



МІНІСТЭРСТВА  
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ  
РЭСПУБЛІКІ БЕЛАРУСЬ

МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ЗАГАД

ПРИКАЗ

20.10.2020 № 1105

г. Мінск

г. Минск

Об утверждении Инструкции по  
лабораторной диагностике сифилиса

На основании Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, в целях совершенствования организации оказания медицинской помощи населению

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить Инструкцию по лабораторной диагностике сифилиса (прилагается).
2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 мая 2009 г. № 488 «Об утверждении Инструкции по лабораторной диагностике сифилиса».
3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра Богдан Е.Л.

Исполняющий обязанности Министра

Д.Л. Пиневич

УТВЕРЖДЕНО  
Приказ  
Министерства  
здравоохранения  
Республики Беларусь  
20.10.2020 № 1105

## **ИНСТРУКЦИЯ по лабораторной диагностике сифилиса**

### **ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Настоящая Инструкция определяет порядок лабораторной диагностики сифилиса в организациях здравоохранения Республики Беларусь.

2. На территории Республики Беларусь лабораторная диагностика сифилитической инфекции осуществляется в Республиканской референс-лаборатории по диагностике сифилиса (далее – РРЛ по диагностике сифилиса), в клиничко-диагностических и серологических лабораториях государственных и негосударственных организаций здравоохранения, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством.

3. Данная инструкция разработана для решения следующих задач:

- определение показаний к обследованию на сифилитическую инфекцию;
- определение спектра диагностических методов, используемых для диагностики сифилитической инфекции;
- установление единых требований к порядку диагностики сифилитической инфекции.

### **ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА СИФИЛИСА**

4. Для лабораторной диагностики сифилиса применяются прямые и непрямые методы.

**Прямые методы** диагностики выявляют самого возбудителя или его генетический материал.

Абсолютным доказательством наличия у пациента заболевания является обнаружение *Treponema pallidum* (*T. pallidum*) в образцах, полученных из очагов поражений, при микроскопическом исследовании в

темном поле зрения и/или иммуногистохимическом исследовании с использованием моноклональных или поликлональных антител.

Прямые методы используются для диагностики ранних форм заболевания (первичный и вторичный сифилис) с клиническими проявлениями (эрозивно-язвенные элементы), а также для подтверждения врожденного сифилиса (ткань пуповины, плаценты, органы плода, отделяемое слизистой оболочки носа, содержимое пузырей, отделяемое с поверхности папул).

**Непрямые (серологические) методы** диагностики сифилиса позволяют выявить антитела к возбудителю сифилиса в сыворотке крови и ликворе и делятся на две группы:

*Нетрепонемные тесты* (далее – НТТ):

тест быстрых плазменных реагинов (Rapid Plasma Reagins) (далее – RPR);

тест Исследовательской лаборатории венерических заболеваний (Venereal Disease Research Laboratory test) (далее – VDRL).

*Трепонемные тесты* (далее – ТТ):

иммуноферментный анализ (далее – ИФА);

реакция пассивной гемагглютинации (далее – РПГА);

реакция иммунофлюоресценции (непрямой иммунофлюоресценции) (далее – РИФ (РНИФ), в том числе в модификациях РИФ-абс, РИФ-200, РИФ-ц);

иммуоблоттинг (исследование проводится на базе РРЛ по диагностике сифилиса на бюджетной основе, по направлениям от учреждений здравоохранения Республики Беларусь).

5. Материалами для исследования на сифилис являются сыворотка крови, спинномозговая жидкость.

6. Клинический диагноз первичного сифилиса подтверждается обнаружением *Treponema pallidum* в нативном препарате и/или положительными результатами одного трепонемного и одного нетрепонемного теста.

Клинический диагноз вторичного и скрытого раннего сифилиса подтверждается положительными результатами одного трепонемного и одного нетрепонемного теста.

Клинический диагноз позднего сифилиса подтверждается положительными результатами не менее чем в двух трепонемных тестах.

Клинический диагноз нейросифилиса подтверждается положительными результатами не менее чем двух трепонемных тестов со спинномозговой жидкостью; результатами комплексной оценки изменений ликвора, с определением степени выраженности показателей воспалительного компонента: морфологический состав (количественный и

качественный цитоз), биохимические показатели (общий белок, глобулины/альбумины), расчетные индексы и коэффициенты (альбуминовый коэффициент; IgG-коэффициент; IgG-индекс; РПГА-индекс), а также степени выраженности специфического компонента (нетрепонемный и трепонемный тесты).

### **ГЛАВА 3**

## **ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ НА СИФИЛИТИЧЕСКУЮ ИНФЕКЦИЮ ПРИ ОБРАЩЕНИИ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ**

7. Для обязательного клинико-лабораторного обследования на сифилитическую инфекцию в зависимости от клинической ситуации и контингентов, подлежащих обследованию, используются НТТ и ТТ в соответствии с алгоритмом согласно приложению 1.

8. При проведении диагностики сифилиса чувствительность и специфичность ТТ (ИФА, РПГА, РИФ) для диагностики сифилиса должна быть не менее 98,0%.

9. Если в инструкции по применению не введено понятие «серой зоны», то рекомендуется учитывать возможное влияние ошибок дозирования пипеткой (5%) и измерение оптической плотности спектрофотометра (5%). Таким образом, сыворотки, оптическая плотность (далее – ОП) которых после постановки ИФА отличается не более чем на 10% от ОП критического, следует признать неопределенными. Пробы с положительным и неопределенным результатами ИФА повторно тестируются не менее чем в 2-х лунках планшета независимо от инструкции производителя, предпочтительнее – на тест-системе другого производителя, а также проводится параллельное с ИФА исследование НТТ (RPR/VDRL) в качественном и количественном вариантах. Далее пациенты консультируются врачом-дерматовенерологом для решения вопроса о проведении углубленного обследования с использованием специфического подтверждающего ТТ (РПГА, РИФ-абс, РИФ-200).

10. В сомнительных или противоречивых результатах других ТТ, а также для диагностики раннего и позднего врожденного сифилиса на базе РРЛ по диагностике сифилиса проводится иммуноблоттинг.

11. Спинномозговая жидкость исследуется в день доставки ТТ (ИФА, РПГА, РИФ-ц) и НТТ (RPR / VDRL).

12. Сведения о положительных результатах вносятся в «сигнальный журнал» и подаются в опергруппу под роспись.

13. На базе РРЛ по диагностике сифилиса проводятся арбитражные исследования для учреждений и организаций здравоохранения

Республики Беларусь.

14. Учет результатов реакций, проводимых для диагностики сифилиса, осуществляет врач. При неукомплектованности центральных районных больниц (далее – ЦРБ) врачом лабораторной диагностики исследования на сифилис согласно Постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 февраля 2008 г. № 38 проводит и учитывает фельдшер-лаборант, прошедший стажировку на рабочем месте не менее 5 рабочих дней в централизованных серологических лабораториях.

15. Все положительные пробы подлежат хранению. Хранятся сыворотки крови в холодильнике при температуре  $+2-8^{\circ}\text{C}$  не более 7 суток. Замораживание при температуре  $-20^{\circ}\text{C}$  позволяет хранить образцы в течение 1 месяца, при температуре  $-70^{\circ}\text{C}$  срок хранения не лимитируется. Не допускается оттаивание и повторное замораживание образцов сыворотки крови. При необходимости хранения сыворотки крови в течение более длительного срока проводят замораживание сыворотки при разделении ее на несколько дублирующих аликвот по 0,5-1 мл в пробирки типа «Эппендорф». Для гомогенизации содержимого пробирки после оттаивания ее в обязательном порядке несколько раз перемешивают до начала исследования.

16. При выявлении положительных результатов скрининговых серологических тестов у пациентов с клинической картиной парезов, параличей, эпилептиформных припадков, невритов и других признаков поражений нервной системы, врачом-дерматовенерологом проводится консультация для назначения специфического обследования и лечения по его результатам. Пациентам определяется лечение стационарно в специализированных отделениях неврологического / психиатрического / дерматовенерологического профиля. При проведении лечения стационарно в условиях специализированных отделений неврологического (психиатрического) профиля, - лечение пациента осуществляет врач-невролог (врач-психиатр), консультирует врач-дерматовенеролог.

17. До этапа транспортировки материал должен быть сортирован в зависимости от планируемого метода (сочетания методов), которыми должно быть проведено исследование. При доставке проб в лаборатории на каждую группу методов исследования должна заполняться отдельная ведомость ф. №201/у-07 и направление ф. №222/у-07.

18. Ответственность за забор, назначение методов исследования, сортировку биоматериала, заполнение направлений и общих ведомостей, доставку биоматериала в лаборатории возлагается на направляющее учреждение.

19. Централизованные лаборатории должны осуществлять мониторинг организаций здравоохранения и организаций, осуществляющих забор биоматериала для диагностики сифилиса, а также организаций здравоохранения и организаций, осуществляющих диагностику сифилиса.

20. Централизованные серологические лаборатории (или врачи лабораторной диагностики, ответственные за работу по контролю качества в области диагностики сифилиса) должны осуществлять внешний контроль качества всех применяемых серологических реакций в лабораториях организаций здравоохранения и организаций, осуществляющих диагностику сифилиса. Внешний контроль качества серологических исследований осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 сентября 2009 г. № 873.

21. Стажировка специалистов по серодиагностике сифилиса должна осуществляться в централизованных серологических лабораториях областных и городских кожно-венерологических диспансеров не менее 5 рабочих дней.

#### **ГЛАВА 4**

### **ОТБОР, ТРАНСПОРТИРОВКА И ХРАНЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ ПРОБ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ НА СИФИЛИТИЧЕСКУЮ ИНФЕКЦИЮ**

22. Отбор, транспортировка и хранение первичной пробы серозного отделяемого с поверхности эрозий, язв, мацерированных, эрозированных, изъязвленных папул, пустул производится согласно приложению 2.

23. Отбор, транспортировка и хранение первичной пробы пунктата лимфатического узла производится согласно приложению 3.

24. Отбор, транспортировка и хранение первичной пробы венозной крови производится согласно приложению 4.

25. Отбор, транспортировка и хранение первичной пробы спинномозговой жидкости производится согласно приложению 5.

#### **ГЛАВА 5**

### **МЕТОДИКИ, ИСПОЛЬЗУЮЩИЕСЯ В ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИСА**

26. Для выполнения исследования на *Treponema pallidum* в темном поле зрения используется методика согласно приложению 6.

27. Для выполнения реакции быстрых плазменных реактивов\*

используется методика согласно приложению 7.

28. Для выявления суммарных антител (или антител одного класса) к *Treponema pallidum* в сыворотке крови, спинномозговой жидкости методом иммуноферментного анализа\* используется методика согласно приложению 8.

29. Для выявления суммарных антител (или антител одного класса) к *Treponema pallidum* методом реакции пассивной гемагглютинации\* используется методика согласно приложению 9.

30. Для выявления суммарных антител к *Treponema pallidum* в сыворотке крови, спинномозговой жидкости методом непрямой иммунофлюоресценции\* используется методика согласно приложению 10.

31. Для выявления антител к отдельным антигенам возбудителя сифилиса методом иммунного блоттинга с использованием рекомбинантных антигенов\* используется методика согласно приложению 11.

## ГЛАВА 6 ПОРЯДОК ВКЛЮЧЕНИЯ ВЫПОЛНЕННЫХ ЛАБОРАТОРИЕЙ ИССЛЕДОВАНИЙ В СТАТИСТИЧЕСКИЙ ОТЧЁТ

32. При составлении статистического отчёта о количестве выполненных исследований в лаборатории необходимо руководствоваться следующими нормами:

33.1. исследование на бледную трепонему в тёмном поле – 1 исследование;

33.2. RPR качественный вариант – 1 исследование;

33.3. RPR количественный вариант – 1 исследование;

33.4. ИФА качественный вариант – 1 исследование;

33.5. РПГА качественный вариант – 1 исследование;

33.6. РПГА количественный вариант – 1 исследование;

33.7. РИФ абс. + РИФ-200 качественный вариант – 2 исследования;

33.8. РИФ абс. + РИФ-200 количественный вариант – 2 исследования;

33.9. иммуноблоттинг (Ig G) – 1 исследование;

33.10. иммуноблоттинг (Ig M) – 1 исследование;

33.11. исследование ликвора в одной серореакции – 1 исследование (в двух – 2 исследования и т.д.);

33.12. общеклиническое исследование ликвора: цитоз – 1 исследование;

общий белок – 1 исследование;

33.13. биохимическое исследование ликвора: 1 показатель – 1 исследование.



Приложение 1  
к Инструкции  
по лабораторной диагностике  
сифилиса

1. ИФА (или РПГА) + РИФ-абс, РИФ-200 + RPR (или VDRL)

№п/п	Контингенты, подлежащие обследованию	Кратность
1	Лица, имевшие контакт (половой или тесный бытовой) с больным сифилисом.	Исследование проводится дважды: 1) при первичном обращении; 2) через 6 недель (при контакте с больными ранними формами сифилиса и проведенном превентивном лечении).

2. ИФА (или РПГА) + RPR (или VDRL)

№п/п	Контингенты, подлежащие обследованию	Кратность
1	Беременные женщины.	Исследование проводится трижды: 1) при 1-ой явке; 2) в сроке 28-30 недель беременности; 3) при поступлении в роддом.
2	Невынашивание беременности, преждевременные роды, мертворождение.	При первичном обращении.
3	Доноры крови, плазмы и других биологических жидкостей и тканей.	При каждом обращении.
4	Лица, подвергшиеся сексуальному насилию.	Исследование проводится дважды: 1) при первичном обращении; 2) через 6 недель.
5	Медицинские работники в случае контакта с биологическим материалом пациента, возникающем в результате	Исследование проводится дважды: 1) при первичном

	аварийной ситуации (порез, укол и т.д.).	обращении; 2) через 6 недель.
6	Мягкий шанкр, паховый лимфогранулематоз, донованоз, эрозивно-язвенные поражения кожи и слизистых любой локализации*.	При первичном обращении.
7	Психические заболевания.	При первичном обращении и далее 1 раз в год.
8	Иностранцы граждане при оформлении вида на жительство.	При первичном обращении.

\*дополнительно проводится темнопольная микроскопия отделяемых эрозивных или язвенных дефектов кожи и слизистых оболочек (при отсутствии положительного результата исследования и отрицательных серологических реакциях – не менее 3-х раз)

### 3. ИФА

1	Поражение органов слуха (тугоухость, нарушение функций вестибулярного аппарата)*.	При первичном обращении.
2	Миокардит, аортит, аневризма аорты, приобретенные пороки сердца, воспалительные изменения паренхиматозных органов неясной этиологии*.	При первичном обращении.
3	Остеомиелиты, остеоperiоститы, синовиты*.	При первичном обращении.
4	Менингоневриты, менингиты, энцефалиты, миелиты, полирадикулоневриты, менингovasкулиты по типу ишемических и геморрагических инсультов, васкулиты спинного мозга, объемные процессы головного и спинного мозга, мононевриты, полиневриты, плекситы, клинические проявления табеса*.	При первичном обращении.
5	Носительство вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), носительство	При первичном обращении и далее 1

	маркеров парентеральных гепатитов.	раз в год.
6	Скрининговое обследование лиц с целью выявления инфекций, передающихся половым путем, в том числе, лица с установленным диагнозом инфекций, передающихся половым путем, при анонимном обследовании*.	При первичном обращении.
7	Чесотка, педикулез (кроме детей в возрасте до 14 лет)*.	При первичном обращении.
8	Воспалительные изменения в области миндалин при одностороннем процессе, наличии на них эрозий и язв, отсутствии температуры, глоссит, ларингит, сопровождающийся дисфонией*.	При первичном обращении.
9	Геморрой, трещины заднего прохода, проктит, парапроктит*.	При первичном обращении.
10	Высыпания на коже и слизистых оболочках, сопровождающиеся лимфангитом, лимфаденитом (кроме детей в возрасте до 14 лет)*.	При первичном обращении.
11	Алопеция (кроме детей в возрасте до 14 лет)*.	При первичном обращении.
12	Температурная реакция на прием антибактериальных лекарственных средств*.	При первичном обращении.
13	Злокачественные новообразования*.	При первичном обращении.
14	Подростки, состоящие на учете в инспекции по делам несовершеннолетних.	При взятии на учет.
15	Лица из «групп риска» (мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ), работники коммерческого секса)*.	При первичном обращении.
16	Женщины, направляемые на прерывание беременности или другие внутриматочные манипуляции*.	При первичном обращении.
17	Пациенты, за которыми установлено диспансерное наблюдение в наркологических диспансерах.	При взятии на учет и далее 1 раз в год.
18	Лица в возрасте от 14 лет и до 70 лет при госпитализации (кроме	При отсутствии данных достоверного

	клинических показаний, указанных выше).	результата обследования за последний 1 месяц
19	Граждане при призыве в Вооруженные силы*.	При первичном обращении.
20	Лица, подлежащие обязательным и внеочередным медицинским осмотрам*.	При первичном обращении и далее в соответствии с нормативными документами Министерства здравоохранения.

\*на амбулаторном приеме

#### 4. Иммуноблоттинг

1	Сомнительные или противоречивые результаты трепонемных тестов.	При первичном обращении.
2	Диагностика раннего и позднего врожденного сифилиса.	При первичном обращении.

Приложение 2  
к Инструкции  
по лабораторной диагностике  
сифилиса

Отбор первичной пробы серозного отделяемого с поверхности эрозий, язв, мацерированных, эрозированных, изъязвленных папул, пустул

Наименование процедуры	Отбор первичной пробы серозного отделяемого с поверхности эрозий, язв, мацерированных, эрозированных, изъязвленных папул, пустул.
Требования к специалистам (кто участвует в выполнении процедуры)	Специалист, имеющий высшее медицинское образование по специальностям: 1-79 01 01 «Лечебное дело», 1-79 01 02 «Педиатрия», 1-79 01 03 «Медико-профилактическое дело», 1-79 01 04 «Медико-диагностическое дело».
Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	В соответствии с требованиями нормативных документов.
Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения, необходимые для процедуры	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Стерильные марлевые салфетки.</li> <li>2. Медицинские перчатки.</li> <li>3. Ложки Фолькмана.</li> <li>4. Пинцет.</li> <li>5. Лоток.</li> <li>6. Предметные стекла.</li> <li>7. Покровные стекла.</li> <li>8. Бактериологическая петля.</li> <li>9. Стерильный физиологический раствор.</li> <li>10. Маркер.</li> <li>11. Манипуляционный столик.</li> <li>12. Кушетка, гинекологическое кресло.</li> <li>13. Одноразовый гинекологический набор.</li> <li>14. Антисептики, разрешенные к применению Министерством здравоохранения.</li> </ol>
Методика выполнения процедуры	<p>I. Подготовка к процедуре.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Объяснить пациенту ход и цель процедуры; убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.</li> <li>2. Оформить бланк направления для лабораторного исследования.</li> </ol>

<p>3. Промаркировать предметное стекло, предназначенное для взятия биологического материала.</p> <p>4. Провести гигиеническую антисептическую обработку рук.</p> <p>5. Надеть медицинские перчатки.</p> <p>6. Обеспечить свободный доступ к язвенному дефекту.</p> <p>7. Тщательно и осторожно очистить поверхность дефекта кожи или слизистой с помощью марлевой салфетки, смоченной стерильным физиологическим раствором, не травмируя поверхность.</p> <p>II. Выполнение процедуры.</p> <p>1. Метод раздражения. Стерильной ложкой Фолькмана провести осторожные (исключая повреждение сосудов), поглаживающие движения по поверхности элемента. Через 10-60 секунд на поверхности элемента образуется прозрачная, слегка опалесцирующая тканевая жидкость. В случае появления кровотечения его следует остановить, прижав ватный тампон к поверхности элемента, после чего продолжить поглаживания. Полученное серозное отделяемое смешать на предметном стекле с равным количеством физиологического раствора, накрыть покровным стеклом и полученный нативный препарат исследовать под микроскопом.</p> <p>2. Метод сдавливания. После очистки сдавить края эрозии/язвы пальцами или пинцетом, стимулируя выделение серозного экссудата. Собрать экссудат с поверхности бактериологической петлей, браншей пинцета или путем аккуратного прикладывания к поверхности эрозии/язвы стерильного предметного стекла. Полученное отделяемое смешать на предметном стекле с равным количеством физиологического раствора, накрыть покровным стеклом и полученный нативный препарат исследовать под микроскопом.</p> <p>3. Метод скарификации. Используется при исследовании сухих элементов (розеолы, папулы, эпителизированные эрозии).</p>
--

	<p>Поверхность исследуемого элемента скарифицировать. Остановить появляющееся капиллярное кровотечение и методом раздражения скарифицированной поверхности получить серозную жидкость. Полученное отделяемое смешать на предметном стекле с равным количеством физиологического раствора, накрыть покровным стеклом и полученный нативный препарат исследовать под микроскопом.</p> <p>Первичная проба хранению не подлежит.</p> <p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Подвергнуть дезинфекции расходный материал.</li><li>2. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.</li><li>3. Провести гигиеническую антисептическую обработку рук.</li></ol> <p>В случае получения отрицательного результата при первичном исследовании назначить пациенту примочки с физиологическим раствором, после чего отбор пробы повторить через 24 часа.</p>
--	--

Приложение 3  
к Инструкции  
по лабораторной диагностике  
сифилиса

Отбор первичной пробы пунктата лимфатического узла

Наименование процедуры	Отбор первичной пробы пунктата лимфатического узла.
Требования к специалистам (кто участвует в выполнении процедуры)	Специалист, имеющий высшее медицинское образование по специальностям: 1-79 01 01 «Лечебное дело», 1-79 01 02 «Педиатрия».
Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	В соответствии с требованиями нормативных документов.
Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения, необходимые для процедуры	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Стерильные марлевые салфетки, ватные шарики.</li> <li>2. Медицинские перчатки.</li> <li>3. Стерильный пинцет.</li> <li>4. Стерильные пеленки.</li> <li>5. Лоток.</li> <li>6. Шприц одноразовый объёмом 20 мл.</li> <li>7. Шприц одноразовый объёмом 2 мл.</li> <li>8. Тонкая игла с наружным диаметром 0,6-0,7 мм.</li> <li>9. Антисептики, разрешенные к применению Министерством здравоохранения.</li> <li>10. Лейкопластырь.</li> <li>11. Пробирка типа Эппендорф.</li> <li>12. Маркер.</li> <li>13. Манипуляционный столик.</li> <li>14. Кушетка.</li> </ol>
Методика выполнения процедуры	<ol style="list-style-type: none"> <li>I. Подготовка к процедуре. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Объяснить пациенту ход и цель процедуры; убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.</li> <li>2. Оформить бланк направления для лабораторного исследования.</li> <li>3. Промаркировать пробирку, предназначенную для</li> </ol> </li> </ol>



- первичной пробы пунктата лимфатического узла.
4. Провести гигиеническую антисептическую обработку рук.
  5. Надеть медицинские перчатки.
- II. Выполнение процедуры.
1. Пропальпировать плотный, подвижный лимфатический узел без признаков воспаления.
  2. Провести антисептическую последовательную обработку операционного поля над лимфатическим узлом антисептиком.
  3. Набрать в одноразовый шприц объёмом 2 мл раствор анестетика.
  4. Ввести раствор антисептика внутрикожно до образования «лимонной корочки».
  5. Набрать в одноразовый шприц объёмом 20 мл стерильный физиологический раствор – 1 мл.
  6. Зафиксировать лимфатический узел между двумя пальцами левой руки.
  7. Правой рукой ввести в узел иглу, соединённую со шприцем, в котором находится 1 мл стерильного физиологического раствора комнатной температуры. Прокол произвести у одного из полюсов лимфатического узла и проталкивать иглу по направлению длинной оси до противоположного полюса, нагнетая при этом содержащийся в шприце физиологический раствор в узел.
  8. Медленно вывести иглу из узла, одновременно оттягивая поршень шприца на себя.
  9. Последовательно обработать операционное поле антисептиком.
  10. Наложить стерильную салфетку на место прокола, зафиксировать ее лейкопластырем.
- III. Окончание процедуры.
1. Полученную первичную пробу пунктата лимфатического узла поместить в подготовленную маркированную пробирку типа Эппендорф и немедленно доставить в лабораторию.
  2. Подвергнуть дезинфекции расходный материал.
  3. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.
  4. Провести гигиеническую антисептическую

	обработку рук.
--	----------------