низку внутрішніх заходів, націлених на реструктуризацію, реорганізацію та поліпшення ринкового потенціалу свого товару. Також компанією була прийнята стратегія розвитку міжнародного ринку для просування фемідома. З цією метою були налагоджені робочі контакти з міжнародними організаціями, що працюють у сфері охорони здоров'я, а саме ВООЗ, ФНООН і ЮНЕЙДС, з Агентством з міжнародного розвитку США (USAID), а також з міністерствами охорони здоров'я — переважно країн, що розвиваються, неурядовими організаціями та комерційним партнерами звідусіль. З 1996 р. почалося плідне партнерство ФНС з тільки-но заснованою ЮНЕЙДС, і жіночий презерватив почав свою подорож у рамках програм соціального маркетингу країнами Африки, Азії, Східної Європи та Латинської Америки<sup>17</sup>. Сьогодні договірна ціна фемідома для державного сектору в рамках таких міжнародних програм складає від USD0,84 до USD0,89 за одиницю залежно від контрактних обсягів закупівлі.

### **Фемідом повертає радість сексу в країнах, охоплених ВІЛ/СНІДом**

Як пише Белінда Бересфорд з південноафриканського електронного часопису *Mail & Guardian Online*, жінки в розвинутих країнах, можливо, й зводили коліна разом, коли бачили фемідом, але їхні сестри з країн, де ВІЛ та інші захворювання, що передаються статевим шляхом, дуже поширені, поставилися до нього більш доброзичливо. В цих країнах жіночий презерватив вже не сприймався як якийсь непривабливий кульочок з пластику, а чимраз виразніше набував пікантної репутації нової сексуальної іграшки<sup>18</sup>.

В Сенегалі, за повідомленнями південноафриканського часопису *The Sunday Independent*, жіночі презервативи продавалися разом з шумкими намистинами «біне-біне» — еротичною деталлю, яку жінки надягають довкола своїх стегон. Шурхотіння поліуретану під час статевого акту віднині асоціюється тут з клацанням намистин — а відтак, це заводить і збуджує<sup>19</sup>.

<sup>16</sup> Наприклад, у 2005 р., як повідомляє та сама «Гардіан», посилаючись на звіт Національного управління статистики, рівень використання фемідома в Великій Британії стояв на позначці «нуль».

<sup>17</sup> Соціальний маркетинг — це запозичення методів комерційного маркетингу для соціальних цілей або, інакше кажучи, співпраця між бізнесом та неприбутковими організаціями, що дозволяє першим збільшувати, наприклад, об'єми продажів завдяки залученню НУО, а другим отримати частину коштів або товарів від бізнесу для реалізації власних програм. Провідною організацією в сфері соціального маркетингу вважається американська НУО Population Services International (PSI) зі штаб-квартирою у Вашингтоні, яка використовує кошти приватного сектору для надання допомоги в галузі охорони здоров'я бідним верствам населення у більш ніж 60 країнах, що розвиваються. До речі, перша широкомасштабна програма соціального маркетингу жіночого презерватива була започаткована в Зімбабве в 1997 р.

<sup>18</sup> Beresford, B. (2005, Dec 5). Safe Sex Without The Squeak. *Mail & Guardian Online*: <[http://www.mg.co.za/articlePage.aspx?articleid=258505&area=/insight/insight\\_national/](http://www.mg.co.za/articlePage.aspx?articleid=258505&area=/insight/insight_national/)>.

<sup>19</sup> Smith, C. (2005, Nov 27). Female Condom Supply Would Save Lives Now. *The Sunday Independent*.

У Зімбабве, яка посідає IV місце в щорічному рейтингу поширення ВІЛ серед дорослого населення світу, що його склало ЦРУ (див. Додаток I «Рівень поширеності ВІЛ серед дорослого населення різних країн»), з'явилося нове слово — *кайтек-йєнза*, яке описує лоскіт пенісу від внутрішнього кільця фемідома, тобто додаткову стимуляцію для чоловіків, яка підсилює їхні відчуття під час статевого акту<sup>20</sup>.

Енн Філпот, яка три роки працювала для ФНС у програмах маркетингу жіночих презервативів в Азії, згадує: «В Коломбо, в Шрі-Ланці, де я працювала з секс-робітницями, їхні клієнти до цього геть нічого не чули про жіночий презерватив. Тому там не було жодних упереджень, і замість говорити: «це презерватив, щоб тебе захистити», жінки подавали його як сексуальну іграшку, дозволяючи клієнтам самим їх вводити. Це і справді захоплювало, бо розглядати піхву зблизька або її торкатися — це велике табу в Шрі-Ланці»<sup>21</sup>.

Таким чином, фемідом поступово повертав радість сексу в країнах охоплених ВІЛ/СНІДом. Але й тут не обходилося без курйозів. «В Індії, — знову згадує Філпот, — жінки розповідали мені, що настільки збуджувалися, коли вводили презерватив у піхву, що їм було вже не до сексу. Я тоді цього не розуміла — невже вони робили все неправильно і їм було боляче? А вже потім до мене дійшло, що вони просто отримували оргазм, коли засовували презерватив усередину. Ймовірно, до цього вони себе ніколи не торкалися»<sup>22</sup>.

Ще цікавішою ситуація ставала, коли простий народ починав вдаватися до самостійних ініціатив. Як повідомляв веб-сайт *travel.ru* у 2005 р., в тому самому Зімбабве «винахідливі крамарі заробляли продажем прикрас, зроблених з жіночих презервативів. Жіночі презервативи поставляються в Зімбабве в рамках урядової програми боротьби з поширенням СНІДу. ВІЛ-інфіковані складають 25% дорослого населення країни. Зімбабвійці можуть безкоштовно отримати презервативи в клініках і медичних центрах. Саме цим користуються місцеві крамарі. Вони відрізають від презервативів гумові кільця, фарбують їх у яскраві кольори та продають на базарах як браслети. Три браслети обходяться покупниці в USD2. «Вони такі симпатичні, — каже одна з них. — Я залюбки носила такий браслет.» І зімбабвійці не самотні в своєму прагненні трохи заробити або знайти бодай якесь застосування для безкоштовних презервативів. Так, в Індії за прямим призначенням використовується лише чверть з півтора мільярдів презервативів, які виробляються щорічно. Решта використовується зовсім неординарно, наприклад, правлячи за міцне покриття для доріг або стріх і дахів»<sup>23</sup>.

Як бачимо, мудрість народна подекуди може випереджати будь-які наукові розрахунки та соціальні ініціативи освічених і заможних філантропів. Але розглянемо

<sup>20</sup> Див. Burt, K. (2005, Aug 23). Whatever Happened To The Femidom? *The Guardian*, p.14.

<sup>21</sup> Ibidem. До речі, Енн Філпот зараз очолює британську організацію The Pleasure Project («Проект Задоволення»), яка ставить на меті повернути привабливість і еротичність безпечному сексу за допомогою навчальних програм. Ця ідея прийшла до неї, коли вона почула на одній з міжнародних конференцій з проблем СНІДу про «стрижень, який вводиться у приймальну порожнину».

<sup>22</sup> Ibid.

<sup>23</sup> «У Зімбабве продаються прикраси з жіночих презервативів», 14 лютого 2005 р., <<http://www.travel.ru/news/2005/02/14/71083.html>>.

докладніше питання ефективності використання фемідома з точки зору біологічних наслідків (вагітність, ПСШ та ВІЛ).

## **6. Лабораторні тестування та клінічні дослідження**

Тестування *in vitro* продемонстрували досить високу ефективність поліуретану, з якого виробляється жіночий презерватив, в якості бар'єру для мікроорганізмів, менших за розмірами ніж ті, що спричиняють ПСШ (див. Lytle et al, 1997). Стінки (оболонка) жіночого презерватива блокували проникнення *phi chi* бактеріофагу X174, меншого за розміром ніж вірус гепатиту В, який, в свою чергу, є меншим за ВІЛ практично в чотири рази<sup>24</sup>. Проте даних щодо ефективності фемідома *in vivo* існує не надто багато. Наприклад, ще на початку 1990-х рр. лабораторні тестування довели, що жіночий презерватив є непроникним для цитомегаловірусу та ВІЛ (див. Drew, Blair, Miner & Conant, 1990), а в одному клінічному дослідженні він навіть попередив реінфікування трихомонозом (див. Soper et al, 1993). До початку проведення цього дослідження 104 жінок, в яких діагностували та вилікували рецидивуючий вагінальний трихомоноз, розділили на дві групи: користувачок жіночого презерватива та контрольну групу, учасниці якої добровільно відмовилися від користування ним. Кожна учасниця дослідження мала пройти медичний огляд удруге через 45 днів звичайної сексуальної активності. Реінфікування трихомонозом було зареєстроване у 7 з 50 учасниць контрольної групи (14%), а також у 5 з 34 «недбалих» користувачок жіночим презервативом (14,7%). Усі 20 «ідеальних» користувачок виявилися здоровими.

Крім того, після посткоїтальних замірів у піхві рівнів простатоспецифічного антигену (PSA) — одного з маркерів сперми та визнаного більшістю фахівців у світі індикатора проникнення сперми через оболонку (стінки) презервативів — Macaluso et al (2003) дійшли висновку, що використання жіночого презерватива є високонадійним засобом захисту від проникнення сім'яної рідини (на 79-93%).

Узагальнені дані щодо контрацептивної ефективності жіночого презерватива майже не відрізняються від інших бар'єрних методів: вірогідність контрацептивної невдачі протягом шести місяців при його використанні варіюється від 0,8% (серед 190 жінок, які регулярно та правильно ним користувалися в Японії — див. Trussell, 1998) до 9,5% (серед 115 запальних жінок з трьох різних районів Латинської Америки — див. Farr et al, 1994).

Ще в 1993 р. Gollub висловила думку, що фемідом є надійнішим засобом захисту від ПСШ порівняно з чоловічим кондомом, оскільки він стійкіший до механічних пошкоджень і закриває не лише піхву та шийку матки, але й вульву. Частково це підтвердили, напр., Valappil et al (2005), які порівнювали частоту розривів і зісковзування чоловічих кондомів і жіночих презервативів. Розриви жіночих презервативів спостерігалися рідше, ніж чоловічих — 0,1% проти 3,1%, проте жіночі презервативи зісковзували значно частіше, ніж чоловічі (5,6% проти 1,1%).

---

<sup>24</sup> Порівняймо розміри *phi chi* бактеріофагу X174 (25 нанометрів (нм)) з найбільшим діаметром сперматозоїдів (приблизно 0,003 мм, або 3000 нм) та з патогенами, що є основними збудниками ПСШ — *N. gonorrhoeae* (800 нм), *S. trachomatis* (200 нм), ВІЛ (125 нм) і вірус гепатиту В (40 нм).



Було доведено, що головними причинами цих механічних проблем є некоректне використання фемідома, а також такі психобіологічні фактори, як, напр., дуже інтенсивний статевий акт або несумісність у розмірах пенісу та піхви партнерів (див. London, 2003).

Незважаючи на механічні проблеми з жіночими презервативами, Hollander (2007) повідомляє, що обидва засоби практично однаково захищають від просочування сім'яної рідини у піхву, згідно з результатами перехресного дослідження методом випадкової вибірки, що проводилося в одній з жіночих клінік на півдні США в 2000-2001 рр. Рівень простатоспецифічного антигену був зареєстрований у схожих пропорціях у зразках посткоїтальних піхвових виділень після статевих актів з чоловічими кондомами (14%) та жіночими презервативами (17%).

Аналогічне дослідження проводили Galva et al (2005) серед 400 відвідувачок однієї з жіночих клінік Кампінаса в Бразилії, яких розділили на дві групи методом випадкової вибірки, запропонувавши кожній скористатися двома жіночими презервативами та двома чоловічими кондомами. При цьому в одній групі були проведені навчальні заняття з правильного користування жіночим презервативом, а учасниці другої — контрольної — групи лише ознайомилися з інструкцією з його використання. Аналізи посткоїтальних виділень виявили дещо вищі показники рівню простатоспецифічного антигену в зразках після користування жіночими презервативами (PSA >1ng/ml у 22% випадків використання) на відміну від зразків після користування чоловічими кондомами (PSA >1ng/ml у 15% випадків використання). Причому навчальні заходи практично не знизили рівні просочування сперми, а також майже не зменшили проблеми з використанням жіночого презерватива. Дослідники логічно пояснили ці результати браком попереднього досвіду користування жіночим презервативом, і зробили висновок про достатньо високу контрацептивну та захисну ефективність обох засобів. Також вони запропонували більше уваги приділяти навчальним заходам під час проведення програм з впровадження жіночих презервативів.

Дещо меншу різницю в результатах отримали Macaluso et al (2007) у Бірмінгемі в США. Там учасниці, які пройшли тренінг з використання жіночих презервативів, повернули для аналізу 700 використаних чоловічих кондомів і 678 жіночих презервативів. Помірковано високі рівні простатоспецифічного антигену (22 ng/ml) були виявлені в 3,5% випадків використання чоловічого кондома та в 4,5% випадків використання жіночого презерватива, причому такі рівні (22 ng/ml) частіше пояснювалися механічними пошкодженнями та проблемами використання (9,6% для чоловічого кондома та 9,4% для жіночого презерватива).

Три інші дослідження ефективності використання жіночого презерватива на високому методологічному рівні також продемонстрували, що як додатковий засіб до чоловічого кондома він може сприяти зменшенню кількості випадків передачі таких захворювань, як гонорея, трихомоноз і хламідіоз. Ці дослідження проводилися у венерологічній клініці в США (French et al, 2003), у домах розпусти Таїланду (Fontanet et al, 1998) та сільськогосподарських кооперативах Кенії (Feldblum et al, 2001).

Цікаво, що впровадження жіночого презерватива на плантаціях Кенії не вплинуло суттєво на зниження рівнів поширеності цервікальної гонореї, хламідіозу та вагінального трихомонозу порівняно з результатами попередньої пропаганди лише чоловічого кондома. На думку Welsh et al (2001), в кенійському випадку свою негативну роль зіграло підозріле ставлення до самого дослідження та бар'єрних засобів з боку робітників і робітниць плантацій, а також упереджене ставлення до жіночих презервативів місцевих лікарів. Проте серед тайських ЖКС, які користувалися переважно жіночим презервативом на відміну від тих, хто віддавав перевагу чоловічому кондомові, спостерігалось 24-відсоткове зниження нових випадків інфікування.

Знову ж таки не зовсім оптимістичним виявилось дослідження, яке проводили Mason et al (1996) у межах Проекту профілактики СНІДу в Зімбабве (The Zimbabwe AIDS Prevention Project). Учені з'ясували питання, чи може зменшити кількість випадків гетеросексуальної передачі ППСШ доступність жіночих презервативів нарівні з чоловічими кондомами. З цією метою 147 випадково обраних робітниць комерційного сексу пройшли медичний огляд, і для них був проведений тренінг з користування жіночими презервативами та чоловічими кондомами. Крім того, їх розділили на дві групи: група «А» отримала десятимісячний запас жіночих презервативів і чоловічих кондомів, а група «Б» — такий самий запас лише чоловічих кондомів. Жінки, які мали захворювання, що передаються статевим шляхом (34%), були вилікувані на початку експерименту, і всіх учасниць запросили пройти повторний медичний огляд, а також отримати новий запас презервативів і кондомів через 10 місяців. У результаті виявилось, що доступність жіночих презервативів нарівні з чоловічими кондомами практично не вплинула на динаміку нових випадків інфікування збудниками хвороб, що передаються статевим шляхом — 37% нових випадків у групі «А» проти 39% у групі «Б». Хіба можна було припустити, що жінки з групи «А» можуть дещо довше залишитися неінфікованими на протигагу жінкам з групи «Б». Попри це була виявлена значна різниця у використанні презервативів обох типів між постійними (безплатними) партнерами та платною клієнтурою серед учасниць обох груп. Більшості жінок не вдалося умовити своїх постійних партнерів займатися захищеним сексом, тому жіночі презервативи та чоловічі кондоми використовувалися переважно під час обслуговування комерційних клієнтів — і навіть в цьому разі лише 65% з опитаних ЖКС користувалися фемідомом або кондомом «завжди» або «майже завжди». Дослідники зробили висновок, що «забезпечення жіночими презервативами за прийнятною ціною може стати важливою додатковою стратегією в наполегливому обговоренні з партнерами/клієнтами питань стосовно безпечніших статевих стосунків. На жаль, ті самі причини, що не дають жінкам змоги користуватися чоловічими кондомами, перешкоджають також у практичному впровадженні жіночих презервативів. Вочевидь потрібно більше працювати з чоловіками при популяризації прийнятності обох видів презервативів у попередженні ППСШ і ВІЛ».

Інакше кажучи, дослідження довело, що в більшості випадків жіночий презерватив не знімає потреби в отриманні згоди на його використання від партнера. Це слід враховувати при плануванні програм впровадження фемідома серед різних категорій населення.

Широкого вивчення жіночого презерватива як засобу профілактики ВІЛ до цього часу не проводилося. В січні 2005 р. Американська фундація з дослідження СНІДу повідомляла, що її експертам не відомо про клінічні дослідження, які вивчали ефективність жіночого презерватива виключно з точки зору попередження ВІЛ (див. American Foundation for AIDS Research (2005, Jan). *Issue Brief No.1*, p. 2)). Відтоді минуло вже більше 3 років, але автору цього огляду також не вдалося знайти жодного матеріалу, в якому б йшлося про такі дослідження. Проте, виходячи з клінічних досліджень жіночого презерватива як захисного засобу від ПСШ і вагітності, багато дослідників робить висновок, що за умови регулярного та належного використання ефективність фемідома у зниженні ризику передачі ВІЛ становить 94-97%, що значно перевищує показники чоловічих презервативів (див. Trussell, Sturgen, Strickler & Dominik, 1994)<sup>25</sup>.

Незважаючи на те, що практично всі відомі автору дослідження жіночого презерватива були спрямовані на жінок репродуктивного віку, цікавими є результати кількох досліджень на замовлення ФНС серед перименопаузних і постменопаузних жінок, які страждають на диспареунію (біль у піхві під час статевих зносин). У Великій Британії невеликій групі таких жінок Riley & Riley (1995) запропонували скористатися фемідомом п'ять разів, чергуючи «захищені» статеві акти з незахищеними. Жінки порівнювали біль і дискомфорт від пенісно-вагінальних актів з використанням жіночого презерватива і без нього. У процесі використання фемідома опитувані реєстрували значно менший біль або дискомфорт. Зниження больових відчуттів також спостерігалось під час аналогічних досліджень серед групи ЖКС у Франції (De Vincenzi et al, 1994), груп жінок у Кот д'Івуарі (Dendaud et al, 1996) та Індонезії (Setiadi et al, 1996).

### **Безпечність застосування**

Ще на початку 1990-х рр. проводилися тестування жіночого презерватива на дермальні алергічні реакції та подразнення слизової оболонки піхви (в тому числі на цитотоксичність і мутагенність), в яких фемідом добре себе зарекомендував. Напр., Soper, Brockwell & Dalton (1991) методом випадкової вибірки (30 учасниць) тестували вплив жіночого презерватива (n = 15) та діафрагми (n = 15) на нижній відділ жіночого генітального тракту після статевого акту, а також після того, як ці засоби цілу ніч залишалися в піхві. Дослідники не виявили жодних суттєвих негативних результатів або ускладнень в обох групах. Макроскопічне та кольпоскопічне обстеження не виявило жодних слідів травмування, пов'язаних з використанням жіночого презерватива, а також змін у вагінальній флорі. Навпаки, застосування діафрагми зі сперміцидом спричинило зміни у вагінальній флорі. Forsythe (1992) на замовлення ФНС тестував фемідом на подразнення слизової оболонки піхви та інші алергічні реакції серед 120 жінок з підвищеною чутливістю шкіри, але без будь-яких протипоказань щодо його використання. Дев'ятеро з цієї групи мали алергію на латексні чоловічі кондоми, але у жодної учасниці не було виявлено алергічних реакцій або подразнень від жіночого презерватива та його лубриканту.

<sup>25</sup> Визначений ними рівень ефективності жіночого презерватива збігається з даними, які були отримані серед учасниць аналогічних досліджень у Китаї, Панамі та Нігерії. Див. Deperthes, B. (2005, Sept. 26-29). *Effectiveness of the Female Condom in Preventing HIV/STI Transmission and Pregnancy*. Presented at Global Consultation on the Female Condom, Baltimore, MD, USA).

## **Повторне використання**

Здоровий глузд та історична пам'ять завжди допомагали менш заможним верствам населення виробляти цікаві стратегії виживання навіть за умов тотального дефіциту або абсолютної некупівлеспроможності. Так сталося і у випадку з жіночим презервативом. Зважаючи на високу ціну виробу та пам'ятаючи про знахідки неодноразово використаного кондома в гробниці Тутанхамона та його європейського аналога багаторазового використання, створеного для попередження ПСШ італійським анатомом Габріеле Фаллопіо у XVI ст., — майже за 100 років до вишуканого творіння Кондома, придворного лікаря англійського короля Карла II, — жінки в деяких країнах Африки та Азії також почали використовувати його по декілька разів (див., напр., Smith, Nkhama & Trottier, 2001).

Наприклад, опитування в Зімбабве виявили, що 2,2% користувачок, не чекаючи офіційного дозволу з боку ВООЗ, експериментували з багаторазовим використанням поліуретанового жіночого презерватива через його високу ціну, дефіцитність і просто через брак часу на придбання необхідної кількості нових виробів (МОНСВ, 1998).

І хоча ВООЗ досі наполягає на одноразовому використанні поліуретанового жіночого презерватива, — таким чином залишаючи за окремими урядами, постачальниками та користувачами право на прийняття остаточного рішення щодо його повторного використання, — за її ініціативи було проведено цілу низку досліджень щодо дезінфекції та безпеки багаторазового використання фемідома.

Ці лабораторні дослідження показали, що фемідом можна промивати розчином будь-якого відбілювального засобу (гіпохлориту натрію, або хлорного вапна, або жавелевої води), сушити та використовувати повторно до 5-7 разів без будь-якої шкоди його структурній цілісності (див. Beksinska et al, 2001; Joanis, Latka, Glover & Hamel, 2000, а також Potter et al, 2003). Potter et al (2003) тестували в лабораторних умовах три партії нових презервативів (по 300 одиниць в кожній) на витік води, міцність стінок і на допустимий рівень тиску на розрив після їхнього ретельного промивання. Пошкодження були знайдені лише в трьох з 900 виробів, але дослідники припустили, що ці дефекти були викликані радше випадками недбалого поводження з презервативами, аніж впливом хімічних речовин. Було зроблено висновок, що структурна цілісність виробу надійно зберігається впродовж п'ятиразового його використання за умови дезінфікуючого замочування у розбавленому водою відбілювальному засобі (1 частка відбілювача на 4 частки води) не довше 30 хвилин, миття у водному розчині звичайного засобу для миття посуду або мила та подальшого сушіння.

Beksinska et al (2001) тестували аналогічне лабораторне миття більш ніж 300 жіночих презервативів після їхнього одноразового використання у пенісно-вагінальних статевих актах. 295 із 300 протестованих презервативів виявилися структурно цілими та придатними для подальшого використання після того, як промивалися, висушувалися та повторно змащувалися до семи разів. Дезінфекція при цьому не проводилася.

Вивчався також і вплив повторного використання жіночих презервативів на статеві органи людини. Joanis & Ballagh (2002) і Ballagh & Joanis (2002) з'ясували, що

*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*

партнери, які дезінфікували, промивали, висушували, повторно змащували та використовували той самий поліуретановий жіночий презерватив 5 разів, не зазнавали жодного негативного впливу на піхвовий епітелій, шийку матки або пеніс так само, як і ті пари, які щоразу користувалися новим жіночим презервативом.

За підтримки ВООЗ вивчалось питання мінімальної кількості відбілювача, здатного дезактивувати ВІЛ, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* та *herpes simplex 2* (HSV-2). За результатами тестів, які проводили Ballard et al (2002), виявилось, що замочування презервативів у водному розчині відбілювального засобу в пропорції 1:20 впродовж 1 хвилини цілком достатньо для того, щоб знищити всі чотири патогени.

Розуміючи, що не всі жінки мають змогу користуватися відбілювальними засобами, Агентство з міжнародного розвитку США спонсорувало додаткові дослідження надійності та безпечності дезінфекції використаних жіночих презервативів милом і водою замість розчину відбілювального засобу в пропорції 1:20. Joanis et al (2007) тестували дію водного розчину мийного засобу, який типово використовується при митті посуду, тобто 7,5 мл засобу на 1 л непроточної води. Ці тести виявили, що водний розчин мийного засобу усував зі стінок не тільки нових, але й використаних поліуретанових жіночих презервативів організми, які спричиняють гонорею, хламідіоз, герпес і ВІЛ-інфекцію так само ефективно, як і відбілювальні засоби.

