



# Ишемический инсульт, вызванный менинговаскулярным сифилисом

Елисеев Ю.В.

**Елисеев Юрий Вячеславович** –  
мл. науч. сотр. неврологического  
отделения<sup>1</sup>

✉ 129110, г. Москва, ул. Щепкина,  
61/2–10, Российская Федерация.  
Тел.: +7 (495) 684 57 38.

E-mail: dreliseevru@gmail.com

<sup>1</sup> ГБУЗ МО «Московский областной на-  
учно-исследовательский клинический  
институт им. М.Ф. Владимирского»;  
129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2,  
Российская Федерация

На долю лиц молодого возраста (до 45 лет) приходится 14% всех случаев ишемического инсульта. Одной из причин ишемического инсульта в молодом возрасте выступает изолированный церебральный артериит, обусловленный нейроинфекцией. Автор приводит клинический случай ишемического инсульта у молодого больного с нейросифилисом. Лабораторные данные подтвердили наличие

сифилиса, а ликворологическое обследование и клинические данные позволили установить диагноз менинговаскулярного сифилиса. Своевременная диагностика и лечение сифилитической инфекции позволяют избежать прогрессирования нейросифилиса, в том числе его паренхиматозных форм.

**Ключевые слова:** инсульт, нейросифилис, клиническое наблюдение.

**С**реди проявлений нейросифилиса наиболее известны поздние паренхиматозные формы – спинная сухотка и прогрессивный паралич, в то время как ранние формы этой инфекции нередко не диагностируются, поскольку остаются неизвестны

специалистам [1, 2]. К таким формам относится инсульт при менинговаскулярном сифилисе, нередко возникающий у лиц молодого возраста.

В целом проблема ишемического инсульта у лиц молодого возраста – одна из актуальнейших в современной ангионеврологии. Это



обусловлено недостаточной изученностью и малым знакомством с ней неврологов, существенным отличием причин инсульта у молодых от таковых в старших возрастных группах, а также социально-экономическими факторами, сопряженными с работоспособным возрастом пациентов. В 15–40% случаев причина ишемического инсульта у молодых остается неустановленной [3, 4, 5].

Среди всех возрастных категорий на долю ишемического инсульта в молодом возрасте (до 45 лет) приходится от 5 до 14%. Основными причинами ишемического инсульта в молодом возрасте выступают диссекция экстра- и интракраниальных артерий (28%), кардиоэмболия (12%), антифосфолипидный синдром (11%), более редкими – коагулопатии неуточненного генеза (6%), изолированный церебральный артериит (5%), митохондриальная цитопатия (1%), полицитемия (0,7%), болезнь мойя-мойя (0,4%). Доля артериальной гипертонии и атеросклероза незначительна и составляет 7 и 3% соответственно. В 25% случаев причина ишемического инсульта остается неустановленной. Число больных с инсультом в возрастной категории от 18 до 44 лет более чем вдвое превышает таковое при рассеянном склерозе [6, 7].

Одна из причин изолированного церебрального артериита – нейросифилис. В России ежегодная заболеваемость нейросифилисом сохраняется на уровне 0,3–0,5 на 100 тыс. населения. Морфологической основой нейросифилиса является специфический инфильтрат, окружающий церебральные и менингеальные сосуды. Хроническое течение болезни с периодами обострений и ремиссий характеризуется периодическим накоплением и разрешением околососудистого инфильтрата, что обуславливает ремитирующую симптоматику и значительно затрудняет диагностику нейросифилиса на основании характерных неврологических симптомов [8, 9]. Инсульт – одно из самых частых проявлений нейросифилиса и встречается у 23% больных в клинической картине менингovasкулярного сифилиса.

При менингovasкулярном сифилисе развивается эндартериит с периваскулярным отеком (артериит Гюбнера – поражение артерий крупного и среднего диаметра и артериит Ниссля – Альцгеймера – патология сосудов малого калибра), редко – аневризм сосудов мозга. Сужение просвета сосудов предрасполагает к их тромбозам и окклюзиям, цереброваскулярной ишемии. Инсульт возникает в срок около 7 лет после

первичного инфицирования, при этом чаще страдает бассейн средней мозговой артерии, реже – вертебробазилярный бассейн. При инсульте, вызванном нейросифилисом, часты начальные явления подострого энцефалического продрома: головная боль, бессонница, головокружение или психическая патология (изменения личности, эмоциональная лабильность, снижение памяти) [1, 8, 9].

