

<p><b>Читал, что аспирин может вызывать судороги. Стоит ли его отменять пациенту после ишемического инсульта, если у него началась эпилепсия?</b></p> <p><b>Ответ:</b> Не стоит.</p>
<p><b>Ирина Геннадьевна [Рудакова], какая корреляция между дозой КМЗ и степенью снижения концентрации ЛС?</b></p> <p><b>Ответ:</b> Судя по отдельным сообщениям в литературе, возможно снижение концентрации ЛСМ до 30%, однако все, что менее 30%, признается клинически мало значимым. Другой вопрос – целесообразность и переносимость такой комбинации. Как правило, приходится давать низкие дозы, чтобы избежать НЯ. Лучше дать высокую дозу вимпата.</p>
<p><b>Добрый день. Пациент с «двойной корой» находится на лечении карбамазепином с 16 лет. Сейчас ему 29 лет. Не удовлетворен лечением – алопеция, приступы эпилепсии: 4 в год. Можно ли перевести на Сейзар?</b></p> <p><b>Ответ:</b> Да, можно.</p>
<p><b>Титрацию Сейзара в монотерапии у взрослого пациента можно ли начать с 25 мг?</b></p> <p><b>Ответ:</b> Да, можно.</p>
<p><b>Скажите, пожалуйста, вентрикуломегалия у детей может быть пороком развития или это всегда следствие какого-либо инфекционного, даже внутриутробного процесса?</b></p> <p><b>Ответ:</b> Вентрикуломегалия нередко сопровождается диффузные кортикальные дисплазии.</p>
<p><b>Вопрос Алиханову А. А.</b></p> <p><b>В 30-летнем возрасте впервые манифестировала эпилепсия, на МРТ – вентрикуломегалия боковых, третьего и четвертого желудочков, и описывается окклюзия отверстий Мажанди и Люшка, но у больного и его родных, кроме эпилепсии, других жалоб нет, за 6 лет МРТ – без динамики. Вопрос: нужно ли динамическое наблюдение, могут ли появиться декомпенсация и развитие окклюзионной гидроцефалии?</b></p> <p><b>Ответ:</b> В вашем случае ссылка на окклюзию отверстий Мажанди и Люшка, скорее всего, является бездоказательным вымыслом, и вентрикуломегалия у пациента не связана с эпилепсией. Динамика МРТ не является обязательной.</p>
<p><b>Интересно, есть ли гистологическое, иммуногистохимическое, молекулярно-генетическое исследование эпилептогенных и неэпилептогенных туберов, чтоб понять, что обуславливает эпилептогенность?</b></p> <p><b>Ответ:</b> Есть единственный достоверный способ определить эпилептогенность туберов – провести ПЭТ с альфа-метил-триптофаном.</p>
<p><b>Уважаемые Алиханов А. А. и Кира Владимировна, скажите, пожалуйста, может ли быть причиной геластических приступов у девушки 20 лет то, что выявили на МРТ, – «МРТ-признаки небольших перивентрикулярных у передних рогов участков ишемической дегенерации (сосудистого генеза?)». И чем можно купировать эти приступы? Ламотриджин, вальпроевая кислота, топирамат не помогают.</b></p> <p><b>Ответ:</b> Постишемические нарушения структуры перивентрикулярного белого вещества не могут быть ответственны за клинический феномен гелалепсии. Более 50% пациентов получают комбинированную терапию, т. е. 2-3 и более антиэпилептических препаратов. Монотерапия часто неэффективна. Кроме того, 30-40% пациентов не отвечают ни на какую терапию. Потом, что значит «не помогают»? Может быть, увеличился интервал между приступами все-таки на каком-то из препаратов? Поэтому нужно пробовать дальнейшие схемы: комбинации 2-3 препаратов, включить неиспробованные препараты: окскарбазепин, лакосамид, перампанел, фенозановую кислоту, а также уже применявшиеся и хорошо переносившиеся АЭП.</p>
<p><b>[Александр Борисовичу Дмитриеву] Здравствуйте! У Вас есть квоты на стимуляторы VNS в этом году в рамках ОМС? Как можно отправить к Вам пациентов?</b></p> <p><b>Ответ:</b> К сожалению, в этом году у нас все квоты уже расписаны, это закономерный процесс, потому что пациенты формируют очередь в течение нескольких месяцев, а потом под них проводится закупка стимуляторов. Однако последние 3 года мы имплантируем около 50-60 VNS ежегодно (все только по ВМП, платно гражданам РФ мы не имплантируем), поэтому направлять пациентов можно совершенно спокойно уже в этом году, чтобы в следующем году, как только будет закупка, мы их сразу пригласили. Кроме того, мы всегда покупаем стимуляторы заранее, и</p>