У 2002 р. ВООЗ оприлюднила проект правил, в яких надаються інструкції з безпечної дезінфекції, прання, сушіння, зберігання та повторного змащення жіночих презервативів для їхнього подальшого використання (див., WHO, 2002a та 2002b). Дезінфекція при цьому полягає в замочуванні виробу впродовж 1 хвилини у водному розчині відбілювального засобу (гіпохлориту натрію, або хлорного вапна, або жавелевої води) у пропорції 1:20 одразу після використання. Після цього виріб рекомендується промити, висушити, зберігати в надійному місці, а потім повторно змастити перед подальшим використанням. Обов'язково треба перевіряти презерватив на механічні пошкодження (щілини, розриви тощо) після проведення всіх вищенаведених заходів і використовувати лише цілий виріб.

Таким чином, на сьогоднішній день повторне використання жіночого презерватива не вітається ВООЗ, але допускається у моногамних зв'язках, — коли доступ до нових презервативів є обмеженим, — за умови ретельного дотримання інструкцій ВООЗ з дезінфекції тощо. На час написання цього звіту немає достатніх даних стосовно безпечності повторного використання FC2.

\*\*\*

Огляд літератури для написання цього розділу дав змогу порівняти головні технічні та споживацькі характеристики чоловічого кондома та жіночого презерватива, які подано в Табл. 2 нижче.

**Табл. 2. Жіночий презерватив у порівнянні з чоловічим**

<b>Чоловічий презерватив</b>	<b>Жіночий презерватив</b>
Надягається на пеніс	Вводиться у піхву
Виготовляється з латексу або поліуретану	FC2 виготовляється з нітрілу, а FC з поліуретану
Лубрикант: <ul style="list-style-type: none"> <li>• може містити сперміциди</li> <li>• тільки на водній основі, якщо виготовлений з латексу</li> <li>• наноситься ззовні кондома</li> </ul>	Лубрикант: <ul style="list-style-type: none"> <li>• може містити сперміциди</li> <li>• на будь-якій основі: водній чи жировій</li> <li>• наноситься як ззовні, так і зсередини презерватива</li> </ul>
Вдягається лише на ерегований пеніс	Використання не залежить від ступеню ерекції пеніса
Надягається лише під час статевого акту	Може бути введений за 8 годин до статевого акту
Рекомендується знімати зразу після еякуляції	Може залишатися в піхві впродовж 8 годин після статевого акту
Захищає більшу частину пеніса та внутрішні жіночі геніталії	Захищає як внутрішні, так і зовнішні жіночі геніталії, а також значну частину пенісу
Чутливий до світла, підвищення температури та вологості. Вимагає ретельного дотримання правил зберігання	Нечутливий до світла, підвищення температури та вологості
Індекс Перля: 12–20%*	Індекс Перля: 5-25%*
За різними оцінками у разі правильного використання вірогідність контрацептивної невдачі не перевищує 3%**	За різними оцінками у разі правильного використання вірогідність контрацептивної невдачі не перевищує 5%**
Протипоказання до використання включають алергію на латекс / полімери та сперміциди	Протипоказання до використання включають ендочервіцит, ерозію шийки матки, алергію на полімери та сперміциди, рецидивуючі процеси придатків матки, кольпіт, розрив промежини та шийки матки
Рекомендований як продукт одноразового використання	Рекомендований як продукт одноразового використання, але також може використовуватися повторно аж до 5 разів. Див. інформаційний бюлетень ВООЗ від 10.07.02 на <a href="http://www.who.int/reproductive-health/stis/reuse.en.html">http://www.who.int/reproductive-health/stis/reuse.en.html</a>

*Примітки:* \*Індекс Перля — показник для кількісного вираження фертильності та оцінки ефективності контрацептивів, запропонований у 1939 р. американським біологом Раймондом Перлем (1879-1940). Дорівнює кількості небажаних зачатъ упродовж одного року у 100 жінок при використанні того чи іншого методу контрацепції та характеризує його дієвість. Наприклад, троє жінок зі 100, які використовували один і той самий метод контрацепції впродовж 1 року, незважаючи на це, завагітніли. В цьому випадку індекс Перля дорівнює 3.

*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*

Тому чим нижче цей показник, тим надійнішим є метод контрацепції. До речі, індекс Перля для діафрагми становить 4-19, а для шийкового ковпачка — 16-17.

\*\*Згідно з даними ФНІ, наведеними в статті “Peer Support Groups Boost Use of Female Condom”. *Contraceptive Technology Update*, 1997, 18 (9), 109-110.

*NB:* Не рекомендується використовувати чоловічий та жіночий презервативи одночасно, тому що це може призвести до пошкодження одного з них.

## **7. З досвіду найуспішніших програм впровадження жіночого презерватива, або Безпечнішими статеві акти роблять не засоби, а люди**

«Жіночий презерватив (...) — це могутній символ жіночого вибору. Його коконоподібний вигляд нагадує нам про психологічну потребу жінок в усамітненні, визріванні, перетворенні та відродженні.»

— з інтерв'ю з Берніс Стотт, радником з ВІЛ/СНІДу та художницею, під час відкриття виставки її творів у Ква-Зулу Наталі, ПАР, 2006 р.

Берніс Стотт, яка працювала з багатьма неурядовими організаціями в програмах боротьби з ВІЛ/ПСПШ, добре розуміє, що залучення художніх засобів до пропагування жіночого презерватива здатне позитивно вплинути на його прийнятність серед потенційних користувачок. Але безумовно більш важливими з точки зору збільшення кількості захищених статевих актів і подальшого очікуваного зниження рівня поширеності ПСПШ і ВІЛ є (а) чітке визначення цільової аудиторії та ретельно продуманий зміст інформаційно-пропагандистських заходів, (б) професійна підготовка виконавців проекту, (в) особисте спілкування з потенційними користувачками, (г) широке залучення санітарної освіти з питань репродуктивного здоров'я та профілактики ВІЛ/ПСПШ на тлі практичних занять з використання презерватива, (д) постійний та достатній запас засобів, а також (е) їхнє змішане розповсюдження через приватні та державні канали. Саме це довів досвід впровадження жіночого презерватива в Південно-Африканській Республіці (див., напр., Beksinska et al, 2006; Mantell et al, 2001).

На сьогоднішній день ПАР має одну з найпотужніших у світі національних програм розповсюдження жіночого презерватива. Вона була ініційована в 1998 р. державними органами охорони здоров'я за участю НУО «Міжнародна організація здоров'я родини». Початком програми фактично стало пілотне впровадження жіночого презерватива в 19 клініках планування сім'ї, 2 осередках, де працюють ЖКС, а також широка кампанія соціального маркетингу, яку організувала місцева організація «Товариство здоров'я родини» у 8 з 9 провінцій країни.

Опитування 198 учасниць пілотної фази показали, що це були переважно молоді жінки у віці від 20 до 29 років, користувачки гормональними контрацептивами, які вирішили скористатися жіночим презервативом здебільшого як засобом попередження ПСПШ/ВІЛ (77%). Одна третина учасниць (32%) повідомила, що їхні партнери відразу погодилися на використання жіночого презерватива, хоча інші

відзначили деякий початковий спротив. Три відсотки чоловіків категорично відмовилися від використання нового засобу.

Кількість розповсюджених жіночих презервативів у Південній Африці за останні роки зросла майже вдвічі — з 1,3 млн одиниць у 2002 р. до 2,4 млн у 2005 р.<sup>26</sup>. Свій успіх південноафриканська програма завдячує добре спланованій координації (щоквартальні наради національної робочої групи у складі представників Міністерства охорони здоров'я, зацікавлених НУО та організацій, які займаються соціальним маркетингом), оперативній технічній підтримці на місцях (інформаційні буклети для споживачок, вагінальні моделі для демонстраційних цілей), ретельному моніторингу, контролю та постійному аналізу заходів з розповсюдження, всебічній підготовці розповсюджувачів і допоміжного персоналу, регулярному інспектуванню та оцінці якості реалізації заходів. Актуальне завдання порядку денного сьогодні — це активніше залучення приватного сектору до програмних заходів.

Досвід багатьох аналогічних програм в інших країнах продемонстрував користь організації груп взаємодопомоги та підтримки серед користувачок жіночого презерватива з метою ознайомлення з засобом більш широкого загалу жінок, а також обговорення та поширення ними стратегій заохочення чоловіків-партнерів до захищеного сексу. Це вносить гендерну перспективу в програмні заходи, бо не тільки допомагає жінкам опанувати мистецтво використання жіночого презерватива, але й надає їм більшої впевненості в собі та сприяє зростанню їхньої самосвідомості.

Цікавий гендерний підхід до планування та реалізації програмних заходів використовується в Бразилії (див. Barbosa, Kalckmann, Berquy & Stein, 2007; Brazilian Ministry of Health, 2002; Population Council, Horizons, 2001; Telles Dias, Souto & Page-Shafer, 2006). Організатори впровадження жіночого презерватива в країні визнали ключовим моментом програмного успіху розуміння жінками своєї біологічної вразливості до інфікування ВІЛ/ПСПШ і усвідомлення необхідності більш надійного захисту під час статевих стосунків. Гендерна проблематика глибоко висвітлюється в програмі тренування медичних робітників і розповсюджувачів з державного та громадського секторів, яких залучають до участі в широкомасштабному впровадженні жіночого презерватива. Також вони допомагають створювати жіночі групи взаємної підтримки на місцях.

Але головним чинником успіху бразильської програми стала, звичайно, активна політична підтримка уряду, яка втілювалася в адміністративно-регулятивних заходах на національному, штатному та місцевому рівнях.

Вперше жіночий презерватив з'явився в країні в 1997 р. під назвою Reality завдяки соціально-маркетологічним зусиллям компанії ДКТ. А вже в 1999 р. Національна програма боротьби зі СНІДом почала його безкоштовне розповсюдження під

---

<sup>26</sup> *Методологічні зауваження:* як бачимо, головним критерієм успіху програм впровадження жіночого презерватива вважається кількість захищених статевих актів. Більшість проектів боротьби з ВІЛ/ПСПШ покладаються на ретроспективні повідомлення респонденток про кількість захищених статевих актів, коли складають звіти про обсяги використання презервативів. Звісно, цей метод не завжди відтворює реальну картину, тому що жінки зазвичай перебувають під тиском з боку відповідальних працівників цих проектів, і залюбки можуть звітувати навіть про перевиконання плану, а збирання матеріальних доказів не за всіх умов є доцільним.



*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*

невибагливою назвою “preservative feminine” через державний сектор<sup>27</sup>. Цільовою аудиторією були обрані ЖКС, ВІЛ-позитивні жінки, пацієнтки венерологічних клінік, СІН та їхні регулярні партнери, а також жінки, яким загрожує фізичне насильство.

Не оминули увагою й чоловіків взагалі. Як відомо, Латинська Америка є історичним форпостом агресивної маскуліноцентричної культури «мачизму», що ґрунтується на психологічному тиску та контролю над жінками, які створені буцімто для того, щоб обслуговувати потреби чоловіків. Тому на боротьбу з такими поглядами були кинуті зусилля численних громадських організацій, а під час футбольних матчів на стадіонах серед вболівальників навіть розповсюджували еротичні часописи, в яких весело й невимушено йшлося про переваги використання жіночого презерватива.

Впровадженню державної програми передувало масштабне вивчення прийнятності презерватива, яке Міністерство охорони здоров'я проводило впродовж року. В опитуванні взяло участь 2400 жінок репродуктивного віку, різного етнічного походження та з різного соціокультурного оточення. Результати перевершили навіть найсміливіші очікування — 70% респонденток висловили своє схвальне ставлення до засобу.

Активна прихильність уряду Бразилії боротьбі з ВІЛ/СНІДом та залучення гендерної проблематики до програми його попередження безперечно є двома важливими факторами довготривалого успіху. Починаючи з 2000 р. до кінця 2005 р. Міністерство охорони здоров'я розповсюдило серед населення країни 8 млн жіночих презервативів, а загальна кількість засобів, які розповсюджуються сьогодні через державні та приватні канали сягає 4 млн одиниць на рік.

Інноваційну стратегію розповсюдження жіночих презервативів у містах Зімбабве розробили в 1997 р. НУО «Міжнародні послуги населенню» (PSI) та її партнери — Зімбабвійська національна рада з планування сім'ї, Національна програма протидії СНІДу, а також компанія Johnson & Johnson (див. Endsley, 2005a та 2005b; Hales, 2004; Kerrigan et al, 2000; Meekers, 1999 і МОНСВ, 1998). Програма соціального маркетингу контрацептивного засобу Care, як PSI позиціонувала виріб «Компанії жіночого здоров'я» на зімбабвійському ринку, супроводжувалася активною рекламою в місцевих мас-медіа, і до цього часу вважається наймасштабнішою кампанією такого гатунку на Чорному континенті<sup>28</sup>. Жіночий презерватив розповсюджувався через традиційні торговельні точки — лікарні, аптеки, крамниці. Але продажі були не такими високими, як очікувалось. Тому PSI та її партнери почали шукати нову маркетингову стратегію, яка б давала жінкам можливість ближче познайомитися з новим методом перед тим, як його придбати.

<sup>27</sup> Наявність одного й того ж засобу під різними марками, а саме субсидованого жіночого презерватива Reality, який розповсюджується компанією ДКТ у міських торговельних закладах, на відміну від “preservative feminine” Міністерства охорони здоров'я має на меті поширити споживацьку аудиторію та попередити чутки про «презерватив, який роздається безкоштовно повіям».

<sup>28</sup> Реклама цього засобу як контрацептивного, а не профілактичного зробила його більш прийнятним для чоловіків, тому жінкам було значно легше пропонувати його використання своїм партнерам. Паралельно з кампанією PSI Міністерство охорони здоров'я Зімбабве почало втілювати в життя державну програму впровадження жіночого презерватива в сільській місцевості.

Вони вирішили дати можливість жінкам купувати презерватив Care в дружній, доброзичливій обстановці. Зручну та звичну атмосферу могли забезпечити жіночі салони-перукарні, які полюбляють відвідувати навіть зімбабвійки з невисокими доходами. Переважно жіноче оточення в цих салонах давало змогу майбутнім споживачкам неквапливо оглянути продукт, обговорити його можливості та навіть переглянути демонстрацію його використання. З цією метою PSI та її партнери провели тренінги для робітниць з більше ніж 230 салонів-перукарень переважно в бідних кварталах Хараре та Мутаре. В програму тренінгу входили наступні практично-освітні компоненти: (i) ознайомлення з питаннями передачі ВІЛ/СНІДу та загальними даними про його розповсюдження в регіоні, (ii) загальна інформація про передачу ПСШ, ознаки та симптоми найбільш поширених захворювань, (iii) технічні характеристики чоловічих кондомів, (iv) інформація про жіночий презерватив Care (зокрема демонстрація правильного користування ним та інструктаж з усунення використаних засобів) і (v) напрацювання навичок ефективного обговорення питань безпечнішого сексу з партнерами. Також майбутніх консультанток, які мали працювати по методу взаємного навчання («рівний–рівному»), вчили, як починати розмову про презерватив Care з відвідувачками салонів і пропонувати їм товар.

Для забезпечення підтримки учасницям програми та моніторингу її реалізації відповідальні особи двічі на місяць заходили до салонів, щоб поповнити запаси презервативів і відповісти на всі поточні питання.

Ініціатива з використання жіночих салонів-перукарень як осередків розповсюдження Care допомогла не тільки підвищити рівень поінформованості зімбабвійок у питаннях захищеного сексу, але й сприяла 85-відсотковому підвищенню рівня використання жіночих презервативів у країні за останні 6-7 років. Тільки в 2005 р. PSI та її партнери реалізували більше ніж 900 тис. презервативів Care в містах Зімбабве, і з них 40% — через жіночі салони-перукарні. А в цілому з червня 1997 р. до кінця 2005 р. в країні було продано понад 4 млн жіночих презервативів під назвою Care<sup>29</sup>.

Таким чином, досвід національних програм, про які йшлося в цьому розділі, поперше, свідчить, що достатній рівень практичного навчання та підтримки дає можливість жінкам зрозуміти всі переваги цього нового методу профілактики ВІЛ/ПСШ, зробити його використання більш зручним і комфортним, а також дійсно навчитися ефективно захищати своє здоров'я. Адже безпечнішими статеві акти роблять не засоби, а люди.

По-друге, досвід різних програм з впровадження жіночого презерватива нагадує про необхідність їхнім розробникам і виконавцям завжди бути готовими долати перешкоди у вигляді глибоко вкорінених звичок, упередженості з боку деяких працівників сфери охорони здоров'я, проявів гендерної нерівності, міфів і хибних уявлень, пов'язаних з питаннями сексуальності та використання презервативів тощо.

З такими явищами соціальної та психологічної інертності завжди стикаються піонери, які утворюють шляхи для новітніх технологій. Але й тут важливим є вміння чіткого визначення необхідних ресурсів і зусиль, що мають відповідати тому соціальному

---

<sup>29</sup> Нагадаємо, в 2008 р. Зімбабве посідає IV місце за рівнем поширеності ВІЛ серед дорослого населення 168 країн і територій в рейтингу, що його склало ЦРУ. Боротьба продовжується.

*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*

контексту, в якому вони застосовуються. Адже питання економічної собівартості посідають одне з перших місць при оцінці будь-якої програми.

Наприклад, як продемонстрували Ноке et al (2007) у своєму 12-місячному дослідженні впливу альтернативних стратегій популяризації чоловічих кондомів і жіночих презервативів (взаємна освіта користувачок і взаємна освіта користувачок, яка доповнюється ще індивідуальними консультаціями в клініках) на зниження рівня поширеності ПСШ серед 901 ЖКС на Мадагаскарі, немає потреби в залученні інтенсивних заходів з впровадження жіночого презерватива серед тих категорій населення, які вже знайомі з використанням чоловічих кондомів і регулярно користуються доступними профілактичними засобами.

## **8. Економічна ефективність**

Зупинимося докладніше на питанні економічної доцільності інвестування коштів у програми широкомасштабного розповсюдження жіночих презервативів з метою скорочення нових випадків інфікування ВІЛ/ПСШ.

Singh, Darroch, Vlassoff & Nadeau (2003) прийшли до висновку, що належним чином організовані профілактичні заходи можуть у 28 разів бути рентабельнішими за лікування ВІЛ. Gutierrez et al (2004) вважають, що програми розповсюдження жіночих презервативів є набагато дешевшими від багатьох інших методів боротьби з ВІЛ/СНІДом, зокрема, антиретровірусної терапії (АРТ), вартість якої, з урахуванням комерційних цін, може складати від USD300 до USD1200 на одну особу на рік у розвиткових країнах.

Економістами з питань охорони здоров'я були розроблені моделі для розрахунку переваг інвестування коштів у програми розповсюдження жіночих презервативів порівняно з вартістю інших заходів профілактики та лікування ВІЛ/ПСШ. Такі моделі мають на меті допомогти донорам, керівникам відповідних відомств і менеджерам відповідних програм краще зрозуміти потенційний внесок використання жіночих презервативів у національні програми охорони здоров'я та зменшення негативних наслідків незахищених статевих актів. Одна така модель, яка враховує різні сценарії використання нового жіночого презерватива FC2, була розроблена на замовлення ФНС для оцінки скорочення витрат у державному секторі охорони здоров'я в Південно-Африканській Республіці (ПАР) та Бразилії (див. Holtgrave, 2005). Так, за допомогою цієї моделі було підраховано, що в Південній Африці гіпотетичне впровадження лише 4 млн жіночих презервативів (при середній вартості одиниці продукції USD0,77, її розповсюдження та засвоєння правил користування) може попередити 1740 випадків ВІЛ-інфікування, заощадивши при цьому для державної системи охорони здоров'я приблизно USD980 тис. За допомогою іншої моделі було підраховано, що інвестування USD4000 у розповсюдження жіночих презервативів серед 1000 гіпотетичних ЖКС в сільських районах ПАР може попередити багато випадків інфікування ВІЛ, сифілісом і гонореею, заощадивши для державного сектору охорони здоров'я коштів на суму понад USD9000 або приблизно USD9 з розрахунку на одну ЖКС (Marseille, Kahn, Billingham, Saba, 2001).

Розглянемо докладніше ці два дослідження.

Dowdy, Sweat & Holtgrave, (2006) оцінили собівартість та потенційну рентабельність однорічної програми широкомасштабного розповсюдження жіночих презервативів в Бразилії та ПАР — країнах, які мають різний рівень поширеності епідемії ВІЛ/СНІДу. Дослідниками була підрахована кількість потенційно попереджених нових випадків щорічного інфікування ВІЛ, а також вартість лікування кожного такого випадку за умови широкого розповсюдження нітрілового жіночого презерватива FC2 в межах державних програм серед сексуально активного населення обох країн. Демографічні дані були взяті з останніх переписів і опитувань населення Бразилії та ПАР. У моделі для Бразилії було представлено 25 млн 300 тис. чоловіків і жінок віком від 15 до 49 років; рівень поширеності ВІЛ серед чоловіків становив 0,9%, а серед жінок — 0,5%. Для розрахунку південноафриканської моделі кількість сексуально активного населення становила 16 млн 800 тис. осіб; рівень поширеності ВІЛ серед чоловіків був 15,9%, а серед жінок — 21,6%.

При моделюванні враховувалися численні показники поширеності ВІЛ і гіпотетична частка випадків правильного використання презервативів, а також вартість АРТ. Такі показники, як попередження вагітності та ІПСШ, а також витрати, які не стосуються державного сектору охорони здоров'я, не розглядалися.

Отримані результати підрахунків витрат на впровадження програм розповсюдження FC2 порівнювалися з середньою вартістю надання щорічних послуг з АРТ на одного ВІЛ-інфікованого пацієнта.

Дослідники дійшли висновку, що, завдяки широкомасштабному розповсюдженню жіночих презервативів FC2 в Бразилії та ПАР, можна щороку попереджати сотні і навіть тисячі нових випадків ВІЛ-інфікування — причому сума витрат для уряду або донорів у цьому випадку буде значно меншою за вартість АРТ. Також було підраховано, що завдяки розповсюдженню лише 16,6 млн жіночих презервативів FC2 у Південній Африці можна запобігти майже 10 тис. новим випадкам інфікування ВІЛ. А за умови розповсюдження 53,7 млн одиниць FC2 ця цифра може дорівнювати попередженню 32 тис. нових випадків ВІЛ-інфікування. При цьому можна заощадити від USD5,3 млн до USD35,7 млн, якщо порівняти доларову вартість заощаджених витрат у галузі охорони здоров'я з вартістю розповсюдження жіночих презервативів. Таким же чином для Бразилії було підраховано, що розповсюдження 26,2 млн жіночих презервативів може попередити 600 нових випадків ВІЛ-інфікування. А за умови розповсюдження 84,8 млн одиниць FC2 можна попередити 2 тис. нових випадків. В цілому в Бразилії можна заощадити державних коштів від USD1,1 млн до USD27 млн. Автори дослідження зробили загальний висновок, що FC2 може бути корисним і економічно вигідним доповненням до чоловічого кондома в профілактиці ВІЛ.

Marseille, Kahn, Billingham & Saba (2001), в свою чергу, оцінювали економічну ефективність розповсюдження жіночих презервативів з метою попередження ВІЛ-інфікування та інших ІПСШ серед ЖКС та їхніх клієнтів у провінції Мпумуланга Південно-Африканської Республіки. З цією метою порівнювалися ефективність поточного рівня використання чоловічих кондомів з гіпотетичним очікуваним

комбінованим рівнем використання чоловічих і жіночих презервативів — за умови однорічного розповсюдження жіночих презервативів серед гіпотетичної кількості 1000 ЖКС, кожна з яких обслуговує в середньому 25 клієнтів на рік. За допомогою імітаційної моделі підраховувалися витрати державного сектору охорони здоров'я. При цьому враховувалися інкубаційний період ВІЛ-інфікування до 5 років, сифілісу — до 1 місяця, гонореї — до 2 тижнів, а також гіпотетичне використання жіночого презерватива в 12% випадків пенісно-вагінальних контактів. Імітаційне моделювання розповсюджувалося також на так званих «не-ЖКС», які мають приблизно до десяти випадкових партнерів на рік. За результатами підрахунків така гіпотетична програма розповсюдження жіночих презервативів може попередити 5,9 нових випадків інфікування ВІЛ, 38 випадків інфікування сифілісом і 33 гонореєю. При цьому державний сектор може заощадити USD9116. Одновимірні аналітичні розрахунки дали наступні результати: гіпотетична програма розповсюдження жіночих презервативів дає можливість заощадити USD2216 навіть за умови 80-відсоткової ефективності фемідома замість очікуваних 95% у базовому сценарії; або заощадити USD5365, якщо припустити 25% випадків ВІЛ-інфікування робітниць секс-індустрії замість очікуваних 50%. А якщо кожна ЖКС матиме 10 клієнтів на рік замість 25, сума заощаджених коштів складатиме USD8930. Навіть, якщо знизити ефективність використання фемідома лише до 25% випадків замість очікуваних 75% у базовому сценарії, то програма все ж таки заощадить USD645, попередивши 2,0 нових випадків ВІЛ-інфікування. Якщо ж до такої програми залучити ще «не-ЖКС», які мають лише десять випадкових партнерів на рік, сума заощаджених коштів складатиме USD6484. Таким чином, було доведено, що у добре спланованій програмі розповсюдження жіночих презервативів серед ЖКС та інших жінок, які мають безладні статеві стосунки в сільських районах Південної Африки, є всі шанси стати не тільки рентабельною, але й заощадити державні кошти, — звісно, за умови ретельного громадського контролю, якого так бракує в багатьох постколоніальних країнах.

