

Об утверждении перечня заболеваний, являющихся основанием для представления осужденных к освобождению от дальнейшего отбывания наказания в связи с болезнью

Утративший силу

Приказ Председателя Комитета Уголовно-исполнительной системы Министерство юстиции Республики Казахстан от 22 мая 2007 года № 47-ОД. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 21 июня 2007 года № 4755. Утратил силу приказом Министра юстиции Республики Казахстан от 18 ноября 2009 года № 145

Сноска. Утратил силу приказом Министра юстиции РК от 18.11.2009 № 145 (порядок введения в действие см. п. 4).

Руководствуясь пунктом 4 Положения о Комитете уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Республики Казахстан (далее - Комитет УИС), утвержденного постановлением Правительства Республики Казахстан от 28 октября 2004 года N 1120, в соответствии со статьей 168 Уголовно-исполнительного кодекса Республики Казахстан, **ПРИКАЗЫВАЮ** :

1. Утвердить перечень заболеваний, являющихся основанием для представления осужденных к освобождению от дальнейшего отбывания наказания в связи с болезнью, согласно приложению к настоящему Приказу.

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя председателя Комитета УИС, курирующего вопросы освобождения от отбывания наказания в связи с болезнью.

3. Настоящий приказ вводится в действие со дня официального опубликования.

П р е д с е д а т е л ь

полковник юстиции

С О Г Л А С О В А Н О

Генеральный Прокурор
Республики Казахстан
Государственный советник
юстиции 2 класса

6 июня 2007 г.

С О Г Л А С О В А Н О

Министр здравоохранения

30 мая 2007 г.

П р и л о ж е н и е к п р и к а з у
П р е с е д а т е л я К о м и т е т а У И С
М и н и с т е р с т в а ю с т и ц и и
Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н
от 22 мая 2007 года N 47-ОД

**Перечень
заболеваний, являющихся основанием для представления
осужденных к освобождению от дальнейшего отбывания
наказания в связи с болезнью**

1 . Т у б е р к у л е з :

1) прогрессирующий деструктивный туберкулез позвоночника.

Процесс характеризуется обширными разрушениями в области поражения, возникновением рубцовых спаек. При спондилите часто имеют место туберкулезные абсцессы, спастические параличи, спинномозговые расстройства. Диагностика основывается на данных бактериоскопического исследования и посева гноя из туберкулезного абсцесса, рентгенографии в двух взаимно-перпендикулярных проекциях (прямой и боковой);

2) двусторонний деструктивный туберкулез почек, осложненный специфическим процессом мочевыводящих путей и развитием хронической почечной недостаточности (далее - ХПН) в терминальной стадии.

Диагностика туберкулеза почек, осложненного специфическим процессом мочевыводящих путей, основывается на данных клинического анализа мочи (характерны пиурия, протеинурия, цилиндрурия), бактериологического исследования мочи методом посева, обязательной обзорной рентгенографии области почек и мочевого пузыря. В случае недостаточности данных обзорной рентгенографии показано проведение экскреторной урографии, цистоскопии с индигокарминовой пробой и ретроградной пиелографии.

2 . Н о в о о б р а з о в а н и я :

1) все злокачественные новообразования III-IV стадии по международной классификации Т N M ;

2) злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей ;

3) острые лейкозы в стадии рецидива (иммунодефицитное состояние, хронический гепатит, энцефалопатия, дистрофия внутренних органов);

4) хронические лейкозы (все типы заболевания, включая эритремию) в

терминальной

стадии;

5) множественная миелома с остеодеструктивными процессами (патологические переломы позвоночника и костей);

6) болезнь Ходжкина в терминальной стадии с диффузным поражением одного и более экстралимфатических и поражением всех групп лимфатических узлов.

Клинический диагноз данных заболеваний подтверждается гистологическим исследованием, исследованием крови, кроветворных органов и родственных им тканей, консультациями врача-онколога или гематолога (по профилю заболевания).

