

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
кафедра детских болезней педиатрического факультета

76 Лашова
Лашова О. В.
①

Научно-исследовательская работа на тему
«Состояние здоровья детей перед поступлением в школу»

Выполнила:

Студентка 5 курса 9 группы
педиатрического факультета
Ли Наталья Сергеевна

Волгоград 2018

Оглавление

Введение	3
Цель исследования	4
Основные определения и понятия	5
Теоритическая часть НИР.....	6
Роль врача- участкового педиатра поступлении детей в школу.....	16
Результаты исследования.....	17
Выводы	21
Список литературы.....	22

Введение

Школьный период является важным периодом формирования здоровья детей. На него приходится заключительный биологический этап онтогенеза, когда происходит созревание основных функций и систем. В этом возрасте морфофункциональные особенности ребенка продолжают определять высокую чувствительность растущего организма к неблагоприятным факторам. На этом этапе наиболее ярко выражен риск проявления наследственно детерминированной предрасположенности к развитию заболеваний, а также медико-социальный риск возникновения нарушений развития и состояния здоровья ребенка.

Актуальность темы – врачебный контроль за подготовкой детей к школе является весьма важной задачей врача педиатра. Врачебный контроль необходим при выявлении готовности детей к школе, как умственной, так и физиологической готовности руки к умению писать. Также важен контроль и за адаптацией ребенка при обучении в 1 классе школ с любой формой обучения. Врач педиатр принимает участие и при оформлении ребенка в школу для умственно отсталых детей, проводит вместе с психологом психологическое консультирование детей с отклонениями в развитии.

Цель исследования

Цель настоящего исследования: изучить состояние здоровья детей перед поступлением в школу на 9 участке ГУЗ «Детская клиническая поликлиника №16».

Задача настоящего исследования:

1. Сделать выборку детей с 6 до 7 лет на участке.
2. Проанализировать состояние здоровья детей.
3. Проанализировать группы здоровья детей.
4. Проанализировать генеалогический, биологический, социальный анамнез.
5. Проанализировать структуру заболеваемости.
6. Сделать выводы

Материалы и методы. Проведено обследование 60 дошкольников 9 участка ГУЗ «Детская клиническая поликлиника №16». В ходе работы были использованы сведения историй развития ребенка (форма 112/у и 026/у) за период с февраля по август 2017г

Основные определения и понятия

Школьной зрелостью следует называть уровень физического и психического развития, при котором можно предполагать, что ребенок полностью справится со всеми сложностями школьного обучения.

Готовность ребенка к систематическому обучению в школе (**школьная зрелость**) — это тот уровень морфофизиологического и психофизиологического развития, при котором требования систематического обучения не являются чрезмерными и не приводят к нарушению здоровья ребенка, физиологической и психологической дезадаптации, снижению успешности обучения.

Здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических недостатков.

Физическим здоровьем - это состояние органов и систем органов, жизненных функций организма.

Психическое здоровье - это состояние психики, характеризующееся общим душевным равновесием.

Социальное здоровье – это система мотивов и ценностей, регулирующих поведение.

Адаптация – приспособление, в данном случае, к новым условиям окружающей среды, т.е. социальным условиям, происходит смена домашней обстановки на организованный коллектив

Теоритическая часть НИР

Формирование психофункциональной готовности детей к поступлению в школу проводится на протяжении всего дошкольного детства ребенка. В школу ребенок должен придти функционально "зрелым". Установлено, что у "незрелых" школьников учебная деятельность оказывает неблагоприятное влияние на функциональное состояние организма и здоровье, они часто становятся неуспевающими. Большая часть функционально неготовых учащихся не адаптируется к школе на протяжении всего 1 года обучения. Определение готовности детей к обучению в школе проводится врачом по медицинским и психофизиологическим критериям. *Медицинские критерии* - уровень биологического развития (по зубной формуле - количество прорезавшихся постоянных зубов. Биологическую зрелость расценивают, как замедление, соответствующее возрасту или ускоренное развитие), состояние здоровья в момент осмотра, острая заболеваемость за предшествующий год. *Психофизиологические критерии* – результаты выполнения теста Керна-Иерасека (нарисовать человека, срисовать короткую фразу "Он ел суп", срисовать группы точек), качество звукопроизношения (наличие дефектов), результат выполнения монометрического теста "вырезание круга". Каждое задание теста Керан-Иерасека оценивается баллами от 1 (наилучшая оценка) до 5 (наихудшая оценка).