Іншими дослідниками були отримані тотожні результати, які дозволяють зробити загальний висновок, що кількість захищених статевих актів зростає за умов наявності жіночих презервативів (нарівні з чоловічими кондомами) і їхньої забезпеченої доступності (див., Barbosa, Berquy & Kalckmann, 1999; Fontanet et al, 1998); Latka et al, 2000; Musaba et al, 1998). Навіть, коли показники використання жіночих презервативів не є високими, більша кількість захищених статевих актів і потенційні кошти, заощаджені на лікуванні ВІЛ/ПСШ, не лише виправдовують витрати на впровадження програм з розповсюдження жіночих презервативів, але й знижують їхню собівартість, — надто, коли ці програми націлені на групи підвищеного ризику ураження ВІЛ/СНІДом (див. Marseille, Kahn, Billinghamst & Saba, 2001).

Зауважимо лише, що незважаючи на високу економічну ефективність стратегії, націленої на попередження ПСШ саме серед так званих груп підвищеного ризику, вона може надати використанню жіночого презерватива негативного відтінку в очах людей, які перебувають у сталих партнерських стосунках. Чоловіки-партнери в таких парах можуть сприймати запрошення до захищеного сексу як недовіру та особисту образу.

## **9. Огляд досліджень з прийнятності жіночого презерватива, або Кожний метод потребує суворої оцінки**

«Сократ мені товариш, але істина  
дорожча»

— Аристотель

Значний пласт досліджень жіночого презерватива в країнах з високим рівнем поширеності ВІЛ серед дорослого населення присвячено його прийнятності серед жінок з найбільш уразливих до інфікування груп, зокрема, ЖКС. Здебільшого ці дослідження проводяться в межах програм боротьби з ВІЛ/СНІДом, які спонсоруються міжнародними організаціями та західними благодійними фондами, тому їхні звіти та висновки переважно бувають оптимістичними і з наукових видань передруковуються зі значними купюрами в збірках на кшталт «Колекція кращого досвіду ЮНЕЙДС» тощо.

Із загальної кількості 47 переглянутих автором для написання цього розділу статей та звітів щодо прийнятності жіночого презерватива 38 досліджень стосувалися вивчення прийнятності засобу на короткостроковій основі (6 місяців і менше) та лише 9 на довгостроковій (від 6 місяців і довше)<sup>30</sup>.

Цікаво, що в жодному з цих досліджень не знайшлося чіткого визначення прийнятності, хоча вона оцінювалася за такими типовими критеріями, як (і) гіпотетична прийнятність жіночого презерватива, або бажання ним скористатися (перед використанням), (ii) реальний вибір, або надання переваги (жіночому презервативові) поміж іншими бар'єрними засобами, (iii) задоволення (після використання). Більшість дослідників вважає, що цих головних чинників достатнього, щоб гарантувати майбутнє постійному використанню жіночого презерватива.

Зазвичай концепція прийнятності значною мірою залежить від індивідуальних преференцій споживача, технічних характеристик методу, наявності засобів та їхньої доступності, згоди та/або вибору партнера, динаміки партнерських стосунків, а також соціокультурного контексту, в якому відбувається індивідуальний акт прийняття рішення щодо методів контрацепції або захисту від ВІЛ/ПСС. Але чи можна вважати прийнятність засобу або його вибір надійними показниками його постійного використання?

Своє критичне ставлення до такого підходу висловили Minnis, Shiboski & Padian (2003). Вони впродовж року вивчали, чи існує якийсь зв'язок між показниками прийнятності та використанням того чи іншого засобу бар'єрного захисту з тих, що продаються в аптеках без рецептів, а саме жіночого презерватива, чоловічого кондома

---

<sup>30</sup> Див. Agha, 2001; Artz et al, 2000; Fontanet et al, 1998; Hoffman et al, 2003; Hoke et al, 2007; Latka et al, 2000; Minnis, Shiboski, & Padian, 2003; Musaba, Morrison, Sunkutu, & Wong, 1998; Telles Dias, Souto & Page-Shafer, 2006. Ці дослідження проводилися серед таких найбільш уразливих категорій, як ЖКС в Таїланді та на Мадагаскарі, пацієнти венерологічних диспансерів у США та Замбії тощо. З 9 досліджень 5 виявили деяку позитивну динаміку в рівні захищених статевих стосунків серед учасниць, яким було запропоновано використання жіночих презервативів, а саме Artz et al, 2000; Fontanet et al, 1998; Hoke et al, 2007; Latka et al, 2000; Musaba, Morrison, Sunkutu, & Wong, 1998.

та вагінальних сперміцидних гелів і пінок. В дослідженні брало участь 510 мешканок Сан-Франциско та його околиць віком від 15 до 30 років і різного соціоетнічного походження. Результати виявилися досить цікавими: ані гіпотетична прийнятність, ані вибір засобу не підтвердили його постійне використання. Щонайбільше 50% учасниць, які обрали один з підконтрольних жінці засобів, користувалися ним впродовж року. Так само задоволення засобом не була пов'язана з його подальшим використанням (лише 14,3-51,4% задоволених споживачок користувалися засобом повторно). Попри це, розчарування методом справді вплинуло на відмову від нього або спричинилися до значно рідшого використання (лише 0-15,3% розчарованих споживачок скористалися несприйнятливим методом удруге). Чоловічі кондоми використовувалися значно частіше, незважаючи на початкове незадоволення. Дослідники зробили висновок, що відсутність взаємозв'язку між гіпотетичною прийнятністю засобу, його реальним вибором і задоволенням від використання свідчить про необхідність переглянути методики оцінки прийнятності як показника майбутнього використання цього засобу. Хіба коректніше буде більше уваги приділяти напр., контексту (тобто взаємовідносинам партнерів та конкретним ситуаційним чинникам), в якому засіб використовується або приймається рішення щодо його використання?

Беручи до уваги все вищезгадане в цьому розділі, стисло розглянемо результати вивчення прийнятності жіночого презерватива в різних соціоекономічних контекстах, яке проводилося різними дослідниками в більш ніж 40 країнах Африки, Азії, Європи, Центральної та Південної Америки за останні 17 років. На підставі наявної літератури можна зробити висновок, що від 50% до 70% жінок та їхніх партнерів-чоловіків в усьому світі прихильно ставляться до використання жіночого презерватива. Наприклад, у Коломбо в Шрі Ланці жіночий презерватив сподобався 90% опитаних вуличних ЖКС, і з них майже 70% віддали саме йому перевагу в повсякденних справах на противагу чоловічому кондомові (див., напр., Usmani, 2002). ЖКС з Бангладеш повідомили, що жіночий презерватив може стати в нагоді, коли їх змушують до групового сексу (див. Usmani, 2002). А в Того 82% ЖКС висловилися на користь використання жіночого презерватива не тільки на роботі, але й у стосунках зі своїми постійними партнерами та чоловіками (див., напр., листівку ФНС "Case Study. FC Female Condom In Togo: The Soeur a Soeur Project"). У сільській місцевості в Зімбабве, в якій до проведення опитування ніхто не мав досвіду використання жіночого презерватива, він сподобався 93% респонденток. Причому молоді жінки у віці від 20 до 39 років більш схвально поставилися до цього засобу (83% респонденток) порівняно з жінками від 40 років і старше (11% респонденток). Цікаво, що не тільки чоловіки, але й жінки зауважили, що запровадження засобу у подружніх стосунках буде проблематичним через загальну стигматизацію презервативів у місцевій культурі. Більш ніж 80% жінок висловили думку, що їм знадобиться попередній дозвіл їхніх партнерів на використання жіночого презерватива (див. Francis-Chizororo&Natshalaga, 2003). У 1999 р. в Бразилії, завдяки державній підтримці програми розповсюдження презервативів, рівень прийнятності жіночого презерватива серед 2000 відвідувачок державних закладів охорони здоров'я досяг 97%. Крім того, 56% їхніх партнерів також висловили своє прихильне ставлення до субсидованих презервативів Reality (див. Barbosa, Berquy&Kalckmann, 1999). Тотожні результати були отримані в інших країнах світу. Жіночий презерватив не тільки

сподобався широкому загалові користувачок, але й надав їм наснаги та більшої упевненості в своїй захищеності.

Нижче дещо схематично подані дані дев'яти найбільш характерних, на думку автора цього огляду, досліджень прийнятності жіночого презерватива в країнах з різним рівнем поширеності епідемії ВІЛ/СНІДу.

**Табл. 3. Стисле викладення результатів вивчення прийнятності жіночого презерватива в деяких країнах<sup>31</sup>**

Країна/автори/рік/цільова група	Прийнятність серед користувачок	Прийнятність серед партнерів	Інші результати
<p><b>Індія</b> Sankaran et al (1998) (цитуються та коментуються в Usmani, 2002) Пілотне вивчення прийнятності жіночого презерватива серед 58 учасниць (28 домогосподарок із бідних кварталів Ченнаї (до 1996 р. Мадрас), 15 домогосподарок і 15 ЖКС з його околиць) впродовж 15 днів. 67% учасниць у віці між 23-32 роками, 19% у віці між 19-14 роками; 38% з них неписьменні, 16% мали початкову освіту, 41% неповну середню освіту та 5% закінчили середню школу. Кожна з учасниць отримала 3 жіночих презервативи для випробування та невеличке матеріальне заохочення. (NB: Перший в Індії випадок інфікування ВІЛ/СНІДом був зареєстрований саме в курортному місті Ченнаї в 1986 р.)</p>	<p>Більшості жінок та їхнім партнерам сподобався жіночий презерватив. Багато з них (до 28%) зверталися до організаторів дослідження до чотирьох разів, щоб отримати ще примірники засобу, що справив на них враження (див. коментарі travel.ru в розділі 5 — DK). Опитані ЖКС висловили своє бажання купувати в майбутньому презервативи, якщо вони будуть субсидовані.</p>	<p>Чоловіки та клієнти в цілому прихильно поставилися до нового бар'єрного засобу контрацепції та захисту.</p>	<p>Висновок авторів: потрібні нові та більш глибокі дослідження прийнятності та ефективності жіночого презерватива (спонсоровані західними та місцевими донорами, в тому числі Hindustan Latex Limited — партнером «Компанії жіночого здоров'я» — коментар мій. DK).</p>
<p><b>Кенія</b> Ruminjo et al (1996) 48 пацієток трьох приватних гінекологічних клінік у Найробі випробували 113 жіночих презервативів у процесі двоетапного дослідження. На першому етапі кожна учасниця отримала 2 чоловічих кондоми та 2 жіночих презервативи для використання впродовж наступних трьох тижнів. На другому етапі кожна з 12 учасниць, що залишилися, отримала додатково ще 4 жіночих презервативи.</p>	<p>В цілому, задоволеними жіночим презервативом залишилися 84% учасниць і 55% з них заявили, що користуватимуться ним у майбутньому. На першому етапі 39% надали перевагу жіночому презервативові, в той час як 37% висловили свою лояльність до обох методів без будь-яких особливих переваг. Ті, хто стійко протримався до кінця дослідження, стовідсотково віддали свої голоси на користь підконтрольному жінці методу, зауваживши що його комфортність та легкість використання покращуються з практичним досвідом.</p>	<p>Хоча більшість партнерів-чоловіків (55%) висловили своє схвальне ставлення до жіночого презерватива і лише 39 відсоткам він не сподобався, саме незгода чоловіків на подальше застосування методу була причиною вимушеної відмови 36 учасниць від участі у фінальному етапі дослідження.</p>	<p>Негативні аспекти, про які повідомлялося найчастіше: дуже великий фіксований розмір виробу, а також початкові труднощі з введенням і дискомфорт від внутрішнього кільця. Було зареєстровано 3 випадки (2,7%) розриву презерватива та 11 випадків (10%) зісковзування під час коїтусу. Автори зробили висновок про необхідність ширших досліджень з прийнятності, безпечності та економічної ефективності перш ніж програмувати широкомасштабне розповсюдження жіночих презервативів у країні.</p>

<sup>31</sup> Дані досліджень цитуються згідно тому, як вони викладені авторами досліджень.



<p><b>Китайська Народна Республіка</b> Xu et al (1998) 30 подружніх пар-відвідувачів клінік Шанхайського інституту планування сім'ї та Шанхайської комісії з планування сім'ї випробували по 10 жіночих презервативів Reality кожна.</p>	<p>90,0% пар визнали Reality прийнятним методом; 55,2% респондентів віддали йому перевагу порівняно з чоловічими кондомами. 76.3% жінок і 80.7% чоловіків звітували про те, що Reality не спричинив ніяких коїтальних проблем, хоча 38.7% жінок і 34.0% чоловіків скаржилися на дискомфорт від внутрішнього кільця. Комфортність використання та статеве задоволення значно покращилося після напрацювання досвіду впродовж перших п'яти випадків користування.</p>	<p>Див. попередню графу.</p>	<p>Автори зробили висновок, що (принаймні в Шанхаї — прим. авт) впровадження жіночого презерватива як важливого контрацептивного засобу може вимагати ретельного навчання та тренувань.</p>
<p><b>Коста-Ріка</b> Madrigal, Schifter &amp; Feldblum, (1998) Двотижневе пілотне дослідження серед 51 ЖКС в Сан-Хосе, якому передував інструктаж з використання жіночого презерватива. Дослідження супроводжувалося двома опитуваннями. (Згідно з даними 1993 р., рівень поширення контрацептивних засобів у країні сягав 75%. Із загальної кількості жінок репродуктивного віку 99% чули або мали уяву про чоловічий кондом, але лише 16% ним користувалися регулярно)</p>	<p>Під час першого опитування 51% ЖКС висловили своє повне задоволення запропонованим методом і 45% визнали його задовільним. Під час другого опитування 67% опитуваних заявили, що віддають перевагу жіночому презервативу на відміну від чоловічого.</p>	<p>За словами опитаних ЖКС, більше половини їхніх клієнтів залишилися дуже задоволеними або прихильно сприйняли новий метод захисту.</p>	<p>Проблеми, на які найчастіше вказували респондентки під час першого опитування: труднощі з введенням (61%) і дискомфорт під час використання (43%). Під час другого опитування кількість цих скарг значно зменшилася: відповідно 22% та 25%. Автори рекомендують популяризацію цього методу в межах програми боротьби з ВІЛ/СНІДом.</p>
<p><b>Кот д'Івуар</b> Deniaud et al (1996) Перше дослідження в західній Африці. 135 жінок (із них 52 ЖКС, 62 молоді незаміжні жінки з Абіджану, 21 торговка з регіону Гуро). Три фази: від індивідуальних опитувань, інструктажу до пробного використання. 124 жінки погодилися використати 10 або 20 "capotes de femmes" (жіночих презервативів) кожна.</p>	<p>В заключній фазі тестування брало участь 86 жінок (70%). Всі з 44 ЖКС, які пройшли тестування до кінця (84%), висловили бажання й надалі користуватися жіночим презервативом. 65% від загальної кількості незаміжніх учасниць з Абіджану брало участь у заключній фазі та висловило намір і надалі використовувати "capotes de femmes". 9 із 21 торговки дійшли до «завершального туру», зауваживши, що "capote de femmes" — це гарна можливість зберегти свою автономію в статевих стосунках.</p>	<p>55% ЖКС повідомили, що не попереджали своїх клієнтів про використання жіночого презерватива.</p>	<p>Дослідження продемонструвало наявну потребу принаймні деяких категорій жінок з Берегу Слонячої Кістки в підконтрольних їм механічних методах захисту, зацікавленість і значні очікування. Автори рекомендують комбінувати розповсюдження субсидованих "capotes de femmes" із навчальним компонентом.</p>

**Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»**

<p><b>Малаві</b> Zachariah et al (2002) 88 ЖКС з сільської місцевості використовували 272 жіночих презервативи.</p>	<p>86 ЖКС (98% від загальної кількості) висловили задоволення від досвіду користування, 80% надали перевагу жіночому презерватива в порівнянні з чоловічим кондомом, 92% висловили готовність користуватися ним у повсякденній роботі.</p>	<p>Негативне ставлення деяких наступних партнерів до повторного використання жіночих презервативів, які залишилися після попереднього вжитку, а також технічні проблеми з повторним використанням, з якими стикалися 6% користувачок після прання засобів і 2% користувачок, які ніколи не прали і не ополіскували використані засоби перед повторним вживанням.</p>	<p>Проблеми, які зустрічалися найчастіше: забагато лубриканту (32%), занадто великі розміри засобу (16%), неприємне шурхотіння під час використання (11%). Автори рекомендують провадити інструктаж з використання в закладах секс-обслуговування Малаві.</p>
<p><b>ПАР</b> Smit, Beksinska, Gowri &amp; Mabude (2006) Короткострокове рандомізоване перехресне дослідження FC1 і FC2 в Дурбані. 276 учасниць, з яких у заключній фазі брала участь 201 жінка. Тестувалася прийнятність 1910 презервативів FC1 і 1881 презервативів FC2.</p>	<p>FC1 сподобався 50,9% учасниць, FC2 знайшли прийнятним 55,1% опитаних. Перевагу FC1 для подальшого використання дали 29,5%, а FC2 — 36,6%. Жодної різниці між двома типами не знайшли 33,8% учасниць.</p>	<p>Не враховувалася.</p>	<p>Негативні аспекти, на яких наголошують найчастіше: забагато лубриканту (FC1=30,3%, FC2=31,5%) та неестетичний зовнішній вигляд (FC1=29,8%, FC2=34,0%). Практично однаковий рівень прийнятності для обох типів презервативів, а також практично однакова ефективність використання: бгання (попадання зовнішнього кільця в піхву) спостерігалось в 3,14% випадків для FC1 і в 2,98% випадків для FC2. Зісковзування спостерігалось в середньому в 0,37% випадків для обох типів презервативів.</p>
<p><b>Таїланд</b> Jivasak-Aprimas et al (2001) Структуроване опитування 148 ЖКС після 8-тижневого пілотного випробування жіночого презерватива. Кожна ЖКС використовувала на тиждень у середньому 2,8 жіночих презервативів.</p>	<p>Загальний рівень прийнятності сягав 68%, незважаючи на те, що 31% користувачок мали труднощі з введенням, 37% скаржилися на біль від внутрішнього кільця, а 22% реєстрували свербіж. Головна причина такого прихильного ставлення — сподівання на те, що жіночий презерватив захищає надійніше на відміну від чоловічого кондома.</p>	<p>Відмова клієнтів платити за захищений секс з використанням жіночого презерватива — головна причина відмови від його використання.</p>	<p>Головними перешкодами на шляху до широкого впровадження жіночого презерватива в середовищі ЖКС в Таїланді, на думку авторів, можуть стати початкові труднощі з введенням, дискомфорт під час використання, а також негативне ставлення до нововведення з боку клієнтів.</p>
<p><b>Франція</b> De Vincenzi et al (1994, March) 27 ЖКС, які працюють на вулицях Парижу. Дослідження цікаве тим, що проводилося «на піці» популярності жіночого презерватива у Франції.</p>	<p>47% учасниць віддали перевагу жіночому презервативу на відміну від чоловічого або не мали нічого проти його використання.</p>	<p>90% отриманих під час дослідження жіночих презервативів використовувалися у комерційних стосунках з клієнтами і лише 10% — з постійними партнерами. 51 відсотку клієнтів жіночий презерватив сподобався.</p>	<p>Було зареєстровано повторне використання жіночого презерватива та його використання в поєднанні з чоловічим кондомом. У третині випадків коїтусу використання жіночого презерватива пройшло непоміченим (sic!) для партнерів/клієнтів, коли їх про це не повідомляли.</p>

<p><b>Кенія, Момбаса</b> Tohmsen, S.C., Ombidi, W., Toroitich-Ruto, C., Wong, E.L., Tucker, H.O., Homan, R., Kingola, N., Luchters, S. (2006). Вивчалися вплив і витрати на включення жіночих презервативів до освітніх програм з популяризації та поширення чоловічих презервативів за принципом «рівний - рівному» серед ЖКС. Дослідження тривало 12 місяців, участь брали 210 ЖКС.</p>	<p>Частка статевих актів з використанням чоловічих презервативів зменшилася з 84,3% перед впровадженням жіночих презервативів до 56,5% опісля (<math>p &lt; 0,001</math>). Зниження рівня використання чоловічих презервативів стало компенсацією за частіше вживання жіночих презервативів. Проте, використання жіночих презервативів зазнало стійкого зниження після впровадження (з 34,9% до 29,4%).</p>		<p>Автори роблять висновок, що жіночі презервативи потенційно можуть дещо зменшити рівень незахищеного сексу серед працівників комерційного сексу. Проте, зважаючи на їх високу вартість та мінімальні отримані результати, уряди повинні обмежити популяризацію жіночих презервативів в тих групах населення, які вже успішно користуються чоловічими презервативами. Необхідно провести більше досліджень для визначення ефективних методів заохочення працівників комерційного сексу до практикування захищеного сексу з їхніми партнерами.</p>
---	---	--	--

Зауважимо, що в усіх цих країнах ЖКС, які усвідомлюють свою підвищену вразливість перед ВІЛ та супутніми захворюваннями, більш охоче за інші категорії споживачок погоджувалися використовувати жіночий презерватив, адже бачили в ньому додатковий засіб профілактики ІПСШ. Проте саме вони частіше за інших жінок стикалися і стикаються з протидією з боку клієнтів, які відмовляються приймати їхні послуги з застосуванням фемідома.

При використанні жінками фемідома з постійними партнерами виникають дві головні проблеми: несхвальна реакція з боку чоловіка, а також труднощі з використанням засобу у самих жінок.

Крім цього, як показало дослідження в Кенії (2006 р.) якщо планується розширення проектів поширення жіночих презервативів, як засобу профілактики ВІЛ/ІПСШ, то програма впровадження має бути розроблена досить чітко аби уникнути популяризації цього продукту там, де вже успішно користуються чоловічими презервативами. Тому що, результати дослідження засвідчили зменшення рівня використання чоловічих презервативів.

Тому головний висновок цього розділу можна сформулювати наступним чином: питання стосовно впливу прийнятності засобу на короткостроковій основі на довгострокове його використання та зниження рівню поширеності ІПСШ залишаються поки що маловивченими.

### **Що подобається і що не подобається користувачам у жіночому презервативі**

Однак попри всю методологічну вразливість звітів, про які йшлося в даному розділі, з досліджень прийнятності жіночого презерватива, які проводилися в країнах Африки, в Бразилії, Індії та Індокитаї, загалом можна зрозуміти, що подобається і що не подобається користувачкам та їхнім партнерам у фемідомі.

**Табл. 4. Переваги та недоліки жіночого презерватива**  
(згідно з узагальненими відгуками користувачок у різних країнах світу)

Переваги	Вади
Поліуретан добре проводить тепло, що забезпечує майже природну чутливість для обох партнерів.	Знижує чутливість у користувачів, які не звикли користуватися презервативами.
Закриває значну частину геніталій партнерки, тому може більш надійно порівняно з чоловічим кондомом захистити жінку від таких виразкових генітальних захворювань, як генітальний герпес, сифіліс і м'який шанкр.	Закриває вульву, а разом з нею і клітор, що перешкоджає оргазму або затримує його.
Введення та використання стають більш комфортними з часом та досвідом.	Початкові труднощі з введенням дратують, що призводить до негайної відмови від цього бар'єрного методу захисту.
Може використовуватися з будь-якими мастилами, а не лише з лубрикантами на водній основі.	Потребує занадто багато мастила, тому ускладнює введення. Не підходить для «сухого сексу»*.
Не перериває еротичну прелюдію, а також не залежить від ступеню ерекції пенісу, тому що може бути введеним заздалегідь, задовго до статевого акту так само, як, наприклад, діафрагми, шийкові ковпачки або губки.	Вимагає передбачення статевого акту та його планування заздалегідь. Використання не може бути спонтанним, перериває еротичну прелюдію.
Не стискає пеніс партнера, як, напр., латексні чоловічі кондоми. Внутрішнє кільце стимулює пеніс партнера.	Внутрішнє кільце завдає болю обом партнерам.
Не має запаху, нейтральний на смак.	Шурхотить під час використання.
М'яка текстура, яка залишається вологою на дотик.	Неприємна на дотик текстура.
Міцніший за чоловічий латексний кондом. Рветься значно рідше.	Зісковзує частіше за чоловічий латексний кондом. Тенденція до бгання — при інтенсивному акті може бути затягнутим у піхву.
Може використовуватися декілька разів** і бути досить еротичним.	На вигляд дуже великий та малоестетичний. Найкраще «поводиться» лише у «місіонерській позі». Занадто висока ціна.

