

**Сотталғандарды ауруына байланысты жазасын одан әрі өтеуден босатуға ұсыну үшін негіздеме болып табылатын аурулар тізбесін бекіту туралы**

*Күшін жойған*

Қазақстан Республикасы Әділет министрлігі Қылмыстық-атқару жүйесінің комитеті төрағасының 2007 жылғы 22 мамырдағы N 47 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2007 жылғы 21 маусымда Нормативтік құқықтық кесімдерді мемлекеттік тіркеудің тізіліміне N 4755 болып енгізілді. Күші жойылды - Қазақстан Республикасы Әділет министрінің 2009 жылғы 18 қарашадағы N 145 Бұйрығымен.

**Күші жойылды - Қазақстан Республикасы Әділет министрінің 2009.11.18 N 145 бұйрығымен.**

Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2004 жылғы 28 қазандағы N 1120 қаулысымен бекітілген Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінің Қылмыстық-атқару жүйесі комитеті (бұдан әрі - ҚАЖК) туралы ереженің 4-тармағын басшылыққа алып, Қазақстан Республикасы Қылмыстық-атқару кодексінің 168-бабына сәйкес, **БҰЙЫРАМЫН** :

1. Осы Бұйрықтың қосымшасына сәйкес, Сотталғандарды ауруына байланысты жазасын одан әрі өтеуден босатуға ұсыну үшін негіздеме болып табылатын аурулар тізбесі бекітілсін.

2. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау ауруына байланысты жазасын одан әрі өтеуден босатуға жетекшілік жасайтын төрағаның орынбасарына жүктелсін.

3. Осы бұйрық ресми жарияланған күнінен бастап қолданысқа енгізіледі.

*Т ө р а ғ а*

*әділет полковнигі*

**КЕЛІСІЛДІ**

**ҚР Бас прокуроры  
2-дәрежелі мемлекеттік  
әділет кеңесшісі**

\_\_\_\_\_ Р.  
6 маусым 2007 ж.

**КЕЛІСІЛДІ**

**Қазақстан Республикасының  
Денсаулық сақтау министрі  
\_\_\_\_\_ А. Дерновой**

**Түсіпбеков**

30 мамыр 2007 ж.

Қазақстан

Р е с п у б л и к а с ы

Әділет министрлігі

## **Сотталғандарды ауруына байланысты одан әрі жазасын өтеуден босатуға ұсыну үшін негіз болып табылатын аурулардың тізбесі**

### **1 . Т у б е р к у л е з :**

1) омыртқаның өршімелі деструктивтік туберкулезі.

Процесс зақымданған аумақтағы жайылмалы бұзулармен, тыртықтық қосылулардың пайда болуымен сипатталады. Спондилит кезінде туберкулездік абсцесстер, спастикалық параличтер, жұлын-ми зақымданулары орын алады. Диагностика бактериоскопиялық зерттеулердің деректеріне, туберкулез абсцесстерінен ірің ағуына, екі өзара перпендикуляр проекциядағы (тік және жанама) рентгенографияға негізделеді;

2) зәр шығару органдарының спецификалық процесімен және терминалдык сатыдағы созылмалы бүйрек жетіспеушілігінің (бұдан әрі-СБЖ) дамуымен асқынған бүйректің екі жақты деструктивтік туберкулезі.

Зәр шығару жолдарының спецификалық процесімен асқынған бүйрек туберкулезінің диагностикасы зәрдің клиникалық анализіне (пиурия, протеинурия, цилиндруриялар тән), себу әдісі арқылы зәрді бактериологиялық зерттеуіне, бүйрек пен қуық аумағын міндетті түрдегі жалпы рентгенографиясына негізделеді. Жалпы рентгенографияның деректері жеткіліксіз болған жағдайда экскреторлық урография, индигокармендік сынамасы бар цистоскопия және ретроградтық пиелография жүргізіледі.

