

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

УДК [618.51+618.56-007.281]-089

<https://doi.org/10.23946/2500-0764-2026-11-3-86-91>



МАТКА КУВЕЛЕРА В ПРАКТИКЕ АКУШЕРА

МОЗЕС В. Г.¹, ЕЛГИНА С. И.², РУДАЕВА Е. В.²✉, МОЗЕС К. Б.²

¹Кемеровский государственный университет, ул. Красная, д. 6, г. Кемерово, 654000, Россия

²Кемеровский государственный медицинский университет, ул. Ворошилова, д. 22А, г. Кемерово, 650056, Россия

Основные положения

Клинический случай демонстрирует, что даже при наличии матки Кувелера возможно выполнение органосохраняющих вмешательств при условии стабильной гемодинамики и сохраненной сократительной способности матки. Индивидуальный подход, своевременная диагностика и мультидисциплинарная тактика ведения являются ключевыми факторами успешного исхода.

Резюме

Матка Кувелера (uteroplacental apoplexy) является редким, но жизнеугрожающим осложнением преждевременной отслойки плаценты, характеризующимся диффузным пропитыванием миометрия кровью и высоким риском массивного акушерского кровотечения. Представлен клинический случай пациентки 20 лет с антенатальной гибелью плода на сроке 33 недели беременности на фоне преждевременной отслойки плаценты. По данным ультразвукового исследования была выявлена ретроплацентарная гематома, выполнено экстренное оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения. Интраоперационно диагностирована матка Кувелера: отмечалось пропитывание передней стенки матки кровью с петехиальными кровоизлияниями. Несмотря на выраженные морфологические изменения, сократительная функция миометрия была сохранена, кровотечение контролировалось, что позволило реализовать органосохраняющую тактику с применением компрессионных швов и баллонной тампонады. В послеопераци-

онном периоде у пациентки была диагностирована тяжелая преэклампсия, что потребовало проведения интенсивной терапии, включая гемотрансфузию. На фоне лечения была достигнута стабилизация состояния. Пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии с сохраненной репродуктивной функцией. Представленный клинический случай демонстрирует, что даже при наличии матки Кувелера возможно выполнение органосохраняющих вмешательств при условии стабильной гемодинамики и сохраненной сократительной способности матки. Индивидуальный подход, своевременная диагностика и мультидисциплинарная тактика ведения являются ключевыми факторами успешного исхода. Отказ от рутинной гистерэктомии в подобных ситуациях позволяет снизить хирургическую травматичность и сохранить репродуктивный потенциал пациенток.

Ключевые слова: матка Кувелера, преждевременная отслойка плаценты, акушерское кровотечение, преэклампсия, кесарево сечение, органосохраняющие операции

Корреспонденцию адресовать:

Рудаева Елена Владимировна, 650056, Россия, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22 А, E-mail: rudaevae@mail.ru

© Мозес В. Г. и др.

Соответствие принципам этики. Пациентка не дала согласие на публикацию представленной статьи «Название статьи» в журнале «Фундаментальная и клиническая медицина».

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Для цитирования:

Мозес В. Г., Елгина С. И., Рудаева Е. В., Мозес К. Б. Матка Кувелера в практике акушера. *Фундаментальная и клиническая медицина*. 2026;11(3):86-91. <https://doi.org/10.23946/2500-0764-2026-11-3-86-91>

Поступила:

14.03.2026

Поступила после доработки:

21.04.2026

Принята в печать:

31.08.2026

Дата печати:

30.09.2026

CASE REPORT
OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

KUELER'S UTERUS IN AN OBSTETRICIAN'S PRACTICE

VADIM G. MOZES¹, SVETLAVA I. ELGINA², ELENA V. RUDAEVA²✉, KIRA B. MOZES²¹Kemerovo State University, Kemerovo, Russia, st. Krasnaya, 6, Kemerovo, 650000, Russia²Kemerovo State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, Voroshilova St., 22A, Kemerovo, 650056, Russia

HIGHLIGHTS

The clinical case demonstrates that organ-sparing interventions can be performed even in the presence of Couvelaire uterus, provided that hemodynamic stability is maintained and the uterus retains its contractile capacity. An individualized approach, timely diagnosis, and a multidisciplinary management strategy are key factors for a successful outcome.

Abstract

Couvelaire's uterus (uteroplacental apoplexy) is a rare but life-threatening complication of premature placental abruption, characterized by diffuse blood permeation of the myometrium and a high risk of massive obstetric hemorrhage. A clinical case of a 20-year-old female patient with antenatal fetal death at 33 weeks of gestation due to premature placental abruption is presented. Ultrasound revealed a retroplacental hematoma. An emergency cesarean section was performed. Couvelaire's uterus was diagnosed intraoperatively: blood permeation of the anterior uterine wall with petechial hemorrhages was noted. Despite significant morphological changes, myometrial contractility was preserved, bleeding was controlled, allowing for organ-preserving treatment using compression sutures and balloon tamponade. Postoperatively, the patient was diagnosed with severe

preeclampsia, requiring intensive care, including blood transfusion. Following treatment, her condition stabilized. She was discharged in satisfactory condition with preserved reproductive function. This clinical case demonstrates that even in the presence of a couvelaire uterus, organ-preserving interventions are possible, provided hemodynamic stability and preserved uterine contractility are maintained. An individualized approach, timely diagnosis, and multidisciplinary management are key factors in achieving a successful outcome. Avoiding routine hysterectomy in such situations reduces surgical morbidity and preserves the reproductive potential of patients.

Keywords: couvelaire's uterus, premature placental abruption, obstetric hemorrhage, preeclampsia, cesarean section, organ-preserving surgery

Corresponding author:

Dr. Elena V. Rudaeva, Voroshilova Street, 22A, Kemerovo, 650056, Russia,
E-mail: rudaevae@mail.ru
© Vadim G. Mozes, et al.

Compliance with ethical principles. The patient did not consent to the publication of the submitted article (Article Title) in the journal Fundamental and Clinical Medicine.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Financing. The study was not sponsored (own resources).

For citation: Vadim G. Mozes, Svetlava I. Elgina, Elena V. Rudaeva, Kira B. Mozes. Kueler's uterus in an obstetrician's practice. *Fundamental and Clinical Medicine*. 2026;11(3):86-91. (In Russ.). <https://doi.org/10.23946/2500-0764-2026-11-3-86-91>

Received:

14.03.2026

Received in revised form:

21.04.2026

Accepted:

31.08.2026

Published:

30.09.2026

Введение

Преждевременная отслойка плаценты встречается в среднем в 0,4–1,0 % беременностей и является одной из ведущих причин акушерских кровотечений, материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. В тяжелых случаях, вследствие экставазации крови из ретроплацентарного пространства, кровоизлияние распространяется в толщу миометрия, достигая серозного покрова и даже параметрия, что клинически соответствует формированию матки Кувелера (uteroplacental apoplexy) [1, 2, 3].

Несмотря на исторически сложившуюся тактику радикального хирургического лечения, современные исследования демонстрируют возможность консервативного и органосохраняющего подхода при условии стабильного состояния пациентки и сохраненной сократительной способности матки. В последние годы отмечается рост интереса к изучению прогностических факторов и исходов при данном состоянии. Так, ретроспективные исследования показывают, что наличие матки Кувелера ассоциировано с более тяжелым течением отслойки плаценты, однако не всегда требует выполнения гистерэктомии при адекватной тактике ведения [4, 5, 6].

Описание случая

Пациентка Б., 20 лет, обратилась в ОКПЦ Кузбасской областной клинической больницы им. С. В. Беляева в гестационном сроке 33 недели+1 день с жалобами на отсутствие шевеления плода в течение суток.

Из анамнеза: беременность первая, желанная, протекала на фоне гестационной анемии легкой степени тяжести, гестационных отеков. Пациентка не сообщала о каких-либо сопутствующих заболеваниях, в том числе хронической артериальной гипертензии, не упоминала факты курения, употребления алкоголя или наркотиков во время беременности.

Лабораторно при поступлении была выявлена анемия средней степени тяжести, лейкоцитоз, повышение СРБ. По данным ультразвукового исследования была диагностирована антенатальная гибель плода, эхо-признаки ретроплацентарной гематомы, располагающейся по передней стенке матки, размерами 42х7х56 мм.

Учитывая прогрессирующую преждевременную отслойку плаценты, высокий риск таких осложнений, как массивное кровотечение, сепсис, ДВС-синдром, пациентка в экстренном

порядке была подана в операционную для проведения оперативного родоразрешения путем операции кесарева сечения.

Интраоперационно: извлечен мертвый недоношенный плод женского пола, массой 1400 граммов, ростом 43 см, с оценкой по шкале Апгар 0/0 баллов. Плацента была удалена методом контролируемых тракций, располагалась по передней стенке матки, следом за плацентой выделилось 300 мл темных плотных кровянистых сгустков. Было отмечено краевое приращение пуповины длиной около 30 см. В центре определялся участок отслойки, занимающий 1/2 плаценты, по периферии – мелкие участки отслоек, прикрытые темными плотными кровянистыми сгустками. Передняя стенка матки в проекции приращения плаценты была пропитана кровью, с петехиальными кровоизлияниями на серозе (**рисунок 1**). На фоне проводимой утеротонической терапии (карбетоцин 1,0 в/в) матка сократилась, кровотечения не было. Принимая во внимание наличие матки Кувелера, интраоперационно, с целью уточнения объема оперативного вмешательства, был проведен консилиум.

Учитывая паритет родов, возраст женщины, отсутствие живых детей, сохранившуюся сократительную способность миометрия, было принято решение о проведении органосохраняющих манипуляций: компрессионные сборочные швы, управляемая баллонная тампонада с вагинальным модулем. Также было проведено дренирование брюшной полости через переднюю брюшную стенку, установка дренажа в задний свод влагалища с выведением справа на переднюю брюшную стенку.

В раннем послеоперационном послеродовом периоде была диагностирована систоло-диастолическая гипертензия до 154–160/108 мм рт. ст., лабораторно выявлена анемия тяжелой степени тяжести, тромбоцитопения, гипопротейнемия, выраженная протеинурия (белок 12,3 г/л), цилиндрурия, шизоцитоз. По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости диагностирована спленомегалия. Диурез в послеоперационном послеродовом периоде был адекватен волеимической нагрузке. Учитывая течение тяжелой преэклампсии, диагностированной в раннем послеоперационном послеродовом периоде, была начата противосудорожная, гипотензивная терапия. С целью коррекции кислородтранспортной функции крови была проведена гемотрансфузия (эритро-

цитарная взвесь лейкоредуцированная по фенотипу 580 мл 2 дозы).

Пациентка была выписана на 8-е сутки с рекомендациями и программой реабилитации под наблюдением акушера-гинеколога амбулаторно.

Обсуждение

Преждевременная отслойка плаценты является мультифакторным состоянием, ассоциированным с гипертензивными расстройствами беременности, воспалительными процессами и нарушениями гемостаза. В представленном клиническом случае развитие матки Кувелера сопровождалось антенатальной гибелью плода и тяжелыми системными осложнениями, что соответствует данным современной литературы о высокой частоте неблагоприятных перинатальных исходов при данном осложнении.

Патогенетически формирование матки Кувелера связано с массивным кровоизлиянием в децидуальную оболочку с последующим распространением крови в миометрий и за его пределы. Это приводит к нарушению сократительной способности матки и повышает риск атонического кровотечения [1,5,7].

Согласно современным исследованиям, наличие матки Кувелера коррелирует с более тяжелыми материнскими исходами, включая необходимость трансфузионной терапии, развитие коагулопатий и повышение риска оперативных вмешательств. Тем не менее ряд авторов подчеркивают, что само по себе наличие пропитывания миометрия кровью не является абсолютным показанием к гистерэктомии [2, 8, 9].

В последние годы активно обсуждается органосохраняющая тактика, включающая применение компрессионных швов, баллонной тампоны и утеротонической терапии. В клинических наблюдениях показано, что при сохраненной сократительной функции миометрия возможно успешное завершение операции без удаления матки даже при выраженных морфологических изменениях [6, 10–13].

Особое значение в представленном клиническом случае имеет развитие тяжелой преэклампсии в послеоперационном периоде. Известно, что гипертензивные расстройства беременности являются одним из ключевых факторов риска преждевременной отслойки плаценты, а также могут усугублять эндотелиальную дисфункцию и коагулопатию. Наличие тромбоцитопении, шизоцитоза и выраженной протеинурии у пациентки может свидетель-

ствовать о развитии микроангиопатического процесса.

Таким образом, представленный клинический случай соответствует современным представлениям о патогенезе и клиническом течении матки Кувелера и подтверждает, что индивидуализированный подход с оценкой функционального состояния миометрия является определяющим при выборе хирургической тактики.



Рисунок 1. Матка Кувелера (интраоперационная картина)

Заключение

Матка Кувелера остается жизнеугрожающим осложнением акушерской практики, требующим незамедлительной диагностики и активной тактики ведения. Представленный клинический случай демонстрирует, что при определенных условиях возможно успешное применение органосохраняющих методов лечения. Ключевыми факторами выбора тактики являются гемодинамическая стабильность пациентки, степень кровопотери и функциональное состояние миометрия. Мультидисциплинарный подход и своевременная интенсивная терапия играют решающую роль в улучшении исходов и сохранении репродуктивного потенциала пациенток.

Figure 1. Couvelaire's uterus (intraoperative picture)

Вклад авторов

В. Г. Мозес: разработка концепции и дизайна исследования, сбор и анализ данных, подготовка текста рукописи, полная ответственность за содержание.

С. И. Елгина: критический пересмотр рукописи с внесением ценного интеллектуального содержания.

Е. В. Рудаева: анализ данных, подготовка текста рукописи.

К. Б. Мозес: критический пересмотр рукописи с внесением ценного интеллектуального содержания.

Все авторы утвердили окончательную версию статьи.

Author contributions

Vadim G. Moses: development of the concept and design of the study, collection and analysis of data, preparation of the manuscript, full responsibility for the content.

Svetlana I. Elgina: critical revision of the manuscript with the introduction of valuable intellectual content.

Elena V. Rudaeva: data analysis, preparation of the manuscript.

Kira B. Moses: critical revision of the manuscript with the introduction of valuable intellectual content.

All authors approved the final version of the article.

Литература:

1. Hiiragi K., Obata S., Miyagi E., Aoki S. Clinical implications of a Couvelaire uterus with placental abruption: A retrospective study. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2025;168(1):177–183. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15821> EDN: PWDCPM
2. Parsapour H., Shafie N., Salehi A.M., Assareh Z. Report of a Complicated Case of Couvelaire Uterus. *Case Rep. Med.* 2023;2023:6668328. <https://doi.org/10.1155/2023/6668328> EDN: EBPAMI
3. Jyotsna G., Tayade S., Sharma S., Patel D., Singh S. Placental Abruption Complicated by the Couvelaire Uterus: A High-Risk Obstetric Case at 30 Weeks Gestation. *Cureus.* 2023;15(10):e46832. <https://doi.org/10.7759/cureus.46832> EDN: VYIBGG
4. Kapesi V., Moshi B., Kyejo W., Jusabani A., Mgonja M., Kaguta M. Couvelaire uterus in a previable pregnancy: Complication in abruptio placenta, case series from Tanzanian tertiary hospital. *Int. J. Surg. Case Rep.* 2023;102:107862. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.107862> EDN: KHHXQF
5. Lee Y.J., Calvert K., Jape K. Couvelaire uterus resulting in haemoperitoneum. *J. Surg. Case Rep.* 2022;2022(1):rjab618. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjab618> EDN: KJKLFR
6. Jackson J., George V., McKinney J., Fox K.A. Multimodal postpartum imaging of a severe case of Couvelaire uterus. *Case Rep. Perinat. Med.* 2022;11(1):20210013. <https://doi.org/10.1515/crpm-2021-0013> EDN: OTRJYP
7. Kapesi V., Moshi B., Kyejo W., Jusabani A., Mgonja M., Kaguta M. Couvelaire uterus in a previable pregnancy: Complication in abruptio placenta, case series from Tanzanian tertiary hospital. *Int. J. Surg. Case Rep.* 2023;102:107862. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.107862> EDN: KHHXQF
8. Hiiragi K., Obata S., Miyagi E., Aoki S. Clinical implications of a Couvelaire uterus with placental abruption: A retrospective study. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2025;168(1):177–183. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15821> EDN: PWDCPM
9. Schneider E., Kinzler W.L. Placental Abruption: Pathophysiology, Diagnosis, and Management. *Clin. Obstet. Gynecol.* 2025;68(1):98–104. <https://doi.org/10.1097/grf.0000000000000903> EDN: VOPIHN
10. Brandt J.S., Ananth C.V. Placental abruption at near-term and term gestations: pathophysiology, epidemiology, diagnosis, and management. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2023;228(5S):S1313–S1329. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.059> EDN: GCNEMC
11. Smith C.D., Lee A. Placental abruption. *BJA Educ.* 2024;24(9):305–308. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2024.05.001> EDN: RXENTZ
12. Tweddell S.M., Bahr T.M., Henry E., Page J.M., Ilstrup S.J., Ohls R.K. et al. Placental abruption and neonatal anemia. *J. Perinatol.* 2023;43(6):782–786. <https://doi.org/10.1038/s41372-023-01603-w> EDN: ESDVXF
13. Abe M., Arima H., Yoshida Y., Fukami A., Sakima A., Metoki H. et al. Optimal blood pressure target to prevent severe hyper-tension in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Hypertens Res.* 2022;45(5):887–899. <https://doi.org/10.1038/s41440-022-00853-z> EDN: URJPIS.

References:

1. Hiiragi K., Obata S., Miyagi E., Aoki S. Clinical implications of a Couvelaire uterus with placental abruption: A retrospective study. *Int J Gynaecol Obstet.* 2025;168(1):177–183. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15821>
2. Parsapour H., Shafie N., Salehi AM, Assareh Z. Report of a Complicated Case of Couvelaire Uterus. *Case Rep Med.* 2023;2023:6668328. <https://doi.org/10.1155/2023/6668328>
3. Jyotsna G, Tayade S, Sharma S, Patel D, Singh S. Placental Abruption Complicated by the Couvelaire Uterus: A High-Risk Obstetric Case at 30 Weeks Gestation. *Cureus.* 2023;15(10):e46832. <https://doi.org/10.7759/cureus.46832>
4. Kapesi V, Moshi B, Kyejo W, Jusabani A, Mgonja M, Kaguta M. Couvelaire uterus in a previable pregnancy: Complication in abruptio placenta, case series from Tanzanian tertiary hospital. *Int J Surg Case Rep.* 2023;102:107862. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.107862>
5. Lee YJ, Calvert K, Jape K. Couvelaire uterus resulting in haemoperitoneum. *J Surg Case Rep.* 2022;2022(1):rjab618. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjab618>
6. Jackson J, George V, McKinney J, Fox KA. Multimodal postpartum imaging of a severe case of Couvelaire uterus. *Case Rep Perinat Med.* 2022;11(1):20210013. <https://doi.org/10.1515/crpm-2021-0013>
7. Kapesi V, Moshi B, Kyejo W, Jusabani A, Mgonja M, Kaguta M. Couvelaire uterus in a previable pregnancy: Complication in abruptio placenta, case series from Tanzanian tertiary hospital. *Int J Surg Case Rep.* 2023;102:107862. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.107862> EDN: KHHXQF
8. Hiiragi K, Obata S, Miyagi E, Aoki S. Clinical implications of a Couvelaire uterus with placental abruption: A retrospective study. *Int J Gynaecol Obstet.* 2025;168(1):177–183. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15821> EDN: PWDCPM
9. Schneider E, Kinzler WL. Placental Abruption: Pathophysiology, Diagnosis, and Management. *Clin Obstet. Gynecol.* 2025;68(1):98–104. <https://doi.org/10.1097/grf.0000000000000903> EDN: VOPIHN
10. Brandt JS, Ananth CV. Placental abruption at near-term and term gestations: pathophysiology, epidemiology, diagnosis, and management. *Am J Obstet Gynecol.* 2023;228(5S):S1313–S1329. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.059> EDN: GCNEMC
11. Smith CD, Lee A. Placental abruption. *BJA Educ.* 2024;24(9):305–308. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2024.05.001> EDN: RXENTZ
12. Tweddell SM, Bahr TM, Henry E, Page JM, Ilstrup SJ, Ohls RK, et al. Placental abruption and neonatal anemia. *J. Perinatol.* 2023;43(6):782–786. <https://doi.org/10.1038/s41372-023-01603-w> EDN: ESDVXF
13. Abe M, Arima H, Yoshida Y, Fukami A, Sakima A, Metoki H, et al. Optimal blood pressure target to prevent severe hyper-tension in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Hypertens Res.* 2022;45(5):887–899. <https://doi.org/10.1038/s41440-022-00853-z> EDN: URJPIS.

Сведения об авторах

Мозес Вадим Гельевич, доктор медицинских наук, профессор, директор медицинского института федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кемеровский государственный университет».
ORCID: 0000-0002-3269-9018

Елгина Светлана Ивановна, доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии имени Г. А. Ушаковой федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
ORCID: 0000-0002-6966-2681

Рудаева Елена Владимировна ✉, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии имени Г. А. Ушаковой федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
ORCID: 0000-0002-6599-9906

Мозес Кира Борисовна, ассистент кафедры поликлинической терапии и сестринского дела федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
ORCID: 0000-0003-2906-621

Authors

Prof. Vadim G. Mozes, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor, director of the Medical Institute, Kemerovo State University, Kemerovo, Russia.
ORCID: 0000-0002-3269-9018

Prof. Svetlana I. Elgina, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor, Department of Obstetrics and Gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University.
ORCID: 0000-0002-6966-2681

Dr. Elena V. Rudaeva ✉, MD, Cand. Sci. (Medicine), Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University.
ORCID: 0000-0002-6599-9906

Dr. Kira B. Mozes, MD, Assistant Professor, Department of Polyclinic Therapy and Nursing, Kemerovo State Medical University.
ORCID: 0000-0003-2906-621