

становливается. Медьсодержащие ВМС являются надежным методом регу-  
лирования фертильности при соблюдении всех критериев отбора пациенток.

Армянский НИЦ по охране  
здоровья матери и ребенка

Поступила 7.10.1991 г.

Փ. Ս. ՀՈՎԱՆՆԻՍՅԱՆ

**ԵՐԵՔ ՏԵՍԱԿԻ ՆԵՐԱՐԳԱՆԳԱՅԻՆ ՊՂԻՆՁ ՊԱՐՈՒՆԱԿՈՂ  
ՋՍՊԱՆԱԿՆԵՐԻ ՀԱՄԵՄԱՏԱԿԱՆ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅՈՒՆԸ**

Երեք տեսակի ներարգանդային հակաբեղմնավորիչ զսպանակների համեմատական ուսումնասիրությունը հայտնաբերել է, որ T Cu 220C և T Cu 380A ներարգանդային հակաբեղմնավորիչ զսպանակները կարող են առաջարկվել որպես հուսալի և երկարատև միջոցներ բեղմնավորումը կարգավորելու նպատակով: Դրանք կարելի է օգտագործել 10 և ավելի տարի, և կարող է փոխարինել արգանդի փողերի կապմանը, այն տարբերու-  
թյամբ, որ նրանց հետազոտմից հետո կինը կարող է հղիանալ:

J. S. HOVANISSIAN

**COMPARATIVE STUDY OF THREE TYPES OF INTRAUTERINE  
COPPER SPIRALS**

Comparative study of three types of intrauterine spirals show that T Cu 220C and T Cu 380A intrauterine contraceptive spirals are hopeful and longlasting means of regulation of fertilization. These contraceptive spirals may be used during 10 years or longer.

Most unplanned pregnancies and few long-lasting levels were registered in case of using Nova T intrauterine contraceptive spiral.

УДК 618.3—06:616.36

А. А. ШАХБАЗЯН, Д. С. ВОПЯН, М. В. ШМАВОНЯН,  
А. Л. МХИТАРЯН, А. М. САНТРОСЯН, С. А. КАЗАЗЯН

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВИРУСНЫХ  
ГЕПАТИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ**

На фоне снижения уровня инфекционных болезней в настоящее время из года в год увеличивается число вирусных гепатитов (ВГ). Проблема ВГ у беременных приобретает особую актуальность.

Целью настоящей работы является выявление клинико-эпидемиологической картины вирусных гепатитов у беременных женщин.

Под нашим наблюдением находились 82 беременных, больных вирусным гепатитом в возрасте 17—40 лет. В I триместре беременности — 20, во II—36, в III —26 женщин. Легкая форма заболевания была у 34 беременных, среднетяжелая—у 45, тяжелая — у 3 больных. Начало болезни было острым в 50 случаях, постепенное — в 32; из них ВГА — 21 случай, ВГВ HBs Ag (+) — 21; ВГВ HBs Ag (—)—4; ВГ недифференцированный—36. При вирусных гепатитах постепенное начало болезни в основном отмечалось при ВГ с положительным HBs Ag.

При поступлении в стационар больные предъявляли жалобы на общую слабость, потерю аппетита, тошноту, желтушность кожи и склер, темную мочу, ахоличный кал, головную боль, боли в правом подреберье, суставные боли, зуд кожи.

В анамнезе больных отмечались такие факторы: посещение акушер-гинеколога, в том числе для снятия вагинальной спирали, забор крови, переливание крови, контакт с мужем, больным вирусным гепатитом В, уход за ребенком, больным вирусным гепатитом А, лечение аднексита, экстракция зуба, удаление камней из мочевого пузыря, уход за больным мужм ВГ в стационаре. У 7 женщин каких-либо парентеральных вмешательств не отмечалось. При этом возможно предположить, что заражение происходило через половой путь.

В табл. 1 сопоставлены физикальные данные печени и селезенки при различных формах гепатитов. HBsAg был положительным в 26 случаях, отрицательным — в 30. В остальных 26 случаях лабораторный диагноз не был расшифрован.

Т а б л и ц а 1

Физикальные данные печени и селезенки при различных формах вирусных гепатитов

Объективные данные	ВГА	ВГВ HBsAg(+)	ВГВ HBsAg(-)	Недифференцированный ВГ
Печень не пальпируется	2	—	—	—
Печень пальпируется по реберной дуге	7	5	1	10
Печень выходит из подреберья до 5 см	11	9	3	18
Печень выходит из подреберья больше 5 см	—	2	—	3
Селезенка пальпируется	4	4	2	5
Селезенка не пальпируется	14	11	7	13

Из данных табл. 2 видно, что при вирусных гепатитах постепенное начало болезни в основном отмечалось при ВГ с положительным HBsAg и при ВГВ с отрицательным HBsAg. Можно предположить, что среди вирусных гепатитов с острым началом были и ВГС. Жалобы больных при поступлении в стационар приведены в табл. 3.

Т а б л и ц а 2

Характер течения начала болезни

Клинические формы	Острое	Постепенное	Всего
ВГА	(18) 86	(3) 14	21
ВГВ HBsAg(+)	(10) 48	(11) 52	21
ВГВ HBsAg(-)	—	(4) 5	4
ВГ недифференцированный	(22) 61	(12) 39	36

Ниже приводятся выписки из историй болезни.

1. Больная М.И.В. (история болезни №2065/669), 19 лет, поступила в инфекционную больницу с жалобами на общую слабость, потерю аппетита, интенсивный зуд кожи, тошноту, желтушность склер, потемнение мочи, ахоличный кал.

Таблица 3

Клинические формы	Желтушность кожи склер	Темная моча	Тошнота	Рвота	Боли в печени	Суставные боли	Зуд кожи
ВГА	14	18	8	4	11	3	9
ВГВ HBsAg(+)	17	16	8	2	1	2	5
ВГВ HBsAg(-)	4	7	3	1	1	3	2
Недифференцированный гепатит	19	25	19	10	16	2	

Эпидемиологический анамнез: контакт с больными отрицает, парентеральные манипуляции во время беременности не имели места.

При обследовании в стационаре подтвердился диагноз вирусного гепатита В, HBsAg(+) (легкое течение). Больная провела в стационаре 12 койко-дней. Из сказанного можно предположить, что инфицирование осуществилось половым путем, так как известно, что вирус гепатита В передается парентерально при контакте слизистых оболочек. Слюна, желчь, панкреатический сок, вагинальный секрет, сперма и кровь содержат инфекционный агент. Способ передачи влияет на длительность инкубационного периода.

Примерно у 10 % переболевших формируется носительство, что часто обуславливает переход в хроническую форму болезни.

2. Больная М.М.Б. (история болезни № 669/211), 28 лет, работает инженером-лаборантом. Поступила в больницу 9.05.89г. с жалобами на общую слабость, отсутствие аппетита, желтушность склер и кожных покровов, зуд. Началась болезнь 6.05.89 г., появилась крапивница и интенсивный зуд, через три дня помутнела моча и посветлел кал. Температура и озноб держались два дня. После инъекции в/в хлорида кальция зуд и температура уменьшились. В эпидемиологическом анамнезе отмечена тонзилэктомия в январе текущего года и неоднократная сдача крови в женской консультации.

Исходя из жалоб, анамнестических, клинических и лабораторных данных, у больной был установлен диагноз вирусного гепатита В средней тяжести с выявлением HBsAg. Выписана 10.10.89 г. в удовлетворительном состоянии с нормализацией показателей лабораторных исследований, кроме аланиновой аминотрансферазы. Не исключено, что характер ее профессии (химические вещества и другие отрицательные факторы) обусловил нелегкое течение данной болезни.

