Кандидоз — грибковое заболевание, возникающее у ослабленных пациентов с нейтрофильной лейкоцитопенией, а также дефектами Т-клеточного иммунитета. Кандидоз нередко возникает у больных с полиэндокринной недостаточностью (гипопаратиреозом, гипотиреозом, снижением функций надпочечников). При лейкозах с лейкопенией, иммуносупрессивном лечении при трансплантации органов возникает тяжёлый диссеминированный кандидоз. Поражения могут быть местными и генерализованными.
Лучше всего грибы растут на влажных и тёплых поверхностях тела. Кожно-слизистые формы кандидоза диагностируют у больных СПИДом, но наиболее часто они вызывают вагиниты, стоматиты. При этом на слизистых оболочках возникают поверхностные беле соватые бляшки
, пятна или налёты («молочница»), их легко отделить, видна красная воспалённая поверхность. Из полости рта грибы могут распространяться в пищевод. Характерны экзематозные поражения влажных зон кожи: между пальцами, в паховых складках, под молочными железами, в области заднего прохода и половых органов. Микроскопически в участках поражения наблюдают острое или хроническое воспаление, нередко с образованием мелких абсцессов и небольших гранулём.

При тяжёлых **иммунодефицитах** грибы образуют в ткани почек микроабсцессы, иногда возбудители видны в капиллярах клубочков. При прямом попадании грибов в кровоток, например, у больных наркоманией, возможно развитие эндокардита с рыхлыми наложениями на створках клапанов, особенно аортального. Кандидозные поражения лёгких протекают с образованием множественных очагов некроза и геморрагической перифокальной пневмонией. При гематогенной диссеминации возбудителей могут возникать менингит, абсцессы головного мозга и печени, множественные подкожные абсцессы, остеомиелит, артриты, энтерит.

Интересные статьи:

1) Патология эритроцитов

2) Патогенез гемолитических анемий

3) Бронхолёгочная дисплазия