Ребенок считается готовым к школьному обучению в том случае, если его биологический возраст соответствует, или опережает паспортный, и если он получил в сумме 3-5 баллов за тест Керна-Иерасека и имеет положительный результат за выполнением хотя бы одного из двух других проб, приведенных выше; условно зрелым, если получает 6-9 баллов за тест Керна-Иерасека и имеет положительный результат за выполнение одной из других проб; незрелым, если получает 10-15 баллов за тест Керна-Иерасека

независимо от выполнения других проб (при 1 исследовании) . *Не готовыми к обучению* считаются дети, имеющие отклонения в состоянии, отстающие в биологическом развитии, а также не выполнившие тест Керна-Иерасека с оценкой 9 и более баллов при повторном исследовании, имеющие дефекты звукопроизношения.

Организованные дети, не готовые к школьному обучению по психофизиологическим показателям (незрелые), временно не допускаются в школу. Временная отсрочка от приема в школу рекомендуется детям с отставанием биологического развития:

1. Рост ниже среднего на 1 сигмальное отклонение или ниже 10 центиля по местным стандартам физического развития;
2. Прибавка в росте за последний год менее 4 см;
3. Полное отсутствие постоянных зубов.

Организованные дети остаются в подготовительной группе на следующий год, а неорганизованных рекомендуют определить в подготовительную группу детского сада. Исследование проводится медицинской сестрой или воспитателем детского сада, а также медицинской сестрой или врачом поликлиники.

Работа врача по определению готовности к школе проводится в 2 этапа и предусматривает оздоровление дошкольников и коррекцию развития школьно-необходимых функций. Первое обследование с определением психофункциональной готовности к школе проводится осенью года, в котором ребенок пойдет в школу. Детям, имеющим отклонения в состоянии здоровья, назначают комплекс лечебных и оздоровительных мероприятий. Дошкольникам, у которых выявлено отставание в развитии речи, рекомендуется комплекс упражнений по их коррекции, которые

осуществляет врач-логопед. Занятия по развитию моторики проводятся воспитателями детского сада или родителями. Повторный осмотр всех детей осуществляется перед поступлением их в школу (в апреле- мае) теми же специалистами. Одновременно проводится повторное психофизиологическое обследование детей, признанных не готовыми к школе при первом обследовании. Во время повторного исследования детей или уже школьным врачом в 1 классе целесообразно проводить анкетирование родителей на предмет выявления у детей синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, который существенно затрудняет обучение этих детей и требует дополнительных медико-профилактических мероприятий. Анкета предусматривает оценку каждым родителем своего ребенка по 14 вопросам, которые относятся к характеристике нарушения внимания, импульсивности и гиперактивности.

Подготовка детей к поступлению в школу ведется постоянно во всем периоде дошкольного детства. В целях максимального оздоровления выявленных больных к моменту поступления в школу проводятся комплексные углубленные осмотры в возрасте 3, 5 лет, за год и в год поступления в школу.

Непосредственно перед оформлением в школу ребенок осматривается врачом педиатром, специалистами и проводятся следующие анализы

Педиатр	Общий анализ крови
Невролог	Общий анализ мочи
Детский хирург	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)
Детский стоматолог	
Травматолог-ортопед	Ультразвуковое исследование почек
Офтальмолог	Эхокардиография
Оториноларинголог	Электрокардиография
Психиатр детский	

Акушер-гинеколог	
Детский уролог-андролог	

Оцениваются эффективность проведенного лечения и состояние здоровья ребенка, функциональная готовность к поступлению в школу. Алгоритм заключения следующий:

1. Клинический диагноз (основной, сопутствующий);
2. Оценка физического развития;
3. Оценка нервно-психического развития;
4. Группа здоровья;
5. Медицинская группа для занятий физкультурой;
6. Медико-педагогическое заключение – о готовности к обучению с определенного возраста;
7. Рекомендации по оздоровлению, режиму, питанию.

Педагог - психолог в 6-7 лет определяет с использованием системы методик интеллектуальный уровень развития и дает заключение о степени готовности к обучению в школе: «к обучению в школе готов», «подготовлен слабо», «не готов» и дает соответствующие рекомендации.

Начало обучения достаточно трудно для всех детей семилетнего возраста. Они должны привыкнуть к новому коллективу детей и взрослых, новому режиму дня, к обязанности выполнять требования учителя, к систематической умственной работе, относительной неподвижности на уроках. В первые недели и месяцы обучения у первоклассников часты жалобы невротического характера, обнаруживаются функциональные

нарушения со стороны нервной и сердечно-сосудистой систем, снижение массы тела и гемоглобина крови, изменение реактивности организма. У некоторых детей может развиваться астенический синдром (утомляемость, головные боли, нарушения сна и аппетита, боли в сердце и в животе), могут возникнуть вредные привычки в виде обкусывания ногтей, сосания пальца и т.д.

В основу оценки *адаптации* к школе у детей 7 лет положены различные клинические критерии. Течение адаптации оценивается по выраженности и продолжительности невротических явлений. Их отсутствие или слабая выраженность в течение первых 2 четвертей учебного года свидетельствует о *благоприятном* течении адаптации. Умеренная выраженность невротических реакций на протяжении 3 четвертей с дальнейшим ослаблением их проявлений к концу учебного года – *средне-благоприятная* адаптация. При значительной выраженности симптоматики, близкой к неврозу – *неблагоприятная* адаптация.

Длительность периода адаптации детей к обучению индивидуальна и колеблется от 3 до 16 недель, у большинства – 5-6 недель.

Состояние детей в период адаптации фиксируется в листе адаптации. В нем указывают: фамилию, имя, возраст ребенка, класс, дату регистрации, балльную оценку по каждой эмоционально-поведенческой реакции и их сумму. Отдельно внося средний балл успеваемости по чтению, письму, арифметике по четвертям, особенности поведения (непослушание, грубость, отказ от поручений, замкнутость и др.). В течение каждой четверти учитывают динамику состояния здоровья по результатам медицинского наблюдения и анкетирования родителей. При этом знаком плюс или минус фиксируются следующие показатели: нарушение сна, аппетита, головная боль, боли в сердце, животе, энурез, раздражительность, плаксивость,

истощаемость внимания, страхи, навязчивые движения, двигательная расторможенность, вредные привычки, перенесенные ОРВИ, другие заболевания. указывается масса и длина тела. У первоклассников эмоционально-поведенческие реакции регистрируются в 1 четверти – 1 раз в 2 недели, затем 1 раз в конце каждой четверти. Адаптацию считают законченной при стабилизации эмоционально-поведенческих реакций на высоком положительном уровне, при отсутствии других отклонений в состоянии здоровья при сумме баллов 63-86, хорошая работоспособность и успеваемость, успешное выполнение ребенком социальных функций, присущих его возрасту. Все случаи возникновения у детей в период адаптации острых заболеваний и выраженных невротических расстройств должны расцениваться как ее срыв. Контроль за адаптацией первоклассников осуществляет медицинская сестра под руководством врача, получая от учителей всю необходимую информацию об успеваемости и поведении ребенка. Врачебному осмотру подлежат все первоклассники с неблагоприятным течением адаптации по мере выявления нарушений в состоянии здоровья. Мероприятия по ее коррекции намечаются совместно врачом и педагогом, а при необходимости проводится консультация психолога или психиатра. Документально контроль за течением адаптации оформляется так: при поступлении ребенка в школу делается запись о состоянии здоровья с планом мероприятий по облегчению адаптации. В процессе наблюдения отмечаются особенности адаптационного периода и соответствующие корригирующие мероприятия, если в них есть необходимость. При завершении адаптации в форме небольшого резюме пишется заключение о ее течении у данного ребенка и прилагается лист адаптации.

