**«Акушерские ситуации при беременности, при которых требуется оказание медицинской помощи в неотложной форме»**

**План:**

1. Предлежание плаценты:

- определение понятия, классификация, этиология;

- клиническая картина, осложнения, диагностика;

- тактика ведения беременности и родов;

- лечение, профилактика, информация для пациентки.

### Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты:

### - определение понятия, этиология, факторы риска, эпидемиология, классификация;

### - клиническая картина, диагностика, лечение, профилактика;

### - организация оказания медицинской помощи.

### Рекомендуемая литература.

**II/ Предлежание плаценты** — расположение плаценты в нижнем сегменте матки в области внутреннего зева или на 7 см выше (по данным УЗИ). При предлежании плацента находится на пути рождающегося плода.

### В III триместре частота предлежания плаценты составляет 0,2–3,0%. До 22–24 нед предлежание плаценты наблюдают чаще. По мере прогрессирования беременности и роста матки происходит смещение плаценты вверх, после чего она располагается на 7–10 см выше внутреннего зева. Этот процесс иногда называют «миграция плаценты».

### Классификация предлежания плаценты

*Во время беременности:*

- полное предлежание - плацента полностью перекрывает внутренний зев;

- неполное (частичное) предлежание — внутренний зев перекрыт частично или плацента нижним краем доходит до него;

- низкое предлежание — плацента расположена на расстоянии 7 см и менее от внутреннего зева.

Согласно данным трансвагинальной эхографии выделяют четыре степени предлежания плаценты:  
- I степень (плацента расположена в нижнем сегменте, край плаценты достигает внутреннего зева, но расположен на расстоянии не менее 3 см от него);

- II степень (нижний край плаценты достигает внутреннего зева шейки матки, но не перекрывает внутренний зев);

- III степень: нижний край плаценты перекрывает внутренний зев, переходя на противоположную часть нижнего сегмента, при этом расположение плаценты на передней и задней стенке матки асимметрично;  
- IV степень: плацента симметрично расположена на передней и задней стенках матки, перекрывает внутренний зев своей центральной частью.

### Этиология предлежания плаценты

*Маточный фактор* связан с дистрофическими изменениями слизистой оболочки матки, в результате чего происходит нарушение условия плацентации:

- хронический эндометрит;

- значительное количество родов и абортов в анамнезе, особенно при развитии послеродовых или послеоперационных эндометритов;

- наличие рубцов на матке после КС или консервативной миомэктомии;

- курение.

К *плодовым факторам*, способствующим предлежанию плаценты, относят:

- снижение протеолитических свойств плодного яйца, когда нидация в верхних отделах матки невозможна.

При предлежании плаценты в силу недостаточного развития слизистой матки в нижнем сегменте возможно плотное прикрепление плаценты или истинное приращение.

### Клиническая картина предлежания плаценты

*Главный симптом предлежания плаценты* — кровотечение из половых путей. Особенности кровотечения при предлежании плаценты:

- возникает внезапно среди полного здоровья, чаще в конце II–III триместра или с появлением первых схваток;

- соответственно кровопотере возможны симптомы геморрагического шока;

- чем больше степень предлежания плаценты, тем раньше происходит кровотечение;

- кровь ярко алого цвета;

- кровотечение не сопровождается болевыми ощущениями;

- нередко рецидивирует, приводя к анемии беременных; на фоне анемии даже небольшая кровопотеря может способствовать развитию геморрагического шока;

- интенсивность кровотечения варьирует от массивной до незначительной в зависимости от количества и диаметра повреждённых сосудов матки;

- кровь из сосудов плацентарной площадки вытекает через половые пути, не образуя гематом, поэтому матка безболезненна во всех отделах и не меняет тонуса.

В родах один из факторов появления кровотечения при предлежании плаценты - натяжение оболочек в нижнем полюсе плодного пузыря. Разрыв плодных оболочек прекращает натяжение, плацента перемещается вместе с нижним сегментом, кровотечение может остановиться.

Дополнительным фактором остановки кровотечения при неполном предлежании плаценты может стать прижатие плаценты опускающейся в таз головкой плода. При полном предлежании плаценты самопроизвольная остановка кровотечения невозможна, поскольку плацента в родах по мере сглаживания шейки продолжает отслаиваться от стенки матки.

Общее состояние женщины при предлежании плаценты зависит от величины кровопотери. При этом необходимо учитывать кровь, скапливающуюся во влагалище (до 500 мл).

Состояние плода зависит от тяжести анемии или геморрагического шока при кровопотере. При обильном кровотечении развивается острая гипоксия плода.

**Осложнения беременности и родов**:

- угроза прерывания беременности;

- железодефицитная анемия;

- неправильное положение и тазовое предлежание плода;

- хроническая гипоксия и задержка роста плода за счёт плацентации в нижнем сегменте и относительно низкого кровотока в этом отделе матки;

- в раннем послеоперационном или послеродовом периоде возможно маточное кровотечение, обусловленное гипотонией или атонией нижнего маточного сегмента или разрывом шейки матки после родов через естественные родовые пути.

### Диагностика предлежания плаценты при беременности

#### Физикальное исследование

Диагностика основана на клинических признаках предлежания плаценты:

- кровяные выделения из половых путей яркого цвета при безболезненной матке;

- высокое стояние предлежащей части плода;

- неправильные положения или тазовые предлежания плода.

При предлежании плаценты влагалищное исследование проводить нежелательно, так как может произойти отслойка плаценты, усиливающая кровотечение. При отсутствии возможности УЗИ влагалищное исследование осуществляют крайне осторожно. При исследовании пальпируют губчатую ткань между предлежащей частью и пальцами акушера.

Влагалищное исследование проводят при развёрнутой операционной, позволяющей экстренно произвести КС в случае появления обильных кровяных выделений.

#### Инструментальные исследования

Наиболее точным методом считают трансвагинальную эхографию. Чрезвычайно важно установить наличие или отсутствие глубокого нарушения ворсин хориона в эндомиометрии, которые чаще сочетаются с предлежанием плаценты, чем с нормальным ее расположением. УЗИ позволяет выявить беременных женщин с предлежанием плаценты без клинических проявлений.

### Тактика ведения беременности и родов у женщин с предлежанием плаценты

### Тактика зависит от следующих клинических моментов:

- наличие или отсутствие кровяных выделений;

- интенсивность кровотечения;

- срок гестации.

При обильных кровяных выделениях показано срочное родоразрешение путем операции кесарева сечения независимо от срока гестации.

При выявлении на ультразвуковой диагностике предлежания плаценты и отсутствии кровяных выделений во II триместре беременности показано амбулаторное наблюдение беременной женщины в условиях женской консультации.

Для профилактики нарушений сократительной способности матки в конце второго периода родов или во время КС после извлечения плода вводят утеротонические средства: окситоцин или ПГ  внутривенно в течение 3–4 ч.

Обязателен осмотр шейки матки с помощью зеркал после родов через естественные родовые пути, так как предлежание плаценты часто сопровождается разрывами.

Ввиду большой опасности развития гнойно-воспалительных заболеваний в послеоперационном периоде показано интраоперационное (после пережатия пуповины) профилактическое введение антибиотиков широкого спектра действия, которое продолжается в послеоперационном периоде.

### Лечение предлежания плаценты во время беременности

#### Показания к госпитализации

В III триместре беременности при наличии предлежания плаценты и отсутствии кровяных выделений вопрос о госпитализации решают индивидуально.

Если пациентка живет недалеко от родильного дома и может за 5–10 минут доехать до него, то возможно наблюдение ее врачами женской консультации до 32–33 нед.

Если местожительство беременной значительно удалено от лечебного учреждения, она должна быть госпитализирована раньше.

Беременность можно пролонгировать до 37–38 нед, после чего при любом варианте предлежания плаценты с целью профилактики массивного кровотечения в плановом порядке производят КС.

#### Немедикаментозное лечение

Рекомендован постельный режим.