начнем имплантировать VNS в следующем году уже в январе. Поэтому уже сейчас надо направлять документы к нам на сайт на заочную консультацию, а если будут какие либо вопросы, то их можно задать на этот адрес.

**Александр Борисович! Можно ли трактовать повышение АД и тахикардию как осложнение VNS?**

**Ответ:** Что касается тахикардии: действительно после отключения стимулятора тахикардия уходит. Сейчас пациенту уменьшили параметры, и со временем будет понятно, насколько это поможет в борьбе с тахикардией и как скажется на клиническом эффекте. Однако уже сейчас можно сказать с высокой долей вероятности, для достижения хорошего клинического эффекта может потребоваться реимплантация электрода несколько ниже, т.к. подобное осложнение обычно связано со стимуляцией кардиальных ветвей блуждающего нерва, которые располагаются обычно выше по нерву и могут попадать под стимуляцию. Мы выполняем подобные операции и можем принять этого пациента.

**Эти данные характерны и для аутоиммунного энцефалита детского возраста?**

**Ответ:** В целом да. Безусловно, есть свои особенности — у детей значительно реже встречается паранеопластический генез аутоиммунного энцефалита, у детей крайне редко аутоиммунный энцефалит может быть ассоциирован с антителами к внутриклеточным нейрональным антигенам, опции иммунной терапии несколько ограничены и др. Но в общем синдромальные проявления, подход к диагностике и лечению идентичны.

**Вопрос к Рудаковой И. Г. После инсульта на МРТ обнаружен тромбоз синуса, у пациентки отмечаются судороги в в/к слева и парестезии в ней. Подскажите препарат выбора ПЭП? Спасибо.**

**Ответ:** Очевидно, выбор должен быть за ЛСМ или ЛТЖ, если нет индивидуальных ограничений, наверняка предполагается комбинация с НОАК.

**Вопрос Екатерине Олеговне [Чекановой]. Методические рекомендации по аутоиммунным энцефалитам можно где-то скачать или купить?**

**Ответ:** Пока нет. Учебно-методическое пособие написано, отправлено в печать. Пока непонятно, когда будет доступно. Думаю, информация о выходе появится на сайте/в социальных сетях ФГБНУ НЦН.

Российских клинических рекомендаций, к сожалению, пока нет. Ссылки на свежие обзорные статьи авторитетных авторов, посвященные диагностике и лечению аутоиммунных энцефалитов:

1. Abboud H, Probasco JC, Irani S, et al. Autoimmune encephalitis: proposed best practice recommendations for diagnosis and acute management. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2021;92(7):757-768. doi:10.1136/jnnp-2020-325300
2. Abboud H, Probasco J, Irani SR, et al. Autoimmune encephalitis: proposed recommendations for symptomatic and long-term management. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2021;92(8):897-907. doi:10.1136/jnnp-2020-325302

**Вопрос Екатерине Олеговне [Чекановой]. Можно ли обследовать пациентов с подозрением на аутоиммунный энцефалит амбулаторно, и существуют ли клинические рекомендации?**

**Ответ:** Амбулаторно можно выполнить часть обследования: МРТ головного мозга, ЭЭГ/длительный ЭЭГ-мониторинг, анализ крови на антитела, ассоциированные с аутоиммунными энцефалитами. В ряде случаев этого достаточно, чтобы исключить/подтвердить диагноз аутоиммунного энцефалита. Но все же более надежно обследование в условиях стационара, выполнение люмбальной пункции (общий анализ ЦСЖ, определение типа синтеза олигоклонального IgG, анализ антител, ассоциированных с аутоиммунными энцефалитами). Чаще всего без анализов ЦСЖ разобраться в диагнозе не получается.

