

## СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ФОКАЛЬНАЯ ЭПИЛЕПСИЯ – ФАТАЛЬНОСТЬ ИЛИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЕ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОЕ ЯВЛЕНИЕ?

И.В. Дубатова<sup>1</sup>, В.А. Солдаткин<sup>1</sup>, И.В. Стоякин<sup>2</sup>, К.А. Карнаух<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Ростов-на-Дону

<sup>2</sup>Аксайский филиал ГБУ РО «Психоневрологический диспансер»,  
Ростов-на-Дону

В современном обществе не утихают дискуссии по поводу необходимости полного охвата населения иммунизацией [5]. Хотя иммунизация признана наиболее эффективным способом снижения инфекционной заболеваемости [7, 8], вместе с тем, в поствакцинальном периоде могут возникнуть разнообразные неблагоприятные реакции, как связанные, так и не связанные с прививочным процессом [12]. Поэтому важным элементом иммунопрофилактики является осуществление мониторинга безопасности нежелательных поствакцинальных явлений (НПЯ) [1, 2]. Расследование случаев НПЯ способствует росту позитивного отношения общества к прививкам [11]. При этом большая ответственность за полную регистрацию НПЯ лежит на медицинских работниках, осуществляющих иммунизацию [3]. Но существующая система оповещения порой наталкивается на «человеческий фактор». Медицинские работники часто не сообщают о случаях НПЯ, так как не все осведомлены о системе и порядке отчетности, а порой просто боятся, что за отчетом могут последовать ответственность за причинение вреда и персональные выговоры [4].

**Целью** публикации данного клинического наблюдения является привлечение внимания медицинских работников и эпидемиологической службы к оптимизации работы по регистрации НПЯ в соответствии с действующими нормативными документами РФ и рекомендуемыми стандартами ВОЗ.

*Больной Б.К.И.*, 1998 года рождения, образование среднее, студент технического университета.

**Анамнез.** Наследственность психопатологически не отягощена. Родился от первой беременности, протекавшей без осложнения, роды естественным путем, кричал сразу. Рос и развивался в соответствии с возрастом. Вакцинация проводилась в срок, прививки переносил без осложнений. В детстве редко болел простудными заболеваниями (один раз

в год). Детские дошкольные учреждения посещал с 2,5 лет, адаптировался хорошо, в коллективе был общительным, имел много друзей. В школу пошел в 7,5 лет хорошо подготовленным, был сразу зачислен во второй класс. С программой обучения справлялся успешно, в старших классах нравились информатика, физика, математика, готовился к поступлению в технический университет.

В выпускном классе, 02.02.2015 г. (17 лет) пациенту была проведена иммунизация, при которой использовалась живая культуральная паротитная вакцина МО608. Согласно Национальному перечню прививок, пациенту была ранее проведена вакцинация от паротита (первая – 24.07.2000 г. в 1,5 года, вторая – при поступлении в школу в 7,5 лет), но запись в прививочном сертификате последней вакцинации отсутствовала, и медицинский работник настояла на ее проведении. Во время инъекции, со слов пациента, «закружилась голова, все поплыло перед глазами, «отключился», а когда очнулся, почувствовал резкий запах нашатырного спирта. Болела голова, ощущал озноб, слабость. На следующий день почувствовал себя лучше, вскоре забыл о прививке». Однако спустя 2–3 недели после вакцинации родители стали замечать снижение работоспособности у сына (стал дольше выполнять домашнюю работу), потерю аппетита (похудел на 4–5 кг в течение 3-х нед.), но объясняли эти явления школьной загруженностью, дополнительными курсами по подготовке в университет. В этот же период времени на верхнем веке правого глаза у пациента появились гиперемия и отечность, но и этому не придали значения, к офтальмологу не обратились. В ночь с 2 на 3 марта 2015 года (28-й день после вакцинации), внезапно развился генерализованный тонико-клонический приступ, длившийся около двух минут (со слов родителей), после чего пациент уснул, по пробуждению ничего не помнил. 07.03.2015 г. подобный приступ повто-

рился рано утром. С 04.03.2015 г. по 12.03.2015 г. пациенту было проведено комплексное обследование в областном клинико-диагностическом центре, по результатам которого был установлен диагноз: «Идиопатическая генерализованная эпилепсия с изолированными генерализованными клонико-тоническими приступами», назначена вальпроевая кислота (Депакин Хроносфера) в дозе 500 мг 2 раза в день. Несмотря на прием препарата в рекомендуемой дозе судорожные пароксизмы повторялись, преимущественно в ночное время, с кратностью один приступ в 5–7 дней. На следующий день после приступа пациент вынужденно пропускал занятия в школе, жаловался на головную боль, быструю утомляемость, снижение концентрации внимания, затруднения при интеллектуальной деятельности. После каждого приступа наблюдалось усиление отека верхнего века правого глаза, конъюнктивальная инъекция, обильное гнойное отделяемое, вечерами отмечалась субфебрильная температура. 25.03.2015 г. пациент обратился к офтальмологу, которым была назначена комплексная терапия противовоспалительными, кортикостероидными, антибактериальными средствами. Несмотря на проведение рекомендуемой терапии, эффекта не отмечалось, отек верхнего века правого глаза и конъюнктивальная инъекция обоих глаз сохранялись. В апреле 2015 года пациент повторно консультирован эпилептологом, был установлен диагноз: «Эпилепсия криптогенная (предположительно симптоматическая, лобная). Вторично-генерализованные судорожные приступы в цикле сна». Рекомендовано было повысить дозу вальпроевой кислоты до 1 500 мг/сутки. В течение последующих полутора месяцев приступы отсутствовали, хотя и в этот период сохранялась субфебрильная температура, отек верхнего века правого глаза и конъюнктивальная инъекция обоих глаз. С 31.05.2015 г. судорожные приступы возобновились, более того, приняли серийный (статусный?) характер. В ночь с 31.05.2015 по 1.06.2015 (в интервале с 22:30 вечера до 4:00 утра) отмечалось пять генерализованных тонико-клонических приступов. В течение суток 20.06.2015 г. зафиксировано шесть генерализованных тонико-клонических приступов. Между приступами сознание оставалось нарушенным: пациент не мог понять, где находится, был растерян, отмечалась выраженная тревога, стремился куда-то бежать из дома. Постоянно повторял: «где мои родные, мне нужно их спасти», «я хочу выбраться в реальный мир... хочу к своим реальным родителям...», не узнавал окружающих. Родителями была вызвана бригада психиатрической скорой помощи и 24.06.2015 г. пациент был госпитализирован в психиатрический стационар (АФ ГКУЗ ПНД РО) с диагнозом: Сумеречное помрачение сознания. 03.07.2015 г. выписан без психоза с рекомендацией лечения у неврологов. 17.07.2015 г. ввиду учащения приступов, был госпитализирован в неврологическое отделение городской

больницы с диагнозом: «Криптогенная эпилепсия с частыми полиморфными судорожными приступами. Состояние после серии эпилептических приступов». Учитывая нарастание частоты приступов, отсутствие эффекта от проводимой терапии, для уточнения диагноза и подбора терапии 21.07.2015 г. пациент был переведен в неврологическую клинику Ростовского медицинского университета. В клинике предъявлял жалобы на головные боли, отмечалась субфебрильная температура, за время пребывания в стационаре зафиксировано шесть судорожных приступов. С 25.07.2015 г. присоединилась психическая симптоматика: пациент был растерян, не мог понять, где находится, считал, что «он умер и оказался в другом мире», при этом испытывал «леденящий страх». Контакт был доступен частично, сообщил, что «окружающий мир изменился, стал необычным: стены и потолок палаты наклонились, висящее в палате зеркало меняет форму, искривляется, окантовка его стала яркой, все находящиеся предметы окрасились в оранжевый цвет». Заявил, что «за спиной врача видит бандитов с ножами, которые пришли его убить». Становился на колени, просил прощения у окружающих, плакал. Был консультирован психиатром, по рекомендации которого госпитализирован в психиатрический стационар (АФ ГБУ РО «ПНД»), в котором находился с 29.07.2015 г. по 15.08.2015 г. с диагнозом: сумеречное расстройство сознания в связи с эпилепсией, выписан без психоза с рекомендацией продолжить лечение у неврологов. Неврологом к получаемой пациентом вальпроевой кислоте 1 500 мг/сутки добавлен леветирацетам 1000 мг/сутки, однако с 28.08.2015 г. приступы вновь стали ежедневными, после чего доза вальпроевой кислоты была увеличена до 1 750 мг/сут., леветирацетама до 2 500 мг/сутки. С 30.08.2015 г. по 28.09.2015 г. с короткими выписками пациент находился на лечении в неврологическом отделении городской больницы с диагнозом: «Криптогенная лобная эпилепсия в виде вторично-генерализованных тонико-клонических припадков». В виду неэффективности противосудорожной терапии, с 15.10.2015 г. третьим препаратом присоединен диазепам 10 мг на ночь ежедневно. 21.10.2015 г. МСЭ пациент был признан инвалидом детства.

*Психический статус.* Правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Зрительный контакт поддерживает непродолжительно, взгляд преимущественно опущен. Речь замедленная по темпу, мышление с элементами вязкости. Эмоциональный фон снижен. Мимика и пантомимика маловыразительные. Самостоятельно жалоб не предъявляет. При целенаправленном расспросе сообщает, что его беспокоят приступы: «начинаются без причины... бывают ночью, когда я сплю или утром, когда умываюсь...». Сообщает, что сами приступы не помнит, «ощущаю только слабость во всем теле... мне родители рассказывают о приступе...». Отмечает

ухудшение памяти: «стал забывать многие текущие события», «порой тяжело вспомнить, что было вчера...». Сознание болезни сохранено.

*Соматический статус.* Нормостенического телосложения. Кожные покровы бледные, видимые слизистые обычной окраски. Правое верхнее веко имеет выраженную гиперемию и отечность, отмечается конъюнктивальная инъекция обоих глаз. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ясные ритмичные, АД 120/70 мм рт.ст., температура 36,9. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Физиологические отправления в норме.

*Неврологический статус.* ЧМН в норме. Объем активных движений не ограничен. Сухожильные рефлексы D=S, диффузно оживлены. Мышечный тонус не изменен. Чувствительность не нарушена. Координационная сфера: в позе Ромберга неустойчив, без сторонности. Вегетативная сфера без особенностей. Тазовые функции не нарушены.

*Медицинский психолог* (16.10.2015 г.): выявлены легкие нарушения когнитивно-познавательной сферы – снижение темпа деятельности, неравномерность концентрации внимания, наличие конкретно-ситуационного типа мышления, снижение памяти.

Общий анализ крови от 16.10.2015 г.: гемоглобин – 142 г/л, эритроциты –  $4,94 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $4,1 \times 10^9$ /л (п/я – 2%, с/я – 48%, лимф. – 36%, мон. – 6%, эоз. – 2%), СОЭ – 6 мм/ч. Общий анализ мочи от 16.10.15 г.: отн. плотность – 1020, pH – 5,5, сахар, белок, ацетон, желчные пигменты – отсутствуют, лейкоциты – 1–2 в п/зр., эритроциты – отсутствуют, эпителий плоский, слизь, бактерии, соли – отсутствуют. Анализ ликвора от 28.07.2015 г.: бесцветный, белок 0,22, реакция Панди – отрицательная, цитоз 1 кл/мкл. Концентрация вальпроевой кислоты в крови от 25.08.15 г. – 111,0 мкмоль/л (норма 44–111 мкмоль/л). Серологическое исследование крови от 27.07.2015 г. на эпид. паротит: не обнаружен (числовой показатель не указан). Серологическое исследование крови от 02.09.2015 г. на эпид. паротит: более 1:100 (положительный). Серологическое исследование крови от 28.07.2015 г.: цитомегаловирус: не обнаружено; вирус простого герпеса (1, 2 типа): не обнаружено; вирус Эпштейна-Барр: не обнаружено. ЭКГ от 25.06.2015 г.: Вариант нормы. МРТ головного мозга (22.03.2015 г.): очаг глиоза в левой ножке мозга, более вероятно, резидуального генеза. Минимальная асимметрия гиппокампальных извилин. ЭЭГ от 18.09.2015 г. (областной клинико-диагностический центр): на фоне значительных диффузных изменений биоэлектрической активности мозга резидуально-органического характера, регистрируется эпилептиформная активность в виде комплексов пик-медленные волны с фокусом в правой центрально-лобно-передневисочной области. Офтальмолог от 25.03.2015 г.: острый инфекционно-аллергический конъюнктивит обоих глаз, ангиопатия

сосудов сетчатки. Инфекционист от 11.09.2015 г.: патологии не выявлено.

