

УДК: 616.9-002.1-053.2

<https://doi.org/10.33619/2414-2948/128/15>

ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ВЕДЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ КОККЕЙНА: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

©**Баялиева М. М.**, SPIN-код: 5418-8897, канд. мед. наук, Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан, bayalieva_m@mail.ru

©**Радченко Е. А.**, канд. мед. наук, Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан, radeandom@mail.ru

©**Мирланова Ж. М.**, Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан, mirlanovazanat650@gmail.com

©**Медербек уулу М.**, Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан, mr.bruce00@mail.ru

CLINICAL MANAGEMENT OF ACUTE INTESTINAL INFECTION IN A PATIENT WITH COCKAYNE SYNDROME: A CASE REPORT

©**Bayalieva M.**, SPIN-code: 5418-8897, Ph.D., Kyrgyz State Medical Academy named after I. Akhunbaeva, Bishkek, Kyrgyzstan, bayalieva_m@mail.ru

©**Radchenko E.**, Ph.D., Kyrgyz State Medical Academy named after I. Akhunbaeva, Bishkek, Kyrgyzstan, radeandom@mail.ru

©**Mirlanova Zh.**, Kyrgyz State Medical Academy named after I. Akhunbaeva, Bishkek, Kyrgyzstan, mirlanovazanat650@gmail.com

©**Mederbek uulu M.**, Kyrgyz State Medical Academy named after I. Akhunbaeva, Bishkek, Kyrgyzstan, mr.bruce00@mail.ru

Аннотация. Синдром Коккейна (CS) - это редкое наследственное заболевание, которое передается по аутосомно-рецессивному типу, имеет высокую генетическую гетерогенность и разнообразие клинических проявлений. Основными характеристиками болезни являются нарушения в работе нейроэндокринной системы, проблемы с органами зрения и специфические изменения на коже. Целью настоящей работы было описание клинических особенностей тяжёлого течения острой кишечной инфекции у ребёнка с синдромом Коккейна. Ретроспективный анализ истории болезни девочки 12 лет с синдромом Коккейна, лечившейся в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) города Бишкек, с 19.04.2025 года по 30.04.2025 года с диагнозом Бактериальная кишечная инфекция. Описано собственное клиническое наблюдение тяжёлого случая острой кишечной инфекции у девочки 12 лет с подтвержденным синдромом Коккейна. Ребенок рожденный от первой беременности у матери с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом и инвалидностью 2 группы. Девочка с переносила энтероинвазивную инфекцию, вызванную *E. coli* O152 (ЭИЭ), энтероколитическую тяжелую форму на фоне полиорганной недостаточности, метаболических, электролитных нарушений, симптомов интоксикации. Представленный случай подчёркивает некоторые клинические особенности течения острой кишечной инфекции у детей с редкими наследственными заболеваниями и необходимость индивидуализированного подхода к лечению данной категории пациентов.

Abstract. Cockayne syndrome (CS) is a rare hereditary disorder characterized by autosomal recessive inheritance, high genetic heterogeneity, and diverse clinical manifestations. Key features include neuroendocrine dysfunction, visual impairment, and specific cutaneous changes. This study aims to describe the clinical characteristics of a severe course of acute intestinal infection in a child

with Cockayne syndrome. A retrospective analysis was conducted on the medical history of a 12-year-old girl with Cockayne syndrome. The patient was treated at the Republican Clinical Infectious Diseases Hospital in Bishkek from April 19, 2025, to April 30, 2025, with a diagnosis of bacterial intestinal infection. This paper presents a clinical observation of a severe case of acute intestinal infection in a 12-year-old girl with confirmed Cockayne syndrome. The child was born from a first pregnancy to a mother with a complicated obstetric history and a Group II disability. The patient presented with an enteroinvasive infection caused by *E. coli* O152 (EIEC), specifically a severe enterocolitic form complicated by multi-organ failure, metabolic and electrolyte imbalances, and symptoms of severe intoxication. The presented case highlights specific clinical features of acute intestinal infections in children with rare hereditary diseases and emphasizes the necessity of an individualized treatment approach for this patient category.

