

**Об утверждении нормативных правовых актов, регулирующих
лечебно-профилактическое обеспечение и санитарно-эпидемиологическое
благополучие лиц, содержащихся в исправительных учреждениях и
следственных изоляторах органов юстиции Республики Казахстан**

Утративший силу

Совместный приказ Министра юстиции Республики Казахстан от 25 мая 2004 года N 145 и Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 мая 2004 года N 405. Зарегистрирован Министерством юстиции Республики Казахстан 27 мая 2004 года N 2876. Утратил силу совместным приказом Министра юстиции Республики Казахстан от 6 мая 2010 года N 157, Министра здравоохранения Республики Казахстан от 18 мая 2010 года N 350 и Министра внутренних дел Республики Казахстан от 14 июня 2010 года N 272

Сноска. Утратил силу совместным приказом Министра юстиции РК от 06.05.2010 № 157, Министра здравоохранения РК от 18.05.2010 № 350 и Министра внутренних дел РК от 14.06.2010 № 272 (вводится в действие со дня его первого официального опубликования).

"Согласовано"

Генеральный Прокурор
Республики Казахстан
21 мая 2004 г.

"Согласовано"

Министр труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан

17 мая 2004 г.

В соответствии со статьей 97 Уголовно-исполнительного кодекса Республики Казахстан, статьей 23 Закона Республики Казахстан "О порядке и условиях содержания под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений", законодательством в сфере охраны здоровья и санитарного благополучия граждан Республики Казахстан ПРИКАЗЫВАЕМ:

1. Утвердить прилагаемые:

Правила лечебно-профилактического обеспечения лиц, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах органов юстиции Республики Казахстан (приложение 1);

Правила обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия лиц, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах органов юстиции Республики Казахстан (приложение 2);

Инструкцию по организации лечебно-профилактических мероприятий в отношении лиц, страдающих отдельными заболеваниями (приложение 3).

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-Министра юстиции Республики Казахстан Бекбосунова С.М., вице-Министра здравоохранения Республики Казахстан Диканбаеву С.А.

3. Настоящий приказ вступает в силу с момента его государственной регистрации в Министерстве юстиции Республики Казахстан и распространяется на правоотношения с 1 января 2004 года.

Министр юстиции *Министр здравоохранения*
Республики Казахстан *Республики Казахстан*

П р и л о ж е н и е 1

утверждено совместным приказом
Министра юстиции Республики Казахстан
от 25 мая 2004 г. N 145 и
Министра здравоохранения Республики Казахстан
от 7 мая 2004 г. N 405
"Об утверждении нормативных правовых актов,
регулирующих лечебно-профилактическое обеспечение и
санитарно-эпидемиологическое благополучие лиц,
содержащихся в исправительных учреждениях
и следственных изоляторах органов юстиции
Республики Казахстан"

Правила

лечебно-профилактического обеспечения

лиц, содержащихся в исправительных учреждениях

и следственных изоляторах органов юстиции

Республики Казахстан

1. Организация работы медицинской части, ее оборудование и оснащение

1. Медицинская часть является структурным подразделением исправительного учреждения, следственного изолятора (далее - учреждения), которая организует и осуществляет медицинский контроль за выполнением санитарно-гигиенических норм и правил, противоэпидемическое обеспечение и гигиеническое воспитание, медицинскую помощь лицам, содержащимся в учреждениях (далее - спецконтингент).

2. В медицинской части имеются должностные инструкции на каждого медицинского работника, а также планы работы медицинской части, график работы медицинского персонала, распорядок работы медицинской части, правила внутреннего распорядка для больных, находящихся в стационаре.

3. В случаях, требующих оказания неотложной специализированной

стационарной помощи, направление больных может осуществляться в больницы
о р г а н о в з д р а в о о х р а н е н и я .

4. Применение в учреждениях новых лекарственных средств с целью их
клинических испытаний (экспериментов) запрещается.

5. Питание больных организуется в соответствии с нормами,
утвержденными правительством Республики Казахстан, с учетом требований
д и е т о л о г и и .

6. В составе медицинской части организуются: амбулатория, стационар,
палаты для изолированного содержания больных с заразными формами
заболеваний и психическими расстройствами, аптека.

В режимных корпусах учреждений оборудуются комнаты для проведения
амбулаторного приема спецконтингента.

Медицинская часть оснащается инструментарием, оборудованием и
инвентарем.

2. Лечебно-профилактическое обеспечение в медицинской части

1. Медицинский контроль за состоянием лиц, содержащихся в учреждениях

7. Медицинский контроль осуществляется путем:
медицинского обследования при поступлении спецконтингента в учреждения
с целью выявления инфекционных, паразитарных и других острых заболеваний;

предварительного и периодического медицинского обследования при
направлении на работу, с целью предотвращения инфекционных и паразитарных
з а б о л е в а н и й ;

проведения медицинских осмотров: ежегодных профилактических, целевых,
при убытии из учреждения, с целью своевременного активного выявления
больных, лиц с патологическими и предпатологическими состояниями и
разработки в отношении их лечебно-оздоровительных мероприятий;

диспансерного наблюдения за лицами, имеющими заболевания;
санитарного надзора за условиями труда, размещения и питания
с п е ц к о н т и н г е н т а ;

систематической проверки выполнения рекомендаций
врачебно-консультативных комиссий (далее - ВКК) по правильному
трудоиспользованию инвалидов и лиц с ограниченной трудоспособностью, а
также рекомендаций лечебных учреждений по проведению
лечебно-профилактических мероприятий среди хронических больных.

8. По прибытию в следственный изолятор всем поступившим (в том числе и
следующим транзитом) проводится первичный медицинский осмотр с целью
выявления лиц, представляющих эпидемическую опасность для окружающих, и
больных, нуждающихся в неотложной помощи. Осмотр производит врач или
фельдшер в специально оборудованном медицинском кабинете сборного

отделения учреждений. Лица с заразными заболеваниями или с подозрением на них сразу после осмотра изолируются от здоровых. Первичная санитарная обработка этих лиц осуществляется в последнюю очередь с обязательной дезинфекцией одежды и личных вещей, после чего они направляются в специально выделенные камеры, где им проводится соответствующее обследование и лечение.

9. В срок не более трех дней с момента прибытия в следственный изолятор все поступившие проходят врачебный осмотр (в фельдшерских здравпунктах - фельдшерский), а также рентгенфлюорографическое обследование. На каждого содержащегося в следственном изоляторе, заполняется медицинская амбулаторная карта.

10. Всем убывающим из следственного изолятора (в том числе и транзитным) проводится заключительный (врачебный или фельдшерский) медицинский осмотр. К перевозке не допускаются больные в острой стадии заболевания, больные инфекционными (кроме туберкулеза) и венерическими заболеваниями, пораженные педикулезом, чесоткой, не прошедшие установленный курс лечения, нетранспортабельные больные.

По завершению осмотра дается заключение с отметкой в медицинской амбулаторной карте о состоянии здоровья каждого убывающего, возможности его следования.

Медицинский работник, проводивший осмотр, ставит свою подпись с указанием фамилии и инициалов под заключением.

11. По прибытии в исправительное учреждение все осужденные проходят медицинский осмотр с целью выявления инфекционных и паразитарных заболеваний.

12. В первые две недели по прибытии в исправительное учреждение осужденные проходят врачебный осмотр с целью выявления имеющихся заболеваний, оценки физического состояния, предварительного определения категории трудоспособности. В ходе его врачи производят сбор анамнестических данных о перенесенных заболеваниях, травмах, операциях, которые регистрируются в медицинской амбулаторной карте, при необходимости назначаются дополнительные обследования.

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

13. В целях охраны здоровья осужденных, предотвращения инфекционных и паразитарных заболеваний необходимо проводить обязательные предварительные и периодические медицинские обследования лиц, направляемых для работы на объекты питания, водопровода, в медицинские

части, больницы, родильные отделения, дома ребенка. Медицинские обследования проводятся врачами-специалистами.

Обследования проводятся силами медицинских частей учреждений при необходимости с привлечением врачей-специалистов как лечебно-профилактических учреждений уголовно-исполнительной системы, так и учреждений органов здравоохранения на местах (по согласованию).

Медицинские обследования включают в себя: осмотр терапевтом, дерматовенерологом, обследование на туберкулез, носительство возбудителей кишечных инфекций, гельминтозов, венерические и заразные кожные заболевания, в отдельных случаях стоматологом и отоларингологом в соответствии с кратностью и объемом проведения обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров согласно приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 октября 2003 года № 766 "Об утверждении Правил проведения обязательных медицинских осмотров декретированных групп населения". Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 12 ноября 2003 года № 2556.

При проведении медицинских обследований:

1) врач-терапевт должен:
собрать анамнез, особенно в отношении перенесенных инфекционных заболеваний;

провести обследование состояния внутренних органов;
выдать направление на общеклинические лабораторные анализы и флюорографическое обследование. При наличии в анамнезе перенесенных кишечных заболеваний указать об этом в сопроводительном документе для проведения контрольного лабораторного исследования.

2) врач-дерматовенеролог должен:
тщательно осмотреть кожные, волосяные покровы, ногтевые пластинки, видимые слизистые, в том числе в области гениталий с помощью зеркал (у женщин);

пропальпировать региональные лимфатические узлы;
произвести забор материала из уретры (у мужчин соскобом), цервикального канала и заднего свода влагалища, а по показаниям - и из прямой кишки на наличие гонококка, трихомонады и других патогенных микроорганизмов;
исследование крови на сифилис (микрореакции);
по показаниям - исследование на наличие грибковых заболеваний гладкой кожи, волос, ногтевых пластин, а также чесотки.

3) врач-стоматолог должен:
тщательно осматривать состояние красной каймы губ, полости рта, пародонта на наличие кариеса, неудаленных корней, свищевых ходов, пародонтита и

п а р о д о н т о з а .

4) врач-отоларинголог должен:

провести риноскопию, фарингоскопию, ларингоскопию, обратив особое внимание на состояние слизистых оболочек и наличие воспалительных процессов.

Лабораторные исследования на бактерионосительство проводятся в лабораториях санитарно-эпидемиологических станций, на наличие гельминтозов - в клиничко-диагностических лабораториях лечебных профилактических учреждений. Лабораторные исследования на наличие сифилиса (экспресс-метод), гонореи, трихомониаза и заболеваний мочеполовых органов (мазки), на грибковые заболевания, чесотку (нативные препараты) проводятся в лабораториях поликлиник, больниц.

По окончании всех необходимых видов медицинского обследования и при отсутствии противопоказаний врачи-специалисты дают заключение и ставят отметку в личной медицинской книжке о допуске к работе. В случае диагностирования перечисленных в нижеуказанном абзаце заболеваний и бактерионосительства, препятствующих работе на объектах учреждений, они должны сообщить об этом в подразделения государственного санитарно-эпидемиологического надзора Комитета уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции (далее - ПГСЭН) и направить больного для лечения в соответствующее лечебно-профилактическое учреждение.

Не допускаются к работе лица при наличии у них следующих заболеваний и бактерионосительства:

брюшного тифа, паратифов, сальмонеллеза, дизентерии;
гименолепидоза, энтеробиоза;
сифилиса (все формы);
гонореи (все формы);
л е п р ы ;

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

заразные и деструктивные формы туберкулеза легких, внелегочный туберкулез с наличием свищей, бактериоурии, туберкулезной волчанки лица и р у к .

Допуск к работе больных незаразными кожными заболеваниями (псориаз, экзема, аллергические дерматиты) решается врачами, проводящими медицинские осмотры, в зависимости от состояния здоровья и места работы больного.

Лица, имеющие гнойничковые заболевания, не допускаются к работе в акушерские и хирургические стационары, отделения новорожденных, а также

связанной с приготовлением и реализацией пищевых продуктов. К работе с новорожденными детьми, детьми раннего и дошкольного возраста не допускаются также лица с неактивными очаговыми изменениями в легких туберкулезного характера.

Администрация учреждения должна: обеспечить своевременное прохождение работниками обязательных периодических медицинских обследований в соответствии с планом-графиком, который утверждается руководством учреждения по согласованию с ПГСЭН; снабдить каждого работника, подлежащего обследованию, личной медицинской книжкой.

Личные медицинские книжки работников по прохождению осмотра хранятся в медицинской части учреждения.

Лица, не прошедшие медицинские обследования в установленные сроки, к работе не допускаются.

Ответственность за прием и пребывание на работе лиц, не прошедших медицинские обследования, а также нарушающих сроки, порядок их прохождения, возлагается на начальника учреждения.

После проведения медицинских обследований медицинская часть учреждений направляет в ПГСЭН списки лиц, прошедших и не прошедших медицинское обследование в сроки, установленные планом-графиком.

Контроль за проведением медицинских обследований возлагается на ПГСЭН.

Осужденные, занятые на вредных производствах, подлежат предварительному и периодическим профосмотрам.

Для серологических обследований на сифилис, брюшной тиф забор крови осуществляется из пальца рук, забор крови из вены запрещается. При обследовании на гонорею проводится бактериоскопия 2 мазков, взятых из мочеиспускательного канала (у мужчин по показаниям) и шейки матки, заднего свода влагалища и прямой кишки и окрашенных метиленовым синим или бриллиантовым зеленым и при необходимости по Грамму.

Перечень профессий, кратность обследования при необходимости может быть дополнен медицинскими службами уголовно-исполнительной системы при наличии эпидемических показаний.

14. Профилактический медицинский осмотр проводится один раз в год. Осужденные, содержащиеся в исправительных учреждениях особого или тюремного режима (при камерном содержании), и несовершеннолетние в воспитательных колониях подлежат осмотру два раза в год.

График проведения медицинских осмотров утверждается начальником учреждений. В соответствии с графиком начальник медицинской части организует осмотр спецконтингента силами врачей медицинской части, в

исправительных учреждениях при необходимости привлекаются врачи - специалисты больниц уголовно-исполнительной системы. В осмотре обязательно принимают участие терапевт, фтизиатр, психиатр, стоматолог (зубной врач), а также врачи местных органов здравоохранения по согласованию. Прибытие спецконтингента в медицинскую часть обеспечивает начальник отряда (старший по корпусу).

В ходе медосмотров проводится:
сбор анамнестических данных;
антропометрическое исследование (рост, масса тела);
гинекологический осмотр женщин с взятием мазка для цитологического исследования, у девушек - пальцевое исследование через прямую кишку (по показаниям);

определение остроты зрения и слуха;
анализ крови (определение скорости оседания эритроцитов (далее - СОЭ), гемоглобина, лейкоцитов, сахар крови по показаниям);
исследование общего анализа мочи;
электрокардиография (далее - ЭКГ) (с 15 лет - 1 раз в 3 года, с 30 лет - ежегодно);

флюорография (рентгенография) органов грудной клетки - 2 раза в год;
женщинам - пальпаторное исследование молочных желез;
пальцевое исследование прямой кишки;
пневмотахометрия;

осмотр врачом-терапевтом, фтизиатром, психиатром, стоматологом (зубным врачом);

осмотр врачами других специальностей (по показаниям).

Результаты профилактического осмотра вносятся в медицинскую амбулаторную карту.

15. Перед помещением спецконтингента в штрафной изолятор (далее - ШИЗО), помещение камерного типа (далее - ПКТ), дисциплинарный изолятор (далее - ДИЗО), одиночную камеру производится медицинский осмотр для определения возможности его содержания в перечисленных помещениях. Письменное заключение врача (фельдшера) о возможности или невозможности его водворения по состоянию здоровья фиксируется в постановлении о водворении осужденного, следственно-арестованного. При невозможности проведения осмотра спецконтингент, а также, если у него нет видимых признаков опасного заболевания, отравления, травмы, помещается в ШИЗО, ПКТ, ДИЗО, одиночную камеру с последующим в течение суток с момента водворения обязательным медицинским осмотром.

16. При убытии из исправительных учреждений (перевод, освобождение,

направление на лечение, убытие к основному месту отбывания наказания и прочее) осужденные проходят заключительный медицинский осмотр.

2. Организация амбулаторного приема

17. Амбулаторная медицинская помощь спецконтингенту осуществляется лечебно-профилактическими учреждениями уголовно-исполнительной системы.

18. Амбулаторный прием в медицинской части проводится в часы, установленные приказом по учреждению. В исправительных учреждениях для каждого отряда, смены или нескольких отрядов выделяется время амбулаторного приема. В следственных изоляторах, тюрьмах и исправительных учреждениях особого режима амбулаторный прием проводится врачами (фельдшерами) в режимных корпусах в специально оборудованных помещениях по предварительной записи, произведенной фельдшером (в исключительных случаях - старшим по корпусу).

19. В каждом отряде исправительного учреждения должен быть журнал предварительной записи на амбулаторный прием (произвольная форма), который ведет начальник отряда. В следственном изоляторе журнал ведет фельдшер корпуса. Журнал предварительной записи перед началом амбулаторного приема передается в медицинскую часть. После приема журнал возвращается указанным
л и ц а м .

Прием без записи в журнале проводится только в экстренных случаях.

20. В следственных изоляторах, тюрьмах и исправительных учреждениях особого режима фельдшер совместно со старшим по корпусу ежедневно проверяет санитарное состояние камер путем обхода их после вывода спецконтингента на прогулку или санитарную обработку.

Для оказания неотложной медицинской помощи лицо, нуждающееся в ней, выводится в корпусную амбулаторию. Фельдшер делает соответствующие назначения в установленном для него объеме или производит запись больных на прием к врачу. О больных, нуждающихся в неотложной помощи, медицинская часть извещается через дежурных контролеров.

Лицам, содержащимся в ШИЗО, ДИЗО, ПКТ, а также в одиночных камерах следственных изоляторов, тюрем и исправительных учреждений особого режима медицинская помощь оказывается на месте медработниками при ежедневной проверке санитарного состояния этих помещений. В случаях, когда имеется угроза здоровью или жизни лиц, содержащихся в указанных помещениях, медицинский работник принимает меры к срочному переводу таких лиц в
м е д и ц и н с к у ю ч а с т ь .

21. В помещениях медицинских подразделений, где происходит непосредственный контакт медицинских работников со спецконтингентом должна иметься кнопка тревожной сигнализации.

22. Врачам, фельдшерам, медицинским сестрам запрещается находиться в камерах следственных изоляторов, тюрем, исправительных учреждений особого режима, ШИЗО, ДИЗО, ПКТ без сопровождения контролеров.

23. В следственных изоляторах, тюрьмах и исправительных учреждениях особого режима больные выводятся на прием к врачу (фельдшеру) или выполнение процедур по камерно индивидуально или группами по 3-5 человек.

Организованную явку на амбулаторный прием осужденных в исправительных учреждениях обеспечивают начальники отрядов.

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

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

26. В журнале предварительной записи на амбулаторный прием врач или фельдшер записывает диагноз, заключение об освобождении от работы или нарядов, дату повторной явки к врачу. На каждый случай освобождения заполняется талон регистрации причин временной нетрудоспособности.

27. Заключение на частичное или полное освобождение от нарядов и работы дается врачом, а в случае отсутствия врача - фельдшером не более чем на трое суток. В случае необходимости освобождение может быть продлено.

28. Списки амбулаторно освобожденных спецконтингентов медицинская часть передает дежурному помощнику начальника учреждения.

29. В амбулаторной карте делаются записи обо всех осмотрах медицинскими работниками, назначениях и манипуляциях.

30. Медицинские амбулаторные карты, справки об освобождении от работы, рецепты, другие медицинские документы на руки спецконтингенту не выдаются. Хранятся в алфавитном порядке или по подразделениям в медицинской части, в шкафах под замком. Вместе с медицинскими амбулаторными картами хранятся журналы регистрации амбулаторных больных.

31. Медикаменты спецконтингенту на руки не выдаются, прием лекарственных средств производится в присутствии медицинского работника.

Исключение составляют заболевания, требующие постоянного наличие медицинских лекарственных средств: нитроглицерин для лиц с ишемической болезнью сердца, карманные ингаляторы для больных бронхиальной астмой, инсулин с инсулиновым шприцем для больных сахарным диабетом первого типа

и другие. На данную категорию больных начальником медицинской части оформляется специальное разрешение, утверждаемое начальником учреждения.

Лечебные процедуры амбулаторным больным проводятся медицинской частью в течение дня в установленные часы.

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

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

В сложных или неясных случаях, когда врач медицинской части не может самостоятельно поставить диагноз заболевания, больные должны направляться на консультацию к специалистам, которая осуществляется в медицинской части или в другом лечебном учреждении.

В исправительных учреждениях для консультации привлекаются врачи-специалисты больниц уголовно-исполнительной системы, а также территориальных органов здравоохранения.

3. Организация неотложной медицинской помощи

33. Неотложная медицинская помощь спецконтингенту оказывается в установленном порядке.

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

34. Амбулатория должна быть готова для оказания неотложной медицинской помощи в любое время суток. Для этого в процедурной и перевязочной (операционной) следует иметь в постоянной готовности наборы (посиндромные укладки) для оказания неотложной помощи при острых состояниях, стерильный хирургический инструментарий, шприцы, инъекционные иглы, запас кислорода, стерильного перевязочного материала, таблицу с указанием основных симптомов соответствующих заболеваний, перечнем лекарственных средств для оказания неотложной помощи, согласно Типовому перечню посиндромных упаковок и входящих в них лекарственных средств и инструментов для оказания неотложной медицинской помощи (приложение 1).

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

35. Все медикаменты, предназначенные для текущего расходования и

имущество для оказания неотложной помощи должны храниться в специальных шкафах под замком.

Хранить в амбулатории медикаменты и другое расходное имущество допускается в количестве, не превышающем пятидневную потребность. Перед выдачей лекарственных средств больному, каждый раз проверяют соответствие выдаваемого лекарственного средства назначенному и срок его годности.

Наркотические лекарственные средства хранятся только в оборудованном охранной сигнализацией специальном помещении административного здания учреждения, в металлическом сейфе под замком, в соответствии с Постановлением Правительства Республики Казахстан от 10 ноября 2000 года № 1693 "Об утверждении правил осуществления государственного контроля над оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров Республики Казахстан". Отпуск их производится строго по медицинским показаниям с соответствующей записью. см. P070000735

4. Объем медицинской помощи в медицинской части

36. При обследовании больных для установления диагноза заболевания врач медицинской части использует данные анамнеза, медицинские документы, результаты осмотра, данные лабораторных, рентгенологических и функциональных методов исследования. В необходимых случаях об имевшихся заболеваниях запрашиваются данные из лечебных учреждений органов здравоохранения по месту жительства до их ареста и осуждения.

В области хирургии врач медицинской части должен:
определять группу крови; производить местную новокаиновую инфильтрационную анестезию, новокаиновые блокады; первичную хирургическую обработку небольших ран мягких тканей; транспортную иммобилизацию; остановку наружного кровотечения тампонадой, перевязкой сосудов или наложением зажима на кровоточащий сосуд; катетеризацию и прокол мочевого пузыря; трахеостомию; пункцию плевральной полости или введение дренажа с клапаном при напряженном пневмотораксе;

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

В области хирургии фельдшер должен:
своевременно и правильно оказывать доврачебную помощь и немедленно направлять к врачу больных, нуждающихся во врачебной помощи;

определять группу крови;
производить временную остановку кровотечения;
осуществлять транспортную иммобилизацию; вводить противостолбнячную сыворотку при всех ранениях, отморожениях, ожогах и электротравмах;
производить искусственное дыхание различными способами, непрямой

массаж сердца, ингаляцию кислорода;
делать подкожные и внутримышечные инъекции, вводить лекарственные средства внутривенно, производить капельные и струйные вливания кровезамещающих и противошоковых жидкостей;
знать симптоматику наиболее распространенных и особенно острых хирургических заболеваний, распознавать симулятивные действия следственно-арестованных и осужденных;
стерилизовать инструментарий, посуду, белье и прочее.

37. Показаниями для госпитализации, в том числе срочной, являются состояния, требующие лечения в условиях стационара.

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

При необходимости проведения в пути следования мероприятий медицинского характера, а также при возможности возникновения такой необходимости больного (пострадавшего) должен сопровождать медицинский работник, имеющий при себе укладку с медикаментами и инструментарием. В направлении на экстренную госпитализацию должны быть кратко изложены сведения о состоянии эвакуируемого и оказанной помощи.

39. Амбулаторному лечению продолжительностью не более 14-15 дней подлежат больные, не требующие по характеру заболевания (травмы) сложных методов диагностики и лечения (ушибы, дисторзии, абсцессы поверхностные и прочее). Объем диагностических мероприятий в отношении хирургических больных определяется возможностью обеспечить в условиях медицинской части лабораторное, рентгенологическое и другие специальные методы исследования.

Врач медицинской части должен:

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

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

осуществлять контроль за больными, выписанными из больниц, состояние которых требует дальнейшего наблюдения;

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

снимать ЭКГ и знать электрокардиографические признаки стенокардии, острого инфаркта миокарда, "угрожающих" нарушений ритма сердца.

При заболеваниях внутренних органов фельдшер должен:

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

заболеваниях и отравлениях;

организовывать и осуществлять уход за больными;

промывать желудок, делать лекарственные и очистительные клизмы;

с н и м а т ь Э К Г ;

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

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

При заболеваниях и повреждениях глаз и их придатков врач медицинской ч а с т и д о л ж е н :

определить остроту зрения по таблицам Сивцева и цветоощущение по т а б л и ц а м Р а б к и н а ;

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

распознавать механические повреждения, термические и химические ожоги г л а з и и х п р и д а т к о в ;

оказать первую врачебную помощь при этих видах травмы;

распознавать ячмени и мейбомиты век, неострое воспаление краев век и конъюнктивы, куриную слепоту; организовать лечение этой категории больных, а при других заболеваниях глаз своевременно решить вопрос о необходимости консультации или госпитализации больного в больницу.

При заболеваниях и повреждениях глаз и их придатков фельдшер (медсестра) д о л ж е н :

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

распознавать повреждения глаз и их придатков и оказывать доврачебную п о м о щ ь ;

удалять инородные тела с конъюнктивы век и поверхностных слоев роговицы

;

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

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

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

все больные с заболеваниями глазного яблока; лица с подозрением на глаукому; лица с постепенным прогрессирующим ухудшением зрения или с внезапной потерей его.

41. При заболеваниях уха, горла и носа врач медицинской части должен: оказывать неотложную помощь при травмах и заболеваниях ЛОР-органов, сопровождающихся осложнениями, угрожающими жизни (удушье на почве стеноза гортани, кровотечение из ЛОР-органов);

распознать и лечить в медицинской части больных с наружными заболеваниями уха: дерматитом, фурункулезом, серной пробкой, инородным телом наружного слухового прохода, находящимся у входа, хорошо видимым и легко удаляемым осторожным промыванием ушным шприцем; носовыми кровотечениями, заболеваниями наружного носа (фолликулиты, дерматиты), острыми ринитами;

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

При заболеваниях уха, горла, носа фельдшер (медсестра) должен: распознавать острые заболевания уха, горла, носа, требующие срочной врачебной помощи;

оказывать доврачебную помощь при заболеваниях и повреждениях уха, горла, носа, делать туалет слуховых проходов при заболеваниях ушей, удалять (промыванием) серные пробки;

выполнять назначения врача-специалиста.

42. При заболеваниях мочеполовой системы: врач медицинской части должен:

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

диагностировать наиболее характерные заболевания (водянка яичка, крипторхизм, семенная киста, расширение вен семенного канатика, эпидидимит, ф и м о з) .

фельдшер (медсестра) должен:

оказывать неотложную доврачебную помощь при повреждениях органов мочеполовой системы .

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

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

диагностировать перелом нижней (верхней) челюсти, вывих нижней челюсти и оказывать первую помощь при ранениях и повреждениях челюстно-лицевой области .

44. При психических заболеваниях и заболеваниях нервной системы врач должен :

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

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

диагностировать и лечить в условиях медицинской части заболевания периферической нервной системы (острый пояснично-крестцовый радикулит, люмбаго, невралгии отдельных нервов), невротические и астенические состояния .

Лечебно-профилактические мероприятия по поводу нервно-психических заболеваний врач должен проводить в тесном контакте со штатными и внештатными специалистами .

фельдшер должен :

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

знать симптомы основных психических заболеваний, а при выявлении такого рода больных своевременно докладывать о них врачу; принимать меры к их

изоляции, купировать психомоторное возбуждение, участвовать в эвакуации больных в психиатрические учреждения (отделения), владеть методикой фиксирования беспокойных больных.

45. При кожных и венерических болезнях врач медицинской части должен: распознавать основные кожные и венерические болезни, оказывать при этих заболеваниях лечебную помощь и проводить необходимые профилактические мероприятия;

владеть техникой промывания уретры, аутогемотерапии, взятия и пересылки крови для серологического исследования; взятия мазка на наличие гонококков в выделяемом из уретры, секрета предстательной железы и мочевых путей; исследования чешуек и волос с очагов поражения кожи на грибки.

фельдшер (медсестра) должен: самостоятельно распознавать наиболее часто встречающиеся кожные и венерические болезни;

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

проводить аутогемотерапию;

вводить в уретру мягкий катетер, брать кровь на реакцию Вассермана, владеть методикой экспресс-диагностики сифилиса; брать и отправлять материал для лабораторного исследования на гонококки и грибковые заболевания; производить промывание уретры.

46. За подготовку медицинского персонала для оказания лечебной помощи в указанном выше объеме несет ответственность начальник медицинской части (здравпункта) учреждения. Должностная инструкция начальника медицинской части разрабатывается и утверждается в соответствии с Типовой должностной инструкцией начальника медицинской части учреждения (приложение 2).

3. Организация стационарной помощи в медицинских частях учреждений

47. Стационар медицинской части предназначен для: обследования и лечения больных, нуждающихся в постельном режиме, сроком лечения до 14-15 дней;

необходимого стационарного долечивания больных, выписанных из больниц; временной изоляции инфекционных или подозрительных на инфекционное заболевание больных до направления их в больницу;

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

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

помещения больных, подлежащих освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью, при невозможности нахождения их в общежитии и отсутствии

показаний для направления в больницы уголовно-исполнительной системы.

48. Начальник учреждения обеспечивает развертывание положенных по штату коек и их эффективное использование.

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

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

На каждого больного ведется медицинская карта стационарного больного.

Обо всех случаях экстренной или плановой госпитализации в стационар, а также выписки из него медицинская часть извещает начальника отряда (старшего по корпусу).

50. При наличии в стационаре нескольких палат больные, представляющие опасность для окружающих (инфекционные, заразные кожные, психические заболевания), содержатся отдельно.

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

Во время пребывания в стационаре больной должен пройти обследование. При необходимости на консультацию привлекаются врачи-специалисты медицинских учреждений органов здравоохранения (по согласованию). Плановые консультации осуществляются по графику, а в неотложных случаях - в любое время суток.

Обход больных врачи медицинской части производят ежедневно. Дневниковые записи больным производятся 1 раз в 3 дня в случаях легкого течения заболевания и ежедневно в среднетяжелых и тяжелых случаях. Начальник медицинской части осматривает больного не реже одного раза в неделю и в обязательном порядке - в первый день поступления больного и перед выпиской.

Врачебные назначения, измерение температуры тела, антропометрические исследования производит дежурный фельдшер (медсестра); на него возлагается также наблюдение за выполнением правил внутреннего распорядка для больных.

52. Объем медицинской помощи в стационаре определяется наличием работающих в медицинской части врачей-специалистов и оборудования согласно Типовому табелю оснащения медицинским инструментарием, оборудованием и

инвентарем медицинских частей учреждений (приложение 3).

53. В составе стационара оборудуется палата для изолированного содержания больных с заразными формами заболеваний и психическими расстройствами. Палата предназначается для временной изоляции (до направления в больницу) инфекционных больных (в том числе больных туберкулезом) и больных с заболеваниями, подозрительными на инфекционные, оказания им первой врачебной помощи, ухода и наблюдения за больными и взятия материалов, необходимых для диагностики заболевания. В палате своевременно должна проводиться текущая и заключительная дезинфекция. Медицинский персонал в палате пользуется специально выделенными халатами и строго соблюдает все правила личной гигиены.

54. В стационаре медицинской части круглосуточно должен находиться дежурный санитар. Количество дежурного персонала устанавливает начальник медицинской части.

55. В больнице должны быть разработаны и утверждены должностные инструкции работников, планы работы, а также правила внутреннего распорядка стационаров медицинских частей и больниц уголовно-исполнительной системы (приложение 4).

Должностная инструкция начальника больницы уголовно-исполнительной системы должна быть разработана и утверждена согласно Типовой должностной инструкции начальника больницы уголовно-исполнительной системы (приложение 5).

56. Госпитализации в больницу подлежат осужденные, страдающие острыми заболеваниями или обострениями хронических заболеваний, нуждающиеся в квалифицированном обследовании и стационарном лечении, если лечение таких осужденных в условиях медицинской части невозможно или связано с угрозой для жизни, ухудшением состояния здоровья или недостаточно эффективно, а также в случаях, диагностически неясных и требующих углубленного клинического обследования.

57. Прием осужденных в больницу из учреждений осуществляется при наличии в медицинской амбулаторной карте заключения врача (фельдшера) о необходимости проведения стационарного обследования и лечения больного.

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

59. Больница обеспечивает готовность к приему больных, нуждающихся в неотложной медицинской помощи. Специальным планом, скоординированным с территориальными лечебно-профилактическими учреждениями органов

уголовно-исполнительной системы и здравоохранения, предусматриваются мероприятия по оказанию медицинской помощи в случае группового и массового поступления больных.

Больные с особо опасной инфекцией госпитализируются в инфекционные больницы органов здравоохранения с обеспечением их охраны.

60. При приеме больного в больницу дежурный врач должен обеспечить своевременный осмотр поступающего больного, ознакомиться с медицинской документацией, записать необходимые сведения о нем в журнале учета приема, выписки больных и отказов в госпитализации, описывает в медицинской карте стационарного больного данные анамнеза, наружного осмотра, эпидемиологические данные, данные его объективного обследования, устанавливает предварительный диагноз болезни, делает необходимые лечебные назначения и направляет больного в соответствующее отделение. Дежурный врач в часы отсутствия врачей отделений организует наблюдение за состоянием тяжело и вновь поступивших больных и оказание им неотложной медицинской помощи.

При приеме в больницу больной подвергается тщательному обыску (если позволяет его состояние), принадлежащая ему одежда и обувь дезинфицируется, приводятся в порядок и по описи, заверенной дежурным врачом, дежурной сестрой и сопровождающими лицами, передаются на хранение до убытия больного из больницы.

Все больные, поступившие в больницу, подвергаются необходимой санитарной обработке со сменой белья.

Больные, поступающие в часы работы врачей отделений, помимо врача приемного отделения или дежурного врача больницы осматриваются врачами соответствующих отделений, которые устанавливают диагноз, назначают необходимые лечебно-диагностические мероприятия, о чем делают соответствующую запись в истории болезни.

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

61. В случае отказа в приеме больного дежурный врач оказывает ему при необходимости лечебную помощь и делает запись в медицинской амбулаторной карте, а также в журнале учета приема, выписки больных и отказов в госпитализации и о принятых мерах (какая помощь оказана, рекомендации).

О причинах отказа в госпитализации и о принятых мерах дежурный врач ставит в известность начальника больницы или его заместителя.

62. Врачебная помощь больным в вечернее и ночное время производится штатными врачами больниц в пределах месячной нормы их рабочего времени.

63. Поступивший в больницу больной проходит необходимое

клинико-лабораторное, функциональное, рентгенологическое, бактериологическое обследование и в зависимости от диагноза заболевания ему назначается и проводится соответствующее лечение.

64. Для выяснения сложных вопросов диагностики, лечения, прогноза организуются консультации врачей-специалистов больницы с участием специалистов клиник медицинских институтов или территориальных органов здравоохранения, а также консилиумы (по согласованию).

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

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

Про все случаи внутрибольничного перевода больных немедленно ставится в известность начальник больницы или его заместитель по медицинской части.

66. В исключительных случаях, когда в больнице отсутствуют условия (оборудование, оснащение, кадры), необходимые для оказания срочной специализированной медицинской помощи, больные осужденные направляются с обеспечением их охраны в лечебные учреждения органов здравоохранения.

67. Осужденных, отбывающих наказание в колониях-поселениях, при отсутствии возможности оказания квалифицированной медицинской помощи, в том числе скорой, в учреждениях органов здравоохранения в исключительных случаях разрешается помещать для стационарного лечения в больницы уголовно-исполнительной системы.

68. В больницах, имеющих в своей структуре психиатрические и инфекционные отделения (палаты), устанавливается режим, обеспечивающий соответствующую изоляцию осужденных, а также постоянный надзор за поведением этих категорий больных.

69. Осужденные, систематически злостно нарушающие больничные режим, выписываются из больницы и переводятся по месту содержания только в случаях, не представляющих опасность для жизни и здоровья больного и окружающих. Выписка больного производится с разрешения начальника больницы или его заместителя и по заключению врача-специалиста с соответствующей записью в медицинской карте стационарного больного и медицинской амбулаторной карте. Не подлежат выписке осужденные, больные туберкулезом.

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

Раздача пищи допускается после снятия пробы с готовых блюд дежурным

врачом, результаты снятия пробы фиксируются в журнале. Каждое блюдо приготавливается на кухне по меню-раскладке.

71. Больные еженедельно должны мыться в бане (ванне) с последующей сменой нательного и постельного белья. Смена белья у больных средней и тяжелой степени тяжести проводится в зависимости от необходимости.

Продолжительность ночного сна больных устанавливается не менее восьми часов, послеобеденного отдыха - не менее часа.

Ежедневная прогулка больных проводится с учетом погоды, обязательность ее проведения определяется врачом.

72. Все данные, полученные при обследовании больного, вносятся в медицинскую карту стационарного больного. Они должны быть изложены полно, последовательно и четко. Медицинская карта стационарного больного является основным документом, составляемым на больного в больнице.

73. В лечебно-диагностических кабинетах, ординаторских, на рабочих местах дежурных медицинских сестер должна быть установлена тревожная сигнализация и аварийное освещение. Обязательным является подключение к аварийному питанию хирургических и реанимационных отделений больниц.

74. Выписка больного производится лечащим врачом по согласованию с заведующим отделением стационара в случае:
выздоровления больного;

улучшения состояния здоровья, когда больной по своему состоянию здоровья может продолжать лечение в условиях медицинской части учреждения уголовно-исполнительной системы;

отсутствия показаний к дальнейшему лечению в условиях стационара; необходимости перевода больного в другую больницу или учреждение социального обеспечения.

По окончании стационарного лечения больной выписывается в учреждение, из которого он направлялся на лечение.

Медицинская карта стационарного больного перед сдачей в архив полностью оформляется, в выписном эпикризе приводится краткая информация об анамнезе, развитии заболевания, обоснование диагноза, сведения о проведенном лечении и его эффективности, исход заболевания, рекомендации.

Копия эпикриза приобщается к Медицинской амбулаторной карте.

75. По окончании срока наказания в период нахождения больного в больнице и при необходимости дальнейшего лечения он направляется с выпиской из медицинской карты стационарного больного в лечебное учреждение по избранному месту жительства или в ближайшее лечебное учреждение органов здравоохранения.

Если же немедленная отправка больного опасна для его жизни, то с его

согласия по медицинскому заключению он может быть временно оставлен в отдельной больничной палате, о чем сообщается надзирающему прокурору и родственникам.

76. Факт смерти больного в больнице удостоверяется лечащим врачом, а в его отсутствии - дежурным врачом.

77. Больница о чрезвычайных происшествиях, несчастных случаях, внутрибольничной инфекции, про все случаи смерти больных сообщает в вышестоящие организации в следующем порядке: территориальное управление уголовно-исполнительной системы, Комитет уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Республики Казахстан.

В случае вспышки эпидемического заболевания в отделениях больницы вводятся режимно-ограничительные меры, и проводится комплекс противоэпидемических мероприятий по локализации очага и его ликвидации.

Прием осужденных в больнице по личным вопросам, рассмотрение писем, жалоб и заявлений проводятся администрацией больницы в установленном законодательством порядке.

78. В палатах интенсивной терапии для тяжелых и послеоперационных больных обеспечиваются условия для постоянного контроля за состоянием больного. В каждом операционном блоке оборудуется анестезиологическая комната, в которой имеются резервные наркозные, дыхательные, контрольно-измерительные и другие аппараты и принадлежности для анестезии, устанавливаются материальные и инструментальные шкафы, стерильный стол, стол для биксов и эксикатора, стерилизатор.

79. В операционной имеются наркозные аппараты, респираторы, дефибриллятор, электроотсос, подвижной наркозный столик с соответствующими фармакологическими лекарственными средствами и принадлежностями для анестезии. Другие аппараты и приборы перемещаются в операционную только при необходимости.

В целях безопасности баллоны со сжатым газом следует размещать вне операционной, оборудовав специальное помещение.

80. В терапевтическом отделении имеется палата для оказания неотложной помощи при острых сердечно-сосудистых состояниях и для реанимационных мероприятий.

В терапевтическом отделении оборудуется не менее двух процедурных кабинетов для выполнения стерильных и обычных манипуляций, отдельно кабинеты для эндоскопических исследований (гастроскопия, бронхоскопия), а также для желудочного и дуоденального зондирования.

81. В туберкулезном отделении должны быть: комната с санитарным пропускником для приема больных, процедурный кабинет.

В число специальных кабинетов туберкулезной больницы, отделения (исправительных учреждений на правах лечебных) входят:
рентгеновский, флюорографический с фотолабораторией;
кабинет для исследования функции внешнего дыхания;
бронхологический и ларингологический с ингалятором;
стоматологический (зубоврачебный);
физиотерапевтический;
кабинет для наложения искусственного пневмоторакса;
кабинет сбора мокроты;
процедурный кабинет для внутривенных капельных вливаний и
к р о в е з а м е н и т е л е й ;
кабинет для приема противотуберкулезных лекарственных средств;
помещение для обработки мокротосборников и обеззараживания мокроты.

82. В кожно-венерологическом отделении должны иметься:
перевязочная для больных кожными болезнями и отдельную процедурную
для больных венерическими болезнями;
урологический кабинет (при значительном числе больных гонореей);
палаты для больных с заболеваниями кожи, для больных сифилисом,
гонореей, изолированные палаты для больных с неуточненным диагнозом;
подсобные помещения: столовая с отдельно выделенной посудой для
больных сифилисом, раздаточная, моечная, в которой посуду больных
сифилисом (отличающуюся по виду от остальной посуды) моют отдельно от
п р о ч е й п о с у д ы ;

отдельную туалетную комнату для больных венерическими заболеваниями.

83. В ЛОР отделении должны иметься: смотровая, процедурная, перевязочная
, операционная, послеоперационная палата, эндоскопический, аудиометрический
и вестибулометрический кабинеты, а в отделениях на 30 и более коек
ингаляторий и физиотерапевтический кабинет.

84. В глазном отделении должны иметься: смотровая с приспособлением для
затемнения окон, кабинет для аппаратуры и для офтальмоскопии, отдельная
операционная, глазная перевязочная, послеоперационная палата с затемнением
окон. Лечение больных с вирусным эпидемическим кератоконъюнктивитом
осуществляется на базе инфекционного отделения.

85. Психиатрическое отделение размещают в отдельном здании, а при
невозможности изолированного размещения - в нижнем этаже общего лечебного
корпуса. В отделении обеспечивается соответствующая изоляция осужденных,
постоянный надзор за поведением всех категорий психических больных, а также
безопасные условия труда медперсонала. Необходимо предусматривать палаты
для обследования и лечения больных с острыми психическими заболеваниями,

возбужденных больных и одну палату-изолятор на 2 человека.

86. Неврологическое отделение размещается рядом с физиотерапевтическим кабинетом на первом этаже здания. При отсутствии в больнице психиатрического отделения в неврологическом отделении оборудуется специальная палата для временной изоляции психических больных.

87. В инфекционном отделении должны иметься: приемные смотровые комнаты с санитарным пропускником, изолированные палаты для больных с неуточненным диагнозом и палаты для больных с различными инфекционными заболеваниями, не менее двух санузлов. Лабораторные исследования инфекционных больных проводятся бактериологической и другими лабораториями больницы.

88. В гинекологическом отделении, кроме обычных помещений для операционной и перевязочной, следует предусмотреть специальную смотровую комнату и женскую туалетную (с теплой водой).

89. В родильном отделении должны иметься: приемная для рожениц, смотровая и комната с душем (ванной) для санитарной обработки;

родовой сектор включает: предродовую и родовую палаты, операционную, комнату для рожениц с эклампсией (изолированную от шума и с приспособлением для затемнения окон), изолятор; послеродовой сектор, состоящий из перевязочной, помещений для новорожденных, палат для родильниц, комнату для выписки родильниц.

90. Размещение физиотерапевтического кабинета обеспечивает получение больными физиотерапевтической помощи, не выходя из здания лечебного корпуса больницы. Для обеспечения физиотерапевтической помощью лежачих больных в лечебных отделениях необходимо иметь переносную аппаратуру.

91. Кабинет функциональной диагностики размещается вдали от зданий и отделений, в которых имеются электросиловые установки. Минимальное оборудование кабинета - аппараты электрокардиографии, фонокардиографии, реографии, основного обмена и функции внешнего дыхания, аудиометрии. Необходимо иметь фотолабораторию и хозяйственную комнату.

92. Размещение рентген кабинета обеспечивает оптимальную связь со всеми обслуживаемыми отделениями, особенно с хирургическим, терапевтическим и туберкулезным. В крупных больницах целесообразно иметь филиалы стационарных рентгеновских кабинетов с фотолабораториями, прежде всего в хирургическом, туберкулезном, а если возможно, то и в приемном отделениях. Во всех случаях должны строго соблюдаться установленные правила лучевой, электрической и пожарной безопасности.

Минимальное оборудование кабинета - рентгеновская диагностическая

стационарная установка на два рабочих места (рентгеноскопия и рентгенография), томографическая приставка, защитные приспособления (ширмы, фартуки, перчатки), индивидуальные дозиметры, негатоскопы и фотолабораторное имущество. В крупных больницах в составе рентгенологического отделения (кабинета) может быть установлен аппарат для лучевой терапии с соответствующими мерами радиационной защиты.

93. Лаборатория больницы должна иметь кабинеты: для общеклинических, биохимических, бактериологических исследований (с комнатами для варки питательных сред, стерилизационной, боксом), а при необходимости - и для серологических исследований; комнаты для приема проб и материалов, для взятия анализов и выдачи результатов исследований (регистратура); кладовую для хранения реактивов, посуды и оборудования. В помещениях для биохимических исследований и выполнения анализов кала, мокроты оборудуются вытяжные шкафы.

94. Прозекторская размещается в отдельном здании, на расстоянии от лечебных отделений, жилых секций, пищеблока. В здании оборудуется гистологическая лаборатория с необходимым оснащением.

95. После установления смерти больного лечащим или дежурным врачом труп доставляют в прозекторскую. К трупу необходимо прикреплять сопроводительные бирки с указанием даты смерти, отделения больницы, фамилии, имени, отчества и возраста умершего. Повязки, дренажи до вскрытия трупа не удаляются. Вместе с трупом в прозекторскую доставляют медицинскую карту стационарного больного. При вскрытии трупа присутствуют лечащий врач и начальник лечебного отделения. Патологоанатомический диагноз и эпикриз, а также данные о совпадении диагнозов заносят в соответствующие учетные формы.

96. Все случаи смерти больного изучаются ВКК больницы, в работе которой участвует врач-патологоанатом. Комиссия анализирует особенности течения заболевания, правильность и своевременность диагностических и лечебных мероприятий, выявленные недостатки и их причины и выносит заключение, которое председатель комиссии докладывает начальнику больницы не позднее 15 суток после вскрытия.

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

В конференциях участвуют врачи медицинских частей учреждений. На конференции лечащий врач подробно характеризует особенности развития и

течения заболевания с обоснованием диагностических и лечебных мероприятий. Главные внештатные специалисты производят всесторонний разбор проведенных лечебно-профилактических мероприятий и оценку их своевременности и эффективности. Врач-патологоанатом докладывает об основных изменениях, обнаруженных при вскрытии и гистологическом исследовании органов трупа, заключение о патогенезе найденных изменений и причине смерти, сопоставляет клинический и патологоанатомический диагнозы, отмечает дефекты лечебно-диагностических мероприятий и их причины.

Протокол конференции ведет специально выделенный сотрудник больницы.

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

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

99. Организационно-методическая работа включает:
изучение заболеваемости осужденных, анализ дефектов в работе медицинских частей;

разработку предложений по улучшению качества медицинской помощи спецконтингенту;

планирование выездов врачей-специалистов больницы в учреждения для проведения профилактических осмотров, врачебно-трудовой экспертизы, консультативной помощи и анализ эффективности выездов;

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

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

100. Выезды специалистов осуществляются по плану больницы или по указанию старшего медицинского начальника. План выездов согласовывается с начальником медицинской службы, утверждается начальником территориального управления уголовно-исполнительной системы и доводится до сведения всех начальников медицинских частей.

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

В ходе выездов в медицинские части учреждений врачи больницы должны: оказывать помощь медицинским частям в организации работы (консультации по вопросам, связанным с рациональным использованием оборудования, коечного фонда стационаров) и обеспечении неотложной и других видов помощи ;

осуществлять отбор больных для плановой госпитализации в больницу, а также на обследование в целях врачебной экспертизы; устанавливать единство и преемственность в проведении лечебно-профилактических мероприятий в медицинских частях и больнице, проводить показательные и консультативные приемы, осматривать больных, находящихся в медицинской части, участвовать в медицинских обследованиях осужденных, проводить с врачами разборы дефектов в оказании медицинской п о м о щ и ;

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

обучать врачей медицинских частей новым методам диагностики и лечения б о л ь н ы х ;

о проделанной работе в медицинских частях и о предложениях по улучшению лечебно-профилактического обеспечения докладывать начальнику б о л ь н и ц ы .

101. Пострадавшим и больным, доставленным в больничное учреждение, в зависимости от показаний, медицинскую помощь оказывают в приемном или лечебно-диагностических отделениях.

В отделении должны быть :
таблицы, инструкции и справочники по оказанию неотложной помощи;
шкаф со всем необходимым для оказания неотложной помощи;
все необходимые медикаменты, растворы, сыворотки, противошоковые и кровезаменяющие жидкости, хирургический инструментарий, перевязочный материал, кислород (в соответствии с инструкциями и указаниями по реанимации и неотложной помощи).

102. На случай экстренного вызова врачей для оказания неотложной помощи вне больницы в приемном отделении (на посту медицинской сестры) хранится специальный медицинский комплект.

103. Оснащение хирургического отделения обеспечивает оказание помощи больным с хирургическими патологиями и травмами.

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

104. В терапевтическом отделении должны быть наготове все необходимые инструментальные и лекарственные средства для оказания неотложной помощи при острых заболеваниях и различных патологических состояниях: острой сердечной и сосудистой недостаточности (отек легких, шок, коллапс), инфаркте миокарда и стенокардии, гипертоническом кризе, пароксизмальной тахикардии, полной атриовентрикулярной блокаде, легочном и желудочном кровотечениях, спонтанном пневмотораксе, бронхиальной астме, коматозных состояниях различной этиологии, остром панкреатите, острой недостаточности надпочечников, анафилактическом шоке, острых инфекциях и отравлениях, терминальных состояниях различной этиологии.

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

106. В состав ВКК входят начальники отделений, которые проводят ежемесячную экспертную оценку качества обследования и лечения больных. При этом учитываются:

- обоснованность и своевременность госпитализации больных;
- объем обследования в медицинской части;
- качество сбора анамнеза, осмотра больного и наблюдения за ним в больнице;
- полнота использования основных и вспомогательных методов обследования, способствующих своевременной постановке клинического диагноза и назначению адекватного лечения;
- своевременность осмотра больного начальником отделения (врачами), консультантами, участие в осмотре больных смежных специалистов и выполнение их рекомендаций;
- своевременность постановки диагноза и логичность его обоснования;
- своевременность консилиумов и выполнение их назначений;
- полнота и своевременность лечения;
- ошибки в выполнении лечебных мероприятий (манипуляций, операций), повлекшие за собой серьезные последствия;
- возможная причина клинико-диагностической ошибки;
- значение ошибки в диагностике для лечения и исхода заболевания;
- причины отсутствия должного лечения или его несвоевременного проведения

;

- качество ведения медицинской документации;
- длительность госпитализации и каждого его периода (анализируются причины крайне низких и крайне высоких сроков пребывания).

4. Медицинское обеспечение женщин и несовершеннолетних

1. Особенности лечебно-профилактической работы в воспитательных колониях

107. В период пребывания в следственном изоляторе все несовершеннолетние подвергаются обследованию на дифтерийное носительство и гельминтоносительство. При положительных результатах бактериологического исследования в отношении бактерийвыделителей проводится полный комплекс лечебно-профилактических и противоэпидемических мероприятий. Подросткам, у которых выявлены гельминты, проводится дегельминтизация, которая может быть прервана при этапировании и завершена в учреждении. По показаниям осуществляются прививки вакциной АДС-М.

Профилактическое обследование органов грудной клетки у несовершеннолетних проводится только флюорографически.

108. Начальник медицинской части, входящий в состав комиссии, принимающей вновь поступающих осужденных несовершеннолетних, дает рекомендации по рациональному трудоустройству, направлению на профессиональное и общеобразовательное обучение.

Одновременно выявляются нуждающиеся в лечении и психопрофилактике у врача психиатра или воспитательно-психологическом воздействии со стороны психолога совместно с воспитателем.

109. Два раза в год всем воспитанникам учреждений проводят углубленные врачебные осмотры с антропометрическими измерениями, взвешиванием и лабораторными исследованиями, а также флюорографическим обследованием. На основании данных о состоянии здоровья и физической подготовленности воспитанников распределяют для занятий физической культурой на группы: основную, подготовительную, специальную и инвалидов. По мере улучшения состояния здоровья их переводят из одной группы в другую.

110. Медицинские работники учреждения проводят отбор подростков, нуждающихся по состоянию здоровья в оздоровительном режиме, медицинском наблюдении и усиленном питании, в оздоровительные группы, создаваемые при стационарах медицинских частей.

В оздоровительные группы направляются подростки: физически ослабленные и имеющие вес ниже нормы; перенесшие различные тяжелые заболевания, травмы, хирургические операции;

имеющие отклонения в состоянии здоровья стойкого характера, отнесенные к специальной группе учета и подлежащие постоянному диспансерному наблюдению.

Начальник медицинской части составляет список лиц, зачисляемых в

оздоровительную группу, и утверждает его у начальника учреждения. Срок пребывания в оздоровительной группе определяется врачом и составляет до 30 дней. При наличии медицинских показаний он может продлеваться. На этот период осужденные содержатся в стационаре медицинской части. Режим дня им определяет начальник медицинской части. Они могут посещать школу, а трудоустройство их осуществляется по типу трудотерапии. Проводятся занятия по лечебной и физической культуре под контролем медработника.

В медицинских картах этой категории лиц производятся соответствующие записи, отражающие контроль веса, режим дня, медикаментозную и витаминотерапию, лечебную физкультуру, трудоустройство.

111. Для оказания специализированной медико-санитарной помощи осужденным несовершеннолетним проводится:

закрепление воспитательных колоний по месту их дислокации к областным, городским, центральным районным больницам для оказания квалифицированной консультативной и стационарной медицинской помощи осужденным подросткам ;

оказание территориальными органами здравоохранения практической помощи медицинским службам управлений уголовно-исполнительной системы в проведении двух раз в год профилактических медицинских осмотров несовершеннолетним осужденным врачами-специалистами: отоларингологом, окулистом, невропатологом, хирургом, стоматологом, психиатром с выполнением необходимых лабораторных и функциональных исследований, а также двукратного флюорографического обследования;

обеспечение территориальными органами здравоохранения оказания консультативной и методической помощи медицинским службам управлений уголовно-исполнительной системы в организации и осуществлении диспансерного наблюдения за лицами, с выявленными заболеваниями. В проведении им лечебно-профилактических мероприятий в полном объеме, с участием врачей-специалистов: дерматовенеролога, фтизиатра, а также нарколога для проведения принудительного лечения подростков, больных хроническим алкоголизмом и наркоманией, в соответствии с существующим положением ;

оказание практической помощи главными государственными санитарными врачами областей, городов и районов в местах дислокации воспитательных колоний в организации и проведении противоэпидемических мероприятий;

оказание территориальными органами здравоохранения помощи медицинским службам управлений уголовно-исполнительной системы в укомплектовании кадрами медицинских частей учреждений.

112. При наличии в штатах медицинской части подросткового

врача-терапевта лечение больных проводится только с такими заболеваниями, лечение которых может быть завершено в течение двухнедельного срока пребывания в условиях стационара. Лица с заболеваниями, требующими более длительного срока стационарного лечения, подлежат направлению в ближайшую больницу органов здравоохранения.

При отсутствии в штатах врача-терапевта пребывание больного в условиях стационара медицинской части, как правило, ограничивается тремя сутками, затем больной подлежит направлению в больницу.

113. Лечение несовершеннолетних осужденных, имеющих принудительную меру медицинского характера, должно осуществляться по месту основного содержания. Амбулаторное лечение осуществляется в условиях учреждения врачом-психиатром или начальником медицинской части.

Все осужденные подростки подлежат консультации врачом психиатром во время пребывания в карантине.

Лечение больных наркоманией в условиях воспитательных колоний в обязательном порядке должно сочетаться с трудовым процессом, обучением в общеобразовательной школе под руководством персонала, подготовленного к работе и общению с наркоманами.

Вся работа с этой категорией осужденных подростков проводится врачом-психиатром подростковым в тесном взаимодействии и деловом общении с воспитателем и психологом. Ими организуются комплексные мероприятия по пропаганде среди подростков трезвого образа жизни, вредных последствий наркомании и путей ее профилактики.

2. Особенности медицинской помощи женщинам

114. Задачами медицинской части учреждения по медицинскому обеспечению женщин являются: предупреждение осложнений беременности, родов и послеродового периода; антенатальная (внутриутробная) охрана плода; профилактика и лечение гинекологических заболеваний.

115. Медицинская часть осуществляет: диспансерное наблюдение за беременными женщинами; психопрофилактическую подготовку к родам; работу "школы матерей".

Медицинская часть контролирует: правильность трудового использования женщин (освобождение беременных и кормящих матерей от ночных и сверхурочных работ, работ на вредном производстве и в выходные дни на сроки, предусмотренные законодательством); наличие и санитарное состояние комнат гигиены, обеспечение их типовым оборудованием;

питание беременных женщин и кормящих матерей.

116. Родовспоможение беременным женщинам, содержащимся в следственных изоляторах, оказывается в родильных домах органов здравоохранения.

Родильные отделения организуются при женских исправительных учреждениях, имеющих дома ребенка, и являются составной частью медицинских частей. Как правило, родовспоможение осуществляется в родильных домах органов здравоохранения. В случае рождения ребенка в исправительном учреждении категорически запрещается указывать место рождения - исправительное учреждение.

117. В соответствии с действующим законодательством женщинам перечисляется единовременное пособие по уходу за ребенком на их личные счета.

118. Все беременные подлежат диспансерному наблюдению. Беременные с акушерской патологией или экстрагенитальными заболеваниями выделяются в группы "риска".

При первичном осмотре беременной: собирают анамнез, обращая внимание на характер секреторной, менструальной функции, течение и исход предыдущих беременностей и родов; производят общее и специальное акушерское обследование, включая ультразвуковое, измеряют вес и артериальное давление; проводят лабораторные исследования (общий анализ крови, мочи, реакцию Вассермана в первой и второй половине беременности, определение группы и резус-принадлежности крови, исследование влагалищных выделений); осматривают терапевтом и стоматологом.

При отягощенном акушерском анамнезе беременная обследуется на токсоплазмоз, по показаниям осматривается врачами-специалистами.

Посещения к врачу акушеру-гинекологу назначаются:

I половина беременности - 1 раз в месяц;

II половина беременности до 30 недель - 2 раза в месяц;
после 30 недель беременности еженедельно;

при отягощенном акушерском анамнезе, заболевании женщины или патологическом течении настоящей беременности (не требующей госпитализации) частота осмотров решается индивидуально, лабораторные исследования проводят по мере необходимости и в большем объеме.

С момента установления беременности женщина переводится на более легкую работу, с ней проводится: санитарно-просветительная беседа о соблюдении правил личной гигиены, режима труда и отдыха;

физическая подготовка групповым методом по специальному комплексу упражнений; занятия с больными беременными (при заболеваниях сердца, сосудов, при токсикозах беременности) проводятся в индивидуальном порядке; психопрофилактическая подготовка к родам - еженедельно (6 занятий); с 14-16 недель беременности обучение в "школе матерей".

Госпитализации в учреждения органов здравоохранения для обследования и лечения подлежат женщины:

при патологическом течении беременности (тяжелые формы токсикоза, угрожающий выкидыш, водянка беременных, нефропатия, преэклампсия, кровотечение из половых путей, резус-конфликтная беременность, угроза наступления преждевременных родов);

при экстрагенитальных заболеваниях (пороки сердца, гипертоническая болезнь, гипертиреоз, диабет, анемия, лейкоз, цистит);

практически здоровые женщины, у которых течение родов может быть осложненным (рубец на матке, поперечное или косое положение плода, многоплодная беременность, внутриутробная смерть плода, миома матки);

при невозможности в амбулаторных условиях уточнить диагноз заболевания, осложнения.

119. После выписки из акушерского стационара осмотры производятся:

I - через 7 - 10 дней;
II - через 1 месяц;
III - через 2 месяца.

При первом осмотре изучаются данные акушерского стационара, выявляются жалобы, влагалищное исследование производится по показаниям. Проводится беседа о соблюдении правил личной гигиены. Консультативные осмотры врачами-специалистами назначаются в случае необходимости.

При втором - выявляются жалобы, назначаются лабораторные исследования по показаниям.

При физиологическом течении послеродового периода после третьего осмотра женщину с диспансерного учета снимают.

За состоянием здоровья родильницы наблюдает врач акушер-гинеколог, а за развитием новорожденного врач-педиатр.

120. Задачи в организации гинекологической помощи:
профилактика гинекологических заболеваний;
раннее их выявление;

оказание медицинской помощи гинекологическим больным.

121. Выявление гинекологических заболеваний осуществляется при обращении к врачу акушеру-гинекологу с различными жалобами и при проведении ежегодных профилактических осмотров.

Осмотру подлежат все женщины, находящиеся в учреждении, они осматриваются врачом акушером-гинекологом не менее 1 раза в год.

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

с б о р а н а м н е з а ;
общий и гинекологический осмотр больных;
взятие мазков для бактериологического и цитологического исследований.

122. Больные, подлежащие плановой госпитализации, проходят предварительные обследования, им должны быть обеспечены места в стационаре .

Женщины, имеющие заболевания, лечение которых невозможно в стационаре медицинской части, направляются на стационарное лечение в больницы территориальных органов здравоохранения.

При направлении в стационар для искусственного прерывания беременности п р о и з в о д я т :

анализ крови на реакцию Вассермана;
исследование влагалищных мазков;
первобеременным - определение резус-принадлежности крови.

Другие исследования назначаются по показаниям.

123. Противопоказаниями для искусственного прерывания беременности я в л я ю т с я :

острая и подострая гонорея;
острые и подострые воспалительные процессы любой локализации;
острые инфекционные заболевания.

124. Гинекологические больные подлежат регулярному наблюдению и о с м о т р у .

Стационарному лечению подлежат женщины со злокачественными новообразованиями женских половых органов, с нарушением функции репродуктивной системы (нарушение овариально-менструального цикла, дисфункциональные маточные кровотечения, эндометриоз), а также с доброкачественными новообразованиями, требующих оперативного вмешательства, воспалительные заболевания женских половых органов в стадии обострения, патологический климакс.

Частота и сроки посещений, длительность наблюдения определяются врачом индивидуально для каждой больной в зависимости от характера, клинической стадии заболевания и особенностей его течения.

3. Организация работы домов ребенка для детей осужденных женщин

125. Дом ребенка является детским учреждением для содержания и воспитания детей осужденных женщин.

Дома ребенка организуются при женских исправительных учреждениях.

Дома ребенка размещаются за зоной или выгораживаются из жилой зоны. Занимаемые домами ребенка земельные участки отгораживаются, оборудуются изолированными друг от друга площадками (по количеству групп) для проведения прогулок и сна детей на свежем воздухе в течение круглого года.

В домах ребенка воспитываются дети от рождения и до трехлетнего возраста. Дети старше трех лет передаются на содержание близким родственникам осужденных женщин, а в случае отсутствия таковых или отказа принять ребенка, подлежат передаче в детские дома. При согласии матери дети могут выписываться из дома ребенка и передаваться на воспитание родственникам и до достижения ими трехлетнего возраста.

Все новорожденные дети подлежат своевременной регистрации в ЗАГСе с оформлением на каждого ребенка свидетельства о рождении. В трехдневный срок в ЗАГСе производится регистрация случаев мертворождения и смертей новорожденных, умерших на первой неделе жизни (0-7 суток или 0-168 часов после рождения). На каждого ребенка (плод) заполняется свидетельство о перинатальной смерти.

Дом ребенка рассчитывается на размещение 50-150 детей с изоляцией групповых помещений.

Дом ребенка возглавляет начальник дома ребенка - врач-педиатр, который осуществляет руководство медицинской, воспитательной и административно-хозяйственной деятельностью в соответствии с законодательством о здравоохранении.

Начальник учреждения и начальник медицинской части, в ведении которого находится дом ребенка, несут непосредственную ответственность за организацию его работы.

126. В целях правильной организации оздоровительной и воспитательной работы в доме ребенка организуются возрастные группы.

Количество групп и возрастной состав детей в группах устанавливаются в соответствии с наличием детей, их возрастом и учетом психофизиологического развития.

Распределение детей по возрастам в группах: первая группа - до 10 месяцев (с выделением подгруппы детей до 4 месяцев), вторая группа - от 10 месяцев до 1,5 лет; третья группа - от 1,5 лет до 2 лет. В первой и второй группах число детей не должно превышать 10, в третьей - не более 13.

Если в какой либо из возрастных групп количество детей превышает эти нормы, то создаются параллельные группы.

127. Для медицинского обеспечения детей проводится: организация правильного физического и нервно-психического развития здорового ребенка;

профилактика и лечение инфекционных и соматических заболеваний.

128. Медицинский персонал дома ребенка должен обеспечивать:
рациональное вскармливание детей до 1 года и полноценное питание детей
с т а р ш е 1 г о д а ;
проведение профилактических прививок детям в декретированные
в о з р а с т н ы е п е р и о д ы ;
проведение закаливающих процедур, физкультурных занятий;
проведение мероприятий, связанных с организацией работы карантина,
изоляция заболевших детей в доме ребенка;
санитарно-просветительную работу с матерями и персоналом дома ребенка;
у ч е т и о т ч е т н о с т ь .

129. Рациональное вскармливание детей до 1 года организуется в
установленном порядке. При этом медицинские работники должны:
максимально сохранять грудное вскармливание;
своевременно переводить ребенка на смешанное и искусственное
вскармливание в случае недостатка грудного молока;
с учетом возраста и индивидуальных особенностей ребенка вводить в рацион
соки, фруктовое пюре, витамины, различные виды прикорма;
осуществлять строгий контроль за соответствием получаемого ребенком
питания его физиологическим потребностям в основных пищевых ингредиентах;
учитывать состояние здоровья и индивидуальные особенности ребенка,
условия питания, окружающей среды.

Для оценки эффективности питания проводится мониторинг равномерного
нарастания массы тела и роста, соответствующего нормам.

Особо выделяются дети группы "риска" - недоношенные, из многоплодной
беременности, родившиеся с крупной массой тела, страдающие гипотрофией.
Вопрос о режиме питания таких детей решается строго индивидуально.

130. Профилактические прививки проводятся в соответствии с санитарными
правилами и нормами. При этом выполняются следующие мероприятия:
планирование прививочной работы на год, квартал, месяц;
осмотр детей в день прививки с обязательной термометрией;
соблюдение санитарно-гигиенических мероприятий правил асептики (
отдельный кабинет, стерилизация прививочного инструментария);
четкая регистрация проведенных профпрививок с определением
продолжительности медицинского отвода.

131. Закаливание проводится с соблюдением следующих условий:
учет индивидуальных особенностей ребенка при выборе метода закаливания;
комплексное использование всех природных факторов и закаливающих
п р о ц е д у р ;

постепенность в увеличении силы воздействия природного фактора; систематичность закаливания - оно осуществляется круглый год, но виды его и методики меняются и зависимости от сезона и погоды; спокойное, радостное настроение ребенка во время закаливающей процедуры

Физическое воспитание детей первого года жизни проводится в форме индивидуальных занятий, включающих массаж и гимнастику.

Детям старше года физкультурные занятия организуются в виде подвижных игр, а также комплекса гимнастических упражнений (хождение по буму, горке, переступание через скамеечку).

Состояние здоровья детей оценивается по комплексной методике с привлечением врачей-специалистов. Конечным результатом этой работы является объединение детей в однородные по состоянию здоровья группы, что облегчит проведение оздоровительных мероприятий.

132. Все вновь поступающие в дом ребенка дети подлежат немедленному и тщательному врачебному освидетельствованию.

Врачебный осмотр детей производится в следующие сроки:

1-го месяца жизни - ежедневно; от 1 до 6 месяцев - 1 раз в два дня; от 6 месяцев до года - 1 раз в пять дней; от 1 года до 2 лет - 2 раза в месяц.

Данные осмотра и психофизического развития детей заносятся в истории развития ребенка.

Для консультации ослабленных детей и детей, имеющих отклонения в состоянии здоровья, привлекаются врачи-специалисты из лечебных учреждений. При поступлении в дом ребенка всем детям производятся антропометрические измерения, в дальнейшем эти измерения детям в возрасте до 1 года делают один раз в месяц.

Взвешивание здоровых детей производятся до 4 месяцев - через день, от 4 месяцев до 1 года - 2 раза в 5 дней, от 1 года до 1 года 6 месяцев - 1 раз в 10 дней, от 1 года 6 месяцев до 2 лет - 2 раза в месяц. Ослабленные дети взвешиваются перед каждым кормлением и после него с целью определения адекватности объема питания.

133. В целях предупреждения заноса инфекционных заболеваний все вновь поступающие в дома ребенка дети старше двухмесячного возраста проходят карантин сроком в 21 день.

Дети в возрасте до двух месяцев помещаются на 3-5 дней в полубокс карантинного помещения. Минувя карантин, направляются в больницы органов здравоохранения дети с острыми тяжелыми и инфекционными заболеваниями, причем последние до госпитализации содержатся в боксе изолятора.

Для прохождения карантина организуется специальное помещение вне дома

ребенка, количество коек в котором должно составлять не менее 15% от штатного числа мест в доме ребенка.

Карантинное помещение должно иметь: приемную с 2-3 полубоксами, комнаты для содержания детей вместе с матерями (площадью не менее 4 кв. м. на 1 ребенка и 2 кв. м на мать), ванную, туалет со сливом, веранду и отдельную площадку для прогулок детей.

В карантинном помещении режим дня строится для каждого ребенка отдельно, а воспитательная работа - в соответствии с возрастом и состоянием здоровья ребенка.

В течение срока карантина производится обследование детей и матерей на бациллоносительство дифтерии, кишечной группы (брюшного тифа, паратифа, дизентерии), пораженность гельминтозами, на заболевание туберкулезом и сифилисом, с исследованием крови на реакцию Вассермана, девочек и матерей - на гонорею. Последующие дополнительные обследования производятся при наличии клинических и эпидемиологических показаний.

Дети, рожденные от матерей, больных или болевших сифилисом, не имеющих активных проявлений заболевания, даже при отрицательной реакции Вассермана подвергаются обязательному профилактическому лечению по установленным схемам.

134. Отделение для изоляции детей с заразными формами заболеваний, организуемое на количество коек в размере 15% от числа мест в доме ребенка, должно быть размещено в изолированном от групп помещении, и иметь отдельный вход. Оно состоит из приемной, 1-2 боксированных палат (площадью не менее 4 кв. м на 1 ребенка), санузла, ванны и бокса для временной изоляции ребенка. При отделении должна быть веранда, а также озелененный участок для прогулки детей.

Карантинное отделение и отделение для изоляции детей с заразными формами заболеваний обеспечиваются всем необходимым оборудованием и предметами ухода.

135. Режим дня в группах и подгруппах устанавливается в соответствии с возрастными и индивидуальными особенностями детей. В каждой группе проводятся оздоровительные и воспитательные мероприятия соответственно возрасту детей, обеспечивающие их нормальное развитие.

136. При отсутствии грудного молока у матери применяются сухие адаптированные молочные смеси. При доме ребенка организуется молочная кухня.

137. Для ослабленных детей в домах ребенка могут быть организованы санаторные группы с созданием условий и режима, способствующих оздоровлению детей.

138. О каждом случае инфекционного заболевания начальник дома ребенка в тот же день сообщает начальнику медицинской части учреждения. В отношении детей, имевших контакт с инфекционными больными, проводятся все необходимые противоэпидемические мероприятия. Они выделяются в отдельную группу и размещаются в отдельном помещении.

В группе, где был выявлен больной ребенок, проводится текущая дезинфекция, а после установления окончательного диагноза - заключительная. При выявлении острой кишечной инфекции дети, обслуживающий персонал данной группы и работники пищеблока обследуются на кишечную группу.

139. Дети с хронической патологией берутся на динамическое наблюдение. В зависимости от характера заболевания им проводится противорецидивное лечение, специфическая и общеукрепляющая терапия. Периодически в соответствии с актами дети подлежат углубленному обследованию с привлечением детских врачей-специалистов.

Санитарно-просветительная работа организуется начальником дома ребенка и проводится в форме вывешивания бюллетеней по вопросам санитарии и гигиены, сезонной профилактики заболеваний, проведения "школы матерей", лекций и бесед на медицинские темы.

140. Администрация колонии обеспечивает условия, необходимые для нормального проживания и развития детей. Осужденные женщины могут помещать в дома ребенка исправительных учреждений своих детей в возрасте до трех лет, общаться с ними в свободное от работы время без ограничений. Им может быть разрешено совместное проживание с детьми.

141. Начальник дома ребенка путем опроса осужденных женщин, а при необходимости в результате переписки с их близкими родственниками, выясняет согласие последних принять детей на воспитание. Если родственники согласны взять ребенка, но не могут за ним приехать из-за отсутствия средств, учреждение оплачивает им проезд по железной дороге в оба конца с отнесением затрат на статью "Расходы по освобождению".

Родственнику, принявшему ребенка на воспитание, вручается копия акта о передаче ребенка, медицинское свидетельство о рождении, выписка из истории развития ребенка, в которой указывается состояние здоровья ребенка, произведенные профилактические прививки и перенесенные заболевания.

В случаях, когда дети не могут быть взяты на воспитание родственниками осужденных, начальники домов ребенка за 2-3 месяца извещают органы здравоохранения о предстоящей передаче детей в их детские учреждения.

По решению органов опеки и попечительства, при согласии матери дети могут передаваться на воспитание иным лицам.

Дети, имеющие органическое поражение центральной нервной системы,

врожденные уродства и другие заболевания, не подлежащие направлению в дома ребенка общего профиля, передаются в специальные дома ребенка или лечебные учреждения органов здравоохранения.

Дети, передаваемые на содержание близким родственникам осужденных женщин, а также в детские учреждения органов здравоохранения, обеспечиваются полным комплектом белья, одежды и обуви по сезону, который подлежит безвозмездной передаче детскому учреждению или родственникам.

142. При освобождении женщин, имеющих при себе детей, им на руки выдаются под расписку медицинское свидетельство о рождении ребенка и выписка из истории развития ребенка, в которой должна быть информация о состоянии здоровья ребенка, профилактических прививках и перенесенных заболеваниях.

Если при освобождении женщины ребенок болен и нуждается в госпитализации, то с согласия матери он помещается с ней в ближайшую больницу органов здравоохранения.

5. Медицинское обеспечение лиц, содержащихся в колониях-поселениях

143. Контроль за проведением противоэпидемических мероприятий, санитарно-эпидемиологический надзор за колонией-поселением (далее - КП) осуществляют ПГСЭН.

144. В случае выявления инфекционных больных, экстренные извещения для осуществления учета и проведения противоэпидемических мероприятий медицинской частью (здравпунктом) передаются в ПГСЭН.

145. Для оказания медицинской помощи осужденным в составе КП функционируют медицинские части (здравпункты). В состав медицинской части входит амбулатория и стационар. В стационаре помимо палат должен быть санпропускник (раздевальная, ванна) и изолятор на 1-2 койки с умывальником и туалетом, комната для приема пищи. Норма площади палат не менее 4 кв. м. на одну койку.

146. Осужденные, содержащиеся в КП больные туберкулезом, обеспечиваются бесплатным лечением в туберкулезных диспансерах органов здравоохранения. Обследование осужденных и консультации специалистов могут проводиться на базе учреждений органов здравоохранения (по согласованию). В случае необходимости квалифицированного стационарного лечения они госпитализируются в учреждения территориальных органов здравоохранения, при этом им оказывается бесплатный гарантированный объем медицинской помощи.

6. Обеспечение протезно-ортопедическими изделиями и организация зубопротезной помощи

147. Обеспечение протезно-ортопедическими изделиями и организация зубопротезной помощи осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

7. Медицинское обеспечение спецконтингента при перевозках и освобождении из мест лишения свободы

148. Перед отправкой из учреждения спецконтингент проходит обязательное медицинское освидетельствование для определения пригодности к условиям **н а р я д а** .

Нетранспортабельные больные переводу не подлежат (кроме больных **т у б е р к у л е з о м**) .

149. При перевозках осужденных в эшелонах для их сопровождения выделяются медицинские работники. При перевозках до 500 человек - фельдшер, от 500 до 1000 - врач и фельдшер, от 1000 и более - врач и 2 фельдшера. При наличии среди отправляемых осужденных больных, нуждающихся в квалифицированной медицинской помощи, для сопровождения может выделяться врач и при количестве осужденных менее 500.

150. Медицинский персонал, выделенный для сопровождения осужденных, **д о л ж е н** :

участвовать в приеме караулом осужденных, контролировать полноту и качество проведения им комплексной санитарной обработки перед отправкой;

за несколько часов до посадки осужденных в эшелон совместно с начальником эшелона и представителем медицинской службы железной дороги проверить санитарное состояние и оборудование вагонов (наличие нар, стремянок, фонарей, печей, посуды для приема пищи, бачков для воды), наличие и качество продуктов, тары, предназначенной для хранения продуктов;

оказывать медицинскую помощь осужденным, обслуживающему персоналу и личному составу войскового караула в пути следования;

при выявлении больных, заболевших в пути следования и нуждающихся в квалифицированной врачебной помощи, или возникновении острозаразных заболеваний, через начальника эшелона принять меры к их госпитализации в ближайшую больницу уголовно-исполнительной системы или органов здравоохранения и проведению необходимых противоэпидемических мероприятий силами учреждений государственного санитарно-эпидемиологического надзора органов здравоохранения, санитарно-эпидемиологических станций органов юстиции;

в пути следования контролировать санитарное состояние эшелона, порядок и условия хранения продуктов и обеспечение питьевой водой;

вести регистрацию всех обратившихся за медицинской помощью; по прибытии к месту назначения участвовать в сдаче осужденных, имущества

и в оформлении документации.

151. Оказание необходимой медицинской помощи в пути следования военнослужащим войсковых караулов, а также конвоируемым ими осужденным, при отсутствии сопровождающих медицинских работников, производится силами ближайших медицинских учреждений по телеграммам начальников войсковых караулов.

152. Направление лица, отказывающегося от приема пищи, на судебный процесс, в следственные органы и места лишения свободы производится отдельно от основной массы спецконтингента (в отдельной камере специального вагона или специальной машины) в сопровождении медицинского работника.

Если дальнейший отказ от приема пищи в пути следования будет угрожать здоровью и жизни лица, то по письменному заключению сопровождающего медицинского работника он должен быть сдан в одно из ближайших учреждений с обеспечением необходимой медицинской помощи.

153. По фактам некачественного медицинского освидетельствования перед отправкой или необоснованного отказа в приеме больного в лечебные учреждения уголовно-исполнительной системы, проводится расследование, виновные в этом должностные лица привлекаются к ответственности.

154. Перевозка женщин с беременностью свыше 6 месяцев или с детьми в возрасте от одного месяца до двух лет, душевнобольных и тяжелобольных производится в специальных вагонах, изолированно от остальных осужденных, в сопровождении медицинских работников, выделяемых органами-отправителями. При следовании медицинских работников в специальных вагонах им предоставляется для отдыха малая камера (место в купе проводника) и постельные принадлежности. При отсутствии необходимости в постоянном медицинском наблюдении за осужденным, о чем должна быть сделана отметка на справке по его личному делу, допускается следование медицинских работников в соседнем вагоне.

Периодичность посещения ими сопровождаемых определяется органом-отправителем. Перевозка осужденных, больных лепрой, осуществляется в специально оборудованных товарных вагонах.

155. При освобождении из учреждения лицо, нуждающееся в стационарном лечении, госпитализируется в больницы органов здравоохранения. Перед освобождением из мест лишения свободы, а также перед направлением в КП и условно-досрочным освобождением, в целях исключения инфекционного заболевания, а также для решения вопроса о возможности самостоятельного следования к месту жительства осужденный должен пройти медицинский осмотр с последующей санитарной обработкой. Результаты осмотра заносятся в медицинскую амбулаторную карту.

156. При направлении осужденных в КП проводится освидетельствование их ВКК медицинского подразделения учреждения. Результаты фиксируются в амбулаторной карте осужденного, к личному делу приобщается медицинская справка. Не подлежат переводу в КП: инвалиды I, II, III группы, лица, которым не завершено принудительное лечение, находящиеся на диспансерном наблюдении по поводу заболеваний, препятствующими полному объему трудоустройства, больные активным туберкулезом, наблюдающиеся по I группе диспансерного учета, больные СПИДом, больные инфекционными заболеваниями в острой стадии, системными заболеваниями, приводящими к и н в а л и д н о с т и .

157. В случае, когда подлежащий освобождению осужденный, в силу имеющихся у него заболеваний, психического состояния и физических недостатков к избранному месту жительства самостоятельно следовать не может, начальник медицинской части ставит об этом в известность начальника учреждения, которому необходимо в установленном порядке выделить необходимое количество сопровождающих.

158. Труп умершего при этапировании осужденного и его вещи сдаются в ближайший орган внутренних дел на транспорте. Служебное расследование в данном случае проводится в обязательном порядке.

159. При освобождении из мест лишения свободы лиц, нуждающихся в направлении в дома-интернаты для престарелых и инвалидов, администрация учреждения должна не позднее чем за 3 месяца до освобождения представить в местные органы социального обеспечения необходимые документы на указанных лиц для помещения их после освобождения в соответствующие дома-интернаты.

8. Режим содержания осужденных в лечебных учреждениях уголовно-исполнительной системы

160. К осужденным, нарушающим дисциплину в больницах, применяются все виды наказаний, регламентированные Правилами внутреннего распорядка исправительных учреждений, с учетом общего состояния кроме возврата к основному месту отбывания наказания.

161. В случае тяжелой болезни осужденного, ставящей в опасность его жизнь, начальник учреждения предоставляет возможность близким родственникам осужденного посетить его.

Осужденным, находящимся в больницах по поводу тяжелых заболеваний, может быть разрешена продажа продуктов питания, рекомендованных лечащим врачом в пределах сумм, установленных для соответствующих видов учреждений.

Осужденным, находящимся в больницах, разрешается получение передач и

профессионального заболевания или отравления начальник медицинской части в акте дает заключение о тяжести и исходе несчастного случая и принимает участие в работе комиссии по исследованию его. Акт о производственной травме, профессиональном заболевании или отравлении приобщается к личному делу осужденного в установленном порядке.

169. Начальники медицинских частей обо всех бытовых и производственных травмах осужденных при обращении последних за медицинской помощью сообщают администрации исправительного учреждения в письменной форме.

Медицинские работники учреждения систематически (не реже 2 раз в месяц) проверяют санитарно-гигиеническое состояние условий труда работающих осужденных, выполнение правил охраны труда и производственной санитарии, наличие и укомплектованность аптек и санитарных сумок, состояние питьевого водоснабжения на производстве, наличие спецодежды, санитарное состояние территории, рабочих мест. Результаты оформляются актами обследований и предписаниями в адрес администрации цехов, участков и других объектов с указанием конкретных сроков устранения отмеченных недостатков. В случае выявления грубых нарушений санитарно-гигиенических правил на производстве результаты обследований докладываются непосредственно руководству учреждения для принятия немедленных мер к их устранению.

170. Перед отправкой все осужденные проходят обязательное медицинское освидетельствование для определения пригодности к условиям наряда. При этом медицинские работники, производящие отбор осужденных, должны учитывать климатические особенности места нахождения учреждения, в которое переводятся осужденные, и характер производимых в них работ.

9. Противотуберкулезная помощь

171. Медицинская служба в целях организации противотуберкулезной помощи проводит:

своевременное выявление больных туберкулезом путем организации бактериоскопии мокроты, рентгенофлюорографических обследований и туберкулинодиагностики;

изоляция в кратчайший срок выявленных больных активным туберкулезом, в первую очередь бактериовыделителей;

противотуберкулезные мероприятия в исправительных учреждениях и следственных изоляторах органов юстиции Республики Казахстан проводятся в соответствии с приложением 6 к настоящим Правилам;

профилактические мероприятия по предупреждению заболеваний среди спецконтингента;

санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия; общеоздоровительные мероприятия, направленные на укрепление здоровья

спецконтингента и повышение сопротивляемости к туберкулезной инфекции;
санитарно-просветительная работа.

172. Для своевременного выявления больных туберкулезом проводится флюорографическое обследование органов грудной клетки, бактериоскопия м о к р о т ы .

В следственном изоляторе первичное флюорографическое обследование грудной клетки проводится не позднее 10 суток после поступления. В случае прибытия в исправительное учреждение лиц, не прошедших данного вида обследования, принимаются меры к его проведению в кратчайший срок на месте и в последующем через каждые 6 месяцев.

Флюорографические обследования грудной клетки проводится 2 раза в год. Для этой цели используются флюорографические установки подразделений уголовно-исполнительной системы, а также местных органов здравоохранения, в последнем случае по договоренности. При невозможности выполнения флюорографического обследования допускается применение метода прямой рентгеноскопии в те же сроки. Несовершеннолетние подвергаются только флюорографическому обследованию, а в случае отсутствия флюорографа им проводится рентгенография грудной клетки.

Результаты флюорографического или рентгенологического обследования обязательно регистрируются в Медицинской амбулаторной карте и к ней же приобщаются ф л ю о р о г р а м м ы .

173. Лица с изменениями в легких, подозрительными на активный туберкулез, немедленно изолируются от здорового контингента (в следственных изоляторах - в специально выделенные камеры, в исправительных учреждениях - в инфекционный изолятор медицинской части). После дополнительного обследования с привлечением врача-фтизиатра устанавливается предварительный или окончательный диагноз туберкулеза. О каждом случае выявления лиц, больных активной формой туберкулеза, информируются ПГСЭН по установленной форме. Запрещается содержать среди здорового контингента больных активным туберкулезом.

В следственных изоляторах, исправительных колониях особого режима и тюрьмах больные активным туберкулезом содержатся в отдельных камерах (изолированно от здоровых). При этом, как и в туберкулезных учреждениях, должны проводиться противоэпидемические мероприятия.

Осужденные, нуждающиеся в стационарном лечении, в кратчайший срок направляются в противотуберкулезные учреждения уголовно-исполнительной системы. Лечение и диспансерное наблюдение больных туберкулезом должно осуществляться в строгом соответствии с системой поэтапной противотуберкулезной помощи в учреждениях уголовно-исполнительной

с и с т е м ы .

174. В туберкулезной больнице или исправительной колонии для содержания и лечения осужденных, больных активным туберкулезом, организованы следующие подразделения:

1) приемно-диагностическое отделение; каждый поступивший больной осматривается специалистами ВКК, в случае когда больной не нуждается в дополнительном обследовании и диагноз не вызывает сомнения, больной сразу переводится в соответствующее отделение. При наличии показаний к дообследованию, больной содержится в отделении до установления окончательного диагноза.

2) стационар, состоящий из следующих отделений:
отделение для больных с новыми случаями с положительным мазком (далее - Б К +) ;

отделение для больных с новыми случаями с отрицательным мазком (далее - Б К -) ;

отделение для больных с рецидивами с БК+;

отделение для больных с рецидивами с БК-;

отделение для больных с хроническим туберкулезом 4 категории.

Допускается содержание больных с новыми случаями с БК+ и рецидивами с БК+ в одном отделении при отсутствии помещений в противотуберкулезном учреждении. Также допускается содержание больных с новыми случаями с БК- и рецидивами с БК- в одном отделении.

3) амбулаторный участок состоит из следующих отделений:
отделение для больных, находящихся на поддерживающей фазе лечения с БК - ;

отделение для больных 3 категории;

отделение для больных, завершивших лечение по ДОТС (русифицированная аббревиатура от английского словосочетания Directly Observed Treatment, Short-course - лечение коротким курсом под непосредственным наблюдением).

175. Первым этапом лечения является интенсивная фаза антибактериальной терапии по методике ДОТС в условиях стационара туберкулезной больницы, либо в специализированных камерах следственных изоляторов или локальных участках исправительных учреждений. Стационарному лечению подлежат выявленные в учреждениях больные активным туберкулезом, относящиеся к I группе диспансерного учета (далее - ГДУ), а также с рецидивом процесса в период амбулаторного лечения и диспансерного наблюдения.

После вступления приговора в законную силу, больные из следственных изоляторов направляются в специализированные противотуберкулезные учреждения.

Сроки стационарного лечения зависят от формы, фазы, динамики туберкулезного процесса, определяющих режим лечебной категории.

176. На втором этапе осуществляется поддерживающая фаза до завершения лечения по методике ДОТС. Больные с положительной динамикой и отрицательным анализом мокроты на микобактерии туберкулеза могут быть переведены из стационара в отделение для амбулаторных больных. В случае возникновения обострения туберкулеза и появления бацилловыделения в период амбулаторного лечения по первой и третьей категории, больной переводится в стационар для продолжения лечения по второй категории с неблагоприятным исходом. При установлении хронической мультирезистентной формы туберкулеза, больной переводится в отделение для хронических больных с индивидуальным наблюдением и лечением.

177. На третьем этапе обеспечивается диспансерное наблюдение за лицами, завершившими лечение, до его перевода во II ГДУ. Перевод из противотуберкулезного учреждения в исправительное учреждение для дальнейшего отбывания срока наказания осуществляется при следующих результатах лечения: "вылечен", "лечение завершено", по заключению ВКК.

178. На четвертом этапе обеспечивается диспансерное наблюдение за б о л ь н ы м и I I Г Д У .

179. На осужденных, содержащихся в противотуберкулезных учреждениях, распространяются в полном объеме требования Правил внутреннего распорядка исправительных учреждений.

Совместное содержание лиц, наблюдающихся по I, II ГДУ, и здоровых осужденных в ШИЗО, ПКТ, одиночной камере запрещается. Текущая дезинфекция камер проводится в установленном порядке, заключительная - после освобождения камер от больных.

180. Вопрос об изменении ГДУ и переводе больного на следующий этап лечения решается комиссионно с участием начальника медицинской части или больницы. По принятому решению составляется мотивированное заключение, которое фиксируется в медицинской амбулаторной карте.

181. При выявлении в следственном изоляторе больного активным туберкулезом, в том числе с впервые в жизни установленным диагнозом, в противотуберкулезный диспансер по месту его жительства до ареста направляется и з в е щ е н и е .

При освобождении из мест лишения свободы на больных туберкулезом (ГДУ I, II) в противотуберкулезные диспансеры органов здравоохранения по избранному ими месту жительства направляются извещения с указанием развернутого диагноза, проведенных обследований, лечения (количество доз), краткого анамнеза заболевания.

182. При проведении трудовой терапии в противотуберкулезных учреждениях учитывается общее состояние больного, активность туберкулезного процесса и наличие группы инвалидности.

183. При выявлении в учреждении больного активным туберкулезом, лица, содержащиеся с ним в одной камере или жилой секции, должны быть взяты на учет по III ГДУ, как контактные, с проведением им необходимых мероприятий.

184. Проведение профилактических мероприятий и взятие на учет по контакту с больным обязательно регистрируются в медицинской амбулаторной к а р т е .

185. Адекватность организации противотуберкулезной помощи оценивается: отсутствием больных туберкулезом и лиц, подлежащих диспансерному наблюдению по I группе диспансерного учета, среди здорового контингента; меньшим числом впервые выявленных больных туберкулезом в исправительных учреждениях по сравнению с пораженностью этой инфекцией поступающего в следственные изоляторы контингента, при этом показатель заболеваемости среди осужденных должен иметь стойкую тенденцию к с н и ж е н и ю ;

освобождением из исправительных учреждений лиц, больных активным туберкулезом, в меньшем количестве, чем их поступило в следственные и з о л я т о р ы ;

преобладанием менее тяжелых форм туберкулеза среди больных, освобождающихся из исправительных учреждений, по сравнению с лицами, поступающими в следственные изоляторы.

10. Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности

186. Экспертизу временной нетрудоспособности в учреждении осуществляет врач медицинской части, больницы. Задачей экспертизы временной нетрудоспособности в учреждениях является определение у осужденных временной утраты трудоспособности, при выявлении у лиц, не являющихся инвалидами, длительной или частичной утраты трудоспособности производится направление их на ВКК для рекомендации соответствующих условий труда.

Ответственность за экспертизу временной нетрудоспособности возлагается на начальников медицинских частей, больниц, а по региону в целом - на руководителей медицинских служб территориальных управлений уголовно-исполнительной системы.

187. При установлении факта временной нетрудоспособности и необходимости освобождения от работы по болезни для прохождения амбулаторного лечения делается запись в соответствующей медицинской документации, заполняется талон регистрации причин временной нетрудоспособности.

Врач дает больному Листок нетрудоспособности на срок до 3 дней, а в общей сложности по данному заболеванию срок освобождения может быть врачом продлен до 6 дней. Продление свыше 6 дней возможно решением ВКК. Приобретение Листков нетрудоспособности администрацией учреждения проводится заблаговременно в территориальных органах здравоохранения в установленном порядке. Листок нетрудоспособности на руки осужденным не выдается, а передается заинтересованному подразделению учреждения.

Запрещается давать освобождение от работы заочно, обязательным является также осмотр больного при продлении освобождения от работы и перед выходом
н а
р а б о т у .

В тех учреждениях, где работает один врач или фельдшер дается освобождение на все время заболевания с обязательным его обоснованием.

188. При острых заболеваниях с благоприятным трудовым прогнозом освобождение выдается до восстановления трудоспособности. При острых заболеваниях с склонностью к переходу в хроническое состояние освобождение от работы выдается до того времени, пока трудовой прогноз не станет благоприятным. При неблагоприятном или сомнительном прогнозе больного необходимо направить на ВКК для решения вопроса определения инвалидности. В случае, если нет оснований для установления инвалидности, но имеется частичное ограничение трудоспособности, больной по заключению врача переводится
на
д р у г у ю
р а б о т у .

189. При постоянной или длительной утрате трудоспособности, а также значительном ее ограничении больным устанавливается инвалидность. Установление инвалидности осужденным и продление ее сроков производится территориальными органами Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан. В случае установления осужденному группы инвалидности, назначается государственное социальное пособие по инвалидности в соответствии с действующим законодательством.

Социальное государственное пособие осужденным-инвалидам перечисляется на лицевые счета осужденных.

П р и л о ж е н и е 1

к Правилам лечебно-профилактического обеспечения лиц, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах органов юстиции Республики Казахстан, утвержденным совместным приказом Министра юстиции Республики Казахстан от 25 мая 2004 г. N 145 и Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 мая 2004 г. N 405 "Об утверждении

нормативных правовых актов, регулирующих лечебно-профилактическое обеспечение и санитарно-эпидемиологическое благополучие лиц, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах органов юстиции Республики Казахстан"

**Типовой перечень
посиндромных укладок и входящих в них лекарственных
средств и инструментов для оказания
неотложной медицинской помощи**

Гипертонический криз:

| | | |
|-----------------------------|-------|---------|
| Пентамин 5% раствор | 1 мл | 10 амп. |
| Дибазол 1% раствор | 5 мл | 10 амп. |
| 0,5% раствор | 5 мл | 20 амп. |
| Клофелин 0,01% раствор | 1 мл | 10 амп. |
| Обзидан | 1 мл | 10 амп. |
| " | 5 мл | 2 амп. |
| Лазикс | 2 мл | 4 амп. |
| Аминазин 2,5% раствор | 1 мл | 3 амп. |
| Магния сульфат 25 % раствор | 10 мл | 10 амп. |
| Апрессин (гидролазин) | 5 мл | 10 амп. |
| Нитроглицерин 0,5 мг | таб. | 50 шт. |
| Нифидипин 10 мг | таб. | 50 шт. |

Отек легких:

| | | |
|--------------------------|-------|----------|
| Лазикс | 2 мл | 10 амп. |
| Строфантин 0,05% раствор | 1 мл | 5 амп. |
| Коргликон 0,06% раствор | 1 мл | 5 амп. |
| Преднизолон | 1 мл | 5 амп. |
| Пентамин 5% раствор | 1 мл | 3 амп. |
| Дроперидол 0,25% раствор | 10 мл | 2 амп. |
| Фентанил 0,005% раствор | 2 мл | 3 амп. |
| Глюкоза 5 % | | раствор, |
| 20 % раствор | | 4 фл. |
| Галоперидол 0,5% раствор | 1 мл | 3 амп. |
| Гидрокортизон | | 2 фл. |
| Резиновый жгут | | 2 шт. |
| Кислородная подушка | | 1 шт. |

| | | |
|-----------------------|------|---------|
| Этиловый спирт 96% | | 100 мл. |
| Нитроглицерин 0,5 мг | таб. | 50 шт. |
| Добутамин 0,5% или 4% | 5 мл | 10 амп. |

Болевой

синдром

(в том числе кардиогенный):

| | | |
|--------------------------|--------|---------|
| Нитроглицерин | 0,5 мл | 1 уп. |
| Фентанил 0,005 % раствор | 2 мл | 5 амп. |
| Дроперидол 0,25% раствор | 10 мл | 2 амп. |
| Промедол 2 % раствор | 1 мл | 1 амп. |
| Анальгин 50% раствор | 2 мл | 5 амп. |
| Новокаин 0,5% раствор | 5 мл | 4 амп. |
| Но - шпа | 2 мл | 5 амп. |
| Баралгин | 5 мл | 5 амп. |
| Папаверин 2% | 1 мл | 10 амп. |

Артериальная гипотензия:

| | | |
|---------------------------|--------|--------|
| Норадреналин 0,2% раствор | 1 мл | 3 амп. |
| Преднизолон 30 мг в амп | | 5 амп. |
| Реополиглюкин 250 мл | | 1 фл. |
| Гемодез 250 мл | | 1 фл. |
| Мезатон 1% раствор | 1 мл | 3 амп. |
| Допамин 50 мг в амп. | | 2 амп. |
| Глюкоза 5% раствор | 250 мл | 2 фл. |

Анафилактический шок:

| | | |
|-------------------------|-------|--------|
| Адреналин 0,1% раствор | 1 мл | 3 амп. |
| Мезатон 1% раствор | 1 мл | 5 амп. |
| Преднизолон 30 мг в амп | | 4 амп. |
| Гидрокортизон | | 2 фл. |
| Норадреналин 0,2% | 1 мл | 5 амп. |
| Эуфиллин 2,4% раствор | 10 мл | 2 амп. |
| Глюкоза 5% раствор | | 250 мл |
| Димедрол 1% раствор | 1 мл | 3 амп. |
| Супрастин 2,5% раствор | 1 мл | 3 амп. |
| Пенициллиназа 500000 ЕД | | 2 фл. |
| 100000 ЕД | | 1 фл. |

при аллергии только к пенициллину!

| | | |
|----------------------------|-------------|--------|
| Гемодез | 250 мл | 1 фл. |
| Жгут резиновый | | 1 шт. |
| Хлорид кальция 10% раствор | 10 мл | 3 амп. |
| Лазикс | 2 мл 5 амп. | |

Астматический статус:

| | | |
|-------------------------------|------------|--------|
| Эуфиллин 2,4% раствор | 10 мл | 5 амп. |
| Эуфиллин 24% раствор | 10 мл | 2 амп. |
| Гидрокартизон | 125 мг | 5 фл. |
| Атропина сульфат 0,1% раствор | 1 мл | 3 амп. |
| Адреналин 0,1% раствор | 1 мл | 3 амп. |
| Гепарин | 5 мл 2 фл. | |

Острые нарушения сердечного ритма:

| | | |
|-----------------------------------|----------|----------|
| Новокаинамид 10% раствор | 10 мл | 2 амп. |
| Обзидан | 1 мл | 5 амп. |
| Изоптин | 1 мл | 10 амп. |
| Лидокаин | 2 мл | 10 амп. |
| Строфантин 0,05% раствор | 1 мл | 5 амп. |
| Дигоксин 0,025% раствор | 1 мл | 5 амп. |
| Коргликон 0,06% раствор | 1 мл | 5 амп. |
| Мезатон 1% раствор | 1 мл | 3 амп. |
| Панангин | 5 мл | 5 амп. |
| Унитиол 5% раствор | 5 мл | 5 амп. |
| Изупрел | 5 мг | 20 табл. |
| " | 1 мл | 5 амп. |
| Атропина сульфат 0,1% раствор | 1 мл | 3 амп. |
| Аймалин | 0,05 мл | 5 амп. |
| Риттмилен | 0,1 мл | 5 амп. |
| Дилтиазем | 0,25 мг. | 5 амп. |
| Магния сульфат 25% | 10 мл | 10 амп. |
| Вода для инъекций по 10 мл в амп. | 5 амп. | |

Антидоты и физиологические антагонисты при отравлениях:

| | | |
|-------------------------------|--------|---------|
| Спирт этиловый 96% раствор | | 200 г. |
| Унитиол 5% раствор | 5 мл | 20 амп. |
| Антарсин 1% раствор | 1 мл | 5 амп. |
| Тиосульфат натрия 30% раствор | 5 мл | 3 амп. |
| Амилнитрит | 0,5 мл | 5 амп. |

| | | |
|--|---------|----------|
| Цистамина гидрохлорид | 0,4 г | 10 табл. |
| Карболен 0,25 | | 50 табл. |
| Налорфин 0,5% раствор | 2 мл | 5 амп. |
| Метиленовый синий 1% раствор | 50,0 мл | 4 амп. |
| Атропина сульфат 0,1% раствор | 1 мл | 20 амп. |
| Прозерин 0,05 раствор | 1 мл | 20 амп. |
| Галантамин 1 % раствор | 1 мл | 10 амп. |
| Холина хлорид 20% раствор | 10 мл | 5 амп. |
| (на 500-1000 мл 0,85% раствора NaCl или 5% раствора глюкоза) | | |
| Апоморфин 1% раствор | 5 мл | 5 амп. |
| Сыворотка противоботулиническая (А, Б, С, Д,) | | 1 доза. |
| Сыворотка противостолбнячная 3000 МЕ | | 10 амп. |
| Энтеродез | 50 г. | |

Другие лекарственные средства, перевязочный материал и медицинские инструменты, необходимые для оказания неотложной помощи:

| | | |
|--------------------------------------|--------------|-------|
| Нашатырный спирт | 10 мл во фл. | 1 |
| Перекись водорода 3% | | 30,0 |
| Инсулин 40 ЕД во флаконах | | 1 |
| Настойка йода 5% во флаконах | | 1 |
| Аэрозоль противоожоговая во флаконах | | 1 |
| Седуксен 0,5 20 мл в амп. | | 2 |
| Гемостатическая губка | | 1 шт. |
| Бинты 5 м х 10 см | | 1 уп. |
| 5 м х 7 см | | 1 уп. |
| Салфетки марлевые стерильные | | 1 уп. |
| Вата гигроскопическая | | 25 |
| Лейкопластырь бактерицидный | | 1 |
| Пипетки глазные | | 2 |
| Шприцы одноразового использования | | 5 |
| Газоотводная трубка | | 1 |
| Аппарат для измерения давления | | 1 |
| Термометр медицинский | | 1 |

| | | |
|-------------------------------|-------------|-------|
| Аппарат | дыхательный | |
| ручной | | 1 |
| Набор транспортных шин | | 1 |
| Раствор Рингера 400 мл | | 1 фл. |
| Раствор Реополюгликина 400 мл | | 1 фл. |
| Языкодержатель | | 1 |
| Роторасширитель | | 1 |

П р и л о ж е н и е 2

к Правилам лечебно-профилактического обеспечения лиц, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах органов юстиции Республики Казахстан, утвержденным совместным приказом Министра юстиции Республики Казахстан от 25 мая 2004 г. N 145 и Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 мая 2004 г. N 405 "Об утверждении нормативных правовых актов, регулирующих лечебно-профилактическое обеспечение и санитарно-эпидемиологическое благополучие лиц, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах органов юстиции Республики Казахстан"

Типовая должностная инструкция начальника медицинской части учреждения

1. Начальник медицинской части подчиняется начальнику учреждения, а по вопросам лечебно-профилактической, санитарной и противоэпидемической работы - вышестоящему медицинскому начальнику. В отсутствие начальника медицинской части его обязанности выполняет врач-ординатор или фельдшер
м е д и ц и н с к о й ч а с т и .

2. Начальник медицинской части руководит медицинской службой учреждения, отвечает за всю лечебно-профилактическую и санитарно-противоэпидемическую работу в учреждении и несет персональную ответственность за выполнение поставленных перед медицинской частью задач.

3. На начальника медицинской части возлагается организация медицинской (амбулаторной и стационарной) помощи спецконтингенту, а также контроль за соблюдением надлежащего санитарно-противоэпидемического режима в учреждении. Он организует работу структурных подразделений медицинской

части, а также оказание экстренной помощи круглосуточно, в выходные и
п р а з д н и ч н ы е д н и .

4. Начальник медицинской части должен:

1) анализировать деятельность медицинской службы и совместно с другими службами учреждения разрабатывать мероприятия по улучшению медицинского обеспечения, укреплению состояния здоровья спецконтингента, а также по предупреждению и снижению заболеваемости, травматизма, нетрудоспособности и
п е р в и ч н о г о в ы х о д а н а и н в а л и д н о с т ь ;

2) руководить работой врачей, среднего и младшего медицинского персонала медицинской части, проводить среди них систематическую воспитательную
р а б о т у ;

3) осуществлять планирование работы медицинской части;

4) утверждать у начальника учреждения планы работы медицинской части, график работы медицинского персонала, распорядок работы медицинской части и Правила внутреннего распорядка для больных, находящихся в стационаре или медицинском изоляторе, а также утверждать должностные инструкции персонала ;

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

6) периодически проверять деятельность подчиненных с целью контроля за исполнением ими плана, а также выполнения персоналом медицинской части
с в о и х о б я з а н н о с т е й ;

7) систематически контролировать качество обследования и лечения больных
в м е д и ц и н с к о й ч а с т и ;

8) организовать проведения всех видов медицинских осмотров
с п е ц к о н т и н г е н т а ;

9) обеспечивать ежедневные посещения медицинским персоналом штрафных и дисциплинарных изоляторов, помещений камерного типа, одиночных камер (при наличие там спецконтингента). Лично контролировать санитарное состояние указанных помещений, а так же качество медицинской помощи содержащимся в
н и х л и ц а м ;

10) проводить своевременную и тщательную проверку всех чрезвычайных происшествий в медицинской части, а также случаев групповых и массовых инфекционных заболеваний, поздней госпитализации, внезапной смерти среди спецконтингента, несвоевременного или некачественного оказания им медицинской помощи. О результатах проверки и принятых мерах докладывать начальнику учреждения, а при необходимости в вышестоящие организации;

11) решать вопросы преждевременной выписки больных из стационара медицинской части в связи с нарушением правил внутреннего распорядка или по

д р у г и м

п р и ч и н а м ;

12) совместно с оперативно-режимной службой учреждения организовать выявления лиц с психическими расстройствами, проводить санитарно-просветительную работу среди спецконтингента;

13) участвовать в организации лечебного питания, в составлении меню-раскладки, а также обеспечивать контроль качества приготовления пищи. Производить выемку пищевых продуктов, изделий для бактериологического, лабораторного анализа и гигиенической экспертизы, а также снятие пробы г о т о в о й п и щ и ;

14) разрабатывать план медицинского обеспечения мероприятий гражданской обороны учреждения, обеспечивать надлежащую работу медицинской службы учреждения по периодам ведения гражданской обороны и при стихийных б е д с т в и я х ;

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

16) организовывать качественное и своевременное составление статистических отчетов и своевременно представлять их в вышестоящие органы. Осуществлять контроль за ведением учетной документации в медицинской части ;

17) обеспечивать взаимосвязь и преемственность в обслуживании больных между медицинской частью и больницами мест лишения свободы;

18) немедленно информировать начальника учреждения о всех случаях обращения спецконтингента за медицинской помощью по поводу бытовых и производственных травм и отравлений;

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

20) совместно с вышестоящими медицинскими подразделениями участвовать в повышении квалификации медицинского персонала через существующую систему специализации и усовершенствования. Изучать и внедрять в практику работы медицинской части новые методы профилактики, диагностики и лечения, новую медицинскую технику и лекарственные средства;

21) начальник медицинской части следственного изолятора должен отвечать за подготовку медицинских документов на тяжелобольных следственно-арестованных для изменения меры пресечения;

22) поддерживать постоянную связь с местными органами здравоохранения

по вопросам лечебной, санитарно-противоэпидемической работы, работы с медицинскими кадрами.

5. Начальник медицинской части имеет право:

1) вносить в пределах своей компетенции предложения руководству учреждения по вопросам деятельности учреждения, его структурных подразделений и служб;

2) вносить предложения руководству учреждения о поощрениях или наложении взыскания на персонал медицинской части, предложения о должностных перемещениях находящихся в его подчинении врачей и средних медицинских работников;

3) участвовать в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к деятельности медицинской части;

4) посещать в установленном порядке все объекты учреждения с целью санитарно-гигиенического и противоэпидемического контроля, требовать от должностных лиц сведений и документов, необходимых для осуществления контроля за санитарным состоянием учреждения, давать указания об устранении выявленных нарушений санитарно-гигиенических норм и правил;

5) запрещать использование для питания пищевых продуктов в случае признания их медицинским персоналом непригодными для употребления;

6) отстранять от работы лиц, являющихся бактерионосителями, которые могут быть источниками распространения инфекционных заболеваний в связи с особенностями их трудовой деятельности;

7) подвергать карантину лиц, имевших контакт с инфекционными больными.

6. Начальник медицинской части в своей деятельности осуществляет взаимодействие по вопросам:

1) режима содержания больных в стационаре медицинской части, водворения в штрафные и дисциплинарные изоляторы, помещения камерного типа, одиночные камеры, воспитательной работы среди спецконтингента, финансирования деятельности медицинской части, проведения в ней ремонтных работ со службами и подразделениями учреждения;

2) организации медицинского обеспечения спецконтингента и поддержания санитарного порядка и сохранения эпидемиологического благополучия в учреждении с вышестоящими медицинскими подразделениями;

3) медицинского снабжения - с учреждениями и предприятиями, обеспечивающими учреждения медикаментами, предметами медицинского назначения и медицинским оборудованием;

4) изучения передового опыта, получения помощи специалистов в проведении консультаций, подготовки медицинских кадров на рабочих местах, выделения мест для госпитализации осужденных при соответствующих

показаниях - с главными врачами учреждений органов здравоохранения;

5) оперативного слежения за эпидемиологической обстановкой среди населения - с местными организациями и учреждениями санитарно-эпидемиологического надзора.

7. Результаты деятельности начальника медицинской части оцениваются по следующим основным критериям:

1) показатели состояния здоровья спецконтингента, и показатели деятельности медицинской части;

2) отсутствие в медицинской части чрезвычайных происшествий, нарушения законности, обоснованных жалоб на качество лечебно-диагностической работы, фактов невнимательного и равнодушного отношения к больным;

3) оптимальное распределение должностных обязанностей среди медицинского персонала, обеспечения контроля за выполнением персоналом медицинской части плановых и других заданий;

4) компетентность в вопросах управления, знания нормативных документов, регламентирующих деятельность учреждений и их медицинской службы;

5) использование в работе статистических методов анализа, культура руководства;

6) совершенствование знаний и повышение профессиональной подготовки персонала медицинской части;

7) знание деловых и моральных качеств сотрудников медицинской части, проявления заботы об улучшении условий их труда, сохранения здоровья;

8) поддержание благоприятного психологического климата в коллективе медицинской части, отсутствие конфликтных ситуаций, обоснованных жалоб сотрудников на деятельность начальника медицинской части.

Приложение 3

к Правилам лечебно-профилактического обеспечения лиц, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах органов юстиции Республики Казахстан, утвержденным совместным приказом Министра юстиции Республики Казахстан от 25 мая 2004 г. N 145 и Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 мая 2004 г. N 405 "Об утверждении нормативных правовых актов, регулирующих лечебно-профилактическое обеспечение и санитарно-эпидемиологическое благополучие лиц, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах органов юстиции Республики Казахстан"

**Типовой табель
оснащения медицинским инструментарием,
оборудованием и инвентарем медицинских частей учреждений**

1. Комната ожидания.

с т у л ь я

вешалка для верхней одежды
санитарно-просветительные пособия (брошюры, плакаты, стенды)
ведро (урна) педальное для отходов

2. Кабинет врачебного приема

измерители артериального давления

фонендоскоп

таблица определения остроты зрения (Сивцева)

таблица контроля и знаки Поляка для выявления симуляции пониженного зрения

рефлектор лобный

молоточек неврологический

воронки ушные

носовые зеркала

биноклярная лупа

шпатель

кушетка медицинская

с т о л

с т у л ь я

вешалка для одежды

ведро (урна) педальное для отходов

3. Кабинет фельдшера (медсестры)

измеритель артериального давления

фонендоскоп

динамометр ручной, становой

весы напольные медицинские

лента измерительная

ростомер

угломер

термометры медицинские

штатив для бактериологических пробирок складной на 60 пробирок
штатив для химических пробирок
шпатель металлический
лабораторная посуда, материалы и принадлежности
пробирки центрифужные
пробирки химические
колбы на 1000,0, на 500,0, на 100,0, на 250,0, на 50,0 мл;
цилиндры на 1000,0, на 250,0, на 50,0 мл;
пипетки стеклянные на 1,0, на 2,0, на 5,0, на 10,0 мл
стекла предметные
стекла покровные
карандаши по стеклу
лотки почкообразные
шкаф вытяжной
фотокалориметр
иономер
рефрактометр
дистиллятор
гемоглобинометр
облучатель кварцевый
холодильник
автоклав
суховоздушный стерилизатор
прибор для измерения уровня
биохимический анализатор по 60-90 параметрам 180-250 тестов
в час с годовым запасом реактивов
анализатор газов крови
набор микропипеток
набор лабораторных инструментов
аналитические весы
автоматический анализатор мочи
аппарат для глубоких заморозок -30° С
центрифуга для пробирок (микроцентрифуга)
аппарат для очистки пипеток УЗ
счетчик колоний с инкубатором СО 2

5. Физиотерапевтический кабинет

| | | | |
|---------------------|-----------|----------------------|---------------------------------|
| аппарат | для | электрофореза | "Поток-1" |
| "Амшгапульс-7" | | аппарат для | СМТ-терапии |
| аппарат | для | индуктотермии | ИКВ-4 |
| аппарат | для | дарсонвализации | "Искра-1" |
| аппарат | для | дарсонвализации | портативный |
| аппарат | | ультразвуковой | "Ультратон" |
| аппарат | УВЧ | терапии: | УВЧ-80-ОД |
| аппарат | для | УВЧ | терапии в импульсном режиме |
| аппарат | для | ДМВ | терапии |
| аппарат | для | магнитотерапии | "Ромашка" |
| аппарат | для | магнитотерапии | "Полюс-3" |
| аппарат | для | магнитотерапии | "МАГ 30-3" |
| аппарат | для | магнитотерапии | "АВИМП" |
| аппарат | для | ИКЛ и магнитотерапии | "Магнолия" |
| аппарат | для | акупунктурной | КВЧ-терапии |
| аппарат | | для | УЗТ-терапии |
| аппарат | для | теплового | лечения ректальный |
| аппарат | для | теплового | лечения для ЛОР |
| аппарат | | лазерный | портативный |
| аппарат | для | УФО | терапии БОП-4 |
| аппарат | для | дезинфекции | воздуха ОБН-150 |
| ингалятор | | ультразвуковой | |
| стол | | | массажный |
| велотренажер | | | |
| стенка | для | коррекции | позвоночника |
| аппарат | для | подводного | вытяжения шейного и поясничного |
| отделов | | | позвоночника |
| спортивная | | бегущая | дорожка |
| кондиционеры | | | |
| парафинонагреватель | | электрический | на 6 литров |
| рефлектор | | медицинский | (Минина) |
| часы | | настольные | процедурные |
| часы | песочные | (на 1, 2 и 5 мин.) | |
| вешалка | | | |
| стол | | | |
| стулья | | | |
| кушетки | | | медицинские |
| ведро (урна) | педальное | для отходов | |

6. Кабинет функциональной диагностики

| | | | |
|---------------------------------|------------------------|----|-----------------------------------|
| электрокардиограф | 3/6-канальный | с | принадлежностями |
| электрокардиограф | 6/12-канальный | с | тележкой |
| монитор | прикроватный | на | 8 больных |
| фонокардиограф | | | |
| ЭХО | | | кардиограф |
| кардиографический | велозергометрический | | комплекс |
| пневмотахометр | | | |
| спирограф | | | |
| реограф | | | |
| электроэнцефалограф | | | |
| аппарат | | | УЗИ |
| УЗИ дуплерный | с различными датчиками | | (абдоминальный, гинекологический) |
| кардиологический, | | | |
| УЗИ для | брюшной | | полости |
| пульсоксиметр | | | |
| сфигмоманометр | | | |
| рекордер | давления | 24 | часовой |
| спирометр | | | |
| прибор для измерения | артериального | | давления |
| фонендоскоп | | | |
| секундомер | | | |
| ступеньки для выполнения | пробы "степ-тест" | | или |
| велозергометр с дефибриллятором | и набором для оказания | | помощи |
| неотложной | | | |
| кушетка | медицинская, | | кресло-каталка |
| лампа | | | настольная |
| стулья | | | жесткие |
| стол | | | письменный |
| тумбочки | | | медицинские |
| вешалка | | | |

7. Процедурный кабинет

| | | | |
|----------------------|---------------|----------------|--------------|
| шкаф | неотложной | медицинской | помощи |
| шкаф | для | хранения | медикаментов |
| сейф | | | |
| аппарат | | дыхательный | ручной |
| аппарат | для | искусственного | дыхания |
| портативный | | | |
| прибор для измерения | артериального | | давления |
| фонендоскоп | | | |

| | | | |
|--|-----------------|-----------|--------------------|
| ножницы для разрезания повязок с пуговкой | | | |
| стерилизатор | | | средний |
| шприцы (инсулиновый, на 2,0; 5,0; 10,0 и 20,0 мл) | | | |
| шприцы одноразовые на 2,0; 5,0; 10,0 и 20,0 мл | | | |
| вода дисциплированная | | очищенная | 10л |
| дез. средства | | | |
| перчатки | | | хирургические |
| тазик | | | почкообразный |
| термометр | медицинский | | максимальный |
| таблица по оказанию неотложной медицинской помощи при | | | |
| отравлениях, острых заболеваниях и травмах | | | |
| кушетка | | | медицинская |
| стулья, | кресло-каталка, | | носилки |
| плитка | | | электрическая |
| вешалка | | | |
| лампа | | | настольная |
| холодильник | | | |
| набор подготовленных шин для иммобилизации конечностей | | | |
| щит | | | деревянный |
| набор медикаментов, используемых для лечения | | | |
| амбулаторных и стационарных больных | | | |
| ширма | | | медицинская |
| стол | | | инструментальный |
| облучатель | | | бактерицидный |
| стерилизатор | | | электрический |
| дистиллятор | | | |
| шкаф сухожаровой | | | (стерилизационный) |
| биксы (контейнеры) | | | |
| 8. | | | Перевязочная |

| Наименование | Ед.изм. | Перевязочные | |
|--------------|---------|-----------------|------------------|
| | | № 1 (чистая) | № 2 (гнойная) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | |
|--|-----------|----|----|
| Стол перевязочный | шт. | 1 | 1 |
| Столик инструментальный с подъемной панелью | " | 1 | 1 |
| Столик для инструментов с металлическими полками | " | 1 | 1 |
| Облучатель бактерицидный | " | 1 | 1 |
| Светильник бестеневого передвижной с лампой накаливания и аварийным освещением | " | 1 | 1 |
| Светильник однорефлекторный передвижной | " | 1 | 1 |
| Шкаф для инструментов со стеклянными полками двусторонний | " | 1 | 1 |
| Аппарат для ингаляционного наркоза прерывистого потока типа "НАПП-2" | " | | 1 |
| Электроотсос | шт. | | 1 |
| Набор стерильного перевязочного и инструментов, содержащий: | материала | | |
| простыню | " | 1 | 1 |
| шарики марлевые | " | 2 | 2 |
| салфетки марлевые разные | " | 10 | 10 |
| палочки с ватой | " | 5 | 5 |
| турундочки марлевые по 5 см | " | 3 | 3 |
| пинцет хирургический | " | 1 | 1 |
| пинцет анатомический | " | 1 | 1 |
| зажим кровоостанавливающий | " | 3 | 3 |
| крючки для разведения краев раны | " | 2 | 2 |
| иглодержатель | " | 1 | 1 |
| иглы хирургические | набор | 1 | 1 |
| стаканчик для приема лекарственных средств | шт | 2 | 2 |
| перчатки хирургические № 7-8 | пара | 1 | 1 |
| тазик почкообразный | шт | 1 | 1 |
| Набор трахеостомический стерильный, содержащий: | | | |
| иглы общего назначения круглые, изогнутые | | | |
| толстые № 3 | " | | 5 |
| катетер эластичный изогнутый № 18 | " | | 2 |
| крючок трахеостомический острый | " | | 2 |
| крючок для разведения раны двузубчатый острый | " | | 2 |

| | | |
|---|-----------|---|
| расширитель трахеостомический | " | 1 |
| трубки трахеостомические пластмассовые № 3 | " | 1 |
| то же , № 4 | " | 1 |
| полотенце | " | 3 |
| Набор для венесекции стерильный, содержащий : | | |
| полотенце | " | 1 |
| зажим кровоостанавливающий | " | 2 |
| зубчатый | прямой | |
| зажим кровоостанавливающий | " | 2 |
| зубчатый | изогнутый | |
| иглы хирургические изогнутые кожаные | | |
| трехгранные №4 ТДР-4 | " | 3 |
| пинцет анатомический общего назначения | " | 1 |
| пинцет пластинчатый хирургический | " | 1 |
| общего назначения | " | 1 |
| трубки хлорвиниловые диаметром | | |
| 1,5-2 мм, длиной 15-20 см | " | 2 |
| бинт | " | 1 |
| Набор для пункции плевральной полости стерильный, содержащий : | | |
| полотенце | " | 1 |
| иглу с широким просветом, соединенную | | |
| с резиновой трубкой длиной 25-30 см; | " | 1 |
| на противоположном конце которой | | |
| закреплен "палец" от перчатки | " | 1 |
| шарики марлевые | " | 5 |
| палочки с ватой | " | 2 |
| зажим кровоостанавливающий зубчатый | " | 1 |
| прямой | | |
| Набор для катетеризации мочевого пузыря стерильный, содержащий : | | |
| полотенце | шт. | 1 |
| катетеры цилиндрические уретральные | " | 3 |
| резиновые | | |
| шарики марлевые | " | 5 |
| салфетки марлевые | " | 2 |
| пинцет анатомический | " | 1 |
| катетер уретральный мужской металлический | " | 1 |

| № | 1 | 8 | и | л | и | 2 | 0 |
|--|---|-----|---|---|---|----------|---|
| глицерин в стеклянном флаконе, 25 г | " | | | | | 1 | |
| Ларингоскоп с четырьмя клиньями | " | | | | | 1 | |
| Трубки интубационные, изогнутые под прямым углом, с манжеткой № 28, 30, 37, 40. | " | | | | | 4 | |
| Трубка дыхательная ТД-2 | " | 1 | | | | 1 | |
| Роторасширитель с кремальерой большой | " | 1 | | | | 1 | |
| Языкодержатель | " | 1 | | | | 1 | |
| Корнцанг прямой в банке с тройным раствором | " | 1 | | | | 1 | |
| Ножницы общехирургические с одним острым концом, прямые стерильные в тройном растворе. | " | 1 | | | | 1 | |
| Набор инструментов для накладывания и снятия гипсовых повязок | " | | | | | 1 | |
| Ножницы для разрезания повязок с пуговкой | " | | | | | 1 | |
| Скальпель остроконечный средний стерильный в тройном растворе | " | 1 | | | | 1 | |
| Система переливания крови разового применения | " | 2 | | | | 2 | |
| Жгут кровоостанавливающий резиновый ленточный | " | | | | | 1 | |
| Ванна металлическая для ног | | | | | | | " |
| Ванна металлическая для рук | | | | | | | " |
| Умывальник | " | | | | | 1 | |
| Щетки для мытья рук | " | 2 | | | | 1 | |
| Тазик эмалированный диаметром 40 см | " | 2 | | | | 1 | |
| Держатель двух тазиков | " | 1 | | | | 1 | |
| Тазик для грязного перевязочного материала | " | | | | | 1 | |
| Стойка унифицированная | " | | | | | 1 | |
| Цилиндр измерительный на 250 мл | " | | | | | 1 | |
| Бутыль с кипяченной водой (10 л) | " | 1 | | | | 1 | |
| Шовный материал (шелк хирургический, кетгут в ампулах) в банке с тройным раствором | | | | | | набор | 1 |
| Спирт | | | | | | этиловый | |
| Раствор аммиака 25% | " | 100 | | | | 1 | |

| | | | |
|--|---------|-----|-------------|
| Раствор йода спиртовой 5% | " | | 50 |
| Раствор перекиси водорода 3% | " | | 100 |
| в т е м н о й | | | п о с у д е |
| Раствор фурациллина или риванола | " | 100 | 100 |
| Раствор новокаина 0,25% - 200 мл | | | " |
| Клеол | флаконт | 2 | 100 |
| Мазь Вишневского | мл. | 50 | 100 |
| Синтомицина линимент (эмульсия) 1% | " | 50 | 500 |
| В а т а | | | " |
| Б и н т ы | | + | 50 |
| Бинты гипсовые стандартные | | + | 50 |
| Полиглюкин (хранится отдельно в х о л о д и л ь н и к е) | | + | 100 |
| Антибиотики (хранятся отдельно в холодильнике) | флаконт | 2 | + |
| | " | + | + |
| | | | + |

— — — — —

П р и м е ч а н и е :

1. Стерильный перевязочный материал и инструментарий содержится в биксе и готовятся для использования перед амбулаторным приемом или проведением оперативных вмешательств.

2. Срок годности простерилизованных автоклавированием и запаянных в целлофановые пакеты 6 мес. После использования или истечения срока годности наборы укомплектовываются и стерилизуются вновь.

3. В каждом пакете под оболочкой должна быть карточка с названием набора, описью находящихся в пакете предметов и датой стерилизации.

9. Стоматологический (зубоврачебный) кабинет

| | | |
|---|-----|--------------------------|
| установка | | стоматологическая |
| кресло | | стоматологическое |
| аппарат | для | электроодонтодиагностики |
| аппарат | для | диатермокоагуляции |
| столик для приготовления пломбирочных материалов и инструментов | | |
| столик для инструментов с металлическими полками | | |
| шкаф | для | медикаментов |
| стул | | винтовой |
| стерилизатор | | средний |

| | | | | |
|------------------------|-------------------|-----------------|--------------|----------------------------|
| зеркала | стоматологические | с | ручкой | (8шт.) |
| инструмент | для | удаления | зубных | отложения № 1 |
| инструмент | для | удаления | зубных | отложения № 2 |
| инструмент | для | удаления | зубных | отложений (набор из 4 шт.) |
| инструмент | для | пломбирования | зубов | (набор из 7 шт.) |
| щипцы | | | | зубные |
| зонды | | зубные | (6 | шт.) |
| экскаватор | | дистальный | (2 | шт.) |
| элеватор | | зубной | (6 | шт.) |
| лапа | стоматологическая | для | разогревания | амальгамы |
| пинцет | зубной | изогнутый | (2 | шт.) |
| плевательница | | | | зубоврачебная |
| пустер | | | | |
| шпатели | | | 4 | шт. |
| шкаф | | вытяжной | | зубоврачебный |
| стол | | | | письменный |
| стол | | | | |
| шкаф | | | | сухожаровой |
| облучатель | | | | кварцевый |
| биксы (контейнеры) | для | ватных шариков, | марлевых | валиков |
| шприцы | одноразовые | на 2,0, 5,0, | 10,0, 20,0 | мл |
| дезсредства | | | | |
| перчатки хирургические | | | | |

10. Гинекологический кабинет

| | | | | |
|----------------------------|-------------|------------|------------------|-------------------------|
| кресло | | | | гинекологическое |
| акушерско-гинекологический | | | инструментальный | набор |
| набор инструментов | для | коагуляции | с | аппаратом электрическим |
| высокочастотным | | | | |
| набор | игл | для | биопсии | шейки матки |
| кольпоскоп | | | | |
| комплекты | влагилищных | зеркал | по | Куско |
| аппарат | | криогенный | | гинекологический |
| кушетка | | | | медицинская |
| ширма | | | | медицинская |
| стол | | | | |
| стул | | | | |
| вешалка | | | | |
| ведро (урна) | | педальное | для | отходов |

малый гинекологический набор
стол инструментальный
ростомер для взрослых
лента измерительная
аппарат искусственного прерывания беременности
шкаф сухожаровой
облучатель кварцевый
стол акушерский
кровать неонатальная
весы неонатальные
инкубатор
стол реанимации новорожденных
фетальный монитор
монитор новорожденного
кровать Рахманова
дыхательный набор для реанимации новорожденных
дозаторы
весы
дезсредства
перчатки хирургические

11. Рентгеновский (флюорографический кабинет)

аппарат рентгенодиагностический стационарный
аппарат флюорографический
ширма рентгенозащитная
негатоскопы
очки адапционные
фартук и перчатки из просвинцованной резины
комплект фотолабораторного оборудования (фонари, резак, рамки и др.)
проявительная (бачки для проявления, промывания, и закрепления пленки, бочки
для хранения отработанных материалов)
сушильный шкаф
стул, стол, фонарь
архив для хранения рентгеновской пленки (металлические шкафы)
кушетка медицинская
ведро (урна) педальное для отходов
аптечка с набором медикаментов
аптечка с набором медикаментов для оказания помощи при анафилактическом шоке

12. Кабинет условно-рефлекторной терапии

наборы по оказанию неотложной медицинской помощи, применяемые при острых и шоковых состояниях, с таблицей описания клинических симптомов и перечнем лекарственных средств применяемых в каждом случае

магнитофон
раковины (ванна)
аппарат искусственного дыхания
шприцы
стерилизатор электрический
шкаф вытяжной
стол инструментальный для шприцев
стулья
кушетки медицинские
тазы эмалированный
ведро (урна) педальное для отходов

Кабинет УРТ должен иметь приточно-вытяжную вентиляцию.

13. Гипнотарий

прибор электропунктуры (ПЭП-1) или аппарат "Элита-4" (один аппарат на 200 лечатся)

магнитофон
аппарат "Электросон"
кушетки для рефлексотерапии
кушетки медицинские (кресла с подголовниками)
тазы эмалированные по числу кушеток
шкафы светозащитные
стол
стул
ведро (урна) педальное для отходов

14. Процедурная наркологического кабинета

наборы по оказанию неотложной медицинской помощи, применяемые при острых и шоковых состояниях, с таблицей описания клинических симптомов и перечнем лекарственных средств, применяемых в каждом случае

аппарат Боброва для оксигенотерапии
аппарат для измерения артериального давления
фонендоскоп
шкаф медицинский для наборов медикаментов для оказания медицинской помощи

весы ручные ЦР- 1, ЦР-5, ЦР-20, ЦР-100;
весы технические 2-го класса до 1 кг с комплектом гирь;
весы до 150 кг;
холодильник;

кислородные баллоны;

дистиллятор СИ - 40

бактерицидный облучатель

ведро (урна) педальное для отходов.

Основные помещения с медицинским оборудованием и инвентарем:

-основное помещение для хранения медикаментов: стеллажи, шкафы с закрывающимися дверцами, шкаф с выдвижными ящиками, поддоны, подтоварники, термометры бытовые, гигрометры, холодильник.

-дополнительные помещения для хранения наркотических, ядовитых, психотропных средств с сейфом.

- дополнительное помещение для хранения спирта, спиртосодержащих, легко воспламеняющихся веществ с приточно-вытяжной вентиляцией, огнетушителем.

Приложение 4

к Правилам лечебно-профилактического обеспечения лиц, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах органов юстиции Республики Казахстан, утвержденным совместным приказом Министра юстиции Республики Казахстан от 25 мая 2004 г. N 145 и Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 мая 2004 г. N 405 "Об утверждении нормативных правовых актов, регулирующих лечебно-профилактическое обеспечение и санитарно-эпидемиологическое благополучие лиц, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах органов юстиции Республики Казахстан"

Типовые правила внутреннего распорядка стационаров медицинских частей и больниц уголовно-исполнительной системы

1. Все больные, поступающие в стационар медицинской части или больницу (далее - больница) после врачебного осмотра и санитарной обработки, направляются в соответствующие отделения по распоряжению дежурного врача.

2. Верхнюю одежду, нательное белье, обувь и другие личные вещи больные сдают при поступлении под расписку завхозу больницы или лицу, его заменяющему.

3. В период пребывания в больнице больные должны: соблюдать правила внутреннего распорядка исправительных учреждений и установленный администрацией больницы режим; находиться в палатах при проведении проверок контролерским составом и обхода врачей, в часы измерения температуры, во время, отведенное для сна, быть на своих спальнях местах после отбоя; во время прогулок находиться на территории больницы, которая отведена для прогулок больных, курить в специально отведенных местах; точно выполнять назначения и указания медицинского персонала больницы; поддерживать чистоту и порядок в палатах, во всех помещениях и на территории больницы; если позволяет состояние здоровья, самостоятельно убирать и содержать в чистоте и порядке свою койку и тумбочку; при выходе из палаты обязательно надевать халат (пижаму) и обувь; соблюдать тишину во всех помещениях больницы; бережно обращаться с оборудованием и инвентарем. За порчу мебели, оборудования и инвентаря больницы, происшедшую по вине больных, последние несут материальную ответственность в размере стоимости нанесенного ущерба.

4. Во время пребывания в больнице больным запрещается: курить в палатах и коридорах, играть в азартные игры, хранить запрещенные предметы; самовольно посещать другие отделения больницы; лежать и сидеть на койках в верхней одежде; пользоваться бельем и подушками свободных коек в палатах, перемещаться на свободные койки и другие палаты без разрешения начальника отделения; сушить и хранить хлеб в палатах, а также скоропортящиеся продукты в прикроватных тумбочках; хранить какие-либо предметы под постельными принадлежностями.

5. Краткосрочные и длительные свидания больным осужденным предоставляются в установленном порядке по заключению врача.

6. В случае пожара или других стихийных бедствий эвакуация больных осужденных осуществляется строго по плану отделений дежурным персоналом больницы.

7. Обо всех претензиях больные заявляют старшей медсестре отделения, лечащему или дежурному врачу, не вступая в какие-либо споры и пререкания с обслуживающим персоналом и между собой.

8. За нарушение правил внутреннего распорядка больницы осужденные наказываются в соответствии с Правилами внутреннего распорядка исправительных учреждений.

9. Прием осужденных по личным вопросам проводится администрацией больницы в установленном порядке.

10. Правила внутреннего распорядка для больных после их утверждения вывешиваются во всех отделениях для ознакомления.

П р и л о ж е н и е 5
к Правилам лечебно-профилактического обеспечения лиц, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах органов юстиции Республики Казахстан, утвержденным совместным приказом Министра юстиции Республики Казахстан от 25 мая 2004 г. N 145 и Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 мая 2004 г. N 405 "Об утверждении нормативных правовых актов, регулирующих лечебно-профилактическое обеспечение и санитарно-эпидемиологическое благополучие лиц, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах органов юстиции Республики Казахстан"

Типовые должностные инструкции начальника больницы уголовно-исполнительной системы

1. Начальник больницы для осужденных осуществляет руководство деятельностью больницы на основе единоначалия, несет ответственность за лечебно-профилактическую, организационно-методическую. Несет персональную ответственность за выполнение стоящих перед ней задач.

Начальник больницы назначается из числа квалифицированных врачей, имеющих опыт лечебной и организационной работы, назначается и увольняется в установленном порядке.

Начальник больницы оперативно подчиняется начальнику учреждения, а по вопросам организации лечебно-профилактической работы - руководству вышестоящего медицинского подразделения.

В отсутствие начальника больницы его обязанности выполняет заместитель по медицинской части или один из начальников отделений.

2. Начальник больницы должен:

1) разрабатывать и осуществлять проведение мероприятий, направленных: на повышение качества и культуры работы больницы по медицинскому обслуживанию осужденных;

на повышение уровня организационно-методического руководства лечебно-профилактическими учреждениями уголовно-исполнительной системы;

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

3) обеспечивать организацию высококвалифицированной стационарной помощи осужденным с применением комплексной терапии, лечебного питания, физиотерапевтических методов лечения, лечебной физкультуры, трудовой терапии и других методов восстановительного лечения в условиях больницы;

4) принимать меры по совершенствованию лечебно-диагностического процесса в больнице, эффективному использованию коечного фонда, снижению летальности, совершенствовать формы и методы управления подразделениями больницы, внедрять в практику работы элементы научной организации труда;

5) осуществлять планирование работы больницы и организовывать ее выполнение. Рассматривать и утверждать планы работы структурных подразделений больницы, графики работы врачей ординаторов, правила внутреннего распорядка больницы, а также должностные инструкции персонала. Периодически проводить проверку деятельности подчиненных работников с целью контроля за исполнением ими своих обязанностей и плановых мероприятий;

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

7) проводить своевременную и тщательную проверку чрезвычайных происшествий в больнице, а также случаев поздней госпитализации, внезапной смерти, несвоевременного оказания медицинской помощи, внутрибольничной инфекции. О результатах проверки, принятых мерах начальник больницы докладывает старшему медицинскому начальнику;

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

9) обеспечивать работу по подбору, расстановке, воспитанию медицинских работников и другого персонала больницы;

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

11) обеспечивать поддержание в больнице санитарно-гигиенического порядка и противоэпидемического режима, а также благоустройство и озеленение ее территории ;

12) обеспечивать соблюдение Правил внутреннего распорядка исправительных учреждений, дисциплины среди персонала больницы, режима содержания больных осужденных и хозяйственной obsługi. Решать вопросы, связанные с преждевременной выпиской больных и принятием других мер к осужденным в связи с нарушением режима содержания и Правил внутреннего распорядка для больных ;

13) руководство и контроль за постановкой и уровнем статистического учета и отчетности в больнице: обеспечивать качественное составление отчетности о деятельности больницы и своевременное представление ее в вышестоящие органы ;

14) организовывать качественное и своевременное рассмотрение предложений, жалоб и заявлений осужденных и их родственников с принятием по каждому из них конкретного решения и осуществлять контроль за выполнением ;

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

16) систематически анализировать и контролировать лечебно-профилактическую работу в медицинских частях учреждений;

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

18) направлять врачей-специалистов больницы в исправительные учреждения для оказания практической помощи работникам медицинских частей в организации работы и освоении новых методов и средств профилактики, диагностики и лечения, проведения профилактических осмотров и участия в работе В К К ;

19) вызывать по согласованию с вышестоящими медицинскими службами врачей медицинских частей исправительных учреждений для подготовки на

рабочем месте, а также для участия в работе больничных клинико-анатомических конференций ;

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

21) обеспечивать организацию хранения медицинской документации, наркотических, сильнодействующих и других медицинских лекарственных средств в структурных подразделениях больницы в соответствии с существующими правилами ;

22) разрабатывать и проводить мероприятия, направленные на снижение и постепенную ликвидацию наиболее распространенных заболеваний, повышать качество работы лечебно-профилактических учреждений уголовно-исполнительной системы;

23) разрабатывать мероприятия по специализации и повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала больницы;

24) изучать, обобщать и распространять новые организационные формы медицинского обслуживания и опыта работы передовых лечебно-профилактических учреждений органов здравоохранения;

25) обеспечивать целесообразное и экономное расходование финансовых средств, материалов, медикаментов и других материальных ценностей, рациональное использование имеющихся сил и средств: основного фонда (здания, инвентарь, оборудование), медицинской техники и медицинских кадров.

3. Начальник больницы имеет право:

1) вносить предложения руководству территориальных управлений уголовно-исполнительной системы, администрации учреждения по вопросам больницы и ее персонала ;

2) участвовать в работе совещаний, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к деятельности больницы. Вносить на рассмотрение и обсуждение вышестоящих медицинских подразделений вопросы улучшения медицинского обеспечения и охраны здоровья подозреваемых, обвиняемых и осужденных.

4. Начальник больницы в своей деятельности взаимодействует по вопросам:

1) управления больницей - с местными учреждениями здравоохранения;

2) медицинского снабжения - с учреждениями, обеспечивающими поставку медикаментов, медицинского инструментария и предметов медицинского назначения ;

3) изучения передового опыта, получения помощи специалистов в проведении консультации, конференций, подготовки медицинских кадров на рабочих местах, выделения мест для госпитализации осужденных при соответствующих показаниях - с главными врачами больниц органов

Приложение 6
к Правилам лечебно-профилактического обеспечения лиц, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах органов юстиции Республики Казахстан, утвержденным совместным приказом Министра юстиции Республики Казахстан от 25 мая 2004 г. N 145 и Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 мая 2004 г. N 405 "Об утверждении нормативных правовых актов, регулирующих лечебно-профилактическое обеспечение и санитарно-эпидемиологическое благополучие лиц, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах органов юстиции Республики Казахстан"

Организация противотуберкулезных мероприятий в исправительных учреждениях и следственных изоляторах органов юстиции Республики Казахстан 1. Клиническая классификация туберкулеза

Основные клинические формы
рубрики (шифры) по МКБ X пересмотра:

- 1) Туберкулез органов дыхания A15 (БК+) и A 16 (БК-):
 - Первичный туберкулезный комплекс;
 - Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов;
 - Диссеминированный туберкулез легких;
 - Очаговый туберкулез легких;
 - Инфильтративный туберкулез легких;
 - Казеозная пневмония;
 - Туберкулема легких;
 - Кавернозный туберкулез легких;
 - Фиброзно-кавернозный туберкулез легких;
 - Цирротический туберкулез легких;
 - Туберкулезный плеврит (в том числе эмпиема);
 - Туберкулез бронхов, трахеи, верхних дыхательных путей и другое (носа, полости рта, глотки);
- 2) Туберкулез мозговых оболочек и центральной нервной системы A 17;
- 3) Туберкулез других органов A 18:
 - Туберкулез кишечника, брюшины и брыжеечных лимфатических узлов;

Туберкулез костей и суставов;
Туберкулез мочевых и половых органов;
Туберкулез периферических лимфатических узлов;
Туберкулез прочих органов;

4) Милиарный туберкулез А 19.

Характеристика туберкулезного процесса:

1) локализация и протяженность туберкулезного процесса определяются в легких по долям и сегментам с указанием их в диагнозе. В других органах и системах указывается локализация поражения (туберкулез верхнего сегмента правой почки, туберкулез маточных труб и прочее);

2) фаза процесса:
туберкулезный процесс с выделением микобактерий БК+;
туберкулезный процесс без выделения микобактерий БК-.

О с л о ж н е н и я :

Кровохарканье и легочное кровотечение;

Спонтанный пневмоторакс;

Легочно-сердечная недостаточность;

А т е л е к т а з ;

А м и л о и д о з ;

П о ч е ч н а я н е д о с т а т о ч н о с т ь ;

Свищи.

Остаточные изменения после излеченного туберкулеза:

1) органов дыхания: фиброзные, фиброзно-очаговые, буллезно-дистрофические, кальцинаты в легких и лимфатических узлах, плевро-пневмосклероз, цирроз, состояние после хирургического вмешательства и д р у г и е ;

2) рубцовые и другие изменения в различных органах, состояние после хирургических вмешательств.

В отношении больных, которым были произведены резекционные, коллапсохирургические или другие вмешательства по поводу туберкулеза р е к о м е н д у е т с я :

лицам, у которых после операции в легких не осталось никаких изменений туберкулезного характера, следует ставить диагноз: Состояние после оперативного вмешательства (указать характер и дату вмешательства) по поводу той или иной формы туберкулеза;

если в оставшейся или колабированной легочной ткани, или в другом органе сохранились те или иные туберкулезные изменения, учитывается данная форма туберкулеза. В диагнозе, кроме того, отражается характер оперативного вмешательства по поводу туберкулеза.

Примеры формулировки диагноза:

- 1) Очаговый туберкулез верхней доли левого легкого в фазе инфильтрации и распада, БК-, III категория;
- 2) Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада, БК+, I категория;
- 3) Фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого в фазе инфильтрации, БК+, легочное кровотечение, IV категория;
- 4) Туберкулезный спондилит Д9-Д12, распространенно-деструктивная форма, активная фаза. Паралегия нижних конечностей, I категория.

Классификация

случаев туберкулеза в соответствии со стратегией DOTS

Новый случай /Впервые выявленный/.

Больной, который никогда не получал терапию по поводу туберкулеза или получал противотуберкулезные препараты не более 4 недель.

Р е ц и д и в .

Больной, с любой клинической формой туберкулеза, который по заключению врача, выздоровел после полного курса химиотерапии по ДОТС стратегии, и у которого снова появилось бактериовыделение.

П е р е в е д е н .

Пациенты, переведенные в данное учреждение из другого учреждения.

Неудача лечения (неблагоприятный исход).

Больной туберкулезом, у которого во время лечения результаты бактериоскопии мокроты остались или вновь стали положительными через 5 месяцев или позже после начала терапии. В эту же группу входят больные, у которых до начала лечения результаты бактериоскопии мокроты были отрицательными, но после двух месяцев терапии стали положительными.

Лечение после перерыва (после нарушения режима).

Больной туберкулезом, который прервал лечение не менее чем на 2 месяца и затем обратился в медицинское учреждение, причем в мокроте у него вновь обнаруживаются БК (иногда бактериовыделения нет, но туберкулез протекает в активной форме, на что указывают результаты клинического и рентгенологического обследования).

Д р у г и е с л у ч а и (р е д к о) .

Тяжелобольные пациенты (например, с кровохарканьем), без исследования мокроты и/или рентгенографии грудной клетки, врач назначает химиотерапию, потому что не может исключить возможность активного туберкулеза.

Х р о н и ч е с к и й с л у ч а й .

Больной, который остался или вновь стал бактериовыделителем после окончания полного повторного курса терапии под контролем.

Классификация случаев туберкулеза используется для трех целей:

первичная регистрация больных;
централизованная регистрация случаев (ежеквартальные отчеты);
деление больных на категории лечения.

Классификация случаев туберкулеза основана на четырех признаках:

локализация очага туберкулеза,
тяжесть заболевания,
результаты бактериоскопии мазка мокроты,
ранее проводившаяся противотуберкулезная терапия.

Локализация очага туберкулеза:

легочная или внелегочная

Термин "легочный туберкулез" используют для обозначения заболеваний, при которых в патологический процесс вовлечены бронх, плевра и паренхима легких. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов также отнесен к легочному туберкулезу. Туберкулезный плеврит при отсутствии рентгенологических изменений в легких следует рассматривать как случай легочного туберкулеза.

Случай с наличием легочных и внелегочных туберкулезных очагов следует интерпретировать как легочный туберкулез. Определение случая внелегочного туберкулеза с наличием очагов в нескольких органах или системах зависит от локализации самого тяжелого очага поражения.

Тяжесть заболевания туберкулезом.

Количество возбудителей, распространенность поражения и анатомическая локализация очагов туберкулеза определяют тяжесть течения заболевания и, следовательно, выбор соответствующего лечения. С анатомической локализацией очагов поражения связана классификация туберкулеза как тяжелого заболевания в случаях, когда имеется угроза жизни больного (например, туберкулезный перикардит) или риск тяжелых осложнений (например, туберкулез позвоночника), или оба этих опасных фактора (например, туберкулезный менингит).

Тяжелыми считаются:

легочный туберкулез с выделением и без выделения микобактерий туберкулеза, когда на рентгенограмме площадь поражения составляет более 10 кв. см.;

внелегочный туберкулез: менингит, милиарный туберкулез, перикардит, перитонит, двухсторонний плеврит, односторонний плеврит при обильном

выпоте, туберкулез позвоночника, кишечника или мочеполовой системы.

Менее тяжелыми считаются следующие формы внелегочного туберкулеза: поражение лимфатических узлов, плеврит (односторонний), костный туберкулез (за исключением позвоночника), туберкулез суставов и кожи.

Бактериологическое исследование (результаты бактериоскопии мазка мокроты)

Важность результатов бактериоскопического исследования мокроты определяется следующим:

идентификация больных с наличием МТ в мокроте (так как именно эти больные наиболее контагиозны и, кроме того, у них наиболее высокие показатели летальности);

регистрация больных (больные с заразными формами туберкулеза легких - единственная группа больных, в отношении которых может быть использован бактериологический мониторинг излечения).

Туберкулез легких с бактериовыделением - БК+ (больной с положительным мазком):

больной с не менее двух кратным обнаружением кислотоустойчивых бактерий в мазке мокроты;

больной с 1 положительной пробой мокроты на МТ и патологическими изменениями, выявленными рентгенологическим исследованием, которые врачом-специалистом отнесены к проявлению активного туберкулеза легких;

больной с однократным обнаружением в мазке кислотоустойчивых микобактерий (БК) и с выделением культуры микобактерий туберкулеза;

больной со свищевой формой туберкулеза периферических лимфоузлов;

больной, имеющий БК+ в моче.

Туберкулез легких без бактериовыделения (больной с отрицательным мазком)

больной, у которого клинические и рентгенологические изменения соответствуют активному туберкулезу легких (или других органов), но при 3-х кратном исследовании мокроты или другого патологического материала (при полном соблюдении правил сбора и исследования), БК не были обнаружены. При этом показана противотуберкулезная химиотерапия;

больной, у которого до и после операции микобактерии туберкулеза не обнаруживались, но при посеве резекционного материала был получен рост БК, не учитываются как бактериовыделители. Данное положение распространяется и на больных, у которых БК обнаруживаются только при посеве материала, полученного при пункции осумкованной эмпиемы, лимфоузлов и другое.

Первичная регистрация больных

После постановки диагноза каждый больной туберкулезом регистрируется в журнале в соответствии с делением всех случаев на следующие категории: новый случай (с бактериовыделением, без бактериовыделения) и внелегочный;

рецидив;
неэффективность лечения (неблагоприятный исход);
лечение после перерыва;
другие случаи;
переведен;
хронический случай.

Очень важно при классификации случаев туберкулеза установить, получал ли данный больной ранее противотуберкулезную терапию, это необходимо для решения следующих задач:
идентификация больных с повышенным риском развития лекарственной устойчивости и назначение правильной схемы лечения;
эпидемиологический мониторинг.

2. Основные клинические формы

Группа I - Туберкулезная интоксикация у детей и подростков.

Туберкулезная интоксикация у детей и подростков возникает при заражении туберкулезом и развитии первичной туберкулезной инфекции без локальных проявлений, определяемых рентгенологическим и другими методами исследований. Туберкулезная интоксикация выявляется у детей (подростков) с впервые положительными, усиливающимися в процессе наблюдения и гиперергическими реакциями на туберкулин. Она характеризуется активностью туберкулезного процесса, сопровождается ухудшением общего состояния ребенка (подростка), выражающимся в периодическом повышении температуры тела до субфебрильных цифр, ухудшением аппетита, появлением нейровегетативных расстройств (повышенной нервной возбудимостью или ее угнетением, головной боли, тахикардии), небольшим увеличением периферических лимфатических узлов (микрополиадения) с явлениями периаденита, небольшим увеличением печени, реже селезенки, остановкой физиологической прибавки или дефицитом массы тела, склонностью к интеркуррентным заболеваниям, изменением картины периферической крови (нерезко выраженным повышением СОЭ, сдвигом нейтрофилов влево, эозинофилией, лимфопенией), изменением иммунологического статуса (

снижением числа Т-лимфоцитов и их функциональной активности).

Специфичность описанных функциональных нарушений должна быть подтверждена тщательным обследованием ребенка (подростка) для исключения неспецифических заболеваний. При обследовании следует использовать современные методы диагностики, включая прямые и боковые рентгенограммы, томограммы средостения в различных проекциях, бронхоскопию, туберкулинопробационные пробы (гемотуберкулиновые, протеиновые, иммунно-туберкулиновые и другое) до и после подкожного введения туберкулина - 10-20 ТЕ ППД-Л, а также серологические исследования. В сомнительных случаях рекомендуется применять пробное лечение противотуберкулезными лекарственными средствами длительностью до 3 месяцев.

Группа II - Туберкулез органов дыхания.

Первичный туберкулезный комплекс характеризуется развитием воспалительных изменений в легочной ткани, поражением регионарных внутригрудных лимфатических узлов и лимфангитом. Он чаще наблюдается в детском возрасте, значительно реже у лиц в возрасте 18-25 лет с "виражом" туберкулиновой реакции. Клинические проявления первичного комплекса зависят от фазы процесса, особенностей течения и реактивности организма. Он может протекать малосимптомно, но чаще имеют место признаки туберкулезной интоксикации, особенно при вовлечении в процесс серозных оболочек (плеврит, полисерозит) и бронхов.

Различают неосложненное и осложненное течение первичного комплекса. При осложненном течении может наблюдаться обширный инфильтрат с поражением сегмента или доли легкого, распад с образованием первичной каверны, поражением бронхов, развитие ателектаза в других участках легкого, лимфогенная и гематогенная диссеминация, а также переход в хронически текущий первичный туберкулез. Могут быть параспецифические аллергические реакции, повышенная чувствительность к туберкулину.

В современных условиях у большинства больных первичный комплекс, особенно под влиянием химиотерапии, протекает мало симптомно, подвергаясь рассасыванию, уплотнению и обызвествлению. Обызвествление первичного очага в легких и лимфатических узлах у взрослых бывает редко. За последнее десятилетие все реже наблюдается первичный туберкулезный комплекс с типичной биполярностью.

Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов развивается в результате первичного заражения туберкулезом у детей, подростков и взрослых молодого возраста. Реже возникает вследствие эндогенной реактивации имевшихся туберкулезных изменений во внутригрудных лимфатических узлах.

Различают инфильтративный, опухолевидный и, так называемые, "малые" варианты туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов. Инфильтративный туберкулез внутригрудных лимфатических узлов характеризуется не только их увеличением, но и развитием инфильтративных изменений в легочной ткани, в прикорневых ее отделах. В клинической картине заболевания преобладают симптомы интоксикации. "Малые" варианты туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов проявляются их незначительным увеличением. Рентгенодиагностика "малых" вариантов туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов в фазе инфильтрации возможна только по косвенным признакам (снижение структуры тени корня, двойной контур срединной тени и обогащение легочного рисунка в прикорневой зоне на ограниченном участке). Клинически проявляется умеренными симптомами интоксикации. Опухолевидный (туморозный) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов представляет собой вариант первичного туберкулеза, при котором преобладает казеозное поражение лимфатических узлов, проявляется увеличением размера отдельных лимфатических узлов или их групп, выраженной клинической симптоматикой и склонностью к осложненному течению (поражение бронхов, бронхолегочные поражения, очаги бронхогенной, лимфогенной и гематогенной диссеминации, плеврит).

Контуров лимфатических узлов на рентгенограмме и томограмме четкие.

В случаях позднего выявления и неэффективного лечения возможен переход в хронически текущий первичный туберкулез, характеризующийся длительным волнообразным течением и полиморфизмом морфологических изменений в лимфатических узлах (кальцинированные, фиброзные, свежие воспалительные). В таких случаях периодически возникают различные клинические проявления гиперсенсibilизации, описанные как "маски" хронического первичного туберкулеза (узловатая эритема, фликтены, полиартрит и другое).

При всех вариантах туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов, а чаще всего при хроническом течении, возможны осложнения в виде воспалительной реакции плевры, специфического поражения бронхов с развитием сегментарных или долевых ателектазов, диссеминации в легких и различные органы (бронхолегочные формы процесса).

Диссеминированный туберкулез легких характеризуется наличием множественных специфических очагов в легких: в начале заболевания возникает преимущественно экссудативно-некротическая реакция с последующим развитием продуктивного воспаления.

Варианты диссеминированного туберкулеза различают по патогенезу и клинической картине. В зависимости от пути распространения микобактерий туберкулеза различают гематогенной и лимфобронхогенной диссеминированный

туберкулез. Оба варианта могут иметь острое, подострое и хроническое течение
б о л е з н и .

Острый диссеминированный туберкулез гематогенного генеза чаще всего проявляется как милиарный. Милиарный туберкулез должен быть обозначен в диагнозе. Преимущественно он бывает генерализованным с образованием очагов в легких, печени, селезенке, мозговых оболочках. Реже милиарный туберкулез встречается как поражение только легких. По клиническому течению выделяют тифоидный вариант, характеризующийся лихорадкой и резко выраженной интоксикацией; легочный, при котором в клинической картине болезни преобладают симптомы дыхательной недостаточности на фоне интоксикации; менингеальный (менингит и менингоэнцефалит), как проявление генерализованного туберкулеза. При рентгенологическом исследовании определяется густая, однотипная диссеминация в виде мелких очагов, расположенных чаще симметрично и видимых лучше на рентгенограмме.

Подострый диссеминированный туберкулез развивается постепенно, но также характеризуется выраженными симптомами интоксикации. При гематогенном генезе подострого диссеминированного туберкулеза однотипная очаговая диссеминация локализуется в верхних и кортикальных отделах легких, при лимфогенном генезе очаги располагаются группами в прикорневых и нижних отделах легких на фоне выраженного лимфангита с вовлечением в процесс как глубокой, так и периферической лимфатической сети легкого. На фоне очагов при подостром диссеминированном туберкулезе могут определяться тонкостенные каверны со слабо выраженным перифокальным воспалением. Чаще они располагаются на симметричных участках легких, эти полости называют "штампованными" кавернами.

Хронический диссеминированный туберкулез чаще всего гематогенного генеза. Для него характерно апикокаудальное расположение процесса. При хроническом диссеминированном туберкулезе могут последовательно поражаться различные органы и системы. Хронический диссеминированный туберкулез характеризуется волнообразным течением, при котором симптомы интоксикации в период ремиссии менее выражены, при вспышке процесса имеют место явления интоксикации, а также локальные проявления легочного и внелегочного туберкулезного процесса. Рентгенологически выявляются очаги различной величины и плотности, при этом более плотные очаги локализуются в вышележащих отделах. На любом этапе болезни могут образоваться каверны в одном или обоих легких. Очаговые и деструктивные изменения определяются на фоне деформированного легочного рисунка, признаков пневмосклероза, бронхоэктазов и эмфиземы. Несвоевременно распознанный хронический диссеминированный туберкулез, а также при неэффективном его лечении, может

прогрессировать и через фазу инфильтрации перейти в дальнейшем в фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Трудность определения генеза диссеминации обусловило необходимость определения их под общим названием диссеминированный туберкулез легких. Однако, по возможности, следует стремиться указать генез процесса в диагнозе (в скобках), что имеет значение для терапевтической тактики и прогноза. При наличии бронхогенного отсева из инфильтрата с распадом, при кавернозном или при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких, при развитии аспирационной пневмонии после легочного кровотечения, при прорыве в бронхах казеозного лимфатического узла - такие обсеменения необходимо обозначать как фазу соответствующего процесса, а не включать их в диссеминированный туберкулез.

Очаговый туберкулез легких характеризуется наличием немногочисленных очагов, преимущественно продуктивного характера, локализующихся в ограниченном участке одного или обоих легких и занимающих 1-2 сегмента и малосимптомным клиническим течением. К очаговым формам относятся как недавно возникшие, свежие (мягкоочаговые) процессы с размером очагов менее 10 мм, так и более давние (фиброзно-очаговые) образования с явно выраженными признаками активности процесса. Свежий очаговый туберкулез характеризуется наличием слабоконтурирующих (мелких) очаговых теней со слегка размытыми краями. При значительно выраженных перифокальных изменениях, развивавшихся по периферии очагов в виде бронхолобулярных сливающихся фокусов, следует определять их как инфильтративный туберкулез легких. Фиброзно-очаговый туберкулез проявляется наличием плотных очагов, иногда с включением извести, фиброзными изменениями в виде тяжелой и участков гиперпневмотоза. В период обострения могут также выявляться свежие, мягкие очаги. При очаговом туберкулезе явления интоксикации и "грудные" симптомы, как правило, встречаются у больных в период обострения, в фазе инфильтрации или распада.

При выявлении фиброзно-очаговых изменений методом рентгенофлюорографии, необходимо провести тщательное обследование больных для исключения активности процесса. При отсутствии выраженных признаков активности фиброзно-очаговые изменения должны быть расценены как излеченный туберкулез.

Инфильтративный туберкулез легких характеризуется наличием в легких воспалительных изменений, преимущественно экссудативного характера с казеозным некрозом в центре и относительно быстрой динамикой процесса (рассасывание или распад). Клинические проявления инфильтративного туберкулеза зависят от распространенности и выраженности инфильтративно-воспалительных (перифокальных и казеозно-некротических)

изменений в легких. Различают следующие клинико-рентгенологические варианты инфильтративного туберкулеза легких: лобулярный, круглый, облаковидный, перициссурит, лобит. Кроме того, к инфильтративному туберкулезу относится пневмония, которая характеризуется более выраженными казеозными изменениями в участке поражения. Для всех клинико-рентгенологических вариантов инфильтративного туберкулеза характерно не только наличие инфильтративной тени, часто с распадом, но возможно и бронхогенное обсеменение. Инфильтративный туберкулез легких может протекать инaperцептно и распознается только при рентгенологическом исследовании. Чаще процесс клинически протекает под маской других заболеваний (пневмонии, затянувшегося гриппа, бронхита, катара верхних дыхательных путей и другое), у большинства больных имеет место острое и подострое начало заболевания. Одним из симптомов инфильтративного туберкулеза может быть кровохарканье при общем удовлетворительном состоянии больного.

Казеозная пневмония характеризуется тяжелым состоянием больного, выраженными симптомами интоксикации, обильными катаральными явлениями в легких, резким левым сдвигом в лейкоцитарной формуле, лейкоцитозом, массивным бактериовыделением. При быстром разжижении казеозных масс происходит формирование гигантской полости или множественных небольших каверн. Казеозная пневмония должна быть отражена в диагнозе инфильтративного туберкулеза легких (в скобках).

Туберкулома легких объединяет разнообразные по генезу инкапсулированные казеозные фокусы величиной более 1 см в диаметре. Различают туберкуломы инфильтративно-пневмонического типа, гомогенные, слоистые, конгломеративные и так называемые "псевдотуберкуломы" - заполненные каверны. На рентгенограмме туберкуломы выявляются в виде тени округлой формы с четкими контурами. В фокусе может определяться серповидное просветление за счет распада, иногда - перифокальное воспаление и небольшое количество бронхогенных очагов, а также участки обызвествления. Туберкуломы бывают одиночные и множественные. Различают мелкие туберкуломы (до 2 см в диаметре), средние (2-4 см) и крупные (более 4 см в диаметре). Выделены 3 клинических варианта течения туберкулом:

прогрессирующее, характеризующиеся появлением на каком-то этапе болезни распада, перифокального воспаления вокруг туберкуломы, бронхогенного обсеменения в окружающей легочной ткани;

стабильное - отсутствие рентгенологических изменений в процессе наблюдения за больными или редкие обострения без признаков прогрессирования туберкуломы;

регрессирующее, характеризующееся медленным уменьшением туберкуломы с последующим образованием на ее месте очага или группы очагов, индурационного поля или сочетание этих изменений.

Кавернозный туберкулез легких характеризуется наличием сформированной каверны, вокруг которой может быть зона небольшой перифокальной реакции, отсутствием выраженных фиброзных изменений в окружающей каверну легочной ткани и возможным наличием немногочисленных очаговых изменений как вокруг каверны, так и в противоположном легком. Развивается кавернозный туберкулез у больных инфильтративным, диссеминированным, очаговым туберкулезом, при распаде туберкулом, при позднем выявлении заболевания, когда фаза распада завершается формированием каверны, а признаки исходной формы исчезают. Рентгенологически каверна в легком определяется в виде кольцевидной тени с тонкими или более широкими стенками. Кавернозный туберкулез характеризуется наличием у больного эластической, ригидной, реже - ф и б р о з н о й к а в е р н ы .

Клиническое течение обычно волнообразное, со сменой периода обострения и затихания процесса. В период вспышки отмечают симптомы интоксикации, появляется кашель, выделение небольшого количества мокроты, может быть кровохарканье. Как правило, в мокроте обнаруживаются микобактерии т у б е р к у л е з а .

Под влиянием химиотерапии может иметь место закрытие каверны с образованием плотного очага, звездчатого или линейного рубца.

Фиброзно-кавернозный туберкулез легких характеризуется наличием фиброзной каверны, развитием фиброзных изменений в окружающей каверну легочной ткани. Характерны очаги бронхогенного отсева различной давности как вокруг каверны, так и в противоположном легком. Как правило, поражаются дренирующие каверну бронхи. Развиваются и другие морфологические изменения в легких: пневмосклероз, эмфиземы, бронхоэктазы. Формируется фиброзно-кавернозный туберкулез из инфильтративного, кавернозного или диссеминированного процесса при прогрессирующем течении болезни. Протяженность изменений в легких может быть различной: процесс бывает односторонним и двусторонним с наличием одной или множественных каверн.

Клинические проявления фиброзно-кавернозного туберкулеза многообразны, они обусловлены не только самим туберкулезом, но и изменениями легочной ткани вокруг каверны, а также развившимися осложнениями. Различают три клинических варианта течения фиброзно-кавернозного туберкулеза легких:

ограниченный и относительно стабильный фиброзно-кавернозный туберкулез , когда благодаря химиотерапии наступает определенная стабилизация процесса, обострение может отсутствовать в течение нескольких лет;

прогрессирующий фиброзно-кавернозный туберкулез, характеризующийся сменой обострений и ремиссий, причем периоды между ними могут быть разными - короткими и длинными, в период обострения появляются новые участки воспаления с образованием "дочерних" каверн, иногда легкое может разрушаться полностью, у некоторых больных при неэффективном лечении прогрессирующее течение процесса завершается развитием казеозной пневмонии ;

фиброзно-кавернозный туберкулез с наличием различных осложнений - чаще всего этот вариант также характеризуется прогрессирующим течением. Чаще всего у таких больных развиваются легочно-сердечная недостаточность, амилоидоз, частые повторные кровохарканья и легочные кровотечения, обостряется неспецифическая инфекция (бактериальная и грибковая).

Цирротический туберкулез легких характеризуется разрастанием грубой соединительной ткани в легких и в плевре в результате инволюции фиброзно-кавернозного, хронического диссеминированного, массивного инфильтративного туберкулеза легких, поражений плевры, туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов, осложненного бронхолегочными поражениями. К цирротическому туберкулезу должны быть отнесены процессы, при которых сохраняются туберкулезные изменения в легких с клиническими признаками активности процесса, склонными к периодическим обострениям, периодически бывает скудное бактериовыделение. Цирротический туберкулез бывает сегментарный и лобарный, ограниченный и распространенный, односторонний и двусторонний, для него характерно развитие бронхоэктазов, эмфиземы легких, наблюдаются симптомы легочной и сердечно-сосудистой недостаточности .

Цирротические изменения, при которых устанавливаются наличие фиброзной каверны с бронхогенным отсеком и повторным длительным бактериовыделением, следует относить к фиброзно-кавернозному туберкулезу. От цирротического туберкулеза следует отличать циррозы легких, которые представляют собой посттуберкулезные изменения без признаков активности. В классификации циррозы легких отнесены к остаточным изменениям после клинического излечения .

Туберкулезный плеврит (в том числе эмпиема). Туберкулезный плеврит чаще сопутствует легочному и внелегочному туберкулезу. Он встречается главным образом при первичном туберкулезном комплексе, туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов, диссеминированном туберкулезе легких. Туберкулезные плевриты бывают серозные, серозно-фиброзные, гнойные, реже - геморрагические. Диагноз плеврита устанавливается по совокупности клинических и рентгенологических признаков, а характер плеврита - при

пункции плевральной полости или биопсии плевры. Пневмоплеврит (наличие в плевральной полости воздуха и жидкости) возникает при спонтанном пневмотораксе или как осложнение лечебного пневмоторакса.

Туберкулез плевры, сопровождающийся накоплением гнояного экссудата, представляет собой особую форму экссудативного плеврита - эмпиему. Развивается при распространенном казеозном поражении плевры, а также в результате перфорации каверны или субплеврально расположенных очагов, может осложниться образованием бронхиального торакального свища и принять хроническое течение. Хроническая эмпиема характеризуется волнообразным течением. Морфологические изменения в плевре проявляются рубцовым перерождением, развитием специфической грануляционной ткани в толще утратившей свою функцию плевры. Эмпиема должна быть обозначена в диагнозе.

Туберкулез бронхов, трахеи, верхних дыхательных путей и другое. Все эти локализации туберкулеза встречаются как осложнения в течении других форм первичного и вторичного туберкулеза легких и внутригрудных лимфатических узлов, лишь иногда эти поражения, особенно туберкулез бронхов, бывают изолированными. Различают три основные формы туберкулеза бронхов и трахеи: инфильтративную, язвенную и свищевую (лимфобронхиальные, бронхоплевральные свищи). Из осложнений следует отметить стенозы разной степени, грануляции, бронхолиты. Под влиянием лечения может наступить клиническое излечение - без остаточных изменений и с остаточными изменениями в виде рубцов, фиброзных утолщений, стенозов и другое.

Туберкулез органов дыхания, комбинированный с пылевыми профессиональными заболеваниями легких (кониотуберкулез). В эту группу включаются все формы туберкулеза легких при одновременном наличии пылевых профессиональных заболеваний: силикозы, асбестоза и прочее. При формулировке диагноза следует писать "Кониотуберкулез", затем дать развернутую характеристику кониоза - "антракоз", "силикоз" и так далее и развернутую характеристику туберкулезного процесса.

Группа III - Туберкулез других органов и систем.

Туберкулез мозговых оболочек и центральной нервной системы. Туберкулезный менингит. Развитие процесса связывают с гематогенным туберкулезом или с прорывом казеозного очага мозга в субарахноидальное пространство, редко вследствие перехода процесса с других органов. Процесс развивается преимущественно на основании мозга, распространяясь по ходу сосудов и борозд больших полушарий. Характерны нарушения микроциркуляции крови и лимфы, повышенное внутричерепное давление, гидроцефалия, отек, инфаркты мозга.

Клиническая картина складывается из общих явлений (раздражительность, утомляемость, угнетение активности, головные боли и другое) и неврологических признаков: ригидность затылочных мышц, ригидность мышц спины, менингеальные симптомы, а также локальные неврологические симптомы, вплоть до церебрационной ригидности. Распространение инфекции на оболочки спинного мозга приводит к развитию спинального арахноидита с характерными неврологическими нарушениями.

Туберкулома мозга. Формирование осумкованного очага творожистого некроза - туберкуломы в субкортикальных отделах ткани головного мозга проявляется повышением внутричерепного давления и локальными неврологическими нарушениями.

Туберкулезная энцефалопатия относится к группе туберкулезно-аллергических проявлений. Встречается у детей и подростков. В клинической картине ведущими симптомами являются нарушение сознания и кома.

Туберкулез кишечника. Чаще локализуется в илеоцекальной области, характеризуется бугорковыми высыпаниями на слизистой кишки. Вначале клинически не проявляется. Инфильтративно-язвенный процесс характеризуется слиянием бугорков с образованием язв. Клинически проявляется диспепсией с преобладанием поноса. При стриктуре кишки развивается частичная кишечная непроходимость. Распространение процесса идет как по протяженности, так и в глубину с казеозно-некротическим и язвенным поражением всех слоев стенки кишечника. Характеризуется болями, локализующимся в области поражения кишки, диспепсией, формированием воспалительного конгломерата (ограниченного перитонита), кишечным кровотечением, непроходимостью кишки. Наиболее тяжелым осложнением является перфорация язвы кишки с развитием разлитого перитонита.

Туберкулез брюшины. Заболевание выраженной гематогенной природы, реже - осложнение локальных форм лимфаденита, туберкулеза других органов брюшной полости и таза. В начальном периоде образуются бугорковые высыпания на брюшине. Клинические симптомы не выражены, отсутствует интоксикация. В дальнейшем при появлении экссудата - явления интоксикации, диспепсия, потеря массы тела. При слипчивой (адгезивной) форме - явления интоксикации, диспепсия, развитие частичной кишечной непроходимости. Узловато-опухолевая форма протекает с выраженной интоксикацией, формированием конгломератов в брюшной полости из спаянных петель, кишок, сальника, осумкованного экссудата с симптомами частичной кишечной непроходимости.

Туберкулез брыжеечных лимфатических узлов. В инфильтративной фазе

характеризуется воспалительной инфильтрацией в мезентериальных лимфатических узлах без выраженных перифокальных явлений и симптомов интоксикации, в казеозно-некротической фазе - увеличением лимфатических узлов, перифокальной реакцией, вовлечением в процесс брюшины.

Туберкулез костей и суставов.

Туберкулез костей и суставов позвоночного столба. "Первичный" остит - характеризуется поражением тела позвонка без распространения туберкулезного процесса за его пределы; проявляется неопределенными болезненными ощущениями, рентгенологически при томографическом исследовании выявляют очаг деструкции в теле позвонка. Прогрессирующий спондилит - характеризуется распространением туберкулезного процесса за пределы тела позвонков, проявляется постоянными болями в позвоночнике, ограничением подвижности, рентгенологически - сужением межпозвоночного пространства, деструкцией тел прилежащих позвонков, в разгар туберкулезного спондилита - выраженное распространение туберкулезного процесса за пределы пораженных позвонков, искривление позвоночного столба, появление абсцессов, спинномозговых расстройств, свищей. Хронический деструктивный спондилит - характеризуется длительным волнообразным течением с различной протяженностью поражения и прогрессирующим характером течения с последовательным распространением деструктивных изменений в позвоночнике после очередного обострения. Метатуберкулезная спондилопатия - характеризуется относительной стабилизацией специфического процесса на различные сроки, а также разной степенью анатомо-функциональных нарушений и дистрофических изменений всех элементов позвоночного столба.

Туберкулез костей и суставов конечностей. "Первичный" околосуставной остит характеризуется формированием очага специфического воспаления в метафизе, реже - в эпифизе трубчатой кости с нарушением функции сустава и выпотом в нем (реактивный синовит). Рентгенологически - очаг деструкции в суставном конце кости, образующей сустав. При определенных метафизарных локализациях "первичного" остита возможно распространение процесса на внесуставную поверхность кости с поражением прилежащих мягких тканей, образованием натечных абсцессов и свищей, рентгенологически - наличие пристеночного очага деструкции, нередко с кортикальным секвестром или краевой деструкции с маловыраженной периостальной реакцией. Прогрессирующий артрит - распространение туберкулезного процесса за пределы суставных концов костей, на синовиальную оболочку, проявляется припухлостью, выпотом в полость сустава, рентгенологически - очаги деструкции (чаще одиночные), открытые в полость сустава, в разгар туберкулезного артрита - воспалительные и деструктивные явления в суставе,

сильные боли, ограничение движений с образованием контрактур, возможно появление абсцессов и свищей, рентгенологически - выраженный остеопороз, сужение суставной щели, нечеткость, неровность контуров суставных поверхностей, более глубокая деструкция суставных концов костей. Хронический деструктивный артрит - тяжелое поражение суставов с субтотальным или тотальным разрушением суставных поверхностей, грубой деформацией, контрактурой, обуславливающими неполноценность конечности. Метатуберкулезный артроз - является заключительным этапом болезни, переход в неактивную фазу с преобладанием изменений дегенеративного характера.

Туберкулез плоских костей и суставов таза и грудной клетки. При первичном поражении плоских костей таза и грудной клетки процесс возникает обычно в губчатом веществе кости и развивается по типу "первичного" туберкулезного остита с образованием секвестров и свищей. Туберкулез ребра и ключицы проявляется вначале характерным вздутием кости.

Туберкулез костей и суставов черепа и лица. Чаще поражается лобная, теменная, скуловая кости и верхняя челюсть. При туберкулезном процессе костей черепа наблюдается ограниченная и разлитая форма деструкции с преимущественным поражением внутренней пластинки.

Туберкулезно-аллергические синовиты и артриты являются результатом параспецифических аллергических поражений синовиальной оболочки сустава, проявляются выпотом в суставах, нарушением функции, характеризуются упорным волнообразным течением с ремиссиями и обострениями, часто сезонного характера. Заболевания связаны с отдельными нередко скрытыми очагами туберкулезной инфекции, являющимися источниками антигенной стимуляции и алергизации организма.

Туберкулез мочевых, половых органов.

Туберкулез почек. Начальная стадия заболевания связана с гематогенным распространением инфекции из активных очагов туберкулеза первичного и вторичного характера в других органах. Развитие специфического процесса проходит все этапы морфологической эволюции - от гематогенных очагов, окруженных элементами туберкулезной гранулемы и казеозным некрозом в центре, сливающихся в ограниченные инфильтраты (казеомы) с преимущественной локализацией в корковом веществе, до неполного разрушения почки и мочевыводящих путей. Казеозный туберкулез почки характеризуется прорывом и опорожнением через почечную лоханку творожистого некроза с образованием полости, стенки которой имеют типичное строение туберкулезной каверны. Протекающие параллельно деструктивно и фиброзно-склеротические процессы способствуют распространению процесса с прогрессирующим разрушением паренхимы и полостной системы почек (

поликаверноз, рубцовые стенозы и прочее) с переходом в фиброзно-кавернозный туберкулез. Заключительной стадией прогрессирующего туберкулеза почки является тотальное ее поражение с формированием пионефроза и ряда местных и общих системных осложнений.

Туберкулез мочевыводящих путей. Как правило, эта форма туберкулеза является сопутствующей или осложнением активного туберкулеза почки. Характер процесса определяется распространенностью глубиной и степенью поражения стенок мочевыводящих путей: от очагового воспаления на слизистой и в подслизистом слое на начальном этапе до глубокого язвенно-некротического деструктивного поражения с исходом в фиброз, рубцовые деформации и стриктуры.

Туберкулез мужских половых органов. Заболевание имеет двойственную патогенетическую природу: как частая форма гематогенного туберкулеза и как вторичное осложнение туберкулеза почек и мочевыводящих путей.

Туберкулез женских половых органов проявляется в виде туберкулеза маточных труб (сальпингит), прогрессирующего туберкулеза придатков матки (сальпингоофорит), распространенного туберкулеза внутренних половых органов с распространением процесса из придатков на тело матки, поражение мышечной стенки матки может происходить параллельно с поражением слизистой полости матки, туберкулеза наружных половых органов.

Туберкулез кожи и подкожной клетчатки. К первичным формам относится "первичный аффект", возникающий в случае инфицирования через кожные покровы. К этой группе относится острый милиарный туберкулез кожи и первичная гематогенная скрофулодерма, а также вторичная скрофулодерма (при туберкулезе периферических лимфатических узлов). К вторичным формам туберкулеза кожи относят хронический прогрессирующий туберкулез (волчанка) в различных вариантах. Особую форму поражения подкожной клетчатки представляют специфические инъекционные абсцессы.

Туберкулез периферических лимфатических узлов. В инфильтративной фазе характеризуется воспалительной инфильтрацией лимфатического узла (одного или нескольких), проявляется увеличением лимфоузлов без выраженных перифокальных явлений и симптомов интоксикации, в фазе казеозного некроза без размягчения или распада проявляется болями в увеличенных лимфатических узлах, при пальпации выявляется воспалительный конгломерат с флюктуацией, отмечается выраженная интоксикация. Процесс может заканчиваться развитием фиброза или обызвествлением лимфатических узлов.

Туберкулез глаза. Наиболее распространенной формой туберкулеза глаз являются гематогенно-диссеминированные увеиты, которые подразделяются на передние увеиты (ириты, циклиты, иридоциклиты), периферические увеиты (

задние циклиты), хориоидиты (хореоретиниты). Туберкулезные поражения придаточного аппарата глаза встречаются значительно реже, возникают в результате гематогенной диссеминации или распространения по протяжению с кожи лица, изредка - путем экзогенного инфицирования. Туберкулезно-аллергические заболевания глаз характеризуются рецидивирующим течением с острым началом каждого рецидива, бурным и относительно коротким течением. Различают следующие варианты: фликтенулезные кератиты, конъюнктивиты, кератоконъюнктивиты, скрофулезный паннус, эписклерит, иридоциклит, хориоретинит.

Туберкулез прочих органов - все прочие, редко встречающиеся туберкулезные поражения, например, печени, селезенки, надпочечников, сердечной мышцы, перикарда, полисерозиты и других органов и систем.

3. Организация работы специалистов медицинских частей учреждений в рамках стратегии DOTS

В условиях внедрения стратегии DOTS адаптированных к условиям Казахстана в борьбе с туберкулезом значительно возрастает роль специалистов медицинских частей учреждений, на которых возлагаются задачи:

- по раннему выявлению туберкулеза методом бактериоскопии;
- по раннему выявлению малых форм туберкулеза методом флюорографии;
- по своевременному этапированию выявленных туберкулезных больных в противотуберкулезные учреждения;
- по изоляции больных туберкулезом от здоровых осужденных до этапа;
- по проведению широкой разъяснительной работы среди спецконтингента о первых признаках туберкулеза и методах его профилактики.

Мероприятия по выявлению туберкулеза

В целях раннего и более полного выявления больных рекомендуется использовать метод бактериоскопии мокроты, как наиболее простой, доступный и эффективный.

Внедрение данного метода требует повсеместной подготовки специалистов медицинских частей учреждений всех видов режима, а также их оснащения необходимым оборудованием - микроскопами и реактивами.

Подготовка лаборантов, фельдшеров, врачей должна осуществляться на базе противотуберкулезных учреждений, НЦПТ и завершаться выдачей соответствующего сертификата. При этом обязательным условием является последующая, не менее одного раза в год, аттестация обученных медицинских работников на предмет освоения ими методов, предусмотренных стратегией

Д О Т С .

При обращении осужденных в медицинскую часть бактериоскопическому обследованию подлежат лица при наличии одного или нескольких клинических симптомов :

- 1) наличие кашля, продолжающегося более трех недель (кашель является главным симптомом у больных открытой (заразной) формой туберкулеза);
- 2) потеря веса ;
- 3) потливость ;
- 4) боли в грудной клетке ;
- 5) кровохарканье ;
- 6) длительное повышение температуры тела ;
- 7) наличие длительно незаживающих свищей .

В этом случае медицинский работник обязан обеспечить сбор мокроты и ее бактериоскопию в соответствии с методикой и правилами безопасности.

При обнаружении в мазке бацилл Коха больной направляется к врачу-фтизиатру, который назначает ему дополнительные лабораторные исследования для установления диагноза. При нарастании симптомов, подозрительных на туберкулез, и отрицательных результатах бактериоскопии, больной также в обязательном порядке направляется на консультацию к врачу - ф т и з и а т р у .

В случае, если в данной медицинской части нет условий для бактериоскопии, осуществляется сбор мокроты и проводится фиксация мазка со своевременной доставкой ее в лабораторию противотуберкулезного учреждения.

Успех работы по борьбе с туберкулезом в значительной степени зависит от качества проводимой санитарно-просветительской работы среди спецконтингента. При ее осуществлении следует использовать все доступные в конкретных условиях методы и средства, обращая особое внимание на ранние признаки туберкулеза, необходимость соответствующего обследования и лечения, на воспитание гигиенических навыков.

При установлении диагноза туберкулеза врачом-фтизиатром, больной изолируется от здоровых осужденных в отдельную камеру или палату до этапирования в противотуберкулезное учреждение по закреплению.

В случае лечения больного на месте, назначается курс контролируемого стационарного лечения .

В каждом противотуберкулезном учреждении (при необходимости в учреждении) необходимо иметь достаточный запас противотуберкулезных лекарственных средств для проведения лечения на местах. В каждом учреждении должен вестись журнал учета больных по установленной форме ТБ 03, отчеты

представляются в соответствующую медицинскую службу в установленные сроки.

4. Выявление и диагностика туберкулеза легких бактериоскопическим и флюорографическим методами

Выявление туберкулеза - основная часть борьбы с этой инфекцией. Методами диагностики туберкулеза остаются: флюорография, микробиологические исследования, а среди подростков - туберкулинодиагностика. Основным методом выявления больных туберкулезом легких в учреждениях остаются флюорографические осмотры, так как флюорография позволяет диагностировать все случаи туберкулеза легких от малых до деструктивных форм и другую патологию органов грудной клетки. Флюорографическое обследование органов грудной клетки проводится:

следственно-арестованным в следственных изоляторах - при поступлении (в течение первых 7-10 дней) и через каждые полгода; осужденным в исправительных учреждениях - два раза в год.

В сложившихся в настоящее время эпидемиологических условиях, туберкулез может развиваться в промежутках между очередными флюорографическими обследованиями, поэтому актуальным является выявление больных с заразными формами, являющихся наиболее опасными и для самого больного, и для окружающих его лиц. Одним из приоритетных направлений в системе противотуберкулезных мероприятий является выявление туберкулеза по бактериоскопии мазка мокроты среди обратившихся за медицинской помощью осужденных. У всех больных с клиническим подозрением на туберкулез, а также флюороположительных, должна быть проведена микроскопия мазка по Цилю-Нильсену, учитывая простоту и экономичность этого метода с целью своевременной изоляции бактериовыделителей от здоровых лиц.

Бактериоскопическому обследованию на туберкулез подлежат лица:

- 1) при наличии одного или нескольких клинических симптомов:
кашель, продолжающийся более трех недель (кашель является главным симптомом у больных открытой формой туберкулеза);
кровохарканье;
боли в грудной клетке и одышка;
потеря аппетита и веса;
ночная потливость;
длительное повышение температуры тела;
слабость и быстрая утомляемость;
длительно незаживающие свищи;

2) контактировавшие с больными заключенными, являющимися бактериями-делителями;

3) имеющие рентгенологические изменения в легких, подозрительные в отношении туберкулеза;

4) нетранспортабельные больные с легочными заболеваниями, выделяющие мокроту.

При отсутствии мокроты лица с наличием других подозрительных на туберкулез клинических симптомов, а также контактные, могут быть обследованы рентгено-флюорографическим методом, а дети и подростки - дополнительно туберкулиновой пробой Манту 2 ТЕ.

При наличии клинических симптомов, подозрительных в отношении внелегочного туберкулеза, бактериоскопическому исследованию на микобактерии туберкулеза может быть подвергнут любой другой диагностический материал (моча, кровь, отделяемое из свищей, пунктаты, плевральная и спинномозговая жидкости и другое).

При наличии соответствующего оснащения и подготовки персонала больной обследуется непосредственно в медицинской части, где, либо проводится бактериоскопия мазка, либо сбор мокроты с последующей ее доставкой в специализированную лабораторию.

Все положительные мазки и 10% отрицательных мазков должны перепроверяться вышестоящей медицинской организацией.

Особое внимание нужно обращать на лиц, часто и длительно болеющих простудными заболеваниями, часто пребывающих в штрафном изоляторе или помещении камерного типа, а также страдающих сексуальными перверзиями, которые в условиях исправительных учреждений нередко содержатся в значительно худших условиях по сравнению с другим контингентом.

При наличии клинических симптомов, подозрительных в отношении внелегочного туберкулеза, бактериоскопическому исследованию на МТ может быть подвергнут любой диагностический материал (моча, кровь, отделяемое из свищей, пунктаты, плевральная и спинномозговая жидкости и другое).

Диагностика туберкулеза заключается в выявлении активных случаев, то есть больных с клиническими проявлениями заболевания, обусловленного МТ. У всех пациентов с подозрением на туберкулез, даже при отсутствии патологических изменений на рентгенограмме, проводят сбор трех отдельных образцов мокроты для микроскопии на наличие кислотоустойчивых бактерий. Рентгенодиагностика при обследовании пациентов на туберкулез дает полезную информацию, однако лишь этот метод не является надежным, так как на рентгеновском снимке другие заболевания органов дыхания по своим признакам могут напоминать туберкулез, поэтому диагноз туберкулеза по мере возможности должен подтверждаться

результатами бактериологических исследований (анализом мазка мокроты и культуральным методом). Если у пациента предполагается бактериальная пневмония, туберкулезные изменения в легких сомнительной активности он должен пройти курс лечения антибиотиками широкого спектра действия в течение 7-14 дней, при этом рифампицин, стрептомицин, офлоксацин назначать категорически запрещается. По окончании курса неспецифической антибактериальной терапии больной проходит повторное клиническое, рентгенологическое и бактериологическое обследование и после консультации фтизиатра устанавливается клинический диагноз, группа диспансерного учета и назначается соответствующее лечение. Содержание больных 1А, 1Б и 1В групп обеспечивается отдельно от здоровых. Лица, наблюдающиеся по II ГДУ, содержатся в локальных изолированных участках, по III группе могут содержаться на общих основаниях, по показаниям им проводятся необходимые профилактические мероприятия.

Схема стандартного плана обследования больных на туберкулез (см. бумажный вариант)

5. Методика бактериоскопического обследования

Мокрота для отправки в лабораторию собирается в специальные контейнеры (плевательницы) с герметически завинчивающимися крышками, которые используются многократно после соответствующего мытья и дезинфекции. Одноразовые плевательницы после использования подлежат уничтожению. На наружную стенку плевательницы приклеивается этикетка, в которой указывается фамилия, имя, год рождения, дата забора, идентификационный номер больного. Одна форма ТБ-05 заполняется на все 3 (с целью диагностики) или на 2 (контроль химиотерапии) пробы от каждого больного.

От каждого подозреваемого больного на исследование направляется три пробы мокроты.

Первая проба. Мокрота собирается при обращении пациента в медицинскую часть (утром) под наблюдением медицинского работника.

Вторая проба. Мокрота собирается утром следующего дня в медицинской части под наблюдением медицинского работника.

Третья проба. Мокрота собирается в этот же день под наблюдением медицинского работника.

Забор мокроты проводится в отсутствии посторонних людей, под руководством и контролем за процедурой медицинским работником на открытом

воздухе или, если условия этого не позволяют, в отдельной хорошо проветриваемой комнате с наличием вытяжной вентиляции и кварцевой лампы.

Медицинский работник обязан быть в специальном халате, колпаке, маске, клеенчатом фартуке и резиновых перчатках. Перчатки после работы кипятят в 2 % содовом растворе в течение 15 минут с момента закипания.

Медицинский работник должен:

успокоить пациента, объяснить причину обследования, а также рассказать, что следует откашливать мокроту из более глубоких отделов легких;

дать пациенту открытую плевательницу, на которой наклеена этикетка с указанием фамилии больного и наименование медицинской организации;

стать за спиной больного и попросить его поднести плевательницу ко рту, сделать 3 глубоких вдоха, в конце 3-го вдоха сильно откашляться и сплюнуть в нее мокроту;

убедиться, что получено достаточное количество мокроты (3-5 мл) и что она содержит плотные гнойные частицы, а не слюну, (если мокроты получить не удалось, плевательница считается использованной и подлежит обеззараживанию);

при наличии мокроты медицинский работник сам плотно закрывает крышкой плевательницу и помещает ее в специальную коробку или металлический биксы для перевозки;

медицинскому работнику необходимо вымыть руки в перчатках с мылом.

Собранная мокрота доставляется в лабораторию на исследование в течение суток, в исключительных случаях допускается хранение в медицинском учреждении не более 2-х дней при отсутствии холодильника (в сухом, прохладном месте) и до 7 дней при хранении в холодильнике. Для хранения и перевозки мокроты используются специальные контейнеры, металлические биксы с хладоэлементами.

Биксы, в которых находятся плевательницы с мокротой, до перевозки следует хранить в холодильнике. При отсутствии возможности доставить мокроту, в медицинском учреждении можно приготовить хорошо зафиксированные мазки и переправить их в лабораторию. При необходимости посева, мокрота собирается в стерильную плевательницу и сохраняется в холодильнике не более 1 дня.

Каждый медицинский работник отвечает за собственную безопасность и за безопасность своих коллег по работе. Приготовление и фиксация мазков из мокроты должны производиться в настольном биологически безопасном вытяжном шкафу. Медицинские работники, причастные к обследованию больных на туберкулез, должны работать в медицинском халате, застегивающемся сзади, резиново-клеенчатом переднике, резиновых перчатках и медицинском колпачке и маске. Запрещается принимать пищу и курить на

рабочем месте. Загрязненные заразным материалом предметы подлежат немедленной дезинфекции или уничтожению (погружаются или заливаются 5% хлорсодержащим раствором на 4 часа). Тщательной дезинфекции должны подвергаться плевательницы (контейнеры) перед их транспортировкой (протирание ветошью, смоченной в одном из дезрастворов, применяемых при туберкулезной инфекции).

Отправка результатов исследования.

По завершении серии микроскопических исследований в сопроводительный список вносится дата проведения исследования и результат его, после чего список отправляется в медицинское учреждение как можно быстрее. Транспортировочные коробочки очищаются ватными тампонами, пропитанными дезинфицирующим раствором и возвращаются в медицинское учреждение.

Уничтожение исследованных мазков.

Мазок с обнаруженными на нем БК помещают в специальный ящик и хранят в течение 6 месяцев в лаборатории. Затем мазки после предварительного обеззараживания (погружение в дезраствор, кипячение, автоклавирование) подлежат вывозу на свалку.

Отрицательные мазки хранятся в лаборатории в течение недели, с тем, чтобы при необходимости провести проверку достоверности результатов.

6. Контролируемая краткосрочная химиотерапия больных туберкулезом

Химиотерапия в режиме DOTS стратегии является основным методом лечения больных туберкулезом любой локализации и основывается на трех принципах:

1) химиотерапия должна быть контролируемой.

Противотуберкулезные лекарственные средства должны приниматься больным в стационаре в присутствии медицинского работника, в амбулаторных условиях прием лекарственных средств контролируется медицинским работником;

2) строгое соблюдение количества, набора лекарственных средств и их доз в зависимости от категории больных;

3) соблюдение схем лечения по длительности.

Химиотерапия по стратегии DOTS состоит из двух этапов:

Первый этап - проведение интенсивной фазы химиотерапии в стационаре. Возможность амбулаторного лечения некоторых больных III категории, неопасных в эпидемиологическом отношении для окружающих, решается в

индивидуальном порядке фтизиатром.

Второй этап - поддерживающая фаза, менее интенсивная химиотерапия, проводится стационарно или амбулаторно по решению врача-фтизиатра.

Категории больных туберкулезом

Больные туберкулезом подразделяются на следующие категории:

Категория I. К данной категории относятся впервые выявленные больные с легочными и внелегочными формами туберкулеза с бактериовыделением, а также больные легочным туберкулезом, имеющие поражение паренхимы более 10 квадратных сантиметров, с тяжелыми осложненными и сочетанными формами легочного и внелегочного туберкулеза без выделения БК.

Категория II. К этой категории относятся больные: с рецидивом туберкулеза, при неэффективном лечении больных I и III категории с бактериовыделением; с перерывом в лечении более двух месяцев при БК+.

Категория III. К этой категории относятся больные с впервые выявленным ограниченным (в пределах одного сегмента) туберкулезом легких без бактериовыделения, с туберкулезом внелегочной локализации (артриты, периферические лимфадениты, мезоадениты и другой локализации), больные детско-подросткового возраста с неосложненными ограниченными формами первичного и вторичного туберкулеза.

Категория IV. К этой категории относятся больные с хронической формой туберкулеза, у которых остается или вновь появилось бактериовыделение после окончания контролируемого полного повторного курса антибактериальной терапии. Лечение этих больных проводится в специально выделенных отделениях для этой категории.

Лечение больных туберкулезом

Лечение больных I категории:

Интенсивная фаза химиотерапии больным проводится в стационаре сроком от двух до четырех месяцев, в зависимости от тяжести и распространенности туберкулезного процесса, до достижения клинико-рентгенологического улучшения (тенденция к закрытию полости распада, закрытия полости распада и стойкой конверсии мазка). Лечение в этой фазе проводится четырьмя лекарственными средствами: изониазид, рифампицин, пипразинамид, или этамбутол или стрептомицин в соответствующих весу и возрасту дозировках.

Бактериологическое исследование мокроты проводится всем больным, у кого до начала лечения были обнаружены БК+ бактериоскопическим методом.

По окончании двух-четырех месяцев переход к поддерживающей фазе химиотерапии в амбулаторных условиях возможен только в случае отрицательного результата двукратного исследования мокроты на БК. Если мазок остался положительным, то следует заподозрить лекарственную устойчивость к химиопрепаратам. К этому времени будут готовы результаты бактериологического исследования мокроты и чувствительность культуры к применяемым лекарственным средствам. Если к концу третьего месяца мазок остается положительным и при сохранении полостей деструкции в легочной ткани стационарное лечение продлить до четырех месяцев. Если на пятом месяце и позже лечения мазок остается положительным, то больной должен быть перерегистрирован как "неэффективность лечения" и начать его по режиму II категории.

Поддерживающая фаза терапии проводится в контролируемом режиме амбулаторно или стационарно в течение четырех месяцев, преимущественно в интермиттирующем режиме двумя лекарственными средствами: изониазид, рифампицин (комбинированная таблетка) и изониазид (один), принимаемыми три раза в неделю. В случаях распространенного заболевания поддерживающая фаза проводится также двумя лекарственными средствами: изониазид и рифампицин ежедневно четыре месяца в такой же дозировке, как в интенсивной фазе. При милиарном туберкулезе, менингите, обширных поражениях возможно продление поддерживающей фазы до семи месяцев.

Лечение больных II категории.

Интенсивную фазу химиотерапии проводить с определением чувствительности к лекарственным средствам, сроком от трех до пяти месяцев, в зависимости от тяжести и распространенности туберкулезного процесса до достижения клинко-рентгенологического улучшения (тенденция к закрытию полости распада, закрытия полости распада и стойкой конверсии мазка).

Лечение проводится первые два месяца - пятью лекарственными средствами: изониазид, рифампицин, пипразинамид, этамбутол, стрептомицин, третий-пятый месяцы - без стрептомицина. По истечении трех-пяти месяцев лечения производится двукратное исследование мокроты на БК, при отрицательном результате бактериоскопии и посева переходят к поддерживающей фазе лечения. Если к концу третьего месяца мазок остался положительным и при сохранении полостей деструкции в легочной ткани, стационарное лечение продлить до пяти-семи месяцев. Если устанавливается резистентность культуры к двум и более лекарственным средствам, используемых в интенсивной фазе и через семь месяцев лечения больной не абациллирован, его переводят в IV категорию и л е ч а т и н д и в и д у а л ь н о .

Поддерживающая фаза проводится стационарно или амбулаторно по заключению врача-фтизиатра преимущественно в интермиттирующем режиме тремя лекарственными средствами (изониазидом, рифампицином, этамбутолом) с кратностью три раза в неделю на протяжении 4-5 месяцев. При распространенных процессах возможно проведение поддерживающей фазы лечения в ежедневном режиме теми же лекарственными средствами так же пять месяцев по индивидуальным показаниям.

Лечение больных III категории.

В течение двух месяцев интенсивной фазы лечения больным назначается прием трех лекарственных средств: изониазид, рифампицин и пиразинамид, преимущественно амбулаторно, редко в стационаре. При отрицательных двух анализах мокроты на БК больного переводят на поддерживающую фазу лечения.

Поддерживающая фаза проводится в течение четырех месяцев двумя лекарственными средствами (изониазид, рифампицин) плюс изониазид (один) с кратностью три раза в неделю.

Если у больного по истечению двух месяцев выявляется бацилловыделение, он переводится во II категорию и получает соответствующее лечение.

Лечение детей и подростков.

Лечение детей и подростков осуществляется на тех же принципах, что и в з р о с л ы х .

Детям с распространенными и осложненными формами туберкулеза легких и внутригрудных лимфатических узлов БК + и БК - (I и II категории) интенсивное лечение проводится в стационаре в течение двух-пяти месяцев.

Поддерживающее лечение проводится в течение трех-четырёх месяцев в условиях стационара или амбулаторно, затем три-четыре месяца - амбулаторно под контролем фтизиатров и работников общей медицинской сети.

Детям с выраженными туберкулезными изменениями в легких и внутригрудных лимфатических узлах без осложнений БК- (III категория) проводится интенсивное лечение в течение двух месяцев и два месяца поддерживающее лечение в условиях стационара, последующие два-три месяца - амбулаторно под контролем фтизиатра.

Детям с малыми формами туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов (III категория) интенсивная терапия в течение двух месяцев и два месяца поддерживающего лечения проводятся в условиях стационара, последующие два месяца лечение проводится амбулаторно.

Дети с БЦЖ-итами лечатся, как больные, относящиеся к III категории.

Лечение пациентов с ВИЧ и больных СПИДом, заболевших туберкулезом. Лечение данной категории больных проводится под контролем фтизиатров до окончания полного курса химиотерапии туберкулеза.

П а т о г е н е т и ч е с к а я т е р а п и я .

Патогенетические средства и методы должны использоваться только на фоне основного курса химиотерапии строго по показаниям.

К о л л а п с о т е р а п е в т и ч е с к и е м е т о д ы л е ч е н и я .

Искусственный пневмоторакс - введение воздуха в плевральную полость для сдавливания больного легкого, показан в ряде случаев при отсутствии прекращения бактериовыделения через два-три месяца контролируемой стандартной химиотерапии при деструктивном туберкулезе, при наличии свежей, эластичной каверны без значительного фиброзного уплотнения легочной ткани. Дополнительным показанием к применению данного метода является кровохарканье, наличие лекарственной устойчивости возбудителя или непереносимости химиопрепаратов. Продолжительность искусственного пневмоторакса должна быть два-четыре месяца.

Пневмоперитонеум - введение воздуха в брюшную полость для подъема и ограничения подвижности диафрагмы, применяется при лечении кавернозного и инфильтративного туберкулеза с распадом нижнедолевой локализации, диссеминированных и нижнедолевых процессах, а также в сочетании с резекцией легкого для уменьшения гемоторакса и быстреего заполнения пострезекционной полости. Кратковременный искусственный пневмоторакс и пневмоперитонеум необходимо проводить на фоне контролируемой стандартной химиотерапии, при наличии резистентных форм БК.

Х и р у р г и ч е с к о е л е ч е н и е .

Хирургическое лечение больных туберкулезом применяется по показаниям после консультации специалиста-хирурга. Вопрос о хирургическом вмешательстве должен решаться строго индивидуально при следующих о б с т о я т е л ь с т в а х :

1) при наличии жизненных показаний для хирургического лечения (неуклонное легочное кровотечение, напряженный спонтанный пневмоторакс, нарушение функций органов пораженных туберкулезом);

2) при неэффективности (продолжающемся бактериовыделении) адекватных краткосрочных курсов противотуберкулезной химиотерапии, то есть после проведения основного (I категория) и повторного курса лечения (II категория);

3) при неэффективности адекватного курса противотуберкулезной химиотерапии лекарственными средствами второго ряда (резервными) у больных полирезистентным туберкулезом (специальные методические рекомендации

Всемирной организации здравоохранения).

Тактика ведения больных по ДОТС, подвергшихся оперативному лечению должна быть следующей:

у больных, имевших перед операцией БК+, после операции проводится полный курс лечения по II категории; если у больного перед операцией мазок отрицательный, то после операции лечение по схеме поддерживающей фазы II категории; если у больного до операции был определен мультирезистентный туберкулез, проводится полный курс индивидуальной терапии.

Регистрация результатов стандартного лечения.

В конце курса лечения фтизиатр регистрирует исход лечения каждого больного в специальном журнале в соответствии со стандартизованными формулировками исхода лечения.

Регистрация результатов лечения больных туберкулезом с бактериовыделением:

"вылечен" - получены отрицательные результаты бактериоскопии мокроты на 5 месяце и в конце лечения;

"лечение завершено" - больной завершил полный курс лечения, однако провести бактериоскопию мазков не предоставляется возможным;

"неэффективность лечения ("неблагоприятный исход" - бактериоскопия мокроты осталась или вновь стала положительной на пятом месяце и позже от начала лечения;

"больной умер" - смерть больного наступила в результате любой причины во время курса лечения;

"нарушение режима" - больной, по каким-либо причинам не принимающий лечение в течение более двух месяцев. При этом на момент прекращения лечения он стал (или оставался) больным с отрицательным мазком, возобновил терапию после перерыва на два и более месяца;

"перевод" - больной продолжает лечение в другой медицинской организации и исход терапии неизвестен.

Анализ исходов лечения.

Фтизиатр должен проводить ежеквартально и в конце каждого года анализ исходов специфической терапии. Результаты лечения новых и ранее леченных больных анализируются отдельно.

Ежеквартальные отчеты об исходах лечения из каждого учреждения направляются в соответствующую медицинскую службу, где данные обобщаются и направляются в вышестоящие медицинские подразделения. Результаты анализа используются для оценки эффективности лечения и разработки соответствующих рекомендаций.

Лекарственная резистентность.

Нередко неправильное или неадекватное лечение больных (использование нестандартных схем лечения, отсутствие контроля за приемом химиопрепаратов), находящихся в заключении, приводит к появлению лекарственно резистентных форм туберкулеза, повышает риск распространения инфекции и представляет угрозу не только для осужденных, персонала тюрем, но и для всего общества. Чрезвычайно важно предупредить развитие резистентности к рифампицину - наиболее эффективному противотуберкулезному лекарственному средству. Если резистентность к рифампицину получит широкое распространение, туберкулез превратится в неизлечимую болезнь.

Особое клинико-эпидемиологическое значение приобретает лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза в исправительных учреждениях.

Резистентная форма туберкулеза - это случай туберкулеза, когда возбудителем заболевания являются микобактерии, резистентные к одному или нескольким противотуберкулезным лекарственным средствам.

Монорезистентность - устойчивость к одному лекарственному средству.

Полирезистентность - резистентность к двум и более лекарственным средствам.

Мультирезистентность - MDR (множественная резистентность) - устойчивость, по меньшей мере, к изониазиду (H) и рифампицину (R), с или без резистентности к другим лекарственным средствам.

Первичная лекарственная устойчивость - резистентность у больных, никогда в прошлом не принимавших противотуберкулезные лекарственные средства (или получал менее 1 месяца).

Приобретенная резистентность - резистентность, возникшая у больных, получавших специфическую терапию (более 1 месяца).

В клиническом аспекте основными причинами формирования полирезистентности являются:

отсутствие принципа контролируемости химиотерапии и пропуски приема лекарственных средств на любых этапах лечения; назначение неправильных доз и схем лечения, монотерапии при "неудачах лечения";

необоснованная отмена одного или нескольких лекарственных средств, мотивированная частичной непереносимостью;

отказ от продолжения лечения, перерывы в обеспечении лекарственными средствами, поздняя диагностика;

недостаточная санитарно-просветительная работа по туберкулезу, отсутствие должного контакта больного с врачом, недостаточная информированность больного об особенностях лечения противотуберкулезными лекарственными средствами.

Приоритетной задачей является предупреждение возникновения случаев туберкулеза с множественной устойчивостью возбудителей, а не лечение больных с полирезистентными формами туберкулеза.

Лечение больных с резистентными формами туберкулеза должно проводиться только в специализированных стационарах при наличии резервных лекарственных средств, согласно разработанным схемам:

Схема лечения мультирезистентных форм туберкулеза

| Резистентность | Интенсивная фаза | | Поддерживающая фаза | |
|----------------|------------------------------|----------------------|--------------------------------------|---------------------------|
| | лекарственное средство | миним.продол.лечения | лекарственное средство | продолжительность лечения |
| Изониазид | 1.Аминогликозид ¹ | 3 | 1. Этионамид | 18 |
| Рифампицин | 2.Этионамид | 3 | 2.Офлоксацин ² | 18 |
| Стрептомицин | 3.Пиразинамид | 3 | 3.Этамбутол | 18 |
| | | | 4 . О ф л о к с а ц и н ² | 3 |
| | | | 5 . Э т а м б у т о л | 3 |

| Резистентность | Интенсивная фаза | | Поддерживающая фаза | |
|----------------|------------------------------|----------------------|--------------------------------------|---------------------------|
| | лекарственное средство | миним.продол.лечения | лекарственное средство | продолжительность лечения |
| Изониазид | 1.Аминогликозид ¹ | 3 | 1.Этионамид | 18 |
| Рифампицин | 2.Этионамид | 3 | 2.Офлоксацин ² | 18 |
| Стрептомицин | 3.Пиразинамид | 3 | 3.Циклосерин | 18 |
| | | | 4 . О ф л о к с а ц и н ² | 3 |

П р и м е ч а н и е :

¹Канамицин или амикацин или капреомицин

²При плохой переносимости суточная доза 800 мг может быть уменьшена до 400 мг

Популяции МТ в организме

Метаболически активные, интенсивно размножающиеся и распространяющиеся.

Нефагоцитированные и в основном находящиеся в полостных образованиях.

Микобактерии, фагоцитированные макрофагами.

Неактивные, ("дремлющие", персистирующие, семидормантные) МТ, дающие спонтанные вспышки активности.

Дормантные (постепенно умирающие) МТ.

Эффективность действия противотуберкулезных лекарственных средств

Противотуберкулезные лекарственные средства характеризуются тремя основными свойствами: бактерицидной активностью, "стерилизующей" активностью и способностью предупреждать развитие резистентности. У разных противотуберкулезных лекарственных средств эти свойства выражены в различной степени.

1. Бактерицидное действие - ИЗОНИАЗИД (1)
РИФАМПИЦИН (1, 2, 3)
ПИРАЗИНАМИД (2)
СТРЕПТОМИЦИН (1)

2. Стерилизующее действие - РИФАМПИЦИН (1, 2, 3)

3. Предотвращающее лекарственную устойчивость
ИЗОНИАЗИД
РИФАМПИЦИН
ЭТАМБУТОЛ
СТРЕПТОМИЦИН

Пиразинамид активен в кислой среде против МТ, находящихся в макрофагах.

Стрептомицин проявляет свою активность в отношении быстро размножающихся внеклеточных бактерий туберкулеза.

Этамбутол является бактериостатическим лекарственным средством, который применяют в комплексе с активными бактерицидными лекарствами, чтобы предупредить формирование лекарственной резистентности.

Прием противотуберкулезных лекарственных средств

Лучше всего все лекарственные средства принять в один прием (утром н а т о щ а к) :

наилучший эффект действия;
самый удобный способ для больного;
проще контролировать.

Дозировка противотуберкулезных лекарственных средств

| Лекарственное средство | Доза лекарственного средства мг/кг | | |
|------------------------|------------------------------------|-----------------|----|
| | Ежедневно | 3 раза в неделю | |
| ИЗОНИАЗИД | Н | 5 | 10 |
| РИФАМПИЦИН | Р | 10 | 10 |
| ПИРАЗИНАМИД | З | 25 | 35 |
| ЭТАМБУТОЛ | Е | 15 | 30 |
| СТРЕПТОМИЦИН | С | 15 | 15 |

Изониазид - табл. 100 мг, 300 мг; раствор для инъекций 25мг/мл в ампулах по 2 мл

Изониазид - гидразид изоникотиновой кислоты - обладает высокой бактерицидной активностью против размножающихся микобактерий. Лекарственное средство быстро всасывается из кишечника и легко проникает во все биологические жидкости и ткани. Снижение концентрации препарата в плазме в 2 раза происходит через 30-180 минут. Выводится преимущественно через почки в течение 24 часов.

П р и м е н е н и е :

Применяется как один из компонентов во всех схемах противотуберкулезной терапии, рекомендуемой Всемирной организацией здравоохранения. Иногда изониазид применяют самостоятельно для профилактики: контактным; инфицированным (вираж, гиперергическая реакция).

Д о з и р о в к а :

обычно изониазид применяют перорально, однако больным, находящимся в критическом состоянии, лекарственное средство можно вводить внутримышечно

Лечение (комбинированная терапия):
5 мг/кг (4-6 мг/кг) ежедневно, максимум 300 мг

10 мг/кг 3 раза в неделю
15 мг/кг два раза в неделю

Противопоказания :

гиперчувствительность к лекарственному средству; заболевания печени.

Предосторожности :

у больных с хроническими заболеваниями печени необходимо периодически проверять уровень печеночных трансаминаз в сыворотке крови. Больные с вероятностью развития невритов (гипотрофия, хронический алкоголизм или диабет) должны одновременно принимать пиридоксин в дозе 10 мг ежедневно;

у больных с эпилепсией лечение следует проводить под тщательным наблюдением, так как прием изониазида может провоцировать развитие приступов.

Побочные реакции :

обычно больные хорошо переносят лечение в рекомендуемых дозах. Иногда в течение первой недели приема лекарственного средства наблюдаются системные или кожные проявления гиперчувствительности. Возможность развития невритов исключается, если больные с повышенным риском принимают ежедневно пиридоксин. У чувствительных больных (особенно на поздних стадиях лечения) могут развиваться другие, более редкие формы неврологических расстройств, включая невриты зрительного нерва, токсические психозы или генерализованные судороги, что может потребовать отказа от приема изониазида. Гепатит наблюдается редко, но является серьезным осложнением, тяжелые последствия можно предупредить, если сразу же прекратить прием лекарственного средства. Однако чаще значительный подъем уровней печеночных трансаминаз в сыворотке крови в начале лечения не имеет;

клинического значения, эти нарушения исчезают спонтанно во время второй ф а з ы л е ч е н и я .

Рифампицин - капсулы или таблетки 150 мг и 300 мг.

Является полусинтетическим производным рифампицина - сложного макролидного антибиотика, который угнетает синтез рибонуклеиновой кислоты у многочисленных патогенных микроорганизмов. Он обладает бактерицидной активностью и выраженным стерилизующим эффектом по отношению к туберкулезным микобактериям, располагающимся как внутри, так и внеклеточно .

Рифампицин - жирорастворимое лекарственное средство. После перорального приема он быстро всасывается и проникает во все ткани и биологические жидкости; при воспалительных изменениях мозговых оболочек

значительные количества лекарственного средства проникают в спинномозговую жидкость. При однократном приеме 600 мг концентрация рифампицина в сыворотке крови достигает максимального уровня (около 10 мг/мл) через 2-4 часа с последующим постепенным снижением до половины этой концентрации в течение 2-3 часов. Препарат интенсивно рециклируется в системе кишечник-печень, образующиеся в печени метаболиты выделяются с фекалиями. Так как резистентность к рифампицину развивается очень легко, это лекарственное средство всегда следует применять вместе с другими противотуберкулезными лекарственными средствами.

П р и м е н е н и е :

рифампицин входит во все шести и восьмимесячные схемы лечения туберкулеза, рекомендуемые Всемирной организацией здравоохранения.

Дозировка и способы введения:

рифампицин рекомендуется принимать не менее чем за 30 минут до еды, так как при одновременном приеме с пищей всасывание лекарственного средства из кишечника ухудшается.

10 мг/кг (8-12 мг/кг) ежедневно, максимум 600 мг в сутки два или три раза в неделю.

Противопоказания:

гиперчувствительность к рифампицину;
нарушение функции печени.

Предосторожности:

у больных, которые возобновляют прием рифампицина после длительного перерыва в лечении, могут наблюдаться серьезные иммунологические расстройства, приводящие к нарушениям функции почек, гемолизу или тромбоцитопении. В таких редких случаях необходимо сразу же отказаться от приема рифампицина.

Необходимо тщательно контролировать функции печени у пожилых людей, хронических алкоголиков и пациентов с заболеваниями печени.

Следует предупредить больных о возможном окрашивании мочи, слезной жидкости, слюны и мокроты в красный цвет.

Побочные реакции: большинство больных хорошо переносят лечение рифампицином в рекомендуемых дозах, хотя могут наблюдаться расстройства кишечника. При анорексии, тошноте, болях в животе можно принимать лекарственное средство перед сном. Другие побочные реакции (высыпания на коже, лихорадка, гриппоподобный синдром и тромбоцитопения) могут наблюдаться при лечении по "прерывистой схеме" (при приеме лекарства не ежедневно, а с перерывами).

У больных, принимающих рифампицин 3 раза в неделю, отмечались также

проходящая олигурия, одышка и гемолитическая анемия. Эти реакции обычно исчезали, если больной переходил на схему лечения с ежедневным приемом лекарственных средств.

Умеренное повышение концентрации билирубина и трансаминаз в сыворотке крови, наблюдающееся нередко в начале лечения, обычно является транзиторным и не имеет клинического значения. Однако у некоторых больных может развиваться гепатит, который может привести к летальному исходу. Поэтому рекомендуется никогда не превышать рекомендуемую максимальную суточную дозу 10 мг/кг (600 мг в день). При наличии у больного желтухи, пурпуры, острой почечной недостаточности необходимо прекратить прием лекарственного средства. При появлении оранжевой (красной) окраски мочи - успокоить больного.

Пиразинамид - таблетки 400 мг, 500 мг.

Синтетический аналог никотиамида, обладающий слабой бактерицидной активностью против *M. Tuberculosis*, но проявляющий выраженный стерилизующий эффект, особенно в относительно кислой внутриклеточной среде, в макрофагах или в очагах острого воспаления. Лекарственное средство обладает выраженной эффективностью в течение первых двух месяцев лечения, когда имеются острые воспалительные изменения. Его применение способствует сокращению продолжительности лечения и снижению риска развития рецидивов.

Пиразинамид легко всасывается из желудочно-кишечного тракта и быстро проникает во все ткани и биологические жидкости. Максимальный уровень в плазме достигается через 2 часа после приема препарата, а снижение концентрации в 2 раза отмечается через 10 часов. Пиразинамид метаболизируется преимущественно в печени, большая часть продуктов метаболизма выводится с мочой.

Применение:

пиразинамид входит во все шести- и восьмимесячные схемы лечения туберкулеза, рекомендуемые Всемирной организацией здравоохранения.

Дозировка и способы введения:

25 мг/кг ежедневно (20-30 мг/кг);
35 мг/кг (300;) мг/кг) три раза в неделю;
50 мг/кг (40-60 мг/кг) два раза в неделю.

Противопоказания:

гиперчувствительность к пиразинамиду;
тяжелые поражения печени.

Предосторожности:

следует проводить тщательное наблюдение за больными диабетом, так как могут отмечаться значительные колебания концентрации глюкозы в крови.

П о б о ч н ы е р е а к ц и и :

переносимость пипразинамида обычно хорошая. Реакция гиперчувствительности наблюдается редко, но некоторые больные жалуются на чувство жжения кожи. Нередко в начальных стадиях лечения отмечается умеренный подъем концентрации трансаминаз в сыворотке крови. Может повышаться уровень мочевины в крови (в результате угнетения секреции в почечных канальцах), что не сопровождается развитием каких-либо симптомов. Иногда развивается подагра, нередко отмечаются артралгии (особенно плечевых суставов), купирующиеся приемом аспирина, анальгетиков.

Стрептомицин - порошок для инъекций, 1 г основания во флаконе.

Аминогликозид, который используют при лечении туберкулеза и других инфекций, вызванных чувствительными грамотрицательными бактериями.

Стрептомицин не всасывается из желудочно-кишечного тракта, но после внутримышечного введения легко проникает в межклеточные пространства большинства тканей, где быстро достигает бактерицидной концентрации, особенно в туберкулезных кавернах.

Небольшие количества стрептомицина обычно проникают и в спинномозговую жидкость. Концентрация лекарственного средства в плазме снижается в 2 раза через 2-4 часа, а у новорожденных, пожилых людей и больных с тяжелыми нарушениями функции почек - значительно позже. Стрептомицин выводится из организма в неизменном виде с мочой.

П р и м е н е н и е :

стрептомицин используется в нескольких схемах лечения больных туберкулезом, рекомендуемых Всемирной организацией здравоохранения.

Дозировка и способы лечения:

стрептомицин необходимо вводить глубоко внутримышечно. 5 мг/кг (12-18 мг/кг) ежедневно или 2-3 раза в неделю.

П р о т и в о п о к а з а н и я :

гиперчувствительность к стрептомицину;
поражения слухового нерва;
миастения.

П р е д о с т о р о ж н о с т и :

реакции гиперчувствительности наблюдается редко. Но если они возникают (обычно в течение первой недели лечения), от стрептомицина следует немедленно отказаться. После нормализации температуры и исчезновения сыпи провести десенсибилизирующую терапию. У пожилых людей и больных с нарушениями функции почек в результате кумуляции стрептомицина может наблюдаться

интоксикация. Стрептомицин нельзя вводить беременным. Он проникает через плаценту и может вызвать у плода повреждения слухового нерва и почек.

П о б о ч н ы е р е а к ц и и :

инъекции стрептомицина болезненны, а в местах его введения могут формироваться стерильные абсцессы. Нередко наблюдаются выраженные реакции гиперчувствительности. При правильной дозировке нарушения вестибулярного аппарата наблюдаются редко. При головной боли, рвоте и нарушениях равновесия необходимо снизить дозу. При сравнении с другими аминогликозидами стрептомицин обладает меньшей нефротоксичностью. При уменьшении количества мочи, а также при выявлении альбинурии или появлении цилиндров в моче доза лекарственного средства должна быть немедленно снижена наполовину. Редкими побочными реакциями являются гемолитическая анемия, апластическая анемия, агранулоцитоз и тромбоцитопения. Больным, получающим стрептомицин, не следует назначать другие ототоксические и нефротоксические лекарственные средства. При нарушении слуха следует прекратить прием стрептомицина и перейти на
э т а м б у т о л .

Этамбутол - таблетки 100 мг, 400 мг.

Синтетический аналог 1,2-этандиамина, обладающий бактерицидной активностью против *M. tuberculosis*, *M. bovis* и некоторых нетуберкулезных микобактерий. Используется в комбинации с другими противотуберкулезными лекарственными средствами для предупреждения или замедления развития лекарственной резистентности. Легко всасывается из желудочно-кишечного тракта. Концентрация в плазме достигает максимума через 2 часа и снижается наполовину в течение 3-4 часов. Этамбутол выводится с мочой, как в неизмененном виде, так и в виде метаболитов.

П р и м е н е н и е :

этамбутол входит в несколько схем противотуберкулезной терапии, рекомендуемых Всемирной организацией здравоохранения.

Дозировка и способы введения:

15 мг/кг (15-20 мг/кг) ежедневно

30 мг/кг (25-35 мг/кг) три раза в неделю

45 мг/кг (40-50 мг/кг) два раза в неделю. Больным с нарушением функции почек лекарственное средство назначают в уменьшенных дозах.

П р о т и в о п о к а з а н и я :

гиперчувствительность к этамбутолу;
неврит зрительного нерва любой этиологии;
неспособность сообщать о нарушениях зрения.

П р е д о с т о р о ж н о с т и :

при ухудшении зрения и нарушениях цветоощущения прекратить лечение и обратиться к врачу. Детям младшего возраста или больным, которые не смогут сообщить о таких нарушениях, этамбутол назначать не следует.

Если есть подозрение, что у больных имеется почечная недостаточность, до начала лечения рекомендуется проверить функцию почек.

П о б о ч н ы е р е а к ц и и :

при лечении большими дозами может развиваться неврит зрительного нерва, который быстро приводит к снижению остроты зрения и нарушению цветоощущения. Ранние нарушения обычно имеют обратимый характер, однако, если лечение этамбутолом не будет прекращено своевременно, может наступить слепота. Иногда развиваются невриты нижних конечностей.

Симптоматическое лечение побочных реакций на противотуберкулезные лекарственные средства

| Побочные реакции | Лекарственное (ые) средство (а) вызвавшее реакцию | Лечение |
|---------------------------------------|--|---|
| Слабые реакции: | | Продолжать лечение, про- верить дозировку лекарственных средств |
| Анорексия, тошнота, боли в животе | Рифампицин | Принимать лекарства п е р е д с н о м |
| Боли в суставах | Пиразинамид | Аспирин |
| Жжение в ногах | Изониазид | Пиридоксин, 100 мг в сутки |
| Оранжевая/красная м о ч а | Рифампицин | |
| Выраженные реакции: | | Успокоить больного |
| Кожный зуд, сыпь на коже | Стрептомицин | Прекратить прием лекарственного средства |
| Нарушения слуха | Стрептомицин | Прекратить прием лекарственного средства |
| Вертиго или нистагм | Стрептомицин | Прекратить прием лекарственного средства |
| Желтуха (другие причины исключены) | Большинство лекарственных средств (особенно изониазид, пиразинамид | Прекратить прием лекарственного средства перейти на этамбутол |

| | | |
|--|--|---|
| Рвота и нарушение сознания (подозрение на острую печеночную недостаточность) | Большинство противотуберкулезных лекарственных средств | Прекратить прием лекарственного средства Срочно поставить печеночные пробы и определить протромбиновое время |
| Нарушения зрения | | |
| Шок, пурпура, острая почечная недостаточность | Этамбутол Рифампицин | Прекратить прием этамбутола Прекратить прием р и ф а м п и ц и н |

7. Схема диспансерного наблюдения за больными туберкулезом в учреждениях

I группа - Активный туберкулез

IA группа (ограниченные процессы), больные III категории
Мероприятия - интенсивная фаза в стационаре или амбулаторно 2 месяца, поддерживающаяся фаза - 4 месяца.

Сроки наблюдения - 1 год после окончания лечения.

Критерии эффективности диспансерного наблюдения - перевод в режим 2 категории при неэффективности лечения, при эффективности лечения - перевод во 2 группу диспансерного учета.

IB группа (распространенные процессы, а также лица с ограниченными процессами при наличии отягощающих факторов, больные I и II категорий).

Мероприятия - интенсивная фаза от 3 до 4 месяцев, поддерживающаяся фаза - до 4 месяцев - в стационарных условиях или амбулаторно в строго контролирующем режиме.

Сроки наблюдения - 2 года после окончания лечения.

Критерии эффективности диспансерного наблюдения - перевод из I категории в режим II категории при неэффективности лечения и перевод из II категории в I В группу, при эффективности лечения - перевод во II группу ДУ.

IV (хронический туберкулез) - больные IV категории - лица, у которых вследствие неэффективного лечения по II категории в IA и IB подгруппах сформировался хронический туберкулезный процесс, у которых установлена

резистентность культуры к 2 и более лекарственным средствам.

Контрольные сроки обследования - не реже 1 раза в квартал (скопия, посев мокроты, определение чувствительности к противотуберкулезным лекарственным средствам, клиничко-рентгенологический контроль, общий анализ к р о в и) .

Сроки наблюдения - постоянно при неэффективном лечении. При успешном лечении с конверсией мазка и посева - через год после прекращения б а к т е р и о в ы д е л е н и я .

Мероприятия - лечение по индивидуальному режиму с учетом чувствительности к противотуберкулезным лекарственным средствам. При наличии мультирезистентного туберкулеза - лечение 12-18 месяцев лекарственными средствами резервного ряда в специализированных отделениях. По показаниям - оперативное лечение.

Критерии эффективности диспансерного наблюдения - перевод во II группу при успешном лечении .

II группа - неактивный туберкулез - переводятся лица из I группы ДУ после успешного лечения.

Контрольные сроки обследования - 2 раза в год: бактериоскопия, клиничко-рентгенологический контроль, общий анализ крови.

Сроки наблюдения - 1 год, после чего снимаются с учета.

Критерии эффективности диспансерного наблюдения - отсутствие рецидивов туберкулеза.

III группа - лица с повышенным риском заболевания туберкулезом

Включает контактных лиц из очагов туберкулеза (БК+) и очагов смерти. Всем подросткам, имевшим контакт с больным туберкулезом, необходимо провести пробу Манту 2 ТЕ, неинфицированным - повторить пробу через 6 месяцев, а также клинический осмотр, бактериоскопию и ФГ, анализы крови и мочи.

Химиопрофилактика - проводится всем подросткам, находившимся в контакте с больным активным туберкулезом (БК+, БК-) - изониазидом 10 мг/кг, инфицированным (папула 5 мм и более) - в течение 2-х месяцев, неинфицированным (проба Манту 2 ТЕ-отрицательная) - 3 месяца. Подросткам с гиперергической реакцией (папула 15 мм и более или везикуло-некротическая реакция при отсутствии клиничко-рентгенологических данных) - химиопрофилактика проводится 2 лекарственными средствами - изониазид 10 мг /кг + этамбутол 15 мг/кг в течение 2-х месяцев. Химиопрофилактика проводится на фоне поливитаминов, с обязательным включением в комплекс - витамина В₆.

Контрольные сроки обследования - клинический осмотр, бактериоскопия, рентгенологические исследования, анализ крови и мочи при взятии и снятии с

у ч е т а .

Сроки наблюдения - 1 год.

8. Учетно-отчетная документация бактериологической диагностики и результатов лечения по критериям стратегии DOTS.

1. Учетная документация:

1) Медицинская карта лечения больного туберкулезом - форма ТБ 01-каз.(д и с п) . ;

При выявлении больного активным туберкулезом, подтверждение диагноза, определение стратегии лечения, наблюдения за больными проводится решением ВКК противотуберкулезного учреждения. На каждого вновь выявленного больного туберкулезом заполняется и ведется на период стационарного и амбулаторного лечения форма ТБ 01-каз. дисп. На всех этапах выявления, лечения, лабораторных исследований и диспансеризации больного должна соблюдаться преемственность.

2) Журнал регистрации туберкулеза в учреждении - форма ТБ 03;

Данный журнал ведется в каждом учреждении. Левая часть журнала заполняется до лечения, правая часть на основании медицинской карты лечения больного. Данные журнала ежемесячно сверяются с лабораторным регистрационным журналом (форма ТБ 04-каз.) и формой ТБ-2-дополнение к форме № 1 "Отчет об отдельных инфекционных и паразитарных заболеваниях".

3) Лабораторный регистрационный журнал - форма ТБ 04;

Лабораторный журнал регистрации исследований мокроты ведется в каждой лаборатории медицинской части, проводящей эти исследования. Лабораторный порядковый номер присваивается больному, а не образцу мокроты.

4) Направление на проведение анализа мокроты - форма ТБ 05;

5) Бланк направления результата исследования культуры БК на чувствительность к антибиотикам - форма ТБ 06.

2. Отчетная документация:

1) Квартальный отчет о новых случаях и рецидивах туберкулеза - форма ТБ-07 .

Данный отчет составляется на основании журнала регистрации или медицинской карты лечения больного. Квартальный отчет предоставляется "снизу-вверх" в вышестоящие медицинские подразделения уголовно-исполнительной системы;

2) Квартальный отчет по результатам лечения больных туберкулезом, зарегистрированных 12-15 месяцев назад - форма ТБ 08. Данная форма заполняется ретроспективно на основании журнала регистрации туберкулеза,

вернувшись назад на один год от квартала, который закончился на день отчета. Отчет предоставляется "снизу-вверх" в том же порядке, аналогично форме ТБ-07

9. Применение туберкулиновой пробы

1. Цель применения.

Туберкулиновая проба (проба Манту с двумя туберкулиновыми единицами, далее - проба Манту 2 ТЕ) очищенного туберкулина применяется при обследовании детей, относящихся к группам "риска" заболевания туберкулезом, в клинической практике и перед проведением ревакцинации против туберкулеза 6-7 и 11-12 лет. Проба Манту 2 ТЕ ставится одноразовыми туберкулиновыми шприцами согласно наставлению приложенного к туберкулину.

2. Оценка результатов пробы Манту.

Результат пробы Манту оценивается через 72 часа путем измерения инфильтрата в миллиметрах (далее - мм). Прозрачной бесцветной миллиметровой линейкой (из пластмассы) измеряют и регистрируют поперечный (по отношению к оси руки) размер инфильтрата. Реакция считается:

"отрицательной" - при полном отсутствии инфильтрата (гиперемия) или при наличии уколочной реакции (0-1 мм);

"сомнительной" - при инфильтрате (папуле) размером 2-4 мм или только гиперемии любого размера без инфильтрата;

"положительной" - при наличии выраженного инфильтрата (папулы) диаметром 5 мм и более;

"гиперергической" - при наличии у детей инфильтрата с диаметром 15 мм и более, у подростков - 17 мм, у взрослых - 21 мм;

"везикуло-некротической" - независимо от размера инфильтрата с лимфангоитом или без него, или в соответствии с наставлением к туберкулину. При измерении инфильтрата категорически запрещается пользоваться шкалой от термометра, миллиметровой бумагой, самодельными линейками из рентгеновской пленки и так далее.

3. Контингенты детей, подлежащих обследованию пробой Манту 2 ТЕ:

дети группы "риска";
дети и подростки из очагов туберкулеза;
дети старше двух месяцев перед вакцинацией и в возрасте 6-7, 11-12 лет перед ревакцинацией.

4. К группам "риска" относятся следующие контингенты детей:

дети из социально неблагополучных семей (родители - алкоголики,

наркоманы, бомжи и другие);
дети, находящиеся на амбулаторном и стационарном лечении, с длительным кашлем (более двух недель) с симптомами нарастающей интоксикации (субфебрилитет, потливость, снижение аппетита и массы тела, раздражительность, вялость и так далее);
дети с увеличенными периферическими лимфатическими узлами (в четырех и более группах);
дети перед проведением гормональной терапии;
дети с неразвившимся поствакцинальным рубчиком.

5. Противотуберкулезные диспансеры осуществляют подготовку и своевременную переподготовку медицинских сестер с выдачей справок-допусков к проведению туберкулиновых проб. Проверка уровня подготовки медицинских сестер по технике постановки и чтения результатов туберкулиновых проб должна проводиться ежегодно.

6. В случаях, если по тем или иным причинам проба Манту производится не перед и не одновременно с плановыми прививками, а после проведения их, туберкулинодиагностика должна осуществляться не ранее, чем через 4 недели после проведенной прививки и через две недели после введения гаммаглобулина.

Следует учитывать, что перенесенные заболевания и профилактические прививки могут усиливать или ослаблять чувствительность кожи ребенка к туберкулину. Это затрудняет оценку реакции и может привести к неправильной постановке диагноза "виража" или "гиперергии" и является основой при определении перечня противопоказаний.

7. Противопоказания для постановки туберкулиновых проб:
кожные заболевания;
острые и хронические инфекционные заболевания в период обострения, включая реконвалесценцию (не менее двух месяцев после исчезновения всех клинических симптомов);

аллергические состояния (ревматизм в острой и подострой фазах, бронхиальная астма, идиосинкразии с выраженными кожными проявлениями).

8. Не допускается проведение пробы Манту в тех детских коллективах, где имеется карантин по детским инфекциям, так как начало заболевания может исказить чувствительность кожи к туберкулину.

9. Здоровым, давно инфицированным микобактериями туберкулеза и с положительной послевакциной туберкулиновой чувствительностью, детям другие профилактические прививки (кроме БЦЖ) можно проводить после оценки ее результатов фтизиопедиатром.

10. Результаты пробы Манту фиксируются в учетной форме № 063/у, в медицинской карте ребенка (форма № 026/у), в истории развития ребенка (форма

№ 112/у). При этом в историях отмечается:
учреждение, выпустившее стандартный туберкулин, серия, контрольный номер и срок его годности;
дата проведения туберкулиновой пробы;
использование правой или левой руки;
результат пробы Манту в виде размера инфильтрата в миллиметрах.

11. Учет результата пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л.

В условиях внутрикожной вакцинации (ревакцинации) БЦЖ проба Манту с 2 ТЕ выявляет как инфекционную, так и послевакцинную аллергию. К врачу-фтизиатру для обследования и решения вопроса об этиологии аллергии (послевакцинная или инфекционная) следует направлять детей с документацией, в которой кроме анамнестических, клинических данных, необходимо указать точные даты вакцинации и ревакцинации БЦЖ, даты и результаты всех ранее сделанных туберкулиновых проб. Послевакцинная аллергия имеет меньшую интенсивность и тенденцию к ее ослаблению при наблюдении в динамике по сравнению с инфекционной аллергией. Средний размер инфильтрата при послевакцинной аллергии равен 7-9 мм, при инфекционной - 11-13 мм. Гиперергические реакции (15 мм и более) не характерны для послевакцинной аллергии. К инфицированным относятся лица, у которых при наблюдении в динамике:

отмечается впервые положительная туберкулиновая реакция (папула 5 мм и более);

стойко сохраняется в течение ряда лет реакция с инфильтратом 12 мм и более;

отмечается усиление предыдущей сомнительной или положительной реакции на 6 мм и более в диаметре.

С целью отбора детей для ревакцинации БЦЖ, проба Манту с 2 ТЕ ставится в школе детям в возрасте 6-7, 11-12 лет, в первом месяце учебного года. В этот период другие прививки не должны проводиться. В данной возрастной группе (период угасания поствакцинальной аллергии) туберкулинодиагностика одновременно является тестом отбора контингентов для ревакцинации, раннего выявления туберкулеза и определения инфицированности.

10. Применение вакцины БЦЖ с целью специфической иммунопрофилактики

1. Назначение препарата.

Вакцина БЦЖ предназначена для активной специфической профилактики туберкулеза. Препарат представляет собой живые микобактерии вакцинного

штамма БЦЖ, лиофильно высушенные в 1,5% растворе глютамината натрия, имеет вид белой высушенной массы. Выпускается во флаконах или ампулах. К вакцине прилагается стандартный растворитель.

2. Способ применения и дозировка.

Первичную вакцинацию осуществляют здоровым доношенным новорожденным детям на 0-4 день жизни и недоношенным по достижении массы тела 1,5 килограммов. Прививки новорожденным проводят в прививочном кабинете, оснащенном холодильником, термоконтейнером, одноразовыми туберкулиновыми шприцами, прививочным материалом, лекарственными средствами противошоковой терапии. К вакцинации допускаются новорожденные после осмотра педиатром, с оформлением допуска к прививке в истории новорожденного. Вакцинацию новорожденных проводит медицинская сестра прививочного кабинета, имеющая допуск к проведению прививок, на основании врачебного назначения, в присутствии мамы ребенка. Полученная прививка, данные о вакцине (производитель, серия, доза, срок годности, дата прививок) заносятся в историю новорожденного и обменную карту, которая после выписки ребенка из роддома передается в лечебное учреждение по месту жительства.

В период пребывания матери в роддоме ее обучают срокам дальнейших прививок, которые ребенок будет получать после выписки из роддома и вручают Прививочный паспорт с внесенными в него прививками, полученными в роддоме.

3. Вакцина БЦЖ вводится строго внутрикожно на границе верхней и средней трети наружной поверхности левого плеча в объеме 0,05 мл для детей до одного года и в объеме 0,1 мл для детей старше года, прививаемых вакцинами зарубежных стран. Российская вакцина вводится в объеме 0,1 мл независимо от возраста.

4. Ревакцинации БЦЖ подлежат здоровые неинфицированные дети, с отрицательной и сомнительной пробой в возрасте 6-7, 11-12 лет, в течение года по достижении возраста с предварительной постановкой пробы Манту 2 ТЕ. Ревакцинация проводится одновременно по всей территории страны, организовано, в школе, среди учащихся первых и пятых классов, на что отводится один месяц - первый месяц начала учебного года. В период ревакцинации БЦЖ проведение других прививок в школе прекращается. Остаток БЦЖ вакцины в конце отработанного месяца сдается в подразделение ГСЭН. Постоянное хранение БЦЖ вакцины разрешается только в роддомах (родильных отделениях) в биксе, который закрывается на замок и хранится в холодильнике.

5. Интервал между постановкой пробы Манту и ревакцинацией БЦЖ должен быть не менее трех дней и не более двух недель.

6. Дети, которым не была проведена вакцинация БЦЖ в роддоме и родившиеся вне родильного дома, вакцинируются в детской поликлинике или другом лечебно-профилактическом учреждении в течение первых двух месяцев жизни без предварительной постановки пробы Манту, а старше двух месяцев вакцинация проводится при отрицательной пробе Манту. Вакцину БЦЖ для этих целей лечебно-профилактическое учреждение получает в подразделение ГСЭН, согласно списочному составу детей, подлежащих иммунизации с последующей сдачей отчета об использовании вакцины и возвращении остатков вакцин в подразделение Г С Э Н .

7. Дети, в возрасте до одного года, с неразвившимися знаками БЦЖ подлежат повторной вакцинации (проводится только один раз) через шесть месяцев без предварительной постановки пробы Манту.

8. Дети, старше одного года, при отсутствии вакцинальных рубчиков прививаются после предварительной постановки пробы Манту.

9. Для вакцинации и ревакцинации применяют одноразовые туберкулиновые шприцы .

10. Сухую вакцину БЦЖ разводят непосредственно перед употреблением. Растворять вакцину разрешается только тем растворителем, который прилагается производителем данной вакцины (стандартный растворитель). Растворитель должен быть прозрачным, бесцветным и не иметь посторонних примесей. Для получения прививочной дозы, равной объему 0,05 мл, в флакон (ампулу) 20 дозной расфасовки вносят 1,0 мл стандартного растворителя, для разведения 40 дозной вакцины требуется 2,0 мл растворителя. Разведенная вакцина должна давать равномерную взвесь в течение одной минуты.

11. В связи с высокой чувствительностью БЦЖ вакцины к дневному и солнечному свету, она должна храниться в темном месте, для чего используют цилиндр из черной бумаги. БЦЖ вакцина разведенная должна использоваться согласно прилагаемой инструкции, поэтому на этикетке проставляется время и дата вскрытия вакцины. Неиспользованная вакцина уничтожается кипячением в течение 30 минут или погружением в 5 % хлорсодержащий дезинфицирующий раствор на два часа или сжиганием в печи.

12. Перед применением вакцины необходимо внимательно изучить наставление, приложенное к ней, проверить маркировку и целостность ампулы (флакона) соответствие препарата прилагаемой инструкции.

13. Препарат не подлежит применению:
при отсутствии или стертости этикетки на ампуле (флаконе);
при истекшем сроке годности;
при наличии трещин в ампуле (флаконе);
при изменении физических свойств препарата (сморщивание таблетки, любое

изменение цвета и формы);
при наличии посторонних включений или неразбивающихся хлопьев в разведенном препарате.

14. Для одной прививки стерильным шприцем набирают 1,5 дозы разведенной вакцины, затем выпускают через иглу часть вакцины в стерильный шарик, чтобы вытеснить воздух и подвести поршень шприца под нужную градуировку (0,05 или 0,1 мл согласно инструкции). Перед каждым набором в шприц вакцина должна обязательно тщательно перемешиваться той же иглой.

15. Иглу вводят срезом вверх в поверхностный слой кожи. Сначала вводят незначительное количество вакцины, чтобы убедиться, что игла вошла точно внутрикожно, а затем всю дозу препарата. При правильной технике введения должна образоваться папула беловатого цвета, через 15-20 минут папула исчезает.

Введение препарата под кожу недопустимо, так как при этом может образоваться холодный абсцесс. Запрещается наложение повязки на место введения вакцины и обработка ее йодом и другими дезинфицирующими растворами.

16. Реакция на введение. Как правило, на месте внутрикожного введения вакцины БЦЖ развивается специфическая реакция в виде инфильтрата, размером 5-10 мм в диаметре с небольшим узелком в центре и с образованием корочки. В ряде случаев отмечается пустуляция. Иногда в центре инфильтрата появляется небольшой некроз с незначительным серозным отделяемым.

17. У вакцинированных в период новорожденности прививочная реакция появляется через 4-6 недель, после ревакцинации местные прививочные реакции могут появиться уже на первой неделе после проведенной прививки. Такие реакции считаются нормальными и подвергаются обратному развитию без всякого лечения. Следует избегать механического раздражения измененного участка кожи на месте прививки во время водных процедур. Обратное развитие изменений на месте прививки обычно происходит в течение 2-4 месяцев, а у части детей в более длительные сроки, после чего на этом месте остается поверхностный рубчик (размером от 2 до 10 мм в диаметре). При хорошей технике прививок и правильном хранении вакцины рубчик на месте прививки образуется у 90-95% привитых.

18. Наблюдение за вакцинированными и ревакцинированными детьми проводят врачи и медицинские сестры общей лечебной сети, которые через 1, 3, 6, 12 месяцев после вакцинации или ревакцинации должны проверить прививочную реакцию с регистрацией размера и характера местной реакции (папула, пустула с образованием корочки, с отделяемым или без него, рубчик, пигментация и так далее). Эти сведения должны быть зарегистрированы в

учетных формах №№ 63/у, 112/у, 26/у.
19. Осложнения:
подкожные холодные абсцессы;
поверхностная язва;
поствакцинальные лимфадениты;
келлойдные рубцы.

Сведения о характере и размере осложнений фиксируются в учетных формах №№ 63/у; 26/у; 112/у. О случаях повышенной реактогенности или развития поствакцинальных осложнений следует сообщать в Министерство здравоохранения Республики Казахстан в течение 24 часов с момента регистрации. Лечебно-профилактические учреждения направляют детей с осложнениями в противотуберкулезный диспансер.

20. Противопоказания к вакцинации новорожденных:
родовые травмы, сопровождающиеся кровоизлиянием в мозг;
врожденный лейкоз;
среднетяжелые и тяжелые заболевания, сопровождающиеся фебрильной температурой или серьезными нарушениями общего состояния (вакцинация проводится после выздоровления);
недоношенность (вес менее 1,500 граммов или гестационный возраст менее 33 недель);
генерализованный БЦЖ-ит у ребенка в семье (возможность наследственного иммунодефицита).

21. Противопоказания к ревакцинации:
среднетяжелые и тяжелые заболевания, сопровождающиеся фебрильной температурой или серьезными нарушениями общего состояния (проводится после выздоровления);
генерализованный БЦЖ-ит у ребенка в семье (возможность наследственного иммунодефицита);
перенесенный туберкулез;
осложнения вакцинации БЦЖ;
ВИЧ-инфекции с клиническими проявлениями.

22. Условия хранения и транспортировки.
Препарат необходимо хранить при температуре 0 +8У С. Срок годности вакцины - по инструкции. Транспортировка возможна всеми при температуре не выше +8У С в термоконтейнере.

11. Режим работы и обеззараживания при туберкулезе

Режим работы противотуберкулезного стационара

Противотуберкулезный стационар должен соответствовать санитарным нормам и правилам, предъявляемым к инфекционным отделениям. Каждый медицинский работник противотуберкулезного стационара несет ответственность за собственную безопасность, безопасность своих коллег и обязан соблюдать меры профилактики внутрибольничного инфицирования п а ц и е н т о в .

Перед приемом на работу в противотуберкулезные учреждения сотрудник должен пройти подготовку и аттестацию по режиму работы с больными туберкулезом, а также флюорографическое обследование. В дальнейшем флюорографическое обследование проводится ежегодно.

В каждом противотуберкулезном стационаре должна быть создана комиссия по профилактике внутрибольничного и профессионального туберкулеза. В ее функции входит осуществление контроля за соблюдением режима работы противотуберкулезного стационара, за соблюдением сотрудниками мер безопасности, учет и расследование причин возникновения случаев профессионального заболевания туберкулезом и разработка профилактических мероприятий .

Персонал, имеющий контакт с больными, должен работать в медицинском халате, колпаке. Маска одевается при посещении больных БК+ и диагностических палат. Персонал лаборатории, хирургических отделений, отделений бронхоскопии, младший медицинский персонал дополнительно пользуются масками, резиново-клеенчатыми передниками и резиновыми перчатками. При выходе из стационара, лаборатории персонал обязан снять спецодежду и вымыть руки с мылом .

В противотуберкулезных учреждениях используются специальные респираторы, где фильтрующим материалом служит - полипропилен, прокладкой - полиуретан, задерживающий частицы размером до 0,5 микрона. Запрещается курить и принимать пищу в лаборатории .

Все помещения противотуберкулезного учреждения, отделения должны иметь большие окна для хорошего проветривания и инсоляции, позволяющие солнечным лучам проникать в помещение и оказывать бактерицидное воздействие. Проветривание помещений должно осуществляться в холодное время года - каждый час по 5 минут при закрытых дверях, в теплое время года окна должны быть открыты максимально длительное время .

Рентгенологические отделения, обслуживающие различные категории больных должны иметь расписание по их приему. Проведение снимков больным туберкулезом и при подозрении должно предусматриваться на вторую половину д н я .

Влажная уборка помещений с применением дезинфекционных средств проводится не менее 2-х раз в сутки.

Бактерицидные лампы устанавливаются в помещениях, где высока вероятность распространения туберкулеза (отделение бронхоскопии, операционная, лаборатория, процедурные, перевязочные), проверка эффективности их работы осуществляется 2 раза в год, со своевременной заменой неисправных.

Наиболее строгий режим устанавливается в помещениях для сбора и исследования мокроты. Сбор мокроты предпочтительнее делать вне помещения, в солнечном продуваемом месте, вдали от людей. Медперсонал во время этой процедуры должен стоять за спиной пациента, при этом ветер должен дуть ему в спину. Если мокрота больного попала на перчатки медработника их нужно немедленно поместить в дезинфицирующий раствор и одеть чистые.

Если сбор мокроты проводится в специально выделенном помещении должна быть обеспечена хорошая его вентиляция. После каждого больного помещение тщательно проветривается. Запрещается использование этого помещения для других целей, кроме сбора мокроты.

Персонал перед транспортировкой мокроты в лабораторию должен проверить плотно ли закрыты плевательницы крышками. Отправлять пробы мокроты в лабораторию необходимо в специальном биксе, которые можно подвергать дезинфекции. Плевательницы должны располагаться в биксе так, чтобы они не разбились во время транспортировки.

Сопроводительное направление помещается снаружи бикса. Бикс должен плотно закрываться. Место, где содержались контейнеры с образцами мокроты после их отправки в лабораторию, должно быть продезинфицировано.

Поверхность контейнеров с пробами мокроты перед их открытием предварительно обрабатывается дезинфицирующим раствором. Открытие контейнеров и подготовка мазков должны выполняться очень осторожно для предотвращения образования аэрозолей. Все процедуры по подготовке мазка должны быть полностью стандартизированы и расположение материала на столе должно всегда быть одинаково для обеспечения максимальной безопасности.

Госпитализация вновь выявленных больных должна осуществляться отдельно, на срок не менее чем две недели, от больных уже получающих специфическое лечение.

Больные с неясным диагнозом госпитализируются в диагностические палаты.

Больные с резистентной формой туберкулеза госпитализируются в специальные отделения, организованные на базе противотуберкулезных учреждений.

Больные с хронической формой туберкулеза госпитализируются в

специально предусмотренные для них стационары.

Больные с БК+, находящиеся на лечении в стационаре принимают пищу в палатах, не посещают общие помещения. Покидать палату больным разрешается по медицинской необходимости и только в масках, контроль за соблюдением масочного режима ведут медицинские работники стационара.

Проводится постоянное обучение больных правилам поведения и важности соблюдения этикета при кашле и сборе мокроты в стационаре, на улице, дома, в общественных местах.

Все больные обязаны пользоваться плевательницей, которая заменяется по мере заполнения, но не реже одного раза в день.

Изоляция больных с БК+ продолжается, пока не будут получены 2 отрицательных анализа на микобактерии.

Посещение больных БК+ должно быть максимально ограничено и в случае общения больной должен находиться в маске.

Дезинфекционный режим в очаге. В очаге проводится дезинфекция предварительно обученными медицинскими работниками учреждения. Одежда, подушки, шерстяные вещи проветриваются, вывешивая на солнце. Помещение больного ежедневно проветривается, влажная уборка проводится с использованием дезинфицирующих средств. Посуда больного кипятится в 2% содовом растворе 30 минут. Больной должен иметь две карманные плевательницы (стеклянные баночки с плотно закрывающейся крышкой): одной он пользуется, а другая с мокротой должна дезинфицироваться согласно режиму, описанному ниже. Постельное белье больного, полотенца, носовые платки следует замочить в стиральном порошке и кипятить 30 минут. Бумажные носовые платки, салфетки, используемые газеты после употребления должны сжигаться.

Методы, средства и режимы обеззараживания при туберкулезе

| Объекты обеззараживания | Методы и средства обеззараживания | Концентрация в процентах и граммах | Экспозиция в минутах |
|-------------------------|------------------------------------|------------------------------------|----------------------|
| 1. Мокрота | Выливают в емкости с дезраствором: | Из расчета: | 2 |
| | | объема дезраствора | на 1 объем |
| | | | мокроты |
| | - хлорамин | 5,0% | 240 |
| | - активирован. | 2,5% | 120 |
| | р - р хлорамин а | | |

| | | | |
|------------------|----------------------|----------------------|----------|
| | | Засыпают одним из | |
| | | препаратов: | |
| | -хлорной известью, | 200г/л | 60 |
| | -активированным | 100г/л | 60 |
| | | гипохлоритом кальция | |
| | - хлорамином | 100г/л | 60 |
| 2.Плевательница | Погружение | в хлор- | |
| (освобожденная | | содержащий | раствор: |
| от мокроты) | -активир. р-р хлора- | 2,5% | 120 |
| | | м и н а | |
| | -актив. р-р гипохло- | 1,0% | 120 |
| | | рита кальция | |
| | -кипячение в | 2,0% | 30 |
| | содовом растворе | | |
| 3.Плевательницы | Автоклавирование без | 0,5 атм. | 30 |
| с мокротой | | снятия крышек. | |
| | | Погружение в | |
| | | дезраствор: | |
| | -хлорамина, | 5,0% | 240 |
| | -активирован. | 2,5% | 120 |
| | | р - р хлорамина, | |
| | - активир. р-р | 1,0 | 120 |
| | | гипохлорита кальция | |
| 4. Посуда | | Погружение | в дез- |
| (столовая, | | | раствор: |
| освобожденная от | -хлорамина, | 5,0% | 240 |
| остатков пищи) | -активиров. | 0,5% | 60 |
| | | р - р хлорамина, | |
| | - активиров. | 1,0% | 60 |
| | | р - р гипохлорита | |
| | | кальция | |
| | Кипячение в содовом | 2,0 | 30 |
| | | растворе. | |
| | В сухожаровом шкафу | 120 градусов | 30 |
| 5.Остатки | пищи | Засыпка, | заливка |
| | | дезсредством: | |
| | -сухой хлорной | 200 г/кг | 60 |
| | | и з в е с т ь ю , | |
| | -хлорно-известковым | 20% | 60 |

| | | | |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Кипячение | 30 | |
| 6. Белье | | | Замачивание: |
| (постельное, - в р-ре хлорамина | 5,0 | | 240 |
| нательное, чехлы, - активиров. р-ре | 1,0 | | 60 |
| халаты, | | | хлорамина |
| полотенца) | | | Кипячение в |
| | содовом р-ре, | 2,0 | 30 |
| | | | затем стирают обычным |
| | способом | | |
| 7. Постель | Камерная дезинфекция | | Температура по |
| (после выписки | паровоздушным | | методом наружному |
| больного), | термометру | | 30 |
| мягкие игрушки | 80 - 90УС | | |
| 8. Резиновые | Кипячение в содовом | 2,0 | 30 |
| изделия, наконеч- | растворе. | | Замачивание: |
| ники для клизм | - в р-ре хлорамина | 5,0 | 240 |
| | - активиров. р-ре | 1,0 | 60 |
| | хлорамина | | |
| 9. Предметы | | | Замачивание в р-ре |
| ухода (судна, | | | хлорамина |
| мочеприемники, или активир. | | 5,0 - 1,0 | 240 - 60 |
| подкладные | | р-ре | хлорамина |
| круги) | | | |
| 10. Унитазы, | | Моют: активированными | 2,5% |
| раковины, ванны, | р-рами хлорамина, или | | |
| умывальники | гипохлорита кальция | 1,0% | |
| 11. Помещения | - | Моют с использованием | |
| стены, полы, | | дезсредств: | |
| двери | - хлорамина | 5,0 или 1,0 | |
| | | или активир. | |
| | р-ра хлорамина | | |
| 12. Тапочки | | Протирание тампоном, | |
| больных | смоченным раствором | 25 | 180 |
| | | формалина, или | |
| | уксусной кислоты | 40 | 180 |
| 13. Предметы | | | Замачивание в |
| уборки | | | дезрастворе: |
| | хлорамина | 5,0 или 1,0 | 240-60 |

р-ра хлорамина

14. Транспорт

после госпи-

тализации

больного

-хлорамина

или активир.

Протирают дез-

раствором:

5,0 или 1,0

или активированным

р - р о м х л о р а м и н а

Примечание: После обеззараживания, мокроту сливают в канализацию, а плевательницы или посуду, в которой дезинфицировали мокроту, моют обычным способом. Разрешается применение дезинфицирующих средств только разрешенных к использованию Министерством здравоохранения Республики Казахстан в соответствии с утвержденными в установленном порядке методическими указаниями.

Схема лечения туберкулеза взрослых, относящихся к категории I

| М а с с а | т е л а | | | |
|---------------|---|----------------------|----------------------|-----------------------------------|
| до начала | Интенсивная фаза химиотерапии 2-4 месяца. | | | |
| л е ч е н и я | | | | |
| (кг) | ----- | | | |
| | Изониазид+ | Пиразинамид | Этамбутол или | Стрептомицин (S), |
| | рифампицин (Z), табл. | (E), табл. | порошок-1г. | |
| | (HR), табл. | 500мг | 400мг | основания |
| | 100мг+150мг | | | во флаконе |
| | 150мг+300мг | | | |
| <33 | 2 табл. (100мг + | 2 табл. ежедневно | 2 табл. ежедневно | 500мг ежедневно 1 5 0 м г) |
| ежедневно | | | | |
| 33-50 | 3 табл. (100мг+ | 3 табл. ежедневно | 2 табл. ежедневно | 750мг ежедневно |
| 150мг) | | | | |
| >50 | 2 табл. (150мг+ | 4 табл. ежедневно | 3 табл. ежедневно | 1г. ежедневно |

3 0 0 м г)
е ж е д н е в н о

Продолжение таблицы

| Масса тела до начала лечения (кг) | Поддерживающая фаза химиотерапии 4 месяца. | |
|-----------------------------------|---|---|
| | 1 вариант (ежедневный) | 2 вариант (интермиттирующий) |
| | Изониазид+ рифампицин (НР) табл. 100мг+150мг. | Изониазид+ рифампицин (НР), табл. 100мг+150мг, +Н 300мг |
| | | 150 мг + 300 мг |
| <33 | 2 табл. (100мг + | 2 табл.(100мг+150мг) +Н 3 раза в неделю (150 мг) |
| ежедневно | | |
| 33-50 | 3 табл. (100мг+150мг) | 3 табл.(100мг+150мг) +Н 3 раза в неделю |
| ежедневно | | |
| >50 | 2 табл. (150мг+300мг) | 2 табл.(150мг +300мг) +Н 3 раза в неделю |
| | | е ж е д н е в н о |

Если изониазид плюс рифампицин назначаются для интермиттирующего приема в поддерживающей фазе лечения, то доза Н увеличивается из расчета 10 мг / кг массы тела.

Стрептомицин применяется не более двух месяцев (60 доз).

Схема

лечения туберкулеза взрослых, относящихся к категории II

| М а с с а | Интенсивная химиотерапия | т е л а |
|-----------|--------------------------|--------------|
| до начала | | 3-5 месяцев. |

л е ч е н и я

(кг)

| | | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| Изониазид+ рифампицин (HR), табл. 100мг+150мг 150мг+300мг | Пиразинамид (Z), табл. 500мг | Этамбутол или (E),табл. 400мг | Стрептомицин(S), порошок для инъекций, 1 гр. основания во флаконе |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|---|

| | | | | |
|-------|----------------------------------|----------------------|--|---------------------|
| <33 | 2 табл. (100мг + ежедневно | 2 табл. ежедневно | 2 табл. ежедневно 1 5 0 м г) | 500мг ежедневно |
| 33-50 | 3 табл. (100мг+ 150мг) | 3 табл. ежедневно | 2 табл. ежедневно | 750мг ежедневно |
| >50 | 2 табл. (150мг+ | 4 табл. ежедневно | 3 табл. ежедневно 3 0 0 м г) е ж е д н е в н о | 750мг. ежедневно |

Масса тела|Поддерживающая химиотерапия:|Поддерживающая химиотера-
до начала |5 месяцев (ежедневно) |пия: 5 месяцев (интермитти-
лечения | | рующий вариант)

(кг)

| | | | |
|---|----------------------------------|--|---|
| Изониазид + Рифампицин (HR)б, табл. 100мг + 150мг | Этамбутол (E), табл. 400мг | Изониазид + рифампицин (HR) табл. 100+150. | Этамбутол (E), табл. 400мг изониазид (H) 3 0 0 м г |
|---|----------------------------------|--|---|

| | | | | |
|-------|---------------------------------------|-----------------------|--|----------------------|
| <33 | 2 табл. (100мг + ежедневно | 2 табл. ежедневно | 2 HR (100+150) + ежедневно 1 5 0 м г) | 2 табл. 1 табл. H |
| 33-50 | 3 табл. (100мг+150мг) ежедневно | 3 табл. +1 табл. H | 3 табл. HR ежедневно | 3 табл. (100+150) |

| | | | | |
|-----|---------------------------------------|----------------------|-------------------------|------------------------------------|
| >50 | 4 табл. (100мг+150мг) ежедневно | 4 табл. ежедневно | 2 табл. HR ежедневно | 4 табл. (150+300)+ 1 табл. Н |
|-----|---------------------------------------|----------------------|-------------------------|------------------------------------|

Стрептомицин следует вводить в течение первых двух месяцев интенсивной ф а з ы (6 0 д о з) .

Если изониазид плюс рифампицин и этамбутол назначаются для интермиттирующего приема в поддерживающей фазе, то доза Н повышается до 10 мг/кг массы тела.

Схема

лечения туберкулеза взрослых, относящихся к категории III

| Масса тела до начала лечения (кг) | Интенсивная химиотерапия: 2 месяца | | Поддерживающая химиотерапия: 4 месяца | |
|--|--|-------------------------------------|---|--|
| | Изониазид+ рифампицин (HR), табл. 100мг+150мг 150мг+300мг | Пиразинамид (Z)а, табл. 500мг | Изониазид+ Рифампицин (HR), табл. 100мг+150мг | Изониазид (Н), табл.300мг (доба- вляется только при интермиттирующем режиме) |
| <33 | 2 табл. (100мг + 150мг) ежедневно | 2 табл. ежедневно в неделю | 2 табл. ежедневно | 1 табл. 3 раза в неделю или 3 раза |
| 33-50 | 3 табл. (100мг + 150мг) ежедневно | 3 табл. ежедневно в неделю | 3 табл. ежедневно | 1 табл. 3 раза в неделю или 3 раза |
| >50 | 2 табл. (150мг + 300мг) ежедневно | 4 табл. ежедневно | 4 табл. ежедневно | 1 табл. 3 раза в неделю или 3 раза в неделю |

Схема диспансерного наблюдения за больными туберкулезом

| | | | | | | |
|--------------|-----------------------------|---------------------------------|------------------|--|-------------|---|
| Группа риска | Характеристика контингентов | Контроль-ные сроки обследования | Сроки наблюдения | | Мероприятия | Критерии эффективности диспансерного наблюдения |
|--------------|-----------------------------|---------------------------------|------------------|--|-------------|---|

| | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|--|
| I группа Активный Туберкулез | Больные I, II, III категории | Соответственно категориям | Соответственно подгруппам | Соответственно категориям | Перевод в режим II категории при неэффективности лечения и в IV категорию. При эффективности лечения - перевод во II группу диспансерного учета. |
|------------------------------|------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|--|

| | | | | | | |
|----------------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--|
| IA (ограниченные процессы) | Больные III категории | Соответственно категориям | Интенсивная фаза - до 2 месяцев. | Интенсивная фаза - до 4 месяцев. | Интенсивная фаза - до 4 месяцев. | Перевод в режим II категории при неэффективности лечения. При эффективности лечения - перевод во II группу диспансерного учета. 4 месяца. Санитарно-оздоровительные мероприятия в очагах туберкулезной |
|----------------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--|

инфекции.
 Больным из
 северных и
 центральных
 областей
 республики
 проводится
 типирование
 Б К

| | | | | | |
|----|---|---------------------------|--|--|---|
| 1Б | Больные I и II категории горных районов | Соответственно категориям | Интенсивная фаза от 3 до 4 месяцев в стационаре. | При наличии показаний - хирургическое лечение или коллапсотерапия. Поддерживающая фаза - амбулаторных или стационарных условиях - 2 года | Перевод из I категории в режим II категории при неэффективности лечения и в IV категорию. При эффективности лечения - перевод во II группу диспансерного учета. в контролирующем режиме сроком 4 месяца. Санитарно-оздоровительные и профилактические мероприятия в очагах туберкулеза. |
| | лица с ограниченными процессами при наличии отягчающих факторов, лица прооперированные по поводу туберкулеза. | | Сроки | | |
| | Д л и т е л ь н о с о х р а - | | | | |

н я ю -
 щ и е с я
 с в и щ и у
 б о л ь н ы х
 с в н е л е -
 г о ч н ы м
 т у б е р к у -
 л е з о м)

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| I В(хро- ничес- кий тубер- кулез) | Больные IV кате- гории - лица, которых вслед- ствие неэффек- тивного лечения по I I кате- гори (анти- бакте- риально- г о и х и р у р - г и ч е с - кого) н и и в I A и I B п о д - г р у п п а х с ф о р м и - | Не реже раза в квартал у (скопия, посев мокроты, определе- ние чув- ствительности к кате- гори (анти- бакте- риально- г о и х и р у р - г и ч е с - кого) н и и в I A и I B п о д - г р у п п а х с ф о р м и - | Постоянно при неэф- фективном лечении. При успешном лечении с конвер- сией мазка и посева противо- туберку- лезным лекар- ственным н а б л ю д е - н и и в I A и I B п о д - г р у п п а х с ф о р м и - | Лечение по индивидуально- му режиму с учетом чувстви- тельности к противотубер- кулезным лекарственным средствам. через год после прекраще- ния бак- терио- выделения. с р е д - ст в а м , клинико- рентгено- логиче- ский контроль, о б щ и й анализ крови) р о в а л с я х р о н и - ч е с к и й т у б е р к у - |
|--|---|--|--|--|

л е з н ы й
 п р о ц е с с ,
 у к о т о р ы х
 у с т а н о -
 в л е н а
 р е з и -
 с т е н т -
 н о с т ь
 к у л ь т у -
 р ы к 2
 и б о л е е
 л е к а р -
 с т в е н -
 н ы м с р е -
 д с т в а м .

II Перево- 2 раза в Наблюдение Отсутствие
 группа дятся год: 1 год. рецидивов
 Неакти- лица из бактерио- После чего туберкулеза.
 вный I А и Б скопия, снимаются
 Тубер- подгрупп клинико- с учета и
 кулез диспан- рентгено- передаются
 серного логи- под наблю-
 Учета ческий дение
 после контроль, специалис-
 успешно- общий тов ПМСП.
 го изле - а н а л и з
 чения. крови.

III Включает Клиничес- Детям, Сроки наблюде- Химио-
 группа Контакт- кий подрост- ния - 1 год. профилактика
 лица с ных лиц осмотр, кам и Проводится
 повы- из оча- бактерио- лицам до при взятии
 шенным гов скопия, 18 лет при на учет очага
 риском тубер- рентгено- взятии детям и
 заболе- кулеза логичес- очага на подросткам в
 вания (БК+) и кие учет течении 3
 тубер- очагов исследо- дополни- месяцев
 кулезом смерти. вания тельно изониазидом.
 Впервые анализ проводится Неинфици-

инфици- крови и проба Ман-
рован- мочи при ту.
ных взятии и Неинфици-
детей снятии с рованным
(вираж учета детям
тубер- проба Манту
кулиновых ставится
проб) и повторно
детей через
гиперэр- 6 месяцев.
гической
реакцией,
контакт-
ные
туберку-
лезом
живот-
ными.

рованным
-ревакцинация
БЦЖ.Проводятся
мероприятия по
оздоровлению
очага Туберку-
лезной
инфекции. При
инfiltrате
15 мм и более
химио-
профилактика
2-мя лекар-
ственными
средствами Н и
Е в течение 2
месяцев. При
нарастании
пробы Манту 2
Т Е в динамике
на 6 мм
проводится
клинико-
эпидемио-
логическое
расследование
в целях
выявления
источника
дополни-
тельного
инфицирования
ребенка,
проверяется
достоверность
и правильность
проведения
химио-

Приложение 2

утверждено совместным приказом
Министра юстиции Республики Казахстан
от 25 мая 2004 г. N 145 и
Министра здравоохранения Республики Казахстан
от 7 мая 2004 г. N 405
"Об утверждении нормативных правовых актов,
регулирующих лечебно-профилактическое обеспечение и
санитарно-эпидемиологическое благополучие лиц,
содержащихся в исправительных учреждениях
и следственных изоляторах органов юстиции
Республики Казахстан"

**Правила
обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия лиц,
содержащихся в исправительных учреждениях и следственных
изоляторах органов юстиции Республики Казахстан**

Сноска. Правила с изменениями, внесенными совместным приказом
Министра юстиции РК от 12.12.2008 № 338 и Министра здравоохранения РК от
18.12.2008 № 651 (порядок введения в действие см. п. 3).

**1. Общие положения организации
санитарно-эпидемиологического надзора**

1. Медицинские части исправительных учреждений и следственных
изоляторов органов юстиции Республики Казахстан (далее - учреждения)
осуществляют санитарно-эпидемиологический надзор на подведомственных
объектах за соблюдением выполнения нормативных правовых актов Республики
Казахстан в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения:
по проведению мероприятий, направленных на улучшение
санитарно-эпидемиологических условий всех объектов учреждений;
по соблюдению на объектах учреждения требований действующих
санитарно-эпидемиологических правил и норм Республики Казахстан.

**2. Санитарно-эпидемиологический контроль
за объектами учреждений**

1. Ответственность за эксплуатацию, своевременный ремонт и учет канализационных сооружений в учреждениях возлагается на начальника службы интendantского и хозяйственного обеспечения.

2. Санитарно-эпидемиологический надзор за очисткой территории учреждения, устройством и эксплуатацией канализационных сетей и сооружений организуется и проводится медицинской частью учреждения в форме предупредительного и текущего санитарного надзора.

3. При решении вопросов предупредительного санитарно-эпидемиологического надзора медицинская часть руководствуется методическими указаниями Министерства здравоохранения (далее - МЗ), подразделений государственного санитарно-эпидемиологического надзора Комитета уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Республики Казахстан (далее - ПГСЭН), получает от них и территориальных учреждений государственного санитарно-эпидемиологического надзора (далее - УГСЭН) МЗ консультативную и практическую помощь в выборе земельных участков под строительство канализационных сетей и сооружений, мест обеззараживания и утилизации отходов, а также при приеме их в эксплуатацию, при проведении мероприятий по предупреждению и ликвидации загрязнения поверхностных и подземных вод и почвы вредными промышленными и другими выбросами и хозяйственно-бытовыми отходами.

4. При обеспечении учреждения системой канализации и устройствами по обеззараживанию и утилизации твердых отходов, принадлежащих предприятиям и организациям других органов, медицинская часть организует и проводит текущий санитарный надзор за эксплуатацией канализационных сетей и сооружений, расположенных только на территории учреждения.

При обслуживании и эксплуатации канализационных сетей и сооружений силами и средствами самого учреждения, медицинская часть осуществляет текущий санитарный надзор за всеми сетями и сооружениями канализации, в том числе и за сооружениями по очистке сточных вод.

5. Начальнику медицинской части учреждения необходимо:
располагать сведениями о состоянии канализационных сетей и сооружений, эффективности очистки сточных вод, системы сбора, удаления и утилизации твердых отходов, выявлять недостатки и совместно с ответственными должностными лицами определять сроки их устранения;
докладывать начальнику учреждения о санитарном состоянии территории и мерах по его улучшению, случаях возникновения угрозы загрязнения источника водоснабжения или других нарушений санитарных правил содержания территории.

3. Санитарно-гигиенический контроль за водоснабжением

6. Санитарно-эпидемиологический надзор за устройством и эксплуатацией систем водоснабжения организуется и проводится медицинской частью учреждений.

7. В обязанности медицинской части учреждения входят: участие в выборе источника водоснабжения и установлении зон санитарной охраны;

контроль за качеством воды и санитарным состоянием объектов водоснабжения;

медицинское освидетельствование лиц, работающих на объектах водоснабжения.

Начальник медицинской части должен обеспечить своевременность и полноту прохождения предварительных и периодических медицинских осмотров лицами, работающими на объектах водоснабжения.

8. Определение пригодности водоисточника (открытого, подземного) для хозяйственно-питьевого водоснабжения, качества воды производится в соответствии с действующими санитарными правилами и нормами, методическими указаниями, инструкциями.

9. При необходимости доставки воды в места, где отсутствуют гарантированные источники водоснабжения, выделяются специальный транспорт, имеющий санитарный паспорт и постоянные люди, прошедшие предварительный, периодический медицинский осмотр, в соответствии с актами МЗ. Емкость для хранения и перевозки воды должна быть исправной, вымытой и продезинфицированной.

10. Обеззараживание воды, дезинфекция сооружений водоснабжения проводится в соответствии с действующей "Инструкцией по контролю за обеззараживанием хозяйственно-питьевой воды и за дезинфекцией водопроводных сооружений хлором при централизованном и местном водоснабжении".

4. Организацией питания

11. Лица, содержащиеся в учреждениях, обеспечиваются питанием по нормам, установленным Правительством Республики Казахстан.

12. Организация питания осуществляется службой интендантского и хозяйственного обеспечения, на которую возлагаются: разработка режима питания для различных категорий довольствующихся с учетом характера и особенностей их работы;

организация приготовления пищи по установленным нормам суточного довольствия и контроль за доведением этих норм до питающихся.

13. Начальник медицинской части: обеспечивает санитарно-гигиенический контроль за организацией питания; участвует в разработке режима питания, составлении меню-раскладок, ежемесячно проводит теоретический расчет калорийности в меню-раскладках; представляет начальнику учреждения списки лиц, подлежащих переводу на питание по специальным нормам; организует проверку качества приготовленной пищи по всем нормам довольствия. Результаты проверки и разрешение на реализацию готовой пищи заносятся в Книгу учета контроля за качеством приготовленной пищи.

14. Суточная норма довольствия при трехразовом питании по энергетической ценности (калорийности) распределяется: на завтрак - 30-35%, на обед - 40-45%, на ужин - 30-20% от общей калорийности суточной нормы довольствия. Указанное распределение продуктов по суточной энергетической ценности может изменяться в зависимости от напряжения работы, а именно (в процентах): для работающих в первой смене - завтрак - 35%, обед - 40%, ужин - 25%; для работающих во второй и третьей (ночной) смене - завтрак и ужин по 30%, обед - 40%.

5. Санитарно-гигиенический контроль за банно-прачечным обеспечением

15. Банно-прачечное обеспечение спецконтингента организуется и осуществляется силами и средствами службы интендантского и хозяйственного обеспечения учреждения.

16. В обязанность медицинской части учреждения входит осуществление: предупредительного санитарного надзора за ходом строительства или реконструкции банно-прачечных блоков; текущего санитарного надзора согласно санитарным правилам устройства, оборудования и содержания бань, прачечных, контроля за качеством, своевременностью проведения дезинфекции, санитарной обработки, смены нательного белья, его стирки, бесперебойным снабжением холодной и горячей водой;

медицинских осмотров лиц, непосредственно занятых в банно-прачечном обеспечении, со всеми необходимыми мероприятиями как в отношении лиц декретированных групп;

контроля за выполнением предложений и предписаний ПГСЭН в части банно-прачечного обеспечения с последующим информированием

ответственных лиц учреждения.

17. В банях проводится санитарная обработка лиц, содержащихся в учреждениях.

Кратность проведения санитарной обработки:
плановое - 1 раз в месяц;
внеплановое - по эпидемическим показаниям и при приеме вновь прибывших лиц.

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

19. Бани во время проведения санитарной обработки должны работать по пропускной системе, то есть движение всех поступающих в нее происходит только в одном направлении.

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

Пропускная способность дезинфекционной камеры должна соответствовать пропускной способности бани.

20. Мероприятия по камерной дезинфекции проводятся на основании требований соответствующих приказов и инструкций.

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

санитарно-техническое состояние дезинфекционных камер;
соблюдение установленных режимов обеззараживания;
полноту камерного обеззараживания постельных принадлежностей и вещей;
проверку температурного режима при помощи максимальных термометров;
проверку знаний персонала по режимам обработки, соблюдения санитарных правил;

проверку выполнения предыдущих предложений;
использование физических и химических методов проверки качества дезинфекции.

22. Лица, содержащиеся в учреждениях, моются в бане не реже одного раза в семь дней с одновременной сменой нательного и постельного белья. Повара и лица, выполняющие работы, связанные с сильным загрязнением кожи, кроме того, ежедневно принимают душ.

Перед каждой сменой моющихся в бане дежурные проводят тщательную уборку помещений и дезинфекцию препаратами, разрешенными к употреблению.

23. Мочалки после помывки каждой смены дезинфицируются кипячением в течение 15 минут в 2 %-ном мыльно-содовом растворе или замачиваются в дезинфицирующем растворе. Тазы, скамейки обрабатываются дезинфицирующим раствором.

Инструменты парикмахерской (помазки, лезвия бритв) замачиваются в 0,6 %-ном растворе гипохлорита кальция в течение 30 минут или любом другом дезинфицирующем растворе, затем промываются проточной водой и высушиваются.

24. Лица, пораженные гнойничковыми и грибковыми заболеваниями кожи, моются отдельно от остальных и в последнюю очередь, после чего в бане проводится дезинфекция 2%-ным мыльно-содовым раствором или любым раствором дезинфектанта, разрешенным к применению на территории Республики Казахстан.

Осужденные, наблюдающиеся по туберкулезу, моются отдельно в специально отведенный для них день, после чего в бане проводится заключительная дезинфекция.

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

26. Белье из стационаров медицинских частей, для содержания больных туберкулезом, перед стиркой обязательно подвергается бучению (кипячению в щелочном растворе в течение часа), или замачивается в дезрастворе и стирается в специально закрепленной машине.

27. Помещения грязной половины прачечной после работы подлежат уборке и дезинфекции.

28. Одеяла, наматрасники и тюфячные наволочки стираются 1 раз в квартал.

29. Здания бань, прачечных обеспечиваются водопроводом, канализацией, отоплением, вентиляцией и горячим водоснабжением.

30. Качество воды должно удовлетворять требованиям санитарных правил, предъявляемым к питьевой воде.

31. В канализационном пункте с очистными сооружениями стоки спускаются непосредственно в канализационную сеть, их предварительная очистка (коагулирование раствором гашеной извести) проводится, когда сточные воды от банно-прачечных блоков превышают 25% от общего количества всех сточных вод, подаваемых на очистные сооружения. Для коагулирования следует применять известь в количестве 400 г/м кубической сточных вод, считая по активности СаО. Расчетное количество активной окиси кальция составляет 50% от веса извести.

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

32. Метод очистки и место сброса сточных вод согласовывается с исполнительными органами, осуществляющими деятельность в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующих территориях.

33. Запрещается сброс банно-прачечных сточных вод в водоемы, овраги без предварительной очистки по схеме: коагулирование и отстаивание (6-12 часов), хлорирование (доза 5-10 мг/л активного хлора).

6. Общие положения организации противоэпидемического обеспечения

34. Организация комплекса противоэпидемических мероприятий в учреждении возлагается на начальника учреждения. К их проведению привлекаются режимная, оперативная, воспитательная, интендантского и хозяйственного обеспечения и другие службы.

35. Противоэпидемические мероприятия направлены на предупреждение: заноса инфекционных заболеваний в учреждение; возникновения, распространения и на ликвидацию инфекционных заболеваний среди спецконтингента; распространения инфекционных заболеваний за пределы учреждения.

36. Противоэпидемическое обеспечение включает: наблюдение за санитарно-гигиенической ситуацией в учреждении и районе его расположения; мероприятия, проводимые в учреждении при приеме спецконтингента; систематическое медицинское наблюдение за спецконтингентом; систематические медицинские осмотры и лабораторные обследования декретированных лиц (связанных с питанием, водоснабжением); санитарно-эпидемиологический контроль за содержанием территории, общежитий, организацией питания, водоснабжения и канализации, банно-прачечным обеспечением, соблюдением правил личной гигиены; проведение плановых и профилактических прививок; проведение профилактической дезинфекции, дезинсекции и дератизации; повышение санитарной культуры спецконтингента; систематическое усовершенствование и подготовку медицинского персонала учреждения по вопросам противоэпидемической защиты; подготовку сил и средств для проведения противоэпидемических мероприятий на случай возникновения инфекционных заболеваний (дополнительное развертывание коек в медицинских частях, оснащение

необходимым оборудованием);
оперативный и ретроспективный эпидемиологические анализы.

37. Санитарно-эпидемиологическое наблюдение служит основой для организации и планирования мероприятий по противоэпидемическому обеспечению спецконтингента.

38. Задачами эпидемиологического наблюдения являются:
систематическое изучение санитарно-эпидемиологического состояния района расположения учреждения;

непрерывный медицинский контроль за санитарным состоянием территории, источников воды и населенного пункта, в котором расположено учреждение;

своевременное получение сведений о возникновении инфекционных заболеваний, эпизоотий и обнаружения бактериального загрязнения объектов внешней среды в районе расположения учреждения.

39. Изучение и уточнение данных по санитарно-эпидемиологическому состоянию района расположения учреждения обеспечивается:

ознакомлением со структурой и динамикой инфекционной заболеваемости населения;

изучением возможных источников, путей распространения эпидемических заболеваний и восприимчивости к ним лиц, содержащихся в учреждениях;

ознакомлением с объемом и качеством проводимых профилактических, противоэпидемических и противоэпизоотических мероприятий медицинскими и ветеринарными лечебно-профилактическими учреждениями.

40. Систематическая информация об эпидемиологической обстановке в районе дислокации учреждения достигается:

получением от местных органов здравоохранения сведений об инфекционной заболеваемости среди населения;

получением от вышестоящих медицинских учреждений сведений о санитарно-эпидемиологическом состоянии области, республики;

участием врачей в работе медицинских съездов, конференций, совещаний, семинаров и заседаний обществ, проводимых учреждениями органов здравоохранения.

41. При проведении санитарно-эпидемиологического наблюдения начальники медицинских частей учреждений взаимодействуют с местными органами здравоохранения и ветеринарии:

для систематического получения сведений об инфекционной заболеваемости среди населения и животных, о проводимых профилактических, противоэпидемических и противоэпизоотических мероприятиях в районе расположения учреждений;

для координации проводимых профилактических и противоэпидемических

мероприятий ;

для получения консультативной и других видов помощи по вопросам противоэпидемического обеспечения спецконтингента.

42. В целях предупреждения заноса инфекционных заболеваний в учреждения все вновь прибывшие в суточный срок проходят полную санитарную обработку и медицинское освидетельствование, во время которого выявляются больные кожными, венерическими болезнями и другими инфекционными заболеваниями. У прибывших осужденных проверяется периодичность прохождения флюороосмотра: при необходимости проводится обследование. Все вновь прибывшие в исправительное учреждение подвергаются медицинскому наблюдению до 6 месяцев.

В исправительном учреждении все вновь прибывшие осужденные, за исключением лиц с установленным диагнозом или направленных на лечение, расположенную на территории и в составе исправительного учреждения, размещаются в карантинном помещении, изолированном от остального контингента, где за ними устанавливается медицинское наблюдение в течение 15 суток, после чего они переводятся в жилую зону. В период пребывания в карантинном помещении запрещается привлечение осужденных к работам вне этого помещения и посещение их посторонними лицами.

При выявлении в течение срока медицинского наблюдения инфекционных больных, из числа осужденных, проводится комплекс противоэпидемических мероприятий. Длительность медицинского наблюдения в этом случае устанавливается со дня изоляции последнего из заболевших.

Сноска. Пункт 42 с изменениями, внесенными совместным приказом Министра юстиции РК от 12.12.2008 № 338 и Министра здравоохранения РК от 18.12.2008 № 651 (порядок введения в действие см. п. 3).

43. Для своевременного осуществления профилактических и противоэпидемических мероприятий в учреждениях необходимо проводить эпидемиологический анализ за определенный календарный период - месяц, квартал, год (ретроспективный анализ). Кроме того, эпидемиологический анализ проводится в эпидемическом очаге (оперативный эпидемиологический анализ). Эпидемиологический анализ в учреждении проводят специалисты ПГСЭН.

44. При проведении ретроспективного эпидемиологического анализа изучается структура, динамика, уровень заболеваемости среди обслуживаемых лиц. Источник инфекции, особенности путей передачи изучаются по каждой нозологической форме. Кроме того, проводится тщательный анализ причин возникновения эпидемических очагов заболеваний для последующего прогноза инфекционной заболеваемости.

45. Эпидемиологический прогноз проводится для определения тенденции

течения эпидемического процесса в конкретных условиях и дается с учетом результатов эпидемиологического наблюдения, эпидемиологического анализа за истекший период времени года и эпидемиологических особенностей конкретных инфекционных заболеваний. На основании эпидемиологического прогноза начальники медицинских частей разрабатывают предложения по организации профилактики инфекционной заболеваемости среди спецконтингента.

7. Противоэпидемическое обеспечение в учреждениях

1. Система противоэпидемических мероприятий при выявлении инфекционных больных

46. При выявлении инфекционных заболеваний в учреждении начальник медицинской части организует проведение противоэпидемических мероприятий: выявление, изоляцию и госпитализацию больных, консультацию врача-инфекциониста и лечение; текущую и заключительную дезинфекцию; эпидемиологическое расследование с целью выявления и изоляции источника инфекционного заболевания и определения круга, контактных для проведения провизорных мероприятий; медицинское наблюдение, обсервацию или карантин; контроль за проведением санитарно-гигиенических мероприятий; проведение прививок.

47. Своевременное (раннее) выявление инфекционных больных осуществляется медицинскими работниками на амбулаторных приемах, во время медицинских осмотров, а также во время обходов общежитий, камер совместно с администрацией учреждения.

48. Выявленных больных и подозрительных на инфекционное заболевание немедленно помещают в изолированную палату, которая оборудуется при медицинской части учреждения заблаговременно. По эпидемическим показаниям (при массовом поступлении больных) количество их может увеличиваться (под изолированные палаты могут оборудоваться камеры, общежития, школы учреждений). В изолированных палатах врач собирает у больного эпидемиологический анамнез, обследует его, устанавливает диагноз и оказывает ему врачебную помощь. Больных и подозрительных на инфекционное заболевание помещают в изолированные палаты временно до госпитализации или для наблюдения, чтобы исключить возможность распространения инфекционного заболевания. В период нахождения их в изолированных палатах соблюдается противоэпидемический режим работы.

49. Под противоэпидемическим режимом понимается такой порядок организации работы изолированных палат, который обеспечивает полную безопасность для медицинского персонала, исключает возможность заражения внутри палаты и рассеивания инфекции за его пределы, как самим больным, так и обслуживающим персоналом. Противоэпидемический режим определяется эпидемиологическими особенностями конкретной инфекции (механизмом передачи).

Общими требованиями являются:

- раздельное размещение инфекционных больных с разными механизмами передачи инфекции;
- размещение изолированных палат (приспособленных помещений) в удалении на расстоянии не менее 30 метров от объектов питания и водоснабжения;
- обеспечение изолированных палат полным комплектом белья и постельных принадлежностей, посудой, предметами ухода за больными, емкостями для замачивания белья, посуды, мешками для хранения одежды, емкостью с крышкой или другими приемниками для дезинфекции выделений больных, а также дезинфекционными и дезинсекционными средствами;
- гигиеническая помывка, а при показаниях - санитарная обработка поступающих в изолированные палаты больных;
- соблюдение дезинфекционного режима.

50. Инфекционный больной госпитализируется в больницу учреждения (инфекционное отделение, инфекционный бокс) или в отдельных случаях в инфекционную больницу (отделение) органов здравоохранения. Перевозка таких больных совместно с неинфекционными больными и со здоровыми не допускается на всех видах транспорта. Категорически запрещается использовать транспорт, перевозящий пищевые продукты.

Для сопровождения инфекционных больных в инфекционную больницу в обязательном порядке выделяется медицинский работник, который должен иметь при себе медикаменты, необходимые для оказания неотложной помощи, а также предметы ухода за больными в соответствии с характером инфекционного заболевания (ведро для сбора и обеззараживания выделений больного и другое) и дезинфицирующие средства.

Транспорт, на котором перевозился инфекционный больной, подвергается не позднее 2 часов после эвакуации заключительной дезинфекции силами госпитализировавшего учреждения.

51. Противоэпидемические мероприятия при появлении заболеваний проводятся в пределах эпидемического очага. Границы эпидемического очага определяются той территорией (камера, отряд, бригада, учреждение), в пределах которой может действовать механизм передачи данной инфекционной болезни.

Длительность действия эпидемиологического очага определяется максимальным сроком инкубационного периода болезни после устранения источника инфекции и проведения заключительной дезинфекции.

52. Для уточнения и конкретизации перечня противоэпидемических мероприятий начальник медицинской части учреждения и эпидемиолог ПГСЭН проводят эпидемиологическое обследование.

В процессе обследования выявляются предполагаемый источник инфекции, пути и факторы возможного распространения возбудителя в конкретных условиях, определяется круг лиц, подвергшихся опасности заражения.

При эпидемиологическом обследовании по поводу единичных случаев заболеваний начальник медицинской части учреждения проводит: опрос и обследование больного; опрос и обследование контактировавших с ним в очаге; обследование внешней среды, в том числе и лабораторное.

Опрос и обследование проводятся целенаправленно в соответствии с эпидемиологическими особенностями конкретной инфекции и с использованием лабораторных методов исследований в целях установления источника инфекции и путей передачи. Данные эпидемиологического обследования используются для коррекции мероприятий, проводимых в очаге.

При эпидемиологическом обследовании по поводу групповых заболеваний (эпидемической вспышки) начальник медицинской части учреждения совместно с эпидемиологом ПГСЭН, кроме перечисленных выше мероприятий, проводит анализ распределения заболеваемости по отрядам, бригадам, камерам, срокам возникновения заболеваний, особенностям быта заболевших и другим признакам в соответствии с конкретными условиями. Задачей такого обследования является установление источника и путей передачи инфекции для каждого из заболевших и выяснение всего механизма развития группового заболевания.

53. О каждом случае возникновения инфекционного заболевания начальник медицинской части докладывает начальнику учреждения с одновременным извещением вышестоящего медицинского начальника, а также не позднее 12 часов с момента установления диагноза отсылает в ПГСЭН экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, необычной реакции на прививку. Ответственность за своевременность извещения возлагается на начальника учреждения. Во время эпидобследования составляется карта эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания по установленной форме, которая в дальнейшем направляется в ПГСЭН.

54. В эпидемическом очаге проводятся противоэпидемические режимно-ограничительные мероприятия, содержание которых зависит от характера инфекции, особенностей размещения спецконтингента в учреждениях.

Выделяют три категории противоэпидемических режимно-ограничительных мероприятий :

усиленное медицинское наблюдение;
обсервация;
карантин.

55. Усиленное медицинское наблюдение направлено на активное выявление инфекционных больных с последующей их изоляцией и госпитализацией. Активное выявление инфекционных больных осуществляется путем опроса, осмотра, термометрии, лабораторных исследований.

Усиленное медицинское наблюдение вводится по указанию начальника медицинской части учреждения.

56. Обсервация вводится приказом начальника учреждения по представлению начальника медицинской части.

Обсервация предусматривает:
усиленное медицинское наблюдение;
ограничение поступления осужденных в учреждение. В случае поступления этапа в учреждение, где введена обсервация, прибывшие осужденные размещаются отдельно, а вопрос об убытии из учреждения решается в каждом конкретном случае индивидуально;
ограничение или прекращение свиданий с родственниками;
проведение специальных лечебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий.

57. Карантин предусматривает проведение следующих мероприятий:
полную изоляцию спецконтингента, запрещение выезда из учреждения и въезда в него, перемещения осужденных внутри учреждения;
усиленное медицинское наблюдение;
специальные лечебно-профилактические и противоэпидемические мероприятия.

Материально-техническое снабжение учреждения осуществляется через перегрузочные площадки. Внутри учреждения производится разобщение осужденных по отрядам с максимальной изоляцией их друг от друга и организацией питания через передаточные пункты.

Для обеспечения выполнения условий карантина учреждения организуется по усиленному варианту несения службы. Карантин в учреждении устанавливается приказом руководства территориальных органов уголовно-исполнительной системы по представлению органов санитарно-эпидемиологического надзора.

Временно запрещаются свидания и посещение учреждений, о чем извещается надзирающий прокурор.

2. Противоэпидемические мероприятия при отдельных инфекционных заболеваниях

58. Мероприятия по предупреждению кишечных инфекций проводятся комплексно и постоянно. Основными санитарно-профилактическими мероприятиями являются:

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

лабораторное обследование декретированного контингента в соответствии с действующими нормативными правовыми актами;

проведение профилактической дезинфекции и дезинсекции (обеззараживание помещений, канализованных и неканализованных уборных, нечистот и сточных вод, мест сбора мусора и отходов, борьба с мухами, обеззараживание воды, используемой для питья и хозяйственно-бытовых нужд, дезинфекция автономных систем водоснабжения и емкостей для доставки и хранения воды, обеззараживание кухонного инвентаря и столовой посуды);

медицинский контроль за соблюдением спецконтингентом основных требований личной гигиены и за созданием надлежащих условий для соблюдения гигиенических правил;

раннее выявление (в первые сутки), изоляция и госпитализация больных дизентерией, а также больных другими острыми кишечными инфекционными заболеваниями;

медицинское наблюдение (с бактериологическим обследованием) за лицами, находившимся в контакте с больными по показаниям, и профилактическое ф а г и р о в а н и е их;

организация и проведение профилактических прививок подлежащего контингента против брюшного тифа;

проведение санитарно-просветительной работы среди спецконтингента.

59. Медицинскому контролю подлежит спецконтингент, задействованный на постоянной работе на объектах питания и водоснабжения, в число этих лиц входят повара, хлеборезы, кладовщики, постоянные кухонные работники, водители продовольственных фургонов и цистерн для воды, слесари и другой персонал, обслуживающий водозаборные сооружения и водопровод.

Ответственность за нарушение сроков обследования работников объектов питания и водоснабжения несут начальники соответствующих служб.

60. Медицинский осмотр спецконтингента, назначаемого на работу на кухню, проводится перед заступлением их в наряд медицинским работником, о чем делается отметка в журнале медосмотра работников пищеблока на гнойничковые

заболевания кожи и подкожной клетчатки.

Лица, состоящие под диспансерным наблюдением после заболеваний острыми кишечными инфекциями или страдающие хронической формой дизентерии, в наряд на кухню не назначаются.

61. Больные с неустановленным диагнозом, лихорадящие в течение 3-х и более дней обследуются на брюшной тиф. У больного исследуют кровь на гемокультуру и кал на копрокультуру, применяют в динамике методы серологической диагностики (реакция Видаля, Vi - гемагглютинация, реакция пассивной гемагглютинации с цистеиновой пробой).

62. Переболевшие сальмонеллезом, брюшным тифом подлежат учету и диспансерному наблюдению.

Данные о состоянии здоровья переболевшего в период проведения диспансерного наблюдения, а также результаты лабораторных и клинических обследований заносятся в медицинскую амбулаторную карту обследуемого. Материал для лабораторного исследования в период диспансерного наблюдения забирается и доставляется в лаборатории медицинскими работниками учреждений.

63. Противоэпидемические мероприятия направлены на ликвидацию очагов и проводятся на основе результатов эпидемиологического обследования единичных или групповых заболеваний острыми кишечными инфекциями.

64. Эпидемиологическое обследование единичных заболеваний острыми кишечными инфекциями проводится врачом (начальником) медицинской части и преследует следующие цели:

определить место заражения больного;
определить возможные пути передачи возбудителя (пища - какая именно, когда и где употреблялась, вода - откуда, из какого источника и когда употреблялась);

определить круг лиц, подвергавшихся риску заражения.

Для решения этих задач проводится:

опрос и обследование больного;
опрос и обследование контактных в очаге;
осмотр и обследование объектов внешней среды в пределах учреждения.

При опросе больного собирается эпидемиологический анамнез. При этом выясняется:

дата начала заболевания;
болел ли ранее кишечными инфекциями (когда, где лечился);
характер питания и водопользования;
где пребывал заболевший в течение максимального срока инкубационного периода до начала болезни (для решения вопроса о месте заражения);

клинические особенности данного заболевания.

Проводится выявление лиц, которые могли заразиться вместе с больным (или от него). В случае установления факта заражения внутри учреждения проводится бактериологическое обследование работников питания и переболевших.

В соответствии с данными, полученными при опросе больного и других лиц, обследуются элементы внешней среды (объекты питания и водоснабжения, места пребывания больного, уборные, территории) в целях выяснения условий, при которых могло произойти заражение больного.

65. Эпидемиологическое обследование групповых заболеваний (вспышек) осуществляется врачом-эпидемиологом при участии начальника (врача) медицинской части. До прибытия врача-эпидемиолога начальник (врач) медицинской части обязан самостоятельно начать эпидемиологическое обследование и на его основе - проведение необходимых противоэпидемических мероприятий.

Основной целью эпидемиологического обследования является установление типа и характера вспышки, а также условий, способствовавших ее развитию.

Основным приемом эпидемиологического обследования групповых заболеваний является изучение динамики и структуры заболеваемости острыми кишечными инфекциями в период вспышки и предшествующий ей период с учетом условий работы, быта осужденных, особенностей их питания и водоснабжения.

В ходе эпидемиологического обследования в целях уточнения предполагаемых причин, обусловивших вспышку, собираются данные о санитарном состоянии отдельных объектов очага (объектов питания и водоснабжения, очистки территории). Структура заболеваемости по отрядам сопоставляется с условиями труда и быта заболевших и другими факторами, которые могли способствовать развитию вспышки. Одновременно проводятся лабораторные исследования воды, подозреваемых пищевых продуктов и смывов с инвентаря пищеблока, а также бактериологическое обследование работников питания, переболевших.

66. Завершающим этапом эпидемиологического обследования является анализ и обобщение всех собранных материалов. На основании сопоставления фактов и критической оценки всех данных формируются окончательные выводы об источниках инфекции, путях передачи и условиях, способствовавших возникновению острых кишечных инфекций. Эти выводы используются для определения объема и характера противоэпидемических мероприятий и их целенаправленного проведения, обеспечивающего в конкретных условиях наиболее быстрый эффект.

67. При появлении в учреждении хотя бы единичных кишечных

инфекционных заболеваний противоэпидемические мероприятия начинаются сразу после выявления больного.

Начальник медицинской части должен: организовать немедленную изоляцию и госпитализацию больного; доложить об этом начальнику учреждения и вышестоящему медицинскому начальнику, направить в территориальный ПГСЭН, экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку; организовать проведение заключительной дезинфекции в очаге; установить медицинское наблюдение в течение 7 суток при дизентерии, 21 - при брюшном тифе, 35 - при вирусном гепатите А за лицами, контактировавшими с больными в эпидемических очагах, лабораторным обследованием по показаниям и запрещением включения их в течение этого времени в состав наряда по кухне; провести работу по исключению возможности симулятивных проявлений заболевания;

усилить контроль за питанием и водоснабжением, очисткой территории.

68. При возникновении эпидемической вспышки острых кишечных инфекций помимо мероприятий, предусмотренных выше, дополнительно проводятся:

1) при вспышке пищевого характера: изъятие из употребления подозрительных продуктов, блюд или их остатков с последующим направлением проб на экспертизу в санитарно-эпидемиологическое учреждение;

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

тщательная уборка продовольственно-пищевых объектов с применением моющих, дезинфицирующих средств, кипячение посуды и инвентаря;

усиление контроля за соблюдением правил личной гигиены работниками питания и лицами наряда на кухне;

2) при вспышке водного характера: выявление и устранение причин загрязнения системы водоснабжения или отдельных ее элементов;

дезинфекция водопроводных сооружений, емкостей для воды или источников воды;

немедленное обеспечение спецконтингента доброкачественной водой.

Очаг считается ликвидированным, если по истечении 7 суток при дизентерии (21 день при брюшном тифе, 35 - при вирусном гепатите А) после изоляции последнего больного и проведения заключительной дезинфекции в очаге не появились новые больные и не выявлены бактерионосители.

69. При проведении противоэпидемических мероприятий должны учитываться следующие эпидемиологические особенности инфекций:

1) при дизентерии:

в связи с тем, что острая бактериальная дизентерия протекает стерто, по каждому случаю заболевания колитом, энтеритом и энтероколитом среди спецконтингента в учреждении необходимо проводить весь комплекс противоэпидемических мероприятий как при дизентерии;

2) при брюшном тифе и паратифах:

для облегчения эпидемиологического анализа в случае возникновения тифопаратифозных заболеваний, при которых данный носитель может быть заподозрен как источник инфекции, у каждого хронического носителя бактерий брюшного тифа и паратифов определяется фаготип выделяемых им бактерий и отражается в медицинской амбулаторной карте.

При убытии носителя в другое учреждение или освобождении, данные о нем сообщаются в ПГСЭН;

3) при холере проводится:

постоянный эпидемиологический анализ заболеваемости острыми кишечными инфекциями;

бактериологическое обследование на холеру лиц, с дисфункцией желудочно-кишечного тракта, лиц, без определенного места жительства (при поступлении в учреждение), больных с острыми кишечными инфекциями, декретированных групп;

вскрытие с бактериологическим обследованием на холеру всех умерших от острых кишечных заболеваний в учреждениях, а также во всех случаях, когда на секции выявлены специфические изменения, характерные для холерной инфекции, или если другие причины смерти не установлены.

70. При вирусном гепатите А (инфекционный гепатит) наибольшую эпидемиологическую опасность представляет заболевший в продромальном (преджелтушном периоде). У большинства больных выделение возбудителя прекращается после появления желтухи. Больных изолируют не менее чем на 3 недели с начала желтухи или на 28 дней с начала заболевания.

За лицами, бывшими в контакте с заболевшими вирусным гепатитом А, а также всеми работниками пищевых и приравненных к ним объектов, устанавливается медицинское наблюдение (термометрия, контроль за цветом мочи и кожи, склер глаз, определение размеров печени и селезенки и т.д.) в течение 35 дней не реже 1 раза в неделю.

Лабораторное обследование лиц, общавшихся с больными (определение аланинаминотрансферазы или фруктозо-1-фосфатаальдозазы), проводятся по назначению терапевта и при наличии показаний (рост числа острых

респираторных заболеваний, особенно сопровождающихся увеличением печени, наличие гепатолиенального синдрома неясной этиологии, немотивированного подъема температуры).

71. Основные мероприятия по предупреждению воздушно-капельных инфекций:

гигиеническое содержание (соблюдение температурного режима, режима проветривания, уборки) общежитий, камер, пищеблоков, клубов и других помещений;

активное выявление и своевременная изоляция заболевших любым респираторным заболеванием;

профилактические прививки.

При нарастании заболеваемости проводятся изоляционно-ограничительные мероприятия.

72. Наиболее эффективной мерой борьбы с гриппом является вакцинопрофилактика, которая проводится перед эпидемическим подъемом инфекции.

73. При дифтерии источником инфекции являются больные и бактерионосители, причем опасность представляют только те носители, которые выделяют токсигенные штаммы дифтерийной палочки. Поэтому в очагах дифтерии лица, имевшие контакт с больными, подвергаются медицинскому наблюдению в течение 7 суток и одномоментному бактериологическому обследованию и вакцинации (если они не были привиты). При выявлении больных дифтерией или носителя возбудителя дифтерии, они подлежат госпитализации в инфекционный стационар. Контактным в очагах после бактериологического обследования проводится антибиотикопрофилактика.

В целях раннего выявления дифтерии осуществляется активное наблюдение за больными ангинами с патологическими наложениями на миндалины (включая паратонзиллярные абсцессы) в течение 3 дней с начала заболевания. Проводится однократное бактериологическое обследование на дифтерию при первом обращении за медицинской помощью.

Появление заболеваний дифтерией на территории дислокации учреждения является основанием для госпитализации больных с тяжелыми формами ангин.

Реконвалесценты и носители токсигенных коринебактерий могут находиться среди здоровых только после получения отрицательных результатов однократного бактериологического обследования.

74. Заболевший менингитом подлежит немедленной госпитализации.

Реконвалесценты допускаются в камеру (отряд) после одного отрицательного результата бактериологического обследования, проведенного не ранее 5 дней после выписки из стационара.

Контактные лица подвергаются вакцинации и медицинскому наблюдению в течение 10 дней (осмотр зева и носоглотки, кожных покровов и термометрия 2 раза в сутки) и однократному бактериологическому обследованию. Особое внимание уделяется выявлению лиц с хроническими и острыми воспалительными явлениями в зеве и носоглотке и имеющих высыпания на коже неясной этиологии.

При наличии патологических изменений в зеве и носоглотке больных изолируют в медицинскую часть учреждения и проводят лечение. Лица с неясными высыпаниями на коже госпитализируются с подозрением на менингококкцемию.

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

Через 3 дня после окончания курса санации однократно проводится бактериологическое обследование.

Носители после санации могут находиться среди здоровых при наличии одного отрицательного бактериологического анализа.

При длительном носительстве (свыше 1 месяца) и отсутствии воспалительных изменений в носоглотке носитель может находиться среди здоровых.

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

В помещении проводится ежедневная влажная уборка и частое проветривание, облучение ультрафиолетовыми и бактерицидными лампами, максимальное разуплотнение камер до закрытия очага.

Вакцинация менингококковой вакциной по эпидпоказаниям проводится при подъеме заболеваемости и превышении его уровня более 20,0 на 100 тыс. населения по решению МЗ.

75. При обращении за медицинской помощью и активном выявлении в очаге сыпного тифа температурающих больных активно наблюдают с проведением ежедневной термометрии. Все лихорадящие больные с симптомами сыпного тифа подлежат госпитализации в больницу, с не установленным до 5-го дня болезни диагнозом - провизорной госпитализации.

Лихорадящие больные с диагнозом заболеваний, не исключаящим сыпной тиф (грипп, пневмония, энцефалиты), в случае продолжения лихорадки более 5 дней подлежат обязательному серологическому обследованию с 6-го дня болезни с интервалом 3-5 дней в начале заболевания и с интервалом 7-10 дней в стадии реконвалесценции.

Лица, общавшиеся с заболевшим сыпным тифом, подвергаются обследованию и наблюдению:

в отношении имевших контакт с больными только во время инкубационного периода (исключая последний день инкубации) путем опроса, а по показаниям и при помощи реакции связывания комплемента в комбинации с реакцией гемагглютинации выясняется, не перенес ли кто-либо из них сыпной тиф за последние 3 месяца;

общавшиеся с больным в период с последнего дня инкубации до госпитализации его в инфекционное отделение больницы подвергаются 25-ти дневному наблюдению, считая от момента проведения санитарной обработки, с ежедневной термометрией;

в отношении лиц, общавшихся с больным как в период инкубации, так и во время его заболевания, проводится весь комплекс мероприятий, изложенных выше.

Лица из числа контактных с выявленным повышением температуры, подлежат немедленной госпитализации для уточнения диагноза в условиях стационара медицинской части.

Лабораторное обследование всех других лиц, бывших в контакте (при помощи реакции связывания комплемента (далее - РСК), реакции гемагглютинации (далее - РГА) или реакции агглютинации (далее - РА), проводится с целью выявления источника инфекции. Показанием к проведению такого исследования является при отсутствии педикулеза: перенесенные в течение последних 3 месяцев до выявления очага лихорадочные заболевания (независимо от их диагноза и длительности лихорадки), при наличии педикулеза обследуются все лица, находившиеся в контакте с больными сыпным тифом.

Больные и все лица, бывшие в контакте с больным, подлежат обязательному осмотру на педикулез до санитарной обработки.

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

Контактные проходят санитарную обработку в санитарном пропускнике или приспособленной для этих целей бане с соблюдением правил поточности.

Мероприятия по профилактике сыпного тифа направлены на выявление и полную ликвидацию завшивленности среди осужденных.

76. В противопедикулезные мероприятия входят как комплекс общих мероприятий, направленных на соблюдение должного санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов в коллективах, так и специфические меры по санации людей, у которых обнаружен педикулез.

Обеспечение условий, необходимых для соблюдения санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов в организованных коллективах (обеспеченность санпропускниками, банями, прачечными,

душевыми, горячей водой, сменным бельем), возлагается на начальников учреждений .

Начальник медицинской части должен организовывать и проведение плановых осмотров спецконтингента с целью выявления и санации лиц с педикулезом. Ответственность за проведение противопедикулезных мероприятий несет администрация учреждения.

Учету подлежат (в журнале учета инфекционных заболеваний) лица, у которых при осмотре выявлены как жизнеспособные, так и нежизнеспособные вши в любой стадии развития (яйцо-гнида, личинка, взрослое насекомое).

О каждом выявленном случае педикулеза медицинский работник должен сообщить в П Г С Э Н .

Срок наблюдения очага педикулеза - 1 месяц с проведением осмотров на педикулез в очаге 1 раз в 10 дней.

Очаг педикулеза считается санированным при отрицательных результатах трехкратного обследования с интервалом между ними 10 дней. Контроль за санацией очагов ведут медицинские работники медицинских частей. Выборочный контроль осуществляют работники П Г С Э Н .

Медицинские части должны иметь специальные укладки, предназначенные для проведения противопедикулезных обработок.

Спецконтингент подлежит осмотру на педикулез не реже 4 раз в год, а также при поступлении в учреждение и выбытии из него. Осмотр проводит медицинский персонал. Осмотр проводится также при обращении за медицинской помощью, при диспансеризации и при поступлении на стационарное лечение соответственно работниками медицинских частей и больниц. Лица, поступающие в стационар, осматриваются медицинской сестрой приемного отделения, а при длительном лечении - медицинской сестрой лечебных отделений не реже 1 раза в 10 дней. Запрещается отказывать в госпитализации по основному заболеванию из-за выявленного педикулеза.

77. В целях обеспечения раннего выявления больных малярией и паразитоносителей организовывается обследование на малярию по клинико-эпидемиологическим показаниям путем опроса и взятия крови:

у лиц, прибывших из неблагополучных по малярии стран при повышении температуры в течение трех дней независимо от диагноза, ознобе, недомогании, герпесе, гепатоспленомегалии и анемии неясной этиологии;

у лиц при повышении температуры в течение двух месяцев после переливания крови ;

у доноров перед сдачей крови ;

у лиц переболевших малярией, при любом заболевании, сопровождающимся повышением температуры ;

у лиц при любом заболевании, сопровождающемся повышением температуры
в течение трех дней ;

у лиц при заболеваниях с продолжающимися периодическими подъемами температуры, несмотря на проводимое в соответствии с установленным диагнозом лечение .

78. Для профилактики туляремии в природных очагах проводится вакцинация спецконтингента .

При развитии эпизоотии среди мышевидных грызунов, а также при появлении больных в результате этой эпизоотии активизируются дератизационные мероприятия .

79. Профилактика бруцеллеза в учреждениях сводится к строгому медицинскому контролю за продуктами животного происхождения, предназначенными для питания осужденных. При наличии подсобного хозяйства начальник медицинской части обязан организовать профилактические мероприятия во взаимодействии с ветеринарной службой.

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

Вскрывать погибших от сибирской язвы животных запрещается.

81. Для предупреждения заболеваемости клещевым энцефалитом во время пребывания спецконтингента в природном очаге необходимо принимать меры по индивидуальной защите от нападения клещей:

одежда должна препятствовать проникновению под нее клещей; периодически (через 2-4 часа) для обнаружения проникающих и присосавшихся клещей проводить само- и взаимоосмотры (присасывание клещей безболезненно) ;

импрегнировать одежду отпугивающими средствами - репеллентами; обрабатывать инсектицидами (жидкие формы, аэрозоли) ограниченные участки местности, в которых спецконтингент пребывает особенно часто.

Спецконтингент в эндемичных регионах подвергается прививкам.

82. Профилактика геморрагической лихорадки с почечным синдромом (далее - ГЛПС) и борьба с ней осуществляются путем проведения дератизационных мероприятий, предотвращения проникновения грызунов в общежития, на пищевые объекты (склады, пищеблоки) и контакта их с продуктами.

83. Профилактика мероприятий в очагах Ку-лихорадки сводится к термической обработке молока и молочных продуктов, ветеринарно-санитарному контролю за животными, периодической дезинфекции помещений, в которых содержится скот.

84. Профилактика лептоспирозов обеспечивается дератизационными и

ветеринарно-санитарными мероприятиями в отношении сельскохозяйственных животных, а также защитой мест забора воды и мест купания от возможного попадания выделений домашних животных. Кроме того, проводится обеззараживание воды, используемой для питья и хозяйственных нужд.

85. Для предупреждения возникновения заболевания столбняком в случае травм необходимо проводить экстренную профилактику (хирургическая обработка и создание иммунологической защиты).

86. При подозрении на ботулизм необходимо провести эпидемиологическое обследование.

Лицам, употреблявшим одновременно с больным продукты, которые вызвали ботулинистическую токсикоинфекцию или при подозрении на нее, вводится противоботулинистическая сыворотка.

87. Все заболевшие острой формой вирусного гепатита, а также больные хронической формой в период обострения подлежат обязательной госпитализации в инфекционные палаты.

В стационарах для госпитализации больных вирусным гепатитом должен соблюдаться соответствующий противоэпидемический режим. Белье, посуда, медицинский инструментарий, предметы ухода за больными подлежат обеззараживанию.

Больные вирусным гепатитом не допускаются в общие перевязочные, процедурные и специальные кабинеты (стоматологические, гинекологические, урологические, рентгенологические), для таких больных выделяются особые часы приема. В этих кабинетах обеспечивается соответствующий режим (смена и стерилизация инструментария, предметов ухода).

88. Лица с положительным результатом иммуноблотинга на ВИЧ и клиническими проявлениями госпитализируются для дальнейшего обследования и симптоматического лечения в стационар. Лица с положительным результатом иммуноблотинга без клинических проявлений подлежат диспансерному наблюдению, а также расширенному иммунологическому обследованию. В случае положительного результата при иммунологическом обследовании они также подлежат госпитализации для развернутого клинического обследования и уточнения диагноза.

Постановка клинического диагноза и диспансерное наблюдение за ВИЧ-инфицированными осуществляется в соответствии с классификацией Покровского.

3. Профилактические прививки

89. Начальник учреждения должен обеспечить доставку, хранение и использование вакцин и других медицинских иммунобиологических препаратов в соответствии с требованиями нормативных актов.

90. Планирование потребности и расчет бактериальных препаратов осуществляется на основе методических указаний с учетом эпидситуации территории, на которой расположено учреждение. Расчет препаратов для специфической иммунизации необходимо проводить в соответствии с численностью контингента, подлежащего проведению прививок в планируемом году. При расчете следует учитывать расход препарата на разлив в пределах до 10%. Определение заявляемого количества по каждой номенклатуре препаратов необходимо проводить при составлении заказа-заявки с учетом: количества израсходованного препарата за истекший период; остатка препарата предшествующего года; ожидаемого остатка препарата на конец текущего года; необходимости своевременного освежения неснижаемых запасов препаратов.

Заказ-заявка должна подаваться в ПГСЭН в установленные ими сроки для включения ее в заявку, подаваемую ПГСЭН в УГСЭН.

91. Перечень инфекционных заболеваний, против которых проводятся профилактические прививки, группы населения, подлежащие плановым профилактическим прививкам, правила проведения прививок утверждены постановлением Правительства Республики Казахстан от 23 мая 2003 года N 488 "О мерах по улучшению вакцинации населения против инфекционных заболеваний".

92. Общее руководство проведением прививок в учреждениях осуществляется медицинскими службами органов юстиции Республики Казахстан. Непосредственная организация прививок и контроль за их проведением возлагаются на начальника учреждения.

93. К проведению профилактических прививок допускаются лица с высшим и средним медицинским образованием, имеющие допуск к проведению прививок. Допуск выдается специально созданной комиссией ежегодно.

Ответственность за организацию прививок, подготовку специалистов, проводящих профилактические прививки, возлагается на руководителей медицинских организаций, осуществляющих прививки.

Весь инструментарий, используемый при проведении профилактических прививок (шприцы, иглы, скарификаторы) должны быть одноразового использования.

Перед проведением прививок медицинский работник тщательно проверяет качество вакцины, маркировку, целостность ампулы (флакона), соответствие вакцины растворителю и прилагаемой к препарату инструкции.

Проводится осмотр прививаемого лица врачом, при его отсутствии - опытным фельдшером, с оформлением допуска к прививке в медицинской документации прививаемого. Проводит разъяснительную работу с прививаемыми о необходимости обращения за медицинской помощью, в случае возникновения необычной реакции на вакцинацию.

Привитые лица в течение 30 минут должны находиться под наблюдением медицинского работника, проводившего прививку для принятия мер в случае возникновения необычных реакций на введение вакцины. В последующие 1-3 дня на введение анатоксинов, на 5-10 день после введения живых вакцин, привитые должны наблюдаться медицинскими работниками на случай регистрации поствакцинальных осложнений и оказания своевременной медицинской помощи.

94. Перед введением чужеродной сыворотки (гамма-глобулина) ставят внутрикожную пробу для выявления чувствительности к чужеродному белку. Проба ставится со специально приготовленной и разведенной сывороткой для внутрикожной пробы (она обычно вкладывается в коробки с гетерологичными препаратами) или при ее отсутствии с сывороткой, которую собираются вводить, причем для этой цели ее специально разводят.

95. Антибиотики (пенициллинового и тетрациклинового ряда, левомецетин) как средства экстренной профилактики назначаются лицам, бывшим в контакте с больными и которым угрожает опасность заражения чумой, сибирской язвой, туляремией, бруцеллезом, сыпным тифом.

4. Дезинфекция, дезинсекция и дератизация

96. Дезинфекция включает в себя собственно дезинфекцию, дезинсекцию и дератизацию.

Исходя из санитарного и эпидемиологического значения, дезинфекцию подразделяют на профилактическую и очаговую, последняя в свою очередь делится на текущую и заключительную.

97. Профилактическая дезинфекция проводится систематически с целью предупреждения возникновения инфекционных заболеваний путем заблаговременного уничтожения патогенных микроорганизмов, членистоногих и грызунов в местах их возможного скопления: столовых, общежитиях, клубах, парикмахерских, прачечных, банях, умывальных комнатах, туалетах, других помещениях учреждений.

98. Текущая дезинфекция проводится в стационарах медицинских частей учреждений, больницах, туберкулезных исправительных учреждениях, изолированных участках исправительных учреждений для диспансерного

наблюдения за больными туберкулезом, а также в любых других помещениях, где временно или постоянно содержатся больные. Это необходимо для предупреждения распространения возбудителей инфекционных заболеваний за пределы очага.

99. Заключительная дезинфекция проводится однократно в помещении, где находился инфекционный больной (после его госпитализации, изоляции, перевода, освобождения или смерти), с целью полного обеззараживания инфекционного очага от возбудителя инфекции. Обеззараживанию подлежат само помещение, мебель, постельные принадлежности, личные вещи больного.

Заключительная дезинфекция проводится в первые часы после изоляции инфекционного больного.

Качество дезинфекционных работ проверяется бактериологическим контролем на санитарно-показательную флору.

100. Дезинфекционные мероприятия в учреждениях проводятся дезинфекторами под руководством врачей или фельдшеров медицинских частей.

101. Потребности в дезинфекционных средствах и материалах определяются объемом и характером дезинфекционных работ, предусматриваемых на соответствующий период времени, применительно к плану противоэпидемических и профилактических мероприятий.

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

Потребность в дезинфекционных средствах для учреждения определяется начальником медицинской части в соответствии с существующими нормами расхода дезинфекционных средств.

102. Дезинфекционные мероприятия при различных инфекционных заболеваниях проводятся в соответствии с актами. Режим дезинфекции отдельных объектов при кишечных инфекциях проводится в соответствии с нормативными правовыми актами МЗ.

Приложение 3
утверждено совместным приказом
Министра юстиции Республики Казахстан
от 25 мая 2004 г. N 145 и
Министра здравоохранения Республики Казахстан
от 7 мая 2004 г. N 405
"Об утверждении нормативных правовых актов,
регулирующих лечебно-профилактическое обеспечение и

санитарно-эпидемиологическое благополучие лиц,
содержащихся в исправительных учреждениях
и следственных изоляторах органов юстиции
Республики Казахстан"

Инструкция

по организации лечебно-профилактических мероприятий в отношении лиц, страдающих отдельными заболеваниями

1. Организация лечебно-профилактических мероприятий в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами

1. Перед проведением медицинского обследования лиц, содержащихся в учреждениях, врач знакомится с материалами личного дела и медицинской документацией на предмет выявления лиц, состоящих до ареста на учете в психоневрологическом диспансере (далее - ПНД), направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу или ее проходивших.

В случае необходимости из ПНД запрашиваются выписки из медицинских карт амбулаторного больного и копии актов судебно-психиатрических экспертиз из учреждений, где данная экспертиза проводилась. Определение наличия или отсутствия психического расстройства у обследуемого лица является исключительной компетенцией врача-психиатра. В случае отсутствия в учреждении врача-психиатра для этих целей должны привлекаться врачи-психиатры лечебно-профилактических организаций органов здравоохранения (по согласованию).

Подробному медицинскому обследованию врачом-психиатром должны подвергаться лица, которые совершают действия, дающие основания предполагать наличие у них психических расстройств, часто обращающиеся с жалобами невротического характера, или обнаруживающие отклонения в поведении (эмоционально возбудимые, часто совершающие внешне немотивированные поступки, нарушающие режим содержания, конфликтные лица и лица, склонные к совершению аутоагрессивных и суицидальных действий), а также ранее состоявшие на учете в ПНД, признанные судебно-психиатрической экспертизой вменяемыми, но имеющие психические расстройства.

Диагноз психического заболевания устанавливаются только врачом-психиатром. Постановка на диспансерный учет и снятие с диспансерного

учета осуществляется только комиссионным решением врачебно-консультативной комиссией (далее - ВКК) медицинской части учреждения .

2. Лица, направляемые на обследование к врачу-психиатру делятся на две основные группы :

1) группа консультативного учета: больные с невротическими расстройствами, требующими временного лечения, а не постоянного наблюдения; лица, страдающие психическими расстройствами при наличии глубоких стойких ремиссий, в состояниях компенсации; прочие, направленные на осмотр в порядке консультации, при условии, что они не обнаружили нарушений в психической сфере.

Больные этой группы специальному учету не подлежат;

2) группа диспансерного учета: больные со всеми формами психических заболеваний независимо от стадии процесса, в том числе и с резидуальными явлениями, лица с патологическим развитием личности (психопатии), олигофренией, эпилепсией, страдающие органическими поражениями центральной нервной системы с теми или иными психическими нарушениями ;

лица, страдающие тяжелыми формами неврозов, реактивными состояниями.

3. Постановка на диспансерный учет и снятие с диспансерного учета осуществляется только решением ВКК медицинской части учреждения.

4. На каждого больного, взятого на консультативный и диспансерный учет, а также на лиц, которым судом определено принудительное амбулаторное наблюдение и лечение по поводу психических расстройств, не исключающих вменяемости, заполняется Карта наблюдения за лицом с психическими (наркологическими) расстройствами и контрольная карта диспансерного наблюдения за психически больным. При переводе осужденного в другое учреждение Карта приобщается к материалам личного дела вместе с амбулаторной картой осужденного.

5. Лечение психически больных в учреждении может осуществляться амбулаторно или в стационаре медицинской части. Лицам, которым назначена судебно-психиатрическая экспертиза, лечебные мероприятия по поводу психического расстройства осуществляются только при остром психотическом состоянии, наличии судорожных припадков и тяжелых декомпенсаций. Лицам, признанным невменяемыми, лечебные мероприятия осуществляются в стационаре медицинской части с обязательной их изоляцией от остального контингента. Больные, находящиеся в стационаре медицинской части учреждения с психическим заболеванием, осматриваются врачом-психиатром

учреждения ежедневно. В случае отсутствия врача-психиатра лечебные мероприятия осуществляются начальником медицинской части или врачом-терапевтом по рекомендациям врача-психиатра лечебно-профилактических организаций территориальных органов здравоохранения. Результаты осмотра вносятся в Медицинскую карту стационарного больного. При выписке больного из стационара составляется подробный эпикриз, который переносится в Карту наблюдения за психическим (наркологическим) больным).

6. Стационарная помощь лицам с острыми психотическими состояниями и частыми декомпенсациями заболевания, длительно не купирующимися в условиях медицинской части, оказывается в психиатрической больнице (отделении) уголовно-исполнительной системы. До выхода больного из острого состояния записи на него ведутся ежедневно, в дальнейшем - не реже 1 раза в 3 дня. При длительном нахождении больного в стационаре каждые 3 месяца составляется этапный эпикриз. При выписке больного из больницы (отделения) составляется подробный заключительный эпикриз с обязательными медицинскими рекомендациями по вопросам его амбулаторного наблюдения, лечения и рационального трудоустройства.

7. Углубленное и всестороннее обследование больных в стационаре является обязательным при решении вопроса об освобождении осужденного от отбывания наказания в связи с болезнью. Психиатрическое освидетельствование проводится врачебной комиссией, состоящей из врачей исправительных учреждений. В составе комиссии должно быть не менее 2 врачей-психиатров. Данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии психического здоровья обследуемого фиксируются в медицинской документации. По результатам составляется акт психиатрического освидетельствования осужденного.

Данная категория больных не возвращается по месту прежнего содержания, а находится в больнице (отделении) до окончательного решения судебных органов. В случае освобождения осужденного и применения к нему по решению суда принудительных мер медицинского характера в больнице со строгим или усиленным наблюдением, он этапируется в нее в установленном порядке.

2. Организация лечебно-профилактических мероприятий в отношении лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией (токсикоманией)

8. Осужденные, подлежащие принудительному лечению по поводу алкоголизма или наркомании, содержатся в специализированных учреждениях.

Принудительное лечение больных алкоголизмом (наркоманией, токсикоманией) проводится на основании решения суда в медицинской части специализированного учреждения врачом психиатром-наркологом, а при его отсутствии - врачом-терапевтом или начальником медицинской части.

9. При поступлении в учреждение осужденные, которым определено принудительное лечение от алкоголизма или наркомании (токсикомании), должны быть в трехдневный срок осмотрены врачом психиатром-наркологом, который в первой же беседе знакомит больного с основными положениями организации и проведения принудительного лечения в учреждении. Данные осужденные ставятся на диспансерный учет. На каждого осужденного данной категории заводится контрольная карта диспансерного наблюдения за психически (наркологическим) больным и медицинская карта амбулаторного наркологического больного. Лечение должно быть непрерывным на протяжении всего этапа лечения по поводу алкоголизма и наркомании (токсикомании). После завершения курса активного лечения по поводу алкоголизма (наркомании, токсикомании) назначается поддерживающее лечение.

Не рекомендуется проводить плановое специфическое лечение по поводу алкоголизма (наркомании, токсикомании) лицам, содержащимся в помещении камерного типа (далее - ПКТ).

10. Отказ от лечения является нарушением режима содержания и после того, как исчерпаны все методы психотерапевтического воздействия, осужденный наказывается правами начальника учреждения по представлению начальника медицинской части.

11. Осужденным, допустившим "срывы" лечения, проводится противорецидивная терапия. Под "срывом" лечения следует понимать употребление осужденными, находящимися на принудительном лечении, алкоголя, его суррогатов, наркотических и других веществ, вызывающих одурманивание.

12. Перевод осужденных, не закончивших курс принудительного лечения, из специализированного учреждения в другое может быть осуществлен лишь в случае крайней необходимости. При этом должен быть составлен подробный эпикриз о состоянии больного и приведенном лечении по поводу алкоголизма (наркомании, токсикомании).

13. При выявлении у осужденного, не подлежащего принудительному лечению, хронического алкоголизма (наркомании, токсикомании), ему предлагается пройти курс терапии по поводу алкоголизма (наркомании, токсикомании) в добровольном порядке. Добровольное лечение от алкоголизма (наркомании, токсикомании) проводится по месту отбывания наказания.

При отказе от добровольного лечения медицинской комиссией, состоящей из

начальника медицинской части учреждения, врача-психиатра (нарколога) и врача-терапевта, выносится заключение, на основании которого администрация учреждения ходатайствует перед судом о применении принудительных мер медицинского характера.

14. Прекращение принудительного лечения производится судом по представлению администрации учреждения. Длительность принудительного лечения лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией (токсикоманией), определяется в соответствии со статьей 16 Уголовно-исполнительного кодекса и статьей 93 Уголовного кодекса Республики Казахстан. При отсутствии рецидивов заболевания и нарушения курса лечения медицинской комиссией готовятся материалы для решения вопроса о прекращении принудительного лечения.

Основанием для решения вопроса о прекращении принудительного лечения является заключение медицинской комиссии.

15. Во всех случаях освобождения от отбывания наказания осужденных, которые проходили принудительное лечение от алкоголизма (наркомании), медицинская часть за один месяц до освобождения направляет в органы здравоохранения по месту жительства освобождаемого выписку из амбулаторной карты наркологического больного о проведенном лечении по поводу алкоголизма (наркомании, токсикомании) и о его результатах.

16. В случаях, когда ко времени освобождения из места лишения свободы лечение не завершено, медицинской комиссией составляется мотивированное заключение о необходимости его продолжения. На основании заключения администрация учреждения может выходить в суд с представлением о продлении принудительного лечения в медицинском учреждении со специальным и трудовым режимом органов здравоохранения.

3. Организация лечебно-профилактических мероприятий в отношении лиц, страдающих венерическими и кожными болезнями

17. При поступлении в следственный изолятор каждое лицо осматривается на предмет выявления признаков венерических или заразных кожных заболеваний. Особое внимание уделяется волосистой части головы, слизистым оболочкам полости рта, половым органам, области ануса, пальпируются шейные, подчелюстные, над- и подключичные, подмышечные и паховые лимфоузлы. Для подтверждения заболевания или его исключения подозреваемое на сифилис или гонорею лицо должно быть обязательно осмотрено врачом-дерматовенерологом. Обоснование диагноза венерического заболевания записывается в Медицинской

амбулаторной карте. Противопедикулезные мероприятия проводятся в соответствии с Методическими рекомендациями по противопедикулезным (профилактическим и истребительным) мероприятиям (приложение).

18. Обязательному серологическому обследованию на сифилис подвергается весь поступивший в следственный изолятор контингент с контрольной вассерманизацией через 3 месяца. Клинико-лабораторному обследованию на гонорею подлежат лица, к которым применена статья 115, 116, 120, 121, 122, 123, 124 Уголовного кодекса Республики Казахстан, а также все женщины и подростки.

19. Всем беременным женщинам проводится двукратное серологическое обследование в первой половине беременности (при первой явке беременной к акушеру-гинекологу для взятия на учет по беременности) и во второй половине (в 5-6 месяцев беременности, но не позднее 8 месяцев беременности). В случае выявления у беременной высыпаний, подозрительных на сифилис, или при обнаружении у нее положительной серореакции крови акушер-гинеколог обязан немедленно проконсультировать ее у врача-дерматовенеролога для решения вопроса о диагнозе и дальнейшей тактике ведения беременной.

20. Серодиагностика сифилиса должна осуществляться комплексом, включающим обязательно реакцию Вассермана проводимую двумя антигенами (кардиолипидным и трепонемными), а также в комплексе выполняется постановка микрореакции. В случае отсутствия возможности серодиагностики сифилиса комплексом серологических реакций следует использовать экспресс-диагностику путем постановки микрореакции с плазмой или сывороткой крови и кардиолипидным антигеном.

21. Если при сборе анамнеза у обследуемого лица имеется указание на то, что он до привлечения к уголовной ответственности проходил лечение по поводу венерического заболевания или состоял на учете (сероконтроле) в кожновенерологическом диспансере (далее - КВД), медицинская часть следственного изолятора в трехдневный срок делает запрос в указанное учреждение о диагнозе, проведенном лечении и сроках сероконтроля. Дальнейшее лечение или сероконтроль таких больных проводится в медицинской части следственного изолятора в соответствии с полученными ответами. Одновременно проводится обследование лица, утверждающего о наличии в прошлом венерического заболевания, с помощью комплекса серологических реакций. При положительных результатах проводится лечение по диагнозу скрытого сифилиса.

22. После установления окончательного диагноза венерического заболевания и при отсутствии противопоказаний незамедлительно начинается лечение. Лица, страдающие венерическими болезнями, считаются больными с момента

установления у них диагноза заболевания на протяжении всего периода лечения и контрольного наблюдения до снятия с учета.

23. В случае, если диагноз венерического заболевания впервые устанавливается в следственном изоляторе, медицинская часть направляет в КВД по месту жительства больного до ареста поручение о привлечении к обследованию на венерическое заболевание половых и бытовых контактов б о л ь н о г о .

Если у больного сифилисом, получавшего специфическую терапию в КВД по месту жительства по хронически-перемежающемуся (курсовому) методу, лечение было прервано, а после очередного курса лечения перерыв составил более трех месяцев, то дальнейшее лечение такого больного в следственном изоляторе возобновляется с первого курса.

24. Лица, уклоняющиеся от лечения венерического заболевания, подлежат о б я з а т е л ь н о м у л е ч е н и ю .

25. С целью выявления гонореи у женщин материал для исследования берется из всех очагов возможного поражения (из уретры, шейки матки и прямой кишки) . Особое внимание при обследовании на гонорею следует обращать на женщин с хроническими воспалительными заболеваниями мочеполовой сферы. В этих случаях обязательно проводится комбинированная провокация. Лучшими методами провокации являются: биологические (введение гоновакцины, пирогенала), термические (диатермия), у мужчин - механические (бужирование, массаж на буже) и алиментарные. У женщин также используется физиологическая провокация - менструация.

Больные, у которых в выделениях гонококки не обнаружены, а анамнестические и клинические данные подозрительны в отношении гонорейной этиологии заболевания, учитываются как подозрительные на гонорею. Такие больные подлежат комплексному профилактическому лечению по схемам лечения х р о н и ч е с к о й г о н о р е и .

Женщинам, больным гонореей, наряду с лечением гонореи дополнительно проводится п р о т и в о т р и х о м о н а д н а я т е р а п и я .

Если бактериоскопические методы диагностики гонореи оказываются недостаточными, проводится культуральный метод (посев на питательную среду) . Посев делается не ранее чем через неделю после приема антибактериальных лекарственных средств и местного применения антисептических лекарственных с р е д с т в .

26. После установления диагноза венерического заболевания с больным проводится беседа о характере заболевания, правилах поведения, сроках лечения и контрольного наблюдения, 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 амбулаторной карте или медицинской карте стационарного больного. Врач должен принять возможные меры, чтобы подписка больного оформлялась на бланке предупреждения и только в случае уважительных причин - в медицинской амбулаторной карте, медицинской карте стационарного больного или другом медицинском документе. Больным сифилисом запрещается сдача крови для переливания другим лицам, как во время лечения, так и после снятия с учета.

27. После установления диагноза венерического заболевания медицинская часть учреждения в суточный срок направляет в подразделение государственного санитарно-эпидемиологического надзора Комитета уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Республики Казахстан (далее - ПГСЭН) экстренное извещение о заболевании.

28. Перед убытием больного с венерическим заболеванием из следственного изолятора в исправительное учреждение врач-дерматовенеролог или врач-терапевт делает запись в медицинской амбулаторной карте в виде этапного эпикриза с рекомендациями по дальнейшему лечению и контрольному наблюдению.

29. Запрещается отправка в другие учреждения лиц, с заразными формами сифилиса и гонореи (до проведения им первого курса противосифилитического лечения или полного курса противогонорейного лечения), а также с заразными формами кожных болезней. Перевод больных сифилисом производится только в перерывах между курсами лечения с разрешения врача-дерматовенеролога.

30. После прибытия в исправительное учреждение больные венерическими заболеваниями ставятся на диспансерный учет для дальнейшего прохождения лечения и серологического контроля. При отсутствии в штате медицинской части врача-дерматовенеролога ведение венерических больных возлагается на врача другой специальности (терапевта) или врача-гинеколога (в женских исправительных учреждениях).

31. После окончания полноценной специфической терапии больные сифилисом и лица, получившие превентивное лечение, находятся на клинико-серологическом контроле.

Лица, получившие превентивное лечение не позднее 14 дней после первого или тесного бытового контакта с больными заразным или ранним скрытым сифилисом, подлежат клинико-серологическому контролю в течение 6 месяцев. При этом явка к врачу и исследование комплекса серологических реакций (далее - КСР) назначается 1 раз в месяц.

Лица, получившие превентивное лечение в период от 14 дней до 4 месяцев после полового или тесного бытового контакта с больным заразным или ранним

скрытым сифилисом, подлежат клинико-серологическому контролю в течение одного года, в течение шести месяцев явка к врачу и исследование КСР назначается ежемесячно, а затем 1 раз в квартал.

Больные первичным серонегативным сифилисом подлежат клинико-серологическому контролю в течение одного года, первые шесть месяцев явка к врачу и исследование КСР назначается ежемесячно, а затем 1 раз в квартал.

Больные первичным серопозитивным и вторичным свежим сифилисом подлежат клинико-серологическому контролю в течение 3 лет. Явка к врачу и исследование КСР назначаются 1 раз в месяц до полной негативации КСР; затем до окончания второго года наблюдения - 1 раз в 6 месяцев.

Для больных вторичным рецидивным и скрытым серопозитивным (ранним, поздним, неуточненным) сифилисом обязателен пятилетний срок диспансерного наблюдения. Явка к врачу и исследование КСР, затем до окончания второго года наблюдения - 1 раз в квартал, в течение третьего года - 1 раз в 6 месяцев и в течение последующих лет - 1 раз в год.

Обследование на сифилис гомосексуалистов, состоящих на диспансерном учете, с исследованием крови на КСР проводится не реже одного раза в 6 месяцев.

32. В медицинских частях исправительных учреждений обязательному серологическому обследованию на сифилис подвергаются осужденные, имевшие длительные свидания, возвращенные из колоний-поселений.

33. При выявлении в исправительном учреждении больных с заразными формами сифилиса проводится немедленная их изоляция. Обязательной госпитализации в кратчайший срок после установления диагноза подлежат больные с заразной формой (сифилис первичный, вторичный свежий, рецидивный), больные ранним скрытым сифилисом (впервые установленным), а также больные осложненной и хронической гонореей.

Госпитализация больных венерическими болезнями осуществляется в кожно-венерологические отделения больниц уголовно-исполнительной системы или в другие отделения (инфекционные, терапевтические), в которых для них выделяются отдельные койки, палаты. При невозможности направления в больницу венерические больные госпитализируются в стационары медицинских частей учреждений с выделением для них отдельных палат.

Госпитализации подлежат также больные сифилисом для проведения повторных курсов лечения по медицинским показаниям; бывшие в половом контакте с больным заразной формой сифилиса для проведения превентивного лечения.

Больные сифилисом с поражением внутренних органов и нервной системы

после консультации врача-дерматовенеролога получают лечение в профильных отделениях больниц для осужденных, при сифилисе внутренних органов - в терапевтических, и при сифилисе нервной системы - в неврологических.

34. Больные сифилисом, которым не завершено лечение, не подлежат направлению в колонии - поселения.

35. Больным сифилисом, закончившим один или несколько курсов лечения или находящимся на сероконтроле, и больным гонореей, прошедшим полный курс лечения, но не снятым с учета, длительные свидания не предоставляются.

36. При выявлении факта заражения осужденного венерическим заболеванием, которое могло произойти во время длительного свидания, медицинская часть учреждения направляет в КВД поручение о привлечении к обследованию на венерические заболевания предполагаемого источника заражения.

37. Информацию о не снятых с диспансерного учета больных, у которых заканчивается срок отбывания наказания, медицинская часть учреждения за месяц до освобождения подает в КВД по избранному месту жительства освобождающегося. При этом указывается диагноз заболевания, характер проведенного лечения, сроки сероконтроля.

38. При освобождении больные заразной формой сифилиса или не закончившие первый курс лечения, а также с нелеченной гонореей направляются в К В Д .

39. В случае возникновения групповых заболеваний венерическими болезнями в учреждении устанавливается усиленное медицинское наблюдение за осужденными на время проведения комплекса противоэпидемических мероприятий. Одновременно проводится изоляция заболевших и их половых партнеров. Весь контингент учреждений подвергается 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 венерического заболевания (изоляция и госпитализация больных, выявление источника заражения и контактных лиц) возлагается на медицинские части учреждений, под контролем ПГСЭН.

40. В целях организации борьбы с микозами стоп необходимо проводить: выявление, учет, лечение, диспансерное наблюдение, улучшение санитарно-гигиенических условий, санитарное просвещение.

Выявленные больные привлекаются к лечению по месту содержания после консультации врача-дерматовенеролога. В медицинских частях учреждений на

больных микозами стоп заводятся карты диспансерного наблюдения.

41. Для ограничения распространения чесотки необходимо раннее выявление больных при всех видах медицинских осмотров, а также на амбулаторных приемах в медицинских частях учреждений.

В случае обнаружения больного чесоткой медицинский работник должен немедленно изолировать больного и начать его лечение. Одновременно проводится камерная дезинфекция одежды больного, белья и постельных принадлежностей. При отсутствии камеры верхняя одежда должна быть тщательно проветрена, а белье - проглажено горячим утюгом. В день выявления больного чесоткой проводится медосмотр контактных лиц.

4. Телесные повреждения, травмы и отравления

42. О каждом факте медицинского освидетельствования осужденных на наличие телесных повреждений (в результате преступных действий, применения спецсредств, производственных травм, несчастных случаев и т.д.) медицинский работник сообщает рапортом начальнику учреждения, который немедленно передается дежурному помощнику начальника учреждения.

43. Мероприятия по предупреждению телесных повреждений, травм и отравлений среди спецконтингента проводятся всеми службами.

44. Для предупреждения телесных повреждений, травм и отравлений н е о б х о д и м :

постоянный контроль со стороны начальников учреждений, служб и медицинских работников за выполнением требований актов Республики Казахстан по обеспечению должного содержания осужденных, правильного их трудоустройства, по предупреждению травм и отравлений, и несчастных случаев ;

систематическое проведение начальниками служб занятий с подчиненными по выполнению требований приказов и инструкций;

трудоиспользование спецконтингента в соответствии с их квалификацией и состоянием здоровья ;

систематическое проведение со спецконтингентом занятий по изучению основных правил техники безопасности, ознакомлению с мерами личной профилактики травм и отравлений, изучению и практической отработке приемов оказания первой помощи (в порядке самопомощи и взаимопомощи) при травмах, отравлениях и несчастных случаях ;

технический инструктаж и оформление допуска к определенным видам работ ;

санитарно-просветительная работа ;

постоянное наблюдение за лицами, имеющими слабое физическое развитие и хронические заболевания, определение им трудовых рекомендаций и контроль за их т р у д о у с т р о й с т в о м ;

систематическое изучение обстоятельств и причин травм и отравлений с разработкой конкретных мероприятий по их предупреждению.

45. По плану работы медицинской части учреждения осуществляется медицинский контроль за санитарно-гигиеническими условиями труда спецконтингента, выполнением правил охраны труда и производственной санитарии, наличием и укомплектованностью аптек и санитарных сумок, состоянием питьевого водоснабжения на производстве, наличием спецодежды, санитарным состоянием территории, рабочих мест. Результаты проверок оформляются актами обследований и предписаниями в адрес администраций цехов, участков и объектов трудоустройства спецконтингента с указанием конкретных сроков устранения выявленных недостатков. В случае выявления грубых нарушений санитарно-гигиенических правил на производстве результаты обследования докладываются непосредственно руководству учреждения для принятия немедленных мер к их устранению. При непринятии мер по устранению недостатков начальник медицинской части докладывает старшему м е д и ц и н с к о м у н а ч а л ь н и к у .

46. Производственные объекты обеспечиваются медицинским обслуживанием в следующем порядке:

1) на ряде объектов организуются здравпункты, обеспечение которых медицинским имуществом и медикаментами осуществляется за счет хозяйственного органа или производства учреждения;

2) все цехи, самостоятельные участки, мастерские и объекты трудоустройства спецконтингента оснащаются аптечками первой помощи. За сохранность и своевременное пополнение аптек несут ответственность начальники цехов, участков, мастера. Пополнение аптек осуществляют медицинские работники за счет производства;

3) в каждой производственной бригаде, работающей на отдаленном участке, в цехе или группе бригад для оказания первой помощи выделяется один из осужденных, специально для этого подготовленный, которого медицинская часть учреждения обеспечивает санитарной сумкой с медикаментами и перевязочными м а т е р и а л а м и ;

4) если пострадавший на производстве осужденный нуждается в оказании срочной врачебной помощи, организуется доставка его в медицинскую часть или ближайшее лечебное учреждение.

47. Каждый несчастный случай, связанный с производством, вызвавший у работника (работников) потерю трудоспособности не менее одного дня, в

соответствии с медицинским заключением (рекомендацией) оформляется актом о несчастном случае или ином повреждении здоровья работника на производстве по форме Н-1 в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 3 марта 2001 года N 326 "Об утверждении Правил расследования и учета несчастных случаев и иных повреждений здоровья работников, связанных с трудовой деятельностью" (далее - Постановление). см. V090005614

Акт по форме Н-1 о несчастном случае оформляется в соответствии с материалами расследования. Акт с материалами расследования о производственной травме, профессиональном заболевании или отравлении приобщается к личному делу осужденного в установленном порядке. Случай профессиональных отравлений и заболеваний расследуются в установленном порядке.

Расследование несчастного случая с тяжелым или со смертельным исходом, группового несчастного случая острого профессионального заболевания (отравления) работников оформляется специальным актом расследования несчастного случая в соответствии с Постановлением.

Если специальным расследованием установлено, что смерть осужденного или потеря им трудоспособности явились результатом действий (драка, членовредительство, убийство и прочее), связанных с нарушением пострадавшим режима содержания или отравлением от умышленного употребления в целях опьянения различных технических жидкостей (лаков, красок, растворителей и прочее), содержащих токсические вещества, и не связанных с производственным процессом, то акт не составляется.

Приложение к Инструкции по организации лечебно-профилактических мероприятий в отношении лиц, страдающих отдельными заболеваниями, утвержденной совместным приказом Министра юстиции Республики Казахстан от 25 мая 2004 г. N 145 и Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 мая 2004 г. N 405 "Об утверждении нормативных правовых актов, регулирующих лечебно-профилактическое обеспечение и санитарно-эпидемиологическое благополучие лиц, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах органов юстиции Республики Казахстан"

Методическая рекомендация по противопедикулезным (профилактическим и истребительным) мероприятиям

1. Выявление педикулеза в плановом порядке проводится при медосмотре вновь поступивших в учреждения, перед отправкой в другое учреждение, а также не реже 1 раза в месяц во время проведения полной санитарной обработки.

В целях предотвращения появления вшей и их распространения среди спецконтингента осуществляют профилактические (гигиенические) мероприятия, которые включают: регулярную помывку - не реже 1 раза в 7 дней, смену нательного и постельного белья в день помывки с последующей стиркой.

2. При обнаружении вшей в любой стадии развития (яйцо-гниды, личинка, взрослое насекомое) дезинсекционные мероприятия проводят одновременно, уничтожая вшей непосредственно как на теле человека, так и на его белье, о д е ж д е .

3. Дезинсекционные мероприятия по борьбе со вшами включают: механический, физический и химический способы уничтожения насекомых и их я и ц - г н и д .

4. При незначительном поражении головными вшами (от 1 до 10 экземпляров, включая яйца-гниды) используется механический способ удаления насекомых и яиц путем вычесывания их частым гребнем, стрижки или сбривания волос. Для сбора волос подкладывают клеенку или бумагу, которые вместе с волосами и н а с е к о м ы м и с ж и г а ю т .

Перед вычесыванием гнид с волос голову моют, ополаскивают теплым столовым уксусом или теплым 5-10% раствором уксусной кислоты. Затем гнид счесывают частым гребнем, предварительно сквозь зубцы гребня пропускают ватный жгутик или нитку, которые обильно смачивают уксусом.

5. При обнаружении на теле человека вшей проводят его санитарную обработку: мытье тела горячей водой с мылом и мочалкой, с одновременной сменой белья, в случае необходимости, по заключению медработников, с б р и в а н и я в о л о с .

6. При незначительном поражении людей платяным педикулезом или отсутствии педикулоцидов используют кипячение белья, проглаживание горячим утюгом швов, складок, поясов белья и одежды, не подлежащих кипячению.

7. При средней и большой пораженности (10 экземпляров и более, включая насекомых и яйца) используются инсектициды - педикулоциды. Обработка инсектицидами детей до 5 лет, кормящих и беременных женщин, лиц с поврежденной кожей (микротравмы, дерматиты, экземы) запрещается.

Волосистые части тела обрабатываются следующими инсектицидами: 10% водная мыльно-керосиновая эмульсия (10-50 мг); лосьон "Нитифор" (50-80 мг); лосьон "Антибит" (50-80 мг); эктоцид 1:1 000 (100 мл); черемичная вода (100 мл); шампунь "Педилин" (10-30 гр.). Экспозиция при указанных средствах составляет 30 - 40 минут.

После обработки волос головы и их мытья волосы прополаскивают теплым 5-10%-ным водным раствором уксусной кислоты.

8. Вшей на белье, одежде и прочих вещах уничтожают по мере обнаружения насекомых. Завшивленное белье кипятят в 2% растворе кальцинированной соды в течение 15 минут, проглаживают утюгом с обеих сторон; подвергают камерной обработке согласно Инструкции по дезинфекции и дезинсекции одежды, постельных принадлежностей, обуви и других объектов в паровоздушно-формалиновых, паровых и комбинированных дезинфекционных камерах и дезинсекции этих объектов в воздушных дезинсекционных камерах.

9. В качестве инсектицидов для обработки одежды применяют 10%-ную водную мыльно-керосиновую эмульсию.

10. Нательное и постельное белье, другие изделия, подлежащие стирке, замачивают в водных эмульсиях в течение 5-10 минут в зависимости от зараженности яйцами. Норма расхода водных эмульсий составляет 2,5 л на комплект нательного белья; 4-4,5 л на комплект постельного белья или на 1 килограмм сухих вещей. Затем вещи хорошо прополаскивают, после чего стирают обычным способом с обязательным использованием мыла и соды.

11. Верхнюю одежду, постельные принадлежности (матрацы, подушки) подвергают камерной обработке.

12. При отсутствии дезкамеры, верхнюю одежду и постельные принадлежности (за исключением подушек) и прочие вещи орошают водной эмульсией. С особой тщательностью обрабатывают места обитания насекомых: воротники, пояса, швы, складки. Норма расхода: на комплект постельных принадлежностей - 400 мл, комплект одежды - 350 мл.

13. Для нанесения жидких препаратов на одежду, постельные принадлежности (матрасы, одеяла), для обработки помещений используют ручные распылители: дезинфаль, гидропульт, автомакс, а также платяные щетки.

14. Обработку лиц инсектицидами проводят в специально отведенном помещении (не более 4-х человек на 10 кв. м) с хорошей принудительной вентиляцией, а летом лучше на открытом воздухе.

15. При необходимости обработку педикулоцидами повторяют через 7-10 дней.

16. Импрегнированное инсектицидом белье нельзя носить лицам с заболеваниями кожи, а также беременным и кормящим женщинам.

17. Содержимое укладки, предназначенной для проведения противопедикулезных обработок:

1) клеенчатый или хлопчатобумажный мешок для сбора вещей пораженного педикулезом человека;

2) оцинкованное ведро или лоток для сжигания или обеззараживания волос;

3) клеенчатая пелерина;

4) перчатки резиновые;

5) ножницы;

6) частый гребень (желательно металлический);

7) машинка для стрижки волос;

8) спиртовка;

9) косынка (2-3 шт.);

10) вата;

11) столовый уксус или 5-10 %-ная уксусная кислота;

12) препараты для уничтожения головных вшей: препараты, действующие губительно на все стадии вшей (овициды):

10% -ная водная мыльно-керосиновая эмульсия,

лосьон "Нитифор",

лосьон "Антибит",

эктоцид 1:1 000,

черемичная вода,

шампунь "Педилин".

Препараты периодически обновляют в соответствии со сроками их хранения и по мере их использования.