

## Particularități clinice ale hemoragiilor la pacientele cu placenta praevia

### *Particularități clinice ale hemoragiilor la pacientele cu placenta praevia*

Dr. ANAMARIA HĂRĂBOR, Dr. VALERIU HĂRĂBOR

Medic specialist ATI, manager Maternitatea „Buna Vestire” Galați, doctorand UMF „Gr.T. Popa”, Iași  
Medic medicină de familie, Galați, doctorand UMF „Gr. T. Popa”, Iași

#### REZUMAT

*Placenta praevia reprezintă o cauză majoră de hemoragie în obstetrică care pune adesea în pericol viața femeii sau poate avea influențe psihoemoționale pe termen lung prin consecințele pe care le antrenează (histerectomia de hemostaza). Placenta praevia rămâne o importantă problemă a patologiei gravidice în care urmărirea și dispensarizarea corectă precum și un management atent al nașterii dețin un rol esențial.*

**Cuvinte cheie:** placenta praevia, dispensarizare, prematuritate, hemoragie, reanimare precoce

#### ABSTRACT

*Placenta praevia represents a major cause of obstetric bleeding ;it put the life of a women on risk and can influence the rest of her life (mind and soul) by the consequences (histerectomy). Placenta praevia remains an important problem for pregnant female and the following of the pregnancy and a careful management of the birth are essential.*

**Key words:** placenta praevia, following, imaturity, hemorage, early reanimation

„Copilul, expulzat de natură din pântecul mamei și pus pe tărâmul lumii, este asemănător unui om care a suferit un naufragiu și-i aruncat din adâncurile valurilor.

El zace pe pământ, gol, neînarmat, fără adăpost, lipsit de grai și din pragul acestei vieți pline de neplăceri, el salută printr-un țipăt trist calea sa lungă de suferință, pe care i-o pregătește destinul.”

**V. Hugo**

**M**edicina contemporană este rezultatul unei evoluții progresive concretizată în remarcabile succese terapeutice datorate și dezvoltării cunoașterii patologiei bolilor grație noilor date obținute în biologia moleculară și celulară.

Hemoragia este cel mai important proces patologic din cadrul tulburărilor circulatorii, prin

Adresă de corespondență:

Dr. Anamaria Hărăbor, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Str. Vasile Lupu, Nr. 62, Iași

consecințele severe și uneori dramatice pe care le poate determina.

În practica ginecologică și obstetricală hemoragia este simptomul cel mai important și mai impresionant, care adesea pune în pericol viața femeii. Hemoragia pe căile genitale ale femeii ridică numeroase probleme de etiopatogenie, de diagnostic causal, de prognostic și mai ales de conduită terapeutică.

În fața unei hemoragii se pun trei probleme:

1. stabilirea diagnosticului de hemoragie, nivelul la care s-a produs și cauza care a determinat-o;
2. aprecierea cantității pierdute;
3. instituirea imediată a tratamentului.

**Placenta praevia** reprezintă inserția totală sau parțială a placentei la nivelul segmentului inferior al cavității uterine (zona periculoasă după Barnes). Inserția declivă a placentei predispozează la decolarea prematură a cotiledoanelor mai jos situate, urmată de hemoragii în timpul sarcinii și al travaliului. Hemoragiile, uneori cataclismice, pun în pericol viața gravidei menținând mortalitatea maternă încă ridicată.

Mortalitatea perinatală este crescută în același timp și se datorează hipoxiei create de manifestările clinice ale placentei praevia, malformațiilor fetale de diferite tipuri, cu o frecvență mai mare la acești noi născuți precum și prematurității care marchează în general începutul vieții extrauterine a acestora.

**Placenta praevia** poate fi determinată de procese patologice ce alterează mucoasa uterină, de sarcină gemelară sau de modificări atrofici la nivelul organelor genitale.

Diagnosticul placentei praevia poate fi pus pe baza manifestărilor clinice (hemoragie, rup-tură prematură a membranelor), a semnelor fizice și generale precum și pe seama examenelor complementare. Placenta praevia poate fi clasificată după criterii anatomice, fiziopatologice, chirurgicale și patogenice.

Clasificarea anatomică (în timpul sarcinii):

- placenta praevia laterală (nu atinge orificiul intern al colului uterin)

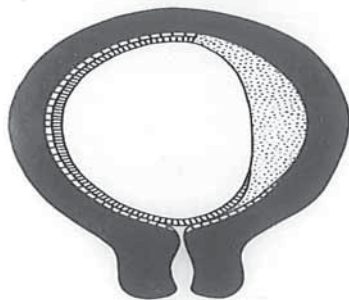


FIGURA 1. Placenta praevia laterală

- placenta praevia marginală (ajunge la marginea superioară a canalului cervical)

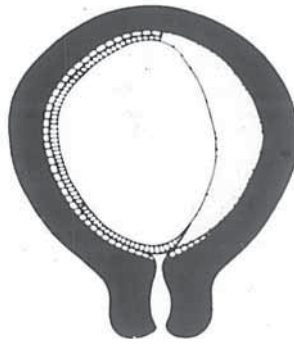


FIGURA 2. Placenta praevia marginală

- placenta praevia centrală (acoperă orificiul central).

