Коклюш у детей

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: A37 · Межрегиональная общественная организация "Ассоциация врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области", Международная общественная организация "Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням"

Коклюш — острая воздушно-капельная инфекция, обычно начинающаяся сухим навязчивым кашлем и переходящая в приступы спазматического кашля, особенно опасная для младенцев. Рекомендация посвящена распознаванию и подтверждению инфекции, оценке тяжести, антибактериальной терапии, профилактике осложнений и организации изоляции и вакцинации детей.

Главное

- Подозревать коклюш следует при кашле более 7 дней, особенно если он постепенно становится приступообразным, сопровождается рвотой, репризами или цианозом; нормальная температура и отсутствие интоксикации в начале болезни типичны, но повышение температуры возможно при осложнениях или сочетанной инфекции. УУР С, УДД 4–5.
- Тяжесть в первую очередь определяют клинически: легкая форма — 8–10 приступов кашля в сутки без признаков кислородной недостаточности, среднетяжелая — до 15–20 приступов с периоральным цианозом, тяжелая — 25–30 и более приступов с выраженными признаками кислородной недостаточности и возможными угрожающими жизни осложнениями, включая апноэ и энцефалопатию. Лейкоцитоз и лимфоцитоз имеют вспомогательное значение.
- Наиболее высокий риск тяжелого течения имеют младенцы, особенно младше 3 месяцев, непривитые или неполностью привитые дети, недоношенные, дети с низкой массой тела при рождении, тяжелыми врожденными пороками сердца, апноэ, цианозом, ко-инфекцией или пневмонией.
- Системные антибиотики назначают для эрадикации возбудителя и снижения заразности, но они обычно не уменьшают выраженность и длительность уже сформировавшегося приступообразного кашля. Основная группа первой линии — макролиды.
- Ребенка с коклюшем изолируют на 25 суток от начала заболевания; контактных детей младше 7 лет наблюдают и разобщают на 14 суток от момента изоляции больного. Текущую и заключительную дезинфекцию не проводят, достаточно проветривания и влажной уборки.
- Профилактика основана на вакцинации: первичные введения проводят в 3, 4,5 и 6 месяцев, первую ревакцинацию — в 18 месяцев; при нарушении интервалов уже выполненные прививки не повторяют. Перенесенный коклюш не отменяет дальнейшую вакцинацию.

Диагностика

1. Соберите анамнез: длительность и динамика кашля, наличие приступов, рвоты, вязкой мокроты, репризов, цианоза, задержек дыхания, судорог и нарушений сознания. Уточните контакт с больным коклюшем или человеком с длительным кашлем, температуру в начале болезни и вакцинальный статус. УУР С, УДД 3–5.
2. При осмотре оцените периоральный цианоз, отечность лица и век, петехиальную сыпь на лице, кровоизлияния на склерах и коже век, состояние уздечки языка и наличие надрыва или язвочки. Проведите аускультацию: постоянные хрипы, очаговая симптоматика или бронхообструкция требуют поиска осложнений или сочетанной инфекции. УУР С, УДД 5.
3. Назначьте развернутый общий анализ крови. Лейкоцитоз с лимфоцитозом при нормальной СОЭ поддерживает диагноз; нейтрофилез, сдвиг формулы и ускорение СОЭ заставляют искать воспалительные осложнения или сочетанную инфекцию. При лейкоцитозе анализ повторяют до нормализации показателей. УУР С, УДД 4.
4. При кашле от 7 до 28–35 дней выполните однократную ПЦР мазка из носоглотки на ДНК Bordetella pertussis, Bordetella parapertussis и Bordetella bronchiseptica. Положительного результата одного лабораторного исследования достаточно для подтверждения; ПЦР не используют для оценки эффективности лечения. УУР С, УДД 4.

5. Если кашель длится не более 14–21 дня, до начала антибиотиков проведите двукратное культуральное исследование слизи с задней стенки глотки — ежедневно или через день. Отрицательный результат не исключает коклюш. УУР С, УДД 5.
6. При кашле 3 недели и более используйте ИФА на антитела к Bordetella pertussis; метод особенно полезен на поздних сроках и у подростков и взрослых. УУР С, УДД 4.
7. При подозрении на пневмонию или ателектаз выполните рентгенографию легких; при тяжелом течении контролируйте сатурацию пульсоксиметрией. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Всем пациентам назначают системный антибиотик для эрадикации возбудителя; препаратами первой линии являются азитромицин, кларитромицин или эритромицин. Эрадикационная терапия особенно показана младенцам, обратившимся в первые 6 недель болезни, и пациентам старших возрастов — в первые 3 недели; при вторичных бронхолегочных осложнениях или хронических заболеваниях легких антибиотики назначают независимо от срока болезни. УУР С, УДД 5.
- Азитромицин у детей старше 6 месяцев назначают в дозе 10 мг/кг 1 раз в сутки 5 дней. Эритромицин применяют по 10–15 мг/кг каждые 8 часов, максимум 2 г/сут, 14 дней; кларитромицин — по 7,5 мг/кг 2 раза в сутки, максимум 1 г/сут, 7–14 дней.
- При непереносимости макролидов используют пенициллины широкого спектра или цефалоспорины III поколения. При тяжелом коклюше возможны пиперациллин/тазобактам внутривенно по 40–50 мг/кг каждые 8 часов 1–2 недели или цефоперазон/сульбактам по 50–60 мг/кг внутривенно каждые 12 часов 1–2 недели.
- При спазматическом кашле допустимы центральные противокашлевые средства на основе бутамирата в возрастных дозировках по инструкции. При обильной вязкой мокроте применяют амброксол по инструкции; противокашлевые и муколитики одновременно не назначают. УУР С, УДД 5.
- При среднетяжелом, тяжелом или осложненном течении с дыхательными расстройствами, энцефалопатией или поражением нижних дыхательных путей проводят оксигенотерапию. Показания включают бледность, цианоз, брадикардию или сатурацию менее 93%, в том числе во время кашлевого приступа; содержание чистого кислорода в смеси — не более 40%. УУР С, УДД 4.
- При остановке дыхания быстро восстанавливают дыхательные движения надавливанием на грудную клетку и искусственным дыханием ручным респиратором. При повторных задержках дыхания или остановке более 30 секунд ребенка переводят в ОРИТ.
- При тяжелом коклюше с гипоксическим отеком мозга, нарушением ритма дыхания, судорогами или угнетением сознания применяют системные кортикостероиды; гидрокортизон назначают по 5–7 мг/кг в течение 3 дней, общий курс кортикостероидов — 2–3–5 дней, не более 7–9 дней. Судороги купируют диазепамом внутривенно или внутримышечно по 0,25 мг/кг; суточная доза не должна превышать 5 мг до 5 лет, 20 мг в 6–12 лет и 40 мг старше 12 лет. УУР С, УДД 4–5.
- При затрудненном отхождении секрета отсасывайте слизь из верхних дыхательных путей электроотсосом планово 2–3 раза в день или по показаниям, особенно у детей первого года жизни. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Легкий и среднетяжелый коклюш без факторов риска лечат амбулаторно под наблюдением педиатра, врача общей практики или инфекциониста.
- Тяжелая форма, среднетяжелая форма с факторами риска или эпидемиологическими показаниями требуют госпитализации в инфекционный стационар, где есть ОРИТ. В стационаре пациентов размещают в отдельных боксах или палатах.
- В ОРИТ направляют при SpO_2 менее 90%, десатурации во время кашлевого пароксизма, прогрессирующей дыхательной недостаточности, цианозе, выраженной бледности или вялости, апноэ более 15 секунд у младенца или более 10 секунд у новорожденного, апноэ с десатурацией, угнетении сознания, судорогах или подозрении на отек мозга.
- После среднетяжелого или тяжелого коклюша с пневмонией, ателектазом или дыхательными расстройствами нужен контроль пульмонолога или педиатра через 2 и 6 месяцев в течение 6 месяцев; после тяжелой формы с энцефалопатией и судорогами — наблюдение невролога или педиатра через 2, 6 и 12 месяцев в течение года.

Частые вопросы

Когда кашель следует расценивать как подозрительный на коклюш?

При кашле более 7 дней, особенно если он начинается как сухой навязчивый, затем становится приступообразным и сопровождается рвотой, репризами или цианозом. Отсутствие реприз не исключает коклюш, особенно у привитых детей, подростков и взрослых.

Какой тест выбрать в зависимости от срока кашля?

ПЦР выполняют однократно при кашле от 7 до 28–35 дней. Культуральное исследование проводят дважды при кашле до 14–21 дня, предпочтительно до антибиотиков; при кашле 3 недели и более используют ИФА на антитела.

Помогут ли антибиотики быстро прекратить приступы кашля?

Нет, антибиотики нужны прежде всего для эрадикации Bordetella pertussis и снижения заразности. Они обычно не влияют на выраженность и длительность уже сформировавшегося приступообразного кашля.

Когда ребенок с коклюшем нуждается в срочном переводе в ОРИТ?

При апноэ, особенно с десатурацией, SpO_2 менее 90%, прогрессирующей дыхательной недостаточности, цианозе, судорогах, угнетении сознания или подозрении на отек мозга.

Как изолировать больного и что делать с контактными?

Ребенка изолируют на 25 суток от начала болезни; контактных детей младше 7 лет наблюдают и разобщают на 14 суток от момента изоляции больного. Постконтактную профилактику макролидами проводят контактным независимо от возраста и прививочного статуса при тесном контакте в закрытом помещении не менее 1 часа или контакте с респираторными секретами больного.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1023-koklyush-u-detej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1023_1