

Кандидоз легких, как правило, комбинируется с серьезным и системным кандидозом пищеварительного тракта; реже процесс в легких протекает изолированно. Заболевание может иметь **острый** и **хронический** характер. В первом случае возникают, мелкие пневмонические очажки с некрозом в центре и фибринозным выпотом в альвеолах, окружающих зону некроза. В дальнейшем происходит нагноение и образование полостей.

При затяжном течении вокруг очажков пневмонии и некротических участков возникает продуктивная тканевая реакция, развивается грануляционная ткань и процесс завершается склерозированием. Мелкие бронхи при инфицировании легких поражаются в 90% случаев; в их просвете обнаруживаются нити гриба и **обильный лейкоцитарный экссудат**. Грибы могут прорасти стенку бронха и попадать в прилежащую к нему ткань легкого. В тяжелых случаях стенка бронха подвергается некрозу.

Инфицирование

верхних дыхательных путей диагностируют относительно редко. Генерализованный кандидоз появляется в тех случаях, когда грибы из первичных кандидозных очагов попадают в кровь.

Это наблюдается в случаях прорастания стенки сосуда псевдомицелием гриба у маленьких детей или истощенных взрослых. Генерализации процесса способствует неправильное лечение антибиотиками и **кортизоном**. При генерализации кандидозного процесса

могут появляться метастатические очаги в отдельных органах и системах или во всех органах. В последнем случае говорят о кандидозной септикопиемии.

В результате метастатических процессов возникают очаги кандидоза в головном мозгу и его оболочках, легких, почках, эндокарде (кандидозный эндокардит), миокарде.

В корковом слое почек появляются мелкие гнойнички и гранулемы, содержащие элементы гриба. В случаях острого течения заболевания в почках возникают очажки некроза. Проникновение грибов в просвет канальцев может повести к появлению их в моче, что имеет определенное диагностическое значение. При поражении легких грибы обнаруживаются в мокроте.

8) Противопоказаний к применению нет