

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

DOI: 10.23934/2223-9022-2018-7-3-260-264

Добропачественный рецидивирующий лимфоцитарный менингит Молларе: описание клинического случая

О.Н. Жадан*, Л.В. Шагал, М.А. Барабанова, Л.В. Тимченко, О.В. Стоянова, Т.А. Петропавловская, Я.Е. Касяненко, А.Н. Торгашова, В.А. Порханов

Неврологическое отделение

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 имени профессора С.В. Очаповского»

Министерства здравоохранения Краснодарского края

Российская Федерация, 350086 Краснодар, ул. 1 Мая, д. 167

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии с курсом нервных болезней и нейрохирургии ФПК и ППС

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской

Федерации

Российская Федерация, 350063 Краснодар, ул. Митрофана Седина, д. 4

* Контактная информация: Жадан Ольга Николаевна, врач высшей категории, заведующая отделением нейрореабилитации ГБУЗ «НИИ – Краевая клиническая больница №1 имени профессора С.В. Очаповского». E-mail: olga_krr2@mail.ru

РЕЗЮМЕ

В статье приводится описание клинического случая развития у пациента четырех рецидивирующих эпизодов головной боли, тошноты и очаговой неврологической симптоматики (гемипарез, сенсомоторная афазия, адверсивные эпилептические припадки) с быстрым наступлением ремиссии. Клиническая картина заболевания сочеталась с лимфоцитарным плеоцитозом и клеточно-белковой диссоциацией в liquorе, что позволило диагностировать доброкачественный рецидивирующий лимфоцитарный менингит Молларе и провести патогенетическую терапию. Целью данной работы является улучшение диагностики доброкачественного рецидивирующего лимфоцитарного менингита Молларе, редко встречающегося неврологического заболевания.

Ключевые слова:

рецидивирующий менингит, доброкачественный рецидивирующий лимфоцитарный менингит, менингит Молларе

Ссылка для цитирования

Жадан О.Н., Шагал Л.В., Барабанова М.А. и др. Добропачественный рецидивирующий лимфоцитарный менингит Молларе: описание клинического случая. Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. 2018; 7(3): 260–264. DOI: 10.23934/2223-9022-2018-7-3-260-264

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Благодарности

Исследование не имеет спонсорской поддержки

АД — артериальное давление
ДНК — дезоксирибонуклеиновая кислота
КТ — компьютерная томография
НПВС — нестероидные противовоспалительные средства
ПЦР — полимеразная цепная реакция
СМЖ — спинномозговая жидкость
СМП — скорая медицинская помощь
ТВС — туберкулез

ТИА — транзиторная ишемическая атака
ЧДД — частота дыхательных движений
ЧСС — частота сердечных сокращений
ЭЭГ — электроэнцефалография
СМВ — цитомегаловирус
EBV — вирус Эпштейна-Барр
IgG — иммуноглобулин G
HSV — вирус простого герпеса

ВВЕДЕНИЕ

Рецидивирующий менингит характеризуется повторяющимися эпизодами острого воспаления мозговых оболочек, за которыми следуют периоды полного отсутствия симптомов и патологических изменений liquorа. Причинами рецидивирующего менингита могут быть синуситы, мастионит, посттравматический бактериальный менингит, менингит Молларе, системная красная волчанка и опухоли, такие как эпидермоидная киста и краинифарингиома [16].

Рецидивирующий доброкачественный лимфоцитарный менингит неясной этиологии впервые был описан французским неврологом *P. Mollaret* в 1944 г. [1]. Поэтому эпоним «менингит Молларе» стали использовать для обозначения синдрома, который также известен как доброкачественный рецидивирующий асептический менингит, доброкачественный рецидиви-

рующий эндотелиально-лейкоцитарный менингит, доброкачественный рецидивирующий менингит. Это заболевание встречается преимущественно у лиц молодого возраста, хотя описаны клинические случаи у пациентов от 5 до 57 лет [2].

В клинической картине наблюдаются ремиттирующие приступы, проявляющиеся головной болью, менингеальным синдромом, миалгией, иногда тошнотой и рвотой. Продолжительность приступа кратковременна и составляет от 1 до 3 сут. При обследовании выявляются ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского. Описаны и преходящие неврологические расстройства в форме эпилептических припадков, диплопии, дизартрии, нарушения равновесия, поражения лицевого нерва, анизокории, стопных пирамидных знаков и нарушения сознания.

Лихорадка обычно умеренная, но может достигать высоких цифр (до 40°C) [3]. Примерно в 30% случаев рецидиву менингита предшествуют неспецифические симптомы в форме парестезии, нейропатической боли и артраплегии [8, 9]. Если данные симптомы полностью не регрессируют, добротаственный рецидивирующий лимфоцитарный менингит исключается [17]. Заболевание обычно самостоятельно разрешается в течение 3–5 лет, но имеются сообщения о более длительном течении [4].

В настоящее время наиболее вероятной причиной развития менингита Молларе считается *HSV-2 (Herpes Simplex Virus-2)* — примерно 84% случаев. Намного реже в качестве этиологического фактора предполагают *HSV-1 (Herpes Simplex Virus-1)*, *HSV-6 (Herpes Simplex Virus-6)* и токсоплазму [4, 5]. Патогенез связывают с реактивацией латентной герпетической инфекции в сенсорных ганглиях и ретроградным распространением вирусов с током ликвора. *HSV-1* обычно персистирует в ганглии тройничного нерва, *HSV-2* чаще обнаруживается в крестцовых спинальных узлах. Реактивация *HSV-1* клинически проявляется орофациальным герпесом, реже — стоматитом, кератоконъюнктивитом и генитальным герпесом. Реактивация *HSV-2* проявляется рецидивирующим генитальным герпесом [6, 13]. Но наиболее часто реактивация герпетической инфекции происходит бессимптомно с выделением и распространением вирусов. Это может быть причиной рецидивирующего лимфоцитарного менингита [12].

Исторически одним из диагностических критериев менингита Молларе считается отсутствие возбудителя в спинномозговой жидкости (СМЖ) [7]. Однако с появлением современных методов диагностики, таких как полимеразная цепная реакция (ПЦР), стало возможным идентифицировать вирусы герпеса в ликворе у пациентов с данным заболеванием [18]. Также в первые сутки от начала приступа в ликворе с помощью окраски мазка по Папаниколау могут определяться большие клетки моноцитарно-макрофагального происхождения (эндотелиальные клетки Молларе). Позднее появляются лимфоцитарный плеоцитоз, умеренное повышение уровня белка. Характерно нормальное содержание глюкозы в ликворе. Подобные изменения СМЖ неспецифичны и могут наблюдаться при других вирусных менингитах, например, при лихорадке Западного Нила [14, 15].

Менингит Молларе дифференцируют с рецидивирующими бактериальным, вирусным и грибковым менингитом, саркоидозом, эхинококковой (гидатидной) кистой, внутричерепными опухолями, болезнью Бехчета и синдромом Фогта-Коянаги-Харада. Последние два заболевания, помимо прочих признаков, характеризуются выраженным поражением кожи и глаз.

Полное выздоровление больных менингитом Молларе наступает обычно без специфического лечения. Обострение купируется назначением колхицина, глюкокортикоидов или нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС) [3]. Однако из-за низкой распространенности заболевания не проводились рандомизированные клинические исследования для оценки эффективности данных препаратов в терапии менингита Молларе. Выявление ДНК-содержащих вирусов герпеса в ликворе или иммуноглобулина *M* (IgM) в крови позволяет назначить противовирусную терапию ацикловиром [10].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Приводим собственное клиническое наблюдение рецидивирующего серозного менингита, причиной которого, вероятно, является приобретенная хроническая герпетическая инфекция.

Пациент Н., 28 лет, 20.03.2016 прилетел из Магадана, где работал вахтовым методом. Внезапно появилась выраженная головная боль распирающего характера, которую больной связал с акклиматизацией. Принимал ненаркотические анальгетики, на фоне которых наступило незначительное улучшение. 24.03.2016 пациент вновь почувствовал усиление головной боли распирающего характера, онемение и слабость в левых конечностях, тошноту. В дальнейшем наблюдался полный регресс очаговой неврологической симптоматики в течение 2 ч, но головная боль сохранялась, повышение температуры тела не отмечал. За медицинской помощью не обращался. 01.04.2016 повторился подобный эпизод выраженной головной боли, онемения и слабости в левых конечностях с полным регрессом очаговой неврологической симптоматики в течение 1 ч. Бригадой СМП пациент был доставлен в приемное отделение ГБУЗ НИИ-ККБ № 1 им. профессора С.В. Очаповского. На момент осмотра врачом-неврологом в приемном отделении зафиксированы жалобы на тошноту, головную боль, общую слабость.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Положение активное. Нормостенического телосложения. Периферических отеков нет. Температура тела 37,1–37,4°C. Дыхание везикулярное, ЧДД 17 в мин. Хрипов нет. Гемодинамика стабильная, АД 126/87 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 70 уд./мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Мочеиспускание свободное.

Неврологический статус: сознание ясное. Вербальному контакту доступен в полном объеме. Речь не нарушена. Менингеальных знаков нет. Зрачки D=S, фотопреакции зрачков сохранены. Нистагма нет. Лицо симметрично. Глотание сохранено (согласно тесту на глотание). Язык по средней линии. Активные движения в конечностях сохранены. Мышечный тонус в норме. Сила в конечностях соответствует 5 баллам во всех группах мышц. Глубокие рефлексы D=S, живые. Пирамидных знаков нет. Нарушений чувствительности, координаторных и тазовых расстройств не выявлено.

Выполнена КТ головного мозга, по данным которой объемных или очаговых интракраниальных процессов не выявлено. В общеклинических анализах крови значимых отклонений не выявлено.

Пациент госпитализирован в блок интенсивной терапии и реанимации неврологического отделения для динамического наблюдения с диагнозом: транзиторная ишемическая атака в правом каротидном бассейне. Назначена нейропротекторная, инфузионная и антиагрегантная терапия.

03.04.2016 в 23 ч состояние средней степени тяжести с отрицательной динамикой в виде развития сенсомоторной афазии, правостороннего центрального фациоброкаудального пареза. Состояние расценено как повторное острое нарушение мозгового кровообращения в левом каротидном бассейне. По экстренным показаниям выполнена компьютерная томография головного мозга: объемного, очагового процессов не выявлено; выполнена церебральная ангиография: данных за артериовенозную мальформацию, артериальные аневризмы не получено, гемодинамически значимых препятствий кровотоку не выявлено, венозный отток не нарушен. Через 3 ч состояние с ухудшением в

виде развития выраженного психомоторного возбуждения. Отмечались аверсивные фокальные эпилептические припадки с вторичной генерализацией. Пациент был переведен в реанимационное отделение, ввиду адекватного самостоятельного дыхания искусственная вентиляция легких не проводилась.

04.04.2016 были выполнены:

- общеклинический, биохимический анализ крови, коагулограмма: отклонений от нормы не выявлено;
- магнитно-резонансная томография головного мозга, магнитно-резонансная ангиография вен головного мозга: данных за очаги ишемии, тромбоза венозных синусов мозга не выявлено;
- электроэнцефалография (ЭЭГ): зафиксированы грубые изменения корковой ритмики дисрегуляторного характера с признаками заинтересованности срединных структур и выраженным фокусом эпилептической активности в правой лобно-височно-центральной области;
- диагностическая люмбальная пункция, исследование СМЖ: ликвор бесцветный, прозрачный, цитоз 256/3 (лимфоциты 99%, нейтрофилы 1%, эритроциты 5–6–10 в поле зрения, измененные). Белок 0,49 г/л, глюкоза 4,91 ммоль/л, хлориды 124 ммоль/л, калий 2,6 ммоль/л, натрий 143 ммоль/л, сетка фибрина не обнаружена.
- исследование СМЖ методом ПЦР: *Mycoplasma hominis*, *HSV (Herpes Simplex Virus)* 1, 2, 6-го типов, *CMV (Citomegalovirus)*, *EBV (Epstein-Barr virus)*, *Enterovirus*, *Candida albicans*, *Mycobactérium tuberculosis*, *Toxoplasma gondii*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, *Borrelia* – не обнаружены.
- иммуноферментный анализ крови: выявлены IgG к NA *EBV* 23,69 инд. поз. (N 0–1), IgG к *CMV* 13,97 инд. поз. (N 0–1), IgG к *Herpes simplex* 24, 16 инд. поз. (N 0–1), IgG *Ch. Pneumoniae* слабоположительный, титр 1/10, IgG *Borrelia* не обнаружены.

Был поставлен предварительный диагноз: «Серозный менингит неясной этиологии. Симптоматическая эпилепсия с фокальными аверсивными приступами с вторичной генерализацией».

Пациенту проводили противоэпилептическую терапию (депакин-хроно 1500 мг/сут), противовоспалительную гормональную терапию (дексаметазон 16 мг/сут). На фоне лечения с 05.04 по 11.04.2016 отмечалась положительная динамика, очаговой неврологической симптоматики и эпилептических припадков не было. Периодически больной был эйфоричен, предъявляя жалобы на головную боль. 07.04.2016 пациент ввиду стабильного состояния был переведен в палату. 11.04.2016 в динамике проведена люмбальная пункция. В общем анализе СМЖ: ликвор бесцветный, прозрачный, цитоз 443/3 (лимфоциты 94%, нейтрофилы 5%, моноциты 1%), белок 1,020 г/л, глюкоза 3,79 ммоль/л.

14.04.2016 пациент повторно отмечал появление онемения в левой ноге с переходом на левую руку, левую половину лица, затем на правую ногу с полным регрессом симптоматики в течение 20 мин. Общий анализ СМЖ в динамике от 15.04.2016: нарастание цитоза до 592/3 (86% лимфоциты).

Решением консилиума был поставлен заключительный клинический диагноз: «Добропачественный рецидивирующий лимфоцитарный менингит Молларе». Пациенту была продолжена противосудорожная (депакин-хроно 1500 мг/сут) и противовоспалительная терапия (дексаметазон 16 мг/сут, индометацин 150 мг/сут).

В течение следующей недели состояние стабилизировалось, пациент жалоб не предъявлял, самостоятельно

активно передвигался в пределах отделения. В неврологическом статусе: общемозговой, очаговой симптоматики не выявлено. ЭЭГ от 18.04.2016: на фоне умеренной дезорганизации корковой ритмики имеется фокус пароксизимальной активности в лобно-центрально-височной областях справа. Типичной эпилептической активности на момент исследования не выявлено. Общий анализ СМЖ от 20.04.2016: бесцветный, прозрачный, цитоз 106/3 (лимфоциты 89%), белок 0,34 г/л, глюкоза 4,21 ммоль/л. Пациент был выписан в удовлетворительном состоянии на 21-е сут пребывания в стационаре. Рекомендовано наблюдение невролога по месту жительства.

ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящее время менингит Молларе остается недостаточно изученным и редко встречающимся заболеванием, потому чаще всего является диагнозом исключения. Низкая осведомленность клиницистов в отношении данного заболевания приводит к назначению неоправданной терапии.

Золотым стандартом диагностики является исследование ликвора с помощью ПЦР, которое с 95% чувствительностью и 100% специфичностью может подтвердить наличие генетического материала вирусов герпеса [9]. *Herpes Simplex Virus*-2 является наиболее часто идентифицируемым этиологическим агентом доброкачественного рецидивирующего лимфоцитарного менингита [6]. При отрицательном результате ПЦР в клинической диагностике предложены критерии *Bruyn et al.* (табл.) [11].

Таблица

Диагностические критерии менингита Молларе

Table

Diagnostic criteria for Mollare meningitis

1. Рецидивирующие эпизоды сильной головной боли, менингизма, лихорадки
2. Прекращающие очаговые неврологические симптомы (у 50% пациентов)
3. Спонтанная ремиссия симптомов
4. Бессимптомные периоды длительностью от нескольких недель до нескольких месяцев
5. Лимфоцитарный плеоцитоз в ликворе
6. Возбудитель в ликворе не идентифицируется

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В приведенном клиническом случае у пациента зафиксированы 4 рецидивирующих эпизода головной боли, тошноты и очаговой неврологической симптоматики (гемипарез, сенсомоторная афазия, аверсивные эпилептические припадки, парестезии) с быстрым наступлением ремиссии. Несмотря на то, что менингеальные знаки отсутствовали все время наблюдения, лимфоцитарный плеоцитоз и клеточно-белковая диссоциация ликвора позволили диагностировать доброкачественный рецидивирующий лимфоцитарный менингит Молларе. В данном клиническом случае исследование спинномозговой жидкости методом полимеразной цепной реакции на наличие ДНК-содержащих вирусов герпеса оказалось отрицательным. Выявленные в крови с помощью иммуноферментного анализа антитела класса IgG к вирусу простого герпеса, цитомегаловирусу и вирусу Эпштейна-Барр позволяют лишь косвенно судить о наличии латентной герпетической микс-инфекции у пациента.

ВЫВОД

Редкая встречаемость доброкачественного рецидивирующего лимфоцитарного менингита Молларе, недостаточная осведомленность врачей затрудняют диагностику и приводят к позднему началу лече-

ния. Необходимо рутинное применение современных методов молекулярно-генетической диагностики, разработка клинических рекомендаций по диагностике и лечению данного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Mollaret P. Benign multi-recurrent endothelio- leukocytic meningitis. *Rev. Neurol. (Paris)*. 1977; 133(4): 225–244. PMID: 929028.
2. Kupila L., Vainionpaa R., Vuorinen T., Marttia R.J., Kotilainen P. Recurrent lymphocytic meningitis: the role of herpes viruses. *Arch Neurol*. 2004; 61(10): 1553–1557. PMID: 15477509.
3. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р. (ред.). Болезни нервной системы: руководство для врачей: в 2-х т. 2-е изд., перераб и доп. М.: Медицина, 2001. Т. 1. 326 с.
4. Pearce J.M. Mollaret's meningitis. *Eur Neurol*. 2008; 60(6): 316–317. PMID: 18832846. DOI: 10.1159/000159930.
5. Prandota J. Mollaret meningitis may be caused by reactivation of latent cerebral toxoplasmosis. *Int. J. Neurosci.* 2009; 119 (10): 1655–1692. PMID: 19922580.
6. Tedder D.G., Ashley R., Tyler K.L., Levin M.J. Herpes simplex virus infection as a cause of benign recurrent lymphocytic meningitis. *Ann Intern Med*. 1994; 121(1): 334–338. PMID: 8042822.
7. Bruyn G.W., Straathof L.J., Raymakers G.M. Mollaret's meningitis. Differential diagnosis and diagnostic pitfalls. *Neurology*. 1962; 12: 745–753. PMID: 14016408.
8. Kallio-Laine K., Seppänen M., Kautiainen H., et al. Recurrent lymphocytic meningitis positive for herpes simplex virus type 2. *Emerg Infect Dis*. 2009; 15(7): 1119–1122. PMID: 19624935. DOI: 10.3201/eid1507.080716.
9. Thomson R.B. Jr, Bertram H. Laboratory diagnosis of central nervous system infection. *Infect Dis Clin North Am*. 2001; 15(4): 1047–1071. PMID: 11780267.
10. Abu Khattab M., Al Soub H., Al Maslamani M., et al. Herpes simplex virus type 2 (Mollaret's) meningitis: a case report. *J Infect Dis*. 2009; 13(6): e476–e479. PMID: 19329344. DOI: 10.1016/j.inid.2009.01.003.
11. Bruyn G., Straathof J., Raymakers G. Mollaret's meningitis: differential diagnosis and diagnostic pitfalls. *Neurology*. 1962; 12: 745–753. PMID: 14016408.
12. Venot C., Beby A., Bourgoin A., et al. Genital recurrent infection occurring 6 months after meningitis due to the same herpes simplex virus type 2 (HSV-2) strain evidence by restriction endonuclease analysis. *J Infect*. 1998; 36(2): 233–235. PMID: 9570665.
13. Mirakhur B., McKenna M. Recurrent herpes simplex type 2 virus (Mollaret) meningitis. *J Am Board Fam Pract*. 2004; 17(4): 303–305. PMID: 15243021.
14. Tyler K.L. Herpes simplex virus infections of the central nervous system: encephalitis and meningitis, including Mollaret's. *Herpes*. 2004; 11(Suppl 2): 57A–64. PMID: 15319091.
15. Procop G.W., Yen-Lieberman B., Prayson R.A., Gordon S.M. Mollaret-like cells in patients with West Nile virus infection. *Emerg Infect Dis*. 2004; 10(4): 753–754. PMID: 15211999. DOI: 10.3201/eid1004.030783.
16. Hermans P.E., Goldstein N.P., Wellman W.E. Mollaret's meningitis and differential diagnosis of recurrent meningitis. *Am J Med*. 1972; 52(1): 128–140. PMID: 4111896.
17. Shalabi M., Whitley R.J. Recurrent Benign Lymphocytic Meningitis. *Clin Infect Dis*. 2006; 43(9): 1194–1197. PMID: 17029141.
18. Jackson A. Acute viral infections. *Curr Opin Neurol*. 1995; 8(3): 170–174. PMID: 7551114.

REFERENCES

1. Mollaret P. Benign multi-recurrent endothelioleukocytic meningitis. *Rev Neurol (Paris)*. 1977; 133(4): 225–244. PMID: 929028.
2. Kupila L., Vainionpaa R., Vuorinen T., et al. Recurrent lymphocytic meningitis: the role of herpes viruses. *Arch Neurol*. 2004; 61(10): 1553–1557. PMID: 15477509.
3. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р., eds. *Diseases of the nervous system*. 2nd ed., rev. and sup. Moscow: Meditsina Publ., 2001. Vol.1. 326 p. (In Russian).
4. Pearce J.M. Mollaret's meningitis. *Eur Neurol*. 2008; 60(6): 316–317. PMID: 18832846. DOI: 10.1159/000159930.
5. Prandota J. Mollaret meningitis may be caused by reactivation of latent cerebral toxoplasmosis. *Int J Neurosci*. 2009; 119(10): 1655–1692. PMID: 19922580.
6. Tedder D.G., Ashley R., Tyler K.L., Levin M.J. Herpes simplex virus infection as a cause of benign recurrent lymphocytic meningitis. *Ann Intern Med*. 1994; 121(1): 334–338. PMID: 8042822.
7. Bruyn G.W., Straathof L.J., Raymakers G.M. Mollaret's meningitis. Differential diagnosis and diagnostic pitfalls. *Neurology*. 1962; 12: 745–753. PMID: 14016408.
8. Kallio-Laine K., Seppänen M., Kautiainen H., et al. Recurrent lymphocytic meningitis positive for herpes simplex virus type 2. *Emerg Infect Dis*. 2009; 15(7): 1119–1122. PMID: 19624935. DOI: 10.3201/eid1507.080716.
9. Thomson R.B. Jr, Bertram H. Laboratory diagnosis of central nervous system infection. *Infect Dis Clin North Am*. 2001; 15(4): 1047–1071. PMID: 11780267.
10. Abu Khattab M., Al Soub H., Al Maslamani M., et al. Herpes simplex virus type 2 (Mollaret's) meningitis: a case report. *J Infect Dis*. 2009; 13(6): e476–e479. PMID: 19329344. DOI: 10.1016/j.inid.2009.01.003.
11. Bruyn G., Straathof J., Raymakers G. Mollaret's meningitis: differential diagnosis and diagnostic pitfalls. *Neurology*. 1962; 12: 745–753. PMID: 14016408.
12. Venot C., Beby A., Bourgoin A., et al. Genital recurrent infection occurring 6 months after meningitis due to the same herpes simplex virus type 2 (HSV-2) strain evidence by restriction endonuclease analysis. *J Infect*. 1998; 36(2): 233–235. PMID: 9570665.
13. Mirakhur B., McKenna M. Recurrent herpes simplex type 2 virus (Mollaret) meningitis. *J Am Board Fam Pract*. 2004; 17(4): 303–305. PMID: 15243021.
14. Tyler K.L. Herpes simplex virus infections of the central nervous system: encephalitis and meningitis, including Mollaret's. *Herpes*. 2004; 11(Suppl 2): 57A–64. PMID: 15319091.
15. Procop G.W., Yen-Lieberman B., Prayson R.A., Gordon S.M. Mollaret-like cells in patients with West Nile virus infection. *Emerg Infect Dis*. 2004; 10(4): 753–754. PMID: 15211999. DOI: 10.3201/eid1004.030783.
16. Hermans P.E., Goldstein N.P., Wellman W.E. Mollaret's meningitis and differential diagnosis of recurrent meningitis. *Am J Med*. 1972; 52(1): 128–140. PMID: 4111896.
17. Shalabi M., Whitley R.J. Recurrent Benign Lymphocytic Meningitis. *Clin Infect Dis*. 2006; 43(9): 1194–1197. PMID: 17029141.
18. Jackson A. Acute viral infections. *Curr Opin Neurol*. 1995; 8(3): 170–174. PMID: 7551114.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Жадан Ольга Николаевна

врач высшей категории, заведующая отделением нейрореабилитации ГБУЗ «НИИ-ККБ №1 имени профессора С.В. Очаповского», ORCID: 0000-0002-6984-5744.

Шагал Леонид Викторович

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры нервных болезней и нейрохирургии с курсом нервных болезней и нейрохирургии ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ МЗ РФ, врач высшей категории, ORCID: 0000-0003-4431-5138.

Барабанова Марианна Анатольевна

доктор медицинских наук, профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии с курсом нервных болезней и нейрохирургии ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ МЗ РФ, врач высшей категории, заведующая неврологическим отделением ГБУЗ «НИИ-ККБ №1», ORCID: 0000-0001-9655-5761.

Тимченко Людмила Викторовна

врач высшей категории, заведующая неврологическим отделением ГБУЗ «НИИ-ККБ №1 имени профессора С.В. Очаповского», ORCID: 0000-0001-6341-0101.

Стоянова Ольга Викторовна кандидат медицинских наук, доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии с курсом нервных болезней и нейрохирургии ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ МЗ РФ, врач высшей категории. ORCID: 0000-0003-4387-4392.

Петропавловская Татьяна Александровна кандидат медицинских наук, доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии с курсом нервных болезней и нейрохирургии ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ МЗ РФ, врач высшей категории, ORCID: 0000-0002-3654-2499.

Касяненко Яна Евгеньевна клинический ординатор-неонатолог кафедры детских болезней ФГБУ НМИЦ им. В.А. Алмазова, ORCID: 0000-0003-0661-3820.

Торгашова Анастасия Николаевна врач первой категории, врач-невролог неврологического отделения ГБУЗ «НИИ-ККБ №1 имени профессора С.В. Очаповского», ORCID: 0000-0002-7906-8803.

Порханов Владимир Алексеевич доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, главный торакальный хирург Краснодарского края, заведующий кафедрой онкологии с курсом торакальной хирургии ГБОУ КубГМУ.

Received on 19.01.2017

Поступила в редакцию 19.01.2017

Accepted on 12.06.2018

Принята к печати 12.06.2018

Benign Recurrent Lymphocytic Meningitis (Mollaret Meningitis): a Case Report

O.N. Zhadan*, L.V. Shagal, M.A. Barabanova, L.V. Timchenko, O.V. Stoyanova, T.A. Petropavlovskaya, Y.Y. Kasyanenko, A.N. Torgashova, V.A. Porthanov

Department of Neurorehabilitation

Research Institute – Regional Clinical Hospital No. 1 n.a. Prof. S.V. Ochapovsky of the Ministry of Health of the Krasnodar Territory

167 1 Maya St., Krasnodar 350086, Russian Federation

Kuban State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

4 Mitrofana Sedina St., Krasnodar 350063, Russian Federation

* Contacts: Olga N. Zhadan, Head of the Department of Neurorehabilitation Research Institute – Regional Clinical Hospital No. 1 n.a. Prof. S.V. Ochapovsky of the Ministry of Health of the Krasnodar Territory. E-mail: olga_krr2@mail.ru

ABSTRACT The article reports a clinical case of a patient with four recurring episodes of headache, nausea and focal neurological symptoms (hemiparesis, sensorimotor aphasia, adverse epileptic seizures) with a rapid onset of remission. The clinical picture of the disease was supplemented with lymphocytic pleocytosis and cell-protein dissociation in the cerebrospinal fluid, which allowed to diagnose benign recurrent lymphocytic meningitis (Mollaret meningitis) and to conduct pathogenetic therapy.

The aim of this work is to improve the diagnosis of rare Mollaret meningitis.

Keywords: recurrent meningitis; recurrent benign lymphocytic meningitis; Mollaret meningitis

For citation Zhadan O.N., Shagal L.V., Barabanova M.A., et al. Benign recurrent lymphocytic meningitis (mollaret meningitis): a case report. *Russian Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care.* 2018; 7(3): 260–264. DOI: 10.23934/2223-9022-2018-7-3-260-264 (In Russian)

Conflict of interest Authors declare lack of the conflicts of interests

Acknowledgments The study had no sponsorship

Affiliations

Zhadan Olga Nikolayevna, Physician of the Superior Expert Category, Head of the Department of Neurorehabilitation, Research Institute – Regional Clinical Hospital no. 1, ORCID: 0000-0002-6984-5744.

Shagal Leonid Viktorovich, Cand. Med. Sci., Assistant of the Department of Neurological Diseases and Neurosurgery with the Course of Neurological Diseases and Neurosurgery of the Faculty of Continuing Education and Professional Retraining, Kuban State Medical University, Physician of the Superior Expert Category, ORCID: 0000-0003-4431-5138.

Barabanova Marianna Anatolyevna, Dr. Med. Sci., Professor of the Department of Neurological Diseases and Neurosurgery with the Course of Neurological Diseases and Neurosurgery of the Faculty of Continuing Education and Professional Retraining, Kuban State Medical University, Physician of the Superior Expert Category Head of the Department of Neurorehabilitation, Research Institute – Regional Clinical Hospital no. 1, ORCID: 0000-0001-9655-5761.

Timchenko Lyudmila Viktorovna, Physician of the Superior Expert Category, Head of the Department of Neurorehabilitation, Research Institute – Regional Clinical Hospital no. 1, ORCID: 0000-0001-6341-0101.

Stoyanova Olga Viktorovna, Cand. Med. Sci., Associate Professor of the Department of Neurological Diseases and Neurosurgery with the Course of Neurological Diseases and Neurosurgery of the Faculty of Continuing Education and Professional Retraining, Kuban State Medical University, Physician of the Superior Expert Category, Krasnodar, ORCID: 0000-0003-4387-4392.

Petropavlovskaya Tatyana Aleksandrovna, Cand. Med. Sci., Associate Professor of the Department of Neurological Diseases and Neurosurgery with the Course of Neurological Diseases and Neurosurgery of the Faculty of Continuing Education and Professional Retraining, Kuban State Medical University, Physician of the Superior Expert Category, ORCID: 0000-0002-3654-2499.

Kasyanenko Yana Yevgenyevna, Clinical Resident Neonatologist of the Children's Diseases Department, V.A. Almazov National Medical Research Center, ORCID: 0000-0003-0661-3820.

Torgashova Anastasia Nikolayevna, Physician of the Superior Expert Category, Neurologist of the Department of Neurology, Research Institute – Regional Clinical Hospital no. 1, ORCID: 0000-0002-7906-8803.

Porthanov Vladimir Alekseyevich, Dr. Med. Sci., Professor, Academician (Full Member) of the Russian Academy of Sciences, Chief Thoracic Surgeon of the Krasnodar Territory, Head of the Department of Oncology with the Course of Thoracic Surgery of the Kuban State Medical University.