

## Сотталғандарды жазасын өтеуден босату үшін негіз болатын аурулар тізбесін бекіту туралы

### *Күшін жойған*

Қазақстан Республикасы Ішкі істер министрінің 2012 жылғы 17 ақпандағы № 93 Бұйрығы. Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде 2012 жылғы 14 мамырда № 7656 тіркелді. Күші жойылды - Қазақстан Республикасы Ішкі істер министрінің 2014 жылғы 19 тамыздағы № 530 бұйрығымен

**Ескерту. Күші жойылды - ҚР Ішкі істер министрінің 19.08.2014 № 530 бұйрығымен (қолданысқа енгізілу тәртібін 5-т. қараңыз).**

Қазақстан Республикасы Қылмыстық кодексінің 73-бабына, Қазақстан Республикасы Қылмыстық-атқару кодексінің 168, 169-баптарына сәйкес, сотталғандарды ауруына байланысты жазасын өтеуден босатуға ұсынуды ретке келтіру мақсатында, **БҰЙЫРАМЫН:**

1. Сотталғандарды жазасын өтеуден босату үшін негіз болатын аурулар тізбесі бекітілсін.

2. Қазақстан Республикасы Ішкі істер министрлігінің Қылмыстық-атқару жүйесі комитеті (Б.М. Бердалин):

1) осы бұйрықты Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді және оны алдағы уақытта ресми жариялауды;

2) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Ішкі істер министрлігінің интернет-ресурсында орналастыруды қамтамасыз етсін.

3. «Сотталғандарды медициналық куәландыру және оларды ауруына байланысты жазасын өтеуден босатуға ұсынуды ретке келтіру жөніндегі нұсқаулықты бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Әділет министрінің 2009 жылғы 18 қарашадағы № 145 бұйрығының (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 5973 болып тіркелген, «Юридическая газета» газетінің 2010 жылғы 22 сәуірдегі № 225 (26646) санында жарияланған) күші жойылды деп танылсын.

4. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау Қазақстан Республикасы Ішкі істер министрлігінің Қылмыстық-атқару жүйесі комитетіне (Б.М. Бердалин) жүктелсін.

5. Осы бұйрық алғашқы ресми жарияланған күнінен бастап күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

Қазақстан Республикасының  
Ішкі істер министрі  
полиция генерал-лейтенанты Қ. Қасымов  
КЕЛІСІЛДІ

Қазақстан Республикасы  
Жоғарғы Сотының төрағасы  
Б. Бекназаров  
2012 жылғы 27 ақпан  
КЕЛІСІЛДІ

Қазақстан Республикасының  
Бас прокуроры  
А. Дауылбаев  
2012 жылғы «\_\_\_» \_\_\_\_\_  
КЕЛІСІЛДІ

Қазақстан Республикасының  
Денсаулық сақтау министрі  
С. Қайырбекова  
2012 жылғы 25 сәуір  
Қазақстан Республикасы  
Ішкі істер министрінің  
2012 жылғы 17 ақпандағы  
№ 93 бұйрығымен  
бекітілген

## Сотталғандарды жазасын өтеуден босату ұсыну үшін негіз болатын аурулар тізбесі

1. Туберкулез:

1) омыртқаның өршімелі деструктивтік туберкулезі.

Диагностика бактериоскопиялық зерттеулердің деректеріне, туберкулез абсцестерінен 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, индигокарминдік сынама-сы бар цистоскопия және ретроградтық пиелография жүргізіледі.

## 2 . І с і к т е р :

1) TNM халықаралық жіктеу бойынша III-IV кезеңдегі барлық қатерлі ісіктер;  
2) лимфалық, қан жасау және оларға тән тіндердің қатерлі ісіктері;  
3) қайталану сатысындағы жедел лейкоз аурулары (иммунитет тапшылығы жағдайы, бауырдың созылмалы қабынуы, ми дерттері, ішкі мүшелердің н ә р с і з д е н у і ) ;

4) терминалдык кезеңдегі созылмалы лейкоз (эритромияны қоса алғандағы аурулардың барлық типтері);

5) остеодеструктивтік процестері бар көптік 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, рентгенологиялық мәліметтермен, қанды инструменталдық әдістермен тексерумен, қан өндіру органдарының және оларға тән тіндерді зерттеумен, дәрігер-онколог немесе гематологтың (аурудың түріне қарай) кеңестерімен р а с т а л а д ы .

