



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГУ «ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ»

**СТАНДАРТНЫЕ ОПЕРАЦИОННЫЕ ПРОЦЕДУРЫ
ПО ЗАБОРУ КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА
У ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ
НА ГОНОКОККОВУЮ ИНФЕКЦИЮ**

(СОП № 002 / 04 ГОН)

Москва, 2008 г.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГУ «ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ»

**СТАНДАРТНЫЕ ОПЕРАЦИОННЫЕ ПРОЦЕДУРЫ
ПО ЗАБОРУ КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА
У ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ
НА ГОНОКОККОВУЮ ИНФЕКЦИЮ**

(СОП № 002 / 04 ГОН)

Москва, 2008 г.

УДК 616.94-022.7-072.5(083.131)
ББК 52.649.212+55.812+51.949.11
С76

**Стандартные операционные процедуры по забору клинического материала у пациентов
С76 с подозрением на гонококковую инфекцию.** – М.: ООО «ДЭКС-ПРЕСС», 2008. – 20 с.
ISBN 978-5-9517-0037-7

УДК 616.94-022.7-072.5(083.131)
ББК 52.649.212+55.812+51.949.11

**СТАНДАРТНЫЕ ОПЕРАЦИОННЫЕ ПРОЦЕДУРЫ ПО ЗАБОРУ
КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА У ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ
НА ГОНОКОККОВУЮ ИНФЕКЦИЮ**

Формат 60×90/8. Усл. печ. л. 2,5. Тираж 500 экз. Заказ № 368-10.

Издатель ООО «ДЭКС-Пресс», 125167 Москва, 4-я ул. 8 Марта, д. 6а.

ISBN 978-5-9517-0037-7

© ФГУ «ГНЦД Минздравсоцразвития», 2008
© Оформление ООО «Дэкс-Пресс», 2008

СОДЕРЖАНИЕ

I.	ВВЕДЕНИЕ, ЦЕЛЬ	4
II.	ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ	4
III.	ПЕРЕСМОТР	4
IV.	ТЕРМИНЫ И ОБОЗНАЧЕНИЯ	4
V.	ТЕХНИКА БЕЗОПАСНОСТИ И ОХРАНА ТРУДА	4
VI.	ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПЕРСОНАЛА	4
VII.	МАТЕРИАЛЫ И ОБОРУДОВАНИЕ	5
VIII.	ПРОЦЕДУРА ПОЛУЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА	5
	СОП № 1. Техника получения клинического материала для бактериоскопического исследования у пациентов с подозрением на гонококковую инфекцию	7
	СОП № 2. Техника получения клинического материала для бактериологического исследования у пациентов с подозрением на гонококковую инфекцию	9
IX.	ПРИЛОЖЕНИЯ	12

I. ВВЕДЕНИЕ, ЦЕЛЬ

Данный документ является подробной инструкцией по проведению процедуры получения клинического материала для лабораторного исследования у пациентов с подозрением на гонококковую инфекцию.

Для качественного проведения лабораторной диагностики ИППП важное значение имеет правильное получение клинического материала для исследования от больного. В случае несоблюдения основных правил получения образцов для исследования повышается вероятность получения ложноположительных и ложноотрицательных результатов.

Цель выполнения процедуры заключается в стандартизации условий получения клинического материала с учетом факторов, оказывающих влияние на результаты исследования.

II. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

СОП № 002/04 ГОН «Порядок забора клинического материала у больных с подозрением на гонококковую инфекцию» используется в качестве стандарта врачами-дерматовенерологами, а также врачами других специальностей, выполняющими процедуру обследования пациентов с урогенитальными инфекционными заболеваниями (гинекологами, урологами и др.).

III. ПЕРЕСМОТР

СОП №002/04 ГОН, четвертое издание, исправленное и дополненное.

IV. ТЕРМИНЫ И ОБОЗНАЧЕНИЯ

ИППП – инфекции, передаваемые половым путем.

«U» – «уретра» (при маркировке клинического материала).

«V» – «влагалище» (при маркировке клинического материала).

«C» – «цервикальный канал» (при маркировке клинического материала).

«F» – «ротоглотка» (при маркировке клинического материала).

«R» – «прямая кишка» (при маркировке клинического материала).

V. ТЕХНИКА БЕЗОПАСНОСТИ И ОХРАНА ТРУДА

Соблюдение правил техники безопасности на рабочем месте является неукоснительным требованием для выполнения всем персоналом, допущенным к работе в отделении.

Ответственность за организацию безопасных условий труда в подразделении возлагается в соответствии с приказом по учреждению на руководителя или выделенное ответственное лицо. Комплект документов регулярно пересматривается в плановом порядке (1 раз в 5 лет) или внепланово в связи с возникновением внештатной ситуации, а также в связи с внедрением новых методов исследования и приобретением нового оборудования; после согласования с комиссией местного профсоюзного комитета. Инструкции по технике безопасности утверждаются руководителем учреждения.

Каждый сотрудник получает первичный инструктаж по технике безопасности при приеме на работу или возвращении к данному виду деятельности после длительного перерыва, о чем делается запись по установленной форме в «Журнале проведения инструктажа по технике безопасности».

Повторный плановый инструктаж проводится ежегодно, а внеплановый – при возникновении аварийных ситуаций или по распоряжению администрации учреждения. О прохождении инструктажа и допуске к самостоятельной работе делается отметка под роспись в соответствующем журнале. По согласованию с администрацией учреждения проверка знаний по технике безопасности может контролироваться путем собеседования, экзамена, анкетирования, инспектирования в процессе работы.

VI. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПЕРСОНАЛА

Сотрудники отделения несут ответственность за выполнение ими правил техники безопасности и соблюдение санитарно-эпидемиологического и противопожарного режимов на рабочем месте.

Сотрудникам отделения запрещается без разрешения администрации учреждения выносить за пределы рабочей зоны образцы биологических материалов, штаммов и рабочую документацию подразделения.

Сотрудники отделения несут персональную ответственность за своевременность и правильность получения клинического материала для исследования, маркировки клинического материала, соблюдение условий его хранения, соответствие маркировки и содержимого емкостей полученного клинического материала.

VII. МАТЕРИАЛЫ И ОБОРУДОВАНИЕ

В отделениях урогенитальных инфекционных заболеваний разрешается применение гинекологического и урологического оборудования, комплектующих и расходных материалов, входящих в рекомендуемый перечень.

Рекомендуемый перечень оборудования

1. Холодильник бытовой с камерой охлаждения до +4 – +8°C и морозильной камерой на –18 – –24 °С – 1 шт.
2. Кресло гинекологическое – 1 шт.
3. Термостат суховоздушный – 1 шт.
4. Герметичные емкости для транспортировки биологических материалов (различного объема) без термоизоляции – 2 шт.
5. Пеналы для транспортировки образцов биологических материалов (с возможностью их опломбирования) – 10 шт.

Расходные материалы

1. Предметные стекла.
2. Транспортные среды с углем.
3. Зонд универсальный для получения клинического материала из уретры и цервикального канала, стерильный одноразовый.
4. Гинекологическое зеркало Куско.
5. Гинекологический пинцет.
6. Урологическая инокуляционная петля.
7. Ложка Фолькмана.

VIII. ПРОЦЕДУРА ПОЛУЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА

Показания к обследованию на гонококковую инфекцию

1. Наличие жалоб на:
 - гнойные или слизисто-гнойные выделения из половых путей и/или прямой кишки;
 - зуд, жжение, болезненность в области наружных половых органов и/или прямой кишки;
 - нарушение мочеиспускания;
 - болезненность при половых контактах;
 - дискомфорт или боль в области нижней части живота и/или промежности;
 - кровянистые межменструальные и посткоитальные выделения;
 - слезотечение, отечность век, светобоязнь, гнойное отделяемое в углах глаз.
2. При объективном обследовании:
 - гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия уретры, вульвы, влагалища, шейки матки, перианальной области;
 - инфильтрация стенок уретры;
 - слизисто-гнойное или гнойное отделяемое из уретры и цервикального канала;
 - эрозии слизистой оболочки шейки матки;
 - отечность век, гиперемия кожных покровов и слизистых оболочек, обильное гнойное отделяемое в углах поражённого глаза.
3. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез: наличие бесплодия, привычных выкидышей, преждевременных родов в анамнезе.
4. Прерывание беременности.

5. Обследование во время беременности: 1-е обследование следует производить при взятии на учет, 2-е обследование – при сроке 27–30 недель и 3-е обследование – в 36–40 недель; вне указанных сроков обследование беременных женщин проводится по показаниям (появление выделений, субъективные жалобы и т. д.).
6. Обследование в гинекологических стационарах женщин, не обследованных до госпитализации, перед назначением им антибактериального лечения.
7. Отсутствие обменной карты у роженицы.
8. Осложненное течение послеродового периода (5–6-й день после родов).
9. Для детей до 3 лет – выявление гонококковой инфекции у родителей.
10. Половой контакт с больным гонореей.
11. Обследование лиц декретированных профессий при проведении обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров в соответствии с утвержденными регламентирующими документами.
12. Обследование пациента в случае сексуального насилия.

Для получения достоверных результатов лабораторных исследований у пациентов с подозрением на гонококковую инфекцию необходимо соблюдение ряда требований, к которым относятся:

1. Сроки получения клинического материала с учетом инкубационного периода заболевания и применения антибактериальных препаратов (до начала лечения или не ранее, чем через 2 дня после окончания антибактериальной терапии).
2. Получение образцов клинического материала из очагов максимальной концентрации возбудителя (с учетом пола, возраста пациента и возможных путей инфицирования).
3. Получение клинического материала из уретры для диагностики гонококковой инфекции не ранее чем через 3 часа после последнего мочеиспускания, при наличии обильных гнойных выделений – через 15–20 минут после мочеиспускания.
4. Получение клинического материала из цервикального канала перед менструацией или через 1–2 дня после ее окончания.
5. Получение клинического материала в достаточном для лабораторных исследований объеме.
6. Получение клинического материала одновременно для бактериоскопического исследования (нанесение клинического материала на 2 предметных стекла из каждого очага инфекции) и культуральной диагностики (на питательную или транспортную среду).
7. Максимальное соблюдение условий получения клинического материала, предотвращающих возможную его контаминацию резидентной микрофлорой урогенитального тракта.
8. Своевременная и качественная маркировка полученного клинического материала, включая заполнение на каждого пациента бланков направлений (по форме учреждения) и индивидуальных паспортов (приложение – паспорт).
9. Соблюдение условий герметичности, стерильности и целостности образцов клинического материала для бактериологического исследования в процессе его транспортирования в лабораторию.

Целесообразность применения биологических, химических и алиментарных провокаций с целью повышения эффективности диагностики гонококковой инфекции не является доказанной, так как систематические обзоры, рандомизированные, контролируемые исследования, подтверждающие целесообразность их применения, отсутствуют.

Клинический материал для лабораторного исследования на *N. gonorrhoeae* получают:

- у мужчин – из уретры, по показаниям – из прямой кишки, парауретральных желез, предстательной железы, ротоглотки, конъюнктивы.
- у женщин – из уретры и цервикального канала, по показаниям – из больших вестибулярных и парауретральных желез, влагалища, прямой кишки, ротоглотки, конъюнктивы.
- у детей и у лиц женского пола, не имевших в анамнезе половых контактов с пенетрацией, – с наружного отверстия уретры, из уретры (при возможности), задней ямки преддверия влагалища, при осмотре с использованием детских гинекологических зеркал и при проведении вагиноскопии – из цервикального канала, по показаниям – из больших вестибулярных и парауретральных желез, прямой кишки, ротоглотки, конъюнктивы.

- у лиц женского пола, перенесших гистерэктомию, — из уретры, боковых сводов влагалища, по показаниям — из больших вестибулярных и парауретральных желез, прямой кишки, ротоглотки, конъюнктивы.

СОП № 1. Техника получения клинического материала для бактериоскопического исследования у пациентов с подозрением на гонококковую инфекцию

Техника получения клинического материала из уретры

- *У мужчин:*
 1. Область наружного отверстия мочеиспускательного канала очистить с помощью стерильного ватного тампона, смоченного физиологическим раствором.
 2. Дистальная часть полового члена берется между третьим и четвертым пальцами левой руки, указательным и большим пальцами левой руки раздвигаются губки наружного отверстия уретры.
 3. При наличии обильных уретральных выделений клинический материал получают после удаления первой свободно стекающей капли.
 4. При отсутствии свободных выделений из уретры для получения экссудата необходимо провести массаж уретры по направлению к наружному отверстию.
 5. При отсутствии экссудата после массажа уретры для получения клинического материала необходимо ввести инструмент (универсальный зонд, инокуляционную петлю, ложку Фолькмана) на 3–4 см в уретру и вращательным движением произвести соскоб слизистой оболочки.
- *У женщин:*
 1. Область наружного отверстия мочеиспускательного канала очистить с помощью стерильного ватного тампона, смоченного физиологическим раствором.
 2. При наличии обильных уретральных выделений клинический материал получают после удаления первой свободно стекающей капли.
 3. При отсутствии свободных выделений провести массаж уретры по направлению к лобковой кости.
 4. При отсутствии экссудата после массажа уретры ввести инструмент для получения клинического материала (универсальный зонд, инокуляционную петлю, ложку Фолькмана) на 1–2 см в уретру и произвести соскоб слизистой оболочки вращательным движением.
- *У детей:*

Клинический материал получают с наружного отверстия уретры.

У детей младшего возраста при отсутствии свободных выделений из уретры получение клинического материала с использованием уретральных зондов трудновыполнимо. При невозможности получения клинического материала из уретры образцы для исследования получают из других очагов: влагалище, прямая кишка.

У детей старшего возраста техника получения клинического материала аналогична таковой у взрослых пациентов.

Техника получения клинического материала из цервикального канала

1. Вывести шейку матки с помощью гинекологического зеркала Куско.
2. С помощью ватного тампона удалить слизистую пробку из цервикального канала.
3. Инструмент для получения клинического материала (универсальный зонд, инокуляционную петлю, ложку Фолькмана) ввести в цервикальный канал на 1–2 см, произвести соскоб слизистой оболочки или отделяемого вращательным движением.

Техника получения клинического материала из влагалища

- *У лиц женского пола, не имевших в анамнезе половых контактов с пенетрацией,* получение клинического материала производится непосредственно за девственной плевой методом «слепого» забора.
 1. Инструмент для получения клинического материала (универсальный зонд, инокуляционную петлю, ложку Фолькмана) ввести во влагалище через естественное отверстие девственной плевы на 1–3 см (глубина введения определяется половой зрелостью пациентки).

2. Произвести получение клинического материала с боковых и переднего сводов влагалища.

При возможности обследования с помощью детских гинекологических зеркал и при проведении вагиноскопии клинический материал получают с боковых и переднего сводов влагалища.

• У женщин, перенесших гистерэктомию, получение материала производится при осмотре на гинекологических зеркалах.

1. Ввести во влагалище гинекологическое зеркало Куско.
2. Инструментом для получения клинического материала (универсальным зондом, инокуляционной петлей, ложкой Фолькмана) произвести получение образцов для исследования с боковых и переднего сводов влагалища.

Техника получения клинического материала из больших вестибулярных и парауретральных желез

1. Большие вестибулярные железы пропальпировать указательным пальцем, введенным во влагалище, одновременно 1 палец руки поместить над выводным протоком железы.
2. Материал из парауретральных ходов (при их поражении) получают при надавливании на переднюю часть уретры.
3. Произвести получение выделенного экссудата.

Техника получения клинического материала из прямой кишки

Клинический материал из прямой кишки получают непосредственно инструментом (стерильный одноразовый тампон, прилагаемый к пробирке с транспортной средой, инокуляционная петля) либо после промывания через катетер с двойным током жидкости.

1. Инструмент для получения клинического материала (стерильный одноразовый тампон, универсальный зонд, инокуляционную петлю) ввести в прямую кишку на 3 см.
2. Вращательным движением инструмента получить образцы для исследования из крипт анального кольца.
3. Метод промывных вод: через катетер с двойным током, введенный на глубину 4–6 см, нижний отдел прямой кишки промывают водой комнатной температуры или изотоническим раствором натрия хлорида (60–80 мл); нити гноя и слизи в промывных водах направляют на исследование.

Техника получения клинического материала из ротоглотки

Получение материала производится путем соскоба слизистой оболочки тонзиллярных крипт и задней стенки глотки выше нижнего края мягкого неба.

Инструмент для получения клинического материала вводится в носоглотку за мягкое небо.

Техника получения клинического материала с конъюнктивы

Получение материала производится путем соскоба слизистой оболочки конъюнктивы нижнего века.

1. Обильное гнойное отделяемое убрать стерильным ватным тампоном.
2. Отогнуть нижнее веко и придерживать его во время выполнения процедуры.
3. Произвести соскоб со слизистой оболочки внутренней поверхности нижнего века по направлению к внутреннему углу.

Техника получения клинического материала из предстательной железы

Массаж предстательной железы противопоказан при наличии острого воспаления.

1. Получение клинического материала рекомендуется проводить после мочеиспускания.
2. Область наружного отверстия мочеиспускательного канала очистить с помощью стерильного ватного тампона, смоченного физиологическим раствором.
3. Провести ректальный массаж предстательной железы от периферии к центру, заканчивая надавливанием на область центральной борозды.
4. Материал для исследования собрать из наружного отверстия уретры.

Техника приготовления мазков для бактериоскопического исследования

1. Полученный из каждого очага инфекции клинический материал переносится параллельно на 2 чистых, сухих, обезжиренных предметных стекла.
2. Клинический материал не втирая, мягким движением распределяется по поверхности предметного стекла инструментом для получения материала.
3. При приготовлении мазков необходимо добиваться равномерной, умеренной его толщины, при этом не рекомендуется приготовление мазка путем «растягивания» клинического материала между предметными стеклами: тонкий слой клинического материала (недостаточное количество) может приводить к получению ложноотрицательных результатов при бактериоскопическом исследовании; нанесение биоматериала толстым слоем затрудняет фиксацию мазков, что приводит к частичному удалению клинического материала при окраске и затрудняет визуализацию при исследовании.
4. После нанесения на предметные стекла необходимо высушить клинический материал при комнатной температуре, избегая соприкосновения стекол друг с другом.
5. После высушивания каждый образец отдельно фиксируют одним из химических веществ (96° этиловый спирт, ацетон, смесь Никифорова: спирт этиловый и эфир этиловый в соотношении 1:1).
6. Образцы для исследования маркируются стойкими маркерами с точным указанием очага получения клинического материала («U, C, V, R, F»).
7. Каждый образец отдельно помещается в герметичные емкости для транспортировки и в сопровождении соответствующей документации с указанием Ф.И.О. пациента, № истории болезни, даты получения, места получения материала («U, C, V, R, F») транспортируется в лабораторию.

Примечание. После использования инструменты для получения клинического материала обеззараживаются погружением в дезинфицирующий раствор.

СОП № 2. Техника получения клинического материала для бактериологического исследования у пациентов с подозрением на гонококковую инфекцию

Показания к бактериологическому исследованию

Бактериологическое исследование для диагностики гонореи должно проводиться:

1. У больных с воспалительными заболеваниями органов урогенитальной системы, а также у больных, имевших половые контакты с больным гонореей, у которых при микроскопическом исследовании мазков гонококки не обнаружены, но имеются клинические, анамнестические или эпидемиологические подозрения на гонорею.
2. У детей и женщин в периоде менопаузы.
3. У больных гонореей после окончания лечения (не ранее чем через 8–10 дней) и при снятии их с учета.
4. У больных другими ИППП (при наличии показаний).
5. У больных, у которых при бактериоскопическом исследовании обнаружены измененные микроорганизмы, подозрительные на гонококки.
6. При необходимости определения чувствительности гонококка к антибиотикам, его сахаролитических свойств или продуцирования им бета-лактамазы.
7. По требованию следственных органов и судебной экспертизы.

При получении клинического материала из очагов инфекции для культурального исследования используют дакроновые тампоны с пластиковым или металлическим аппликатором, входящим в комплект транспортной среды Амиес (Стюарта) с углем. В комплект также входит пластиковая пробирка с 5 мл среды черного цвета.

Техника получения клинического материала из уретры

- У мужчин:
 1. Область наружного отверстия мочеиспускательного канала очистить с помощью стерильного ватного тампона, смоченного физиологическим раствором.

2. Дистальная часть полового члена берется между третьим и четвертым пальцами левой руки, указательным и большим пальцами левой руки раздвигаются губки наружного отверстия уретры.
3. При наличии обильных уретральных выделений клинический материал получают после удаления первой свободно стекающей капли.
4. При отсутствии свободных выделений из уретры для получения экссудата необходимо провести массаж уретры по направлению к наружному отверстию.
5. При отсутствии экссудата после массажа уретры необходимо ввести инструмент для получения клинического материала (стерильный одноразовый тампон, прикладываемый к пробирке с транспортной средой, инокуляционную петлю) на 3–4 см в уретру и произвести соскоб слизистой оболочки вращательным движением.

- *У женщин:*

1. Область наружного отверстия мочеиспускательного канала очистить с помощью стерильного ватного тампона, смоченного физиологическим раствором.
2. При наличии обильных уретральных выделений клинический материал получают после удаления первой свободно стекающей капли.
3. При отсутствии свободных выделений провести массаж уретры по направлению к лобковой кости.
4. При отсутствии экссудата после массажа уретры ввести инструмент для получения клинического материала (стерильный одноразовый тампон, прикладываемый к пробирке с транспортной средой, инокуляционную петлю) на 1–2 см в уретру и произвести соскоб слизистой оболочки вращательным движением.

- *У детей:*

Клинический материал получают с наружного отверстия уретры. Получение клинического материала из уретры с использованием уретральных зондов (при отсутствии свободных выделений из уретры) у детей младшего возраста трудновыполнимо. При невозможности получения клинического материала из уретры образцы для исследования получают из других очагов (влагалище, прямая кишка).

У детей старшего возраста техника получения клинического материала аналогична таковой у взрослых пациентов.

Техника получения клинического материала из цервикального канала

1. Вывести шейку матки с помощью гинекологического зеркала Куско.
2. С помощью ватного тампона удалить слизистую пробку из цервикального канала.
3. Инструмент для получения клинического материала (стерильный одноразовый тампон, прикладываемый к пробирке с транспортной средой, инокуляционную петлю) ввести в цервикальный канал на 1–2 см, произвести соскоб слизистой оболочки или отделяемого вращательным движением.
4. При выведении инструмента избегать соприкосновения со стенками влагалища.

Техника получения клинического материала из влагалища

- *У детей и лиц женского пола, не имевших в анамнезе половых контактов с пенетрацией,* получение клинического материала производится непосредственно за девственной плевой методом «слепого» забора.
- 1. Инструмент для получения клинического материала (стерильный одноразовый тампон, прикладываемый к пробирке с транспортной средой, инокуляционную петлю) ввести во влагалище через естественное отверстие девственной плевы на 1–3 см (глубина введения определяется половой зрелостью пациентки).
- 2. Произвести получение клинического материала с боковых и переднего сводов влагалища. При возможности обследования с помощью детских гинекологических зеркал и при проведении вагиноскопии клинический материал получают с боковых и переднего сводов влагалища.
- *У женщин, перенесших гистерэктомию,* получение материала производится при осмотре на гинекологических зеркалах.
- 1. Ввести во влагалище гинекологическое зеркало Куско.
- 2. Инструментом для получения клинического материала (стерильный одноразовый тампон, прикладываемый к пробирке с транспортной средой, инокуляционную петлю) произвести получение образцов для исследования с боковых и переднего сводов влагалища.

Техника получения клинического материала из больших вестибулярных и парауретральных желез

1. Большие вестибулярные железы пропальпировать указательным пальцем, введенным во влагалище, при этом 1 палец руки поместить над выводным протоком железы.
2. Материал для исследования из парауретральных ходов (при их поражении) получают путем надавливания на переднюю часть уретры.
3. Получить выделенный экссудат.

Секрет для изготовления мазков из большой вестибулярной железы осторожно выдавливают пальцами, один из которых введен во влагалище, а другой располагается снаружи на нижней трети большой половой губы.

Техника получения клинического материала из прямой кишки

Клинический материал из прямой кишки получают непосредственно инструментом (стерильный одноразовый тампон, прилагаемый к пробирке с транспортной средой, инокуляционная петля) либо после промывания через катетер с двойным током жидкости.

1. Инструмент для получения клинического материала (стерильный одноразовый тампон, прилагаемый к пробирке с транспортной средой, инокуляционную петлю) ввести в прямую кишку на 3 см.
2. Вращательным движением получить образцы для исследования из крипт анального кольца.
3. Метод промывных вод: через катетер с двойным током, введенный на глубину 4–6 см, нижний отдел прямой кишки промывают водой комнатной температуры или изотоническим раствором натрия хлорида (60–80 мл); нити гноя и слизи в промывных водах направляют на исследование.

Техника получения клинического материала из ротоглотки

Получение материала производится путем соскоба слизистой оболочки тонзиллярных крипт и задней стенки глотки выше нижнего края мягкого неба.

Инструмент для получения клинического материала вводится в носоглотку за мягкое небо.

Техника получения клинического материала с конъюнктивы

Получение материала производится путем соскоба слизистой оболочки конъюнктивы нижнего века.

1. Обильное гнойное отделяемое убрать стерильным ватным тампоном.
2. Отогнуть нижнее веко и придерживать его во время выполнения процедуры.
3. Произвести соскоб со слизистой оболочки внутренней поверхности нижнего века по направлению к внутреннему углу.

Техника получения клинического материала из предстательной железы

Массаж предстательной железы противопоказан при наличии острого воспаления.

1. Получение клинического материала рекомендуется проводить после мочеиспускания.
2. Область наружного отверстия мочеиспускательного канала очистить с помощью стерильного ватного тампона, смоченного физиологическим раствором.
3. Провести ректальный массаж предстательной железы от периферии к центру, заканчивая надавливанием на область центральной борозды.
4. Материал для исследования собрать из наружного отверстия уретры.

Если немедленный посев на питательные среды и их инкубация невозможны, материал от больного непосредственно после получения помещается в специальные транспортные среды с углем (среда Амиеса или среда Стюарта). До отправки материала в бактериологическую лабораторию посеvy сохраняют при комнатной температуре в течение 24–48 часов.

Примечание. После использования инструменты для получения клинического материала обеззараживаются погружением в дезинфицирующий раствор.

Образцы для исследования маркируются стойкими маркерами с точным указанием очага получения клинического материала («U,C,V,R,F»), сопровождаются соответствующей документацией (Ф.И.О. пациента, № истории болезни, дата получения, место получения материала («U,C,V,R,F») и транспортируются в лабораторию.

IX. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Карта-вкладыш в медицинскую карту больного венерическим заболеванием (форма 065/у)

(код и наименование подразделения медицинского учреждения, в котором заполнена карта-вкладыш)

Паспортные данные и данные анамнеза пациента

1. Кодовый номер пациента: _____
2. Гражданство России: да / нет / неизвестно
3. Пол: муж / жен _____
4. Дата рождения / ___/___/___/___/___/___/___/___/___/
5. Место постоянного жительства _____
6. Профессиональные вредности _____
7. Причина обращения (активный визит, по контакту, профосмотр, другое): _____
8. Курение: нет/да _____
9. Наркотики: нет/да _____
10. Алкоголь нет/умеренно/да
11. ВИЧ-статус пациента: неизвестно / отрицательный / положительный
12. Частота половых контактов: редко /1–3 раза в неделю / часто
13. Половой партнер: непостоянный / постоянный
14. ИППП в прошлом: неизвестно / нет / да; если да, то когда _____
15. Лечение ИППП в прошлом: самолечение / у венеролога / у другого специалиста
16. Прием антибиотиков за последние 6 месяцев: неизвестно / нет / да; указать препараты:
17. Продолжительность лечения антибиотиками _____ дней; полный / прерванный курс
18. Предполагаемое место и дата заражения ИППП: _____
19. Миграция за последние 6 месяцев: _____
20. _____

ФИО, должность, подпись и личная печать врача, заполнившего карту-вкладыш

« ___ » _____ г.

Микробиологический паспорт выделенного штамма возбудителя гонореи

<i>N.gonorrhoeae</i> (таксономическая характеристика возбудителя)	Единый код штамма _____ (не заполняется)
--	--

Паспортные данные и данные анамнеза пациента

1. Кодовый номер пациента: _____ 2. Пол: муж; жен 3. Возраст (полных лет) _____;
4. Расовая принадлежность: европеоидная (балтийская, средневропейская, кавказско-балканская) – (подчеркнуть); монголоидная; негроидная;
5. Место жительства: житель данного субъекта РФ; житель другого субъекта РФ: _____; житель СНГ: _____; житель дальнего зарубежья: _____; БОМЖ
6. Миграция внутренняя (Россия) за последние 6 месяцев (куда, сколько раз) _____
7. Миграция внешняя (СНГ, страны Балтии, дальнее зарубежье) за последние 6 месяцев (куда, сколько раз) _____
8. Семейное положение: не женат/не замужем; женат/замужем/гражданский брак; родственник
9. Образование: неполное среднее; среднее; среднее специальное; неполное высшее; высшее
10. Род занятий: рабочий; служащий; учащийся, не работает; пенсионер; домохозяйка, другое _____
11. Относится к группе риска: по злоупотреблению алкоголем; по употреблению наркотических веществ; по частой смене половых партнеров; как занятый в профессиональной проституции; как социально неадаптированный: БОМЖ, беспризорный, психически больной – (подчеркнуть)
12. Число сексуальных партнеров за последний год: _____, из них постоянных _____
13. Частота использования презерватива: всегда; часто, иногда; никогда;
14. Сексуальная ориентация: гетеросексуальная; гомосексуальная; бисексуальная
15. Обстоятельство выявления: активный визит; по контакту, проф.осмотр, другое _____
16. Тестирование на ВИЧ: положительный, отрицательный, неизвестно
17. Сопутствующие инфекции: сифилис; трихомониаз; хламидиоз; гепатиты В/С; туберкулез; др. _____
18. ИППП в прошлом: да, нет, неизвестно; если «да», то когда _____ диагноз _____
19. Лечение ИППП в прошлом: самолечение, у венеролога, у другого специалиста: _____
20. Прием антибактериальных препаратов за последние 6 месяцев: да, нет, неизвестно; если «да», то: по назначению врача: сколько раз _____; название препаратов/ дозировка /длительность приема (дни) _____
самостоятельно: сколько раз _____; причина _____ название препаратов/ дозировка /длительность приема (дни) _____
21. Возможная причина заражения: от постоянного полового партнера; случайная половая связь; изнасилование; бытовой путь
22. Предполагаемая длительность инкубационного периода: количество дней, неизвестно
23. Характер течения заболевания: с симптомами, бессимптомное течение
24. Препараты, применявшиеся для лечения настоящего заболевания: сколько раз _____; название препарата _____; курсовая доза _____.
25. Результаты проведенного лечения: выздоровление; неудача; неизвестно.

 ФИО, должность, подпись и личная печать врача, заполнившего карту-вкладыш

« _____ » _____ г.

ФГУ «ГНЦД МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ»

Путь доставки штамма: ж/д – авто – другое: _____

Фамилия и подпись лица, принявшего партию _____

Дата _____ и время доставки штамма ____ ч. мин. _____

Партия штаммов № _____ № накладной _____

Морфология доставленного штамма:

сохранный / дефектный (размороженный) / другое: _____

Штамм хранился при температуре: _____

Для хранения использовалась питательная среда: _____

Микробиологическое исследование

Результаты
бактериоскопии: _____

Результаты
культуральной
диагностики: _____

Результаты изучения чувствительности штамма к антибактериальным препаратам методом серийных разведений в агаре (МПК, мкг/мл)

Штамм	Название антибактериального препарата					
	Пенициллин	Тетрациклин	Ципрофлоксацин	Спектиномицин	Цефтриаксон	Азитромицин
Исследуемый штамм						
Контрольный штамм						

Результаты серо- и генотипирования штамма

penA	ponA	bla	rpsJ	tetM	gyrA	parC	norM	mtrR	rrs	ermB	ermF	met	Rrl(23S)

por	tbpB	Серовар	Серотип	ST

**Заключение специалиста ФГУ «ГНЦД Минздравсоцразвития»
о штамме *N.gonorrhoeae***

ИНСТРУКЦИЯ
по заполнению учетной формы
«Карта-вкладыш в медицинскую карту больного
венерическим заболеванием»

1. Заполнение карты-вкладыша в медицинскую карту больного венерическим заболеванием (далее – карта-вкладыш) является обязательным во всех случаях обнаружения у больного возбудителя ИППП.
2. Первичное оформление карты-вкладыша может осуществляться на любом этапе единой системы мониторинга и контроля ИППП.
3. Карта-вкладыш заполняется врачом во время повторного приема пациента в случае лабораторного подтверждения предварительного диагноза и выделения чистой культуры возбудителя, о чем делается соответствующая запись на бланке результата исследования.
4. Карта-вкладыш после заполнения врачом передается в лабораторию, осуществляющую лабораторное исследование диагностического материала от пациента, для оформления микробиологического паспорта выделенного штамма возбудителя ИППП.
5. В лаборатории, проводившей исследование диагностического материала, поступившего от данного пациента, в случае обнаружения возбудителя ИППП результаты лабораторных тестов заносятся в микробиологический паспорт выделенного штамма возбудителя ИППП.
6. Карта-вкладыш хранится в лаборатории в течение 6 месяцев после отправки микробиологического паспорта выделенного штамма возбудителя ИППП в соответствующую лабораторию. По истечении указанного срока карта-вкладыш уничтожается.
7. Карта-вкладыш является документом медицинского учреждения, в составе которого функционирует лаборатория единой системы мониторинга и контроля ИППП, записи в карте-вкладыше относятся к конфиденциальной информации и не подлежат разглашению, о чем доводится до сведения работников медицинского учреждения, в котором проводилось заполнение карты-вкладыша, и медицинского учреждения, в составе которого функционирует лаборатория.
8. На титульном листе карты-вкладыша проставляется полное наименование медицинского учреждения, в котором первично заполняется паспорт (наименование медицинского учреждения заполняется в соответствии с документом регистрационного учета и код ОГРН), юридический адрес учреждения.
9. Код и наименование подразделения медицинского учреждения, в котором заполнена карта-вкладыш, указываются в соответствии с регистрационными (уставными) документами.
10. В строке 1 «Кодовый номер пациента» указывается индивидуальный код пациента, из диагностического материала которого получена чистая культура возбудителя ИППП. Индивидуальный код пациента определяется учреждением, в котором проводится работа с пациентом. При отсутствии системы кодировки при ведении медицинской документации возможно использование номера амбулаторной (стационарной) карты больного.
11. Гражданство пациента, из диагностического материала которого получена чистая культура возбудителя ИППП, его половая принадлежность, дата рождения заполняются, по возможности, в соответствии с документом, удостоверяющим личность, признанным на территории Российской Федерации, либо со слов пациента.
12. В строке 5 «Место постоянного жительства», по возможности, следует указывать область (район, край) и населенный пункт и район, в котором постоянно проживает данный пациент. Указанный пункт, по возможности, заполняется на основании представленного документа соответствующего образца.
13. В строке 6 «Профессиональные вредности», по возможности, указывается профессия пациента, а также возможные профессиональные вредности, воздействовавшие на пациента в течение последних 6 месяцев.
14. В строке 7 «Причина обращения» врачом отмечается один или несколько вариантов ответов из предложенных. Также при необходимости существует возможность указать иные причины, послужившие причиной данного обращения.
15. Строки 8 «Курение», 9 «Наркотики», 10 «Алкоголь» заполняются в соответствии с данными анамнеза.
16. В строке 11 «ВИЧ-статус пациента» заполняется строго со слов пациента.

17. В строках 12 «Частота половых контактов», 13 «Половой партнер» врачом отмечается один из предложенных вариантов ответа.
18. В строке 14 «ИППП в прошлом» врачом отмечается один из предложенных вариантов ответа. В случае если пациент указывает, что он уже обращался по вопросу обследования и лечения ИППП, по возможности следует указать, когда это происходило (в течение данного года, в прошлом году и т. д.), либо указать конкретные сроки лечения.
19. В строке 15 «Лечение ИППП в прошлом» врачу необходимо отметить один из предложенных вариантов ответа. В случае если пациент укажет, что лечение в прошлом осуществлялось «у другого специалиста», по возможности, следует уточнить, у врача какой специальности осуществлялось лечение и наблюдение.
20. В строке 16 «Прием антибиотиков за последние 6 месяцев» врачу следует с особой тщательностью проанализировать данные анамнеза. Помимо выбора одного из предложенных вариантов ответа, врачу, по возможности, следует уточнить, какие именно препараты принимал пациент; если невозможно установить конкретные наименования, желательно уточнить групповую принадлежность антибиотиков.
21. В строке 17 «Продолжительность лечения антибиотиками», по возможности, следует указать со слов пациента количество дней приема антибиотиков; также следует уточнить у пациента — полностью ли был закончен курс лечения, либо пациент прекратил прием препарата после исчезновения симптомов заболевания, либо по другим причинам.
22. В строке 18 «Предполагаемое место заражения ИППП», по возможности, необходимо указать место (область, район, край и/или населенный пункт) и дату заражения (например, указать месяц).
23. В строке 19 «Миграция за последние 6 месяцев», по возможности со слов пациента следует указывать его перемещения как внутри страны, так и за ее пределами.
24. В строке 20 указываются фамилия, имя, отчество врача, заполнившего карту-вкладыш, также в данной строке ставится личная печать врача.

ИНСТРУКЦИЯ
по заполнению учетной формы
«Микробиологический паспорт выделенного штамма возбудителя ИППП»

1. Микробиологический паспорт выделенного штамма возбудителя ИППП (далее – микробиологический паспорт) является основным документом единой системы мониторинга и контроля ИППП и заполняется по результатам бактериологического исследования на каждую выделенную чистую культуру возбудителя ИППП.
2. Оформление микробиологического паспорта является обязательным во всех случаях выделения чистой культуры возбудителя ИППП из диагностического материала.
3. Первичное оформление микробиологического паспорта может осуществляться в любой лаборатории, входящей в состав единой системы мониторинга и контроля ИППП.
4. Титульный лист микробиологического паспорта заполняется в лаборатории, выделившей чистую культуру возбудителя ИППП.
5. На каждую выделенную чистую культуру возбудителя ИППП оформляется один микробиологический паспорт, который заполняется сотрудниками лаборатории, в которой была выделена чистая культура возбудителя ИППП.
6. Микробиологический паспорт транспортируется вместе с чистой культурой возбудителя ИППП сначала в межтерриториальную лабораторию, затем в Центр мониторинга.
7. Записи в микробиологическом паспорте относятся к конфиденциальной информации и не подлежат разглашению, о чем доводится до сведения работников медицинских учреждений, в составе которых созданы лаборатории единой системы мониторинга и контроля возбудителей ИППП.
8. Окончательно оформленные микробиологические паспорта хранятся в Центре мониторинга во время сохранения культуры возбудителя ИППП и в течение 10 лет после уничтожения данной культуры.
9. Порядок хранения микробиологических паспортов устанавливается учреждением, осуществляющим их хранение.
10. Микробиологический паспорт заполняется сотрудником лаборатории на основании карты-вкладыша и результатов микробиологического исследования диагностического материала.
11. На титульном листе микробиологического паспорта проставляется полное наименование медицинского учреждения, в котором первично заполняется данный микробиологический паспорт (наименование медицинского учреждения заполняется в соответствии с документом регистрационного учета и код ОГРН), юридический адрес учреждения.
12. Код и наименование подразделения медицинского учреждения, в котором заполнен микробиологический паспорт, указываются в соответствии с регистрационными (уставными) документами.
13. Строки 1–24 заполняются в соответствии с данными карты-вкладыша в медицинскую карту больного венерическим заболеванием, которая передается направившей медицинской организацией.
14. В строке 25 «Код лаборатории» указывается уникальный код лаборатории единой системы мониторинга и контроля ИППП, присваиваемый ей при включении данной лаборатории в единую систему мониторинга и контроля ИППП.
15. В строках 26 и 42 «Результаты бактериоскопии» следует указывать особенности микроскопического исследования диагностического материала, поступившего от пациента, заключение по микроскопическому препарату.
16. В строках 27 и 43 «Результаты культуральной диагностики», проводимой с выделенным штаммом возбудителя ИППП в рамках микробиологического исследования, необходимо указывать название питательной среды, описание морфологии колоний штаммов, динамику роста колоний на 1-е и последующие сутки, результаты тестирования колоний на оксидазную активность, а также результаты идентификации по биохимическим показателям (если таковая проводилась).
17. В строке 28 «Дата выделения чистой культуры» необходимо указывать дату получения чистой культуры возбудителя ИППП.
18. В строке 29 указываются фамилия, имя, отчество медицинского работника, осуществившего выделение чистой культуры.
19. В строке 30 сотруднику лаборатории необходимо выбрать предложенные варианты ответа либо вписать другие условия транспортировки штамма в межтерриториальную лабораторию.
20. В строке 31 «Название питательной среды» следует указывать официальное наименование питательной среды, в которой осуществляется транспортировка штамма возбудителя ИППП.

21. В строке 32 указывается дата и время фактической отправки штамма возбудителя ИППП.
22. В строке 33 необходимо указать номер партии штаммов возбудителей ИППП и номер накладной на данную партию штаммов.
23. В строке 34 указывается фамилия и ставится личная подпись сотрудника лаборатории, отправившего партию.
24. В строке 35 «Путь доставки штамма» сотрудником Центра мониторинга выбирается один из предложенных вариантов ответа.
25. В строке 36 указывается фамилия и ставится личная подпись сотрудника Центра мониторинга, принявшего партию.
26. В строке 37 указывается дата и время доставки штамма в Центр мониторинга.
27. В строке 38 необходимо указать номер партии штаммов возбудителей ИППП и номер накладной на поступившую партию штаммов.
28. В строке 39 следует указать морфологию доставленного штамма возбудителей ИППП путем выбора ответа из предложенных вариантов либо вписать иной ответ.
29. В строке 40 указывается диапазон температур, выдерживаемый в Центре мониторинга, для хранения штаммов возбудителей ИППП.
30. В строке 41 необходимо указывать официальное наименование питательной среды, которая использовалась для хранения штаммов возбудителей ИППП.
31. В строке 44 указываются антибактериальные препараты, используемые в тестах на изучение чувствительности штамма возбудителей ИППП к антибиотикам методом серийных разведений в агаре.
32. В строках 45 «Исучаемый штамм», 46 «Контрольный штамм» указываются результаты (в единицах минимальной подавляюще концентрации) теста на чувствительность штамма возбудителей ИППП к антибиотикам методом серийных разведений в агаре.
33. В строке 47 сотрудником Центра мониторинга делается заключение о чувствительности данного штамма к использованным в тесте антибактериальным препаратам.
34. В строке 48 указываются антибактериальные препараты, используемые в тестах на изучение чувствительности штамма возбудителей ИППП диско-диффузным методом.
35. В строках 49 «Исучаемый штамм», 50 «Контрольный штамм» указываются результаты (в единицах зоны задержки роста) теста на чувствительность штамма возбудителей ИППП к антибиотикам диско-диффузным методом.
36. В строке 51 сотрудником Центра мониторинга делается заключение о чувствительности данного штамма к использованным в тесте антибактериальным препаратам.
37. В строках 52 «Исучаемый штамм», 53 «Контрольный штамм» указываются результаты серо- и генотипирования штамма возбудителя ИППП.
38. В строке 54 сотрудником Центра мониторинга дается полное описание особенностей штамма возбудителя ИППП, заключение о чувствительности к антибактериальным препаратам.

Для заметок