

Патологическая анатомия сыпного тифа выяснена главным в основном российскими учеными (Л. В. Попов, И. В. Давыдовский, А. П. Авцын), доказавшими, что главные изменения при этой патологии обнаруживаются только с помощью микроскопа.

При вскрытии трупов умерших от этой болезни его диагноз ставят только предположительно. На коже видны участки сыпи в виде неясно выделяющихся пятен и точек коричневатого и красного оттенка. Особенно типично наличие [кровоизлияний](#) и сыпи, которая с всегда имеет место на 2-й, 3-й и 4-й неделе болезни. Вещество мозга отечное, мягкие оболочки на выпуклых местах серые (серозный менингит), селезенка большая (весь 300— 500 г), мягкая, полнокровная, дает небольшой соскоб пульпы на разрезе.

В других органах имеют место дистрофические процессы. При микроскопическом анализе органов и в особенности ЦНС и кожи выделяют нарушения кровеносных сосудов капиллярного и **главным образом** прекапиллярного варианта и артериол, получившие название инфекционного васкулита. В типичных случаях диагностируют набухание и деструкцию поверхностного слоя сосуда, сращивание его и образование тромба (пристеночного или обтурирующего). Медленно активируется пролиферация адвентициальных и периадвентициальных клеток, выходят к очагу лимфоциты и сегментоядерные лейкоциты. Стенка сосуда может подвергаться деформации как разрастающимися элементами, так и в связи с некрозом эндотелия.

Указанные процессы в мелких сосудах могут варьировать как по выраженности, так и по степени развития то пролиферативных, то некробиотических, то тромботических механизмов. Исходя из этого, выделяют ряд разновидностей сыпнотифозного васкулита:

а) бородавчатый эндovasкулит;

б) пролиферативно-деструктивный тромбоэндovasкулит;

в) пролиферативный васкулит;

г) некротический васкулит.



Прочитать еще:

1) [Опухоли ЖКТ](#)

2) [Плоскоклеточный рак](#)

3) [Способы метастазирования](#)

