

Мезангиокапиллярный (мембранозно-пролиферативный) гломерулонефрит характеризуют утолщение и диффузное удвоение базальной мембраны, пролиферация мезангиальных клеток. Заболевание проявляется нефротическим синдромом. Отличие от невоспалительных первичных гломерулопатий — увеличение количества гломерулярных клеток. Микроскопическая картина мембранозно-пролиферативного нефрита однотипна. Клубочки с увеличенным количеством клеток (больше за счёт пролиферации мезангиоцитов) имеют подчёркнутую дольчатость сосудистых петель. **Клинически** характерен нефротический и/или [нефритический синдром](#) (острое или подострое снижение скорости клубочковой фильтрации, изменение осадка мочи, массивная протеинурия). У большинства пациентов мезангиокапиллярный гломерулонефрит прогрессирует, приводя к развитию ХПН, несмотря на проводимую терапию.

Выделяют три разновидности мезангиокапиллярного гломерулонефрита.

▢ Тип 1 — гломерулонефрит с субэндотелиальными депозитами. Характерны субэндотелиальные и мезангиальные отложения.

◇ **Этиология и патогенез.** В большинстве случаев этот тип гломерулонефрита — идиопатический, у части больных ассоциирован с вирусами гепатита В, С, Эпштейна–Барр, бактериальным эндокардитом, стрептококковой инфекцией, новообразованиями. Иногда обнаруживают циркулирующие иммунные комплексы (классический путь активации комплемента). Участие антигенов в патогенезе не доказано.

◇ **Патоморфология.** Почки плотные, бледные с жёлтыми пятнами в корковом веществе. При длительном течении прогрессивно уменьшаются в размерах. Клубочки диффузно увеличены, заметна мезангиальная пролиферация, особенно центрлобулярная, что подчёркивает дольчатость клубочка (лобулярный гломерулонефрит), пролиферация эндотелиальных клеток. Просветы капилляров при этом резко сужены или совсем не видны. Наблюдают также инфильтрацию клубочков макрофагами, увеличение [мезангиального матрикса](#)

. Выявляют субэндотелиальные и мезангиальные фуксинофильные отложения, утолщение и удвоение контуров базальной мембраны («трамвайные рельсы» при импрегнации серебром) с распространением клеток мезангия и матрикса на периферию капиллярных петель. При этом под эндотелием откладывается вещество новой базальной мембраны (интерпозиция мезангия). Иммуногистохимически в большинстве случаев обнаруживают гранулярные отложения IgG, IgM, C3 (часто с C1q и/или C4) в капиллярных петлях и мезангии. При электронной микроскопии видны интерпозиция мезангия, типичные субэндотелиальные и мезангиальные плотные депозиты, иногда

субэпителиальные «горбы». Ножки подоцитов, как правило, сглажены.

♦ **Исходы и осложнения.** Прогноз неблагоприятный, у большинства больных процесс прогрессирует. Исход — вторично сморщенная почка и ХПН.



Интересные статьи:

- 1) [Эритема](#)

- 2) [Инфекционные заболевания глаза](#)

3) [Ретинобластома](#)