



Уполномоченный по правам человека в Архангельской
области

**Социально значимые заболевания в местах в
принудительного содержания**

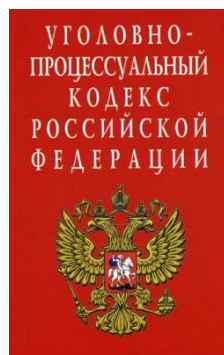


Архангельск
2017

Представленная брошюра подготовлена аппаратом Уполномоченного по правам человека в Архангельской области в целях правового просвещения и информирования лиц, содержащихся в местах принудительного содержания, а также их родственников, и содержит сведения о социально значимых заболеваниях, о порядке и особенностях оказания медицинской помощи лицам с указанными заболеваниями, а также о повышенных нормах питания для инвалидов и больных социально значимыми заболеваниями

Брошюра подготовлена в соответствии с положениями нормативных правовых актов Российской Федерации, действующих по состоянию на 1 января 2017 года:

- Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 № 174-ФЗ;
- Федеральный закон от 15.07.1995 № 103-ФЗ «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений»;
- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Перечень социально значимых заболеваний и перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, утвержденный Постановлением Правительства РФ от 01.12.2004 № 715;
- Приказ Минздравсоцразвития РФ № 640, Минюста РФ № 190 от 17.10.2005 «О Порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу»;
- Приказ Минюста России от 26.02.2016 № 48 «Об установлении повышенных норм питания, рациона питания и норм замены одних продуктов питания другими, применяемых при организации питания осужденных к лишению свободы, а также подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений, находящихся в учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний, на мирное время».



Социально значимые заболевания в местах принудительного содержания

В настоящее время в Российской Федерации остается напряженной эпидемиологическая ситуация, связанная с ростом числа заболеваний социального характера. Социально значимые заболевания («социальные болезни») — это болезни, основным признаком и одновременно ключевой проблемой которых является способность к широкому распространению (массовость). Заболевания данной группы имеют огромное значение для общества, представляют угрозу большому количеству человек.

Эпидемиологические наблюдения послужили основанием для составления перечня социально значимых заболеваний, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 01.12.2004 № 715. Критерии включения в перечень заболеваний определены ст. 43 Федерального закона «Об охране здоровья граждан» от 21.11.2011 № 323-ФЗ - это высокий уровень первичной инвалидности и смертности населения, снижение продолжительности жизни заболевших.

В данный перечень вошли: болезни, характеризующиеся повышенным артериальным давлением, сахарный диабет, злокачественные новообразования, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), туберкулез, гепатит, инфекции, передаваемые половым путем, психические расстройства и расстройства поведения.

Эффективная борьба с социально значимыми заболеваниями, предупреждение и снижение темпов их распространения среди лиц, находящихся в местах лишения свободы, путем организации и проведения комплекса мероприятий по расширению доступа к профилактике, диагностике и лечению - одна из важнейших целей и задач деятельности органов и учреждений уголовно-исполнительной системы Российской Федерации.

**Положения законодательства, регламентирующие оказание
медицинской помощи лицам в местах принудительного содержания (в
том числе с социально значимыми заболеваниями):**



❖ Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Статья 26. Права лиц, задержанных, заключенных под стражу, отбывающих наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста, на получение медицинской помощи

1. Лица, задержанные, заключенные под стражу, отбывающие наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста, имеют право на оказание медицинской помощи, в том числе в необходимых случаях в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2. Беременные женщины, женщины во время родов и в послеродовой период из числа лиц, указанных в [части 1](#) настоящей статьи, имеют право на оказание медицинской помощи, в том числе в медицинских организациях охраны материнства и детства.

3. При невозможности оказания медицинской помощи в учреждениях уголовно-исполнительной системы лица, заключенные под стражу или отбывающие наказание в виде лишения свободы, имеют право на оказание медицинской помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения, а также на приглашение для проведения консультаций врачей-специалистов указанных медицинских организаций в [порядке](#), установленном Правительством Российской Федерации, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, предусмотренных на эти цели федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему правоприменительные функции, функции по контролю и надзору в сфере исполнения уголовных наказаний в отношении осужденных.

4. При оказании медицинской помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения сотрудниками органов и учреждений уголовно-исполнительной системы осуществляется охрана лиц, указанных в [части 3](#) настоящей статьи, и при необходимости круглосуточное наблюдение в целях обеспечения безопасности указанных лиц, медицинских работников, а также иных лиц, находящихся в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере исполнения уголовных наказаний, совместно с уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

5. Клиническая апробация, испытание лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания, медицинских изделий и дезинфекционных средств с привлечением в качестве объекта для этих целей лиц, указанных в [части 1](#) настоящей статьи, не допускаются.

6. В отношении лиц, отбывающих наказание в учреждениях уголовно-исполнительной системы, договор о добровольном медицинском страховании расторгается.

7. Порядок организации оказания медицинской помощи, в том числе в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения, лицам, указанным в [части 1](#) настоящей статьи, устанавливается законодательством Российской Федерации, в том числе нормативными правовыми актами уполномоченного федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере исполнения уголовных наказаний, по согласованию с уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Статья 43. Медицинская помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, и гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих

1. Гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, и гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, оказывается медицинская помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих медицинских организациях.

2. [Перечень](#) социально значимых заболеваний и [перечень](#) заболеваний, представляющих опасность для окружающих, утверждаются Правительством Российской Федерации исходя из высокого уровня первичной инвалидности и смертности населения, снижения продолжительности жизни заболевших.

2.1. В целях организации оказания медицинской помощи, включая обеспечение лекарственными препаратами для медицинского применения, при отдельных заболеваниях, указанных в [части 1](#) настоящей статьи, уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, осуществляется ведение Федерального регистра лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, и Федерального регистра лиц, больных туберкулезом, содержащих следующие сведения:

1) страховой номер индивидуального лицевого счета гражданина в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии);

2) фамилия, имя, отчество, а также фамилия, которая была у гражданина при рождении;

3) дата рождения;

4) пол;

5) адрес места жительства;

6) серия и номер паспорта (свидетельства о рождении) или иного документа, удостоверяющего личность, дата выдачи указанных документов;

7) дата включения в соответствующий Федеральный регистр;

- 8) диагноз заболевания (состояние);
 9) иные сведения, определяемые Правительством Российской Федерации.
 (часть 2.1 введена Федеральным [законом](#) от 03.07.2016 N 286-ФЗ)

2.2. Органы государственной власти субъектов Российской Федерации осуществляют ведение региональных сегментов федеральных регистров, указанных в [части 2.1](#) настоящей статьи, и своевременное представление сведений, содержащихся в них, в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

3. Особенности организации оказания медицинской помощи при отдельных заболеваниях, указанных в [части 1](#) настоящей статьи, могут устанавливаться отдельными федеральными законами.

Так, отдельные особенности оказания медицинской помощи при социально значимых заболеваниях устанавливаются также в:

- *Федеральном законе от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»*
- *Законе РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»*
- *Федеральном законе от 18.06.2001 № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»*
- *Федеральном законе от 30.03.1995 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»*

❖ Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 № 174-ФЗ



Статья 12. Основные права осужденных

Пункт 6. Осужденные имеют право на охрану здоровья, включая получение первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических или стационарных условиях в зависимости от медицинского заключения.

Статья 101. Медико-санитарное обеспечение осужденных к лишению свободы

1. Лечебно-профилактическая и санитарно-профилактическая помощь осужденным к лишению свободы организуется и предоставляется в соответствии с [Правилами](#) внутреннего распорядка исправительных учреждений и законодательством Российской Федерации.

2. В уголовно-исполнительной системе для медицинского обслуживания осужденных организуются лечебно-профилактические учреждения (больницы, специальные психиатрические и туберкулезные больницы) и медицинские части, а

для содержания и амбулаторного лечения осужденных, больных открытой формой туберкулеза, алкоголизмом и наркоманией, - лечебные исправительные учреждения.

3. Администрация исправительных учреждений несет ответственность за выполнение установленных санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований, обеспечивающих охрану здоровья осужденных.

4. В случаях отказа осужденного от приема пищи и возникновения угрозы его жизни допускается принудительное питание осужденного по медицинским показаниям.

5. Порядок оказания осужденным медицинской помощи, организации и проведения санитарного надзора, использования лечебно-профилактических и санитарно-профилактических учреждений органов здравоохранения и привлечения для этих целей их медицинского персонала устанавливается законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере исполнения уголовных наказаний, и федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

6. **Порядок** и сроки направления на освидетельствование и переосвидетельствование осужденных, являющихся инвалидами и находящихся в исправительных учреждениях, подачи указанными лицами заявлений на проведение освидетельствования или переосвидетельствования, обжалования решения федерального учреждения медико-социальной экспертизы, а также порядок организации охраны и надзора за осужденными, находящимися в исправительных учреждениях, при проведении их освидетельствования или переосвидетельствования в федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы определяется федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере исполнения уголовных наказаний, по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социальной защиты населения.

7. **Порядок** обеспечения условий для проведения реабилитационных мероприятий, пользования техническими средствами реабилитации и услугами, предусмотренными индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида в отношении осужденных, являющихся инвалидами и находящихся в исправительных учреждениях, определяется федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере исполнения уголовных наказаний, по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социальной защиты населения.



**❖ Федеральный закон от 15.07.1995 N 103-ФЗ
«О содержании под стражей подозреваемых и
обвиняемых в совершении преступлений»**

Статья 17. Права подозреваемых и обвиняемых

Пункт 9. Получать бесплатное питание, материально-бытовое и медико-санитарное обеспечение, в том числе в период участия их в следственных действиях и судебных заседаниях.

Статья 24. Медико-санитарное обеспечение

Оказание медицинской помощи и обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в местах содержания под стражей организуются в соответствии с **законодательством** в сфере охраны здоровья. Администрация указанных мест обязана выполнять санитарно-гигиенические требования, обеспечивающие охрану здоровья подозреваемых и обвиняемых.

Порядок оказания медицинской, в том числе психиатрической, помощи подозреваемым и обвиняемым, а также порядок их содержания в медицинских организациях и привлечения к их обслуживанию медицинских работников этих организаций определяются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере исполнения уголовных наказаний, федеральным органом исполнительной власти в области обеспечения безопасности и федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере внутренних дел.

В случае получения подозреваемым или обвиняемым телесных повреждений его медицинское освидетельствование проводится безотлагательно медицинскими работниками медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в месте содержания под стражей. Результаты медицинского освидетельствования фиксируются в установленном порядке и сообщаются подозреваемому или обвиняемому. По просьбе подозреваемых или обвиняемых либо их защитников им выдается копия заключения о медицинском освидетельствовании. По решению начальника места содержания под стражей либо лица или органа, в производстве которых находится уголовное дело, или по ходатайству подозреваемого или обвиняемого либо его защитника медицинское освидетельствование проводится медицинскими работниками иных медицинских организаций. Отказ в проведении такого освидетельствования может быть обжалован прокурору либо в суд.

При ухудшении состояния здоровья подозреваемого или обвиняемого сотрудники мест содержания под стражей безотлагательно принимают меры для организации оказания подозреваемому или обвиняемому медицинской помощи.

В случае выявления в порядке, установленном **частью первой.1 статьи 110** Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации, у подозреваемого или обвиняемого в совершении преступления тяжелого заболевания, препятствующего его содержанию под стражей и удостоверенного медицинским заключением,

вынесенным по результатам медицинского освидетельствования, копии медицинского заключения направляются начальником места содержания под стражей или лицом, исполняющим его обязанности, лицу или в орган, в производстве которых находится уголовное дело, подозреваемому или обвиняемому в совершении преступления и его защитнику в течение календарного дня, следующего за днем поступления медицинского заключения в администрацию места содержания под стражей.

В случае тяжелого заболевания либо смерти подозреваемого или обвиняемого администрация места содержания под стражей незамедлительно сообщает об этом его близким родственникам и прокурору, который по своей инициативе или заявлению родственников заболевшего либо умершего может проводить проверку по данному факту. Тело умершего после патолого-анатомического исследования, а также производства действий, предусмотренных Уголовно-процессуальным кодексом Российской Федерации, передается лицам, его востребовавшим. Захоронение умершего, тело которого не востребовано в течение тридцати дней, осуществляется за счет государства.



**❖ Перечень социально значимых заболеваний
и перечень заболеваний, представляющих опасность для
окружающих, утвержденный Постановлением
Правительства РФ от 01.12.2004 № 715**

Код заболеваний по МКБ-10 <*>	Наименование заболеваний
1. А 15 - А 19	туберкулез
2. А 50 - А 64	инфекции, передающиеся преимущественно половым путем
3. В 16; В 18.0; В 18.1	гепатит В
4. В 17.1; В 18.2	гепатит С
5. В 20 - В 24	болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)
6. С 00 - С 97	злокачественные новообразования
7. Е 10 - Е 14	сахарный диабет
8. F 00 - F 99	психические расстройства и расстройства поведения
9. I 10 - I 13.9	болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением



❖ **Приказа Минздравсоцразвития РФ № 640, Минюста РФ № 190 от 17.10.2005 «О Порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу»**

✓ *Психические расстройства (п. 260 - 270 Порядка)*

В Учреждениях медицинская помощь, в том числе медицинское освидетельствование, диспансерное наблюдение, лицам, имеющим психические расстройства, осуществляется в соответствии с положениями **Закона** Российской Федерации от 02.07.1992 N 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".

В целях сохранения психического здоровья подозреваемых, обвиняемых и осужденных, более эффективного включения этих лиц в систему воспитательных и трудовых мероприятий, предупреждения совершаемых правонарушений осуществляется своевременная диагностика, лечение и профилактика психических расстройств у данной категории лиц.

В экстренных случаях, когда психическое состояние больного обуславливает непосредственную опасность для себя или окружающих, а также его беспомощность, помощь оказывается психиатром Учреждения по месту нахождения больного до перевода в специализированное психиатрическое учреждение.

В зависимости от состояния больных за ними устанавливаются дифференцированные виды наблюдения, исключающие возможность попыток к самоубийству, аутоагрессии, нападению, побегу, назначается соответствующее обследование и лечение.

Для выявления лиц с психическими расстройствами в Учреждениях проводятся следующие мероприятия:

- перед проведением медицинского освидетельствования подозреваемых, обвиняемых и осужденных врач в обязательном порядке знакомится с материалами личного дела и медицинской документацией на предмет выявления лиц, имевших до ареста психические расстройства, направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу или ее проходивших;

- в случае необходимости из лечебно-профилактических учреждений, где наблюдался или проходил стационарное лечение по поводу психического заболевания подозреваемый, обвиняемый и осужденный, запрашиваются выписки из медицинских карт амбулаторного больного и (или) стационарного больного и копии актов судебно-психиатрических экспертиз из учреждений, где данная экспертиза проводилась;

- определение наличия или отсутствия психического расстройства у обследуемого лица осуществляется врачом-психиатром. В случае отсутствия в штатах Учреждения врача-психиатра для этих целей привлекаются врачи-психиатры лечебно-профилактических и лечебных исправительных учреждений УИС, а также - территориальных ЛПУ. При подозрении на наличие психического расстройства свои диагностические заключения врачи Учреждения могут выносить только предположительно;

- обязательный осмотр врачом-психиатром лиц, находящихся на принудительном лечении по поводу психических расстройств, не исключающих вменяемости;

- принудительное лечение лиц, имеющих психические расстройства, не исключающие вменяемости, осуществляется амбулаторно в Учреждениях, имеющих в штатах врача-психиатра, а в случае необходимости - стационарно, в психиатрических больницах и психиатрических отделениях больниц УИС;

- лица, неустойчивые в психическом отношении, часто обращающиеся с жалобами невротического характера или с отклонениями в поведении (эмоционально возбудимые, часто совершающие внешне немотивированные поступки, нарушающие режим содержания, конфликтные и т.п.), а также ранее лечившиеся по поводу психических расстройств, признанные судебно-психиатрической экспертизой вменяемыми, но имеющие психические расстройства, освидетельствуются врачом-психиатром при соблюдении принципа добровольности.

В тех случаях, когда вследствие тяжести своего психического состояния лицо представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, является беспомощным либо имеющееся у него психическое расстройство в случае неоказания ему психиатрической помощи способно причинить существенный вред его здоровью, освидетельствование может проводиться без его согласия или согласия его законного представителя.

Диспансерное наблюдение и лечение лиц, имеющих психические расстройства, осуществляется в Учреждениях амбулаторно или в стационаре медицинской части в установленном порядке.

Лицам, которым назначена судебно-психиатрическая экспертиза (далее - СПЭ), лечебные мероприятия в связи с выявлением психических расстройств осуществляются в соответствии с их психическим состоянием. В случае заключения СПЭ о наличии психического расстройства, свидетельствующего о невменяемости, до решения суда о признании подозреваемого или обвиняемого невменяемым лечебные мероприятия осуществляются в стационаре медицинской части следственного изолятора с обязательной изоляцией больного от остальных подозреваемых, обвиняемых и осужденных.

После вынесения судебного решения о невменяемости больного до перевода в психиатрическую больницу специализированного типа с интенсивным наблюдением лечебные мероприятия также осуществляются в стационаре медицинской части следственного изолятора с обязательной изоляцией от остальных подозреваемых, обвиняемых и осужденных.

Подозреваемые, обвиняемые и осужденные больные, находящиеся в стационаре медицинской части Учреждения в связи с наличием психического расстройства, осматриваются врачом-психиатром Учреждения не реже двух раз в неделю. В случае отсутствия в штатах Учреждения врача-психиатра лечебные мероприятия осуществляются начальником медицинской части или врачом-терапевтом по рекомендациям врача-психиатра лечебно-профилактических учреждений и лечебных исправительных учреждений УИС или специализированных учреждений психиатрического профиля государственной и муниципальной систем здравоохранения.

Результаты осмотра вносятся в медицинскую карту стационарного больного. При выписке больного из стационара составляется подробный эпикриз, который переносится в медицинскую карту амбулаторного больного.

Лицам с психическими расстройствами, требующим стационарного лечения, помощь оказывается в условиях медицинской части Учреждения, а в тяжелых и длительно не купирующихся случаях - в межобластных психиатрических больницах и психиатрических отделениях общесоматических больниц УИС.

Углубленное и всестороннее обследование в стационаре больных, страдающих хроническим психическим заболеванием, является обязательным при решении вопроса о досрочном освобождении осужденного от дальнейшего отбывания наказания в связи с болезнью.

Психиатрическое освидетельствование проводится в установленном порядке врачебной комиссией, состоящей из врачей учреждений уголовно-исполнительной системы. В составе комиссии должно быть не менее 2 врачей-психиатров. По результатам составляется акт психиатрического освидетельствования осужденного. Данная категория больных должна находиться в больнице (отделении) до окончательного решения суда по представленным администрацией больницы материалам.

В случае решения суда о применении принудительных мер медицинского характера больной этапировается в психиатрическую больницу специализированного типа с интенсивным наблюдением.

✓ *Венерические заболевания и заразные кожные болезни (п. 279 – 310
Порядка)*

Каждый поступающий в следственный изолятор тщательно осматривается с целью выявления признаков венерического заболевания или заразных кожных болезней. Особое внимание уделяется состоянию кожных покровов волосистой части головы, слизистых оболочек полости рта, половых органов, анальной области. Пальпируются шейные, подчелюстные, над- и подключичные, подмышечные и паховые лимфатические узлы.

При подозрении на заболевание сифилисом или гонореей больной обязательно осматривается врачом-дерматовенерологом.

Обоснование диагноза венерического заболевания оформляется в медицинской карте амбулаторного больного.

Обязательному серологическому обследованию на сифилис подвергаются все поступившие в СИЗО с контрольным серологическим исследованием через 3 месяца.

Клинико-лабораторному обследованию на гонорею подлежат лица, привлекаемые к уголовной ответственности по [ст. 121, 122, 131, 132, 134, 135](#) Уголовного кодекса Российской Федерации, и все женщины, в том числе несовершеннолетние.

С целью профилактики врожденного сифилиса в следственных изоляторах и ИУ всем беременным женщинам проводится обязательное трехкратное серологическое обследование.

Если при изучении 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 следственного изолятора в трехдневный срок делает запрос в кожно-венерологический диспансер 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. При положительных результатах обследования проводится лечение скрытого сифилиса в установленном порядке.

После установления клинического диагноза венерического заболевания и при отсутствии противопоказаний незамедлительно назначается необходимое лечение.

При выявлении венерического заболевания медицинская часть Учреждения направляет извещение по установленной форме в кожно-венерологический диспансер по месту жительства больного до ареста.

Если больному сифилисом в учреждениях здравоохранения лечение было не закончено, то лечение такому больному проводится заново.

После окончания полноценной специфической терапии любым методом больные сифилисом и лица, получившие превентивное лечение, находятся на клинко-серологическом контроле.

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).

Взрослые и дети, получившие превентивное лечение после полового или тесного бытового контакта с больными ранними формами сифилиса, подлежат однократному клинко-серологическому обследованию через 3 месяца после лечения. Если превентивное лечение проводилось в связи с переливанием крови от больного сифилисом, то контроль продолжается в течение 6 месяцев.

Дети, родившиеся от матерей, больных сифилисом, но сами не болевшие врожденным сифилисом, подлежат клинко-серологическому контролю в течение 1 года, независимо от того, получали они профилактическое лечение или нет.

Больные нейросифилисом, независимо от стадии развития заболевания, должны находиться под наблюдением в течение 3 лет. Результаты лечения контролируются с помощью серологических исследований сыворотки крови в сроки, указанные выше, а также обязательным ликворологическим обследованием в динамике 1 раз в 6 месяцев до полной санации ликвора.

Лица с серорезистентностью находятся на клинко-серологическом контроле в течение 3 лет.

Обязательному серологическому обследованию на сифилис подвергаются осужденные, имевшие длительные свидания и краткосрочные отпуска, с контрольной вассерманизацией через 3 месяца.

При выявлении больных с заразными формами сифилиса проводится их немедленная изоляция. Обязательной госпитализации после установления диагноза подлежат больные с заразной формой (сифилис первичный, вторичный) и больные ранним скрытым сифилисом (впервые установленным) для проведения превентивного лечения.

Госпитализация больных с инфекциями, передающимися половым путем, осуществляется в кожно-венерологические отделения больниц УИС или в другие отделения (инфекционные, терапевтические), в которых для них выделяются

отдельные койки (палаты). При невозможности направления в больницу больные венерическими заболеваниями госпитализируются в стационары медицинских частей учреждений с выделением для них отдельных коек (палат).

Больные, страдающие сифилисом с поражением внутренних органов и нервной системы, после консультации врача-дерматовенеролога получают специфическое лечение в профильных отделениях больниц. При сифилисе внутренних органов лечение проводят в терапевтических отделениях, при сифилисе нервной системы - в неврологических отделениях.

С целью выявления гонореи и сопутствующих урогенитальных инфекций взятие клинического материала для лабораторного исследования осуществляется из всех очагов возможного поражения (из уретры, влагалища, шейки матки и прямой кишки; ротоглотки - по показаниям). Особое внимание при обследовании на гонорею следует обращать на женщин с хроническими воспалительными заболеваниями мочеполовой системы.

Лабораторная верификация диагноза гонореи базируется на результатах микроскопического и (или) культурального исследований.

У лиц, привлекаемых к уголовной ответственности за насильственные действия сексуального характера, проводится дополнительное исследование материала из прямой кишки.

При отрицательных результатах обследования на гонорею и наличии анамнестических данных (половой контакт с больным гонореей в срок до 60 дней) проводится профилактическое лечение.

После установления диагноза венерического заболевания с больным проводится беседа о характере заболевания, правилах поведения, сроках лечения и контрольного наблюдения, действующем законодательстве о венерических болезнях. Одновременно заполняется бланк предупреждения лицу, заболевшему венерической болезнью, на котором ставятся подписи больного и врача, после чего предупреждение приобщается к медицинской карте амбулаторного больного или медицинской карте стационарного больного.

После установления диагноза венерического заболевания медицинская часть Учреждения в суточный срок направляет в центр госсанэпиднадзора территориального органа УИС экстренное извещение о заболевании.

Перед убытием больного с венерическим заболеванием из следственного изолятора в ИУ врач-дерматовенеролог или врач-терапевт делает запись в медицинской карте амбулаторного больного подозреваемого, обвиняемого, осужденного в виде этапного эпикриза с рекомендациями по дальнейшему лечению и контрольному наблюдению.

Запрещается отправка в другие Учреждения лиц с заразными формами сифилиса и гонореей (до проведения им курса противосифилитического или противогонорейного лечения), а также с заразными формами кожных болезней.

После прибытия в исправительное учреждение больные, прошедшие курс лечения венерического заболевания, ставятся на диспансерный учет для дальнейшего прохождения лечения и серологического контроля. При отсутствии в штате медицинской части врача-дерматовенеролога ведение этих больных возлагается на врача другой специальности (терапевта) или врача-гинеколога (в женских ИУ).

При представлении к условно-досрочному освобождению осужденного, не прошедшего полного курса обязательного лечения венерического заболевания,

информация о проведенном лечении и перспективах выздоровления направляется в суд.

Осужденным, не прошедшим полного курса лечения венерического заболевания, до окончания курса лечения выезды за пределы исправительных учреждений не предоставляются.

При выявлении факта заражения осужденного венерическим заболеванием, которое могло произойти во время длительного свидания, медицинская часть ИУ направляет в кожно-венерологический диспансер поручение о привлечении к обследованию на эти заболевания предполагаемого источника заражения.

О больных, не снятых с диспансерного учета, у которых заканчивается срок отбывания наказания, медицинская часть ИУ за месяц до освобождения информирует кожно-венерологический диспансер по избранному месту жительства освобождающегося. При этом указываются диагноз заболевания, характер проведенного лечения, сроки сероконтроля.

В случае возникновения группового венерического заболевания в Учреждении устанавливается усиленное медицинское наблюдение за осужденными на время проведения комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий. Одновременно проводится изоляция заболевших и их половых партнеров. Все содержащиеся в Учреждении подвергаются целевому профилактическому осмотру врачами-специалистами с обязательным проведением серологических реакций. По заключению врача-дерматовенеролога целевой осмотр повторяется через 3 месяца, а телесные осмотры проводятся еженедельно в течение 2 месяцев после регистрации группового заболевания.

Проведение противоэпидемических мероприятий в очаге вспышки инфекции, передающейся половым путем (изоляция и госпитализация больных, выявление источника заражения и контактных лиц), возлагается на медицинские части учреждений УИС, под контролем центров госсанэпиднадзора территориальных органов УИС.

При гнойничковых заболеваниях кожи наряду со своевременным полноценным лечением осуществляется комплекс профилактических мероприятий. Необходимо соблюдение гигиенического режима, улучшение производственных и бытовых условий, исключение факторов, способствующих развитию гнойничковой инфекции кожи, постоянный уход за кожей, особенно после окончания работы на производстве, использование во время санитарной обработки индивидуальных мочалок, правильного режима стирки белья в прачечной с обязательным его глажением.

На производственных объектах должна быть организована само- и взаимопомощь при обработке ран и мелких повреждений кожи. Для этой цели необходимо иметь аптечки, которые хранятся у одного лица (мастера). В целях профилактики гнойничковых заболеваний рабочим применяются индивидуальные средства защиты кожных покровов, предохраняющие их от загрязнения и раздражения (рукавицы, защитные мази, пасты, кремы).

В медицинских частях Учреждений на больных микозами кожи стоп заводятся карты диспансерного наблюдения, в которых отражаются проведенное лечение и данные наблюдения.

Профилактика микозов стоп должна быть комплексной, предусматривающей воздействие на все звенья эпидемиологической цепи, включающей в себя: соблюдение санитарно-гигиенических норм и правил, гигиеническое воспитание,

своевременное выявление, диспансерное наблюдение и лечение больных микозами.

Для профилактики микозов стоп в местах прохождения санитарной обработки, в банях, душевых деревянные решетки заменяют резиновыми или пластмассовыми ковриками как более гигиеничными и легко обеззараживаемыми, содержащиеся в Учреждении лица обеспечиваются продезинфицированными мочалками, банной обувью с обязательной последующей ее дезинфекцией. 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.

Основной профилактической мерой против распространения чесотки является раннее выявление больных при всех видах медицинских осмотров, а также на амбулаторных приемах в медицинских частях учреждений УИС.

В случае обнаружения больного чесоткой медицинский работник немедленно изолирует больного и начинает его лечение в стационаре медицинской части. Одновременно проводится камерная дезинфекция одежды больного, белья и постельных принадлежностей. При отсутствии камеры верхняя одежда тщательно проветривается, а белье проглаживается горячим утюгом.

В день выявления больного чесоткой проводится тщательный медосмотр контактных лиц с последующей санобработкой.

✓ ВИЧ-инфекция (п. 311 – 314 Порядка)

Организация диагностики, лечения, диспансерного наблюдения и содержания ВИЧ-инфицированных осуществляется на основании требований законодательства в отношении этой инфекции.

Все выявленные ВИЧ-инфицированные лица берутся на диспансерный учет.

Диспансерное наблюдение должно обеспечить выполнение следующих задач:

- выявление и лечение имеющих у больного или вновь возникающих заболеваний, способствующих более быстрому прогрессированию ВИЧ-инфекции;
- максимально раннее выявление признаков прогрессирования ВИЧ-инфекции;
- своевременное назначение специфической терапии;
- оказание всех видов квалифицированной медицинской помощи при соблюдении врачебной тайны.

При постановке больного на учет производится его первичное обследование, целью которого является подтверждение диагноза ВИЧ-инфекции, установление стадии болезни, выявление имеющих у больного вторичных и сопутствующих заболеваний для определения тактики дальнейшего ведения больного.

Повторные обследования проводятся при ухудшении состояния больного и в плановом порядке в зависимости от стадии болезни.

Цель планового обследования - своевременное выявление угрозы прогрессирования болезни. Повторные плановые обследования проводят в следующие сроки:

Стадия болезни	Уровень CD4	Интервалы (в неделях)
2-Б, В	> 500	24
	< 500	12
	неизвестно	24
3-А, Б, В	> 500	24
	< 500	12
	неизвестно	12
4	в зависимости от клинической картины	

Примечания: если впервые выявлено CD < 200 (кроме 3В; 4 стадии), то повторить CD4 через 1 месяц.

В стадии 3В при CD < 200 или неизвестном показателе врачебный осмотр проводят ежемесячно.

Дополнительное обследование проводится по клиническим показаниям. При экстренном обращении врач самостоятельно определяет объем обследования.

При обострении у ВИЧ-инфицированных вторичных заболеваний или развитии терминальной стадии такие больные содержатся отдельно от других ВИЧ-инфицированных.

В период ремиссии вторичных заболеваний у ВИЧ-инфицированных осужденных им могут быть разрешены прогулки и трудовая деятельность с учетом наличия медицинских противопоказаний.

Госпитализация больного ВИЧ-инфекцией может проводиться по клиническим, эпидемиологическим и социально-психологическим показаниям.

Клинические показания: возникновение признаков прогрессирования ВИЧ-инфекции, проявляющееся в виде вторичных 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 кровохаркания, вторичных заболеваний, которые могут представлять опасность для окружающих (открытые формы туберкулеза).

Социально-психологические показания определяются с участием медицинского специалиста (психиатра). Стационарное лечение больных следует проводить в специализированных учреждениях или отделениях. При их отсутствии лучше использовать инфекционные стационары (желательно их боксовые отделения), что облегчает сохранение врачебной тайны и оберегает больного с ВИЧ-инфекцией от контактов с инфекционными больными.

✓ *Туберкулез (п. 315 – 356)*

Руководство Учреждений обеспечивает организацию и проведение комплекса противотуберкулезных мероприятий, в том числе санитарно-просветительную

работу по вопросам профилактики, раннего выявления туберкулеза и контролируемого лечения больных, страдающих туберкулезом.

Туберкулезные больницы являются организационно-методическими центрами по противотуберкулезной работе в Учреждениях. Непосредственное руководство по данному направлению деятельности, а также координацию и взаимодействие с учреждениями и территориальными органами управления здравоохранения осуществляют главные фтизиатры (инспекторы-фтизиатры), старшие инспекторы.

Основными принципами оказания противотуберкулезной помощи являются:

- активная профилактика туберкулеза;
- ранняя диагностика туберкулеза (особенно бациллярных форм туберкулеза легких) и их эффективное лечение;
- своевременное направление выявленных больных в противотуберкулезные медицинские организации;
- своевременное выявление лиц, контактировавших с больными туберкулезом, их обследование, профилактическое лечение, диспансерное наблюдение;
- изолированное и раздельное содержание:

больных активным туберкулезом от лиц, не состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания;

лиц, наблюдающихся в "0" группе диспансерного учета (далее - ГДУ), от больных I и II ГДУ;

больных, состоящих на учете в I ГДУ, от лиц, состоящих на учете во II ГДУ;

больных, выделяющих микобактерии туберкулеза (далее - МБТ), от других больных активным туберкулезом;

бактериовыделителей с множественной лекарственной устойчивостью (далее - МЛУ) и полирезистентностью от других больных, выделяющих МБТ;

- проведение диспансерного учета, диагностических мероприятий, а также лечения больных туберкулезом в установленном порядке;

- преемственность в диагностике, лечении и диспансерном наблюдении больных туберкулезом с учреждениями государственной и муниципальной систем здравоохранения;

- этапность при проведении противотуберкулезных мероприятий;

- обязательное соблюдение противозидемического режима.

К медицинским противотуберкулезным организациям уголовно-исполнительной системы относятся:

- ЛИУ для содержания и лечения осужденных, больных туберкулезом;

- туберкулезные больницы;

- бактериологические лаборатории по диагностике туберкулеза.

Учреждения (исправительные учреждения, следственные изоляторы), в которых созданы изолированные участки для содержания и лечения больных туберкулезом, а также туберкулезные лечебно-диагностические отделения больниц либо медицинских частей, иные медицинские подразделения, оказывающие противотуберкулезную помощь подозреваемым, обвиняемым и осужденным, исполняют функции медицинских противотуберкулезных организаций.

С целью выявления, диагностики, дифференциальной диагностики туберкулеза, эффективного лечения в Учреждениях проводятся:

- рентгено-флюорографическое исследование органов грудной клетки лицам, содержащимся в Учреждениях;

- трехкратное исследование мокроты на кислотоустойчивые микобактерии (далее - КУМ) у лиц:

с симптомами заболевания, подозрительными на туберкулез;

с продолжительным кашлем (более 3-х недель), сопровождающимся выделением мокроты, мокроты с кровью, болями в грудной клетке;

наличием рентгенологических изменений в легких, подозрительных на туберкулез;

контактировавших с больным туберкулезом, выделяющим МБТ;

- профилактические и противозидемические мероприятия;

- дополнительное обследование и диспансерное наблюдение лиц, относящихся к группам риска по заболеванию туберкулезом;

- санитарно-просветительная работа по проблемам, связанным с туберкулезом.

При подозрении на туберкулез медицинский работник Учреждения немедленно докладывает об этом начальнику медицинской части и принимает меры, направленные на изоляцию пациента.

На всех лиц, имеющих в анамнезе туберкулез, направляются запросы по месту предыдущего учета больного.

Одним из основных методов исследования диагностики туберкулеза является микробиологическое исследование мокроты и другого диагностического материала. Оно проводится методами:

- прямой микроскопии;

- люминесцентной микроскопии;

- посева осадка мокроты (иного материала) на питательные среды с определением чувствительности, выделенных штаммов МБТ к противотуберкулезным препаратам.

Больные с хроническим течением туберкулезного процесса (постоянно выделяющие мокроту) обследуются указанным методом периодически, но не реже 1 раза в 6 месяцев.

Группы риска по заболеванию туберкулезом формируются для проведения дополнительных диагностических мероприятий (включает клинический минимум исследований на туберкулез) из лиц, имеющих отягощающие факторы, к которым относятся:

- гиперергическая реакция на туберкулин у несовершеннолетних;

- кашель более 3 недель;

- кровохарканье;

- лихорадка более 3 недель;

- снижение массы тела;

- отдельные заболевания и состояния, к которым относятся:

сахарный диабет;

язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;

перенесенные резекции желудка или гастрэктомия;

хронические неспецифические заболевания органов дыхания;

пневмония;

заболевания мочеполовых органов, сопровождающиеся гематурией и пиурией;

психические заболевания, а также наркомания, алкоголизм;

заболевание ВИЧ-инфекцией;

длительное лечение лекарственными препаратами групп кортикостероидов и цитостатиков;

- иммунодефицитные состояния;
- посттуберкулезные изменения в легких;
- нахождение на учете в III, IV ГДУ.

Клинический минимум исследований на туберкулез включает:

- опрос и осмотр;
- рентгено-флюорографическое исследование органов грудной клетки;
- микробиологические исследования мокроты на туберкулез (методами прямой микроскопии трехкратно или методом люминесцентной микроскопии);
- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- туберкулинодиагностика по показаниям.

Клинический минимум исследований на туберкулез проводится при наличии двух и более указанных факторов риска, при выявлении указанных заболеваний или симптомов.

С целью повышения качества выявления и диагностики туберкулеза приказом за подписью начальника ЛИУ, ЛПУ создается врачебная комиссия, в состав которой включаются наиболее подготовленные специалисты. Комиссия проводит заседания в зависимости от объема работы 1 - 2 раза в неделю, ее решения записывают в специальный журнал.

При необходимости комиссия осуществляет выезды в исправительные учреждения и следственные изоляторы.

Подтверждение диагноза туберкулеза производится только решением данной комиссии, она же определяет группу диспансерного учета. Для замены временно отсутствующих членов комиссии предусматривается дублирующий состав. Наиболее сложные случаи представляются на центральную врачебную контрольную комиссию (далее - ЦВКК) областного (краевого, республиканского) противотуберкулезного диспансера (далее - ПТД).

Перевод больных из одной группы диспансерного учета в другую осуществляется также решением врачебной комиссии и оформляется эпикризом, который приобщается к медицинской карте амбулаторного больного.

Извещение на каждого впервые выявленного больного активным туберкулезом в Учреждении направляется в вышестоящее медицинское подразделение и областные, краевые, республиканские и другие ПТД, которое заполняется врачом (фельдшером) по месту выявления, после комиссионного подтверждения диагноза туберкулеза.

С целью исключения повторной регистрации, ежеквартально и в конце года проводится сверка имеющейся в Учреждениях информации с данными областного (краевого, республиканского) ПТД о количестве впервые выявленных больных туберкулезом.

При выявлении туберкулеза больной госпитализируется в противотуберкулезное ЛПУ либо в туберкулезное отделение Учреждения.

Если подтверждение диагноза туберкулеза требует проведения дополнительных методов исследования, выполнение которых невозможно обеспечить в Учреждении, а также пробного лечения, лицо с подозрением на туберкулез направляется в ЛПУ.

При направлении на лечение в медицинскую карту больного вкладываются флюорографические кадры и рентгеновские снимки с выявленными туберкулезными изменениями.

При выявлении туберкулеза, поступлении в Учреждение больного туберкулезом, помимо указанных документов, заполняется Карта учета больного туберкулезом, которая приобщается к медицинской карте и находится в ней до освобождения подозреваемого, обвиняемого или осужденного.

При освобождении подозреваемого, обвиняемого или осужденного, страдающего активным туберкулезом, а также больного с подозрением на активный туберкулез (окончательный диагноз которым из-за освобождения еще не был установлен), в ПТД, расположенный по месту предполагаемого жительства, направляются выписка из медицинской карты амбулаторного больного (истории болезни). Копия выписки из медицинской карты амбулаторного больного (истории болезни) выдается больному на руки.

Карта учета больного туберкулезом направляется на хранение в следственный изолятор, расположенный в областном (республиканском, краевом) центре.

После успешно завершенного стационарного этапа лечения и прекращения бактериовыделения осуществляется перевод больных на амбулаторное лечение в противотуберкулезные ЛИУ.

Выдача медикаментов на амбулаторном этапе лечения производится в порядке, определенном [Правилами](#) обеспечения лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больных туберкулезом бесплатными медикаментами для лечения туберкулеза в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 17.11.2004 N 645 <*>.

В противотуберкулезных ЛИУ больные, проходящие амбулаторное лечение, размещаются и содержатся в соответствии с принципами отдельного и изолированного содержания, до их перевода в III ГДУ.

При невозможности содержания больных туберкулезом в противотуберкулезных ЛИУ они направляются в изолированные участки ИУ, специально создаваемые для содержания таких больных, с соблюдением противоэпидемического режима, установленного для противотуберкулезных организаций.

При выявлении у больных признаков реактивации туберкулеза они подлежат немедленной изоляции (помещению в инфекционный изолятор медицинской части Учреждения) и направлению на стационарное лечение в противотуберкулезные учреждения. После убытия больного туберкулезом в помещениях, где он находился (очаг туберкулезной инфекции), проводится заключительная дезинфекция.

Мероприятия в очаге туберкулезной инфекции <*> проводятся в соответствии с [санитарными нормами](#) и правилами. Контроль за проведением работы в очагах туберкулезной инфекции осуществляют ведомственные центры Государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Работа в очаге туберкулезной инфекции включает в себя:

- своевременную изоляцию больного (помещение в изолятор медицинской части) до направления в больницу;
- определение источника инфекции;
- выявление лиц, контактирующих с больным активным туберкулезом, взятие их на диспансерный учет, проведение профилактического лечения;
- проведение дезинфекции;

- санитарно-просветительную работу (лекции, беседы, выпуск санитарных бюллетеней).

Заключительную дезинфекцию в очаге осуществляют не позднее 24 часов во всех случаях убытия больного из очага (на длительный срок), в том числе смерти.

Заключительную дезинфекцию проводят перед проведением капитального ремонта помещений, зданий, где содержались больные туберкулезом, а также перед сносом указанных строений.

Сведения о проведенной дезинфекционной работе заносятся в журнал дезинфекций, который хранится в медицинской части Учреждения.

Лиц, переведенных на учет в III ГДУ, в ИУ, целесообразно размещать для проживания отдельно от лиц, не состоящих на диспансерном учете по туберкулезу.

Лица, состоящие на учете в IV ГДУ, размещаются в Учреждениях на общих основаниях.

Профилактическое и противорецидивное лечение туберкулеза назначается и проводится врачом-фтизиатром, а при его отсутствии осуществляется иным медицинским работником, после консультации фтизиатра.

Состоящим на учете в III ГДУ лицам один (два) раза в год двумя противотуберкулезными препаратами проводятся трехмесячные курсы противорецидивного лечения.

Профилактическое лечение туберкулеза проводится ежедневно или через день двумя противотуберкулезными препаратами.

Лицам, контактировавшим с больными, выделяющими МБТ, лекарственная устойчивость которых известна, проводится лечение 2 препаратами, к которым сохранена чувствительность.

Лицам, состоящим на учете в IV ГДУ, проводят курс профилактического противотуберкулезного лечения в течение 3 - 6 месяцев, а также общеукрепляющие мероприятия.

Профилактическое лечение проводится в амбулаторных условиях, обеспечивая строгий контроль за приемом лекарственных препаратов. В медицинской карте амбулаторного больного подозреваемого, обвиняемого или осужденного производятся соответствующие записи с обязательными отметками о приеме препаратов.

До установления окончательного диагноза профилактическое противотуберкулезное лечение не проводится лицам, у которых имеются клинические, лабораторные либо рентгенологические данные, позволяющие предполагать развитие туберкулеза.

Отказ от проведения профилактического лечения оформляется соответствующей записью в медицинской документации и подписывается подозреваемым, обвиняемым или осужденным, а также медицинским работником после беседы, в которой в доступной для него форме разъясняются возможные последствия отказа от предлагаемого лечения.

Нежелание подозреваемого, обвиняемого либо осужденного подтвердить отказ от предлагаемого лечения личной подписью фиксируется в медицинской документации комиссионно.

Постановка на учет, назначение профилактического противотуберкулезного лечения и диетического питания лицам, находившимся в контакте с туберкулезной инфекцией, проводится после установления диагноза туберкулеза у больного, явившегося источником данной инфекции.

В случае повторного контакта лица, состоящего на учете по IV ГДУ, с больным, страдающим активным туберкулезом, ему вновь проводятся необходимые лечебно-диагностические мероприятия, а срок наблюдения определяется с момента повторного контакта.

Диетическое питание по установленной норме назначается <*>:

 - больным туберкулезом I, II ГДУ и лицам, состоящим на учете в III ГДУ;
 - лицам, состоящим на учете в 0, IV, V, VI ГДУ, - на период пробного или профилактического лечения.

Сведения о назначаемом подозреваемому, обвиняемому или осужденному диетическом питании вносятся в медицинскую карту амбулаторного больного.

В случае отказа от приема противотуберкулезных препаратов лицами, состоящими на учете по 0, IV, III ГДУ, диетическое питание не назначается.

Труд больных туберкулезом организуется и проводится под постоянным наблюдением и контролем медицинского персонала Учреждения. К труду (в том числе оплачиваемому) могут привлекаться больные туберкулезом, признанные в установленном порядке трудоспособными. Трудоустройство, а также продолжительность рабочего дня указанных лиц определяется с учетом вынесенного клинико-экспертного заключения.



❖ **Приказ Минюста России от 26.02.2016 N 48 «Об установлении повышенных норм питания, рациона питания и норм замены одних продуктов питания другими, применяемых при организации питания осужденных к лишению свободы, а также подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений, находящихся в учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний, на мирное время»**

Приложение N 4
 к приказу Минюста России
 от 26.02.2016 № 48

**ПОВЫШЕННАЯ НОРМА
 ПИТАНИЯ ДЛЯ ОСУЖДЕННЫХ К ЛИШЕНИЮ СВОБОДЫ,
 ЯВЛЯЮЩИХСЯ
 ИНВАЛИДАМИ I И II ГРУПП, СОДЕРЖАЩИХСЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ
 ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ, НА МИРНОЕ
 ВРЕМЯ**

п/п	Наименование продукта	Количество на одного человека в сутки (граммов) <1>	
		му жчины	жен щины

	Хлеб из смеси муки ржаной обдирной и пшеничной 1 сорта	300	200
	Хлеб пшеничный из муки 2 сорта	250	250
	Мука пшеничная 2 сорта	5	5
	Крупы разные	90	90
	Макаронные изделия	30	30
	Мясо	90	90
	Рыба потрошенная без головы	100	100
	Маргариновая продукция	35	30
	Масло коровье	20	20
0	Масло растительное	20	20
1	Молоко питьевое (мл) <2>	250	250
2	Яйцо куриное (штук в неделю)	3,5	3,5
3	Сахар	30	30
4	Соль поваренная пищевая	20	15
5	Чай натуральный	1	1
6	Лавровый лист	0,1	0,1
7	Горчичный порошок	0,2	0,2
8	Томатная паста	3	3
9	Картофель	550	500
0	Овощи	250	250
	в том числе:		
	капуста	120	120

	свекла	30	30
	морковь	30	30
	лук репчатый	40	40
	огурцы, помидоры, кабачки, коренья, зелень	30	30
1	Мука соевая текстурированная (с массовой долей белка не менее 50%)	10	10
2	Кисели сухие витаминизированные	25	25
	или фрукты сушеные	10	10

 <1> Количество продуктов указано без учета их первичной и тепловой обработки.

<2> 1 грамм молока, соков, компотов и других напитков приравнивается к 1 миллилитру (мл).

Приложение № 5
 к приказу Минюста России
 от 26.02.2016 № 48

*ПОВЫШЕННАЯ НОРМА
 ПИТАНИЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ <1>, ОСУЖДЕННЫХ К ЛИШЕНИЮ
 СВОБОДЫ,
 ПОДОЗРЕВАЕМЫХ И ОБВИНЯЕМЫХ В СОВЕРШЕНИИ
 ПРЕСТУПЛЕНИЙ,
 СОДЕРЖАЩИХСЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ
 ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ, НА МИРНОЕ ВРЕМЯ*

п/п	Наименование продукта	Количество на одного человека в сутки (граммов) <2>
	Хлеб из смеси муки ржаной обдирной и пшеничной 1 сорта	200
	Хлеб пшеничный из муки 2 сорта	200
	Мука пшеничная 2 сорта	5
	Крупы разные	70
	Макаронные изделия	20
	Мясо	100
	Рыба потрошенная без головы	100

	Масло коровье	20
	Маргариновая продукция	15
0	Масло растительное	20
1	Молоко питьевое (мл) <3>	250
2	Яйцо куриное (штук в неделю)	3,5
3	Сахар	40
4	Соль поваренная пищевая	10
5	Чай натуральный	1
6	Лавровый лист	0,1
7	Горчичный порошок	0,2
8	Томатная паста	3
9	Картофель	400
0	Овощи	300
	в том числе:	
	капуста	130
	свекла	30
	морковь	50
	лук репчатый	50
	огурцы, помидоры, кабачки, коренья, зелень	40
1	Мука соевая текстурированная (с массовой долей белка не менее 50%)	10
2	Крахмал сухой картофельный	1

3	Кисели сухие витаминизированные	25
	или фрукты сушеные	15

 <1> За исключением больных, находящихся на излечении или стационарном обследовании (освидетельствовании) в медицинских учреждениях государственной или муниципальной систем здравоохранения, за плату или обеспечиваемых по другим нормам лечебного питания.

<2> Количество продуктов указано без учета их первичной и тепловой обработки.

<3> 1 грамм молока, соков, компотов и других напитков приравнивается к 1 миллилитру (мл).

Примечания:

1. По данной норме обеспечиваются:

а) больные, находящиеся на стационарном лечении в учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний;

б) больные, находящиеся на амбулаторном лечении по поводу язвенной болезни, злокачественных новообразований, дистрофии, авитаминоза, анемии, сахарного диабета;

в) больные ВИЧ-инфекцией вне зависимости от места содержания;

г) больные, наблюдающиеся по поводу туберкулеза 0, I, II, V групп диспансерного учета, вне зависимости от места содержания;

д) лица, наблюдающиеся по поводу туберкулеза III группы диспансерного учета, вне зависимости от места содержания;

е) лица, наблюдающиеся по поводу туберкулеза IV группы диспансерного учета, на период проведения химиотерапии вне зависимости от места содержания;

ж) больные сахарным диабетом вне зависимости от места содержания.

2. Дополнительно к данной норме выдается на одного человека в сутки:

а) больным, находящимся на стационарном и амбулаторном лечении по поводу туберкулеза (I, II, V групп диспансерного учета), дистрофии, язвенной болезни, авитаминоза, анемии, злокачественных новообразований, больным ВИЧ-инфекцией, а также лицам, наблюдающимся по поводу туберкулеза III группы диспансерного учета, на период проведения химиотерапии: хлеба пшеничного из муки 2 сорта - 50 г; макаронных изделий - 10 г; овощей - 50 г; сахара - 5 г; мяса - 50 г; мяса птицы - 20 г; молока питьевого - 250 мл; сока - 100 мл; масла коровьего - 20 г; творога - 50 г;

б) осужденным, страдающим психическими расстройствами, находящимся на лечении в психиатрических больницах (отделениях), во время проведения инсулинно-шоковой терапии (25 - 30 суток): сахара - 200 г;

в) больным сахарным диабетом: муки пшеничной 2 сорта - 5 г; мяса - 50 г; мяса птицы - 20 г; масла растительного - 5 г; масла коровьего - 10 г; сахара - 10 г; чая натурального - 1 г; томатной пасты - 2 г; овощей - 100 г, в том числе капусты - 50 г, свеклы - 15 г, моркови - 15 г, лука репчатого - 10 г, огурцов, помидоров, кабачков, кореньев, зелени - 10 г; фруктов сушеных - 5 г; сока - 100 мл; творога - 50

г. Уменьшить норму питания для больных сахарным диабетом на одного человека в сутки: соль поваренная пищевая - на 4 г, картофель - на 100 г.

3. Питание беременных женщин, кормящих матерей, находящихся на стационарном лечении в лечебных учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний, осуществляется по нормам питания, установленным [приложениями N 1, 2](#) к настоящему приказу.

4. Питание несовершеннолетних больных, находящихся на стационарном лечении в лечебных учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний, а также находящихся в оздоровительных группах, осуществляется по норме питания, установленной [приложением N 3](#) к настоящему приказу.



Полезные адреса:

УФСИН России по Архангельской области

Начальник Купеев Алан Борисович

Адрес: 163000, г. Архангельск, просп. Троицкий, д.96

Тел. (8182) 20-68-81, 41-25-30

E-mail: teletaip@ufsin29.r

Сайт: www.29.fsin.su

Прокуратура Архангельской области

Прокурор Наседкин Виктор Анатольевич

Адрес: 163002, г. Архангельск, пр.Новгородский, д. 15

Тел.: (818-2) 41-02-04

Сайт: www.arhoblprok.ru

Архангельская прокуратура по надзору за соблюдением законов в исправительных учреждениях

Прокурор Пономарев Роман Викторович

Адрес: 163061, г. Архангельск, пр. Никольский, д. 44

Телефон: (818-2) 22-02-62

Онежская прокуратура по надзору за соблюдением законов в исправительных учреждениях

Прокурор Коваль Владимир Павлович

Адрес: 164260, Плесецкий район, пос. Плесецк, ул. Ленина, д. 22

Телефон: (818-32) 7-17-76

Министерство здравоохранения Архангельской области

Министр Карпунов Антон Александрович

Адрес: 163000, г. Архангельск, просп. Троицкий, д. 49

Тел.: (8182) 45-45-00

Сайт: www.minzdrav29.ru

ФКУЗ МСЧ-29 ФСИН России по Архангельской области

Начальник Лучинский Владимир Людвигович

Адрес: 163000, г. Архангельск, просп. Никольский, д. 27

Тел.: (8182) 22-14-61

Территориальный орган Росздравнадзора по Архангельской области и НАО

Руководитель Стародубенко Виктор Георгиевич

Адрес: 163002, г. Архангельск, просп. Новгородский, д. 32

Тел.: (8182) 46-22-27

Сайт: www.29reg.roszdravnadzor.ru

Уполномоченный по правам человека в Архангельской области

Анисимова Любовь Викторовна

Адрес: 163000, г. Архангельск, пл. Ленина, д. 1

Тел. (8182) 20-72-96, 21-14-62

E-mail: upolnom@dvinaland.ru

Сайт: www.pomorupolnom.ru