*Примітка: \* «сухий секс» (або «секс насухо» — dry sex) — одна з форм статевих зносин для підвищення задоволення партнера-чоловіка, поширена останнім часом у багатьох країнах Африки на північ від Сахари. Полягає в тому, що безпосередньо перед статевим актом жінка вимиває з піхви все природне мастило за допомогою метилового спирту, антисептиків, необробленої солі, нюхального тютюну, бікарбонату соди, оцту, цинкової пудри, а також суміші, яку готують народні цілителі (напр., із заговореної землі з сечею бабуїнів). Деякі жінки під час прелюдії до статевого акту засовують у геніталії ще мішечки з сухою травою. Суха піхва здається вужчою, а також асоціюється в багатьох африканських культурах з моральною стійкістю. Навпаки, рясні виділення сприймаються як*

*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*

*хтивість і асоціюються з безладним статевим життям. Під час такого «сексу насухо» пошкоджується слизова оболонка піхви через руйнування натурального антисептика, який міститься в піхвових секретах, а також часто рвуться презервативи.*

*\*\* Стосується лише оригінального виробу першого покоління.*

Таким чином можна зробити висновок, що актуальним є технічне вдосконалення жіночого презерватива, наприклад, заміна внутрішнього кільця більш удосконаленим елементом, з подальшими клінічними випробуваннями.

## 10. Перспективи різноманіття

«...і Він зробив, що вони ходили по пустині сорок літ,  
аж поки не скінчилося все...»

— Числа, 32:13.

Як вже згадувалося в попередньому розділі, дослідження з прийнятності оригінального виробу «Компанії жіночого здоров'я» (Female Health Company) продемонстрували не тільки його переваги, але й слабкі місця, пов'язані з дизайном і матеріалом, з якого виробляється фемідом. Серед них можна назвати не лише високу ціну та необхідність згоди на використання з боку партнера («Що то за амеба у тебе між ногами?»<sup>32</sup>). Багато жінок скаржилося на дискомфорт від внутрішнього кільця, неприємне шурхотіння, зісковзування під час інтенсивного статевого акту та інші труднощі з використанням, а також чутливість до поліуретану, неможливість непомітного використання та неестетичний вигляд виробу.

«Бр-р, це нагадує якийсь вітропокажчик, з тих, що інколи можна побачити на летовищах», — приблизно такою, наприклад, була реакція примхливих і емансипованих англійок, коли вони вперше бачили фемідом<sup>33</sup>. Хіба саме тому на початку ХХІ ст. у пост-індустріальних країнах Заходу цей контрацептив прийшовся до душі переважно робітницям секс-індустрії (і подекуди ЧСЧ. Див. Додаток IV «Що все ж таки дозволено Зевсу? Жіночий презерватив і чоловіки, які займаються сексом з чоловіками»), а в сільськогосподарських країнах Африки та Азії заміжні молоді жінки — одна з найвразливіших до ВІЛ/СНІД категорій населення — користуються ним не надто часто.

Ця ситуація спонукала Female Health Company зайнятися питанням вдосконалення оригінального презерватива і розробити в 2005 р. дещо модифіковану його версію, відому зараз як FC2. Цей презерватив виготовляється в Малайзії (виробнича потужність — 30 млн одиниць на рік) та на заводі компанії-партнера Hindustan Latex Limited в Індії (починаючи з грудня 2007 р.; виробнича потужність — до 7,5 млн одиниць на рік) з синтетичної похідної латексу — нітрілу. Нітріл значно м'якший і тонший за поліуретан, отож можна сподіватися, що він допоможе вирішити проблему з шурхотінням. Інша перевага перед попередньою версією — нижча вартість за

<sup>32</sup> Burt, K. (2005, Aug 23). Whatever Happened to the Femidom? *The Guardian*, p.14.

<sup>33</sup> Ibidem.

рахунок більш економічного технологічного процесу виготовлення. Презерватив FC2 вже пройшов процедуру схвалення у ВООЗ, а також отримав право маркування знаком ЄС.

Свій внесок у вдосконалення жіночого презерватива зробила й відома міжнародна неурядова організація PATH (“Program for Appropriate Technology in Health” — «Програма оптимальних технологій у галузі охорони здоров’я») зі штаб-квартирою у Сіетлі, США. Зусилля PATH з 1998 р. були зосереджені головним чином на матеріалі, з якого був виготовлений оригінальний презерватив, а також на вдосконаленні його внутрішньої частини. В результаті поліуретанова плівка стала ще тонкішою, внутрішнє кільце було усунуте і його замінила швидкорозчинна капсула та чотири зовнішні маленькі точкові пухирці з м’якої гігроскопічної уретанової піни. Після введення презерватива капсула швидко розчиняється, а чотири уретанові точкові пухирці легенько «присмоктуються» до стінок піхви, не дозволяючи виробу зсуватися під час використання. Перша фаза клінічних випробувань цього жіночого презерватива в США була завершена ще в 2005 р., а в 2007 р. тестувалася та вивчалася його контрацептивна ефективність.

До речі, приблизно у тому ж 1998 р., коли співробітники PATH замислилися над недоліками першого жіночого презерватива, невеличка компанія ННН Development Co., Inc. з каліфорнійського містечка Севастополь розробила жіночий презерватив-трусики під назвою “Janesway”<sup>34</sup>. Тут ідея полягала в тому, щоб повернути захищеному сексу привабливість і сексуальність. Латексний презерватив кріпився до бавовняних трусиків-танга і, на думку виробників, надійно захищав не тільки внутрішні, але й зовнішні органи користувачки. Було проведено декілька фокус-груп у чотирьох африканських країнах, під час яких, зокрема, опитувані жінки комерційного сексу з ентузіазмом поставилися до презерватива-трусиків. Багато з них висловили думку, що такі трусики можуть бути дуже корисними в їхній професії, надто для статевих актів нашвидкуруч, не знімаючи одягу. Інші респонденти погодилися з тим, що важливою цільовою групою користувачів можуть стати заміжні жінки. На їхню думку, в Сенегалі, наприклад, презерватив-трусики сприяли б профілактиці ПСШ у жінок, які живуть у полігамних шлюбах.

Індійська компанія Medtech Products Ltd. розробила жіночий презерватив з цікавим елементом у вигляді поліуретанової губки (замість внутрішнього кільця у «класичному» оригінальному варіанті фемідома), яка має запобігати зісковзуванню виробу під час використання. Цей презерватив, який продається під марками Reddy, V’Amour, VA WOW Feminine Condom і Sutra, виготовлений з натурального латексу, як, наприклад, більшість чоловічих кондомів. Medtech Products Ltd. представили свій продукт у Німеччині та Іспанії ще в 2002 р. як перший жіночий презерватив з латексу. З 2004 р. VA Feminine Condom розповсюджується у Південній Африці в рамках міжнародної програми попередження ВІЛ. Нещодавно його почали розповсюджувати в Бразилії, Індонезії, а також через мережу державних клінік Португалії. VA Feminine Condom одержав право маркування знаком ЄС і зараз проходить третю фазу клінічних випробувань. Після завершення цих випробувань виробник має намір звернутися до Управління з контролю за продуктами харчування та ліками США з проханням про проведення процедури перевірки та ухвалення продукту. А щоб не

<sup>34</sup> Назву можна вільно перекласти як «У нашої Жанночки все під контролем».

*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*

гаяти часу, Medtech Products Ltd. почав розробляти нову модель жіночого презерватива з електронним стимулятором.

А тим часом мода на контрацептивні трусики-танга серед виробників презервативів досягла Колумбії. Natural Sensation Comracia Ltda. з Боготи запустила у серійне виробництво власний жіночий презерватив у вигляді трусиків (Natural Sensation Panty Condom). Він складається з сексапільних бавовняних або нейлонових «танга», в передній нижній частині яких є спеціальний отвір, до якого прилаштований презерватив з м'якої поліетиленової маси (АТ-10), що розгортається під час статевого акту. Продукт вже розповсюджується в самій Колумбії, Венесуелі, Домініканській Республіці, Коста-Ріці, Панамі, Іспанії та Великій Британії. Право маркування знаком ЄС Natural Sensation Panty Condom отримав ще у 2003 р. Виробники запевняють, що цей презерватив-трусики можна носити хоч цілісінкрий день.

Ще одна латексна модель жіночого презерватива-трусиків «шовкова парасолька» була нещодавно розроблена каліфорнійською компанією з Бодегі Silk Parasol Corporation. Перша фаза клінічних випробувань була завершена у 2007 р.

Також не дрімає феміністично-технічна думка у Південно-Африканській Республіці. Тут розробляються моделі на випадок екстремальних ситуацій. У 2005 р. південноафриканка Сонет Елерс презентувала громадськості свій винахід — латексний жіночий презерватив з «зубами», розроблений спеціально проти гвалтівників. Принцип дії цього презерватива, який отримав назву RareX, полягає в тому, що він мертвою хваткою чіпляється за пеніс гвалтівника, завдаючи йому неймовірних страждань. Позбавитися засобу, до якого винахідниця прилаштувала гострі зубці, можна лише хірургічним шляхом.

У цьому відношенні Європа залишається дещо консервативною, якщо взяти до уваги так звані «бельгійський жіночий презерватив», який виробляє з латексу брюссельська компанія Mediteam. На відміну від дизайну «класичного» оригінального фемідома, його особливістю є більш товсте, гнучке зовнішнє кільце.

Як завжди миттєво відреагували на ситуацію винахідливі китайці. Умільці з Піднебесної запустили на ринок рідкий нано-срібний криptomорфічний жіночий презерватив NCC. Компанія-виробник — спільне канадсько-китайське підприємство Blue Cross Biomedica — заявляє, що цей пінний спрей утворює всередині піхви фізичну мембрану, яка захищає епітелій від ІПСШ, запобігає ризику вагітності та має зволожуючий ефект. «Він залишається у піхві тривалий час, не порушуючи внутрішнього хімічного балансу. Щоденне використання спрею допомагає підтримувати гігієну статевих органів і попереджати інфекції», — так рекламують цей продукт в Азії. Антибактеріальні властивості NCC, як можна припустити, пояснюються дією нано-часток срібла, що містяться в спреї.

Не треба бути фахівцем-контрацептологом, щоб дати єдиний розумний коментар до поданої інформації: ризик використання китайського презерватива-спрею, як і інших модифікацій оригінального жіночого презерватива, про які йшлося в цьому розділі, лежить виключно на споживачках, які забажають поекспериментувати і попрацювати на благо науки... та на користь для виробників цих товарів.

## **11. Замість післямови**

В цьому огляді розглядалися питання ефективності використання жіночого презерватива (фемідома), який був запущений в масове виробництво понад 15 років тому, і привернув до себе увагу завдяки захисному потенціалу та перспективній можливості встановити нарешті динамічну рівновагу в гетеросексуальних стосунках.

Цей огляд також виявив головні чинники, які сприяють або стають на заваді широкому використанню жіночого презерватива. Їх можна поділити на чотири категорії: механічні, психосексуальні, міжособистісні та ситуаційні. Механічні фактори — це позитивні та негативні технічні характеристики засобу. До психосексуальних можна віднести такі аспекти, як впевненість користувачок у кращій захищеності під час його використання та можливості самостійно контролювати процес або навпаки — проблеми з уведенням чи, напр., підозріле ставлення до використання презервативів узагалі. Міжособистісні фактори включають в себе взаємини партнерів, уміння одного з них впливати на іншого або вести з ним діалог в разі його незгоди на захищений акт з використанням жіночого презерватива тощо. Нарешті ситуаційні фактори — це той соціоекономічний та побутовий контекст, в якому використовується засіб.

Досі нікому ще не вдалося довести, що жіночий презерватив, навіть за умови його доступності або безкоштовного розповсюдження, буде охоче прийнятий широким загалом жінок і — що найважливіше — використовуватиметься ними регулярно. Незважаючи на це, ми зрозуміли, що фемідом, по-перше, є важливим доповненням до наявних у наш час механічних методів контрацепції та запобігання ВІЛ/ПСП, хоча й потребує подальшого вивчення на практиці всіх своїх профілактичних і соціальних можливостей.

Популяризація презервативів, як чоловічих, так і жіночих, залишається на сьогоднішній день первинним методом попередження ВІЛ/ПСП серед сексуально активного населення. Для розробки більш ефективних промоційних стратегій жіночого презерватива потрібні вивчення та оцінка різних форм втручання, які мають враховувати два компоненти, визнані більшістю фахівців обов'язковими для успішного проведення програм з його впровадження. З одного боку, це ретельне практичне навчання жінок користуванню засобом, з іншого, напрацювання з ними навичок ведення успішного діалогу з партнером щодо використання фемідома.

По-друге, ми усвідомили, що жіночий презерватив певною мірою утворює шлях для нового покоління таких підконтрольних жінці механічних методів, якими є діафрагма або мікробіциди і які обіцяють бути більш зручними та ефективними.



## **12. Посилання та бібліографія**

### ***Нормативні документи***

ДСТУ ISO 10993-1:2004 «Біологічне оцінювання медичних виробів», Київ: Держспоживстандарт України, 2006.

Council of the European Communities, Directive 93/42/EEC of 14 June 1993 Concerning Medical Devices (European Union Medical Device Directive або MDD).

### ***Публікації ООН***

UNAIDS/07.27E / JC1322E. *AIDS Epidemic Update: December 2007*. Geneva: UNAIDS (Уточнений варіант звіту щодо глобальної епідемії СНІДу: стан на грудень 2007 р.).

UNAIDS, WHO. *2006 Report On The Global AIDS Epidemic*. Geneva: UNAIDS (Звіт щодо глобальної епідемії СНІДу за 2006 рік).

UNAIDS/04.32E. (2004, June). *Making Condoms Work For HIV Prevention: Cutting-edge Perspectives*. Geneva: UNAIDS.

UNAIDS (2003). *Condoms and HIV prevention: a review of the evidence*. Geneva: UNAIDS.

UNAIDS (2000, Nov). *Female Sex Worker HIV Prevention Projects: Lessons Learnt From Papua New Guinea, India And Bangladesh*. UNAIDS Best Practice Collection. Geneva: UNAIDS, 127 p.

UNAIDS (1998). *Connecting Lower HIV Infection Rates With Changes In Sexual Behaviour In Thailand: Data Collection And Comparison*. UNAIDS Best Practice Collection. Geneva: UNAIDS.

UNAIDS (1998, April). *The Female Condom and AIDS: UNAIDS Point of View*. Geneva: UNAIDS.

UNAIDS, WHO (2000). *The Female Condom: A Guide for Planning and Programming*. Geneva: UNAIDS.

UNAIDS, WHO (1997, April). *The Female Condom: What is it?* Geneva: UNAIDS.

UNFPA, PATH (2006). *Female Condom: A Powerful Tool for Protection*. Seattle: UNFPA, PATH.

WHO (2005). *Reproductive Tract Infections and Sexually Transmitted Infections Including HIV/AIDS: The Female Condom FC2*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2002a). *Considerations Regarding Re-use of the Female Condom: Information Update 10 July 2002*. *Reproductive Health Matters*, 10 (20), 182-186.

WHO (2002b, January 28-29). *The Safety And Feasibility of Female Condom Reuse: Report of A WHO Consultation*. Geneva: World Health Organization.

WHO (1997). *The Female Condom: A Review*. Geneva: World Health Organization.

### **Методологічні питання**

Beksinska, M. et al (2007, Apr). Standardized Definitions of Failure Modes for Female Condoms. *Contraception*, 75 (4), 251-255.

Buve, A. et al (2001). Interpreting Sexual Behaviour Data: Validity Issues in the Multicentre Study On Factors Determining the Differential Spread of HIV in Four African Cities. *AIDS*, 15, S117-126.

Catania, J., Gibson, D., Chitwood, D. & Coates, T. (1990). Methodological Problems in AIDS Behavioral Research: Influences on Measurement Error and Participation Bias in Studies of Sexual Behavior. *Psychological Bulletin*, 108 (3), 39-62.

Crosby, R. (1998, December). Condom Use As A Dependent Variable: Measurement Issues Relevant To HIV Prevention Programs. *AIDS Education and Prevention*, 10 (6), 548-557.

De Vincenzi, I. (1994, August). A Longitudinal Study of Human Immunodeficiency Virus Transmission by Heterosexual Partners. *The New England Journal of Medicine*, 331 (6), 341-346.

George, A. & Jaiswal, S. (1994). *Understanding Sexuality: Ethnographic Study of Poor Women In Bombay*. Women and AIDS Program Research Report Series. Washington, D.C., USA: International Centre for Research on Women.

Ghanem, K. et al (2007, Aug). Condom Use and Vaginal Y-chromosome Detection: The Specificity of A Potential Biomarker. *Sexually Transmitted Diseases*, 34 (8), 620-623.

Goldstein, D. (1994). *Culture, Class And Gender Politics of Modern Diseases: Women and AIDS in Brazil*. Women and AIDS program research report series. Washington, D.C., USA: International Centre for Research on Women.

Kusseling, F. et al (1996). Understanding Why Heterosexual Adults Do Not Practice Safer Sex: A Comparison of Two Samples. *AIDS Education and Prevention*, 8, 247-257.

Lane, L. et al (2002). Towards Better Prevention: Construction of Trust in the Sexual Relationships of Young Women. *Journal of Applied Social Psychology*, 32 (4), 700-718.

Lytle, C., Routson, L. & Cyr, W. (1992, September). A Simple Method to test condoms for penetration by viruses. *Applied and Environmental Microbiology*, 58 (9), 3180-3182.

Macaluso, M. et al (2003). Respond to "Condom Effectiveness and Prostate-specific Antigen". *American Journal of Epidemiology*, 157 (4), 301-302.

Macaluso, M. et al (1999). Prospective Study of Barrier Contraception for the Prevention of Sexually Transmitted Diseases: Study Design And Characteristics of the Study Group. *Sexually Transmitted Diseases*, 26, 127-136.

Merson, M., Dayton, J., O'Reilly, K. (2000). Effectiveness of HIV Prevention Interventions In Developing Countries. *AIDS*, 14 (Suppl 2), S68-84.

Minnis, A., Shiboski, S. & Padian, N. (2003, July). Barrier Contraceptive Method Acceptability And Choice Are Not Reliable Indicators Of Use. *Sexually Transmitted Diseases*, 30 (7), 556-561.

*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*

O'Leary, A. (1999). Preventing HIV Infection in Heterosexual Women: What Do We Know? What Must We Learn? *Applied and Preventive Psychology*, 8 (4), 257–263.

Stein, Z. & Susser, M. (1998). Annotation: Prevention of HIV, Other Sexually Transmitted Diseases, And Unwanted Pregnancy—Testing Physical Barriers Available To Women. *American Journal of Public Health*, 88 (6), 872-874.

Steiner, M., Dominik, R., Trussell, J., & Hertz-Picciotti, I. (1996). Measuring Contraceptive Effectiveness: A Conceptual Framework. *Journal of Obstetrics & Gynecology*, 88, S24-30.

Strathdee, S. (2003). Sexual HIV Transmission in the Context of Injection Drug Use: Implications for Interventions. *International Journal of Drug Policy*, 14, 79-81.

Witte, S. et al (2006). Promoting Female Condom Use to Heterosexual Couples: Findings From A Randomized Clinical Trial. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38 (3), 148–154.

### ***Дослідження ефективності чоловічих кондомів у профілактиці ВІЛ/ПСС***

Агапов С. (2007). *Новые данные об эффективности презервативов для предотвращения заражения ИППП*. <<http://www.rusmedserv.com/forums/showthread.php?p=408334>> від 21.12-26.12.2007 р., відвідано 20.04.08 р.

Carey, R., Lytle, C. & Cyr, W. (1999, April). Implications of Laboratory Tests of Condom Integrity. *Sexually Transmitted Diseases*, 26 (4), 216-220.

Civic, D. et al (200, December). Ineffective Use of Condoms Among Young Women In Managed Care. *AIDS Care*, 14 (6), 779-788.

Crosby, R. et al (2007). Men With Broken Condoms: Who And Why? *Sexually Transmitted Infections*, 83, 71-75.

Crosby, R. et al (2003, June). Value of Consistent Condom Use: A Study of Sexually Transmitted Disease Prevention Among African American Adolescent Females. *American Journal of Public Health*, 93 (6), 901-902.

Crosby, R. et al (2002, September). Condom Use Errors and Problems Among College Men. *Sexually Transmitted Diseases*, 29 (9), 552-557.

Davis, K. & Weller, S. (1999, November/December). The Effectiveness of Condoms in Reducing Heterosexual Transmission of HIV. *Family Planning Perspectives*, 31 (6).

Frezieres, R. et al (1999, March-April). Evaluation of the Efficacy of A Polyurethane Condom: Results from A Randomized, Controlled Clinical Trial. *Family Planning Perspectives*, 31 (2), 81-87.

Guigon, P. et al (2005). In Vitro Studies of Factors Possibly Influencing the Performance of Latex Condoms. *Medicine Tropicale (Mars)*.

Hocking, J. & Fairley, Ch. (2006, April). Associations Between Condom Use and Rectal Or Urethral Chlamydia Infection in Men. *Sexually Transmitted Diseases*, 33 (4), 256-8.

*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*

- Hogewoning, C. et al (2003, December). Condom Use Promotes Regression of Cervical Intraepithelial Neoplasia and Clearance of Human Papillomavirus: A Randomized Clinical Trial. *International Journal of Cancer*, 107 (5), 811-6.
- Lawson, L. et al (1998). Objective Markers of Condom Failure. *Sexually Transmitted Diseases*, 25, 427-432.
- Lytle, C. et al (1997, March). An In Vitro Evaluation of Condoms As Barriers To A Small Virus. *Sexually Transmitted Diseases*, 24 (3), 161-4.
- Lytle, C., Routson, L. & Cyr, W. (1992 September). A Simple Method to test condoms for penetration by viruses. *Applied and Environmental Microbiology*, 58 (9), 3180-3182.
- Macaluso, M. et al (2007). Efficacy of the Male Latex Condom and of the Female Polyurethane Condom As Barriers To Semen During Intercourse: A Randomized Clinical Trial. *American Journal of Epidemiology*, 166 (1), 88-96.
- Macaluso, M. et al (1999a). Prostate-specific Antigen in Vaginal Fluid As A Biologic Marker of Condom Failure. *Contraception*, 59 (3), 195-201.
- Macaluso, M. et al (1996b). Mechanical failure of the Latex Condom in A Cohort of Women at High STD Risk. *Sexually Transmitted Diseases*, 26 (8), 450-458.
- Messiah, A., Dart, T., Spencer, B. & Warszawski, J. (1997, March). Condom Breakage and Slippage During Heterosexual Intercourse: A French National Survey. French National Survey on Sexual Behavior Group (ACSF). *American Journal of Public Health*, 87 (3), 421-424.
- National Institute of Allergy and Infectious Diseases, National Institutes of Health, Department of Health and Human Services (2000). *Scientific Evidence on Condom Effectiveness for Sexually Transmitted Disease (STD Prevention)*. Scientific Workshop, June 12-13, 2000, Herndon, VA, USA, <<http://www.niaid.nih.gov/dmid/stds/condomreport.pdf>>, відвідано 20.04.08 р.
- Niccolai L. et al (2005). Condom Effectiveness for Prevention of Chlamydia Trachomatis Infection. *Sexually Transmitted Infections*, 81, 323-325.
- Pingmin, W., Yuepu, P. & Jiwen, Z. (2005). Prevalence Survey on Condom Use and Infection of Urogenital Mycoplasmas In Female Sex Workers In China. *Contraception*, 72 (3), 217-220.
- Pinkerton, S. & Abramson, P. (1997). Effectiveness of Condoms In Preventing HIV Transmission. *Social Science & Medicine*, 44 (9), 1303-1312.
- Potter, W. & de Villemeur, M. (2003). Clinical Breakage, Slippage and Acceptability of A New Commercial Polyurethane Condom: A Randomized, Controlled Study. *Contraception*, 68 (1), 39-45.
- Richters, J., Gerofi, J. & Donovan B. (1995, January-February). Why Do Condoms Break Or Slip Off In Use? An Exploratory Study. *International Journal of STD & AIDS*, 6 (1), 11-18.
- Rosenberg, M. & Waugh, M. (1997, July). Latex Condom Breakage and Slippage In A Controlled Clinical Trial. *Contraception*, 56 (1), 17-21.

