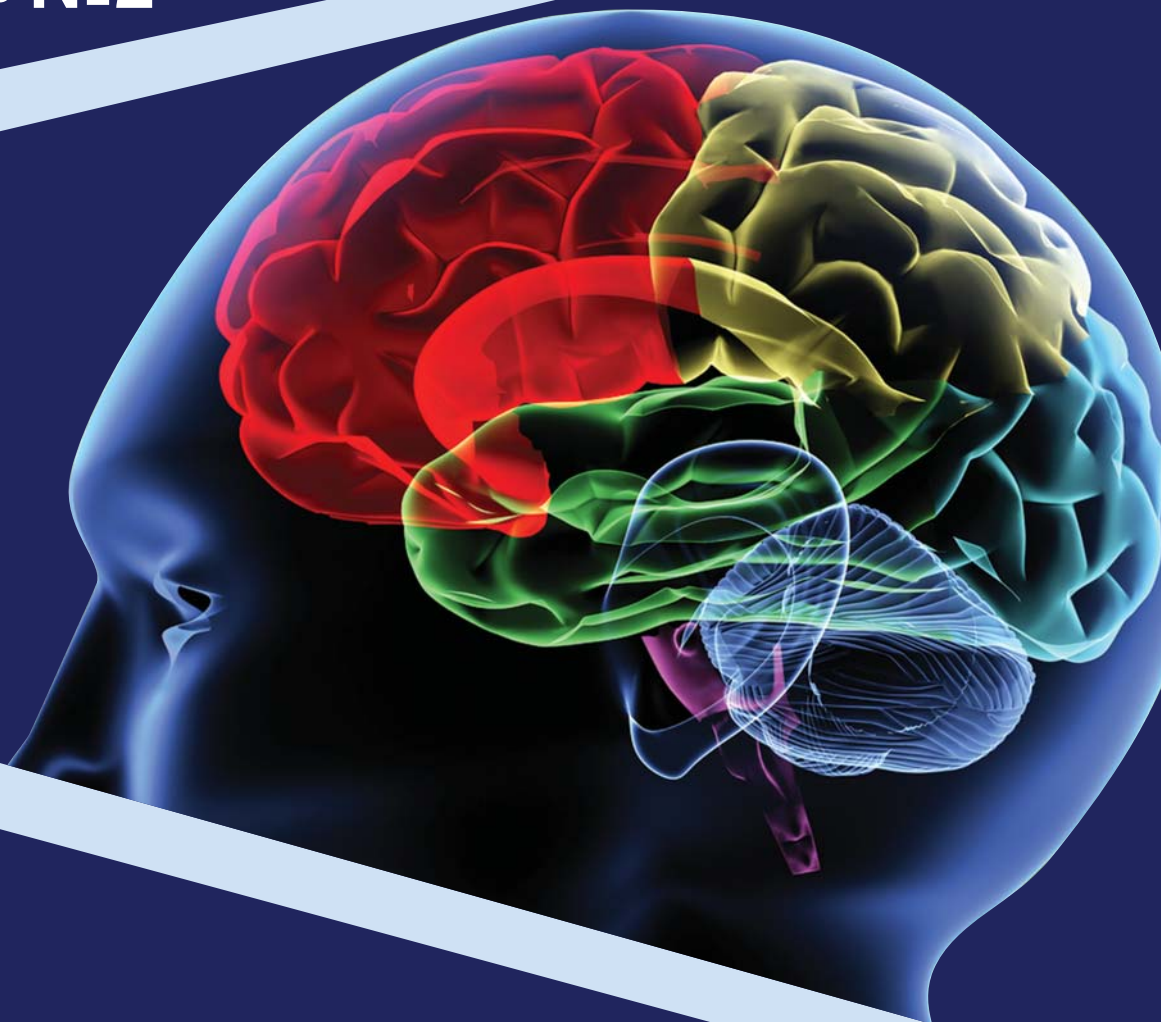


Проблемная комиссия «Эпилепсия. Пароксизмальные состояния» РАМН
и Министерства здравоохранения Российской Федерации

Российская Противозепилептическая Лига

ЭПИЛЕПСИЯ и пароксизмальные состояния

2014 Том 6 №2



Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов
и изданий ВАК

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ФЕБРИЛЬНЫХ ПРИСТУПОВ В ДЕТСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ГОРОДА КРАСНОЯРСКА

Мартынова Г.П., Шнайдер Н.А., Строганова М.А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Министерства здравоохранения РФ

Резюме: *цель* – исследование частоты встречаемости и распространенности фебрильных приступов (ФП) в популяции детского населения (на примере г. Красноярск). *Материалы и методы:* проведен ретроспективный анализ официальной медицинской документации инфекционного стационара Городской детской клинической больницы №1 (Красноярск) за 2009–2012 гг. Распространенность ФП среди детей в возрасте 0–14 лет за период 2009–2012 гг. варьировала от 75 до 112 на 100 тыс. детского населения г. Красноярск. *Результаты и обсуждение:* возраст детей с ФП: дети в возрасте от новорожденности до 1 года – 114 чел. (19,7%), от 1 года до 3 лет – 333 чел. (57,6%), от 4 до 7 лет – 109 чел. (18,9%), старше 7 лет – 22 чел. (3,8%). Наибольшее число случаев ФП зарегистрировано в 2010 г. – 177 (30,6%), а наименьшее – в 2009 г. – 130 (22,5%). Распространенность ФП во внутригородском Советском районе (371,9 на 100 тыс. детей от новорожденности до 14 лет) уступает соответствующим показателям в Ленинском и Октябрьском районах города (соответственно 479,5 и 427,3 на 100 тыс. детей от новорожденности до 14 лет). *Заключение:* частота встречаемости и распространенность ФП в городе Красноярске превышает таковые в Российской Федерации.

Ключевые слова: фебрильные приступы, дети, распространенность, Красноярск.

Введение

Согласно определению фебрильные приступы (ФП) являются доброкачественным, возраст-зависимым, генетически детерминированным состоянием, при котором головной мозг восприимчив к эпилептическим приступам, возникающим в ответ на высокую температуру (не менее 37,8–38,5°C) у детей в возрасте от 3 мес. до 5 лет, с возможной трансформацией в афебрильные приступы и эпилепсию.

При этом приступы судорог, возникающих на фоне острой инфекции центральной нервной системы (ЦНС), судороги с наличием в клинической картине четких признаков симптоматической эпилепсии, а также предшествующие случаи афебрильных приступов не позволяют рассматривать данные эпизоды, возникающие на фоне гипертермии, в качестве ФП [3,8]. Несмотря на то, что ФП не являются эпилепсией по сути, в течение многих десятилетий эта проблема привлекает к себе внимание педиатров, инфекционистов, неврологов и эпилептологов, поскольку ФП могут встречаться в дебюте 21-го эпилептического синдрома с различными этиологическими факторами и прогнозом [8]. Кроме того, ФП могут служить причиной развития не только эпилептических синдромов, но и, впоследствии, формирования интеллектуального и неврологического дефицита [3].

На сегодняшний день нет четкого представления о причинах возникновения ФП, хотя в качестве возможных рассматриваются сразу несколько факторов [10]. ФП могут вызываться как инфекционными, так и неинфекционными причинами. Любое инфекционное заболевание, в частности, инфекции, вызванные вирусом герпеса человека 6-го типа (ВГЧ-6), могут спровоцировать ФП [15]. Нарушение метаболизма макро- и микроэлементов (натрий, кальций, фосфор, железо и др.) также может являться причиной развития ФП [2,4,5,8]. По данным исследования О.И. Стениной и соавт. (2013), показано, что 88,9% наблюдений судорожного синдрома у детей первых двух лет жизни связано с гипокальциемией, 17,8% – в сочетании с фебрильной лихорадкой. Судорожный синдром у детей раннего возраста характеризуется клиническим полиморфизмом. Среди факторов риска судорожных приступов у детей этого возраста наибольшее значение имеют следующие: гиповитаминоз D, гипоксическое перинатальное поражение ЦНС, мужской пол, возраст (первые 9 месяцев жизни), зимний период рождения ребенка, хроническая гипоксия плода, патологические роды, острые ви-

русские инфекции (ОРВИ) во время беременности, нарушения минерального обмена у матери до и во время беременности, наследственная отягощенность по судорожным пароксизмам и наследственная предрасположенность к нарушениям минерального обмена [1,6], что требует проведения дифференциальной диагностики ФП от других форм судорожных приступов у детей младшего возраста.

В настоящее время большинство ученых склоняются к единому мнению о том, что развитие ФП генетически детерминировано [14]. Рассматривается возможность аутосомно-доминантного типа наследования, но не исключается и полигенная передача дефектного гена. Многие авторы полагают, что развитие ФП происходит в результате нестабильности мембран нейронов ЦНС, когда незрелая мембрана нейронов мозга ребенка становится легко восприимчивой к патологическому воздействию повышенной температуры и, тем самым, реагирует нарушением структуры и функциональных свойств [9,11,14].