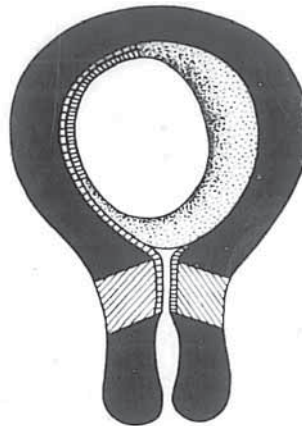


FIGURA 3. Placenta praevia centrală

Din punct de vedere clinic, semnul cardinal în placenta praevia este reprezentat de *hemoragie* cu următoarele caracteristici:

a) Apare în ultimile trei luni de sarcină sau în timpul travaliului; uneori interogatoriul evidențiază sîngerări anterioare acestei perioade. Un număr important de avorturi este atribuit placentei praevia.

b) Apare brusc, în plină sănătate și adesea se oprește spontan, dar poate fi rezistentă la tratament persistînd ca o secreție în cantitate mică de lichid sanguinolent sau în cantitate mare precipitînd indicația de întrerupere a sarcinii.

c) Poate avea caracter unic sau recidivant.

d) Apare indiferent de poziție sau oră (uneori femeia se scoală noaptea simțind o scurgere de lichid cald prin organele genitale externe-hemoragie externă).

e) Poate fi foarte intensă de prima dată punând în pericol viața femeii, dar poate fi și redusă.

f) Uneori este însoțită de câteva contracții uterine fără alte semne funcționale.

g) Prima hemoragie poate fi minimă sau abundentă, uneori de o mare gravitate; următoarele sângerări cu cât sunt mai des repetate și mai importante cu atât vor limita mai mult timpul evoluției gestației.

h) Varietățile laterale sângeră precoce, se repetă în timpul sarcinii și adesea se opresc în timpul travaliului.

i) Variațiile centrale nu sângeră în timpul sarcinii dar sîngerează brutal în timpul travaliului.

Abundența hemoragiei poate fi apreciată după volumul de sânge transfuzat, pentru că în 68% din placentele praevia este necesară transfuzia în cantități ce variază de la 500 ml, la 1000 ml, cu o medie de 1 litru pentru naștere spontană și 2 litri la nașterile rezolvate prin cezariană.

Bilanțul hemoragiei se face și funcție de numărul hemoragiilor, de hematocrit și hemoglobină, interpretate prin prisma valorilor, de obicei mai mici la femeia gravidă. Grupa sanguină Rh-ul se verifică pentru eventualele transfuzii.

Dacă oprirea spontană a hemoragiei este aproape o regulă în timpul sarcinii, în timpul travaliului nu se mai oprește și dacă nu se rup membranele există riscul amplificării ei.

De aceea, cantitatea de sânge pierdută trebuie estimată cu grijă din cauza riscului de șoc hemoragic.

Un alt semn important al placentei praevia este *ruptura prematură a membranelor*. În timpul sarcinii acest simptom apare în 9-15% dintre cazuri la femeia care a mai sângerat, concomitent prezentând și contracții uterine (din această cauză existând teama de începere a travaliului).

În alte cazuri, ruptura prematură a membranelor este prima manifestare a placentei praevia, femeia perzând lichid amniotic și nu sânge. Evidențierea celulelor portocalii la colorarea cu sulfat albastru de Nil ușurează diagnosticul. Aceste celule reprezintă maturitatea fetală fiind elementele de descuamare fetală; procentajul este mic înainte de 35 săptămâni (sub 1%) dar ruptura prematură a membranelor este frecvent în această perioadă.

Ruptura prematură a membranelor determină un risc crescut de naștere prematură, imaturitate și infecție amniotică, mult mai periculoasă decât acumularea cheagurilor în col.

Asocierea rupturii premature a membranelor cu placentă praevia, când este atinsă viabilitatea fătului, clarifică mai mult decât complică situația, fiind un argument în plus pentru terminarea sarcinii, uneori chiar declanșând travaliul spontan în orele sau zilele următoare.

*Semnele generale* care apar în placentă praevia sunt consecința hemoragiilor și de aceea importanța lor este funcție de abundența acestora: apar toate gradele de spoliere sanguină de la scăderea hematiilor fără manifestări clinice pînă la colaps vascular și șoc; apare paloare, vertij, dispnee, răcirea extremităților, scăderea tensiunii arteriale în diferite grade, funcție de gravitatea lor.

Dacă există hemoragii din primele luni de sarcină cu iminență de avort, iar dozarea hormonală arată valori normale, diagnosticul de placentă praevia se impune la repartiția hemoragiilor în trimestrul al III-lea; de asemenea, când femeia are în antecedente placentă praevia, riscul de recidivă este de 5%.