Ключевые слова: синдром Коккейна, «старческое» лицо, врожденная катаракта, кишечная инфекция, энтероинвазивный эшерихиоз.

Keywords: Cockayne syndrome, "progeric" appearance, congenital cataract, intestinal infection, enteroinvasive *Escherichia coli* (EIEC).

Острые кишечные инфекции (ОКИ) занимают одно из ведущих мест в структуре инфекционной патологии детского возраста и являются одной из наиболее частых причин госпитализации у детей [1].

Заболевания могут протекать в лёгкой, среднетяжёлой и тяжёлой формах в зависимости от возраста ребёнка, возбудителя, иммунного статуса и сопутствующей патологии [2].

У иммунокомпрометированных детей, включая пациентов с наследственными заболеваниями, сопровождающимися метаболическими нарушениями и иммунной недостаточностью, течение ОКИ нередко носит атипичный и затяжной характер [3, 4].

Синдром Коккейна (CS) — ультраредкое (1:2,5 млн) наследственное заболевание из группы прогероидных синдромов, обусловленное патогенными вариантами в генах репарации ДНК (ERCC8, ERCC6, XPB (ERCC3), XPD (ERCC2) и XPG (ERCC5)) и характеризующееся аномальной фоточувствительностью, врожденной катарактой, микроцефалией, нейросенсорной тугоухостью, патологией нервной системы, другими мультисистемными изменениями и хроническими проблемами с иммунной системой [16].

Впервые синдром был описан в 1936 году Е. Соскауне у двух sibсов с микроцефалией и умственной отсталостью как «карликовость с атрофией сетчатки и глухотой» [6, 7].

Развитие синдрома Коккейна связано с тремя типами мутаций: в гене ERCC8 (ген CSA, тип мутации А), в гене ERCC6 (ген CSB, тип мутации В), остальные типы мутации (тип С) генетически не детерминированы. Встречается в равной мере у лиц мужского и женского пола. [5, 8].

Дети с синдромом Коккейна имеют умеренную задержку психомоторного развития (ЗПМР), задержку в темпе роста и массы тела, а также речевого развития. У них формируются контрактуры больших суставов, нарушения моторики и многочисленные неврологические отклонения. В зависимости от тяжести течения клинические проявления могут быть выражены в разные возрастные периоды жизни ребенка. При легком течении проявления синдрома отмечаются в подростковом периоде, при тяжёлом уже на первом году жизни с формированием инвалидизации и нередко приводящих к смерти. В среднем такие дети живут от 5 до 16 лет. [6].

По литературным данным, одним из самых важных аспектов ведения детей с синдромом Коккейна является их повышенная склонность к инфекциям, особенно вирусным. Иммунная система таких пациентов может быть ослаблена, что делает их уязвимыми перед широким спектром инфекционных заболеваний, включая острые кишечные инфекции. У таких пациентов течение ОКИ может сопровождаться выраженной дегидратацией, нарушением электролитного баланса и склонностью к затяжному восстановительному периоду [9-12].

Цель исследования описать клинические особенности тяжёлого течения острой кишечной инфекции у ребёнка с синдромом Коккейна и подходы к диагностике, лечению и мониторингу состояния у пациента с редким наследственным заболеванием.

Ретроспективный анализ истории болезни девочки 12 лет с синдромом Коккейна, лечившейся в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) города Бишкек, с 19.04.2025 года по 30.04.2025 года с диагнозом Бактериальная кишечная инфекция.

Описание клинического случая. Результаты. В кишечное отделение РКИБ поступила девочка в возрасте 12 лет. Мать ребенка предъявляла жалобы на озноб, кашель, насморк, повышение температуры тела, снижение аппетита, тошноту, многократную рвоту, вялость, беспокойство, нарушение сна и частый жидкий стул. Ребенок болен с 16 апреля 2025 года, заболевание началось остро с появления озноба, вялости, редкого кашля, заложенности носа и снижения аппетита. В центр семейной медицины (ЦСМ) не обращались. 18 апреля, на фоне сохраняющихся катаральных проявлений возникли многократная рвота и частый жидкий стул. Состояние быстро ухудшилось, отмечалась выраженная вялость, повышение температуры тела до 39 °С, снижение диуреза. Мамой была вызвана скорая медицинская помощь и ребёнок госпитализирован в профильное отделение Республиканской клинической инфекционной больницы. Из анамнеза жизни известно, что у матери пациентки имелся осложненный акушерско-гинекологический анамнез, она имеет инвалидность 2 группы, у нее были проведены неоднократные операции на позвоночнике по поводу эхинококкоза. Первая беременность, наступившая в 2000 году, завершилась выкидышем. Информация о течении беременности и сроке гестации отсутствует. Мать не проходила необходимые обследования, из-за чего причина самопроизвольного аборта осталась невыясненной. Вторая беременность и роды, наступившие в 2012 году, закончились рождением девочки с весом — 3000 грамм, ростом — 56 см. Роды были самостоятельными в сроке 38 недель, девочка закричала сразу, к груди приложена в первые сутки, выписана из роддома на 3 день. Со слов матери эта беременность протекала на фоне частых ОРВИ. Профилактические прививки ребенок получал до 1 года по календарю, затем мама отказалась от вакцинации. Ребенок развивался до 3-х месяцев нормально, но в последующем начала отставать в весоростовых показателях. Отмечалась выраженная задержка психомоторного и речевого развития. По месту жительства девочка была направлена к неврологу для консультации. По результатам исследований, на основании клинической картины и генетического подтверждения мутации ERCC6 был установлен диагноз - синдром Коккейна. К 12 годам ребенок имел задержку роста и развития, выраженную мышечную гипотонию, хроническую нутритивную недостаточность, лёгкую тугоухость, фотодерматит и массу тела всего 18 кг. Девочка обездвижена за счет наличия выраженных контрактур в крупных суставах конечностей.

Объективные данные: Общее состояние ребенка тяжелое за счет мультисистемных изменений, метаболических нарушений, интоксикационного и колитного синдромов. На осмотр и манипуляции реагирует беспокойством, плачем, хаотичными движениями конечностей. Вербальный контакт не доступен: девочка не разговаривает, обращенную речь не понимает. Высоко лихорадит — до 39⁰С. Отмечается вялость, выраженная жажда, отсутствие аппетита. Положение вынужденное, самостоятельно не сидит. Девочка не видит, за

движущимися предметами не прослеживает из-за врожденной катаракты, слух снижен в виду наличия нейросенсорной тугоухости второй степени. Кожные покровы бледные, чистые, без сыпи, отмечается умеренная сухость кожи. Кожная складка на животе расправляется медленно. Подкожно-жировая клетчатка практически отсутствует. Глаза запавшие, слизистая полости рта сухая, бледно-розовая, чистая, есть кариозные зубы. Зев гиперемирован, небные миндалины гипертрофированы. Отмечаются выраженные отеки стоп, пастозность мягких тканей нижней трети голеней. Периферические лимфатические узлы пальпируются в подмышечных и паховых областях, мелкие, безболезненные. Дыхание через нос свободное, имеется одышка смешанного характера с участием вспомогательной мускулатуры, частота дыхания 40 в 1 мин, SpO₂ — 93%. При перкуссии легких выявлено притупление легочного звука с обеих сторон в нижних отделах легких, при аускультации - дыхание над легкими жесткое, ослабление с обеих сторон, больше в нижних отделах слева, здесь же выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, артериальное давление — 100/60 мм рт. ст., ЧСС — 96 ударов в минуту. Пульс на периферических сосудах удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный. Живот слегка вздут, болезненный в параумбиликальной зоне и левой подвздошной области. Перистальтика снижена. Печень и селезенка не увеличены. Стул жидкий, зеленый со слизью до 10 раз в сутки. Диурез снижен.

У девочки были отмечены мультисистемные изменения, характерные для синдрома Коккейна: старческое выражение лица, умеренная микроцефалия, тонкий нос, заостренный подбородок, чрезмерно большие деформированные ушные раковины, морщины на лбу, запавшие орбиты с микрофтальмией с обеих сторон, кифоз позвоночника, сгибательные контрактуры коленных и голеностопных суставов, а также эквино-вальгусная установка стоп, стопы узкие деформированные. Конечности непропорционально длинные и тонкие относительно туловища, не исключается дистрофичный тип телосложения. Подкожно-жировая клетчатка практически отсутствует. Со стороны черепно-мозговых нервов наблюдается двустороннее сходящееся косоглазие, крупноразмашистый горизонтальный нистагм с ротаторным компонентом. Имеется врожденная двусторонняя катаракта, нейросенсорная тугоухость. Отмечается выраженное отставание в росте и массе по сравнению с возрастной нормой.

Данные лабораторных исследований: В общем анализе крови — анемия 1 степени (гемоглобин — 95 г/л, эритроциты — $3,97 \times 10^{12}/л$), тромбоцитоз ($700 \times 10^9 /л$), выраженный лейкоцитоз ($26,8 \times 10^9 /л$) с нейтрофилезом (палочкоядерные нейтрофилы — 7%, сегментоядерные — 70%, лимфоциты — 12%, моноциты — 9%, эозинофилы — 2%), ускоренное оседание эритроцитов (53 мм/ч).

В биохимическом анализе крови — общий белок 51 г/л, альбумин — 31 г/л, мочевины — 7,2 ммоль/л, остаточный азот — 21,6 мкмоль/л, креатинин — 50 мкмоль/л, глюкоза — 5,9 ммоль/л, общий билирубин — 10 мкмоль/л, прямой билирубин — 5 мкмоль/л, непрямого билирубина — 5 мкмоль/л, повышение активности аспартатаминотрансферазы (АСТ) — 53 Ед/л, аланинаминотрансферазы (АЛТ) — 74 Ед/л и С-реактивного белка — 24 мг/л. Прокальцитонин — 2,04 нг/мл.

На рентгенограмме органов грудной клетки обнаружены очаги инфильтрации в нижней доле левого легкого. В бактериологическом посеве кала на d+s группу обнаружен обильный рост энтероинвазивных штаммов *Escherichia coli* O152, что подтверждает наличие энтероинвазивного эшерихиоза у пациентки. В копрограмме: стул жидкий, зеленый, слизь в большом количестве; в микроскопии выявлены лейкоциты — 30-40 в поле зрения, эритроциты неизмененные 8-12-15 в поле зрения; макрофаги единичные, простейшие и яйца глистов не

найжены. Заключение УЗИ внутренних органов брюшной полости: токсические изменения в почках.

На основании клинико-лабораторных данных был выставлен клинический диагноз: A04.2 Энтероинвазивная инфекция, вызванная *E. coli* O152 (ЭИЭ), энтероколитическая тяжелая форма. Осложнение: Левосторонняя нижнедолевая пневмония. ДН 1-2 степени. Сопутствующее заболевание: синдром Коккейна. Анемия. В кишечном отделении РКИБ проведено комплексное лечение: стол № 4а, дробное питье по плану А, антибактериальная, дезинтоксикационная, симптоматическая терапия. В качестве антибактериальной терапии был назначен ципрофлоксацин (Ципрокс) из расчета 20 мг/кг/сутки внутривенно, по 90 мл два раза в день. Начато проведение инфузионной дезинтоксикационной терапии полиионными растворами в объеме 180 мл 2 раза в сутки с добавлением дротаверина 2,5 мл внутривенно с учетом болевого синдрома. В качестве патогенетической терапии назначен панкреатин в таблетках. На фоне проводимой терапии у ребенка положительной динамики не отмечалось, в течение следующих двух суток она продолжала фебрильно лихорадить, кашель усилился, стал продуктивным, боли в животе сохранялись, носили схваткообразный характер, стул был скудным с обилием слизи, периодически с прожилками крови 7-8 раз в сутки.

В легких выслушивались влажные мелкопузырчатые хрипы слева в нижних отделах, одышка с участием вспомогательной мускулатуры, ЧД 34-36 в 1 минуту. Учитывая наличие у девочки пневмонии, вынужденное положение, связанное с ограничением подвижности, к лечению добавлен вторым антибиотиком цефтриаксон 1 гр. в сутки внутривенно и массаж области грудной клетки, а также амброксол по 30 мг три раза в день в качестве отхаркивающей терапии. Продолжена дезинтоксикационная терапия. На 5 день лечения температура тела снизилась до нормы, мама девочки отметила некоторое улучшение самочувствия у ребенка, пациентка начала понемногу кушать, улучшился эмоциональный фон, почти перестали беспокоить боли в животе, но кратность стула оставалась 7-8 раз в сутки с обилием слизи. Только на 6 день лечения у пациентки отмечается значительное улучшение состояния и расценивается как среднетяжелое. Интоксикация умеренная, кашель продуктивный, одышка уменьшилась, частота дыхания 26 в минуту, в легких жесткое дыхание, хрипы единичные слева в нижних отделах легкого. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, но еще болезненный в левой подвздошной области. Стул кашицеобразный 4 раза в сутки, но все еще с большим количеством слизи. К лечению подключен эубиотик — Нормобакт L по 1 саше 2 раза в день.

К 10 дню от начала терапии состояние ребенка расценивается как относительно удовлетворительное по основному заболеванию. Не лихорадит, появился аппетит, жидкость пьет хорошо. Кашля нет, дыхание проводится по всем легочным полям, хрипов не слышно, одышки нет. Сердечные тоны ритмичные, ясные. Живот мягкий, чувствительный в левой подвздошной области, стул 2 раза, кашицеобразный, без патологических примесей. На контрольной рентгенограмме органов грудной клетки инфильтративный теней не обнаружено. Ребенок выписан домой с улучшением и рекомендациям по соблюдению диеты, приему эубиотиков на протяжении еще 10-12 дней.

Острые кишечные инфекции, протекающие с колитическим синдромом, составляют группу опасных и при этом разнообразных по этиологическому составу энтероинвазивных заболеваний. В общей мировой структуре диарейных заболеваний у детей инфекционные гемоколиты составляют примерно 8%, но являются наиболее тяжелыми по течению и имеют наименее благоприятный прогноз [11-13].

У реконвалесцентов с синдромом гемоколита в отдаленном катамнестическом периоде возможно формирование синдрома раздраженного кишечника, а также воспалительных заболеваний кишечника аутоиммунной природы [13].

У детей с генетическими поломками и наследственными нейродегенеративными заболеваниями есть свои особенности развития заболеваний связанных с желудочно-кишечным трактом. У многих пациентов с синдромом Коккейна описаны гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, поражение печени, варьирующее от умеренного повышения уровня печеночных ферментов до холестатической болезни печени и печеночно-клеточной недостаточности [14].

Описана серия случаев развития осложнений со стороны пищеварительной системы у пациентов с синдромом Коккейна, принимавших метронидазол. После терапии метронидазолом развилась острая печеночная недостаточность, в 3 случаях — с летальным исходом. Механизм гепатотоксичности неизвестен. В настоящее время синдром Коккейна рассматривается как абсолютное противопоказание к применению метронидазола [15].

Соответственно выбор антибактериальных препаратов для нашей пациентки осуществлялся с учетом имеющихся противопоказаний, аллергологического анамнеза и был ориентирован на широкий спектр бактерий способных к инвазии. На фоне лечения у ребенка проводился регулярный контроль функции почек и печени, мониторинг уровня глюкозы крови. Течение болезни у нашей пациентки было тяжелым, но доброкачественным. Лихорадка длилась 5 дней, спазмы и болезненность толстой кишки сохранялись в течение 6-7 дней, стул нормализовался практически только к 10 дню, что соответствует тяжелому течению энтероинвазивного эшерихиоза, при котором восстановление слизистой оболочки толстой кишки наступает к 7-10 дню болезни. Энтероинвазивные эшерихии вызывают дизентериеподобное заболевание, которое протекает с симптомами общей интоксикации и преимущественным поражением толстой кишки с развитием катарально-геморрагического, эрозивного, иногда язвенного проктосигмоидита [11, 12].

Кроме того, течение кишечной инфекции у ребенка было осложнено левосторонней нижнедолевой пневмонией с проявлениями дыхательной недостаточности и требовало постоянного наблюдения и адаптации терапевтической тактики с учётом прогрессирования симптомов, на фоне гипотрофии, нарушенной функции печени, под контролем витальных параметров и биохимических показателей. Диагностика острых кишечных инфекций основывается на клинико-эпидемиологических и лабораторных данных, а у пациентов с редкими заболеваниями требуется учитывать дополнительные генетические и клинические аспекты, которые могут существенно повлиять на выбор терапии и прогноз заболевания. Важно отметить, что комплексный подход к лечению таких заболеваний имеет решающее значение для предотвращения развития осложнений и улучшения качества жизни пациента. А учитывая мультисистемность проявления синдрома Коккейна, лечение таких пациентов требует участия специалистов различных профилей, включая педиатров, неврологов, офтальмологов, оториноларингологов, физиотерапевтов и гастроэнтерологов.

Помимо непосредственно клинической важности, этот случай подчеркивает необходимость медико-генетического консультирования при планировании беременности, особенно в случаях, когда у матери или близких родственников имеется сложный акушерско-гинекологический анамнез. Понимание и диагностика редких генетических заболеваний до рождения ребенка или в раннем возрасте могут предотвратить тяжёлые осложнения, дать пациентам возможность значительного увеличения продолжительности жизни и улучшения ее качества.

Таким образом, важность раннего выявления синдрома Коккейна и других редких заболеваний в клинической практике невозможно переоценить. Представленный случай подчеркивает важность персонализированного подхода к появлению мультисистемных и необычных синдромов у детей, что может значительно повысить вероятность правильного диагноза и улучшить прогноз заболевания. Это клинический случай подтвердил, что дети с орфанными заболеваниями переносят инфекционную патологию тяжело, ее течение затягивается и часто осложняется, а сочетание знаний о редких заболеваниях с клиническим опытом диагностики и правильного выбора лечения все же позволяет добиться благоприятного исхода. Он также акцентирует внимание на значении генетических консультаций и внимательного отношения к сложным случаям, что может существенно улучшить прогноз для пациентов с редкими заболеваниями. Подобные наблюдения представляют значительный интерес для педиатров, генетиков, неврологов и специалистов по редким заболеваниям.

Список литературы:

1. Кадырова Р. М. Детские инфекционные болезни. Бишкек, 2022. С. 45–56.
2. Березовская И. А., Иванов П. В. Острые кишечные инфекции у детей: клинические аспекты и лечение. М.: Медицина, 2020. 312 с.
3. Сидорова Е. Н., Кузнецов А. А. Тяжёлые формы острой кишечной инфекции у детей с иммунодефицитом // Журнал педиатрической практики. 2019. Т. 12. № 3. С. 45–52.
4. Meng G., Smith P. D. Gastrointestinal infections in the immunocompromised host // Current opinion in gastroenterology. 1999. V. 15. №1. P. 85.
5. Kluger N., Jokinen M., Krohn K., Ranki A. Gastrointestinal manifestations in APECED syndrome // Journal of Clinical Gastroenterology. 2013. V. 47. №2. P. 112-120. <https://doi.org/10.1097/MCG.0b013e31827356e1>
6. Karikkineth A. C., Scheibye-Knudsen M., Fivenson E., Croteau D. L., Bohr V. A. Cockayne syndrome: clinical features, model systems and pathways // Ageing research reviews. 2017. V. 33. P. 3-17. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2016.08.002>
7. Cockayne E. A. Dwarfism with retinal atrophy and deafness // Archives of disease in childhood. 1936. V. 11. №61. P. 1. <https://doi.org/10.1136/adc.11.61.1>
8. Ковалёв С. В., Лебедева Н. М. Особенности инфекционных заболеваний при наследственных синдромах // Вестник Российской Академии Медицинских Наук. 2018. Т. 10, № 4. С. 78–85.
9. Wilson, B. T., Stark, Z., Sutton, R. E., Danda, S., Ekbote, A. V., Elsayed, S. M., ... & Wilson, I. J. The Cockayne Syndrome Natural History (CoSyNH) study: clinical findings in 102 individuals and recommendations for care // Genetics in medicine. 2016. V. 18. №5. P. 483-493. <https://doi.org/10.1038/gim.2015.110>
10. Алексеев Д. В., Петрова М. И. Иммунологические особенности у детей с синдромом Коккейна // Педиатрия. 2020. Т. 99, № 2. С. 56–63.
11. Гончар Н. В., Ермоленко К. Д., Климова О. И., Ермоленко Е. И., Гостев В. В., Лобзин Ю. В. Бактериальные кишечные инфекции с синдромом гемоколита у детей: этиология, лабораторная диагностика // Медицина экстремальных ситуаций. 2019. № 1. С. 90–104.
12. Гончар Н. В., Ермоленко К. Д., Климова О. И. и др. Эшерихиозы у детей: проблемы диагностики и лечения // Медицина экстремальных ситуаций. 2020. Т. 22, № 2. С. 148–156.
13. World Health Organization. Rotavirus and Pediatric Diarrhea Surveillance Meeting Report. 2017.

14. Быков Ю. В., Обедин А. Н., Пучков А. А. Синдром Коккейна тип II // Забайкальский медицинский вестник. 2025. №4. С. 147–156. https://doi.org/10.52485/19986173_2025_4_147
15. Кунгурцева А. Л., Витебская А. В. Прогероидный синдром Коккейна // Вопросы современной педиатрии. 2024. Т. 23, №3. С. 124–130. <https://doi.org/10.15690/vsp.v23i3.2767>
16. Кунгурцева А. Л., Попович А. В., Тихонович Ю. В. Синдром Коккейна: особенности клинической манифестации и алгоритм наблюдения в детском возрасте // Проблемы Эндокринологии. 2026. Т. 72, № 1. С. 115–127. <https://doi.org/10.14341/probl13634>

References:

1. Kadyrova, R. M. (2022). Detskie infektsionnye bolezni. Bishkek, 45–56. (in Russian).
2. Berezovskaya, I. A., & Ivanov, P. V. (2020). Ostrye kishechnye infektsii u detei: klinicheskie aspekty i lechenie. Moscow. (in Russian).
3. Sidorova, E. N., & Kuznetsov, A. A. (2019). Tyazhelye formy ostroi kishechnoi infektsii u detei s immunodefitsitom. *Zhurnal pediatricheskoi praktiki*, 12(3), 45–52. (in Russian).
4. Meng, G., & Smith, P. D. (1999). Gastrointestinal infections in the immunocompromised host. *Current opinion in gastroenterology*, 15(1), 85.
5. Kluger, N., Jokinen, M., Krohn, K., & Ranki, A. (2013). Gastrointestinal manifestations in APECED syndrome. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 47(2), 112-120. <https://doi.org/10.1097/MCG.0b013e31827356e1>
6. Karikkineth, A. C., Scheibye-Knudsen, M., Fivenson, E., Croteau, D. L., & Bohr, V. A. (2017). Cockayne syndrome: clinical features, model systems and pathways. *Ageing research reviews*, 33, 3-17. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2016.08.002>
7. Cockayne, E. A. (1936). Dwarfism with retinal atrophy and deafness. *Archives of disease in childhood*, 11(61), 1. <https://doi.org/10.1136/adc.11.61.1>
8. Kovalev, S. V., & Lebedeva, N. M. (2018). Osobennosti infektsionnykh zaboolevani pri nasledstvennykh sindromakh. *Vestnik Rossiiskoi Akademii Meditsinskikh Nauk*, 10(4), 78–85. (in Russian).
9. Wilson, B. T., Stark, Z., Sutton, R. E., Danda, S., Ekbote, A. V., Elsayed, S. M., ... & Wilson, I. J. (2016). The Cockayne Syndrome Natural History (CoSyNH) study: clinical findings in 102 individuals and recommendations for care. *Genetics in medicine*, 18(5), 483-493. <https://doi.org/10.1038/gim.2015.110>
10. Alekseev, D. V., & Petrova, M. I. (2020). Immunologicheskie osobennosti u detei s sindromom Kokkeina. *Pediatrics*, 99(2), 56–63. (in Russian).
11. Gonchar, N. V., Ermolenko, K. D., Klimova, O. I., Ermolenko, E. I., Gostev, V. V., & Lobzin, Yu. V. (2019). Bakterial'nye kishechnye infektsii s sindromom gemokolita u detei: etiologiya, laboratornaya diagnostika (obzor). *Meditsina ekstremal'nykh situatsii*, 21(1), 92-104. (in Russian).
12. Gonchar, N. V., Ermolenko, K. D., & Klimova, O. I. (2020). Esherikhiozy u detei: problemy diagnostiki i lecheniya. *Meditsina ekstremal'nykh situatsii*, 22(2), 148–156. (in Russian).
13. World Health Organization. Rotavirus and Pediatric Diarrhea Surveillance Meeting Report. 2017.
14. Bykov, Yu. V., Obedin, A. N., & Puchkov, A. A. (2026). Sindrom Kokkeina tip II. *Zabaikal'skii meditsinskii vestnik*, (4), 147-156. (in Russian). https://doi.org/10.52485/19986173_2025_4_147
15. Kungurtseva, A. L., & Vitebskaya, A. V. (2024). Progeroidnyi sindrom Kokkeina. *Voprosy sovremennoi pediatrii*, 23(3), 124–130. (in Russian). <https://doi.org/10.15690/vsp.v23i3.2767>

16. Kungurtseva, A. L., Popovich, A. V., & Tikhonovich, Yu. V. (2026). Sindrom Kokkeina: osobennosti klinicheskoi manifestatsii i algoritm nablyudeniya v detskom vozraste. *Problemy Endokrinologii*, 72(1), 115–127. (in Russian). <https://doi.org/10.14341/probl13634>

Поступила в редакцию
21.04.2026 г.

Принята к публикации
28.03.2026 г.

Ссылка для цитирования:

Баялиева М. М., Радченко Е. А., Мирланова Ж. М., Медербек уулу М. Опыт клинического ведения острой кишечной инфекции у пациента с синдромом Коккейна: случай из практики // Бюллетень науки и практики. 2026. Т. 12. №7. С. 135-143. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/128/15>

Cite as (APA):

Bayalieva, M., Radchenko, E., Mirlanova, Zh., & Mederbek uulu, M. (2026). Clinical Management of Acute Intestinal Infection in a Patient with Cockayne Syndrome: a Case Report. *Bulletin of Science and Practice*, 12(7), 135-143. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/128/15>