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

## 3 . Э н д о к р и н д і к ж ү й е а у р у л а р ы :

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

Диагноз кешендік тексерулер (ультрадыбыстық тексеру (бұдан әрі – УДТ), ангиография, қанның биохимиялық анализдері) нәтижесіне негізделеді.

Қант диабетімен бірлескен ауруларда эндокринолог, офтальмолог, ангиохирургтің кеңестері қажет.

## 4 . П с и х и к а л ы қ а у ы т қ у л а р :

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

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 Арнайы медициналық комиссияның (бұдан әрі – АМК) куәландыруына ұсыну үшін, оның Қазақстан Республикасы Ішкі істер министрлігі қылмыстық-атқару жүйесінің (бұдан әрі – ҚАЖ) Республикалық соматикалық ауруханасының (бұдан әрі – РСА) психиатриялық бөлімшесінде немесе Республикалық психиатриялық ауруханасына (бұдан әрі – РПА) соңғы жаза мерзімін өтеу кезінде бірнеше рет емделуі негіз болып табылады. Клиникалық диагноз ауру анамнезін, процестің прогрессивтілігін, дефицитарлық белгілерінің байқалуын ескере отырып, тек қана РПА мен РСА жағдайларында дәлелденеді.

5. Нерв жүйесі мен сезім органдарының аурулары:

1) бас және жұлын миының тамыр аурулары: эмболиялар, ми қан айналымының геморрагиялық, мидың ошақтық бұзылуларының айқын тұрақты құбылыстары байқалатын диагноз қойылған кездегі бастапқы (жарақатқа қатысы жоқ) субарахноидальдық қан құйылулар (геми-, параплегиялар; тереңдеген геми-, парпарездер; кеңістік пен уақытты бағдарлаудың бұзылуы, акинетика-ригидтік синдромы);

2) тереңдеген тұрақты қызметтерінің бұзылулары (ауыр сал аурулары, 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 нерв жүйесінің (бұдан әрі - ОНЖ) індеттік, демиелинизациялау аурулары;

3) мидың ошақтық зақымдануының айқын байқалатын тұрақты құбылыстары бар ОНЖ (геми-, параплегиялар, терең геми-, парапарездер) жарақаттық аурулары;

4) 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.

Диагностика инструменталдық тексерулер әдістері деректеріне, профилдік мамандардың (невропатолог, нейрохирург, офтальмолог, ангиохирург) кеңестеріне негізделеді.

#### 6. Қан айналымы органдарының аурулары:

1) жүрек пен бүйректердің басым зақымдануы байқалатын гипертензивтік (гипертониялық) ауру, IV функционалдық класс;

2) жүрек ырғағының ауыр және күрделі бұзылуымен асқынған 2-3 кезеңдегі қанайналымы жетіспеушілігі (бұдан әрі – 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 эндоартерииті.

Сотталғанды АМК-ға куәландыруға ұсыну үшін ҚАЖ емдеу-профилактикалық мекемелеріне бірнеше рет жатқызылуы негіз болып табылады. Нысана-ағзалардың бірлескен аурулары болған жағдайда профилдік мамандардың кеңестері қажет.

#### 7. Ас қорыту органдарының аурулары:

1) бір қайтара қан кету орын алған гиперспленизм, порталдық гипертензиясы, бауыр клеткаларының жеткіліксіздігі байқалатын декомпенсация кезеңіндегі түрлі этиологиясы бар бауыр циррозы,

2) ауыр ағымдағы спецификалық емес жарасы бар колит.

Клиникалық диагноз кешенді зерттеулермен (УДТ, фиброгастродуоденоскопия, қанның толық жазылған биохимиялық талдауы) расталуы керек.

#### 8. Бүйрек аурулары:

терминалдық кезеңдегі СБЖ бар бүйрек аурулары:

1) созылмалы гломерулонефрит;

- 2) созылмалы пиелонефрит;
- 3) гидронефроз;
- 4) бүйректің кистоздық ауруы.

Стационарлық емнің тиімсіздігі, науқас жағдайының тұрақты нашарлауы, гемодиализ рәсімі уақытының тұрақты өсуі кезінде. Клиникалық диагноз кешенді зерттеулермен (УДТ, зәр талдауы, қанның биохимиялық талдауы) расталуы керек.

9. Сүйек-бұлшық ет жүйесінің және дәнекер тіндердің аурулары: ұдайы өршімелі таралған процесі бар және терминалдык кезеңдегі СБЖ немесе 2-3 кезеңдегі ҚЖ немесе ОНЖ 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.

Сотталғанды АМК-ға куәландыруға ұсыну үшін ҚАЖ емдеу-профилактикалық мекемелеріне бірнеше рет жатқызылуы негіз болып табылады. Жалпы жағдайының тұрақты динамикасы. Нысана-ағзалардың бірлескен аурулары болған жағдайда профилдік мамандардың кеңестері қажет.

10. 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.

Сотталғанды АМК-ға куәландыруға ұсынғанда еңбекке жарамсыздық дәрежесін анықтауға медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізу қажет.

11. 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) эритропозтикалық уропорфирия себеп болған фотодерматоз (Гюнтер ауруы).

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-I концентрациясы қан сары суындағы уропорфириннің мөлшеріне карағанда едәуір жоғарлауы тән. Қан мен зәрдегі порфирин мөлшерін зерттеу диагнозды верификациялау үшін міндетті.

3) эритропоэтикалық 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;

4) псориатикалық артропатияның дамуы байқалатын псориаз.

Псориатикалық артрит көбінесе тері зақымданумен қатар жақын жүреді. Қол және аяқ саусақтарының буындары, одан соң ірі буындар, анкилозды спондилоартриттің дамуымен жүретін омыртқаның зақымдануымен сипатталады .

Рентгенографиялық және анатомиялық өлшемдерден 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;

5) 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.

Профилдік мамандардың кеңесі қажет. Науқастың жалпы жағдайы, аурудың ұзақтығы, емге торпидтілігі назарға алынады.

12. Жұқтырылған иммун тапшылығы синдромы (бұдан әрі – ЖИТС) клиникалық көріністері кезеңінде:

1) адам иммунитет тапшылығы вирусы (бұдан әрі - АИТВ) тудыратын қатерлі ісіктер түрінде көрінетін ауру;

- 2) АИТВ тудыратын энцефалопатия және деменцияның дамуы түрінде көрінетін ауру;
- 3) АИТВ тудыратын қалжырататын синдром көріністері түрінде (өмірдің аяқталу көрінісі бар) көрінетін ауру;
- 4) АИТВ тудыратын цитомегаловирус түрінде көрінетін ауру;
- 5) АИТВ тудыратын *Pneumocystis carinii* пайда болған өкпе қабынуы түрінде көрінетін ауру.

Диагнозды Денсаулық сақтау басқармасының облыстық, Алматы, Астана қалалары ЖИТС орталықтарының мамандары қояды.

### 13. Қан және қан өндіру ағзаларының аурулары.

- 1) «А», «В» ауыр кезеңдегі гемофилиясы.

Процестің негізіне қан ұйығыштығының IX факторы (протромбиндік комплекс, немесе Кристмас факторы) қан ұйығыштығының 1 фазасында белсенді тромбокиназаның түзілуіне қажетті тромбопластинның плазмалық компонентінің жетіспеушілігі жатады. А гемофилиясы мен В гемофилиясын қиылыстық және «жыландық» сынақтары арқылы дифференциациялайды.

14. Сотталғандарды жазасын өтеуден босатуға ұсыну үшін негіз болатын аурулар тізбесінде ескерілмеген, дәрі-дәрмектер не хирургиялық емдеумен сәтсіз аяқталған, организмнің негізгі қызметтерінің қайта қалпына келмес бұзылуы немесе өмір сүрудің шектелуі кезінде, Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі Бақылау және әлеуметтік қорғау комитеті аумақтық бөліністерінің бірінші топ мүгедектігін анықтағаннан кейінгі созылмалы басқа да аурулар жатады.