3. Болезни эндокринной системы:

1) сахарный диабет I типа, инсулинозависимый (доза инсулина свыше 60 ед. в сутки), тяжелое течение со склонностью к кетоацидозу и наличием выраженной макроангиопатии, ретинопатии, полинейропатии;

2) сахарный диабет II типа с вторичной инсулиновой недостаточностью, тяжелое течение со склонностью к кетоацидозу и наличием выраженной макроангиопатии, ретинопатии, полинейропатии;

3) синдром Иценго-Кушинга с резко выраженными осложнениями: патологические переломы трубчатых костей или позвоночника, атрофия мышц, кардиомиопатия с недостаточностью кровообращения (далее - НК) 2-3 стадии, нарушения мозгового кровообращения с глубокими стойкими двигательными нарушениями двух и более конечностей;

4) гипопитуитаризм (болезнь Симмондса) в стадии кахексии.

4. Психические расстройства:

1) шизофрения (простая, гебефреническая, параноидная, кататоническая, недифференцированная) с непрерывным, либо с эпизодическим нарастанием дефекта типом течения, при наличии быстрой прогрессивности процесса, выраженной дефицитарной и стойкой психотической симптоматикой;

2) биполярное аффективное расстройство - маниакально-депрессивный психоз с часто чередующимися маниакальными и депрессивными фазами, со смешанными психотическими состояниями, непрерывным течением;

3) органические психические расстройства: деменция вследствие заболеваний головного мозга (болезнь Альцгеймера, болезнь Пика, болезнь Гентингтона, болезнь Паркинсона, сенильный и пресенильный варианты деменции, деменция при эпилепсии, деменция вследствие атеросклеротического поражения, а также перенесенных травм и инфекций головного мозга);

4) затяжные реактивные психозы с прогрессивным течением, вовлечением соматического звена, приобретающие характер хронического душевного заболевания;

5) хронические психозы разной этиологии, со стойкой психотической симптоматикой и нарастающими изменениями психики.

Основанием для представления осужденного (-ой) на освидетельствование СМК является неоднократная госпитализация в Республиканскую психиатрическую больницу (далее - РПБ) или психиатрическое отделение Республиканской соматической больницы (далее - РСБ) уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Республики Казахстан за время отбывания последнего срока наказания. Клинический диагноз подтверждается только в условиях РПБ и РСБ, с учетом анамнеза заболевания, прогрессивности процесса, выраженности дефицитарной симптоматики.

5. Болезни нервной системы и органов чувств:

1) сосудистые заболевания головного и спинного мозга: эмболии, геморрагическое, ишемическое или смешанное острое нарушение мозгового кровообращения, хроническая сосудистая энцефалопатия III стадии, первичные (нетравматические) субарахноидальные кровоизлияния при установленном диагнозе с выраженными стойкими явлениями очагового поражения мозга (геми-, параплегии, глубокие геми-, парпарезы, нарушение ориентировки в пространстве и времени, акинетико-ригидный синдром);

2) инфекционные, демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы (далее - ЦНС), сопровождающиеся органическим поражением головного и спинного мозга с глубокими стойкими нарушениями функции (тяжелые параличи, глубокие парезы с распространенными расстройствами чувствительности, расстройствами функций тазовых органов, трофическими нарушениями, выраженный акинетико-ригидный синдром) и прогрессирующим течением процесса: менингиты вторичные, гнойные, абсцессы головного мозга, спинальные эпидуральные абсцессы и гранулемы нетуберкулезной этиологии, нейросифилис, поражения нервной системы при туберкулезе, рассеянный склероз, лейкоэнцефалит Шильдера;

3) травматические заболевания ЦНС с выраженными стойкими явлениями очагового поражения мозга (геми-, параплегии, глубокие геми-, парпарезы);

4) заболевания с быстро прогрессирующим течением, выраженными стойкими расстройствами двигательных, чувствительных и вегетативно-трофических функций и неэффективностью проводимого лечения: опухоли головного мозга, краниоспинальные опухоли, опухоли спинного мозга, сирингобульбия, гепатоцеребральная дистрофия (гепатолентикулярная дегенерация, болезнь Вильсона-Коновалова), спиноцеребеллярные атаксии, боковой амиотрофический склероз, миастения;

5) полная слепота, а также такое состояние, когда на почве стойких патологических изменений острота зрения в лучшем видящем глазу не

превышает 0.03 и не может быть скорригирована или поле зрения обоих глаз концентрически сужено до 10 градусов.