- Sanders, S., Graham, C., Yarber, W., & Crosby, R. (2003). Condom Use Errors and Problems Among Young Women Who Put Condoms On Their Male Partners. *Journal of American Medical Women's Association*, 58 (2), 95-98.
- Sierra, O., Gaona de Hernandez, M. & Rey, G. (2005, diciembre) Determinación de la permeabilidad viral de los condones de membrana de poliolefina al bacteriofago X174. *Biomedica*, revista del Instituto Nacional de Salud de Colombia, 25 (4), 603-608.
- Smith, A. et al (1998, June). Does additional lubrication affect condom slippage and breakage? *International Journal of STD & AIDS*, 9 (6), 330-335.
- Steiner, M. et al (2006, January). Does A Choice of Condoms Impact Sexually Transmitted Infection Incidence? A Randomized, Controlled Trial. *Sexually Transmitted Diseases*, 33 (1):31-35.
- Steiner, M. et al (2003). Invited Commentary: Condom Effectiveness—Will Prostate-specific Antigen Shed New Light on This Perplexing Problem? *American Journal of Epidemiology*, 157, 298-300.
- Valappil, T. et al (2005). Female Condom and Male Condom Failure Among Women At High Risk of Sexually Transmitted Diseases. *Sexually Transmitted Diseases*, 32 (1), 35-43.
- Voeller, B., Nelson, J. & Day, C. (1994, June). Viral Leakage Risk Differences in Latex Condoms. *AIDS Research And Human Retroviruses*, 10 (6), 701-710.
- Wald, A. et al (2005, November). The Relationship between Condom Use and Herpes Simplex Virus Acquisition. *Annals of Internal Medicine*, 143 (10), 707-713.
- Wald, A. et al (2001, June). Effect of Condoms on Reducing the Transmission of Herpes Simplex Virus Type 2 From Men to Women. *Journal of the American Medical Association*, 285 (24), 3100-3106.
- Walsh, T. et al (2004). Effectiveness of The Male Latex Condom: Combined Results For Three Popular Condom Brands Used As Controls In Randomized Clinical Trials. *Contraception*, 70 (5), 407-413.
- Walsh, T. et al (2003a). Evaluation of The Efficacy of A Nonlatex Condom: Results from A Randomized, Controlled Clinical Trial. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35 (2), 79-86.
- Walsh, T. et al (2003b). Use of Prostate-specific Antigen (PSA) To Measure Semen Exposure Resulting from Male Condom Failures: Implications for Contraceptive Efficacy and the Prevention of Sexually Transmitted Disease. *Contraception*, 67 (2), 139-150.
- Walsh, T. et al (1999, November). Evaluation of Prostate-specific Antigen As A Quantifiable Indicator of Condom Failure In Clinical Trials. *Contraception*, 60 (5), 289-98.
- Warner, L. et al (2008). Problems with Condom Use among Patients Attending Sexually Transmitted Disease Clinics: Prevalence, Predictors, and Relation to Incident Gonorrhea and Chlamydia. *American Journal of Epidemiology*, 167 (3), 341-349.

*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*

Warner, L. et al. (2004). Condom Effectiveness for Reducing Transmission of Gonorrhea and Chlamydia: The Importance of Assessing Partner Infection Status. *American Journal of Epidemiology*, 159 (3), 242-251.

Warner, L., Clay-Warner, L., J. Boles and J. Williamson, J. (1998, July). Assessing Condom Use Practices. Implications for Evaluating Method and User Effectiveness. *Sexually Transmitted Diseases*, 25 (6), 273-277.

Weller, S. & Davis-Beaty, K. (2001) Condom Effectiveness in Reducing Heterosexual HIV Transmission. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, Art. No.: CD003255.

Winer, R. et al (2006, June). Condom Use and the Risk of Genital Human Papillomavirus Infection in Young Women. *The New England Journal of Medicine*, 354 (25), 2645-2654.

### ***Технічна ефективність жіночого презерватива (фемідома) як методу***

Drew, W., Blair, M., Miner, R. & Conant, M. (1990). Evaluation of the Virus Permeability of A New Condom For Women. *Sexually Transmitted Diseases*, 17 (2), 110-112.

Galvao, L. et al (2005). Effectiveness of Female and Male Condoms in Preventing Exposure to Semen During Vaginal Intercourse: A Randomized Trial. *Contraception*, 71 (2), 130-136.

Gollub, E. (1993). The Female Condom: STD Protection in the Hands of Women (Editorial). *American Journal of Gynecologic Health*, 7 (4), 91-92.

Farr, G. et al (1994). Contraceptive Efficacy and Acceptability of the Female Condom. *American Journal of Public Health*, 84 (12), 1960-1964.

Forsythe, A. (1992). *Evaluation of the Polyurethane Female Condom (Femidom®) In Rubber Sensitive Individuals and In Patients With Other Skin Diseases*. Unpublished Report.

Hollander, D. (2007, September). Female and Male Condoms Offer Similar Protection Against Exposure To Semen. *International Family Planning Perspectives*, 33 (3), 3.

Lawson, M. et al (2003). Partner Characteristics, Intensity of The Intercourse, And Semen Exposure During Use of The Female Condom. *American Journal of Epidemiology*, 157 (4), 282-288.

Leeper, M. & Conrardy, M. (1989). Preliminary Evaluation of REALITY, A Condom for Women to Wear. *Advances in Contraception*, 5, 229-235.

London, S. (2003). Method-related Problems Account For Most Failures of The Female Condom. *International Family Planning Perspectives*, 29 (3), 147-148.

Macaluso, M. et al (2007). Efficacy of the Male Latex Condom and of the Female Polyurethane Condom As Barriers To Semen During Intercourse: A Randomized Clinical Trial. *American Journal of Epidemiology*, 166 (1), 88-96.

Macaluso, M. et al (2003). Efficacy of the Female Condom As A Barrier To Semen During Intercourse. *American Journal of Epidemiology*, 157 (4), 289-297.

*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*

Minnis, A. & Padian, N. (2005). Effectiveness of Female Controlled Barrier Methods In Preventing Sexually Transmitted Infections And HIV: Current Evidence And Future Research Directions. *Sexually Transmitted Infections*, 81 (3), 193-200.

Population Services International (2006). *Products and Services: Female Condoms*. Washington, D.C.: Population Services International.

Riley, A. & Riley, E. (1995). *Femidom for Superficial Dyspareunia*. Unpublished report.

Soper, D. et al (1993). Prevention of Vaginal Trichomoniasis By Compliant Use of the Female Condom. *Sexually Transmitted Diseases*, 20 (3), 137-139.

Soper, D., Brockwell, N., Dalton, H. (1991). Evaluation of the Effects of the Female Condom on the Female Lower Genital Tract. *Contraception*, 44, 21-29.

Trussell, J. (1998). Contraceptive efficacy of the Reality® female condom. *Contraception*, 58 (3), 147-148.

Trussell, J., Sturgen, K., Strickler, J. & Dominik, R. (1994). Comparative Contraceptive Efficacy of The Female Condom and Other Barrier Methods. *Family Planning Perspectives*, 26 (2), 66-72.

### **Ефективність використання**

Серія листівок з досвіду впровадження фемідома в різних країнах світу “Case Studies”, яку видає «Компанія жіночого здоров'я» (Female Health Company) в Чикаго, США.

Ahmed, S. et al. (2001). HIV Incidence and Sexually Transmitted Disease Prevalence Associated With Condom Use: A Population Study in Rakai, Uganda. *AIDS*, 15 (16), 2171–2179.

Artz, L., Demand, M., Pulley L., & Macaluso, M. (2002). Predictors of Difficulty Inserting the Female Condom, *Contraception*, 65 (2), 151-157.

Ashery, R. et al (1995). Female Condom Use Among Injection Drug and Crack Cocain Using Women. *American Journal of Public Health*, 85, 736-737.

Barbosa, R., Kalckmann, S., Berquó, E., Stein, Z. (2007, Apr). Notes on the Female Condom: Experiences in Brazil. *International Journal of STD and AIDS*, 18 (4), 261-266.

Beksinska, M. et al (2006). Performance of the Reality® Polyurethane Female Condom And A Synthetic Latex Prototype: A Randomized Crossover Trial Among South African Women. *Contraception*, 73 (4), 386-393.

Bhave, G. et al. (1995). Impact of An Intervention on HIV, Sexually Transmitted Diseases, and Condom Use Among Sex Workers in Bombay, India. *AIDS*, 9 (Suppl 1), S21–30.

Brazilian Ministry of Health (2002). *Resposta: Experience of the Brazilian AIDS Program*. Brasilia: Ministry of Health.

Chaya, N., Amen, K. (2002). *Condoms Count: Meeting the Need in the Era of HIV/AIDS*. Washington, D.C., USA: Population Action International, 25p.

Chen, M. et al (2007, Aug). Self-reported Mechanical Problems During Condom Use and Semen Exposure. Comparison of Two Randomized Trials in the United States of America and Brazil. *Sexually Transmitted Diseases*, 34 (8), 557-562.

Endsley, C. (2005a). *Situational Analysis of the Female Condom in Zimbabwe*. London: John Snow International-Europe, 31 p.

Endsley, C. (2005b). *Review of Research on Zimbabwe's Experiences with the Female Condom*. London: John Snow International-Europe, 19 p.

Feldblum, P. et al (2001). Female Condom Introduction And Sexually Transmitted Infection Prevalence: Results of A Community Intervention Trial In Kenya. *AIDS*, 15 (8), 1037-1044.

Feldblum, P. et al (2000a). The Female Condom And STDs: Design of A Community Intervention Trial. *Annals of Epidemiology*, 10 (6), 330-346.

Feldblum, P. et al (2000b). Baseline STD Prevalence In A Community Intervention Trial of The Female Condom In Kenya. *Sexually Transmitted Infections*, 76 (6), 454-456.

Fontanet, A. et al (1998). Protection Against Sexually Transmitted Diseases by Granting Sex Workers in Thailand the Choice of Using the Male or Female Condom: Results from A Randomized Controlled Trial. *AIDS*, 12 (14), 1851-1859.

French, P. et al (2003). Use-effectiveness of The Female Versus Male Condom In Preventing Sexually Transmitted Disease In Women. *Sexually Transmitted Diseases*, 30 (5), 433-439.

Hales, D. (2004). *PSI Zimbabwe Assessment Report*. Population Services International, <[http://pdf.dec.org/pdf\\_docs/Pdacd830.pdf](http://pdf.dec.org/pdf_docs/Pdacd830.pdf)>, відвідано 19.05.08 p.

Hanenberg, R., Rojanapithayakorn, W., Kunasol, P., Sokal, D. (1994, July). Impact of Thailand's HIV-control Programme As Indicated by the Decline of Sexually Transmitted Diseases. *Lancet*, 344 (8917), 243-245.

Mason, P. et al (1996). *Sexually Transmitted Diseases And HIV In Commercial Sex Workers Supplied With Female and/or Male Condom*. Unpublished Report.

Rugpao, S. et al (1997a). Sexually Transmitted Disease Prevalence In Brothel-based Commercial Sex Workers In Chiang Mai, Thailand: Impact of the Condom Use Campaign. *Journal of Medical Association of Thailand*, 80 (7), 426-430.

Rugpao, S. et al (1997b). Multiple Condom Use And Decreased Condom Breakage And Slippage In Thailand. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes And Human Retrovirology*, 14 (2), 169-173.

Setiadi, B., Jatiputra, I., Santoso, G. (1996). *Sexual Negotiation: The Empowerment of Women and the Female Condom*. Jakarta: Institute of Applied Psychology, University of Indonesia.

Surratt, H. et al (1999). Introducing the Female Condom on Drug Users in Brazil. *Population Research and Policy Review*, 18 (1-2), 169-181.

Tohmsen, S.C., Ombidi, W., Toroitich-Ruto, C., Wong, E.L., Tucker, H.O., Homan, R., Kingola, N., Luchters, S. (2006). A Prospective Study Assessing the Effects of Introducing the Female



*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*

Condom in a Sex Worker Population in Mombasa, Kenya. *STI Journal*, 2006; 82: 397-402. doi: 10.1136/sti.2006.019992.

Usmani, F. (2002). *The Female Condom: Opportunities & Challenges In South Asia*. Kathmandu, Nepal: UNFPA. 32 p.

Valappil, T. et al (2005). Female Condom and Male Condom Failure Among Women At High Risk of Sexually Transmitted Diseases. *Sexually Transmitted Diseases*, 32 (1), 35-43.

Welsh, M. et al (2001). Condom Use During a Community Intervention Trial in Kenya. *International Journal of STD and AIDS*, 12 (7), 469-474.

### **Повторне використання**

Ballagh S, Joanis C. (2002, January 28-29). Reuse of Reality Female Condom: Colposcopy and Adverse Events. *WHO Consultation on Re-use of the Female Condom*. Geneva: World Health Organization.

Ballard, R. et al (2002, January 28-29). Re-use of the Female Condom—Effectiveness of Disinfection Procedures. *WHO Consultation on Re-use of the Female Condom*. Geneva: World Health Organization.

Beksinska, M. et al (2001). Structural Integrity of the Female Condom After Multiple Uses, Washing, Drying and Re-Lubrication. *Contraception*, 63 (1), 33-36.

Joanis, C. et al (2007). Efficacy of A Dish Detergent In Reducing Populations of STI Organisms In Inoculated Female Condoms. *International Journal of Sexually Transmitted Diseases and HIV/AIDS*, 18 (3), 198-201.

Joanis C, Ballagh S. (2002, January 28-29). Female Condom Re-use: In Vivo Safety. *WHO Consultation On Re-use of the Female Condom*. Geneva: World Health Organization.

Joanis, C., Latka, M., Glover, L. & Hamel, S. (2000). Structural Integrity of the Female Condom After A Single Use, Washing, and Disinfection. *Contraception*, 62 (2), 63-72.

Ministry of Health and Child Welfare Zimbabwe (MOHCW) (1998). *Piloting the Female Condom in Zimbabwe: A National Survey*. Harare: MOHCW.

Pettifor, A. et al (2001). The Acceptability of Reuse of the Female Condom Among Urban South African Women. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 78 (4), 647-657.

Pettifor, A. et al (2000). In Vitro Assessment of the Structural Integrity of the Female Condom After Multiple Wash, Dry, and Re-lubrication Cycles. *Contraception*, 61 (4), 271-276.

Philpott, A. (2003). Re-use of the Female Condom: Now for the Practical Realities. *Reproductive Health Matters*, 11 (22), 185-186.

Potter, B. et al (2003). Structural Integrity of the Polyurethane Female Condom After Multiple Cycles of Disinfection, Washing, Drying and Relubrication. *Contraception*, 67 (1), 65-72.

*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*

Smith, J., Nkhama, G. & Trottier, D. (2001). Female Condom Reuse In Lusaka, Zambia: Evidence From 12 Cases. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 78 (4), 638-646.

Smith, J. et al (1999). *Qualitative Research On Female Condom Reuse Among Women In Two Developing Countries*. Research Triangle Park, NC, USA: Family Health International.

#### **Економічна ефективність**

Creese, A., Floyd, K., Alban, A. & Guinness, L. (2002, May). Cost-effectiveness of HIV/AIDS Interventions in Africa: A Systematic Review of Evidence. *The Lancet*, 359, 1635-1642.

Dowdy, D., Sweat, M., Holtgrave, D. (2006). Country-Wide Distribution of the Nitrile Female Condom (FC2) in Brazil and South Africa: A Cost-Effectiveness Analysis. *AIDS*, 20 (16), 2091-2098.

Gutierrez, J. et al (2004). Achieving the WHO/UNAIDS Antiretroviral Treatment 3 By 5 Goal: What Will It Cost? *The Lancet*, 364, 63–64.

Holtgrave, D. (2005). *Cost-effectiveness Models Prepared for the Female Health Company*. Unpublished data.

Lamprey, P. et al (1997). *The Female Condom: From Research to the Marketplace*. Arlington, VA, USA: Family Health International.

Leeper, M. & Holtgrave, D. (2005, September 27). *Cost-effectiveness of FC2 Rollout*. Presentation to Product Development Session of PATH Global Consultation on the Female Condom.

Marseille, E., Kahn, J., Billingham, K., Saba, J. (2001). Cost-effectiveness of the Female Condom in Preventing HIV and STDs In Commercial Sex Workers in Rural South Africa. *Social Science and Medicine*, 52 (1), 135-148.

Singh, S., Darroch, J., Vlassoff, M. & Nadeau, J. (2003). *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*. Washington, DC, USA: Alan Guttmacher Institute, UNFPA.

Tohmsen, S.C., Ombidi, W., Toroitich-Ruto, C., Wong, E.L., Tucker, H.O., Homan, R., Kingola, N., Luchters, S. (2006). A Prospective Study Assessing the Effects of Introducing the Female Condom in a Sex Worker Population in Mombasa, Kenya. *STI Journal*, 2006; 82: 397-402. doi: 10.1136/sti.2006.019992.

#### **Дослідження з прийнятності**

Agha, S. (2001, February). Patterns of Use of the Female Condom After One Year of Mass Marketing. *AIDS Education and Prevention*, 13 (1), 55-64.

Artz, L. et al (2000, February). Effectiveness of an Intervention Promoting the Female Condom to Patients at Sexually Transmitted Disease Clinics. *American Journal of Public Health*, 90 (2), 237-244.

Barbosa, R., Berquó, E. & Kalckmann, S. (1999). *Acceptability of the Female Condom in Different Social Contexts: Final Research Report*. Brasilia: Ministry of Health: Secretariat for Health Policies: National STD/AIDS Coordinating Office.

- Cabral, R. et al (2003). Do Main Partner Conflict , Power Dynamics, And Control Over Use of Male Condoms Predict Subsequent Use of the Female Condom? *Women and Health*, 38 (1), 37-52.
- Choi, K. et al (1999). Facilitators And Barriers To Use of the Female Condom: Qualitative Interviews With Women of Diverse Ethnicity. *Women and Health*, 30 (1), 53-70.
- Deniaud, F. et al (1996). *Acceptabilité du préservatif féminin (Femidom™) chez de femmes a Abidjan, Côte d'Ivoire*. CCNRS, FNUAP, OBSTOM, PNL, Côte d'Ivoire.
- De Vincenzi, I. et al (1994, March). Le préservatif féminin: un essai d'acceptabilité réalisé par un groupe de femmes prostituées a Paris. *Le Bulletin épidémiologique hebdomadaire*.
- El-Bassel, N. et al (1998). Correlates of Intention to Use the Female Condom Among Women Taking Methadone. *Women's Health Issues*, 8 (2), 112-122.
- Francis-Chizororo, M. & Natshalaga, N. (2003). The Female Condom: Acceptability and Perception Among Rural Women in Zimbabwe. *African Journal of Reproductive Health*, 7, 101-116.
- Gil, V. (1995, May). The New Female Condom: Attitudes and Opinions of Low-Income Puerto-Rican Women At Risk for HIV/AIDS. *Qualitative Health Research*, 5 (2), 178-203.
- Hardwick, D. (2002). The Effectiveness of A Female Condom Intervention On Women's Use of Condoms. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 11 (2), 63-76.
- Hoffman, S. et al (2003). Female Condom Use In A Gender-Specific Family Planning Clinic Trial, *American Journal of Public Health*, 93 (11), 1897-1903.
- Hoke, Th. et al (2007). Randomised Controlled Trial of Alternative Male And Female Condom Promotion Strategies Targeting Sex Workers In Madagascar. *Sexually Transmitted Infections*, 83, 448-453.
- Jivasak-Aprimas, S. et al (2001). Acceptability of the Female Condom among Sex Workers in Thailand. Results From A Prospective Study. *Sexually Transmitted Diseases*, 28 (11), 648-654.
- Kalichman, S., Rompa, D. & Cage, M. (2000). Factors Associated with Female Condom Use Among HIV-Seropositive Women. *International Journal of STDs and AIDS*, 11 (12), 798-803.
- Kerrigan, D. et al (2000, October). *The Female Condom: Dynamics of Use in Urban Zimbabwe*. Washington, D.C.: The Population Council.
- Klein, H. et al (1999). The Acceptability of the Female Condom Among Substance-using Women in Washington, DC. *Women and Health*, 29 (3), 97-114.
- Kulczycki, A. et al (2004a). The Acceptability of the Female And Male Condom: A Randomized Crossover Trial. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36 (3), 114-119.
- Kulczycki, A. et al (2004b). A Comparison of the Acceptability of the Female and Male Condom: A Randomized Crossover Trial. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36 (3), 120-126.
- Kyung-Hee, Ch. et al (2003). Patterns and Predictors of Female Condom Use Among Ethnically Diverse Women Attending Family Planning Clinics. *Sexually Transmitted Diseases*, 30 (1), 91-98.

- Latka, M. et al (2000). Male-Condom And Female-Condom Use Among Women After Counselling In A Risk-reduction Hierarchy For STD Prevention. *Sexually Transmitted Diseases*, 27 (8), 431-437.
- Macaluso, M. et al (2000). Female Condom Use Among Women at High Risk of Sexually Transmitted Disease. *Family Planning Perspectives*, 32 (3), 138-144.
- Madrigal, J., Schifter, J., Feldblum, P. (1998). Female Condom Acceptability Among Sex Workers in Costa Rica. *AIDS Education and Prevention*, 10 (2), 105-113.
- Mantell, J. et al (2001). The Acceptability of the Female Condom: Perspectives of Family Planning Providers in New York City, South Africa, and Nigeria. *Journal of Urban Health*, 78 (4), 658–668.
- Meekers, D. & Richter, K. (2005). Factors Associated With Use of the Female Condom In Zimbabwe. *International Family Planning Perspectives*, 31 (1), 30–37.
- Meekers, D. (1999). Patterns of Use of the Female Condom In Urban Zimbabwe. PSI Research Division Working Paper No. 28. Washington, D.C.: Population Services International, 21 p.
- Musaba, E., Morrison, C., Sunkutu, M. & Wong, E. (1998, May). Long-term Use of the Female Condom Among Couples At High Risk of Human Immunodeficiency Virus Infection In Zambia. *Sexually Transmitted Diseases*, 25 (5), 260-264.
- Pool, R. et al (2000). Men's Attitudes to Condoms and Female Controlled Means of Protection Against HIV and STDs in South-Western Uganda. *Culture, Health and Sexuality*, 2 (2), 197-211.
- Pool, R. (1999). Acceptability of the Female Condom and Vaginal Spermicidal Products in Uganda. *Sexual Health Exchange*, 1, 5-7.
- Population Council, Horizons (2001, Oct). *Acceptability of the Female Condom After A Social Marketing Campaign in Campinas, Brazil*. Washington, D.C., USA: Population Council.
- Ray, S. et al (1995). Acceptability of the Female Condom in Zimbabwe: Positive But Male-centered Responses. *Reproductive Health Matters*, 3 (5), 68-79.
- Ruminjo, J. et al (1996). Preliminary Comparison of the Polyurethane Female Condom With the Latex Male Condom in Kenya. *East African Medical Journal*, 73 (2). 101-106.
- Sapire, K. (1995, Oct). The Female Condom (Femidom)—A Study of User Acceptability. *South African Medical Journal*, 85 (10 Suppl), 1081-1084.
- Sarkar, N. (1996). Acceptability and Efficacy of the Female Condom: A New Barrier Method. *Journal of Family Welfare*, 42 (2), 41-48.
- Sehonou, J. et al (2002). Acceptability of the Female Condom In Bangui, Central African Republic: Results From A Prospective Study. *International Journal of Sexually Transmitted Diseases and HIV/AIDS*, 13, 649-651.
- Sinpisut, P. (1999). Acceptability of the Female Condom Amongst Commercial Sex Workers In Thailand and Cote d'Ivoire (reply) [letter]. *International Journal of STDs and AIDS*, 10 (12), 830

*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*

Sinpisut, P., Chandeying, V., Skov, S., Uahgowitchai, C. (1998). Perceptions and Acceptability of the Female Condom. *International Journal of STDs and AIDS*, 9 (3), 168-172.

Sly, D. et al (1997). Factors Associated With Use of the Female Condom. *Family Planning Perspectives*, 29 (4), 181-184.

Smit, J., Beksinska, M., Gowri, V. & Mabude, Z. (2006, Apr). Short-term Acceptability of the Reality® Polyurethane Female Condom and A Synthetic Latex Prototype: A Randomized Crossover Trial Among South African Women. *Contraception*, 73, (4), 394-398.

Stein, Z. et al (1999). Safer Sex Strategies for Women: The Hierarchical Model in Methadone Treatment Clinics. *Journal of Urban Health*, 78, 67-72.

Surratt, H. et al (1998, May). Acceptability of the Female Condom Among Women At Risk for HIV Infection. *American Behavioral Scientist*, 41 (8), 1157-1170.

Telles Dias, P., Souto, K., Page-Shafer, K. (2006). Long-term Female Condom Use Among Vulnerable Populations In Brazil. *AIDS and Behavior*, 10 (Supp. 7), 67-75.

Witte, S. et al (2000). Predictors of Female Condom Use Among Women Exchanging Street Sex in New York City. *Sexually Transmitted Diseases*, 27 (2), 93-100.

Witte, S. et al (1999). Acceptability of Female Condom Use Among Women Exchanging Street Sex In New York City. *International Journal of STDs and AIDS*, 10 (3), 162-168.