### **2 . І с і к т е р :**

1) TNM халықаралық жіктеу бойынша III-IV кезеңдегі барлық ісіктер;

2) лифмалық, қан жасау және оларға ұқсас тіндердің қатерлі ісіктері;

3) қайталану сатысындағы жедел аққан ауруы (иммунитет тапшылығы жағдайы, созылмалы бауырдың қабынуы, ми дерттері, ішкі мүшелердің н ә р с і з д е н у і ) ;

4) терминалдык кезеңдегі созылмалы лейкоз (эритромияны қоса алғандағы а у р у л а р д ы ң т и п т е р і ) ;

5) остеодеструктивтік процестері бар көшпелі миелома (омыртқа мен сүйектердің патологиялық сынықтары);

6) бір және одан да көп экстралимфа, лимфа түйіндерінің барлық топтары зақымданған терминалды кезеңдегі Ходжкин ауруы.

Осы аурулардың клиникалық диагнозы гистологиялық зерттеулермен, қанды, қанжасау органдарының және оларға ұқсас тіндерді зерттеумен, дәрігер-онколог немесе гематологтың (аурудың түріне қарай) кеңестерімен расталады.

### 3. Эндокриндік жүйе аурулары:

1) инсулинге тәуелді (инсулин дозасы тәулігіне 60 бірліктен жоғары) кетоацидозға бейім ауыр ағымдағы айқын макроангиопатияның, ретинопатияның, полинейропатияның болуымен байқалатын I типті қант диабеті;

2) екінші инсулиндік жеткіліксіздігі бар, кетоацидозға ауыр ағымдағы айқын макроангиопатияның, ретинопатияның, полинейропатияның болуымен байқалатын II типті қант диабеті;

3) айқын асқынулары бар түтікті сүйектердің немесе омыртқаның патологиялық сынықтары, бұлшық ет атрофиясы, 2-3 кезеңдегі қан айналымы жеткіліксіздігі (бұдан әрі - ҚЖ) бар кардиомиопатия, екі және одан да көп аяқ-қолдардың тереңдеген тұрақты қозғалыстары бар бұзылулары бар мидың қан айналымының бұзылуы бар Иценго-Кушинг синдромы;

4) кахексия кезеңіндегі гипопитуитаризм (Симмондс ауруы).

### 4. Психикалық ауытқулар:

1) дефицитарлық және тұрақты психотикалық белгілері арқылы байқалатын жедел прогрессивтік процесі бар дефектінің үздіксіз немесе эпизодтық өсу түрі ағымындағы шизофрения (жай, гебефреникалық, параноялық, кататоникалық, дифференция жасалынбаған);

2) жиі ауысып отыратын маниакалдық және депрессивтік фазалы, аралас психотикалық жағдайлары бар, үздіксіз ағымдағы биполярлық аффектілік бұзылу-маниакалдық-депрессивтік психоз;

3) органикалық психикалық ауытқулар: бас миының ауруынан болатын деменция (Альцгеймер ауруы, Пик ауруы, Гентингтон ауруы, Паркинсон ауруы, деменцияның сенильдік және пресенильдік варианттары, эпилепсия кезіндегі деменция, атеросклероздық зақымданудан кейінгі, сондай-ақ, жарақаттан және бас миының індетінен кейінгі деменция);

4) прогрессивтік ағымдағы соматикалық бөліктің зақымдануымен, созылмалы жан күйзелісі сипатында болатын ұзақ уақытқа созылған реактивтік психоздар;

5) тұрақты психотикалық белгілері бар және психикасының үдемелі өзгерулері бар әртүрлі этиологиялы созылмалы психоздар.

Сотталғанды АМК-ның куәландыруына ұсынуға бірнеше рет Қазақстан Республикасы Әділет министрлігі қылмыстық-атқару жүйесінің Республикалық психиатриялық ауруханасына (бұдан әрі-РПА) немесе Республикалық соматикалық аурухананың (бұдан әрі-РСА) психиатриялық бөлімшесіне соңғы жаза мерзімін өтеу кезінде госпитализациялау негіз болып табылады.

Клиникалық диагноз ауру анамнезін, процестің прогрессивтілігін, дефицитарлық белгілерінің байқалуын ескере отырып, тек қана РПА мен РСА жағдайларында дәлелденеді.

5. Жүйке жүйесі мен сезім органдарының аурулары:

1) бас және жұлын миының тамыр аурулары: эмболиялар, ми қан айналымының геморрагиялық, ишемиялық немесе аралас жедел бұзылуы, III кезеңдегі созымалы тамырлық энцефалопатия, мидың ошақтық бұзылуларының айқын тұрақты құбылыстары байқалатын диагноз қойылған кездегі бастапқы (жарақатқа қатысы жоқ) субарахноидальдық қан құйылулар (геми-, параплегиялар, тереңдеген геми-, парапарездер, кеңістік пен уақытты бағдарлаудың бұзылуы, акинетика-ригидтік синдром);

2) тереңдеген тұрақты қызметтерінің бұзылулары (ауыр параличтер, сезімталдылықтың жайылмалы бұзылулары, жамбас органдары қызметтерінің бұзылулары, трофикалық бұзылулары бар-парездер, айқын байқалатын акинетика-ригидтік синдром) байқалатын бас және жұлын миының органикалық зақымдануымен және процестің өршімелі өтуімен: қайталанған, іріңді менингиттер, бас миының абсцесстері, спиналдық эпидуралдық абсцесстер мен туберкулезге тән емес гранулемалар, нейросифилис, туберкулез кезіндегі жүйке жүйесінің зақымдануы, сейілген склероз, Шильдер лейкоэнцефалиті ілісе жүретін орталық жүйке жүйесінің (бұдан әрі-ОЖЖ) індеттік, демиелинизациялау аурулары;

3) мидың ошақтық зақымдануының айқын байқалатын тұрақты құбылыстары бар ОЖЖ жарақаттық аурулары;

4) қозғалу, сезімталдық және вегетативтік- трофикалық қызметтерінің айқын, тұрақты бұзылулары жылдам өршімелі және жүргізіліп жатқан емдеудің тиімсіздігі байқалатын аурулар: бас миы ісіктері, краниоспинальдық ісіктер, жұлын миының ісіктері, сирингобульбия, гепатоцеребралдық дистрофия (гепатолентикулярлық дегенерация, Вильсон-Коновалов ауруы), спиноцеребралдық атаксия, жанама амиотрофиялық склероз, миастения;

5) толық соқырлық, сондай-ақ тұрақты патологиялық өзгерістер негізінде жақсы көретін көздің көруі 0.03-тен аспайтын және түзетілмейтін немесе екі көздің де көру аймағы концентрациялы түрде 10 градусқа дейін тарылған ақуалы.

6. Қан айналымы органдарының аурулары:

1) жүрек пен бүйректердің басым зақымдануы байқалатын гипертензивтік (гипертониялық) ауру: 2-3 кезеңдегі ҚЖ бар жүрек пен бүйректердің басым зақымдануы байқалатын гипертензивтік (гипертониялық) ауру, терминалды кезеңдегі СБЖ бар бүйректердің басым зақымдануы байқалатын гипертензивтік (гипертониялық) ауру, 2-3 кезеңдегі ҚЖ мен терминалды кезеңдегі СБЖ байқалатын жүрек пен бүйректердің басым зақымдануы байқалатын

гипертензивтік (гипертониялық) ауру;

2) жүрек ырғағының ауыр және күрделі бұзылуымен асқынған 2-3 кезеңдегі ҚЖ байқалатын жүрек аурулары: жүректің созылмалы ишемиялық ауруы, созылмалы адгезивті перикардит, созылмалы констриктивтікі перикардит, туа біткен немесе жүре пайда болған жүрек аурулары теңгеру сатысында, туа біткен немесе жүре пайда болған кардиомиопатиялар, миокард фиброзы, миокард дегенерациясы;

3) аорта, артериялар, артериола және капиллярлар аурулары: аортаның қабатталған аневризмасы, кемінде екі аяқ-қолды зақымдайтын гангреноздық-некроздық кезеңдегі аяқ-қолдар артерияларының атеросклерозы (атеросклероздық гангрена), гангреноздық-некроздық кезеңдегі кемінде екі аяқ-қолды зақымдайтын Рейно ауруы, гангреноздық-некроздық кезеңдегі кемінде екі аяқ-қолды зақымдайтын облитерациялық эндоартериит.

7. Тыныс алу органдарының аурулары:

диффузиялық өкпе синдромы, өкпе эмфиземасы, декомпенсация кезеңіндегі созылмалы өкпелік жүрек, созылмалы респираторлық жеткіліксіздігі байқалатын өкпенің созылмалы спецификалық емес аурулары:

1) бронхиалдық астма, ауыр өтуі немесе гормонға тәуелді;

2) бронхоэктаздық ауру;

3) өкпенің абсцесі;

4) түрлі этиологиялық пневмокониоз;

5) идиопатиялық фиброздық альвеолит;

б) саркоидоз;

8. Ас қорыту органдарының аурулары:

1) гиперспленизм, порталдық гипертензиясы, бауыр клеткаларының жеткіліксіздігі байқалатын декомпенсация кезеңіндегі түрлі этиологиясы бар бауыр циррозы;

2) ауыр ағымдағы спецификалық емес жарасы бар колит.

9. Бүйрек аурулары:

терминалдық кезеңдегі СПЖ бар бүйрек аурулары:

1) созылмалы гломерулонефрит;

2) созылмалы пиелонефрит;

3) гидронефроз;

4) бүйректің кистоздық ауру.

10. Сүйек-бұлшық ет жүйесі мен дәнекер тіндерінің аурулары:

ұдайы өршімелі таралған процесі бар және терминалдық кезеңдегі СБЖ немесе 2-3 кезеңдегі ҚЖ немесе ОЖЖ тұрақты ошақтық зақымдануы (геми-, параплегиялар, геми-, парапарездер) немесе дисфагия, дизартрия байқалатын көлденең бұлшық еттің таралған зақымдануымен:

- 1) ревматоидтық артрит;
  - 2) анкилоздық спондилоартрит (Бехтерев ауруы);
  - 3) жүйелік қызыл волчанка;
  - 4) дерматомиозит;
  - 5) түйіндік периартериит;
- 6) жүйелік склеродермия.

11. Алмасу аурулары :  
терминалдык кезеңдегі СПЖ және подагралық нефропатиясы бар подагра.

12. Жаза өтеудің соңғы мерзімі кезіндегі ауру немесе жарақат салдарындағы анатомиялық кемістіктер: қол немесе аяқтың жоғары деңгейіндегі ампутация, сондай-ақ, бір қолдың және бір аяқтың жоғарғы деңгейдегі ампутациясы.

13. Сәулелік ауру :

1) жедел сәулелік ауру: I-IV дәрежелі өршу кезеңіндегі жедел сәулелік ауру, I-IV дәрежелі өршу кезеңіндегі жергілікті терінің сәулелік зақымдануы;

2) жедел сәулелік аурудың салдары: жоғары деңгейдегі әлсіреумен және бірінші кезекте жүйке жүйесі мен тамырлы реттеуіш жүйелерінің функционалдык жетіспеушілігімен сипатталатын астениялық синдром, ми және перифериялық қан көрсеткіштерінің тұрақсыздығы бас сүйегінің гипоплазия белгілері бар айқын цитопениялық синдром (лейкоциттер саны  $3.0 \times 10$  кем, тромбоциттер саны бір литрге  $1.5 \times 10$  кем) терең трофикалық, дегенеративтік және склеротикалық жергілікті өзгерістер, уақыт өте пайда болған радиациялық жаралар, ауырулық синдром, контрактуралық және ампутациялық кемістіктер, III кезеңдегі сау көздің 0.1-0.5 көру қыралығындағы сәулелік катаракта;

3) II-IV дәрежедегі басым болу кезеңіндегі созылмалы және алыс кезеңдегі (үдеу сатысы) сәулелік ауру;

4) Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2004 жылғы 13 қаңтардағы N 34 қаулысымен бекітілген иондалған сәулелердің әсерімен байланысты уақыт өте пайда болған сәулелік әсердегі аурулар.

Сәулелік ауру және сәулелік кемістіктер диагнозы радиациялық медицина мамандарының қатысуымен (себептік байланысын анықтайтын сараптамалық кеңеспен) комиссия түрінде қойылады.

14. Тері аурулары :

1) т - лимфома .

Теріде көк немесе сары-қызыл түсті түйіндердің пайда болуымен, жиі эрозияланған немесе ақаулы бетімен терінің кез келген бөліктерінде көк-қызыл немесе охралы-сары қабыршақтанумен, шаштары жоқ бляшкалар мен инфильтраттар болуымен сипатталады. Лимфа түйіндері үлкейеді. Перифериялық қанда Сезари-Лютцер клеткалары пайда болады. Диагноз гистологиялық әдіспен расталуы тиіс;

## 2) тұрпайы күлдіреу.

Айқын жарақатталмаған немесе алдын-ала қызарған теріде немесе ауыз қуысының шырышты қабығында әртүрлі көлемді: 1-ден 100 шаршы см дейін күлдіреулердің пайда болуымен сиппаталды, жарылған кезде периферия бойынша күлдіреулер қақпақшасының жұлымдары бар жаралар (эрозия) пайда болады. Жаралар қабыршақтануы мүмкін. Ең болмағанда, бірінші қатынаста оң Никольский симптомы байқалады: күлдіреудің қақпақшасын созған кезде мүйіз қабығы бөлінеді (екінші вариант - терінің зақымданған жері арасында уқалау кезінде мүйіз эпидермисінің шамалы бөлінуі, үшінші вариант - терінің өзгермеген жерлерін уқалау кезеде эпидермистің шамалы бөлінуі). Қан құрамының солға жылжуымен лейкоцитоз, зәрмен хлоридтер мен натрийдің бөлінуінің тежелуі. Диагноз жағындыда - жара бетінен алынған ізде акантолитикалық клеткалардың табылуымен және гистологиялық зерттеумен расталауы тиіс;

## 3) вегетирациялық күлдіреу.

Көрінген сау немесе алдын-ала қызарған тері жерлерінде күлдіреулердің пайда болуымен, күлдіреудің тез жарылуының кіршіл-сұр түспен жабылған түбінің көруінің, жағымсыз иіс шығатын, оңай қанайтын өсінділермен сиппаталады. Никольский симптомы оң болады (Тұрпайы күлдіреуді қараңыз). Процесс периферия бойынша таралуға бейім. Қан құрамының солға жылжуымен лейкоцитоз байқалып, гипопропротеинемия, гипоальбуминемия, хлоридтер мен натрийдің бөлінуінің тежелуі анықталады. Жағындыда - ізде акантолитикалық клеткалардың табылуы. Гистологиялық зерттеумен расталауы тиіс;

## 4) эксфолиативтік (жапырақ тәріздес) күлдіреу.

Терінің әртүрлі жерлерінде немесе өте жұқа қақпақшамен ауыз қуысының шырышты қабығында экссудатпен тез жарылатын, күлдіреудің пайда болуымен, жаңа пайда болған экссудат эпидермистің жаңа қабаттарын көтереді, нәтижесінде бетінде бөлініп шығып эпидермис қабат құрайды. Никольский симптомы оң болады (Тұрпайы күлдіреуді қараңыз). Қан құрамының солға жылжуымен лейкоцитоз, зәрмен хлоридтер мен натрийдің бөлінуінің тежелуі. Диагноз жағындыда - жара бетінен алынған ізде акантолитикалық клеткалардың табылуымен және гистологиялық зерттеумен расталауы тиіс;

## 5) эритематоздық күлдіреу (Сенир-Ашер синдромы).

Көбінесе 40-50 жастағы әйел адамдардың терісінде немесе көрінетін шырышты қабықтарда алғашқы эритематозды ошақтарының, содан әрі қарай жара қабыршақтанып күлдіреудің пайда болуымен сиппаталып, көбінесе бетте, төсте, қолтық пен бұттың аймағында орналасады. Себореялық орта бар: беттерде тұрақты отырған құрғақ және майлы қабыршақтары бар шамалы көтерілген папулалар кездеседі. Никольский сипмптомы (Тұрпайы күлдіреуді қараңыз)

күлдіреулердің арасында бірінші және екінші варианттарда оң. Диагноз жағындыда - жара бетінен алынған ізде акантолитикалық клеткалардың табылуымен және гистологиялық зерттеумен расталауы тиіс;

б) эритропозтикалық уропорфирия себеп болған фотодерматоз (Гюнтер а у р у ы ) .

Ауру аутосомды-рецессивті тұқым қуалаумен сипатталады, клиникалық түрде күлдіреу диаметрі 1-ден 10 мм дейінгі везикулезді- буллезді дерматоз арқылы байқалады, күлдіреуді ашқан кезде жараланған немесе терең жаралған беті көрінеді, процесс тыртықтанумен аяқталады. Бөртпелер терінің ашық жерлеріне шығады. Спленомегалия патогномиясы тән. Эритроциттерде уропорфирин-І концентрациясы қан сары суындағы уропорфириннің мөлшеріне қарағанда едәуір жоғарлауы тән. Қан мен зәрдегі порфирин мөлшерін зерттеу диагнозды верификациялау үшін міндетті.

7) эритропозтикалық протопорфирия себеп болған фотодерматоз (Магнус а у р у ы ) .

Ауру аутосомды-доминанттық тұқым қуалаумен сипатталады, негізгі синдром - ісіну, эритема, қышумен байқалатын фотордерматоз, күлдіреулер ылғи пайда бола бермейді. Дененің ашық жерлері зақымданады. Соңғы кезеңде бауыр жетіспеушілігіне әкеліп соқтыратын гепатоз дамиды. Қан сары суында темірдің қалыпты немесе жоғары мөлшермен болуымен сипатталатын гипохромды анемия тән. Нәжісте протопорфирин мөлшерінің тез өсуі және копропорфирин мөлшерінің шамалы өсуі, эритроциттерде протопорфирин мөлшерінің едәуір жоғарылауы байқалады. Қан мен нәжісте порфирин мөлшерін зерттеу диагнозды верификациялау үшін міндетті;

8) псориаатикалық артропатияның дамуы байқалатын псориаз.

Псориаатикалық артрит көбінесе тері зақымданумен қатар жақын жүреді. Қол және аяқ саусақтарының буындары, одан соң процеске орта және ірі буындар, анкилозды спондилоартриттің дамуымен жүретін омыртқаның зақымдануымен с и п а т т а л а д ы .

Рентгенографиялық және анатомиялық критерийлерден басқа, қабынудың биохимиялық және иммунологиялық белгілері, сүйекбуын қосындыларының белсенділік дәрежесі мен функционалдық мүмкіндіктерін ескеру қажет. Науқас еңбекке жарамсыз болғанда және өзіне-өзі қызмет көрсету мүмкіндігін жоғалтқанда зақымдану дәрежесі ескеріледі;

9) эритродермияның дамуы байқалатын псориаз.

Эритродермия қабынып іскен, қою эритематозды түстегі, әртүрлі фигураларды, кей жерлерде тұтас диффуздық жерлерді құрайтын жеке орналасқан эффоресценциялардың бірігуімен сипатталады. Ден мен аяқ-қолдардың терісі қатты тырысып тұрған тас қабық тәріздес, қоңыр түсті



болады, қатты қабыршақтанады. Науқастың жалпы күйі, аурудың ұзақтығы, емге торпидтілігі назарға алынады;

10) лепра, лепраматоздық тип.

Процесс қатерлі өтеді. Теріде диффузды эритематозды инфильтрациялар немесе анық шекарасыз қызыл түсті эритематозды пигментті дақтардың, кейде сирек ұсақ жаралардың пайда болуымен сипатталады. Қол саусақтарының қозғалысы қиындайды, шаштардың түсуі басталады. Инфильтрацияланған немесе көрінісі сау теріде лепромалар пайда болып, кейіннен құрамында өте көп мөлшерде Хансен бациллалары бар жараға айналады. Қызу, аурулық және тактильдік гипестезия, сонан соң анестезия дамиды. Мұрын қалқасы, ауыз және өңеш, көз, лимфа түйіндері, көк бауыр, бауыр, өкпе, сүйектер, қан тамырлары, жыныс органдары зақымдануы мүмкін. Диагноз гистологиялық және бактериологиялық әдіспен верификациялануы тиіс;

11) лепра, дифференцияланбаған типі.

Лимфоцитарлық инфильтратпен байқалатын қабыну процесімен сипатталады. Терідегі бөртпелер дақты сипатта болады. Шашатар түгел немесе жартылай түсіп қалады. Қызу, сонан соң аурулық сезімталдығы прогрессивті түрде әлсірейді. Баяу және біртіндеп лепроздық неврит дамиды. Зақымданған нервтер қалыңдап, ауырулықты сезіндіреді. Тиісті иннервациялық зоналарда гипестезия, параличтер, контрактуралар, амиотрофиялар, тесілген жаралар түріндегі қозғалысты, трофикалық және вазомоторлық бұзылулар дамиды. Невриттің баяу прогрессивті ағымы ауыр қайталанулармен ауысуы мүмкін. Диагноз гистологиялық және бактериологиялық әдіспен верификациялануы тиіс.

15. Жүре пайда болған қорғаныс тапшылығы синдромы.

Жүре пайда болған қорғаныс тапшылығы синдромы жайылған клиникалық көріністер кезеңінде:

1) ісіктер түрінде байқалатын адамның қорғаныс тапшылығынан (бұдан әрі - АҚТҚ) туындаған ауру;

2) энцефалопатия және деменцияның дамуымен АҚТҚ-дан туындаған ауру;

3) қалжырататын синдром көріністері бар АҚТҚ-дан туындайтын ауру (өмірдің өшу көріністері бар);

4) басқа оппортунистік аурулар.

Диагноз денсаулық сақтау органдарының аумақтық ЖҚТБ орталықтарының мамандарымен қойылады.

16. Қан және қан жасаушы органдардың аурулары.

1) ауыр кезеңдегі апластикалық анемиялар;

2) миелодиспластикалық синдром;

3)»"А",»"В" ауыр кезеңдегі гемиофилия.

17. Басқа, осы Тізбеде қарастырылмаған (өкпе туберкулезінен басқа), дәрі-дәрмектер не хирургиялық емдеумен сәтсіз аяқталғандар, организмнің бас қызметтерінің қайта қалпына келмес бұзылуы немесе өмір сүрудің шектелуі болса, олар аумақтық медициналық-әлеуметтік сараптау комиссиясымен бірінші топ мүгедектігі анықталған созылмалы аурулар жатады.

© 2012. Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінің «Қазақстан Республикасының Заңнама және құқықтық ақпарат институты» ШЖҚ РМК