

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
БЕЛАРУСЬ**

**УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»**

Военная кафедра

М.Н. КАМБАЛОВ С.А. АНАШКИНА

**СБОРНИК ВОПРОСОВ
ДЛЯ ТЕСТИРОВАНИЯ ПО
МЕДИЦИНЕ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ
СИТУАЦИЙ**

**Учебно–методическое пособие
для студентов всех факультетов**

Гомель 2008

УДК
ББК
К 18

Рецензенты: Декан лечебного факультета УО «Гомельский государственный медицинский университет», кандидат медицинских наук, доцент В.А.Подолько

начальник Государственного учреждения "290 военно-медицинский центр Вооружённых Сил Республики Беларусь" подполковник медицинской службы И.Г. Косинский.

**Камбалов, М.Н.
Анашкина, С.А.**

К 18 Сборник вопросов для тестирования по медицине экстремальных ситуаций: учеб.— метод. пособие для студентов всех факультетов / М.Н. Камбалов, С.А. Анашкина. — Гомель: Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2008. — 38 с.

ISBN

Пособие содержит перечень вопросов для проведения тестированного контроля по медицине экстремальных ситуаций с вариантами ответов к ним.

Рассмотрение и изучение практических вопросов организации и оказания медицинской помощи при возникновении чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени или в особый период является неотъемлемой составной частью подготовки практически и тактически грамотного врача.

Рекомендовано для практического использования студентами всех факультетов при подготовке к занятиям и итоговому тестированию по медицине экстремальных ситуаций, а так же преподавателями при подготовке к проведению тестирования.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 7.04.2008 года, протокол № 4 .

ISBN

**УДК
ББК**

© УО «Гомельский государственный медицинский университет», 2008

ВВЕДЕНИЕ

Оказание медицинской помощи пострадавшим при массовых поражениях во все времена являлось одной из важнейших задач медицины. К оказанию медицинской помощи в экстремальных ситуациях могут привлекаться не только специальные медицинские работники, но и врачи любого профиля и даже студенты медицинских ВУЗов (Грозный, 1995). В связи с этим становится понятной важность углубленного изучения вопросов медицины экстремальных ситуаций при прохождении не только додипломной, но и последипломной подготовки специалистов.

Расширение объёма содержания образования в условиях научно-технической революции начала XXI века, сопровождающееся информатизацией всех уровней образования и повышением доли междисциплинарных творческих аспектов подготовки специалистов на этапе получения высшего образования, резкое повышение масштабов тестирования в образовании разработка государственных образовательных стандартов порождают спектр проблем, условий и требований, нацеленных на модернизацию систем контроля и оценки качества подготовки обучающихся, на повышение эффективности контрольно-оценочных систем в образовании.

Во исполнение положений программы "Комплексная информатизация системы образования Республики Беларусь на 2007–2010 годы", цель которой – повышение качества образования на основе создания современной информационной образовательной среды, широкое использование информационно-коммуникационных технологий в образовательной практике, в системе обучения всё чаще используются электронные средства обучения и контроля знаний.

Область применения данного пособия: самостоятельная подготовка обучаемых к тестированию и помощь преподавателям в подготовке проведения программированного контроля знаний по дисциплине у студентов всех факультетов высших медицинских учебных заведений, изучающих дисциплину "Медицина экстремальных ситуаций", врачей-субординаторов.

Назначение: контроль знаний по дисциплине "Медицина экстремальных ситуаций".

Пособие содержит перечень вопросов для составления тестирующих программ и проведения тестированного контроля по медицине экстремальных ситуаций и предназначено для оптимизации процесса подготовки к проведению контроля знаний.

1. Элемент, которые не входит в организационно-штатную структуру системы Гражданской Обороны Республики Беларусь:

- штабы
- службы
- силы и средства
- законодательные органы

2. В состав формирований Гражданской Обороны не привлекаются:

- инвалиды I-II групп
- беременные женщины
- женщины, имеющие детей до 8-и лет
- студенты ВУЗов
- военнослужащие срочной службы

3. Документ, регламентирующий создание Отраслевой подсистемы ГСЧС Министерства здравоохранения Республики Беларусь:

- Приказ Министра обороны № 461-1998г.
- Приказ Министра здравоохранения №176-1999г.
- Постановление Совета Министров №495 и Приказ Министра здравоохранения №3ДСП-2001 г.

4. Координирующим органом Отраслевой подсистемы ГСЧС Министерства здравоохранения РБ не является:

- комиссия по ЧС МЗ федерального округа
- комиссия по ЧС МЗ РБ
- комиссия по ЧС УЗО облисполкома
- комиссия по ЧС ТМО городов и районов

5. К силам и средствам Отраслевой Подсистемы ГСЧС Министерства здравоохранения РБ относят:

- подразделения службы медицины катастроф
- подразделения аварийно-спасательной службы МЧС
- подразделения ППС МВД

6. В режимы функционирования Отраслевой Подсистемы ГСЧС Министерства здравоохранения РБ не входит:

- режим повседневной деятельности
- режим повышенной готовности
- режим полной готовности
- чрезвычайный режим

7. К принципам построения ГСЧС не относят:

- территориальный
- производственный
- отраслевой
- ведомственный

8. В состав сил и средств ГСЧС не входят:

- силы и средства наблюдения и контроля за окружающей средой и ПОО (предупреждения)
- силы и средства ликвидации
- силы и средства профилактики

9. Обучение населения способам защиты при ЧС может производиться:

- на занятиях по месту учёбы
- на тренировках по месту работы
- самостоятельно
- через средства массовой информации

10. Подразделения службы медицины катастроф являются силами и средствами:

- Отраслевой подсистемы ГСЧС Министерства здравоохранения РБ
- МЧС
- ГСЧС РБ

11. Сколько АЭС находится в пределах 100-километровой зоны от внешней границы Республики Беларусь?

- 2
- 3
- 4
- их нет

12. Ситуация признаётся чрезвычайной, если (согласно Приказу МЗ №261-1997 г.)

- пострадало 2 человека, погиб 1 человек
- пострадало 10 человек, погибло 4 человека
- пострадало 5 человек, погибло 2 человека

13. К группам чрезвычайных ситуаций, классифицируемых по происхождению, не относятся

- антропогенные
- природные
- экологические

-экономические

14. При возникновении производственных ЧС не происходит выброс энергии:

- механической
- термической
- кинетической
- радиационной
- химической

15. К специфически опасным явлениям относят:

- инфекционные заболевания человека
- инфекционные заболевания растений, инфекционные заболевания животных, инфекционные заболевания человека
- инфекционные заболевания растений, инфекционные заболевания животных

16. К природным чрезвычайным ситуациям не относятся:

- метеорологические
- инфекционные
- топологические
- тектонические
- теллурические
- космические

17. По масштабам ЧС в Республике Беларусь делятся на:

- республиканские, трансграничные, локальные, местные
- федеральные, республиканские, трансграничные, местные, локальные
- федеральные, республиканские, местные, локальные

18. Возникновение чрезвычайных ситуаций не может быть обусловлено:

- производством, хранением, транспортировкой опасных материалов
- устареванием оборудования
- нарушением техники безопасности
- неудовлетворительной подготовкой персонала
- социально-экономической обстановкой в стране
- снижением финансирования на совершенствование мер техники безопасности

19. К стадиям развития чрезвычайной ситуации (ЧС) не относят стадию:

- накопления факторов риска

- систематизации факторов риска
- индуцирования факторов риска
- начала, течения и нарастания ЧС
- затухания ЧС
- проведения аварийно-спасательных работ

20. К поражающим факторам при чрезвычайной ситуации не относят:

- воздушную ударную волну
- температурный фактор
- социально-экономический фактор
- ионизирующее излучение
- биологические агенты
- аэрогидродинамический фактор
- психоэмоциональный фактор

21. При своевременном проведении противошоковых мероприятий при оказании помощи пострадавшим летальность снижается на:

- 1-5%
- 25-30%
- 40-50%
- 50-80%

22. Характер медико-тактической обстановки в очаге ЧС не определяется:

- разрушением зданий и сооружений
- возникновением большого количества санитарных потерь
- сложной структурой санитарных потерь
- сложным социально-экономическим положением в регионе на момент возникновения ЧС
- потерями среди медицинского персонала
- психоэмоциональным напряжением
- возможностью заражения СДЯВ, радиоактивными веществами

23. Основные задачи в районе ЧС, выполняемые подразделениями Службы медицины катастроф (службы экстренной медицинской помощи):

- организация и оказание всех видов медицинской помощи пострадавшим
- организация и оказание всех видов медицинской помощи пострадавшим ликвидаторам
- профилактика возникновения очагов инфекционных заболеваний

-предупреждение возникновения чрезвычайной ситуации

24. К сильнодействующим ядовитым химическим веществам (СДЯВ) относят:

-вещества с высокой токсичностью, способные вызвать массовые отравления

-вещества, способные в определённых условиях вызвать массовые отравления

-химические вещества с высокой токсичностью, способные в определённых условиях вызвать массовые отравления

25. К химически-опасным объектам (ХОО) можно отнести:

-предприятия, производящие, использующие в цикле производства, транспортирующие, хранящие СДЯВ

-предприятия, использующие СДЯВ в цикле производства

-предприятия, хранящие, транспортирующие СДЯВ

26. Сколько степеней химической опасности субъектов хозяйствования выделяют:

-6

-5

-4

-3

27. Факторы, определяющие токсичность вещества:

-смертельная доза (количество вещества, поступившего в организм, вызвавшее смертельный исход), концентрация вещества в воздухе

-удельный вес вещества, концентрация вещества в воздухе

-температура кипения, концентрация вещества в воздухе

28. Каково количество групп СДЯВ, выделяемое по преимущественному синдрому экзогенной интоксикации:

-7

-5

-4

-10

29. Наибольшую опасность представляют СДЯВ:

-нестойкие медленнодействующие

-стойкие быстродействующие

-нестойкие быстродействующие

-стойкие медленнодействующие

30. Зона химического заражения включает в себя:

- участок разлива (выброса) СДЯВ, территорию, в пределах которой распространяются пары СДЯВ
- участок, подозрительный на заражение СДЯВ, территорию, в пределах которой распространяются пары СДЯВ
- территорию, в пределах которой распространяются пары СДЯВ

31. Токсодоза – это

- количество вещества, поступившее в организм, способное вызвать эффект поражения
- количество вещества, поступившее в организм, способное вызвать смертельное поражение
- общее количество вещества, выделившееся во внешнюю среду

32. Зона поражающих токсодоз-на территории которой:

- на внутренней границе 50% поражённых потребуются госпитализация
- на внешней границе 50% поражённых потребуются госпитализация
- на внешней границе 50% поражённых получают смертельную дозу

33. К сильнодействующим ядовитым веществам (СДЯВ) общедовитого действия относятся:

- сероуглерод, аммиак
- оксид углерода, синильная кислота
- диоксид углерода, сероуглерод

34. Для очагов поражения быстродействующими СДЯВ характерно:

- медленное, постепенное начало развития стойких симптомов интоксикации
- быстрое развитие клиники интоксикации
- внезапное появление большого количества поражённых
- постепенное нарастание количества поражённых

35. Для очагов поражения медленнодействующими СДЯВ характерно

- медленное, постепенное начало развития стойких симптомов интоксикации
- быстрое развитие клиники интоксикации
- внезапное появление большого количества поражённых
- +постепенное нарастание количества поражённых

36. Медико-тактическая обстановка в очаге поражения быстродействующими СДЯВ характеризуется

- необходимостью оказания медпомощи в предельно короткие сроки
- дефицитом времени для оценки обстановки и корректировки действий подразделений службы медицины катастроф
- необходимостью скорейшей эвакуации пострадавших из очага
- возможностью детально прояснить обстановку, поставить задачи подразделениям службы медицины катастроф
- необходимостью активного выявления возможных пострадавших
- возможностью проведения детальной эвакуационно-транспортной сортировки

37. Медико-тактическая обстановка в очаге поражения медленнодействующими СДЯВ характеризуется

- необходимостью оказания медпомощи в предельно короткие сроки
- дефицитом времени для оценки обстановки и корректировки действий подразделений службы медицины катастроф
- необходимостью скорейшей эвакуации пострадавших из очага
- возможностью детально прояснить обстановку, поставить задачи подразделениям службы медицины катастроф
- необходимостью активного выявления возможных пострадавших
- возможность проведения детальной эвакуационно-транспортной сортировки

