Редко возникает лимфаденит. Лимфатические узлы увеличены в размерах, мягкие, на разрезе в них обнаруживаются очаги некроза и нагноения с огромными скоплениями стрептококков, т.е. изменения, аналогичные описанным в миндалинах.

Из зева воспалительный процесс по евстахиевой трубе распространяется в полость среднего уха и вызывает здесь воспаление слизистой оболочки с некрозом ткани и слуховых косточек. Переход гнойного воспалительного процесса с лимфатических узлов на клетчатку шеи может вести к развитию флегмоны шеи. Флегмона бывает мягкая, если сопровождается скоплением гноя в межфасциальных пространствах, и твердая, если сопровождается некрозом тканей и **слабо выраженной лейкоцитарной реакцией** . Все описанные выше местные изменения характеризуют первый период скарлатины и развиваются обычно в течение первых 2—3 недель заболевания. Интенсивность их бывает различной и в легких случаях процесс ограничивается катаральной ангиной и нерезко выраженным лимфаденитом. Общие изменения при скарлатине выражаются появлением сыпи и рядом изменений во внутренних органах.

Сыпь обнаруживается в первые сутки болезни, имеет мелкоточечный характер и поражает все тело, за исключением средней части лица (нос, губы). При микроскопическом исследовании в коже видна гиперемия, **воспалительная инфильтрация** и отек сосочкового слоя, коагуляционный некроз эпидермиса. Через 2—3 недели от начала болезни омертвевший эпидермис постепенно отпадает, что сопровождается пластинчатым шелушением, которое очень характерно для скарлатины и особенно хорошо заметно в складках между пальцами кистей рук.

Прочитать еще:

1) Причины, способствующие появлению гипертензии

2) Терапия

3) Липосклероз и Атероматоз