

Козел П.С., Гринь Е.А.
**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕНОСТИ БОЛЕЗНИ БЕРЖЕ
В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

Научный руководитель: канд. мед. наук., доц. Летковская Т.А.

*Кафедра патологической анатомии и судебной медицины с курсом повышения
квалификации и переподготовки*

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

IgA-нефропатия представляет собой одну из наиболее распространённых причин развития гломерулонефрита в мире, занимая особое место среди заболеваний почек. В странах Азии этот вид нефропатии встречается особенно часто. Заболевание характеризуется разнообразием клинических форм, что затрудняет его прогнозирование и лечение. Около 30% случаев прогрессируют до терминальной стадии хронической почечной недостаточности, требующей заместительной терапии. Кроме того, при трансплантации почки рецидив заболевания наблюдается примерно у 30% пациентов.

Данная патология представляет собой форму хронического быстро прогрессирующего гломерулонефрита инфекционно-аутоиммунной этиологии, морфологически характеризующуюся мезангиопролиферативным воспалительным процессом с депозитами иммунных комплексов в мезангиальной области клубочков. Была впервые описана в 1968 году французским патологоанатомом Жаном Берже как заболевание почек, при котором в клубочках образуются «интеркапиллярные отложения IgA-IgG».

Предвестником клинического течения заболевания является эпизодическая макроскопическая гематурия, возникающая преимущественно во втором или третьем десятилетии жизни с момента манифестации патологии. Клиническая картина может проявляться такими симптомами, как дизурия, протеинурия, нефротический синдром, боль в области поясницы.

На макроскопическом уровне почки на ранних стадиях заболевания, как правило, не демонстрируют специфических морфологических изменений; при прогрессировании патологического процесса и длительном течении возможно выявление умеренного уменьшения размеров органа.

При микроскопическом исследовании почечного клубочка выявляются признаки воспалительной реакции в мезангиальном пространстве, где с помощью гистохимических методов обнаруживаются отложения иммунных комплексов, включающих иммуноглобулины классов IgA, IgG и IgM. При остром поражении почек отмечается пролиферация эпителиальных клеток париетального листка капсулы Боумена с формированием характерных полулуний, что свидетельствует о экстракапиллярной пролиферации и является морфологическим маркером быстро прогрессирующего гломерулонефрита. Дополнительно часто наблюдается гиалинозно-капельная дистрофия эпителиальных клеток различной степени выраженности, отражающая дегенеративные изменения в ткани.

В 80% случаев отмечается 10-летняя почечная выживаемость при сохранении нормального уровня сывороточного креатинина и протеинурии, не превышающей 0,5 г/сут. Более благоприятный прогноз наблюдается у педиатрических пациентов, достигших стойкой ремиссии без рецидивов в течение периода, превышающего 10 лет. Парадоксально, что при наличии рецидивов макрогематурии отмечается сохранение 20-летней почечной выживаемости, что может свидетельствовать о комплексном влиянии факторов, определяющих долгосрочный исход заболевания.