При появлении первых признаков нарушения адаптации, а также с учетом ее прогноза назначаются медицинские корригирующие мероприятия. Их можно отнести к 4-м основным группам:

1. Повышение неспецифической реактивности организма ребенка;
2. Воздействие на метаболические звенья эмоционального стресса;
3. Уменьшение силы эмоционального стресса и предупреждение невротических расстройств;
4. Мероприятия общего плана, направленные на предупреждение перекрестного инфицирования, утомление и совершенствование приспособительных механизмов.

Дети, с выявленными отклонениями в состоянии здоровья и не подлежащие обучению в общеобразовательной школе, направляются в психолого-медико-педагогическую комиссию (МПК) для решения вопроса об обучении ребенка в специальной (коррекционной) образовательной школе. Документы, представляемые при этом на ребенка следующие: характеристика из детского сада, заключение о состоянии здоровья, представляемое психиатром, невропатологом, отоларингологом, окулистом и другими специалистами по показаниям.

Психологическое консультирование детей с отклонениями в развитии проводится при участии кроме педиатра других специалистов, таких как психоневролог, отиатр, офтальмолог, стоматолог, психолог, педагог-дефектолог. Для успешного обучения в обычной школе особенное значение имеют отставание в чтении, правописании, счете, зрительной и слуховой дифференциации, нарушения речи, ритма, грамматики и различная степень диспраксии. Выявление детей группы риска по отклонениям в развитии нужно проводить в течение первых трех лет жизни, чтобы уже в этом

возрасте принимать меры по их лечению и коррекции развития. Установлено, что число детей, которые нуждаются в обучении в коррекционных учреждениях, составляет не более 5%. Около 15% детей недостаточно зрелые для обучения и их успеваемость в школе очень низка. Дети, отстающие в развитии, должны посещать коррекционные группы в детском саду, где, начиная с 3-х летнего возраста, их начинают готовить к школе. При посещении таких групп у детей улучшается внимание, развивается познавательная деятельность, уменьшается утомляемость, вследствие чего 1/3 детей может посещать обычные школы. Желательно, чтобы после корригирующих занятий в детском саду эти дети учились в течение 3-5 лет в специальных классах или в школах для умственно отсталых детей с осложненными формами поведения. При проведении корригирующих мероприятий особенно возрастает роль семьи. Быстрый темп изложения, недостаточное его повторение создает особые трудности при усвоении школьного материала и требует медленного и длительного повторения его дома при активном участии родителей. Кроме того, необходимо создать в семье условия, чтобы жизнь и судьба ребенка не зависели от того, насколько он по своей индивидуальности соответствует ожиданиям родителей.

Особенности медицинского обеспечения учащихся в условиях повышенных учебных нагрузок. При решении вопроса о возможности обучения в школах с углубленным содержанием обучения необходимо учитывать степень "школьной" зрелости ребенка к моменту поступления в школу, уровень функциональных возможностей ведущих систем организма, оценить имеющиеся функциональные нарушения и хронические заболевания, их возможный прогноз и вероятность снижения социальной адаптации и интеграции ребенка в результате прогрессирования патологии. Представляемые медицинские требования к здоровью детей, поступающих в

ООУ с углубленным содержанием обучения, и выносимые на их основании медицинские заключения имеют рекомендательный характер. Однако при этом следует учитывать, что при наличии выраженных или склонных к прогрессированию заболеваний ребенок сможет справиться со значительными нагрузками ценой ухудшения здоровья. Медицинское заключение выносится на основании результатов профилактических осмотров, данных медицинского наблюдения, документов о пребывании в стационарах, выписок КДЦ, диспансеров и др. Участковый педиатр выносит обоснованное решение и проводит разъяснительную работу с родителями и ребенком о возможном ухудшении здоровья при обучении в таких классах. В беседе с родителями обсуждаются вопросы о состоянии здоровья ребенка, о наличии у него функциональных и хронических заболеваний, о негативном влиянии на здоровье ребенка интенсивной учебной нагрузки, о возможности прогрессирования функциональных нарушений и хронических заболеваний. При зачислении ребенка, страдающего хроническими заболеваниями, в классы с инновационным обучением необходимо строго соблюдать физиологически обоснованного режима дня и питания, создание ребенку благоприятных условий для выполнения домашних заданий, отдыха, уменьшение объема или освобождение школьника от дополнительных внешкольных нагрузок, повышение физической активности ребенка и времени пребывания его на свежем воздухе. О проведенной беседе с указанием даты проведения, кратким содержанием беседы и рекомендациями делается запись в форме 112 и 026/у-2000. При наличии в школе условий для проведения оздоровительных мероприятий, медицинские требования для приема в данное учреждение могут быть значительно сужены. В случае зачисления (по требованию родителей) ребенка с выраженными нарушениями здоровья в школу с повышенным объемом образовательной нагрузки о решении родителей делается запись в форме 112/у и школьной карте.