6. Болезни органов кровообращения:

1) гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца и почек: гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца и почек с НК 2-3 стадии, гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением почек с ХПН в терминальной стадии, гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца и почек с НК 2-3 стадии и ХПН в терминальной стадии;

2) болезни сердца с НК 2-3 стадии, осложненные тяжелыми и сложными нарушениями сердечного ритма: хроническая ишемическая болезнь сердца, хронический адгезивный перикардит, хронический констриктивный перикардит, врожденные или приобретенные пороки сердца в стадии декомпенсации, врожденные и приобретенные кардиомиопатии, фиброз миокарда, дегенерация миокарда;

3) болезни аорты, артерий, артериол и капилляров: расслаивающая аневризма аорты, атеросклероз артерий конечностей (атеросклеротическая гангрена) в гангренозно-некротической стадии, поражающий не менее двух конечностей, болезнь Рейно, поражающая не менее двух конечностей, в гангренозно-некротической стадии, облитерирующий эндоартериит, поражающий не менее двух конечностей, в гангренозно-некротической стадии.

7. Болезни органов дыхания:

хронические неспецифические заболевания легких с диффузным легочным синдромом, эмфиземой легких, хроническим легочным сердцем в стадии декомпенсации, хронической респираторной недостаточностью:

1) бронхиальная астма, тяжелое течение и/или гормонозависимая;

2) бронхоэктатическая болезнь;

3) абсцесс легкого;

4) пневмокониозы различной этиологии;

5) идиопатический фиброзирующий альвеолит;

6) саркоидоз.

8. Болезни органов пищеварения:

1) циррозы печени различной этиологии в стадии декомпенсации с гиперспленизмом, портальной гипертензией, печеночно-клеточной недостаточностью;

2) неспецифический язвенный колит тяжелого течения.

9. Болезни почек:

заболевания почек с ХПН в терминальной стадии:

- 1) хронический гломерулонефрит;
- 2) хронический пиелонефрит;
- 3) гидронефроз;
- 4) кистозная болезнь почек.

10. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани: при наличии неуклонно прогрессирующего генерализованного процесса и при наличии ХПН в терминальной стадии, или НК 2-3 стадии, или стойкого очагового поражения ЦНС (геми-, параплегии, геми-, парпарезы), или генерализованного поражения поперечной мускулатуры с дисфагией, дизартрией:

- 1) ревматоидный артрит;
- 2) анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева);
- 3) системная красная волчанка;
- 4) дерматомиозит;
- 5) узелковый периартериит;
- 6) системная склеродермия.

11. Болезни обмена:

подагра с подагрической нефропатией и ХПН в терминальной стадии.

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

13. Лучевая болезнь:

1) острая лучевая болезнь: острая лучевая болезнь в периоде разгара при I-IV степени тяжести, местные лучевые поражения кожи в периоде разгара при I-IV степени тяжести;

2) последствия острой лучевой болезни: астенический синдром с повышенной истощаемостью и функциональной недостаточностью регуляторных систем, в первую очередь нервной и сосудистой, признаки органического поражения нервной и сосудистой систем с нарушением мозгового и периферического кровообращения, нестабильность показателей периферической крови - выраженный цитопенический синдром с признаками гипоплазии костного мозга (число лейкоцитов менее 3.0×10^9 , число тромбоцитов менее 1.5×10^9 на литр), глубокие трофические, дегенеративные и склеротические местные изменения, поздние радиационные язвы, болевой синдром, контрактуры и ампутационные дефекты, лучевая катаракта III стадии с остротой зрения в лучшем глазу 0.1 - 0.5;

3) хроническая лучевая болезнь периода доминирования II-IV степени тяжести и отдаленный период (стадия прогрессирования);

4) поздние лучевые эффекты заболеваний, связанных с воздействием ионизирующих излучений утвержденных постановлением Правительства Республики Казахстан от 13 января 2004 года N 34.

Диагноз лучевой болезни и лучевых дефектов устанавливается комиссионно с участием специалистов по радиационной медицине (экспертного совета по установлению причинной связи).

14. Кожные болезни:

1) т-лимфома.

Характеризуется появлением на коже узлов синюшного или желтовато-красного цвета, нередко с эрозированной или изъязвленной поверхностью на любых участках кожи среди синюшно-красных или охряно-желтых шелушащихся, лишенных волос бляшек и инфильтратов. Увеличиваются лимфатические узлы. В периферической крови обнаруживаются клетки Сезари-Лютцера. Диагноз должен быть подтвержден гистологически;

2) вульгарная пузырчатка.

Характеризуется появлением разной величины: от 1 до 100 кв. см. пузырей на видимо неповрежденной или предварительно покрасневшей коже или слизистой оболочке полости рта, при разрыве которых образуются эрозии с обрывками покрышек пузырей по периферии. Эрозии могут покрываться корками. Отмечается положительный симптом Никольского, по крайней мере, в первом контакте: отслойка рогового покрова при потягивании за покрышку пузыря (второй вариант - легкая отслойка рогового эпидермиса при потирании среди пораженных участков кожи, третий вариант - легкая отслойка рогового слоя эпидермиса при потирании видимо неизмененного участка кожи). В крови наблюдается лейкоцитоз со сдвигом влево, задержка выделения хлоридов и натрия с мочой. Диагноз должен быть подтвержден обнаружением акантолитических клеток в мазках - отпечатках с поверхности эрозии и гистологическим исследованием;

3) вегетирующая пузырчатка.

Характеризуется появлением пузырей на видимо здоровых или предварительно покрасневших участках кожи или слизистых оболочек полости рта, быстрым разрывом пузырей и обнажением покрытого грязно-серым налетом дна, с легко кровоточащими разрастаниями, издающими неприятный запах. Положителен симптом Никольского (см. Вульгарная пузырчатка). Процесс склонен к распространению по периферии. В крови наблюдается лейкоцитоз со сдвигом влево, обнаруживается гипопроотеинемия, гипоальбуминемия, задержка выделения натрия и хлоридов. В мазках - отпечатках обнаруживаются акантолитические клетки. Диагноз подтверждается гистологически;

4) эксфолиативная (листовидная) пузырчатка.

Характеризуется появлением пузырей на различных участках кожи или слизистых оболочек полости рта с очень тонкой покрывкой, быстро разрывающихся экссудатом, вновь образующийся экссудат приподнимает все новые слои эпидермиса, в результате, отлагаясь на поверхности, эпидермис образует наслоение. Положительный симптом Никольского (см. Вульгарная пузырчатка). В крови наблюдается лейкоцитоз со сдвигом влево, обнаруживается гипопроотеинемия, гипоальбуминемия, задержка выделения натрия и хлоридов. В мазках - отпечатках обнаруживаются акантолитические клетки. Диагноз подтверждается гистологически;

5) эритематозная пузырчатка (синдром Сенира-Ашера).

Характеризуется появлением, преимущественно у женщин 40-50 лет, первоначальных эритематозных очагов на коже и видимых слизистых оболочках, где затем образуются пузыри, которые эрозируются, эрозии покрываются корками, расположение преимущественно на лице, груди, в области естественных складок. Имеются себорейный фон: на коже встречаются слегка возвышающиеся папулы с плотно сидящими сухими и жирными чешуйками. Симптом Никольского (см. Вульгарная пузырчатка) положителен в первом и втором вариантах вблизи пузырей. В мазках - отпечатках обнаруживаются акантолитические клетки. Диагноз подтверждается гистологически;

б) фотодерматоз, обусловленный эритропоетической уропорфирией (болезнью Гюнтера).

Заболевание характеризуется аутосомно-рецессивным наследованием, клинически проявляется везикулезно-буллезным дерматозом с диаметром пузырька от 1 до 10 мм, по вскрытии пузырька обнаруживается эрозированная или изъязвленная поверхность, процесс заканчивается рубцеванием. Высыпания преимущественно на открытых участках тела. Патогномонична спленомегалия. Резко увеличена экскреция уропорфина-I и в меньшей степени копропорфина-I с мочой. Специфично значительное повышение концентрации уропорфина-I в эритроцитах, преобладающее над повышением уропорфина в сыворотке крови. Исследования порфиринов крови и мочи обязательны для верификации диагноза;

7) фотодерматоз, обусловленный эритропоетической протопорфирией (болезнью Магнуса).

Заболевание характеризуется аутосомно-доминантным наследованием, основной синдром - фотодерматоз, проявляющийся отеком, эритемой, зудом, пузыри образуются не всегда. Поражаются открытые участки тела. В поздних стадиях развивается гепатоз с исходом в печеночную недостаточность. Характерна гипохромная анемия при высоком или нормальном содержании железа в сыворотке крови. Отмечается резкое увеличение содержания

протопорфирина и менее резкое - копропорфирина в кале, существенное повышение содержания протопорфирина в эритроцитах. Исследования порфиринов крови и кала обязательны для верификации диагноза;

8) псориаз с развитием псориатической артропатии.

Псориатический артрит чаще возникает параллельно с кожными поражениями. Поражаются суставы кистей, стоп, затем в процесс средние и крупные сочленения, включая и позвоночник, с развитием анкилозирующего спондилоартрита.

Помимо рентгенографических и анатомических критериев, биохимических и иммунологических признаков воспаления, необходимо учитывать степень активности и функциональной способности костно-суставных сочленений. Берется во внимание степень пораженности, когда больной нетрудоспособен и утрачена возможность самообслуживания;

9) псориаз с развитием эритродермии.

Эритродермия характеризуется слиянием отдельно расположенных эффоресценций, которые приобретают отечность, ярко насыщенную эритематозную окраску, образуя множественные фигуры, а местами - сплошные диффузные участки. Кожа туловища и конечностей приобретает вид плотного напряженного панциря, застойно-бурый цвет, интенсивную инфильтрацию, обильно шелушится. Берется во внимание общее состояние, длительность заболевания, торпидность к лечению;

10) лепра, лепроматозный тип.

Процесс протекает злокачественно. Характеризуется появлением на коже диффузных эритематозных инфильтраций или эритематозно-пигментных пятен красноватого цвета, без резких границ, нередко появляются мелкие изъязвления. Движения пальцев затрудняются, начинается выпадение волос. На инфильтрированной или видимо здоровой коже появляются лепромы, которые в последующем изъязвляются и содержат большое количество бацилл Хансена. Развивается температурная, болевая и тактильная гипестезия, а затем анестезия. Могут быть поражения носовой перегородки, рта и глотки, глаз, лимфатических узлов, селезенки, печени, легких, почек, костей, кровеносных сосудов, половых органов. Диагноз должен верифицироваться гистологически и бактериологически;

11) лепра, недифференцированный тип.

Характеризуется воспалительным процессом, представленным лимфоцитарным инфильтратом. Высыпания на коже имеют пятнистый характер. Волосы выпадают полностью или частично. Наступает прогрессирующее ослабление температурной чувствительности, а затем болевой. Медленно и постепенно развивается лепрозный неврит. Пораженные нервы утолщаются и

становятся болезненными. В соответствующей зоне иннервации развиваются гипестезия, двигательные, трофические и вазомоторные расстройства в виде параличей, контрактур, амиотрофии, прободных язв и т.д. Медленно прогрессирующее течение неврита может прерываться тяжелыми обострениями. Диагноз должен верифицироваться гистологически и бактериологически.

15. Синдром приобретенного иммунодефицита:
синдром приобретенного иммунодефицита в стадии развернутых
клинических проявлений:

1) болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (далее ВИЧ),
проявляющаяся в виде новообразований;

2) болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлением энцефалопатии и развитием
деменции;

3) болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлением изнуряющего синдрома (с
проявлениями угасания жизни);

4) другие оппортунистические заболевания.

Диагноз устанавливается специалистами территориальных СПИД центров
органов здравоохранения.

16. Болезни крови и кроветворных органов:

1) апластические анемии тяжелой степени;

2) миелодиспластический синдром;

3) гемофилия "А", "В" тяжелой степени.

17. Другие (кроме туберкулеза легких), неучтенные в данном Перечне
хронические заболевания, при безуспешности медикаментозного или
хирургического лечения с необратимыми нарушениями основных функций
организма и ограничениями жизнедеятельности, после определения первой
группы инвалидности территориальной медико-социальной экспертной
комиссией.