

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
И МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
27 августа 2003 г. № 202/39

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ИНСТРУКЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ ЛИЦ, СОДЕРЖАЩИХСЯ
В УЧРЕЖДЕНИЯХ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

[Изменения и дополнения:

Постановление Министерства внутренних дел и Министерства
здравоохранения от 29 декабря 2005 г. № 427/64
(зарегистрировано в Национальном реестре - № 8/13885 от
26.01.2006 г.) <W20613885>].

В соответствии с Уголовно-исполнительным кодексом Республики Беларусь и в целях совершенствования
медицинского обеспечения лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства
внутренних дел Республики Беларусь, Министерство внутренних дел Республики Беларусь и Министерство
здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЮТ:

1. Утвердить прилагаемую Инструкцию по медицинскому обеспечению лиц, содержащихся в учреждениях
уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел Республики Беларусь.

2. Не применять приказ Министерства внутренних дел Союза Советских Социалистических Республик от
17 ноября 1989 г. № 285 "Об утверждении Руководства по медицинскому обеспечению лиц, содержащихся в
следственных изоляторах и исправительно-трудовых учреждениях МВД СССР".

Министр внутренних дел
Республики Беларусь
В.В.Наумов

Министр здравоохранения
Республики Беларусь
Л.А.Постоялко

СОГЛАСОВАНО
Генеральный прокурор
Республики Беларусь
В.В.Шейман
25.08.2003

УТВЕРЖДЕНО
Постановление Министерства
внутренних дел Республики Беларусь
и Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
27.08.2003 № 202/39

ИНСТРУКЦИЯ по медицинскому обеспечению лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-
исполнительной системы Министерства внутренних дел Республики Беларусь

РАЗДЕЛ I
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Инструкция по медицинскому обеспечению лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-
исполнительной системы Министерства внутренних дел Республики Беларусь (далее - Инструкция),
устанавливает общие принципы и порядок организации медицинского обеспечения лиц, содержащихся в
учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел Республики Беларусь (далее -
спецконтингент), исполняющих наказание в виде ареста, ограничения свободы, лишения свободы, пожизненного
заключения и смертной казни, а также меру пресечения в виде заключения под стражу (далее - учреждения
уголовно-исполнительной системы).

2. В настоящей Инструкции применяются следующие основные термины:

государственный санитарный надзор - деятельность уполномоченных государственных органов и
учреждений, направленная на профилактику заболеваний путем предупреждения, обнаружения и пресечения
нарушений санитарно-эпидемиологического законодательства;

групповые заболевания - два и более случая заболеваний спецконтингента учреждения, объединенные во
времени, вследствие воздействия единого неблагоприятного фактора (факторов) среды обитания человека;

карантин - комплекс административных и медико-санитарных мероприятий, направленных на полную

изоляция эпидемического очага и ликвидацию в нем инфекционной заболеваемости;

лечебно-профилактическое учреждение - организация здравоохранения, основной функцией которого является оказание амбулаторной или стационарной медицинской помощи; □

обсервация - комплекс медико-санитарных мероприятий, направленных на предупреждение распространения инфекционного заболевания в эпидемическом очаге;

санитарно-эпидемическое благополучие - состояние здоровья спецконтингента, при котором отсутствует неблагоприятное воздействие на организм человека факторов среды его обитания и создаются благоприятные условия для жизнедеятельности людей;

санитарно-эпидемическая обстановка - состояние санитарно-эпидемического благополучия спецконтингента в определенном учреждении уголовно-исполнительной системы и в конкретный период времени;

санитарно-противоэпидемические мероприятия - действия по реализации требований санитарно-эпидемиологического законодательства;

санитарные нормы, правила и гигиенические нормативы - критерии безопасности или безвредности для человека факторов среды его обитания, санитарно-гигиенические и противоэпидемические требования по обеспечению благоприятных условий его жизнедеятельности, установленные в нормативных правовых актах.

3. Медицинское обеспечение спецконтингента осуществляется в соответствии с Уголовно-исполнительным кодексом Республики Беларусь, Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 года "О здравоохранении" (Ведамасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1993 г., № 24, ст.290; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2002 г., № 10, 2/840), Законом Республики Беларусь от 16 июня 2003 года "О порядке и условиях содержания лиц под стражей" (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2003 г., № 76, 2/964), настоящей Инструкцией, а также иными нормативными правовыми актами.

4. Медицинское обеспечение спецконтингента включает в себя организацию и проведение в учреждениях уголовно-исполнительной системы комплекса санитарно-противоэпидемических, лечебно-диагностических, реабилитационных, оздоровительных и иных мероприятий в целях оказания доступной медицинской помощи, сохранения и укрепления здоровья спецконтингента.

5. Для оказания медицинской помощи спецконтингенту организуются медицинские части, больницы, иные медицинские подразделения учреждений уголовно-исполнительной системы, а также лечебные исправительные учреждения. Организация оказания медицинской помощи осуществляется на основании устанавливаемых законодательством государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения.

При отсутствии возможности оказания в учреждениях уголовно-исполнительной системы неотложной и плановой медицинской помощи (в первую очередь специализированной - онкологической, кардиологической, фтизиатрической и иной) необходимые лечебно-диагностические мероприятия проводятся соответствующими организациями здравоохранения. Медицинская помощь, в том числе обеспечение медикаментами по врачебным назначениям, оказывается спецконтингенту бесплатно.

Спецконтингент может за счет собственных средств оплачивать стоимость дополнительных медицинских услуг, оказываемых в учреждениях уголовно-исполнительной системы, сверх установленных государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения. □

6. Амбулаторная и стационарная лечебно-профилактическая помощь осужденным к ограничению свободы осуществляется лечебно-профилактическими учреждениями здравоохранения по месту нахождения исправительных учреждений открытого типа в порядке, установленном нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

РАЗДЕЛ II

САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

ГЛАВА 1

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ САНИТАРНОГО НАДЗОРА

7. Санитарный надзор представляет собой систему контроля за проведением мероприятий, направленных на оздоровление условий труда и быта спецконтингента учреждений уголовно-исполнительной системы, профилактику заболеваний путем предупреждения, обнаружения и пресечения нарушений санитарно-эпидемиологического законодательства, санитарных норм и правил, гигиенических нормативов.

8. Санитарный надзор в учреждениях уголовно-исполнительной системы осуществляется санитарно-эпидемиологической службой Министерства внутренних дел Республики Беларусь (далее - СЭС) в соответствии с Законом Республики Беларусь от 23 ноября 1993 года "О санитарно-эпидемическом благополучии населения" (Ведамасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1993 г., № 36, ст.451), Положением об осуществлении санитарного надзора в Министерстве внутренних дел, утвержденным постановлением Совета Министров

Республики Беларусь от 9 октября 2000 г. № 1549 (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2000 г., № 100, 5/4287), иными нормативными правовыми актами.

9. Медицинские части учреждений уголовно-исполнительной системы осуществляют санитарный контроль за выполнением требований санитарно-противоэпидемического законодательства:

по санитарному состоянию и содержанию жилых, служебных и производственных помещений, коммунально-бытовых, пищевых объектов, источников водоснабжения, очистке территории;

по проведению мероприятий, направленных на улучшение санитарно-гигиенического содержания и санитарно-технического состояния всех объектов;

по соблюдению санитарно-гигиенических норм и правил размещения, условий труда, питания, водоснабжения и банно-прачечного обеспечения спецконтингента;

по своевременному и полному проведению организационных, инженерно-технических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и других мероприятий в целях предупреждения возникновения и недопущения распространения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) спецконтингента и их ликвидации.

ГЛАВА 2

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ЗА ОЧИСТКОЙ ТЕРРИТОРИИ УЧРЕЖДЕНИЙ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

10. Очистка территории учреждений уголовно-исполнительной системы представляет собой комплекс плановых медико-санитарных, инженерно-технических и хозяйственных мероприятий по сбору, временному хранению, транспортировке, обезвреживанию и утилизации бытовых и производственных отходов. В нее входят также эксплуатация, ремонт и замена канализационных сетей и сооружений, устройств по обеззараживанию и утилизации твердых бытовых отходов.

11. Организация очистки территории учреждений уголовно-исполнительной системы должна удовлетворять требованиям действующих санитарных правил.

12. Уборка территории учреждения уголовно-исполнительной системы должна проводиться ежедневно.

13. Для сбора мусора и бытовых отходов на территории устанавливаются мусоросборники с плотно закрывающимися крышками, для которых должны быть предусмотрены и оборудованы специальные площадки с асфальтовым или бетонированным покрытием, обеспечивающим дезинфекцию и промывку площадок. Расстояние от площадки с мусоросборниками до зданий должно быть не менее двадцати метров.

14. При временном хранении отходов в мусоросборниках должна быть исключена возможность их загнивания и разложения. В летний период времени металлические сборники отходов необходимо промывать: несменяемые сборники - не реже одного раза в десять дней, сменяемые - после каждого опорожнения. Деревянные сборники отходов в летний период необходимо дезинфицировать после каждого опорожнения. Срок хранения отходов в мусоросборниках в холодное время года при температуре +5 градусов Цельсия (далее - °С) и ниже должен быть не более трех суток, в теплое время при температуре выше +5°С не более одних суток (ежедневный вывоз).

15. Для текущего сбора мусора у входов в здания, в местах отдыха и на территории должны быть установлены урны, которые очищаются от мусора ежедневно и содержатся в чистоте.

16. Ответственность за эксплуатацию, своевременный ремонт и учет канализационных сооружений в учреждениях возлагается на начальника учреждения уголовно-исполнительной системы.

17. Заместитель начальника учреждения уголовно-исполнительной системы по общим вопросам (тыловому обеспечению) обязан располагать сведениями о состоянии канализационных сетей и сооружений, эффективности очистки сточных вод, системы сбора, удаления и утилизации твердых отходов, своевременно получать разрешения органов и учреждений, осуществляющих государственный санитарный надзор, на сброс сточных вод, на обеззараживание и утилизацию бытовых и производственных отходов.

18. Заместитель начальника учреждения уголовно-исполнительной системы по общим вопросам (тыловому обеспечению), начальник медицинской части обязаны регулярно докладывать начальнику учреждения о санитарном состоянии территории и принимаемых мерах по ее улучшению, а в случае возникновения угрозы загрязнения источника водоснабжения или других нарушений санитарных правил содержания территории - немедленно.

ГЛАВА 3

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ЗА ВОДОСНАБЖЕНИЕМ УЧРЕЖДЕНИЙ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

19. Задачами медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы являются:

контроль за качеством воды и санитарным состоянием объектов водоснабжения;
медицинское освидетельствование лиц, работающих на объектах водоснабжения.

20. Качество воды, используемой для питьевых и хозяйственно-бытовых нужд, материалы и изделия, контактирующие с ней на всех этапах ее получения, обработки и распределения, должны соответствовать

действующим стандартам и санитарным правилам.

21. При возникновении на объектах и сооружениях системы водоснабжения аварийных ситуаций или технических нарушений, которые приводят или могут привести к ухудшению качества питьевой воды и условий водоснабжения учреждения уголовно-исполнительной системы, администрация обязана немедленно принять меры по их устранению и информировать об этом СЭС, осуществляющую ведомственный санитарный надзор на данной территории, и медицинскую службу Департамента исполнения наказаний Министерства внутренних дел Республики Беларусь (далее - Департамент). □

22. Отклонения от гигиенических нормативов допускаются при выполнении следующих условий:
обеспечение учреждения питьевой водой не может быть достигнуто иным способом;
соблюдение согласованных с органами и учреждениями государственного санитарного надзора на ограниченный период времени допустимых отклонений от гигиенических нормативов;
максимальное ограничение срока действия отклонений;
отсутствие угрозы здоровью спецконтингента учреждения в период действия отклонений;
обеспечение информацией спецконтингента учреждения о введении отклонений и сроках их действия, об отсутствии риска для здоровья, а также рекомендации по использованию питьевой воды.

23. Подача воды для питьевых нужд запрещается в следующих случаях:
в установленный срок действия временных отклонений от гигиенических нормативов не устранены причины, обуславливающие ухудшение качества питьевой воды;
системой водоснабжения не обеспечиваются производство и подача питьевой воды, качество которой должно соответствовать требованиям санитарных правил, в связи с чем имеется реальная опасность для здоровья спецконтингента.

В таких случаях немедленно организуется бесперебойное обеспечение спецконтингента доброкачественной питьевой водой из другого источника водоснабжения в количестве, достаточном для удовлетворения питьевых нужд.

24. Питьевая вода должна быть безопасной в эпидемическом и радиационном отношении, безвредна по химическому составу и иметь благоприятные органолептические свойства.

25. Качество питьевой воды должно соответствовать гигиеническим нормативам перед ее поступлением в распределительную сеть, а также в точках водоразбора наружной и внутренней водопроводной сети.

26. В целях предупреждения загрязнения и засорения воды источников водоснабжения и водопроводов хозяйственно-питьевого назначения в соответствии с законодательством Республики Беларусь устанавливаются зоны санитарной охраны с соответствующими требованиями и ограничениями хозяйственной и иной деятельности.

27. Зоны санитарной охраны организуются на всех водопроводах вне зависимости от ведомственной принадлежности подающих воду как из поверхностных, так и подземных источников.

28. Зоны санитарной охраны организуются в составе трех поясов. Первый пояс (строгого режима) включает территорию расположения водозаборов, площадок расположения всех водопроводных сооружений и водопроводящего канала. Его назначение состоит в защите мест водозаборов и водозаборных сооружений от случайного или умышленного загрязнения и повреждения. Второй и третий пояса (пояса ограничений) включают территорию, предназначенную для предупреждения загрязнения воды источников водоснабжения. Санитарная охрана водопроводов обеспечивается санитарно-защитной зоной.

29. В каждом из трех поясов зоны санитарной охраны, а также в пределах санитарно-защитной полосы соответственно их назначению устанавливается специальный режим и определяется комплекс мероприятий, направленных на предупреждение ухудшения качества воды.

ГЛАВА 4

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ЗА ОРГАНИЗАЦИЕЙ ПИТАНИЯ СПЕЦКОНТИНГЕНТА

30. Спецконтингент обеспечивается питанием по нормам, утвержденным Советом Министров Республики Беларусь.

31. Организация питания в учреждении уголовно-исполнительной системы осуществляется отделом (группой) интендантского и хозяйственного обеспечения, на который возлагаются:

разработка режима питания для различных категорий довольствующихся с учетом характера и особенностей их работы;

организация приготовления пищи по установленным нормам суточного довольствия и контроль за доведением этих норм питающимся;

надлежащее устройство и оборудование пищеблоков, содержание их в образцовом состоянии, соблюдение правил эксплуатации и санитарного содержания технологического и холодильного оборудования, инвентаря;

соблюдение санитарно-гигиенических требований при хранении, отпуске и перевозке продуктов со склада в столовую, хранении и кулинарной обработке их в столовой, приготовлении, раздаче готовой пищи;

обеспечение условий для соблюдения правил личной гигиены работниками, занятыми приготовлением, отпуском, транспортировкой пищевых продуктов и готовых блюд;
обеспечение своевременного ремонта технологического и холодильного оборудования;
обеспечение пищеблоков и других объектов питания моющими и дезинфицирующими средствами, разрешенными Министерством здравоохранения Республики Беларусь для мытья посуды, инвентаря;
приобретение технологического оборудования, посуды, инвентаря, санитарной одежды.

32. Начальник медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы:

участвует в разработке режима питания, составлении меню-раскладок продуктов, ежемесячно проводит теоретический расчет калорийности в меню-раскладках;

предоставляет начальнику учреждения уголовно-исполнительной системы списки лиц, подлежащих переводу на питание по специальным нормам;

организует ежедневную проверку качества, соблюдения условий хранения, правил и сроков реализации пищевых продуктов, находящихся в продовольственном складе и магазине учреждения уголовно-исполнительной системы, а также находящихся в личном пользовании у спецконтингента;

организует проверку качества приготовленной пищи по всем нормам довольствия и проверку санитарного состояния пищеблока. Результаты проверки и разрешение на реализацию готовой пищи заносятся в книгу контроля за качеством приготовления пищи;

запрещает реализацию недоброкачественного сырья, полуфабрикатов и употребление недоброкачественных пищевых продуктов, готовой пищи;

организует проведение предварительных и периодических медицинских осмотров работников;

организует проведение занятий по гигиеническому обучению работников, занятых приготовлением, реализацией, транспортировкой пищевых продуктов.

33. Пищевые продукты, поступающие в учреждение и подлежащие обязательной сертификации в Республике Беларусь, должны иметь знак соответствия или копию сертификата соответствия Национальной системы сертификации Республики Беларусь.

Если продовольствие, поступившее в учреждение, не отвечает предъявляемым к нему требованиям или качество его вызывает сомнение, оно не допускается к употреблению.

34. Отделом (группой) интендантского и хозяйственного обеспечения учреждения уголовно-исполнительной системы организуется проведение товароведческой экспертизы продуктов, имеющих истекший срок годности, за исключением особо скоропортящихся и продуктов, имеющих явно выраженные признаки порчи, а также решаются вопросы по использованию недоброкачественных продуктов, не требующих специальных гигиенических исследований.

35. Медицинской частью учреждения уголовно-исполнительной системы организуется проведение гигиенической экспертизы в целях выявления изменений органолептических свойств продуктов (в том числе скоропортящихся), характера и степени их изменений: отклонений в химическом составе продуктов, степени бактериального загрязнения продуктов и характера микрофлоры, наличия пестицидов, вредных примесей и других чужеродных веществ в количествах, превышающих предельно допустимые нормативы или естественное содержание в продукте, возможности передачи через инфицированные продукты возбудителей инфекционных заболеваний.

36. Суточная норма довольствия при трехразовом питании по энергетической ценности (калорийности) распределяется: на завтрак - 30-35 процентов, на обед - 40-45 процентов, на ужин - 20-30 процентов от общей калорийности суточной нормы довольствия.

Указанное распределение продуктов по суточной энергетической ценности может изменяться в зависимости от напряженности работы, а именно: для работающих в первой смене - завтрак - 35 процентов, обед - 40 процентов, ужин - 25 процентов; для работающих во второй и третьей (ночной) сменах - завтрак и ужин по 30 процентов, обед - 40 процентов.

Если прием пищи производится довольствующимися в несколько смен с продолжительностью смены, превышающей один час, то приготовление пищи производится для каждой смены отдельно. Пища должна быть готова за двадцать-тридцать минут до начала ее раздачи и выдана в сроки, не превышающие двух часов с момента ее готовности.

При подаче первые блюда и горячие напитки должны иметь температуру не ниже +75°C, вторые - не ниже +65°C, холодные блюда и напитки - от +7 до +14°C.

До момента раздачи первые и вторые блюда могут находиться на горячей плите не более двух часов. Хранение готовой пищи сверх установленных сроков допускается как исключение. В случае вынужденного хранения оставшейся пищи она должна быть полностью охлаждена и храниться при температуре не выше +6°C и не более двенадцати часов. Перед выдачей на раздачу охлажденная пища осматривается и проверяется (дегустируется) врачом или средним медицинским работником медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы, после чего подвергается обязательной вторичной тепловой обработке (кипячению, прожарке в духовом шкафу). Срок реализации пищи после вторичной тепловой обработки не должен превышать одного часа. Запрещается смешивание пищи с остатками пищи предыдущего дня и пищей, изготовленной в более ранние сроки.

37. При необходимости доставки пищи к месту работы довольствующимся пища перевозится в

опломбированных или опечатанных термосах. Хлеб и посуда доставляются в чистых ящиках, разделенных на секции для хлеба и посуды. Время доставки не должно превышать двух часов. На месте работы оборудуются плиты подогрева пищи и обеденные столы для ее приема. Раздавать остывшую пищу без предварительного ее подогревания и кипячения жидких блюд не разрешается.

38. Назначаемый для выполнения подсобных работ в столовой наряд не допускается к работе без осмотра медицинским персоналом кожных покровов и видимых слизистых на наличие гнойничковых заболеваний.

39. На объектах питания соблюдаются требования санитарных правил для предприятий общественного питания, утверждаемых Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

40. Столовая учреждения уголовно-исполнительной системы должна иметь следующие помещения: обеденный зал, варочный цех с раздачей, овощной и мясо-рыбный цеха, моечные столовой и кухонной посуды, хлебозерку, кладовые сухих продуктов и овощей, охлаждаемые камеры, камеру отходов, загрузочную, комнату персонала, а также душевую и санитарный узел с туалетом и умывальником.

ГЛАВА 5

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ЗА УСЛОВИЯМИ ТРУДА СПЕЦКОНТИНГЕНТА

41. Обеспечение безопасных условий труда на промышленных предприятиях учреждений уголовно-исполнительной системы возлагается на начальника учреждения уголовно-исполнительной системы или лицо, выполняющее эти обязанности, которые осуществляют контроль за:

соответствием нормативам санитарно-гигиенического состояния воздушной среды, освещенности, уровня шума и вибрации, температурного режима в производственных, бытовых, складских и других помещениях промышленного предприятия;

обеспечением спецконтингента специальной одеждой, специальной обувью и средствами индивидуальной защиты, а также выдачей профилактического питания в соответствии с установленными нормами;

предоставлением работающим на производственных предприятиях льгот в связи с вредными условиями труда.

42. Начальник медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы обязан:

осуществлять взаимосвязь с органами и учреждениями, осуществляющими государственный санитарный надзор, по обеспечению контроля за условиями труда на промышленных предприятиях учреждения уголовно-исполнительной системы;

осуществлять контроль за санитарным состоянием производственных и бытовых помещений, территорий и мест общего пользования на предприятии;

участвовать в разработке мероприятий по улучшению санитарно-гигиенических условий труда на предприятии;

изучать причины заболеваний, связанных с производственной деятельностью, а также производственного травматизма, готовить предложения по улучшению условий труда работающих;

организовывать своевременный медицинский осмотр лиц, занятых на работах с вредными условиями труда;

осуществлять контроль за качеством питьевой воды и своевременным пополнением медикаментами аптек в цехах и на участках;

проводить санитарно-просветительную работу среди работающих.

43. Руководство предприятия учреждения уголовно-исполнительной системы организует проведение паспортизации рабочих мест на производстве.

СЭС, осуществляющая ведомственный санитарный надзор за данным объектом, оказывает консультативную и практическую помощь в организации и проведении лабораторных и инструментальных исследований производственных факторов на промышленном предприятии.

44. Начальник медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы должен располагать информацией о проектируемых, строящихся и реконструируемых промышленных объектах, о внедрении новых технологических процессов, оборудования, машин и механизмов, новых химических веществ и их токсико-химических характеристиках.

45. В случае обнаружения отклонений от проекта и несоблюдения санитарных норм и правил начальник медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы информирует начальника СЭС, который имеет право приостанавливать проведение отдельных видов работ по строительству и монтажу оборудования.

46. К неблагоприятным производственным факторам, которые могут оказывать отрицательное воздействие на организм человека, относятся факторы:

физического характера (ионизирующая радиация, неблагоприятный микроклимат, шум, ультразвук, инфразвук, вибрация, электромагнитные поля радиочастот);

химического характера (промышленные яды);

биологического характера (инфекции, инвазии);

промышленные аэрозоли;

повышенной тяжести и напряженности труда.

47. Обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические (в течение трудовой деятельности) медицинские осмотры работников проводятся с целью определения пригодности к работам с вредными веществами и неблагоприятными производственными факторами.

Лицо, не прошедшее обязательный медицинский осмотр или признанное непригодным по состоянию здоровья к работам с вредными и неблагоприятными производственными факторами, к таким видам работ не допускается.

Начальник учреждения уголовно-исполнительной системы обязан обеспечить условия для своевременного прохождения работниками обязательных периодических медицинских осмотров и несет ответственность за допуск к работе лиц, не прошедших медицинский осмотр или признанных непригодными по состоянию здоровья к работам с вредными и неблагоприятными производственными факторами.

48. Микроклимат в рабочих помещениях должен обеспечивать тепловое равновесие организма с окружающей средой.

Воздух рабочей зоны должен соответствовать требованиям санитарных правил.

49. Все производственные и вспомогательные помещения должны быть оборудованы системами отопления и вентиляции в соответствии с требованиями санитарных правил.

Системы вентиляции и отопления должны обеспечивать на постоянных рабочих местах и в рабочей зоне во время проведения основных и ремонтно-восстановительных работ метеорологические условия (температуру, относительную влажность и скорость движения воздуха), а также содержание вредных веществ в воздухе в соответствии с требованиями санитарных норм проектирования промышленных предприятий.

Технологические выбросы в атмосферу удаляются общеобменной вентиляцией и с учетом рассеивания не должны превышать в атмосферном воздухе населенных пунктов предельно допустимых концентраций.

В производственных помещениях с объемом на одного работающего менее двадцати кубических метров подается не менее тридцати кубических метров наружного воздуха в час на каждого работающего, а в помещениях с объемом на одного работающего более двадцати кубических метров - не менее двадцати кубических метров наружного воздуха в час на каждого работающего. Если на одного работающего приходится более сорока кубических метров объема помещения при наличии окон и фонарей и при отсутствии выделения вредных веществ, то предусматривается периодически действующая естественно организованная вентиляция.

У ворот, открывающихся чаще пяти раз или более чем на сорок минут в смену, предусматриваются воздушные или воздушно-тепловые завесы.

Объединение в общую вытяжную установку отсосов пыли и легкоконденсирующихся паров, а также веществ, которые при смешивании дают опасные смеси или химические соединения, запрещается.

Для рабочих мест, расположенных в непосредственной близости от источника вредности (сварка, пайка и иные источники), в дополнение к общеобменной вентиляции требуется устройство местных отсосов. На производствах, где возможно внезапное поступление в воздух больших количеств вредных веществ (кроме пыли), предусматривается аварийная вентиляция.

Постоянные рабочие места около окон защищаются от ниспадающих холодных потоков воздуха.

Для отопления зданий и сооружений предприятия предусматриваются системы и теплоносители, не дающие дополнительных производственных вредностей.

50. Выбор и размещение производственного оборудования, являющегося источником шума, проводятся с учетом требований санитарных правил.

Контроль за уровнем шума на рабочих местах производится при пуске предприятия, после его реконструкции и на действующих предприятиях - не реже одного раза в год.

51. Для всех производственных и подсобных помещений необходимо максимальное использование естественного освещения. Нормы естественного освещения устанавливаются с учетом обязательной регулярной очистки стекол световых проемов в сроки:

не реже двух раз в год - для помещений с незначительным выделением пыли, копоти;

не реже четырех раз в год - для помещений со значительным выделением пыли, копоти.

Нормы искусственного освещения относятся к осветительным установкам с люминесцентными лампами и лампами накаливания. Система освещения может быть как общей, так и комбинированной - состоящей из общего и местного освещения.

Одно местное освещение применять запрещается.

В помещениях с числом работающих не менее пятидесяти человек должно быть аварийное освещение.

Чистка светильников искусственного освещения должна проводиться по мере загрязнения, но не реже:

в помещениях с большим выделением дыма, копоти и пыли - четырех раз в год;

в помещениях со средним выделением дыма, копоти и пыли - трех раз в год;

в помещениях с малым выделением дыма, копоти и пыли - двух раз в год.

52. Промышленные предприятия обеспечиваются доброкачественной питьевой водой.

Соединение сетей хозяйственно-питьевых водопроводов с сетью технического назначения не допускается.

Для пользования питьевой водой устраиваются фонтанчики, питьевые автоматы, закрытые бачки с фонтанирующими насадками и другие устройства.

В горячих цехах работающие обеспечиваются подсоленной газированной водой с содержанием соли до 0,5 процента из расчета до десяти литров на человека в смену.

Расстояние от рабочих мест до устройства для снабжения питьевой водой не должно превышать семидесяти пяти метров.

53. Очистные сооружения, станции перекачки и прочие установки для сточных вод промышленных отходов должны содержаться в исправности, чистоте и не являться источником загрязнения воды, почвы и воздуха.

На каждом предприятии оборудуются санитарно-бытовые помещения согласно санитарным правилам.

Использование бытовых помещений на производстве не по назначению воспрещается.

54. В случае организации питания спецконтингента в производственной зоне при бытовых помещениях должны быть предусмотрены помещения для приема пищи.

Пункты питания в производственной зоне должны отвечать санитарным требованиям, установленным для предприятий общественного питания. Регламентируемое количество посадок - не более четырех человек.

55. Молоко или другие равноценные продукты отпускаются работающим во вредных участках производства в пунктах питания или особо выделенных помещениях, оборудованных посадочными местами, холодильным шкафом, умывальником и мойкой с горячей водой для мытья посуды. Посуда для приема молока (кружки) должна предоставляться предприятием.

Фляжное молоко разрешается выдавать только после предварительного кипячения.

56. Специальная и защитная одежда выдается работающим в установленные сроки и в соответствии с отраслевыми нормами положенности в специальной одежде, обуви и защитных приспособлениях.

Работа без предусмотренной нормами специальной одежды и защитных приспособлений запрещается.

Обязательными являются своевременный ремонт и стирка специальной одежды, а на производствах, связанных с воздействием ядовитых веществ, обязательна дегазация специальной одежды.

На работах, связанных с опасностью выделения в воздух помещений вредных паров, газов, промышленной аэрозоли, с опасностью отлетания осколков, стружки, работающим предоставляются средства индивидуальной защиты: противогазы, респираторы, шлемы, защитные очки, маски и иные средства согласно существующим нормам. При работе с веществами, вызывающими раздражение кожи рук, работающим выдаются профилактические пасты и мази, а также смывающие и дезинфицирующие средства.

57. На каждый случай профессионального заболевания (отравления) врачом, выявившим или заподозрившим данное заболевание, заполняется экстренное извещение.

Извещение отсылается в течение двадцати четырех часов в СЭС, осуществляющую санитарный надзор за объектом, на котором работает заболевший.

В случаях профессиональных заболеваний (отравлений), при которых одновременно заболело (пострадало) два человека и более, экстренное извещение составляется на каждого больного.

В экстренном извещении указываются предварительный (окончательный) диагноз профессионального заболевания, наименование предполагаемых вредных производственных факторов и причин, вызвавших заболевание.

Медицинская часть, установившая или изменившая диагноз, составляет новое экстренное извещение и в течение двадцати четырех часов направляет его в СЭС, при этом указываются измененный (уточненный) диагноз, дата его установления, первоначальный диагноз.

58. Медицинская часть, помимо направления экстренного извещения, немедленно извещает СЭС и медицинскую службу Департамента о каждом случае:

профессионального заболевания (отравления) с утратой трудоспособности с числом заболевших (пострадавших) два человека и более;

заболевания сибирской язвой, бруцеллезом, столбняком, бешенством (при установлении связи с профессиональной деятельностью больного). □

59. Каждый случай профессионального заболевания (отравления) подлежит расследованию.

Расследование профессионального заболевания (отравления) проводится санитарным врачом по гигиене труда или другим специалистом СЭС в течение двадцати четырех часов с момента получения экстренного извещения, немедленно - при получении информации в соответствии с пунктом 58 настоящей Инструкции.

В процессе расследования:

выясняются причины, при которых возникло острое профессиональное заболевание (отравление);

проводится обследование рабочего места (рабочей зоны, производственного участка, цеха), где возникло заболевание;

при необходимости организуется проведение лабораторных и инструментальных исследований вредных производственных факторов;

оценивается состояние санитарно-гигиенических условий труда работающего при возникновении заболевания (отравления);

на основе результатов обследования разрабатываются санитарно-профилактические, организационные и технические мероприятия по ликвидации и предупреждению случаев заболевания (отравления).

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ЗА БАННО-ПРАЧЕЧНЫМ ОБЕСПЕЧЕНИЕМ

60. Банно-прачечное обеспечение спецконтингента организуется и осуществляется силами и средствами отдела (группы) интендантского и хозяйственного обеспечения учреждения уголовно-исполнительной системы.

61. В обязанности начальника медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы входит осуществление:

предупредительного санитарного контроля за ходом строительства или реконструкции банно-прачечных блоков;

текущего санитарного контроля согласно санитарным правилам устройства, оборудования и содержания бань, прачечных, контроля за качеством, своевременностью проведения дезинфекции, санитарной обработки, смены нательного и постельного белья, его стирки, бесперебойным снабжением холодной и горячей водой;

медицинских осмотров и обследований лиц, непосредственно занятых в банно-прачечном обеспечении;

контроля за выполнением предложений и предписаний СЭС в части банно-прачечного обеспечения с последующим информированием ответственных лиц учреждения уголовно-исполнительной системы.

62. Бани помимо гигиенического имеют и противоэпидемическое назначение при условии организации в них проведения санитарной обработки спецконтингента.

Необходимость проведения ее возникает в следующих случаях:

как плановое мероприятие - один раз в месяц;

по эпидемическим показаниям;

при приеме вновь прибывших лиц.

63. Санитарная обработка включает в себя мытье людей в бане с мылом и мочалкой с обязательной сменой постельного и нательного белья (при педикулезе - обработку волосистых покровов), дезинфекцию, дезинсекцию личной одежды и постельных принадлежностей (подушек, матрасов, одеял) в дезинфекционной камере.

64. Бани во время проведения санитарной обработки должны работать по пропускной системе, когда движение всех поступающих лиц происходит только в одном направлении.

Бани, предназначенные для санитарной обработки, должны иметь стационарную дезинфекционную камеру, отдельный вход и выход, раздевальную, где моющиеся передают одежду и белье в дезинфекционную камеру, и одевальную, куда выходят после помывки и где через окно получают из чистого отделения камеры свои вещи, прошедшие дезинфекцию или дезинсекцию.

Пропускная способность дезинфекционной камеры должна соответствовать пропускной способности бани.

65. Мероприятия по камерной дезинфекции проводятся на основании требований соответствующих нормативных правовых актов Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

66. При обследовании дезинфекционно-камерных помещений обращается внимание на следующее:

санитарно-техническое состояние дезинфекционных камер;

соблюдение установленных режимов обеззараживания;

полноту камерного обеззараживания постельных принадлежностей и вещей;

проверку температурного режима при помощи максимальных термометров;

проверку знаний персонала по режимам обработки, соблюдения санитарных правил;

проверку выполнения предыдущих предложений;

использование физических и химических методов проверки качества дезинфекции.

67. Оценка состояния камерной дезинфекции фиксируется в журнале регистрации дезинфекции (дезинсекции).

68. Лица, содержащиеся в учреждениях уголовно-исполнительной системы, моются в бане не реже одного раза в семь дней с одновременной сменой нательного и постельного белья. Повара и лица, выполняющие работы, связанные с сильным загрязнением кожи, кроме того, ежедневно должны принимать душ.

Перед каждой сменой моющихся в бане дежурные проводят тщательную уборку помещений и дезинфекцию их 0,2-0,5-процентным осветленным раствором хлорной извести, однопроцентным раствором хлорамина или трехпроцентным раствором лизола, либо другими дезинфекционными средствами, разрешенными к применению Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

69. Выдача спецконтингенту мыла, мочалок, головных гребней и щеток общественного пользования запрещается. Тазы, скамейки промываются однопроцентным раствором хлорамина или осветленным раствором хлорной извести, либо другими дезинфекционными средствами.

70. Бритве, подбривание затылков и висков в парикмахерских разрешаются только одноразовым лезвием. Станки и отработанные лезвия необходимо дезинфицировать в трехпроцентном растворе хлорамина или в другом дезинфекционном средстве, разрешенных к применению Министерством здравоохранения Республики Беларусь, а затем лезвия должны утилизироваться.

Санитарный контроль за парикмахерскими осуществляется в соответствии с санитарными правилами устройства, оборудования и содержания парикмахерских.

71. Лица, пораженные гнойничковыми и грибковыми заболеваниями кожи, моются отдельно от остальных и в последнюю очередь, после чего в бане проводится дезинфекция двухпроцентным щелочным раствором или трехпроцентным осветленным раствором хлорной извести с экспозицией не менее тридцати минут.

Лица, больные активным туберкулезом, моются отдельно от остальных в специально отведенный для них день или при небольшом их числе в последнюю очередь, после чего в бане проводится заключительная дезинфекция.

72. Бани и парикмахерские обеспечиваются аптечками для оказания первой медицинской помощи.

73. Грязное белье из бани, а также постельное белье непосредственно из общежитий направляются в прачечную.

74. Планировка помещений прачечных и расстановка специального оборудования должны обеспечивать непрерывность и последовательность технологического процесса и не допускать контакта чистого и грязного, сухого и мокрого белья.

В грязную половину прачечной входит цех приема и сортировки белья.

В чистой половине предусматриваются цехи - стиральный, сушильно-гладильный, ремонта и выдачи белья.

Между чистой и грязной половинами оборудуется санитарный шлюз, имеющий вход с обеих половин, в составе душевой, гардероба, уборной.

Помещения чистой половины от помещений грязной изолируются капитальной стеной или перегородкой.

Температура воздуха во всех цехах должна быть от +15°C до +20°C, относительная влажность в стиральном цехе - не более 70 процентов, в сушильно-гладильном - не более 60 процентов.

Поступающее в прачечную белье сортируется по видам и степени загрязнения. Сильно загрязненное белье предварительно замачивается в течение четырех-двенадцати часов в теплой воде с добавлением 0,5-процентного раствора кальцинированного раствора соды или иных моющих средств.

75. Белье из больниц учреждений уголовно-исполнительной системы, стационаров медицинских частей, изолированных участков для содержания больных туберкулезом перед стиркой обязательно подвергается бучению - кипячению в щелочном растворе в течение часа или замачивается в дезинфекционном растворе и стирается в специально закрепленной машине.

76. Помещения грязной половины прачечной после работы подлежат тщательной уборке и дезинфекции.

77. Одежда, матрастики и тюфячные наволочки стирают один раз в квартал.

78. Здания бань, прачечных должны быть обеспечены водопроводом, канализацией, отоплением, вентиляцией и горячим водоснабжением.

79. Банно-прачечные сточные воды содержат большое количество моющих веществ, легко загнивающих органических веществ и поэтому опасны в эпидемиологическом отношении.

В канализованном пункте с очистными сооружениями стоки спускаются непосредственно в канализационную сеть, их предварительная очистка (коагулирование раствором гашеной извести) проводится, когда сточные воды от банно-прачечных блоков превышают 25 процентов от общего количества всех сточных вод, подаваемых на очистные сооружения. Для коагулирования следует применять гашеную известь в количестве, содержащем 400 граммов активной окиси кальция на один кубический метр сточных вод, подаваемых на очистные сооружения. Расчетное количество активной окиси кальция составляет 50 процентов от веса извести.

В неканализованном пункте для очистки сточных вод устраивают местные очистные канализационные сооружения.

80. Метод очистки и место сброса сточных вод необходимо согласовывать с органами и учреждениями, осуществляющими государственный санитарный надзор.

81. Запрещается сброс банно-прачечных сточных вод в водоемы, овраги и иные места без предварительной очистки по схеме: коагулирование и отстаивание в течение шести-двенадцати часов, хлорирование (доза 5-10 миллиграммов активного хлора на один литр сточных вод).

ГЛАВА 7

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ЗА УСЛОВИЯМИ РАЗМЕЩЕНИЯ СПЕЦКОНТИНГЕНТА

82. Лица, содержащиеся в исправительных колониях, тюрьмах, обеспечиваются жилой площадью на одного человека не менее двух квадратных метров. Норма жилой площади на одного человека в лечебных исправительных учреждениях уголовно-исполнительной системы не может быть менее трех квадратных метров (для больных туберкулезом - пяти квадратных метров), в воспитательных колониях - трех с половиной квадратных метров.

83. Жилая площадь на одного человека для лиц, содержащихся в дисциплинарных изоляторах, помещениях камерного типа, штрафных изоляторах, должна составлять не менее двух с половиной квадратных метров (для больных туберкулезом в помещениях камерного типа - трех квадратных метров), одиночных камерах - четырех с половиной квадратных метров.

84. Жилая площадь для лиц, содержащихся в следственных изоляторах, должна составлять не менее двух с половиной квадратных метров на одного человека, для беременных и женщин, имеющих при себе детей, - четырех квадратных метров, в карцерах - четырех с половиной квадратных метров.

85. Спецконтингенту предоставляются индивидуальные спальные места и постельные принадлежности.

86. Спальные помещения общежитий оборудуются одноярусными или двухъярусными койками,

прикроватными тумбочками (одна тумбочка на двух человек), столами, табуретками (одна на каждого).

Камеры следственных изоляторов и помещения камерного типа исправительных колоний оборудуются одноярусными или двухъярусными койками, столами, скамейками, вешалками для одежды, настенными шкафами или прикроватными тумбочками (одна тумбочка на двух человек).

Штрафные и дисциплинарные изоляторы оборудуются койками, тумбочками по числу содержащихся и столом. В карцерах устанавливаются металлические койки.

87. В общежитиях при объеме воздуха в спальнях помещений менее девяти кубических метров на человека предусматривается приточная вентиляция с механическим побуждением, подогревом (при необходимости) наружного воздуха в холодный и переходный периоды года. Вытяжная вентиляция предусматривается с естественным побуждением. При объеме воздуха в спальнях помещений более девяти кубических метров на человека естественная вентиляция должна обеспечивать двукратный воздухообмен в час. Естественное освещение в общежитиях должно соответствовать требованиям санитарных правил.

88. Камеры должны быть сухими, вентилируемыми и обеспечены естественной и искусственной освещенностью. Окна в камерах должны размещаться как можно выше к потолку, их размеры должны быть не менее: 0,9 на 0,5 метра - в штрафных и дисциплинарных изоляторах, помещениях камерного типа; 1,1 на 1,3 метра - в следственных изоляторах; 0,5 на 0,5 метра - в карцерах.

89. Общежития обеспечиваются санитарно-техническим оборудованием из расчета один умывальник на десять человек, один унитаз на двенадцать человек, один лотковый писсуар на тридцать человек, одна ножная ванна на двадцать человек, одна кабина личной гигиены на пятьдесят женщин. Камеры оборудуются водопроводом и канализацией в виде санитарного узла из умывальника и унитаза. Санитарный узел отделяется от камеры перегородкой (экраном) высотой не менее 1,1 метра.

90. Работа систем отопления и вентиляции должна обеспечить оптимальный тепловой и воздушный режим в рабочей и обслуживаемой зонах жилых и подсобных помещений общежитий: температура 20-22°C, влажность 30-45 процентов, скорость движения воздуха 0,1-0,15 метра в секунду - в отопительный период года; температура 22-25°C, влажность 30-60 процентов, скорость движения воздуха 0,25 метра в секунду - в теплый период года. Температура в камерах должна поддерживаться на уровне 18°C, в карцерах - не ниже 16°C.

91. Медицинская часть контролирует организацию прогулок, не допускает произвольного сокращения установленного для прогулок времени, следит за санитарным состоянием прогулочных дворов и температурным режимом. Медицинские работники также следят, чтобы лица, выводимые на прогулки, были одеты и обуты в соответствующую сезону исправную одежду и обувь.

92. Все санитарно-техническое, технологическое и другое оборудование, приборы, мебель и инвентарь общежитий и режимных корпусов должны соответствовать действующим нормативно-техническим документам и эксплуатироваться с соблюдением их требований. Вышедшие из строя оборудование, мебель и инвентарь подлежат срочному ремонту или замене. Не допускается загромождение жилых и вспомогательных помещений, а также коридоров списанным, неиспользуемым или неисправным оборудованием, мебелью и инвентарем.

93. Общежития и камеры следует оснащать необходимым набором уборочного инвентаря, промаркированного в соответствии с назначением.

94. Материалы, используемые для внутренней отделки помещений, должны быть из числа разрешенных Министерством здравоохранения Республики Беларусь для применения в строительстве жилых зданий. Поверхность стен, перегородок, отделочных материалов, столярных изделий и покрытий должна быть доступной для текущей уборки. Дефекты в отделке помещений должны устраняться безотлагательно.

95. Все помещения, оборудование и мебель должны содержаться в чистоте. Влажная уборка помещений должна проводиться ежедневно маркированным инвентарем. Полы и санитарно-технические приборы в санитарных узлах следует мыть горячей водой с применением моющих средств и дезинфекционных растворов, приготовленных и хранящихся в соответствии с инструкциями по их использованию.

96. Ежемесячно должна проводиться генеральная уборка всех помещений (обметание стен и потолков, мытье полов, панелей, окон и дверей, оборудования, мебели, вытряхивание и проветривание постельных принадлежностей, чистка от пыли и грязи отопительных приборов, светильников).

Оконные стекла должны очищаться и тщательно мыться по мере загрязнения, но не реже чем ежеквартально.

97. В помещениях общежитий и камерах должны быть установлены урны для мусора и других бытовых отходов.

Ежегодно до начала зимнего сезона все помещения общежитий должны быть отремонтированы и утеплены, оконные проемы по периметру утепляются прокладками из поролон, ваты и других материалов и оклеиваются.

98. Медицинские работники учреждений уголовно-исполнительной системы проводят регулярные обходы объектов с целью выявления недостатков по их эксплуатации и санитарному содержанию.

ГЛАВА 8

ОРГАНИЗАЦИЯ САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

99. Основной целью проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий в учреждениях уголовно-

исполнительной системы является предупреждение:

заноса инфекционных заболеваний в учреждение;

возникновения и распространения инфекционных заболеваний среди спецконтингента;

распространения инфекционных заболеваний за пределы учреждения.

100. Санитарно-противоэпидемические мероприятия включают в себя:

наблюдение за санитарно-эпидемиологической ситуацией в учреждении уголовно-исполнительной системы и районе его расположения;

проведение плановой иммунопрофилактики;

организацию обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров и лабораторного обследования лиц, занятых на работах на объектах питания, водоснабжения, коммунально-бытового обслуживания, связанных с обслуживанием детей, в порядке, установленном законодательством;

осуществление ветеринарно-санитарных мероприятий;

осуществление санитарно-эпидемиологического контроля за содержанием территории, общежитий, организацией питания, водоснабжения и канализации, банно-прачечным обеспечением, соблюдением правил личной гигиены;

проведение дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных мероприятий;

систематическую подготовку и повышение квалификации медицинского персонала учреждения уголовно-исполнительной системы по вопросам проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий;

подготовку сил и средств для проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий в случае возникновения инфекционных заболеваний (установка дополнительных коек в медицинской части, оснащение необходимым имуществом и иные мероприятия);

проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение заноса инфекционных заболеваний в учреждение, в случаях регистрации повышенной инфекционной заболеваемости среди населения, проживающего в районе расположения учреждения уголовно-исполнительной системы;

мероприятия, проводимые в учреждении при приеме спецконтингента;

систематическое медицинское наблюдение за спецконтингентом;

своевременное извещение СЭС об изменении санитарно-эпидемиологической обстановки в учреждении уголовно-исполнительной системы и неукоснительное исполнение предложений СЭС, направленных на ее стабилизацию;

оперативный эпидемиологический анализ заболеваемости;

проведение экстренной специфической профилактики инфекционных заболеваний;

изоляционные, лечебно-диагностические и режимно-ограничительные мероприятия в отношении инфекционных больных;

гигиеническое воспитание и обучение спецконтингента.

101. Для разработки и своевременного осуществления долгосрочных санитарно-противоэпидемических мероприятий в учреждениях уголовно-исполнительной системы проводится эпидемиологический анализ за определенный календарный период - месяц, квартал, год (ретроспективный анализ). При оперативном эпидемиологическом анализе проводится слежение за динамикой развития эпидемического процесса, устанавливаются причины подъема заболеваемости и коррекция проводимых мероприятий.

102. Проведение оперативного и ретроспективного эпидемиологических анализов осуществляют специалисты СЭС и медицинских частей учреждений уголовно-исполнительной системы.

103. Эпидемиологический прогноз проводится для определения тенденции течения эпидемического процесса в конкретных условиях и дается с учетом результатов эпидемиологического наблюдения, эпидемиологического анализа за истекший период времени года и эпидемиологических особенностей конкретных инфекционных заболеваний. Его составление входит в обязанности СЭС.

ГЛАВА 9

САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ СПЕЦКОНТИНГЕНТА

104. В целях предупреждения заноса инфекции запрещается принимать в следственные изоляторы лиц с явными признаками острого инфекционного заболевания (температура, диарея, кожные высыпания, кровохарканье и иные признаки).

Характер остальных мероприятий определяется санитарно-эпидемиологической обстановкой в регионе и в конкретном учреждении уголовно-исполнительной системы. □

105. В суточный срок спецконтингент (лица, принятые в следственные изоляторы, - в день их поступления) проходит полную санитарную обработку и размещается в карантинном отделении, где за ним устанавливается медицинское наблюдение продолжительностью пятнадцать суток.

106. При выявлении в этот период инфекционных больных они немедленно изолируются и в учреждении уголовно-исполнительной системы проводится комплекс санитарно-противоэпидемических мероприятий с

целью предупреждения распространения инфекционных заболеваний. Длительность медицинского наблюдения в карантинном помещении в этом случае продлевается на срок максимального инкубационного периода инфекционного заболевания начиная со дня изоляции последнего из заболевших.

107. Санитарно-противоэпидемические мероприятия по прибытии осужденных в учреждение проводятся одновременно с мероприятиями по их медицинскому освидетельствованию.

108. Во время медицинского освидетельствования осуществляется сбор эпидемиологического анамнеза, выявляются больные туберкулезом, кожными, венерическими и другими инфекционными заболеваниями. Лица, бывшие в контакте с инфекционными больными, подвергаются изоляции и медицинскому наблюдению в течение срока инкубационного периода инфекционного заболевания.

109. В период пребывания осужденных в карантинном помещении запрещается привлечение их к работам вне этого помещения.

110. В этот период также проводятся плановые прививки, организуется проведение гигиенического воспитания и обучения, иных мероприятий, вытекающих из конкретно складывающейся санитарно-эпидемиологической обстановки.

111. Лица, занятые на постоянной работе на объектах питания и водоснабжения, подлежат систематическому медицинскому контролю. В число этих лиц входят повара, хлеборезы, кладовщики, постоянные кухонные работники, водители продовольственных фургонов и цистерн для воды, слесари и другой персонал, обслуживающий водозаборные сети и сооружения. Порядок обследования и допуска их к работе устанавливается соответствующими нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

112. Ответственность за своевременность прохождения медицинских осмотров при приеме на работу, а также периодических медицинских осмотров лиц, занятых на работе на объектах питания и водоснабжения, несут начальники соответствующих служб.

113. Лица, назначаемые в наряд на пищеблок, подлежат обязательному медицинскому осмотру на гнойничковые заболевания кожи и видимых слизистых оболочек, который проводится перед заступлением на работу дежурным медицинским работником, о чем делается отметка в журнале медосмотра работников пищеблока. Лица, у которых выявлены указанные проявления, от работы на пищеблоке временно отстраняются.

Лица, состоящие на диспансерном учете после заболевания острыми кишечными инфекциями, в наряд на пищеблок не назначаются.

114. Начальник медицинской части обязан организовывать и проводить плановые осмотры спецконтингента с целью выявления и санации лиц с педикулезом. Ответственность за проведение противопедикулезных мероприятий несет администрация учреждения уголовно-исполнительной системы.

115. О каждом выявленном случае педикулеза информация сообщается в СЭС и вносится в журнал учета инфекционных заболеваний.

116. Срок наблюдения установленного очага педикулеза составляет один месяц. В очаге проводится осмотр спецконтингента на педикулез с периодичностью один раз в десять дней.

117. Очаг педикулеза считается санированным при отрицательных результатах трехкратного обследования с интервалом между ними в десять дней. Контроль за санацией очагов ведут медицинские работники учреждений уголовно-исполнительной системы. Выборочный контроль осуществляется сотрудниками СЭС.

118. Спецконтингент подлежит обязательному осмотру на педикулез при поступлении в учреждение уголовно-исполнительной системы и выбытии из него.

119. Результаты осмотров необходимо фиксировать в медицинских амбулаторных картах с указанием даты проведения, результата осмотра и подписи медицинского работника, проводившего медицинский осмотр.

120. Лица, поступающие в стационар, осматриваются на педикулез медицинской сестрой (фельдшером) при поступлении и в процессе лечения - не реже одного раза в десять дней. Категорически запрещается отказывать в госпитализации по основному заболеванию из-за выявленного педикулеза.

121. При обнаружении вшей на теле человека проводится комплексная санитарная обработка с одновременной дезинсекционной обработкой белья и одежды, а в случае необходимости по заключению медицинского работника - сбривание волос.

122. Медицинские части должны иметь специальные укладки, предназначенные для проведения противопедикулезных обработок, включающие клеенчатые мешки для сбора вещей человека, пораженного педикулезом, клеенчатую пелерину, перчатки резиновые, ножницы, частые металлические гребни, машинку для стрижки волос, педикулоцидные препараты для уничтожения вшей в любой стадии развития, препараты для дезинсекции помещений.

123. В противопедикулезные мероприятия входят как общие мероприятия, направленные на соблюдение должного санитарно-противоэпидемического режима в учреждении, так и специфические меры по санации лиц, у которых обнаружен педикулез.

В целях предотвращения появления вшей и их распространения среди спецконтингента осуществляются обязательные профилактические мероприятия, включающие мытье в бане не реже одного раза в семь дней, смену нательного и постельного белья с последующей стиркой.

124. Целью проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий при выбытии спецконтингента (отбытие срока наказания, назначенного по приговору суда, перевод в другое учреждение уголовно-

исполнительной системы, вывоз на проведение следственных мероприятий и иные основания) является предупреждение распространения инфекционных заболеваний за пределы учреждения уголовно-исполнительной системы.

125. Спецконтингент, подлежащий убытию из учреждения уголовно-исполнительной системы, должен пройти комплексную санитарную обработку. Лица, переболевшие инфекционными заболеваниями, после которых может сохраняться носительство возбудителей инфекционных заболеваний, должны быть бактериологически обследованы и пройти в необходимых случаях курс лечения до прекращения бактериовыделения. При необходимости продолжения медицинского наблюдения за убывающими лицами администрация учреждения уголовно-исполнительной системы сообщает об этом в организации здравоохранения по месту их жительства или направления. □

ГЛАВА 10 САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ПЕРЕВОЗКЕ СПЕЦКОНТИНГЕНТА

126. Организация перевозок спецконтингента, а также выполнения в пути необходимых санитарно-противоэпидемических мероприятий осуществляются в порядке, определенном законодательством.

127. При перевозках спецконтингента медицинскими работниками учреждения отправителя проводится комплекс санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний среди спецконтингента и сопровождающего его караула в пути следования, а также заноса инфекционных заболеваний в конечный пункт следования.

128. Перевозка инфекционных больных должна осуществляться с соблюдением условий, препятствующих дальнейшему распространению возбудителей инфекционных заболеваний.

129. Для сопровождения инфекционных больных до конечного пункта следования по решению учреждения отправителя (по медицинским показаниям) выделяется медицинский работник, который должен иметь при себе медикаменты, необходимые для оказания неотложной помощи, а также предметы ухода за больным в соответствии с характером инфекционного заболевания и дезинфицирующие средства.

130. Предназначенный для перевозки спецконтингента специальный транспорт должен быть подготовлен, продезинфицирован и оборудован в соответствии с существующими требованиями.

131. Специальный транспорт, на котором перевозился инфекционный больной, подвергается заключительной дезинфекции силами госпитализировавшего учреждения не позднее двух часов после эвакуации больного. □

ГЛАВА 11 ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ

132. При выявлении инфекционных заболеваний в учреждении уголовно-исполнительной системы начальник медицинской части организует проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий, включающих:

- выявление, изоляцию и госпитализацию больных, консультацию врача-инфекциониста и лечение;
- текущую и заключительную дезинфекции;
- эпидемиологическое обследование;
- медицинское наблюдение, обсервацию или карантин;
- проведение прививок.

133. Своевременное выявление инфекционного больного и носителей возбудителей инфекционных заболеваний осуществляется при всех видах оказания медицинской помощи, проведении медицинских осмотров, а также во время обходов общежитий, камер совместно с администрацией учреждения. В каждом учреждении уголовно-исполнительной системы должны быть составлены планы профилактики инфекционных заболеваний, утвержденные начальником учреждения и согласованные с СЭС.

134. Выявленных больных инфекционными заболеваниями, лиц с подозрением на такие заболевания немедленно помещают в медицинский изолятор. Медицинский изолятор оборудуется при медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы как минимум на две инфекции (воздушно-капельную и кишечную). По эпидемическим показаниям (при массовом поступлении больных) под изолятор могут быть приспособлены другие здания и помещения.

При выявлении в учреждении уголовно-исполнительной системы больных инфекционными заболеваниями начальником медицинской части организуется проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий под непосредственным контролем СЭС в соответствии с требованиями нормативных правовых актов Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

135. Выявленных больных инфекционными заболеваниями и лиц с подозрением на такие заболевания

помещают в медицинский изолятор для наблюдения и исключения возможности распространения инфекционных заболеваний среди спецконтингента. В необходимых случаях осуществляются лечение, вакцинация, перевод в инфекционную больницу (отделение). В период нахождения указанных лиц в медицинском изоляторе соблюдается противоэпидемический режим работы.

136. Под противоэпидемическим режимом понимается такой порядок организации работы медицинского изолятора, который обеспечивает полную безопасность для медицинского персонала, исключает возможность распространения возбудителей инфекционных заболеваний за пределы медицинского изолятора. Противоэпидемический режим определяется эпидемиологическими особенностями возбудителя конкретного инфекционного заболевания.

137. Общими требованиями к работе медицинского изолятора являются:

раздельное размещение инфекционных больных с разными механизмами передачи возбудителей инфекционных заболеваний;

размещение медицинского изолятора (приспособленных под изолятор помещений) в удалении от объектов питания и водоснабжения;

обеспечение медицинского изолятора полным комплектом белья и постельных принадлежностей, дезинфицирующими средствами, предметами ухода за больными, столовой посудой и приборами, емкостями для замачивания белья, посуды, мешками для хранения одежды, емкостями для дезинфекции выделений больных;

наличие условий для полной санитарной обработки поступающих в медицинский изолятор больных;

неукоснительное соблюдение режима дезинфекции.

138. Эвакуация (транспортирование) больных инфекционными заболеваниями в инфекционные больницы (отделения) осуществляется специальным санитарным транспортом в сопровождении врача или медицинской сестры (фельдшера).

Порядок лечения больных, методы лечения, выписка и допуск к работе, объем диспансерного наблюдения определяются соответствующими нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

139. Лица, общавшиеся с инфекционным больным, подлежат медицинскому наблюдению, лабораторному обследованию и экстренной профилактике.

Перечень инфекционных заболеваний, эпидемиологические показания, при которых обязательным является медицинское наблюдение, лабораторное обследование и экстренная профилактика лиц, общавшихся с больными в очагах инфекционных заболеваний, объем и порядок их проведения определяются соответствующими нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

140. Противоэпидемические мероприятия при появлении инфекционных заболеваний проводятся в пределах эпидемического очага. Границы эпидемического очага определяются той территорией (камера, отряд или бригада спецконтингента, учреждение уголовно-исполнительной системы), в пределах которой возможна реализация механизма передачи данной инфекции. Длительность существования эпидемического очага определяется максимальным сроком инкубационного периода болезни после устранения источника инфекции (госпитализации последнего заболевшего или бактерионосителя) и проведения заключительной дезинфекции.

141. В эпидемических очагах по эпидемиологическим показаниям проводятся текущая и заключительная дезинфекции.

Текущая дезинфекция проводится в помещениях, где временно или постоянно содержатся инфекционные больные. Текущая дезинфекция проводится спецконтингентом после соответствующего инструктажа медицинскими работниками.

Заключительная дезинфекция проводится однократно в помещении, где находился инфекционный больной, после его изоляции (госпитализации).

142. При эпидемиологическом обследовании по поводу единичных случаев инфекционных заболеваний начальник медицинской части организует и проводит:

опрос и обследование больного;

опрос и обследование контактировавших в очаге;

обследование внешней среды, в том числе и лабораторное (совместно с СЭС).

143. Опрос и обследование проводятся целенаправленно в соответствии с эпидемиологическими особенностями конкретной инфекции и с использованием лабораторных методов исследования в целях установления источника инфекции и путей ее передачи.

Данные эпидемиологического обследования используются для коррекции мероприятий, проводимых в очаге.

144. При эпидемиологическом обследовании по поводу групповых заболеваний (эпидемической вспышки) начальник медицинской части, кроме перечисленных выше мероприятий, проводит анализ распределения заболеваемости по отрядам и бригадам спецконтингента, камерам, датам возникновения заболеваний, особенностям быта заболевших и другим признакам в соответствии с конкретными условиями.

145. Задачей эпидемиологического обследования является установление причины (в том числе и источника), условий распространения группового инфекционного заболевания и выяснение механизма его развития.

146. В эпидемическом очаге проводятся режимно-ограничительные мероприятия, содержание которых

зависит от механизма передачи и путей передачи инфекции, а также особенностей размещения и питания спецконтингента.

147. Выделяют три категории режимно-ограничительных мероприятий:

усиленное медицинское наблюдение;

обсервация;

карантин.

148. Усиленное медицинское наблюдение направлено на активное выявление инфекционных больных с последующей их изоляцией и госпитализацией. Активное выявление инфекционных больных предусматривает ежедневный опрос, осмотр, термометрию, а также лабораторные исследования лиц, контактировавших с больным. Усиленное медицинское наблюдение вводится по указанию начальника медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы.

149. Обсервация предусматривает:

усиленное медицинское наблюдение;

ограничение поступления спецконтингента в учреждение и убытия из него;

ограничение или прекращение свиданий с родственниками;

проведение специальных лечебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на разрыв механизма и путей передачи инфекции.

В случае поступления спецконтингента в учреждение уголовно-исполнительной системы, в котором введена обсервация, прибывшие лица размещаются отдельно, а вопрос об убытии из учреждения уголовно-исполнительной системы решается в каждом конкретном случае индивидуально.

Обсервация вводится приказом начальника учреждения уголовно-исполнительной системы по представлению начальника медицинской части.

150. Карантин предусматривает проведение следующих мероприятий:

запрещение поступления спецконтингента в учреждение уголовно-исполнительной системы и убытия из него, за исключением случаев, когда перемещение спецконтингента должно осуществляться в определенные законом сроки (убытие из следственного изолятора в исправительное учреждение по назначению судом наказания в виде лишения свободы, убытие из исправительного учреждения по окончании срока наказания и иные основания);

запрещение свободного перемещения спецконтингента внутри учреждения уголовно-исполнительной системы;

усиленное медицинское наблюдение;

специальные лечебно-профилактические и противоэпидемические мероприятия, направленные на разрыв механизма и путей передачи возбудителя инфекционного заболевания.

151. Материально-техническое снабжение учреждения уголовно-исполнительной системы, где введен карантин, осуществляется через перегрузочные площадки.

152. В целях выполнения условий карантина работа учреждения уголовно-исполнительной системы организуется по усиленному варианту несения службы. Карантин в учреждении уголовно-исполнительной системы устанавливается и снимается решением руководства Департамента по представлению медицинской службы Министерства внутренних дел Республики Беларусь (далее - МВД), СЭС в порядке, установленном законодательством. □

153. В случае временного запрещения свиданий по эпидемическим показаниям администрация учреждения уголовно-исполнительной системы извещает об этом прокурора, осуществляющего надзор за соблюдением законности в учреждении. Случаи инфекционных заболеваний подлежат обязательной регистрации и учету по месту их выявления в медицинской части, больнице учреждения уголовно-исполнительной системы в журналах учета инфекционных заболеваний, а также статистическому наблюдению в СЭС.

154. О каждом случае возникновения инфекционного заболевания начальник медицинской части докладывает начальнику учреждения уголовно-исполнительной системы с одновременным сообщением в СЭС и последующим (в течение двадцати четырех часов с момента установления диагноза) направлением в СЭС экстренного извещения.

Врач медицинской части, уточнивший или изменивший диагноз, обязан составить новое экстренное извещение и в течение 24 часов отослать его в СЭС, указав измененный (уточненный) диагноз, дату его установления, первоначальный диагноз и результаты лабораторного исследования.

Для персонального учета больных инфекционными заболеваниями и последующего контроля полноты и сроков передачи информации в СЭС сведения из экстренного извещения вносятся в журнал учета инфекционных заболеваний. Перечень инфекционных заболеваний, подлежащих обязательной регистрации, учету и статистическому наблюдению, а также порядок их проведения определяются соответствующими нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

155. Ответственность за своевременность и полноту проведения противоэпидемических мероприятий в очагах инфекционных заболеваний возлагается на начальника медицинской части (начальника больницы) учреждения уголовно-исполнительной системы.

ГЛАВА 12

САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ С РАЗЛИЧНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ

156. Санитарно-противоэпидемические мероприятия по предупреждению кишечных инфекционных заболеваний должны проводиться комплексно и постоянно. Основными мероприятиями являются:

обеспечение систематического медицинского контроля с применением лабораторных методов исследования за условиями размещения, организацией водоснабжения и питания спецконтингента;

своевременное и полное лабораторное обследование лиц, работающих на объектах питания и водоснабжения учреждений уголовно-исполнительной системы;

проведение профилактической дезинфекции, дезинсекции и дератизации, создание надлежащих условий для соблюдения гигиенических правил, медицинский контроль за соблюдением спецконтингентом основных требований личной гигиены;

раннее выявление (в первые сутки), обязательная изоляция и госпитализация больных;

проведение диспансерного наблюдения за всеми переболевшими кишечными инфекционными заболеваниями согласно нормативным правовым актам Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Данные о состоянии здоровья переболевшего в период проведения диспансерного наблюдения, а также результаты всех лабораторных и клинических обследований заносятся в медицинскую амбулаторную карту обследуемого;

медицинское наблюдение с бактериологическим обследованием за лицами, находившимися в контакте с больными;

контроль за санитарно-техническим состоянием инженерных сетей и сооружений учреждений уголовно-исполнительной системы;

проведение гигиенического воспитания и обучения спецконтингента.

157. Санитарно-противоэпидемические мероприятия при выявлении больных кишечными инфекционными заболеваниями направлены на локализацию и ликвидацию эпидемического очага и проводятся на основе результатов эпидемиологического обследования единичных или групповых заболеваний.

158. Переболевшие кишечными инфекционными заболеваниями подлежат учету и диспансерному наблюдению.

159. Материал для лабораторного исследования в период диспансерного наблюдения собирается и доставляется в лабораторию медицинскими работниками учреждений уголовно-исполнительной системы.

160. В зависимости от санитарно-эпидемиологической обстановки в учреждении уголовно-исполнительной системы спецконтингент при убытии из него может подвергаться по решению СЭС однократному бактериологическому обследованию на кишечную группу инфекций.

В случае положительного результата бактериологического исследования перевод лиц, являющихся носителями возбудителей кишечной группы инфекций, не допускается и в отношении их проводится комплекс лечебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий.

161. Эпидемиологическое обследование единичных заболеваний кишечными инфекциями проводится врачом учреждения уголовно-исполнительной системы с целью установления места заражения больного, источника инфекции, определения возможных путей и факторов передачи возбудителя, а также круга контактировавших лиц, подвергшихся риску заражения.

162. Для решения этих задач проводятся:

опрос и обследование больного;

опрос и обследование контактировавших лиц;

осмотр и обследование объектов среды обитания в пределах учреждения уголовно-исполнительной системы.

163. При опросе больного собирается эпидемиологический анамнез. В соответствии с данными, полученными при опросе больного и контактировавших с ним лиц:

обследуются объекты питания и водоснабжения, канализационные и водопроводные сети, места пребывания больного, места общего пользования, территория и иные объекты в целях выяснения условий, при которых могло произойти заражение больного;

устанавливаются лица, которые могли заразиться вместе с больным (или от него), и проводится их бактериологическое обследование.

164. При появлении в учреждении уголовно-исполнительной системы случаев кишечных инфекционных заболеваний санитарно-противоэпидемические мероприятия проводятся сразу после выявления больного.

165. Начальник медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы при выявлении случаев кишечных инфекционных заболеваний обязан:

организовать немедленную изоляцию и госпитализацию больного;

доложить об этом начальнику учреждения уголовно-исполнительной системы и вышестоящему медицинскому начальнику;

в течение 24 часов с момента выявления первого больного направить в СЭС экстренное извещение об

инфекционном заболевании;

организовать проведение заключительной дезинфекции в очаге инфекционного заболевания;

определить круг контактировавших лиц и установить за ними усиленное медицинское наблюдение в течение семи суток при дизентерии и других кишечных инфекциях, двадцати одного дня - при брюшном тифе, тридцати пяти суток - при вирусном гепатите А с обязательным лабораторным обследованием контактировавших лиц и запрещением включения их в состав наряда на пищеблоке на период проведения наблюдения;

провести работу по исключению возможности симуляции заболевания;

усилить контроль за питанием и водоснабжением, очисткой территории учреждения уголовно-исполнительной системы.

166. Эпидемиологическое обследование случаев групповых инфекционных заболеваний осуществляется, как правило, врачом-эпидемиологом при участии представителей медицинской части и заинтересованных служб (продовольственной, коммунальной, инженерно-технической и иных) учреждения уголовно-исполнительной системы. До прибытия врача-эпидемиолога начальник медицинской части обязан самостоятельно начать эпидемиологическое расследование и организовать проведение неотложных санитарно-противоэпидемических мероприятий.

167. Основной целью эпидемиологического обследования является установление типа и характера группового заболевания, а также условий и факторов, способствовавших ее развитию. При проведении эпидемиологического обследования групповых заболеваний изучаются динамика и структура заболеваемости кишечными инфекциями в период появления групповых инфекционных заболеваний и в предшествующий период с учетом условий труда и быта спецконтингента, особенностей организации питания и водоснабжения.

168. В ходе эпидемиологического обследования собираются данные о соответствии объектов питания и водоснабжения гигиеническим нормативам, сведения об очистке территории, иные данные в целях уточнения предполагаемых причин, обусловивших появление групповых инфекционных заболеваний. Оценивается динамика заболеваемости по бригадам и отрядам спецконтингента, которая сопоставляется с условиями быта и труда заболевших, с другими факторами, которые могли способствовать развитию групповых инфекционных заболеваний. Одновременно проводятся лабораторные исследования воды, подозрительных в недоброкачественности пищевых продуктов и смывов с инвентаря пищеблока, а также бактериологическое обследование работников питания, переболевших лиц.

169. Завершающим этапом эпидемиологического обследования является анализ и обобщение всех собранных материалов. На основании сопоставления фактов и критической оценки всех данных формируются окончательные выводы об источниках инфекции, путях передачи и условиях, способствовавших возникновению кишечных инфекций. Эти выводы используются для определения объема и характера противоэпидемических мероприятий и их целенаправленного проведения, обеспечивающего наиболее быструю локализацию и ликвидацию эпидемического очага.

170. При возникновении групповых случаев кишечных инфекционных заболеваний помимо мероприятий, предусмотренных выше, обязательно проводятся следующие мероприятия:

при пищевом характере группового заболевания:

изъятие из употребления подозрительных продуктов, блюд и их остатков с последующим направлением проб на экспертизу в СЭС;

выявление и устранение причин, обусловивших инфицирование пищи и размножение в ней возбудителей;

тщательная уборка продовольственно-пищевых объектов с применением моющих и дезинфицирующих средств, кипячение посуды и инвентаря; усиление контроля за соблюдением правил личной гигиены работниками пищеблока и лицами из числа наряда на пищеблоке.

При водном характере группового заболевания:

немедленная организация бесперебойного обеспечения спецконтингента доброкачественной питьевой водой (доставка питьевой воды из другого источника водоснабжения);

выявление и устранение причин загрязнения системы водоснабжения или отдельных ее элементов;

дезинфекция водопроводных сооружений, емкостей для воды или источников водопользования.

171. Эпидемический очаг считается ликвидированным, если по истечении семи суток при дизентерии (двадцати одного дня - при брюшном тифе, тридцати пяти суток - при вирусном гепатите А) после изоляции последнего больного и проведения заключительной дезинфекции в очаге не появились новые больные и не выявлены носители возбудителей кишечной группы инфекций.

172. При организации и проведении санитарно-противоэпидемических мероприятий должны учитываться эпидемиологические особенности инфекционных заболеваний.

За лицами, бывшими в контакте с заболевшим вирусным гепатитом А, а также за всеми работниками объектов питания, водоснабжения, коммунально-бытового обслуживания устанавливается медицинское наблюдение (термометрия, контроль за цветом кожных покровов и слизистых оболочек, мочи, определение размеров печени и селезенки) в течение тридцати пяти дней не реже двух раз в неделю.

При брюшном тифе и паратифах для облегчения эпидемиологического анализа в случае возникновения тифопаратифозных заболеваний, при которых данный бактерионоситель может являться источником инфекции, у каждого хронического носителя бактерий брюшного тифа и паратифов определяется фаготип выделяемых им бактерий с отражением полученного результата в его медицинской амбулаторной карте.

В связи с тем, что бактериальная дизентерия часто протекает со стертой клинической картиной, по каждому случаю заболевания колитом, энтеритом и энтероколитом в учреждении уголовно-исполнительной системы необходимо проводить весь комплекс санитарно-противоэпидемических мероприятий, который проводится при выявлении больного дизентерией.

Профилактические мероприятия в отношении кишечного иерсиниоза включают борьбу с грызунами, выявление заболеваний иерсиниозом свиней, крупного рогатого скота, птицы, соблюдение санитарно-противоэпидемического режима при работах, связанных с транспортировкой, приготовлением и хранением пищевых продуктов. Мероприятия в эпидемическом очаге проводятся как для инфекций с фекально-оральным механизмом передачи.

173. При подозрении на особо опасную или карантинную инфекцию немедленно организуется проведение следующих дополнительных мероприятий:

изоляция больного по месту выявления и его последующая госпитализация;

запрещение входа и выхода из помещения, где выявлен больной;

забор и направление с помощью соответствующей укладки биологического материала в лабораторию для установки или подтверждения диагноза;

срочное извещение СЭС;

организация проведения дезинфекционных мероприятий в учреждении с учетом механизма распространения выявленной особо опасной или карантинной инфекции;

запрещение поступления и убытия спецконтингента из учреждения уголовно-исполнительной системы.

174. Основными мероприятиями по предупреждению заболеваний, передающихся воздушно-капельным путем, являются:

соблюдение гигиенических требований к содержанию жилых, производственных и других помещений (поддержание температурного режима, режима проветривания, уборки);

выявление и изоляция больных респираторными заболеваниями;

профилактические прививки.

При нарастании в учреждении уголовно-исполнительной системы случаев заболеваний, передающихся воздушно-капельным путем, проводятся изоляционно-ограничительные мероприятия, может организовываться неспецифическая и специфическая иммунопрофилактика.

175. В очагах дифтерии лица, контактировавшие с больными, подвергаются ежедневному медицинскому наблюдению с термометрией в течение семи суток и однократному бактериологическому обследованию в течение 48 часов, вакцинации (если не были привиты). При выявлении возбудителя дифтерии у лиц, контактировавших с больными, проводится их изоляция и госпитализация, а наблюдение продлевается на семь суток до прекращения выделения токсигенных коринебактерий у контактировавших лиц. Лицам, имевшим тесные контакты с больным дифтерией, сразу же после взятия материала для бактериологического исследования назначается профилактическое лечение.

176. При отсутствии у лиц, контактировавших с больным дифтерией, достоверного прививочного анамнеза они подлежат вакцинации против дифтерии в соответствии с нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

В целях раннего выявления заболевших дифтерией всем больным ангинами или другими воспалительными заболеваниями ротоглотки (тонзиллит, ларингит, паратонзиллярный и заглоточный абсцесс, назофарингит, инфекционный мононуклеоз) проводится однократное бактериологическое обследование на дифтерию.

Реконвалесценты (больные в стадии выздоровления) и носители токсигенных коринебактерий могут находиться среди здоровых лиц только после получения отрицательных результатов бактериологического обследования.

Медицинской частью организуется и проводится плановая вакцинопрофилактика дифтерии в соответствии с нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Сведения об иммунизации спецконтингента в обязательном порядке заносятся в медицинские амбулаторные карты.

177. Источником при менингококковой инфекции является больной человек или бессимптомные бактерионосители (последние представляют наибольшую эпидемиологическую опасность). Заболевшие менингококковой инфекцией подлежат немедленной изоляции и госпитализации.

Лица, контактировавшие с больным, подвергаются ежедневному медицинскому наблюдению в течение десяти дней (осмотр зева и носоглотки, кожных покровов и термометрия два раза в сутки) и обязательному однократному бактериологическому обследованию. Особое внимание уделяется активному выявлению лиц с воспалительными явлениями в зеве и носоглотке, а также имеющих кожные высыпания неясной этиологии. При наличии патологических изменений в зеве и носоглотке больных изолируют в медицинскую часть учреждения уголовно-исполнительной системы и проводят лечение.

Бактериологическое обследование лиц, которые были в контакте с носителями, не проводится.

Выявленным бактерионосителям через три дня после окончания курса санации однократно проводится бактериологическое обследование. При наличии отрицательного результата они могут содержаться совместно со здоровыми лицами.

Реконвалесценты допускаются в камеру (отряд спецконтингента) только после отрицательного результата бактериологического обследования, проведенного однократно, не ранее чем через пять дней после окончания

лечения.

При длительном бактерионосительстве (свыше одного месяца) и отсутствии воспалительных изменений в носоглотке носитель может находиться среди здоровых лиц.

Заключительная дезинфекция в очагах не проводится. Также не подлежит дезинфекции и транспорт по перевозке больных менингококковой инфекцией.

В помещении проводится ежедневная влажная уборка и частое проветривание, облучение ультрафиолетовыми и бактерицидными лампами.

178. Лихорадящие больные с неясным диагнозом, не исключающим брюшной тиф, в случае продолжения лихорадки более пяти дней подлежат бактериологическому обследованию. Для этого исследуют кровь на гемокультуру, испражнения на копрокультуру и применяют в динамике методы серологической диагностики.

179. При сыпном тифе основными мероприятиями являются выявление и полная ликвидация педикулеза среди спецконтингента.

Все лихорадящие больные с диагнозом, не исключающим сыпной тиф, в случае продолжения лихорадки более пяти дней подлежат обязательному двукратному серологическому обследованию с шестого дня болезни с интервалом в три-пять дней.

При обращении за медицинской помощью и активном выявлении в очаге сыпного тифа температурающих больных за последними ведется активное ежедневное медицинское наблюдение с термометрией. Все лихорадящие больные с симптомами сыпного тифа подлежат госпитализации в больницу.

Больные и лица, бывшие в контакте с больным, подлежат обязательному осмотру на педикулез и полной санитарной обработке.

После госпитализации больного под руководством медицинского работника проводят заключительную дезинфекцию и дезинсекцию в очаге с целью полного уничтожения возбудителей сыпного тифа и вшей.

Все лица, контактировавшие с больным, после обязательного осмотра на педикулез подлежат полной санитарной обработке в санитарном пропускнике или приспособленной для этих целей бане. Лица, общавшиеся с заболевшим сыпным тифом, подлежат установленному для этой инфекции медицинскому наблюдению.

Лица, контактировавшие с больным сыпным тифом, у которых выявляется повышение температуры тела, подлежат немедленной госпитализации для уточнения диагноза в условиях стационара медицинской части.

С целью выявления источника инфекции проводится серологическое обследование всех других лиц, бывших в контакте с больным. Показанием к проведению такого исследования при отсутствии педикулеза являются лихорадочные заболевания (независимо от их диагноза и длительности лихорадки), перенесенные в течение последних трех месяцев до выявления очага. При наличии педикулеза обследуются все лица, находившиеся в контакте с больным сыпным тифом.

180. В целях раннего выявления больных малярией и паразитоносителей начальник медицинской части обязан организовать исследование крови на малярию:

у лиц с неустановленным диагнозом, лихорадящих более пяти дней;

у лиц, имеющих в анамнезе заболевание малярией в течение последних трех лет;

у лиц, прибывших из тропического пояса или эндемичных районов, температурающих и (или) предъявляющих жалобы на недомогание и озноб;

при повышении температуры, развившемся в течение ближайших трех месяцев после переливания крови;

при увеличении печени, селезенки, анемии неясной этиологии.

181. Для профилактики туляремии в природных очагах проводится профилактическая вакцинация спецконтингента.

При развитии эпизоотии среди грызунов, а также при появлении случаев заболевания на эндемичной территории активизируются дератизационные мероприятия.

182. Профилактика бруцеллеза в учреждениях уголовно-исполнительной системы сводится к строгому медицинскому контролю за продуктами животного происхождения, предназначенными для питания спецконтингента.

Лица, работающие в подсобном хозяйстве учреждения уголовно-исполнительной системы, где имеются больные или подозрительные на бруцеллез животные, прививаются. При угрозе распространения бруцеллеза проводится вакцинация всего спецконтингента учреждения уголовно-исполнительной системы.

183. При угрозе заноса сибирской язвы в учреждение уголовно-исполнительной системы усиливаются санитарно-гигиенические и ветеринарно-санитарные мероприятия (контроль за убоем животных, за поступающим мясом, его термической обработкой).

Лица, связанные с уходом за животными, подвергаются вакцинации.

184. Для предупреждения случаев заболевания клещевым энцефалитом при расположении учреждений уголовно-исполнительной системы в районе природного очага этой инфекции необходимо принимать меры по индивидуальной защите от нападения клещей:

одежда должна препятствовать проникновению под нее клещей;

периодически через два-четыре часа для обнаружения проникших и присосавшихся клещей проводить осмотры кожных покровов (присасывание клещей безболезненно);

пропитывать одежду отпугивающими средствами - реппелентами;

обрабатывать инсектицидами (жидкие формы, аэрозоли) ограниченные участки местности, в которых

спецконтингент пребывает особенно часто.

185. Спецконтингент в эндемичных районах подвергается плановой профилактической вакцинации в соответствии с действующими нормативами.

186. Профилактика геморрагических лихорадок с почечным синдромом осуществляется путем проведения дератизационных мероприятий, предотвращения проникновения грызунов в общежития, на продовольственно-пищевые объекты и контакта их с продуктами.

187. Профилактика лептоспирозов в учреждениях уголовно-исполнительной системы осуществляется путем использования защитной одежды при работе в заболоченной местности, проведения дератизационных мероприятий, запрещения употребления сырой воды из любых (особенно открытых) источников водопользования.

По эпидемическим показаниям производится вакцинация лиц с высоким риском заражения.

188. Столбняк является типичным раневым инфекционным заболеванием. Наиболее эффективным методом предупреждения столбняка является плановая профилактическая иммунизация, которая организуется и проводится в соответствии с нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Для предупреждения возникновения заболевания столбняком в случае травм медицинской частью учреждения уголовно-исполнительной системы должна проводиться экстренная профилактика - хирургическая обработка и специфическая иммунопрофилактика.

189. При подозрении на ботулизм необходимо провести тщательное эпидемиологическое обследование.

Вся партия консервированного продукта, вызвавшего заболевание, запрещается к употреблению в пищу и подлежит немедленному изъятию и направлению на исследование.

Лицам, употреблявшим одновременно с заболевшим продукты, вызвавшие заболевание, а также лицам с подозрением на ботулизм вводится противоботулиническая сыворотка.

190. Все заболевшие острой формой вирусного гепатита, а также больные хронической формой в период обострения подлежат обязательной госпитализации. Медицинские амбулаторные карты лиц, являющихся носителями вирусного гепатита, подлежат обязательной маркировке.

В процедурных кабинетах и стационарах медицинских частей, больниц учреждений уголовно-исполнительной системы проведение любых парентеральных процедур, дезинфекция, предстерилизационная очистка и стерилизация медицинского инструментария должны осуществляться в соответствии с требованиями нормативных правовых актов Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

191. Порядок и объем санитарно-противоэпидемических мероприятий в отношении ВИЧ-инфицированных лиц определяются соответствующими нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

ВИЧ-инфицированные лица размещаются в учреждениях уголовно-исполнительной системы на общих основаниях, привлекаются к труду с учетом трудоспособности по заключению врача (врачебной комиссии) медицинской части.

Медицинской частью учреждения уголовно-исполнительной системы организуются:

проведение обязательных исследований на ВИЧ-инфекцию в порядке, установленном законодательством;

проведение необходимых консультаций ВИЧ-инфицированным лицам;

контроль за состоянием здоровья выявленных ВИЧ-инфицированных и проведение мероприятий, исключающих их контакт с другими инфекционными больными.

Лабораторное обследование на ВИЧ-инфекцию проводится в специально аккредитованных для этого лабораториях. При взятии биологического материала, его хранении и транспортировке следует соблюдать правила техники безопасности в установленном порядке.

Доставка материала в лаборатории, осуществляющие исследования на ВИЧ, обеспечивается транспортом учреждения уголовно-исполнительной системы.

ГЛАВА 13

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

192. Медицинская часть учреждения уголовно-исполнительной системы организует и проводит вакцинопрофилактику инфекционных заболеваний в порядке, установленном законодательством.

193. Профилактическая вакцинация осуществляется на основе ежегодного плана профилактических прививок, составленного медицинской частью учреждения уголовно-исполнительной системы и согласованного СЭС. Планирование прививок и расчет потребности в медицинских иммунобиологических препаратах проводятся с учетом эпидемической ситуации в районе расположения учреждения уголовно-исполнительной системы.

194. Иммунобиологические препараты для проведения плановой вакцинопрофилактики получают в территориальных организациях здравоохранения в установленном порядке. □

195. Для вакцинации применяются только медицинские иммунобиологические препараты, прошедшие в установленном порядке государственную регистрацию и разрешенные к применению на территории Республики

Беларусь.

196. Расчет препаратов для иммунизации необходимо проводить в соответствии с численностью спецконтингента, подлежащего проведению прививок в планируемом году. При расчете следует учитывать расход препарата на разлив в пределах до 10 процентов. Определение заявляемого количества по каждой номенклатуре препаратов необходимо проводить при составлении заказа-заявки с учетом:

- количества израсходованного препарата за истекший период;
- остатка препарата предшествующего года;
- ожидаемого остатка препарата на конец текущего года;
- необходимости своевременной замены и пополнения неснижаемых запасов препаратов.

197. Начальник медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы обязан обеспечить доставку и хранение бактериальных и вирусных препаратов в соответствии с требованиями санитарных правил.

Применение прививочного материала запрещается:

- по истечении срока годности;
- в случае явного изменения физических свойств препарата;
- при нарушении должных условий хранения и транспортирования.

198. Бактериальные и вирусные препараты с истекшим сроком годности или хранящиеся с нарушением правил подлежат уничтожению.

199. Сроки плановых прививок в учреждениях уголовно-исполнительной системы устанавливаются приказом руководителей этих учреждений, согласованным с ведомственными СЭС. □

200. В случае необходимости сроки проведения профилактических прививок, как плановых, так и по эпидемическим показаниям, могут корректироваться руководством СЭС с учетом эпидемической ситуации по предложению органов и учреждений, осуществляющих государственный санитарный надзор.

201. Непосредственная организация профилактических прививок и контроль за их проведением возлагаются на начальника медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы.

Профилактические прививки проводятся медицинскими работниками, обученными правилам организации и технике их проведения, а также приемам неотложной медицинской помощи в случае развития постпрививочных реакций и осложнений.

202. Перед проведением прививок необходимо:

составить списки лиц, которым должны проводиться прививки, и календарное расписание прививок по отрядам;

выделить и подготовить необходимое помещение для проведения прививок;

изучить с медицинским персоналом инструкцию по применению данного препарата;

осуществить проверку годности препаратов, которые будут использоваться для прививок. Тщательному осмотру подлежит каждая ампула (флакон), обращается внимание на срок годности, наличие всех необходимых обозначений на этикетках, физические свойства препарата и целостность ампулы;

провести тщательный медицинский осмотр спецконтингента с термометрией для выявления лиц, которым по состоянию здоровья прививки противопоказаны постоянно или временно.

203. Подготовка к иммунизации и введение медицинских иммунобиологических препаратов осуществляются в строгом соответствии с инструкциями по их применению при обязательном соблюдении установленных правил асептики и антисептики.

204. Средства экстренной профилактики применяются в эпидемических очагах. В случае необходимости допускается одновременное применение некоторых средств экстренной профилактики и вакцин. Назначение бактериофагов не является препятствием для одновременного проведения иммунизации.

205. Сывороточные препараты (противостолбнячная сыворотка, антирабический гамма-глобулин, противознцефалитный гамма-глобулин и иные сывороточные препараты) могут сочетаться с введением соответствующих вакцин. Сыворотку (гамма-глобулин) и вакцину следует вводить с интервалом не менее 30 минут и в разные части тела.

206. После введения вакцины в медицинской амбулаторной карте привитого лица делается отметка о прививке с указанием даты ее проведения, названия, дозы и серии вакцины, а также о наличии и характере постпрививочных реакций и осложнений, если таковые имели место.

207. За привитым лицом устанавливается медицинское наблюдение в течение срока, определенного инструкцией по применению данного препарата.

208. О каждом случае развития осложнений на введение медицинского иммунобиологического препарата необходимо незамедлительно ставить в известность руководство учреждения уголовно-исполнительной системы и направлять экстренное извещение в СЭС.

ГЛАВА 14

ДЕЗИНФЕКЦИЯ, ДЕЗИНСЕКЦИЯ И ДЕРАТИЗАЦИЯ

209. Дезинфекция, дезинсекция и дератизация представляют собой комплекс неспецифических

мероприятий, направленных на уничтожение или удаление с объектов внешней среды возбудителей инфекционных заболеваний или их переносчиков - членистоногих и грызунов.

210. Выделяют профилактическую дезинфекцию и очаговую дезинфекцию, последняя в свою очередь бывает текущей и заключительной.

211. Профилактическая дезинфекция проводится систематически в плановом порядке с целью предупреждения возникновения инфекционных заболеваний путем заблаговременного уничтожения патогенных микроорганизмов в местах, представляющих эпидемиологическую опасность: на пищеблоках, в сборных и карантинных отделениях, общежитиях, банно-прачечных комплексах, умывальных комнатах, туалетах, штрафных изоляторах, помещениях камерного типа и иных объектах.

212. Текущая очаговая дезинфекция проводится в стационарах медицинских частей, больницах учреждений уголовно-исполнительной системы, специализированных противотуберкулезных лечебных исправительных учреждениях, изолированных участках для диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, а также в любых других помещениях и объектах, где временно или постоянно содержатся инфекционные больные. Это необходимо для предупреждения распространения возбудителей инфекционных заболеваний за пределы эпидемического очага.

213. Заключительная дезинфекция проводится однократно в помещении, где находился инфекционный больной (в первые часы после его госпитализации, изоляции, перевода, освобождения или смерти), с целью полного обеззараживания инфекционного очага от возбудителя инфекции.

214. Необходимость назначения и объем проведения заключительной дезинфекции определяются эпидемиологическими особенностями инфекционного заболевания. Обеззараживанию в разных случаях могут подлежать помещение, мебель, постельные принадлежности, личные вещи больного и иные объекты.

215. Дезинфекционные мероприятия в учреждениях уголовно-исполнительной системы проводятся либо силами спецконтингента под руководством и наблюдением медицинских работников медицинских частей, либо штатными дезинфекторами центров гигиены и эпидемиологии (центров дезинфекции и стерилизации, центров и других подразделений профилактической дезинфекции) на договорной основе.

Дезинфекция и дератизация объектов учреждений уголовно-исполнительной системы проводятся на основе заключаемых договоров с организациями, имеющими разрешение (лицензию) на соответствующий вид деятельности, с использованием разрешенных зарегистрированных Министерством здравоохранения Республики Беларусь препаратов. □

216. Потребности в дезинфекционных средствах и материалах определяются начальником медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы в соответствии с объемом и характером дезинфекционных работ, предусматриваемых на соответствующий период времени, применительно к плану противоэпидемических и профилактических мероприятий.

217. При составлении заявок на дезинфекционные средства наряду с существующими нормами и учетом фактического расхода их за предыдущий год необходимо иметь в виду прогнозы эпидемиологической ситуации, а также возможность обеспечения проводимых мероприятий новыми более экономичными, удобными и безопасными современными дезинфекционными средствами.

Дезинфекционные мероприятия в учреждениях уголовно-исполнительной системы проводятся в соответствии с методическими указаниями по применению препаратов. Для целей дезинфекции учреждениями могут использоваться только дезинфекционные средства, прошедшие государственную регистрацию и разрешенные к применению на территории Республики Беларусь.

РАЗДЕЛ III ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

ГЛАВА 15 ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЧАСТИ УЧРЕЖДЕНИЯ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

218. Медицинская часть является структурным подразделением учреждения уголовно-исполнительной системы, предназначенным для оказания медицинской помощи, медицинского контроля за выполнением санитарно-гигиенических норм и правил, противоэпидемического обеспечения и гигиенического воспитания спецконтингента.

219. Работа медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы организуется в соответствии с законодательством, а также настоящей Инструкцией.

220. Начальник медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы отвечает за организацию и объем лечебно-профилактической и санитарно-противоэпидемической работы в учреждении и несет персональную ответственность за выполнение поставленных перед медицинской частью задач.

В своей деятельности начальник медицинской части подчиняется начальнику учреждения, а по вопросам лечебно-профилактической и санитарно-противоэпидемической работы - руководству медицинских служб МВД,

Департамента, управлений внутренних дел областных исполнительных комитетов (далее - УВД облисполкомов). В отсутствие начальника медицинской части его обязанности выполняет специально назначенное лицо из числа врачей медицинской части. □

221. Начальник медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы обязан:

анализировать деятельность медицинской части и совместно с другими службами учреждения разрабатывать мероприятия по улучшению медико-санитарного обеспечения, а также по предупреждению и снижению заболеваемости, травматизма, нетрудоспособности и первичного выхода на инвалидность спецконтингента;

руководить работой врачей, среднего и младшего медицинского персонала медицинской части, проводить среди них систематическую воспитательную работу;

осуществлять планирование работы медицинской части; утверждать у начальника учреждения планы работы медицинской части, график работы медицинского персонала, распорядок работы медицинской части и правила внутреннего распорядка для больных, находящихся в стационаре или медицинском изоляторе, а также утверждать должностные обязанности медицинского персонала;

систематически доводить до сведения медицинского персонала приказы, указания вышестоящих служб и обеспечивать их своевременное исполнение;

периодически проверять деятельность подчиненных с целью контроля за исполнением ими рабочих планов, а также выполнения персоналом медицинской части своих обязанностей;

систематически контролировать качество обследования и лечения больных в медицинской части;

организовывать проведение всех видов медицинских осмотров спецконтингента;

составлять списки лиц с гнойничковыми и грибковыми заболеваниями кожи для организации их помывки отдельно от остальных и в последнюю очередь;

обеспечивать ежедневные посещения медицинским персоналом карцеров, штрафных и дисциплинарных изоляторов, помещений камерного типа, одиночных камер (при наличии там спецконтингента). Лично контролировать санитарное состояние указанных помещений, а также качество оказания медицинской помощи содержащимся в них лицам;

проводить своевременную и тщательную проверку всех чрезвычайных происшествий в медицинской части, а также случаев групповых инфекционных заболеваний, поздней диагностики, госпитализации, внезапной смерти, несвоевременного или некачественного оказания медицинской помощи спецконтингенту. О результатах проверки и принятых мерах докладывать начальнику учреждения, а при необходимости - руководству медицинских служб МВД, Департамента, УВД облисполкомов; □

решать вопросы преждевременной выписки больных из стационара медицинской части в связи с нарушением правил внутреннего распорядка или по другим причинам;

совместно с оперативно-режимной службой учреждения организовывать выявление лиц с психическими отклонениями, проводить санитарно-просветительную работу среди спецконтингента;

осуществлять контроль за своевременным и качественным приготовлением пищи спецконтингенту, организовывать производство выемки пищевых продуктов и изделий для бактериологического анализа и гигиенической экспертизы, а также опробования готовой пищи;

разрабатывать план медицинского обеспечения мероприятий по гражданской обороне учреждения, обеспечивать надлежащую работу медицинской службы учреждения при чрезвычайных ситуациях;

анализировать соответствие материально-технической базы медицинской части фактической потребности, принимать меры к ее укреплению;

организовывать качественное и своевременное составление статистических отчетов, проводить их анализ и своевременно представлять данные в вышестоящие органы; осуществлять контроль за ведением учетной документации в медицинской части;

обеспечивать взаимосвязь и преемственность в обслуживании больных между медицинской частью, больницами учреждений уголовно-исполнительной системы и системы здравоохранения;

немедленно информировать оперативно-режимную службу учреждения обо всех случаях обращения спецконтингента за медицинской помощью по поводу бытовых и производственных травм и отравлений;

по поручению руководства учреждения внимательно и объективно рассматривать заявления, жалобы осужденных и их родственников по вопросам медико-санитарного обеспечения, систематически анализировать причины их возникновения и принимать по ним необходимые меры, использовать изложенные в письмах и жалобах предложения в целях совершенствования работы медицинской части учреждения;

участвовать в повышении квалификации медицинского персонала через существующую систему специализации и усовершенствования, изучать и внедрять в практику работы медицинской части новые методы профилактики, диагностики и лечения, новую медицинскую технику и лекарственные средства;

поддерживать постоянную связь с территориальными организациями здравоохранения по вопросам лечебно-профилактической, санитарно-противоэпидемической работы, работы с медицинскими кадрами. □

222. В медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы разрабатываются должностные обязанности на каждого медицинского работника, а также планы работы, графики работы медицинского персонала, распорядок работы медицинской части, правила внутреннего распорядка для больных, находящихся в стационаре или медицинском изоляторе. Работа медицинской части осуществляется во взаимодействии с другими службами учреждения на основе квартальных планов.

223. Направление больных для стационарного лечения в больницы учреждений уголовно-исполнительной системы и лечебные исправительные учреждения осуществляется по медицинским показаниям в соответствии с нормативными правовыми актами.

В случаях, требующих оказания неотложной или специализированной стационарной помощи, направление больных может осуществляться в территориальные организации здравоохранения. □

224. В составе медицинской части в соответствии со штатами, объемом медицинской помощи организуются амбулатория, стационар (медицинский изолятор), аптека.

225. В состав амбулатории входят: комната ожидания, кабинеты врачебного приема (терапевта, фтизиатра, психиатра и других врачей), фельдшера (медсестры), стоматологический, наркологический, физиотерапевтический, вспомогательные диагностические кабинеты (функциональной диагностики, рентгеновский, флюорографический), лаборатория, процедурная, перевязочная (чистая, гнойная).

В амбулатории медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы, в котором содержатся женщины, кроме того, должен быть смотровой кабинет с гинекологическим креслом, а в стационаре медицинской части - кабинет гигиены женщины.

В режимных корпусах следственных изоляторов и тюрем оборудуются кабинеты для проведения амбулаторного приема.

226. В составе стационара медицинской части исправительного учреждения оборудуются: санитарный пропускник (раздевальная, душевая); палаты; изолятор, имеющий в своем составе не менее двух помещений с умывальником и туалетом, для больных воздушно-капельной и кишечной инфекцией; комната для приема пищи.

В состав стационара медицинской части следственного изолятора входят: санитарный пропускник, камеры-палаты, камера-изолятор для больных инфекционными заболеваниями. Стационар должен размещаться в одном корпусе и на одном этаже с амбулаторией медицинской части.

В стационарах медицинских частей норма площади палат предусматривается не менее четырех квадратных метров на одну койку, а в инфекционных (туберкулезных) отделениях, палатах - пяти квадратных метров на одну койку.

227. Все функциональные подразделения медицинской части должны размещаться в просторных, светлых, теплых и чистых помещениях, стены и мебель окрашиваются масляной краской светлых тонов. В помещениях медицинской части должны быть центральное отопление, горячее и холодное водоснабжение, аварийное освещение и тревожная сигнализация.

ГЛАВА 16

МЕДИЦИНСКИЙ КОНТРОЛЬ ЗА СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ СПЕЦКОНТИНГЕНТА

228. Медицинский контроль осуществляется путем: медицинского обследования при поступлении спецконтингента в учреждения с целью выявления инфекционных, паразитарных и других острых заболеваний; проведения медицинских осмотров (при поступлении, профилактических, при убытии из учреждения) с целью своевременного выявления больных, лиц с патологическими состояниями и разработки в отношении их лечебно-оздоровительных мероприятий; диспансерного наблюдения за лицами, имеющими заболевания; систематической проверки выполнения рекомендаций врачебно-трудовых комиссий по правильному привлечению к труду инвалидов и лиц с ограниченной трудоспособностью, а также рекомендаций лечебных учреждений по проведению лечебно-профилактических мероприятий среди больных хроническими заболеваниями.

229. По прибытии в следственный изолятор всем поступившим (в том числе и следующим транзитом) проводится первичный медицинский осмотр с целью выявления лиц, представляющих эпидемическую опасность для окружающих, и больных, нуждающихся в неотложной помощи. При этом обращается особое внимание на наличие наружных проявлений кожных, венерических, инфекционных и других заболеваний, пораженность педикулезом. Лица, нуждающиеся по состоянию здоровья в оказании неотложной специализированной

медицинской помощи, в следственные изоляторы не принимаются, а помещаются в установленном порядке в соответствующие лечебные учреждения здравоохранения или больницы учреждений уголовно-исполнительной системы.

Первичный медицинский осмотр должен быть проведен в обязательном порядке до направления прибывших в камеры к другим лицам. Первичный медицинский осмотр проводит врач или фельдшер в специально оборудованном медицинском кабинете сборного отделения. Этот кабинет должен быть оснащен аппаратом для измерения артериального давления, фонендоскопом, термометрами, шпателями для осмотра ротовой полости, рефлектором, весами, ростометром.

В кабинете должен быть журнал медицинских осмотров, где регистрируются основные данные об осмотренных лицах и выявленные у них заболевания. Лица с подозрением на инфекционное заболевание сразу после осмотра изолируются от здоровых. Первичная санитарная обработка этих лиц осуществляется в последнюю очередь с обязательной дезинфекцией одежды и личных вещей, после чего они направляются в специально выделенные камеры-изоляторы, где проводится их соответствующее обследование и лечение.

230. В срок не более трех дней с момента прибытия в следственный изолятор все поступившие, кроме транзитных, проходят углубленный врачебный осмотр, а также рентгенофлюорографическое обследование.

На каждого поступившего заполняется медицинская амбулаторная карта установленного образца.

При наличии в штатах медицинской части врачей-специалистов они привлекаются к проведению осмотров всех прибывших. В дальнейшем медицинские осмотры проводятся только по показаниям.

231. Всем убывающим из следственного изолятора (в том числе и транзитным) проводится заключительный медицинский осмотр для определения пригодности к условиям перевозки. К перевозке не допускаются больные в острой стадии заболевания, больные инфекционными и венерическими заболеваниями, пораженные педикулезом, чесоткой, не прошедшие установленный курс лечения, а также нетранспортабельные больные.

По завершении осмотра дается заключение с отметкой в медицинской амбулаторной карте о состоянии здоровья каждого убывающего. Медицинский работник, проводивший осмотр, ставит свою подпись под заключением и на открытой справке личного дела осужденного.

232. По прибытии в исправительное учреждение все поступающие лица проходят первичный медицинский осмотр с целью выявления инфекционных и паразитарных заболеваний.

233. В первые две недели все поступившие в исправительное учреждение проходят углубленный медицинский осмотр с целью выявления имеющихся заболеваний, оценки состояния здоровья. В ходе его врачи производят сбор анамнестических данных о перенесенных заболеваниях, травмах, операциях, которые регистрируются в медицинской амбулаторной карте, при необходимости назначаются дополнительные обследования. Лица, не прошедшие рентгенофлюорографическое обследование в следственном изоляторе, а также у которых с момента его проведения прошло более четырех месяцев, подлежат рентгенофлюорографическому обследованию в возможно кратчайшие сроки.

Дальнейший медицинский контроль за состоянием здоровья осужденных осуществляется во время профилактических медицинских осмотров, амбулаторных обращений в медицинскую часть, а также диспансерного наблюдения за лицами, имеющими заболевания.

234. Спецконтингент должен быть не менее одного раза в год осмотрен врачами-специалистами. Лица, содержащиеся в тюрьмах, исправительных колониях особого режима (при камерном содержании) и воспитательных колониях, подлежат врачебному осмотру два раза в год. В осмотре обязательно принимают участие врачи-специалисты: терапевт, психиатр, стоматолог (зубной врач), педиатр (в воспитательных колониях). Данные осмотры проводятся при обращениях больных на прием в медицинскую часть учреждения или профилактически.

График проведения профилактических врачебных осмотров утверждается начальником учреждения уголовно-исполнительной системы. В соответствии с графиком начальник медицинской части организует осмотр спецконтингента силами врачей медицинской части с привлечением в необходимых случаях врачей-специалистов больниц учреждений уголовно-исполнительной системы, лечебных исправительных учреждений, лечебно-профилактических учреждений здравоохранения.

235. Организация своевременного прибытия спецконтингента в медицинскую часть для профилактического осмотра возлагается на начальника отряда (старшего по корпусу).

В ходе осмотра проводятся:

сбор анамнестических данных;

антропометрическое исследование (рост, масса тела);

пальпаторное исследование молочных желез, гинекологический осмотр женщин со взятием мазка для цитологического исследования, у девушек - пальцевое исследование через прямую кишку (по показаниям);

определение остроты зрения и слуха;

туберкулинодиагностика;

анализ крови (определение гемоглобина, лейкоцитов, скорости оседания эритроцитов, сахар крови по показаниям);

исследование общего анализа мочи;

электрокардиограмма (с пятнадцати лет - один раз в три года, с тридцати лет - ежегодно); флюорография

(рентгенография) органов грудной клетки - два раза в год;
пальцевое исследование прямой кишки (по показаниям);
пневмотахометрия.

Результаты профилактического осмотра вносятся в медицинскую амбулаторную карту.

236. Перед водворением спецконтингента в штрафной изолятор, помещения камерного типа, дисциплинарный изолятор, карцер или одиночную камеру производится медицинский осмотр с письменным заключением врача (фельдшера) о возможности содержания в перечисленных помещениях. При невозможности такого осмотра, при отсутствии видимых признаков опасного заболевания (отравления, травмы) спецконтингент может водворяться в штрафной изолятор, помещения камерного типа, дисциплинарный изолятор, карцер или одиночную камеру с последующим медицинским осмотром.

237. При убытии из учреждения уголовно-исполнительной системы (перевод, освобождение и иные основания) спецконтингент проходит заключительный медицинский осмотр.

ГЛАВА 17

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ И ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ РАБОТНИКОВ

238. В целях охраны здоровья спецконтингента учреждений уголовно-исполнительной системы, предотвращения инфекционных и паразитарных заболеваний лица, направляемые для работы на объекты питания и водоснабжения, коммунально-бытовые объекты, осуществляющие банно-прачечное и парикмахерское обслуживание, а также в медицинские подразделения и дома ребенка учреждений, проходят обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические (в течение трудовой деятельности) медицинские осмотры.

239. Осмотры проводятся силами медицинских работников учреждений уголовно-исполнительной системы, при необходимости к ним привлекаются врачи-специалисты лечебно-профилактических учреждений МВД или территориальных организаций здравоохранения. □

240. Медицинские осмотры включают в себя: осмотр терапевтом, дерматовенерологом (при необходимости - врачами других специальностей), обследования на туберкулез, носительство возбудителей кишечных инфекций, дифтерии, гельминтозов, венерических и заразных кожных заболеваний.

По результатам медицинского осмотра, при отсутствии противопоказаний, врачи-специалисты дают заключение и ставят отметку в личной медицинской книжке о допуске к работе.

241. Не допускаются к работе на объектах питания и водоснабжения, коммунально-бытовых объектах, осуществляющих банно-прачечное и парикмахерское обслуживание, а также в лечебно-профилактических учреждениях и домах ребенка лица при наличии у них следующих заболеваний или бактерионосительства:

брюшного тифа, паратифов, сальмонеллеза, дизентерии;

гигиенического энтеробактериоза;

сифилиса (все формы);

гонореи (все формы);

лепры;

дифтерии;

активной формы туберкулеза;

заразных кожных заболеваний: чесотки, стригущего лишая (трихофитии, микроспории волосистой части головы, гладкой кожи и ногтей), актиномикоза с изъязвлением или свищами на открытых частях тела, гнойничковых и других заболеваний (по показаниям).

В случае диагностирования вышеперечисленных заболеваний или бактерионосительства, препятствующих работе, начальник медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы должен сообщить об этом в СЭС, осуществляющую ведомственный санитарный надзор в данном учреждении, и направить при необходимости больного (носителя) для лечения в соответствующее лечебно-профилактическое учреждение.

242. Решение о допуске к работе больных незаразными кожными заболеваниями (псориаз, экзема, аллергические дерматиты и другие заболевания) принимается врачами, проводящими медицинские осмотры, в зависимости от состояния здоровья и места работы больного.

243. Спецконтингент, работа которого связана с воздействием вредных или неблагоприятных производственных факторов, предварительные и периодические медицинские осмотры проходит согласно нормативным правовым актам Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

244. Администрация учреждения уголовно-исполнительной системы обязана:

обеспечить своевременное прохождение работниками обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров;

обеспечить каждого работника, подлежащего обследованию, личной медицинской книжкой. Личные медицинские книжки работников после прохождения медицинского обследования хранятся в медицинской части учреждения.

245. Ответственность за прием и пребывание на работе лиц, не прошедших медицинские обследования, а также за нарушение сроков и порядка их прохождения возлагается на начальника учреждения.

246. Лица, не прошедшие обязательные медицинские осмотры в установленные сроки, к работе не допускаются.

Контроль за проведением медицинских осмотров возлагается на медицинскую службу Департамента, СЭС, осуществляющую ведомственный санитарный надзор. □

ГЛАВА 18

ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА

247. Амбулаторная медицинская помощь спецконтингенту осуществляется медицинскими частями учреждений уголовно-исполнительной системы.

248. Организация амбулаторного приема спецконтингента в медицинских частях осуществляется в соответствии с Правилами внутреннего распорядка исправительных учреждений, утвержденными постановлением Министерства внутренних дел Республики Беларусь от 20 октября 2000 г. № 174 (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2000 г., № 113, 8/4362), и правилами внутреннего распорядка в местах содержания лиц под стражей, утверждаемыми Министерством внутренних дел Республики Беларусь, а также настоящей Инструкцией.

249. В каждом отряде спецконтингента должен быть журнал предварительной записи на амбулаторный прием, который ведет начальник отряда. В следственном изоляторе журнал ведет фельдшер корпуса. Журнал предварительной записи перед началом амбулаторного приема передается в медицинскую часть. После приема журнал возвращается указанным лицам.

Прием без записи в журнале проводится только в экстренных случаях.

250. В следственных изоляторах и тюрьмах фельдшер совместно с начальником корпусного отделения еженедельно проверяет санитарное состояние камер путем обхода их после вывода спецконтингента на прогулку или санитарную обработку.

Для оказания неотложной медицинской помощи лицо, нуждающееся в ней, выводится в медицинский кабинет режимного корпуса. При необходимости фельдшер делает соответствующие назначения в пределах своей компетенции или производит запись больных на прием к врачу. О больных, нуждающихся в неотложной помощи, медицинская часть извещается через дежурную службу учреждения уголовно-исполнительной системы.

251. Лицам, содержащимся в штрафных и дисциплинарных изоляторах, помещениях камерного типа, а также в карцерах следственных изоляторов, медицинская помощь медицинскими работниками оказывается на месте. При необходимости проведения дополнительного обследования, медицинских процедур, стоматологического лечения такие лица могут выводиться в медицинскую часть. В случаях, когда имеется серьезная угроза здоровью или жизни лиц, содержащихся в указанных помещениях, медицинский работник принимает меры к срочному переводу такого лица в медицинскую часть.

252. Медицинским работникам запрещается находиться в камерах следственных изоляторов, тюрьмах, колоний особого режима, штрафных и дисциплинарных изоляторах, помещениях камерного типа без сопровождения контролеров.

253. В следственных изоляторах, исправительных колониях особого режима и тюрьмах на прием к врачу (фельдшеру) или выполнение процедур больные выводятся индивидуально или группами по три-пять человек с соблюдением требований изоляции и при надлежащей охране. Больные в исправительных колониях общего, усиленного, строгого режимов и воспитательных колониях прибывают на амбулаторный прием в медицинскую часть учреждения самостоятельно.

254. Амбулаторный прием в установленные часы ведут врачи медицинской части с применением современных методов обследования и лечения. Амбулаторный прием проводится также фельдшерами медицинской части в учреждениях, где по штату врач не положен, либо при большом числе записавшихся, превышающем возможности врача на приеме. Во время приема в амбулатории медицинской части, а при необходимости и в кабинете врача (фельдшера) присутствует контролер или представитель администрации учреждения.

255. Фельдшер (медицинская сестра) до начала амбулаторного приема подбирает медицинские амбулаторные карты на записанных в журнале предварительной записи на амбулаторный прием, кратко опрашивает больных для выяснения их жалоб, измеряет у больных температуру тела и определяет очередность их направления к врачу.

256. После осмотра больного врач кратко и разборчиво заносит в его медицинскую амбулаторную карту дату приема, жалобы, данные объективного обследования, диагноз, назначения, делает заключение о необходимости освобождения от работы и подписывается.

257. В журнале регистрации амбулаторных больных врач или фельдшер четко записывает диагноз, заключение об освобождении от работы или нарядов, дату повторной явки к врачу, а также делает в ней отметки, необходимые для дальнейшей статистической обработки.

258. Заключение на частичное или полное освобождение от нарядов и работы дается врачом, а в случае

отсутствия врача - фельдшером не более чем на шесть суток одновременно. В случае необходимости освобождение может быть продлено.

259. Списки лиц, освобожденных от нарядов и работ, медицинская часть передает дежурному помощнику начальника учреждения уголовно-исполнительной системы. Учет лиц, освобожденных от работы, ведется в журнале регистрации амбулаторных больных.

260. Медицинская документация (справки об освобождении от работы, рецепты и иные документы) на руки спецконтингенту и их родственникам не выдается.

261. В медицинской амбулаторной карте делаются записи о всех медицинских назначениях и манипуляциях независимо от того, кто их выполняет (врач, фельдшер, медицинская сестра).

262. Медицинские амбулаторные карты на руки спецконтингенту не выдаются, хранятся в медицинской части в замыкаемых шкафах. За их учет и хранение отвечает лицо, назначенное начальником медицинской части.

263. Медикаменты на руки спецконтингенту не выдаются, прием лекарств производится в присутствии медицинского работника. Исключения могут составлять лекарственные препараты, не являющиеся наркотическими, ядовитыми или сильнодействующими веществами, при необходимости их длительного непрерывного приема. Вопрос о выдаче этих препаратов на руки больному решается начальником медицинской части в индивидуальном порядке в соответствии с назначением врача.

В необходимых случаях разрешается получение от родственников больных, находящихся на лечении в медицинской части (больнице) учреждения уголовно-исполнительной системы, медицинской бандероли или передачи с лекарственными препаратами, а также с предметами и изделиями медицинского назначения по заключению начальника медицинской части (начальника отделения больницы) учреждения.

Больные, назначенные на амбулаторное лечение, для приема лекарств и выполнения других лечебных процедур являются в медицинскую часть в установленное время. Врачебные назначения выполняет фельдшер (медицинская сестра), о чем делает отметки в журнале учета процедур.

264. При направлении больного на консультацию, рентгенологическое, лабораторное и другое исследование, а также на процедуры, которые не могут быть выполнены в медицинской части, медицинскую амбулаторную карту выдают лицу, сопровождающему больного.

В медицинской амбулаторной карте должны быть указаны данные проведенных в медицинской части обследований, предполагаемый диагноз и причины направления.

В сложных или неясных случаях, когда врач медицинской части не может самостоятельно установить диагноз заболевания, больные должны направляться на консультацию к врачам-специалистам, которая осуществляется в медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы или в территориальной организации здравоохранения. □

Для консультации привлекаются врачи-специалисты больниц учреждений уголовно-исполнительной системы и лечебных исправительных учреждений, а также лечебно-профилактических учреждений здравоохранения. В последнем случае консультация оплачивается в установленном порядке.

265. Запрещается привлечение медицинских работников к выполнению функций, не связанных с медицинским обеспечением спецконтингента.

ГЛАВА 19

ОРГАНИЗАЦИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

266. Порядок оказания неотложной медицинской помощи определяется начальником медицинской части в зависимости от имеющихся в его распоряжении штатных сил и средств, распорядка работы медицинской части, особенностей расположения учреждения уголовно-исполнительной системы по отношению к другим лечебно-профилактическим учреждениям, иных местных условий. Порядок оказания неотложной медицинской помощи утверждается начальником учреждения уголовно-исполнительной системы и доводится до сведения всех заинтересованных лиц.

Ответственность за своевременность вызова медицинского работника или скорой медицинской помощи в часы, когда распорядком работы учреждения не предусмотрено нахождение в учреждении медицинского персонала, а также за обеспечение экстренной эвакуации больного транспортом и конвоем несет дежурный помощник начальника учреждения.

267. Амбулатория медицинской части должна быть готова для оказания неотложной медицинской помощи в любое время суток. Для этого в процедурной и перевязочной следует иметь в постоянной готовности соответствующие наборы (посиндромные укладки) для оказания неотложной медицинской помощи при острых состояниях, стерильный хирургический инструментарий, шприцы, инъекционные иглы, запас кислорода, стерильного перевязочного материала, таблицу с указанием основных симптомов соответствующих заболеваний, перечнем средств и мероприятий для оказания неотложной медицинской помощи с последующей тактикой ведения больного. Каждое неотложное состояние должно быть помечено порядковым номером. Этим же номером должны быть помечены соответствующие наборы медикаментов, сосредоточенные в гнездах специальных шкафов.

В постоянной готовности должна быть портативная укладка (сумка, чемодан) с набором средств для оказания неотложной медицинской помощи вне медицинской части.

268. Все медикаменты, предназначенные для текущего расходования, и имущество для оказания неотложной медицинской помощи должны храниться в специальных замыкаемых шкафах.

Наркотические лекарственные средства хранятся только в оборудованном охранной сигнализацией помещении административного здания учреждения, в замыкаемом металлическом шкафу (сейфе). Отпуск их производится строго по медицинским показаниям с соответствующей записью в медицинской амбулаторной карте больного и книге учета ядовитых, наркотических и остродефицитных лекарственных средств и этилового спирта в аптеках.

ГЛАВА 20

ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В МЕДИЦИНСКОЙ ЧАСТИ

269. При обследовании больных для установления диагноза заболевания врач медицинской части использует данные анамнеза, медицинские документы, результаты осмотра, данные лабораторных, рентгенологических и функциональных методов исследования. В необходимых случаях об имевшихся ранее заболеваниях запрашивается медицинская документация из других лечебно-профилактических учреждений.

270. Объем медицинской помощи зависит от конкретных условий, места нахождения учреждения уголовно-исполнительной системы и имеющегося штата медицинских работников. В любом учреждении уголовно-исполнительной системы должна оказываться медицинская помощь в объеме, определенном настоящей Инструкцией.

271. В области хирургии врач медицинской части должен уметь:

определять группу крови;

производить внутривенные капельные и струйные вливания кровезамещающих и протившоковых жидкостей, а в случае необходимости - переливание консервированной и свежеситратной крови;

осуществлять местную инфильтрационную и проводниковую анестезию, первичную хирургическую обработку поверхностных ран мягких тканей; транспортную иммобилизацию;

проводить временную или окончательную остановку наружного кровотечения тампонадой, перевязкой сосудов или наложением зажима на кровоточащий сосуд;

выполнять катетеризацию и прокол мочевого пузыря; пункцию плевральной полости или введение дренажа с клапаном при напряженном пневмотораксе;

проводить искусственное дыхание различными способами; непрямой массаж сердца;

оказывать помощь при ожогах, отморожениях и электротравмах; лечить ограниченные ожоги и отморожения I и II степеней.

272. В области хирургии фельдшер должен:

своевременно и правильно оказывать доврачебную помощь и немедленно направлять к врачу больных, нуждающихся во врачебной помощи;

определять группу крови;

производить временную остановку кровотечения;

осуществлять транспортную иммобилизацию;

проводить экстренную профилактику столбняка при всех ранениях, отморожениях, ожогах и электротравмах;

проводить искусственное дыхание различными способами, непрямой массаж сердца, ингаляцию кислорода;

делать подкожные и внутримышечные инъекции, вводить лекарственные препараты внутривенно, производить капельные и струйные вливания кровезамещающих и протившоковых жидкостей;

знать симптоматику наиболее распространенных и особенно острых хирургических заболеваний, дифференцировать их от симулятивного поведения;

стерилизовать инструментарий, шовный и перевязочный материал.

273. Показаниями для срочной госпитализации в больницу являются:

повреждения сосудов с кровотечением или без него;

внутреннее кровотечение;

проникающие ранения;

ранения с повреждением костей, суставов и нервных стволов;

переломы костей;

сотрясения и ушибы головного мозга;

обширные повреждения, сопровождающиеся шоком;

повреждения груди с подозрением на пневмоторакс и гемоторакс;

повреждения живота и таза с подозрением на повреждение внутренних органов;

патология органов брюшной полости с наличием симптоматики "острого живота";

костный и сухожильный панариций, глубокие абсцессы, флегмоны, карбункулы любой локализации, фурункулы лица;

острые остеомиелиты и артриты;

ожоги и отморожения II и III степеней;

злокачественные новообразования с впервые установленным диагнозом или новообразования, подозрительные на злокачественные.

274. С учетом транспортабельности больной госпитализируется в ближайшую больницу соответствующего профиля.

В пути следования больного (пострадавшего) должен сопровождать медицинский работник, имеющий при себе укладку с медикаментами и инструментарием. В направлении на экстренную госпитализацию должны быть кратко изложены сведения о состоянии эвакуируемого и оказанной медицинской помощи.

275. При заболеваниях внутренних органов врач обязан:

уметь оказывать неотложную медицинскую помощь при острых отравлениях, обморочном состоянии, тепловом ударе, утоплении, поражении электрическим током, легочных, желудочных и кишечных кровотечениях, приступах бронхиальной астмы, спонтанном пневмотораксе, острой сердечной и сосудистой недостаточности, почечной и печеночной коликах, инфаркте легких и иных острых состояниях;

осуществлять лечение лиц с инфекциями верхних дыхательных путей, острым и хроническим бронхитом, ангиной, функциональными расстройствами сердечно-сосудистой системы, малярией, гельминтозами, хроническим гастритом, неосложненными формами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, холециститом и гиповитаминозами;

знать клинические проявления, диагностику инфекционных заболеваний, санитарно-противоэпидемические мероприятия, проводимые при выявлении больных указанными заболеваниями;

осуществлять наблюдение за реконвалесцентами, выписанными из больницы;

знать симптоматику острых поражений (в том числе ионизирующими излучениями, отравляющими веществами, бактериальными средствами) и уметь оказывать первую врачебную помощь при этих поражениях;

снимать электрокардиограмму и знать электрокардиографические признаки стенокардии, острого инфаркта миокарда, угрожающих жизни нарушений ритма сердца и внутрисердечной проводимости.

276. При заболеваниях внутренних органов фельдшер должен:

распознавать и лечить наиболее часто встречающиеся заболевания внутренних органов, оказывать неотложную помощь при внезапно возникающих острых заболеваниях и отравлениях;

организовать и осуществлять уход за больными;

промывать желудок, делать лекарственные и очистительные клизмы;

снимать электрокардиограмму и знать электрокардиографические признаки острого инфаркта миокарда, угрожающих жизни нарушений ритма сердца и внутрисердечной проводимости;

производить простейшие лабораторные исследования (качественные реакции на сахар и белок в моче, определение удельного веса мочи, подсчет количества лейкоцитов, гемоглобина, скорости оседания эритроцитов крови и иных показателей);

ставить туберкулиновую пробу (пробу Манту), правильно ее оценивать и владеть техникой ревакцинации против туберкулеза вакциной БЦЖ внутрикожным методом.

277. Срочной госпитализации в больницу подлежат нуждающиеся в неотложной квалифицированной и специализированной медицинской помощи больные:

с острыми нарушениями коронарного кровообращения (инфаркт миокарда, затянувшийся приступ стенокардии);

с гипертоническим кризом;

острой ревматической лихорадкой;

острыми отравлениями;

крупозной пневмонией;

острым гломерулонефритом, острым пиелонефритом;

острыми нарушениями мозгового кровообращения;

острыми нарушениями сердечного ритма и проводимости с явлениями недостаточности кровообращения;

коматозными состояниями;

гемолитическими кризами;

острой диареей с синдромами обезвоживания и электролитных нарушений;

лихорадками неясного происхождения;

синдромом приобретенного иммунного дефицита в стадии 3"В" и терминальной стадии;

инфекционными заболеваниями;

острой лучевой болезнью;

сахарным диабетом в случаях, требующих коррекции инсулинотерапии;

не купирующимися в условиях медицинской части приступами бронхиальной астмы и иных заболеваний.

278. При заболеваниях и повреждениях глаз и их придатков врач должен:

определять остроту зрения по таблицам Сивцева;

определять внутриглазное давление с помощью тонометра Маклакова или пальпаторно;

удалять инородные тела с конъюнктивы век и с поверхностных слоев роговицы, пользуясь фокальным освещением;

распознавать повреждения глаз и их придатков; оказывать первую врачебную помощь при этих видах

травмы;

распознавать воспалительные заболевания век и конъюнктивы, организовать лечение этой категории больных, а при других заболеваниях глаз своевременно решать вопрос о необходимости консультации врача-специалиста или госпитализации больного в больницу.

279. При заболеваниях и повреждениях глаз и их придатков фельдшер должен уметь:

выполнять врачебные назначения (закапывать глазные капли, закладывать за веки мазь, выворачивать верхнее веко, промывать конъюнктивальную полость, накладывать повязку на один или оба глаза);

распознавать повреждения глаз и их придатков и оказывать доврачебную помощь;

удалять инородные тела с конъюнктивы век и поверхностных слоев роговицы;

распознавать воспалительные заболевания век и конъюнктивы и оказывать доврачебную помощь при них.

280. Направлению в офтальмологическое отделение больницы подлежат:

все пострадавшие с повреждениями глаз от механических, химических, лучевых воздействий, кроме лиц с инородными телами, поверхностно лежащими в роговице и на конъюнктиве (в случае успешного удаления этих инородных тел в медицинской части);

больные с острыми и не поддающимися лечению хроническими заболеваниями придатков глаз;

все больные с заболеваниями глазного яблока;

лица с подозрением на глаукому;

лица с постепенным прогрессирующим ухудшением зрения или с внезапной потерей его.

281. При заболеваниях уха, горла и носа врач медицинской части должен:

оказывать неотложную помощь при травмах и заболеваниях лор-органов, сопровождающихся осложнениями, угрожающими жизни (удушьё на почве стеноза гортани, кровотечение из лор-органов, иные осложнения);

распознавать и лечить в медицинской части больных с наружными заболеваниями уха: дерматитом, фурункулезом, серной пробкой, инородным телом наружного слухового прохода, удаление которого возможно в условиях медицинской части; острыми и хроническими ринитами, носовыми кровотечениями;

лечить больных с хроническими фарингитами, ларингитами и тонзиллитами, не требующими хирургического вмешательства; хроническими гнойными и острыми катаральными средними отитами (по назначению специалиста-отоларинголога), отморожениями и ожогами носа и уха I-II степеней; производить продувание ушей баллоном, тампонаду полости носа при кровотечениях.

282. При заболеваниях уха, горла, носа фельдшер должен:

распознавать острые заболевания уха, горла, носа, требующие срочной врачебной помощи;

оказывать доврачебную помощь при заболеваниях и повреждениях уха, горла, носа;

выполнять туалет слуховых проходов при заболеваниях ушей;

удалять (промыванием) серные пробки;

выполнять назначения врача-специалиста.

283. Направлению в больницу подлежат:

больные с частыми носовыми кровотечениями;

околоушными флегмонами, травмами носа (по заключению врача-специалиста);

острыми гнойными средними отитами;

перихондритами ушной раковины, экземой наружного уха, острыми параназальными синуситами или обострением хронических гнойных, гнойно-полипозных воспалений придаточных полостей носа;

флегмонозными ангинами и шейными лимфаденитами;

затянувшимся ларингитом при наличии афонии или дисфонии;

с другими заболеваниями, при которых по заключению отоларинголога требуется стационарное обследование и лечение.

284. При заболеваниях мочеполовой системы врач медицинской части должен:

диагностировать и оказывать неотложную медицинскую помощь при повреждениях органов мочеполовой системы, почечной колике, острой задержке мочи, парафимозе;

распознавать наиболее характерные заболевания (водянка яичка, крипторхизм, семенная киста, эпидидимит, расширение вен семенного канатика, фимоз и иные заболевания).

285. Фельдшер должен оказывать неотложную доврачебную помощь при заболеваниях и повреждениях органов мочеполовой системы.

286. Направлению в больницу подлежат больные с острыми воспалительными заболеваниями мочеполовой системы, гематурией, пиурией и дизурией.

Срочному направлению в больницу подлежат больные с закрытыми и открытыми повреждениями мочеполовых органов.

287. При стоматологических заболеваниях помощь при отсутствии в медицинской части врача-стоматолога (зубного врача) оказывает врач (фельдшер) в основном по неотложным показаниям. При этом он должен:

распознавать острый пульпит, острый одонтогенный остеомиелит челюсти и флегмону, а также афтозный и язвенный стоматит и оказывать неотложную помощь при этих заболеваниях;

диагностировать перелом нижней (верхней) челюсти, вывих нижней челюсти и оказывать первую помощь при ранениях и повреждениях лица и челюстей.

288. При неврологических и психических заболеваниях врач должен уметь:

выявлять основные формы заболеваний нервной системы и оказывать неотложную помощь больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения, менингитами, энцефалитами, с травмами головного и спинного мозга, токсическими поражениями центральной нервной системы, эпилептическими и истерическими припадками;

диагностировать и лечить в условиях медицинской части воспалительные заболевания периферической нервной системы (вертеброгенные проявления остеохондроза позвоночника, невралгии отдельных нервов), невротические и астенические состояния;

распознавать основные формы психических заболеваний, оказывать неотложную помощь больным с острыми психотическими состояниями, принимать меры по их изоляции, а также эвакуации в психиатрические стационары, владеть методикой фиксации беспокойных больных.

289. При неврологических и психических заболеваниях фельдшер должен:

распознавать острые нарушения мозгового кровообращения, травмы центральной нервной системы, нейроинфекции (менингиты и энцефалиты), оказывать больным неотложную помощь;

знать симптомы основных психических заболеваний, а при выявлении такого рода больных своевременно докладывать о них врачу, принимать меры к их изоляции, уметь купировать психомоторное возбуждение, участвовать в эвакуации больных в психиатрические учреждения (отделения), владеть методикой фиксации беспокойных больных.

Лечебно-профилактические мероприятия по поводу нервно-психических заболеваний проводятся после консультации и в соответствии с назначениями врачей-специалистов.

290. При кожных и венерических заболеваниях врач должен:

распознавать основные виды кожных и венерических заболеваний, оказывать лечебную помощь и проводить необходимые профилактические мероприятия;

владеть методиками: проведения аутогемотерапии, взятия и пересылки крови для серологического исследования, взятия мазка из уретры на наличие гонококков, секрета предстательной железы, материала для исследования на грибковые заболевания.

291. При кожных и венерических заболеваниях фельдшер (медсестра) должен:

самостоятельно распознавать наиболее часто встречающиеся кожные и венерические заболевания;

применять основные формы лекарственных веществ и удалять их с поверхности кожи;

проводить аутогемотерапию;

вводить в уретру мягкий катетер;

владеть методиками: забора крови для диагностики сифилиса; забора и хранения материала для лабораторного исследования на гонококковую, хламидийную инфекции, трихомониаз, грибковые заболевания.

292. За подготовку медицинского персонала для оказания лечебной помощи в необходимом объеме несет ответственность начальник медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы.

ГЛАВА 21

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ В МЕДИЦИНСКОЙ ЧАСТИ

293. Стационар медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы предназначен для:

обследования и лечения больных, нуждающихся в постельном режиме, со сроком лечения до четырнадцати-пятнадцати дней;

необходимого стационарного долечивания больных, выписанных из больниц;

стационарного лечения нетранспортабельных больных до улучшения их состояния и направления в больницу;

помещения лиц, подлежащих стационарному лечению по плану диспансерного наблюдения или отнесенных к оздоровительной группе;

помещения больных, подлежащих досрочному освобождению по болезни, при невозможности нахождения их в общежитии и отсутствии показаний для направления в больницы учреждений уголовно-исполнительной системы;

временной изоляции инфекционных или подозрительных на инфекционное заболевание больных до направления их в больницу.

294. Прием больных в стационар медицинской части осуществляется при наличии в медицинской амбулаторной карте заключения врача о необходимости проведения стационарного обследования и лечения.

Данные о вновь поступивших в стационар заносятся в журнал учета приема, выписки больных и отказов в госпитализации.

295. На каждого больного ведется история болезни стационарного больного установленной формы. Обо всех случаях экстренной или плановой госпитализации в стационар, а также выписки из него медицинская часть извещает начальника отряда спецконтингента (старшего по корпусу).

296. Больные, представляющие опасность для окружающих (с инфекционными, заразными кожными, психическими и иными заболеваниями), содержатся отдельно. В стационаре должно быть не менее двух палат для раздельной госпитализации соматических и инфекционных больных.

297. Все больные, поступающие в стационар, проходят обязательную санитарную обработку. В зависимости от состояния больного санитарная обработка может быть полной или частичной. При необходимости белье больного подвергается дезинфекции. Одежда и обувь хранятся в помещениях стационара, нательное белье больного сдается в стирку и при выписке возвращается ему.

298. Во время пребывания в стационаре больной должен пройти обследование, при котором используются все возможные в условиях медицинской части методы инструментального и лабораторного исследования. При необходимости для консультации привлекаются врачи-специалисты больниц учреждений уголовно-исполнительной системы, а также лечебно-профилактических учреждений МВД и территориальных организаций здравоохранения. Плановые консультации осуществляются согласно графику, а в неотложных случаях - в любое время суток. □

299. Обход больных стационара медицинской части проводится врачами ежедневно. Записи в медицинской карте стационарного больного производятся один раз в три дня в случаях легкого течения заболевания и ежедневно - в среднетяжелых и тяжелых случаях. Начальник медицинской части должен осматривать больных не реже одного раза в неделю, а в среднетяжелых и тяжелых случаях - ежедневно. В обязательном порядке начальником медицинской части проводится осмотр больных при поступлении и перед выпиской из стационара.

Врачебные назначения, измерение температуры тела, антропометрические исследования производит дежурный фельдшер (медсестра), на него возлагается также наблюдение за выполнением правил внутреннего распорядка для больных. С установленным в стационаре распорядком дня больные знакомятся под расписку в медицинской карте стационарного больного при поступлении в стационар.

300. Объем медицинской помощи в стационаре определяется наличием работающих в медицинской части врачей-специалистов.

301. В составе стационара оборудуется инфекционный изолятор не менее чем на две инфекции. При этом количество коек разворачивается исходя из возможностей стационара.

Изолятор предназначается для временной изоляции (до направления в больницу) инфекционных больных (в том числе больных туберкулезом) и больных с заболеваниями, подозрительными на инфекционные, оказания им первой врачебной помощи, ухода и наблюдения за больными и взятия материалов, необходимых для диагностики заболевания.

В изоляторе своевременно должна проводиться текущая и заключительная дезинфекция.

Медицинский персонал в изоляторе пользуется специально выделенными халатами и строго соблюдает все правила личной гигиены.

302. В стационаре медицинской части круглосуточно должен находиться дежурный санитар. Количество дежурного врачебного и среднего медицинского персонала устанавливает начальник медицинской части.

ГЛАВА 22

ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОЙ РАБОТЫ

303. Диспансерный метод работы является одним из основных разделов в деятельности медицинских частей и заключается в активном наблюдении за состоянием здоровья спецконтингента, изучении и улучшении условий труда и быта, а также в предупреждении заболеваний путем проведения соответствующих лечебно-профилактических и санитарно-гигиенических мероприятий.

304. К проведению диспансерной работы привлекаются врачи медицинских частей, врачи-специалисты больниц учреждений уголовно-исполнительной системы, специалисты СЭС. Организация и контроль за диспансеризацией в учреждении осуществляются начальником медицинской части.

Диспансерное наблюдение за больными проводится врачами медицинских частей согласно приложениям 1-3 к настоящей Инструкции.

305. Для эффективного и качественного проведения диспансеризации необходимо:

- проведение ежегодных плановых профилактических осмотров;
- активное выявление больных в ранних стадиях заболевания;
- отбор контингентов для динамического наблюдения;
- систематическое наблюдение за состоянием здоровья определенных групп контингента и больных с различными нозологическими формами;
- своевременное проведение оздоровительных мероприятий и противорецидивного лечения для профилактики обострения заболеваний;
- строгое соблюдение преемственности на всех этапах наблюдения и лечения больного (медицинская часть - больница - медицинская часть);
- систематическое повышение квалификации врачей;
- широкое развертывание санитарного просвещения и медицинской пропаганды, борьбы с вредными привычками, привитие навыков здорового образа жизни;
- оформление и ведение установленной медицинской документации;
- изучение условий труда и быта осужденных и проведение мероприятий по их улучшению при активном

участии администрации и общественных организаций осужденных;
анализ результатов диспансеризации и ее эффективности.

306. Диспансерная работа проводится поэтапно: отбор контингентов для динамического наблюдения, осуществление динамического наблюдения и проведение лечебно-оздоровительных мероприятий, анализ качественных показателей и оценка эффективности диспансеризации.

307. Отбор лиц, подлежащих динамическому наблюдению, проводится в ходе профилактических осмотров и амбулаторных обращений осужденных по поводу заболеваний.

Отбор лиц для динамического наблюдения должен быть организован таким образом, чтобы обеспечить выявление больных в ранних стадиях заболевания, когда изменения имеют обратимый характер и лечебно-оздоровительные мероприятия могут восстановить здоровье и трудоспособность больного.

Особое внимание следует уделять выявлению больных хроническими заболеваниями, приводящими к инвалидности и смерти. К ним относятся сердечно-сосудистые, онкологические, нервно-психические и прочие заболевания.

308. Динамическое наблюдение за больными с различными нозологическими формами подразделяется на:
динамическое наблюдение за больными хроническими заболеваниями;
динамическое наблюдение за лицами, перенесшими острые заболевания;
динамическое наблюдение за больными с врожденными заболеваниями и пороками развития.

309. Цель наблюдения за больными хроническими заболеваниями - не допустить ухудшения имеющихся заболеваний, инвалидизации, сохранить на более длительный срок трудоспособность путем проведения необходимых лечебно-оздоровительных мероприятий.

Динамическое наблюдение за лицами, перенесшими острые заболевания, осуществляется с целью предотвращения перехода их в хронические и возникновения осложнений.

Динамическое наблюдение за больными с врожденными заболеваниями и пороками развития осуществляется с учетом тяжести последствий врожденных заболеваний и пороков развития, их влияния на трудоспособность.

310. Для лиц, взятых на учет с целью динамического наблюдения, устанавливаются сроки вызовов на медицинское обследование, консультаций специалистов, объем лабораторных и инструментальных исследований, а также конкретизируются лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия. В отношении каждого лица, взятого под динамическое наблюдение, вырабатывается индивидуальный план лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий.

311. Выполнение предписаний лечебно-оздоровительных мероприятий осуществляется амбулаторно, стационарно в медицинской части и плановым направлением больных в больницы. При выписке больного из больницы в обязательном порядке даются рекомендации по дальнейшему динамическому наблюдению и лечению.

312. Успешное осуществление диспансерной работы зависит от четкого оформления и ведения установленной медицинской документации, строгого соблюдения периодичности явки больных на обследование.

Основными документами являются медицинская амбулаторная карта и контрольная карта диспансерного наблюдения. В медицинскую амбулаторную карту вносятся данные первичного и последующих медицинских осмотров, происшедшие изменения в состоянии здоровья лиц, состоящих под диспансерным наблюдением. Эпикризы составляются не менее чем за полный календарный год наблюдения. В них должны быть указаны: развернутый диагноз, план лечебно-оздоровительных мероприятий, рекомендации по трудоустройству, кратность и сроки повторных обследований в течение года. Контрольная карта служит для осуществления оперативного контроля за выполнением предписаний врача, маркируется в соответствии с нозологическими формами и хранится в отдельной картотеке по месяцам в зависимости от сроков посещения врача.

313. Оценка результатов диспансеризации и ее эффективности проводится путем анализа следующих показателей:

полнота охвата контингентов профилактическими осмотрами;
своевременность выявления заболеваний и причины выявления заболеваний в поздних стадиях;
своевременность взятия под динамическое наблюдение из числа нуждающихся;
соблюдение сроков осмотра лиц, взятых под наблюдение;
полнота, своевременность и качество проведения назначенных лечебно-оздоровительных мероприятий;
частота обострения заболеваний по отдельным нозологическим группам;
изменения в состоянии здоровья лиц, состоящих под диспансерным наблюдением, первичная инвалидность и смертность.

314. О результатах и эффективности диспансеризации начальник медицинской части периодически заслушивает врачей, ответственных за проведение диспансерной работы в учреждении уголовно-исполнительной системы.

315. Начальник медицинской части ежегодно отчитывается о проведенной диспансерной работе и достигнутых результатах перед вышестоящим медицинским начальником.

316. Больницы являются лечебно-профилактическими учреждениями, предназначенными для стационарного обследования, лечения и содержания спецконтингента. В этих целях они обеспечивают квалифицированную и специализированную стационарную помощь, амбулаторную консультативную помощь, организационно-методическое руководство медицинскими частями учреждений уголовно-исполнительной системы.

317. Больницы могут создаваться, в зависимости от возможности изолированного расположения и функционирования, как самостоятельные лечебные исправительные учреждения, так и структурные подразделения учреждений уголовно-исполнительной системы.

Правовой статус больницы, являющейся самостоятельным исправительным учреждением, определяется в соответствии с законодательством.

Больница, являющаяся структурным подразделением учреждения уголовно-исполнительной системы, располагается на изолированной территории учреждения. Соответствующим медицинским оборудованием и аппаратурой, хозяйственным инвентарем, транспортом и другим имуществом больница обеспечивается за счет средств учреждения, которое также осуществляет поддержание режима и организацию специального учета в больнице.

318. В зависимости от профиля, района обслуживания и коечной мощности создаются и функционируют: республиканские, специализированные или многопрофильные больницы с коечной мощностью от пятидесяти и более коек.

319. Для диагностики и лечения туберкулеза, психических, венерических и других заболеваний создаются специализированные больницы или специализированные отделения (палаты) в общесоматических больницах.

320. Структура и штат больницы, как правило, должны соответствовать нормативам Министерства здравоохранения Республики Беларусь и утверждаться приказом МВД. □

321. Руководство больницей осуществляет начальник больницы (врач по образованию), который назначается и освобождается от должности в установленном порядке.

По вопросам лечебно-профилактической, санитарной и противоэпидемической работы начальник больницы подчиняется руководству медицинской службы МВД, начальникам медицинских служб Департамента, УВД. □

322. Начальник больницы обязан:

распределять обязанности между своими заместителями, начальниками отделений, координировать работу всех структурных подразделений больницы;

обеспечивать организацию высококвалифицированной, специализированной стационарной помощи спецконтингенту учреждений уголовно-исполнительной системы с применением всех современных методов диагностики, лечения и медико-социальной реабилитации;

принимать меры по совершенствованию лечебно-диагностического процесса в больнице, эффективному использованию коечного фонда, снижению летальности; совершенствовать формы и методы управления подразделениями больницы, внедрять в практику работы элементы научной организации труда. Организовывать изучение, обобщение и распространение передового опыта работы ведомственных лечебно-профилактических учреждений и учреждений органов здравоохранения;

осуществлять планирование работы больницы и организовывать его выполнение, рассматривать и утверждать планы работы структурных подразделений больницы, графики работы врачей-ординаторов, правила внутреннего распорядка больницы, а также должностные обязанности персонала. Периодически проводить проверку деятельности подчиненных работников за исполнением ими своих обязанностей и плановых мероприятий;

систематически доводить до сведения медицинского персонала больницы приказы, указания и инструктивно-методические материалы вышестоящих органов, информацию о новых методах и средствах профилактики, диагностики и лечения, обеспечивать их своевременное исполнение и внедрение;

проводить своевременную и тщательную проверку чрезвычайных происшествий в больнице, а также случаев поздней госпитализации, внезапной смерти, несвоевременного оказания медицинской помощи, внутрибольничной инфекции;

организовывать и регулярно проводить больничные советы, консилиумы, утренние врачебные конференции, плановые и внеочередные (в том числе и ночные) обходы отделений, кабинетов и других подразделений больницы;

обеспечивать работу по подбору, расстановке, воспитанию и повышению квалификации медицинских работников и другого персонала больницы;

анализировать данные о соответствии имеющейся материально-технической базы больницы фактической потребности, принимать меры по ее модернизации, укреплению и сохранности;

обеспечивать санитарно-эпидемиологическое благополучие в больнице;

обеспечивать соблюдение правил внутреннего распорядка больницы, дисциплины среди персонала больницы, режима содержания больных и лиц, занятых на работах по хозяйственному обслуживанию больницы. Решать вопросы применения мер воспитательного воздействия, а также выписки больных в связи с нарушением режима содержания и правил внутреннего распорядка больницы;

обеспечивать качественное составление отчетности о деятельности больницы, ее анализ и своевременное представление результатов в вышестоящие органы;

организовывать качественное и своевременное рассмотрение предложений, жалоб и заявлений лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы, а также их родственников с принятием по каждому из них конкретного решения и осуществлять контроль за выполнением решения;

обеспечивать связь и преемственность в обслуживании больных между больницей и медицинскими частями. Совместно с организационно-методическим кабинетом больницы разрабатывать и направлять в учреждения методические и информационные письма с анализом результатов обследования больных, направленных в больницу (расхождение диагнозов, серьезные и грубые ошибки, допущенные персоналом медицинских частей учреждений в обследовании и лечении больных до их направления в больницу);

систематически анализировать и контролировать лечебно-профилактическую работу в медицинских частях учреждений уголовно-исполнительной системы;

обеспечивать участие специалистов больницы в изучении общей заболеваемости и заболеваемости с временной утратой трудоспособности спецконтингента, в разработке и проведении оздоровительных и санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности, инвалидности и смертности среди спецконтингента;

направлять врачей-специалистов больницы в учреждения уголовно-исполнительной системы для оказания практической помощи работникам медицинских частей в организации работы и освоении новых методов и средств профилактики, диагностики и лечения, проведения профилактических осмотров;

вызывать по согласованию с руководством медицинской службы Департамента врачей медицинских частей учреждений уголовно-исполнительной системы для подготовки на рабочем месте, а также для участия в работе больничных клинико-экспертных комиссий и конференций; □

обеспечивать готовность больницы для работы в чрезвычайных условиях, к эвакуации больных в случае пожара и других стихийных бедствий, контроль за выполнением противопожарных мероприятий;

обеспечивать организацию хранения медицинской документации, ядовитых, наркотических, сильнодействующих и других медицинских средств в структурных подразделениях больницы в соответствии с существующими правилами.

323. Больница в зависимости от мощности имеет в своем составе:

приемное отделение (с диагностическими койками или изолятором, санитарным пропускником);

лечебные отделения по основным профилям коек;

палаты реанимации и интенсивной терапии;

лечебно-диагностические кабинеты;

организационно-методический кабинет;

клиническую, биохимическую, бактериологическую лабораторию;

прозекторскую;

медицинский архив;

аптеку;

административно-хозяйственную часть (пищеблок, банно-прачечный комплекс, склады и иные помещения).

324. В больнице должны быть разработаны:

должностные инструкции работников;

правила внутреннего трудового распорядка для персонала;

правила внутреннего распорядка для больных.

325. Планирование деятельности, финансирование, учет и отчетность в больнице осуществляются в установленном порядке.

326. Набор помещений больницы и оснащение отделений различного профиля медицинской аппаратурой, инструментарием, медикаментами, хозяйственным инвентарем и оборудованием осуществляются в порядке, установленном законодательством.

327. В распоряжении больницы находятся фонд основных средств (здания, оборудование, инвентарь), бюджетные средства на содержание больницы и фонд специальных средств для обеспечения лечебно-производственной деятельности.

328. В больнице организуются в установленном порядке больничный совет, врачебно-консультационная комиссия (далее - ВКК), лечебно-контрольная комиссия, врачебно-трудовая комиссия (далее - ВТК), совет медицинских сестер и другие медицинские общественные объединения, действующие в порядке, установленном законодательством.

329. Больница осуществляет:

оказание квалифицированной и специализированной стационарной медицинской помощи спецконтингенту;

организационно-методическую помощь медицинским частям учреждений уголовно-исполнительной системы по вопросам диагностики, лечения и медико-социальной реабилитации спецконтингента;

изучение и анализ причин и условий, порождающих рост заболеваемости среди спецконтингента;

разработку информационных обзоров, рекомендаций и предложений, направленных на повышение эффективности и качества оказания медицинской помощи в учреждениях уголовно-исполнительной системы;

обеспечение преемственности с медицинскими частями учреждений уголовно-исполнительной системы в диагностике, лечении и медико-социальной реабилитации спецконтингента;

участие в проведении плановых профилактических осмотров спецконтингента с целью выявления лиц с ранними стадиями заболеваний, отбора больных для планового лечения, контроля за выполнением рекомендаций, данных врачами больницы, и назначения соответствующего лечения и питания;

обследование больных, имеющих заболевания, препятствующие дальнейшему отбыванию наказания, подготовку необходимой медицинской документации на рассмотрение специальной врачебной комиссии МВД;

обследование больных с длительной или стойкой утратой трудоспособности, направляемых на медико-реабилитационные экспертные комиссии, подготовку необходимой медицинской документации;

освидетельствование спецконтингента с целью определения возможности привлечения к труду;

освоение и внедрение в практику работы больницы и медицинских частей новых организационных форм, средств и методов диагностики, лечения заболеваний, медико-социальной реабилитации больных, основанных на достижениях современной медицинской науки и практики;

повышение профессиональной квалификации врачебного и среднего медицинского персонала больницы и медицинских частей путем проведения клинических врачебных конференций, совещаний по вопросам лечебно-профилактической работы с привлечением в необходимых случаях квалифицированных специалистов лечебно-профилактических, образовательных и научно-исследовательских организаций здравоохранения; рабочие прикомандирования к отделениям больницы врачей и среднего медицинского персонала медицинских частей; □

проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий на территории больницы, гигиеническое воспитание и обучение больных, находящихся на стационарном лечении, лиц, занятых на работах по хозяйственному обслуживанию;

соблюдение правил содержания спецконтингента в больнице, поддержание дисциплины, предотвращение нарушений требований больничного режима.

ГЛАВА 24

ОРГАНИЗАЦИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В БОЛЬНИЦЕ

330. Лицам, поступающим в больницу на госпитализацию, в зависимости от показаний медицинскую помощь оказывают в приемном или лечебно-диагностических отделениях.

331. Для обеспечения готовности больницы к оказанию неотложной медицинской помощи в зависимости от штата и местных условий устанавливаются дежурства врачей-специалистов и среднего медицинского персонала в больнице или на дому.

Порядок дежурств медицинских работников в вечернее и ночное время, выходные и праздничные дни определяется правилами внутреннего трудового распорядка больницы.

332. В отделениях больницы должны быть:

таблицы, инструкции и справочники по оказанию неотложной помощи;

шкаф со всем необходимым для оказания неотложной помощи;

необходимые медикаменты, растворы, сыворотки, противошоковые и кровезаменяющие жидкости, кислород, хирургический инструментарий, перевязочный материал и другие изделия медицинского назначения (в соответствии с инструкциями по оказанию неотложной медицинской помощи).

333. На случай экстренного вызова врачей для оказания неотложной медицинской помощи вне больницы в приемном отделении (на посту медицинской сестры) хранится специальный медицинский комплект. Укомплектование и контроль за его содержимым производятся заблаговременно.

334. В хирургическом отделении должно быть все необходимое для оказания помощи больным с острыми заболеваниями и травмами.

В операционной необходимо постоянно иметь инструментарий, перевязочный материал и белье не менее чем на две полостные операции, запас консервированной крови, кровезаменяющих жидкостей, стерильных растворов и соответствующие медикаментозные средства для наркоза и операций.

335. В терапевтическом отделении должны быть подготовлены все необходимые инструментальные и лекарственные средства для оказания неотложной медицинской помощи при острых заболеваниях и различных патологических состояниях: острой сердечной и сосудистой недостаточности (отек легких, шок, коллапс), инфаркте миокарда и стенокардии, гипертоническом кризе, пароксизмальной тахикардии, полной атриовентрикулярной блокаде, легочном и желудочном кровотечениях, спонтанном пневмотораксе,

бронхиальной астме, коматозных состояниях различной этиологии, остром панкреатите, острой недостаточности надпочечников, анафилактическом шоке, острых инфекциях и отравлениях, терминальных состояниях различной этиологии.

336. Все необходимое для оказания квалифицированной неотложной медицинской помощи должно находиться в определенном порядке, обеспечивающем быстрое применение нужного препарата лицом, оказывающим помощь больному. В специализированных отделениях неотложная помощь обеспечивается в зависимости от профиля отделения.

ГЛАВА 25

ПОРЯДОК ПРИЕМА БОЛЬНЫХ В БОЛЬНИЦУ

337. Госпитализации в больницу подлежат лица:

нуждающиеся в неотложной квалифицированной и специализированной стационарной помощи; страдающие острыми заболеваниями или обострениями хронических заболеваний, лечение которых в условиях медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы невозможно или недостаточно эффективно;

нуждающиеся в освидетельствовании для решения вопроса о возможности дальнейшего отбывания наказания в связи с наличием заболевания, препятствующего отбыванию наказания;

с длительной или стойкой утратой трудоспособности, нуждающиеся в обследовании в связи с направлением на медико-реабилитационную экспертную комиссию органов здравоохранения (далее - МРЭК);

в случаях, требующих углубленного клинического обследования для установления окончательного диагноза.

338. Прием спецконтингента из учреждений в больницу осуществляется в соответствии с существующим порядком при наличии медицинской амбулаторной карты и направления врача (фельдшера).

339. В исключительных случаях по экстренным показаниям больной может быть госпитализирован по письменному заключению медицинского работника медицинской части с последующим представлением медицинской амбулаторной карты.

340. В необходимых случаях разрешается госпитализировать лиц, которым избрана мера пресечения в виде заключения под стражу, в больницы учреждений уголовно-исполнительной системы или лечебно-профилактические учреждения здравоохранения при условии обязательного обеспечения в отношении этих лиц установленных для следственных изоляторов требований изоляции, охраны и надзора.

В случае помещения лица, которому избрана мера пресечения в виде заключения под стражу, в больницу учреждения уголовно-исполнительной системы или лечебно-профилактическое учреждение здравоохранения об этом уведомляется лицо или орган, ведущий уголовный процесс.

341. Больница обеспечивает готовность к приему больных, нуждающихся в неотложной медицинской помощи. Специальным планом, скоординированным с лечебно-профилактическими учреждениями здравоохранения, предусматриваются мероприятия по оказанию медицинской помощи в случаях группового и массового поступления больных.

342. Все поступающие в больницу в обязательном порядке проходят санитарную обработку, переодеваются в больничное платье и обеспечиваются необходимым бельем. Принадлежащая поступающим больным одежда и обувь дезинфицируется и по описи, заверенной дежурным медицинским персоналом, принимается на хранение до убытия больных из больницы.

343. Прием больных в больницу осуществляется дежурным врачом в присутствии дежурного помощника начальника больницы.

При приеме поступающих больных указанные выше ответственные лица проверяют наличие необходимой медицинской и иной документации. На каждого поступающего больного необходимые сведения о нем вносятся в журнал учета приема, выписки больных и отказов в госпитализации.

Дежурный врач, изучив сопроводительную документацию, проводит тщательный телесный осмотр и исследование психического и соматического состояния больного, оценивает наличие у него медицинских показаний для госпитализации в больницу и устанавливает предварительный диагноз заболевания.

344. При госпитализации больного на него заполняется медицинская карта стационарного больного (история болезни), куда заносятся все необходимые данные: анамнеза, в том числе эпидемиологического, наружного осмотра, объективного и дополнительных методов исследования, предварительный диагноз. После выполнения необходимых лечебных назначений дежурный врач направляет больного в соответствующее отделение.

345. Больные, поступающие в часы работы врачей отделений, помимо врача приемного отделения или дежурного врача больницы осматриваются врачами соответствующих отделений.

О каждом больном, поступившем в больницу, в тот же день извещаются начальник соответствующего отделения и начальник больницы.

346. В случае отказа в госпитализации больного дежурный врач оказывает ему при необходимости лечебную помощь, делает запись в медицинской амбулаторной карте, а также в журнале учета приема, выписки больных и отказов в госпитализации. О каждом случае отказа в госпитализации и принятых мерах дежурный

врач ставит в известность начальника больницы или его заместителя.

347. Отказу в госпитализации не подлежат больные с признаками инфекционных заболеваний. До установления окончательного диагноза они в обязательном порядке изолируются от других больных. Вопрос об их дальнейшем лечении решается с учетом существующих возможностей стационара.

Больные с особо опасными инфекциями госпитализируются в инфекционные больницы здравоохранения с обеспечением их охраны.

348. При обнаружении у больного признаков повреждений насильственного или иного происхождения дежурный врач сообщает об этом начальнику больницы или его заместителю, который извещает об этом руководство территориального отдела управления Департамента, в ведении которого находится больница. □

349. Врачебная помощь больным в вечернее и ночное время, выходные и праздничные дни производится, как правило, штатными врачами больниц в пределах месячной нормы их рабочего времени или сверх нее с оплатой в установленном порядке.

В крупных больницах кроме дежурств врачей по больнице в случае необходимости может устанавливаться дежурство врачей по группам отделений одной специальности (при наличии в группе не менее двухсот коек).

350. Запрещается привлечение медицинского персонала больниц к выполнению в учреждении функций и поручений немедицинского характера.

ГЛАВА 26

РЕЖИМ СОДЕРЖАНИЯ В БОЛЬНИЦЕ, НАБЛЮДЕНИЕ, ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ

351. Больные, поступившие в стационар, размещаются в отделениях и палатах с учетом их состояния, направительного и установленного в приемном отделении предварительного диагноза. При последующем уточнении диагноза в случае необходимости больной переводится в другое отделение в соответствии с профилем его заболевания.

352. Изолированно от других больных содержатся лица, отбывающие пожизненное заключение и отбывающие наказание в тюрьмах и исправительных колониях особого режима в помещениях камерного типа. Эти лица содержатся в специализированных палатах с соблюдением санитарных норм, установленных для лечебных учреждений.

353. В больнице, имеющей в своей структуре инфекционное и психиатрическое отделения (палаты), устанавливается режим, обеспечивающий изоляцию больных этих отделений (палат).

354. Поступивший в больницу больной не позднее первых суток своего пребывания в отделении осматривается лечащим врачом, а в случае поступления в вечерние и ночные часы, выходные или праздничные дни - дежурным врачом.

355. В больнице каждому больному должны быть обеспечены необходимые исследования его психического и соматического состояния и в зависимости от характера заболевания все современные методы лечения и медико-социальной реабилитации.

В случаях, когда характер или клиническая картина заболевания представляет трудности для диагностики, лечения или освидетельствования больных, для консультации в больницу могут привлекаться высококвалифицированные специалисты органов здравоохранения либо больные могут направляться с условием обеспечения их охраны в специализированные лечебно-диагностические или научно-исследовательские учреждения органов здравоохранения.

356. Результаты исследования психического и соматического состояния больного, данные анамнеза, предварительный диагноз, диагностические и лечебные назначения регистрируются и датируются в медицинской карте стационарного больного (истории болезни). Они должны быть изложены полно, последовательно и четко. Медицинская карта стационарного больного (история болезни) является основным документом, составляемым на больного в стационаре.

Клинический диагноз в медицинской карте стационарного больного (истории болезни) устанавливается лечащим врачом после проведения всех необходимых исследований и получения данных объективного анамнеза. Формулировка диагноза приводится в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятого пересмотра, принятой в 1989 году сорок третьей сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения.

Срок установления клинического диагноза, как правило, не должен превышать трех дней с момента поступления больного в стационар.

Изменения в психическом и соматическом состоянии больного, новые назначения и исследования немедленно отражаются в истории болезни. Все записи, сделанные в истории болезни, скрепляются личной подписью лечащего врача, а в случае проведения обходов начальником отделения или консультаций врачами-специалистами - их подписями.

357. Применение в больнице лекарственных препаратов, не зарегистрированных в установленном порядке Министерством здравоохранения Республики Беларусь и не имеющих сертификата качества, запрещается.

358. Перевод больного из одного отделения в другое для проведения специализированного вида лечения производится по заключению врача-специалиста и по согласованию с начальниками соответствующих отделений.

В экстренных случаях перевод осуществляется по распоряжению дежурного врача, о чем делается соответствующая запись в медицинской карте стационарного больного с указанием причин перевода.

Обо всех случаях внутрибольничного перевода больных немедленно ставится в известность начальник больницы или его заместитель по медицинской части.

359. В больницах площадь палат предусматривается из расчета не менее пяти квадратных метров на одного больного.

360. Питание больных организуется в соответствии с нормами питания и с учетом требований диетологии.

Закладка продуктов производится в присутствии врача-диетолога (диетсестры) или ответственного лица, назначенного начальником больницы.

Раздача пищи допускается после снятия пробы с готовых блюд дежурным врачом, результаты снятия пробы фиксируются в журнале. Каждое блюдо приготавливается на пищеблоке по меню-раскладке, утвержденному начальником больницы.

361. При больницах могут организовываться магазины для продажи лицам, содержащимся в больнице, продуктов питания и предметов первой необходимости.

362. Продолжительность ночного сна больных устанавливается не менее восьми часов, послеобеденного отдыха - не менее одного часа. Ежедневная прогулка предоставляется для всех больных, за исключением случаев, когда имеются клинические противопоказания.

363. Больные еженедельно моются в бане (ванне) с последующей сменой нательного и постельного белья. Смена белья у ослабленных больных производится по необходимости.

364. В лечебно-диагностических кабинетах, ординаторских, на рабочих местах дежурных медицинских сестер устанавливаются тревожная сигнализация и аварийное освещение.

365. Лица, находящиеся на лечении в больнице, пользуются правом переписки, получения передач, свиданий и другими правами в установленном законодательством порядке.

Длительные свидания лицам, находящимся на лечении в больнице, как правило, не предоставляются. Временное запрещение краткосрочных свиданий (помимо устанавливаемого карантинном) допускается лечащим врачом с ведома начальника отделения в случаях, когда этого требует состояние больного.

Разрешается получение осужденным, находящимся на длительном (свыше одного месяца) лечении в больнице, дополнительной посылки или передачи с продуктами питания по решению ВКК больницы. В дальнейшем получение дополнительной посылки или передачи с продуктами питания данной категории больных разрешается один раз в квартал.

366. В случае тяжелой болезни пациента, ставящей в опасность его жизнь, начальник учреждения уголовно-исполнительной системы предоставляет возможность близким родственникам посетить его.

367. Осужденные, нарушающие дисциплину в больницах, могут водворяться в штрафные изоляторы при больницах или быть выписаны по решению больницы в учреждения по месту отбывания наказания.

368. Лица без психических расстройств, объявившие голодовку или отказывающиеся от обследования и лечения в больнице, по решению ВКК больницы могут быть выписаны на амбулаторное или стационарное лечение в медицинскую часть учреждения уголовно-исполнительной системы по месту отбывания наказания.

369. Прием больных по личным вопросам, рассмотрение писем, жалоб и заявлений проводятся администрацией больницы в установленном порядке.

В случае, если содержание жалоб и заявлений больного отражает болезненные переживания лица, страдающего психическим расстройством, они могут приобщаться в качестве клинического материала к медицинской карте стационарного больного (истории болезни).

370. В случае возникновения инфекционных заболеваний в отделениях больницы вводятся режимно-ограничительные меры и проводится комплекс противоэпидемических мероприятий по локализации эпидемического очага и его ликвидации.

371. Администрация больницы в установленном порядке извещает руководство медицинских служб МВД, Департамента, УВД о всех чрезвычайных происшествиях, несчастных случаях и случаях смерти больных. □

ГЛАВА 27

ВЫПИСКА БОЛЬНЫХ, ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ И ПРЕДСТАВЛЕНИЕ К ОСВОБОЖДЕНИЮ ОТ ОТБЫВАНИЯ НАКАЗАНИЯ ПО БОЛЕЗНИ

372. По окончании стационарного лечения больной, как правило, выписывается в учреждение уголовно-исполнительной системы, из которого он направлялся на лечение.

373. При выписке больного история его болезни полностью оформляется, в выписном эпикризе приводится информация, включающая формальные данные, краткое изложение анамнеза, развития и течения болезни, обоснование диагноза, данные проведенного обследования и лечения, рекомендуемые после выписки лечебные и социально-реабилитационные мероприятия. После выписки больного история его болезни передается в архив.

Копия эпикриза подшивается в медицинскую амбулаторную карту больного и вместе с личным делом в установленном порядке направляются в учреждение уголовно-исполнительной системы, в которое убывает больной.

374. Лицо, систематически или злостно нарушающее больничный режим, а также отказывающееся от лечения, может быть выписано из больницы по месту нахождения учреждения уголовно-исполнительной системы, если это не угрожает жизни самого больного или здоровью окружающих лиц.

Выписка такого больного производится лечащим врачом с разрешения начальника больницы или его заместителя с оформлением соответствующей записи в истории болезни и в медицинской амбулаторной карте.

375. Лица с длительной или стойкой утратой трудоспособности после всестороннего обследования в условиях стационара, с привлечением в необходимых случаях специалистов лечебно-профилактических учреждений здравоохранения, направляются в установленном порядке для освидетельствования МРЭК.

376. Для установления наличия у осужденного к лишению свободы или аресту заболевания, препятствующего дальнейшему отбыванию наказания, после тщательного стационарного обследования больного и подтверждения диагноза заболевания заключением квалифицированного специалиста лечебно-профилактического учреждения здравоохранения проводится медицинское освидетельствование осужденного в порядке, установленном нормативными правовыми актами МВД и Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

377. Лица, имеющие заболевания, препятствующие дальнейшему отбыванию наказания, как правило, не возвращаются в учреждения уголовно-исполнительной системы, где они ранее содержались, а находятся в больнице до окончательного решения суда.

378. При вынесении судом определения о назначении осужденному, страдающему психическим заболеванием, принудительного лечения в психиатрической больнице системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь такое лицо переводится в указанную больницу в порядке, устанавливаемом законодательством.

Лицо, страдающее психическим заболеванием и выписанное под наблюдение психоневрологического диспансера по месту жительства, а также под опеку или на попечение родственников, передается им непосредственно в больницу. В случае отсутствия родственников или невозможности их приехать за больным последний направляется по месту жительства в сопровождении медицинских работников больницы.

379. В случае освобождения осужденного от отбывания наказания по болезни, а также окончания срока наказания в период его нахождения в стационаре копия эпикриза направляется в лечебно-профилактическое учреждение здравоохранения по месту перевода или жительства больного. В случае смерти больного копия эпикриза высылается в направившее больного учреждение уголовно-исполнительной системы.

В случае окончания срока отбывания наказания в период нахождения больного в больнице и при необходимости дальнейшего лечения он направляется с выпиской из истории болезни в лечебное учреждение по избранному месту жительства или по договоренности в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение здравоохранения.

Если же немедленная отправка больного опасна для его жизни, то с его согласия по медицинскому заключению он может быть временно оставлен в отдельной больничной палате, о чем сообщается прокурору и родственникам.

380. В случае смерти больного факт смерти удостоверяется лечащим врачом, а в его отсутствие - дежурным врачом. О смерти больного администрация больницы сообщает в установленном порядке в медицинские службы МВД, Департамента, УВД. О смерти больного администрация учреждения уголовно-исполнительной системы извещает также его родственников. □

381. Трупы умерших подвергаются обязательному патологоанатомическому исследованию, по окончании которого составляется подробный протокол. В случае насильственной смерти, смерти от последствия травмы, отравления или их осложнений, а также при отсутствии установленного при жизни больного диагноза заболевания производится судебно-медицинская экспертиза в установленном порядке.

382. Выдача тел умерших осужденных их родственникам для захоронения, а также похороны неостребованных тел производятся в установленном порядке.

383. Все случаи смерти изучаются лечебно-контрольной комиссией больницы, в работе которой участвует врач-патологоанатом. Комиссия тщательно анализирует особенности течения заболевания, правильность и своевременность диагностических и лечебных мероприятий, выявленные недостатки и их причины и выносит заключение, которое председатель комиссии докладывает начальнику больницы.

384. Больничные клиничко-анатомические конференции проводятся со строгой периодичностью в целях повышения квалификации врачей, улучшения качества диагностики и лечения больных путем всестороннего разбора и обсуждения летальных исходов, а также случаев смерти от наиболее сложных и тяжелых заболеваний.

К участию в клиничко-анатомических конференциях широко привлекаются врачи медицинских частей учреждений уголовно-исполнительной системы. На конференции лечащий врач подробно характеризует особенности развития и течения заболевания с обоснованием диагностических и лечебных мероприятий. Главные внештатные специалисты производят всесторонний критический разбор проведенных лечебно-профилактических

мероприятий и оценку их своевременности и эффективности. Врач-патологоанатом докладывает об основных изменениях, обнаруженных при вскрытии и гистологическом исследовании органов трупа, заключение о патогенезе найденных изменений и причине смерти, сопоставляет клинический и патологоанатомический диагнозы, отмечает дефекты лечебно-диагностических мероприятий и их причины.

Протокол конференции ведет специально выделенный сотрудник больницы.

Случаи поздней диагностики заболеваний, расхождений в клиническом и патологоанатомическом диагнозах, несвоевременности и неадекватности проводимых лечебных мероприятий в обязательном порядке доводятся до сведения медицинских работников больницы и медицинских частей учреждений уголовно-исполнительной системы.

ГЛАВА 28

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКАЯ РАБОТА

385. Для осуществления организационно-методической работы в больницах создаются в установленном порядке организационно-методические кабинеты, которые обеспечивают соответствующую помощь медицинским частям учреждений уголовно-исполнительной системы.

В организационно-методической работе кроме сотрудников кабинета принимают участие все начальники отделений и врачи-специалисты больницы. Руководит этой работой заместитель начальника больницы по медицинской части или один из наиболее квалифицированных начальников отделений.

386. Организационно-методическая работа включает:

изучение и анализ данных о состоянии здоровья, заболеваемости, травматизме, связанных с ними трудопотерях, инвалидности, смертности среди спецконтингента;

обобщение и анализ состояния организации медицинской помощи спецконтингенту учреждений, а также данных об эффективности использования в них материальных и кадровых ресурсов;

разработку предложений по улучшению качества медицинской помощи спецконтингенту;

анализ эффективности выездов врачей-специалистов больницы в медицинские части учреждений уголовно-исполнительной системы для проведения профилактических осмотров, консультативной помощи;

методическое руководство статистической работой медицинских частей, контроль за ведением в них медицинской документации;

систематическое изучение уровня профессиональной подготовки врачебного, среднего медицинского и фармацевтического персонала медицинских частей и больниц, организацию повышения его квалификации; изучение, обобщение и распространение передового опыта.

387. В целях оказания организационно-методической и консультативной помощи медицинским частям учреждений уголовно-исполнительной системы проводятся плановые выезды врачей-специалистов больницы.

388. Выезды врачей-специалистов осуществляются по плану больницы, который согласовывается с начальником медицинской службы Департамента, либо проводятся по указанию старшего медицинского начальника. План выездов доводится до сведения всех начальников медицинских частей.

Выезды планируются с учетом данных о заболеваемости, а также материалов, характеризующих работу медицинских частей, дефектов в оказании медицинской помощи. □

389. В ходе выездов в медицинские части учреждений уголовно-исполнительной системы врачи больницы обязаны:

оказывать организационно-методическую и консультативно-диагностическую помощь медицинским работникам медицинских частей по вопросам диагностики, лечения и медико-социальной реабилитации спецконтингента;

проводить показательные и консультативные приемы, разборы дефектов в оказании медицинской помощи с врачами медицинской части;

совершенствовать преемственность в проведении лечебно-профилактических мероприятий в медицинских частях учреждений уголовно-исполнительной системы и больнице;

осуществлять отбор больных для плановой госпитализации в больницу;

проверять состояние здоровья выписанных из больницы и проведение рекомендованного им лечения;

обучать врачей медицинских частей новым методам диагностики и лечения больных;

о проделанной работе в медицинских частях, предложениях по улучшению лечебно-профилактического обеспечения докладывать начальнику больницы.

ГЛАВА 29

ОБЯЗАННОСТИ ДЕЖУРНОГО ВРАЧА ПО БОЛЬНИЦЕ

390. Дежурный врач назначается в соответствии с графиком дежурств по больнице. Он подчиняется начальнику больницы либо лицу, его заменяющему, а в период их отсутствия - является старшим оперативным начальником в больнице по вопросам оказания лечебно-диагностической помощи.

Сменяющийся и заступающий на дежурство врачи в установленное время докладывают начальнику больницы о сдаче и приеме дежурства.

391. Дежурному врачу подчиняется весь дежурный медицинский персонал. Он проверяет число лиц, назначенных на дежурство, и выполнение ими своих обязанностей. Дежурный врач распоряжается санитарным транспортом, выделяемым для перевозки больных.

Дежурный врач находится в приемном отделении (при его наличии) или в лечебно-диагностическом отделении больницы.

При внезапном заболевании и невозможности выполнения своих служебных обязанностей дежурный врач должен сообщить об этом начальнику больницы или лицу, его заменяющему.

392. Дежурный врач обязан:

осматривать всех поступающих в больницу больных, оказывать им необходимую медицинскую помощь и при наличии показаний к госпитализации направлять в соответствующие отделения больницы;

заполнять на каждого госпитализируемого историю болезни;

осуществлять контроль за организацией санитарной обработки, в том числе дезинфекцией вещей больных;

при недостатке или отсутствии мест принимать меры к развертыванию и оборудованию дополнительных коек для больных, нуждающихся в немедленной госпитализации, или принять необходимые меры для их госпитализации в другие лечебные учреждения;

своевременно докладывать начальнику больницы о больных, поступивших с тяжелыми повреждениями, признаками насилия, отравления, о случаях поздней госпитализации, поступлении больных острозаразными заболеваниями, о случаях массовых заболеваний, выявленных недостатках в обследовании, лечении и организации медицинского и бытового обеспечения больных в больнице;

в случае необходимости в установленном порядке вызывать врачей-специалистов больницы, проверять наличие и состояние медицинского имущества, необходимого для оказания неотложной медицинской помощи;

получать от начальников отделений сведения о больных, нуждающихся в особом наблюдении, с указанием необходимых мероприятий в отношении каждого из них;

при обходах отделений осматривать тяжелых больных, оказывать им необходимую помощь;

при сообщении дежурного медицинского персонала об ухудшении состояния больных немедленно принимать соответствующие меры;

освидетельствовать качество выдаваемых на пищеблок продуктов и производить пробу готовой пищи, заносить свое заключение о ее качестве и о санитарном состоянии пищеблока в журнал, следить за своевременностью выдачи пищи;

при появлении у больного, находящегося в общем отделении, инфекционного или психического заболевания осуществлять его изоляцию и перевод в соответствующее отделение с обеспечением необходимых лечебных мероприятий;

в случае смерти больного констатировать ее и отдавать распоряжение о выносе тела в морг или другое выделенное для этой цели помещение, отмечать в истории болезни час и предполагаемую причину смерти, составлять акт о наличии личных вещей у умершего;

в случае пожара, стихийных бедствий и происшествий, нарушения режима содержания больными отдавать необходимые распоряжения и проверять их исполнение, немедленно докладывать о случившемся и принятых мерах начальнику больницы и другим заинтересованным лицам.

Перечисленные обязанности дежурного врача не заменяют собой инструкции дежурному врачу по больнице, которая составляется на основе этих положений с учетом особенностей лечебно-профилактического учреждения, условий его размещения.

ГЛАВА 30

ОБЯЗАННОСТИ НАЧАЛЬНИКА ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ БОЛЬНИЦЫ

393. Начальник лечебно-диагностического отделения больницы подчиняется непосредственно заместителю начальника больницы по лечебной работе или начальнику больницы.

Он несет ответственность за состояние организации лечебно-диагностической работы в отделении, правильность и своевременность постановки диагноза, выбора метода обследования и лечения, выписки больных, а также за санитарное и хозяйственное состояние отделения.

394. Начальник лечебно-диагностического отделения больницы обязан:

осуществлять анализ результатов деятельности отделения по оказанию квалифицированной и специализированной стационарной медицинской помощи спецконтингенту, эффективному использованию коечного фонда;

обеспечивать своевременное и полноценное обследование и лечение всех больных в отделении, надлежащий уход за ними;

обеспечивать постоянную готовность отделения к оказанию неотложной медицинской помощи;

лично осматривать вновь поступивших больных в первые трое суток с момента поступления, тяжелых больных осматривать в первые сутки и ежедневно;

распределять обязанности среди персонала отделения и контролировать их выполнение;
организовывать направление больных на консилиум, консультацию, на МРЭК или ВТК, утверждать выписку больных и перевод их в другие отделения;
осуществлять планирование работы и составление отчетов о работе отделения;
в хирургических отделениях утверждать график операционной работы отделения, назначать для проведения операций врача-хирурга, ассистентов и врача-анестезиолога;
выделять врачей своего отделения для консультации больных из других отделений;
контролировать работу врачей-ординаторов, систематически проводить обходы больных с врачами-ординаторами, не реже одного раза в неделю осматривать всех больных отделения;
проверять работу среднего медицинского персонала, правильность выполнения им врачебных назначений и качество ухода за больными;
контролировать правильность и полноту ведения медицинской документации;
совместно с лечащим врачом присутствовать при вскрытии трупов больных, умерших в отделении;
по плану больницы выезжать в медицинские части учреждений уголовно-исполнительной системы для оказания необходимой организационно-методической и консультативно-диагностической помощи;
принимать участие в изучении причин и условий возникновения заболеваний в учреждениях уголовно-исполнительной системы и разрабатывать конкретные рекомендации по их предупреждению;
оказывать постоянную помощь врачам-ординаторам в повышении их специальных знаний, контролировать повышение их квалификации;
организовывать подготовку и усовершенствование знаний прикомандированных к отделению медицинских работников медицинских частей учреждений уголовно-исполнительной системы;
следить за правильной и своевременной выпиской медикаментов, а также обеспечением отделения необходимым имуществом;
осуществлять контроль за правильностью хранения, учета и выдачи наркотических, ядовитых и сильнодействующих средств в отделении;
немедленно докладывать начальнику больницы или его заместителю о происшествиях в отделении и принятых в связи с этим мерах, о выявленных в отделении инфекционных больных, о случаях, подлежащих рассмотрению органами судебно-медицинской экспертизы и случаях смерти больных.

ГЛАВА 31

ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ

395. Задачами медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы по медицинскому обеспечению женщин являются:

проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение гинекологических заболеваний, осложнений беременности, родов и послеродового периода;

оказание квалифицированной, а в медицинской части следственного изолятора - консультативной акушерско-гинекологической помощи.

396. Медицинская часть осуществляет:

проведение комплексных профилактических осмотров женщин;

диспансерное наблюдение за гинекологическими больными, беременными и родильницами;

психопрофилактическую подготовку беременных женщин к родам;

организацию работы "школы матерей";

санитарно-просветительную работу.

397. Медицинская часть контролирует:

правильность трудового использования женщин (освобождение беременных и кормящих матерей от ночных и сверхурочных работ, работ на вредном производстве и в выходные дни на сроки, предусмотренные законодательством);

организацию питания беременных женщин и кормящих матерей;

наличие и санитарное состояние комнат гигиены, обеспечение их типовым оборудованием.

398. Родовспоможение беременным женщинам, содержащимся в учреждениях уголовно-исполнительной системы, оказывается в родильных домах здравоохранения.

399. Все беременные, начиная с ранних сроков беременности (двенадцать недель), и родильницы подлежат диспансерному наблюдению.

Беременные с акушерской патологией и экстрагенитальными заболеваниями выделяются в группу риска.

При первичном осмотре беременной необходимо:

ознакомиться с анамнезом, обратив внимание на характер менструальной, секреторной функции, течение и исход предыдущих беременностей и родов;

провести общий осмотр и специальное акушерское обследование, включая ультразвуковое;

провести лабораторные исследования: общий анализ крови (в дальнейшем - при сроках в двадцать две и тридцать две недели беременности), общий анализ мочи (при каждом посещении), анализ крови на реакцию Вассермана (при первом посещении и в тридцать две недели беременности), на "поверхностный" антиген в

первом и третьем триместрах, определение группы и резус-принадлежности крови, иммунологическое исследование крови на ВИЧ-инфекцию, бактериоскопическое исследование отделяемого влагалища (гонококки, трихомонады, грибки), по показаниям исследования на токсоплазмоз и иные исследования.

Беременная женщина должна быть осмотрена терапевтом, стоматологом, оториноларингологом, по показаниям - другими специалистами.

Посещения к врачу акушеру-гинекологу при нормальном течении беременности у здоровой женщины назначаются:

через семь дней после первого осмотра (с результатами анализов);

в первую половину беременности - один раз в месяц;

после двадцати недель беременности - два раза в месяц;

после тридцати двух недель - три-четыре раза в месяц.

Все данные опроса и обследования женщины, а также советы и назначения должны заноситься в индивидуальную карту беременной и родильницы.

Для беременных группы высокого риска намечается план диспансерного наблюдения и родоразрешения с указанием сроков госпитализации.

Индивидуальные карты беременных хранятся в кабинете врача акушера-гинеколога в картотеке по датам назначенного последующего посещения.

400. С момента установления беременности женщина переводится на более легкую работу.

С ней проводится:

обучение в "школе матерей" с четырнадцати-шестнадцати недель беременности, психопрофилактическая подготовка к родам;

физическая подготовка групповым методом по специальному комплексу упражнений (занятия с больными беременными - при заболеваниях сердца, сосудов, при токсикозах беременности и иных заболеваниях - проводятся в индивидуальном порядке);

санитарно-просветительная работа о соблюдении правил личной гигиены, режима труда и отдыха.

401. Госпитализации для обследования и лечения подлежат беременные женщины:

при патологическом течении беременности (ранний и поздний токсикозы беременных при отсутствии эффекта от амбулаторного лечения, угрожающий выкидыш, водянка беременных, нефропатия, преэклампсия, кровотечение из половых путей, резус-конфликтная беременность, несоответствие размеров таза и головки плода и возможность несоответствия, переношенная беременность, неправильное положение плода, антенатальная смерть плода, пузырный занос и иные причины);

при экстрагенитальных заболеваниях (пороки сердца, пиелонефрит, гломерулонефрит, гипертоническая болезнь, гипертиреоз, сахарный диабет, анемия, лейкоз, цистит, иные заболевания);

при факторах риска беременности: у первородящих в тридцать лет и старше, у многорожавших, у женщин, рожавших детей с пороками развития;

при недонашивании в анамнезе, при многоплодной беременности, при ягодичном предлежании плода, при наличии рубца на матке от предшествующих операций, при наличии миомы матки;

при невозможности в амбулаторных условиях уточнить диагноз заболевания.

402. После выписки из акушерского стационара осмотры проводятся:

первый - на вторые-третьи сутки после выписки;

второй - на седьмые сутки после выписки;

заключительный - через шесть-восемь недель после родов.

После оперативного родоразрешения осмотры проводятся по показаниям.

При первом осмотре изучаются данные акушерского стационара о течении и исходе родов, выявляются жалобы, характер и особенности лактации, состояние молочных желез. Вагинальное исследование производится по показаниям. Проводится беседа о соблюдении правил личной гигиены, режима труда и отдыха, питания, об уходе за молочными железами. Консультативные осмотры врачами-специалистами и лабораторные исследования назначаются по показаниям.

За состоянием здоровья родильницы наблюдает врач акушер-гинеколог, а за развитием новорожденного - врач-педиатр.

При физиологическом течении послеродового периода по истечении восьми недель женщину с диспансерного учета снимают, критерием снятия с диспансерного наблюдения является отсутствие патологических изменений в половых органах женщины.

При наличии сопутствующих экстрагенитальных заболеваний (или остаточных явлений после них) диспансеризация осуществляется соответствующим специалистом.

403. Выявление гинекологических заболеваний осуществляется при проведении ежегодных профилактических осмотров и при обращении женщин к врачу акушеру-гинекологу.

Осмотру врачом акушером-гинекологом не менее одного раза в год подлежат все женщины, находящиеся в учреждениях уголовно-исполнительной системы.

При выявлении заболеваний (или подозрении на их наличие) врач проводит:

сбор анамнеза;

общий и гинекологический осмотр больных;

взятие мазков для бактериологического и цитологического исследований.

404. В случае необходимости уточнения диагноза заболевания врач организует консультацию больной у специалистов лечебно-профилактических учреждений МВД или территориальных организаций здравоохранения.

□

405. Выделяют две группы гинекологических больных, подлежащих диспансеризации.

К первой группе относятся больные с острыми и хроническими заболеваниями гениталий, эндометриозом, злокачественными новообразованиями, доброкачественными опухолями, опухолевидными образованиями наружных половых органов, с наличием симптомной миомы матки, кистомы и кисты яичников, опущением и выпадением стенок матки и влагалища, требующих оперативного лечения; больные с нарушением менструальной функции и патологическим климаксом.

Ко второй группе относят женщин с бессимптомными миомами, не требующими лечения; больных с кистами влагалища и яичников, которым не показано оперативное лечение; женщин с опущениями и выпадениями стенок влагалища и матки при наличии противопоказаний к оперативному лечению, а также больных, переведенных из первой группы после оперативного или консервативного лечения.

Частота и сроки посещений, длительность диспансерного наблюдения определяются врачом индивидуально для каждой больной в зависимости от характера, клинической стадии заболевания и особенностей его течения.

406. Больные, подлежащие плановой госпитализации, проходят предварительное обследование в медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы, им должны быть обеспечены места в стационаре.

Женщин, имеющих заболевания, лечение которых невозможно в стационаре медицинской части, направляют на стационарное лечение в больницы учреждений уголовно-исполнительной системы либо в лечебно-профилактические учреждения здравоохранения.

При направлении в стационар для искусственного прерывания беременности проводят:

общий анализ крови, мочи;

анализ крови на реакцию Вассермана;

иммунологическое исследование крови на ВИЧ-инфекцию;

определение группы крови и резус-фактора;

исследование влагалищных мазков на степень чистоты.

Другие исследования назначаются по показаниям.

407. Противопоказаниями для искусственного прерывания беременности являются:

острые инфекционные заболевания;

острая и подострая гонорея;

острые и подострые воспалительные процессы любой локализации.

ГЛАВА 32

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ДОМОВ РЕБЕНКА

408. Дома ребенка организуются в исправительных учреждениях, где отбывают наказание осужденные женщины, имеющие детей. В домах ребенка создаются условия, необходимые для нормального развития и проживания детей.

Порядок направления беременных женщин и женщин с детьми в исправительные колонии, при которых имеются дома ребенка, осуществляется согласно законодательству.

Дома ребенка размещаются на изолированной территории учреждения уголовно-исполнительной системы. Занимаемые домами ребенка земельные участки отгораживаются, оборудуются изолированными друг от друга площадками (по количеству групп) для проведения прогулок и сна детей на свежем воздухе в течение круглого года.

В домах ребенка воспитываются дети от рождения и до трехлетнего возраста. Дети старше трех лет передаются на воспитание близким родственникам осужденных женщин либо с согласия матери и по решению органов опеки и попечительства иным лицам, а в случае отсутствия таковых или отказа принять ребенка подлежат передаче в соответствующие детские учреждения. При согласии матери дети могут выписываться из дома ребенка и передаваться на воспитание родственникам и до достижения ими трехлетнего возраста.

Если ребенку, содержащемуся в доме ребенка учреждения уголовно-исполнительной системы, исполнилось три года, а матери до окончания срока отбывания наказания осталось не более года, администрация учреждения может продлить время пребывания ребенка в доме ребенка до окончания срока отбывания наказания матери.

Все новорожденные дети подлежат своевременной регистрации в государственных органах, регистрирующих акты гражданского состояния, по месту рождения детей с оформлением на каждого ребенка медицинского свидетельства о рождении. В трехдневный срок в государственных органах, регистрирующих акты гражданского состояния, производится регистрация случаев мертворождения и смертей новорожденных,

умерших на первой неделе жизни (от 0 до 168 часов после рождения). На каждого ребенка (плод) заполняется свидетельство о перинатальной смерти.

Каждый дом ребенка рассчитывается на размещение пятидесяти - ста пятидесяти детей с распределением их по группам в зависимости от возраста.

Норма жилой площади на одного ребенка - шесть квадратных метров (в норму включаются площади: спальни комнаты - две целых и три десятых квадратного метра, комнаты для игр - два с половиной квадратного метра, комнаты кормления - одна целая и две десятые квадратного метра).

Дом ребенка возглавляет начальник дома ребенка - врач-педиатр, который осуществляет руководство медицинской, воспитательной и административно-хозяйственной деятельностью в соответствии с законодательством Республики Беларусь, а также настоящей Инструкцией.

Начальник учреждения уголовно-исполнительной системы и начальник медицинской части, в ведении которой находится дом ребенка, несут непосредственную ответственность за организацию его работы.

409. Медицинское обеспечение детей осуществляется путем:

организации правильного физического и нервно-психического развития здорового ребенка;

профилактики и лечения инфекционных и соматических заболеваний;

диспансерного наблюдения и медицинской реабилитации детей, имеющих заболевания.

410. Все вновь поступающие в дом ребенка дети подлежат немедленному и тщательному врачебному освидетельствованию. Врачебный осмотр детей производится в следующие сроки:

до первого месяца жизни - ежедневно;

от одного до шести месяцев - один раз в два дня;

от шести месяцев до года - один раз в пять дней;

от одного года до двух лет - два раза в месяц;

от двух до трех лет и старше - один раз в месяц.

Данные осмотра и психофизического развития детей заносятся в истории развития ребенка.

Для консультации ослабленных детей и имеющих отклонения в состоянии здоровья могут привлекаться врачи-специалисты лечебно-профилактических учреждений МВД или территориальных организаций здравоохранения. □

При поступлении в дом ребенка всем детям проводятся антропометрические измерения, в дальнейшем эти измерения детям в возрасте до одного года делают один раз в шесть месяцев.

Взвешивание здоровых детей в возрасте до четырех месяцев производится через день, от четырех месяцев до одного года - два раза в пять дней, от одного года до полутора лет - один раз в десять дней, от полутора до двух лет - два раза в месяц, от двух до трех лет и старше - один раз в месяц.

Дети с гипотрофией взвешиваются один-два раза в день с контрольным взвешиванием перед каждым кормлением и после него.

411. В целях предупреждения заноса инфекционных заболеваний все вновь поступающие в дома ребенка дети старше двухмесячного возраста проходят карантин сроком в двадцать один день.

Дети в возрасте до двух месяцев помещаются на три-пять дней в полубокс карантинного помещения. Минув карантин, направляются в больницы органов здравоохранения дети с острыми тяжелыми и инфекционными заболеваниями, причем последние до госпитализации содержатся в боксе изолятора.

Для прохождения карантина организуется специальное помещение вне дома ребенка, количество коек в котором должно составлять не менее пятнадцати процентов от штатного числа мест в доме ребенка. Карантинное помещение должно иметь: приемную с двумя-тремя полубоксами, комнаты для содержания детей вместе с матерями (площадью не менее четырех квадратных метров на одного ребенка и двух квадратных метров на мать), ванную, туалет со сливом, веранду и отдельную площадку для прогулок детей. В карантинном помещении находятся дети различных возрастов, режим дня устанавливается для каждого ребенка отдельно, а воспитательная работа проводится в соответствии с возрастом и состоянием здоровья ребенка.

Лабораторные обследования детей и матерей в карантине проводятся в соответствии с требованиями нормативных правовых актов Министерства здравоохранения Республики Беларусь по профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний.

Дети, рожденные от матерей, больных или болевших сифилисом, не имеющих активных проявлений заболевания, даже при отрицательной реакции Вассермана подвергаются обязательному профилактическому лечению по схемам, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

412. Изолятор должен быть размещен в изолированном от групп детей помещении и иметь отдельный вход. Число коек в нем должно составлять пятнадцать процентов от числа мест в доме ребенка. Он состоит из приемной с одним-тремя полубоксами для временной изоляции детей, комнаты для содержания детей вместе с матерями (площадью не менее шести квадратных метров на одного ребенка и четырех квадратных метров на мать), санитарного узла, ванной комнаты. При изоляторе должна быть веранда, а также озелененный участок для прогулки детей.

Карантинное отделение и изолятор обеспечиваются всем необходимым оборудованием и предметами ухода.

413. Медицинский персонал дома ребенка обеспечивает:
рациональное вскармливание детей до одного года и полноценное питание детей старше одного года;
иммунизацию детей в соответствии с нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь;

проведение закаливающих процедур, физкультурных занятий;
проведение обсервационных и карантинных мероприятий в случае выявления инфекционных заболеваний;
санитарно-просветительную работу с матерями и персоналом дома ребенка;
учет и отчетность.

414. В целях правильной организации оздоровительной и воспитательной работы в доме ребенка организуются возрастные группы. Число групп и возрастной состав детей в группах устанавливаются в соответствии с количеством детей, их возрастом и учетом психофизиологического развития.

Распределение детей по возрастам в группах: первая группа - дети до десяти месяцев (с выделением подгруппы детей до четырех месяцев), вторая группа - дети от десяти месяцев до полутора лет, третья группа - дети от полутора до двух лет, четвертая группа - от двух до трех лет и старше. В первой и второй группах число детей не должно превышать десяти человек, в третьей - не более тринадцати, в четвертой - не более пятнадцати человек. Если в какой-либо из возрастных групп число детей превышает эти нормы, то создаются параллельные группы.

Режим дня в группах и подгруппах устанавливается в соответствии с возрастными и индивидуальными особенностями детей. В каждой группе проводятся оздоровительные и воспитательные мероприятия соответственно возрасту детей, обеспечивающие их нормальное развитие.

415. Рациональное вскармливание детей до одного года организуется согласно рекомендациям Министерства здравоохранения Республики Беларусь. При этом медицинские работники должны:

стремиться к максимальному сохранению грудного вскармливания;
своевременно переводить ребенка на смешанное и искусственное вскармливание в случае недостатка грудного молока и невозможности получить донорское молоко;

с учетом возраста и индивидуальных особенностей ребенка вводить в рацион соки, фруктовые пюре, витамины, различные виды прикорма;

осуществлять строгий контроль за соответствием получаемого ребенком питания его физиологическим потребностям в основных пищевых ингредиентах;

учитывать состояние здоровья и индивидуальные особенности ребенка.

Оценкой эффективности питания является равномерное нарастание массы тела и роста, соответствующее нормам. Особо выделяются дети группы риска - недоношенные, из многоплодной беременности, родившиеся с большой массой тела, страдающие гипотрофией. Вопрос о режиме питания таких детей решается строго индивидуально.

При доме ребенка организуется молочная кухня.

416. Администрация учреждения уголовно-исполнительной системы обеспечивает матерям, кормящим грудью, возможность ежедневного посещения своих детей в домах ребенка не реже чем через три часа продолжительностью не менее тридцати минут каждое, а при кормлении двух и более детей - не менее часа.

Максимальная продолжительность посещения в каждом конкретном случае определяется врачом и согласуется с администрацией учреждения. Администрация учреждения обеспечивает матерям, не кормящим грудью, ежедневное посещение своих детей в доме ребенка продолжительностью не менее одного часа, посещения проводятся в период от подъема до отбоя по графику, составленному с учетом распорядка дня учреждения.

417. Дети с хронической патологией берутся под динамическое наблюдение. В зависимости от характера заболевания им проводится противорецидивное лечение, специфическая и общеукрепляющая терапия.

418. Физическое воспитание детей первого года жизни проводится в форме индивидуальных занятий, включающих массаж и гимнастику. Детям старше одного года физкультурные занятия организуются в виде подвижных игр, а также комплекса гимнастических упражнений (хождение по буму, горке, переступание через скамеечку и иные упражнения). Закаливание проводится по утвержденной Министерством здравоохранения Республики Беларусь методике с соблюдением следующих условий:

учет индивидуальных особенностей ребенка при выборе метода закаливания;
комплексное использование всех природных факторов и закаливающих процедур;
постепенность в увеличении силы воздействия природного фактора;
систематичность закаливания - оно осуществляется круглый год, но виды его и методики меняются в зависимости от сезона и погоды;
формирование положительного отношения ребенка к закаливающим процедурам.

Состояние здоровья детей оценивается по комплексной методике с привлечением врачей-специалистов. Конечным результатом этой работы является объединение детей в однородные по состоянию здоровья группы, что облегчает проведение оздоровительных мероприятий.

419. Для ослабленных детей в домах ребенка могут быть организованы санаторные группы с созданием условий и режима, способствующих оздоровлению детей.

420. О каждом случае инфекционного заболевания начальник дома ребенка в тот же день сообщает

начальнику медицинской части учреждения. В эпидемическом очаге проводятся режимно-ограничительные мероприятия, содержание которых зависит от способов и путей передачи возбудителей инфекционного заболевания.

421. Работа по гигиеническому воспитанию и обучению организуется начальником дома ребенка. Она направлена на повышение санитарной культуры матерей, обслуживающего персонала, профилактику заболеваний, привитие навыков по воспитанию и уходу за детьми раннего возраста. Формы санитарно-просветительной работы: бюллетени по вопросам санитарии и гигиены, сезонной профилактики заболеваний, "школа матерей", лекции и беседы на медицинские темы - должны быть доступны для понимания матерей и персонала, актуальны по тематике и наглядны в изложении.

422. Начальник дома ребенка путем опроса женщин, а при необходимости в результате переписки с их близкими родственниками выясняет согласие последних принять детей на воспитание. Если родственники согласны взять ребенка, но не могут за ним приехать из-за отсутствия средств, учреждение оплачивает им проезд по железной дороге в оба конца с отнесением затрат на статью "Расходы по освобождению". Если родственники не могут приехать за ребенком по каким-либо другим причинам, ребенок направляется к месту жительства родственников в сопровождении медицинского работника учреждения уголовно-исполнительной системы.

Родственнику, принявшему ребенка на воспитание, вручаются копия акта о передаче ребенка, свидетельство о рождении, выписка из истории развития ребенка, в которой указываются состояние здоровья ребенка, произведенные профилактические прививки и перенесенные заболевания.

В случаях, когда дети не могут быть взяты на воспитание родственниками осужденных женщин, начальники домов ребенка за два-три месяца извещают органы образования и социальной защиты населения о предстоящей передаче детей в их детские учреждения. В указанные детские учреждения направляются дети, не имевшие контакта с инфекционными больными.

423. В соответствии с решением суда по представлению органов опеки и попечительства при согласии матери дети могут передаваться на воспитание иным лицам в порядке, установленном законодательством.

424. Дети, имеющие органическое поражение центральной нервной системы, врожденные и другие заболевания, передаются в специализированные дома ребенка или лечебные учреждения здравоохранения.

425. Дети, передаваемые на содержание близким родственникам осужденных женщин, а также в детские учреждения органов здравоохранения, обеспечиваются полным комплектом белья, одежды и обуви по сезону, который подлежит безвозмездной передаче детскому учреждению или родственникам.

В пути следования дети обеспечиваются отдельными местами, постельными принадлежностями и полноценным питанием. Сопровождающие их медицинские работники должны при себе иметь предметы ухода за детьми, посуду, необходимые медикаменты.

426. При освобождении от отбывания наказания женщинам, имеющим при себе детей, на руки выдаются под расписку медицинское свидетельство о рождении ребенка и выписка из истории развития ребенка, содержащая информацию о состоянии здоровья ребенка, профилактических прививках и перенесенных заболеваниях.

Если при освобождении от отбывания наказания женщины ребенок болен и нуждается в госпитализации, то с согласия матери он помещается с ней в ближайшее лечебное учреждение здравоохранения.

ГЛАВА 33

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ КОЛОНИЯХ

427. В период пребывания в следственном изоляторе несовершеннолетним лицам проводят по показаниям профилактические прививки АДС-М анатоксином.

428. Начальник медицинской части воспитательной колонии, входящий в состав комиссии, принимающей вновь поступающих осужденных, дает рекомендации по рациональному трудоустройству, направлению на профессиональное и общеобразовательное обучение.

Одновременно выявляются лица, нуждающиеся в лечении и психопрофилактике у врача-психиатра или воспитательно-психологическом воздействии со стороны воспитателя и психолога.

429. Два раза в год всем осужденным в воспитательных колониях проводят углубленные врачебные осмотры с антропометрическими измерениями и лабораторными исследованиями, а также флюорографическим обследованием.

На основании данных о состоянии здоровья и физической подготовленности осужденных в воспитательных колониях распределяют для занятий физической подготовкой на группы: основную, подготовительную, специальную и инвалидов. По мере улучшения состояния здоровья их переводят из одной группы в другую.

К основной группе относятся лица без отклонений в состоянии здоровья, а также с незначительными морфофункциональными отклонениями, достаточно физически подготовленные. Они выполняют обязательные виды занятий по физической подготовке в соответствии с учебной программой, сдают контрольные нормативы и участвуют в физкультурно-оздоровительных мероприятиях, дополнительно могут посещать спортивные секции.

К подготовительной группе относятся лица, имеющие незначительные отклонения в состоянии здоровья, недостаточно физически подготовленные. Уроки физкультуры с данной категорией организуются под контролем

пульса и артериального давления, при условии более постепенного освоения двигательных навыков и умений, а также исключения упражнений, предъявляющих повышенные требования к организму. Контрольные нормативы ими сдаются выборочно. Лица подготовительной группы могут принимать участие в физкультурно-оздоровительных мероприятиях, посещать спортивные секции общей физической подготовки.

К специальной группе относятся инвалиды и лица, имеющие значительные отклонения в состоянии здоровья постоянного или временного характера, допущенные к учебе и трудовой деятельности. Уроки физкультуры с ними проводятся по специальной программе с учетом характера и тяжести заболевания и носят лечебную направленность. Для этой категории лиц дополнительно организуются прогулки, подвижные игры, спортивные развлечения при соблюдении правил самоконтроля. Индивидуальные занятия физическими упражнениями проводятся по рекомендации врача.

430. Медицинские работники воспитательной колонии проводят отбор лиц, нуждающихся по состоянию здоровья в медицинском наблюдении, оздоровительном режиме и усиленном питании, в оздоровительные группы, создаваемые при стационарах медицинских частей. В оздоровительную группу направляются лица:

физически ослабленные, имеющие вес ниже нормы;

перенесшие различные тяжелые заболевания, травмы, хирургические операции;

имеющие отклонения в состоянии здоровья стойкого характера, отнесенные к специальной группе учета и подлежащие постоянному диспансерному наблюдению.

Начальник медицинской части составляет список лиц, зачисляемых в оздоровительную группу, и утверждает его у начальника воспитательной колонии.

Срок пребывания в оздоровительной группе определяется врачом и составляет до тридцати дней. При наличии медицинских показаний он может продлеваться. На этот период осужденные содержатся в стационаре медицинской части. Режим дня им определяет начальник медицинской части. Они могут посещать профессионально-техническое училище, школу, а привлечение их к труду осуществляется по типу трудотерапии. Проводятся занятия по лечебной и физической культуре под контролем медицинского работника.

В медицинских картах этой категории лиц производятся соответствующие записи, отражающие контроль веса, режим дня, медикаментозную и витаминотерапию, лечебную физкультуру, привлечение к труду.

431. С целью совершенствования оказания специализированной медико-санитарной помощи осужденным в воспитательных колониях осуществляется налаживание взаимодействия с территориальными органами здравоохранения для:

прикрепления воспитательных колоний по месту их дислокации к областным, городским, центральным районным больницам для оказания высококвалифицированной консультативной и стационарной медицинской помощи осужденным;

оказания практической помощи медицинским частям в проведении два раза в год профилактических медицинских осмотров осужденных в воспитательных колониях врачами-специалистами: оториноларингологом, окулистом, невропатологом, хирургом, стоматологом, психиатром - с выполнением необходимых лабораторных и функциональных исследований, а также двукратного флюорографического обследования;

обеспечения оказания необходимой консультативной и методической помощи медицинским частям воспитательных колоний в организации и осуществлении диспансерного наблюдения за лицами с выявленными заболеваниями, а также практической помощи в проведении им необходимых лечебно-профилактических мероприятий;

оказания практической помощи органами и учреждениями, осуществляющими государственный санитарный надзор, в организации и проведении противоэпидемических мероприятий в воспитательных колониях.

432. При наличии в штатах медицинской части врача-терапевта лечение больных проводится только с такими заболеваниями, лечение которых может быть завершено, как правило, в течение двухнедельного срока пребывания в условиях стационара медицинской части.

Лица с заболеваниями, требующими более длительного стационарного лечения, подлежат направлению в больницу учреждения уголовно-исполнительной системы или ближайшую больницу органов здравоохранения.

При отсутствии в штатах медицинской части врача-терапевта в стационар госпитализируются только больные с легкими формами заболеваний и не нуждающиеся в дальнейшем переводе в другой стационар.

ГЛАВА 34

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ОТНОШЕНИИ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

433. Психиатрическая помощь спецконтингенту оказывается в соответствии с Законом Республики Беларусь от 1 июля 1999 года "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 1999 г., № 52, 2/49), иными нормативными правовыми актами.

434. Своевременная диагностика, лечение и профилактика психических расстройств (заболеваний) у спецконтингента способствуют сохранению его психического здоровья, более эффективному включению спецконтингента в систему воспитательных и трудовых мероприятий, предупреждению правонарушений.

435. Для выявления лиц, имеющих психические расстройства (заболевания), в учреждениях уголовно-исполнительной системы проводятся следующие мероприятия:

перед проведением медицинского обследования спецконтингента врач в обязательном порядке знакомится с материалами личного дела и медицинской документацией на предмет выявления лиц, состоявших ранее на учете в психиатрических (психоневрологических) учреждениях или проходивших судебно-психиатрическую экспертизу;

в случае необходимости запрашиваются выписки из медицинских карт и копии актов судебно-психиатрических экспертиз из психиатрических (психоневрологических) учреждений;

тщательному медицинскому обследованию врачом-психиатром подвергаются лица, состоящие на учете по поводу алкоголизма, наркомании, токсикомании, предъявляющие жалобы на состояние психического здоровья или часто обращающиеся с жалобами невротического характера, с отклонениями в поведении (эмоционально возбудимые, совершающие внешне немотивированные поступки, нарушающие режим содержания, конфликтные), а также ранее состоявшие на учете в психоневрологических диспансерах, проходившие судебно-психиатрическую экспертизу и признанные вменяемыми.

436. Определение наличия или отсутствия психического расстройства (заболевания) у обследуемого лица является компетенцией врача-психиатра. Диагноз психического расстройства (заболевания) ставится в соответствии с общепризнанными международными диагностическими принципами и стандартами. Для диагностики и лечения спецконтингента, страдающего психическими расстройствами (заболеваниями), применяются медицинские средства и методы, разрешенные в порядке, установленном законодательством.

437. Врачи учреждения уголовно-исполнительной системы при подозрении на наличие соответствующего психического расстройства (заболевания) свои диагностические заключения об этом могут выносить только предположительно. В случае отсутствия в штатах учреждения врача-психиатра для оказания консультативно-диагностической помощи могут привлекаться врачи-психиатры лечебно-профилактических учреждений МВД или территориальных организаций здравоохранения. □

438. Лечение спецконтингента, имеющего психические расстройства, может осуществляться амбулаторно или в стационаре медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы.

Больные с психическими расстройствами, находящиеся на лечении в стационаре медицинской части, осматриваются врачом-психиатром учреждения ежедневно. Результаты осмотра вносятся в медицинскую карту стационарного больного. При выписке больного из стационара составляется подробный эпикриз, который переносится в медицинскую амбулаторную карту.

В случае отсутствия в штатах учреждения уголовно-исполнительной системы врача-психиатра лечебные мероприятия осуществляются начальником медицинской части или врачом-терапевтом по рекомендациям врача-психиатра лечебно-профилактического учреждения МВД или организации здравоохранения. □

Лицам, которым назначена судебно-психиатрическая экспертиза, лечебные мероприятия по психическому заболеванию осуществляются только при остром психотическом состоянии, наличии припадков и тяжелых декомпенсаций.

Лицам, признанным невменяемыми, лечебные мероприятия осуществляются в стационаре медицинской части с обязательной их изоляцией от остального контингента.

439. Стационарная помощь лицам с острыми психотическими состояниями и частыми декомпенсациями заболевания, не купирующимися в условиях медицинской части, оказывается в психиатрических отделениях больниц учреждений уголовно-исполнительной системы.

440. Углубленное и всестороннее обследование больных в стационаре является обязательным при решении вопроса о досрочном освобождении осужденного к лишению свободы или аресту от дальнейшего отбывания наказания в связи с наличием хронического психического заболевания. Психиатрическое освидетельствование осужденных к лишению свободы или аресту проводится судебно-психиатрической экспертной комиссией в отделе стационарных судебно-психиатрических экспертиз лиц со строгим наблюдением Государственной службы медицинских судебных экспертиз.

В случае признания освидетельствованных лицами, страдающими психическими заболеваниями, лишаящими их возможности сознавать фактический характер и значение своих действий или руководить ими, администрация учреждения уголовно-исполнительной системы в порядке, установленном законодательством, представляет необходимые материалы в суд для освобождения от отбывания наказания и назначения принудительных мер безопасности и лечения.

Данная категория больных не возвращается по месту прежнего содержания, а находится в больнице учреждения уголовно-исполнительной системы (психиатрическом отделении) до окончательного решения суда по представленным администрацией учреждения материалам.

441. Принудительное лечение от алкоголизма осужденных к аресту, лишению свободы или пожизненному заключению (далее - осужденные) проводится на основании решения суда по месту отбывания наказания врачом психиатром-наркологом или врачом-психиатром учреждения уголовно-исполнительной системы.

Конкретный выбор методов лечения осуществляет врач психиатр-нарколог (врач-психиатр) с учетом индивидуальных особенностей больных, стадии заболевания, наличия сопутствующих заболеваний.

Не рекомендуется проводить плановое специфическое противоалкогольное лечение лицам, содержащимся в штрафных изоляторах и помещениях камерного типа.

442. На диспансерный учет по поводу алкоголизма ставятся все осужденные, подлежащие принудительному лечению от алкоголизма, а также прошедшие такое лечение, но продолжающие отбывать наказание в учреждениях уголовно-исполнительной системы. На них заводится контрольная карта установленного образца, которая помещается в картотеку, имеющую два отдела (группы диспансерного учета) - активного и пассивного учета.

443. Осужденные, больные алкоголизмом, прибывшие для отбывания наказания и прохождения принудительного лечения, в течение не более четырнадцати дней с момента прибытия осматриваются врачом психиатром-наркологом и включаются в первую группу диспансерного учета. Таким осужденным проводится активное и поддерживающее амбулаторное, а при необходимости и стационарное противоалкогольное лечение до отмены судом принудительных мер медицинского характера или до освобождения из учреждения.

В первую группу диспансерного учета могут быть включены также осужденные, не подлежащие принудительному лечению от алкоголизма, но самостоятельно обратившиеся за наркологической помощью и имеющие положительную установку на противоалкогольное лечение. Эти осужденные подлежат учету с момента обращения.

При выявлении у осужденного, не подлежащего принудительному лечению, хронического алкоголизма ему предлагается пройти курс активной терапии в добровольном порядке. При отказе от добровольного лечения медицинской комиссией учреждения уголовно-исполнительной системы, состоящей из начальника медицинской части, двух врачей психиатров-наркологов или врачей-психиатров, выносится заключение, на основании которого администрация учреждения ходатайствует перед судом о назначении ему принудительного лечения от алкоголизма.

444. Рекомендуемый оптимальный срок противоалкогольного лечения, проводимого всем осужденным, наблюдаемым по первой группе диспансерного учета, - до одного года. Однако во всех случаях его продолжительность определяется врачом психиатром-наркологом в зависимости от индивидуальных особенностей больного и течения заболевания. Больные вызываются к врачу не реже одного раза в месяц. □

445. Осужденные, которым завершён полный курс активного противоалкогольного лечения, при условии отмены принудительных мер медицинского характера судом переводятся в группу пассивного учета. Поддерживающее лечение проводится лишь при рецидиве заболевания (алкогольный срыв) или при самостоятельном обращении к врачу для купирования остро возникшего патологического влечения к алкоголю.

В случае отказа осужденного от поддерживающего противорецидивного лечения после алкогольного срыва он предупреждается о праве администрации учреждения уголовно-исполнительной системы обратиться в суд для повторного назначения принудительного лечения.

446. Больные, наблюдаемые в группе пассивного учета, осматриваются врачом психиатром-наркологом при проведении профилактических осмотров или в период проведения поддерживающего противорецидивного лечения.

447. По прохождении принудительного лечения и при отсутствии рецидивов заболевания на основании заключения медицинской комиссии администрацией учреждения уголовно-исполнительной системы представляются материалы в суд для прекращения принудительного лечения.

448. Во всех случаях освобождения от отбывания наказания осужденных, которые проходили принудительное лечение от алкоголизма, медицинская часть за один месяц до освобождения направляет в организации здравоохранения по месту жительства освобождаемого выписку из амбулаторной карты наркологического больного о проведенном принудительном лечении и его результатах. □

ГЛАВА 36

ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ НАРКОМАНИЕЙ (ТОКСИКОМАНИЕЙ)

449. Прибывшие в учреждения уголовно-исполнительной системы больные наркоманией в течение четырнадцати дней подлежат обязательному обследованию соматического и психического состояния в объемах, соответствующих возможностям медицинской части, с уточнением вида и стадии наркомании.

450. Администрация учреждения уголовно-исполнительной системы обеспечивает условия для проведения амбулаторного, а при необходимости и стационарного лечения больных наркоманией на период их нахождения в

учреждении.

451. Больные наркоманией, у которых выявлен синдром отмены, помещаются на стационарное лечение в медицинскую часть до его купирования. В случае недостаточного эффекта от лечения в стационаре медицинской части, а также при наличии показаний для лечения сопутствующей соматической патологии больные наркоманией направляются на лечение в больницы учреждений уголовно-исполнительной системы.

Конкретный выбор методов лечения осуществляет врач психиатр-нарколог или врач-психиатр с учетом индивидуальных особенностей больных наркоманией, вида и стадии наркомании, сопутствующих заболеваний в соответствии с нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь и МВД.

□

452. Курсы поддерживающего лечения рекомендуется проводить в течение двух лет длительностью по три-четыре недели каждый: на первом году - через каждые два месяца, на втором - три раза в год. Поддерживающее лечение должно включать в себя психотерапевтическое воздействие (рациональная психотерапия, гипнотерапия, аутогенная тренировка), электросон, медикаментозную и симптоматическую терапию.

453. При выявлении у больных наркоманией противопоказаний к конкретным методам лечения и медикаментозным средствам медицинской комиссией в составе начальника медицинской части учреждения, врача психиатра-нарколога и врача-терапевта выносится решение о необходимости его прекращения. Решение принимается после тщательного обследования больных наркоманией в стационарных условиях. Материалы представляются начальнику учреждения для направления в суд.

454. Больные наркоманией, имеющие и активную форму туберкулеза, проходят лечение в лечебных исправительных учреждениях для содержания и лечения больных активными формами туберкулеза. Лечение наркомании проводится по назначению врача психиатра-нарколога одновременно с лечением туберкулеза.

455. Через год после начала принудительного лечения больные наркоманией направляются на медицинскую комиссию медицинской части исправительного учреждения для оценки достигнутых результатов лечения и рекомендаций о сроках и методах дальнейшего лечения (группе диспансерного наблюдения). В отдельных случаях рассматривается вопрос о его прекращении. При отсутствии рецидивов заболевания готовятся материалы для его прекращения в установленном порядке. □

456. Срок принудительного лечения больных наркоманией может быть продлен в случаях самовольного прекращения лечебных процедур, возобновления потребления наркотических или других, влекущих одурманивание, средств.

457. В случае уклонения от лечения, возобновления употребления наркотических средств медицинскими работниками совместно с администрацией учреждения проводится активная разъяснительная и психотерапевтическая работа с больным наркоманией, направленная на формирование установки к отказу от потребления наркотических средств.

458. В медицинском заключении, составляемом как при завершении, так и при продлении принудительного лечения, отмечаются его результаты: достигнутый эффект, изменения, наступившие в психическом и соматическом состоянии больного, характер установки на отказ от употребления наркотических, психотропных и иных одурманивающих средств. Данные заключения вносятся в амбулаторную карту наркологического больного.

459. В случае выявления наркомании у осужденного, не подлежащего принудительному лечению, ему предлагается пройти курс терапии в добровольном порядке. Добровольное лечение от наркомании проводится по месту отбывания наказания. При отказе от добровольного лечения администрация исправительного учреждения в установленном порядке направляет в суд представление о применении принудительного лечения.

460. Диспансерный учет и динамическое наблюдение за больными наркоманией должны осуществляться в течение срока принудительного лечения, а также на протяжении трех лет по достижении ремиссии. При этом больные разделяются на четыре группы динамического наблюдения:

I группа динамического наблюдения - все осужденные, подлежащие принудительному лечению, и вновь выявленные больные наркоманией. Частота осмотров врачом психиатром-наркологом - не реже одного раза в месяц;

II группа динамического наблюдения - больные наркоманией при продолжительности ремиссии до одного года. Частота осмотров врачом психиатром-наркологом - не реже одного раза в два месяца;

III группа динамического наблюдения - больные наркоманией при продолжительности ремиссии от одного года до двух лет. Частота осмотров врачом психиатром-наркологом - один раз в квартал;

IV группа динамического наблюдения - больные наркоманией при продолжительности ремиссии свыше двух лет. Частота осмотров врачом психиатром-наркологом - не реже одного раза в четыре месяца.

461. Диспансерный учет и динамическое наблюдение за больными токсикоманией осуществляются в соответствии с нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

462. По истечении трех лет с начала ремиссии больные наркоманией снимаются с учета.

463. Во всех случаях освобождения от отбывания наказания осужденных, которые проходили принудительное лечение от наркомании или токсикомании, медицинская часть за один месяц до освобождения

направляет в организации здравоохранения по месту жительства освобождаемого выписку из амбулаторной карты наркологического больного о проведенном принудительном лечении и его результатах. □

ГЛАВА 37

ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, ИМЕЮЩИМ ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ИЛИ КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

464. При поступлении в следственный изолятор каждое лицо должно быть тщательно осмотрено с целью выявления признаков венерических или заразных кожных заболеваний.

Лицо, имеющее признаки венерического заболевания, для подтверждения диагноза должно быть обязательно осмотрено врачом-дерматовенерологом. Обоснование диагноза венерического заболевания записывается в медицинской амбулаторной карте.

465. Обязательному серологическому обследованию на сифилис при поступлении в следственный изолятор с последующей контрольной вассерманизацией через три месяца подлежат лица без определенного места жительства, мигранты, беженцы, гомосексуалисты, женщины, занимающиеся проституцией, лица, привлекаемые к ответственности за преступления против половой неприкосновенности и половой свободы, преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков, а также по клиническим показаниям.

466. С целью профилактики врожденного сифилиса всем беременным женщинам проводится обязательное двукратное серологическое обследование: в первой половине беременности (при первой явке беременной к акушеру-гинекологу для взятия на учет по беременности) и во второй половине (в шесть-семь месяцев беременности, но не позднее восьми месяцев беременности). При неблагоприятной эпидемиологической обстановке может быть введено трехкратное серологическое обследование беременных на сифилис. Третье обследование проводится непосредственно перед родами. При положительных результатах клинико-серологических реакций (далее - КСР) дифференциальный диагноз проводится с помощью специфических серологических реакций (РИТ, РИФ и иные). В случае отрицательных результатов этих тестов беременная должна находиться на клинико-серологическом контроле с ежемесячным исследованием КСР, РИТ и РИФ до родов и в течение трех месяцев после них.

В исключительных случаях при отсутствии возможности исследовать РИТ и РИФ или другие специфические серологические реакции у беременной с резко положительным результатом КСР проводится повторное исследование КСР. При резко положительном результате повторного исследования КСР устанавливают диагноз сифилиса. При повторных слабо-положительных результатах КСР беременная подлежит тщательному клинико-серологическому наблюдению в динамике для дифференцирования ложноположительных результатов КСР, обусловленных беременностью.

467. Серологическая диагностика сифилиса должна осуществляться методом микрореакции с плазмой и инактивированной сывороткой, реакции связывания комплемента с кардиолипидным антигеном, а также комплексом стандартных серологических реакций - КСР (реакции Вассермана, реакций с кардиолипидным и трепонемным антигенами). Комплексная серодиагностика дает возможность выявить максимальное число случаев инфекции, так как чувствительность отдельных реакций при различных формах сифилиса не всегда одинакова. В случае отсутствия возможности серодиагностики сифилиса комплексом серологических реакций следует использовать экспресс-диагностику. При резко положительных результатах исследования РСК проводится определение титра реагинов.

Большое значение для установления диагноза скрытого сифилиса имеют исследования крови на РИТ и РИФ. Положительные РИТ и РИФ подтверждают диагноз сифилиса, что особенно важно учитывать у больных, у которых классические реакции оказываются слабopоложительными и нестойкими. В тех случаях, когда по тем или иным причинам нельзя провести исследования крови на РИТ и РИФ лицам, у которых дважды положительны классические серологические реакции в полном комплексе (исследования с интервалом в семь-десять дней при отсутствии заболеваний, которые могут обусловить неспецифическую позитивность реакций), следует ставить диагноз скрытого сифилиса и назначать специфическое лечение.

468. Если при сборе анамнеза у обследуемого лица имеются указания на то, что он до привлечения к уголовной ответственности проходил лечение по поводу венерического заболевания или состоял на учете (серологическом контроле) в кожно-венерологическом диспансере, медицинская часть в трехдневный срок делает запрос в указанное учреждение о диагнозе, проведенном лечении и сроках серологического контроля. Дальнейшее лечение или серологический контроль таких больных проводится в медицинской части следственного изолятора в соответствии с полученными ответами. Одновременно проводится обследование лица, утверждающего о наличии в прошлом венерического заболевания, с помощью комплекса серологических реакций, включая РИТ и РИФ (при возможности их постановки). При положительных результатах обследования проводится лечение скрытого сифилиса по схемам, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

469. После установления окончательного диагноза венерического заболевания и при отсутствии противопоказаний незамедлительно назначается соответствующее лечение.

470. Превентивное лечение проводят с целью предупреждения сифилиса лицам, находившимся в тесном

бытовом и половом контакте с больным ранними формами сифилиса.

Профилактическое лечение проводят беременным, болеющим или болевшим сифилисом, и детям, рожденным такими женщинами (по показаниям).

471. В случае, если диагноз венерического заболевания впервые устанавливается в медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы, медицинская часть направляет в кожно-венерологический диспансер по месту жительства больного поручение о привлечении к обследованию на венерическое заболевание лиц, находившихся в половом и бытовом контакте с больным сифилисом.

Если больному сифилисом в лечебно-профилактических учреждениях органов территориального здравоохранения лечение было не закончено, то в дальнейшем лечение такому больному проводится заново.

472. Лица, уклоняющиеся от лечения венерического заболевания, подлежат обязательному принудительному лечению.

473. С целью выявления гонореи у женщин материал для исследования берется из всех очагов возможного поражения (из уретры, влагалища, шейки матки и прямой кишки). Особое внимание при обследовании на гонорею следует обращать на женщин с хроническими воспалительными заболеваниями мочеполовой сферы. В этих случаях обязательно проводится комбинированная провокация. Лучшими методами провокации являются: биологические (введение гоновокцины, пирогенала), термические (диатермия), у мужчин - механические (бужирование, массаж на буже) и алиментарные.

У женщин также используется физиологическая провокация - менструация.

Больные, у которых в выделениях гонококки не обнаружены, а анамнестические и клинические данные подозрительны в отношении гонорейной этиологии заболевания, учитываются как подозрительные на гонорею. Такие больные подлежат комплексному профилактическому лечению по схемам лечения хронической гонореи.

Учитывая, что у 50-60 процентов женщин, больных гонореей, гонококки находятся в симбиозе с влагалищной трихомонадой, им наряду с лечением гонореи дополнительно проводится противотрихомонадная терапия.

Там, где бактериоскопические методы диагностики гонореи оказываются недостаточными, проводится культуральный метод (посев на питательную среду). Посев делается не ранее чем через неделю после приема антибактериальных препаратов и местного применения антисептических средств.

474. После установления диагноза венерического заболевания с больным проводится беседа о характере заболевания, сроках лечения и контрольного наблюдения, о необходимости соблюдения мер предосторожности по нераспространению заболевания и об уголовной ответственности в соответствии с законодательством за заведомое поставление в опасность заражения или заражение другого лица. Одновременно заполняется бланк предупреждения лицу, заболевшему венерической болезнью, на котором ставятся подписи больного и врача, после чего предупреждение приобщается к медицинской амбулаторной карте или медицинской карте стационарного больного. Врач должен принять возможные меры, чтобы подписка больного оформлялась на бланке предупреждения и только в случае уважительных причин - в медицинской амбулаторной карте, медицинской карте стационарного больного или другом медицинском документе. Больным сифилисом запрещается сдача крови для переливания другим лицам как во время лечения, так и после снятия с учета.

475. После установления диагноза венерического заболевания медицинская часть учреждения уголовно-исполнительной системы в суточный срок направляет в СЭС экстренное извещение о заболевании.

476. Перед убытием больного венерическим заболеванием из следственного изолятора в исправительное учреждение врач-дерматовенеролог или врач-терапевт делает запись в медицинской амбулаторной карте в виде этапного эпикриза с рекомендациями по дальнейшему лечению и контрольному наблюдению.

477. Запрещается отправка в другие учреждения лиц с заразными формами сифилиса и гонореи (до проведения им курса противосифилитического лечения или полного курса противогонорейного лечения), а также с заразными формами кожных заболеваний.

478. После прибытия в исправительное учреждение больные венерическими заболеваниями ставятся на диспансерный учет для дальнейшего прохождения лечения и серологического контроля. При отсутствии в штате медицинской части врача-дерматовенеролога ведение венерических больных возлагается на врачей других специальностей (врача-терапевта или врача-гинеколога в исправительных учреждениях для содержания осужденных женщин).

479. После окончания полноценной специфической терапии любым методом больные сифилисом и лица, получившие превентивное лечение, находятся на клинко-серологическом контроле. Порядок и сроки клинко-серологического контроля регламентируются нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

480. При выявлении больных с заразными формами сифилиса проводится немедленная их изоляция. Обязательной госпитализации в кратчайший срок после установления диагноза подлежат больные с заразной формой (сифилис первичный, вторичный свежий, рецидивный), больные ранним скрытым сифилисом (впервые установленным) для проведения превентивного лечения, а также больные гонореей.

Госпитализация больных венерическими заболеваниями осуществляется в кожно-венерологические отделения больниц учреждений или в другие отделения (инфекционные, терапевтические), в которых для них выделяются отдельные койки (палаты). При невозможности направления в больницу венерические больные госпитализируются в стационары медицинских частей учреждений с выделением для них отдельных коек

(палат).

Больные сифилисом с поражением внутренних органов и нервной системы после консультации врачом-дерматовенерологом получают специфическое лечение в профильных отделениях больниц учреждений: при сифилисе внутренних органов - в терапевтических, при сифилисе нервной системы - в неврологических. Специфическое лечение указанных больных проводится по схемам лечения сифилиса, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

481. Больные сифилисом, которым не завершено лечение, не представляются к условному досрочному освобождению от отбывания наказания и направлению в колонии-поселения.

482. Больным сифилисом и гонореей до окончания лечения длительные свидания и краткосрочные отпуска не предоставляются.

483. При выявлении факта заражения осужденного венерическим заболеванием, которое могло произойти во время длительного свидания, медицинская часть учреждения уголовно-исполнительной системы направляет в кожно-венерологический диспансер поручение о привлечении к обследованию на венерические заболевания предполагаемого источника заражения.

484. В отношении не снятых с диспансерного учета больных, у которых заканчивается срок отбывания наказания, медицинская часть учреждения уголовно-исполнительной системы за месяц до освобождения информирует кожно-венерологический диспансер по избранному месту жительства освобождающегося. При этом указываются диагноз заболевания, характер проведенного лечения, сроки серологического контроля.

485. В случае возникновения группового заболевания венерическими заболеваниями в учреждении уголовно-исполнительной системы устанавливается усиленное медицинское наблюдение за спецконтингентом на время проведения комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий. Одновременно проводится изоляция заболевших и их половых партнеров. Спецконтингент учреждения подвергается целевому профилактическому осмотру врачами-специалистами с проведением серологических реакций. По заключению врача-дерматовенеролога целевой осмотр может повторяться через три месяца, а телесные осмотры проводятся еженедельно в течение двух месяцев после регистрации группового заболевания.

Проведение противоэпидемических мероприятий в очаге группового венерического заболевания (изоляция и госпитализация больных, выявление источника заражения и контактных лиц) возлагается на медицинские части учреждений под контролем СЭС.

486. В борьбе с гнойничковыми заболеваниями кожи важное значение имеет осуществление комплекса профилактических мероприятий. Необходимо соблюдение гигиенического режима, улучшение производственных и бытовых условий, исключение факторов, способствующих развитию гнойничковой инфекции кожи.

На производственных объектах должна быть организована само- и взаимопомощь при обработке ран и мелких повреждений кожи. Для этой цели необходимо иметь медицинские аптечки, которые хранятся у одного лица (мастера). Значительное место в профилактике гнойничковых заболеваний занимает систематическое применение рабочими индивидуальных средств защиты кожных покровов, предохраняющих их от загрязнения и раздражения (рукавицы, защитные мази, пасты, кремы).

487. Борьба с микозами стоп должна быть комплексной, предусматривающей воздействие на все звенья эпидемиологической цепи. Основными формами организации борьбы с микозами стоп являются: профилактика (соблюдение санитарно-гигиенических норм и правил, гигиеническое воспитание), своевременное выявление, диспансерное наблюдение и лечение больных микозами.

Важное значение в профилактике микозов стоп в местах прохождения санитарной обработки имеют замена деревянных решеток резиновыми или пластмассовыми ковриками как более гигиеничными и легко обеззараживаемыми, обеспечение продезинфицированными мочалками, пользование банной обувью с обязательной последующей ее дезинфекцией. В банях, душевых для мытья ног должны быть выделены специальные маркированные тазы. Недопустимо пользование обезличенной обувью. От лиц, страдающих потливостью ног, необходимо требовать тщательного ухода за ними, ежедневного мытья их прохладной водой с мылом, короткой стрижки ногтей, частой стирки носков, портянок. При повышенной потливости ног не следует носить резиновую обувь и носки из синтетических материалов.

Все выявленные больные привлекаются к лечению по месту содержания после консультации врача-дерматовенеролога. В медицинских частях учреждений уголовно-исполнительной системы на больных микозами стоп заводятся карты диспансерного наблюдения.

488. Основной профилактической мерой против распространения чесотки является раннее выявление больных при всех видах медицинских осмотров, а также на амбулаторных приемах в медицинских частях учреждений.

В случае обнаружения больного чесоткой медицинский работник должен немедленно изолировать больного и начать его лечение. Одновременно следует провести камерную дезинфекцию одежды больного, белья и постельных принадлежностей. При отсутствии камеры верхняя одежда должна быть тщательно проветрена, а белье - проглажено горячим утюгом.

В день выявления больного чесоткой проводится тщательный медосмотр контактных лиц с последующей санитарной обработкой.

ГЛАВА 38 ОКАЗАНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ

489. Задачей медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы по организации противотуберкулезной помощи является проведение мероприятий по профилактике, выявлению и лечению туберкулеза среди спецконтингента. Для ее выполнения необходимы:

- своевременное выявление больных туберкулезом путем организации рентгенофлюорографических обследований и туберкулинодиагностики;
- изоляция в кратчайший срок всех выявленных больных активным туберкулезом;
- лечение больных туберкулезом в стационарных и амбулаторных условиях с применением современных средств и методов;
- диспансерное наблюдение за лицами, состоящими на учете по поводу заболевания туберкулезом;
- профилактические мероприятия по предупреждению заболеваний туберкулезом среди спецконтингента;
- санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия;
- санитарно-просветительная работа.

490. Для своевременного выявления больных туберкулезом и другой легочной патологией проводится флюорографическое обследование органов грудной клетки.

В следственном изоляторе первичное флюорографическое обследование грудной клетки проводится не позднее первых трех суток после поступления. В случае прибытия в исправительное учреждение лиц, не прошедших данного вида обследования или срок с момента проведения обследования которых превышает четыре месяца, принимаются меры к его проведению в кратчайший срок на месте. Последующие флюорографические обследования проводятся дважды в год. При невозможности выполнения флюорографического обследования допускается применение рентгенографии органов грудной клетки в те же сроки. В случае отсутствия (неисправности) рентгенофлюорографической техники флюорографическое обследование спецконтингента проводится передвижными флюорографическими установками противотуберкулезных учреждений Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Результаты флюорографического или рентгенологического обследования обязательно регистрируются в медицинской амбулаторной карте и к ней же приобщаются флюорограммы. □

491. Лица с изменениями в легких, подозрительными на туберкулез, немедленно изолируются от здорового контингента (в следственных изоляторах - в специально выделенные камеры, в исправительных учреждениях - в изоляторы стационаров медицинских частей). После дополнительного обследования с привлечением врача-фтизиатра устанавливается предварительный диагноз.

О каждом случае выявления лиц, больных активным туберкулезом, информируется СЭС по установленной форме. Категорически запрещается содержать среди здорового контингента больных активным туберкулезом.

Осужденные, больные активным туберкулезом, в кратчайший срок направляются в лечебное исправительное учреждение для больных туберкулезом.

492. В следственных изоляторах больные активным туберкулезом содержатся в отдельных камерах (изолированно от здоровых), при этом, как и в туберкулезных учреждениях, должны проводиться противоэпидемические мероприятия. Камеры следственных изоляторов, предназначенные для содержания туберкулезных больных, должны быть оборудованы бактерицидными облучателями (рециркуляторами воздуха бактерицидными).

Запрещается совместное содержание больных туберкулезом-бактериовыделителей с остальными категориями больных активным туберкулезом. Кроме того, должно быть обеспечено изолированное содержание лиц с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза от других больных туберкулезом и здоровых лиц. Основной курс противотуберкулезной терапии назначается и контролируется врачами-фтизиатрами следственных изоляторов или другими врачами по рекомендациям фтизиатров лечебно-профилактических учреждений МВД или организаций здравоохранения. После вступления приговора суда в законную силу больных активным туберкулезом направляют в лечебное исправительное учреждение для больных туберкулезом. □

493. Лечение и диспансерное наблюдение больных туберкулезом должно осуществляться в соответствии с нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь и МВД по организации противотуберкулезной помощи.

494. Контингенты, подлежащие диспансерному учету, распределяются на следующие группы диспансерного учета (далее - ГДУ).

ГДУ 0 (нулевая) - составляют лица с туберкулезными изменениями в легких, нуждающиеся в уточнении активности процесса.

ГДУ I - впервые выявленные и повторно леченные (рецидивы) больные туберкулезом органов дыхания: подгруппа "А" - впервые выявленные больные туберкулезом органов дыхания;

подгруппа "Б" - больные с рецидивом туберкулеза;
подгруппа "В" - неэффективно леченные впервые выявленные больные туберкулезом органов дыхания (отсутствие эффекта после шести месяцев химиотерапии, перерыв в лечении два и более месяца).

ГДУ II - больные с хронически прогрессирующим течением туберкулеза органов дыхания и его хроническими формами:

подгруппа "А" - больные, переведенные из ГДУ I, у которых не удалось добиться излечения в течение двух лет с момента выявления, а туберкулезный процесс принял хроническое течение, но не сформировались грубые рентгенологические изменения в легочной ткани, характерные для хронических форм туберкулеза;

подгруппа "Б" - больные, переведенные из ГДУ I после неэффективного лечения, у которых сформировались хронические формы туберкулеза (фиброзно-кавернозный, цирротический туберкулез, хроническая эмпиема и другие формы).

ГДУ III - лица, излеченные от туберкулеза (с неактивным туберкулезом органов дыхания):

подгруппа "А" - большие остаточные изменения, а также малые при наличии отягчающих факторов;

подгруппа "Б" - малые остаточные изменения при отсутствии отягчающих факторов.

Лица, наблюдающиеся по ГДУ III, нуждаются в проведении противорецидивных курсов применения туберкулостатических препаратов: два раза в год в амбулаторных условиях два химиопрепарата в течение двух месяцев ежедневно. В отдельных случаях допускается прием препаратов интермиттирующим методом (у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, при плохой переносимости противотуберкулезных препаратов и других случаях), но тогда срок химиопрофилактики удлиняется до трех-четырех месяцев.

ГДУ IV - лица, контактировавшие продолжительное время с больным активным туберкулезом, считаются контактными и подлежат активному наблюдению. Kontakтами следует считать всех осужденных, контактировавших с больным активным туберкулезом, независимо от наличия бактериовыделения у больного. Им проводится химиопрофилактика туберкулостатическими препаратами в течение двух-трех месяцев.

ГДУ V - больные внелегочным туберкулезом, в случае сочетания легочного туберкулеза с внелегочным больные учитываются по локализации, проявление которой наиболее активное:

подгруппа "0" - диагностическая;

подгруппа "А" - активный туберкулез;

подгруппа "Б" - хронический туберкулез;

подгруппа "В" - клинически излеченный внелегочный туберкулез с остаточными изменениями.

ГДУ VI - инфицированные дети и подростки:

подгруппа "А" - с выражением туберкулиновой пробы;

подгруппа "Б" - с гиперергической туберкулиновой реакцией и нарастанием туберкулиновой чувствительности;

подгруппа "В" - с осложненным течением прививки БЦЖ.

ГДУ VII - саркоидоз:

подгруппа "А" - впервые выявленные больные с активными формами саркоидоза;

подгруппа "Б" - больные с рецидивами саркоидоза;

подгруппа "В" - лица с клинически излеченным саркоидозом (неактивная форма).

495. Наблюдение и лечение больных активным туберкулезом (ГДУ I, II, VA, VB) осуществляются врачами-фтизиатрами специализированного лечебного исправительного учреждения, а также врачами-фтизиатрами медицинских частей следственных изоляторов и исправительных учреждений для содержания осужденных женщин. Спецконтингент, наблюдающийся по ГДУ III, IV, VB, содержится в учреждениях уголовно-исполнительной системы по видам режима на общих основаниях, где ему проводится диспансерное наблюдение и противорецидивное лечение.

Любые изменения ГДУ или снятие с учета осуществляются врачебно-консультационной комиссией медицинской части или больницы учреждения с обязательным участием врача-фтизиатра и аргументированным обоснованием, подтвержденным необходимым обследованием и фиксацией в медицинской амбулаторной карте или истории болезни. Длительность диспансерного наблюдения по ГДУ IIIA должна составлять, как правило, не менее пяти лет.

496. После проведения курса стационарного лечения и завершения установленного срока диспансерного наблюдения при достижении клинического излечения туберкулеза больные переводятся для содержания в исправительные учреждения того вида режима, который назначен судом, и обеспечиваются диспансерным наблюдением врачами медицинских частей.

497. Норма жилой площади в общежитиях туберкулезного учреждения должна составлять не менее пяти квадратных метров на одного осужденного. На осужденного, содержащегося в лечебном исправительном учреждении для больных туберкулезом, в полной мере распространяются требования правил внутреннего распорядка исправительных учреждений.

Совместное содержание лиц, состоящих на учете по туберкулезу, и здоровых осужденных в штрафных изоляторах, помещениях камерного типа запрещается. Текущая дезинфекция камер проводится в установленном порядке, заключительная - после освобождения камер от больных.

498. Направление больных на стационарное лечение осуществляется в соответствии с существующим

положением. Хирургическое лечение больных туберкулезом осуществляется в больницах учреждений уголовно-исполнительной системы либо в специализированных лечебных учреждениях здравоохранения.

499. Вопрос об изменении группы диспансерного учета и переводе больного на следующий этап лечения решается комиссионно с участием заместителя начальника больницы (начальника медицинской части), начальника отделения, врача-фтизиатра, при необходимости - других специалистов. По принятому решению составляется заключение, которое фиксируется в медицинской амбулаторной карте.

500. При выявлении в следственном изоляторе больного активным туберкулезом, в том числе с впервые в жизни установленным диагнозом, направляется извещение в противотуберкулезный диспансер здравоохранения по месту жительства больного. При освобождении из учреждений уголовно-исполнительной системы на больных активным туберкулезом в противотуберкулезные диспансеры здравоохранения по месту жительства направляются извещения с указанием развернутого диагноза и группы диспансерного учета.

501. Для проведения трудовой терапии в лечебном исправительном учреждении для больных туберкулезом могут быть использованы различные виды трудовой деятельности, однако при этом должны учитываться общее состояние больного, активность туберкулезного процесса и наличие группы инвалидности.

502. С целью определения инфицированности спецконтингента, выявления гиперергических реакций, проведения специфической профилактики лицам до тридцати лет проводится проба Манту: в следственных изоляторах - при поступлении, в исправительных учреждениях - ежегодно. Одновременно назначаются поливитамины и диетпитание по норме 7Б.

Лица, у которых проба Манту дала отрицательный или сомнительный результат, подлежат обязательной ревакцинации вакциной БЦЖ. При наличии гиперергической реакции на туберкулин обязательно проводится углубленное обследование для исключения локальных форм туберкулеза. При отсутствии специфических изменений этим лицам проводится двух-трехмесячный курс химиопрофилактического лечения с ежедневным приемом препаратов или трех-четырёхмесячный курс с приемом препаратов через день (интермиттирующий метод). □

503. При выявлении в учреждении больного активным туберкулезом лица, содержащиеся с ним в одной камере или жилой секции, должны быть взяты на учет как контактные по IV группе диспансерного учета сроком на шесть месяцев. Им проводится однократно двух-трехмесячный курс химиотерапии с ежедневным приемом препаратов или трех-четырёхмесячный курс с приемом препаратов интермиттирующим методом. Одновременно назначаются поливитамины и диетпитание по норме 7Б. □

504. Результаты туберкулинодиагностики, проведения профилактических мероприятий и взятие на учет по контакту с больным туберкулезом обязательно регистрируются в медицинской амбулаторной карте.

505. Спецконтингенту, находящемуся в неблагоприятных эпидемиологических условиях и подвергающемуся наибольшей опасности заражения туберкулезом, проводится химиопрофилактика (применение противотуберкулезных препаратов) с целью предупреждения заболевания туберкулезом лиц.

Химиопрофилактика назначается врачом-фтизиатром, при его отсутствии - терапевтом.

Химиопрофилактика может быть сплошной или выборочной.

506. Сплошная химиопрофилактика проводится один или два раза в год в учреждениях, где заболеваемость туберкулезом превышает 3 процента в год или 3000 на 100000 человек. Она проводится одним или двумя противотуберкулезными препаратами ежедневно в течение двух-трех месяцев или интермиттирующим методом в течение трех-четырёх месяцев. Одновременно назначаются поливитамины и питание по норме 7Б.

507. Контингенты для выборочной химиопрофилактики туберкулеза подразделяются на две группы:

507.1. лица, которым химиопрофилактика проводится однократно:
находившиеся в контакте с больным активной формой туберкулеза;
взрослые и подростки с гиперергической реакцией на туберкулин;
подростки с выраженной туберкулиновой реакцией;
с положительной реакцией иммуноферментным анализом;

507.2. лица, которым проводится двукратная сезонная весенне-осенняя химиопрофилактика:
контингенты III и VB групп диспансерного учета по туберкулезу;
ВИЧ-инфицированные.

При неблагоприятной эпидемиологической обстановке по туберкулезу в учреждении (при заболеваемости туберкулезом от 1 до 3 процентов или от 1000 до 3000 на 100000 человек) двукратная химиопрофилактика назначается и группам риска по туберкулезу:

больным хроническими неспецифическими заболеваниями легких;
больным язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки;
больным сахарным диабетом;
лицам после резекции желудка;
хроническим алкоголикам и наркоманам;
больным, перенесшим экссудативный плеврит (в течение года);

больным, длительное время получающим стероидную терапию;

больным с хроническими заболеваниями мочеполовой и опорно-двигательной систем.

Выборочная химиопрофилактика проводится ежедневно. Допускается интермиттирующий прием препаратов больным язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки либо при плохой переносимости противотуберкулезных препаратов. В этих случаях срок химиопрофилактики удлиняется до четырех месяцев.

При проведении выборочной химиопрофилактики следует назначать поливитамины и питание по норме 7Б.

508. Химиопрофилактика проводится под строгим контролем медицинских работников. В медицинской амбулаторной карте производятся соответствующие врачебные записи с отметками о приеме препаратов. С отказывающимися от химиопрофилактики проводится разъяснительная беседа, отказ фиксируется в медицинской амбулаторной карте.

Лица IV группы диспансерного учета наблюдаются в течение шести месяцев с момента постановки без повторных курсов химиопрофилактики.

Критерием эффективности проводимой химиопрофилактики является отсутствие заболевания контактов туберкулезом.

509. Основными положительными критериями организации противотуберкулезной помощи и ее конечных результатов являются:

отсутствие больных активным туберкулезом среди здорового контингента;

стойкое снижение показателя заболеваемости туберкулезом среди спецконтингента;

освобождение из исправительных учреждений лиц, больных активным туберкулезом, в меньшем количестве, чем их поступило в следственные изоляторы;

преобладание менее тяжелых форм туберкулеза среди больных, освободившихся из исправительных учреждений, по сравнению с лицами, поступившими в следственные изоляторы.

ГЛАВА 39

ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМ И ОТРАВЛЕНИЙ

510. Мероприятия по предупреждению травм и отравлений среди спецконтингента организуются и проводятся всеми службами учреждений уголовно-исполнительной системы. Они должны быть целенаправленными, конкретными, отвечающими характеру и задачам обеспечения условий режима содержания спецконтингента и хозяйственно-производственной деятельности учреждения.

511. Медицинские части учреждений уголовно-исполнительной системы должны быть оборудованы всем необходимым для оказания медицинской помощи пострадавшим при несчастных случаях, травмах, отравлениях и готовыми к обеспечению экстренной доставки их в лечебные учреждения для оказания специализированной медицинской помощи.

512. В производственной зоне учреждения все цеха, самостоятельные участки, мастерские и другие производственные объекты оснащаются аптечками первой медицинской помощи. За сохранность и своевременное пополнение аптечек несут ответственность начальники цехов, участков, мастера. Пополнение аптечек осуществляют медицинские работники за счет производства.

513. Если лицо, пострадавшее на производстве, нуждается в оказании срочной врачебной помощи, организуется доставка его в медицинскую часть или ближайшее лечебно-профилактическое учреждение здравоохранения.

514. Медицинские работники учреждения уголовно-исполнительной системы, оказав помощь пострадавшему, сообщают руководству учреждения о происшедшем, характере травмы (отравления), ее тяжести.

Каждый случай травматизма должен регистрироваться медицинскими работниками в специальном журнале. Медицинские работники обязательно привлекаются к участию в работе комиссии по расследованию несчастных случаев.

515. Основными причинами травм и отравлений являются:

нарушения правил содержания спецконтингента;

несоблюдение оперативно-режимных требований;

использование спецконтингентом суррогатов алкоголя, технических и других спиртосодержащих веществ с целью достижения наркотического эффекта;

нарушения правил техники безопасности на производстве;

недостаточный контроль со стороны администрации учреждений уголовно-исполнительной системы, производственной службы за организацией производственной деятельности, состоянием производственных объектов, техники и оборудования;

нарушения правил транспортировки спецконтингента на различных видах транспорта.

516. Основными мерами предупреждения травм и отравлений являются:

постоянный контроль со стороны администрации и медицинских работников учреждений за выполнением требований нормативных правовых актов по обеспечению необходимых условий содержания и труда спецконтингента;

привлечение к труду в соответствии с квалификацией и состоянием здоровья спецконтингента;

технический инструктаж и оформление допуска к определенным видам работ;

систематическое проведение со спецконтингентом занятий по изучению основных правил техники безопасности, ознакомлению с мерами личной профилактики травм и отравлений, изучению и практической отработке приемов оказания первой медицинской помощи (в порядке самопомощи и взаимопомощи) при травмах, отравлениях и несчастных случаях;

санитарно-просветительная работа;

постоянное наблюдение за лицами, имеющими слабое физическое развитие и хронические заболевания, определение им трудовых рекомендаций и контроль за их трудоустройством;

систематическое изучение администрацией учреждений уголовно-исполнительной системы обстоятельств и причин травм и отравлений с разработкой конкретных мероприятий по их предупреждению.

517. При несчастном случае на производстве, вызвавшем у пострадавшего потерю трудоспособности на срок не менее одного дня или перевод его с работы по основной профессии на другую работу, составляется акт о производственной травме установленного образца. Акт с материалами расследования о производственной травме приобщается к личному делу осужденного в установленном порядке. Случаи профессиональных отравлений и заболеваний расследуются в порядке, установленном нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Если расследованием установлено, что смерть или потеря трудоспособности явилась результатом действий, связанных с нарушением пострадавшим режима содержания (драка, членовредительство, убийство, иные действия) или отравлением от умышленного употребления в целях опьянения различных технических жидкостей, содержащих токсические вещества, и не связанных с производственным процессом, то акт о производственной травме не составляется.

ГЛАВА 40

ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ЛИЦАМ

518. Синдром приобретенного иммунного дефицита представляет собой симптомокомплекс поражения иммунной системы человека, преимущественно Т-системы иммунитета, клинически проявляющийся прогрессирующим развитием инфекционных заболеваний и злокачественных новообразований.

519. Источником заражения служит человек, пораженный вирусом иммунодефицита. Это может быть больной с различными клиническими проявлениями или бессимптомный вирусоноситель.

520. ВИЧ-инфицированные лица размещаются в учреждениях на общих основаниях, привлекаются к работе с учетом трудоспособности по заключению врача (врачебной комиссии) медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы. ВИЧ-инфицированные не могут привлекаться к труду с большими физическими нагрузками или вредными условиями труда.

521. Все выявленные ВИЧ-инфицированные лица берутся на диспансерный учет.

Правильно организованное диспансерное наблюдение должно обеспечить выполнение следующих задач:

выявление и лечение имеющихся у больного или вновь возникающих заболеваний, способствующих более быстрому прогрессированию ВИЧ-инфекции;

максимально раннее выявление признаков прогрессирования ВИЧ-инфекции;

своевременное назначение специфической терапии;

обеспечение больному ВИЧ-инфекцией всех видов квалифицированной медицинской помощи при гарантированном соблюдении тайны диагноза.

522. При взятии больного на учет производится его первичное обследование, целью которого является подтверждение диагноза ВИЧ-инфекции, установление стадии болезни, выявление имеющихся у больного вторичных и сопутствующих заболеваний для определения тактики дальнейшего ведения.

Повторные обследования проводятся при ухудшении состояния больного и в плановом порядке в зависимости от стадии болезни.

523. Организация диагностики, лечения, диспансерного наблюдения ВИЧ-инфицированных осуществляется в соответствии с требованиями нормативных правовых актов Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

524. Госпитализация больного ВИЧ-инфекцией может проводиться по клиническим, эпидемиологическим и социально-психологическим показаниям.

Клинические показания - выявление признаков прогрессирования ВИЧ-инфекции - появление вторичных или сопутствующих заболеваний, требующих стационарного лечения, или необходимость проведения плановых исследований, которые не могут быть осуществлены в амбулаторных условиях.

Эпидемиологические показания - наличие у больных кровотечений или угрозы развития кровохарканья, вторичных заболеваний, которые могут представлять опасность для окружающих (открытые формы туберкулеза).

Социально-психологические показания - различные психотравмирующие ситуации. Такая госпитализация в конечном счете имеет клиническое (предотвращение прогрессирования болезни на фоне стресса, предотвращение суицидальных попыток) и эпидемиологическое значения.

Стационарное лечение ВИЧ-инфицированных больных проводится в медицинской части и профильных отделениях больниц учреждений уголовно-исполнительной системы.

525. Под временной нетрудоспособностью понимается временная потеря трудоспособности (до ее восстановления или до установления инвалидности) вследствие заболевания, несчастного случая или из-за других причин, не позволяющих выполнять работу (дородовой и послеродовой периоды, протезирование, аборт).

526. Экспертизу временной нетрудоспособности осуществляют врач медицинской части или больницы и ВКК учреждений уголовно-исполнительной системы.

Задачами экспертизы временной нетрудоспособности является определение у осужденных временной утраты трудоспособности, выявление у них длительной или стойкой утраты трудоспособности и направление для освидетельствования на врачебно-трудовые комиссии больниц учреждений уголовно-исполнительной системы или МРЭК, а также рекомендации соответствующих условий труда лицам, не являющимся инвалидами, но нуждающимся по состоянию здоровья в ограничениях.

Ответственность за организацию проведения в учреждении экспертизы временной нетрудоспособности возлагается на начальника медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы.

527. При установлении факта временной нетрудоспособности и необходимости освобождения его от работы по болезни делается соответствующая запись в медицинской амбулаторной карте, журнале регистрации амбулаторных больных, а также журнале предварительной записи на амбулаторный прием.

Врач дает больному освобождение от работы единолично в пределах шести календарных дней.

Запрещается давать освобождение от работы заочно, обязательным является также осмотр больного при продлении освобождения от работы и перед выходом на работу.

Продление освобождения от работы в необходимых случаях свыше шести календарных дней производится после согласования с начальником медицинской части и осмотра им больного, что удостоверяется его подписью в медицинской амбулаторной карте. Освобождение от работы этими врачами может продлеваться одновременно на срок не более чем на десять календарных дней и на общий срок не более чем на тридцать календарных дней. Вопрос о дальнейшем продлении освобождения от работы в необходимых случаях решается ВКК учреждения уголовно-исполнительной системы с обязательным обоснованием продления освобождения.

В тех учреждениях, где работает фельдшер или один врач, ему дано право единолично давать освобождение в установленные сроки с обязательным его обоснованием.

Лечение или обследование в условиях стационара медицинской части или больницы является основанием для освобождения от работы.

528. Длительность временной нетрудоспособности зависит от особенностей течения заболевания. При неблагоприятном или сомнительном прогнозе больного необходимо направить на ВТК или на МРЭК для определения инвалидности. В случае, если нет оснований для установления инвалидности, но имеется частичное ограничение трудоспособности, больной по заключению ВКК переводится на другую работу.

529. Особое внимание нужно уделять лицам, длительно и часто болеющим, и проводить с ними необходимые лечебно-оздоровительные мероприятия. Своевременное и правильно организованное диспансерное наблюдение этой категории больных приводит к снижению заболеваемости с временной утратой трудоспособности, является мерой профилактики дальнейшего утяжеления состояния здоровья и инвалидности.

530. При постоянной или длительной утрате трудоспособности, а также значительном ее ограничении больным устанавливается инвалидность. Установление инвалидности производится МРЭК согласно нормативным правовым актам Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

531. Освидетельствование лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы, МРЭК проводится в случаях, когда это требуется для оформления документов, подтверждающих право указанных лиц на социальные льготы и социальную защиту. В остальных случаях лица, содержащиеся в учреждениях уголовно-исполнительной системы, освидетельствуются врачебно-трудовыми комиссиями больниц учреждений.

532. Начальник медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы должен обследовать спецконтингент перед направлением на МРЭК в больницах учреждений, а при необходимости в территориальных лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения для уточнения диагноза и степени выраженности функциональных нарушений.

533. По результатам клиничко-диагностического обследования, подтверждающего выраженные нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности, врачи медицинских частей учреждений уголовно-исполнительной системы оформляют направления на МРЭК.

534. Администрация учреждения уголовно-исполнительной системы представляет в территориальную МРЭК направление на МРЭК и другие необходимые медицинские документы, одновременно решается вопрос о времени и месте проведения освидетельствования.

535. Освидетельствование спецконтингента проводится непосредственно в учреждении уголовно-исполнительной системы. Для освидетельствования лиц, содержащихся в учреждениях, администрация учреждения обеспечивает доставку членов МРЭК в соответствующее учреждение.

536. Документы, представляемые на МРЭК, должны отражать клиничко-функциональные, социально-бытовые, профессионально-трудовые, психологические и другие данные. МРЭК проводит медицинское

освидетельствование лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы, оценивает степень ограничения жизнедеятельности и принимает решение о признании конкретного лица инвалидом либо об отказе в установлении инвалидности.

537. Индивидуальная программа реабилитации лица, признанного инвалидом, выдается комиссией инвалиду для ознакомления, после чего она хранится в медицинской амбулаторной карте.

538. Переосвидетельствование спецконтингента производится в установленные сроки в порядке, определяемом нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

539. Решение городской, районной, межрайонной, специализированной МРЭК может быть обжаловано в течение месяца путем подачи письменного заявления освидетельствованного о своем несогласии в областную (центральную городскую) комиссию или в комиссию, в которой он проходил освидетельствование. Решение областной, центральной городской комиссии может быть обжаловано в суд.

ГЛАВА 42

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СПЕЦКОНТИНГЕНТА ПРИ ПЕРЕВОЗКАХ И ОСВОБОЖДЕНИИ ИЗ УЧРЕЖДЕНИЙ

540. Перед отправкой из учреждения уголовно-исполнительной системы спецконтингент проходит обязательное медицинское освидетельствование для определения пригодности к условиям перевозки.

Инфекционные больные, больные сифилисом в активной форме до ликвидации заразной стадии заболевания, больные острой гонореей до излечения из одного учреждения в другое не переводятся, за исключением перевода в лечебные учреждения. Перевод больных сифилисом производится только в перерывах между курсами лечения с разрешения лечащего врача. Нетранспортабельные больные переводу не подлежат.

541. По фактам некачественного медицинского освидетельствования перед отправкой или необоснованного отказа в приеме больного в лечебные учреждения проводится расследование, по результатам которого виновные в этом должностные лица привлекаются к ответственности.

542. Необходимость в сопровождении больных медицинскими работниками определяется начальником медицинской части учреждения отправителя.

Больные открытой формой туберкулеза, лица, не прошедшие полного курса лечения венерического заболевания или страдающие психическими расстройствами, перемещаются отдельно от других категорий спецконтингента, а при необходимости (по заключению врача) - в сопровождении медицинских работников.

Перевозка женщин с беременностью свыше шести месяцев или с детьми в возрасте до трех лет производится в специальных вагонах изолированно от остальных осужденных в сопровождении медицинских работников.

При следовании медицинских работников в специальных вагонах им предоставляется для отдыха место в купе проводника и постельные принадлежности. При отсутствии необходимости в постоянном медицинском наблюдении за осужденным, о чем должна быть сделана отметка на справке по его личному делу, допускается следование медицинских работников в соседнем вагоне. Периодичность посещения ими сопровождаемых лиц определяется органом-отправителем.

543. Оказание необходимой медицинской помощи спецконтингенту в пути следования при отсутствии сопровождающих медицинских работников производится силами ближайших медицинских учреждений МВД или территориальных организаций здравоохранения. □

544. Направление лица, отказывающегося от приема пищи, на судебный процесс, в органы уголовного преследования или места лишения свободы производится отдельно от других лиц (в отдельной камере специального вагона или специальной машины). В случаях ухудшения состояния здоровья отказывающегося от приема пищи, при которых может потребоваться оказание медицинской помощи, голодающий сопровождается медицинским работником.

Если дальнейший отказ от приема пищи в пути следования будет угрожать жизни или здоровью голодающего, то по письменному заключению сопровождающего медицинского работника он должен быть передан в одно из ближайших учреждений для оказания необходимой медицинской помощи.

Принудительное кормление голодающих не допускается, за исключением случаев, когда отказ от приема пищи вызван психическим расстройством, в результате которого больной не способен к принятию осознанного решения.

545. При освобождении из учреждения лица, нуждающиеся в стационарном лечении, госпитализируются в больницы здравоохранения. Перед освобождением из мест лишения свободы, а также перед направлением в исправительные колонии-поселения при условно-досрочном освобождении, в целях исключения инфекционного заболевания, а также для решения вопроса о возможности самостоятельного следования к месту жительства осужденный должен пройти медицинский осмотр с последующей санитарной обработкой. Результаты осмотра заносятся в его медицинскую амбулаторную карту.

546. В случае, когда подлежащий освобождению осужденный в силу имеющихся у него заболеваний, психического состояния и физических недостатков к избранному месту жительства самостоятельно следовать не

может, начальник медицинской части ставит об этом в известность начальника учреждения уголовно-исполнительной системы, который обязан в установленном порядке выделить необходимое количество сопровождающих, в том числе при необходимости и медицинского работника.

547. Осужденные, являющиеся инвалидами первой или второй группы, а также осужденные мужчины старше шестидесяти лет и осужденные женщины старше пятидесяти пяти лет по их просьбе и представлению администрации учреждения, исполняющего наказание, направляются органами социальной защиты в дома инвалидов и престарелых.

548. Осужденные, в отношении которых по решению суда осуществляются принудительные меры медицинского характера, не прошедшие обязательного лечения от туберкулеза, венерических заболеваний, а также инвалиды первой, второй и третьей группы до отмены судом принудительных мер медицинского характера, излечения и снятия группы инвалидности в колонии-поселения не направляются.

549. Труп умершего при перевозке и его вещи сдаются в ближайший орган внутренних дел на транспорте.

ГЛАВА 43

МЕДИЦИНСКОЕ СНАБЖЕНИЕ

550. Медицинское снабжение включает заготовку медицинского имущества, его хранение, учет, выдачу по нормам снабжения, эксплуатацию, ремонт и метрологическое обеспечение.

Организация снабжения учреждений уголовно-исполнительной системы медицинским имуществом возлагается на медицинскую службу Департамента. □

551. Медицинское имущество независимо от источников поступления, его назначения и способов приобретения подлежит обязательному учету, правильному использованию, экономному и законному расходованию.

552. Прием, выдачу, учет и хранение, организацию ремонта медицинского имущества осуществляют учреждения (подразделения) медицинского снабжения: межрегиональные медицинские склады, аптеки больниц и медицинских частей. Все они должны размещаться за пределами охраняемых объектов учреждения. Доступ в них спецконтингента категорически запрещается.

В лечебно-профилактических учреждениях медицинское имущество хранится в аптеках и выдается по требованиям (накладным) в подразделения (процедурная, перевязочная, лечебно-диагностические отделения и кабинеты).

Отпуск медицинского имущества подразделениям и учреждениям уголовно-исполнительной системы для использования не по назначению запрещается.

553. Задачами начальника аптеки (заведующего аптекой) лечебного учреждения являются:

правильное определение потребности, истребования, получения медицинского имущества и обеспечение им медицинских подразделений, недопущение его утрат;

правильное хранение медицинского имущества;

прием и проверка рецептов (требований), своевременное изготовление, контроль качества и отпуск лекарственных средств из аптеки;

ведение документов учета и отчетности, подготовка актов на списание по медицинскому имуществу;

проверка наличия, хранения, учета и расходования лекарственных средств, в том числе списка А и другого медицинского имущества в подразделениях лечебных учреждений (ежемесячно, а также по планам ревизионной работы);

проведение децентрализованных заготовок медицинского имущества (в соответствии с руководящими документами по тендерным торгам);

содержание помещений и оборудования аптеки в соответствии с требованиями фармацевтического порядка и санитарно-гигиенического режима, правил техники безопасности и правил пожарной безопасности;

обеспечение эксплуатации и технического состояния аптечной аппаратуры;

регулярно информировать врачей об имеющихся в наличии лекарственных средствах;

осуществлять взаимодействие с территориальными аптечными учреждениями органов здравоохранения, изучать информационные материалы Министерства здравоохранения Республики Беларусь по вопросам фармацевтической деятельности.

554. Порядок истребования, приема, учета, хранения, отпуска, обезвреживания и уничтожения ядовитых и наркотических лекарственных средств на медицинских складах, в аптеках и подразделениях медицинских учреждений регламентируется соответствующими нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь и МВД.

555. Все документы учета и отчетности, порядок их оформления, ведения учетных операций по движению материальных средств, внесения изменений в учетные данные, сроки хранения и порядок уничтожения осуществляются в порядке, установленном законодательством.

556. Инвентарное медицинское имущество имеет установленные сроки службы (эксплуатации) в соответствии с технической документацией.

По качественному (техническому) состоянию инвентарное медицинское имущество делится на пять категорий:

- новое, не бывшее в эксплуатации;
- годное к использованию (находящееся в эксплуатации);
- требующее среднего ремонта;
- требующее капитального ремонта (относятся только сложные изделия медицинской техники, состоящие из нескольких узлов);
- не годное к дальнейшему использованию (ремонт нецелесообразен).

Перевод из категории в категорию производится при изменении качественного состояния имущества комиссией учреждения.

557. Расходное (некатегорийное) медицинское имущество расходуется при однократном применении или приходит в негодность после кратковременного использования, после его выдачи для использования считается израсходованным и списывается с учета на основании первичных документов.

Требования (накладные) на расходное медицинское имущество в больницах подписывают начальник отделения и старшая медицинская сестра, в медицинских частях - начальник медицинской части и фельдшер (медицинская сестра). Требования на дорогостоящее расходное медицинское имущество, лекарственные средства и реактивы списка А, спирт этиловый в больницах, кроме того, подписываются начальником больницы или его заместителем.

558. Списание медицинского имущества (инвентарного и расходного), пришедшего в негодность, производится в порядке, установленном законодательством.

559. Контроль за учетом, хранением и использованием медицинского имущества в медицинских частях и больницах учреждений осуществляется путем:

- плановых и внезапных проверок, которые проводят начальники учреждений, начальники больниц, медицинских частей учреждений уголовно-исполнительной системы;
- проверок наличия и правильности хранения медицинского имущества в отделениях (кабинетах) медицинских частей и больниц, которые проводят заведующие аптеки;
- проверок, проводимых медицинскими службами МВД, Департамента и УВД. □

560. Объем и периодичность плановых и внеплановых проверок медицинского имущества устанавливаются соответствующими нормативными правовыми актами МВД.

561. По результатам проверок составляются акты и итоги докладываются начальнику учреждения. Начальники учреждений уголовно-исполнительной системы и начальники медицинских частей принимают все необходимые меры к устранению вскрытых при проверке недостатков.

ГЛАВА 44

САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ

562. Задачами санитарного просвещения являются повышение санитарной культуры, гигиеническое воспитание и образование спецконтингента с целью профилактики инфекционных заболеваний, формирования здорового образа жизни. Ответственность за организацию, планирование и проведение санитарного просвещения возлагается на начальников медицинских частей, а в больницах - на начальников больниц или заместителей по медицинской части.

563. Основными формами санитарно-просветительной работы являются лекции (радиолекции), беседы, видеофильмы, наглядная агитация пропагандистского и информационного характера (санитарные бюллетени, стенные газеты, плакаты, памятки).

564. Вопросы профилактики инфекционных заболеваний, формирования здорового образа жизни должны включаться в программы обучения в общеобразовательных школах, профессионально-технических училищах учреждений.

565. Участие в пропаганде медицинских и гигиенических знаний является служебной обязанностью всего медицинского персонала учреждения.

ГЛАВА 45

МЕДИЦИНСКИЙ УЧЕТ И ОТЧЕТНОСТЬ. СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗДОРОВЬЯ СПЕЦКОНТИНГЕНТА И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

566. Медицинский учет и отчетность являются основными источниками фактических данных о здоровье спецконтингента, характере, объеме и результатах медицинской деятельности в учреждении уголовно-исполнительной системы. Медицинский учет и отчетность ведутся с целью получения статистических данных, необходимых для контроля за эффективностью и своевременностью проводимых медицинских мероприятий; своевременного информирования руководства учреждения и вышестоящих медицинских начальников о состоянии медицинского обеспечения, изучения и обобщения опыта работы медицинской службы учреждения.

567. Медицинский учет и отчетность, их периодичность регламентируются ведомственными нормативными правовыми актами, устанавливающими формы учетной медицинской документации и формы медико-статистической отчетности. Медицинский учет и отчетность включают: учет состояния здоровья спецконтингента; учет заболеваемости, трудопотерь, смертности; учет работы медицинской части по оказанию амбулаторной и стационарной медицинской помощи, а также учет других показателей лечебно-профилактической и санитарно-противоэпидемической работы. На основе медицинского отчета и отчетности осуществляются обобщение и углубленный анализ материалов об изменениях в состоянии здоровья спецконтингента и деятельности медицинской службы учреждения уголовно-исполнительной системы, прогноз и планирование деятельности медицинской службы.

568. Данные медицинского учета и отчетности должны быть достоверными, полными, сравнимыми, своевременными. Их анализ должен проводиться в соответствии с требованиями медицинской статистики и базироваться на глубоком и всестороннем изучении условий труда и быта лиц, содержащихся в учреждении.

569. Обязанности по хранению и рациональному расходованию бланков, журналов и книг учета и отчетности, ведению картотеки медицинских амбулаторных карт, выполнению по указанию врача записей в документах медицинского учета и помощь врачу в составлении документов отчетности возлагаются на одного из фельдшеров (медсестер) медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы. В больницах эти обязанности возлагаются на медицинских статистиков.

570. Использование спецконтингента в работе с учетно-отчетной медицинской документацией запрещается.

571. Углубленный статистический анализ здоровья спецконтингента и деятельности медицинской части (больницы) учреждения уголовно-исполнительной системы проводится начальником медицинской части (больницы) один раз в год. Кроме того, он обязан в течение года периодически (ежеквартально, ежемесячно) анализировать основные показатели деятельности медицинской службы и состояния здоровья спецконтингента.

Все данные, полученные в процессе статистического анализа материалов медицинского учета и отчетности, используются начальником медицинской части (больницы) в повседневной работе по медицинскому обеспечению спецконтингента, а также для осуществления текущего и перспективного планирования деятельности медицинской службы.

ГЛАВА 46

ПЛАНИРОВАНИЕ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

572. Планирование работы медицинской службы позволяет правильно распределить силы и средства для выполнения поставленных перед ней задач.

573. Медицинские части учреждений уголовно-исполнительной системы, структурные подразделения больниц разрабатывают квартальные планы работы, больницы - полугодовые планы основных организационных мероприятий. В эти планы должны входить все разделы деятельности.

574. Основные требования при разработке плана:

конкретность каждого планируемого мероприятия с четким указанием содержания и цели мероприятия, способа, очередности, срока его исполнения, выделением ответственных исполнителей;

комплексность (участие заинтересованных служб учреждения уголовно-исполнительной системы в осуществлении запланированных мероприятий).

Основой планирования должны являться: данные о состоянии здоровья, основные показатели деятельности медицинской службы, материально-техническое состояние, задачи по повышению качества лечебно-профилактической работы, приказы, указания вышестоящих начальников, результаты экспертных оценок и прогноза.

575. Разработка плана осуществляется в следующей последовательности:

анализ и оценка достигнутого уровня работы медицинской службы;

анализ и прогноз заболеваемости, состояния здоровья и движения обслуживаемых контингентов;

изучение приказов, указаний старших начальников;

определение целей и задач разрабатываемого плана;

расчет сил, средств и календарных сроков для выполнения поставленных задач;

разработка конкретных мероприятий, определение исполнителей и сроков;

утверждение плана у старшего начальника.

576. В плане работы предусматриваются следующие разделы:

организационно-аналитическая работа - здесь должны находить свое отражение анализ деятельности медицинской части, состояние здоровья обслуживаемых, составление отчетов;

лечебно-профилактическая работа - планируются мероприятия по совершенствованию лечебно-диагностического процесса, вопросы медицинских осмотров и диспансеризации, мероприятия, направленные на устранение факторов, отрицательно влияющих на лечебно-диагностический процесс и на состояние здоровья обслуживаемых, организация консультативной помощи;

санитарно-противоэпидемическая работа - мероприятия, направленные на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в учреждении;

работа с кадрами, специальная подготовка медицинского персонала - мероприятия по повышению квалификации, освоению смежных медицинских специальностей, участие в работе врачебных обществ, конференций, семинаров, подготовка отчетов и материалов для присвоения квалификационных категорий врачам и среднему медицинскому персоналу;

гигиеническое воспитание и обучение - в данном разделе планируется основная тематика лекций, бесед, радиовыступлений, выпуск бюллетеней, стенгазет по основам гигиенических знаний, работа с санитарным активом;

вопросы развития материально-технической базы, медицинское снабжение - включаются вопросы укрепления материально-технической базы медицинских и других объектов, потребности в оборудовании, медикаментах, контроль за хранением, учетом и расходом лекарственных средств, перевязочного материала и медицинского имущества.

Для каждого мероприятия разделов плана должны указываться сроки исполнения и лица, ответственные за исполнение данного мероприятия (исполнители).

Приложение 1
к Инструкции по медицинскому
обеспечению лиц, содержащихся
в учреждениях уголовно-исполнительной
системы Министерства внутренних
дел Республики Беларусь

Примерная схема динамического наблюдения за больными
терапевтического профиля

-----	:	-----	:	-----	:	-----	:	-----
Нозологическая форма	:	Частота наблюдений	:	Осмотры врачей других специальностей	:	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	:	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия
-----	:	-----	:	-----	:	-----	:	-----
Артериальная гипертензия	:	2-4 раза в год, в зависимости от тяжести течения	:	Офтальмолог, невропатолог - не реже 1 раза в год, кардиолог, эндокринолог, уролог - по показаниям	:	Анализ мочи общий - 2-4 раза в год, креатинин крови, глазное дно, ЭКГ, рентгенография сердца или крупнокадровая флюорография - не реже 1 раза в год, другие исследования - по показаниям	:	Обучение навыкам здорового образа жизни. Коррекция факторов риска, ограничение в приеме соли и насыщенных жиров. Психотерапия, физиотерапия. Трудовые рекомендации. Медикаментозная профилактика и терапия - гипотензивные средства по ступенчатой схеме (тиазидные диуретики, бета-блокаторы, периферические вазодилататоры и др.)
-----	:	-----	:	-----	:	-----	:	-----
Постинфарктный кардиосклероз	:	Первые полгода - 2 раза в месяц, вторые полгода - ежемесячно; второй год - не менее 4 раз в	:	Другие специалисты - по показаниям	:	Анализ крови - 2 раза в год. ЭКГ - ежемесячно в первые полгода, 3 раза в год в последующие	:	Обучение навыкам здорового образа жизни. Коррекция факторов риска. ЛФК и

: год	:	: полтора года.	: физические
:	:	: Велоэргометрия	: тренировки - по
:	:	: - по	: мере обучения.
:	:	: показаниям,	: Трудоустрой-
:	:	: трансаминазы и	: ство,
:	:	: свертывающая	: медикаментозная
:	:	: система крови	: профилактика и
:	:	: по показаниям	: терапия
:	:	:	: (нитраты,
:	:	:	: спазмолитики,
:	:	:	: бета-блокаторы,
:	:	:	: антагонисты
:	:	:	: кальция,
:	:	:	: антиаритмичес-
:	:	:	: кие,
:	:	:	: антикоагулянты,
:	:	:	: диуретики) - по
:	:	:	: показаниям

Хроническая ишемическая болезнь сердца	: 2-4 раза в год в зависимости от функционального класса	: Кардиолог, невропатолог, психотерапевт - 1 раз в год, другие специалисты - по показаниям	: Анализ крови - 1 раз в год, ЭКГ и функциональные пробы, велоэргометрия - 2-3 раза в год в зависимости от функционального класса	: Рекомендации по навыкам здорового образа жизни. Коррекция факторов риска, ограничение углеводов и насыщенных жиров. Трудоустройство. Психопрофилактика. Медикаментозная терапия (нитраты, другие антиангинальные средства) - по показаниям в зависимости от функционального класса и сопутствующих нарушений. ЛФК
--	--	--	---	---

Кардиомиопатия	: 4 раза в год	: Ревматолог, эндокринолог - ежегодно. Другие специалисты по показаниям	: Анализ крови - 1 раз в год, трансаминазы, ЭКГ - 3-4 раза в год. Рентгенография сердца, ФКГ, эхокардиография - 1 раз в год	: Трудоустройство, режим физической активности. ЛФК. Режим питания при недостаточности кровообращения. Медикаментозная профилактика и терапия - по показаниям
----------------	----------------	---	---	---

Рецидивирующий бронхит	: 3 раза в год	: Пульмонолог - по показаниям, отоларинголог, стоматолог - 1 раз в год, аллерголог - по показаниям	: Анализ крови клинический, анализ мокроты общий и на МБТ; спирография - 2 раза в год, рентгенография - 1 раз в год; бронхоскопия и бронхография -	: Противорецидивная терапия - 2 раза в год и при ОРВИ, витаминотерапия, общеукрепляющая и симптоматическая терапия.
------------------------	----------------	--	--	---

	:	:	:по показаниям	:Физио- и
	:	:	:	:фитотерапия,
	:	:	:	:ЛФК, массаж;
	:	:	:	:закаливание,
	:	:	:	:санация очагов
	:	:	:	:инфекции;
	:	:	:	:отказ от
	:	:	:	:курения и
	:	:	:	:употребления
	:	:	:	:алкоголя.
	:	:	:	:Трудоустройство

Состояние	:3 раза в	:лор,	:Анализ крови	:Витаминотера-
после	:течение 6	:стоматолог	:клинический,	:пия,
перенесенной	:месяцев	: - 1 раз;	:рентгенография,	:общеукрепляющая
острой	:	:фтизиатр - по	:спирография,	:и
пневмонии	:	:показаниям	:общий анализ	:симптоматичес-
	:	:	:мокроты - 2	:кая терапия.
	:	:	:раза через 1 и	:Физио- и
	:	:	:6 месяцев,	:фитотерапия,
	:	:	:анализ крови	:ЛФК, массаж;
	:	:	:биохимический -	:закаливание,
	:	:	:1 раз через 6	:санация очагов
	:	:	:месяцев	:инфекции; отказ
	:	:	:	:от курения и
	:	:	:	:употребления
	:	:	:	:алкоголя.
	:	:	:	:Трудоустройство

Пневмония	:3 раза в год	:Пульмонолог -	:Анализ крови	:Противорецидив-
хроническая	:	:по показаниям,	:клинический - 3	:ное лечение 2-3
	:	:аллерголог - 1	:раза;	:раза в год и
	:	:раз; лор,	:спирография - 3	:при ОРВИ.
	:	:стоматолог - 1	:раза; общий	:Витаминотера-
	:	:раз в год;	:анализ мокроты	:пия,
	:	:фтизиатр,	:и на МБТ,	:общеукрепляющая
	:	:онколог - по	:анализ крови	:и
	:	:показаниям	:биохимический -	:симптоматичес-
	:	:	:2 раза; ЭКГ - 2	:кая терапия.
	:	:	:раза;	:Физио- и
	:	:	:бронхография,	:фитотерапия,
	:	:	:томография - по	:ЛФК, массаж;
	:	:	:показаниям,	:закаливание,
	:	:	:рентгенография	:санация очагов
	:	:	: - 2 раза (через	:инфекции; отказ
	:	:	:1 и 6 месяцев)	:от курения и
	:	:	:	:употребления
	:	:	:	:алкоголя.
	:	:	:	:Трудоустройство

Бронхиальная	:	:Аллерголог,	:Анализ крови	:Безаллергенная
астма:	:	:лор,	:клинический,	:диета,
течение легкое:	:2-3 раза в год	:акушер-	:общий анализ	:общеукрепляющая
и средней	:в зависимости	:гинеколог,	:мокроты,	:и
тяжести	:от тяжести	:психотерапевт,	:спирография -	:десенсibiliзи-
	:	:стоматолог - 1	:2-3 раза в год;	:рующая терапия,
тяжелое	:1 раз в 1-2	:раз в год,	:рентгенография,	:ЛФК,
течение,	:месяца,	:эндокринолог -	:ЭКГ - 1 раз в	:дыхательная
включая	:терапевт	:по показаниям	:год;	:гимнастика,
гормонально	:	:	:аллергологичес-	:физиотерапия,
зависимые	:	:	:кое	:психотерапия.
формы	:	:	:обследование,	:Профилактика
	:	:	:бронхоскопия -	:ОРВИ и гриппа,
	:	:	:по показаниям,	:санация очагов
	:	:	:анализ мочи - 2	:инфекции.
	:	:	:раза в год.	:Трудоустройство
	:	:	:Больным	:
	:	:	:гормонально	:
	:	:	:зависимыми	:

	:	:	:формами -	:
	:	:	:анализ крови и	:
	:	:	:мочи на сахар -	:
	:	:	:2 раза в год	:
Хронические неспецифичес- кие заболевания легких	:2-6 раз в год в зависимости от стадии процесса	:Фтизиатр, лор, стоматолог - 1 раз в год; гинеколог - по показаниям	:Анализ крови клинический, общий анализ мочи, общий анализ мокроты и на МБТ - 1-4 раза в год, спирография - 2-3 раза в год, ЭКГ, рентгенография легких - 2-3 раза в год. Сахар крови - 1-2 раза в год. Исследование функции внешнего дыхания - 1 раз: в 6 месяцев	:Диета с ограничением углеводов, жиров, соли, обогащенная белками, витаминами, солями калия, режим, медикаментозная терапия - кортикостеро- иды, препараты калия, анаболические гормоны, ЛФК. Рекомендации по трудоустройству
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	:3-4 раза в год	:Хирург, онколог: - по показаниям	:Гастродуодено- скопия - ежегодно и при обострении, биопсия, рентгенологи- ческое исследование - по показаниям. Анализ кала на скрытую кровь. Анализ крови клинический 2-3 раза в год. Анализ желудочного сока - 1 раз в 2 года	:Диета. Режим питания. Противорецидив- ное лечение по схемам, при частых обострениях - 3-4 раза в год (комбинация холинолитиков, антацидов, блокаторы гистаминовых H2-рецепторов и др.). Трудоустройство
в стадии стойкой ремиссии	:2 раза в год	:Онколог - по показаниям	:Гастродуодено- скопия (R-скопия) - 1 раз в год и при обострении. Анализ желудочного сока - 1 раз в 5 лет. Анализ крови клинический - 1: раз в год	:Режим питания, общеукрепляющая терапия
Атрофический гастрит	:2 раза в год	:Онколог - по показаниям	:Гастродуодено- скопия с биопсией. Рентгеноскопия желудка по показаниям. Анализ крови клинический - 2: раза в год. Анализ желудочного сока - 1 раз в	:Диета. Режим питания. Заместительная, ферментативная терапия, холинолитичес- кие средства - по показаниям, витаминотерапия

	:	:	: 5 лет	:
Хронический активный (умеренной активности) гепатит	: 3-4 раза в год	: Невропатолог - по показаниям	: Билирубин, холестерин, АЛТ, АСТ, общий белок и его фракции, осадочные пробы: - 1 раз в год; холецистография: - по показаниям	: Диета. Режим питания. Профилактическая витаминотерапия (витамины групп В, С и др.) - 1-2 раза в год. Трудоустройство
Цирроз печени	: 4 раза в год, без отрицательной динамики - 2 раза в год	:	: Клинический анализ крови с подсчетом тромбоцитов, биохимическое исследование крови - 2-4 раза в год, по показаниям - чаще	: Диета. Режим питания. Лечебно-профилактические мероприятия как при хроническом гепатите, гормонотерапия - по показаниям, диуретики - при асците
Состояние после перенесенного инфекционного гепатита	: 3 раза в год	:	: Биохимическое исследование крови 3 раза в год	: Диета. Режим питания. Медикаментозное лечение - по показаниям
Хронический панкреатит	: 1-4 раза в зависимости от тяжести течения	: Хирург - по показаниям, эндокринолог - при повышении сахара в крови и моче	: Исследование ферментов поджелудочной железы в сыворотке крови и моче, копрологическое исследование, содержание сахара в моче и в крови, натошак, толерантности к глюкозе, холецистография: - по показаниям	: Диета. Режим питания. Профилактическое лечение 2-4 раза в год: спазмолитическое или желчегонные, обволакивающие, вяжущие, витамины В, С; по показаниям - репаратанты, ферментные препараты. Трудоустройство при тяжелом течении
Состояние после резекции желудка, холецистэктомии и других операций на органах пищеварения	: 1-2 раза в год	: Хирург - по показаниям; онколог - по показаниям	: Анализ крови клинический, эндоскопическое исследование - по показаниям	: Диета. Режим питания. По показаниям - ферментативная терапия, желчегонные, витамины групп В и С, противовоспалительные средства
Состояние после перенесенного острого гломерулонефрита	: 4 раза в год	: Стоматолог, лор, офтальмолог, уролог - по показаниям	: Анализ крови клинический - 4 раза в год, общий анализ мочи - 4 раза в год. Анализ	: Санация хронических очагов инфекции. Режим

	:	:	:мочи по	:
	:	:	:Зимницкому - по:	
	:	:	:показаниям, при:	
	:	:	:снижении	:
	:	:	:удельного веса	:
	:	:	:до 1015.	:
	:	:	:Биохимический	:
	:	:	:анализ крови	:
	:	:	: (общий белок и	:
	:	:	:его фракции,	:
	:	:	:холестерин,	:
	:	:	:мочевина,	:
	:	:	:креатинин) - 2	:
	:	:	:раза в год	:

Гломерулонефрит диффузный	: 4 раза в год	: Стоматолог, лор, уролог, офтальмолог - по показаниям	: Анализ крови клинический - 4: раза в год, общий анализ мочи - 4 раза в год, анализ мочи по Зимницкому - по показаниям, при: снижении удельного веса до 1015. Биохимический анализ крови (общий белок и его фракции, холестерин, мочевиная, креатинин) - 2: раза в год	: Диета. Санация хронических очагов инфекции. Исключение повреждающих факторов, поддерживающая терапия (дезагреганты, кортикостероиды, цитостатики). Режим

Ревматизм (активная фаза)	: 4 раза в год	: Отоларинголог, стоматолог - 1: раз в год, офтальмолог - 1: раз в 2 года. Кардиохирург - по показаниям	: Клинический анализ крови - 4: раза в год, общий анализ мочи - 2: раза в год, рентгенологическое исследование органов грудной клетки и ФКГ - 2: раза в год (по показаниям - чаще), ЭКГ - 2: раза в год (по показаниям - чаще), показатели воспалительной активности (фибриноген, серомукоид, С-реактивный белок, АСЛ-О) - 2: раза в год, эхокардиография: - по показаниям:	: Медикаментозное лечение (нестероидные противовоспалительные, аминоксинолиновые препараты, препараты калия, мочегонные - по: показаниям). Санация очагов инфекции. При: остром течении, обострении - обязательно стационарное лечение

Ревматизм (неактивная фаза)	: 1-2 раза в год	: По показаниям	: Клинический анализ крови, общий анализ мочи - 2: раза в год	: Санация очагов инфекции, противорецидивное лечение

: : :год, показатели:
 : : :воспалительной :
 : : :активности :
 : : : (фибриноген, :
 : : :С-реактивный :
 : : :белок, АСЛ-О), :
 : : :рентгенография :
 : : :органов грудной:
 : : :клетки, ЭКГ, :
 : : :ФКГ - 1 раз в :
 : : :год, :
 : : :эхокардиография:
 : : :- по показаниям:

 Ревматоидный :при отсутствии :Стоматолог, :Клинический :Постоянный
 артрит :системных :офтальмолог - 2 :анализ крови, :прием
 :проявлений - 2 :раза в год, :общий анализ :нестероидных
 :раза в год; при :невропатолог - :мочи - 4 раза в :противовоспали-
 :наличии :2 раза в год :год. При :тельных
 :системных : (при наличии :лечения :препаратов и
 :проявлений - 4 :полинейропа- :препаратами :базисных
 :раза в год :тии), хирург - :золота, :средств,
 : : :по показаниям :Д-пенициллами- :физиотерапия -
 : : : (пункция :ном, :2 раза в год
 : : :суставов и :цитостатиками - : (при отсутствии
 : : :введение :2 раза в месяц :противопоказа-
 : : :стероидов) :клинический :ний). Массаж
 : : : :анализ крови, :мышц - 2 раза в
 : : : :ежемесячно - :год. Другие
 : : : :число :реабилитацион-
 : : : :тромбоцитов, :ные мероприятия
 : : : :еженедельно - : (трудоустрои-
 : : : :общий анализ :рапия, ношение
 : : : :мочи. :лонгет и иные)
 : : : :Ревматоидный :- по
 : : : :фактор - 2 раза :показаниям.
 : : : :в год. :Санация очагов
 : : : :Рентгенография :хронической
 : : : :суставов - 1-2 :инфекции.
 : : : :раза в год. :Закаливание.
 : : : :Рентгенография :Внутрисуставное
 : : : :органов грудной: введение
 : : : :клетки - 1 раз :стероидов - по
 : : : :в год (по :показаниям
 : : : :показаниям - :
 : : : :чаще. ЭКГ - 1 :
 : : : :раз в год :

Болезнь :2-4 раза в год :Офтальмолог - 2 :Клинический :Медикаментозная
 Бехтерева : :раза в год, :анализ крови, :терапия
 : : :ортопед - 1 раз :общий анализ : (индольные
 : : :в год, уролог, :мочи - 2-4 раза :препараты,
 : : :отоларинголог - :в год. :вольтарен),
 : : :по показаниям, :Рентгенография :постоянно -
 : : :невропатолог - :костей таза и :ЛФК, массаж
 : : :1 раз в год :позвочника, :мышц - 2-4 раза
 : : : :грудной клетки, :в год,
 : : : :суставов - по :закаливание,
 : : : :показаниям. ЭКГ: соблюдение
 : : : :- 1 раз в год :правильного
 : : : : :двигательного
 : : : : :режима,
 : : : : :рациональное
 : : : : :трудоустрой-
 : : : : :ство. Внутри-
 : : : : :суставное
 : : : : :введение
 : : : : :стероидов по
 : : : : :показаниям. При

	:	:	:	: обострении -
	:	:	:	: стационарное
	:	:	:	: лечение
-----	-----	-----	-----	-----
Системная красная волчанка	: При минимальной активности - 2 раза в год, при 2-й степени активности - 4 раза в год	: Отоларинголог, стоматолог, офтальмолог - 2 раза в год; невропатолог, психиатр, нефролог - по показаниям	: Клинический анализ крови, общий анализ мочи - 4-6 раз в год, число тромбоцитов - 2 раза в год, при применении цитотоксических препаратов - ежемесячный контроль анализов. Рентгенография (флюорография) органов грудной клетки - 2 раза в год, рентгенография суставов - по показаниям, биохимические исследования, ЭКГ - 1-2 раза в год. ФКГ и эхокардиография: - по показаниям	: Медикаментозное лечение (главным образом глюкокортикоиды и цитостатики) в индивидуально подобранных дозах. При 3-й степени активности - обязательно стационарное лечение. Трудоустройство
-----	-----	-----	-----	-----
Системная склеродермия	: При подостром течении - 4 раза в год; при хроническом течении - 2 раза в год	: Стоматолог, отоларинголог - 1 раз в год; невропатолог, гинеколог, окулист - 1 раз в год	: При лечении Д-пеницилламином, цитостатиками - клинический анализ крови и общий анализ мочи - 1 раз в 4 недели; в других случаях - не реже 1 раза в 2 месяца. Рентгенография кистей, грудной клетки - 1 раз в год, ЭКГ - 1 раз в год, ФКГ, эхокардиография, биохимические исследования - по показаниям	: Медикаментозное лечение - общее (по показаниям). Санация очагов инфекции. ЛФК, физиотерапия - 2 раза в год. При быстропрогрессирующем варианте течения - стационарное лечение
-----	-----	-----	-----	-----
Подагра (острый и хронический подагрический артрит)	: 2 раза в год	: Терапевт, уролог - 2 раза в год; хирург, ортопед - по показаниям	: Клинический анализ крови и общий анализ мочи - 2 раза в год, анализ мочи по Нечипоренко - 2 раза в год, мочевины или креатинина, печеночные	: Рекомендация по рациональному питанию: низкий калораж, ограничение мясных, рыбных продуктов, животных жиров, сахара, недопустимость приема алкогольных напитков.

	:	:	:пробы,	:Медикаментозное
	:	:	:трансаминазы,	:лечение -
	:	:	:билирубин - 1	:средства,
	:	:	:раз в год.	:уменьшающие
	:	:	:Рентгенография	:гиперурикемию,
	:	:	:суставов - 1	:прием
	:	:	:раз в год. По	:нестероидных
	:	:	:показаниям -	:противовоспалительных
	:	:	:УЗИ почек	:препаратов,
	:	:	:	:физиотерапия.
	:	:	:	:По показаниям -
	:	:	:	:стационарное
	:	:	:	:лечение

Деформирующий остеоартроз (с поражениями крупных суставов)	:2-3 раза в год	:Терапевт - 1 :раз в год; :ортопед - 2 :раза в год	:Клинический :анализ крови, :при наличии :синовита - по :показаниям, :общий анализ :мочи - 2 раза в :год, ЭКГ - 1 :раз в год. :Рентгенография :суставов - 1 :раз в год	:При наличии :болей и :реактивного :синовита - :прием :нестероидных :противовоспалительных :препаратов :короткими :курсами (8-10 :дней), :внутрисуставные :стероиды, :контрикал; :физиотерапия - :по показаниям, :ЛФК - 2 раза :в год, по :показаниям - :стационарное :лечение

Болезнь Рейтера	:2-3 раза в год	:Уролог, :гинеколог, :окулист - по :показаниям	:Клинический :анализ крови, :общий анализ :мочи, анализ :мочи по :Нечипоренко, :анализ секрета :предстательной :железы - 1-2 :раза в год, :рентгенография :костей таза - :по показаниям	:При сохранении :признаков :урогенитального :воспаления - :лечение :антибиотиками :тетрациклинового :ряда, :макролидами, :антикандидозными :препаратами. :Назначение :нестероидных :противовоспалительных :препаратов и :стероидов :внутрисуставно :- по :показаниям. :Физиотерапия - :по показаниям. :Санация очагов :инфекции

Дерматомиозит идиопатический	:4 раза в год (после выписки из стационара - ежемесячно в течение 1 года)	:Невропатолог - 2 :раза в год, :отоларинголог, :стоматолог - 1 :раз в год	:Клинический :анализ крови, :общий анализ :мочи - 1 раз в :3 месяца в :течение 1 года,	:При обострении :- стационарное :лечение. :Медикаментозное :лечение :(кортикостерои-

	:	:	:затем 1-2 раза :	ды,
	:	:	:в год.	:метотрексат,
	:	:	:Рентгенография :	:симптоматичес-
	:	:	:органов грудной:	:кие средства),
	:	:	:клетки - 1 раз :	:комплексы
	:	:	:в год	:терапии при
	:	:	:	:наличии
	:	:	:	:кальцинатов
	:	:	:	: (димексид,
	:	:	:	:ЭТДА). При
	:	:	:	:хроническом
	:	:	:	:течении -
	:	:	:	:ЛФК, массаж
	:	:	:	:мышц, вита-
	:	:	:	:минотерапия.
	:	:	:	:Трудоустройство

Железодо-	: 4 раза в год	: В зависимости	: Клинический	: Режим,
фицитная	:	: от этиологии	: анализ крови -	: исключающий
анемия	:	: основного	: 4 раза в год.	: физическое
	:	: заболевания -	: Сывороточное	: перенапряжение,
	:	: акушер-	: железо - 2 раза:	: ограничение
	:	: гинеколог,	: в год.	: инсоляции.
	:	: уролог,	: Рентгеноскопия	: Полноценное
	:	: частота - по	: желудка - 1 раз:	: питание.
	:	: показаниям	: в год	: Санация очагов
	:	:	:	: хронической
	:	:	:	: инфекции.
	:	:	:	: Лечение
	:	:	:	: основного
	:	:	:	: заболевания

Витамин B12 -	: 4-5 раз в год	: Невропатолог,	: Клинический	: Режим. Диета,
дефицитная	:	: отоларинголог	: анализ крови -	: богатая
анемия	:	: 1 раз в год	: 4-5 раз в год.	: витаминами
	:	:	: Биохимическое	: группы В и
	:	:	: исследование	: фолиевой
	:	:	: крови,	: кислотой.
	:	:	: рентгенологиче-	: Общеукрепляющая
	:	:	: ское	: и
	:	:	: исследование	: медикаментозная
	:	:	: желудочно-	: терапия с
	:	:	: кишечного	: применением
	:	:	: тракта -	: витамина B12 и
	:	:	: 1 раз в год	: фолиевой
	:	:	:	: кислоты

Миелолейкоз	: 12-14 раз в год	: Гематолог - 4	: Клинический	: Режим,
хронический	:	: раза в год,	: анализ крови -	: исключающий
	:	: невропатолог,	: 12-14 раз в	: физическое
	:	: онколог - по	: год.	: перенапряжение,
	:	: показаниям	: Стерральная	: запрещение
	:	:	: пункция и	: инсоляции.
	:	:	: трепанобиопсия	: Диета,
	:	:	: - 1 раз в 2-3	: обогащенная
	:	:	: года. Биохимия	: витаминами.
	:	:	: крови - 2 раза	: Санация очагов
	:	:	: в год.	: хронической
	:	:	: Рентгенография	: инфекции.
	:	:	: скелета - 1 раз:	: Медикаментозная
	:	:	: в 2 года	: терапия
	:	:	:	: (курсовая и
	:	:	:	: прерывисто-
	:	:	:	: держающая мо-
	:	:	:	: нохимиотерапия)

Лимфолейкоз	: 6 раз в год	: Гематолог - 2	: Клинический	: Общеукрепляющая
хронический	:	: раза в год;	: анализ крови -	: и
	:	: невропатолог,	: 6 раз в год.	: медикаментозная

	:	:стоматолог,	:Стерильная	:терапия
	:	:отоларинголог	-:пункция,	:
	:	:1 раз в год,	:рентгеноскопия	:
	:	:онколог - по	:органов грудной:	
	:	:показаниям	:клетки	:
-----	-----	-----	-----	-----
Миеломная	:8-10 раз в год	:Гематолог - 2	:Клинический	:Режим,
болезнь	:	:раза в год	:анализ крови и	:исключающий
	:	:	:мочи - 8-10 раз:	:физическую
	:	:	:в год.	:нагрузку,
	:	:	:Исследование	:запрещение
	:	:	:функции почек -	:инсоляции.
	:	:	:по показаниям.	:Диета с
	:	:	:Рентгенография	:ограничением
	:	:	:костей скелета	:белка и
	:	:	:и черепа	:поваренной
	:	:	:	:соли. Санация
	:	:	:	:очагов
	:	:	:	:хронической
	:	:	:	:инфекции.
	:	:	:	:Медикаментозная
	:	:	:	:химио- и
	:	:	:	:гормонотерапия
-----	-----	-----	-----	-----
Лимфоаденопа-	:4 раза в год	:Фтизиатр,	:Клинический	:Санация очагов
тия	:	:терапевт,	:анализ крови -	:хронической
	:	:хирург - 1 раз	:4 раза в год.	:инфекции.
	:	:в год, по	:Анализ крови на:	:Предупреждение
	:	:показаниям -	:ВИЧ, пункция и	:вирусных и
	:	:онколог	:биопсия	:бактериальных
	:	:	:лимфоузлов	:инфекций.
	:	:	:	:Противопоказа-
	:	:	:	:ние физиотера-
	:	:	:	:певтических и
	:	:	:	:тепловых
	:	:	:	:процедур.
	:	:	:	:Антибактериаль-
	:	:	:	:ная и поливита-
	:	:	:	:минотерапия
-----	-----	-----	-----	-----
Диффузный	:	:	:	:
токсический	:	:	:	:
зоб:	:	:	:	:
в стадии	:По усмотрению	:Хирург,	:Клинический	:Лечение
обострения	:врача, не реже	:офтальмолог -	:анализ крови не:	:тиреостатичес-
	:1 раза в десять	:по показаниям	:реже 1 раза в	:кими
	:дней	:	:10 дней, ЭКГ -	:препаратами в
	:	:	:по показаниям	:стационаре
	:	:	:	:
в стадии	:1 раз в месяц	:Хирург,	:Клинический	:Лечение
медикаментоз-	:	:офтальмолог -	:анализ крови -	:тиреостатичес-
ной	:	:по показаниям	:2 раза в месяц,	:кими
компенсации	:	:	:ЭКГ, Т3, Т4 -	:препаратами в
	:	:	:по показаниям	:поддерживающих
	:	:	:	:дозах
-----	-----	-----	-----	-----
Сахарный	:	:	:	:
диабет	:	:	:	:
1-го типа:	:	:	:	:
лабильное	:1 раз в 2-3	:Эндокринолог -	:Клинический	:Соблюдение
течение	:недели	:4 раза в год;	:анализ крови,	:диеты и лечение
	:	:офтальмолог,	:анализ мочи и	:инсулином,
	:	:невропатолог -	:крови на сахар,	:дезагрегантами,
	:	:1-2 раза в год	:ацетон - 1 раз	:витаминотерапия
	:	:	:в месяц; ЭКГ -	:
	:	:	:по показаниям	:
	:	:	:	:
стабильное	:1 раз в 1-2	:Офтальмолог,	:Клинический	:Диетпитание и
течение	:месяца	:невропатолог -	:анализ крови,	:лечение

	:	:1-2 раза в год	:анализ крови и	:инсулином.
	:	:	:мочи на сахар,	:Витаминотерапия
	:	:	:ацетон - 1 раз	:
	:	:	:в месяц, ЭКГ -	:
	:	:	:по показаниям	:
Сахарный диабет 2-го типа	:	:1 раз в 1-2 месяца	:Офтальмолог, невропатолог -	:То же, как для 1-го типа
	:	:	:1-2 раза в год	:Лечение пероральными сахароснижающими препаратами, ограничение углеводов, диета

Приложение 2

к Инструкции по медицинскому обеспечению лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел Республики Беларусь

СХЕМА

динамического наблюдения за лицами с психическими расстройствами

№ п/п	Группа диспансерного учета, ее характеристика	Частота контрольных осмотров	Длительность наблюдения
1	ГДУ I. Активное динамическое наблюдение : В эту группу входят: : больные, выписанные из психиатрических учреждений после лечения; : больные, ранее перенесшие психозы; больные с частыми обострениями и декомпенсациями; больные, склонные к повторным правонарушениям, суицидальным попыткам, членовредительству; больные с частыми судорожными пароксизмами и выраженными колебаниями настроения	Не реже : 1 раза в : 2 месяца	Больные этой группы наблюдаются до появления стойкой положительной динамики в психическом состоянии, но не менее 1 года с последующим переводом в ГДУ II
2	ГДУ II. Контрольное динамическое наблюдение : В эту группу входят: : больные, переведенные из ГДУ I; больные, перенесшие кратковременные психотические расстройства, купировавшиеся самостоятельно или в условиях медицинской части; : больные с непсихотическими психическими расстройствами в стадии субкомпенсации (конфликтующие, отказывающиеся от выходов на работу); больные с	1 раз в : квартал	Больные этой группы наблюдаются 2 года и при полной социальной адаптации переводятся в ГДУ III

:	:умственным недоразвитием	:	:	:
:	:любой этиологии; больные с	:	:	:
:	:половыми перверзиями	:	:	:
:	:(установленными клинически)	:	:	:

:	3 : ГДУ III. Архивное наблюдение:	1 раз в	:	Больные этой группы
:	:В эту группу входят:	6 месяцев	:	наблюдаются до
:	:больные, переведенные из ГДУ	:	:	окончательного убытия
:	:II; больные с нерезко	:	:	больного из учреждения
:	:выраженными психическими	:	:	уголовно-исполнительной:
:	:расстройствами при полной	:	:	системы
:	:социальной адаптации;	:	:	:
:	:больные, направленные на	:	:	:
:	:стационарное лечение в	:	:	:
:	:другие учреждения	:	:	:

Приложение 3
к Инструкции по медицинскому
обеспечению лиц, содержащихся
в учреждениях уголовно-исполнительной
системы Министерства внутренних
дел Республики Беларусь

СХЕМА
динамического наблюдения за больными туберкулезом

:	Группа диспансерного	Частота	Наименование и	Основные лечебно-
:	учета больных, их	наблю-	частота	оздоровительные
:	характеристика и	дения	лабораторных и	мероприятия и
:	место содержания	фтизиа-	других	сроки наблюдения
:	:	тром	диагностических	в группах учета
:	:	:	исследований	:

:	1	2	3	4

:	ГДУ 0 (нулевая)	:По	:Как и ГДУ I	:Пробная
:	:	:пока-	:	:химиотерапия с
:	:Туберкулез органов	:занятиям	:	:повторными
:	:дыхания сомнительной	:	:	:клинико-рент-
:	:активности	:	:	:генологическими
:	: Наблюдаются лица с	:	:	:и лабораторными
:	:туберкулезными	:	:	:обследованиями
:	:изменениями в легких,	:	:	:для решения
:	:нуждающиеся в	:	:	:вопроса об
:	:уточнении активности	:	:	:активности
:	:процесса	:	:	:процесса
:	: Места содержания:	:	:	:
:	:туберкулезные	:	:	:
:	:больницы (отделения,	:	:	:
:	:медицинские	:	:	:
:	:изоляторы) - до	:	:	:
:	:уточнения активности	:	:	:
:	:процесса, но не более	:	:	:
:	:6 месяцев	:	:	:
:	:	:	:	:
:	ГДУ I	:Опреде-	:Клинический	:Основной курс
:	:	:ляется	:анализ крови,	:комплексной
:	: Впервые выявленный	:прово-	:мочи - 1 раз в	:химиотерапии, а
:	:или повторно леченный	:димой	:месяц;	:при наличии
:	:туберкулез органов	:тера-	:рентгенография -	:показаний -
:	:дыхания	:пией,	:1 раз в 3	:хирургическое

: Больные активным	:но не	:месяца;	:вмешательство и
:туберкулезом,	:реже 1	:томография -	:коллапсотерапия.
:нуждающиеся в	:раза в	:перед началом	:Длительность
:проведении лечебных и	:месяца	:лечения, далее -	:наблюдения -
:социально-	:	:1 раз в 3 месяца	:10-24 месяца.
:профилактических	:	:до исчезновения	:После успешно
:мероприятий в	:	:полости;	:проведенного
:целях их клинического	:	:исследование	:хирургического
:излечения,	:	:мокроты	:лечения - в
:восстановления	:	: (промывных вод	:течение 1 года
:трудоспособности и	:	: бронхов) на МБТ	:
:оздоровления очага	:	: перед началом	:
:туберкулеза:	:	:лечения не менее	:
: IA - впервые	:	:2 раз методом	:
:выявленные больные с	:	:бактериоскопии,	:
:туберкулезом органов	:	:а при	:
:дыхания	:	:отрицательном	:
: IB - больные с	:	:результате -	:
:рецидивом	:	:методом флотации	:
:туберкулеза органов	:	:и независимо от	:
:дыхания	:	:этих	:
: IV - неэффективно	:	:исследований	:
:леченные впервые	:	:3 исследования	:
:выявленные больные	:	:мокроты на БК	:
:туберкулезом	:	:методом посева.	:
:органов дыхания	:	:Исследования	:
: (отсутствие эффекта к	:	:мокроты на БК	:
:6 месяцам	:	:должны	:
:химиотерапии, перерыв	:	:повторяться не	:
:в лечении 2 и более	:	:реже 1 раза в	:
:месяца)	:	:месяц до	:
:	:	:исчезновения БК,	:
:	:	:подтвержденного	:
:	:	:не менее чем	:
:	:	:двумя	:
:	:	:последовательными	:
:	:	:отрицательными	:
:	:	:бактериологиче-	:
:	:	:скими и	:
:	:	:культуральными	:
:	:	:исследованиями,	:
:	:	:а затем 1 раз в	:
:	:	:2-3 месяца (в	:
:	:	:период лечения -	:
:	:	:после	:
:	:	:двухдневного	:
:	:	:перерыва в	:
:	:	:приеме	:
:	:	:противотуберку-	:
:	:	:лезных	:
:	:	:препаратов) до	:
:	:	:заживления	:
:	:	:полости распада,	:
:	:	:подтвержденного	:
:	:	:томографически	:
:	:	:	:
: ГДУ II	:Как и	:Как и ГДУ I	:Курс комплексной
:	:ГДУ I	:	:химиотерапии, а
: Больные с хронически	:	:	:при наличии
:прогрессирующим	:	:	:показаний -
:течением туберкулеза	:	:	:хирургическое
:органов дыхания и	:	:	:вмешательство.
:хроническими формами:	:	:	:Больные в

: IIA - больные,	:	:	: подгруппе "А"	:
: переведенные из	:	:	: наблюдаются до	:
: ГДУ I, у которых не	:	:	: развития	:
: удалось добиться	:	:	: хронических форм	:
: стабилизации процесса	:	:	: туберкулеза.	:
: в течение 2 лет с	:	:	: После успешного	:
: момента выявления	:	:	: хирургического	:
: IIB - больные,	:	:	: лечения - 1 год,	:
: переведенные из ГДУ I	:	:	: затем перевод в	:
: после неэффективного	:	:	: ГДУ IIIA	:
: лечения, у которых	:	:	: Больные в	:
: сформировались	:	:	: подгруппе "Б"	:
: хронические формы	:	:	: наблюдаются	:
: туберкулеза	:	:	: пожизненно.	:
:	:	:	: После успешного	:
:	:	:	: хирургического	:
:	:	:	: лечения - 1 год,	:
:	:	:	: затем перевод в	:
:	:	:	: ГДУ IIIA	:
:	:	:	:	:
: ГДУ III	: 1 раз	: Анализы крови и	: Противоречивые:	:
:	: в 6	: мочи - 1 раз в	: курсы	:
: Излеченный туберкулез:	: месяцев	: 6 месяцев;	: химиотерапии - 2	:
: органов дыхания	:	: рентгенография -	: раза в год в	:
: Лица, переведенные из:	:	: не реже 1 раза в	: амбулаторных	:
: первых двух групп	:	: 6 месяцев (при	: условиях двумя	:
: Места содержания:	:	: плановой	: противотуберку-	:
: исправительные	:	: флюорографии	: лезными	:
: учреждения,	:	: возможна	: препаратами в	:
: следственные	:	: замена);	: течение двух	:
: изоляторы на общих	:	: исследование на	: месяцев	:
: основаниях	:	: бактериовыделение:	: ежедневно	:
:	:	: - 1 раз в 6	: Сроки наблюдения:	:
:	:	: месяцев методом	: ГДУ IIIA - не	:
:	:	: посева	: менее 5 лет	:
:	:	:	: ГДУ IIIB - 1 год	:
:	:	:	:	:
: ГДУ IV	: 1 раз	: Рентгенография	: Проводятся	:
:	: в 6	: или флюорография	: мероприятия,	:
: Контакты	: месяцев	: - не реже 1 раза	: направленные на	:
: Здоровые лица,	:	: в 6 месяцев.	: оздоровление	:
: проживающие на момент	:	: Анализы крови,	: очага	:
: выявления больного	:	: мочи,	: туберкулезной	:
: туберкулезом в общем	:	: исследование на	: инфекции и	:
: помещении и	:	: бактериовыделение:	: повышение	:
: состоявшие с ним в	:	:	: сопротивляемости	:
: контакте	:	:	: организма	:
: Места содержания:	:	:	: контактировавших,	:
: исправительные	:	:	: а также	:
: учреждения,	:	:	: химиопрофилактика:	:
: следственные	:	:	: в течение	:
: изоляторы на общих	:	:	: 2-3 месяцев	:
: основаниях	:	:	: двумя противоту-	:
:	:	:	: беркулезными	:
:	:	:	: препаратами	:
:	:	:	: ежедневно	:
:	:	:	: Срок наблюдения -	:
:	:	:	: 6 месяцев	:
:	:	:	:	:
: ГДУ V	: Частота	: Рентгенография	: Лечение	:
:	: консуль-	: или флюорография	: осуществляется	:
: Больные внелегочным	: таций	: - не менее 1	: соответствующими	:
: туберкулезом:	: соответ-	: раза в 6	: специалистами.	:

: VA - больные	: ствующих: месяцев. Анализы	: Сроки	:
: активным внелегочным	: специа-	: мочи и другие	: наблюдения:
: туберкулезом,	: листов	: лабораторные	: В подгруппе "А" -
: нуждающиеся в	: опреде-	: исследования	: 3-4 года, бакте-
: проведении лечебных и	: ляется	: производятся по	: риовыделители -
: социально-	: проводи-	: рекомендациям	: не менее
: профилактических	: мым	: соответствующих	: 12 месяцев после
: мероприятий в	: лечением:	: специалистов или	: прекращения
: целях их клинического	:	: врачей-фтизиатров:	: выделения МБТ
: излечения,	:	:	: В подгруппе "Б" -
: восстановления	:	:	: пожизненно или
: трудоспособности,	:	:	: 2-3 года после
: ликвидации очага	:	:	: прекращения
: инфекции. Больные,	:	:	: бактериовыде-
: выделяющие БК при	:	:	: ления,
: наличии свищевых форм	:	:	: исчезновения и
: внелегочного	:	:	: организации
: туберкулеза и при	:	:	: натечного
: поражении почек,	:	:	: абсцесса или
: берутся на учет	:	:	: операции
: бацилловыделителей.	:	:	: В подгруппе "В" -
: Места содержания:	:	:	: 5 лет или
: туберкулезные	:	:	: пожизненно при
: больницы (отделения)	:	:	: наличии
: VB - больные с	:	:	: функциональных
: хроническим	:	:	: изменений
: внелегочным	:	:	:
: туберкулезом	:	:	:
: VB - лица с	:	:	:
: неактивным внелегочным:	:	:	:
: туберкулезом,	:	:	:
: переведенные из	:	:	:
: подгруппы А или Б	:	:	:
: либо впервые взятые	:	:	:
: на учет с неактивным	:	:	:
: туберкулезом	:	:	:
: Места содержания:	:	:	:
: исправительные	:	:	:
: учреждения,	:	:	:
: следственные	:	:	:
: изоляторы на общих	:	:	:
: основаниях	:	:	:
:	:	:	:
:	:	:	:
: ГДУ VI	: По пока-	: Анализы крови и	: Обследование и
:	: заниям	: мочи,	: проведение
: Инфицированные дети и:	:	: исследование на	: 2-3-месячного
: подростки:	:	: бактериовыделение:	: курса
: VIA - с виражом	:	: - по показаниям;	: химиопрофилактики:
: туберкулиновой пробы	:	: рентгенография -	: либо лечение с
: VIB - с	:	: при взятии на	: учетом характера
: туберкулиновой	:	: учет и снятии с	: поствакцинального:
: гиперергической	:	: учета, но не	: осложнения
: реакцией и	:	: реже 1 раза в 6	: Сроки наблюдения:
: нарастанием	:	: месяцев	: VIA - 1 год
: туберкулиновой	:	:	: VIB - 1-2 года
: чувствительности	:	:	: VIB - до
: VIB - с осложненным	:	:	: клинического
: течением прививки БЦЖ	:	:	: излечения
:	:	:	:
:	:	:	:
: ГДУ VII	: VIIA,	: Диагностика в	: Сроки
:	: VIIБ	: соответствии с	: наблюдения:
: Саркоидоз:	: - 1 раз	: протоколами	: VIIA, VIIБ - до
: VIIA - впервые	: в 2-3	:	: клинического

:выявленные больные с	:месяца -:	:излечения	:
:активными формами	:первый :	:VIIB - 4 года,	:
:саркоидоза	:год, в :	:при наличии	:
: VIIB - больные с	:последу-:	:выраженного	:
:рецидивами саркоидоза	:ющем - :	:пневмофиброза,	:
: VIIB - лица с	:1 раз :	:значительных	:
:клинически излеченным	:в год :	:функциональных	:
:саркоидозом	:	:нарушений -	:
:	:	:пожизненно	:
:	:VIIB :	:	:
:	:- 1 :	:	:
:	:раз в :	:	:
:	:год :	:	: