

Анизакида-IgG-ИФА-БЕСТ

Номер по каталогу D-3454

НАБОР РЕАГЕНТОВ ДЛЯ ИММУНОФЕРМЕНТНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ КЛАССА G К АНТИГЕНАМ АНИЗАКИД В СЫВОРОТКЕ (ПЛАЗМЕ) КРОВИ

Анизакидоз – личиночный зоонозный биогельминтоз из группы нематодозов, характеризующийся поражением желудочно-кишечного тракта. Возбудителями анизакидоза являются личинки нематод семейства Anisakidae родов Anisakis, Contracaecum, Pseudoterranova, Porrocaecum, Hysterothylacium. Они отличаются друг от друга строением передней части пищеварительного канала.

Впервые у человека анизакидоз был зарегистрирован в Голландии в 1955 г. Затем сообщения о заражении людей этими гельминтами стали появляться чаще, и к настоящему времени известны тысячи случаев анизакидоза в странах Европы, Северной и Южной Америки, Юго-Восточной Азии. Единичные случаи данного гельминтоза зарегистрированы в России (на Камчатке, в Москве).

Окончательными хозяевами гельминтов, в кишечнике которых обитают половозрелые особи, являются китообразные и ластоногие млекопитающие, хрящевые рыбы (акулы и скаты), рыбоядные птицы (цапля и др.). Выделяемые с испражнениями окончательных хозяев оплодотворенные яйца гельминтов заглатываются промежуточными хозяевами – водными ракообразными, в которых личинки проходят вторую стадию жизненного цикла. Третья стадия развития личинок анизакид происходит во вторых дополнительных хозяевах: морской рыбе и кальмарах, которые питаются первыми промежуточными хозяевами и являются переносчиками личинок. К ним относятся многие виды морских рыб: треска, корюшка, морской окунь, сельдевые, мерлуза, макрель, камбала, бельдюга, протипома, пикша, серебристый хек, зубатка, морская форель, путассу, ставрида, скумбрия, нототения, мойва и др. Окончательные хозяева заражаются, поедая вторых промежуточных хозяев.

Заражение человека происходит при употреблении в пищу сырых или полусырых инвазированных личинками анизакид морских рыб и других морепродуктов. Способствуют заражению также пищевые привычки и обычаи кулинарной обработки рыбы, ее икры, национальных блюд без тщательной термической обработки. При попадании в желудочно-кишечный тракт человека личинки анизакид активно внедряются головным концом в слизистую и подслизистую оболочки на всем его протяжении от глотки до толстого кишечника. Наиболее часто они обнаруживаются в стенках желудка и тонкого кишечника. Инкубационный период составляет от нескольких часов до 7–14 суток. На месте внедрения личинок развивается воспаление, сопровождающееся эозинофильной инфильтрацией, отеком, изъязвлением и геморрагиями. В дальнейшем возможно формирование эозинофильных гранулем, некроза и перфорации кишечной стенки. Воспалительные процессы и нервно-рефлекторные реакции могут привести к непроходимости кишечника. Заболевание сопровождается нарушением секреторной и двигательной функций кишечника, следовательно, нарушается процесс переваривания и усвоения пищи. Клиническая картина заболевания обусловлена местом локализации паразитов. При нахождении личинок в просвете кишечника симптоматика может быть весьма скудной. При желудочной локализации (наиболее частая форма заболевания) больных беспокоит сильная боль в эпигастрии, тошнота, рвота, иногда с кровью. Отмечается субфебрильная или фебрильная лихорадка, развитие аллергических реакций немедленного типа (крапивница, отек Квинке). В случае ретроградной миграции личинок анизакид из желудка в пищевод возникают боль и раздражение в горле, кашель. При кишечном анизакидозе больные жалуются на боли в области пупка и в правой подвздошной области, урчание в животе, метеоризм. Возможно возникновение симптомокомплекса острого живота, характерного для аппендицита или непроходимости кишечника. Течение заболевания может быть острым, подострым или хроническим. Иногда личинки анизакид мигрируют в желчный пузырь, протоки печени и поджелудочной железы, вызывая в этих органах воспалительные реакции и образование гранулем. У человека анизакиды до половой зрелости не развиваются, а срок жизни составляет от нескольких недель до 2–3 месяцев, однако симптомы заболевания, обусловленные токсико-аллергическим воздействием личинок гельминта на организм человека, в том числе и в результате формирования гранулем, могут наблюдаться на протяжении нескольких месяцев и даже лет. К серьезным осложнениям кишечного анизакидоза относится прободение кишечной стенки и попадание кишечного содержимого в брюшную полость с развитием перитонита. В легких случаях течения заболевания преобладают диспепсические расстройства (тошнота, рвота, боли в животе).

Анизакида- IgG -ИФА-БЕСТ

НАБОР РЕАГЕНТОВ ДЛЯ
ИММУНОФЕРМЕНТНОГО
ВЫЯВЛЕНИЯ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ
КЛАССА G К АНТИГЕНАМ АНИЗАКИД
В СЫВОРОТКЕ (ПЛАЗМЕ) КРОВИ

Диагноз «Анизакидоз» ставится на основании сведений об употреблении в пищу сырых морепродуктов, клинической картины и морфологического исследования биопсионного материала. Личинок анизакид можно обнаружить при помощи контрастной рентгенографии и эндоскопии или при исследовании резецированных при хирургических операциях участков желудка и кишечника. При фиброгастроуденоскопии в местах внедрения гельминтов обнаруживается отек слизистой оболочки с множественными точечными эрозиями. При исследовании крови выявляется умеренный лейкоцитоз и эозинофилия. При копроскопии личинки или яйца анизакид не обнаруживаются. Идентификация паразита до рода и вида возможна при исследовании личинок. Анизакидоз следует дифференцировать с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, гастритом, панкреатитом, холециститом и опухолями. При кишечной форме необходимо исключить аппендицит, дивертикулит, опухоли, колит и энтероколит.

В ЗАО «Вектор-Бест» разработан новый набор реагентов «Анизакида-IgG-ИФА-БЕСТ» для определения иммуноглобулинов класса G, специфических к антигенам анизакид.

Анизакида-IgG-ИФА-БЕСТ

Назначение

Диагностика анизакидоза в комплексе с другими методами анализа.
Оценка эффективности лечения анизакидоза.

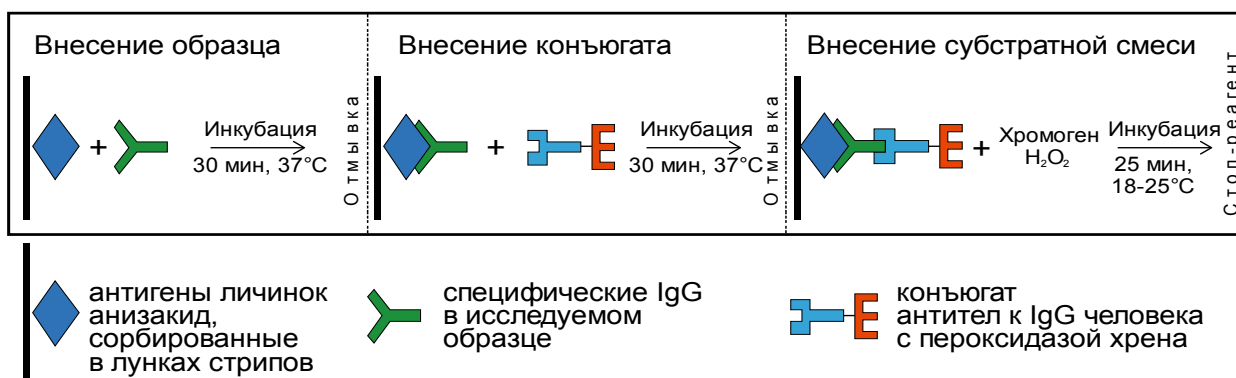
Принцип анализа

Твердофазный двухступенчатый непрямой иммуноферментный анализ на планшетах.

Основные характеристики набора

- Высокая чувствительность и специфичность обусловлена использованием очищенных антигенов личинок анизакид.
- Исследуемый образец: 10 мкл сыворотки крови (разведение в процессе анализа 1:100).
- Готовые к использованию растворы конъюгата, ТМБ, РРС, положительный и отрицательный контрольные образцы.
- Общее время инкубации: 1 час 25 минут.
- Учет результатов: спектрофотометрия при длине волны 450 нм или 450+620 нм.
- Комплектация набора позволяет осуществить 12 независимых постановок ИФА по 8 анализов каждая, включая контроли.
- Срок хранения: 12 месяцев при температуре 2-8°C.

Схема проведения ИФА



ЗАО «Вектор-Бест»

630117, г. Новосибирск-117, а/я 492, т.: (383) 227-73-60, 332-81-34
т./факс: 332-67-49, 332-67-52, e-mail: vbmarket@vector-best.ru

ВЕКТОР

БЕСТ

www.vector-best.ru

Представительства:

Москва: (495) 710-76-96; Санкт-Петербург: (812) 495-55-99;
Ростов-на-Дону: (863) 295-15-61; Екатеринбург: (343) 372-90-50;
Уфа: (347) 246-23-34; Хабаровск: (4212) 335-946;
Нижний Новгород: (831) 272-35-47; Киев: (10 380 44) 220-04-04