

Наиболее часто при кандидозе поражаются слизистые покровы, имеющие многослойный плоский эпителий, в то время как слизистые оболочки, покрытые призматическим эпителием, поражаются редко.

Это объясняется известным тропизмом гриба к эпителию, богатому гликогеном, каковым и являются верхние слои многослойного плоского эпителия. По слизистой оболочке грибок растет вначале поверхностно с образованием **буроватых наложений**, состоящих из переплетающихся нитей псевдомицелия, спущенных клеток эпителия и полиморфных лейкоцитов. Местами можно наблюдать проникновение нитей гриба в толщу слизистой оболочки. В тяжелых случаях наблюдается некроз слизистой оболочки и в некротической зоне обнаруживается очень много псевдомицелия гриба.

Некротические участки слизистой оболочки отграничиваются от здоровой ткани **демаркационным валом**

полиморфно-ядерных лейкоцитов. При наличии близ зоны некроза сосудов можно наблюдать прорастание нитей псевдомицелия в просвет сосуда, что может обуславливать развитие метастазов. При попадании грибов во [внутренние органы](#)

вокруг них появляется клеточный инфильтрат, состоящий преимущественно из распадающихся полиморфноядерных лейкоцитов; среди них обнаруживаются нити псевдомицелия, на которые лейкоциты как бы нанизываются.

По окружности этого лейкоцитарного инфильтрата возникает тонкий вал из грануляционной ткани, среди **элементов** которой грибы обнаруживаются с трудом. При затяжном течении болезни преобладает продуктивная реакция, и участок поражения выглядит как узелок-гранулема, состоящий главным образом из фибробластов, а в центре — из гигантских многоядерных клеток, содержащих в цитоплазме обрывки нитей и почкующиеся формы гриба.

Прочитать еще:

1) [Клинико-морфологические проявления гонореи](#)

2) [Туляремия](#)

3) [Кандидоз легких](#)