При существенном ухудшении состояния здоровья ребенка в процессе обучения вопрос о целесообразности дальнейшего обучения в данном ООУ решается клинико-экспертной комиссией детской поликлиники. Решение заносится в те же учетные формы. О вынесении заключения сообщается администрации школы, родителям ребенка. При этом в настоятельной форме рекомендуется перевод ребенка в массовую школу или в школу, где по расширенной программе организовано проведение оздоровительных мероприятий.

Роль врача- участкового педиатра поступлении детей в школу.

Врачебный контроль за подготовкой детей к школе является весьма важной задачей врача педиатра. Врачебный контроль необходим при выявлении готовности детей к школе, как умственной, так и физиологической готовности руки к умению писать. Также важен контроль и за адаптацией ребенка при обучении в 1 классе школ с любой формой обучения. Врач педиатр принимает участие и при оформлении ребенка в школу для умственно отсталых детей, проводит вместе с психологом психологическое консультирование детей с отклонениями в развитии.

В обязанности педиатра входят:

- 1) своевременные медицинские осмотры детей с заключением о состоянии здоровья, определением медицинской группы для занятий физкультурой и составлением плана лечебно-оздоровительных мероприятий;
- 2) на основании анализа медицинских осмотров составление плана мероприятий по укреплению здоровья школьников, который рассматривают на педагогическом совете, утверждают главный врач поликлиники и директор школы;
- 3) осуществление медицинского контроля за физическим воспитанием в школе, режимом работы, трудовым обучением, организацией питания, санитарно-гигиеническими и противоэпидемическими мероприятиями;
- 4) проведение работы по профессиональной ориентации школьников с учетом состояния их здоровья, подготовки материалов для комиссии по освобождению учащихся от переводных и выпускных экзаменов;
- 5) амбулаторный прием в школе, оказание медицинской помощи нуждающимся;
- 6) проведение санитарно-просветительной работы, профилактика травм и их учет;
- 7) наблюдение за диспансерными больными, их оздоровление.

Результаты исследования

На базе ГУЗ «Детской поликлиники №16» г. Волгограда мной было проведено исследование: 60 медицинских карт дошкольников. В ходе работы были использованы сведения историй развития ребенка (форма 112/у) за период с февраля по август 2017г.

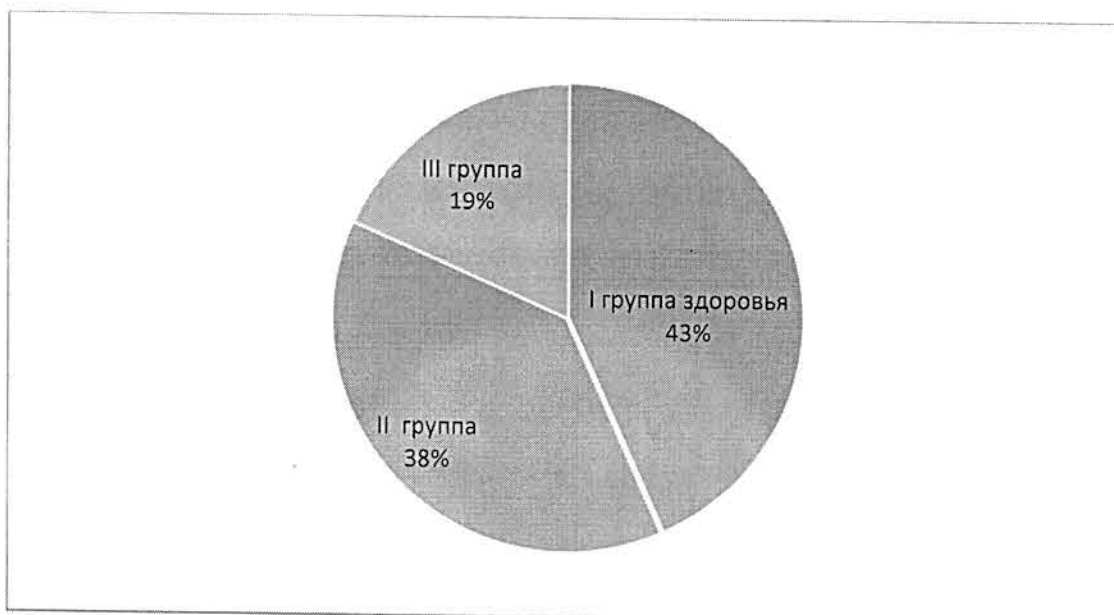
Полученные результаты:

В соответствии с комплексной оценкой состояния здоровья (Приказ МЗ РФ №621 от 30.12.2003г.) все дети (60 человек) распределены по трем группам здоровья:

I группа здоровья – 26(43,3%) человек;

II группа – 23(38,3%)

III группа – 11(18,4%).



При изучении первого критерия здоровья – онтогенеза, было выявлено, что отягощенный биологический анамнез имели 37(61,7%) детей, с преобладанием постгипоксического состояния у 19 человек. Отягощенный генеалогический анамнез выявлен у 35(58,3%) дошкольников, а именно: сердечно-сосудистые заболевания – 13 человек, заболевания ЖКТ - 7, патология ЦНС у 4 детей.