Xu, J. et al (1998). Use Acceptability of A Female Condom (Reality) In Shanghai. *Advances in Contraception*, 14 (4), 193-199.

Yimin, C. et al (2002). Introductory Study on Female Condom Use Among Sex Workers in China. *Contraception*, 66, 179-185.

Zachariah, R. et al (2002). Acceptability and Technical Problems of the Female Condom Amongst Commercial Sex Workers in A Rural District of Malawi. *Tropical Doctor*, 33 (4), 220-224.

### ***Огляди літератури та коментарі***

Carlin, E. & Boag, F. (1996). The Polyurethane Female Condom: Increasing the Choice for Women. *Venereology*, 9 (1), 35-39.

Cecil, H., Perry, M., Seal, D. & Pinkerton, S. (1998). The Female Condom: What We Have Learned Thus Far. *AIDS and Behavior*, 2 (3), 241-256.

Deniaud, F. (1997). Actualité du préservatif féminin en Afrique. *Sante*, 7 (6), 405-415.

Gollub, E. (2001, Nov). Gollub Responds. *American Journal of Public Health*, 91 (11), 1732-1733.

Gollub, E. (2000, Sept). The Female Condom: Empowerment Tool for Women. *American Journal of Public Health*, 90 (9), 1377-1381.

Hearst, N. & Chen, S. (2003). *Condoms for AIDS Prevention in the Developing World: A Review of the Scientific Literature*. San Francisco: University of California.

*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*

Hoffman, S., Mantell, J., Exner, T., Stein, Z. (2004, Sept). The Future of the Female Condom. *International Family Planning Perspectives*, 30 (3), 139-145.

Vijayakumar, G. et al (2006, October). A Review of Female-Condom Effectiveness: Patterns of Use and Impact on Protected Sex Acts and STI Incidence. *International Journal of STD and AIDS*, 17 (10), 652-659.

### **Фемідом і ЧСЧ**

Gibson S. et al (1999, February). Experiences of 100 men who have sex with men using the Reality condom for anal sex. *AIDS Education Prevention*, 11 (1), 65-71.

Gross M. et al (1999). Use of reality 'female condoms' for anal sex by US men who have sex with men. HIVNET Vaccine Preparedness Study Protocol Team. *American Journal of Public Health*, 89 (11), 1739-1741.

Renzi, C. et al (2003). Safety and acceptability of the Reality™ condom for anal sex among men who have sex with men. *AIDS*, 17 (5), 727-731.

### **Анотована англомова бібліографія, 1996-2006 рр.**

New York State Department of Health (2006, Dec). *Female Condom: Annotated Bibliography, 1996-2006*. New York, NY, USA: New York State Department of Health, 70 p.

<[http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/facts/condoms/docs/fc\\_annotated\\_biblio.pdf](http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/facts/condoms/docs/fc_annotated_biblio.pdf)>

### **13. Результати пошуку відомостей з ефективності використання жіночого презерватива в попередженні ВІЛ/ПСС у країнах Європейського регіону ВООЗ**

#### **Завдання пошуку**

Пошук інформації про пост-пілотні дослідження ефективності використання жіночого презерватива в країнах Європейського регіону ВООЗ упродовж 1999-2008 рр.

Пошук інформації про епідеміологічні дослідження використання жіночого презерватива в країнах Європейського регіону ВООЗ упродовж 1999-2008 рр., які б виявили позитивну динаміку в рівні захищених статевих стосунків серед респонденток і зниження рівнів поширеності ПСС та/або ВІЛ.

#### **Методологія**

Джерельною базою пошуку короткотермінових і довгострокових досліджень з ефективності використання жіночого презерватива (ЖП) в країнах Європейського регіону ВООЗ упродовж 1999-2008 рр. стали інформаційні матеріали, розміщені на веб-сайтах наступних програм та організацій:

- Об'єднаної Програми ООН з ВІЛ/СНІДу / UNAIDS, Женева, Швейцарія (<http://www.unaids.org>);
- Всесвітньої організації охорони здоров'я / WHO, Женева, Швейцарія (<http://www.who.int>);
- Європейського центру епідеміологічного моніторингу СНІДу / European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV), Стокгольм, Швеція (<http://www.eurohiv.org>);
- Європейського товариства з контрацепції / European Society of Contraception, Тернат, Бельгія (<http://www.contraception-esc.com>);
- Американської фундації з дослідження СНІДу / American Foundation for AIDS Research, Вашингтон, США (<http://www.amfar.org>); а також
- «Компанії жіночого здоров'я» / FHC, Чикаго, США (<http://www.femalehealth.com>).

Також до пошуку були залучені (i) база даних з питань лікування, профілактики та стратегій боротьби з ВІЛ/СНІДом Каліфорнійського університету в Сан-Франциско (<http://hivinsite.ucsf.edu>), (ii) бібліографічна база даних з питань репродуктивного здоров'я Popline (<http://db.jhucsp.org/ics-wpd/popweb/basic.html>), (iii) всі посилання та лінки, розміщені на веб-сторінці «Інформаційно-пропагандистської мережі секс-робітників з району затоки Сан-Франциско» / Bay Area Sex Worker Advocacy Network (Bayswan), Сан-Франциско, США (<http://www.bayswan.org>), (iv) всі посилання знайдені на веб-сайті Міжнародного комітету захисту прав секс-працівників Європи / International Committee on the Rights of Sex Workers in Europe (ICRSE) (<http://www.sexworkereurope.org>), а також (v) пошукова система Google (<http://www.google.com>).

Інформаційний пошук в цих базах даних і пошуковій системі Google проводився шляхом введення запиту за допомогою ключових словосполучень "female condom", "condon femenino" та "preservatif feminin" («жіночий презерватив») та назви

*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*

відповідної країни (англійською, іспанською та французькою мовами). Для завершення пошуку також ретельно вивчалися вибрані матеріали в бібліографіях до знайдених статей та монографій.

Географічно Європейський регіон ВООЗ поділяється на три наступні субрегіони:

- I. Захід, 23 країни: *Австрія, Андорра, Бельгія, Велика Британія, Греція, Данія, Ізраїль, Ірландія, Ісландія, Іспанія, Італія, Люксембург, Мальта, Монако, Нідерланди, Німеччина, Норвегія, Португалія, Сан-Марино, Фінляндія, Франція, Швейцарія, Швеція;*
- II. Центр, 15 країн: *Албанія, Болгарія, Боснія та Герцеговина, Кіпр, Македонія, Чорногорія, Польща, Румунія, Сербія, Словаччина, Словенія, Туреччина, Угорщина, Хорватія, Чехія;*
- III. Схід, 15 країн: *Азербайджан, Беларусь, Вірменія, Грузія, Естонія, Казахстан, Киргизстан, Латвія, Литва, Молдова, Росія, Таджикистан, Туркменістан, Узбекистан, Україна.*

Оскільки автору цього звіту відомо, що широкого програмного впровадження жіночого презерватива в таких країнах, як Азербайджан, Беларусь, Вірменія, Грузія, Казахстан, Киргизстан, Молдова, Росія, Таджикистан, Туркменістан, Узбекистан, Україна, не проводилося, то пошук інформації по цим країнам не здійснювався. Таким чином, інформаційний пошук звузився до 41 країни Європейського регіону ВООЗ.

Пошук даних стосовно Польщі та Чехії вівся за допомогою польської версії пошукової системи Google (<http://www.google.pl>) та її чеської версії (<http://www.google.com/intl/cs>) відповідно. Контент-аналіз отриманої інформації з польського та чеського секторів «всесвітньої павутини» проводився за допомогою безкоштовної пробної версії програми якісного аналізу даних XSight, розробником якої є компанія QSR International Pty Ltd (див. [http://www.qsrinternational.com/products\\_free-trial-software.aspx](http://www.qsrinternational.com/products_free-trial-software.aspx)).

## Результати пошуку

Для наочності результати інформаційного пошуку подано у вигляді таблиці нижче.

**Табл. 1. Результати пошуку інформації щодо досліджень ефективності використання жіночого презерватива в країнах Європейського регіону ВООЗ протягом 1999-2008 рр.**

<b>Країна</b>	<b>Стисле викладення результатів</b>
<b>Захід</b>	
<i>Австрія</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Андорра</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Бельгія</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Велика Британія</i>	Не знайдено жодної інформації



<i>Греція</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Данія</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Ізраїль</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Ірландія</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Ісландія</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Іспанія</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Італія</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Люксембург</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Мальта</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Монако</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Нідерланди</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Німеччина</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Норвегія</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Португалія</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Сан-Марино</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Фінляндія</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Франція</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Швейцарія</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Швеція</i>	Не знайдено жодної інформації
<b>Центр</b>	
<i>Албанія</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Болгарія</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Боснія та Герцеговина</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Кіпр</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Македонія</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Чорногорія</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Польща</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Румунія</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Сербія</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Словаччина</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Словенія</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Туреччина</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Угорщина</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Хорватія</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Чехія</i>	Не знайдено жодної інформації
<b>Схід</b>	
<i>Естонія</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Латвія</i>	Не знайдено жодної інформації
<i>Литва</i>	Не знайдено жодної інформації

Пошук щодо можливих досліджень ефективності використання ЖП в **Польщі** вівся за допомогою польської версії пошукової системи Google (<http://www.google.pl>). На запит “prezerwatywy dla kobiet” було отримано приблизно 182000 сторінок польською мовою. На запит “Femidom” було отримано приблизно 366 сторінок польською мовою. З точки зору економії часу до уваги приймалися лише перші 400 та 366 посилань кожного запиту відповідно. Переважно це була загальна та технічна

інформація, передруки з англomовних інструкцій та оглядів на польських веб-сайтах на кшталт <<http://www.dziecko-info.com>> або <<http://www.zdrowie.org.pl>>, а також обмін інформацією та порадами серед потенційних польських користувачок фемідома на численних форумах на кшталт <<http://www.lekka.pl>>. Не знайдено жодної інформації стосовно досліджень ефективності використання фемідома в Польщі.

Аналогічний пошук проводився стосовно Чехії за допомогою чеської версії пошукової системи Google (<http://www.google.com/intl/cs>). На запит “zensky kondom” було отримано приблизно 68300 сторінок чеською мовою. На запит “zensky prezervativ” було отримано приблизно 17700 сторінок чеською мовою. На запит “Femidom” було отримано приблизно 846 сторінок чеською мовою. З точки зору економії часу до уваги приймалися лише перші 400 посилань кожного запиту. Переважно це знову була загальна та технічна інформація, передруки з англomовних інструкцій та оглядів на чеських веб-сайтах на кшталт <<http://www.planovanirodiny.cz>> тощо, а також обмін інформацією та порадами серед потенційних чеських користувачок фемідома на численних форумах на кшталт <<http://diskuse.doktorska.cz>>, <<http://www.studentskeforum.cz>> або <<http://wanda-centrum.cz>>. Не знайдено жодної інформації стосовно досліджень ефективності використання фемідома в країні.

Цікаво, що Чехія, за даними всесвітнього дослідження, яке проводила компанія Durex у 2004 р., опинилася серед азіатських країн, громадяни яких усіляко ухиляються від користування кондомами під час контактів з новими партнерами. В Китаї, Чехії, Тайвані та Гонконгу кількість «ухильників» варіювала в межах 40-70 % від загальної кількості опитаних. Найбільш охочими користувачами кондомів виявилися мешканці Франції, Іспанії та Таїланду. В цих країнах кількість респондентів, які негативно відповіли на питання: «чи маєте ви намір користатися кондомом у контакт з новим партнером/партнеркою?», складала відповідно 9%, 15% і 17% від загальної кількості опитаних<sup>35</sup>.

Загальний висновок на підставі прочитаного: фемідом не набув ще широкого розповсюдження, а відтак великої популярності в Польщі та Чехії.

Не вдалося знайти жодної інформації щодо пілотних або пост-пілотних досліджень ефективності використання жіночого презерватива в країнах східного субрегіону, а саме Балтії: Латвії та Литві, в яких, до речі, спільне використання інструментарію для введення наркотичних речовин залишається найпоширенішим шляхом передачі ВІЛ, а також Естонії, яка посідає перше місце серед країн ЄС за рівнем нових діагнозів ВІЛ (467 випадків на 1 млн. громадян)<sup>36</sup>.

Той факт, що ВІЛ в Європі сьогодні передається переважно шляхом гетеросексуальних контактів<sup>37</sup>, спонукав депутатів Європейського парламенту до розроблення та прийняття специфічної загальноєвропейської стратегії виправлення ситуації. В його резолюції від 24 квітня 2007 р. «Щодо боротьби з ВІЛ/СНІДом в

<sup>35</sup> Див. Survey: Condom Use Resisted in Asia, Czech Republic. *Contemporary Sexuality*, 38 (1), 2004, p. 15.

<sup>36</sup> Див. Hamers, Devaux, Alix & Nardone, 2006.

<sup>37</sup> Див. EuroHIV, 2007a, 2007b, 2007c; Hamers, Devaux, Alix & Nardone, 2006; Herida et al, 2007; Nardone, 2005; WHO, 2008; WHO, 2006.

*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*

Європейському Союзу та сусідніх з ним країнах на 2006-2009 рр.» (On Combating HIV/AIDS Within the European Union and in the Neighbouring Countries, 2006-2009) [Р6\_ТА(2007)0137] зазначається:

«оскільки жіночий презерватив все ще не використовується в повній мірі, незважаючи на те, що він є єдиним доступним на сьогоднішній день і підконтрольним жінці засобом, який захищає жінок від небажаної вагітності, ВІЛ та інших інфекцій, що передаються статевим шляхом, (...)

[Європейський парламент] наполегливо закликає Комісію та Країни-члени субсидувати та виділити фінанси на дослідження та розробку мікробіцидів і жіночих презервативів, які дають жінкам змогу захистити себе та партнера-чоловіка від ВІЛ/СНІДу (...), оскільки презервативи залишаються найбільш відомим і широко доступним засобом захисту від ВІЛ/СНІДу та захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), але потребують згоди з боку партнера-чоловіка».

Таким чином, маємо хоча й не категоричний, але все ж таки імператив. Чи буде це означати посилення уваги до профілактичного потенціалу жіночого презерватива з боку європейських урядовців і науковців, покаже майбутнє. А поки що очевидним є те, що для рішучого наступу на СНІД потрібне не лише широке впровадження прогресивних бар'єрних методів захисту, але й радикальне поліпшення соціально-економічного становища жінок. Як заявив у 2004 р. виконавчий директор Міжнародного альянсу з ВІЛ/СНІДу Альваро Бермехо: «Якщо цього не зробити, наш вплив на подолання епідемії аж ніяк не можна назвати значним»<sup>38</sup>.

## **Посилання та рекомендована бібліографія**

### **Публікації Європейського центру епідеміологічного моніторингу СНІДу (EuroHIV) та ООН**

EuroHIV (2007a, Dec). *HIV/AIDS Surveillance in Europe. Mid-year Report 2007*. No 76. Saint-Maurice, France: Institut de Veille Sanitaire, 46 p.

EuroHIV (2007b, Nov). *EuroHIV 2006 Survey on HIV and AIDS Surveillance in the WHO European Region*. Saint-Maurice, France: Institut de Veille Sanitaire, 45 p.

EuroHIV (2007c, Sept). *HIV/AIDS Surveillance in Europe. Mid-year Report 2006*. No 74. Saint-Maurice, France: Institut de Veille Sanitaire, 64 p.

Hamers, F., Devaux, I., Alix, J., & Nardone, A. (2006, Nov). HIV/AIDS in Europe: Trends and EU-wide Priorities. *Euro Surveillance*, 11 (47), pii=3083, <<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=3083>>, відвідано 11 липня 2008 р.

---

<sup>38</sup> Див. Laurance, J. (2004, Nov 24). Aids Strategy Failing As Disease Becomes A Female Epidemic. *The Independent*, <<http://www.independent.co.uk/news/science/aids-strategy-failing-as-disease-becomes-a-female-epidemic-534376.html>>.

*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*

Herida, M. et al (2007, Nov). HIV/AIDS in Europe: Epidemiological Situation in 2006 and a New Framework for Surveillance. *Euro Surveillance*, 12 (47), pii=3312, <<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=3312>>, відвідано 11 липня 2008 р.

Nardone, A. (2005, Nov). Transmission of HIV/AIDS in Europe Continuing. *Euro Surveillance*, 10 (47), pii=2837, <<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=2837>>, відвідано 11 липня 2008 р.

United Nations (2006). *Levels and Trends of Contraceptive Use As Assessed in 2002*. ST/ESA/SER.A/239. New York, NY: United Nations, 247 p.

United Nations (2004). *World Fertility Report 2003*. New York, NY: United Nations.

United Nations (2003). *Partnership and Reproductive Behaviour in Low-fertility Countries*. ESA/P/WP. 177. New York, NY: United Nations.

WHO (2008). *HIV/AIDS Country Profiles for the WHO European Region*, <[http://www.euro.who.int/aids/surveillance/20051114\\_1?PrinterFriendly=1&](http://www.euro.who.int/aids/surveillance/20051114_1?PrinterFriendly=1&)>, відвідано 11 липня 2008 р.

WHO, Dept of Reproductive Health and Research (2007). *Report of the Female Condom Technical Review Committee*. Geneva: World Health Organization, 4 p.

WHO (2006, Sept 12). *Trends in Sexually Transmitted Infections and HIV in the European Region, 1980-2005*. Technical Briefing Document 01B/06. Copenhagen: The Sexually Transmitted Infections/HIV/AIDS Programme. WHO Regional Office for Europe, 13 p.

### **Загальні відомості**

Bounds, W. (1997, June). Female Condoms. *The European Journal Of Contraception & Reproductive Health Care: The Official Journal Of The European Society Of Contraception*, 2 (2), 113-116.

Business Wire (1997, Jan 22). *Female Condom Manufacturer Receives Accreditation to Distribute Freely Across the European Union*. <[http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m0EIN/is\\_1997\\_Jan\\_22/ai\\_19042143](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0EIN/is_1997_Jan_22/ai_19042143)>, відвідано 11 липня 2008 р.

Carlin, E. & Boag, F. (1996, Jan-March). The Polyurethane Female Condom: Increasing the Choice for Women. *Venerology*, 9 (1), 35-39.

Djerassi, C. (2005, Feb 17). No Political Will to Seek Innovative Contraception [letter]. *Nature*, 433, p. 683.

[Editorial] (1997, Dec). Young People in Europe. Adolescent Health—Sex Education. *Entre Nous*, (36-37):9-11.

*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*  
[Editorial] (1997, Dec). The Female Condom: For Women and Men. *Outlook*, 15(4):4-6.

Gerofi, J. & Spencer, B. (1994). Condoms. In S. Corson, R. Derman & L. Tyrer (Eds.), *Fertility Control* (pp. 257-279). London, Canada: Goldin Publishers.

Godeau, E. et al (2008, Jan). Contraceptive Use by 15-year-old Students at Their Last Sexual Intercourse: Results from 24 Countries. *Archives Of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162 (1), 66-73.

Gollub, E. (2008). A Neglected Population: Drug-using Women and Women's Methods of HIV/STI Prevention. *AIDS Education and Prevention*, 20 (2), 107-120.

Kupek, E. (2000). Comparability of Trends in Condom Use for Different Countries. Some Methodological Issues with Secondary Data Analysis. *European Journal of Public Health*, 10 (3), 192-196.

Neilands, T. & Choi, K.-H. (2002). A Validation and Reduced Form of the Female Condom Attitudes Scale. *AIDS Education and Prevention*, 14 (2), 158-171.

### **Албанія**

Family Health International [FHI] (2006, May). *Albania—Behavioral and Biological Surveillance Study Report*. Tirana: FHI, 142 p.

Gjonca, A., Aassve, A. & Mencarini, L. (2008, Jul 1). Albania: Trends and Patterns, Proximate Determinants and Policies of Fertility Change. *Demographic Research*, 19 (11), 261-292.

Piriani, E. & Asllani, P. (1995). Albania's Students Teach Their Peers About Sexuality and Safer Sex. *Planned Parenthood Challenges*, 1, 37-38.

### **Бельгія**

Deliege D. (2003). A New Female Condom: Women's Opinions and Strategies of Promotion for Public Health. *Archives of Public Health*, 61 (5), 249-269.

### **Боснія, Македонія, Монтенегро, Сербія**

Delva, W. et al (2007, Dec). Sexual Behaviour and Contraceptive Use Among Youth in the Balkans. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 12 (4), 309-315.

### **Велика Британія**

Bounds, W. (1989a, Jul-Aug). Research at the Margaret Pyke Centre. *Practical Nurse*, 2 (3), 112-114.

Bounds, W. (1989b, Apr). Male and Female Condoms. *British Journal of Family Planning*, 15 (1 Suppl), 14-17.

*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*

Bounds, W., Guillebaud, J., Stewart, L. & Steele, S. (1988, Oct). A Female Condom (Femshield): A Study of Its User-acceptability. *British Journal of Family Planning*, 14 (3), 83-87.

[Editorial] (1992, Oct). The Female Condom. *British Journal of Family Planning*, 18 (3), 71.

[Editorial] (1992). Female Condom Launched in UK. *Family Planning Today*, p. 1.

[Editorial] (1988). Female Condom on Trial. *People*, 15 (3), 28.

James, B. & Wejr, P. (1993). The Female Condom. In M. Berger & S. Ray (Eds.), *Women and HIV/AIDS: An International Resource Book. Information, Action and Resources on Women and HIV / AIDS, Reproductive Health and Sexual Relationships* (pp.166-168). London: Pandora Press.

Klitsch, M. (1993, Nov-Dec). Reactions to Female Condom. *Family Planning Perspectives*, 25 (6), 242.

Masters, L., Mostyn, P., Bunting, P. & Welch, J. (1996, Jan.). How Do Attenders of A Genitourinary Medicine Clinic Feel About the Female Condom? *British Journal of Family Planning*, 21 (4), 135-138.

Wellings, K. (2001, Nov). *Teenage Sexual and Reproductive Behavior in Developed Countries. Country Report for Great Britain*. Occasional Report No. 6. New York, NY: The Alan Guttmacher Institute, 78 p.

### ***Ізраїль***

Bachar, R. et al (2002). Attitudes of Mothers Toward Their Daughters' Use of Contraceptives in Israel. *Contraception*, 66 (2), 117-120.

Bamberger, E. et al (2003 Oct). *Chlamydia trachomatis* Infections in Female Soldiers, Israel. *Emerging Infectious Diseases* [serial online]: <<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0100.htm>>, відвідано 11 липня 2008 р.

Barkan, N. (2008). Poll: IDF Soldiers Do Not Take Precautions in Bed: <<http://www.ynetnews.com/articles/0,7340,L-3563514,00.html>>, відвідано 11 липня 2008 р.

Fishman, R. (1999, Nov 27). Condoms Banned from Israel's Anti-AIDS Campaign. *Lancet*, 354 (9193), 1887.

Schenker, J. (1988). Jewish Law and Contraceptive Practice. In B. Runnebaum, T. Rabe & L. Kiesel (Eds.), *Female Contraception: Update and Trends* (pp. 393-397). Berlin: Springer-Verlag.

*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*

Schenker, I., Tamir, P. & Greenblatt, C. (2002, July 7-12). *Sex, Condoms and Substance Use Among High-school Students in the Jewish State*. International Conference on AIDS, 14 (abstract no. WePeC6200).

Soskolne, V. & Maayan, S. (1998). Factors Associated with Nonuse of Condoms in Heterosexual Men and Women attending an HIV Testing Clinic in Israel. *Public Health Reviews*, 26 (2), 175-187.

Standards Institution of Israel (1976, Jan). *Israel Standard: Condoms. SI 386*. Tel Aviv: SII, 5 p.

### **Ірландія**

Catholics for Choice (2007). *Catholic Attitudes on Condoms in the Prevention of HIV and AIDS: Analysis of A Survey in Five Nations for Catholics for Choice*. Washington, D.C.: Catholics for Choice, Belden Russonello & Stewart, 24 p.

### **Іспанія**

Angeles Gómez, M. et al (2007, June). Sexual Behaviour and Contraception in People Under the Age of 20 in Alicante, Spain. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 12 (2), 125–130.

Lameiras Fernandez, M. et al (2005). The Female Condom: A Viability Study Using a Spanish Sample. XVII Congress of Sexology, 2005, July 10-15, Montreal, Canada. Published in the *Journal of Sex Research* (2006, Feb). <[http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m2372/is\\_1\\_43/ai\\_n26791191](http://findarticles.com/p/articles/mi_m2372/is_1_43/ai_n26791191)>, відвідано 11 липня 2008 р.

### **Італія**

Dei, M. et al (2004). The Resistance to Contraceptive Use in Young Italian Women. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 9, 214-220.

Spizzichino, L. et al (2007). The Female Condom: Knowledge, Attitude, and Willingness to Use. The First Italian Study. *Annali dell Istituto Superiore di Sanita*, 43 (4), 419-424.

### **Франція**

Gollub, E. et al (2002). A Community-based Safer-sex Intervention for Women: Results of A Pilot Study in South-eastern France. *Culture, Health & Sexuality*, 4 (1), 21-41.

Prudhomme, M. et al (2005, Nov). Preservatif féminin ou masculin: proposez les deux! *Gynecologie Obstetrique et Fertilité*, 33 (11), 891-897.

### **Угорщина**

Gyarmathy, V. et al (2002, June). Sexual Activity and Condom Use Among Eastern European Adolescents—the Study of Hungarian Adolescent Risk Behaviours. *International Journal of STD & AIDS*, 13 (6), 399-405.

**ЖКС у країнах Європейського регіону ВООЗ: питання поширеності ВІЛ і використання презервативів**

Alary, M. (1993a, June 6-11). *The Multicentre European Study on HIV Infection in Female Sex Workers (FSW). The European Working Group on HIV Infection in Female Prostitutes*. International Conference on AIDS, 9, 89 (abstract no. WS-C08-6).

Alary, M. (1993b, March). HIV Infection in European Female Sex Workers: Epidemiological Link With Use of Petroleum-based Lubricants. European Working Group on HIV Infection in Female Prostitutes. *AIDS*, 7 (3), 401-408.

Cusick, L. (1998, Apr 1). Non-use of Condoms by Prostitute Women. *AIDS Care*, 10 (2), 133-146.

Fox, J. et al (2006, Oct). How Safe Is Safer Sex? High Levels of HSV-1 and HSV-2 in Female Sex Workers in London. *Epidemiology And Infection*, 134 (5), 1114-1119.

Mak, R. (Ed.) (1996). *EUROPAP: European Intervention Projects. AIDS Prevention for Prostitutes*. Gent, Belgium: Academia Press.

Peeters, M., Alary, M., Laga, M. & Piot. P. (1992, July 19-24). Determinants of Condom Use in European Female Sex Workers. The European Working Group on HIV Infection in Female Prostitutes. *International Conference on AIDS*. 8: D497 (abstract no. PoD 5649).

Talbott, J. (2007). Size Matters: The Number of Prostitutes and the Global HIV/AIDS Pandemic. *PLoS ONE*, 2 (6), e543; doi:10.1371/journal.pone.0000543.

Vandepitte, J. et al (2006, June). Estimates of the Number of Female Sex Workers in Different Regions of the World. *Sexually Transmitted Infections*, 82 Suppl 3, iii,18-25.

Verster, A. et al (2001). Prevalence of HIV Infection and Risk Behaviour Among Street Prostitutes in Rome, 1997–1998. *AIDS Care*, 13 (3), 367-372.



**Інформаційний запит до Європейського центру епідеміологічного моніторингу СНІДу, Європейського товариства з контрацепції та «Компанії жіночого здоров'я», а також результати листування з провідними фахівцями в галузі**

Date: July 5, 2008

To: [ecdc.hiv-sti@ecdc.europa.eu](mailto:ecdc.hiv-sti@ecdc.europa.eu) (EuroHIV)

CC: [escentraloffice@contraception-esc.com](mailto:escentraloffice@contraception-esc.com) (European Society of Contraception)

BCC: [info@femalehealth.com](mailto:info@femalehealth.com) (Female Health Company)

Subject: Request from Ukraine

Dear Madam/Sir:

My name is Dick Kyselov, Kiev, Ukraine, and I am working on a pre-programming Review of the Female Condom User Effectiveness in Preventing HIV/STD Transmission in the WHO European Region for the International HIV/AIDS Alliance in Ukraine.

Unfortunately, my Web search in such public databases as Popline and PubMed failed to be successful. That is why I am writing to you.

I would appreciate any information you may wish to share on the research of female condom user effectiveness in preventing HIV/STD transmission in European countries in 1999-2008, including useful Web-links and bibliographies.

Thank you very much in advance for handling this request. I am looking forward to hearing from you soon.

Cordially,  
Dick Kyselov  
Kiev, Ukraine

**Відповідь головного редактора «Європейського журналу контрацепції та охорони репродуктивного здоров'я» (*European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*) Жана-Жака Амі**

Date: July 9, 2008

From: "Jean-Jacques Amy" <[jeanjacques.amy@skynet.be](mailto:jeanjacques.amy@skynet.be)>

To: [vkyselov@mail.ru](mailto:vkyselov@mail.ru)

Subject: Re: Request from Ukraine

Dear Mr. Kyselov,

Your message of 5th July was forwarded from the Editorial Office to me. I have no information that could be useful to you. Maybe Dr. Maria Lameiras Fernandez from Spain ([lameiras@uvigo.es](mailto:lameiras@uvigo.es)) could help you. I wish you every success in your endeavour and remain

Yours, sincerely,  
Prof. em. Jean-Jacques Amy,

Editor-in-Chief, *Eur J Contracept Reprod Health Care*.

**Відповідь референта з програмних заходів Ірландської асоціації з планування сім'ї Меган Доєрті**

Date: July 18, 2008

From: "Meghan Doherty" <meghan@ifpa.ie>

To: vkyselov@mail.ru

Subject: Re: Request from Ukraine

Dear Dick,

Thank you for your email. Unfortunately, the female condom is not readily available in Ireland and there have been no studies or research that I am aware of into its prevalence here. You may wish to contact the FPA in the UK as they may have more information (<http://www.fpa.org.uk>).

Good luck with your search and I'm sorry I couldn't be more helpful.

Meghan Doherty  
Policy Officer

Irish Family Planning Association  
60 Amiens Street  
Dublin 1  
Ireland.  
T: + 353 1 806 9444  
F: + 353 1 806 9445  
<http://www.ifpa.ie>

**Відповідь доктора Марії Ламейрас Фернандес з Університету Віго (Іспанія)**

Date: July 23, 2008

From: "Maria Lameiras" <lameiras@uvigo.es>

To: vkyselov@mail.ru

Subject: RE: Peticion desde Ucrania

Dear Dick,

I apologise for the delay in my response. I am pleased to know that there are others interested in the topic of the female condom. I have been working on this topic for many years and I have published articles mainly in Spanish. However, I am attaching one of my papers in English and a bibliography review from 2000-2007.

If you need further information or assistance, feel free to contact me.

Yours sincerely,  
Maria Lameiras Fernandez  
Universidad de Vigo-Campus Ourense  
Las Lagunas s/n  
32004 Ourense  
Tf: 0034 988 387121  
Fax: 0034 988 387150  
Spain

**Відповідь керівника інформаційно-бібліотечної служби Британської асоціації з планування сім'ї Маргарет Макговерн**

Date: July 24, 2008

From: "Margaret McGovern" <margaretm@fpa.org.uk>

To: vkyselov@mail.ru

Subject: RE: Female Condom Enquiry

Dear Mr Kyselov,

Thank you for your enquiry about UK studies of user effectiveness of the female condom.

Clinical guidelines are produced by the Clinical Effectiveness Unit of the Faculty of Sexual and Reproductive Health Care (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists), and as these are evidence based, I have looked first at their guidance on Female Barrier Methods.

This states that "Little is known about the effectiveness of female barrier methods in preventing the acquisition of [HIV/AIDS]. No studies have directly investigated whether female condoms prevent HIV transmission. Nevertheless, laboratory studies suggest that polyurethane condoms (male and female) protect against STIs" [plus refs]. The guidance is available on their website at <http://www.ffprhc.org.uk/admin/uploads/CEUGuidanceFemaleBarrierMethods072007.pdf>

The take-up of the female condom has been very low in the UK, which may be why no specific research of this type has taken place here in recent years. The website of the Female Health Company includes some country specific information, but this doesn't include the UK.

I hope that this information will be of some help, but do let me know if you need anything further.

Kind regards,  
Margaret McGovern

Information and Library Manager  
FPA  
50 Featherstone St  
London  
EC1Y 8QU  
Tel: 020-7608-5282

#### **14. Узагальнений звіт за результатами фокус-групових дискусій з соціальними працівниками та ЖКС щодо поінформованості про фемідоми та можливостей їх використання**

Фокус-групові дискусії були проведені у червні 2008 р. у м. Одеса та Макіївка (Донецька область).

##### **Кількість фокус-групових інтерв'ю**

	<b>Одеса</b>	<b>Макіївка</b>	<b>Разом</b>
Кількість фокус-групових дискусій з соціальними працівниками	1	1	<b>2</b>
Кількість учасників фокус-груп для соціальних працівників	7	8	<b>15</b>
Кількість фокус-групових дискусій з	1	1	<b>2</b>
Кількість учасників фокус-груп для ЖКС	8	8	<b>16</b>

Фокус-групові дискусії були проведені згідно спеціально розробленого співробітниками Альянсу-Україна плану.

##### **Узагальнені висновки за результатами фокус-групових дискусій з ЖКС**

Учасники ФГ в Одесі та Макіївці не впізнали фемідом ні в упаковці, ні без неї. Після презентації заявили, що їм нічого невідомо про фемідоми. Лише одна учасниця в Одесі та одна в Макіївці сказали, що чули про фемідоми. Ніхто з ЖКС ніколи не використовували фемідом і не чули, щоб хтось його використовував серед ЖКС та їх клієнтів. Одна учасниця із Макіївці навіть пробувала використовувати фемідом, проте нічого не вийшло – не змогла правильно його вставити.

Після обговорення можливостей використання фемідома усі учасниці зацікавилися даним видом презервативів і виявили бажання використати його на практиці зі своїми клієнтами. Основний мотив використання фемідома – цікавість та бажання відчутти нові відчуття. На думку опитаних ЖКС в Одесі 80% клієнтів також могли б погодитися використати фемідом для урізноманітнення відчуттів, що може сприяти збільшенню попиту на секс-послуги. Крім цього, можливо, використання фемідома буде можливим з тими клієнтами, які відмовляються використовувати чоловічий презерватив.

Усі учасниці фокус-груп погодилися, що якщо буде пілотний проект щодо використання фемідома для профілактики ВІЛ/ПСШ, то, мабуть, вони візьмуть в ньому участь.

### **Узагальнені висновки за результатами фокус-групових дискусій з соціальними працівниками**

4 з 7 учасників фокус-групи в Одесі сказали, що знають про фемідоми – бачили в Інтернеті, по телебаченню (художній фільм), читали в журналах. Учасники в Макіївці не знайомі з фемідомами і до цього моменту не чули про нього. Щодо використання фемідомів ЖКС учасникам фокус-груп не відомо.

На думку опитаних соціальних працівників, якщо фемідоми будуть роздаватися безкоштовно, більшість ЖКС погодяться використовувати фемідоми в своїй роботі через цікавість та якщо клієнти не хочуть використовувати чоловічі презервативи або ж не мають достатньої потенції.

Проте, соціальні працівники з Макіївки висказали побоювання щодо використання фемідомів в умовах вулиці, де працюють ЖКС – відсутність гігієни, приміщення для зміни фемідомів тощо.

### **Аргументи, що були висловлені соціальними працівниками на користь використання фемідомів для профілактики ВІЛ/ПСШ серед ЖКС:**

- ✓ Можливість використання фемідома за 8 годин до статевого контакту,
- ✓ Якість фемідома,
- ✓ Можливість використання під час «критичних днів»;
- ✓ Можливість використовувати без відома клієнта,
- ✓ Можна використовувати при слабкій ерекції,
- ✓ Можливість використання як додаткової сексуальної іграшки.

### **Аргументи проти використання фемідомів:**

- ✓ Немає належних умов для зміни фемідомів в умовах вулиці,
- ✓ Відсутність умов для гігієнічних процедур в умовах вулиці,
- ✓ Можливість використання фемідома неодноразово, повторно,
- ✓ Можливо використання одночасно двох презервативів – фемідома та чоловічого презерватива,
- ✓ Може зісковзувати при використанні,
- ✓ Його видно ззовні,
- ✓ Знижує чутливість,
- ✓ Кільця можуть викликати дискомфорт,
- ✓ Можливі негативні реакції з боку клієнтів, які не знають про фемідоми.

### **Рекомендації соціальних працівників перед впровадженням пілотного проекту щодо використання фемідомів для профілактики ВІЛ/ПСШ:**

- ✓ Необхідно підготувати спеціальний інформаційний матеріал для соціальних працівників щодо використання фемідомів у профілактичній роботі,
- ✓ Необхідно розробити спеціальний буклет для клієнтів ЖКС щодо фемідомів.

## **15. Узагальнений звіт за результатами робочої зустрічі щодо організації пілотних проектів з профілактики ВІЛ/ПСШ серед ЖСБ із застосуванням фемідомів**

Зустріч проходила 23-24 червня 2008 р. У зустрічі брали участь представники регіональних організацій, що працюють з ЖКС.

### **Основні завдання робочої зустрічі:**

- Обговорення досвіду використання фемідомів за кордоном та в Україні.
- Обговорення програми пілотних проектів (мета, завдання, очікувані результати, показники охоплення тощо).
- Розробка показників ефективності та методики їх оцінки.

Учасникам представлено презентації щодо міжнародного досвіду використання жіночих презервативів у профілактиці ВІЛ/ПСШ та результатів фокус-групових дискусій з ЖКС та соціальними працівниками в Одеській та Донецькій областях щодо можливостей використання фемідомів у профілактичній роботі НУО.

Під час дискусії щодо можливостей використання фемідомів у профілактиці ВІЛ/ПСШ в Україні учасники висловили наступні застереження:

- Серед ЖКС є значна частина тих, які під час надання сексуальних послуг клієнтам вживають ін'єкційні наркотики та алкоголь, що значно знижує контроль за поведінкою і може призвести до незахищених статевих стосунків, тобто вони фемідом використовувати не будуть.
- Ті ЖКС, які під час надання сексуальних послуг клієнтам вживають ін'єкційні наркотики та алкоголь, можуть не міняти фемідом після статевих контактів і використовувати його для кількох статевих контактів, що може призвести до інфікування клієнтів ЖКС.
- Трасовим ЖКС буде важко дотримуватись санітарно-гігієнічних норм використання фемідома. Крім цього, умови роботи цих ЖКС не дають можливості міняти фемідом після кожного статевого акту, особливо це стосується холодних місяців року.
- Відсутність досвіду використання фемідомів серед клієнтів ЖКС може викликати агресію з боку таких клієнтів щодо ЖКС, які їх використовують.
- Використання ЖКС фемідомів може «витіснити» чоловічі презервативи.
- В умовах недотримання санітарно-гігієнічних норм при використанні фемідомів ЖКС можливе інфікування самих ЖКС та збільшення кількості «жіночих» захворювань.
- Фемідом призначений тільки для вагінального сексу, тому не може використовуватися при інших видах сексуальних контактів. Відсутність чоловічих презервативів при цьому робить сексуальні контакти небезпечними.
- Велика вірогідність некоректного використання у «польових» умовах праці ЖКС.
- Неможливість моніторингу та оцінки використання фемідомів ЖКС під час пілотного проекту.
- Для того, щоб «утримати» ЖКС у пілотному проекті та мотивувати їх на участь в оцінці необхідне заохочення ЖКС.

*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*

Зважаючи на дані застереження, учасники запропонували не проводити пілотного проекту щодо використання жіночих презервативів у профілактиці ВІЛ/ПСПШ, а якщо проводити, то обговорити умови пілотного проекту та його можливі наслідки на національному рівні з залученням усіх зацікавлених сторін.

Незважаючи на негативне ставлення учасників зустрічі щодо пілотного проекту, було обговорено програму пілотного проекту та його основні організаційні етапи. Було визначено, що пілотний проект буде тривати 10-12 місяців.

**Орієнтовний графік пілотного проекту:**

Навчання соціальних працівників та координаторів	1 місяць – жовтень 2008 р.
Базова оцінка	Жовтень – листопад 2008 р.
Розповсюдження фемідомів серед квартирних ЖКС та використання ними фемідомів	<b>(1 хвиля)</b> Листопад 2008 р. – серпень 2009 р.
Оцінка використання фемідомів квартирними ЖКС	Вересень – жовтень 2009 р.
Розповсюдження фемідомів серед трасових ЖКС та використання ними фемідомів	<b>(2 хвиля)</b> Квітень – жовтень 2009 р.
Оцінка використання фемідомів трасовими ЖКС	Листопад – грудень 2009 р.
Підготовка звіту за результатами пілотного проекту	Січень – лютий 2009 р.

В пілотному проекті в якості роздаткових матеріалів разом з фемідомами пропонувалось розповсюджувати інструкцію щодо використання фемідома, інформаційний буклет про фемідоми, спиртові або антисептичні серветки великих розмірів. Разом з розповсюдженням фемідомів, навіть в пілотному проекті, необхідно обов'язково надавати інформаційні та консультаційні медичні послуги, можна для цього використовувати мобільні амбулаторії.

Для координації пілотного проекту в організаціях пропонується залучити за додаткову платню одного діючого соціального працівника або психолога НДО.

Учасниками зустрічі запропоновано 3 варіанти організації пілотного проекту:

<b>Варіант організації пілоту</b>	<b>Переваги</b>	<b>Недоліки</b>
1) Роздати на усі організації-грантери Альянсу, які працюють з ЖКС, невелику кількість фемідомів та провести дослідження методом фокус-групових інтерв'ю з ЖКС та соціальними працівниками через 5-6 місяців.	Дешевизна, самий простий спосіб	Недостовірність результатів оцінки, не репрезентативність вибірки, складність моніторингу
2) Розробити методологію оцінки	Достовірність	Велика тривалість

<p>охоплення та ефективності розповсюдження та використання фемідомів, як засобу профілактики ВІЛ/ПСПШ серед ЖКС. Вибрати 2-3 НДО для пілотного проекту. Провести повноцінний пілотний проект з базовою, проміжною та заключною оцінками.</p>	<p>результатів</p>	<p>оцінки та пілотного проекту, велике залучення фахівців Департаменту політики та комунікацій, а також координаторів від НДО, неможливість утримати у вибірці ЖКС через сезонну міграцію</p>
<p>3) Вибрати шляхом тендеру дослідницьку організацію, яка проведе оцінку з використанням контрольних груп.</p>	<p>Достовірність результатів, репрезентативність вибірки, науковий підхід</p>	<p>Велика тривалість оцінки та пілотного проекту, вартість дослідження</p>

Питання щодо пілотного проекту та можливостей оцінки охоплення та ефективності розповсюдження та використання фемідомів, як засобу профілактики ВІЛ/ПСПШ серед ЖКС винесено на зустріч зацікавлених сторін щодо обговорення досягнень та визначення основних перепон впровадження ефективної профілактичної діяльності серед жінок комерційного сексу (ЖКС) в рамках Програми Глобального фонду.

Зважаючи на результати фокус-групових дискусій з ЖКС та соціальними працівниками, учасники запропонували взяти до уваги при розробці пілотного проекту їх рекомендації щодо підготовки спеціальних інформаційних матеріалів з використання фемідомів для соціальних працівників та клієнтів ЖКС<sup>39</sup>.

<sup>39</sup> Буклет щодо використання фемідомів для ЖКС розроблений та пройшов тестування на цих фокус-групах.



(<http://www.rusmedserv.com/forums/showthread.php?p=408334> від 21.12-26.12.2007 р.):

Агапов С.А.,  
дерматовенеролог,  
Ростов-на-Дону

переклад та редакція  
В. Кисельова

## Нові дані щодо ефективності (чоловічих) презервативів у профілактиці ІПСШ

Минуло 7 років з того часу, коли була опублікована доповідь чотирьох урядових агентств США (Агентства з міжнародного розвитку США, Управління з контролю за продуктами харчування та ліками, Центру контролю захворювань і Національного інституту охорони здоров'я) «Наукові докази ефективності використання презервативів у профілактиці ІПСШ» (*Scientific Evidence on Condom Effectiveness for STD Prevention*, 2000, (<http://www.niaid.nih.gov/dmid/stds/condomreport.pdf>)), що набула широкого розголосу. Протягом цього періоду було проведено чимало досліджень з даної проблематики. Вони дозволяють зробити декілька наступних загальних висновків:

- Після опублікування доповіді робочої групи у 2000 р. з'явилися нові дані про неповну ефективність чоловічих презервативів у попередженні ВІЛ-інфекції.
- Зокрема не підтвердилися дані про повну ефективність презервативів у попередженні гонококової інфекції.
- Також, як і в доповіді 2000 року, не підтвердилася цілковита захисна ефективність презервативів від хламідійної інфекції.
- Проте з'явилися повідомлення про ефективність чоловічих презервативів у попередженні зараження жінок генітальним герпесом і папіломавірусною інфекцією.
- Ризик зараження при використанні презерватива в анальному сексі вище, ніж у вагінальному.
- Досі немає доказів цілковитої ефективності чоловічих презервативів у попередженні інфікування генітальними мікоплазмами.
- Вибір марки презерватива не є визначальним фактором його ефективності.

## Ефективність презервативів у попередженні ВІЛ-інфекції

Davis & Weller (1999) повідомляють, що ефективність чоловічого презерватива з точки зору попередження передачі ВІЛ-інфекції складає приблизно 87% (від 60% до 96%). Weller & Davis-Beaty (2001) наводять дані, що постійне використання презервативів при гетеросексуальних контактах знижує ризик інфікування ВІЛ лише на 80%.

## Ефективність презервативів у попередженні гонококової та хламідійної інфекції

Warner et al (2004) наводять дані, що при відомому джерелі зараження за умови постійного використання чоловічого презерватива інфікування гонореєю та

хламідіозом має місце в 30,3 % випадків, при непостійному використанні презерватива — в 42,7 %, при невідомому джерелі зараження — відповідно в 23,8 % і 25,2 %. Ті ж автори (2007) повідомляють, що в 16,2% випадків інфікування гонореєю та хламідіями не залежить від таких факторів, як пізнє надягання презерватива, розрив презерватива, передчасне зняття презерватива або його зісковзування. Niccolai et al (2005) наводять дані, що інфікування хламідійною інфекцією при відомому джерелі зараження за умови постійного використання презерватива відбувається в 13,3%, за умови непостійного використання — в 34,4%. При невідомому джерелі зараження інфікування хламідіозом відбувається відповідно у 10,3% і 8,7% випадків. Crosby et al (2003) виявили серед дівчат-підлітків, які повідомляли про постійне (100%) використання презерватива, 17,8% з позитивними тестами на хламідіоз, гонорею та трихомоніаз порівняно з 30,0% позитивних тестів на ці інфекції у дівчат-підлітків, які повідомляли про непостійне використання презервативів їхніми статевими партнерами. Hocking & Fairley (2006) повідомляють, що при постійному використанні презерватива зараження хламідійною інфекцією при анальному сексі наступало у 8,6 % випадків у ЧСЧ порівняно з 6,8% у гетеросексуальних чоловіків.

### **Ефективність презервативів у попередженні папіломавірусної інфекції**

Winer et al (2006) повідомляють, що інфікування жінок папіломавірусною інфекцією при постійному використанні презерватива їхніми партнерами відбувалося в 37,8 %, а у жінок, статеві партнери яких не користувалися презервативом — в 89,3 %. Цікаво, що постійне використання презервативів статевими партнерами жінок з CIN1 протягом 2 років збільшувало відсоток регресії CIN. Регресія CIN у групі користувачів презерватива наступила в 53% випадків порівняно з 35% жінок, статеві партнери яких не користувалися презервативом (Hogewoning et al, 2003).

### **Ефективність презервативів у попередженні генітального герпесу**

Wald et al (2001) наводять дані, що у 25% випадків використання чоловічих презервативів попереджує зараження генітальним герпесом жінок, але не чоловіків. В нещодавньому дослідженні (2005) ті ж автори повідомляють про нижчий ризик зараження генітальним герпесом у групах, які постійно користувалися презервативами, на відміну від груп, де вони використовувалися спорадично.

### **Ефективність презервативів у попередженні інфікування генітальними мікоплазмами**

Pingmin, Yueru & Jiwen (2005) повідомляють про виявлення у 16,67% ЖКС, які постійно користувалися чоловічим презервативом генітальних мікоплазм (*Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*) порівняно з 77,78%, які ніколи не користувалися чоловічим презервативом і 34,72% ЖКС, які користуються ним нерегулярно.

### **Вибір марки презерватива не впливає на його ефективність**

Steiner et al (2006) встановили, що інфікування хламідійною, гонококовою інфекцією та трихомоніазом серед групи чоловіків, які використовували виключно популярні

*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*

марки презервативів, складає 21%, що не є значущим порівняно з групою чоловіків, які користувалися будь-якими іншими «стандартними» презервативами (17% інфікування).

### **Основні причини неповної ефективності використання чоловічих презервативів**

Цілком природно, що такі значущі цифри неефективності використання презервативів (для ВІЛ-інфекції до 20%, для гонококової, хламідійної інфекції та трихомоніазу до 30%, для генітального герпесу до 70%, для генітальних мікоплазм до 20%), виявлені вищенаведеними статистичними дослідженнями, змушують замислитися над можливими причинами цього сумного явища. В цілому всі зареєстровані випадки неповної ефективності використання чоловічих презервативів для попередження вагітності та ПСШ можна звести до трьох причин:

1. Неправильне використання презерватива.
2. Механічні пошкодження презерватива/механічні проблеми — розрив і зісковзування.
3. Порушення проникності стінок (оболонки) презерватива для вірусів і бактерій.

