

ИММУНОДИАГНОСТИКА ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ,
АССОЦИИРОВАННОГО С АНТИТЕЛАМИ К МОГ

Рахмонов Ш.Н., Гайбиев А.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд,
Республика Узбекистан



Введение. Заболевание, ассоциированное с антителами к миелин-олигодендроцитарному гликопротеину (MOGAD), выделено в самостоятельную нозологическую форму, отличную от рассеянного склероза и NMOSD с антителами к аквапорины-4. Ошибочная диагностика ведёт к неправильному выбору лечения, поскольку ряд препаратов для рассеянного склероза при MOGAD неэффективен.

Цель исследования. На основе анализа литературы обобщить эпидемиологию MOGAD и современные принципы его иммунодиагностики в соответствии с международными критериями 2023 г.

Материал и методы. Проведён анализ публикаций, индексируемых в базах PubMed/MEDLINE, Scopus, Europe PMC и Google Scholar, с акцентом на многоцентровые когортные исследования, рандомизированные клинические испытания, систематические обзоры и международные консенсусы. Ключевыми источниками послужили международные диагностические критерии MOGAD (B. Banwell и соавт., Lancet Neurol., 2023) и систематический обзор эпидемиологии заболевания (Frontiers in Neurology, 2023).

Результаты. Ежегодная заболеваемость MOGAD в мире составляет около 3,4–4,8 на 1 млн населения, распространённость — 1,3–2,5 на 100 000; у детей заболеваемость выше, чем у взрослых (в Нидерландах — 3,1 против 1,3 на 1 млн), выраженного преобладания женщин нет ($\approx 1,2:1$). Рецидивирующее течение наблюдается у 35–50% больных, при дебюте в молодом взрослом возрасте — около 60%. Согласно критериям 2023 г., диагноз требует сочетания «ядерного» клинического события (оптический неврит, миелит, острый рассеянный энцефаломиелит, моно- или полифокальный церебральный дефицит, стволовой/мозжечковый синдром, кортикальный энцефалит) с выявлением MOG-IgG и исключения более вероятного диагноза. Предпочтительный материал — сыворотка, рекомендуемый метод — клеточный тест (cell-based assay) с полноразмерным человеческим MOG; результат оценивается как отрицательный, низкوپоложительный или чётко положительный. При чётко положительном титре дополнительные признаки не требуются, тогда как при низком титре или положительном результате только в ликворе необходимы отрицательный тест на AQP4-IgG и поддерживающие клинико-MPT признаки. Рутинный скрининг всех больных с демиелинизацией не рекомендуется: тестирование показано детям с оптическим невритом или ОДЭМ и взрослым с атипичными для рассеянного склероза признаками (протяжённое или двустороннее поражение зрительных нервов, периневрит), так как у взрослых с типичной для РС картиной высок риск

Date: 11thOctober-2026

ложноположительных результатов. Отёк диска зрительного нерва при MOG-ассоциированном неврите встречается в 45–95% случаев.

Заключение. Иммунодиагностика MOGAD должна основываться на клеточном тесте с полноразмерным MOG с обязательной оценкой титра и клинико-радиологического контекста; прицельное, а не скрининговое тестирование снижает частоту ложноположительных результатов и ошибочных диагнозов.

Ключевые слова: *MOGAD, антитела к MOG, клеточный тест, диагностические критерии, оптический неврит, ОДЭМ.*

ЛИТЕРАТУРА:

1. Banwell B., Bennett J.L., Marignier R. et al. Diagnosis of myelin oligodendrocyte glycoprotein antibody-associated disease: International MOGAD Panel proposed criteria // Lancet Neurol. – 2023. – Vol. 22(3). – P. 268–282.
2. Epidemiology of myelin oligodendrocyte glycoprotein antibody-associated disease: a review of prevalence and incidence worldwide // Front. Neurol. – 2023. – Vol. 14. – Art. 1260358.
3. de Mol C.L., Wong Y., van Pelt E.D. et al. The clinical spectrum and incidence of anti-MOG-associated acquired demyelinating syndromes in children and adults // Mult. Scler. – 2020. – Vol. 26(7). – P. 806–814.

