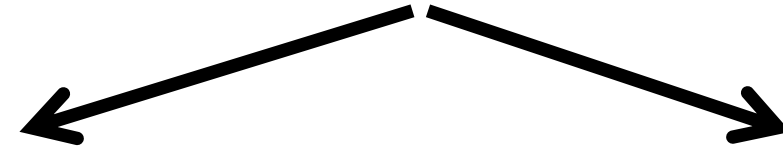


The background of the slide features a faint, light blue image of classical architectural columns with Corinthian capitals, arranged in a perspective view. The text is overlaid on this background.

Çocuklarda Sık Görülen Enfeksiyon Hastalıkları Ve Ağız Lezyonları

Çocukluk Hastalıkları Başlıca İki Gruptur



A-Bakteriyel olanlar

1) Kızıl

2) Streptokok enfeksiyonları

3) Stafilokok enfeksiyonları

4) Difteri

5) Boğmaca

B-Viral olanlar

1) Suçiçeği

2) Kızamık

3) Kızamıkçık

4) Kabakulak

5) Enfeksiyöz Mononükleosis

6) Viral hepatitler

7) Cocsakie grubu hastalıklar

- a) Epidemik plördini
- b) Aseptik menenjit
- c) Herpanjina
- d) El-Ayak-Ağız hastalığı
- e) Kardit

8)Kedi Tırmığı Hastalığı(Cat Strech Disease)

Çocukluk Hastalıkları Başlıca İki Gruptur

A-Bakteriyel Enfeksiyonlar

1) Stafilokok enfeksiyonları

2) Kızıl

3) Difteri

4) Boğmaca

5) Tetanoz

Viral Enfeksiyonlar

- Kızamık
- Kızamıkçık
- Kabakulak
- Suçiçeği (varisella)
- Zona (Herpes Zoster)
- Eritem infeksiyozum (5.Hastalık)
- Roseola infantum (6. Hastalık)
- Enfeksiyöz mononükleoz (öpücük hastalığı)
- El-ayak ağız hastalığı
- Herpanjina

Bakteriyal Enfeksiyonlar

- Stafilakok enfeksiyonları
- Kızıl
- Difteri
- Boğmaca
- Tetanoz

Bakteriyal Enfeksiyonlar

Stafilokoklar

Stafilokokus Aureus

S.Aureus sıklıkla deri ve yumuşak dokularda piyojenik enfeksiyona yol açar.

İmpetigo, sellülit, göğüs apsesi, yara enfeksiyonları, kulak burun,boğaz enfeksiyonları, diş çürüğü, lenfadenit, endokardit, osteomyelit.

Stafilokokal toksinle oluşan hastalıklar ise gıda zehirlenmesi, stafilokokal haşlanmış deri sendromu, stafilokokal kızıl, toksik şok reaksiyonlarıdır.

Yüzeyel Deri İnfeksiyonları

İmpetigo

Follikülit

Karbonkül

Erizipel

Selülit



Karbonkül

- Birçok kıl follikülünü tutar
- Deri altı dokulara ilerler
- Sinüsle dışarı açılır
- Ateş, halsizlik, titreme görülebilir.



İmpetigo

Klasik olarak 2-5 yaş arası çocuklarda görülen primer piyodermi olan impetigo, basit yüzeyel ve büllöz impetigo olarak iki şekilde seyreder.

Basit yüzeyel impetigo daha sık görülür. Genellikle çocukluk yaş döneminde görülen basit yüzeyel impetigo, bal rengi kabuklanma ile yavaş iyileşir. Baş, yüz ve uzuvlar gibi vücudun açık alanlarında daha sık oluşmaktadır. Bulaşıcı ve kaşıntılı olan basit yüzeyel impetigo tanısında suçiçeği, herpes simpleks virüs (HSV) enfeksiyonu, dermatit, dermatofit enfeksiyonları ve uyuz da düşünölmelidir.



Streptokok Enfeksiyonları

A grubu hemolitik streptokoklar hem çocuklarda hem de ileri yaşlarda değişik tablolarla ortaya çıkan enfeksiyonlara neden olurlar. Klinik tablo mikroorganizmanın giriş bölgesi, hastanın yaşı, immün durumu ve streptokokların tipine bağımlı olarak değişir. Klinik tablo ve yaş arasında ilişki mevcuttur.



6 ay altı bebeklerde streptokok infeksiyonları, mukopurulent yapıda nazal akıntı, farenjit ve ateş yükselmesiyle kendini gösterir.

Bu yaş grubunda akut semptomlar 1 hafta sonra hafiflese de nazal akıntı ve huzursuzluk 6 haftaya kadar devam edebilir

Hastalık genellikle soğuk algınlığı ile karıştırılabilir ve kesin tanı için kültür yapılmalıdır.