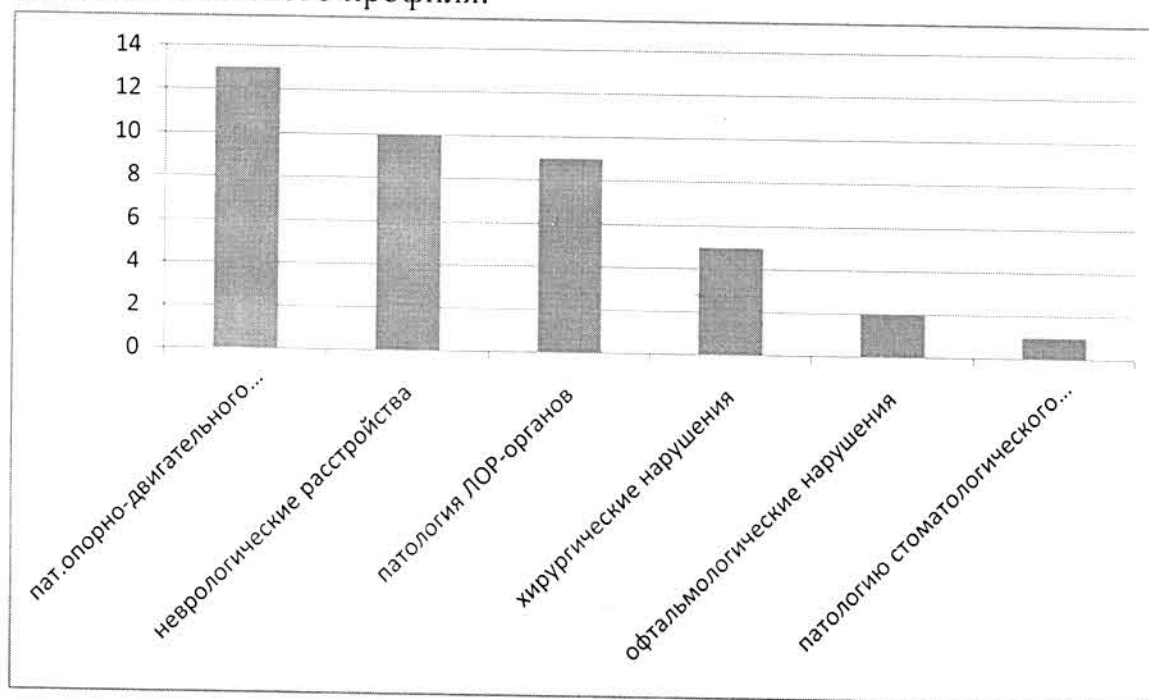


Неблагополучный социальный анамнез обнаружен у 23(38,3%) детей, где вредные привычки родителей (курение) составляют 33,3%. Для определения параметров физического развития (второго критерия здоровья), рассчитывался индекс массы тела детей при поступлении в школу.

Нормальные показатели ИМТ (18,5-24,9;среднее-20,2) выявлены у 44 (73,3%) детей; дефицит массы тела (16-18,5;среднее-17,7) у 9(15,0%); избыточная масса тела (25-29,9;среднее-25,9) у 6 (10,0%) детей; ожирение первой степени (ИМТ 32) у 1 ребенка (1,7%).



При изучении заключения специалистов по данным ф. 112/у (окулист, невролог, травматолог- ортопед, детский хирург, стоматолог, отоларинголог) установлено, что из 60 первоклассников 13(21,7%) детей имели нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата, 10 (16,7%) - неврологические расстройства, 9(15,0%) - патологию ЛОР-органов, 5(8,3%) - хирургические нарушения, 2(3,3%) – офтальмологические нарушения, 1(1,7%) - патологию стоматологического профиля.



При анализе результатов дополнительных методов исследования, входящих в перечень обязательного медицинского осмотра перед поступлением в школу, были выявлены изменения:

по результатам ЭКГ у 30(50,0%)детей, с преобладанием таких нарушений как: синусовая аритмия 18 человек, синдром ранней реполяризации желудочков – 5, синусовая тахикардия - 5детей.

По данным ЭхоКГ - у 5(8,3%) детей выявлены изменения в виде особенности строения митрального клапана (3 чел.) и открытого овального окна 2(чел.)

По результатам УЗИ органов брюшной полости отклонения от нормы отмечались у 8(13,3%) дошкольников (пиелозктазия – 5, ДЖВП (гипомоторный тип) – 3 человека).

Выводы

В ходе проведенного исследования выяснилось, что при поступлении в школу преобладали дети с I и II группами здоровья 43,3% и 38,3% соответственно.

Большинство дошкольников (73,3%) имели нормальные показатели ИМТ.

Ведущее место в отягощенном биологическом анамнезе занимала патология со стороны ЦНС – 61,7%; в генеалогическом - заболевания сердечно-сосудистой системы – 58,3%; в социальном анамнезе выявлены вредные привычки (курение) родителей у 33,3% детей.

По данным осмотров специалистов на первом месте обнаружены нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата -21,7%, на втором и третьем - неврологические расстройства и патология ЛОР-органов - 16,7% и 15,0% соответственно.

По результатам дополнительных методов исследования 50% будущих школьников имели изменения со стороны сердечно-сосудистой системы (по данным ЭКГ) и 8,3% со стороны органов брюшной полости (по данным УЗИ).

Список литературы

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. N 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».
2. Калмыкова А.С. Поликлиническая педиатрия: учебник / А.С.Калмыкова – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.- 624с.
3. Журнал «Участковый педиатр», издание Consilium–Medicum-
<http://www.consilium–medicum.com/magazines/ magazines/polik/uchped/>
4. Участковый педиатр: новое справочное руководство /под ред. М.Ф. Рзынкиной. В.П. Молочного. –Ростов н/Д.: Феникс, 2015.-472 с.
5. Поликлиническая педиатрия /Под ред. В.Н. Чернышова. –М.: ГОУ ВУНМЦ, 2013. –335с.

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная рабочей программой производственной практики «Производственная клиническая практика (помощник врача детской поликлиники, научно-исследовательская работа)» обучающегося 5 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия 9 группы

Ли Наталья Сергеевна

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведенного анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, последовательно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан удовлетворительный анализ. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал достаточен для решения поставленных задач, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова