

При реализации проекта используются средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации от 05.04.2016 № 68-рп и на основании конкурса, проведенного Общероссийской общественной организацией «Российский союз ректоров».

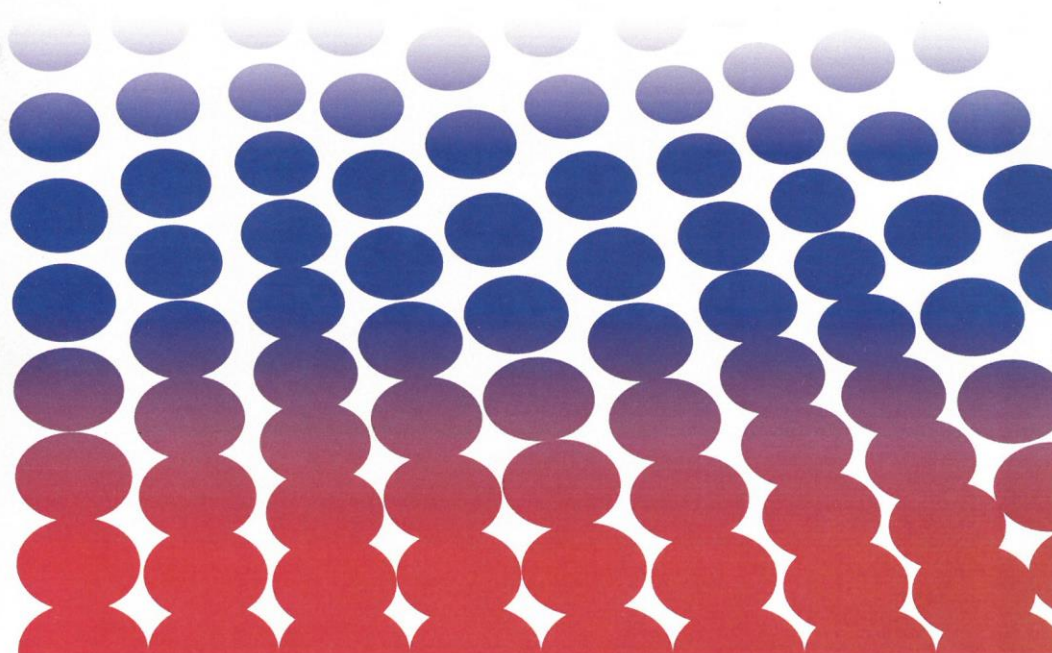
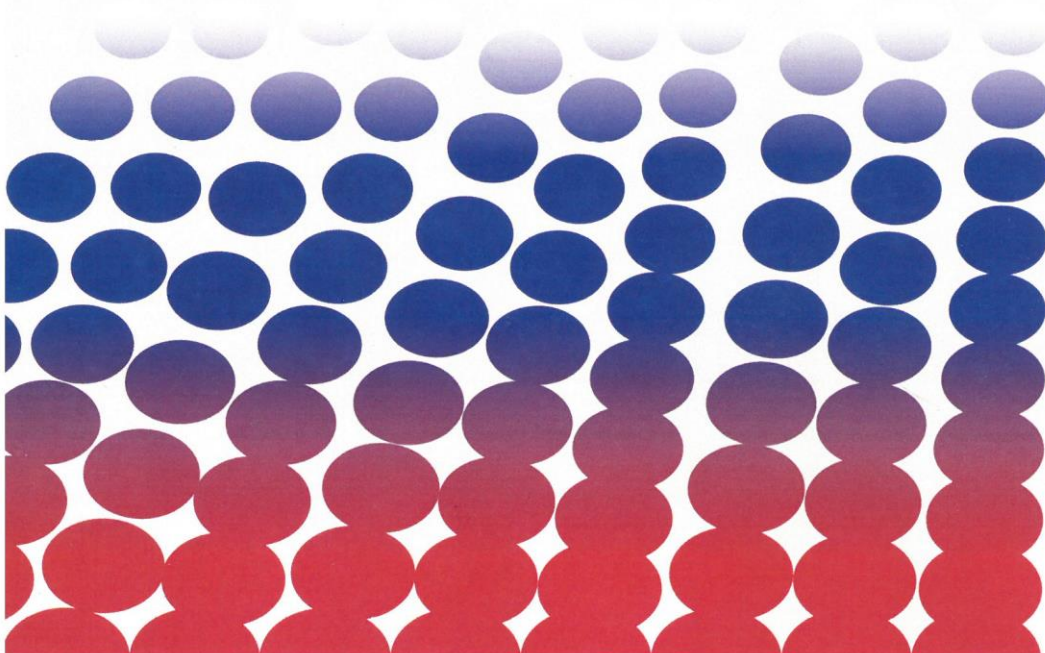
Распространение бесплатное.

Тираж 1100 экз., 2017 г.

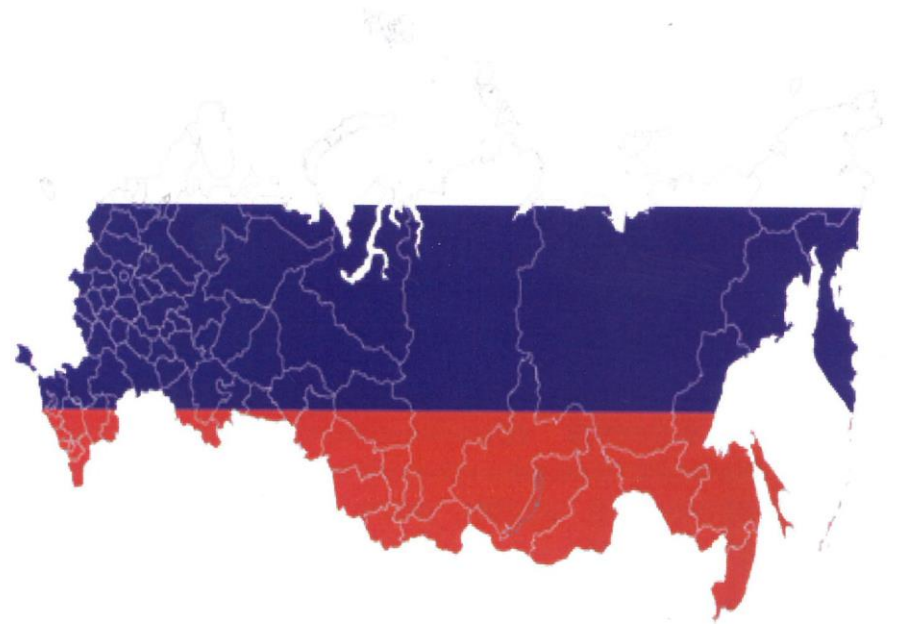
Оказание медицинской помощи в местах принудительного содержания



2017 год



Согласно части 1 статьи 41 Конституции Российской Федерации каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь.



Виды помощи и их содержание:

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. Первичная медико-санитарная помощь оказывается бесплатно в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, в плановой и неотложной формах.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

Специализированная медицинская помощь оказывается бесплатно в стационарных условиях и в условиях дневного стационара врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий).

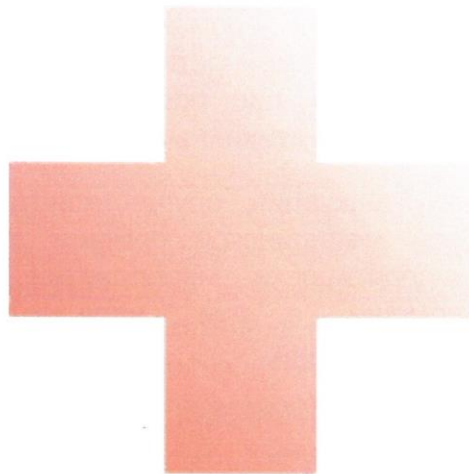
Медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами скорой медицинской помощи с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

Паллиативная медицинская помощь оказывается бесплатно в амбулаторных и стационарных условиях

медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи, и представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

К осужденным к наказаниям, больным алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, ВИЧ-инфицированным осужденным, а также осужденным, больным открытой формой туберкулеза или не прошедшим полного курса лечения венерического заболевания, учреждением, исполняющим указанные виды наказаний, по решению медицинской комиссии применяется обязательное лечение.

Получение медицинской помощи лицам, находящиеся в колонии – поселении получают медицинскую помощь в медицинской организации по месту жительства или отбывания наказания на равных условиях с другими гражданами Российской Федерации. Медицинская помощь оказывается на основании полисов обязательного медицинского страхования. Организация получения таких полисов у страховщиков возложена на начальников колоний – поселений.



Медицинский осмотр лиц, находящихся в режимных корпусах СИЗО, ДИЗО, ШИЗО, ПКТ, изолированных помещениях строгих условий отбывания наказания исправительных учреждений производится в оборудованных комнатах (медицинские кабинеты) для проведения амбулаторного приема подозреваемых, обвиняемых и осужденных.

Медосмотр лицам, прибывшим в СИЗО, проводится первичный медицинский осмотр в кратчайшие сроки до их направления в камеры им для выявления:

а) лиц, представляющих эпидемическую опасность для окружающих;

б) больных, нуждающихся в неотложной помощи.

Особое внимание обращается на наличие наружных проявлений кожных, венерических, инфекционных и других заболеваний, пораженность педикулезом, проводится сбор эпидемиологический анамнеза. Осмотр проводится в специально оборудованной медицинской комнате сборного отделения СИЗО, оснащенной аппаратом для измерения артериального давления, фонендоскопом, термометрами, шпателями для осмотра ротовой полости, рефлектором, весами, ростомером. В медицинской комнате ведется журнал медицинских осмотров СИЗО (карантина), где регистрируются основные данные об осмотренных подозреваемых, обвиняемых и осужденных и выявленных у них заболеваниях и повреждениях. На каждого подозреваемого и обвиняемого заполняется медицинская карта амбулаторного больного установленного образца.

При наличии телесных повреждений у лиц, отбывающих наказание, по инициативе дежурного помощника начальника Учреждения (оперативного дежурного) либо по заявлению лица, имеющего телесные повреждения, а также при выявлении телесных повреждений при осмотре медицинским работником (врачом, фельдшером) составляется акт произвольной формы. Указанный акт составляется в двух экземплярах, один

из которых приобщается к медицинской карте амбулаторного больного, второй экземпляр выдается на руки заключенному под его личную подпись на первом экземпляре акта. О проведении освидетельствования рапортом информируется начальник Учреждения и надзирающий прокурор. Приобщение акта к медицинской карте амбулаторного больного в обязательном порядке отмечается в листе уточненных диагнозов. По согласованию с медработником, осуществляющим освидетельствование, при проведении опроса и осмотра пострадавшего, оформлении мед. документации либо акта с целью обеспечения его безопасности, могут присутствовать иные сотрудники Учреждения.

Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

Лица с подозрением на инфекционное заболевание сразу после осмотра изолируются, производится обязательная дезинфекция их одежды и личных вещей. Размещение больных производится по указанию медицинского работника, а при наличии признаков психического расстройства, в том числе склонности к агрессии и аутоагрессии, – с учетом рекомендаций врача – психиатра и психолога. Срок карантина в связи с инфекционными заболеваниями определяется медицинскими показаниями.

Порядок проведения углубленного врачебного осмотра для тех, кто вновь поступил в СИЗО после мед. освидетельствования в срок не более трех дней с момента прибытия в СИЗО такие лица, кроме следующих транзитом, проходят углубленный врачебный (фельдшерский) осмотр, а также рентгенофлюорографическое обследование. При таком осмотре врач выясняет жалобы, изучает анамнез заболевания и жизни, проводит внешний осмотр с целью обнаружения телесных повреждений, вновь нанесенных татуировок, иных особых примет, проводит всестороннее объективное обследование, используя общепринятые методы осмотра,

пальпации (последовательное ощупывание поверхностных тканей и глубже лежащих органов), перкуссии (постукивании отдельных участков тела и анализе звуковых явлений) и аускультации (выслушивании звуков, образующихся в паренхиматозных и полых органах человека), при наличии показаний назначает дополнительные методы обследования, а получаемую информацию в установленном порядке фиксирует в медицинской карте амбулаторного больного.

Если кто-то следует транзитом, то такие лица получают лечение и обследование только:

- а) в соответствии с сопроводительными документами, прилагаемыми к открытой справке личного дела;
- б) при обращении за медицинской помощью.

Таким образом, больные, следующие транзитом, для получения медицинской помощи должны проявить необходимую инициативу.

Частота проведения медицинских осмотров заключенных в СИЗО после их осмотра при поступлении проводится:

- плановые – не реже 2-х раз в год;
- внеплановые - по показаниям.

Так, при ухудшении состояния здоровья либо в случае получения подозреваемым или обвиняемым телесных повреждений его медицинское освидетельствование, а также оказание медицинской помощи проводятся мед. работниками СИЗО безотлагательно. Мед. освидетельствование включает в себя: медицинский осмотр, при необходимости дополнительные методы исследований и привлечение врачей-специалистов, результаты которых фиксируются в медицинской карте амбулаторного больного и сообщаются освидетельствуемому в доступной для него форме. Если при освидетельствовании будут получены данные, что вред здоровью заключенного

причинен в результате противоправных действий, мед. работник, проводивший медицинский осмотр, письменно информирует об этом руководителя Учреждения.

Всем убывающим из СИЗО проводится обязательное медицинское освидетельствование для определения пригодности к условиям транспортировки. К перевозке не допускаются:

а) больные в острой стадии заболевания; б) больные инфекционными и венерическими заболеваниями; в) пораженные педикулезом, чесоткой, не прошедшие установленный курс лечения; г) нетранспортабельные больные.

По завершении осмотра в мед карте дается заключение о состоянии здоровья каждого убывающего, под которым мед. работник, проводивший осмотр, ставит свою подпись с указанием фамилии, должности и даты. Вместе с личным делом передается и мед карта заключенного.

При отказе заключенного от обследования, лечения или иного медицинского вмешательства оформляется соответствующий отказ в виде записи в медицинской документации и подтверждается личной подписью.

При прибытии в ИУ срок карантина до 15 суток после прохождения мед осмотра для выявления инфекционных и паразитарных заболеваний. В течении карантина осужденные проходят углубленный врачебный осмотр для выявления имеющихся заболеваний, оценки состояния здоровья. При необходимости назначаются дополнительные обследования. Рентгенологическое или флюорографическое обследование органов грудной клетки проводится в возможно кратчайшие сроки (не более 2 недель) при отсутствии данных о проведении этого обследования в течение последних 4 месяцев.

Профилактический осмотр осужденных в исправительных учреждениях проводятся один раз в год.

Два раза в год проходят профилактические мед. осмотры только осужденные, отбывающие наказание в тюрьмах и других исправительных учреждениях при камерном содержании, а также несовершеннолетние осужденные, в том числе отбывающие наказание в воспитательных колониях. При таком осмотре осужденных осматривают, как медицинские работники МСЧ колонии, так и привлеченные врачи – специалисты. В осмотре обязательно принимают участие терапевт, психиатр, стоматолог, а в воспитательных колониях и домах ребенка – дополнительно педиатр.

Содержание профилактического осмотра:

- а) сбор анамнестических данных, жалоб;
- б) антропометрическое исследование (рост, масса тела);
- в) объективное исследование по органам и системам;
- г) определение остроты зрения и слуха;
- д) гинекологический осмотр женщин: пальпаторное исследование грудных желез, взятие мазка для цитологического исследования из влагалища, уретры и при наличии отделяемого - из сосков грудных желез, у девушек - пальцевое исследование через прямую кишку (по показаниям);
- е) пальцевое исследование прямой кишки лицам старше 40 лет;
- ж) туберкулинодиагностика в установленном порядке;
- з) анализ крови;
- и) общий анализ мочи;

к) ЭКГ (с 15 лет - 1 раз в 3 года, с 30 лет - ежегодно);

л) флюорография (рентгенография) органов грудной клетки - 1 раз в 6 месяцев;

м) пневмотахометрия, спирометрия.

Все данные профосмотра вносятся в медицинскую карту амбулаторного больного.

Медицинский осмотр лица, водворяемого в одиночную камеру или карцер, в ШИЗО, ДИЗО, ПКТ, ЕПКТ, изолированные помещения строгих условий отбывания наказания производится с письменным заключением врача (фельдшера) о возможности содержания их в перечисленных помещениях. При этом основанием для вынесения медицинского заключения о невозможности содержания наказанного лица в данных помещениях может быть заболевание, травма либо иное состояние, требующее оказания неотложной помощи, лечения либо наблюдения в стационарных условиях, в т.ч. МСЧ.

Медицинский осмотр и медицинская помощь лиц, содержащихся в ШИЗО, ДИЗО, ПКТ, ЕПКТ, запираемых помещениях, а также в карцерах СИЗО производится на месте при ежедневной проверке санитарного состояния этих помещений, а также при обращениях. В случаях, когда имеется угроза здоровью или жизни лиц, содержащихся в указанных помещениях, медицинский работник принимает меры к срочной доставке такого лица в медицинскую часть. В мед. карте амбулаторного больного делаются записи обо всех назначениях и манипуляциях при их проведении в ШИЗО, ДИЗО, ЕПКТ, ПКТ, камере СИЗО.

При убытии и освобождении заключенных проводится обязательный мед. осмотр с оформлением эпикриза.

За медицинской помощью подозреваемые, обвиняемые и осужденные могут обратиться во время ежедневного обхода камер, а в случае острого заболевания — к любому

сотруднику. Такой сотрудник обязан принять меры для организации оказания ему медицинской помощи. Для этого лицо, нуждающееся в медицинской помощи, выводится в медицинский кабинет (амбулаторию), где осуществляется осмотр и проводятся лечебные мероприятия; при необходимости фельдшер либо делает соответствующие назначения, либо производит запись больных на прием к врачу.

Выдача и прием медикаментов на руки заключенным не осуществляются, прием лекарственных препаратов проводится в присутствии медицинского работника. Исключение могут составлять препараты, не относящиеся к наркотическим, психотропным, сильнодействующим либо ядовитым, назначаемые при заболеваниях, нуждающихся в непрерывном поддерживающем лечении (ишемическая болезнь сердца со стенокардией напряжения и покоя, гипертоническая болезнь со стойким повышением артериального давления, сахарный диабет, эпилепсия и другие подобные заболевания).

Амбулаторные больные для приема лекарств и выполнения других лечебно-диагностических процедур являются в медицинскую часть в установленное время. На каждого такого больного оформляется процедурная карточка. Врачебные назначения выполняет фельдшер (медсестра), о чем делает отметки в процедурной карточке, которые перед выдачей лекарства повторно уточняет у больного переносимость каждого назначенного лекарственного препарата, а также проверяет соответствие выдаваемого препарата и его дозировку назначению.

По просьбе больного при согласовании с лечащим врачом и начальником МСЧ больному может быть разрешено в установленном порядке приобретение (получение) необходимых для его лечения медикаментов.

Осужденным к лишению свободы, лекарственные препараты, изделия медицинского назначения и специализированные продукты лечебного питания для детей-инвалидов, выписанные в соответствии с Перечнями, приобретаются соответственно представителями стационарного или исправительного учреждения, на которых администрацией данных учреждений возложена обязанность их получения (приобретения) для нужд учреждений.

Все медикаменты для текущего расходования, и имущество для оказания неотложной помощи хранятся

в специальных шкафах под замком. Лекарственные наркотические средства, психотропные, сильнодействующие и ядовитые вещества хранятся только в аптеке (оборудованном охранной сигнализацией помещении административного здания) учреждения, в металлическом шкафу под замком. Их отпуск мед. части производится строго по медицинским показаниям с соответствующей записью в медицинской карте амбулаторного больного и книге учета ядовитых, наркотических, психотропных, сильнодействующих, дорогостоящих лекарственных средств и этилового спирта в аптеке. Перед выдачей лекарств больному каждый раз проверяется соответствие выдаваемого лекарства назначенному и срок годности препарата.

Женщины, содержащиеся под стражей, имеют право на осмотр врачом акушером-гинекологом не менее 1 раза в год подлежат все женщины, находящиеся в исправительных учреждениях, а в СИЗО — не менее 2 раз в год.

При выявлении заболеваний (или подозрении на их наличие) врач проводит:

- сбор общего и специального анамнеза, обращая внимание на наследственность, перенесенные заболевания и операции, особенности менструальной функции, половой жизни, течение и исход беременностей, развитие настоящего заболевания;

- общий и гинекологический осмотр больных;

- осмотр молочных желез;

- взятие мазков для бактериологического и цитологического исследований.

В случае невозможности установления диагноза (или сомнения в нем) врач организует консультацию специалистами лечебно-профилактических и лечебных исправительных учреждений УИС либо медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения.

В местах содержания под стражей для **беременных женщин и женщин, имеющих при себе детей**, создаются улучшенные материально-бытовые условия, организуется оказание медицинской помощи соответствующего вида и устанавливаются повышенные нормы питания и вещевого обеспечения, определяемые Правительством Российской Федерации. Подозреваемые и обвиняемые женщины могут иметь при себе детей в возрасте до трех лет.

Все беременные с момента установления беременности, а также родильницы подлежат диспансерному наблюдению.

Не допускается ограничение продолжительности ежедневных прогулок беременных женщин и женщин, имеющих при себе детей.

К беременным женщинам и женщинам, имеющим при себе детей, не может быть применено в качестве меры взыскания водворение в карцер.

В случае необходимости администрация места содержания под стражей может возбуждать в установленном законом порядке ходатайство о временной передаче ребенка родственникам или иным лицам либо в детское учреждение.

Родовспоможение беременным женщинам, оказывается, как правило, в родильных отделениях при женских исправительных учреждениях; при их территориальном отсутствии или невозможности своевременной транспортировки — в родильных домах учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения. Беременные с акушерской патологией и экстрагенитальными заболеваниями выделяются в группу «риска». Родовспоможение беременным групп «риска» осуществляется в родильных домах территориальных медицинских организаций.

При первичном осмотре беременной врачу необходимо:

- ознакомиться с общим и специальным анамнезом, обратив внимание на семейный анамнез, перенесенные в детстве и в зрелом возрасте заболевания (общие и гинекологические), операции, особенности менструальной, половой и репродуктивной функций, течение и исход предыдущих беременностей и родов;

- произвести общий осмотр и специальное акушерское обследование, включая ультразвуковое;

- произвести лабораторные исследования: общий анализ крови (в дальнейшем - при сроке 18 и 30 недель беременности), общий анализ мочи (при каждом посещении), анализ

крови на реакцию Вассермана (при первом посещении, в 30 недель беременности и за 2 - 3 недели до родов), носительство вируса гепатита В и С (при первом посещении и в третьем триместре беременности), определение группы и резус-принадлежности крови, иммунологическое исследование крови на ВИЧ-инфекцию (при первом посещении и в 30 недель беременности), микроскопическое исследование отделяемого влагалища (при первом посещении и в 30 недель беременности).

Беременная женщина осматривается врачом терапевтом, стоматологом, оториноларингологом, при показаниях — другими специалистами.

Посещение врача акушера-гинеколога при нормальном течении беременности у здоровой женщины осуществляется:

- через 7 дней после первого осмотра (с результатами анализов);
- в первую половину беременности — 1 раз в месяц;
- после 20 недель беременности — 2 раза в месяц;
- после 30 недель — 3/4 раза в месяц.

Для беременных женщин намечается план диспансерного наблюдения и родоразрешения с указанием сроков госпитализации.

С момента установления беременности женщина переводится на более легкую работу в соответствии с действующим законодательством.

С беременными проводится:

- санитарно-просветительная работа о соблюдении правил личной гигиены, режима труда и отдыха;
- физическая подготовка групповым методом по специальному комплексу упражнений;

- с 14-16 недель беременности проводится обучение в «школе матерей», психопрофилактическая подготовка к родам.

Занятия с беременными (при заболеваниях сердца, сосудов, при токсикозах беременности) проводятся в индивидуальном порядке.

Госпитализации для обследования и лечения подлежат беременные женщины:

- при патологическом течении беременности (ранний токсикоз, отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства, преэклампсия; угрожающий выкидыш; кровотечение из родовых путей; резус-конфликтная беременность; несоответствие или подозрение на несоответствие размеров таза и головки плода; переносная беременность; неправильное положение и предлежание плода; недостаточный или избыточный рост плода, гипоксия плода, антенатальная смерть плода; пузырный занос и других состояниях);

- при экстрагенитальных заболеваниях (пороки сердца, пиелонефрит, гломерулонефрит, гипертоническая болезнь, гипертиреоз, сахарный диабет, анемия, лейкоз, цистит и других заболеваниях);

- при наличии факторов риска беременности: первородящие в 30 лет и старше, многорожавшие, женщины, рожавшие детей с пороками развития;

- при невынашивании в анамнезе, многоплодной беременности, ягодичном предлежании плода, при наличии рубца на матке, миоме матки;

- при невозможности в амбулаторных условиях уточнить диагноз заболевания.

Осмотры женщин после родов проводятся:

- первый — на 2/3 сутки после выписки;

- второй — на 7 сутки после выписки;
- заключительный — через 6/8 недель после родов.

После оперативного родоразрешения — по клиническим показаниям.

При физиологическом течении послеродового периода по истечении 8 недель женщину снимают с диспансерного учета. Критерием снятия с диспансерного наблюдения является отсутствие патологических изменений в половых органах женщины к моменту окончания послеродового отпуска.

Гинекологические больные, подлежащие диспансеризации:

- с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий;
- эндометриозом;
- злокачественными новообразованиями;
- доброкачественными опухолями: опухолевидными образованиями наружных половых органов, с наличием миомы матки;
- опущением и выпадением стенок влагалища и матки;
- до и после оперативного лечения;
- больные с нарушением менструальной функции и патологическим климаксом
- и другими заболеваниями.

Больные, подлежащие плановой госпитализации, проходят предварительное обследование в медицинской части Учреждения, им должны быть обеспечены места в стационаре.

При направлении в стационар для искусственного прерывания беременности производят:

- анализ крови на реакцию Вассермана;
- определение группы крови и резус-фактора;
- иммунологическое исследование крови на ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты В и С;
- бактериологическое исследование мазков из влагалища, цервикального канала и уретры.

Противопоказаниями для искусственного прерывания беременности являются:

- острые и подострые воспалительные процессы женских половых органов, в т.ч. инфекции, передающиеся половым путем;
- острые инфекционные заболевания;
- острые воспалительные процессы любой локализации.



Женщин, заключенных под стражу, имеющих гинекологические заболевания, лечение которых невозможно в стационаре медицинской части, направляют на стационарное лечение в больницы УИС либо в медицинские организации государственной и муниципальной систем здравоохранения.

Несовершеннолетним **подозреваемым,**
обвиняемым и осужденным создаются
улучшенные материально-бытовые условия и устанавливаются
повышенные нормы питания, определяемые Правительством
Российской Федерации.

Ежедневные прогулки несовершеннолетних
устанавливаются продолжительностью не менее двух
часов. Во время прогулок предоставляется возможность для
физических упражнений и спортивных игр.

При наличии условий несовершеннолетним
демонстрируются кинофильмы, для них организуется просмотр
телепередач, оборудуются помещения для спортивных
занятий и другого досуга, а также спортивные площадки на
открытом воздухе.

Несовершеннолетним создаются условия для
самообразования, с ними проводится культурно-
воспитательная работа, им оказывается социальная и
психологическая помощь, а также помощь в получении
начального общего, основного общего, среднего общего
образования в порядке, определяемом 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, осуществляющим функции по выработке и реализации
государственной политики и нормативно-правовому
регулированию в сфере внутренних дел, по согласованию
с федеральным органом исполнительной власти,
осуществляющим функции по выработке государственной
политики и нормативно-правовому регулированию в сфере
образования. Несовершеннолетним разрешается приобретать
и получать учебники и школьно-письменные принадлежности,
а также получать их в передачах и посылках сверх норм.

ПЕРЕЧЕНЬ

ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИХ ОТБЫВАНИЮ НАКАЗАНИЯ

Туберкулез

1. Прогрессирующий двусторонний туберкулез легких с
явлениями легочно-сердечной недостаточности III степени:

- *фиброзно-кавернозный туберкулез легких;*
- *казеозная пневмония;*
- *диссеминированный туберкулез легких;*
- *инфильтративный деструктивный туберкулез
легких.*

2. Хроническая тотальная и субтотальная эмпиема плев-
ры с явлениями легочно-сердечной недостаточности III степе-
ни.

3. Прогрессирующий деструктивный туберкулез позво-
ночника, крупных костей и суставов со стойким нарушением
функции, осложненный амилоидозом внутренних органов.

4. Двусторонний кавернозный туберкулез почек, ослож-
ненный специфическим процессом мочевыводящих путей
и развитием хронической почечной *недостаточности в
терминальной стадии.*

5. Туберкулез органов брюшной полости с тотальным по-
ражением висцеральной и париетальной брюшины, со спаеч-
ным процессом и нарушением проходимости кишечника с яв-
лениями кахексии.

Новообразования

6. Злокачественные новообразования IV стадии (независимо от локализации) в соответствии с международной классификацией TNM. Клинический диагноз должен быть подтвержден гистологическим исследованием.

7. Злокачественные новообразования лимфатической и кроветворной тканей. Миелопролиферативные опухоли.

Клинический диагноз должен быть подтвержден морфологическим исследованием.

8. Острый лейкоз (все формы):

- *хронический миелолейкоз с нарастающей кахексией, анемией, спленомегалией и геморрагическим синдромом;*
- *хронический эритромиелоз, терминальная стадия;*
- *эритремия, осложненная кровоизлияниями или тромбозами сосудов головного мозга;*
- *хронический лимфолейкоз, осложненный анемией, тромбоцитопенией и непрерывно рецидивирующими инфекциями;*
- *хронический моноцитарный лейкоз, терминальная стадия с анемией и геморрагическим синдромом;*
- *множественная миелома с остеодеструктивными процессами (патологические переломы позвоночника и костей нижних конечностей);*
- *лимфогранулематоз IV стадии с диффузным поражением одного или нескольких внутренних органов, с поражением лимфатических узлов.*

Болезни эндокринной системы

9. Сахарный диабет, тяжелая форма с потребностью инсулина свыше 60 ед. в сутки:

- *с туберкулезом легких или хроническим сепсисом;*
- *с диабетической препролиферативной и пролиферативной ретинопатией;*
- *со склонностью к кетоацидозу;*
- *с нефропатией (гипертоническая или нефротическая форма) в терминальной стадии;*
- *с распространенной тяжелой полиневропатией;*
- *с тяжелыми ангиопатиями.*

10. Хроническая надпочечниковая недостаточность, тяжелая форма.

11. Несахарный диабет, тяжелая форма.

12. Гиперпаратиреоз, тяжелая форма с почечной недостаточностью.

13. Синдром Иценко-Кушинга, тяжелая форма.

14. Гипофизарная недостаточность (болезнь Симмондса) в стадии кахексии.

15. Опухоли гипофиза и гипоталамуса с необратимыми нарушениями зрения, выраженными неврологическими и психическими нарушениями.

16. Подагра с подагрической нефропатией и хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии.

17. Феохромоцитома, кризовое течение (при невозможности оперативной коррекции).

18. Диффузно-токсический зоб, тяжелая форма (при невозможности оперативной коррекции).

Психические расстройства

19. Хронические психические расстройства стойкого характера (психозы и слабоумие), лишаящие лицо возможности осознавать характер и общественную опасность своих действий (бездействий).

Болезни нервной системы и органов чувств

20. Сосудистые заболевания головного и спинного мозга с выраженными стойкими явлениями очагового поражения мозга (гемиплегия и параплегия, глубокие гемипарезы и параспарезы, нарушение ориентировки в пространстве и времени, акинетико-ригидный синдром):

- *геморрагическое, ишемическое или смешанное острое нарушение мозгового кровообращения;*
- *дисциркуляторная энцефалопатия III стадии;*
- *первичные (нетравматические) субарахноидальные кровоизлияния при установленном диагнозе.*

21. Инфекционные, демиелинизирующие и дегенеративные заболевания центральной нервной системы, сопровождающиеся органическими поражениями головного и спинного мозга с глубокими стойкими нарушениями функций организма (тяжелые параличи, глубокие парезы с распространенными расстройствами чувствительности, расстройствами функции тазовых органов и трофическими нарушениями, выраженный акинетико-ригидный синдром) и прогрессирующим течением процессов:

- менингиты гнойные;

- энцефалиты;
- абсцессы головного мозга;
- спинальные эпидуральные абсцессы и гранулемы нетуберкулезной этиологии;
- нейросифилис;
- поражение нервной системы при туберкулезе;
- поражение нервной системы при ВИЧ-инфекции;
- рассеянный склероз и рассеянный энцефаломиелит;
- острая и хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия;
- лейкоэнцефалит;
- спиноцеребеллярные атаксии, мозжечковые дегенерации и фуникулярный миелоз.

22. Заболевания подкорковых ганглиев:

- паркинсонизм с выраженным акинетико-ригидным синдромом;
- гепатоцеребральная дистрофия (гепатолентикулярная дегенерация и болезнь Вильсона - Коновалова);
- хорея Гентингтона;
- торсионная дистония (генерализованная форма);
- другие экстрапирамидальные заболевания с выраженными двигательными нарушениями.

23. Травматические заболевания центральной нервной

системы с выраженными стойкими явлениями очагового поражения мозга (гемиплегия и параплегия, глубокие гемипарезы и параспарезы).

24. Заболевания центральной и периферической нервной системы прогрессирующего течения с выраженными стойкими расстройствами двигательных, чувствительных и вегетативно-трофических функций и неэффективностью проводимого лечения:

- объемные образования головного и спинного мозга;
- боковой амиотрофический склероз;
- сирингомиелия;
- вертеброгенная миелопатия;
- нервно-мышечные заболевания (миастения, миопатия);
- токсические и дисметаболические поражения.

25. Полная слепота.

26. Выраженное снижение остроты зрения на почве стойких патологических изменений (острота зрения глаза, который лучше видит, не превышает 0,05 и не может быть скорректирована).

27. Выраженное концентрическое сужение полей зрения обоих глаз (10 и менее градусов).

Болезни органов кровообращения

28. Болезни сердца с недостаточностью кровообращения III степени:

- констриктивный перикардит, не подлежащий

оперативному лечению;

- бактериальный эндокардит затяжного течения;
- миокардический кардиосклероз;
- ишемическая болезнь сердца;
- стойкие нарушения ритма и проводимости сердца (частая, политопная, парная желудочковая экстрасистолия, пароксизмальные тахикардии и атрио-вентрикулярная блокада с синдромом Морганьи - Эдмса - Стокса);
- эндомиокардиальный фиброз.

29. Гипертоническая болезнь III стадии, вторичная артериальная гипертензия:

- с повторным трансмуральным или крупноочаговым инфарктом миокарда со стойкими нарушениями ритма и проводимости и прогрессирующей недостаточностью кровообращения;
- с недостаточностью кровообращения III степени;
- с хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии.

30. Приобретенные и врожденные пороки сердца с недостаточностью кровообращения III степени.

31. Кардиомиопатия (застойная, гипертрофическая и рестриктивная) со стойкими нарушениями ритма, тромбоэмболией или недостаточностью кровообращения III степени.

32. Болезни артерий с поражением магистральных и периферических сосудов конечностей с клинической и патоморфологической картиной острой или хронической артериальной недостаточности IV степени (гангренозно-некротических

изменений) на уровне кистей рук и стоп (не менее двух конечностей):

- эндартериит;
- аорто-артериит;
- облитерирующий атеросклероз;
- болезнь (синдром) Рейно;
- диабетическая ангиопатия;
- тромбозы и эмболии;
- тромбангиит.

Болезни органов дыхания

33. Хронические неспецифические заболевания легких с диффузным пневмосклерозом, эмфиземой легких, хроническим легочным сердцем в стадии декомпенсации, дыхательной недостаточностью III степени или с амилоидозом внутренних органов и хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии:

- хроническая обструктивная болезнь легких;
- бронхиальная астма;
- бронхоэктатическая болезнь;
- абсцесс легкого;
- эмпиема плевры;
- пневмокониозы различной этиологии;
- идиопатический фиброзирующий альвеолит;
- саркоидоз;

- эмфизема первичная;
- муковисцидоз.

Болезни органов пищеварения

34. Заболевания кишечника и других органов пищеварения в стадии кахексии с выраженным синдромом нарушения всасывания.

35. Циррозы печени различной этиологии в стадии декомпенсации с **гиперспленизмом**, портальной гипертензией, печеночной недостаточностью III степени.

Болезни мочевыводящей системы

36. Болезни почек и мочевыводящих путей в терминальной стадии с хронической почечной недостаточностью.

Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани

37. Болезни костно-мышечной системы тяжелого прогрессирующего течения с выраженными и стойкими нарушениями функции органов и систем при следующих заболеваниях:

- ревматоидный артрит;
- анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева);
- системные поражения соединительной ткани (васкулиты, красная волчанка, склеродермия, дерматомиозит, болезнь Шегрена и другие).

Анатомические дефекты

38. Анатомические дефекты, возникшие вследствие заболевания или травмы (во время последнего срока отбывания наказания), - высокая ампутация верхних или нижних конечностей, а также сочетание высоких ампутаций одной верхней и одной нижней конечностей.

Прочие заболевания

39. Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), в стадии вторичного заболевания в виде генерализованной инфекции, злокачественного новообразования или поражения центральной нервной системы.

40. Гипопластическая и апластическая анемии, агранулоцитозы, тяжелая форма.

41. Острая и хроническая лучевая болезнь IV степени.

Люди с ограниченными возможностями направляются на медико-социальную экспертизу лица, содержащиеся в Учреждениях, в случаях нарушения здоровья, приведшего к ограничению жизнедеятельности, со стойкими нарушениями функций организма и нуждающиеся в мерах социальной защиты и медицинской реабилитации. Лицо, нуждающееся в проведении медико-социальной экспертизы, в установленном порядке в произвольной форме подает письменное заявление на имя руководителя бюро медико-социальной экспертизы по месту нахождения Учреждения. Перед направлением на медико-социальную экспертизу для уточнения диагноза и степени выраженности функциональных нарушений начальник лечебно-профилактического учреждения УИС принимает меры к обследованию лица, содержащегося в Учреждениях. По результатам клинко-диагностического обследования, подтверждающего выраженные нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности, врачи ЛПУ оформляют направление на медико-социальную экспертизу. Администрация Учреждения формирует и представляет в бюро медико-социальной экспертизы по месту нахождения Учреждения личное дело, характеристику, медицинскую карту амбулаторного больного (медицинскую карту стационарного больного), направление на медико-социальную экспертизу и заявление лица, содержащегося в Учреждении, о проведении освидетельствования (переосвидетельствования), одновременно решается вопрос о времени и месте проведения освидетельствования (переосвидетельствования). Если нарушения здоровья связаны с профессиональным заболеванием, для освидетельствования (переосвидетельствования) необходимо заключение центра профессиональной патологии. В случае, связанном с производственным травматизмом, к указанным документам приобщается акт о несчастном случае на производстве установленной формы.

Больные осужденные, осужденные, являющиеся инвалидами первой или второй группы, могут получать дополнительные посылки и передачи в количестве и ассортименте, определяемых в соответствии с медицинским заключением.



Инфекционная безопасность в местах принудительного содержания занимает особое место.

Для выявления туберкулеза, ВИЧ-инфекции, заболеваний, передающихся половым путем, и других заболеваний проводятся флюорографическое (рентгенологическое) и лабораторное обследования. При наличии медицинских показаний назначаются дополнительные обследования и консультации врачей-специалистов.

ВИЧ-инфекция

При переводе ВИЧ-инфицированного из одного учреждения УИС в другое к медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, приобщается переводной эпикриз, содержащий сведения о проведенных обследованиях и получаемом лечении.

ВИЧ-инфицированные, получающие лечение антивирусными препаратами, при переводе из одного учреждения УИС в другое обеспечиваются лекарственными препаратами на весь период следования.

При освобождении ВИЧ-инфицированного от отбывания наказания, медицинским работником ему на руки выдается выписка из медицинской документации, содержащая сведения о проведенных обследованиях, получаемом лечении, проводится консультирование по вопросам дальнейшего оказания медицинской помощи в специализированных медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения.

Туберкулез

Специализированная медицинская помощь больным туберкулезом лицам, заключенным под стражу, или осужденным оказывается в туберкулезных больницах, туберкулезных отделениях медицинских частей и больниц медицинских организаций УИС. Больные туберкулезом осужденные, получающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, содержатся в лечебных исправительных учреждениях. Подтверждение диагноза, перевод больных туберкулезом лиц, заключенных под стражу, или осужденных из одной группы диспансерного учета в другую производится решением врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии) медицинской организации УИС, а в сложных диагностических случаях – решением центральной врачебной контрольной комиссии противотуберкулезной медицинской организации государственной и муниципальной систем здравоохранения. При освобождении лица, заключенного под стражу, или осужденного, больного туберкулезом, медицинским работником ему на руки выдается выписка из медицинской документации и направление в противотуберкулезную медицинскую организацию государственной и муниципальной систем здравоохранения для оказания специализированной медицинской помощи.

При составлении пособия использовались материалы из открытых источников:

Постановление Правительства РФ от 19 декабря 2016 г. № 1403 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов».

Приказ Минздравсоцразвития РФ N 640, Минюста РФ N 190 от 17.10.2005 (с изм. от 06.06.2014) «О Порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 01.11.2005 N 7133)

Приказ Минздравсоцразвития России от 29.12.2004 N 328 (ред. от 01.03.2012) «Об утверждении Порядка предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан» (Зарегистрировано в Минюсте России 07.02.2005 N 6303)

Постановление Правительства РФ от 06.02.2004 N 54 (ред. от 04.09.2012) «О медицинском освидетельствовании осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью»

Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации от 08.01.1997 N 1-ФЗ (ред. от 28.11.2015, с изм. от 15.11.2016) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016)

Приказ Минюста РФ от 14 октября 2005 г. N 189 «Об утверждении Правил внутреннего распорядка следственных изоляторов уголовно-исполнительной системы» (с изменениями и дополнениями)