Ca principiu de tratament, hemoragiile se opresc ori prin ruperea membranelor, ori prin efectuarea cezarienei iar consecințele hemoragiei se evită sau se stăpînesc prin tratament general de reanimare.

În timpul sarcinii, hemoragiile fiind datorate în general inserției laterale a placentei rămîn adesea mederate și se opresc singure. Neputînd prevedea frecvența și abundența lor, expectativa lor și supravegherea lor sunt primele posibilități de conduită. Gravida trebuie internată și tratată cu sedative uterine mimetice, iar ca tratament general instituirea transfuziei de sînge cînd este cazul.

Factorii de mortalitate fetală sunt anoxia și prematuritatea, imaturitatea apărînd în peste 50% din cazuri, de unde necesitatea expectativei, pentru a câștiga în luna a 8-a câteva săptămâni de maturare ca nou-născutul să treacă mai ușor peste primele zile de viață. În aceste situații există totuși riscul hipoxiei fetale ce se poate manifesta în această perioadă pînă la moartea în uter într-un număr apreciabil. Riscul este mare cînd hemoragiile se succed și sunt în cantitate importantă (1,5 litri).

Cînd se obține o maturitate suficientă este preferabilă nașterea prematură ca și atunci cînd starea clinică a gravidei și probele de laborator o impun: hematii sub trei milioane, hematocritul sub 35%; în aceste cazuri se impune cezariana.

Cînd hemoragia este cataclismică, punînd în pericol viața mamei, indiferent de viabilitatea fătului, chiar fără explorare vaginală, cezariana este indicată de urgență. Se face reanimare preoperatorie, intraoperatorie și postoperatorie.

În majoritatea cazurilor hemoragia se oprește de la sine în 24 ore și nu este dramatică 1/4 dintre gravide sîngerează doar o singură dată înainte de naștere și pot ajunge la termen.

Mobilizarea este posibilă la 48 de ore după terminarea hemoragiei și, dacă nu există recidive, gravida poate pleca acasă. Majoritatea repletă hemoragia și mai puțin de 1/2 depășesc sfârșitul lunii a 8-a.

Funcție de paritatea femeii și varietatea anatomică a placentei praevia nașterea se face prin declanșarea travaliului sau prin cezariană.

Tratamentul obstetrical: ruperea largă a membranelor uneori este suficient pentru oprirea hemoragiei iar în formele ușoare moderate permite nașterea pe căi naturale.

Indicațiile cezariene: placenta praevia centrală, asocierea cu prezentații distocice, col lung și închis, membrane inaccesibile, hemoragii mari. Nașterea naturală este posibilă după ruperea membranelor dacă nu există prezentații anormale, colul este permeabil, membranele sunt accesibile.

Ruperea membranelor se impune în orice situație: se face sub control, cu pensa Museux pe buza superioară pentru verificarea vaselor praevia; ruperea se face cu pensa condusă de deget. În general este foarte eficace și oprește hemoragia; trebuie verificat dacă nu determină o procidentă de cordon, dacă prezentația coboară și se aplică bine pe col, dacă nu produce nici o distocie dinamică; travaliul trebuie să evolueze rapid.

În vena de la plica cotului mamei se pune un cateter reglând debitul funcție de pierderile de sânge, existând o rezervă de sânge pentru eventualitatea unei hemoragii mari. 60% dintre hemoragii se opresc și travaliul evoluează favorabil. Perioada critică trebuie depășită este delivrarea placentei. Rar persistă hemoragia și travaliul progresa lent recurgându-se la cezariană.

Nașterea pe căi naturale este posibilă în 30% dintre cazuri. Există riscul sîngerării prin: aplicarea forcepsului cu episiotomie, rupturi perineale cu plagă vaginală. Orice hemoragie suplimentară poate avea consecințe grave la femeia ce deja a sîngerat.

Dacă se respectă delivrarea naturală trebuie să fim gata să facem una artificială dacă ar apărea o hemoragie; uneori abia în acest moment se recunoaște o placenta praevia.

Pericolul rupturii uterine și al hemoragiei cataclismice determină abandonarea delivrării artificiale și femeia este operată pe loc. Dacă hemoragia se manifestă după delivrarea placentei se face un control uterin manual pentru a verifica absența rupturii uterine și retenției placentare.

Se injectează ocitocite direct în musculatura uterină pentru că inerția acesteia este frecventă și zona de delivrare placentară se hemostazează

deficitar. Hemoragia de delivrare este foarte gravă, moartea maternă survenind de obicei în acest moment.

Delivrarea se poate complica cu tulburări de coagulare sanguină cu caracterele cunoscute: hemoragia este masivă, sângele strâns în pluriile mucoase nu coagulează sau coagulează tardiv, cheagurile de sânge se dizolvă. Defibrinarea accentuată se datorează consumului factorilor de coagulare, supraadăugându-se fibrinoliza reacțională.