3. Беременная Е.Г.М. (история болезни №621/204), 22 года, не работает. Поступила в инфекционную больницу на седьмой день желтухи с жалобами на чувство удушья, плохой аппетит, тупые боли в правом подреберье, тошноту, потемнение цвета мочи, желтушность склер и кожных покровов. Болезнь началась внезапно с головокружения, резкой слабости, тяжести в эпигастральной области, тошноты, рвоты. В тот же день заметила потемнение мочи, желтушность кожных покровов. Дома лечения не принимала. Направлена в стационар 23.04.90 г. с диагнозом вирусный гепатит.

Эпидемиологический анамнез: контакт с желтушными больными отрицает. Два месяца назад в женской консультации больная сдала кровь из пальца и из вены. Клинический диагноз: вирусный гепатит В, HBsAg положительный, тяжелая форма.

Вышеприведенные данные показывают, что инфицирование беременных происходит в основном в медицинских учреждениях путем различных парентеральных диагностических и лечебных мероприятий. Во избежание

распространения отдельных клинических форм ВГ рекомендуется проведение нижеследующих профилактических мероприятий.

В женских консультациях, родильных домах при кольпоскопии нужно пользоваться только стерильными вагинальными зеркалами и резиновыми перчатками. Беременные женщины с симптомами желтухи, темной мочой и другими признаками болезни через женскую консультацию по месту жительства должны быть госпитализированы в инфекционный стационар. В очаге инфекции проводится заключительная дезинфекция и осмотр контактирующих с больной. При выявлении повторных случаев срок продлевают начиная с даты последнего случая выявления в пределах до 6 месяцев. Если у больной в эпидемиологическом анамнезе за последние 6 месяцев парентеральных вмешательств не отмечалось, можно предположить о половом пути заражения и при возможности обследовать партнера на выявление HBsAg или другого вида вирусного гепатита. После родов необходимо исследовать кровь новорожденного на HBsAg, в особенности, если он питается материнским молоком.

Кафедра терапии с курсом  
инфекционных болезней.  
Ереванского ИУВ

Поступила 9.10.91 г.

Ա. Ա. ՇԱՀԱԶԻԱՆ, Ջ. Ս. ՈՂՅԱՆ, Մ. Վ. ՇՄԱՎՈՆԻԱՆ,  
Ա. Լ. ՄԽԻՏԻԱՐԵԱՆ, Ա. Մ. ՍԱՆԹՐՈՍԻԱՆ, Ս. Ա. ԿԱԶԱԶԻԱՆ

### ՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՀԵՊԱՏԻՏՆԵՐԻ ԿԼԻՆԻԿԱ-ԷՍՏՐՈՄԻՍԿԱԿԱՆ ՊԱՏԿԵՐԸ ՀՂԻՆԵՐԻ ՄՈՏ

Կատարված գիտական ուսումնասիրությունների արդյունքները ցուցաբերում են, որ վիրուսային հեպատիտները հղի կանանց մոտ ընթանում են համեմատաբար ավելի ծանր և անգույակելի էություն: Չի բացառվում նաև այն փաստը, որ նրանք կարող են վարակվել թժշկական հիմնարկություններում և կանանց կոնսուլտացիաներում, ինչպես զննման, այնպես էլ զանազան գործողությունների ժամանակ: Վերացնելով վարակման ճշգրիտ պատճառները, անհամեմատ կիջնի սույն հիվանդությունների տարածվածությունը, մասնավորապես հղիների մոտ:

A. A. SHAHBAZIAN, J. S. VOPIAN, M. V. SHMAVONIAN, A. L. MKHITARIAN,  
A. M. SANTROSSIAN, S. A. KAZAZIAN

### CLINICO-EPIDEMIOLOGIC CHARACTERISTICS OF VIRAL HEPATITIS IN PREGNANTS

The results of the research show that in pregnant women who have got viral hepatitis A, viral hepatitis B, antigen positive, antigen negative, as well as non-differentiated hepatitis, the disease proceeds in comparatively complicated form not only for the patient but also for the future child. We sometimes run the risk of getting an infection in women's consulting rooms and mother medical institutions if we don't use sterile gloves and medical instruments.