6 ayla 3 yaş arasındaki çocuklarda;
Hafif ateş
Nazofarenjit ve genel bir halsizlikle kendini gösterir.
Nazal akıntı genellikle purulent formdadır
Servikal lenfadenopati mevcuttur.
Bu yaş grubunda sinüzit ve otitis media sık rastlanan komplikasyonlardır.



Semptomlar genellikle 4-8 hafta devam eder ve nonspesifik üst solunum yolu enfeksiyonları ile karıştırılmaktadır.

Teşhis nazofaringeal kültürle yapılır.

Streptokok enfeksiyonlarında dilde lokalize ülserler görülebilir.



3-12 yaşları arasında Streptokok infeksiyonlarına akut foliküler tonsillit, farenjit ve kızıl şeklinde rastlanılmaktadır.





KIZIL

*Kızıl, çocuklarda görülen **ateşli ve döküntülü** bir hastalıktır.*

Anjine yol açan streptokokların bazı türlerinin ürettiği bir toksin, hassas kişilerde kızıl döküntüsüne yol açar.

*Diğer çocukluk çağı döküntülerinden en önemli farkı **antibiyotik tedavisi gerektirmesidir.***

- *Streptokok anjini geçiren biriyle yakın temas, aynı bardak, çatal-kaşığı kullanmakla mikrop bulaşır.*
- *Temastan sonra **kuluçka dönemi 2-5 gündür.** Ancak, kişinin hassasiyetine bağlı olarak aynı mikrobu alan başka biri, cilt döküntüsü olmadan sadece anjin geçirebilir.*
- *Hasta kişi, tedavi başladıktan 24 saat sonra artık bulaşıcı değildir.*

Anjin ve ekzantemle karakterize olan kızıl, streptokok tonsillitine benzer klinik bulgular verir, yalnız hastalarda tipik kızarıklık döküntüleri vardır.

Hastalık başlangıcında ısı hızla yükselir. Kusma, boğaz ağrısı, baş ağrısı, titreme ve halsizlik mevcuttur.

Tonsiller genişlemiş, ödemli, kırmızı ve eksudayla kaplıdır.



- Mikrop, boğaza alındıktan 2 gün sonra döküntü görülür.
- Döküntü ense ve yüzden başlayıp vücuda yayılır. Kasık ve koltuk altında daha yoğun olabilir. Hafif ciltten kabarık, kaşıntılı bir döküntüdür, **dokununca zımpara kağıdı hissi** verir.



Dil bulguları hastalıkla değişir. Başlangıçta **ilk 2 gün**, dil yüzeyi beyaz bir pasla kaplıdır, ucu ve kenarları koyu kırmızıdır. **demli ve kırmızı dil papilleri bu beyaz örtü dışına doğru çıkıntı yapar ve bu görüntü **beyaz ilek dili** olarak tanımlanır.**





4. ve 5. günlerde beyaz pas kaybolarak, kırmızı dil üzerinde ödemli dil papillaları, **kırmızı çilek** görüntüsü olarak tanımlanan tabloya neden olurlar.

Tedavi:

Kesin tanı kültürle yapılır. Boğazdan alınacak kültürde streptokok bakterisinin gösterilmesiyle konur Tedavi edilmeyen vakalarda romatoid ateş ve glomerulonefrit komplikasyonları oluşabilir. Streptokok infeksiyonlarının **primer tedavisi penisilinlerdir. Ancak penisilin allerjisi olan şahıslarda **Eritromisinle, Klindamisin ve duyarlı diğer antibiotiklerle tedavi yapılmalıdır.****

.

Çocuğun boğazı acıyacağı için kolay yutabileceği sıvı, yumuşak kıvamlı gıdalar vermek, ılık tuzlu suyla gargara yaptırmak rahatlatıcı olacaktır.

Ateş için, ateş düşürücüyü birkaç gün kullanmak gerekebilir.

Günümüzde kızıl artık korkunç bir hastalık değildir, ancak tedavi edilmesi gereken bir döküntülü hastalık olduğu da unutulmamalıdır



VİRAL ENFEKSİYONLAR

SU ÇİÇEĞİ

Etkeni Herpesvirüs grubundan Varicella- zoster virüsünün yol açtığı döküntülü enfeksiyöz bir hastalıktır. En sık ilkokul çağındaki çocuklarda görülür, kış sonu ve ilbaharda salgınlar yapar. Kısa süren hafif ateş ve kırıngılıktan sonra, ciltte veziküller oluşur



Suçiçeğinin kaşıntılı, su dolu kabarcıklardan oluşan döküntüsü önce gövde ve yüzde başlar, ardından ağız içi dahil olmak üzere tüm vücuda yayılır.

Klasik su çiçeği lezyonları küçüktür ve yuvarlak-kaşıntılı lezyonlar şeklindedir. Eritematöz bir zemine oturan lezyonlar “gül goncası üstünde çiğ tanesine” benzetilir.



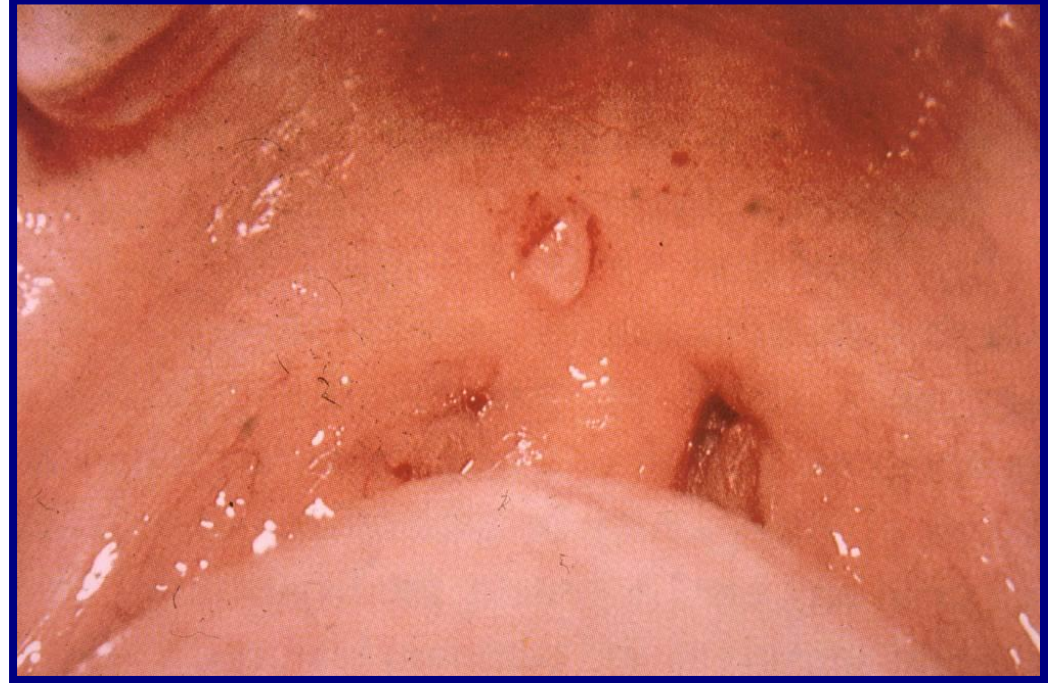


FIGURE 3-5. Classic varicella lesion: a "dew drop on a rose petal."



Suçiçeği (Varisella): Etken Herpesvirüs grubundan varicella-zoster virüsdür. İnkubasyon süresi 11-21 gün, ortalama 16 gündür. Bulaştırıcılığı döküntüden 24 saat önce başlar, tüm lezyonlar kurutlanana dek devam eder. Hafif ateş, halsizlik gibi yakınmaların olduğu bir prodromal dönemi takiben gövdeden başlayıp yüz ve ekstremitelere sentripedal şekilde dağılan döküntüler başlar. Lezyonlar küçük kırmızı papüllerle başlayıp gözyaşı damlası şeklinde eritematöz tabanlı veziküllere dönüşür. Vezikül içindeki berrak sıvı 8-12 saat sonra bulanıklaşır ve püstül olur, kurutlanarak 1-3 haftada iyileşir. Lezyonlar 3 gün boyunca çıkmaya devam eder. Her lezyonun yaşı farklıdır. Saçlı deri, ağız mukozası ve gözü tutabilir. Döküntü ile 3-4 gün ateş yüksek olur. Bazen döküntü hemorajik olabilir, sekonder bakteriyel enfeksiyon gelişmezse skarsız iyileşir Çok kaşıntılıdır. Kabuklar kalkınca geçici depigmentasyon bırakır.

**Ağırısız veziküllere
ağız mukozası
üzerinde de
rastlanır. Özellikle
damakta çıkar. Oral
lezyonlar 2-3 mm.
çapındadır ve
herpetik
gingivostomatitis
ülserlerine benzer.
Tüm ağız mukozası
ve farinks kırmızıdır**



**Dil üzerindeki veziküller patlayarak,
üzerleri sarı ve beyaz eksudayla örtülü
ağrılı ülserler oluşur**



Photo Courtesy of CDC



Çok bulaşıcı bir hastalıktır. Solunum yolu ve yakın temasla bulaşır . Ev içi temasta bulaşma riski % 80-90 'dır.

Tüm döküntü kabuklanana kadar (yaklaşık 1 hafta) bulaşıcıdır. Hasta çocuk 1 hafta sonra okula gidebilir.

Hastayla temastan 10-21 gün sonrasında da diğer çocuklarda döküntü başlar. Hasta çocuğun izole edilmesi önemlidir, ancak döküntü başlamadan 1-2 gün öncesinde de bulaşıcı olduğundan diğerlerini tam olarak korumak için yeterli olmayacaktır.

1 yaşı dolduran çocuklar aşıyla korunabilir.

Suçiçeği geçirmemiş hamileler, yenidoğan bebekler, bağışıklık sistemini zayıflatan herhangi bir hastalığı olanlar suçiçeği ile temastan kaınmaladırlar.

Hastalığın sık görölen ateş, kaşıntı gibi yakınmalarına karşı doktorunuz bazı ilaçlar önerecektir. Özellikle kaşıntının önlenip cilt döküntüsünün iltihaplı yaralara dönüşmesi engellenmelidir.

Zona (Herpes Zoster)

Zona suçiçeği geçirildikten sonra VZV duysal sinir ganglionlarında sessiz olarak kalır. Daha sonra özellikle hücresel immune yanıtın zayıflaması gibi nedenlerle virüs tekrar aktivleşir ve bulunduğu ganglionun dermatomunda döküntüye neden olur. Zona tek taraflı, kmesel, birbiriyle birleşme eğiliminde veziküler lezyonlarla karakterizedir. Veziküler lezyonlar 1-7 gün süreyle ortaya çıkar, vezikül içeriği bulanıklaşır, daha sonra 2 hafta içinde kabuklanır.

KIZAMIK

Bir tür virüsün neden olduğu döküntülü bir hastalıktır. Önce basit bir üst solunum yolu enfeksiyonu gibi başlar, ardından yüz ve enseden başlayan, gövdeye de yayılan kırmızı renkte döküntü ortaya çıkar.

Damlacık enfeksiyonu ya da direkt temasla geçer. Doğumdan sonra ilk 6 ay pasif bağışıklık dönemidir.

- **Mikropla temastan sonra kuluçka dönemi 10-12 gündür. nce; ateş, halsizlik, iştahsızlık, gözlerde sulanma ve kızarma, öksürük ve burun akıntısı başlar. 2-3 gün içinde, yanak ilerinde beyaz benekler, bundan 2 gün sonra da yukarıdan aşağıya doğru ilerleyen kırmızı döküntü ortaya çıkar.**



Hastalığın ilk belirtisi stenom kanalı ağzı çevresindeki “Koplik lekeleri”dir. 0.6-0.2 mm çapındaki, grimtrak mavi renkte ufak papüller halinde olup çok sayıda ise, yanağa pudra şekeri serpilmiş görüntüsü verirler. Tek tek ya da 3-5 tanesi bir arada bulunabilir.

Döküntüler saç sınırı etrafında, kulaklara yakın bölgelerde görülürler. Hızla boyna, göğse, sırtta ve ekstremitelere doğru yayılır. Geniş kırmızı sahalar oluşur. Üzerlerine basınç yapıldığında beyazlaşırlar. Ağız mukozasında koplik lekeleri dışında eritemli bir stomatitis vardır.



- ***Kızamık çok bulaşıcıdır. Hasta kişiyle solunum teması, öpüşme, aynı kaptan yeme gibi yollarla virüs alınır. Hastalığın en bulaşıcı olduğu dönem, ateş başlamadan öncesinde döküntü çıktıktan 4 gün sonrasına kadarki dönemdir. Hasta çocuk, bu dönemde izole edilmeli, döküntü başladıktan sonra en az 5 gün okula gitmemelidir.***
- ***Viral bir hastalık olduğu için, etkene yönelik tedavi yoktur. Ancak; yatak istirahati, bol sıvı alımı, öksürük için soğuk buhar yardımcı olacaktır. Doktorun önerdiği ateş düşürücü ve vitamin takviyesi kullanılabilir. Hastalık yaklaşık 1 hafta sürecektir, ömür boyu bağışıklık sağlayacaktır***

Ekzantem Dönemi: 3-4 gün süren nezle7öksürük,konjüktivit'den sonra ateşte düşme görülür Ekzantemler ufak pembe, kırmızı makûl veya makülopapüler halinde kulak arkasındanımdan saçlı deriden başlar. Ekzantemin görünmesinden sonra ateş tekrar çıkabilir. Döküntüler 24-48 saat içinde bütün vücut derisini, kolları, bacakları kaplar. Döküntü 2-3 gün içerisinde ilk çıktığı yer den solmaya başlar. 5-7 günde kaybolur. Hastalığın süresi bir hafta-10 gündür. Diş gelişimi sırasında kızamık geçiren hastalarda germ etkilenir ve hipoplazik dişler oluşur

Kızamık (Rubeola, Measles):

Kızamık esas olarak kış ve ilkbaharda ortaya çıkar, pik insidans Mart ve Nisan'dadır. Enfeksiyonun mekanizması sekresyonların damlacık yayılımıdır. Enfeksiyonun primer bölgesi nazofarinksin respiratuvar epitelidir. Ülkemizde kızamık vakalarının azalması nedeniyle, bugün yetişen doktorların, kızamık hastalığı ile karşılaşma olasılığı azdır. Bu nedenle, uluslararası seyahatler gibi nedenlerle yeniden ortaya çıkabilen bu hastalıktan haberdarlığın artması önemlidir. 4-12 günlük bir inkubasyon süresini izleyerek yüksek ateş ve klasik öksürük, nezle ve konjonktivit triyadı gelişir. Yanak mukozasında bulunan, kırmızı bir halka ile çevrili küçük beyaz noktalar olan Koplik lekeleri kızamık için patognomonik olmasına rağmen 1 günden daha kısa süre bulunması nedeniyle saptamak zordur. Klasik kızamık döküntüsü, çocuk birkaç gündür hastayken beliren eritematöz makulopapüler bir ekzantemdir. Alından veya posterior oksipital bölgeden başlar, 3 gün içinde gövde ve ekstremitelere yayılır

KIZAMIKÇIK

Kızamığa benzer döküntüler ve lenf bezlerinde şişlik, ateşle karakterize hastalıkta, ağız içi bulgulara ender olarak rastlanılmaktadır. Yüzde ve boyunda kızarıklarla ortaya çıkar. Ağızda basit eritemli bir (ağzın yumuşak dokularının inflamasyonu) stomatitis ve bazen ilk günlerde damakta erguvanı renkleşmeler görülür. Kızamıkçığın en tipik belirtisi retroauriküler ve suboksipital büyük, ağrılı lenfadenopatilerdir. Buna “Theodor fenomoni” denir.



Forschheimer Spots



- Doğrudan temasla geçerse de hastalığa yakalanma olasılığı kızamıkta olduğu kadar büyük değildir. Hastalık akut devrede bulaşıcıdır.

Kuluçka devri 2-3 haftadır

- Döküntüler **kızamıktakinden** daha az belirgin ve açık renklidir

- .

Kızamıkçık Hastalığının Seyri

Hastalık hali, ateş ve döküntü 2-4 gün sonra kaybolur. 1-2 hafta sonra da lenf bezlerindeki şişlikler iner. Yan etkileri görülmez.

Kızamıkçığın tek tehlikeli olduğu durum gebeliktir. Gebeliğin ilk üç ayında görülen kızamıkçık, %40 ile %90 arası, fetüseye zararlıdır: Fetüsün bu virüseye aşırı duyarlılığı nedeniyle doğacak bebekte göz kusurları, sağırılık, kalp ve dolaşım bozuklukları ve gelişim bozuklukları görülebilir.



- **Kızamıkçık Hastalığından Koruma**
Gebelikteki tehlikesi nedeniyle kız çocuklarının **kızamıkçık hastalığını** erken geçirmelerinde fayda vardır.
- Kız çocuklarına 11-15 yaşları arasında koruyucu aşı yapılmalıdır.
- Gebe kadınların da, eğer **kızamıkçık** geçirmemişlerse aşı yaptırmaları mutlaka gereklidir. Kadınlara aşı, doğum kontrol hapi aldıkları süre içinde yapılmalıdır.

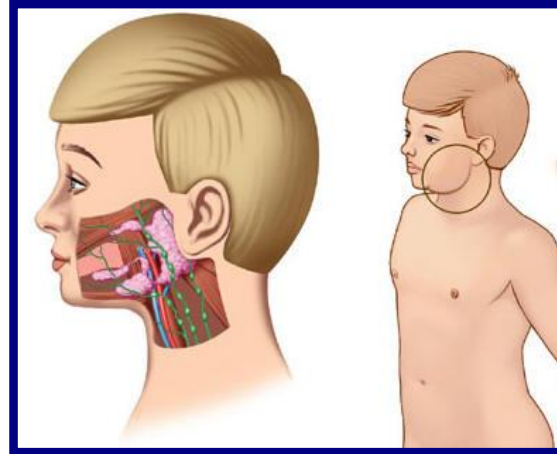
Kızamıkçık (Rubella): Etken Togavirüs ailesinden bir RNA virüsüdür. İnkübasyon süresi 14-21 gündür. Virüs döküntüden 7 gün önce ve 14 gün sonra nazofarenksten izole edilebilir ancak esas bulaştırıcılık 5 gün önce ve 6 gün sonra olur. Prodromal dönem hafif nonspesifik bulguları içerirse de genellikle görülmez. Döküntüden en az 24 saat önce hastalık için karakteristik olan lenfadenopatiler ortaya çıkar. Postaeriküler, suboksipital ve posterior servikal yerleşimlidir. Yumuşak damakta, Forscheimer lekeleri denilen pembe renkli enanemlerin görülmesi hastalık için patognomoniktir, ancak %20 hastada tespit edilebilir. Döküntü açık pembe renkli makulopapüler tarzda olup saçlı deri ve yüzden başlar, 1. gün sonunda tüm vücuda yayılır, 2. gün başladığı yerden itibaren solar ve 3. gün kaybolur. Lezyonlar tek tek görülür, birleşmez. Soyulma ve hiperpigmentasyon görülmez.

KABAKULAK

Damlacık infeksiyonuyla geçen virütik bir hastalık olup en çok 8-15 yaşları arasında görölmektedir. Kuluçka süresi 2-3 haftadır. Prodromal (ilk belirtilerin göröldüğü) dönemde orta derecede ateş, başağrısı, kusma, üşüme ve titreme, mandibulanın posterior kenarında kulaklar altında diffüz bir ağrı gözlenir



Erken safhalarda bu bulgular genellikle otitis media ile karıştırılır. Bundan sonra özellikle parotis olmak üzere tükürük bezleri hızla şişer. Kulak memesi yukarı doğru kalkmıştır. Parotis bezinin çift taraflı iltihabına bağlı olarak Stenom kanalı çevresi ödemli ve hiperemiktir.



Stenom kanalı çevresine basınç yapıldığında ağrı oluşur. Çiğneme ağrılıdır. Tüm ağız mukozası normalden daha kırmızıdır. Bu semptomlar yaklaşık bir hafta sürer. Eğer iltihap sublingual ve submandibular bezleri de içerisine alıyorsa, şişen ağız tabanı nedeniyle dil arkaya doğru itilmiştir..



- *Hasta ile yakın temasla, özellikle solunum yoluyla, öpmeyle, aynı bardak, çatal kaşığı kullanmakla çevredekilere de bulaşır.*
- *Bulaşıcı dönem, şişliğin başlamasından 1 gün öncesinden 9 gün sonrasına dek sürer. Bu süreçte okul çocuğunun evde izole edilmesi, sık el yıkamaya önem verilmesi gereklidir. Hasta ile temastan 2-3 hafta sonra, mikrobu alan diğer kişide de belirtiler başlar*

- Diğer viral hastalıklar gibi kabakulağın da bilinen bir tedavisi yoktur
- *Hastalık sırasında lüzuma göre doktorun önereceği ağrı kesici, ateş düşürücü ilaçlar kullanılabilir. Yumuşak, kolay çiğnenen, asitli olmayan gıdalar tercih edilmelidir.*
- *Eğer; şiddetli baş ağrısı, yüksek ateş, ısrarlı kusmalar, uyku hali, testislerde ağrı varsa hemen doktorunuza başvurulmalı*

KABAKULAK (Parotitis epidemica, Mumps, Oreillon)

Kabakulak virüsü Paramyxovirüs grubundandır. Virüs damlacık enfeksiyonu ile geçer. Tükürük bezlerini tutar. Hastalığın parotis şişmesi ile tanınmasının nedeni, parotisin diğer salgı bezleri içinde dıştan da görülebilen büyük bir organ olmasıdır. İnkübasyon süresi 16-18 gün, nadiren 12-14 veya 21 güne çıkabilir. Ateş çıkmadan 12-24 saat önce ağız içinde Stenon ve Wharton kanalı delikleri hafifçe kızarmış ve ödemli olduğundan kolayca görülebilirler. Hastalık doğrudan submandibuler ve sublingual bezlerden de başlayabilir. Tek yada çift taraflı parotis bezi şişer. Parotisin önce çene açısı ile kulak önü bölgesi şişer. Kulak memesini kaldırır. Üzerine basınç uygulandığında ağrılıdır. Şişlik çok çabuk gelişir, 5-7 günde hafifler.

Şiş indikten 9 gün sonra bile tükürükte virüs vardır, Kabakulak geçirmiş bir hasta 1 aydan önce tedavi edilmez.

6 yaş civarında görülürse altı yaş dişinin sürme şikayetleri ile karışabilir. Nadir olarak stenon kanalını tıkayan tükürük taşları mekanik olarak bezin şişmesine neden olabilir. Ateş ve diğer belirtiler olmaz.

Dental abse ile sıklıkla karıştırılır. Ayırıcı tanı için şu noktalara dikkat edilmelidir; dental absede abse nedeni olan bir çürükse diş veya gömülü diş vardır. Kabakulakta ise genellikle bu yoktur. Kabakulakta menenjit geçirme riski fazladır. İleri yaşlarda geçirilirse (10 yaşından sonra-testisler olgunlaştıktan ve fonksiyonuna başladıktan sonra) erkeklerde orşid denen üreme bezlerinin iltahabı ile tanımlanan ve kısırlığa yol açan bir tablo yaratır.

Eritema infeksiyozum (5. Hastalık): Parvovirüs B19'un neden olduğu hafif seyirli bir enfeksiyon hastalığıdır. Bir-iki hafta süren inkubasyondan sonra prodromal dönem olmaksızın aniden yüzde tipik döküntü ile başlar. Döküntü başladığı an viremi kaybolur ve bulaştırıcılık biter. Parvovirus B19 kronik hemolitik anemili ve immun yetmezlikli hastaları aplastik krize sokabilir. Aplastik krize girmiş anemili hastalar bu dönemde çok bulaştırıcıdır. Döküntü çok kaşıntılıdır, soyulma olmaksızın iyileşir. Döküntü üç evreli makulopapüler tarzdadır, evreler her zaman birbirinden ayırdedilemez.

1. Evre: Yüzde 'tokat yemiş görünümü' denilen kızıla benzeyen tablodur.
2. Evre: Gövdede ve ekstremitelerde proksimaline yerleşen, ortadan solmaya başlayan, retiküler, 'dantela tarzı' döküntü olur. Ekstansör bölgelerde görülür, el ve ayaklar korunur.
3. Evre: Sıcak banyo, heyecan, egzersiz ve minör travmalar sonucu oluşan rekürren döküntüler alevlenme ve azalmalarla, ortalama 11 gün (2-39 gün) sürer.

Roseola infantum (6. Hastalık): Human Herpesvirüs (HHV) tip 6'nın yol açtığı bazen de HHV tip 7'nin döküntüsüz olarak benzer tabloya neden olduğu bir enfeksiyon hastalığıdır. İnkubasyon süresi 10 gündür. Bulaştırıcılığı bilinmemektedir. Ani başlayan ve 40-40.5°C'ye yükselen ateş ve hafif nezle belirtileri prodromal dönemi oluşturur. Ateş %6 olguda konvülsiyona yol açar. Servikal ve oksipital lenfadenopati eşlik edebilir. Ateş çok yüksek olmasına rağmen genel durum son derece iyidir. Ateş 3-4 gün yüksek kalıp kriz şeklinde düşer. Ateş düşüncü hemen veya bir gün sonra gövdeden başlayıp ekstremitelere yayılan 2-3 mm çaplı makulopapüler tarzda lezyonlar ortaya çıkar. Döküntü 1-2 gün sürer bazen sadece yüz ve gövdede oluşur, basmakla solar, soyulma ve hiperpigmentasyon olmaksızın iyileşir. Periferik yaymada ilk 24-36 saat polimorfonükleer lökosit hakimiyeti ile lökositoz görülürken 2. günden sonra mononükleer lökosit hakimiyeti ile birlikte lökopeni olur.

Epstein-Barr virusün neden olduğu enfeksiyöz mononükleoz: İnkubasyon süresi 4-6 hafta arasında değişir. Ateş, boğaz ağrısı ve halsizlik gibi nonspesifik belirtiler prodromal dönemi oluşturur ve 2-3 gün sürer. Ateşin daha yükselmesiyle klinik bulgular ortaya çıkar. Jeneralize LAP, hepatosplenomegali ve membranöz tonsillit görülebilir. Palatal peteşiler %25 hastada yumuşak ve sert damak birleşme yerinde görülür. Periorbital ödem hastaların yarısında tespit edilebilir. Döküntü yaygın makulopapüler tarzda hastaların sadece %10-15'inde görülür. Klinik bulguların varlığı, 10000-40000/mm³ arası lökositoz varlığı ve serolojik doğrulama enfeksiyöz mononükleozis triadını oluşturur. A grubu beta-hemolitik streptokoklar vakaların %25'ine eşlik edebilir. Boğaz kültürü sonucuna göre üreme varsa mutlaka penisillin ile tedavi etmek gerekir. Çünkü ampisillin ile tedavi sonrası antijen-antikor reaksiyonu sonucu jeneralize bakır rengi döküntü ortaya çıkar. Bu bir hipersensitivite reaksiyonu değildir. Bu kişiler hayatlarının herhangi bir döneminde ampisillin kullandıklarında diğer insanlarla aynı oranda alerji geliştirirler. Hastalık 10-20 günde kendini sınırlar

COXSACKİE GRUBU HASTALIKLAR

Herpangina



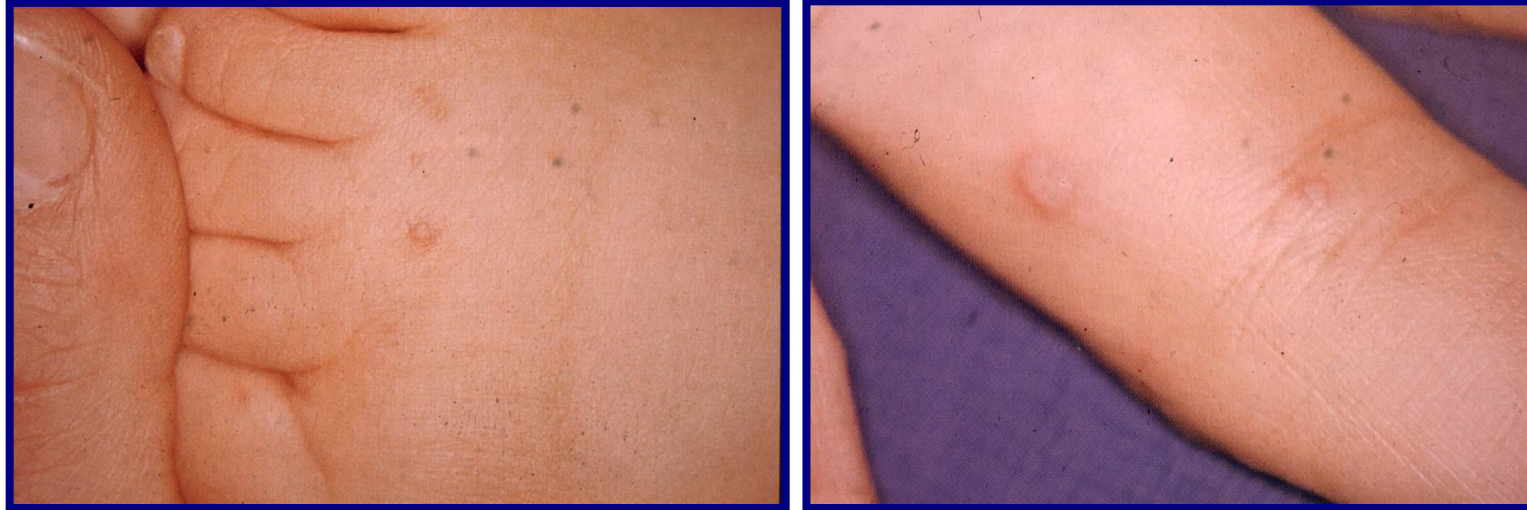
Bu hastalarda da genelde sert ve yumuşak damak, posterior faryngeal duvarda olmak üzere küçük veziküller gözükür, veziküller ortası gri çevresi kırmızı inflame ülserlere dönüşür. Ülserler ağrılı olmaz ve maksimum bir haftada iyileşir.

Herpanjina: Koksaki virüs A4 ile ortaya çıkar, ani yüksek ateş ve boğaz ağrısını takiben ağız içinde arka tarafta çok sayıda yaygın, ağrılı ülserler olur. Herpetik gingivastomatit ile karışabilir, ancak herpesvirüse bağlı lezyonlar daha çok ağız mukozasının ön bölümlerine yerleşir.

EL AYAK VE AĞIZ HASTALIĞI

Coxsackie virüslerin özellikle Grup A tip 16'nın neden olduğu deri ve mukozayı etkileyen veziküler bir hastalıktır. 10 yaş altındaki özellikle 1-5 yaş grubu çocukları etkiler. İnkübasyon periodu 2-6 gündür. Virüs, enfekte hayvanlarla temas sonucu veya inek sütünün içimiyle insana bulaşır.

İnkübasyon periodundan sonra hastada, ateş, kırgınlık gibi bulgular görülür. Karakteristik lezyonlar ağız, el ve ayaktadır. Ellerdeki lezyonlar özellikle parmakların yan, ön yüzlerinde ve avuç içinde görülebilir. Benzer lezyonlar ayak parmakları ve topukta bulunabilir.



Ağız lezyonları: Eritamatöz tabanlı ufak veziküller veya ağrılı ülserler şeklinde kendini belli eder. Bu lezyonlar ağzın tüm bölgelerinde bulunabilir, ancak tonsillerde nadir gözlenir. Oral lezyonların iyileşmesi 5-10 gün sürerken deri lezyonları 2 haftada bu süreyi tamamlar.



El, ayak ve ağız hastalığı, herpes simpleks ile karışabilir. Herpetik lezyonlar genellikle bir parmakta görülürken, bu hastalığın lezyonları birden fazla parmağı içerir.



El-ayak-ağız hastalığı: En sık koksaki virüs A16, sonra A4-7, A9, A10, B2, B5'in etken olduğu bulaşıcılığı yüksek, hafif seyirli bir enfeksiyon hastalığıdır. Ağız içinde dil, sert damak ve yanak mukozasında ülserler, takiben el ve ayakların dorsal kısımları ve parmak kenarlarında oval şekilde deri çizgilerine paralel 2-10 mm çaplı vezikülöpüstüler olur. Üç yerleşim yerinin üçünü de tutmayabilir. Nadiren tüm vücuda yayılıp 5-7 günde skarsız iyileşir.