Complicațiile infecțioase sunt frecvente și profilactic se recomandă antibioterapie.

Pentru evitarea emboliilor și febrilelor puerperale lehuza trebuie mobilizată precoce prin mobilizarea activă a membrilor inferioare în pat, supravegherea lor și a micului bazin.

Cezariana: nașterea pe calea abdominală se face în celelalte 70% de placentae praevia prin incizia transversală a segmentului inferior. Când placenta praevia este anterioară, mai bine se face incizia mediană cu deschiderea pungii amniotice la distanță de placenta pentru a evita incizarea sa care este foarte hemoragică și riscă și anemiarea gravă a copilului. Delivrarea se face sub injecție de ergometrina. La sfârșitul intervenției suturile se fac în afara vaselor iar post operator trebuie urmărit să nu apară tromboflebită.

Uneori, când sîngerarea nu poate fi stăpînită prin metodele enumerate, este necesară histerectomia de hemostază.

Placenta praevia rămâne încă o problemă importantă a patologiei gravidice, deși actualmente s-a înregistrat o ameliorare a prognosticului matern și, mai puțin, a celui fetal.

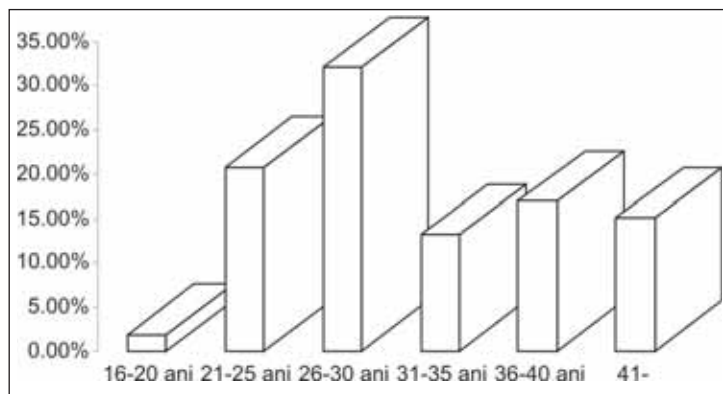
De subliniat importanța urmăririi și dispensarizării corecte a gravidelor, interzicerea tactelor vaginale și a tamponamentului, precum și necesitatea nașterii într-o unitate spitalicească bine utilitată, în prezența unei echipe medicale complexe.

## MATERIAL ȘI METODĂ

Studiul personal include analiza unui număr de 53 de cazuri – 1,77% de *placenta praevia* spitalizate în Spitalul de Obstetrică și Ginecologie a Buna Vestire – Galați în perioada ianuarie 2003-ianuarie 2010.

Datele au fost extrase din foile de observație, urmărind: incidența bolii pe grupe de vîrstă, motivele internării, paritatea, antecedentele obstetricale patologice, istoricul sarcinii, simptomul de debut al bolii, examenul obiectiv, tratamentul aplicat și starea noului-născut.

Pentru că inserția joasă a placentei se întâlnește mai ales la marile multipare, în gemenaritate, la femeile peste 30 de ani, etc. aprecierea frecvenței variază funcție de caracteristicile eșantionului studiat și de aceea unii autori consideră incidența placentei praevia mai mare de 1% (Exarcu, Santarelli).



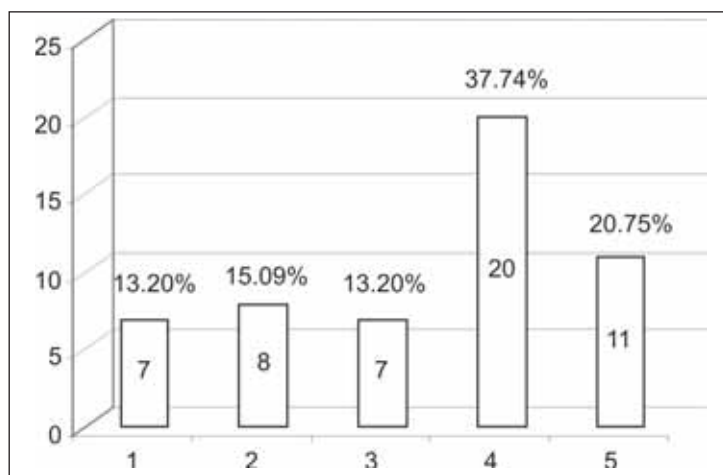
GRAFICUL 1. Repartiția placentei praevia pe grupe de vârstă

Din graficul prezentat rezultă că placenta praevia predomină la femeile între 21 și 30 ani.

TABELUL 1. Incidența placentei praevia pe grupe de paritate

Paritate	Cazuri cu placenta praevia	Incidența placentei praevia
0	7	13,20%
1	8	15,09%
2	7	13,20%
3-4	20	37,74%
5	11	20,75%

Cu toate acestea, s-au putut constata **2 cazuri de placenta praevia (3,77%) la paciente cu vârste de 16, respectiv 18 ani**, care se aflau deja la a doua sarcină și unde diagnosticul și orientarea terapeutică au implicat precauțiile specifice unei vârste fragede și unde colaborarea cu colegii pediatri a fost esențială.

