

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра психиатрии, неврологии, нейрохирургии и медицинской
реабилитации.**

УТВЕРЖДЕНО

протоколом заседания Центрального
координационного учебно-методического
совета от «14» марта 2023 г. № 4

Оценочные материалы

по дисциплине «ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ»
основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы специалитета по специальности 31.08.20 Психиатрия
утвержденной 24.05.2023 г.

для ординаторов

по специальности 31.08.20 Психиатрия

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от «12» марта 2023 г. (протокол № 7)

Заведующая кафедрой
Профессор



Букановская Т.И.

СТРУКТУРА ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

1. Титульный лист
2. Структура оценочных материалов
3. Рецензии на оценочные материалы
- 4.. Паспорт оценочных материалов
5. Комплект оценочных средств:
 - эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением)
 - вопросы для проведения зачета

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРО - ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

РЕЦЕНЗИЯ

на оценочные материалы

по дисциплине «Детская и подростковая психиатрия»

для ординаторов

уровень подготовки: кадры высшей квалификации

по специальности: **31.08.20 Психиатрия**

Представленные оценочные материалы составлены на кафедре психиатрии, неврологии, нейрохирургии и медицинской реабилитации на основании рабочей программы дисциплины «Детская и подростковая психиатрия» (год утверждения – 2023) и соответствуют требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации) по специальности 31.08.20 Психиатрия

Оценочные материалы включают в себя:

- эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением),
- вопросы для проведения зачета

Эталоны тестовых заданий включают в себя следующие элементы: тестовые задания, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе дисциплины «Детская и подростковая психиатрия» формируемым при ее изучении компетенциям, и охватывают все ее разделы. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Эталоны содержат ответы ко всем тестовым заданиям. Количество экзаменационных билетов достаточно для проведения экзамена и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время экзамена в течении одного дня. Экзаменационные билеты к зачету выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Экзаменационный билет к зачету включает в себя 3 вопроса. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на экзамен. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам программы, позволяющее более полно охватить материал учебной дисциплины.

В целом, оценочные материалы по дисциплине «Детская и подростковая психиатрия» способствуют качественной оценке уровня владения обучающимися универсальными, общепрофессиональными и профессиональными компетенциями (УК-1, ПК-1, ПК-8, ПК-9). Рецензируемые оценочные материалы по дисциплине «Детская и подростковая психиатрия» могут быть рекомендованы к использованию для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации на факультете подготовки кадров высшей

квалификации и дополнительного профессионального образования для ординаторов по специальности 31.08.20 Психиатрия

Рецензент: Председатель ЦУМК

д.м.н. зав кафедрой

Внутренних болезней №1

Тотров И.Н.



Паспорт оценочных материалов по дисциплине

«Детская и подростковая психиатрия»
по специальности 31.08.20 Психиатрия

№п/п	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/ модуля	Код формируемой компетенции (этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Промежуточный		
текущий контроль	Тема 1. Общие расстройства психологического развития	УК-1, ПК-1, ПК-8, ПК-9	тестовые задания
текущий контроль	Тема 2. Эмоциональные и поведенческие расстройства у детей и подростков	ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7	тестовые задания
текущий контроль	Тема 3. Олигофрении и задержки психического развития	ПК-2, ПК-5, ПК-6	тестовые задания
текущий контроль	Тема 4. Специфические расстройства речи	ПК-2, ПК-5, ПК-6	тестовые задания
промежуточная аттестация	Все темы дисциплины	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	Зачет

Тестовые задания по дисциплине «Детская и подростковая психиатрия»

1

К олигофрениям относят
 только врожденное слабоумие
 приобретенное слабоумие с полным распадом психической
 деятельности только рано приобретенное слабоумие без признаков распада
 психической деятельности
 + врожденное и рано приобретенное слабоумие с признаками
 недоразвития психики в целом, но преимущественно - интеллекта

2

Термин "умственная отсталость"
 тождествен термину "олигофрения"
 тождествен термину "деменция"
 тождествен термину "рано приобретенное слабоумие"
 + объединяет случаи олигофрении и рано возникшей деменции

3

Олигофрения является заболеванием, характеризующимся
 недоразвитием психики (преимущественно интеллекта)
 личности
 всего организма больного
 + всего перечисленного

4

При олигофрении возможно все перечисленное, кроме
 + признаков прогрессивности
 эволютивной динамики
 периодов декомпенсации под влиянием возрастных кризов
 периодов компенсации

5

Легкой умственной отсталости соответствует коэффициент
 (IQ) + 50-70
 70-90
 60-80
 40-50

6

Средней тяжести умственной отсталости соответствует IQ
 + 35-50
 45-60
 55-65
 25-35

7

Резко выраженной умственной отсталости соответствует IQ
 30-45
 + 20-35
 40-55
 10-5

8

Глубокой умственной отсталости соответствует IQ менее

50

40

30

+ 20

9

Этиологические факторы олигофрении в зависимости от времени воздействия разделяются

на наследственные

на внутриутробные

на перинатальные и первых 3 лет жизни

+ на все перечисленные

10

Основными клиническими группами олигофрении в соответствии с этиологическими факторами являются

олигофрении эндогенной природы

эмбрио- и фетопатии

олигофрении, возникающие в связи с различными вредностями во время родов и в раннем детстве

+ все перечисленные

11

К атипичным формам олигофрении относят случаи

с выраженным наследственным отягощением

с наличием психопатоподобных расстройств

с наличием эпилептиформных расстройств

+ с неравномерной структурой психического недоразвития

12

К осложненным формам олигофрении относят случаи

с выраженным наследственным отягощением

+ с наличием психопатоподобных расстройств и эпилептиформных расстройств

с прогрессирующим слабоумием

с неравномерной структурой психического недоразвития

13

Характерными клиническими проявлениями олигофрений

являются слабость абстрактного мышления

слабость целенаправленного внимания

недостаточная память как при воспроизведении, так и при запоминании + все перечисленное

14

Для речи больных олигофренией характерны все перечисленные особенности, исключая

маловыразительность, односложность

неправильное смысловое употребление слов

+ употребление "неологизмов"
дизартрия

15

К олигофрениям, обусловленным наследственными факторами, относятся все перечисленные, кроме
истинной микроцефалии
дизостозических форм
ксеродермических форм
+ олигофрении, обусловленной хромосомными аномалиями

16

К олигофрениям, обусловленным внутриутробным поражениям зародыша и плода относятся
+ рубеолярная олигофрения и олигофрения, обусловленная врожденным сифилисом и токсоплазмозом
синдром Рада
болезнь Лоренса - Муна - Барде - Биля
лейциноз

17

Для больных с фенилкетонурией характерно
+ депигментация и "мышинный запах"
слабое развитие лицевой части черепа
гиперпигментация
постоянная тенденция к прогрессированию слабоумия без периодов стабилизации

18

Для болезни Дауна характерно все перечисленное, кроме
высокого неба
недоразвития верхней челюсти
изменений дактилоскопического узора
+ нормального развития половых органов

19

Больным с истинной микроцефалией свойственно все перечисленное, кроме
недоразвития мозговой части черепа
малого роста
чрезмерного развития надбровных дуг
+ умственной отсталости в степени дебильности

20

Болезнь Клайнфельтера характеризуется всем перечисленным, кроме того, что развивается только у мужчин
характеризуется наличием лишней X-хромосомы
характеризуется наличием признаков смешанного пола и гипогенитализма +
обычно сопровождается интеллектуальной недостаточностью в степени имбецильности

21

5

Для больных с синдромом Рада характерно
 + наличие ихтиоза и судорожных припадков
 судорожные припадки
 церебрастенический и психопатоподобный синдромы
 все перечисленное

22

У больных олигофрениями возможны следующие варианты психозов с преобладанием аффективных расстройств с преобладанием двигательных расстройств галлюцинаторно-бредовые
 + все перечисленные

23

Общими особенностями для всех психозов при олигофрении являются все перечисленные, кроме
 рудиментарности и фрагментарности продуктивной симптоматики бедности и примитивности высказываний, связанных с болезненными переживаниями простоты и однообразия клинической картины
 + склонности к затяжному течению

24

В отличие от олигофрений ранние резидуально-органические деменции характеризуются всем перечисленным, кроме
 церебрастении
 психопатоподобных проявлений
 эпилептиформных проявлений
 + неврологической резидуально-органической симптоматики

25

Трудовая адаптация умственно отсталых в степени дебильности начинается во вспомогательных школах
 в обычных школах
 в лечебно-трудовых мастерских при психоневрологических диспансерах +
 в интернатах социального обеспечения

26

Умственная отсталость наиболее часто выявляется
 в раннем постнатальном возрасте
 в дошкольном возрасте
 + в младшем школьном возрасте

27

Наиболее ранний прогноз возникновения некоторых форм олигофрений (дисметаболических и связанных с дефектами хромосом) возможен + в период пренатального онтогенеза
 в раннем постнатальном периоде
 в дошкольном возрасте

28

6

К методам, используемым для максимально ранней диагностики нарушений обмена и генных дефектов плода, относятся

- определение резус-фактора родителей
- биохимическое исследование крови беременной
- + исследование амниотической жидкости и клеток хориона

29

Основные критерии дифференциальной диагностики олигофрении и деменции основаны на всем перечисленном, кроме

- времени (возраста) возникновения слабоумия
- наличия или отсутствия нормального интеллекта до возникновения слабоумия
- наличия или отсутствия прогрессивности интеллектуальных расстройств + особенностей соматических аномалий

30

Понятию задержки психического развития соответствует отставание от возрастной нормы темпа речевого развития в интеллектуальном развитии от нормы по уровню развития школьных навыков + от нормы по уровню интеллектуального или личностного развития, промежуточное по своим характеристикам между нормой и умственной отсталостью

31

Основное отличие пограничной интеллектуальной недостаточности от умственной отсталости состоит

- + в наличии абстрактного мышления
- в лучшем развитии памяти
- в более гармоничном развитии сферы мотиваций
- в более высокой работоспособности

32

Интеллектуальный коэффициент при пограничной интеллектуальной недостаточности составляет

- 90 и выше
- + 70-89
- 50-69
- ниже 50

33

Дислалия характеризуется нарушением темпа и ритма речи + звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата речи при тугоухости

34

В основе сенсорной алалии лежит несформированность

+ фонематического слуха
речедвигательного анализатора
и того, и другого

7

35

В основе моторной алалии лежит несформированность
+ фонематического слуха
речедвигательного анализатора
и того, и другого
ни того, ни другого

36

Дизартрия - нарушение произносительной стороны речи,
обусловленное первичной задержкой психического развития
+ анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата
недостаточностью иннервации речевого аппарата

37

Брадилалия и тахилалия определяются нарушением развития
+ внутренней речи
внешней речи
как внешней, так и внутренней речи

38

У ребенка в раннем возрасте отсутствует лепетная речь, к 2-3 годам появляются искаженные малопонятные слова, к 4-5 годам - упрощенная фразовая речь с перестановкой звуков и слогов, отсутствием дифференциации звуков. Указанное состояние следует оценить как

задержку психического развития
дислалию
+ моторную алалию
сенсорную алалию

39

Ребенок искажает слова, смешивает сходные по произношению звуки, не понимает речь окружающих, не дифференцирует звуки, плохо соотносит слова с предметом, не реагирует на зов и не прислушивается к речи окружающих. Указанную клиническую картину следует оценить как

задержку психического развития
дислалию
моторную алалию
+ сенсорную алалию

40

Основная помощь, направленная на исправление речи при дислалии, включает стимулирующую медикаментозную терапию
психотерапию
+ раннюю логопедическую коррекцию
лечебную педагогику

41

Основная помощь, направленная на исправление речи при моторной алалии у детей, включает
 стимулирующую медикаментозную терапию
 психотерапию

8

+ раннюю логопедическую помощь
 лечебную педагогику

42

Обучение детей с дислалией и дисграфией предусматривает
 массовую школу
 класс "выравнивания"
 вспомогательную школу
 + специальный класс речевой школы

43

Заикание возникло после психотравмы у ребенка с ускоренным речевым развитием, течет волнообразно, в зависимости от ситуации, сопровождается болезненной реакцией личности на дефект. Этот тип заикания следует оценить как + невротическое
 неврозоподобное энцефалопатическое
 дизонтогенетическое

44

Направленность психотерапии при неврозоподобном заикании у детей включает
 успокоение, отвлечение, переключение
 дезактуализацию значения речевого дефекта
 + привлечение внимания к речевому дефекту и стимуляция занятий по овладению логопедическими навыками
 развитие коммуникабельности

45

Направленность психотерапии при невротическом заикании у детей включает + успокоение, отвлечение, переключение
 привлечение внимания к речевому дефекту
 развитие внутренней речи
 развитие коммуникабельности

46

Элективный мутизм является расстройством, преимущественным + для дошкольного и младшего школьного возраста
 для среднего школьного возраста
 для подросткового возраста
 для юношеского возраста

47

Тотальный мутизм наблюдается
 при кататонических и кататоноподобных состояниях
 при реактивных состояниях
 при эндогенных депрессиях

+ возможен при все перечисленных состояниях

48

Элективный мутизм у детей наиболее часто является

+ регрессивной формой реакции пассивного протеста
истеро-невротической реакцией

9

кататоническим расстройством
проявлением эндогенной депрессии

49

Длительный элективный мутизм приводит к патологическому
формированию личности

по возбудимому типу
по тревожно-фобическому типу
+ по тормозному и псевдошизоидному типу
по истероидному типу

50

Психогенный мутизм у детей возникает чаще на фоне
ускоренного речевого развития

+ недоразвития экспрессивной речи
нормального речевого развития
тормозных черт характера

51

Элективный мутизм при заикании связан

+ с логофобией
со сверхценным страхом речи
с бредовым отношением к речи
с реактивной депрессией

52

Моторная афазия у детей характеризуется

+ утратой способности говорить при сохранной способности
понимать обращенную речь

утратой способности понимать обращенную речь
тотальным мутизмом
избирательной немотой

53

Сенсорная афазия у детей характеризуется

утратой способности говорить при сохранной способности
понимать обращенную речь

+ утратой понимания звуков речи и слов при адекватном
восприятии неречевых звуков
тотальной немотой
избирательной немотой

54

Основными причинами заикания у детей являются

недоразвитие речи
аффективно-шоковая реакция

длительная психогения
+ все перечисленные

55

Наибольшая степень страха речи (логофобия) свойственна
+ невротическому заиканию
невротическому заиканию на органической основе

10

неврозоподобному заиканию

56

Общая психопатология детского возраста
полностью совпадает с психопатологией взрослых
+ имеет особенности, связанные с онтогенезом психики
ребенка не связана с психопатологией взрослых

57

Рудиментарные проявления психопатологических расстройств
характерны + для детей раннего возраста
для детей дошкольного возраста
для подростков

58

Психомоторный уровень преимущественного нервно-
психического реагирования по В.В.Ковалеву характерен для детей в возрасте от 0
до 3 лет
+ 4 - 7 лет
5 - 10 лет
11 - 17 лет

59

Искаженное, диспропорциональное, дисгармоническое психическое
развитие определяется как
ретардация
+ асинхрония развития
акселерация

60

Запаздывание или приостановка психического развития определяется
как асинхрония развития
акселерация
+ ретардация
высвобождение более ранних форм нервно-психического реагирования

61

Вариантом дизонтогенеза, соответствующим психическому
инфантилизму, является
асинхрония
акселерация
тотальная психическая ретардация
+ парциальная психическая ретардация

62

Для синдрома Каннера наиболее характерно
 слабость эмоционального реагирования
 склонность к стереотипным движениям
 + отсутствие потребности в контактах с окружающими
 боязнь всего нового (неофобия)

63

11

Отсутствие потребности в контактах с окружающими при
 достаточном интеллектуальном уровне отмечается
 при синдроме Каннера
 + при синдроме Аспергера
 при органическом варианте раннего детского аутизма

64

За маской гиперкинетического синдрома с повышенной
 активностью, говорливостью, приподнятым настроением у детей может
 скрываться + гипомания
 субдепрессия
 гиперкомпенсаторные реакции
 бредовая настроенность

65

Клинический вариант гиперкинетического (гипердинамического) синдрома
 с двигательной расторможенностью, неустойчивостью настроения,
 повышенной раздражительностью, церебрастеническими и неврозоподобными
 расстройствами у детей следует оценить как
 конституциональный вариант гиперкинетического синдрома +
 энцефалопатический вариант гиперкинетического
 синдрома гиперкинетический синдром при детской
 шизофрении

66

Основным признаком отличия страхов сверхценного содержания
 от навязчивых страхов является
 содержание страхов отражает определенные объекты, вызвавшие
 недуг представления об устрашающих объектах доминируют в сознании +
 ребенок убежден в обоснованности страхов и не пытается их преодолеть

67

Чрезмерное фантазирование со стремлением в фантазиях
 реализовать неосуществленные в жизни желания у детей и подростков с теми или
 иными физическими недостатками (слепотой, глухотой, поражениями опорно
 двигательного аппарата и т.п.) следует отнести
 к бредоподобным фантазиям
 к фантазии с навязчивыми идеями
 + к сверхценным, гиперкомпенсаторным фантазиям
 ко всему перечисленному

68

Сверхценный характер фантазий отличается следующими особенностями преобладанием фантазий отвлеченного, познавательного характера (составление схем географических карт, планов, таблиц и т.п.) чертами насильственности
+ "аффективной заряженностью" в отношении определенной тематики

69

Бредоподобное фантазирование в виде игрового перевоплощения с элементами деперсонализации характерно для младшего школьного возраста
+ для дошкольного возраста

12

для раннего возраста

70

Синдромы уходов и бродяжничества характерны для детей дошкольного возраста
+ младшего пубертатного возраста
среднего пубертатного возраста
старшего пубертатного возраста

71

Наиболее характерным признаком реактивных (ситуационных) уходов у детей является нарушение влечений
аутистическая тенденция к одиночеству
+ личностные реакции протеста

72

К основным признакам мутизма как реакции протеста у детей следует отнести в основе мутизма лежат сверхценные переживания (обида, ущемленное самолюбие и т.п.)
мутизм возникает в связи с психической травмой
мутизм сочетается с другими невротическими расстройствами + верно все перечисленное

73

Состояние подростка в случае, если его увлечение вопросами биологии приобретает чрезмерный характер и возникает на основе воспитания односторонних интересов к биологии, следует оценить как увлечение паранойяльного характера
+ увлечение сверхценного характера
навязчивые интересы и увлечения

74

Состояние, при котором болезненная фиксация на однообразной игре, чаще в одиночку, с длительным перевоплощением в образ игры с затруднением переключения на реальное, наблюдается у ребенка дошкольного возраста. Оно может быть определено как фантазии
здорового ребенка

сверхценного характера
+ с "игровым перевоплощением" бредоподобного характера

75

Ребенок производит однообразные манипуляции с предметами (постукивает о коробочку, размахивает веревочкой, платком и т.п.). Познавательный интерес отсутствует. В этом случае психопатологическую сущность однообразной игры с предметами, не имеющими игрового назначения следует определить как игру

сверхценную
+ стереотипную
навязчивую
бредоподобную

Вопросы к зачетному занятию по дисциплине «Детская и подростковая психиатрия».

1. Критические периоды возрастной ранимости.
2. Психическая травма. Психотравмирующая ситуация.
3. Психогенные заболевания у детей и подростков.
4. Субклинические расстройства у детей и подростков.
5. Соматовегетативные расстройства у детей: невропатический синдром, расстройства пищеварения, питания, сна, навыков опрятности.
6. Психомоторные нарушения у детей: гипердинамический синдром, тики, заикание, мутизм.
7. Аффективные нарушения: страхи, возбудимость. Эмоционально-идеаторные расстройства: склонность к сверхценным образованиям, дисморфофобии.
8. Неврозы. Неврастения. Истерический невроз (истерия). Невроз навязчивых состояний. Клиника. Диагностика.
9. Особенности ухода и психологического сопровождения при неврозах. Психопрофилактика.
10. Патохарактерологическое и невротическое развитие личности в детском возрасте.
11. Причины, формы и виды девиантного поведения подростков.
12. Психопатии, условия формирования
13. Возбудимая психопатия, истерическая, психастеническая, астеническая, циклоидная, гипертимный тип, гипотимный, лабильный, шизоидный, эпилептоидный, сенситивный, неустойчивый. Клиника, динамика, расстройства влечений при психопатиях.
14. Тактика психологического сопровождения с целью создания условий для благоприятной динамики психопатий.
15. Сексуальные девиации. Онанизм. Петтинг. Транзиторный фроттеризм. Промискуитет. Групповой секс. Транзиторный подростковый гомосексуализм. Гиперсексуальность. Эротомания. Ранняя половая жизнь.
16. Сексуальные дисфункции. Преждевременное половое созревание. Замедленное половое созревание. Недостаточность гормонов. Расстройства сексуального влечения. Причины. Диагностика.
17. Тактика психологического сопровождения с целью предупреждения сексуальных девиаций и дисфункций у детей.

18. Пограничная интеллектуальная недостаточность. Психический инфантилизм. Врожденная субдебильность.
19. Задержки развития, обусловленные органическим повреждением мозга на ранних этапах его развития.
20. Психогенно обусловленные задержки развития, вызванные дефицитом информации в раннем детском возрасте.
21. Интеллектуальная недостаточность, обусловленная дефектом органов чувств. Причины, признаки, диагностика, особенности ухода и психологического сопровождения.
22. Расстройства развития речи: экспрессивной речи, рецептивной речи, речевой артикуляции.
23. Расстройства развития учебных навыков: расстройство чтения, расстройство развития экспрессивного письма.
24. Расстройство способности к арифметическому счету. Причины, признаки, диагностика, тактика психологического сопровождения.
25. Факторы, влияющие на возникновение олигофрении.

26. Олигофрения. Степени олигофрении: дебильность, имбецильность, идиотия. Признаки. Диагностика.
27. Возможность обучения детей при олигофрении. Особенности ухода и психологического сопровождения.
28. Реакция отказа.
29. Реакция протеста (оппозиции).
30. Реакция имитации.
31. Реакция группирования со сверстниками.
32. Делинквентное поведение.
33. Реакция эмансипации. Побег из дома. Дромомания.
34. Реакции увлечения.
35. Реакции компенсации и гиперкомпенсации.
36. Реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением. Проституция малолетних.
37. Нервная анорексия. Причины, признаки, диагностика, тактика психологического сопровождения.
38. Нервная булимия. Причины, признаки, диагностика, тактика психологического сопровождения.
39. Этиология детской шизофрении.
40. Основные клинические симптомы шизофрении в детском и подростковом возрасте. Эмоциональное снижение. Нарушения волевой деятельности. Формальные нарушения мышления. Диагностика, тактика психологического сопровождения.
41. Этиология эпилепсии.
42. Клиника эпилепсии у детей, течение.
43. Возрастные особенности пароксизмальных состояний у детей.
44. Бытовое пьянство.