При неполном предлежании плаценты, отсутствии кровотечения в момент начала родовой деятельности в виде исключения возможно ведение родов через естественные родовые пути. Вскрытие плодных оболочек предупреждает дальнейшую отслойку плаценты опускающейся в таз головкой. Головка прижимает обнажённый участок плацентарной площадки к костям таза, прекращается кровотечение, далее роды протекают без осложнений. При слабых схватках или при подвижной над входом в таз головке после амниотомии целесообразно внутривенное введение окситоцина.

При появлении или усилении кровотечения после вскрытия плодного пузыря показано оперативное родоразрешение.

При неполном предлежании плаценты, отсутствии кровотечения и преждевременных родах, нежизнеспособном или мёртвом плоде после амниотомии и подвижной над входом в малый таз головке возможно использование кожноголовных щипцов по Иванову–Гауссу.

**В случае неэффективности вмешательства производят операцию кесарева сечения.**

#### Медикаментозное лечение беременных женщин с предлежанием плаценты

При незначительных кровяных выделениях назначают терапию, направленную на сохранение беременности под контролем гемостаза в стационаре:

- спазмолитики;

- b-адреномиметики;

- при выявлении дефектов гемостаза вводят свежезамороженную плазму;

- дезагрегационные препараты (дипиридамол, пентоксифиллин);

- лекарственные средства, направленные на активацию гемостаза и улучшение микроциркуляции;

- одновременно проводят антианемическую терапию;

- осуществляют ультразвуковой контроль расположения плаценты.

#### Хирургическое лечение

**Кесарево сечение**

### Профилактика предлежания плаценты

Поскольку предлежание плаценты чаще возникает у многорожавших женщин с внутриматочными вмешательствами в анамнезе, снижение числа абортов, необоснованных консервативных миомэктомий, частоты КС за счёт рационального ведения родов будут способствовать снижению частоты неправильного прикрепления плаценты.

### Информация для пациентки

Дома беременная женщина должна соблюдать определённый режим (исключить физическую нагрузку, поездки, половую жизнь).

Необходимо регулярно (через 3–4 нед) проводить УЗИ для того, чтобы проследить миграцию плаценты.

Беременная женщина и её родственники должны знать, в какое лечебное учреждение будет экстренно госпитализирована женщина при появлении кровяных выделений, особенно массивных.

### II/ Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты:

### - определение понятия, этиология, факторы риска, эпидемиология, классификация;

### - клиническая картина, диагностика, лечение, профилактика;

### - организация оказания медицинской помощи.

## Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) - преждевременное (до рождения ребенка) отделение плаценты от стенки матки во время беременности или в I – II периодах родов.

## Этиология

## Непосредственная причина ПОНРП неизвестна.

## **Факторы риска ПОНРП:**

## **1*. Во время беременности***

## - соматические заболевания (гипертоническая болезнь, острый и хронический гломерулонефрит, острый и хронический пиелонефрит, врожденные тромбофилии, сахарный диабет и др.);

## - преэклампсия, особенно тяжелые формы, эклампсия;

## - генетическая предрасположенность к тромбозам;

## - аномалии развития матки, ее опухоли;

## - количество родов в анамнезе более 3;

## - многоплодная беременность, многоводие;

## - чрезмерное употребление алкоголя, наркотиков, курение;

## - наружный поворот плода, амниоцентез;

## 2. ***В родах****:*

## - быстрое излитие околоплодных вод при разрыве плодного пузыря;

## - запоздалый разрыв плодного пузыря (при полном открытии шейки матки);

## - многоводие, многоплодная беременность;

## - стимуляция родовой деятельности окситоцином при целом плодном пузыре.

## Предрасполагающие факторы ПОНРП:

## 1. ***Во время беременности*:**

## - механическая травма.

## 2. ***Во время родов****:*

## - гиперстимуляция матки, рождение первого плода при многоплодии;

- короткая пуповина;

- наружновнутренний поворот плода при многоплодной беременности.

Эпидемиология

Распространенность ПОНРП в мире составляет 0,3-0,4%. До начала родовой деятельности ПОНРП возникает в 75-80%, в родах - в 20-25% случаев. На амбулаторном этапе или до поступления в стационар ПОНРП возникает в 30%, в стационаре - в 70% случаев.

Материнская летальность при ПОНРП составляет 1,6-15,6% (вследствие кровотечения и геморрагического шока), перинатальная смертность – 200-350‰ (вследствие дистресс-синдрома плода). Степень опасности для матери и плода возрастает по мере увеличения площади отделения плаценты от матки, размеров гематомы, величины кровопотери, нарушения гемостаза.

Частота развития матки Кувелера достигает 3,5% от всех случаев ПОНРП.

Классификация

По площади отслойки различают:

*частичную ПОНРП:*

- не прогрессирующую, прогрессирующую.

*полную ПОНРП.*

Частичная ПОНРП может быть краевой или центральной.

Клиническая картина

ПОНРП может произойти во время беременности, в первом и втором периодах родов.

**Клинические симптомы**:

1**. *Болевой синдром***: острая боль в проекции локализации плаценты, которая затем распространяется на всю матку, поясницу, спину и становится диффузной. Боль наиболее выражена при центральной отслойке и может быть не выраженной при краевой отслойке. При отслойке плаценты, расположенной по задней стенке матки, боль может имитировать почечную колику.

2. ***Гипертонус матки*** вплоть до тетании, не купируется применением спазмолитиков, токолитиков.

3**. *Кровотечение***из влагалища может варьировать в зависимости от степени тяжести ПОНРП и ее характера (краевая или центральная отслойка), от незначительного до массивного. При формировании ретроплацентарной гематомы, наружное кровотечение может отсутствовать. При ПОНРП выделяют *три типа кровотечения*: наружное, внутреннее и смешанное*.*

4. ***Нарушение состояния плода*** (нарушение двигательной активности, тахикардия или брадикардия, возможна внутриутробная гибель).

5. Присоединение *симптомов геморрагического шока и ДВС-синдрома*.

Классическая клиническая картина наблюдается только у 25% беременных. У 1/3 беременных отсутствует болевой синдром как один из важных диагностических признаков данной патологии.

Ведущими клиническими симптомами ПОНРП являются кровяные выделения из половых путей и признаки дистресс-синдрома плода.

Диагностика

Основывается на следующих клинических признаках:

1) кровянистые выделения из половых путей во время беременности или в родах;

2) болевой синдром;

3) гипертонус матки;

4) отсутствие расслабления матки в паузах между схватками (при начале родовой деятельности);

5) признаки дистресс-синдрома плода;

6) прогрессирующее снижение артериального давления, тахикардия.

Окончательный диагноз устанавливают после родоразрешения, когда на материнской поверхности плаценты определяют кратерообразное вдавление и сгусток крови.

**Жалобы и анамнез**

- У всех беременных и рожениц рекомендовано учитывать **жалобы на боли в животе**, **гипертонус матки, кровянистые выделения из половых путей** с целью своевременной диагностики ПОНРП.

- У всех беременных и рожениц рекомендован сбор анамнеза и выявление факторов риска ПОНРП с целью выявления группы риска ПОНРП.

Физикальное обследование

- Рекомендовано оценить состояние беременной пациентки. Необходимо обратить внимание на бледность кожных покровов, холодный, липкий пот, наличие тахикардии, снижение уровня артериального давления.

- Рекомендована пальпация плода с целью оценки тонуса и болезненности матки, возможности определения расположения плода.

- Рекомендована аускультация плода с помощью стетоскопа с целью оценки состояния плода.

- Рекомендовано влагалищное исследование и осмотр шейки матки в зеркалах с целью оценки величины кровопотери и состояния плодного пузыря.

Лабораторные диагностические исследования

- общий (клинический) анализ крови в крови;

- группа крови и резус-фактор с целью готовности к возможной гемотрансфузии.

Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендовано УЗИ плода в динамике при выборе выжидательной тактики ведения с целью мониторинга состояния плода; кратность УЗИ плода определяется клинической ситуацией.

- Рекомендовано КТГ плода в динамике при выборе выжидательной тактики ведения с целью мониторинга состояния плода; кратность КТГ плода определяется клинической ситуацией.