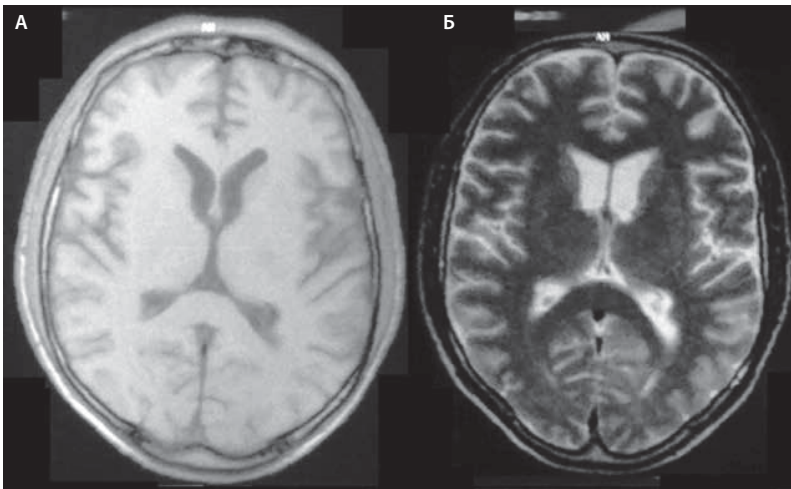
Приводим пример ишемического инсульта у молодого больного с нейросифилисом.

Больной С. 30 лет поступил в неврологическое отделение ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского с диагнозом «ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии» для дообследования и лечения. При поступлении больной не предъявлял жалоб из-за афатических нарушений. Со слов родственников установлено, что в июне 2013 г. впервые в жизни возник генерализованный эпилептический приступ. Позже (09.08.13) пациент был госпитализирован в тяжелом состоянии в реанимационное отделение после серии генерализованных эпилептических приступов. С 09.08.13 по 15.08.13 находился на лечении в стационаре с диагнозом «инфаркт мозга в области левой височной и затылочной долей (вероятнее всего, васкулит специфической этиологии)».

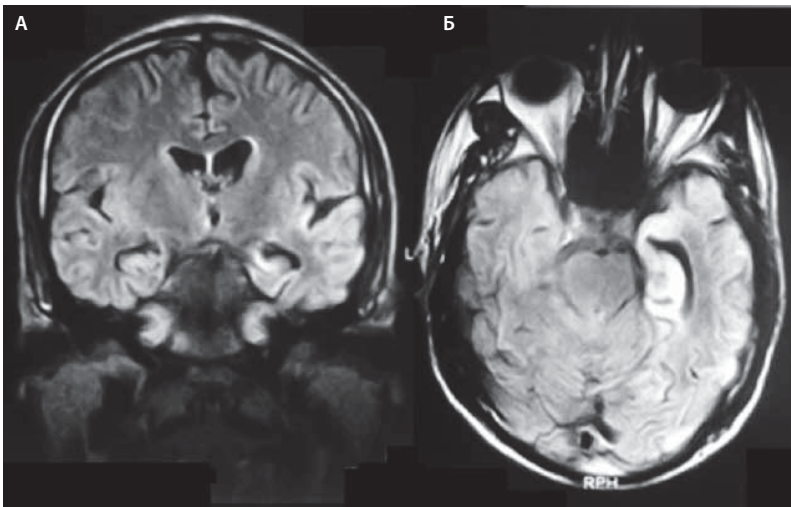
При магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга от 09.08.13 выявлены ранние признаки инсульта по ишемическому типу в левой затылочной доле (бассейн левой задней мозговой артерии) (не представлена). МРТ головного мозга от 15.08.13 показала наличие инфаркта в левой височной и затылочных долях. По сравнению с предыдущим исследованием (от 09.08.13) наблюдалось увеличение в размерах видимой зоны ишемии (рис. 1).

В соматическом статусе на момент осмотра клинически значимых изменений не выявлено. Артериальное давление 120 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений 75 ударов в минуту. Аллергоанамнез отягощен: уртикарная сыпь при первом введении пенициллина в детском возрасте.

Неврологический статус: глазные щели равные (D=S). Движения глазных яблок в полном объеме. Форма и величина зрачков одинакова на обоих глазах (D=S), зрачки округлые. Фотореакции: прямая и содружественная (OD=OS), живые. Реакция при конвергенции и аккомодации сохранена. Акт конвергенции сохранен. Нистагма нет. Вкус сохранен. Функции мимических мышц – лицо симметричное. Слух: громкая речь – 14 м, шепотная речь – 7 м. Мягкое небо фонировано. Фокация и глотание не нарушены. Рефлекс с мягкого неба и задней стенки глотки сохранен. Подъем плеч и поворот головы не нарушены. Язык – по средней линии. Двигательные функции:



**Рис. 1.** МРТ больного С. от 15.08.13. **А** – T1-ВИ, аксиальный срез. Отмечается нарушение дифференциации серого и белого вещества в левых затылочной и височной долях. **Б** – T2-ВИ, аксиальный срез. Гиперинтенсивные участки корково-подкорковой локализации в медиальных и конвексимальных отделах левой затылочной доли



**Рис. 2.** МРТ больного С. от 04.10.13. **А** – FLAIR, коронарный срез. Видны расширение височного рога бокового желудочка и сильвиевой борозды слева, изменение структуры гиппокампа, атрофия вещества левой височной доли. **Б** – FLAIR, аксиальный срез. Гиперинтенсивный сигнал от вещества левых височной и затылочной долей

объем активных и пассивных движений не ограничен. Сила мышц обеих рук и ног сохранна (D=S, 5 баллов). Тонус в конечностях физиологический. Атрофий, фасцикуляций, фибрилляций нет. Гиперкинезы не выявлены. Сухожильные и надкостничные рефлексы с рук равные (D=S), высокие. Коленные D=S, высокие. Ахилловы D=S, живые. Брюшные рефлексы сохранены. Патологические рефлексы отсутствуют. Координация движений: пальце-носовую пробу выполняет удовлетворительно, пяточно-коленную пробу слева выполняет с легким интенционным тремором.

Походка не изменена. Чувствительные нарушения отсутствуют. Вегетативная нервная система не изменена. Определяются элементы семантической и акустико-мнестической афазии.

Клинические анализы крови и мочи соответствовали норме. Биохимический и иммунологические анализы, коагулограмма не изменены. На электрокардиограмме: эктопический левопредсердный ритм, частота сердечных сокращений 50–67 в минуту. Вертикальное положение электрической оси сердца. Косвенные признаки неполной блокады правой ножки пучка Гиса. Ликворологическое обследование: сахар – 2,8 ммоль/л, белок – 0,3 г/л, цитоз – 9 в 1 мкл. Иммуноферментный анализ – 3+, RW – 3519. Микрореакция 3+, титры 1:64, коэффициент позитивности – 12. Таким образом, лабораторные данные подтвердили наличие нейросифилиса.

Больной проконсультирован сифилидологом. С учетом реакции на введение пенициллина в детском возрасте пациенту было назначено лечение цефтриаксоном в дозе 2 г в сутки длительностью 2 недели. Консультация логопеда позволила уточнить характер афатических нарушений, расцененных как акустико-мнестическая (ближе к грубой степени тяжести), семантическая (ближе к средней степени тяжести) афазия.

После проведения первого курса антибактериальной терапии больной выписан в удовлетворительном состоянии под амбулаторное наблюдение с рекомендацией повторного ликворологического обследования через 6 месяцев. Консультирован epileptологом: поскольку сохранялись периодические сложные парциальные приступы, назначена терапия леветирацетамом в дозе 1000 мг в сутки. По данным повторной МРТ головного мозга от 04.10.13 обнаруживаются массивный участок структурных кистозно-глиозных изменений в левых височной и затылочной долях, явления атрофии вещества мозга, изменения не исключают энцефалитический компонент патологического процесса (рис. 2). Продолжается амбулаторное наблюдение.

Описанный выше клинический пример проиллюстрировал самое частое проявление менинговаскулярного сифилиса – ишемический инсульт, манифестировавший в начальном периоде единичным, а затем серийными генерализованными эпилептическими приступами, афатическими нарушениями. Своевременная диагностика и лечение сифилиса позволили избежать развития осложненного нейросифилиса, в том числе его тяжелых форм. Особенностью данного наблюдения стало наличие у пациента отягощенного аллергоанамнеза (сыпь на введение пенициллина), что исключило наиболее



эффективный метод лечения – внутривенное введение пенициллина 20–24 млн ЕД в сутки в 2 приема в течение 2 недель – и потребовало назначения цефтриаксона, менее эффективного, но более безопасного для этого пациента препарата. Ранее мы наблюдали пациентов с поздними формами

нейросифилиса, у которых терапия цефтриаксоном не приводила к излечению, и только последующая инфузионная терапия пенициллином давала положительный результат. В этой связи подчеркнем необходимость последующего ликворологического контроля за такими больными. ☞

## Литература

1. Елисеев ЮВ. Нейросифилис у лиц пожилого возраста. Клиническая геронтология. 2012;18(11–12):66–70.
2. Елисеев ЮВ, Котов СВ, Котов АС. Спинная сухотка. Клиническая геронтология. 2014;20(7–8):32–4.
3. Arnold M, Halpern M, Meier N, Fischer U, Haefeli T, Kappeler L, Brekenfeld C, Mattle HP, Nedeltchev K. Age-dependent differences in demographics, risk factors, co-morbidity, etiology, management, and clinical outcome of acute ischemic stroke. *J Neurol.* 2008;255(10):1503–7.
4. Otero Palleiro MM, Barbagelata López C. Etiologic subtypes of ischemic stroke in young

- adults aged 18 to 45 years: a study of a series of 93 patients. *Rev Clin Esp.* 2007;207(4):158–65.
5. Rasura M, Spalloni A, Ferrari M, De Castro S, Patella R, Lisi F, Beccia M. A case series of young stroke in Rome. *Eur J Neurol.* 2006;13(2):146–52.
6. Добрынина ЛА, Калашникова ЛА, Павлова ЛН. Ишемический инсульт в молодом возрасте. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011;111(3):4–8.
7. Cerrato P, Grasso M, Imperiale D, Priano L, Baima C, Giraud M, Rizzuto A, Azzaro C, Lentini A, Bergamasco B. Stroke in young patients: etiopathogenesis and risk factors

- in different age classes. *Cerebrovasc Dis.* 2004;18(2):154–9.
8. Новиков ЮА, Новгородова ТИ, Кидалов МБ, Чермошенцев АА, Филиппов СО, Орлова ЛИ. Особенности иммунного реагирования при нейросифилисе. Вестник дерматологии и венерологии. 2012;(6):43–7.
9. Putaala J, Metso AJ, Metso TM, Konkola N, Kraemer Y, Haapaniemi E, Kaste M, Tatlisumak T. Analysis of 1008 consecutive patients aged 15 to 49 with first-ever ischemic stroke: the Helsinki young stroke registry. *Stroke.* 2009;40(4):1195–203.

## References

1. Eliseev YuV. Neurosyphilis in elderly. *Klinicheskaya gerontologiya.* 2012;18(11–12):66–70 (in Russian).
2. Eliseev YuV, Kotov SV, Kotov AS. Spinnaya sukhotka [Syphilitic myelopathy]. *Klinicheskaya gerontologiya.* 2014;20(7–8):32–4 (in Russian).
3. Arnold M, Halpern M, Meier N, Fischer U, Haefeli T, Kappeler L, Brekenfeld C, Mattle HP, Nedeltchev K. Age-dependent differences in demographics, risk factors, co-morbidity, etiology, management, and clinical outcome of acute ischemic stroke. *J Neurol.* 2008;255(10):1503–7.
4. Otero Palleiro MM, Barbagelata López C. Etiologic subtypes of ischemic stroke in young

- adults aged 18 to 45 years: a study of a series of 93 patients. *Rev Clin Esp.* 2007;207(4):158–65.
5. Rasura M, Spalloni A, Ferrari M, De Castro S, Patella R, Lisi F, Beccia M. A case series of young stroke in Rome. *Eur J Neurol.* 2006;13(2):146–52.
6. Dobrynnina LA, Kalashnikova LA, Pavlova LN. Ishemicheskiy insul't v molodom vozraste [Ischemic stroke in young age]. *Zhurnal neurologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova.* 2011;111(3):4–8 (in Russian).
7. Cerrato P, Grasso M, Imperiale D, Priano L, Baima C, Giraud M, Rizzuto A, Azzaro C, Lentini A, Bergamasco B. Stroke in young patients: etiopathogenesis and risk factors in different age classes. *Cerebrovasc Dis.* 2004;18(2):154–9.
8. Novikov YuA, Novgorodova TI, Kidalov MB, Chermoshentsev AA, Filippov SO, Orlova LI. Osobennosti immunnogo reagirovaniya pri neyrosifilise [Particular features of the immune response in case of neurosyphilis]. *Vestnik dermatologii i venerologii.* 2012;(6):43–7 (in Russian).
9. Putaala J, Metso AJ, Metso TM, Konkola N, Kraemer Y, Haapaniemi E, Kaste M, Tatlisumak T. Analysis of 1008 consecutive patients aged 15 to 49 with first-ever ischemic stroke: the Helsinki young stroke registry. *Stroke.* 2009;40(4):1195–203.

# An ischemic stroke caused by meningovascular syphilis

Eliseev Yu.V.

Fourteen percent of all ischemic strokes occur in young patients (< 45 years). One of the causes of ischemic stroke in young patients is the isolated cerebral arteritis related to a neuroinfection. The author describes a clinical case of ischemic stroke in a young patient with neurosyphilis. Diagnosis of syphilis was confirmed by laboratory

investigations; liquor tests and clinical data allowed to put a diagnosis of meningovascular syphilis. Timely diagnostics and treatment of syphilitic infection are helpful in avoiding progression of neurosyphilis, including its parenchymal forms.

**Key words:** stroke, neurosyphilis, clinical case.

**Eliseev Yuriy Vyacheslavovich** – Junior Research Fellow, Department of Neurology<sup>1</sup>  
 ✉ 61/2–10 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation. Tel.: +7 (495) 684 57 38.  
 E-mail: dreliseevru@gmail.com

<sup>1</sup> Moscow Regional Research and Clinical Institute (MONIKI); 61/2 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation