Возбудителем коклюша является микроб, открытый в 1906г. Ж. Борде и О. Жапгу. Устойчивость коклюшной палочки во внешней среде крайне незначительна.

Передача инфекции происходит воздушно-капельным путем.

Заболевание развивается постепенно. Вначале появляются небольшое, постепенно усиливающееся покашливание, насморк, иногда повышается температура. Наблюдается возбудимость раздражительность ребенка, нарушаются его сон, аппетит, появляется бледность кожных покровов, небольшая отечность век.

У детей первых месяцев и особенно первых дней жизни начало заболевания обычно сопровождается выраженными катаральными изменениями верхних дыхательных путей, повышением температуры; развитие болезнетворного процесса идет более быстрыми темпами.

Переход катарального периода в спазматический совершается постепенно: кашель с каждым днем усиливается, становится типичным — приступообразным. Частые, следующие друг за другом кашлевые толчки прерываются глубокими свистящими вдохами — репризами.

Для коклюшного кашля характерно выделение в конце приступа вязкой, тягучей слизи, иногда с последующей рвотой. Вены шеи и головы резко набухают, появляется цианоз лица и слизистых оболочек. Язык высовывается изо рта, на уздечке может появиться язвочка. Тяжесть болезни определяется длительностью и частотой приступов.

У грудных детей и преимущественно детей первых месяцев жизни течение коклюша имеет свои особенности. Кашель у них обычно бывает без репризов. Короткие, частые, беспрерывно следующие друг за другом кашлевые толчки вызывают покраснение лица, быстро сменяющееся цианозом, вслед за которым нередко наступает остановка дыхания с последующей асфиксией и иногда судорогами. При благоприятном исходе дыхание восстанавливается и цианоз проходит. Чем моложе ребенок, тем длительнее остановки дыхания.

Обычно с конца 3-й или 4-й недели кашель начинает ослабевать, приступы повторяются реже, становятся короче, постепенно наступает выздоровление.

Вместе с тем коклюш может протекать и в стертой форме, при этом кашель не носит приступообразного, судорожного характера и продолжается в виде легкого покашливания не более 2—3 нед.

В судорожном периоде, кроме типичного кашля, наблюдаются изменения со стороны других систем и органов. В органах дыхания отмечаются следующие изменения: 1) острая эмфизема; 2) бронхит; 3) значительное поражение интерстициальной ткани легких; 4) крупные сегментарные и долевые ателектазы. Эти изменения при неблагоприятных условиях, особенно у детей раннего возраста, могут перейти в пневмонию, которая отличается затяжным течением, плохо поддается терапии и является основной причиной смерти при этом заболевании.

Почти постоянным симптомом при коклюше является увеличение количества лейкоцитов и лимфоцитов в крови (до 80— 87%).

Профилактика. Наличие кашля у ребенка, вновь поступающего в ясли, дом ребенка, детский сад или школу, должно вызвать опасение заноса коклюша, поэтому необходимо предварительно выяснить природу кашля. При ежедневном приеме детей, посещающих ясли или детский сад, обязательным является опрос матери о самочувствии ребенка и, в частности, о наличии у него кашля. Кашляющие дети подлежат немедленной изоляции в боксе или изоляторе, в крайнем случае обязательно отгораживают их кровать ширмой и устанавливают наблюдение за частотой кашлевых толчков.