

Часто наблюдается весь комплекс сосудистых изменений и тогда говорят о сыпнотифозном деструктивно-пролиферативном эндотромбоваскулите. При значительной степени деструкции стенки сосуда могут возникать мелкоточечные кровоизлияния — петехии.

Описанные поражения сосудов, сопровождающиеся эндо- и периваскулярной инфильтрацией, под микроскопом имеют вид узелков, называемых сыпнотифозными узелками или гранулемами. Впервые они описаны в 1875 г. **Л. В. Поповым** в центральной нервной системе и называются его именем. Узелки варьируют по своему строению в разных органах. Так, в головном мозгу узелки построены из клеток микроглии, адвентициальных клеток; в коже узелки построены из гистиоцитов.

Сыпнотифозная сыпь (**экзантема**) в коже появляется на 7— 9-й день болезни и характеризуется описанными выше изменениями сосудов, очень типичными для болезни.

В головном мозгу сыпнотифозные узелки появляются редко на 1-й неделе, а обычно на 2-й неделе болезни и остаются до 6-й недели. Они обнаруживаются в варолиевом мосту, ножках мозга, подкорковых ганглиях, продолговатом мозгу (особенно часто в области нижних олив), задней доле гипофиза. В белом веществе полушарий узелки не наблюдаются. Кроме того, в ткани нервной системы имеет место гиперемия, стазы, периваскулярные (главным образом перивенозные) гранулемы из [плазматических клеток](#), места пролиферации микроглии. Альтеративные процессы со стороны нервных клеток не достигают существенных размахов. Все описанные процессы позволяют говорить о развитии в головном мозгу при сыпном тифе энцефалита. В мозговых оболочках отмечается серозный менингит.

Прочитать еще:

1) [Причина возникновения](#)

2) [Макроскопическая картина изменений при миеломной болезни](#)

3) [Миелоз](#)