

«СОГЛАСОВАНО»
Начальник Главного Управления
ния
Министерства Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Министр здравоохране-
ния
Республики Дагестан

по делам ГО,ЧС и ЛПСБ по
_____Д.А.Гаджибрагимов
Республике Дагестан « ____ » _____ 2018
год

_____Н.М.Казимагамедов
« ____ » _____ 2018г.

П Л А Н

МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ И ЛИКВИДАЦИИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ ПРИРОДНОГО И ТЕХНОГЕННОГО ХАРАКТЕРА НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

г. Махачкала
2018 год

РАЗДЕЛ 1

1.0. Медико-географическая характеристика Республики Дагестан и оценка возможной медико-санитарной обстановки на его территории.

1.1. Характеристика природных условий: рельеф, климат, растительность, гидрография, общие выводы.

Республика Дагестан в основном занимает площадь Восточного Предкавказья и расположена на северо-восточном склоне Большого Кавказа, вдоль западного побережья Каспийского моря. Береговая линия слабо расчленена и имеет протяженность 530 км от устья реки Кумы на севере до устья реки Самур на юге.

Площадь территории Республики Дагестан составляет 50,3 тыс. кв. км.

На северо-востоке выделяются Аграханский и Кизлярский заливы, Аграханский полуостров и острова Чечень, Тюлений, Базар и др.

По устройству поверхности территория Дагестана делится на четыре основные физико-географические области.

Низменный Дагестан (значительная часть территории лежит ниже уровня океана)- Юго-Западная Прикаспийская низменность, подразделяется на Терско-Сулакскую, Терско-Кумскую и Прикаспийскую низменности.

Предгорья Дагестана состоят из отдельных хребтов северо-западного и юго-восточного простирания, разделенных широкими долинами и котловинами.

Внутренний Дагестан характеризуется сплетением широких плато (Арактау, Гунибское, Хунзахское и др.) и узких моноклиальных гребней (Салатау, Гимринский и др.). Высота до 2500 м. Горные хребты во многих местах прорезаны глубокими ущельями-каньонами, среди которых по своей глубине (до 1800м) выделяется Главный каньон реки Сулак.

Высокогорный Дагестан включает 2 основные цепи гор - Главный или Водораздельный хребт Большого Кавказа (Дагестану принадлежит северный склон) и его Боковой хребт, имеют абсолютные отметки от 2500м до 4000 м и более.

Высшая точка Дагестана- г.Базардезю (4466м)-на границе с Республикой Азербайджан.

Речная сеть Дагестана отличается значительной густотой. Питание рек в основном формируется за счет талых вод, сезонных и вечных снегов и ледников, осадков и подземных вод. Главные реки: Терек, Сулак с Аварским Койсу, Андийским Койсу, Казикумухским Койсу и Каракойсу, Самур. На реках Дагестана из-за высоких скоростей не образуется сплошной ледостав, за исключением суровых зим и на отдельных участках с замедленным течением.

Реки широко используются в народном хозяйстве республики для гидроэнергостроительства, мелиорации, рыболовства и бытового водоснабжения. В бассейне реки Сулак искусственно созданы крупные водохранилища: Чирюртовское, Гергебельское, Миатлинское и Чиркейской с общим объемом водоизмещения до 3 млрд. куб.м., которые находятся в зоне вероятного землетрясения, интенсивностью 7-9 баллов по шкале Рихтера.

Насчитывается около 100 небольших озер, общей площадью 150 км, основном они расположены в низменной части республики.

Почвы на низменности светло-каштановые, луговые, солончаки. В предгорьях встречаются каштановые и горно-лесные почвы. Значительные площади здесь заняты береговыми дюнами, песками и солончаками. На пологих северо-восточных склонах предгорий, а также на плато внутренних горных частей развиты горные черноземы. Для гор характерны также черно-степные, горные бурые лесные и горные луговые почвы. В Высокогорной части почвенный покров маломощен, преобладают субальпийские луга, а с 2400-2800 м - альпийские луга.

Растительность на низменности и в нижних частях склонов гор главным образом пустынная полынно-солончаковая и полупустынная полынно-злаковая. Выше 500-600 м и до 1500-1600 м выше уровня моря распространены лесные массивы из дуба, граба, бука, а во внутреннем и высокогорном Дагестане - из березы, сосны. Для плато внутреннего горного Дагестана, а также для северных склонов и передовых хребтов характерны горные степи и лугостепи, выше переходящие в субальпийские и альпийские луга, используемые как летние пастбища.

Среди растительного мира на территории республики произрастает большое количество лекарственных растений: ландыш, василистник, горицвет, желтушник, одуванчик, подорожник, эфедра, тмин, сушеница, пустырник, боярышник, калина, чистец, щавель, полынь горькая, крапива, пастушья сумка, омела, кровохлебка, тысячелистник, хвощ, череда, мать-и-мачеха, душица, ромашка, шиповник, первоцвет, сфагнум, белена, зверобой, чистотел, кровохлебка, мята перечная, аир, истод, алтей и др.

Климат в целом характеризуется обилием тепла и сухостью. Средняя температура января на низменности от $-2^{\circ} + 1^{\circ}$ С, в горах от -5 до -11° С, июле до $+24^{\circ}$ С.

Осадков выпадает в среднем за год 200-300 мм на северо-восточной низменности, в горах до 600-800 мм (max в весенне-летний период). Безморозный период на низменности от 160-180 дней на севере и до 235-250 дней на юге. На прикаспийской низменности республики наиболее неблагоприятным фактором является частые юго-восточного или северо-западного направления сильные ветры, достигающие скорости в штормовую погоду до 30-35 м/сек.

Вывод: рельеф, климат, растительность и гидрография республики обуславливает возможность возникновения чрезвычайных ситуаций природного характера: ураганы (в основном низменные районы), сели, оползни (горные и высокогорные районы), землетрясения силой 8-9 баллов по шкале Рихтера (Казбековский, Кизилюртовский, Буйнакский, Табасаранский, Сулейман-Стальский, Курахский, Ахтынский, Рутульские, Карабудахкентский, Каякентский, Дербентский районы и города Буйнакск, Махачкала, Дербент, Избербаш, Дагестанские Огни), прорыв искусственных водохранилищ (город Кизилюрт и район, г. Махачкала).

1.2. Административное деление республики, население и населенные пункты.

Республика Дагестан на севере граничит с Республикой Калмыкия (110 км), на северо-западе со Ставропольским краем (186 км), на западе с Чеченской Республикой (420 км), на юго-западе с Грузинской Республикой (150 км), на юге с Республикой Азербайджан (315 км). Общая длина сухопутных границ Дагестана достигает 1181 км.

В республике 42 муниципальных районов и 10 городских округов, из них 3 - отнесенных к группе категорированных городов (гг. Махачкала, Каспийск и Кизилюрт) и 17 поселков городского типа.

Население Республики составляет **3041900 тыс. человек.**

Средняя плотность населения на один кв. км. - 60,5 человек. Дагестан - многонациональная республика и на её территории проживают представители 102-х национальностей и народностей.

Столица Республики Дагестан- **Махачкала**, в состав города входят:
-городских районов-3;
-поселковых администраций-7;
-сельских администраций-6. Число населенных пунктов-13.

Численность населения в городах: **1359726**

по районам: **1682174**, в том числе:

Трудоспособного населения: **1751616**

Старше трудоспособного возраста - **403080**

Дети от 0 до 17 лет – **887204**

1.3. Экономическая характеристика.

Республика Дагестан - республика с развитой промышленностью. Ведущие отрасли - машиностроение, приборостроение, пищевая, в т.ч. мясная, кондитерская, молочная, рыбоконсервная. Основной уклон промышленности в республике был - военно-промышленный комплекс. Развита также легкая промышленность, деревообрабатывающая, химическая, микробиологическая (питательные среды). Важнейшие промышленные центры: г. Махачкала, Дагестанские Огни, Избербаш, Каспийск, Кизилюрт. К сожалению, в последние годы, из-за перераспределения видов собственности, конверсии, а также не своевременного и недостаточного финансирования, многие отрасли промышленности пришли в упадок и стали нерентабельными.

Основные виды промышленности:

А) Машиностроительный комплекс – один из основных блоков обрабатывающих производств. В настоящее время он представлен в республике отраслями авиа- и судостроения, радиоэлектронной промышленностью, энергетическим машиностроением и электротехнической промышленностью. В последние годы в республике определенное развитие получило производство автомобильных компонентов.

Судостроительная отрасль в Республике Дагестан представлена такими предприятиями, как ОАО «Дагдизель», ОАО «Завод им. «Гаджиева», ОАО «Каспийский завод точной механики». Предприятиями отрасли производятся дизельные установки и дизель-агрегаты вспомогательного назначения, навигационные комплексы и системы их питания, судовые рулевые машины, поворотные затворы, судовые насосы для перекачки различных жидкостей, в т. ч. с высоким содержанием механических и газовых примесей, оборудование для нефтедобычи, винтовые шахтные насосы, другое оборудование.

Авиационная отрасль представлена ОАО «Концерн КЭМЗ», ОАО «Авиаагрегат», ОАО «Буйнакский агрегатный завод», ОАО «Южно-Сухокумский электромеханический завод», которые выпускают бортовое оборудование и наземные средства эксплуатационного контроля самолетов, вертолетов и других летательных аппаратов для гражданской и военной авиации, автоматические катапультные устройства, радиоэлектронное оборудование для систем управления воздушным движением, навигации и посадки, средства внутренней связи, средства спасания пилотов, другое оборудование.

Радиоэлектронная промышленность представлена ПО «Азимут», ОАО «Электросигнал», ОАО ДНИИ «Волна», ОАО «Избербашский радиозавод им. Плешакова П.С.». Предприятия отрасли производят радиотехническое аэронавигационное оборудование, аэродромные радиопеленгаторы, системы взлета-посадки, азимутальные радиомаяки, системы связи для подвижных наземных объектов и летательных аппаратов.

Предприятия **электротехнической промышленности** (ОАО «Дагэлектроавтомат», ОАО «ДагЗЭТО», ОАО «Кизлярский электроаппаратный завод» и другие) произ-

водят низковольтную коммутационную аппаратуру, выключатели-автоматы различных типов, микровыключатели, конвейерные и индукционные печи, высокочастотные генераторы и т.д.

Химическая и стекольная промышленность. В отрасли значительным производственным потенциалом обладают АО «Каспийский завод листового стекла», ООО «Дагестан Стекло Тара», ОАО «Дагфос», «Завод Стекловолокна», ООО «НБТ-Дагестан» и другие. Предприятиями производится современное листовое стекло, стеклянная тара, соответствующая евростандартам, стеклянное и базальтовое волокно, минеральные удобрения, лакокрасочная продукция.

Легкая промышленность. Основными предприятиями легкой промышленности являются специализированные швейные фабрики: ЗАО «Ш/ф им. Имама Шамиля», ООО МСРПГ «Южанка», ЗАО «Ш/ф «Динамо», ООО «Универсал», а также цеха на неспециализированных предприятиях. Предприятия ориентированы в основном на выполнение государственных и муниципальных заказов и, соответственно, в основном выпускают упрощенные модели мужской, женской, детской одежды, спецодежду, форменное обмундирование, постельные принадлежности и т.д. Две швейные фабрики имеют лицензии и определенный опыт работы по производству обмундирования для правоохранительных органов и силовых структур.

Пищевая и перерабатывающая промышленность. Учитывая природно-климатические условия, географическое расположение территории и сложившееся веками традиционные виды занятий народов Дагестана, экономика республики признана аграрно-промышленной и, соответственно, развитие перерабатывающей промышленности является одним из приоритетов развития Республики Дагестан. В целях развития отрасли в перспективе необходимы технико-технологическая модернизация, система менеджмента качества сырья и готовой продукции, создание устойчивой сырьевой базы.

Одним из крупнейших сегментов пищевой промышленности является **алкогольная промышленность**. Основными производителями здесь являются ФГУП «Кизлярский коньячный завод», ОАО «Дербентский коньячный комбинат», ЗАО ВКЗ «Избербашский», ОАО «Махачкалинский винзавод», ОАО «Дербентский завод игристых вин». Предприятия отрасли имеют собственный бренд и налаженные каналы сбыта продукции по всей стране.

Промышленность строительных материалов. Основными видами строительных материалов, выпускаемыми в республике, являются стеновые материалы, кирпич строительный, сборные железобетонные конструкции, нерудные строительные материалы (щебень, гравий, песок). Республика располагает значительным сырьевым потенциалом для организации производства стеновых строительным материалов и добычи нерудных материалов. В сфере **добычи нерудных материалов** наиболее крупными предприятиями являются ОАО «Дагнеруд», ЗАО «Щебзавод №1», ОАО «Роснеруд» (гравий и щебень). В сфере **производства стеновых материалов** наиболее распространенным направлением для республики является добыча бутового камня и выпуск декоративных облицовочных камней.

Широкое применение в строительстве республики получили пильные камни. Основным предприятиями по выпуску пильных камней в республике являются ПК «Дагестанский комбинат строительных материалов», ООО «Дагстром», ООО «Шахдаг». Кроме того, в Дагестане имеются значительные запасы мраморированных известняков, пригодных для производства облицовочных камней и декоративных изделий. Из них в настоящее время разрабатываются месторождения «Родниковое» и «Перевальное». Крупным предприятием по выпуску изделий и мраморированного известняка является ЗАО «Бирюза».

В сфере промышленности в Республике Дагестан в настоящее время на стадии практической реализации находится около 29 инвестиционных проектов, рассчитанных на привлечение инвестиций на общую сумму более 29 млрд. рублей, создание более 5 тысяч рабочих мест.

К наиболее значимым инвестиционным проектам в области промышленности можно отнести следующие:

ОАО «Концерн «КЭМЗ» - «Разработка и организация серийного производства многоцелевого четырехместного двухмоторного самолета «МАИ-411»;

АО «Завод «Дагдизель» - «Технологическая модернизация предприятия в целях разработки и освоения производства импортонезависимого инновационного изделия»;

АО «Завод им. Гаджиева» – «Техническое перевооружение и расширение заготовительного производства»;

АО «Дагфос» - «Организация производства серной и азотной кислот и концентрированных удобрений»;

ООО «Даг Картон Тара» - «Строительство фабрики по производству бумаги, облицовочных и тароупаковочных видов картона, а также гофроизделий».

В настоящее время в республике действуют 5 индустриальных парков - «Долина новых идей и технологий (Тюбе)», «КИП ПромКаспий», «Фотон», «Кристалл Сити», «Кайтаг».

Также созданы 4 технопарка: «Композиционные материалы и волокна», «Сулак Композит», «IT-парк полного цикла «Идея-серия» и «Фотон». Сфера деятельности технопарков - это создание новых материалов и технологий, электроника, информатика и автоматизация производства, приборостроение, товары народного потребления, производство композитных материалов с применением нанотехнологий. Общее количество резидентов в указанных структурах – более 50, объем выручки – около 3,7 млрд. рублей.

В республике ведется работа по созданию промышленного стекольного кластера, так как имеется сырьевая и производственная база, существуют научные учреждения, обладающие разработками в данной сфере, технологии изготовления серебряных зеркал, энергосберегающего и закаленного стекла, триплекса, шелкографии, травления стекла, окрашенного стекла, гнутого стекла.

В. Топливо-энергетическая отрасль.

Топливо-энергетический комплекс Республики Дагестан основан на использовании хорошо изученных и освоенных на территории республики традиционных источников энергии.

Топливо-энергетический комплекс Республики Дагестан представлен **нефте- и газодобычей**, электроэнергетикой и нефтеперерабатывающей промышленностью. Перспективы развития топливной промышленности Дагестана связаны с освоением новых месторождений нефти и газа, в том числе на Каспийском шельфе, а также с вводом в действие нефтеперерабатывающих мощностей.

Потенциальные ресурсы нефти вместе с конденсатом оцениваются примерно в 510 млн. т, из них на суше - 170 млн. тонн. Ресурсы природного газа оцениваются в 340 млрд. куб. метров.

В Дагестане наметилась тенденция к сокращению объемов добычи нефти и природного газа. Нефть и газовый конденсат в республике добывают две компании - ОАО "НК "Роснефть-Дагнефть" и ОАО "Дагнефтегаз".

Через территорию республики проходит нефтепровод "Баку - Новороссийск", по которому перекачивается на экспорт примерно 2,5 млн. т нефти в год и магистральные нефтепроводы высокого давления:

«Моздок-Грозный-Баку», протяженность-302 км., диаметр-700мм.;

«Обводной вокруг Чеченской республики», протяженность 212 км., диаметр трубы- 600мм.

Также по территории республики проходят магистральные газопроводы:
«Моздок-Казимагомед», протяженность-297км., диаметр трубы-1200мм.,
«Магат-Северный Кавказ»-129,4 км;
«Кумли-Аксай»-115,291 км.,
«Махачкала-Каспийск-Ачи-Су»-38,3 км.,
«Закольцевание»-30,56 км.,
«Ачи-Су-Избербаш»-19 км.

В республике есть мини-НПЗ компании ЗАО "Каспий-1", который работает по упрощенной схеме.

Ключевой отраслью топливно-энергетического комплекса Республики Дагестан является **электроэнергетика**.

В республике, по данным Федеральной службы государственной статистики, в эксплуатации находится 164 топливные электростанции (48,3 тыс. кВт), из них 13 передвижных ДЭС (1,3 тыс. кВт) и 16 ГЭС, из которых только часть относится к сектору централизованного энергоснабжения.

Теплоэлектростанция республики и часть тепловых сетей в г. Махачкале принадлежат Дагестанскому производственному объединению ООО "Дагестанэнерго", Махачкалинская ТЭЦ, которая производит и отпускает потребителям тепловую энергию, попутно вырабатывает электроэнергию. Также тепловую энергию в республике производят районные, ведомственные и коммунальные котельные. Все эти объекты относятся к централизованному сектору энергоснабжения республики.

Основу электроэнергетики республики составляют ГЭС. В Республике Дагестан действуют 16 ГЭС различной мощности, в том числе и малые. Основные ГЭС:

Чиркейская, Чирюртовская (1,2,3-Гельбахская), Миатлинская, Гегребильская, Ахтынская, Куркшская, Гунибская, Агульская, Магинская, Амсарская, Аракульская, Шиназская, Бавтугайская, Ирганайская.

Гидроэнергетические ресурсы Республики Дагестан оцениваются в 55,17 млрд. кВт/час. При этом только десятая часть этих ресурсов освоена. Экономически высокоэффективная часть гидроэнергетических ресурсов сконцентрирована в наиболее крупных водотоках и достигает 10 млрд. кВт/час.

Республика - это край с множеством холодных и термальных источников (Рычал-Су, Махачкала-160). В республике два крупных общероссийского значения бальнеологических курорта, имеющие естественные (местные) источники добычи грязи - это санаторий «Каякент» и санаторий «Галги».

1.4. Пути сообщения и транспорт.

Протяженность автомобильных дорог с твердым покрытием составляет порядка 8000 тыс. км. По территории Республики Дагестан на протяжении 270 км. проходит главная автомобильная магистраль Москва-Баку (автомагистраль М-29 «Кавказ»), которая обладает большой пропускной способностью и эвакуационными возможностями, а также автотрасса Астрахань-Махачкала и другие.

Протяженность железнодорожной сети составляет 550 км. Важнейшие железнодорожные линии – Махачкала - Карланюрт - Кизляр, Махачкала-Баку и Червленая-Кизляр - Астрахань.

Международный морской порт- «Порт- Петровск».

Воздушный транспорт связывает столицу Дагестана с Москвой, Санкт-Петербургом, Ростов - на - Дону, Краснодаром, Минеральными Водами и другими городами Российской Федерации, СНГ и зарубежными странами.

Для обеспечения своевременной экстренной медицинской помощи пострадавшему в ЧС населению и тяжелобольным на базе ГБУ РД «Дагестанский центр медицины катастроф» функционирует отделение плановой и экстренной консультативной помощи (санитарная авиация), на оснащении имеется один вертолет МИ-8, место базирования его - аэродром «Уйташ».

Вывод: Имеющаяся сеть автомобильных дорог, железнодорожных путей сообщения, имеющийся аэропорт и международный морской порт позволяют организовать и проводить эвакуационные мероприятия практически в полном объеме, а при региональных, федеральных и трансграничных ЧС полную возможность использования сил и средств МЧС России, регионального и Всероссийского центров медицины катастроф.

1.5. Потенциально-опасные объекты и медицинская обстановка на территории Республики Дагестан

Соответственно классификации катастроф:

Природные (естественные)			Техногенные, искусственные (антропогенные)		
			Транспортные	Производственные	Социальные
Смерчи, циклоны, ураганы, засухи, пожары	Извержения вулканов, землетрясения	наводнения, сели, оползни, обвалы	авто-авиа-железнодорожные катастрофы, аварии на водном транспорте	Химические аварии, взрывы, пожары	эпидемии, терроризм, локальные войны и др. конфликты

Прогноз о характере медицинских последствий наиболее вероятных техногенных катастроф.

Вид катастрофы	Механизм возникновения травм	ПОРАЖЕНИЯ		
		Ожидаемое среднее число пострадавших	Соотношение погибших и раненых	Основные виды патологии, их отношение к одиночным травмам
Производственные	Взрыв, пожар	10 - 100	1 : 10	Множественные и сочетанные травмы, их отношение к одиночным травмам (10 : 1)
Производственные с выбросом АХОВ	Взрыв, пожар, утечка АХОВ	10 - 100	1 : 50	Преобладают монокимические поражения, единичные комбинированные травмы (механохимические термохимические), возможны вторичные поражения на зараженной местности
Авиационные	-----	10 - 100	10: 1	
Автомобильные	-----	до 10	1: 5	
На морском транс-	-----	10 - 100	-----	

порте				
Железнодорожные	-----	10 - 100	1: 10	
Пожары в зданиях	взрыв, пожар	10 - 100	1: 10; 1: 20	

А. Химическая опасность.

В Республике Дагестан в настоящее время насчитывается 8 химически опасных объектов. За последние годы ЧС с выбросом АХОВ не отмечено.

Проверка состояния ХОО проводится в соответствии с планом периодических проверок объектов и планом внезапных проверок объектов.

Уровень противоаварийной защиты ХОО оценивается в соответствии с ПБ-09-220-98 "Правила устройства и безопасной эксплуатации холодильных аммиачных установок" и ПБ 09-322-99 "Правила безопасности при производстве, хранении, транспортировании и применении хлора".

Достаточный уровень защиты ХОО оценивается по наличию ведомственной охраны, исправной системы охранной сигнализации, телефонной связи по территории объекта и за его пределами, труднопреодолимого ограждения территории объекта, освещения территории объекта в ночное время.

В республике химически опасных городов – 5. Химически опасных объектов-8, все третьего класса опасности.

Общее количество используемых и хранимых АХОВ- 66,35 тонн, из них: хлор-50,35т., аммиак -16,0 т. По территории республики также проводится и перевозка цистерн с хлором, аммиаком и другими химически опасными веществами по маршрутам: ж/д ст. Хасавюрт - ж/д ст. Карланюрт - ж/д ст. Махачкала-1 - ж/д ст. Дербент.

На железнодорожных станциях городов Хасавюрт, Махачкала, Избербаш, Дербент, возможно скопление до 90 вагонов (цистерн) с ПВО и АХО веществами.

Общая площадь зон возможного химического заражения- 2972 кв.км. с населением 1501,0 тыс. человек. В зону химического заражения попадают до 1303,21 человек, возможные потери – 10,5 тыс.человек. Наиболее вероятные санитарные потери от АХОВ одномоментно могут возникнуть при авариях и диверсиях в городах: Махачкала, Кизилюрт, Каспийск, Хасавюрт и районах: Хасавюртовский, Кизилюртовский, Кумторкалинский. Перечень потенциально опасных объектов см. таблица №1.

Таблица №1

Перечень химически опасных объектов, находящихся на территории Республики Дагестан, на 2018 год

№ п/п	Наименование опасного производственного объекта	Место нахождения ОПО (адрес, телефон, факс)	Ведомственная принадлежность (головное учреждение) (адрес, телефон, факс)	Класс опасности	Вид и количество
1	Склад хлора с хлораторной	г. Махачкала, п.Ново-Хушет	ООО «Коммунсервис» 367000, г. Махачкала, Чернышевского 119 тел./факс: 8(8722) 56-86-02.	3	Хлор 17 т.
2	Аммиачная холодильная установка	г. Махачкала, ул. Лаптиева 3, тел.: 67-22-69, факс: 67-32-79	ЗАО «Махачкалинский мясокомбинат» 367007, РД, г. Махачкала, ул. Лаптиева 3, тел.: 67-22-69, факс: 67-32-79	3	Аммиак 16т.
3	Склад хлора на ОСВ	г. Махачкала, пр. Акушинского 8-я линия	ОАО «Махачкалаводоканал» 367008, РД, г. Махачкала, пр. Акушинского 16, тел.:67-82-29, ф:67-82-80	3	Хлор 8,5т.
4	Склад хлора с хлораторной	г. Буйнакск, ул. Ломоносова	МУП «Горводоканал»	3	Хлор

	хлораторной	ва, 108	368220, РД, г. Буйнакск, ул. Ломоносова 108, тел.: 2-19-48, 2-32-82		4т.
5	Склад хлора с хлораторной	Г Каспийск, Турали-4, тел: 6-78-54, 6-69-54	Администрация г. Махачкала, МУП «Очистные сооружения канализации» 368302, РД, г. Каспийск, Турали-4, тел: 6-78-54; 6-69-54		Хлор 0,85т.
6	Склад желтого фосфора	г. Кизилюрт, пр. Шамиля, 3, тел. 2-10-67	ОАО «Дагфос» 368100, РД, г. Кизилюрт, пр. Шамиля, 3; тел. 2-10-67	3	Хлор 0т
7	Склад хлора с хлораторной	г. Хасавюрт	Администрация г. Хасавюрт, МУП «Горводоканал» 368000, РД, г. Хасавюрт, Махачкалинское шоссе 10, тел: 32-29	3	Хлор 10т.
8	Склад хлора с хлораторной	г. Каспийск	Администрация г. Каспийск, МУП "Водоканал" 368300 г. Каспийск, ул Дахадаева 14а тел 6-76-44	3	Хлор 10т.

Химические катастрофы.

Общие сведения о химических катастрофах.

Постоянное развитие химических производств, широкое применение в различных сферах деятельности разнообразных химических веществ, многие из которых являются токсичными для человека, хранение этих веществ в больших объемах на складах и транспортировка на дальние расстояния увеличивают возможность возникновения несчастных случаев с массовым поражением людей. Подобные ситуации могут возникнуть при утечке ядовитых веществ из-за нарушения технологии, при взрывах (терактах), землетрясениях, которые приводят к разрушению химических предприятий.

Аварийная опасность химических веществ определяется их физическими, химическими и биологическими свойствами.

Выделяют 4 типа химически опасных очагов:

1. Стойкий быстродействующий (фосфорорганические вещества, анилин).
2. Стойкий замедленного действия (серная кислота, тетраэтилсвинец).
3. Нестойкий быстродействующий (аммиак, хлор, окись углерода, синильная кислота).
4. Нестойкий замедленного действия (азотная кислота, фосген)

К стойким относятся соединения с температурой кипения более 140⁰С, к нестойким - менее 140⁰С. Ориентировочно очаг считается стойким, если поражающее действие токсических веществ сохраняется больше 1 часа, нестойким – меньше 1 часа; быстродействующим – если симптомы поражения возникают сразу, замедленным – если симптомы возникают через 1-6 часов.

Химические катастрофы характеризуются внезапностью возникновения, быстротой и массовостью поражения, заражением внешней среды, большим количеством тяжелых больных, наличием комбинированных поражений. **Для оперативного расчета количества пострадавших среди незащищенного населения можно исходить из следующих ориентировочных показателей:**

- **35%- смертельные поражения,**
- **40%- средней тяжести и тяжелые,**
- **25% -легкопораженные.**

На открытой местности без противогазов 100% людей получают различной степени поражения, при 100% обеспечении противогазами отравления возникнут у 10-12%. При

химических катастрофах отравления возникнут у 58% пострадавших, травмы – у 24%, ожоги- 13%, комбинированные поражения - у 5%.

Аварийная опасность химических веществ возникает в условиях экстремальных ситуаций. Обусловленных особенностями химических источников на опасных производственных объектах, масштабами выбросов или проливов (утечек) химических веществ в объемах окружающей среды, метеорологическими и климатическими условиями, при которых развивается аварийная ситуация, а также временем воздействия.

Основными критериями оценки опасности химических веществ при авариях являются:

-способность химических веществ к быстрому распространению в окружающей среде и созданию высоких, опасных для жизни и здоровья людей уровней аварийного загрязнения;

-пути воздействия токсичных веществ на организм в аварийных ситуациях различны. Наибольшую опасность представляет ингаляционный путь, в меньшей степени – кожный, ограниченную опасность – пероральный.

-хронометрический фактор воздействия химических веществ, отражающий скорость формирования санитарных потерь.

Показатели опасности химических веществ при аварии подразделяются на три основные группы: физические и химические, пожаровзрывоопасные, а также токсикологические.

К первой группе относятся показатели опасности, обусловленные физическими и химическими свойствами веществ, которые определяют стойкость поражения, создание в нем опасных концентраций, возможность вторичного загрязнения за счет десорбции с одежды и кожных покровов, реакционную способность. Это и температура кипения и температура плавления, показатели плотности, давления паров, растворимости, а также опасные химические реакции.

Ко второй группе относятся показатели, обуславливающие опасность химических веществ при пожарах и взрывах. Это показатели воспламенения и самовоспламенения, распространения пламени, способности взрываться и гореть при взаимном контакте веществ, показатели токсичности продуктов горения и др.

К третьей группе относятся показатели токсического действия химических веществ на организм. При этом уделяется внимание элементам острой ингаляционной токсичности при кратковременных экспозициях на смертельных и пороговых уровнях воздействия, показателям раздражающего воздействия на органы дыхания, глаза и кожу, возможности развития специфических отдаленных эффектов при непродолжительном контакте, возможной поглощенной дозе при ингаляционном поступлении за определенное время воздействия с учетом токсикокинетических особенностей веществ, максимально допустимым концентрациям, аварийным пределам воздействия и другим аварийно гигиеническим регламентам, устанавливаемым для различных категорий профессиональных контингентов, а также населения при различных путях поступления токсиканта в организм.

Характеристика токсических веществ и врачебная тактика при массовых отравлениях на догоспитальном этапе.

Токсическое действие ядовитых веществ на организм человека определяется следующими факторами:

- Физические свойства: агрегатное состояние (жидкость, газ, аэрозоль), растворимость в воде, липидах, плотность паров относительно воздуха (при плотности меньше 1 – газ легче воздуха, больше 1 – тяжелее), летучесть, вязкость температура кипения, возгорания, теплоемкость и др.

- Химические свойства. Учет химических свойств необходим для индикации ядовитых веществ во внешней среде, обезвреживания их дегазаторами, а также применения антидотов и индивидуальных противохимических пакетов.
- Пути поступления в организм. Основные пути поступления токсических веществ в организм: ингаляционный, через кожу и слизистые оболочки, раневую и ожоговую поверхности, пищеварительный тракт. От пути поступления зависят быстрота развития симптомов и тяжесть состояния.
- Токсическая концентрация ядовитых веществ в воздухе, их доза в воде, пищевых продуктах и других средах. Количественным показателем токсичности вещества является **токсодоза**. При ингаляционном поражении токсодоза (Т) равна произведению концентрации в воздухе (С, г/м³ на время экспозиции (t, мин) $T = C \times t$ (г/ м³ х мин). Ингаляционная опасность токсических веществ обусловлена их возможностью образовывать в окружающей среде (газовую) фазу, зависящую от летучести.

Предельно допустимая концентрация (ПДК)- концентрация токсического вещества, при которой симптомов отравления не наступает.

Пороговая концентрация (ПК) – наименьшее количество токсического вещества в объеме воздуха (1 л , 1 м³) или вещества (1 мг 1 кг), вызывающее начальные симптомы отравления.

Средне - смертельная концентрация - концентрация токсического вещества, вызывающая гибель 50% пострадавших.

Абсолютно смертельная концентрация- концентрация токсического вещества, вызывающая гибель 100% пострадавших.

Химически опасные вещества в результате аварии могут привести к потерям до 50 человек. Это групповые поражения, более 50 человек – массовые поражения.

Медико-санитарные последствия аварий, связанных с выбросом, проливом, взрывом и возгоранием химических веществ в значительной мере зависят от токсических свойств соединений или их термоокислительной деструкции.

Б. Радиационная опасность.

Радиационно-опасных объектов на территории республики нет. Ближайшая АЭС располагается в Ростовской и Волгоградской областях, которые, в случае аварии (по проведенным расчетам) для республики большой опасности не представляют.

В вопросах обеспечения радиационной безопасности на территории республики ГУ МЧС России по РД тесно сотрудничает с Управлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Дагестан (далее – ТУ Роспотребнадзора по РД) и Северо-Кавказским отделом инспекций радиационной безопасности Госатомнадзора России. Данными организациями ведется контроль и учет ИИИ (РВ), находящихся на территории РД. Для выявления и оценки радиационной и химической обстановки в городах созданы нештатные расчетно-аналитические группы (РАГ).

Северо-Кавказский отдел инспекций радиационной безопасности Госатомнадзора России осуществляет контроль за наличием и сроками использования ИИИ в организациях, а также за наличием лицензии на право деятельности в области использования ИИИ в организациях.

Мониторинг радиационной обстановки, выявление аномалий, сбор и анализ полной информации о состоянии радиационной безопасности в РД проводится лабораториями различных министерств и ведомств, входящих в Дагестанскую подсистему Государственной системы наблюдения и лабораторного контроля.

Средний естественный природный фон гамма-излучения для равнинной местности РД составляет 8-14 мкР/ч, для горных районов 9-17 мкР/ч. Регулярным выборочным радиационным контролем за загрязнением продуктов питания, питьевой воды, водоемов, почвы и стройматериалов занимается управление Роспотребнадзора по РД, через сеть ТО управления Роспотребнадзора в городах и районах. Превышения установленных норм не выявлено.

Медицинская рентгенология представляет потенциальную опасность для населения. В процессе выполнения любого вида рентгенологического исследования человек подвергается воздействию рентгенологического излучения, которое сопряжено с риском возникновения так называемых отдаленных последствий облучения соматического и генетического характера. Поэтому защита населения и пациентов при рентгенологических процедурах является одной из основных задач не только санитарной службы, но и всех служб органа здравоохранения.

В республике эксплуатируется 413 рентгенологических аппаратов, в том числе 4 рентгенотерапевтических аппаратов, 266 диагностических, в том числе 102 передвижных, 56 дентальных, 87 флюорографических, в том числе 11 передвижных. Из них 171 рентгеновских аппаратов и 58 флюорографических аппаратов морально и технически устарели, что составляет 55,4%. 223 рентгеновские установки в медицинских учреждениях городов и районов. Республиканский онкологический диспансер в 4-х отделениях используют разные виды излучения в лечебных целях, в Республиканском диагностическом центре, Республиканской клинической больнице, Республиканском ортопедо-травматологическом центре, Республиканской клинической больнице – центре экстренной специализированной медицинской помощи, Городской клинической больнице №1 функционируют кабинеты КТ и МРТ. Случаи аварий и аварийных ситуаций в рентгенологических кабинетах не зарегистрированы.

Радиационные катастрофы.

Общие сведения о радиационных катастрофах.

Радиационные поражения могут возникать при воздействии на организм проникающей радиации в результате аварии реакторов на атомных электростанциях, производственных предприятиях от источников ионизирующей радиации при нарушении техники безопасности или повреждении системы защиты. При этом происходит облучение людей смешанным гамма-нейтронным потоком, поступление радиоактивных веществ в организм через органы дыхания, пищеварительный тракт, кожу и слизистые оболочки.

В зонах радиоактивного загрязнения местности имеют место два основных вида облучения:

1. Внешнее гамма-облучение при прохождении радиоактивного облака, от инертных газов и изотопов йода, а также от радиоактивных осадков. В этом случае имеет место общее облучение всего тела человека;
2. Внутреннее облучение в результате вдыхания радионуклидов из облака и поступления их в организм с загрязненной водой и пищей. Оно приводит к облучению отдельных органов и тканей и имеют меньшее значение.

При инкорпорации радионуклидов через органы дыхания, желудочно-кишечный тракт, раневую или ожоговую поверхность они быстро попадают в кровь и оседают в тропных для них органах и тканях:

- Йод-131 – в щитовидной железе,
- Стронций-90 – в костях,
- Цезий-134 – в мышечной ткани,

Значительную опасность представляет Йод-131, который поступает в небольшую по объему щитовидную железу и накапливается в ней. Учитывая короткий период полу-

распада (8 дней), создается опасность интенсивного облучения этой железы. Минимальная лейкогенная доза- 1 Гр (Грей).

Врачебная тактика при массовой радиационной травме на догоспитальном этапе.

Врачебные бригады располагаются на незараженной территории или на территории с мощностью экспозиционной дозы не более 0,5 Р/час. Медицинские бригады проводят первичную медицинскую сортировку и йодную профилактику, купируют первичную лучевую реакцию, назначают радиопротекторы, осуществляют лечение лучевых ожогов. Бригады должны быть обеспечены индивидуальными дозиметрами и средствами защиты.

1. Проведение первичной сортировки. Первичную сортировку и оценку возможной степени тяжести ОЛБ проводят по данным клинической дозиметрии. По возможности используют и данные физической дозиметрии, но реально такие данные отсутствуют или значительно запаздывают.

Оценка степени тяжести острой лучевой болезни (ОЛБ).

Доза внешнего облучения	Степень тяжести ОЛБ	Прогноз
<1Гр	Без признаков болезни	
1-2 Гр	Легкая, I степень	Лечение возможно в амбулаторных условиях
2-4 Гр	Средняя, II степень	При лечении выживание гарантировано
4-6 Гр	Тяжелая, III степень	При лечении выживание вероятно
>6Гр	Крайне тяжелая, IV степень	При лечении выживание возможно
>10 Гр	Крайне тяжелая, «кишечная»	При лечении выживание сомнительно

Первичную сортировку проводят для разделения пострадавших на два потока. *Первый* – лица, подвергшиеся облучению в дозах, не вызывающих ОЛБ, или у которых прогнозируется легкая форма болезни. Они могут быть отправлены любым видом транспорта на амбулаторное обследование.

Вторая группа – лица, получившие дозу выше 2 Гр, требуют лечения в специализированном стационаре. Во второй группе выделяют две подгруппы: со средней (до 6 Гр) и тяжелой (более 6 Гр) степенью ОЛБ. Во вторую подгруппу включают и пострадавших с комбинированными поражениями. Эта группа пострадавших требует проведения интенсивной терапии и наблюдения во время транспортировки.

При первичном контакте с пострадавшими наибольшую информацию может дать время возникновения рвоты. В первые часы это единственный критерий оценки отбора. Другими существенными критериями для диагностики степени тяжести и прогнозируемой ОЛБ могут служить снижение уровня АД и повышение температуры тела.

Диагностика степени тяжести ОЛБ при первичной сортировке.

Показатель	Степень тяжести ОЛБ (доза)			
	I (1-2Гр)	II (2-4 ГР)	III(4-6ГР)	IV (6ГР)
Рвота (начало и интенсивность)	Через 2 часа и более, однократная	Через 30 мин, повторная	Через 30 мин.-1 час, многократная	Через 10-20 мин., неукротимая

Температура тела	37,0-37,6	37,4-38,4	37,8-39,0	38,8-40,0
Снижение АД	120/80	110/70	100/70	90/60

В. Взрыво-пожароопасность.

В республике имеется 1 взрывоопасный объект, 27 пожароопасных. Размеры площади зон пожаров могут составить- 14,58 кв.км, в том числе,

по г. Махачкала – 13,7 кв. км.;

по г. Кизляр – 0,2 кв. км.;

по остальным населенным пунктам – 0,68 кв.км.

Это обусловлено наличием на предприятиях республики большого количества легко-воспламеняющихся и горючих жидкостей, большой площади пожароопасных объектов. Наиболее опасными, среди которых, представляют предприятия с запасами горюче-смазочных материалов, активной нефтедобычи, нефте - и газопроводы, железнодорожный и морской транспорт нефтеналивного характера. Характеристика данных пожаров будет заключаться в большом тепловом воздействии и излучении на расположенные вблизи объекты и строения. Тушение аналогичных пожаров требует дополнительного привлечения сил и средств соседних субъектов СКФО.

Потенциально опасные участки магистральных нефте-газопроводов:

№ п/п	Тип трубопровода	Наименование	Диаметр (мм)	Местоположение опасного участка
1	Нефтепровод	Трасса -Баку	700	п. Тухчар, Новолакского района
2	Нефтепровод	Трасса -Баку	700	г.Кизилюрт, р.Сулак, (820 м на эстакаде)
3	Нефтепровод	Трасса –Баку	700	г. Хасавюрт – НПС
4	Нефтепровод	Трасса –Баку	700	п.Геджух, Дербентского района, р.Самур
5	Нефтепровод	Трасса -Баку	700	п.Филя, Магарамкентского района, р.Самур (950 м на эстакаде)
6	Газопровод	Моздок - Казимагомед	1200	п.Кушли, Ногайского района
7	Газопровод	Моздок – Казимагомед	1200	п.Аксай, Хасавюртовского района, р.Терек (40м на эстакаде)
8	Газопровод	Моздок – Казимагомед	1200	г. Кизилюрт, р.Сулак (840 м на эстакаде)
9	Газопровод	Моздок – Казимагомед	1200	г. Кизилюрт- ГПС
10	Газопровод	Моздок – Казимагомед	1200	г. Избербаш- ГПС
11	Газопровод	Моздок - Казимагомед	1200	п.Филя, Магарамкентского района, р.Самур (970 м на эстакаде)

Существенные одномоментные санитарные потери можно ожидать в городах: Махачкале, Избербаш и Кизляре.

В период засушливого лета на территории республики возникают лесные пожары. Это - Кайтагский, Карабудахкентский, Табасаранский, Хивский районы. Лесные пожары могут захватить площадь до 1884 км² с населением до 130 т/чел.

Районы лесопожарной опасности.

Площадь лесных массивов на территории Республики Дагестан составляет 524000 га. Все леса относятся к 1-ой категории, из которых 70% - леса хвойной породы, остальные – лиственные. На склонах гор расположено 70% лесных массивов, остальные на плоскости. Процент лесистости составляет 8,7% от общей площади территории Республики Дагестан. Земли, покрытые лесом распределены на 57 типов лесов. Средняя полнота лесов составляет 0,64, а средний возраст лесов – 56 лет.

Средний класс пожарной опасности лесов в РД составляет 3,7. Пожары в основном возникают в горных районах в хвойных лесах и не являются крупномасштабными, так как лесные массивы имеют много естественных природоразграничений (реки, ущелья, хребты), что препятствует их распространению. Наиболее высокая пожарная опасность существует в районах: Ботлихском, Гунибском, Унцукульском, и Ногайском.

Анализ лесных пожаров предыдущих лет показывает, что по наибольшей степени вероятности лесных пожаров к вышеуказанным районам следует добавить Гергебельский, Гляротинский, Цунтинский и Рутульский районы (березово-сосновые леса).

Г. Гидродинамическая опасность.

В республике, в бассейне реки Сулак функционирует каскад гидроэлектростанций: Гергебельская, Чиркейская, Миатлинская, Чирюртовская, Ирганайская, Гоцатлинская.

Гергебельское водохранилище (ГЭС) – длина 5,5 км, ширина –0,38 км, глубина-49,3 м (средняя-9,7м). Площадь зеркала-1,75 км². Полный объем воды – 17х10⁶ м³, полезный – 9,6х10⁶ м³. Протяженность береговой линии- 16,5 км.

Чирюртовское водохранилище - – длина 10 км, ширина –0,82 км, глубина-12 м (средняя-2м). Площадь зеркала-3 м². Полный объем воды – 6,04х10⁶ м³, полезный – 4,6х10⁶ м³. Протяженность береговой линии- 40 м.

Миатлинское водохранилище- – длина 14,6 км, ширина –0,3 км, глубина-61 м (средняя-27,3м). Площадь зеркала-1,72 км². Полный объем воды – 47х10⁶ м³, полезный – 21,7х10⁶ м³. Протяженность береговой линии- 33 км.

Чиркейское водохранилище - – длина 5,5 км, ширина –5 км, глубина-210 м (средняя-65,5м). Площадь зеркала-42,4 км². Полный объем воды – 2780х10⁶ м³, полезный – 1320х10⁶ м³. Протяженность береговой линии- 146 км. На водохранилище устроена Тешиклинская дамба, предназначенная для предотвращения перелива воды из водохранилища в понижение р. Шура-Озень. Длина дамбы по гребню 1300м, максимальная высота – 28 м, ширина по гребню – 5м, в случае прорыва дамбы возможно затопление г. Буйнакск и части Буйнакского района.

В случае аварии на гидротехнических сооружениях возможно образование зон катастрофического затопления, охватывающие частично 2 сельских района с 50-ю населенными пунктами и город Кизилюрт, с общей численностью- 68 тыс. человек, площадь затопления-1650 кв. км. Высота волны при прорыве Чиркейской ГЭС может составить 40 метров, в районе пос. Бавтугай и г. Кизилюрта – 9 м, напорный фронт воды до створа г. Кизилюрта достигнет через 22-30 минут, через 3,2 часа начинается подъем воды

до 1 метра, а через 5,3 часа до 1,5 метров. Полное затопление зоны произойдет через 4,5 часа, что позволяет провести заблаговременно эвакуационные мероприятия.

Прорыв плотины Чиркейского водохранилища

Подобное чрезвычайное происшествие возможно при катастрофическом землетрясении в Буйнакском районе с силой подземных толчков до 9 и более баллов по шкале Рихтера.

№ п/п	Наименование административной территории	Количество населения в зоне КЗ (тыс. чел.)		
		Всего	в том числе требуют	
			оказания мед. помощи	организации медико-санитарного обеспечения после эвакуации
1.	г. Кизилюрт	28413	2,3	7,1
2.	Кизилюртовский район	52330	6,4	13,08
3.	Бабаюртовский район	35173	0,5	8,7
4.	Кумторкалинский район	12678	0,4	3,2
5.	г.Махачкала (Кировский район)	240771	6,3	37,6
ВСЕГО:		369365	15,9	69,68

Кроме того, возможно образование двух зон затопления рек Сулак и Терек в период быстрого таяния снегов и чрезвычайного выпадения осадков в бассейне рек с частичным захватом территории Кизлярского и Бабаюртовского районов, с угрозой затопления северной окраины города Кизляра, общей площадью 1600 кв.км с населением более 20 тыс.человек.

В результате сильных штормовых ветров, и в связи с повышением уровня Каспийского моря, могут образоваться зоны затопления от нагонной волны в прибрежной полосе общей площадью до 960 км² с населением в этой зоне до 2700 человек. Это города - Махачкала, Дербент и Каспийск. Возможны разрушения в зоне затопления до 50% зданий. Среди населения жертв не ожидается.

Д. Опасные природные явления.

На территории республики возможны землетрясения, оползни, сели, ураганы, наводнения. Вся территория республики Дагестан является сейсмически активной зоной. Сила подземных толчков может достигать 8-9 баллов (по 12-балльной шкале Рихтера). Очаги землетрясения в республике находятся на относительно небольших глубинах: от 5 -10 до 20 км. В результате сильных подземных толчков могут быть повреждены железнодорожные и автомобильные мосты, дороги, системы энергогазо-водо-теплоснабжения, канализации, системы управления, оповещения и связи.

По прогнозируемым расчетам **в 9-балльной зоне** окажутся город Буйнакск и Буйнакский район, Агульский, Ахтынский, Докузпаринский, Казбековский, Кулинский, Курахский, Лакский, Новолакский, Рутульский, Тляртинский, Цунтинский, Шамильский, Цумадинский, Чародинский районы с населением 448 691 человек. Санитарные потери могут составить в среднем – 149 818 человек.

В 8 балльной зоне окажутся города - Махачкала, Дагестанские Огни, Дербент, Избербаш, Каспийск, Хасавюрт, Кизилюрт, Акушинский, Ахвахский, Ботлихский, Гунибский, Гергебельский, Гумбетовский, Дербентский, Дахадаевский, Карабудахкентский, Каякентский, Кайтагский, Кизилюртовский, Кумторкалинский, Левашинский, Магарамкентский, Сулейман-Стальский, Сергокалинский, Табасаранский, Унцукульский, Хасавюртовский, Хунзахский, Хивский районы с населением- 2 333 592 человек. Санитарные потери могут составить около- 656 206 человек.

В 7-балльной зоне окажутся города – Кизляр и Южно-Сухокумск, Кизлярский, Бабаюртовский, Тарумовский, Ногайский районы с населением-233 377 человек. Санитарные потери могут составить – 36 873 человек.

- полные до 30%
- сильные до 15%
- средние до 20%
- слабые до 5%.

Ориентировочно структура травматических повреждений у населения может составить:

- повреждения головы-20%
- повреждения опорно-двигательного аппарата-28%
- множественные повреждения-13%
- ожоги-30%
- повреждения груди и живота-14%
- синдром длительного сдавления-28%
- ушибы-28%

Землетрясения по варианту – 01

№ п/п	Наименование административных территорий республики	Количество населения в зоне землетрясения (тыс. чел.)			
		Всего населения	в том числе:		
			Общие потери	санитарные потери	безвозвратные потери
1.	<u>а)9 балльная зона</u> г.Буйнакск	64538	40426	22356	18071
2.	Буйнакский район	80131	49160	26756	22404
3.	Агульский район	10452	6412	3490	2922
4.	Ахтынский район	31492	19320	10515	8805
5.	Докузпаринский район	15214	9334	5080	4254
6.	Казбековский район	47353	29193	15811	13239
7.	Кулинский район	11031	6768	3683	3084
8.	Курахский район	14901	9142	4975	4166
9.	Лакский район	11892	7296	3971	3323
10.	Новолакский район	33886	20789	11314	9474
11.	Рутульский район	21225	13022	7087	5934
12.	Тляратинский район	23565	14513	7868	6588
13.	Чародинский район	12547	7697	4189	3508
14.	Шамильский район	29145	17880	9732	8149
15.	Цумадинский район	25071	15381	8371	7009
16.	Цунтинский район	19741	12111	6992	5519
	ВСЕГО:	448 691	278444	152190	126449

	<u>б)8 балльная зона вариант-01</u>	население	Общие потери	Санитарные потери	безвозвратные
--	--	-----------	--------------	-------------------	---------------

1.	г.Махачкала	722314	222256	199647	23930
2.	г.Дагестанские Огни	29238	10663	8789	1874
3.	г.Избербаш	58147	21206	17478	3762
4.	г. Дербент	123162	37897	34042	3855
5.	г.Каспийск	113348	34877	31329	3548
6.	г.Хасавюрт	140047	51075	42098	8977
7.	г.Кизилюрт	47425	14593	13108	1484
8.	Акушинский район	53128	17075	14939	2136
9.	Ахвахский район	24151	7762	6791	970
10.	Ботлихский район	57908	18612	16283	2328
11.	Гунибский район	26701	8581	7508	1073
12.	Гергебильский район	21160	6801	5950	851
13.	Гумбетовский район	22675	7287	6376	911
14.	Дербентский район	102429	32921	28803	4117
15.	Дахадаевский район	36374	11690	10228	1462
16.	Карабудахкентский район	81860	26309	23019	3291
17.	Каякентский район	55633	17880	15644	2236
18.	Кайтагский район	32738	10522	9206	1316
19.	Кизилюртовский район	70039	22510	19695	2815
20.	Кумторкалинский район	26665	8570	7498	1072
21.	Левашинский район	75852	24379	21329	3049
22.	Магарамкентский район	61957	19913	17422	2491
23.	Сулейман-Стальский район	56656	18209	15931	2277
31.	Сергокалинский район	27863	8955	7835	1120
32.	Табасаранский район	49725	15981	13983	1999
33.	Унцукульский район	30783	9894	8656	1237
34.	Хасавюртовский район	153878	49456	43270	6186
35.	Хунзахский район	32096	10315	9025	1290
36.	Хивский район	21314	6850	5993	856
37.	Всего:	2 333 592	753039	661875	92513

<u>в)7 балльная зона</u>		население	Общие потери	санитарные потери	безвозвратные потери
1.	г.Кизляр	50964	7532	7048	484
2.	гор.Южно-Сухокумск	10543	2593	2243	351
3.	Бабаюртовский район	48134	11841	10243	1603
4.	Кизлярский район	72659	17874	15461	2419
5.	Тарумовский район	32961	8108	7014	1097
6.	Ногайский район	19189	4720	4083	639
7.	Всего:	234450	52668	46093	6593

Структура поражений при землетрясениях

Вид поражений	%	Примечание
Психическая травма	50 - 80	К числу всего населения в зоне, регионе стихийного бедствия
Механические повреждения	50 - 75	К числу лиц, находящихся во

		время землетрясения в зоне застроек
Острые заболевания и обострение соматической патологии	30 - 40	К числу лиц, оставшихся без крова
Простудные заболевания	20 - 30	-
Инфекционные заболевания (эпидемический хвост)	возрастание на 20 - 60 %	По отношению к « фону » до землетрясения

Возможная локализация травм мирного времени, %

Локализация	Пострадавшие		Погибшие
	Данные поликлиник	Данные стационаров	Данные суд. мед. экспертизы
Голова	7,9	32,5	28,7
Шея	0,6	0,7	3,8
Грудь	6,6	12,5	55,4
Живот	0,8	4,7	5,3
Позвоночник	1,9	5,9	1,1
Таз	0,6	2,4	1,6
Конечности	81,6	41,3	4,1
ВСЕГО	100	100	100

Оползневая и селевая опасность имеет место в горных районах, что составляет около 5% территории (Ахтынский, Курахский, Тляратинский, Цунтинский, Цумадинский и другие горные и высокогорные районы).

Сели, оползни, лавины характерные явления для всей горной части Республики Дагестан. Данные явления (ЧС природного характера) находятся в прямой зависимости от количества выпадающих годовых осадков. Лавинно-селе- и оползневые районы занимают 52% от всей территории Дагестана.

Перечень районов, подверженных угрозе схода оползней, лавин и селей.

Наименование района	Характер угрозы	Угрожаемый период	Статистика повторяемости явлений в среднем в год.
1. Агульский	Лавины, сели, оползни	Февраль-апрель Июнь-август	эпизодически
2. Ахтынский	Лавины, сели, оползни	Ноябрь-май Апрель-сентябрь	систематически
3. Акушинский	Сели, оползни	Май-август	эпизодически
4. Ахвахский	Сели, оползни	май-сентябрь	эпизодически
5. Ботлихский	Лавины, сели, оползни	Апрель Май-сентябрь	Систематически эпизодически
6. Бежтинский участок	Лавины, сели, оползни	Ноябрь-апрель Май-август	Систематически эпизодически
6. Буйнакский	Оползни	Июнь-август	эпизодически
7. Гунибский	Сели, оползни	Апрель-август	систематически
8. Гумбетовский	Сели, оползни	Май-июль	эпизодически
9. Казбековский	Лавины, сели, оползни	Март Июнь-июль	Систематически эпизодически
10. Кулинский	Лавины, сели, оползни	Апрель июль	Систематически эпизодически
11 Курахский	Сели, оползни	июль	эпизодически

12. Рутульский	Лавины, сели, оползни	Ноябрь-май Апрель-август	систематически
13. Тляротинский	Лавины, сели, оползни	Ноябрь-май Апрель-сентябрь	систематически
14. Унцукульский	Сели, оползни	Август-сентябрь	систематически
15. Хивский	Оползни	июль	эпизодически
16. Хунзахский	Оползни	Июль-август	систематически
17. Цунтинский	Лавины, сели, оползни	Декабрь-март Апрель-август	систематически
18. Цумадинский	Лавины, сели, оползни	Декабрь-март Май-август	Систематически эпизодически
19. Чародинский	Лавины, сели, оползни	Февраль-апрель июль	Систематически эпизодически
20. Шамильский	Сели, оползни	Май-август	эпизодически

Е. Терроризм как новый вид ЧС в мирное время.

Терроризм – насилие или угроза его применения в отношении физических лиц или организаций, а также уничтожение (повреждение) имущества или других материальных объектов, создающие опасность гибели людей, причинения значительного имущественного ущерба либо наступления иных общественно опасных последствий, осуществляемые в целях нарушения общественной безопасности, устрашения населения или оказания воздействия на принятие органами власти решений, выгодных террористам, или удовлетворения их неправомерных имущественных и (или) иных интересов; посягательство на жизнь государственного или общественного деятеля, совершение в целях прекращения его государственной или иной политической деятельности либо из мести за такую деятельность, нападение на представителя иностранного государства или сотрудника международной организации, пользующихся международной защитой, а равно на служебные помещения либо транспортные средства лиц, пользующихся международной защитой, если это деяние совершено в целях провокации войны или осложнения международных отношений.

Таблица №1

Классификация проявлений терроризма.



шений		
Провоцирование военного конфликта		Уничтожение транспортных средств
Изменение политического строя		Электромагнитное облучение, информационно-психологическое воздействие.

Террористические акты подразделяются на:

1. *Нацеленные*, т.е направленные на конкретных лиц;
2. *Рассеянные*, т.е когда жертвами становятся случайные люди;
3. *Скрытые*;
4. *Демонстративные*, с принятием на себя ответственности, например взрыв, расстрел).
5. *Технологический* терроризм с использованием или угрозой использования ядерного, химического, бактериологического оружия, аварий на объектах, имеющих в своем арсенале указанные вещества или попыткой захвата этих объектов.

Таблица №2

Типовая характеристика террористических действий.

Т Е Р Р О Р И З М		
Субъекты террористических действий	Средства, используемые для проведения террористических актов	Объекты воздействия
Убийцы-одиночки	Холодное оружие	Физические лица
Преступные общества	Огнестрельное оружие	Транспортные средства
Этнические кланы	Взрывчатые вещества	Общественные и жилые здания
Религиозные секты	Отравляющие вещества	Промышленно опасные объекты
Экстремистские политические объединения	Биологические агенты	Системы связи и управления
Специальные службы государств	Радиоактивные вещества	Магистральные трубопроводы
Международные террористические организации	Ядерные заряды, излучатели электромагнитных импульсов	Продукты питания, напитки

С целью обеспечения безопасности защиты объектов здравоохранения, больных и сотрудников от проявлений терроризма необходимо выполнение ряда мероприятий:

1. Мероприятия предупредительного характера.

- ✓ изучить и продокументировать схему или план закрепленной за объектом территории, куда обязательно должны быть нанесены все помещения, в т.ч. и подсобные и зеленые насаждения;
- ✓ необходимо комиссионно обеспечить проверку состояния имеющихся заграждений, подвалов, чердаков, запасных входов и выходов, их использования, рабочего состояния и все это отразить на схеме территории;

- ✓ приказом руководителя учреждения закрепить служебные, производственные, хозяйственные и складские помещения, а также участки территории за подразделениями объекта с возложением персональной ответственности за их содержанием, закрытием, опломбированием, установлением решеток, металлических дверей и ежедневной проверки их состояния утром и вечером;
- ✓ приказом руководителя учреждения закрепить за должностными лицами шкафы для хранения баллонов со сжиженным и сжатым газом, складов с медицинскими материалами, в том числе препаратов группы «А»;
- ✓ обеспечить пропускной режим, осмотр и досмотр въезжаемого на территорию объекта автотранспорта;
- ✓ обращать внимание на появление незнакомого автотранспорта или транспорта оставленного без присмотра;
- ✓ провести инструктаж совместно с работниками МВД города (района) всех сотрудников с целью повышения их бдительности и повышенного внимания к происходящему вокруг;
- ✓ освободить все лестничные клетки, проходы, служебные помещения от загромождающих предметов;
- ✓ обеспечить запас питьевой воды, продовольствия;
- ✓ регулярно проводить объектовые тренировки.

2. Мероприятия в угрожаемый период, т. е. при возникновении угрозы:

- ✓ обеспечить оповещение о происшествии;
- ✓ наладить постоянный контакт с органами внутренних дел, оперативными дежурными ГОЧС МЧС, ФСБ и определить порядок передачи информации;
- ✓ созвать комиссию по ЧС и поставит перед ними задачи;
- ✓ задействовать приказ об охране объекта по усиленному варианту, проверить все чердаки, подвалы и другие закрепленные участки, находящиеся на данной территории;
- ✓ обеспечить тщательную проверку всего въезжаемого и припаркованного транспорта как на территории, так и около территории объекта;
- ✓ посторонний транспорт вывести за пределы территории объекта;
- ✓ оповестить и задействовать все созданные объектовые формирования;
- ✓ проинформировать коллектив о необходимости докладывать руководству обо всем, что может вызвать подозрение и недопустимости самовольного принятия решений и мер.

2. Мероприятия при обнаружении предмета, подозрительного на взрывное устройство.

- ✓ прежде всего немедленно передать информацию об обнаружении подозрительного предмета оперативным дежурным отдела внутренних дел МВД, ГОЧС МЧС, ФСБ;
- ✓ обеспечить охрану места обнаружения предмета, при этом категорически запретить трогать и подходить к обнаруженному предмету;
- ✓ исключить использование средств радиосвязи, мобильных телефонов и других радиопередатчиков, способных вызвать детонацию радиовзрывателя;
- ✓ дожидаться прибытия представителей правоохранительных органов;
- ✓ обеспечить встречу наряда милиции, пожарных и машин ССМП;
- ✓ указать им место обнаружения подозрительного предмета;
- ✓ совместно с представителями правоохранительных органов оценить сложившуюся обстановку;
- ✓ дать указания комиссии по ЧС;
- ✓ оповестить сотрудников;

- ✓ подготовиться к эвакуации больных и персонала.

3. Мероприятия при поступлении угрозы террористического акта по телефону.

- ✓ По возможности с другого телефона созвониться с оперативным дежурным МВД, ФСБ и поставить их в известность о поступившем телефонном звонке и договориться о дальнейших действиях;
- ✓ Оповестить о случившемся комиссию по ЧС;
- ✓ Проверить всю территорию объекта;
- ✓ Усилить охрану территории объекта и обеспечить контрольно-пропускной режим;
- ✓ При необходимости произвести подготовительные мероприятия к эвакуации больных и персонала.

4. Мероприятия при поступлении угрозы террористического акта в письменном виде.

- ✓ Действовать также, как и при поступлении угрозы по телефону.

5. Мероприятия предупредительного характера и действий в случае захвата террористами заложника.

- ✓ Оповестить оперативных дежурных отдела внутренних дел МВД, ГОЧС МЧС, ФСБ;
- ✓ Обеспечить спокойствие в коллективе, чтобы никто не проявлял инициативы, не вступал в переговоры с террористом, не рисковал;
- ✓ Обеспечить беспрепятственный проезд сотрудников МВД, ФСБ, пожарных и машин ССМП;
- ✓ Действовать только по указанию сотрудников МВД, ФСБ.

1.6. Санитарно-эпидемическое состояние.

1. Атмосферный воздух Среды.

Загрязнение атмосферного воздуха селитебных территорий является одним из факторов риска для здоровья населения. Загрязнение атмосферного воздуха складывается из поступлений вредных веществ, в основном от промышленных предприятий и автотранспорта.

Города Махачкала, Дербент, Каспийск, Кизилюрт являются наиболее неблагоприятными в отношении выбросов вредных веществ, в связи с преимущественным размещением промышленных предприятий. Основные факторы, определяющие выбросы загрязняющих веществ и состояние атмосферного воздуха:

- сравнительно высокая концентрация предприятий и автотранспорта в городах по сравнению с сельскими районами;
- низкий уровень улавливания и обезвреживания загрязняющих веществ;
- достаточно многообразный химический состав выбросов;
- слабо развитая система наблюдения за состоянием воздушного бассейна;
- ежегодное невыполнение запланированных мероприятий по защите загрязнения окружающей среды.

Состав выбросов загрязняющих веществ весьма многообразен – около 170 ингредиентов, из них более-90 твердые вещества: это различные виды пыли органических и неорганических материалов, зола, сажа, аэрозоли металлов и их соединений (в т.ч. 1-го и 2-го классов опасности) и т.д. Наибольшее количество приходится на пыль минеральных материалов с содержанием SiO_2 от 20 до 70% и выше (4,7 тыс. т), золу и сажу (1,7 тыс. т), около 60 ингредиентов – летучие органические соединения, в основном, органические, кислоты, эфиры и т.п. К прочим веществам относятся аммиак, хлор, сероводород, озон, аэрозоли неорганических кислот.

Основной вклад в выбросы вносят предприятия следующих отраслей:

- по твердым веществам - производство стройматериалов и непромышленные отрасли, строительство, сельское хозяйство;
- по бензопирену, свинцу и углеводородам, оксиду азота - транспорт, связь;
- по оксиду углерода и оксиду азота – теплоэнергетика, топливная и автотранспорт;
- по диоксиду серы - строительство, производство стройматериалов, транспорт, связь.
- углеводородам- транспорт и связь, автотранспорт;
- прочим веществам- топливная, непромышленные отрасли, транспорт и связь, пищевая промышленность, сельское хозяйство, производство стройматериалов, материально-техническое обеспечение.

Наиболее неблагоприятными по выбросу вредных веществ в окружающую среду являются предприятия топливно-энергетического комплекса республики, транспорта и связи, производства стройматериалов:

- | | |
|---|---|
| -ГП «Дагестангазпром»-8,341 т/тонн в год; | -Махачкалинское отделение СКЖД-0,381 т/ тонн в год; |
| -АО «Дагнефть» -3,149 тыс/тонн в год; | -АО «ЧиркейГЭСстрой»-0,435тыс/тонн в год; |
| -Объекты теплоэнергетики-2,392 т/т в год; | -АО «Дагнеруд» -0,653 тыс/тонн в год; |
| -ГП«Авиалинии Дагестана»- 1,077т/т в год; | -АО «Промнеруд»-0,336 тыс/тонн в год |
| -ГП «Дагавтодор»-0,997 тыс/тонн в год | |

На контроле органов Госсанэпиднадзора республики находятся более 15 предприятий, не имеющих санитарно-защитных зон. Это заводы, строительно-монтажные управления, склады пестицидов и минеральных удобрений; асфальто-бетонные и кирпичные заводы; нефтебазы, ГП «Взрывпром», ГУП «Авиалинии Дагестана», ГП «Автодор», АО «Дагнеруд».

Суммарный выброс этих предприятий составляет более 34,6 тыс. тонн в год, или 73% от общего количества выбросов от стационарных источников.

2.Водоснабжение населения.

В целом более 50% населения республики продолжают употреблять потенциально опасную для здоровья воду, не соответствующую гигиеническим нормативам и ежегодно превышающим средне - российские уровни.

Огромную хозяйственную нагрузку испытывают на себе такие крупные речные системы, как Терек, Сулак, Самур. Загрязнена нефтепродуктами р. Терек, протекающая по территории нескольких республик Северного Кавказа.

Источники локального загрязнения водных объектов Республики Дагестан – это отрасли промышленности, жилищно-коммунального хозяйства, мелиоративные системы, ливневые стоки и прочие хозяйственные объекты, имеющие локальные выпуски сточных вод.

Берега рек превращены в стихийные свалки бытового мусора, используются для неорганизованного сброса загрязненных сточных вод.

Наиболее крупными, злостными загрязнителями вод являются зоны застройки городов, населенных пунктов и предприятий, расположенных по берегам рек и водохранилищ. В антисанитарном состоянии находятся берега и русла рек: Акташ, Параул-Озень, Губден-Озень в зоне застройки сс. Карабудахкент, Губден, Гурбуки, Параул, которые не имеют канализации и постоянного места для свалки мусора при значительной численности населения. Водоохраной зоне р. Ярык-Су, протекающей в черте г. Хасавюрт, построен городской рынок, мусор и стоки с которого попадают прямо в реку.

Не лучше обстоит дело в бассейне р. Сулак: на Чиркейском и Чирюртовском водохранилищах, реках Аварское и Андийское Койсу, Кара-Койсу, Акушинка и на их

многочисленных притоках. Прибрежные полосы и водоохранные зоны этих рек превращены в сады и огороды, где применяются ядохимикаты. Дальнейшее загрязнение вод р. Сулак основного источника питьевого водоснабжения более половины населения республики, может создать угрожающее положение в обеспечении качественной питьевой водой.

Не проводится очистка воды на большинстве коммунальных и ведомственных водопроводов в Ботлихском, Гергებельском, Левашинском, Хивском, Каякентском, Кайтагском, Казбековском, Цунтинском, Шамильском, Буйнакском, Хасавюртовском, Рутульском районах и в городах Даг.Огни, Буйнакске, Хасавюрте, Избербаше, Кизилюртовском районе отсутствуют сооружения по водоподготовке, вода после предварительного обеззараживания в накопительных резервуарах подается населению данных городов. Не проводится обеззараживание воды на 20 водопроводах Новолакского, 6- Ботлихского, 3-Цумадинского, 22- Буйнакского, на 5- Бабаюртовского, на 4- Карабудахкентского, 1- Чародинского и 3- Кайтагского районов.

Водоснабжение сельских районов осуществляется из 1303 источников централизованного и 987 источников децентрализованного водоснабжения

В основном, несоответствие гигиеническим требованиям питьевой воды отмечается по органолептическим показателям, повышенной общей минерализации, жесткости. Высокоминерализованную воду с высоким содержанием жесткости (от 1,5 до 4 мг/л) вынуждено использовать население: Бабаюртовского, Дахадаевского, Казбековского, Кулинского, Ногайского, Тарумовского районов, городов Дербента, Кизляра, Южно-Сухокумска, что повышает солевую нагрузку на организм и увеличивает риск развития мочекаменной болезни, приводит к раннему обызвествлению костей, замедлению роста скелета у детей.

С повышенным содержанием железа потребляют воду 181,6 тыс. человек, в том числе в Хасавюртовском, Буйнакском, Ахтынском районах, что повышает риск аллергии организма, способствует развитию болезней крови. Крайне низкое содержание йода во внешней среде, в т.ч. и в воде обуславливает высокую заболеваемость населения эндемическим зобом, распространенность которого по республике составляет 40-60%, а в некоторых районах до 80%.

Ж. Инфекционные заболевания. Инфекционная и паразитарная заболеваемость в республике.

Республика Дагестан является одной из неблагополучных территорий России по возможности возникновения ООИ в силу высокой миграции населения, наличия природных очагов – чумы, крымской геморрагической лихорадки (КГЛ) и резервуаров для их переносчиков, более 400 стационарно неблагополучных по сибирской язве пунктов, ежегодного выделения холероподобных вибрионов из поверхностных водоемов, в т.ч. используемых в качестве источников для питьевого и хозяйственно-бытового водоснабжения, и высокого уровня заболеваемости острыми кишечными инфекциями (ОКИ) - от 11 до 13 тыс. в год.

Это определяется неблагополучной санитарно-гигиенической обстановкой, неудовлетворительным состоянием водоснабжения и водоотведения. Более половины населения республики потребляют воду, не отвечающую требованиям безопасности. Высокие уровни заболеваемости ОКЗ в республике из года в год поддерживаются, в основном, за счет водного фактора передачи инфекции. К числу факторов способных оказать влияние на возникновение неблагоприятной санитарно-эпидемической ситуации и распространение инфекционных заболеваний относятся:

- недостаточная санитарная надежность систем централизованного водоснабжения и канализации;

недостаточное качество и количество потребляемой воды на одного человека в сутки;

Проблема санитарной охраны территории в Республике Дагестан имеет особую актуальность, в связи с наличием воздушного, наземного и морского пунктов пропуска через государственную границу. Традиционным вопросом обеспечения санитарной охраны территории республики от завоза и распространения холеры является - хадж.

- На уровне повышенной эпидопасности: Акушинский, Дербентский Карабудакентский районы и города - Дербент и Избербаш.

На уровне высокой степени потенциальной эпидопасности:

Города Буйнакск, Махачкала, Хасавюрт, Буйнакский, Бабаюртовский, Гергебельский, Левашинский, Тарумовский, Шамилевский, Хивский районы.

- неудовлетворительное состояние ряда поверхностных источников водоснабжения в городах и районах республики;
- отсутствие или неисправность ливневой канализации - практически все города республики;
- недостаточный уровень обеспечения безопасности для здоровья людей производимых и ввозимых продуктов питания. Проведение санитарно - гигиенического мониторинга за загрязнением пищевых продуктов показало, что в целом 25 % проб не отвечает требованиям по физико - химическим показателям, 15 % - по бактериологическим пробам.

Эпизоотическая обстановка.

Зоопаразитологическая характеристика территории:

В ландшафтных зонах республики обитают различные виды клещей, представляющие опасность для людей. Наиболее многочисленны иксодовые, гемафизалии, дермацентор, гиеломмовые, из которых выделяется культура - туляремии. Климатические особенности на территории республики благоприятны для размножения комаров - переносчиков малярии. Центральная, восточная и юго-восточные зоны заселены комаром - анофелес. Наибольшая численность комаров в южных районах республики (в районах плавней). Из обитающих в Республике Дагестан грызунов наиболее распространены: мыши, полевки, тушканчики, гребенчуковая и полуденная песчанки, суслики, хомяк обыкновенный, гигинтский слепыш, степная хорь. По результатам эпизоотологического наблюдения среди мышевидных грызунов циркулирует возбудитель туляремии.

Кишечные инфекции:

Холера - заболеваемость характеризуется в целом единичными не имеющими эпидемического распространения случаями, и связана с поездками граждан республики в коммерческих целях и для совершения религиозного обряда «Хадж» в такие страны как: Турция, Ливан, Сирия, Иран, Республика Азербайджан и др. страны. В летний период, возбудитель холеры периодически выделяется в открытых водоемах (канал им. Октябрьской Революции в г. Махачкале, на пляжах Каспийского моря в зонах сброса канализационных и ливневых стоков, р.Терек и Сулак).Последняя эпидемия холеры (завоз на территорию республики) была зарегистрирована в 1995 году июль-сентябрь, когда общее количество больных и вибрионосителей составило более 2000 человек. В октябре 1998 года вновь обострилась эпидситуация по холере в республике. В Хивском и Дербентском районах была зарегистрирована вспышка холеры, во время которой переболело 8 человек и выявлено 17 вибрионосителей.

Сальмонеллез – показатель заболеваемости на 2017 год составляет 7,96 на 100 тыс. населения, что меньше, чем в 2016 году (9,22). Случаи заболеваний сальмонеллезом регистрируются на всех административных территориях республики, но уровень заболевания сальмонеллезом городского населения значительно выше, чем сельского. В этиологической структуре преобладают сальмонелла «тифи-муриум». Преимущественно болеют дети с алиментарными путями передачи. Росту заболеваемости сальмонеллезом способствует «неуправляемая» уличная торговля продуктами питания, особенно молочными продуктами, птицей - на фоне неблагоустроенных мест торговли и нерешенных вопросов по водоснабжению в местах торговли, а также наличие «контингентов риска», лиц занятых частной торговлей продуктами питания, не охваченных профилактическими медосмотрами, что приводит к реализации дополнительных условий инфицирования и заболевания населения. Неблагополучными являются города Даг.Огни, Махачкала, Каспийск, Бабаюртовский, Кумторкалинский, Карабудахкентский, Сулейман-Стальский, Цумадинский, Шамильский районы.

Капельные и вирусные инфекции:

Вирусный гепатит “А”- регистрируется на всех административных территориях республики. Заболеваемость ВГА составляет –1,18 на 100 т. населения. Пути и факторы передачи данной инфекции разнообразны: это и неудовлетворительное состояние водоснабжения и канализации, особенно в населенных пунктах сельской местности; снижение уровня коллективного иммунитета среди населения; накопление вируса в прибрежной рекреационной зоне Каспийского моря, вследствие продолжающегося сброса неочищенных и необеззараженных сточных вод; низкого уровня санитарно-культуры населения и отсутствия стойких санитарно-гигиенических навыков у основной группы риска по заболеваемости ВГА –детей младших и средних возрастных групп. Территории наиболее неблагоприятные по заболеваемости – города Буйнакск и Избербаш, районы Карабудахкентский, и Хасавюртовский.

Вирусный гепатит “В”- показатель составил на 2017 год 15 (0,49) случаев на 100 тыс. населения. Сезонность осенне-зимняя. Удельный вес гепатита «В» по городам выше (1,99), чем в сельской местности (0,52), что связано с более высокой интенсивностью эпидпроцесса в них, зависящего от состояния лечебной сети, миграции и плотности населения, наркомании и высокой распространенности рискованного сексуального поведения, а так же более совершенной лабораторной диагностикой. Также имеет место накопление скрытых источников вируса - носителей HBsAg и хронических форм заболевания, которые неэффективно выявляются из-за отсутствия достаточного количества тест-систем для обследования контингента риска (доноры, медработники, хронические больные, реципиенты крови, беременные и пр.).

Природно-очаговые и зооантропонозные инфекции:

Малярия - в группе протозойных болезней наибольшее значение имеет малярия, эпидемиологическая ситуация по которой сохраняется напряженной. Завоз малярии продолжается неорганизованными лицами, лицами занимающимися торговлей из сопредельных республик Азербайджана, Таджикистана, но были зарегистрированы случаи завоза малярии из Пакистана и Афганистана, где и поныне продолжается эпидемия малярии.

В последние годы случаев заболевания малярией в республике не регистрировались. В 2010 г. зарегистрировано 2 завозных случая заболевания тропической малярией (1 в г. Махачкала (студентка-иностранка из Буркина-Фасо) и 1 в Кизилюртовском районе, дагестанец, работающий в Республике Гана). Однако высокий маляриогенный

потенциал республики и, имеющиеся миграционные процессы, сохраняют постоянную угрозу ухудшения эпидситуации в республике.

Бруцеллез - на протяжении последних лет случаи бруцеллеза продолжают регистрироваться. Показатель заболеваемости по республике 2,66 на 100 тыс. населения (81 случай), против 2,59 (78 случ.) в 2016 году. Эпизоото-эпимеиологическая ситуация сохраняется, несмотря на усилия ветеринарной и санитарно-эпидемиологической служб. Особенно неблагоприятное положение Акушинском (13,18), Гергебильском (9,45), Дахадаевском (8,25), Казбековском (8,45), Курахском (20,13), Тарумовском (12,14), Бежтинский участок(24,80) и г. Южно-Сухокумске (9,48). За 9 месяцев 2018 года отмечен рост заболеваемости на 34,6% в сравнении с аналогичным периодом прошлого года. Зарегистрировано 80 случаев (29 – за 9мес.2017 года)

Высокие показатели заболеваемости людей бруцеллезом обусловлены - не выполнением зоогигиенических и ветеринарно-санитарных мероприятий в животноводческих хозяйствах всех форм собственности из-за их слабой технико-экономической базы; неконтролируемой миграцией и перегруппировкой скота без соблюдения сроков карантина в частный сектор, акционерные общества, фермерские хозяйства; массовыми нарушениями ветеринарно-санитарного законодательства при реализации молока и другой молочной продукции; отсутствием своевременной информации ветеринарной службы в центры Госанэпиднадзора о случаях заболевания животных бруцеллезом; недостаточным проведением противоэпидемических и противоэпизоотических мероприятий.

Сибирская язва - В республике насчитывается 400 стационарно неблагоприятных по сибирской язве пунктов с почвенными очагами, в которых по данным ветеринарной службы учтено только 2 сибиреязвенных скотомогильника (захоронения). На многих территориях не налажен должный учет и контроль за санитарным состоянием сибиреязвенных скотомогильников.

В основном, регистрируются спорадические случаи заболеваемости людей. Так в 2010 году зарегистрированы 2 групповых случая заболевания сибирской язвой с общим количеством пострадавших 8 человек, из них 6 случаев в с. Гимры Унцукульского района и 2 случая в с. Куяда Гунибского района, в связи с вероятной активацией почвенного очага в неманифестном стационарно неблагоприятном пункте. В 2018 году зарегистрирован 1 случай заболевания у жительницы Унцукульского района.

Почти по всей территории имеются многочисленные стойкие стационарно-неблагополучные пункты по сибирской язве, которые могут активироваться в любое время. Выпас скота на территории почвенных очагов, не соблюдение владельцами частного сектора требований ветеринарно-санитарного законодательства при вынужденном его убое, закупка и реализация мяса без соответствующей экспертизы. Отсутствие планомерной работы по вакцинации скота являются основными факторами, которые создают постоянную угрозу заболевания.

Крымская геморрагическая лихорадка – с целью своевременного выявления больных в республике проводится мониторинг эпидемических проявлений КГЛ. За период с 2000 по 2010 г. в республике зарегистрировано 40 случаев заболевания КГЛ. В 2010 г. зарегистрировано 3 случая КГЛ в г. Кизляре и Кизлярском районе. Наибольшее количество случаев КГЛ зарегистрировано на территории Тарумовского и Кизлярского районов. Показатель составил на 2017 год 0,03 (1) на тыс.населения. В июне 2018 года зарегистрирован 1 случай КГЛ у жителя Акушинского района с.Герхмахи.

Стойкость природных очагов КГЛ, практика отгонного животноводства в республике, недостаточные объемы акарицидных обработок сельскохозяйственных животных и агротехнических обработок пастбищ обуславливают сохраняющуюся угрозу возникновения случаев заболевания среди людей и требуют проведения постоянного

эпизоотологического мониторинга за их состоянием, повышения настороженности медицинских работников, а также населения в отношении этой инфекции.

Социально-обусловленные инфекции:

Туберкулез: Туберкулез является не только инфекционной, но и остро направленной социальной болезнью. Заболеваемость всеми формами тbc в РД составляет 26,4 на 100 тыс. населения. Наиболее высокие показатели заболеваемости туберкулезом, отмечаются в Гунибском (39,7), Дербентском (36,1), Докузпаринском (78,9), Курахском (60,4), Лакском (40,0), Рутульском (42,4), Тарумовском (43,2), Хасавюртовском (45,5), цунтинском (68,1) и Шамильском (48,0) районах и городах Буйнакске (34,1), Хасавюрте (29,3), Кизилюрте (29,5), Южно-Сухокумске (28,5), Махачкале (25,6). Показатель заболеваемости имеет тенденцию к снижению. Основными причинами заболеваемости туберкулезом в республике, являются: сохранения низкого жизненного уровня у части населения, а также возникновение стрессовых ситуаций социально-экономического характера; миграция населения, ухудшение проведения комплекса противотуберкулезных мероприятий, особенно направленных на профилактику туберкулеза, обусловленное отказами населения от прививочных мероприятий по религиозным взглядам, увеличением числа больных с тяжелыми формами заболевания, особенно вызванными лекарственно-устойчивыми микобактериями, что затрудняет проведение эффективного лечения, способствует развитию необратимых хронических форм и обуславливает высокую летальность.

За уровнем и действенностью контроля по состоянию окружающей среды в республике следят и осуществляют постоянный контроль:

- Министерство здравоохранения РД;
- Территориальное управление Роспотребнадзора по РД;
- Центр по гидрометеорологии и окружающей среды РД;
- Комитет по ветеринарии;
- Государственный Центр агрохимической службы;
- Центр по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды РД;
- Министерство по делам ГО, ЧС и ликвидации последствий стихийных бедствий Республики Дагестан;
- Министерство экологии РД.

1.7. Построение территориальной системы медицины катастроф, задачи, структура, оперативно - диспетчерская служба, система оповещения и управления.

Задачи:

Определены Положением о службе медицины катастроф Министерства здравоохранения Российской Федерации, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 октября 2000 года № 380.

Основными задачами Службы являются:

- организация и осуществление медико-санитарного обеспечения при ликвидации чрезвычайных ситуаций, в том числе в локальных вооруженных конфликтах и террористических актах;
- координация и руководство силами и средствами, участвующими в ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций;

- обеспечение готовности органов управления, системы связи и оповещения, формирований и учреждений службы к действиям в чрезвычайных ситуациях;
- обеспечение постоянной готовности и эффективной работы подразделений экстренной и консультативной медицинской помощи населению (санитарной авиации);
- участие в подготовке и обеспечении готовности органов управления, лечебно-профилактических, санитарно-эпидемиологических и других учреждений Минздрава России к работе в чрезвычайных ситуациях;
- выявление источников чрезвычайных ситуаций, которые могут сопровождаться неблагоприятными медико-санитарными последствиями, организация постоянного медико-санитарного контроля за ними, проведение комплекса мероприятий по недопущению или уменьшению таких последствий;
- Прогнозирование и оценка медико-санитарных последствий стихийных бедствий, аварий и катастроф;
- сбор, обработка, обмен и предоставление информации медико-санитарного характера в области защиты населения и территорий в условиях чрезвычайных ситуаций;
- разработка, внедрение и совершенствование методов и средств оказания экстренной и консультативной медицинской помощи населению;
- разработка, внедрение и совершенствование методов и средств оказания медицинской помощи, лечения пораженных при чрезвычайных ситуациях;
- совершенствование организационной структуры Службы и системы медико-санитарного обеспечения населения при возникновении чрезвычайных ситуаций;
- разработка методических основ и участие в подготовке населения и спасателей к оказанию первой медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях;
- координация и осуществление подготовки, повышения квалификации и аттестации специалистов службы медицины катастроф;
- участие в осуществлении государственной экспертизы, надзора и контроля в области защиты населения и территорий в условиях чрезвычайных ситуаций;
- создание и рациональное использование резервов финансовых и материально-технических ресурсов для обеспечения работы службы;
- создание и рациональное использование резервов медицинского, санитарно-хозяйственного и специального имущества для службы, организация его хранения и обновления (освежения), оснащение им формирований и учреждений службы, обеспечение экстренных поставок лекарственных средств для ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций;
- участие в разработке и осуществлении мер по социальной защите населения, проведении гуманитарных акций, обеспечении условий для реализации гражданами своих прав и обязанностей в области защиты от чрезвычайных ситуаций;
- разработка и постоянное совершенствование единой системы медицинского обеспечения населения при возникновении чрезвычайных ситуаций;
- прогнозирование и оценка медико - санитарных последствий чрезвычайных ситуаций;
- участие в подготовке населения и спасателей к оказанию первой медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях;
- научно - исследовательская работа по развитию и совершенствованию структуры и деятельности службы;
- межрегиональное и международное сотрудничество в области медицины катастроф.

Структура:

Территориальная служба медицины катастроф РД (постановление Правительства РД от 17/09-1997 г. № 155 и приказ МЗ РД от 25.09.99 № 278-П) представлена ГБУ РД «Дагестанский центр медицины катастроф», входящей в состав Дагестанской территориальной подсистемы единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций, а также в систему Всероссийского центра медицины катастроф «Защита» с входящими в нее формированиями постоянной готовности, формированиями управления внутренних дел, Дагестанского отделения Северо-Кавказской железной дороги, Центра Роспотребнадзора РД и других ведомств, участвующих в ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций.

В редакции постановления Правительства Республики Дагестан от 02.11.2009 № 387, от 19.01.2015 № 3, от 26.02.2015 № 56) координационным органом, образованным для обеспечения согласованности действий органов исполнительной власти Республики Дагестан, органов местного самоуправления, заинтересованных территориальных органов федеральных органов исполнительной власти и организаций в целях реализации единой государственной политики в области предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (далее - чрезвычайные ситуации) и обеспечения пожарной безопасности в Республике Дагестан сформирована Комиссия Правительства Республики Дагестан по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и обеспечению пожарной безопасности (далее - Комиссия) в следующем составе:

Джафаров Р.Д.	заместитель Председателя Правительства Республики Дагестан (председатель Комиссии)
Казимагамедов Н.М.	министр по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий Республики Дагестан (заместитель председателя Комиссии)
Халилов О.Д.	заместитель начальника ГУ МЧС России по Республике Дагестан (заместитель председателя Комиссии) (по согласованию)
Алиев Р.А.	заместитель министра финансов Республики Дагестан
Алимурзаев З.Х.	временно исполняющий обязанности заместителя руководителя Кавказского управления Федеральной службы по экологическому, технологическому и атомному надзору (по согласованию)
Амиров А.М. -	управляющий директор открытого акционерного общества "Дагэнерго-сеть" (по согласованию)
Ахмедов С.Д.	заместитель министра здравоохранения Республики Дагестан
Багов Д.А.	заместитель министра по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий Республики Дагестан (секретарь Комиссии)
Батырбиев Т.Б.	руководитель государственного казенного учреждения Республики Дагестан "Центр обеспечения деятельности по гражданской обороне, защите населения и территории Республики Дагестан от чрезвычайных ситуаций"
Гасанов А.М.	министр юстиции Республики Дагестан
Гасанов О.А.	руководитель Управления Федеральной службы по надзору в сфере природопользования по Республике Дагестан (по согласованию)
Гамзатов Г.Б.	директор Дагестанского филиала открытого акционерного общества "Ростелеком" (по согласованию)
Гамзатов Т.Г.	директор филиала открытого акционерного общества "РусГидро" - "Дагестанский филиал" (по согласованию)
Гусейнов К.Б.	генеральный директор общества с ограниченной ответственностью "Газпром трансгаз Махачкала" (по согласованию)
Дадашев А.М.	исполняющий обязанности начальника Дагестанского центра по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды - филиала федерального

	государственного бюджетного учреждения "Северо-Кавказское управление по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды" (по согласованию)
Джабраилов М.Р.	начальник Дагестанского поисково-спасательного отряда Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (по согласованию)
Каллаева С.Г.	первый заместитель министра экономики и территориального развития Республики Дагестан
Камалутдинов К.Д.	первый заместитель министра сельского хозяйства и продовольствия Республики Дагестан
Кандауров К.О.	первый заместитель министра промышленности, торговли и инвестиций Республики Дагестан
Карачаев Н.А.	министр природных ресурсов и экологии Республики Дагестан
Карчигаев А.Г.	заместитель начальника полиции Министерства внутренних дел по Республике Дагестан (по согласованию)
Курбанов З.М.	директор федерального государственного бюджетного учреждения "Минмелиоводхоз РД" (по согласованию)
Муртазалиев М.Г. -	председатель совета Дагестанского республиканского отделения Общероссийской общественной организации "Всероссийское добровольное пожарное общество" (по согласованию)
Омариева Э.Я.	руководитель Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Дагестан (по согласованию)
Приходько С.В.	заместитель начальника Северо-Кавказской железной дороги - филиала открытого акционерного общества "Российские железные дороги" по Махачкалинскому территориальному управлению (по согласованию)
Хучбаров З.Г.	руководитель Агентства по транспорту и дорожному хозяйству Республики Дагестан
Казибеков И.Г.	министр строительства, архитектуры и жилищно-коммунального хозяйства Республики Дагестан
Поляков С.А.	заместитель генерального директора публичного акционерного общества "МРСК Северного Кавказа" (по согласованию)

Оперативно - диспетчерская служба.

Организована за счет штатных диспетчеров ГБУ РД «ДЦМК» круглосуточно (в настоящее время совмещена с диспетчерской службой отделения экстренной и плановой консультативной помощи (санавиация) и расположена по адресу: г. Махачкала, проезд Пирогова,3 телефоны № 67-66-46, 67-72-01; e-mail- dcmk@mail.ru

Оповещение и управление.

При возникновении угрозы нападения, стихийных бедствиях, крупных авариях, катастроф на территории республики оповещение руководящего состава медицинской службы республики осуществляется через:

- оперативного дежурного в аппарате Министерства здравоохранения РД (второй отдел) по телефонам: **№ 67-86-89 (ф), 68-28-03.**
- оперативного диспетчера ГБУ РД «ДЦМК» по телефонам: **№ 67-66-46 и № 67-72-01,**
- оперативного дежурного министерства по делам ГО и ЧС республики, **№ 67-32-42, факс 63-35-58,**
- оперативного дежурного Дагвоенкомата - **телефон- 68-16-07 или 68-16-13,**
- оперативного дежурного при Правительстве РД - **телефон- 67-20-41,**

- оперативного дежурного МВД РД-телефон-67-01-64 и 68-27-28;
- диспетчерскую службу и ответственного врача ССМП по телефонам № 03, № 62-93-44.

Решение о введении режимов повышенной готовности и (или) чрезвычайной ситуации принимает Правительство Республики Дагестан, органы местного самоуправления городов и районов республики, руководители объектов.

Управление медицинскими силами и средствами осуществляется Министром здравоохранения РД и комиссией по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций (КЧС) аппарата Минздрава РД, на местах - руководителями медицинских организаций через Дагестанский центр медицины катастроф.

Для уточнения обстановки и оперативного управления силами и средствами медицинской службы, привлекаемых для ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций в аппарате Минздрава РД создана оперативная группа постоянной готовности в составе Комиссии по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций:

начальник группы - Первый заместитель министра здравоохранения РД - Габидулаев Фейзулах Адиюлахович;

члены:

- заместитель министра РД - Ахмедов Салман Джабраилович;
- начальник управления организации медицинской помощи Беляева Татьяна Васильевна;
- начальник Второго отдела МЗ РД – Абдуллаева Татьяна Абдуллаевна;
- начальник отдела организации медицинской помощи женщинам и детям - Шахсинова Раиса Наримановна;
- консультант (специалист-эксперт эпидемиолог) – Гасанова Муслимат Алиевна;
- директор Центра медицины катастроф - Махмудов Фарид Бехетович.

В Минздраве РД на базе Второго отдела функционирует круглосуточная служба оперативных дежурных и, при необходимости, обеспечивается круглосуточно работа оперативной группы, которая обеспечивает сбор информации, уточнение сложившейся обстановки, доведение решений руководства до исполнителей, обеспечение и организацию лечебно-эвакуационных и других мероприятий.

1.8 . Состояние и возможности здравоохранения республики.

Для организации лечебно - профилактического обслуживания населения на территории республики по состоянию на 2018 год действуют **110** стационарных учреждений, **13** диспансеров, **21** амбулаторно - поликлинических учреждений, 5 станций скорой медпомощи, **987** ФАП и ФП, **6** санаторно-курортных учреждений. Всего в РД - **19530** коек.

В системе здравоохранения работают:

- врачи разных специальностей - **10059**,
- среднего медицинского персонала - **25003**.

Обеспеченность врачами составляет 33,1 на 10 тыс.чел., средним медицинским персоналом - 82,2.

Обеспеченность коечным фондом составляет 64,2 на 100 тысяч населения.

Количество специализированных коек:

- терапевтических -**5081**,
- инфекционных для взрослых -**759**,
- инфекционных для детей -**534**,
- хирургических -**2999**,

- нейрохирургических -90, в т.ч. 25 детских,
- травматологических – 562, их них 40 детских,
- детские (все профили) – 3761, из них педиатрических – 1910,
- для беременных и рожениц -2167.

Санитарно - эпидемиологическая служба республики представлена: Территориальным управлением Роспотребнадзора в Республике Дагестан в г.Махачкале, 7 городскими отделами в гг.Буйнакс, Дербент, Каспийск, Кизляр, Кизилюрт, Хасавюрт, Махачкала и 8-ю районными в Ахтынском, Ботлихском, Гунибском, Левашинском, Кайтагском, Кулинском, Магарамкентском и Хунзахском районах. Для проведения дезинфекционных мероприятий функционирует: ФГУП «Дезинфекционист» в г.Махачкале, ГУП «Дезинфекционист» в с.Каякент и Избербашский отдел ГУП «Дезинфекционист» в г.Избербаш.

Служба крови представлена: республиканской СПК 2-ой категории, 2-мя городскими СПК 3-ьей категории (г.г.Буйнакс и Хасавюрт) и ОПК на базе медицинских организаций: гг.Дербент, Кизляр, Кизилюрт и Детская республиканская клиническая больница).

Служба скорой медицинской помощи представлена 5-ю самостоятельными станциями скорой медицинской помощи, 4-мя входящими в состав других организаций- 3 городских (Каспийск, ДагОгни и Избербаш) 40- отделений станций скорой помощи в составе ЦРБ, 184 бригады , из них 124 врачебных и 52 фельдшерских. Из числа врачебных бригад 8 специализированных:

- реанимационных -5,
- педиатрических- 2,
- психиатрических -1

Количество бригад в городах:

- | | |
|--------------------------|-----------------|
| • Махачкале -40 | • Кизляре - 10 |
| • Каспийске -6 | • Кизилюрте- 11 |
| • Дербенте - 17 | • Буйнакске- 12 |
| • Хасавюрте- 19 | • Избербаше- 4 |
| • в районах, всего - 64. | |

В ГБУ РД «Дагестанский центр медицины катастроф» создана бригада постоянной готовности в составе специалистов от ведущих республиканских учреждений (РКБ, РКБ-ЦЭСМП, РОТЦ, РЦИБ, РДКБ, РОБ, РЦИБ и др.), в составе которой более 40 специалистов. Это специалисты (хирурги общего профиля, нейрохирурги, сосудистые хирурги, анестезиологи-реаниматологи, хирурги челюстно-лицевой хирургии, травматологи, токсикологи, терапевты-кардиологи, психоневрологи, урологи, акушеры-гинекологи, детские хирурги, инфекционисты, бактериологи, хирург-офтальмолог, врач-судмедэксперт, операционные сестры и сестры-анестезисты.)

На случай возникновения чрезвычайных ситуаций в республике, Минздравом РД установлено задание по созданию медицинских формирований и обеспечению готовности существующего коечного фонда (за счет его перепрофилизации).

В соответствии с заданием (приказ Минздрава РД 23 марта 2016 года № 450-в) медицинскими организациями республики в целях обеспечения организации и оказания первичной медико-санитарной помощи, организации и проведению медицинской сортировки, медицинского обеспечения эвакуации пострадавших в мирное и военное время и при возникновении различных ЧС созданы **448 врачебно - сестринских бригад** и **181 бригада специализированной медицинской помощи** (пр.Минздрава РД от31 мая 2018 года № 511-в).

Для оказания специализированной и квалифицированной медицинской помощи населению при возникновении ЧС в соответствии с приказом Минздрава РФ от 28.08.09 г. № 257-в специализированным республиканским, городским и районным медицинским организациям **установлено задание по перепрофилизации имеющихся коек** из расчета: на случай массовой травмы коек обеспечить перепрофилизацию до 70% под койки хирургического профиля.

Обеспечение учреждений здравоохранения и населения лекарственными препаратами и медицинским имуществом, оборудованием осуществляется через имеющуюся сеть аптек.

Порядок использования сил и средств здравоохранения.

а) Локальные ЧС, то есть на объекте (число пострадавших не более 10 человек, возможно нарушение условий жизнедеятельности не более 100 человек и зона ЧС не выходит за пределы территории объекта производственного или социального назначения).

Ликвидация медико-санитарных последствий производится силами и средствами объектовых учреждений здравоохранения.

б) Местные ЧС, то есть на территории района, города (число пострадавших более 10 чел., но не более 50 человек, нарушены условия жизнедеятельности свыше 100 чел., но не более 300 человек, и зона ЧС не выходит за пределы населенного пункта, города, района).

Ликвидация медико-санитарных последствий производится в фазу изоляции силами и средствами местного здравоохранения, с постепенным наращиванием от начала спасательных работ (фаза спасения) сил и средств близ расположенных учреждений здравоохранения соседних городов, районов и МО ведомственных организаций, усилением их бригадами специализированной медицинской помощи, выделением коек в специализированных лечебных учреждениях.

в) Территориальные ЧС, то есть на отдельно взятой территории (число пострадавших свыше 50 чел., но не более 500 человек, нарушены условия жизнедеятельности свыше 300 чел., но не более 500 человек и зона ЧС не выходит за пределы республики).

Ликвидация и оказание медицинской помощи производится силами и средствами республиканского здравоохранения с привлечением (фаза спасения) сил и средств, за счет введения плана медико-санитарного обеспечения в полном объеме медицины катастроф региона и Всероссийского центра медицины катастроф.

г) Региональные и Федеральные ЧС, то есть с захватом нескольких территорий охватывает не более 2-х территорий Российской Федерации, число пострадавших свыше 500 чел., но не более 1000 человек (федеральная) и зона ЧС выходит за пределы более чем 2 - х субъектов Российской Федерации).

Ликвидация ее производится силами и средствами здравоохранения исполнительной власти субъектов Российской Федерации, оказавшихся в зоне ЧС.

д) Трансграничные ЧС (поражающие факторы выходят за пределы Российской Федерации, либо ЧС произошла за рубежом и захватывает территорию Российской Федерации). Ликвидация ее производится решением Правительства Российской Федерации в соответствии с нормами международного права.

Ликвидация всех видов чрезвычайных ситуаций считается завершенной по окончании проведения аварийно - спасательных и других неотложных работ.

Режимы функционирования Службы:

1. Режим повседневной деятельности –

- Текущее планирование и организация работы в повседневной деятельности;
- Участие в организации и осуществление мониторинга за средой обитания населения и обстановкой на потенциально опасных объектах, в зонах возможных ЧС в целях предупреждения и (или) уменьшения на них медико-санитарных последствий;
- Создание медицинских формирований Службы, обеспечение их постоянной готовности к работе в ЧС;
- Планирование медико-санитарного обеспечения населения при возникновении ЧС;
- Организация и обеспечение постоянного эффективного функционирования дежурно-диспетчерской службы;
- Организация и обеспечение экстренной и консультативной медицинской помощи населению;
- Организация и проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий с целью поддержания санитарно-эпидемического благополучия населения;
- Поддержание готовности органов управления, формирований и учреждений СМК, совершенствование подготовки ее личного состава;
- Проверка готовности службы медицины катастроф в учреждениях нижестоящих уровней;
- Поддержание взаимодействия между службами, входящими в Дагестанскую подсистему единой государственной системы предупреждения и ликвидации ЧС;
- Создание, накопление, освежение, контроль за хранением и правильным использованием резервов медицинского имущества;
- Разработка и реализация комплекса мероприятий по своевременному материально-техническому обеспечению Службы;
- Создание, поддержание, контроль за использованием финансовых и материально-технических ресурсов, предназначенных для обеспечения работы Службы;
- Участие в медицинской подготовке личного состава аварийно-спасательных формирований МЧС РД;
- Обобщение опыта работы Службы по ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций.

2. Режим повышенной готовности.

- Оповещение и сбор руководящего состава и доведение распоряжения министра о введении режима повышенной готовности до всех задействованных медицинских организаций;
- Усиление дежурно-диспетчерской службы, перевод при необходимости, на круглосуточный режим работы аппарата Минздрава РД;
- Анализ причин, обусловивших введение режима повышенной готовности, прогнозирование возможного развития обстановки и разборка предложений по организации работы Службы;
- Установление постоянно действующей связи с оперативными дежурными ГУ МЧС России по РД, Правительства РД и другими задействованными по плану взаимодействия службами и учреждениям;
- Уточнение Плана медико-санитарного обеспечения населения при ЧС;
- Приведение в состояние готовности сил и средств службы (личный состав медицинских формирований, автотранспорт, неснижаемый запас медицинских материалов) перевод их на режим повышенной готовности;
- Создание и направление при необходимости оперативной группы комиссии ЧС Минздрава РД на место возможной чрезвычайной ситуации;

- Усиление наблюдения и организация постов наблюдения и групп разведки;
- Уточнение порядка использования коечной сети МО республики для обеспечения специализированной и квалифицированной медицинской помощи;
- Усиление наблюдения за санитарно-эпидемиологической обстановкой, прогнозирование возможности возникновения эпидемий;
- Сбор, обобщение данных и оценка обстановки, выработка решений по сложившейся обстановке и доведение до задействованных служб;
- Обеспечить своевременное представление необходимых донесений.

3.Режим чрезвычайной ситуации.

- Оповещение и сбор руководящего состава и комиссии ЧС аппарата Минздрава РД, личного состава формирований и учреждений службы о введении режима ЧС, установление круглосуточного дежурства в аппарате Минздрава РД;
- Активный сбор информации об обстановке в зоне ЧС, ее оценка и разработка предложений по организации медико-санитарного обеспечения при ликвидации ЧС;
- Введение в действие по указанию председателя межведомственной координационной комиссии медицины катастроф «Плана медико-санитарного обеспечения населения при ЧС»;
- Выдвижение в зону ЧС оперативной группы Минздрава РД, формирований и учреждений службы;
- Установление постоянно действующей системы связи с взаимодействующими учреждениями, организациями;
- Приведение в готовность объектовых формирований ГО общего назначения (спасательных, пожаротушения, радиационного и химического наблюдения), предназначенных для защиты больных и персонала, ведения спасательных работ на территории МО при возникновении ЧС, определение порядка их использования;
- Участие совместно с аварийно-спасательными и другими медицинскими формированиями (ВСБ и БСМП) в оказании первой и квалифицированной медицинской помощи, а также их эвакуации из зоны ЧС;
- Организация и осуществление лечебно-эвакуационного обеспечения населения, пострадавшего при ЧС;
- Подготовка имеющихся защитных сооружений (герметизация их, запас необходимых медикаментов, воды, продуктов питания, источников энергоснабжения) для укрытия больных и персонала.
- Обеспечить выдачу средств защиты (противогазы, респираторы, ватно-марлевые повязки) больным и всему медперсоналу МО (при необходимости).
- Обеспечить развертывание в МО приемно-сортировочных отделений и распределительного поста и укомплектование их необходимыми приборами радиохимразведки;
- Обеспечить перепрофилизацию коек МО для приема пострадавших в соответствии с видом ЧС. Контроль за проведением экстренной выписки или перевода больных в другие медицинские организации на долечивание;
- Обеспечить полную готовность бригад специализированной медицинской помощи и врачебно-сестринских бригад, созданных на базе МО и готовность их к работе в зоне ЧС;
- Подготовить неснижаемые запасы лекарственных препаратов и медицинского имущества, сформированного на базе медицинских организаций (пр.Минздрава РД от 31 мая 2013 года № 363-в) к выдаче.

- Организация медико-санитарного обеспечения личного состава формирований и учреждений, участвующих в ликвидации чрезвычайной ситуации;
- Организация медико-санитарного обеспечения населения, эвакуируемого из зоны (очага) чрезвычайной ситуации.
- Обеспечить прием пораженных и больных из зоны ЧС и оказание им врачебной, специализированной и квалифицированной медицинской помощи;
- Обеспечить выдачу своевременной справочной информации (сайт Минздрава РД, справочные службы) населению о поступивших в МО пострадавших и умерших.
- Обеспечить организацию управления, связи, учета и отчетности подведомственных учреждений;
- Организация и проведение судебно-медицинской экспертизы погибших и судебно-медицинского освидетельствования пострадавших;
- Обеспечение непрерывного и оперативного правления формированиями и учреждениями СМК, участвующими в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, их финансового, материально-технического обеспечения и снабжения медицинским имуществом;
- Ведение и своевременное представление учетных и отчетных документов.

Общие выводы: (медико-тактическая характеристика).

Своеобразное географическое и геополитическое положение Республики Дагестан, её административное деление и экономическое развитие, вызывает необходимость участия сил и средств здравоохранения в медико-санитарном обеспечении населения при проведении аварийно-спасательных и других неотложных работ при возникновении чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера, от локальных до трансграничных, требующих вмешательства не только помощи региональной службы медицины катастроф, но и Правительства Российской Федерации в соответствии нормами международного права. При наиболее крупных авариях, катастрофах и стихийных бедствиях может потребоваться и максимальное использование всех сил и средств, службы здравоохранения республики.

СИЛЫ И СРЕДСТВА СЛУЖБЫ.

На базе медицинских учреждений созданы медицинские формирования, предназначенные для работы в очагах катастроф. К числу этих формирований относятся: бригады специализированной медицинской помощи (БСМП) и врачебно-сестринские бригады (ВСБ).

1. Бригады специализированной медицинской помощи (БСМП) – созданы на базе республиканских, городских многопрофильных и крупных центральных районных больниц (ЦРБ). Всего создано -**181** бригада. Укомплектованы они наиболее подготовленными специалистами в соответствии с профилем бригад. Бригады оснащены имуществом, которое создано путем закладки его в неснижаемый запас на базе формируемого его учреждения. Хранится это имущество непосредственно в учреждении по месту приведения бригад в готовность. Время готовности бригад не более 6 часов.

Бригады являются штатными мобильными формированиями службы медицины катастроф. В режиме повседневной и повышенной готовности бригады подчиняются руководителю учреждения-формирователя и находятся в оперативном подчинении руководителя центра медицины катастроф.

Основными задачами бригад является организация и оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи пострадавшим (заболевшим) в чрезвычайных ситуациях (ЧС), усиление медицинских учреждений, работающих в условиях массового поступления пораженных (больных), а также оказание организационно-методической и консультативной помощи.

Общее количество БСМП в республике составляет **181**, из них:

-хирургических -37	-челюстно-лицевых- 1
-травматологических- 10	-оториноларингологических-3
-нейрохирургических- 4	-урологических-4
-ожоговых -1	-лабораторно-диагностических-6
-трансфузиологических- 5	-анестезиологорееанимац.-31
-акушерско-гинекологических- 20	-детских травматологических -1
-детских хирургических - 3	-педиатрических- 18
-психологопсихиатрических - 12	-судебно-мед.экспертизы-3
-инфекционных-11	-токсико-терапевтических-7
-офтальмологических- 4	

2. Врачебно-сестринские бригады (ВСБ) – созданы на базе амбулаторно-поликлинических учреждений городов, районов и являются подвижным функциональным подразделением экстренной медицинской помощи республики. Всего сформировано **448** бригад. Время готовности бригад 6 часов. Бригады оснащены медицинским имуществом, которое также создано путем закладки его в неснижаемый запас. Хранится это имущество непосредственно в учреждении по месту приведения бригад в готовность.

Основными задачами бригад является: оказание экстренной медицинской помощи при ЧС, сопровождающихся массовыми санитарными потерями. Врачебно-сестринские бригады участвуют в организации временных пунктов сбора пострадавших, проведении медицинской сортировки, оказании первой медицинской помощи, подготовке к эвакуации пострадавших, а также осуществляют регистрацию пострадавших и учет проведенных манипуляций в соответствии с медицинской документацией бригад скорой медицинской помощи.

3. Линейные (штатные) бригады станций и отделений скорой медицинской помощи – являющиеся наиболее мобильными, дееспособными, оперативными медицинскими формированиями. Число бригад по РД -**187**, из них врачебных **127**, фельдшерских **52**, в том числе специализированных -**8**, из них: реанимационных -**5**, педиатрических -**2**, психиатрических-**1** и **3** БИТ.

При возникновении чрезвычайных ситуаций пораженные и больные после оказания им медицинской помощи на догоспитальном этапе эвакуируются в больницы, которые **перепрофилируются** и обеспечивают оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи, госпитализацию и лечение.

4. Приказом МЗ РД от 28 августа 2009 года № 257- в границах каждой административной территории определено, какие медицинские учреждения, какое количество коек и в какие сроки необходимо подготовить к приему пострадавших и больных в соответствии с профилем (травма, пораженные АХОВ, больные лучевой болезнью, инфекционные больные). **Перепрофилизация отделений** осуществляется путем экстренной выписки больных на амбулаторное лечение, а не подлежащих выписке переводят в другие отделения. Перепрофилизацию коечного фонда в МО следует обеспечить с обязательным выделением 20% детских коек.

Особое внимание при этом следует уделить развертыванию на базе приемного отделения больницы приемно-сортировочного, которое обеспечило бы массовый прием

пораженных и больных в ограниченные сроки, проведение их сортировки и оказание неотложной по жизненным показаниям медицинской помощи. Оснащение имуществом при задействовании плана перепрофилизации медицинских учреждений, осуществляется путем созданного неснижаемого запаса.

5. **Резерв материально - технических ресурсов** (лекарственного, медицинского, специального имущества и оборудования) в республике создан только на объектовом уровне, т.е. за счет собственных средств организаций. Это:

- *запас главного врача в 67 МО на 1675 пострадавших (87,7%);*
- *запас Минздрава РД (министра) в 68 МО на 7700 пострадавших (66,6%);*
- *запас 448 ВСБ в 99 МО на 22400 пострадавших (65,3%);*
- *запас БСМП в 61 МО на 3910 пострадавших (36,1%);*
- *запас приемного отделения (78,3%) и 03 (69,1%) в 67 МО на 1675 пострадавших.*

Итого: запас на 37360 пострадавших. По состоянию на 2017 год укомплектованность составляет -67,42%.

Состояние сил и средств здравоохранения республики и организация взаимодействия со службами других ведомств республики позволяют ликвидировать медико-санитарные последствия ЧС локального и местного характера своими силами.

При ЧС с потерями населения более 50 чел. в течение 1 часа для проведения аварийно - спасательных работ рекомендовано использовать до 5 СД, 4-5 бригад скорой мед. помощи, 15 врачебно - сестринских бригад, формируемых за счет МО района (города).

Наращивание усилий по ликвидации последствий ЧС (фаза спасения и восстановления) будет производиться за счет усиления МО бригадами специализированной медицинской помощи с максимальным сроком прибытия до 1 часа, и использования перепрофилированных коек в крупных республиканских МО, для завершения оказания квалифицированной и специализированной помощи и организации лечения и реабилитации пострадавших.

В целях дальнейшего совершенствования работы сети наблюдения и лабораторного контроля за сейсмической обстановкой, зараженностью внешней среды радиоактивными, химически опасными веществами, вспышками особо опасных инфекционных заболеваний людей, животных и растений на территории Республики Дагестан функционирует сеть наблюдения и лабораторного контроля (СНЛК), созданная на базе ТО Роспотребнадзор Республики Дагестан.

Основные задачи:

- прогнозирование и оценка радиационной, химической и биологической обстановки (РХБ);
- своевременное выявление и оценка радиационной, химической и биологической обстановки методом наблюдения и лабораторного контроля;
- определение зон РХБ заражения по степени опасности для населения и сельскохозяйственного производства;
- проведение специфической индикации возбудителей инфекционных заболеваний при чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени;
- проведение санитарной экспертизы продовольствия, питьевой воды и пищевого сырья;
- осуществление идентификации выделенных штаммов микроорганизмов и токсинов;
- измерение мощности доз радиологического излучения;
- определение удельной и объемной активности радионуклидов;
- установление радионуклидного состава исследуемых проб;

-обобщение и передача данных о радиационной, химической и биологической обстановке в соответствующие инстанции по установленным формам и выработка предложений для принятия экстренных мер по защите населения и территорий.

В СНЛК Республики Дагестан включены:

- Центр мониторинга и прогнозирования ГУ МЧС Дагестана;
- Министерство экологии и природных ресурсов РД;
- Комитет Правительства РД по ветеринарии;
- Западно-Каспийское бассейновое водное управление;
- Государственная пограничная инспекция по карантину растений по РД;
- ТУ Роспотребнадзор В РД;
- ФГУ «Дагводресурсы»;
- ФГУ «Федеральная государственная территориальная станция защиты растений в Республике Дагестан»;
- Дочернее предприятие «Дагестанское отделение Каспийского научно-исследовательского института рыбного хозяйства» ФГУП Каспийский научно-исследовательский институт рыбного хозяйства (Дагестанское отделение КаспНИИРХ);
- ГУ «Прикаспийский зональный научно-исследовательский ветеринарный институт Российской академии сельскохозяйственных наук»;
- РГУП «Дагестанский республиканский центр государственного мониторинга геологической среды (РГУП «Дагестангеомониторинг»);
- Дагестанский центр по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды (Даггидрометеоцентр);
- Дагестанский зональный центр Госсанэпиднадзора на транспорте;
- Дагестанская противочумная станция;
- Дагестанская опытно-методическая сейсмологическая партия Геофизической службы РАН;
- Дагестанский научный центр РАН (институты геологии, физики, Прикаспийский институт биологических ресурсов);
- НПО «Питательные среды»;
- Кафедры (лаборатории) высших учебных заведений Республики гидрометеорологического, химического, токсикологического, радиологического, микробиологического, гигиенического, ветеринарного, агрохимического и фитопатологического профилей;
- Центральная научно-исследовательская лаборатория ОАО «Роснефть- Дагнефть» (ЦНИЛ ОАО «Роснефть - Дагнефть»);
- Лаборатории министерств и ведомств, организаций независимо от форм собственности;
- Посты радиационного и химического наблюдения (ПРХН).

Функционирование СНЛК осуществляется в трех режимах: повседневной деятельности, повышенной готовности и чрезвычайной ситуации. Лаборатории находятся в дежурной готовности к выполнению задач по обеспечению деятельности СНЛК РД. Срок готовности разведывательных групп подразделений СНЛК РД к выезду на место чрезвычайной ситуации – 1 час.

Вывод: Таким образом, с поставленными задачами по оказанию медицинской помощи пострадавшему населению, при чрезвычайных ситуациях локального, местного и территориального уровня, Служба медицины катастроф республики, в основном, справиться.

РАЗДЕЛ 2

Мероприятия при угрозе и возникновении крупных производственных аварий, катастроф и стихийных бедствий.

Режим повышенной готовности.

1. При угрозе возникновения крупных производственных аварий, катастроф и стихийных бедствий

1.1. С получением сигнала (распоряжения) о введении режима повышенной готовности немедленно доложить - министру здравоохранения РД Гаджиibraгимову Д.А. и ввести по его указанию в действие соответствующий раздел плана медико-санитарного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях, ответственный: в рабочее время и в вне-рабочее время – *начальник 2-го отдела Минздрава РД;*

1.2. В течение «Ч»+10-40 минут оповестить и обеспечить сбор личного состава комиссии по чрезвычайным ситуациям Минздрава РД: в рабочее время и в вне-рабочее время – *оперативно-диспетчерская служба ГБУ РД «ДЦМК». Пакет №2*

1.3 К «Ч»+0.60-1.10 час провести заседание комиссии ЧС аппарата Минздрава РД определить задачи, уточнить план взаимодействия, сроки и порядок выделения сил и средств формируемых медицинскими организациями.

1.4. К «Ч»+1.30 час перевести работу аппарата Минздрава РД и ГБУ РД «ДЦМК» на круглосуточный режим работы и усилить работу оперативно-диспетчерских служб как в Минздраве РД, так и в ГБУ РД «ДЦМК».

1.5. В течение «Ч»+2.30-4.00 часам уточнить план медико-санитарного обеспечения населения Минздрава РД в чрезвычайных ситуациях, подготовить дополнительные распоряжения по службе, ответственный – *зам председателя КЧС Минздрава РД - первый заместитель министра.*

1.6. К «Ч» +6.00 часам провести координацию (в соответствии с обстановкой) лечебно-эвакуационных, санитарно - гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

1.7. «Ч» +6.00-8.00 часам обеспечить готовность к использованию по назначению неснижаемых запасов, сформированных на базе медицинских организаций. Ответственный – *главные врачи, имеющие соответствующие задания по созданию «НЗ».*

1.8. «Ч»+3.00-5.00 обеспечить готовность сил и средств медицины катастроф к оказанию медицинской помощи. Ответственные: *главные врачи, имеющие соответствующие задания по созданию медицинских сил.*

1.9. Сбор (мониторинг), обобщение и анализ данных, прогнозирование возможного развития обстановки, подготовка и доклад предложений председателю КЧС Минздрава РД – Министру РД обеспечить с «Ч» + 2.00 и постоянно, ответственный - *зам председателя КЧС Минздрава РД - первый заместитель министра.*

1.10. Поддержание постоянной связи с ГУ МЧС Дагестана, взаимодействующими органами, учреждениями и организациями, Всероссийской службы медицины катастроф – постоянно. Ответственный - *зам председателя КЧС Минздрава РД - первый заместитель министра.*

1.11. **При угрозе возникновения аварий с выбросом АХОВ (химическое заражение).**

1.12. В течение Ч+20 -30 минут организуется взаимодействие с ЦУКС ГУ МЧС России по РД, города, района по получению достоверной информации об обстановке в угрожаемом районе;

1.13. В течение Ч+60 минут - 2.00 часа готовятся к выдаче и выдаются средства индивидуальной защиты и медицинские средства защиты на рабочих местах;

1.14. В течение Ч+0.60 минут -1.30 часа проводится герметизация наземных зданий для укрытия персонала и больных (т.е окон, дверей), приводятся в готовность имеющиеся защитные сооружения с 3-мя режимами фильтровентиляции;

1.15. В течение Ч+2.00 часов осуществляются мероприятия по подготовке эвакуации больных и персонала;

1.16. В течение Ч+3.00 часов выделяется медицинский персонал в помещения для эвакуируемого (отселяемого) населения, персонала и больных в пункты временного размещения, уточняются вопросы по организации медицинской помощи и количество размещаемого населения;

1.17. С Ч+0.30 минут КЧС организует и контролирует проведение мероприятий по предотвращению и уменьшению последствий возможной аварии (подготовить соответствующее распоряжение председателя КЧС - министра).

1.18. **При угрозе возникновения пожаров и аварий на взрывоопасных объектах.**

1.19. В течение Ч+20 -30 минут организуется взаимодействие с ЦУКС ГУ МЧС России по РД, города, района по получению достоверной информации об обстановке в угрожаемом районе;

1.20. В течение Ч+ 30-40 минут приводятся в готовность объектовые противопожарные формирования и средства пожаротушения (подготовить соответствующее распоряжение председателя КЧС - министра).

1.21. К Ч+60 минут -3.00 часа КЧС организует и контролирует проведение инженерно-технических мероприятий по повышению противопожарной устойчивости (снижение запасов ЛВЖ, ГЗС, взрыво-, пожароопасных веществ, создаются дополнительные запасы средств пожаротушения и воды).

1.22. **При угрозе и возникновении аварии на железнодорожных станциях и при транспортировке опасных грузов.**

1.23. В течение Ч+20 -30 минут организуется взаимодействие с ЦУКС ГУ МЧС России по РД, города, района по получению достоверной информации об обстановке в угрожаемом районе;

1.24. В течение Ч+40 минут -2.00 часов уточняются все данные по принадлежности и характеристике опасного груза.

1.25. К *Ч+60 минут -3.00 часа* КЧС организует и контролирует проведение мероприятий по предотвращению и ликвидации опасной ситуации (подготовить соответствующее распоряжение председателя КЧС - министра).

1.26. **При угрозе радиоактивного загрязнения**

1.27. *Ч+20 -30 минут* приводятся в готовность ПРХН объектовых лабораторий, СНЛК, постов дозиметрического контроля за счет объектов экономики и организуется непрерывный контроль.

1.28. В течение *Ч+8 часов* осуществляется подготовка к выдаче персоналу и больным (в стационарах) йодистых и радиозащитных препаратов;

1.29. В течение *Ч+6.00 часов* выдаются СИЗ персоналу и больным (вид, количество)

1.30. Уточняются расчеты по транспортному обеспечению на случай эвакуации персонала и больных.

1.31. **При угрозе возникновения стихийных бедствий.**

1.32. С *Ч+0.30 минут* организуется наблюдение и постоянный контроль прогноза за состоянием окружающей среды;

1.33. С *Ч+3.00 часов* организуется дежурство руководящего состава как в аппарате Минздрава РД, так и в медицинских организациях;

1.34. К *Ч+3.00-6.00* организуется взаимодействие с организациями и ведомствами, входящими в состав РСЧС;

1.35. К *Ч+4.00-8.00 часов* усиливаются дежурные службы, в т.ч. аварийно-технические бригады (звенья);

1.36. К *Ч+4.00-8.00* приводятся в готовность дополнительные источники тепло-, водо-, электроснабжения;

1.37. К *Ч+12.00 часам* завершается выполнение профилактических и противопожарных мероприятий, подготовительные мероприятия по повышению устойчивости функционирования объектов здравоохранения;

1.38. К *Ч+8.00-12.00* пополняются запасы продовольствия, материально-технических средств, лекарственных препаратов и медицинского имущества в медицинских организациях; уточняются возможности на случай отселения персонала и больных из неблагоприятных районов.

1.39. **При угрозе взрыва общественных, жилых зданий, сооружений и транспорта.**

1.40. В течение *Ч+0.30 -0.40 минут* осуществляется оповещение заинтересованных служб и организаций города, района, руководящего состава объектов здравоохранения, которым угрожает воздействие взрыва;

1.41. В течение *Ч+ не позднее 1 часа с момента получения информации* при единичном сигнале, а в остальных случаях - по обстановке, обеспечить (проконтролировать) прибытие кинолога для обследования объекта на предмет обнаружения взрывных устройств;

1.42. Контроль в течение, *не менее Ч+ 20 минут* прибытия на место происшествия бригад спецслужб, пожарного отделения противопожарной службы;

1.43. К *Ч+0.30-1.30 часов* получения информации о предварительной оценке обстановки, прогнозирование последствий чрезвычайной ситуации, возможности и характера ущерба;

1.44. К *Ч+2.00 часам*, при необходимости, принимается решение на эвакуацию людей, их размещение и жизнеобеспечение;

1.45. Контроль организации оцепления объекта, регулирования движения, охраны общественного порядка на объекте и на территории, примыкающий к нему.

1.46. **При угрозе и проведении террористических актов**

1.47. При угрозе и проведении террористических актов выполнение и контроль выполнения соответствующих мероприятий осуществляется в соответствии с «Планом дейст-

вий сил и средств при угрозе и проведении террористических актов на территории объекта здравоохранения».

2. При возникновении крупных производственных аварий, катастроф и стихийных бедствий.

(чрезвычайный режим).

2.1. С получением сигнала (распоряжения) о введении режима чрезвычайной ситуации провести оповещение и сбор оперативной группы КЧС и руководящего состава Минздрава РД к «Ч»+0.40 минут. Ответственный в рабочее время и вне рабочее время - *оперативно-диспетчерская служба ГБУ РД «ДЦМК».*

2.2. Уточнить сложившуюся обстановку в ГУ МЧС России по РД и немедленно доложить председателю КЧС Минздрава РД – министру. Подготовить предложения по использованию сил и средств службы в конкретной чрезвычайной ситуации. Ответственный - *зам председателя КЧС Минздрава РД - первый заместитель министра.*

2.3. Обеспечить выполнение мероприятий Плана 2.4-2.13;

2.4. В течение «Ч» + 2.00 часов организовать устойчивое взаимодействие по обеспечению связи с медицинскими организациями, оказавшимися в зоне чрезвычайной ситуации, получить информацию о санитарных потерях, их структуре и порядке использования сил и средств на месте. Ответственный – *директор ГБУ РД «ДЦМК».*

2.5. До «Ч»+2.00 часов уточнить расчет сил и средств Службы в соответствии со сложившейся обстановкой, подготовить предложения председателю КЧС Минздрава РД - министру об организации медико-санитарного обеспечения и лечебно-эвакуационных мероприятий пострадавшего населения. Ответственный - *зам председателя КЧС Минздрава РД - первый заместитель министра.*

2.6. Организовать устойчивое взаимодействие и связь с силами постоянной готовности Дагестанской территориальной подсистемы единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций. Ответственный – *зам председателя КЧС Минздрава РД - первый заместитель министра.*

2.7. К «Ч» + 2.00 часа обеспечить отправку в район ЧС оперативную группу КЧС Минздрава РД, ВСБ и бригад специализированной медицинской помощи. Ответственный - *директор ГБУ РД «ДЦМК».*

2.8. К «Ч»+ 2.00 часам подготовить донесение в Правительство РД, ГУ МЧС России по РД, ВЦМК «Защита» о возникших потерях и проведенных мероприятиях по медико-санитарному обеспечению ликвидации ЧС. Ответственный - *зам председателя КЧС Минздрава РД - первый заместитель министра.*

2.9. К «Ч»+4.00 часам направить в район ЧС психолого-психиатрические бригады. Ответственный - *зам председателя КЧС Минздрава РД - первый заместитель министра.*

2.10. К «Ч» + 6.00 часам организовать справочную службу для родственников пострадавших. Ответственный - *директор ГБУ РД «ДЦМК».*

2.11. С получением информации об обстановке от оперативной группы КЧС Минздрава РД подготовить распоряжение председателя КЧС - министра:

- главным врачам МО республиканского подчинения - о перепрофилизации коечного фонда в соответствии со структурой раненых (пораженных) для организации медико-санитарной помощи пострадавшему населению;

- начальнику республиканского бюро судмедэкспертизы - об организации проведения судебно - медицинской экспертизы погибших (умерших) и медицинского освидетельствования освидетельствования (во взаимодействии с соответствующими органами) пострадавших;

- главному врачу ГБУ РД «РСПК» об организации проведения забора крови и ее компонентов;

2.12. Контролировать убытие и прибытие сил и средств службы в зону ЧС, ведение и своевременную обработку учетно-отчетной документации – постоянно. Ответственный – директор ГБУ РД «ДЦМК».

2.13. После завершения мероприятий, имеющих первоочередное значение (пункты 2.1. - 2.10.), наращивание сил и средств по медицинскому обеспечению проводить с учетом складывающейся обстановки в зоне ЧС через оперативную группу КЧС Минздрава РД.

2.14. При возникновении аварий на объектах, имеющих запасы АХОВ.

2.15. С получением сигнала об аварии немедленно провести оповещение и сбор оперативной группы КЧС и руководящего состава Минздрава РД к «Ч»+0.40 минут. Ответственный в рабочее время и вне рабочее время - оперативно-диспетчерская служба ГБУ РД «ДЦМК».

2.16. Уточнить сложившуюся обстановку в ГУ МЧС России по РД и немедленно доложить председателю КЧС Минздрава РД – министру. Подготовить предложения по использованию сил и средств службы в конкретной чрезвычайной ситуации. Ответственный - зам председателя КЧС Минздрава РД - первый заместитель министра.

2.17. Распоряжением председателя КЧС немедленно направить к месту аварии бригады скорой медицинской помощи с обязательным использованием индивидуальных средств защиты (СИЗ);

2.18. При заражении территории аммиаком – необходимо всех находящихся на зараженной территории укрыть в подвальных помещениях, цокольных этажах и проведением мер по герметизации оконных, дверных проемов и (или) эвакуировать на не зараженные территории автотранспортом;

2.19. При заражении территории хлором – необходимо всех находящихся на зараженной территории укрыть на верхних этажах корпусов, также с проведением мер по герметизации оконных, дверных проемов и (или) эвакуировать на не зараженные территории автотранспортом;

2.20. Если медицинское учреждение не находится в зоне поражения обеспечить распоряжением председателя КЧС обеспечить в течение Ч+20-30 минут приведение в готовность к массовому приему и оказанию медицинской помощи пострадавшим от АХОВ, за счет перепрофилизации коечного фонда в отделения токсикотерапевтического профиля;

2.21. При возникновении крупных возгораний (пожаров) на объектах с массовым пребыванием людей.

2.22. С получением сигнала о пожаре немедленно провести оповещение и сбор оперативной группы КЧС и руководящего состава Минздрава РД к «Ч»+0.40 минут. Ответственный в рабочее время и вне рабочее время - оперативно-диспетчерская служба ГБУ РД «ДЦМК».

2.23. Уточнить сложившуюся обстановку в ГУ МЧС России по РД и немедленно доложить председателю КЧС Минздрава РД – министру. Подготовить предложения по использованию сил и средств службы в конкретной чрезвычайной ситуации. Ответственный - зам председателя КЧС Минздрава РД - первый заместитель министра.

2.24. Распоряжением председателя КЧС немедленно направить к месту аварии бригады скорой медицинской помощи с обязательным использованием индивидуальных средств защиты (СИЗ);

2.25. Если пожар в медицинской организации то:

-принять срочные меры по вызову пожарной команды (тел.01 и (или) 112), а также оповестить весь персонал и больных медицинского учреждения;

-привести в готовность объектовые формирования – звенья пожаротушения и противопожарный инвентарь;

-отключить электропитание и подачу кислорода в очаге. Приступить, по мере возможности, к тушению возгорания;

-обеспечить эвакуацию больных и персонала с персональной (по списку) проверкой всех эвакуированных;

-принять меры по оказанию медицинской помощи пострадавшим.

2.26. При авариях на крупных коммунально-энергетических сетях.

2.27. С получением сигнала о пожаре немедленно провести оповещение и сбор оперативной группы КЧС и руководящего состава Минздрава РД к «Ч»+0.40 минут. Ответственный в рабочее время и внерабочее время - *оперативно-диспетчерская служба ГБУ РД «ДЦМК».*

2.28. Уточнить сложившуюся обстановку в ГУ МЧС России по РД и *немедленно* доложить председателю КЧС Минздрава РД – министру. Подготовить предложения по использованию сил и средств службы в конкретной чрезвычайной ситуации. Ответственный - *зам председателя КЧС Минздрава РД - первый заместитель министра.*

2.29. Распоряжением председателя КЧС *немедленно* направить к месту аварии бригады скорой медицинской помощи с обязательным использованием индивидуальных средств защиты (СИЗ) для организации и оказания медицинской помощи на месте ЧС;

2.30. Обеспечить приведение в готовность к массовому приему и оказанию медицинской помощи пострадавшим, за счет перепрофилизации коечного фонда с учетом вида полученных травм;

2.31. При авариях, сопровождающихся выбросом радиоактивных веществ:

2.32. С получением сигнала о пожаре немедленно провести оповещение и сбор оперативной группы КЧС и руководящего состава Минздрава РД к «Ч»+0.40 минут. Ответственный в рабочее время и внерабочее время - *оперативно-диспетчерская служба ГБУ РД «ДЦМК».*

2.33. Уточнить сложившуюся обстановку в ГУ МЧС России по РД и *немедленно* доложить председателю КЧС Минздрава РД – министру. Подготовить предложения по использованию сил и средств службы в конкретной чрезвычайной ситуации. Ответственный - *зам председателя КЧС Минздрава РД - первый заместитель министра.*

2.34. Распоряжением председателя КЧС *немедленно* направить к месту аварии бригады скорой медицинской помощи с обязательным использованием индивидуальных средств защиты (СИЗ) для организации и оказания медицинской помощи на месте ЧС;

2.35. Организовать оповещение руководящего состава всех медицинских организаций, находящихся в радиоактивной зоне;

2.36. Организовать выдачу средств индивидуальной защиты;

2.37. Принять меры по укрытию больных и персонала медицинских учреждений в защитных сооружениях и (или) организовать эвакуацию на безопасную территорию;

2.39. Объявить об установлении режима радиационной защиты;

2.40. Развернуть посты РИХН. Постоянно контролировать ситуацию по радиационному фону через ГУ МЧСР России по РД и ТО Роспотребнадзора в РД;

2.41. Организовать дозиметрический контроль медперсонала, больных групповым методом;

2.42. При необходимости организовать площадки специальной обработки для поступающих пострадавших и для автотранспорта;

2.43. Организовать проведение йодопрофилактики, в т.ч. для населения;

2.44. Организовать постоянный контроль за степенью загрязнения территорий медицинских организаций.

2.45. При авариях с выбросов в окружающую среду бактериологических веществ.

2.46. Получив сообщение о бактериологическом заражении *немедленно* вводится в действие План по проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий;

- 2.47. Организуется постоянная связь с ТО Роспотребнадзором в РД и контроль за складывающейся обстановкой;
- 2.48. Вывод населения, персонала и больных, находящихся в медицинских организациях из опасной зоны;
- 2.49. Организация медицинского обеспечения населения в пунктах временного размещения.

2.50. При выявлении больного с особо опасной инфекцией (ООИ) на территории пограничных постов, аэропорта, морского или воздушного судна.

2.51. С получением информации о выявлении больного с ООИ немедленно провести оповещение и сбор оперативной группы КЧС и руководящего состава Минздрава РД к «Ч»+0.40 минут. Ответственный в рабочее время и вне рабочее время - *оперативно-диспетчерская служба ГБУ РД «ДЦМК».*

2.52. Уточнить сложившуюся обстановку в ТО Роспотребнадзор в РД и *немедленно* доложить председателю КЧС Минздрава РД – министру. Подготовить предложения по использованию сил и средств службы в конкретной чрезвычайной ситуации. Ответственный - *зам председателя КЧС Минздрава РД - первый заместитель министра.*

2.34. Распоряжением председателя КЧС *немедленно* направить к месту выявления больного с ООИ бригады скорой медицинской помощи в экипировке противочумных костюмов и с укладкой для забора материала от больного;

2.35. Организовать информирование и оповещение руководящего состава ГБУ РД «Республиканский инфекционный центр»;

2.36. Организация практической готовности ГБУ «РЦИБ» и ее персонала к приему больного с подозрением на ООИ и лиц, находившихся в контакте с больным;

2.37. Проверить наличие в достаточном количестве дезсредств, дегидратационных растворов, комплектов защитной одежды, упаковок для отбора материалов от больного на исследования и др.;

2.38. Контролировать соблюдение противоэпидемического режима в стационаре;

2.39. Обеспечить своевременное представление донесений по установленным формам и срокам в ТО Роспотребнадзора в РД.

3. Организация лечебно - эвакуационного, санитарно - гигиенического, противоэпидемического обеспечения при ликвидации чрезвычайных ситуаций, а также мероприятий по медицинской защите населения, персонала аварийно - спасательных формирований:

а) лечебно - эвакуационное обеспечение

Первая медицинская помощь (оптимальный срок оказания 30 мин, а при остановке дыхания 5 - 10 мин) направлена на устранение последствий поражения угрожающих жизни пострадавшего и предупреждения опасных для жизни осложнений. Оказывается в порядке само - и взаимопомощи и находящимся в зоне ЧС медицинским персоналом медицинских организаций.

В последующем она дополняется за счет прибывших спасательных подразделений, санитарных дружин, бригад скорой и экстренной мед. помощи.

При оказании первой мед. помощи выделяются в процессе сортировки следующие группы раненых (пораженных): нуждающихся в медицинской помощи в зоне бедствия, а также в вывозе, выносе и легкопострадавшие.

По прибытии бригад скорой медицинской помощи и бригад экстренной медицинской помощи от ГБУ РД «ДЦМК», в том числе от из ближайших медицинских учреждений ВСБ, организуется оказание доврачебной и первой врачебной помощи (по жизненным показаниям).

При отсутствии заражения местности эти виды медицинской помощи выполняются в местах сбора раненых (пораженных) непосредственно в очаге массовых потерь.

При наличии в очаге опасного заражения и отсутствии средств защиты, они выполняются за пределами зоны заражения.

Доврачебная медицинская помощь оказывается, в основном личным составом спасателей ГУ МЧС России по РД.

Первая врачебная помощь (оптимальный срок оказания 4 - 6 часов с момента поражения) направлена на частичное устранение последствий поражения угрожающих жизни, предупреждение инфекционных осложнений и подготовки раненых (пораженных) к эвакуации.

Первая врачебная помощь оказывается штатными бригадами скорой медицинской помощи и врачебно-сестринскими бригадами в состав которых входят: 1 врач, 2 медсестры, 1 санитар-водитель. Продолжительность работы смены ВСБ - 6 часов при оказании помощи 50 пораженным. 5 - 10 бригад формирует медицинский отряд, куда дополнительно входят: старший врач отряда, старшая медсестра, которые развертывают пункт экстренной медицинской помощи, в сохранившихся в очаге или на его периферии лечебно - профилактических учреждений или других зданиях. При сохранивших свои функции МО (локальные и местные ЧС) первая врачебная помощь оказывается в них с расширением объема, усилением бригадами специализированной мед.помощи, направленных из медицинских организаций.

При оказании первой врачебной помощи в местах их сосредоточения, выделяются группы по подготовке и проведению эвакуации в ближайшие лечебные учреждения с учетом профиля поражения:

с хирургической травмой - в хирургические (травматологические больницы, отделения),

с терапевтической - в терапевтические,

беременных - в родильные, детей - в детские учреждения. При прочих равных условиях предпочтение в очередности оказание медицинской помощи и эвакуации отдается детям и беременным женщинам.

Квалифицированная и специализированная медицинская помощь, лечение до окончательного исхода и реабилитация, осуществляется врачами соответствующего профиля в лечебных учреждениях республиканского центра, города, района. Их выполнением завершается оказание полного объема медицинской помощи, она носит исчерпывающий характер.

Перепрофилизация коек в медицинских учреждениях проводится распоряжением председателя КЧС- министра здравоохранения РД в соответствии со структурой потерь на базе сети МО, как в сельской местности, так и городах республики. При этом - центральные районные больницы в зависимости от их мощности и расположения на лечебно - эвакуационном направлении могут развертывать (при необходимости с усилением БСМП) многопрофильные, травматологические и ожоговые больницы (отделения). Участковые больницы имеющие хирургическое отделение - травматологические или ожоговые, а не имеющие его создают больницы терапевтического профиля. Медицинские учреждения без стационаров (поликлиники, диспансеры, медсанчасти) выделяют персонал для усиления, одновременно сохраняют свои функции по амбулаторно-поликлиническому обслуживанию легкопораженных, а также местного и эвакуированного населения. Республиканские, крупные городские больницы, медико-санитарные части со стационарами получают задание на создание или развертывание многопрофильных, травматологических, ожоговых и терапевтических больниц (отделений) для пораженных (кроме специализированных). Готовность к приему пораженных опреде-

ляется в течение 6 часов (оптимальный срок оказания квалифицированной помощи 8 - 12 часов с момента поражения).

Во всех вариантах развертывания больниц (отделений), доля детских коек должна составлять не менее 20% от ее коечной мощности.

Эвакуация пораженных производится санитарным и неприспособленным автотранспортом, выделенным главами местных администраций, с объектов народного хозяйства, и «перехваченного» на близлежащих к очагу, транспортных артериях. При возможности производится дооборудование автомобилей: добавление в кузов балласта смягчающем тряскость, укрытие тентами, обеспечение подстилочным материалом, одеялами и т.д. Тяжело пострадавшие эвакуируются в сопровождении медицинского персонала в санитарном автомобиле СМП. При эвакуации пораженных в специализированные МО возможно использование воздушного и железно - дорожный транспорта по заявке ГБУ РД «ДЦМК».

При погрузке пораженных на транспорт составляются пофамильные списки, а при эвакуации на попутном и индивидуальном транспорте с обязательной записью номерных знаков автомобилей. При эвакуации больных из очагов инфекционных заболеваний (как правило не производится) в случае необходимости для её осуществления определяются специальные пути эвакуации с безостановочным движением через населенные пункты и обязательным сопровождением транспорта медицинским персоналом

Медицинское обеспечение непораженного населения.

В местах временного расселения и в зонах слабых и средних разрушений организуется активный врачебно-сестринский патронаж с целью выявления и лечения лиц с реактивным и невротическим состояниями, выявления беременных женщин (10% - 25% беременность у женщин в очаге бедствия заканчивается самопроизвольным прерыванием беременности в течение первых пяти дней), детей раннего возраста (для организации рационального питания детей и кормящих матерей за счет расширенной доставки продуктов детского и диетического питания и оптимальных гигиенических условий, а в очагах химического поражения немедленной эвакуации детей из всех зон поражения), проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

Патронаж проводится по принципу подворных (по квартирных) обходов врачебно-сестринскими бригадами формируемыми на базе амбулаторно-поликлинических учреждений с привлечением специалистов (психоневрологи, педиатры, акушеры-гинекологи), персонала органов санитарного надзора, сандружин, студентов медицинской академии, учащихся медицинских училищ. Руководство ими осуществляет оперативная группа КЧС Минздрава РД. Пострадавшие и сохранившиеся амбулаторно-поликлинические учреждения переходят на круглосуточный режим работы и усиливаются мед. персоналом из других МО территорий, республики или ведомств.

В медицинских учреждениях резервируются койки для стационарного лечения пораженных и больных. Показания для госпитализации расширяются.

б) судебно –медицинская экспертиза - проводится по двум направлениям:

- судебно - медицинское освидетельствование пострадавших для определения степени тяжести получения травм (повреждений) и прогноза оценки потери трудоспособности;
- судебно-медицинская экспертиза погибших, включающая сортировку и маркировку трупов и их частей, установление причины смерти, опознание трупов и оформление юридических документов совместно со следственными органами, выдачу и хранение трупов.

в) санитарно - гигиеническое и противоэпидемическое обеспечение

Использование учреждений государственного санитарного надзора определяется характером деятельности населения, конкретно складывающейся обстановки и осуществляется:

- приближением сил и средств, к району ЧС и обеспечиваемым контингентам населения;
- сосредоточением основных усилий сил и средств по поддержанию санитарно - эпидемиологического благополучия населения, обеспечения деятельности наиболее значимых объектов народного хозяйства;
- постоянная готовность к работе в эпидемических очагах, создание резерва к своевременному выполнению внезапно возникших задач.

В первые часы после катастрофы проводится углубленная санитарно - эпидемиологическая разведка с участием врачей - гигиенистов, токсикологов, радиологов, эпидемиологов. Разведка проводится силами и средствами местных учреждений Роспотребнадзора, формирующими группы санитарно-эпидемиологической оценки (ГСЭО). Руководство и координацию деятельности санитарно-эпидемиологической службы на пострадавшей территории осуществляет оперативная группа КЧС Минздрава РД в состав которой входит заместитель главного государственного санитарного врача республики.

ГСЭО берет под строгий контроль все гигиенически значимые объекты, как разрушенные и поврежденные в очаге бедствия, так и продолжающие функционировать вне него:

- системы водоснабжения и канализации;
- объекты пищевой промышленности, общественного питания и торговли;
- предприятия коммунального обслуживания;
- детские дошкольные и школьные учреждения;
- пострадавший и не пострадавший жилой фонд;
- медицинские учреждения, куда госпитализированы пострадавшие из очага ЧС;
- места временного расселения эвакуированного населения;
- места расселения прибывающих спасателей и восстановителей;
- объекты внешней среды;
- промышленные объекты, которые могут стать источниками вторичного поражения АХОВ, биологическими средствами, РВ.

В очаге бедствия, в местах временного расселения эвакуированного населения и размещения спасателей и восстановителей, в медицинские организации куда госпитализированы пораженные, проводится текущая и заключительная дезинфекция, организуется камерная дезинфекция и дезинфекция поступающей одежды и обуви, осуществляется выявление и госпитализация больных с открытыми формами туберкулеза, брюшным тифом и паратифами, дизентерией, дифтерией и др. инфекциями. Нарощивание этих усилий проводится бригадами экстренной санитарно - профилактической помощи (БЭСПП) от республиканского центра ГСЭН.

Контроль состояния окружающей среды проводится в первые минуты и часы бедствия силами ТО Роспотребнадзора РД определением наличия АХОВ и РВ в воздухе, на почве, в воде открытых водоемов и в разводящей системе водопровода с последующим определением этих веществ регулярно. С целью активного выявления инфекционных больных среди пораженных, спасателей и восстановителей, в состав медицинских формирований, проводящих подворные обходы, включаются помощники эпидемиологов, осуществляющих при необходимости на месте забор материала для лабораторных исследований. Лица с подозрением на инфекционные заболевания подлежат провизорной госпитализации. Организуется и проводится специфическая профилактика.

Организация медицинского обеспечения контингента, привлекаемого для ведения спасательных и других неотложных работ.

В местах работы и временного расселения спасателей и восстановителей *развертываются временные медицинские пункты, подвижные (временные) амбулатории*, аптечные киоски с круглосуточным режимом работы. Организуется дежурство бригад скорой медицинской помощи. Устанавливается строгий постоянный санитарный надзор за организацией питания и санитарно - бытовых условий, за соблюдением режима труда и отдыха, правил индивидуальной защиты.

Организация информационного обеспечения населения и санитарно - просветительной работы.

В аппарате Минздрава РД и в ГБУ РД «ДЦМК» организуется работа справочной службы. Вся информация своевременно публикуется на официальном сайте Минздрава РД.

Организация медицинского, материально - технического снабжения учреждений и формирований медицины катастроф, участвующих в ликвидации медико - санитарных последствий ЧС.

Медицинские силы и средства, привлекаемые для проведения аварийно-спасательных работ обеспечиваются продовольствием, вещевым имуществом, ГСМ согласно планам глав администрации пострадавших территорий. Медицинским и санитарно-хозяйственным имуществом за счет фонда, сформированного медицинскими организациями РД. Финансирование осуществляется в соответствии со сметой, утверждаемой органами исполнительной власти административной территории.

Организация управления формированиями и учреждениями службы медицины катастроф, участвующими в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

Осуществляется комиссией ЧС Министерства здравоохранения РД (г.Махачкала, ул.Абубакарова,10) .

На комиссию ЧС возлагается:

- оповещение органов управления, учреждений, организаций и формирований медицины катастроф, введение (по указанию председателя КЧС) соответствующего раздела плана медико-санитарного обеспечения населения в ЧС;
- организация и поддержание устойчивой связи с силами постоянной готовности территориальной подсистемы единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций;
- сбор, обобщение и анализ данных, прогнозирование возможного развития обстановки (через ЦУКС ГУ МЧС России по РД), готовит и докладывает предположения председателю КЧС Минздрава РД;
- координирует действие сил и средств медицины катастроф в районе ЧС, обеспечивает пополнение их имуществом, проводимых санитарно - гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

Непрерывность управления достигается:

- с комиссиями по ЧС административных территорий;
- с **оперативной** группой КЧС радиосвязью и средствами связи спасательных служб в очаге ЧС и оперативной группы КЧС через оперативного дежурного ЦУКС ГУ МЧС РД и административных территорий, машинами СМП, водителей транспорта проводящего эвакуацию пораженных;
- с взаимодействующими ведомствами и министерствами проводными и беспроводными средствами связи, fax и электронной связью (e-mail).

**Начальник второго отдела
Министерства здравоохранения РД**

Абдуллаева Т.А.

исп. Абдуллаева Т.А.