Частота встречаемости ФП в различных странах мира неодинакова. В Европе и США частота ФП среди детей в возрасте до 5 лет составляет 2-5%, в Японии – 7%, в Индии – 5,1-10,1%, на Марианских островах – 14% [4,8]. В целом ФП составляют 85% от всех судорожных приступов у детей, средняя частота встречаемости ФП в детской популяции составляет 2-5% [17]. Известно, что в 93% случаев первый эпизод ФП отмечается у детей в возрасте от 6 мес. до 3 лет, соотношение ФП у мальчиков и девочек составляет 1,4:1 [4,11]. По данным С. Kaputu Kalala Malu и соавт. (2013), ФП достигают 1,4% всех случаев госпитализации детей в педиатрические стационары, при этом 31,3% пациентов имеют отягощенный наследственный анамнез по эпилепсии и эпилептическим синдромам, в 9% случаев ФП носят фокальный характер, в 11,7% – ФП являются повторными, а в 12,3% – ФП имеют пролонгированный тип течения (более чем 10 мин.). Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) являются наиболее частыми провоцирующими факторами ФП (до 69,5% случаев) [16]. Специального внимания требуют дети с ФП на фоне задержки психомоторного развития с целью идентификации пациентов, нуждающихся в профилактическом приеме антиконвульсантов [13].

Несмотря на высокую частоту встречаемости ФП среди детской популяции, соответствующие эпидемиологические исследования в России проводятся локально, в связи с этим изучение частоты встречаемости и распространенности ФП представляет особый интерес в педиатрической и неврологической практике, с позиции разработки методов профилактики, лечения и снижения риска неблагоприятных исходов [8].

Цель настоящей работы – исследование частоты встречаемости и распространенности фебрильных приступов в популяции детского населения (на примере г. Красноярск).

Материалы и методы

Работа выполнена в рамках комплексной темы научных исследований «Эпидемиологические, генетические и нейрофизиологические аспекты заболеваний центральной, периферической и вегетативной нервной системы и превентивная медицина» (руководитель – д.м.н., проф. Н.А. Шнайдер). Проведение исследования одобрено на заседании Этического комитета КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого.

Город Красноярск – крупнейший культурный, экономический, образовательный и промышленный центр Восточной Сибири, административный центр Красноярского края (второго по площади субъекта России). Город расположен на обоих берегах Енисея на стыке Западносибирской равнины, Среднесибирского плоскогорья и Саянских гор; в котловине, образованной самыми северными отрогами Восточных Саян. Город находится в зоне лесостепи и в гористой местности. Климат г. Красноярска континентальный, смягчается большими водными массами (Красноярское водохранилище), незамерзающим зимой Енисеем и окружающими горами (отрогами Восточных Саян). Среднегодовая температура составляет 1,6°C, абсолютный минимум температуры воздуха достигает –52,8°C (1931 г.), абсолютный максимум температуры воздуха – 36,5°C (2002 г.), среднегодовая скорость ветра – 2,3 м/с, среднегодовая влажность воздуха – 68%. Среднегодовая температура воздуха ниже –30°C регистрируется с ноября по март включительно.

Население г. Красноярска составляет 1016385 чел. (Росстат, 2013), в Красноярской агломерации (Красноярск, города-спутники Дивногорск, Сосновоборск, Березовка и близлежащие поселки) проживает 1,2 млн жителей.

В связи с актуальностью вопроса о распространенности ФП на фоне ОРВИ нами проведен ретроспективный анализ официальной медицинской документации инфекционного стационара МБУЗ «Городская детская клиническая больница №1» г. Красноярска. За анализируемый период 2009-2012 гг. в инфекционный стационар поступило 27800 детей с различной инфекционной патологией (острая кишечная инфекция – ОКИ, ОРВИ, менингиты различной этиологии и др.). Общее количество поступивших за анализируемый период пациентов с диагнозом ОРВИ разной степени тяжести составило 8391 чел., среди которых 578 детей госпитализированы с диагнозом «ОРВИ, судорожный синдром» (ФП). По данным Бюро медицинской статистики г. Красноярска, показатель распространенности «ОРВИ с судорожным синдромом» (ФП) среди детей в возрасте от новорожденности до 14 лет г. Красноярска за период 2009-2012 гг. составил от 75 до 112 на 100 тыс. детского населения в общей структуре инфекционной патологии (см. рис. 1).

Среди больных с ФП преобладали жители г. Красноярска – 93,8% (542 чел), 6% детей (35 чел.) проживали в районах Красноярского края и только один ре-

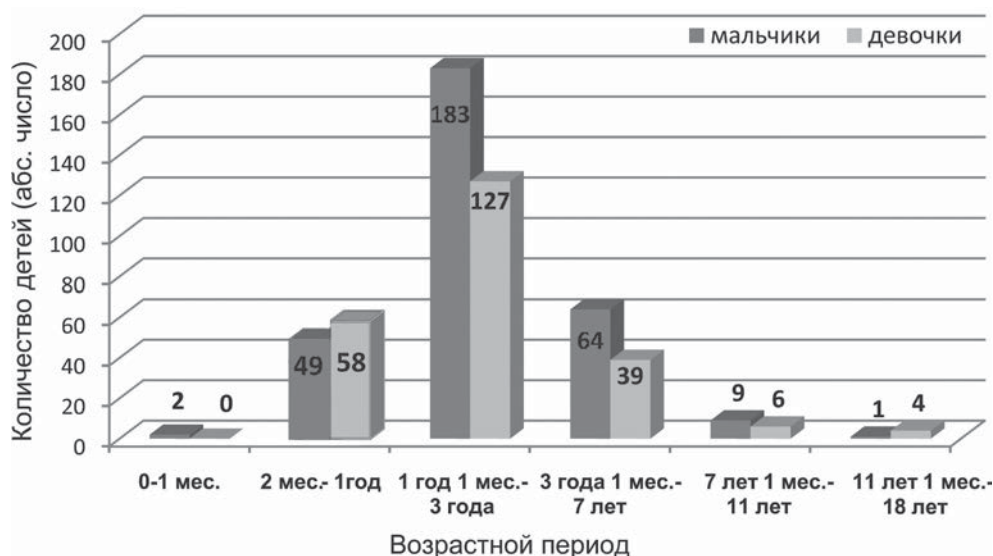


Рисунок 1. Распределение частоты встречаемости ФП в исследуемой выборке в зависимости от пола и возраста (согласно классификации возрастных периодов в педиатрии К.Н. Сергеевой [7]).

бенок (0,2%) являлся жителем г. Новосибирска. Распределение пациентов по полу позволило отметить преобладание мальчиков 57,3% (331 чел.), девочки составили 42,7% (247 чел.). По возрасту [7] больные распределились следующим образом: дети от 0 до 1 года – 114 чел. (19,7%), от 1 года до 3 лет – 333 чел. (57,6%), от 4 до 7 лет – 109 чел. (18,9%), старше 7 лет – 22 чел. (3,8%). Преобладали неорганизованные пациенты 76,7% (416 чел), из них только 1 ребенок (0,8%) находился на домашнем обучении. Организованные дети составили 23,2% (126 чел.), в т.ч.: дети, посещающие детский сад – 97 чел. (77%), общеобразовательную школу – 12 чел. (9,5%), закрытые и специализированные детские учреждения – 17 чел (13,5%).

Результаты и их обсуждение

Распределение числа выявленных случаев ФП приближалось к нормальному ($p < 0,05$). Наибольшее число поступивших детей с ФП было в возрастном периоде от 2 мес. до 7 лет с пиком по частоте встречаемости ФП в возрасте от 1 года до 3 лет со статистически незначимым преобладанием у мальчиков (57,3%, $p > 0,05$) (см. табл. 1, рис. 1). У 85% (492 чел.)

больных ФП был зарегистрирован впервые, у 14,9% (86 чел.) – на фоне ранее диагностированной эпилепсии. Рецидивирующее течение ФП отмечено у 9,5% (55 чел.) пациентов, преимущественно у мальчиков (63,7% против 36,4% соответственно). Анализ наследственного анамнеза показал, что у 19,5% (113 чел.) имеются члены семьи первой степени родства, имеющие аналогичную патологию, доля sibсов составила 1,1% (6 чел.) от общего числа поступивших больных с ФП.

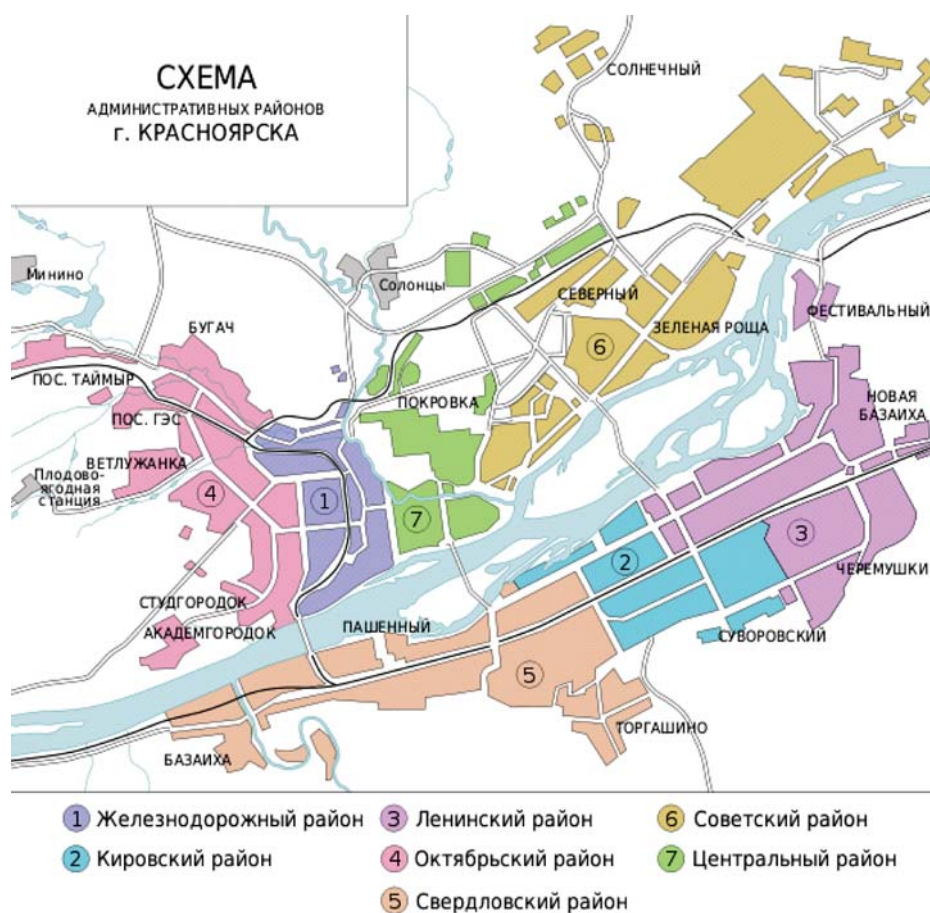
Анализ частоты встречаемости ФП в общей выборке больных за период 2009 -2012 гг. показал, что наибольшее число случаев ФП зарегистрировано в 2010 г. – 177 (30,6%), а наименьшее – в 2009 г. – 130 (22,5%) (см. табл. 1). Сопоставимая частота встречаемости ФП в анализируемые годы отмечена и в подвыборке детей, постоянно проживающих в г. Красноярске (табл. 1, рис. 2 б).

Анализ зависимости частоты встречаемости случаев ФП от календарного месяца показал, что ежегодно увеличение количества поступивших больных детей с ФП происходило, главным образом, в зимне-весенний период, что связано с подъемом заболеваемости ОРВИ и гриппа. В то же время,

Календарный год	Число детей с ФП Абс. (%)		Пол			
			Мальчики Абс. (%)		Девочки Абс. (%)	
	Общая выборка	Жители г. Красноярска	Общая выборка	Жители г. Красноярска	Общая выборка	Жители г. Красноярска
2009	130 (22,5)	121 (22,3)	73 (22,1)	66 (54,6)	57 (23,1)	55 (45,5)
2010	177 (30,6)	165 (30,4)	112 (33,8)	102 (61,8)	65 (26,3)	63 (38,2)
2011	136 (23,5)	132 (24,4)	77 (23,3)	75 (56,8)	59 (24,0)	57 (43,2)
2012	135 (23,4)	124 (22,9)	69 (20,9)	65 (52,4)	66 (26,7)	59 (47,2)
Всего	578 (100)	542 (100)	331 (57,3)	308 (56,8)	247 (42,7)	234 (43,2)

Таблица 1. Частота встречаемости случаев ФП в общей выборке и среди жителей г. Красноярска за 2009-2012 гг. (по данным инфекционного стационара МБУЗ ГДКБ №1).

а)



б)

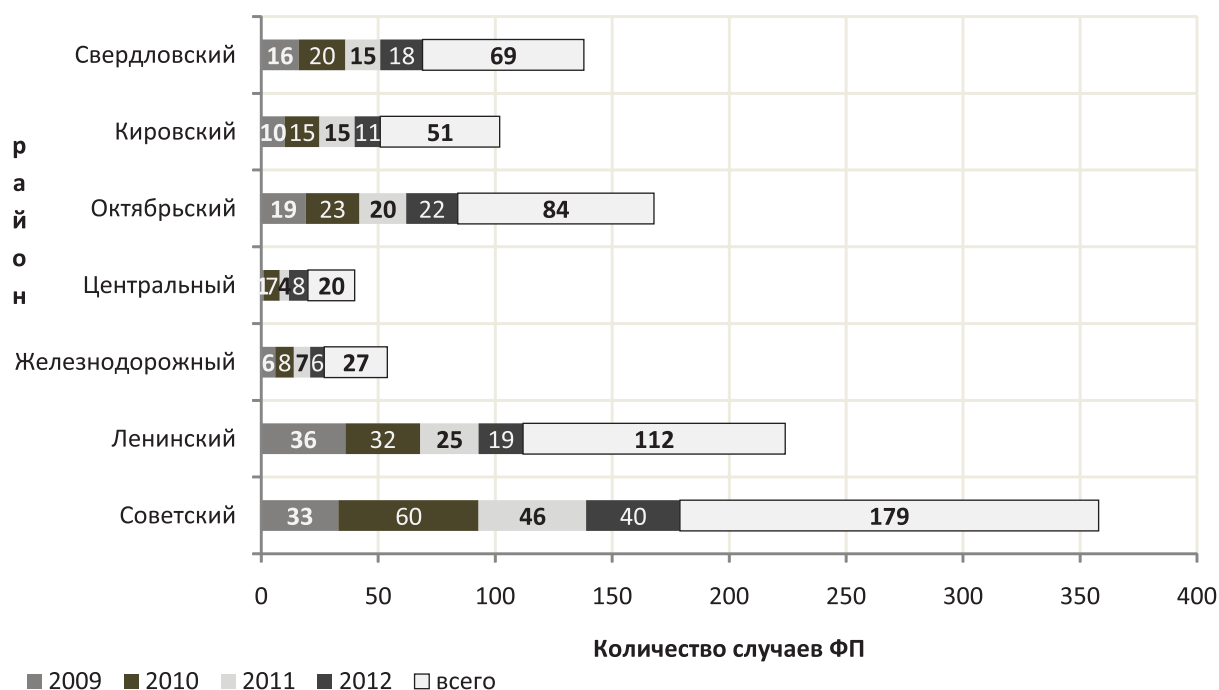


Рисунок 2. Количество случаев ФП на фоне ОРВИ у детей в возрасте от новорожденности до 14 лет, зарегистрированных в различных районах г. Красноярск за период 2009-2012 гг. (по данным МБУЗ ГДКБ №1):
а) схема административных районов г. Красноярск [<http://ru.wikipedia.org/>];
б) распределение случаев ФП в районах г. Красноярск.

Внутригородской район	Показатель распространенности на 100 тыс. детей от новорожденности до 14 лет	Прирост детского населения за 2009-2012 гг. (абс.)
Железнодорожный	198,4	4962
Кировский	263,8	501
Ленинский	479,5	1644
Октябрьский	427,3	2756
Свердловский	344,5	1146
Советский	371,9	9966
Центральный	218,4	1311

Таблица 2. Показатель распространенности случаев ФП на фоне ОРВИ в структуре детского населения от новорожденности до 14 лет среди территориальных районов г. Красноярска за 2009-2012 гг. (по данным Бюро медицинской статистики).

в 2010 г. поступление больных детей с ФП регистрировалось равномерно в течение всего календарного года, независимо от сезона и текущего месяца, что, вероятнее всего, было обусловлено подъемом заболеваемости кишечными инфекциями в летне-осенний период.

Внутригородские районы г. Красноярска – это единицы административно-территориального деления города. Река Енисей делит весь Красноярск на левобережную и правобережную части. Левобережная часть состоит из четырех районов: Центрального, Октябрьского, Железнодорожного и Советского. Правобережная часть состоит из трех районов: Свердловского, Кировского, Ленинского. Преимущественно вся деловая жизнь города сосредоточена на левом берегу, во всех четырех районах Левобережья. Правый берег – это районы размещения промышленных предприятий и проживания (в основном) их работников (см. рис. 2 а). Районы г. Красноярска подразделяются на исторически сложившиеся микрорайоны. Лидирующее место по частоте случаев ФП среди районов города занимают Советский район (179 чел.) – как самый многонаселенный и большой по площади район г. Красноярска, а также Ленинский район (112 чел.) – как наиболее неблагоприятный в социальном аспекте промышленный район. При этом показатель распространенности ФП на фоне ОРВИ в Советском районе (371,9 на 100 тыс. детей в возрасте от 3 мес. до 14 лет) уступает соответствующим показателям в Ленинском и Октябрьском районах города (соответственно 479,5 и 427,3 на 100 тыс. детей от новорожденности до 14 лет) (см. табл. 2, рис. 2 б).

Литература:

- Блинов Д.В. Современные подходы к патогенезу и прогнозированию исходов гипоксически-ишемического поражения ЦНС в перинатальном периоде. Акушерство, гинекология и репродукция. 2012; 3: 34-38.
- Громова О.А., Лиманова О.А., Торшин И.Ю. Систематический анализ фундаментальных и клинических исследований, как обоснование необходимости совместного использования эстрогенсодержащих препаратов с препаратами магния и пиридоксина. Акушерство, гинекология и репродукция. 2013; 3: 35-50.
- Миронов М.Б., Мухин К.Ю. Исходы и трансформация фебрильных приступов у детей по данным института детской неврологии и эпилепсии имени Святого Луки. Рус. журн. дет. невролог. 2012; 7 (4): 3-16.
- Мухин К.Ю., Миронов М.Б. Фебрильные приступы (лекция). Рус. журн. дет. невролог. 2010; 5 (2): 17-29.
- Николаев А.С., Мазурина Е.М., Кузнецова Г.В. и др. Физиологические и патологические значения метаболизма кальция в детском возрасте. Вопр. практ. педиатр. 2006; 1 (2): 57-75.
- Стенина О.И., Углицких А.К., Паунова С.С. Этиология и структура судорожного синдрома у детей первых двух лет жизни.

Таким образом, проведенный анализ позволяет установить, что в структуре больных, госпитализированных в инфекционный стационар МБУЗ «Городская детская клиническая больница №1» (г. Красноярск) большой удельный вес занимали дети с ФП, развивающимися на фоне ОРВИ. Развитие ФП на догоспитальном этапе у ребенка с ОРВИ, как правило, и является основанием для его госпитализации в детский инфекционный стационар. ФП развивались в основном у детей раннего возраста (от 3 мес. 1 года и от 2 до 3 лет), не посещающих организованные коллективы, преимущественно у мальчиков. Наибольшее количество случаев ФП зарегистрировано в период повышения заболеваемости ОРВИ и гриппа. Прослеживается наследственная отягощенность по развитию ФП с рецидивирующим течением.

Дальнейшее изучение факторов риска, механизмов формирования ФП у детей с ОРВИ в Сибири, регионе Российской Федерации с тяжелыми климатогеографическими характеристиками [12,18], позволит разработать персонализированный подход к лечению и диспансерному наблюдению данной группы пациентов.

Заключение

Частота встречаемости и распространенность ФП в городе Красноярске превышает таковые в Российской Федерации. Гендерные различия частоты встречаемости ФП соответствуют общепопуляционным. Проведенное исследование свидетельствует о том, что необходимы разработка и проведение корректирующих мероприятий для снижения риска развития ФП в исследуемой детской популяции.

- Педиатрия. 2013; 1: 77-83.
7. Сергеева К.М. Возрастные периоды детского возраста. Педиатрия: учеб. СПб. 2007; 544 с.
8. Студеникин В.М., Турсунхужаева С.Ш., Шелковский В.И., Пак Л.А. Фебрильные судороги у детей: теоретические и практические аспекты. Вopr. совр. педиатрии. 2010; 5 (2): 66-74.
9. Студеникин В.М., Степанов А.А., Шелковский В.И., Маслова О.И. Клинические аспекты терморегуляции у детей. Вopr. совр. педиатр. 2003; 2 (4): 54-60.
10. Фебрильные судороги – это не эпилепсия [Электр. ресурс]. Информационно-справочный портал о медицине. Режим

- доступа: http://www.doctorspb.ru/articles.php?article_id=1448, свободный. Загл. с экрана.
11. Шелковский В.И., Студеникин В.М., Маслова О.И., Мазурина Е.М. Проблема фебрильных судорог у детей. Вopr. совр. педиатр. 2005; 4 (4): 50-53.
12. Шнайдер Н.А., Шаповалова Е.А., Дмитренко Д.В. Эпидемиология детской эпилепсии. Сиб. мед. обозрение. 2012; 2: 44-50.
13. Fallah R., Akhavan Karbasi S., Golestan M. Afebrile seizure subsequent to initial febrile seizure. *Singapore Med. J.* 2012; 53 (5): 349-352.
14. Hirose S., Mohny R.P., Okada M. et al. The genetics of febrile seizures and related

- epilepsy syndromes. *Brain Develop.* 2003; 25 (5): 304-312.
15. Hoecker C.C., Kaneyage J.T. Recurrent febrile seizures: an unusual presentation of nutritional rickets. *J. Emerg. Med.* 2002; 23: 367-370.
16. Kaputu Kalala Malu C., Mafuta Musalu E., Dubru J.M. et al. Epidemiology and characteristics of febrile seizures in children. *Rev. Med. Liege.* 2013; 68 (4): 180-185.
17. Patterson J.L., Carapetian S.A., Hageman J.R., Kelley K.R. Febrile seizures. *Pediatr. Ann.* 2013; 42 (12): 249-254.
18. Shnayder N.A., Dmitrenko D.V., Sadykova A.V. et al. Epidemiological studies on epilepsy in Siberia. *MHSJ.* 2011; 6: 35-42.

References:

1. Blinov D.V. *Akusherstvo, ginekologiya i reprodukcija.* 2012; 3: 34-38.
2. Gromova O.A., Limanova O.A., Torshin I.Ju. *Akusherstvo, ginekologiya i reprodukcija.* 2013; 3: 35-50.
3. Mironov M.B., Muhin K.Ju. *Rus. zhurn. det. nevrolog.* 2012; 7 (4): 3-16.
4. Muhin K.Ju., Mironov M.B. *Rus. zhurn. det. nevrolog.* 2010; 5 (2): 17-29.
5. Nikolaev A.S., Mazurina E.M., Kuznecova G.V. i dr. *Vopr. prakt. pediatr.* 2006; 1 (2): 57-75.
6. Stenina O.I., Uglickih A.K., Paunova S.S. *Pediatr.* 2013; 1: 77-83.
7. Sergeeva K.M. *Pediatr.* 2007; 544 s.
8. Studenikin V.M., Tursunhuzhaeva S.Sh.,

- Shelkovskij V.I., Pak L.A. *Vopr. sov. pediatrii.* 2010; 5 (2): 66-74.
9. Studenikin V.M., Stepanov A.A., Shelkovskij V.I., Maslova O.I. *Vopr. sov. pediatrii.* 2003; 2 (4): 54-60.
10. Febrile seizures – this is not epilepsy [Electr. resource]. Information portal on medicine. Mode of access: http://www.doctorspb.ru/articles.php?article_id=1448, svobodnyj. Zagl. s jekrana.
11. Shelkovskij V.I., Studenikin V.M., Maslova O.I., Mazurina E.M. *Vopr. sov. pediatrii.* 2005; 4 (4): 50-53.
12. Shnajder N.A., Shapovalova E.A., Dmitrenko D.V. *Sib. med. obozrenie.* 2012; 2: 44-50.
13. Fallah R., Akhavan Karbasi S., Golestan M. Afebrile seizure subsequent to initial febrile seizure. *Singapore Med. J.* 2012; 53 (5): 349-352.

14. Hirose S., Mohny R.P., Okada M. et al. The genetics of febrile seizures and related epilepsy syndromes. *Brain Develop.* 2003; 25 (5): 304-312.
15. Hoecker C.C., Kaneyage J.T. Recurrent febrile seizures: an unusual presentation of nutritional rickets. *J. Emerg. Med.* 2002; 23: 367-370.
16. Kaputu Kalala Malu C., Mafuta Musalu E., Dubru J.M. et al. Epidemiology and characteristics of febrile seizures in children. *Rev. Med. Liege.* 2013; 68 (4): 180-185.
17. Patterson J.L., Carapetian S.A., Hageman J.R., Kelley K.R. Febrile seizures. *Pediatr. Ann.* 2013; 42 (12): 249-254.
18. Shnayder N.A., Dmitrenko D.V., Sadykova A.V. et al. Epidemiological studies on epilepsy in Siberia. *MHSJ.* 2011; 6: 35-42.

EPIDEMIOLOGY OF FEBRILE SEIZURES IN CHILHOOD POPULATION AT KRASNOYARSK CITY

Martynova G.P., Shnayder N.A., Stroganova M.A.

Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V.F. Voyno-Yasenetsky Ministry of Health of Russian Federation

Abstract: the purpose is the study of frequency and prevalence of febrile seizures (FS) in childhood population at Krasnoyarsk city. Methods: the retrospective analysis of official medical records of infectious division of City Children's Clinical Hospital № 1 (Krasnoyarsk) held us in 2009 to 2012. The prevalence of FS among children aged 0-14 years old ranged from 75 to 112 per 100 000 childhood population of Krasnoyarsk city in the period 2009-2012. Results and Discussion: children from newborn to 1 ye.o. with FS: - 114 (19.7%), from 1 to 3 ye.o. – 333 (57.6%), from 4 to 7 ye.o. – 109 (18.9%), older than 7 ye.o. 22 (3.8%). The greatest number of FS cases registered in 2010 – 177 (30.6%), and the lowest in 2009 – 130 (22.5%). The prevalence of FS in the Soviet intercity area (371.9 per 100 000 children from newborn to 14 ye.o.) gives the relevant indicators in Lenin's and the October's intercity areas (respectively 479.5 and 427.3 per 100 000 children from newborn to 14 ye.o.). Conclusions: Frequency and prevalence of FS in Krasnoyarsk city exceed those in the Russian Federation.

Key words: febrile seizure, children, prevalence, Krasnoyarsk.