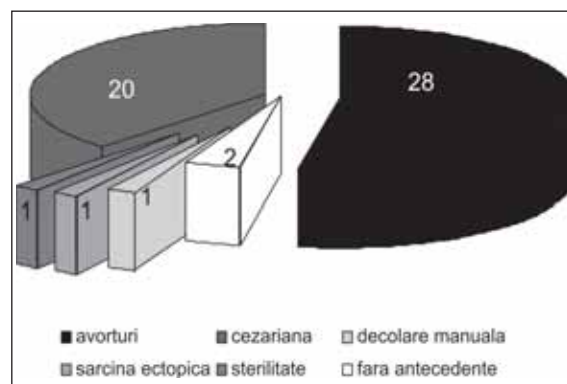


GRAFICUL 2. Incidența placentei praevia pe grupe de paritate.â

Observăm din tabel că incidența placentei praevia crește odată cu creșterea parității: la secundipare 13,2%, terțipare 20% și 40% multipare; la primipare incidența este mai scăzută -13,2%.

TABELUL 2. Incidența antecedentelor obstetricale patologice

Antecedente obstetricale patologice	Număr cazuri	Frecvență
Avorturi	28	52,82%
Cezariană	2	3,77%
Decolare manuală de placentă	1	1,89%
Sarcină ectopică	1	1,89%
Sterilitate (tratăată)	1	1,89%
Fără antecedente obstetricale patologice	20	37,74%
Total antecedente	53	100%



GRAFICUL 3. Incidența antecedentelor obstetricale patologice

În antecedentele obstetricale apar avorturi (18 gravide cu 1-2 avorturi- 33,96% și 10 peste 2 avorturi-18,86%), 2 cazuri cu cezariană, decolare manuală de placentă-un caz cu două manevre de acest gen, sarcină ectopică-un caz și tratament pentru sterilitate-un caz. Deci, dintre cele 53 gravide cu placenta praevia, 33 prezintă trecut obstetrical patologic, ceea ce reprezintă 62,26%.

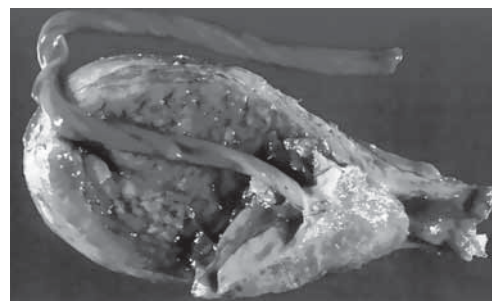


FIGURA 4. Placenta praevia (piesă operatorie)

În literatura de specialitate se consideră că avorturile (provocate sau spontane) care determină o vascularizație defectuasă datorită

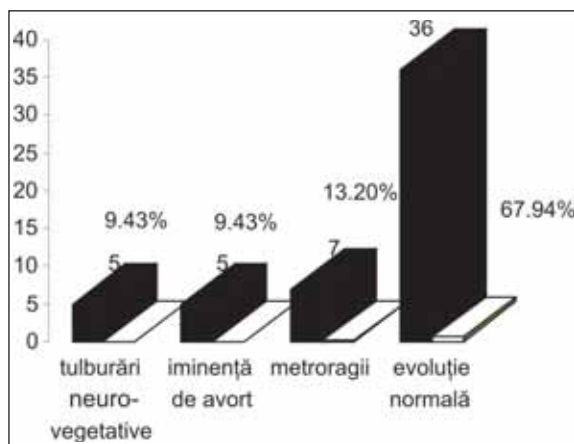


modificărilor inflamatorii sau atrofice consecutive, reprezintă unul din factorii etiologici la 33% dintre placentele praevia; de asemenea, extracția manuală de placenta este implicată în etiologie la 8% dintre cazuri iar cezariana în 10% dintre cazuri.

În evoluția sarcinii actuale am urmărit mai multe aspecte:

a) afecțiuni ce au evoluat concomitent cu sarcina: un caz de apendicită acută (operată); un caz – hepatită epidemică; un caz – dizgravidie precoce; un caz – pielocistită; un caz – infecție urinară joasă și hipocalcemie; un caz-polihidramnios; un caz-hipertensiune arterială esențială, tratată și pe parcursul sarcinii; un caz-miopie forte.

Rezultă că 17% dintre gravidele cu placenta praevia au prezentat boli asociate sarcinii ce ar fi putut constitui factori etiologici sau favorizanți pentru o placenta praevia secundară, amintită în literatura de specialitate.



GRAFICUL 4 . Evoluția sarcinii

b) Manifestări patologice în timpul sarcinii – au prezentat o evoluție patologică a sarcinii încă din primul trimestru, 32,06% din gravidele cu placenta praevia cercetate.

