

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

П Р И К А З

от 02.03.2018

№ 160-орг.

г. Красноярск

1. В соответствии с распоряжением Губернатора Красноярского края от 30.09.2017 № 582-рг, пунктами 3.6, 3.13, 3.18, 3.72, Положения о министерстве здравоохранения Красноярского края, утвержденного постановлением Правительства Красноярского края от 17.08.2008 № 31-п, установить, что динамическое наблюдение граждан в возрасте 18 лет и старше в связи с заболеванием глаз – катаракта (далее – пациенты с катарактой) осуществляется в краевых государственных учреждениях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, по месту их жительства (прикрепления) врачом-офтальмологом, врачом общей практики (семейным врачом), медицинской сестрой офтальмологического кабинета в соответствии с рекомендациями врача-офтальмолога краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская краевая офтальмологическая клиническая больница имени профессора П.Г. Макарова» (далее - ККОКБ).

2. Утвердить:

Чек-лист осмотра пациента с катарактой согласно приложению № 1;

Перечень медицинских показаний и противопоказаний для оперативного лечения пациентов с катарактой согласно приложению № 2;

Перечень лабораторно-инструментальных методов обследования пациентов с катарактой, необходимых для формирования заключения врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), об имеющейся соматической патологии у пациента с катарактой для его последующего оперативного лечения в ККОКБ согласно приложению № 3.

3. Главному врачу ККОКБ С.С. Ильенкову организовать:

отбор пациентов с катарактой для проведения оперативного лечения в ККОКБ;

выдачу заключения каждому пациенту с указанием диагноза, проведенных лечебно-диагностических мероприятий и их результатов, рекомендаций по дальнейшему динамическому наблюдению (лечению)

пациента в краевых государственных учреждениях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по месту его жительства (прикрепления);

информирование краевых государственных учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, по месту жительства (прикрепления) пациентов с катарактой о результатах консультации в случаях направления пациента для оказания первичной медико-санитарной помощи по специальности «офтальмология» посредством передачи медицинского заключения по защищенному каналу связи (VipNet);

организационно-методическую помощь краевым государственным учреждениям здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, по вопросам динамического наблюдения (лечения) пациентов с катарактой, определения медицинских показаний для консультации в ККОКБ;

информирование краевых государственных учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, по месту жительства (прикрепления) пациентов с катарактой о дате проведения оперативного лечения пациента с катарактой не позднее тридцати рабочих дней от даты оперативного лечения;

плановое оперативное лечение пациентов с катарактой в сроки, установленные Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае (далее - Территориальная программа).

4. Руководителям краевых государственных учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, обеспечить:

предварительную запись пациентов с катарактой в ККОКБ с информированием их о дате проведения консультации с учетом сроков оказания медицинской помощи, определенных Территориальной программой, согласно приказу министерства здравоохранения Красноярского края от 23.11.2015 № 725-орг;

информирование пациентов с катарактой о дате проведения им оперативного лечения в ККОКБ не позднее трех рабочих дней со дня получения информации из ККОКБ;

формирование заключения врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача) об имеющейся соматической патологии у пациента с катарактой с указанием результатов лабораторно-инструментальных методов обследования согласно приложению № 3.

5. Предложить руководителям негосударственных медицинских организаций, состоящих в реестре медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского

страхования на территории Красноярского края по специальности «офтальмология», при организации медицинской помощи пациентам с катарактой учитывать требования настоящего приказа.

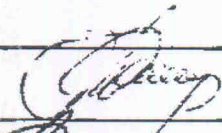

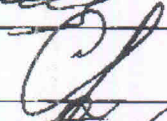
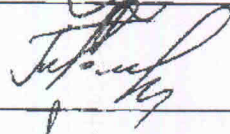
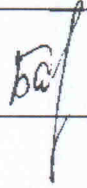
6. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Красноярского края Д.В. Попова.

Исполняющий обязанности
министра здравоохранения
Красноярского края



В.Н. Янин

Согласовано:

Заместитель министра здравоохранения Попов Д.В.	
Начальник отдела организации медицинской помощи взрослому населению и санаторно-курортного дела Г.З. Габидуллина	
Начальник юридического отдела Е.А. Толокина	
Начальник отдела планирования объемов и стандартизации медицинской помощи Т.Н. Голубева	
Подготовила Бахметьева Ольга Сергеевна 222-03-35	

Приложение № 1
к приказу министерства
здравоохранения Красноярского края
от 02.03.2018 № 160- орг

Чек-лист осмотра пациента с катарактой

Дата

Наименование направляющей МО

№	Необходимые исследования	Ответ		Комментарий
		ДА	НЕТ	
1.	Анамнез заболевания: значимое снижение зрения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vis=0,3 и < с коррекцией либо н.к.
1.1.	Правым глазом Левым глазом	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
1.2.	Резкое Постепенное	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
1.3.	Наличие травмы указанного глаза в анамнезе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нужное подчеркнуть: Контузия/ проникающая Указать давность травмы
1.4.	Давность наблюдения у офтальмолога по поводу катаракты, проведение медикаментозного лечения	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Указать период наблюдения, наименование ЛП
1.5.	Наличие других заболеваний на указанном глазу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нужное подчеркнуть, иное указать Глаукома/ миопия/ увеит/ ВМД
1.6.	Наличие оперативных/лазерных вмешательств на указанном глазу в анамнезе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Указать давность и наименование
2.	Анамнез жизни:			
2.1.	Наличие аллергических реакций на ЛП	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Указать наименование ЛП
2.2.	Наличие сопутствующих заболеваний (состояний), являющихся противопоказанием к оперативному лечению глаз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Указать сопутствующие заболевания, давность ОНМК, ОИМ

№	Необходимые исследования	Ответ		Комментарий		
		ДА	НЕТ			
3.	Пациент трудоспособного возраста, по заключению ВК признанный не годным к работе по причине катаракты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Указать реквизиты протокола ВК и пункты Пр. МЗСР России от 12.04.2011 №302н		
4.	Объективные данные:					
4.1.	Определение остроты зрения без и с коррекцией	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vis	OD=	
					OS=	
4.2.	Измерение внутриглазного давления: по Маклакову/транспальпепбрально /пневмотонометрия (подчеркнуть)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ВГД	OD=	м м рт ст.
					OS=	
4.3.	Исследование полей зрения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Описать выявленные изменения		
4.4.	Результаты биомикроскопии:			указанного в п.1.1. глаза		
4.4.1.	Наличие признаков воспаления	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Гиперемия век и глазного яблока, патологическое отделяемое		
4.4.2.	Наличие изменений роговицы: • изменения формы • помутнения / рубцы/инфильтраты	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Нужное подчеркнуть: конусовидная/шаровидная центральные/периферическ ие		
4.4.3.	Наличие изменений передней камеры: • изменения глубины • нарушение прозрачности	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Нужное подчеркнуть: мелкая/глубокая/неравноме рная экссудат/транссудат/кровь		
4.4.4.	Наличие изменений радужки: • иридодонез • неправильной формы зрачок • изменение реакции зрачка на свет • новообразованные сосуды	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Нужное подчеркнуть: иридодиализ/ колобома: базальная п/опер., врожденная/ задние синехии ослаблена/отсутствует/неравном ерная в периферической зоне/в зрачковой		


№	Необходимые исследования	Ответ		Комментарий
		ДА	НЕТ	
4.4.5.	Наличие изменений хрусталика: <ul style="list-style-type: none"> • факодонез, псевдоэкзофолии В условиях миопии: смещение <ul style="list-style-type: none"> • помутнения локальные • помутнения диффузные • набухание 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Иное указать. Нужно подчеркнуть: Верхний край ниже /выше оптич. оси/ вывих в стекловид. тело В передней капсуле/в задней капсуле/ ядерные/субкапсулярные начальные/неравномерн./интенс ивные
4.4.6.	Наличие изменений стекловидн. тела: <ul style="list-style-type: none"> • детали просматриваются 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нужно подчеркнуть: деструкция:нитчатая/зернистая/г рубая помутнения:слабовыражен./выра жен.
4.5.	Результаты офтальмоскопии на фоне медикаментозного миопии:			указанного в п.1.1. глаза
4.5.1.	Наличие изменений глазного дна: <ul style="list-style-type: none"> • детали просматриваются 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нужно подчеркнуть: ДЗН бледный/экскавация В макулярной зоне дистрофич. изменения/отек/геморрагии
5.	Диагноз основной: катаракта (основная причина снижения зрения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	указанного в п.1.1. глаза
5.1.	возрастная	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нужно подчеркнуть: Начальная / незрелая/ зрелая
5.2.	осложненная	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нужно подчеркнуть: Неполная/ полная
6.	Сопутствующие офтальмологические заболевания, состояния, являющиеся индивидуальными факторами риска (Глаукома, предшествующая внутриглазная хирургия, миопия высокой степени, увеит, псевдоэкзофолиативный синдром и т.д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Указать полный офтальмологический диагноз
7.	Наличие офтальмопатологии парного глаза	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Указать полный офтальмологический диагноз

№	Необходимые исследования	Ответ		Комментарий
		ДА	НЕТ	
8.	Сопутствующие общие заболевания, состояния, являющиеся индивидуальными факторами риска (Сахарный диабет, гипертоническая болезнь, длительный прием ГКС и т.д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Указать полный диагноз.
9.	Наличие медицинских показаний к хирургическому лечению катаракты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Острота зрения с коррекцией 0,3 и < по причине катаракты. Клинически значимая анизометропия в результате катаракты. Для лечения вторичной факогенной глаукомы, факогенного увеита

Заключение врача-офтальмолога:

ФИО, должность врача-офтальмолога:

Заместитель министра
здравоохранения Красноярского края


 Д.В. Попов

Приложение № 2
к приказу министерства
здравоохранения Красноярского края
от 02.03.2018 № 160-орг

**Перечень медицинских показаний и противопоказаний
для оперативного лечения пациентов с катарактой в медицинских
организациях Красноярского края**

1. Показания для оперативного лечения пациентов с катарактой:
 - 1.1. утрата центрального зрения до уровня 0,3 и ниже с коррекцией по причине катаракты с учетом целесообразности оперативного лечения катаракты исходя из величины зрительных функций
2. Относительными противопоказаниями к хирургическому лечению по поводу катаракты являются:
 - 2.1. уровень остроты зрения с коррекцией на больном глазу соответствующий потребностям пациента;
 - 2.2. наличие сопутствующей соматической патологии пациента не гарантирует безопасного проведения оперативного вмешательства (состояние после острого нарушения мозгового кровообращения, острого инфаркта миокарда в течение 1 года, наличие острого заболевания или хронического заболевания в период обострения, на период, требующий лечения до стабилизации состояния пациента).
3. Абсолютными противопоказаниями к хирургическому вмешательству по поводу катаракты:
 - 3.1. клиническая ситуация, когда не ожидается улучшения зрительных функций в результате проведения операции и при этом отсутствуют другие медицинские показания для хирургии (факогенная патология).

Заместитель министра
здравоохранения Красноярского края

 Д.В. Попов

Приложение № 3
к приказу министерства
здравоохранения Красноярского края
от 02.03.2018 № 160- орг

**Перечень лабораторно-инструментальных методов обследования
пациентов с катарактой, необходимых для формирования
заключения врача-терапевта участкового, врача общей практики
(семейного врача), об имеющейся соматической патологии
у пациента с катарактой
для их последующего оперативного лечения**

1. Заключение врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача) о наличии соматической патологии (действителен в течение 1 мес.) по результату проведенных лабораторно-инструментальных исследований с указанием:

полных диагнозов согласно классификаций;
аллергического анамнеза,
получаемой пациентом терапии,
рекомендаций по проведению базисной терапии в период специализированного лечения;


2. Перечень обязательных исследований при формировании заключения врача-терапевта:

- 2.1. Клинический анализ крови (действителен 15 дней);
- 2.2. Определение Hbs Ag (действителен в течение 3 мес.);
- 2.3. Определение HVC (действителен в течение 3 мес.);
- 2.4. Определение RW (действителен в течение 3 мес.);
- 2.5. Флюорография легких (действительна в течение 1 года);
- 2.6. Рентгенография околоносовых пазух (R-снимки, описание)

действительна в течение 1 мес. При наличии изменений – осмотр врача-оториноларинголога;

2.7. Осмотр врачом-стоматологом с указанием санации ротовой полости (действителен 1 мес.).

Заместитель министра
здравоохранения Красноярского края

 Д.В. Попов