### **Неправильне використання презерватива**

Однією з основних причин неповної ефективності використання презервативів, на думку багатьох дослідників, є його неправильне використання. Warner, Clay-Warner, Boles & Williamson (1998) повідомляють, що у числі найчастіших помилок було неправильне надягання презерватива (спермоприймачем усередину) та його подальше переодягання в процесі статевого акту (13%), надягання презерватива під час статевого акту (2,6%), зняття презерватива ще до завершення статевого акту (1,5%). Crosby et al (2002) провели аналіз помилок користування чоловічими презервативами і наводять такі цифри: у 43% випадків, що розглядалися, презервативи надягалися під час статевого акту, в 15% знімалися ще до його завершення, в 40% в надягнутому презервативі не залишали місця для збирання сперми, а в 30% випадків презерватив надягався «навиворіт». Sanders, Graham, Yarber & Crosby (2003) вивчали питання, чи правильно надягають жінки чоловічий презерватив своєму статевому партнеру. Виявилось, що в 51% випадків жінки надягали презерватив своєму статевому партнеру під час статевого акту, в 15% знімали його ще до завершення, в 40% не залишали місця для збирання сперми, а в 30% надягали презерватив «навиворіт», в 26% випадків не використовували лубрикант, а в 15% змашували презерватив водою. Warner, Clay-Warner, Boles & Williamson (1998) вважають, що саме неправильне використання презерватива призводить у 13% випадків від загальної кількості використання презервативів до вагітності та зараження ПСШ.

### **Механічні пошкодження презерватива/механічні проблеми використання**

Наступною найчастішою причиною неповної ефективності використання презерватива є механічні пошкодження презерватива — розрив і зісковзування. Richters, Gerofi & Donovan (1995) наводять дані про те, що розрив презерватива трапляється в 4,9%, а зісковзування в 3,1% всіх випадків його використання. Messiah, Dart, Spencer & Warszawski (1997) повідомляють, що розриви спостерігаються в 3,4%,

а зісковзування в 1,1%. Rosenberg & Waugh (1997) проводили дослідження відомого бренду Durex Ramses та підраховали, що розрив презервативів спостерігався лише в 0,41%, а зісковзування – в 0,68% випадків використання. Frezieres et al (1999) порівнювали ефективність чоловічих поліуретанових презервативів і презервативів з латексу. В результаті дослідження розриви та зісковзування поліуретанових презервативів складала 8,6% проти 1,6% для презервативів із латексу, хоча частість настання вагітності при постійному використанні презервативів дорівнювала 4,8% для поліуретанових презервативів і 6,3% для латексних. Macaluso et al (2002) при дослідженні 21 852 випадків використання презервативів виявили, що частість розривів складала 2,3%, а зісковзування — 1,9%. Walsh et al (2003a) повідомляють, що нелатексні презервативи розриваються та зісковзують частіше, ніж латексні: 4% проти 1,3%. Відсоток ризику вагітності при постійному використанні презервативів моногамними парами склав для нелатексних презервативів 10,8%, а для презервативів із латексу – 6,4%. Potter & de Villemeur (2003) наводять дещо протилежні дані — 0,6% розривів для поліуретанових презервативів і 1,3% для латексних., хоча поліуретанові презервативи все ж зісковзували частіше, ніж латексні (1,1% проти 0,5%). Valappil et al (2005) порівнювали частоту розривів і зісковзування чоловічих і жіночих презервативів. Розриви жіночих презервативів спостерігалися рідше, ніж чоловічих — 0,1% проти 3,1%, проте жіночі презервативи зісковзували значно частіше, ніж чоловічі (5,6% проти 1,1%). Crosby et al (2007) наводять дані, що 31,1% випадків зараження ППСШ пов'язано з механічним пошкодженням чоловічого презерватива та/або його зісковзуванням.

### **Порушення проникності стінок (оболонки) презерватива**

Це найгостріше питання, тому що, за повідомленнями різних дослідників, зараження ППСШ може спостерігатися при правильному використанні презерватива й без порушення його цілісності. Точну статистику важко отримати через те, що до уваги беруться лише повідомлення пацієнтів без будь-яких подальших об'єктивних доказів. Отож було проведено низку експериментальних досліджень, щоб виявити, чи оболонка презерватива є проникною для вірусів і бактерій.

### **Експериментальне дослідження оболонки презерватива щодо проникнення вірусів і бактерій in vitro**

Для дослідження проникнення вірусів через оболонку (стінки) презерватива використовується метод, запропонований Lytle, Routson & Cyr ще в 1992 р. В основі цього методу лежить визначення  $\phi$   $\chi$  бактеріофагу X174, що має розмір 25 нм (може бути порівняним із розмірами вірусів), концентрація якого вимірювалася в середовищі усередині презерватива та поза ним після тестування презерватива в запропонованому авторами приладі при заданих параметрах, що імітують статевий акт — тиск, температура, тривалість експозиції. Voeller, Nelson & Day (1994) досліджували кілька марок латексних презервативів. Усі презервативи марки Protex Contrasept Plus давали витік бактеріофагу. Інші протестовані презервативи давали просочування бактеріофагу від 0,9% до 22,8%. Наприклад, презервативи марки Ramses Non-Lubricated давали витік у 0,9%, Mentor — в 4%, а LifeStyles Conture — в 6,3% випадків. Lytle et al (1997) визначили значуще просочування бактеріофагу у 2,6% латексних і поліуретанових презервативів, що тестувалися, і не знайшли

*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*

статистично значущої різниці між ними. Sierra, Gaona de Hernandez & Rey (2005) виявили просочування бактеріофагу Х174 в 4 поліолефинових презервативах із 60 та в 1 латексному презервативі з 20.

### **Експериментальне дослідження оболонки презерватива щодо проникнення вірусів і бактерій in vivo**

Проте доказів того, що оболонка презерватива є проникною для живих мікроорганізмів у лабораторних умовах, недостатньо, щоб стверджувати, що презервативи неефективні при їхньому безпосередньому використанні під час статевого акту. Тому Lawson et al (1998) після вивчення трьох маркерів сперми—кислої фосфатази (AP), простатоспецифічного антигену (PSA) та плазматичного антигену сперми людини (MHS-5) —дійшли висновку про доцільність використання PSA для вивчення бар'єрних функцій презерватива. PSA має молекулярну вагу 30 kDa, що може бути порівняно з молекулярною масою вірусів, а його рівень у піхвовому виділяемому незрівнянно менше, ніж у спермі (незначний вміст PSA у жінок пов'язаний з наявністю рудиментарної жіночої простати — залози Скена). Після цього відкриття з'явилися дослідження, які довели, що оболонка презервативів в цілому ряді випадків є проникною для PSA-антигену. У процесі експериментів перед статевим актом (зазвичай за 2 доби) замірявся рівень PSA у піхві, який потім порівнювався з рівнем PSA після статевого акту з використанням презерватива. Walsh et al (1999) виявили високий рівень PSA у посткоїтальних піхвових виділеннях у 2% випадків після статевого акту з цілим презервативом, відсоток виявлення різко зростав до 41% при використанні презервативів, в яких навмисно робилися поодинокі проколи діаметром 1 мм. Walsh et al (2003b) виявили значущий рівень PSA в 17 примірниках посткоїтального піхвового виділяемого без ознак сперми в 830 випадків. Ті ж автори в 2004 р. виявили високий рівень PSA в посткоїтальних піхвових виділеннях у 1,2% випадків при тестуванні трьох марок латексних презервативів із додержанням умови їхньої цілісності.

### **Висновки**

Таким чином, наведені вище результати статистичних та експериментальних досліджень підтверджують, що чоловічі презервативи не забезпечують повної (100%) ефективності попередження ПСШ, але їхнє правильне та постійне використання може значно знизити ризик інфікування. Посилання та бібліографія

### ***Посилання та бібліографія***

Carey, R., Lytle, C. & Cyr, W. (1999, April). Implications of Laboratory Tests of Condom Integrity. *Sexually Transmitted Diseases*, 26 (4), 216-220.

Civic, D. et al (200, December). Ineffective Use of Condoms Among Young Women In Managed Care. *AIDS Care*, 14 (6), 779-788.

Crosby, R. et al (2007). Men With Broken Condoms: Who And Why? *Sexually Transmitted Infections*, 83, 71-75.

*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*

Crosby, R. et al (2003, June). Value of Consistent Condom Use: A Study of Sexually Transmitted Disease Prevention Among African American Adolescent Females. *American Journal of Public Health*, 93 (6), 901–902.

Crosby, R. et al (2002, September). Condom Use Errors and Problems Among College Men. *Sexually Transmitted Diseases*, 29 (9), 552-557.

Davis, K. & Weller, S. (1999, November/December). The Effectiveness of Condoms in Reducing Heterosexual Transmission of HIV. *Family Planning Perspectives*, 31 (6).

Freziers, R. et al (1999, March-April). Evaluation of the Efficacy of A Polyurethane Condom: Results from A Randomized, Controlled Clinical Trial. *Family Planning Perspectives*, 31 (2), 81-87.

Guigon, P. et al (2005). In Vitro Studies of Factors Possibly Influencing the Performance of Latex Condoms. *Medicine Tropicale (Mars)*.

Hocking, J. & Fairley, Ch. (2006, April). Associations Between Condom Use and Rectal Or Urethral Chlamydia Infection in Men. *Sexually Transmitted Diseases*, 33 (4), 256-8.

Hogewoning, C. et al (2003, December). Condom Use Promotes Regression of Cervical Intraepithelial Neoplasia and Clearance of Human Papillomavirus: A Randomized Clinical Trial. *International Journal of Cancer*, 107 (5), 811-6.

Lawson, L. et al (1998). Objective Markers of Condom Failure. *Sexually Transmitted Diseases*, 25, 427–432.

Lytle, C. et al (1997, March). An In Vitro Evaluation of Condoms As Barriers To A Small Virus. *Sexually Transmitted Diseases*, 24 (3), 161-4.

Lytle, C., Routson, L. & Cyr, W. (1992 September). A Simple Method to test condoms for penetration by viruses. *Applied and Environmental Microbiology*, 58 (9), 3180-3182.

Macaluso, M. et al (2007). Efficacy of the Male Latex Condom and of the Female Polyurethane Condom As Barriers To Semen During Intercourse: A Randomized Clinical Trial. *American Journal of Epidemiology*, 166 (1), 88-96.

Macaluso, M. et al (1999a). Prostate-specific Antigen in Vaginal Fluid As A Biologic Marker of Condom Failure. *Contraception*, 59 (3), 195–201.

Macaluso, M. et al (1999b). Mechanical Failure of The Latex Condom in A Cohort of Women at High STD Risk. *Sexually Transmitted Diseases*, 26 (8), 450-458.

Messiah, A., Dart, T., Spencer, B. & , and J Warszawski, J. (1997, March). Condom Breakage and Slippage During Heterosexual Intercourse: A French National Survey. French National Survey on Sexual Behavior Group (ACSF). *American Journal of Public Health*, 87 (3), 421–424.

- Niccolai L. et al (2005). Condom Effectiveness for Prevention of Chlamydia Trachomatis Infection. *Sexually Transmitted Infections*, 81, 323–325.
- Pingmin, W., Yuepu, P. & Jiwen, Z. (2005). Prevalence Survey on Condom Use and Infection of Urogenital Mycoplasmas In Female Sex Workers In China. *Contraception*, 72 (3), 217-220.
- Pinkerton, S. & Abramson, P. (1997). Effectiveness of Condoms In Preventing HIV Transmission. *Social Science & Medicine*, 44 (9), 1303–1312.
- Potter, W. & de Villemeur, M. (2003). Clinical Breakage, Slippage and Acceptability of A New Commercial Polyurethane Condom: A Randomized, Controlled Study. *Contraception*, 68 (1), 39-45.
- Richters, J., Gerofi, J. & Donovan B. (1995, January-February). Why Do Condoms Break Or Slip Off In Use? An Exploratory Study. *International Journal of STD & AIDS*, 6 (1), 11-18.
- Rosenberg, M. & Waugh, M. (1997, July). Latex Condom Breakage and Slippage In A Controlled Clinical Trial. *Contraception*, 56 (1), 17-21.
- Sanders, S., Graham, C., Yarber, W., & Crosby, R. (2003). Condom Use Errors and Problems Among Young Women Who Put Condoms On Their Male Partners. *Journal of American Medical Women's Association*, 58 (2), 95-98.
- Sierra, O., Gaona de Hernandez, M. & Rey, G. (2005, diciembre) Determinación de la permeabilidad viral de los condones de membrana de poliolefina al bacteriófago X174. *Biomedica*, revista del Instituto Nacional de Salud de Colombia, 25 (4), 603-608.
- Smith, A. et al (1998, June). Does additional lubrication affect condom slippage and breakage? *International Journal of STD & AIDS*, 9 (6), 330-335.
- Steiner, M. et al (2006, January). Does A Choice of Condoms Impact Sexually Transmitted Infection Incidence? A Randomized, Controlled Trial. *Sexually Transmitted Diseases*, 33 (1):31-35.
- Steiner, M. et al (2003). Invited Commentary: Condom Effectiveness—Will Prostate-specific Antigen Shed New Light on This Perplexing Problem? *American Journal of Epidemiology*, 157, 298-300.
- Valappil, T. et al (2005). Female Condom and Male Condom Failure Among Women At High Risk of Sexually Transmitted Diseases. *Sexually Transmitted Diseases*, 32 (1), 35-43.
- Voeller, B., Nelson, J. & Day, C. (1994, June). Viral Leakage Risk Differences in Latex Condoms. *AIDS Research And Human Retroviruses*, 10 (6), 701-710.
- Wald A. et al (2005, November). The Relationship between Condom Use and Herpes Simplex Virus Acquisition. *Annals of Internal Medicine*, 143 (10), 707-713.

- Wald A. et al (2001, June). Effect of Condoms on Reducing the Transmission of Herpes Simplex Virus Type 2 From Men to Women. *Journal of the American Medical Association*, 285 (24), 3100-3106.
- Walsh, T. et al (2004). Effectiveness of The Male Latex Condom: Combined Results For Three Popular Condom Brands Used As Controls In Randomized Clinical Trials. *Contraception*, 70 (5), 407-413.
- Walsh, T. et al (2003a). Evaluation of The Efficacy of A Nonlatex Condom: Results from A Randomized, Controlled Clinical Trial. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35 (2), 79-86.
- Walsh, T. et al (2003b). Use of Prostate-specific Antigen (PSA) To Measure Semen Exposure Resulting from Male Condom Failures: Implications for Contraceptive Efficacy and the Prevention of Sexually Transmitted Disease. *Contraception*, 67 (2), 139-150.
- Walsh, T. et al (1999, November). Evaluation of Prostate-specific Antigen As A Quantifiable Indicator of Condom Failure In Clinical Trials. *Contraception*, 60 (5), 289-98.
- Warner, L. et al (2008). Problems with Condom Use among Patients Attending Sexually Transmitted Disease Clinics: Prevalence, Predictors, and Relation to Incident Gonorrhea and Chlamydia. *American Journal of Epidemiology*, 167 (3), 341-349.
- Warner, L. et al. (2004). Condom Effectiveness for Reducing Transmission of Gonorrhea and Chlamydia: The Importance of Assessing Partner Infection Status. *American Journal of Epidemiology*, 159 (3), 242-251.
- Warner, L., Clay-Warner, L, J. Boles and J. Williamson, J. (1998, July). Assessing Condom Use Practices. Implications for Evaluating Method and User Effectiveness. *Sexually Transmitted Diseases*, 25 (6), 273-277.
- Weller, S. & Davis-Beaty, K. (2001) Condom Effectiveness in Reducing Heterosexual HIV Transmission. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, Art. No.: CD003255.
- Winer, R. et al (2006, June). Condom Use and the Risk of Genital Human Papillomavirus Infection in Young Women. *The New England Journal of Medicine*, 354 (25), 2645-2654



В. Кисельов

квітень 2008 р.

### **Що все ж таки дозволено Зевсу?**

#### **Жіночий презерватив і чоловіки, які займаються сексом з чоловіками**

У той час, як заможні жінки на Заході з надією чекають на появу нового покоління мікробіцидів, а їхні бідніші сестри з Півдня та Сходу заповзято вчаться повторному використанню жіночих презервативів завдяки маркетинговим зусиллям міжнародних урядових та неурядових організацій, в таборі американських чоловіків, які займаються сексом з чоловіками (ЧСЧ), спостерігається деяке поживлення.

Річ у тому, що багатьом з них припала до душі ідея використання фемідома, який виробляється та продається в США чикагською компанією Female Health Company (ФНС) під маркою Reality, в анальному сексі. Оригінальний дизайн жіночого презерватива, на думку активістів руху за рівні права ЧСЧ в США, дає змогу користуватися ним в будь-якому положенні: стоячи, сидячи або лежачи.

Незважаючи на заборону сексу чоловіків з чоловіками майже у половині штатів, вони сподіваються домогтися від Управління з контролю за продуктами харчування та ліками США (УКПХЛ) дозволу на продаж жіночого презерватива для чоловіків.

Використання презерватива Reality була схвалене Управлінням з контролю за продуктами харчування та ліками США як один з бар'єрних методів контрацепції для жінок у 1993 р., але ніхто з урядовців тоді й гадки не мав, щоб подбати про проблеми ЧСЧ і транссексуалів.

Ще на початку 1990-х років Female Health Company розробила аналог цього презерватива спеціально для ЧСЧ. Він мав назву Aegis («Егіда»). Саме так називався щит, який зробив для Зевса бог ковальської справи Гефест зі шкіри корови Амалфеї, — символ надійного захисту. Виробники стверджували, що «Егіда» легко вводиться в анальний отвір, після чого менше за розміром кільце презерватива міцно утримується сфінктером, а друге, більше, залишається назовні. Як і у випадку з Reality, презерватив «Егіда» виготовлявся з поліуретану, а тому не мав обмежень щодо типу змазки, також його можна було вводити за декілька годин до статевого акту. Але проект був закритий, тому що УКПХЛ повідомило президента ФНС Мері Енн Ліпер, що ніколи не ухвалить продукт для ЧСЧ. Щоб не підіймати галасу навколо питання моральності анального сексу серед чоловіків у досі пуританській Америці та не псувати собі репутації, ФНС вирішила зосередити всі сили на розвитку та популяризації свого основного продукту — Reality.

*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*

Таким чином, «ковбоям-опівнічникам», як часто називають себе американські ЧСЧ, поки що не залишається нічого іншого, як користуватися жіночим презервативом на власний страх і ризик без офіційного ухвалення та надійного наукового обґрунтування.

На сьогоднішній день автору цих рядків відомі лише три дослідження прийнятності та безпечності презерватива Reality™ для анального сексу серед американських ЧСЧ (Gibson S. et al, 1999; Gross M. et al, 1999; Renzi, C. et al, 2003).

Renzi et al (2003) порівнювали досвід використання чоловічих латексних кондомів та презервативів Reality в анальних статевих актах серед ВІЛ-серодискордантних (33 ВІЛ-негативних і 5 ВІЛ-позитивних) моногамних пар ЧСЧ за допомогою перехресного дослідження методом випадкової вибірки.

За повідомленнями учасників цього дослідження, жіночі презервативи Reality зісковзували значно частіше за чоловічі латексні. Основні проблеми у порівнянні з використанням чоловічого презерватива, про які повідомляли приймаючі партнери,— це біль або дискомфорт від внутрішнього кільця Reality, а також ректальна кровотеча. Більше 20% опитуваних повідомили про своє бажання використовувати Reality в майбутньому з партнерами з невідомим ВІЛ-статусом.

Більш репрезентативними виявилися дослідження Gibson et al (1999) та Gross et al (1999). У дослідженні Gibson et al (1999) 750 безкоштовних наборів, до яких входили 2 презервативи Reality, інструкція та анкета для самостійного заповнення щодо досвіду використання Reality, а також марковані поштові конверти, були розповсюджені активістами проекту «Зупинимо СНІД» (STOP AIDS) в місцях, де збираються ЧСЧ у Сан-Франциско. 108 анкет було повернуто зі 100 доповідями про використання Reality в анальних статевих актах за останні 6 місяців (147 випадків досвіду приймаючих партнерів і 187 випадків досвіду партнерів, які вводять).

86% учасників повідомили про своє бажання скористатися жіночим презервативом ще раз, а 54% висловили намір користуватися в майбутньому переважно Reality, а не чоловічими кондомами. Найбільшими перевагами Reality вважалося те, що він посилює чутливість під час статевого акту, а також може бути введеним за деякий час до статевого акту. Серед вад називалися труднощі з введенням і висока ціна виробу. Рівень прийнятності був вище серед ВІЛ-позитивних учасників, а також тих, хто має немоногамні контакти або серодискордантних партнерів. Серед основних проблем використання жіночого презерватива називалися труднощі з введенням (33%), подразнення (17%), тенденція до бгання (12%), неприємна на дотик текстура (10%), а також неоковирне шурхотіння (9%). Розрив презервативів спостерігався у 3-х із 334 випадків.

У дослідженні Gross et al (1999) анкети заповнювалися 2277 ВІЛ-серонегативними учасниками в шести містах США. Учасниками дослідження були переважно білі чоловіки з достатньо високим соціальним статусом, які повідомили про свої анальні статеві контакти за останні 6 місяців і пройшли медичний огляд. 145 (13%) з них розказали, що користувалися жіночим презервативом Reality. З 95 приймаючих користувачів 47 (49%) поскаржилися на такі проблеми при використанні Reality, як

біль, дискомфорт, відсутність задоволення (n = 22), труднощі з введенням виробу (n = 11), а також проблемне утримання презерватива в прямій кішці після усунення внутрішнього кільця, що знімається (n = 6). Серед 94 партнерів, які вводять, виявилось 35 (37%) учасників, які поскаржилися на відсутність задоволення (n = 12, при цьому п'ятьом з них не сподобався безпосередній контакт пеніса з внутрішнім кільцем презерватива), та на труднощі з утриманням зовнішнього кільця зовні анального отвору (n = 8) або з введенням пенісу (n = 4). Випадки ректальної кровотечі асоціювалися у 2 приймаючих партнерів і 2 партнерів, які вводять, (n=4) з використанням виробу.

Хоча важко назвати вищенаведені дослідження такими, що репрезентують весь спектр досвіду американських «ковбоїв-опівнічників», можна зробити наступні загальні висновки:

Розриви жіночого презерватива Reality спостерігаються рідше, ніж чоловічих кондомів (що збігається з висновками Valappil et al (2005), які порівнювали частоту розривів і зісковзування чоловічих і жіночих презервативів. В їхньому випадку це співвідношення становило 0,1% проти 3,1%), проте жіночі презервативи зісковзують значно частіше, ніж чоловічі (у дослідженні Valappil et al (2005) це співвідношення становило 5,6% проти 1,1%).

Як і у випадку з інтенсивними пенісно-вагінальними актами, використання жіночого презерватива при анальних статевих актах може потребувати постійного контролю з боку активного партнера, оскільки зовнішнє кільце презерватива може затягуватися у пряму кишку. Тому актуальним є технічне вдосконалення жіночого презерватива, наприклад, заміна внутрішнього кільця досконалішим елементом, з подальшими клінічними випробуваннями. Саме цим зараз займаються науковці та деякі неурядові організації, напр., РАТН.

Хоча на сьогоднішній день не існує надійних статистичних даних, які б порівнювали ефективність використання жіночого презерватива з чоловічими кондомами при анальних статевих актах, Reality (або фемідом, як його називають у Європі) можна вважати прийнятною альтернативою для ЧСЧ, які не використовують постійно чоловічих кондомів. Можливо використання жіночого презерватива і справді знижує ризик інфікування ВІЛ порівняно з незахищеними анальними статевими контактами, але щоб остаточно відповісти на це питання, потрібні значно глибші й ширші дослідження.

### **Посилання**

Gibson S. et al (1999, February). Experiences of 100 Men Who Have Sex With Men Using the Reality Condom For Anal Sex. *AIDS Education Prevention*, 11 (1), 65-71.

Gross M. et al (1999). Use of Reality 'Female Condoms' For Anal Sex By US Men Who Have Sex With Men. HIVNET Vaccine Preparedness Study Protocol Team. *American Journal of Public Health*, 89 (11), 1739-1741.

*Усі права на цей аналітичний звіт належать МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*

Renzi, C. et al (2003). Safety And Acceptability of the Reality™ Condom For Anal Sex Among Men Who Have Sex With Men. *AIDS*, 17 (5), 727-731.

Valappil, T. et al (2005). Female Condom And Male Condom Failure Among Women At High Risk of Sexually Transmitted Diseases. *Sexually Transmitted Diseases*, 32 (1), 35-43.