De altfel, și datele de specialitate subliniază importanța acestor simptome pentru diagnosticul precoce al placentei praevia (14,2% sângeră din primele două trimestre de sarcină după Merger) și consideră chiar că 5% dintre avorturile spontane sunt datorate placentei praevia (Brenner, Daffos, Santarelli).

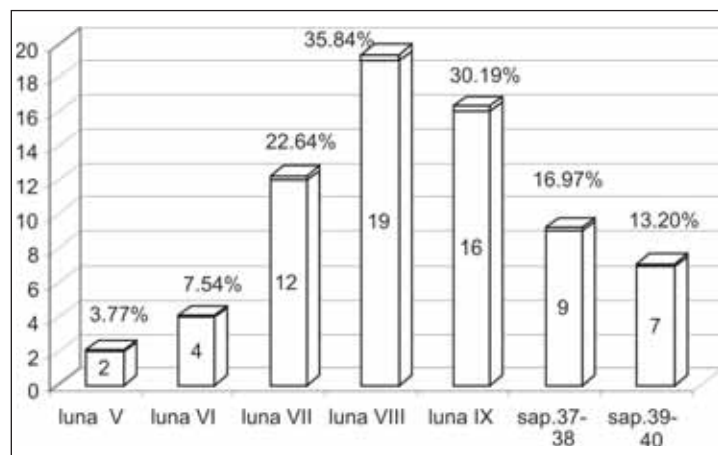
Prin luarea în evidență a tuturor gravidelor din primul trimestru de sarcină, cu semnalarea oricărei manifestări patologice și investigații consecutive (din care nu trebuie să lipsească ecografia uterină) care ar facilita diagnosticul precoce al placentei praevia și luarea măsurilor necesare pentru evitarea unei evoluții clinice grave.

c) Debutul afecțiunii – a fost cel mai des întâlnit în lunile a 7-a și a 8-a a sarcinii, posibil în lunile a 5-a și a 6-a și de loc neglijabil în luna a

9-a (30,19%); în consecință, ultimul trimestru de sarcină trebuie supravegheat la orice gravidă, indiferent de evoluția anterioară, datorită manifestărilor placentei praevia uneori, foarte accentuată de la debut.

TABELUL 4. Momentul debutului

Momentul debutului	Număr	Incidență
Luna V	2	3,77%
Luna VI	4	7,54%
Luna VII	12	22,64%
Luna VIII	19	35,84%
Luna IX	16	30,19%
Săptămâna 37-38	9	16,97%
Săptămâna 39-40	7	13,20%

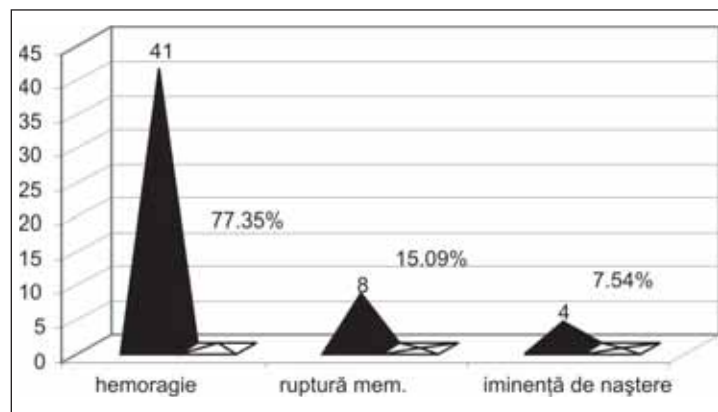


GRAFICUL 5. Momentul debutului

De subliniat că diferiți autori consideră că manifestările clinice ale afecțiunii apar în 40% dintre cazuri în luna a 8-a și 30% în ultima lună, restul apărând în lunile a 5-a, a 6-a și a 7-a, date comparabile cu rezultatele obținute în studiul nostru.

TABELUL 5. Simptomatologie de debut

Simptom de debut	Număr gravide	Frecvența
Hemoragia	41	77,35%
Ruptura prematură a membranelor	8	15,09%
Incidență de naștere prematură	4	7,54%



GRAFICUL 6. Simptomatologie de debut

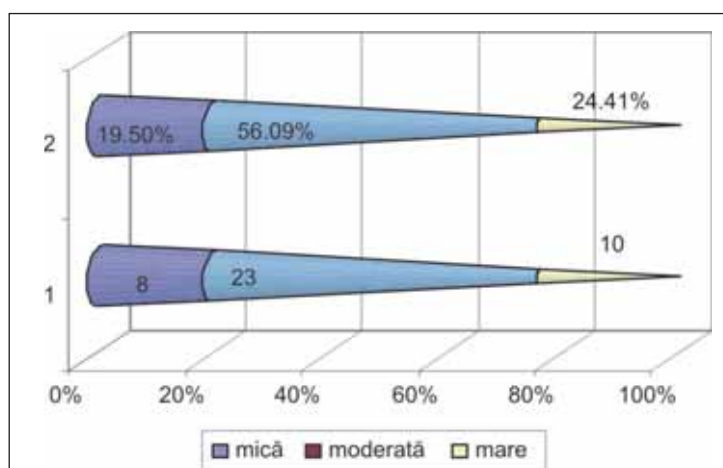
În placenta praevia debutul este dominat de hemoragie (77,35%) și în măsură mult mai mică de ruptura prematură a membranelor RPM) sau iminență de naștere prematură (INP) -15,09% și respectiv 7,54%.

Datele noastre concordă cu cele din literatură care susțin că simptomul de debut este reprezentat de hemoragie în 70% dintre cazuri de RPM.În 15% dintre cazuri, în rest fiind vorba de asocieri ale celor două fenomene, între ele sau cu INP care nu apare de sine stătătoare în nici una dintre lucrările studiate cu această temă.

Trebuie totodată subliniată importanța INP în diagnosticul precoce al placentei praevia, înainte de apariția hemoragiei cu instituirea tratamentului adecvat și evitarea eventualelor complicații.

**TABELUL 6.** Debutul hemoragiei

Cantitatea hemoragiei	Numărul gravidelor	Incidența
MICĂ	8	19,5%
MODERATĂ	23	56,09%
MARE	10	24,39%



**GRAFICUL 7.** Debutul hemoragiei

Dintre hemoragiile de debut este de reținut că cele în cantitate moderată reprezintă 56,09% iar cele mari 24,39%.

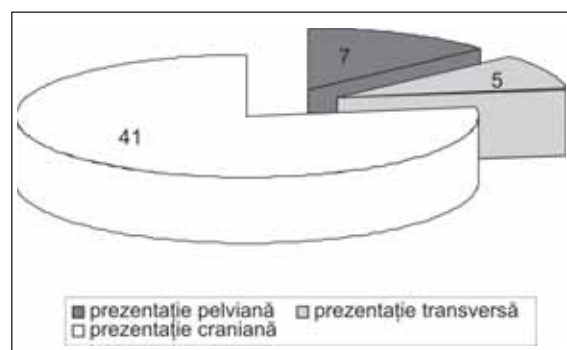
Diferiți autori consideră că doar 10% dintre placentele praevia se manifestă prin metroragii importante, necesitând un gest terapeutic imediat (întreruperea sarcinii) iar în 18% episoadele hemoragice sunt la intervale mari fără abundență prea mare, permițând supravegherea strictă cu atingerea perioadei de viabilitate sau chiar a termenului, și subliniază că abundența hemoragiei este în raport cu nivelul inserției placentare (accidente hemoragice grave sunt determinate de placenta praevia laterală în 10% dintre cazuri de placenta praevia marginală în 40% iar de placenta praevia centrală în 50% dintre cazuri).

Examenul obiectiv a evidențiat 22,64% prezența distocice-9,43%prezența transversale (5 cazuri) și 13,21% prezența pelviene (7 cazuri).

Prin prezența placentei la polul interior al oului se micșorează spațiul strâmtoarei superioare prezența normală modificându-și orientarea axei și determinând diferite tipuri de prezența distocice, cel mai frecvent apărând prezența transversă sau cea pelvină.

Specialiștii consideră că 15,3% sunt reprezentate de prezența transverse și 10-15% dintre prezența pelviene, datele obținute de noi suprapunându-se peste acestea.

Examenul cu valvele – 50 dintre gravide au prezentat sânge în vagin, în diferite cantități, funcție de manifestările clinice, sub formă de cheaguri sau sânge proaspăt, ceea ce reprezintă 94,33%. Alte 3 gravide au sângerat masiv la începutul travaliului motiv pentru care a fost necesară aplicarea tratamentului chirurgical de urgență cu diagnosticul de placenta praevia centrală.



**GRAFICUL 8.** Incidența prezențelor distocice

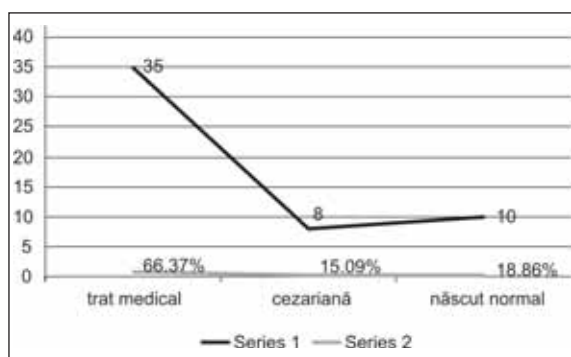
Tratamentul aplicat gravidelor a fost diferit funcție de vârsta sarcinii, starea mamei, starea fătului și valoarea socială a viitorului născut.

**TABELUL 8.** Aplicarea tratamentului

Tratamentul aplicat	Numărul gravidelor	Incidența
Cezariană de urgență	8	15,09%
Naștere naturală	10	18,86%
Tratament medical	35	66,37%

Deci, la 35 gravide (66,37%) s-a aplicat tratament medical, la 8 s-a efectuat cezariană de urgență (15,09%) iar 10 cazuri-18,86% au născut pe cale naturală.

Tratamentul medical aplicat a fost reprezentat de antispastice (drotaverina, scobutil), sedative (diazepam), antalgice (algocalmin), steroizi de sinteză (dexametazona), simpatomimetice, avînd ca rezultat prelungirea perioadei de graviditate la 23 dintre gravide (62,85%).



GRAFICUL 9. Aplicarea tratamentului

Dintre gravidele cu placenta praevia la care s-au obținut rezultate favorabile prin tratament medical – 8 au reușit menținerea sarcinii până la termen (39-40 săptămâni) cu internări repetate, 7 au născut prematur (20%) la un timp de la aplicarea tratamentului (prelungirea perioadei de graviditate cu 1-4 săptămâni, iar la 8 dintre ele nu se cunoaște evoluția ulterioară.

## CONCLUZII

Hemoragia reprezintă o agresiune care acționează prin reducerea cantitativă a volumului circulator și prin consecințele acesteia asupra biologiei întregului organism.

Consecințele hemoragiilor pentru organism sunt extrem de variate, în funcție de cantitatea de sânge pierdut și de locul în care s-a produs aceasta. Hemoragiile sunt însoțite de fenomene compensatoare.

Gravitatea agresiunii hemoragice este în raport cu cei doi parametri care caracterizează orice agresiune: *intensitatea și durata agresiunii*, iar pe de altă parte, cu *capacitatea organismului de a răspunde la agresiune*, respectiv la hemoragie. În cazul hemoragiei, intensitatea este dată de debitul cu care se produce sângerarea și de cantitatea de sânge pierdută.

Calitativ, evidențierea hemoragiei este facilă în cea externă, relativ ușoară în cea exteriorizată și dificilă în hemoragia internă. Cantitatea de sânge pierdută se apreciază cu dificultate în hemoragiile internă și exteriorizată.

Există semne generale comune tuturor hemoragiilor și semne locale specifice fiecărui tip de hemoragie.

Placenta praevia poate fi determinată de procese patologice ce alterează mucoasa uterină, de sarcină gemelară sau de modificări atroifice la nivelul organelor genitale.

## BIBLIOGRAFIE

1. **Aburel și colab.** – Obstetrica și Ginecologie, Editura Didactică și Pedagogică, București 1971, 16-80
2. **Aburel și colab.** – Obstetrica și Ginecologie- Manual unic, Editura Medicală 1962, 40-60
3. **Dobrovici V** – Ginecologia Lit. UMF Iași 1974.
4. **Dobrovici V** – Elemente de practică obstetricală Lit. UMF Iași 1968.
5. **Gavrilescu C** – Obstetrica, Litografia IMF, Iași, 1980.
6. **Luca V** – Hemoragiile obstetricale, Rd Cerna 1994, 17-54, 231-250.
7. **Lupașcu Gh** – Obstetrica și ginecologie, Litografia IMF Iași.
8. **Petrescu T** – Segmentectomia, metodă conservatoare în tratamentul hemoragiilor datorate inserțiilor vicioase de placenta. Obstetrica și Ginecologia, 1978, 22, 3, 325-330.
9. **Popa S** – Hemoragia-urgentă majoră în obstetrică. Obstetrica, Ginecologia, 1967, 15, 3, 245-246.
10. **Rusu O** – Propedeutică ginecologică-obstetricală – Editura Daci 1975 pg. 168-207, 254-256, 302-308.
11. **Schermers JA** – Ectopic Pregnancy: A Morphological and Endocrine Study. dam, Boek-en Offsetdrukkerij Los-Naarden 1984
12. **Tatum JH, Schmidt FM, Jain AK** – Management and outcome of pregnancies associated with the copper T intrauterine contraceptive device. *Am J Obstet Gynecol* 126:869, 1976
13. **Teleman G** – Ginecologia, Litografia IMF, Iași, 1979.
14. **Teodorescu M** – Patologia placentei. Editura Facla, 1977
15. **Tutuianu B** – Fiziologia coagularii-despre modelul celular, Jurnalul de Chirurgie, Iasi, Vol.3,2007
16. **Urquhart J** – Effect of the venereal disease epidemic on the incidence of ectopic pregnancy: Implications for the evaluation of contraceptives. *Contraception* 19: 455, 1979
17. **Westrom L, Bengtsson LPM, Mardh PA** – Incidence trends, and risks of ectopic pregnancy in a population of women. *Br Med J (Clin Res)* 282:15, 1981
18. **Zanoschi CH, Crauciuc E** – Embriologie generală, Departamentul de Anatomie Umană U.M.F., Tipografia U.M.F. Iași, 1997.