**Профилактика и лечение коклюша**

Борьба с [**коклюшем**](http://www.blackpantera.ru/useful/health/sickness/4688/) в учреждениях для детей раннего возраста является в настоящее время важной проблемой. Коклюш в этом возрасте протекает тяжело, сопровождаясь осложнениями со стороны дыхательных путей, что резко увеличивает процент летальности при этом заболевании.

Сложность борьбы с коклюшем обусловливается следующими моментами.

Коклюш наиболее заразителен в той стадии, когда его еще трудно распознать. Кашель, являющийся основным симптомом этого заболевания, вначале нельзя отличить от кашля при поражении верхних дыхательных путей некоклюшного происхождения. Диагноз коклюша обычно ставят тТолько на основании коклюшных «закатываний», т. е. в то время, когда больной ребенок уже мог распространить инфекцию.

В начальной стадии коклюша, когда имеется только легкий кашель, общее состояние ребенка может и не измениться, в результате чего ребенка вовремя не изолируют.

У взрослых коклюш может протекать атипично, без характерных приступов, что также весьма затрудняет своевременное его распознавание, а отсюда и своевременную изоляцию больного.

Из сказанного понятно, почему заболевание коклюшем большей частью не ограничивается одним случаем, а принимает эпидемический характер.

К коклюшу восприимчивы все дети раннего возраста. Особенно подвержены этому заболеванию дети-ползунки и начинающие ходить. При тесном контакте детей частицы слюны, содержащие болезнетворных микробов, попадают на здорового ребенка и окружающие его предметы, особенно игрушки.

Чтобы уберечь от коклюша детей в возрасте до 6 месяцев, надо расставлять их кровати на расстоянии не ближе 0,5 м одна от другой.

**Диагноз**. Источником заражения коклюшем является сам, больной, поэтому основное значение в борьбе с этим заболеванием имеет ранняя диагностика.

Хотя ранние клинические проявления коклюша не характерны, однако при направленной и целеустремленной борьбе с коклюшем предположительный диагноз может быть всегда поставлен: нельзя проходить мимо первого сигнала заболевания коклюшем - кашля, пусть пока еще не типичного. Такой больной должен быть сейчас же взят на учет и подвергнут тщательному обследованию - эпидемиологическому, бактериологическому и клинико-лабораторному. При коклюше почти всегда можно при тщательном собирании анамнеза установить источник заражения. При гематологическом исследовании довольно рано выявляется лейкоцитоз и лимфоцитоз. Наконец, клиника - появление кашля без сопутствующих в первое время изменений в легких - несомненно говорит в. пользу коклюша. На высоте развития коклюша на рентгеновских снимках наблюдаются характерные изменения в легких: увеличение прикорневых желез, утолщение альвеолярных перегородок, сетчатость и линейные тяжи (перибронхит). Несомненно большую помощь в диагностике оказывает бактериологическое исследование. По данным русских авторов, бактериологическое исследование дает возможность поставить диагноз у сомнительных больных.

Немалое практическое значение должен приобрести и серологический метод. При помощи этой реакции удается диагностировать коклюш ретроспективно и выявить стертые, бессимптомные формы.- Реакция Борде-Жангу является специфической, она появляется на второй неделе заболевания и держится на высоком уровне несколько месяцев.

**Профилактика**. Применявшееся с целью профилактики коклюша введение противокоревой сыворотки не оправдало себя. Помимо возможности передачи, вместе с сывороткой вируса инфекционной желтухи, эта сыворотка, как показало тщательное изучение ее эффективности, не оказывает заметного действия. Течение коклюша одинаково как у привитых, так и у непривитых.

В настоящее время получена противококлюшная вакцина. Предварительное изучение реактогенности этой вакцины показало, что при правильном отборе детей, предусмотренном в инструктивных материалах Министерства здравоохранения, она может широко применяться. Предусмотрено проведение совместных прививок против коклюша и [дифтерии](http://www.blackpantera.ru/diphtheria/). Предварительными исследованиями установлено, что реакция детей на такую ассоциированную вакцину несколько более сильна, но не переходит границу допустимости.

Зарубежные авторы указывают на большую эффективность вакцины как в отношении снижения заболеваемости коклюшем (в 3-8 раз), так и более легкого его течения.

В настоящий момент борьба с коклюшем заключается не только в специфической профилактике, но и в проведении общих мероприятий. Необходимо обращать самое серьезное внимание на кашель ребенка. Врач обязан дать по этому вопросу соответствующие указания всем лицам, имеющим отношение к уходу за ребенком (няни, сестры, родители), тем более что приступы коклюша наблюдаются и ночью.

Всякий кашляющий ребенок должен быть удален из коллектива и подвергнут тщательному наблюдению, которое позволит установить диагноз. Там, где есть лаборатория, необходимо произвести бактериологическое исследование.

В случае обнаружения коклюша всю группу подвергают карантину и производят тщательное бактериологическое исследование всех детей, особенно начинающих кашлять. В таких случаях каждого кашляющего ребенка следует считать подозрительным яа коклюш и удалять из карантинной группы. Если коклюшем заболевает часть детей или все дети, а условия яслей позволяют изолировать одну группу от других, то лучше всего организовать коклюшную группу, предоставив этим детям дополнительное питание и обеспечив широкое пользование воздухом. Опыт московских яслей по организации таких санаторных групп дал очень хорошие результаты.