**Какой национальности мальчик из Вашего кейса? Упомянули двуязычие.**

**Ответ:** Мальчик по национальности казах.

**Здравствуйте, пожалуйста, повторите результаты генетического исследования первого пациента? ДНК и по Сенгеру трио.**

**Ответ:** Полноэкзомное секвенирование (WES) выявило патогенный вариант NBEA c.5258\_5279del, p.(Ala1753Valfs\*13), встречающийся de novo, и наследуемый от отца гетерозиготный вариант NBEA

<p>с.416Т&gt;С р.(Met139Thr) неопределенной значимости (VUS).</p>
<p><b>А почему не сразу назначать кетогенную диету, а лишь после неэффективности АЭП?</b>  <b>Ответ:</b> Пациент проживает в Казахстане. Впервые обратились в Центр в феврале 2021 г. При анализе истории заболевания и архива данных видео-ЭЭГ мониторинга и было принято решение о введении кетогенной диеты и смене противосудорожной терапии, а именно об отмене вигабатрина, т. к. не было паттерна гипсаритмии изначально.</p>
<p><b>Вопрос Шестаковой О. И. При носительстве варианта у здорового папы почему найденный вариант посчитали патогенным?</b>  <b>Ответ:</b> Не совсем так. Полноэкзомное секвенирование (WES) выявило патогенный вариант NBEA c.5258_5279del, p.(Ala1753Valfs*13), встречающийся de novo, и наследуемый от отца гетерозиготный вариант NBEA с.416Т&gt;С р.(Met139Thr) неопределенной значимости (VUS).</p>
<p><b>Если через 2 года на фоне кетогенной диеты отмечается выраженный положительный эффект возможно ли более длительное применение при фармакорезистентной форме эпилепсии?</b>  <b>Ответ:</b> Возможно при оценке польза/вред, что включает динамику показателей холестерина и газов крови, в том числе КЩС (кислотно-щелочного равновесия).</p>
<p><b>Контроль кетоза в крови или в моче — что является более правильным?</b>  <b>Ответ:</b> Конечно, абсолютно достоверным является контроль кетонов в крови: мы видим четкие количественные показатели и референтный интервал (норма кетонов крови 3-6). Кетоны мочи показывают, что есть кетоз, но цифровых показателей мы не знаем. Поддерживать кетогенную диету можно, проверяя кетоны мочи, а ввод желателен через кетоны крови.</p>
<p><b>Кира Владимировна [Воронкова], возможно ли назначать феназановую кислоты детям по ВК?</b>  <b>Ответ:</b> Нельзя.</p>
<p><b>Какую шкалу падений лучше использовать, чтобы в ней учитывалась проводимая пациенту терапия?</b>  <b>Ответ:</b> Шкалу Хендрика. Но в целом диагноз «Эпилепсия» по СОПам профилактики падений во всех центрах, где они есть, трактует риск падений при эпилепсии как максимально высокий (даже без применения шкал) со всеми сопутствующими мероприятиями по профилактике падений в стационаре.</p>
<p><b>А дозировка у пожилых, как антиоксидант, и при когнитивных нарушениях — 600-800/сут или больше?</b>  <b>Ответ:</b> Фенозановая кислота (Дибуфелон) применяется только как противоэпилептический препарат. Да, это антиоксидант. Но без эпилепсии не применяется. У пожилых пациентов с эпилепсией – да, дозы 600-800 мг в сутки (по переносимости).</p>
<p><b>Вопрос докладчику Бурду С. Г. Были ли в Вашей практике случаи изменения диагноза при первично выставленном диагнозе синдрома Леннокса-Гасто, в частности, улучшение ЭЭГ-картины вплоть до отсутствия данных за эпилептическую энцефалопатию?</b>  <b>Ответ:</b> Спасибо за вопрос. Во взрослом возрасте классические критерии постановки диагноза СЛГ, характерные для детей, стираются, поэтому если установлен диагноз СЛГ, а у взрослого пациента мы имеем ретроспективные данные, подтверждающие данный синдром, даже при отсутствии четких критериев мы оставляем выставленный СЛГ, несмотря на нормализацию ЭЭГ.</p>
<p><b>Сергей Георгиевич! Почему просто не оставить диагноз Леннокса-Гасто в Вашем клиническом случае, а не фокальную (МРТ-негативную) эпилепсию?</b>  <b>Ответ:</b> Спасибо за вопрос, выставление диагноза фокальной эпилепсии обусловлено клинической картиной на момент госпитализации, т. е. преобладанием фокальных приступов и изменений на ЭЭГ, характерных для фокальной эпилепсии. Возвращение диагноза СЛГ имеет больше проявление исхода данного синдрома и его трансформации со временем, но при этом указывает на этиологический фактор и выход на терапию, рекомендованную для СЛГ.</p>
<p><b>Как долго нужно принимать пациенту лечение, чтобы определить, есть эффект или нет эффекта: minimum - maximum по времени или ориентируемся на количество и частоту эпилептических приступов? Когда переходить на комбинированную терапию?</b>  <b>Ответ:</b> Мы оцениваем эффективность терапии в зависимости от частоты и тяжести приступов до начала терапии. Например, если приступы происходят 1 раз в год, нам надо не менее 2 лет для оценки, а если еженедельно, то будет достаточно 1-2 месяцев.</p>

