**Кандидоз пищевода**

Микозы органов ЖКТ могут вызываться различными грибами, однако первое место по частоте, безусловно, занимает кандидоз. Выделяю инвазивный и неинавазивный кандидоз органов ЖКТ.

* Инвазивный кандидоз обусловлен внедрением нитчатой формы гриба *Candida* в ткани. Эту форму чаще наблюдают в органах с многослойным плоским эпителием (полость рта, пищевод), редко в органах с цилиндрическим эпителием (желудок, кишечник).
* Неинвазивный кандидоз реализуется без трансформации гриба в нитчатую форму за счет пролиферации его в просвете полого органа (обычно кишечника). При этом патогенез кандидоза связан с развитием дисбиоза и микст-инфекции в просвете кишечника, а также за счет интоксикации (продукты аномальной ферментации питательных веществ и метаболиты грибов), индукции вторичного иммунодефицита и микогенной аллергии, симптомов раздражения кишечника.

Классификация кандидозов ЖКТ:

* Орофарингеальный кандидоз (хейлит, гингивит, «заеды» глоссит, стоматит, фарингит.
* Кандидоз пищевода (осложнения – кровотечение, стриктура).
* Кандидоз желудка: диффузный (специфический эрозивно-фибринозный гастрит); фокальный (вторичный для язвы желудка).
* Кандидоз кишечника : инвазивный диффузный; фокальный (вторичный при язве ДПК, неспецифическом язвенном колите); неинвазивный (так называемый грибковый дисбиоз)
* Аноректальный кандидоз: инвазивный кандидоз прямой кишки; перианальный кандидодерматит.

Клиническая картина и диагностика кандидоза пищевода:

 Характерные жалобы – дисфагия, одинофагия, ретростеральный дискомфорт, однако возможно и латентное течение заболевания. Эндоскопические признаки кандидоза - гиперемия и контактная ранимость слизистой оболочки, фибринозные налеты различной локализации, конфигурации и размеров. Среди всего разнообразия визуальных признаков кандидоза пищевода можно выделить три группы типичных изменений:

1. Катаральный эзофагит: наблюдают диффузную гиперемию различной степени и умеренный отек слизистой. Характерный эндоскопический признак – контактная кровоточивость слизистой оболочки, иногда наличие нежного , белесоватого («паутинообразного») налета на слизистой оболочке.
2. Фибринозный (псевдомембранозный) эзофагит: наблюдаются бело-серые или бело-желтые рыхлые налеты в виде округлых бляшек диаметром 1-5 мм, выступющих над ярко гиперемированной и отечной слизистой оболочкой
3. Фибринозно-эрозивный эзофагит: характерно наличие грязно-серых «бахромчатых» налетов в виде лент, расположенных на гребнях продольных складок пищевода. Эрозии могут быть округлой и линейной формы, чаще от 2 до 5 мм в диаметре.

«Золотой стандарт» диагностики кандидоза слизистых оболочек – обнаружение псевдомицелия *Candida spp.* при морфологическом исследовании. Лечение специфическое, проводится специалистами НИИ медицинской микологии им. П.Н.Кашкина СЗГМУ.