**Режим и лечение больных коклюшем**. Свежий воздух, особенно холодный, является непременным условием правильного лечения больных коклюшем, поэтому палаты, где помещаются эти больные, необходимо проветривать несколько раз в день, а больных следует выносить на веранду или площадку во все времена года. Летом больные дети должны проводить целые дни на воздухе в тени. Питание их должно быть полноценным в отношении как белков, жиров и углеводов, так и витаминов, и солей. Детям, у которых приступы кашля часты и сопровождаются рвотой, надо давать более концентрированную пищу не менее 6 раз в день.

Одним из активных методов лечения коклюша является применение антибиотиков. В настоящее время имеется значительное число антибиотиков, уменьшающих жизнедеятельность и агрессию коклюшных микробов: стрептомицин, левомицетин, синтомицин, биомицин (зарубежный ауромицин), риомицин (террамицин) и, наконец, тетрамицин (тетрациклин). Однако они не обладают купирующим действием на развившийся спазматический кашель. Их действие проявляется в облегчении и препятствии переходом обычного кашля в спазматический. Указанные антибиотики тем эффективнее, чем раньше введены.

Если все же сравнить качество названных препаратов, то можно указать на следующие различия: на детей первых месяцев жизни, у которых бывают асфиктические приступы, лучше всего действует стрептомицин. Он прекращает асфиктические приступы и уменьшает интенсивность кашлевых приступов. Лучше антибиотики применять циклически, т. е. первый курс лечения провести в течение 7-10 дней, сделать перерыв на 4-5 дней, а затем провести курс лечения в течение 4-5 дней. Биомицин, террамицин и тетрациклин обладают широким диапазоном действия при коклюше, осложненном [пневмонией](http://www.blackpantera.ru/useful/health/sickness/6630/),- поскольку пневмония может быть вызвана вторичной кокковой флорой в зависимости от имеющейся в окружении, хотя чаще всего это пневмококки. У детей же первых месяцев жизни пневмонии могут быть вызваны в катаральном периоде коклюша палочками Борде-Жангу; эти пневмонии хорошо поддаются лечению стрептомицином. Биомицин, обладающий большим побочным действием (диспептические явления, [ангина](http://www.blackpantera.ru/angina/), [стоматиты](http://www.blackpantera.ru/useful/health/sickness/5275/) и сыпи), чем террамицин и в особенности тетрациклин, уступает этим препаратам. Лучший результат, по данным зарубежной литературы, получается при проведении специфической терапии - введения  гамма-глобулина  вместе  с антибиотиками.

Наши наблюдения показывают, что введения специфического гамма-глобулина, полученного из специфической гипериммунной сыворотки, оказывает терапевтическое действие лишь в том случае, если оно произведено в катаральном периоде. При применении гамма-глобулина животного происхождения, несмотря на предварительное введение малой дозы, мы встречаемся с явлениями аллергизации.

Результаты же лечения его по предварительным данным являются еще не совсем ясными.

Режим коклюшного больного должен заключаться в создании спокойной обстановки, что достигается четким распорядком дня и рациональным педагогическим воздействием. Часы бодрствования должны быть использованы для интересных, соответствующих возрасту занятий.
Есть указания, что дети старшего возраста перестают кашлять, как только очутятся у моря, реки или на больших высотах. Это, по-видимому, обусловлено новыми отвлекающими впечатлениями, чистотой воздуха, который снимает механические раздражения - пыль, находящуюся в воздухе. Естественный эксперимент - регистрация кашля в палате тесной и без притока свежего воздуха и в комнате с открытыми окнами, служившей вместо веранды, показывает значительно меньшее количество приступов кашля в последнем случае. Кроме того, несомненно имеет значение и более прохладная температура воздуха, так как пребывание детей на свежем воздухе в жаркое время года не дает такого эффекта, как в более прохладные периоды.

Таким образом, лечение больного складывается из следующих мероприятий: создание спокойной обстановки, правильного санитарно-гигиенического режима, раннее назначение антибиотиков и гамма-глобулина, прогулки, педагогические воздействия и всяческое ограждение больных детей от встречи с коклюшными больными, вновь принимаемыми в учреждение, и с больными гриппом и катаром верхних дыхательных путей.

При затянувшихся или вяло протекающих формах пневмонии показаны стимулирующие средства: переливание крови, тканевая терапия и др.

Грудным детям при кашле, сопровождающемся асфиксией, необходимо давать кислород.

Долго ли нужно считать коклюшного больного заразным и когда его можно считать полностью выздоровевшим?

Хотя и есть инструкции, согласно которым больной коклюшем считается заразным до 40 дней, сроки эти подлежат дальнейшему изучению и изменению. Несомненно, решающими факторами являются течение коклюшного процесса и та среда, в которой находится больной. Наши исследования показали, что постепенно исчезающий кашель под влиянием лечения антибиотиками снова может появиться, если ребенок остается в группе, где имеются новые случаи коклюша. Иммунитет не успел выработаться, а возможность нового заражения велика. С другой стороны, ребенок, леченный в ранней стадии коклюша и выздоровевший, уже на 17-20-й день может быть свободно принят в коллектив. Больные коклюшем, осложненным пневмонией, катарами верхних дыхательных путей, отитом или диспепсическими явлениями, не могут быть приняты в общие палаты, поскольку эти осложнения ухудшают основной симптом коклюша - спазматический кашель - и задерживают очищение организма от микробов.