*Клинический разбор:* анализируя данный клинический случай, следует отметить, что в его симптоматике ведущим является синдром пароксизмальных расстройств. При этом следует указать на отсутствие отягощенной наследственности по эпилепсии и наличие пароксизмальных явлений в детском и подростковом возрасте. Первое пароксизмальное событие возникло 2 февраля 2015 года при проведении иммунизации, когда в момент введения вакцины отмечалось выключение сознания. Учитывая, что пациент быстро вернулся в сознание после вдыхания паров нашатырного спирта, можно предположить, что это была сосудистая реакция по типу обморока. Далее следует «светлый» промежуток в течение двух недель, когда пациент никаких жалоб не предъявлял и практически «забыл» о прививке. Спустя 2–3 недели после вакцинации (конец февраля 2015 г.) появилась и стала нарастать астеническая симптоматика, возникли симптомы инфекционно-аллергического конъюнктивита с выраженной конъюнктивальной инъекцией обоих глаз, гнойным отделяемым и отеком верхнего века правого глаза.

03.03.2015 г. (28 день после вакцинации) в ночное время внезапно развился пароксизм, который можно типировать как вторично-генерализованный приступ в рамках фокальной эпилепсии. Обращает на себя внимание быстрое прогрессирование и утяжеление симптоматики в последующем периоде. Несмотря на нарастающие дозы двух противосудорожных препаратов (вальпроевой кислоты 1 750 мг/сутки и леветирацетам 2 500 мг/сутки), происходит учащение приступов, их серийность (статусность?), развитие эпилептических психозов. Так в конце июня 2015 года после серии судорожных приступов развивается затяжное сумеречное расстройство сознания, которое явилось причиной госпитализации в психиатрический стационар. Данное затяжное сумеречное помрачение сознания мы рассматриваем как острый эпилептический психоз (постиктальный) с нарушением сознания (по А.С.Тиганову) [9]. В июле 2015 года отмечаются многократные генерализованные тонико-клонические приступы, между которыми сознание остается нарушенным по типу помрачения различной глубины (сумеречного, «особого состояния сознания» по М.О.Гуревичу) с разнообразными психическими нарушениями (психосенсорными, галлюцинаторными, бредовыми). По сути, можно говорить об остром эпилептическом психозе (иктальном) с помрачением сознания, развившемся на фоне фокального («психомоторного») эпилептического статуса, что послужило поводом для вторичной госпитализации в психиатрический стационар. Учитывая отсутствие контроля над припадками при применении двух противосудорожных препаратов (вальпроевая кислота 1 750 мг/сутки и леветирацетам 2 500 мг/сутки), что указывает на резистент-

ность приступов, вынужденно назначается третий препарат – диазепам. Подобная феноменология приступов связана чаще всего с лобной и височной локализацией эпилептических очагов, что находит подтверждение на ЭЭГ.

Важной задачей является установление этиологии эпилепсии. Отсутствие указаний на наследственную предрасположенность, резкое снижение когнитивных функций с началом процесса, очаговые изменения на ЭЭГ в лобных и височных долях, неэффективность препаратов вальпроевой кислоты позволяет отвергнуть идиопатический характер эпилепсии.

Под симптоматическими формами подразумевают эпилепсии и эпилептические синдромы известной этиологии и верифицированными морфологическими нарушениями вещества головного мозга. Наличие морфологических изменений на МРТ головного мозга, набор специфических для эпилепсии нарушений на ЭЭГ, отсутствие контроля над припадками ввиду их резистентности, начальные признаки когнитивного снижения позволяют думать о симптоматической эпилепсии. Однако важно установить этиологию патологического процесса. Отметим, что генерализованные тонико-клонические приступы фокальной эпилепсии развились на фоне нарастающей астенической симптоматики, сопровождающейся субфебрильной температурой, инфекционно-аллергическим конъюнктивитом в эпидемиологически значимый период после вакцинации. Обратимся к литературе: для вакцинации от эпидемического паротита используется живая культуральная паротитная вакцина, после применения которой возможны различные неблагоприятные последствия [6]. Несмотря на то, что судорожные приступы возникли во временной связке с вакцинацией, этот случай не был зарегистрирован как НПЯ, экстренное извещение не было направлено, расследование не проведено, поэтому причина фокальной эпилепсии не может считаться установленной. А пока нет достоверной информации о причине развития припадков, мы не можем говорить о симптоматической этиологии эпилепсии.

Криптогенные формы эпилепсии диагностируются в том случае, когда причина заболевания не выяснена, при этом проявления заболевания не удовлетворяют критериям идиопатических форм, но нет доказательств и их симптоматического происхождения. В нашем случае мы вынуждены отнести тяжелое течение фокальной эпилепсии с эпилептическими психозами к криптогенной этиологии. Диагноз криптогенной эпилепсии мы рассматриваем как предварительный, побуждающий к дальнейшим попыткам выяснения этиологии заболевания.

*Диагноз:* Криптогенная (вероятно симптоматическая) фокальная лобно-височно-долевая эпилепсия с генерализованными тонико-клоническими приступами, резистентными к терапии и эпилептическими психозами. Нарастающие когнитивные расстройства

и начальные изменения личности по эпилептическому типу.

С целью исключения текущего церебрального процесса и установления этиологии эпилептического синдрома в ноябре-декабре 2015 года пациенту проведено обследование и лечение в Институте мозга человека им. Н.П.Бехтерева Российской академии наук. Результаты исследований: ЭЭГ с функциональными пробами от 17.11.2015 г.: умеренные, диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга сочетанного генеза, с дезорганизацией биоритма, со снижением функциональной активности нейронов коры. Избыточная бета-активность в лобно-центральных отделах (“excessivefast”).

Ночной ВЭМ от 19.11.2015 г.: устойчивый основной ритм не зарегистрирован. Умеренные диффузные изменения БЭА головного мозга с проявлениями раздражения и дисфункции неспецифических срединных структур на диэнцефальном уровне. Во время бодрствования диффузно регистрируются полиморфные заостренные потенциалы, группы потенциалов альфа-диапазона, редуцированные острые волны. Зарегистрированы диффузные вспышки полифазных медленноволновых колебаний тета-дельта диапазона. В лобно-центральных отведениях регистрируется периодическое замедление с включением острых волн, редуцированных комплексов «острая-медленная волна», с акцентом слева. Во время сна отмечается нарастание представленности и напряженности эпилептиформной активности относительно периода бодрствования. В I и в начале II стадии сна диффузно регистрируются полифазные колебания, отдельные из которых схожи с комплексами «острая-медленная волна», с максимумом в левых лобно-центральных отведениях. Как изолированно, так и в структуре физиологических феноменов сна регистрируются разряды редуцированных острых волн, пиков, деформированных комплексов «острая-медленная волна», с инициацией из левых лобно-центральных отведений, А до 107 мкВ. Прослеживается периодическое биокципитальное замедление, больше справа.

МРТ головного мозга от 20.11.2015 г.: очаговое поражение левой ножки мозга. Необходимо проводить дифференцированный диагноз между расширенным периваскулярным пространством и доброкачественным новообразованием. Единичный очаг сосудистого характера в белом веществе левой лобной доли.

Окулист от 03.12.2015 г.: Visus OU = 1,0. D.S.: Мейбомит век правого глаза. Рекомендовано: 1) Сухое тепло. 2) Тобрекс 2 р/д. 3) Мазь тетрациклиновая 1% 2 р/д.

*Медицинский психолог* от 03.12.2015 г.: По результатам проведенного обследования выявляются признаки органического патопсихологического симптомокомплекса (мнестический вариант).

Консультация инфекциониста от 03.12.2015 г.: «У пациента имеет место вирусная инфекция с признаками энцефалита, по-видимому, герпес вирусной этиологии». Назначен курс противовирусной терапии.

Анализ крови от 07.12.2015 г.: На anti-HHV 6 типа IgG – результат: отрицательный. Анализ (соскоб эпителиальных клеток конъюнктивы) ПЦР от 07.12.2015г.: Herpes simplex virus II (кач.) ДНК – результат: не обнаружено; Herpes simplex virus I (кач.) ДНК – результат: не обнаружено; Cytomegalovirus (кач.) ДНК – результат: не обнаружено. Анализ крови от 07.12.2015г.: На anti-EBV IgG-EA (ранн. бел.) – результат: <5 Ед./мл.; На anti-HSV (I тип.) IgG – результат: 0,43 инд. поз.; на anti-HSV (2 тип.) IgG – результат: <0,5 инд. поз.; На anti-HSV (1 и 2 типов.) IgM – результат: отрицательно; На anti-HSV (1 и 2 типов.) IgG – результат: 0.443 инд. поз.

Эпилептолог от 24.12.2015 г.: Эпилепсия симптоматическая. Фокальная форма. (Статусное течение). G41.8.

В последующем в Институте мозга человека им. Н.П. Бехтерева Российской академии наук пациенту проведено 3 курса противовирусной терапии (один курс в 4–6 мес.), на фоне лечения воспаление правого глаза полностью купировались. Эпилептические приступы не повторялись.

Эпилептолог от 16.02.2017 г.: Эпилепсия симптоматическая. Фокальная форма. Последствие перенесенного энцефалита. Статусное течение в анамнезе. Последний приступ: 9 октября 2015 года. Рекомендации: 1) леветирацетам 1 500 мг – 2 раза в день; 2) вальпроат натрия 600 мг – 2 раза в день (постоянно); 3) диазепам 5 мг: 1/2 таб. – 2 раза в день; 4) общие противопоказания при эпилепсии.

Осенью 2016 года по результатам ЕГЭ пациент был зачислен в технический университет. В настоящее время является студентом второго курса. Учится с трудом, жалуется на трудности усвоения материала, особенно физики, математики, затруднения мысли-

тельной деятельности, ухудшение сообразительности, снижение памяти.

## Заключение

Ретроспективный анализ данного клинического наблюдения позволяет сделать вывод, что фокальная эпилепсия со статусным течением, эпилептическими психозами, развилась у 17-летнего здорового юноши без наследственной отягощенности при отсутствии указания на травматические, токсические, инфекционные факторы в анамнезе. Пароксизмальные события развились во временной связке с вакцинацией (введение живой паротитной вакцины). Последующая динамика течения заболевания имела тяжелый прогрессирующий характер и привела к неблагоприятному исходу (инвалидизации) [10]. Несмотря на очевидную связь с вакцинацией, данный случай не был рассмотрен как НПЯ. Сам факт проведения вакцинации нигде в историях болезни не упоминается. «Ответственность» за перенесенный энцефалит возложена на вирус герпеса, вызвавший конъюнктивит и, возможно, энцефалит.

Данное клиническое наблюдение отражает недостаточный уровень знаний медицинских работников по вопросам передачи информации о выявленных НПЯ. Нельзя не согласиться с выводами Д.В. Лопушова и соавт. [3, 4] о «необходимости включения в программы повышения квалификации медицинских работников, участвующих в иммунопрофилактике, теоретических и практических сведений по НПЯ, а также разработки стажировок по изучению алгоритма действий при развитии НПЯ после вакцинации» [4]. Все это позволило бы своевременно оказывать помощь при возникновении НПЯ, тем самым обеспечивать безопасность иммунизации. Замалчивание подобных случаев наносит значительный ущерб системе организации иммунопрофилактики, способствует негативному восприятию вакцинации населением и, в конечном итоге, ухудшает эпидемиологическую безопасность общества.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Брико Н.И., Намазова-Баранова Л.С., Лобзин Ю.В., Харит С.М., Начарова Е.П., Фельдблюм И.В. Совершенствование мониторинга неблагоприятных событий поствакцинального периода (в порядке дискуссии) // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2016. № 6 (91). С. 95–101.
2. Вакцины и вакцинация: национальное руководство / Под ред. В.В. Зверева, Б.Ф. Семенова, Р.М. Хаитова. М.: ГЭОТАР Медиа, 2011. 880 с.
3. Лопушов Д.В., Трифонов В.А., Сабаяева Ф.Н., Фазулзянова И.М., Шайхразиева Н.Д. Оценка информированности медицинских работников по вопросам нежелательных поствакцинальных явлений // Пермский медицинский журнал. 2017, № 4. С. 82–88.
4. Лопушов Д.В., Фазулзянова И.М. Роль менеджмента качества в организации расследования и учета нежелательных поствакцинальных явлений // Медицинский альманах. 2017. № 4. С. 91–93.
5. Методические указания МУ 3.3.1.1123-02 Вакцинопрофилактика. Мониторинг поствакцинальных осложнений их профилактика. М.: Федеральный центр госсанэпиднадзора Минздрава РФ, 2002. – 28 с.
6. Озерецковский Н.А. Система регистрации и расследования поствакцинальных осложнений в России // Вакцинация. 2000, № 5. С. 10–12.
7. Охват иммунизацией [Электронный ресурс]. Женева: Информационный бюллетень ВОЗ, 2014. № 378. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/ru/>
8. Полиомиелит [Электронный ресурс]. Женева: Информационный бюллетень ВОЗ, 2013. № 114. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs114/ru/>
9. Руководство по психиатрии: в 2 т. / под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина, 1999. Т. 2. 784 с.
10. Фельдблюм И.В. Эпидемиологический надзор за вакцинопрофилактикой // Эпидемиология. 2014, № 3 (13). С. 37–55.
11. Chen R.T., Moro P.L., Bauwens J., Bonhoeffer J. Obstetrical and neonatal case definitions for immunization safety data // Vaccine. 2016. Vol. 49. N 1. P. 5991–5992.
12. WHO, UNICEF, World Bank. State of the world's vaccines and immunization, 3rd ed. Geneva: World Health Organization, 2009. 169 p.

## СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ФОКАЛЬНАЯ ЭПИЛЕПСИЯ – ФАТАЛЬНОСТЬ ИЛИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЕ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОЕ ЯВЛЕНИЕ?

И.В. Дубатова, В.А. Солдаткин, И.В. Стоякин, К.А. Карнаух

В статье приводится клиническое наблюдение развития фокальной эпилепсии со статусным течением и эпилептическими психозами, приведшей к инвалидизации. Развитие пароксизмального синдрома возникло во временной связке после введения живой паротитной вакцины. Целью данного клинического наблюдения являлось привлечение внимания медицинских работников и эпидемиологической

службы к оптимизации работы по регистрации нежелательных реакций в поствакцинальном периоде. Предлагается обеспечить безопасность иммунизации и своевременно оказывать помощь при возникновении нежелательных поствакцинальных явлений.

**Ключевые слова:** фокальная эпилепсия, эпилептический психоз, нежелательные поствакцинальные явления.

## SYMPTOMATIC FOCAL EPILEPSY – A FATALITY OR UNDESIRABLE POSTVACCINATION PHENOMENON?

I.V. Dubatova, V.A. Soldatkin, I.V. Stojakin, K.A. Karnauh

The article presents a clinical observation of the development of focal epilepsy with status over and epileptic psychoses that led to disability. The development of paroxysmal syndrome occurred in temporal conjunction after the introduction of live mumps vaccine. The aim of this clinical observation is drawing attention of health professionals and epidemiological

services to optimize the registration of adverse reactions in post-vaccination period. It is proposed to ensure the safety of immunization and provide timely help in case of undesirable postvaccinal events.

**Key words:** focal epilepsy, epileptic psychoses, undesirable postvaccinal events.

---

**Дубатова Ирина Владимировна** – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону; e-mail - tory15@mail.ru

**Солдаткин Виктор Александрович** – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России; e-mail: sva-rostov@mail.ru

**Стоякин Игорь Вячеславович** – Аксайский филиал ГБУ РО «Психоневрологический диспансер», заведующий мужским приемным отделением; e-mail: tory15@mail.ru

**Карнаух Ксения Александровна** – Аксайский филиал ГБУ РО «Психоневрологический диспансер», врач психиатрического отделения №11; e-mail: tory15@mail.ru