- Рекомендована ультразвуковая допплерография фетоплацентарного кровотока при выборе выжидательной тактики ведения с целью мониторинга состояния плода.

- Рекомендовано начать мониторинг жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза) не позднее 10 минут от момента установления диагноза ПОНРП.

Иные диагностические исследования

- Рекомендован осмотр врача-анестезиолога-реаниматолога при принятии решения о родоразрешении путем операции кесарева сечения для определения анестезиолого-операционного риска.

- Рекомендована консультация медицинского психолога пациенткам, преждевременно родоразрешенным в связи с ПОНРП, особенно тем, чьи дети находятся в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

***Немедикаментозные методы лечения***

- Рекомендован постельный режим с целью минимизации кровопотери.

- Рекомендовано учитывать величину кровопотери, состояние беременной/роженицы и плода, срок беременности, состояние системы гемостаза с целью выбора тактики ведения беременности и родоразрешения.

- Рекомендована выжидательная тактика при отсутствии выраженного или продолжающегося наружного или внутреннего кровотечения (небольшая не прогрессирующая ретроплацентарная гематома по данным УЗИ), отсутствии нарушения состояния беременной и плода, анемии, недоношенной беременности в стационарных условиях с целью пролонгирования беременности.

***Медикаментозные методы лечения***

- Рекомендовано при выборе выжидательной тактики ведения беременности лечение основного заболевания, вызвавшего ПОНРП.

- Рекомендовано при выборе выжидательной тактики ведения беременности профилактика дистресс-синдрома плода в 24,0- 33,6 недель беременности.

- Рекомендовано при выборе выжидательной тактики ведения беременности терапия нифедипином и атозибаном в 24,0- 33,6 недель беременности в качестве токолитической терапии.

- Не рекомендовано применять гексопреналин и нестероидные противовоспалительные препараты (индометацин) с целью пролонгирования беременности.

- Рекомендована ранняя амниотомия при ведении родов через естественные родовые пути в случае непрогрессирующей ПОНРП в I периоде родов без признаков выраженного наружного и внутреннего кровотечения, нарушения состояния женщины и плода.

- Не рекомендована индукция родов.

- При ведении родов через естественные родовые пути во втором периоде родов рекомендована вакуум-экстракция или наложение акушерских щипцов при головном предлежании плода, расположении головки плода в узкой части таза и ниже, и наличии условий для проведения влагалищных оперативных родов.

- Во втором периоде родов и головном предлежании плода, расположении головки плода в широкой части таза и выше рекомендовано родоразрешение путем операции кесарева сечения.

- Во втором периоде родов и тазовом предлежании плода рекомендовано родоразрешение путем операции кесарево сечения в экстренном порядке или проведение экстракции плода за тазовый конец в зависимости от акушерской ситуации с учетом условий и противопоказаний для каждого из указанных вмешательств.

• При ведении родов через естественные родовые пути рекомендовано ручное отделение плаценты и выделение последа, и ручное обследование матки послеродовое.

***Хирургическое лечение***

- Рекомендовано при родоразрешении обеспечить готовность персонала и оборудования для проведения процедуры реинфузии крови при возможности медицинской организации.

- Рекомендовано родоразрешение путем операции кесарева сечения при наличии одного из факторов: прогрессирующая ПОНРП, наличие выраженного наружного или внутреннего кровотечения, нарушение параметров гемодинамики у беременной, признаки дистресс- синдрома плода, прогрессирование анемии, появление признаков коагулопатии независимо от срока беременности.

*Комментарии:*  неоправданно запоздалое родоразрешение приводит к гибели плода, развитию маточно-плацентарной апоплексии, массивной кровопотере, геморрагическому шоку, ДВС-синдрому, потере репродуктивной функции женщины. Необходимо стремиться, чтобы интервал времени между установлением диагноза ПОНРП и началом хирургического вмешательства был максимально коротким и не превышал 30 минут, однако этот показатель может изменяться в зависимости от клинической ситуации и возможностей медицинской организации. Перед проведением операции кесарева сечения оптимальным является установка внутривенного катетера и катетеризация мочевого пузыря.

- Рекомендована амниотомия перед началом операции кесарева сечения при продольном положении плода при наличии условий для ее выполнения с целью уменьшения кровотечения при прижатии плаценты предлежащей частью плода.

- Рекомендовано расширение объема оперативного вмешательства до экстирпации матки при продолжающемся маточном кровотечении при неэффективности проводимых мероприятий (перевязка маточных артерий, компрессионные швы на матку, эмболизация или перевязка внутренних подвздошных артерий), наличии маточно-плацентарной апоплексии (матки Кувелера).

Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

**Специфической профилактики ПОНРП не существует**.

• Рекомендована своевременная диагностика и лечение заболеваний и состояний, предрасполагающих к развитию ПОНРП во время беременности и в родах (артериальная гипертензия, преэклампсия).

• Рекомендовано предупреждение механических травм пациентки во время беременности с целью профилактики ПОНРП.

• Рекомендовано наблюдение и интенсивная терапия в послеоперационном периоде при родоразрешении путем операции кесарева сечения в связи ПОНРП в условиях отделения реанимации или палаты интенсивной терапии в течение не менее 12 часов после окончания операции с целью профилактики послеоперационных осложнений.

• Рекомендовано избегать во время родов гиперстимуляции родовой деятельности, быстрого излития околоплодных вод, запоздалого вскрытия плодного пузыря с целью предупреждения ПОНРП в родах.

Организация оказания медицинской помощи

***Показания для госпитализации в медицинскую организацию***:

1) подозрение на ПОНРП или подтвержденная ПОНРП;

2) наличие кровянистых выделений из половых путей во время беременности.

Прогрессирующая ПОНРП является показанием к родоразрешению путем кесарева сечения в экстренном порядке (I категория неотложности).

При возникновении экстренных показаний к родоразрешению путем КС, операция выполняется в стационаре той медицинской организации, где пациентка находится на момент установления диагноза, при условии наличия необходимого медицинского оборудования и медицинского персонала для оказания помощи матери и новорожденному.

Наличие продолжающегося кровотечения из половых путей является противопоказанием к медицинской транспортировке из одной медицинской организации в другую при наличии условий для проведения экстренного родоразрешения.

При отсутствии возможности проведения экстренного родоразрешения транспортировка пациентки осуществляется в ближайшую медицинскую организацию, имеющую условия для оказания медицинской помощи женщине и новорожденному в условиях специального медицинского транспорта (реанимобиля) в сопровождении анестезиолого-реанимационной бригады с постоянным мониторным контролем состояния женщины и плода.

*Показания к выписке из медицинской организации*:

выписка родильниц из акушерского стационара после родоразрешения путем КС проводится по общим правилам при следующих условиях:

1) отсутствие гипертермии (выше 37,2°C) и неосложненное течение послеоперационного периода;

2) отсутствие патологических изменений при УЗИ матки и придатков;

3) отсутствие признаков мастита и лактостаза;

4) отсутствие признаков воспаления в области шва.

Выписка возможна с нерассасывающимся шовным материалом с последующим удалением шовной нити по месту жительства.

Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Факторами, влияющими на исход беременности для плода при ПОНРП, являются:

площадь отслойки плаценты; величина кровопотери; состояние беременной и плода; срок беременности; состояние системы гемостаза (наличие коагулопатии).

Прогноз в отношении жизни матери и плода при ПОНРП неоднозначен. Исход заболевания зависит от этиологического фактора, тяжести отслойки, своевременности установления диагноза, характера кровотечения (наружное, внутреннее), выбора адекватного метода лечения, состояния организма беременной, степени зрелости плода, своевременности оказания квалифицированной помощи.

Рекомендуемая литература:

1. Акушерство**:** учебник/ Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава, О. Б. Панина, М. А. Курцер. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – С. 423-429.
2. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – С.1305-1313.
3. Акушерство:учебник/ под ред. В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С.531-541.
4. Акушерство: учебник / Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Давыдов А.И. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – С.588-596.
5. Акушерство: учебник / Э. К. Айламазян [и др.]. - 10-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – С.476-479.