<p><b>Дибуфелон: нет данных о применении этого препарата детям?</b>  <b>Ответ:</b> Нет. Препарат у детей не применялся.</p>
<p><b>Вопрос Мусиной Г. М. Дибуфелон Вы используете в остром периоде ЧМТ? Как раз в этом периоде все и разворачивается?</b>  <b>Ответ:</b> Нет. Дибуфелон – это противозепилептический препарат. Назначается при установленном диагнозе «эпилепсия». С профилактической целью не назначается. Кроме того, ноотропы и антиоксиданты в течение месяца острой ЧМТ тоже не следует активно назначать.</p>
<p><b>Здравствуйте, подскажите, пожалуйста, после удаления менингиомы необходимо назначать противоэпилептические препараты?</b>  <b>Ответ:</b> Нет, если нет установленного диагноза «эпилепсия».</p>
<p><b>Если не эпилепсия, то как шифровать по МКБ-10 на уровне приемного отделения в стационаре?</b>  <b>Ответ:</b> Например, R56: «другие и неуточненные судороги».</p>
<p><b>Вопрос Володиной К. А. Пациентам 85 лет и более можно скандинавские палки применять?</b>  <b>Ответ:</b> Возрастных ограничений нет.</p>
<p><b>Вопрос Володиной К. А. Подскажите, пожалуйста, есть ли онлайн-обучение.</b>  <b>Ответ:</b> Да, есть. Вы можете найти информацию в Telegram-канале Nordic Health.</p>
<p><b>Вопрос Вагановой А. Н. Пациенты с эпилепсией страдают алопецией на фоне терапии ПЭП. Какие методы Вы можете им предложить во избежание этих проблем?</b>  <b>Ответ:</b> Мезотерапевтические коктейли для роста волос. С локальной алопецией работают трихологи, они смотрят дефициты и назначают лосьоны с миноксидилом и специализированные шампуни.</p>
<p><b>Вопрос Герцену А. П. Как решать вопрос о допуске водителя автомобиля к работе, диагноз «эпилепсия» – лет 20, приступов нет. Лечение не принимает 20 лет, на ЭЭГ изменений нет. Работает водителем. Приехал из другого региона. Можно ли тот диагноз снять?</b>  <b>Ответ:</b> законно допускать к управлению транспортным средством такого пациента нельзя. Здесь либо пациент скроет свое заболевание и по техническим причинам (нет информации с предыдущего места жительства) введет врача в заблуждение. Если врач знает и допустил, то в конфликтной ситуации будет нести как минимум административную ответственность.  <b>Обоснование:</b>          Диагноз «эпилепсия» автоматически означает запрет на управление транспортными средствами. Согласно п. 1 ст. 23 Федерального закона «О безопасности дорожного движения» от 10.12.1995 № 196-ФЗ медицинское освидетельствование кандидатов в водители транспортных средств обязательно. Получение, замена и восстановление прав производятся только при наличии медицинской справки формы 083/у-89. Справка выдается после прохождения медосмотра в лицензированном медицинском учреждении.          Наличие документально подтвержденной эпилепсии является медицинским противопоказанием к управлению транспортным средством. Согласно п. 1 ст. 23.1 Закона «О безопасности дорожного движения» медицинскими противопоказаниями к управлению транспортным средством являются заболевания (состояния), наличие которых препятствует возможности управления транспортным средством.          В «Перечне медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством», утвержденном Постановлением Правительства РФ от 29 декабря 2014 года № 1604, указано, что эпилепсия – болезнь нервной системы, являющаяся противопоказанием к управлению транспортным средством. При этом данный Перечень не содержит указаний на то, что эпилепсия перестает быть медицинским противопоказанием к управлению транспортным средством и после прекращения диспансерного наблюдения в связи со стойкой ремиссией (выздоровлением). Таким образом, управление транспортным средством при диагнозе эпилепсия невозможно.</p>
<p><b>Вопрос Герцену А. П. Где можно ознакомиться с электронным вариантом клинических рекомендаций «Эпилепсия и эпилептический статус у взрослых и детей»?</b>  <b>Ответ:</b> С клиническими рекомендациями «Эпилепсия и эпилептический статус у взрослых и детей» можно ознакомиться в СПС «КонсультантПлюс»:</p>

[https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_424695/?ysclid=lakyt91ja443926238](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_424695/?ysclid=lakyt91ja443926238)

Все утвержденные клинические рекомендации в РФ размещены в рубрикаторе клинических рекомендаций: <https://cr.minzdrav.gov.ru>

**Вопрос Герцену А. П. Эпилепсия - это же навсегда... Диагноз... не снимаемый...ни в ремиссии, ни без медикаментов...?**

**Ответ:** Ни один из действующих нормативных правовых актов не содержит каких-либо указаний на то, каким образом при стойкой многолетней ремиссии (медикаментозной или немедикаментозной) отменяется диагноз «эпилепсия». Вследствие этого граждане с ремиссией подпадают под те же законодательные ограничения, что и граждане с некурабельной формой эпилепсии.

**Вопрос Герцену А. П.** Приступы после отмены алкоголя однократные, противозепилептические препараты не принимал. Допуск к вождению? И военкомат: статья и категория? У нарколога есть статья для таких пациентов?

**Ответ:** к вождению – пожизненный запрет, в военкомате – годен.

**Обоснование:**

Диагноз «эпилепсия» автоматически означает запрет на управление транспортными средствами. Согласно п. 1 ст. 23 Федерального закона «О безопасности дорожного движения» от 10.12.1995 № 196-ФЗ медицинское освидетельствование кандидатов в водители транспортных средств обязательно. Получение, замена и восстановление прав производятся только при наличии медицинской справки формы 083/у-89. Справка выдается после прохождения медосмотра в лицензированном медицинском учреждении.

Наличие документально подтвержденной эпилепсии является медицинским противопоказанием к управлению транспортным средством. Согласно п. 1 ст. 23.1 Закона «О безопасности дорожного движения» медицинскими противопоказаниями к управлению транспортным средством являются заболевания (состояния), наличие которых препятствует возможности управления транспортным средством.

В «Перечне медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством», утвержденном Постановлением Правительства РФ от 29 декабря 2014 года № 1604, указано, что эпилепсия – болезнь нервной системы, являющаяся противопоказанием к управлению транспортным средством. При этом данный Перечень не содержит указаний на то, что эпилепсия перестает быть медицинским противопоказанием к управлению транспортным средством и после прекращения диспансерного наблюдения в связи со стойкой ремиссией (выздоровлением). Таким образом, управление транспортным средством при диагнозе эпилепсия невозможно.

**Служба в ВС РФ.** В соответствии со ст. 21 «Эпилепсия и эпилептические припадки» ч. 5 раздела 2 «Расписание болезней» Приложения № 1 к Положению о военно-врачебной экспертизе (утв. Постановлением Правительства РФ от 04.07.2013 № 565) приступы, связанные с отменой алкоголя, к данной статье не относятся. Следовательно, наличие приступов, связанных с отменой алкоголя, не принимается во внимание при определении годности к прохождению службы в ВС РФ. Критерии годности к военной службе для лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения, вызванными употреблением психоактивных веществ, в т. ч. и алкоголя, установлены в ст. 19 ч. 5 раздела 2 вышеуказанного «Расписания болезней».

**Вопрос Герцену А. П. Вопрос про трудоустройство с эпилепсией. Общероссийского регистра обязательного учета больных эпилепсией нет. Некоторые пациенты специально лечатся исключительно у эпилептолога в частной клинике, не обращаясь по месту жительства, не наблюдаясь по ОМС и, таким образом, диагноз не фиксируется в статистике и эл. карте. Получается, что таким образом люди могут спокойно устраиваться на работу, умалчивая сознательно свой диагноз?**

**Ответ:** Да, пациенты вынуждены скрывать диагноз, обращаясь в негосударственные лечебные учреждения, из-за отсутствия на практике тех социальных гарантий, прописанных в нормативных документах.

**Вопрос Герцену А. П. Граждане без приступов, но получающие лечение, принимающие таблетки, могут служить?**

**Ответ:** призывники служить не могут (хоть это четко не прописано), военнослужащие, проходящие

службу, с редкими приступами (менее 5 раз в год) служить могут.

**Обоснование:**

Согласно ч. 2 ст. 5.1 Федерального закона от 28.03.1998 № 53-ФЗ «О воинской обязанности и военной службе» граждане при постановке на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу по контракту, а также ранее признанные ограниченно годными к военной службе по состоянию здоровья, проходят медицинское освидетельствование врачами-специалистами. Врачи, руководящие работой по медицинскому освидетельствованию граждан, по результатам медицинского освидетельствования дают заключение о годности гражданина к военной службе по следующим категориям:

А – годен к военной службе;

Б – годен к военной службе с незначительными ограничениями;

В – ограниченно годен к военной службе;

Г – временно не годен к военной службе;

Д – не годен к военной службе.

С наличием диагноза «эпилепсия» согласно ст. 21 ч. 6 раздела 2 «Расписание болезней»

Приложения № 1 к Положению о военно-врачебной экспертизе (утв. Постановлением Правительства РФ от 04.07.2013 № 565) граждане при первоначальной постановке на воинский учет и призыве на военную службу, при эпилептических приступах с частотой 5 и более раз в год попадают в категорию «Д» (не годен к военной службе). При наличии эпилептического статуса, с подтвержденным стационарно диагнозом «эпилепсия» граждане зачисляются в категорию «Д» вне зависимости от частоты эпилептических приступов.

При однократном эпилептическом приступе в анамнезе в течение последних 5 лет или редких эпилептических приступах с частотой менее 5 раз в год граждане попадают в категорию «В» (ограниченно годен к военной службе). В случаях, когда документами медицинской организации подтверждается установленный диагноз эпилепсии в прошлом, но за последние 5 лет эпилептические приступы не наблюдались, граждане зачисляются в категорию «В» независимо от результатов электроэнцефалографии при обследовании.

При однократном эпилептическом приступе в анамнезе (более 5 лет) или наличии эпилептиформной активности, выявленной по результатам электроэнцефалографии, без клинических проявлений, граждане зачисляются в категорию «Б» (годен к военной службе с незначительными ограничениями).

Также следует обратить внимание на порядок определения годности к прохождению военной службы граждан, проходящих или прошедших военную службу по контракту; офицеров запаса ВС РФ, не проходивших военную службу по контракту, при поступлении их на военную службу по контракту, в мобилизационный людской резерв; граждан, пребывающих в мобилизационном людском резерве; граждан, прошедших военную подготовку в военных учебных центрах при образовательных организациях по программе военной подготовки для прохождения военной службы по контракту на воинских должностях, подлежащих замещению офицерами; прошедших военную подготовку в военных учебных центрах при образовательных организациях по программе военной подготовки офицеров запаса и завершающих обучение в образовательной организации, при проведении мероприятий, предшествующих выпуску. В соответствии со ст. 21 Расписания болезней граждане вышеназванных категорий:

– при однократном эпилептическом приступе в анамнезе в течение последних 5 лет или редких эпилептических приступах с частотой менее 5 раз в год признаются годными к военной службе с незначительными ограничениями («Б»). При наличии соответствующих медицинских показаний для признания ограниченно годными к военной службе вопрос о признании конкретного гражданина ограниченно годными к службе в ВС РФ решается в индивидуальном порядке («В» – инд.);

– при однократном эпилептическом приступе в анамнезе (более 5 лет) или наличии эпилептиформной активности, выявленной по результатам электроэнцефалографии, без клинических проявлений признаются годными к военной службе с незначительными ограничениями («Б»).