 Тип 2 — болезнь плотных депозитов. Характерны лентовидные зоны повышенной плотности в центральных участках утолщённой гломерулярной базальной мембраны.
◊ **Этиология и патогенез.** Этот гломерулонефрит — аутоиммунное заболевание. В крови больных определяют аутоантитела (IgG-C3-нефритический фактор), ответственные за активацию системы комплемента по альтернативному пути. Эти аутоантитела связываются с C3-конвертазой, активирующей C3 с образованием C3b-компонента. Конвертаза под действием C3-нефритического фактора становится устойчивой к инактивации, поддерживаемой пропердином. Клинические проявления гломерулонефрита типа 2 аналогичны типу 1. Циркулирующие иммунные комплексы у пациентов выявляют не часто.

◊ **Патоморфология**. Макро- и микроскопические изменения аналогичны описанным при гломерулонефрите типа 1. Однако увеличение клеточности при гломерулонефрите типа 2 более разнообразно в разных клубочках. Интерпозиция мезангия (двухконтурность базальной мембраны при серебрении) бывает реже.

Иммуногистохимически, в отличие от типа 1, выявляют только псевдолинейные, часто прерывистые отложения C3 в капиллярных петлях, очень редко иммуноглобулины и другие компоненты комплемента (C1q, C4). При электронной микроскопии патогномоничны лентовидные зоны повышенной плотности в центральных участках утолщённой гломерулярной базальной мембраны (болезнь электронноплотных депозитов). Электронноплотные отложения появляются также в мембранах капилляров вокруг канальцев, в эластических мембранах артериол.

◊ **Исходы и осложнения.** Прогноз неблагоприятный, у большинства больных процесс прогрессирует, несмотря на проводимое лечение. Исход — вторично сморщенная почка и ХПН.

 Тип 3 — диффузный мезангиокапиллярный гломерулонефрит. Сочетание изменений, характерных для типов 1 и 2. При электронной микроскопии часто обнаруживают субэндотелиальные, мезангиальные и субэпителиальные депозиты.

Интересные статьи:

1) Клинические проявления ретинобластомы

2) Перечень болезней

3) Доброкачественные опухоли кожи