38. Мероприятия, планируемые для исполнения штабами медицинской службы Гражданской обороны до возникновения ЧС:

- выяснение наличия, расположения потенциально-опасных объектов в районе
- определение перечня СДЯВ, находящихся в районе
- прогнозирование обстановки
- планирование и проведение мероприятий по профилактике возникновения ЧС
- планирование мероприятий медицинской разведки
- планирование мероприятий по оказанию медицинской помощи пострадавшим на территории ЧС и за её пределами
- все вышеперечисленные

39. Мероприятия, планируемые для исполнения в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) в целях оказания помощи пострадавшим:

- высвобождение коек
- организация оповещения и вызова сотрудников, привлечение дополнительных людских ресурсов
- перепрофилизация палат, изменение рабочих мест врачей
- организация дополнительного материального обеспечения работы ЛПУ

- обязательный перевод ЛПУ на особый режим работы (в условиях строгого противоэпидемического режима)
- проведение инструктажей и специальной подготовки персонала
- определение порядка информирования родственников пострадавших
- все перечисленные

40. Мероприятия, входящие в план подготовки к действиям в очагах ЧС на станциях "Скорой помощи":

- обеспечение бригад средствами индивидуальной защиты
- оснащение необходимым имуществом и медикаментами
- проведение инструктажей и специальной подготовки персонала
- обязательный перевод на особый режим работы (в условиях строгого противоэпидемического режима)
- доставка аварийно-спасательных подразделений на место ЧС
- организация связи с предприятиями-источниками СДЯВ
- согласование использования дополнительных сил и средств

41. Классификация СДЯВ предусматривает деление на:

- стойкие и нестойкие
- физические и химические
- быстродействующие и медленнодействующие

42. В целях уточнения обстановки при возникновении ЧС проводят:

- общевойсковую разведку
- медицинскую разведку
- воздушную разведку

43. В медико-тактическом отношении очаги поражения СДЯВ характеризуются

- наличием комбинированных поражений
- наличием огнестрельных поражений
- заражённостью внешней среды
- возможностью применения оружия массового поражения
- внезапностью, быстротой, массовостью поражений

44. Особенности оказания медицинской помощи в очагах поражения СДЯВ являются:

- проведение мероприятий противохимической защиты
- проведение санитарной обработки
- проведение заключительной дезинфекции
- необходимость оказания неотложной помощи большому количеству пострадавших в краткие сроки

- максимальное отдаление от границы очага поражения подразделений оказания врачебной и квалифицированной помощи в целях безопасности сотрудников медицинских формирований
- максимальное приближение к границе очага поражения подразделений оказания врачебной и квалифицированной помощи
- применение подразделениями средств индивидуальной защиты

45. Общие принципы оказания неотложной помощи в очаге химического поражения и лечения пострадавших:

- прекращение поступления СДЯВ в организм
- проведение по показаниям простейших приёмов реанимации
- ускорение процесса метаболизма яда в организме, увеличение скорости его выведения
- патогенетическая и симптоматическая терапия

46. Последовательность мероприятий по прекращению поступления СДЯВ в организм:

- санобработка, применение средств индивидуальной защиты, эвакуация
- применение средств индивидуальной защиты, эвакуация, санобработка
- применение средств индивидуальной защиты, санобработка, эвакуация

47. Ввод аварийно–спасательных команд в очаг заражения СДЯВ производится:

- с подветренной стороны
- с наветренной стороны
- перпендикулярно оси распространения очага СДЯВ

48. Задачами аварийно–спасательных команд в очаге ЧС являются

- проведение дезактивации:
- подтверждение информации о выбросе (выливе) СДЯВ
- оказание первой медицинской помощи
- эвакуация пострадавших

49. Система лечебно-эвакуационного обеспечения (ЛЭО) строится:

- по двухэтапной схеме
- по трёхэтапной схеме
- по одноэтапной схеме

50. Оказание первой медицинской помощи в очаге СДЯВ в первые 30 минут снижает летальность в:

- 5 раз
- 3 раза

-не снижает вовсе

51. Объем первой медицинской помощи в очаге СДЯВ включает

- проведение частичной санитарной обработки:
- проведение антидотной терапии
- +применение средств индивидуальной защиты
- +эвакуация в безопасный район

52. Медицинская разведка решает задачи:

- выяснения вида и границ заражения
- выноса и вывоза пострадавших
- введение антидотов пострадавшим
- оказание первой медицинской помощи единичным пострадавшим
- определение потребности в медицинской помощи
- организация работ по ликвидации до прибытия старших начальников

53. Пункты сбора пораженных оборудуются:

- вдали от зоны заражения с подветренной стороны
- вблизи зоны заражения с наветренной стороны в незараженном месте
- в зоне заражения с наветренной стороны
- на ближайшей возвышенности

54. Радиационно–опасный объект (РОО) – это:

- объект, использующие источники ионизирующего излучения (ИИИ) в народно-хозяйственной деятельности
- объект, заготавливающие ИИИ
- объект, использующие ИИИ в медицинской деятельности
- объект, утилизирующие и хранящие ИИИ

55. Основные факторы, определяющие последствия радиоактивного заражения при авариях на радиационно–опасных объектах (при оценке обстановки):

- активность очага (реактора)
- тип реактора
- радиационный состав выброса
- координаты реактора
- динамика выбросов в атмосферу

56. Уровень радиации на местности после производства ядерного взрыва снижается:

- быстрее, чем после аварии на радиационно–опасном объекте
- медленнее, чем после аварии на радиационно–опасном объекте
- скорости снижения уровней радиации равны

57. Санитарно-защитная зона радиационной безопасности имеет радиус (по регламенту радиационной безопасности):

- 3 км
- 30 км
- 50 км
- 100 км

58. Зона возможного опасного загрязнения имеет радиус (по регламенту радиационной безопасности)

- 3 км
- 30 км
- 50 км
- 100 км

59. Зона наблюдения имеет радиус (по регламенту радиационной безопасности):

- 3 км
- 30 км
- 50 км
- 100 км

60. Какое количество зон установлено вокруг РОО (по регламенту радиационной безопасности):

- 4
- 6
- 3
- 2

61. Поражающими факторами при радиационном заражении местности являются:

- внешнее облучение
- внутреннее облучение
- сочетанное воздействие
- комбинированное воздействие

62. Пути поступления радиоактивных веществ в организм при радиационном заражении местности:

- ингаляционный
- алиментарный
- через повреждённую кожу
- через неповреждённую кожу
- через слизистые оболочки
- все перечисленные

63. На сформированном радиоактивном следе основным источником радиационного воздействия является:

- внутреннее облучение
- внешнее облучение
- сочетанное воздействие

64. Стадии метаболизма радиоактивных веществ в организме:

- образование первичного депо (в слизистой ЖКТ, ВДП)
- всасывание в кровь
- инкорпорация в критических органах в зависимости от их тропности
- выведение

65. По характеру распределения в организме человека радиоактивные вещества можно условно разделить на:

- 3 группы
- 4 группы
- 5 групп
- 2 группы

66. "Концепция защиты населения Республики Беларусь при радиационных авариях на АЭС" утверждена в:

- 1987г.
- 1993г.
- 2001г.
- 1998г.

67. Не показан приём препаратов йода (йодистого калия) в целях экстренной профилактики от воздействия на щитовидную железу изотопов йода:

- взрослым
- детям до 3-х лет
- беременным женщинам
- новорожденным, находящимся на естественном вскармливании

68. Согласно "Концепции защиты населения в случае аварии на АЭС", предполагается проводить контролируемую обязательную йодную профилактику населению, проживающему в пределах:

- 30-км зоны
- 100-км зоны
- 200-км зоны

69. Решение о начале йодной профилактики на территориях в пределах 100 км зоны от АЭС принимается:

- Главными врачами ТМО
- Председателями комиссий по ЧС
- участковыми врачами
- врачами-радиологами

70. Решение о начале йодной профилактики принимается на основании информации поступившей из:

- районных отделов по чрезвычайным ситуациям управлений по ЧС МЧС
- по указанию Главы администрации района
- по указанию начальника областного управления охраны здоровья

71. Эвакуация должна проводиться за пределы:

- 100 км зоны от АЭС
- 3 км зоны от АЭС
- 30 км зоны от АЭС
- 50 км зоны от АЭС

72. Поражающими факторами высотного ядерного взрыва будут:

- воздушная ударная волна
- проникающая радиация
- световое излучение
- электромагнитный импульс
- радиоактивное заражение местности
- кислотные дожди

73. В очаге радиоактивного заражения местности наибольшая концентрация радиоактивного йода может отмечаться в:

- мясе
- молоке
- листовых овощах
- зерновых культурах

74. К оружию массового поражения относятся:

- ядерное
- зажигательное
- химическое
- бактериологическое
- электромагнитное

75. Источники возникновения ударной волны при ядерном взрыве:

- высокое давление в эпицентре ядерного взрыва

- высокая температура в эпицентре ядерного взрыва
- высокий уровень радиации в эпицентре ядерного взрыва
- высокий уровень шумов в эпицентре ядерного взрыва

75. Величина избыточного давления – это разность давлений между:

- давлением в эпицентре ядерного взрыва и нормальным атмосферным давлением
- давлением на передней кромке фронта ударной волны и нормальным атмосферным давлением
- давлением в эпицентре ядерного взрыва и давлением на передней кромке фронта ударной волны

76. Количество степеней разрушения зданий, сооружений, техники, оборудования:

- 3
- 4
- 5
- 6

77. Количество степеней тяжести телесных повреждений:

- 3
- 4
- 5
- 6

78. Лёгкие телесные повреждения получают при воздействии избыточного давления в пределах:

- 20-40 кПа
- 40-60 кПа
- 60-100 кПа
- свыше 100 кПа

79. Телесные повреждения средней тяжести получают при воздействии избыточного давления в пределах:

- 20-40 кПа
- 40-60 кПа
- 60-100 кПа
- свыше 100 кПа

80. Тяжёлые телесные повреждения получают при воздействии избыточного давления в пределах:

- 20-40 кПа

- 40-60 кПа
- 60-100 кПа
- свыше 100 кПа

81. Крайне тяжёлые телесные повреждения получают при воздействии избыточного давления в пределах:

- 20-40 кПа
- 40-60 кПа
- 60-100 кПа
- свыше 100 кПа

82. При ядерном взрыве световое излучение включает в себя части спектра:

- ультрафиолетовую
- инфрафиолетовую
- инфракрасную
- видимую
- ультракрасную

83. При ядерном взрыве источниками светового излучения являются:

- нагретые до высокой температуры пары остатков средств доставки боеприпаса
- нагретые до высокой температуры пары боеприпаса
- нагретые до высокой температуры пары воздуха
- нагретые до высокой температуры пары грунта
- возникшие в атмосфере сильные электрические разряды
- всё вышеизложенное

84. Единица измерения светового импульса:

- Кал/см²
- Дж/с²
- Дж/м²
- кПа/см²

85. Независимо от причин, ожоги подразделяются на:

- 3 степени
- 4 степени
- 2 степени
- не делятся

86. Проникающая радиация представляет собой поток:

- альфа-излучения

- бета-излучения
- гамма-излучения
- нейтронов
- протонов

87. Время действия проникающей радиации:

- доли секунд
- 10-20 секунд
- десятки минут
- сутки

88. Лёгкая степень лучевой болезни возникает при поглощённой дозе:

- 1-2 Гр
- 2-4 Гр
- 4-6 Гр
- свыше 6Гр

89. Среднетяжёлая степень лучевой болезни возникает при поглощённой дозе:

- 1-2 Гр
- 2-4 Гр
- 4-6 Гр
- свыше 6Гр

90. Тяжёлая степень лучевой болезни возникает при поглощённой дозе:

- 1-2 Гр
- 2-4 Гр
- 6 Гр
- свыше 6Гр

91. Крайне тяжёлая степень лучевой болезни возникает при поглощённой дозе:

- 1-2 Гр
- 2-4 Гр
- 4-6 Гр
- свыше 6Гр

92. При ядерном взрыве источниками радиоактивного заражения местности могут явиться:

- прореагировавшая часть заряда
- радиоактивные изотопы, образующиеся в грунте

-непрореагировавшая часть заряда

93. Местность считается подвергшейся радиоактивному заражению при уровне радиации:

-0,05 р/час

-0,5 р/час

-5 р/час

-50 р/час

94. В химических боеприпасах и приборах при хранении химическое оружие находится в агрегатном состоянии:

-жидком

-газообразном

-парообразном

-в виде аэрозоля

-твёрдом

95. В момент боевого применения химическое оружие находится:

-в жидком состоянии

-в газообразном состоянии

-в парообразном состоянии

-в виде аэрозоля

-в твёрдом состоянии

96. Боевые отравляющие вещества делятся на:

-7 групп

-6 групп

-5 групп

-9 групп

97. К смертельным боевым отравляющим веществам относятся вещества:

-нервно-паралитического действия

-общеядовитого действия

-раздражающего действия

-психохимического действия

-удушающего действия

-кожно-нарывного действия

98. К боевым отравляющим веществам нервно-паралитического действия относятся:

-зарин

-хлорацетофенон

- зоман
- CS
- CR

99. К боевым отравляющим веществам общедовитого действия относятся:

- зарин
- хлорацетофенон
- синильная кислота
- хлорциан
- CR

100. К боевым отравляющим веществам удушающего действия относятся:

- фосген
- хлорацетофенон
- дифосген
- CS
- CR

101. К боевым отравляющим веществам кожно-нарывного действия относятся:

- иприт
- зарин
- люизит
- хлорциан
- CR

102. К боевым отравляющим веществам раздражающего действия относятся:

- зарин
- хлорацетофенон
- зоман
- CS
- CR

103. К боевым отравляющим веществам психохимического действия относятся:

- BZ
- хлорацетофенон
- зоман
- CS
- CR

104. К стойким ОВ относятся:

- ОВ
- иприт
- синильная кислота
- фосген
- СО

105. К нестойким ОВ относятся:

- ФОВ
- иприт
- синильная кислота
- фосген
- СR

106. Смертельной является доза угарного газа (СО) с концентрацией в воздухе:

- 1 мг/л
- 2 мг/л
- 3 мг/л
- 4 мг/л
- 5 мг/л

107. Биологические агенты, применяемые при производстве бактериологического оружия:

- простейшие
- бактерии
- гельминты
- вирусы
- грибки

108. Биологическое оружие может применяться в виде бактериальных рецептур, в состав которых входят:

- бактериальные токсины и питательная среда
- бактериальные агенты питательная среда
- лиофилизированные бактериальные культуры

109. Что не является биологическим агентом при производстве биологического оружия:

- возбудители особо опасных инфекций (чума, оспа, холера)
- возбудители заболеваний животных (ящур, сап)
- возбудители растений (фитофтора и т.д.)
- возбудители острых кишечных инфекций (дизентерия, сальмонеллёз)

110. Меры профилактики поражения при применении биологического оружия в виде токсинов:

- средства индивидуальной защиты
- вакцины
- антибиотики
- средства коллективной защиты

111. Виды лечебно-охранительного режима в очаге применения бактериологического оружия:

- обсервация
- изоляция
- карантин
- временная госпитализация для динамического наблюдения

112. Основные принципы организации защиты населения при возникновении чрезвычайных ситуаций:

- заблаговременность подготовки к ЧС
- дифференцированный подход к проведению мероприятий
- проведение вакцинации населения
- комплексность проведения мероприятий
- введение лечебно-охранительных режимов

113. Заблаговременность подготовки к действиям при возникновении ЧС включает в себя:

- накопление фонда убежищ
- проведение вакцинации населения
- подготовка к проведению эвакуации
- накопление средств индивидуальной защиты
- всё вышеперечисленное

114. Способы защиты населения при возникновении ЧС:

- укрытие в защитных сооружениях
- обязательное введение лечебно-охранительных режимов
- проведение комплекса эвакуационных мероприятий
- применение средств индивидуальной защиты
- все вышеперечисленные

115. К защитным сооружениям относятся:

- убежища
- противорадиационные укрытия
- палаточные городки
- простейшие укрытия
- все вышеперечисленные

116. По степени защиты от воздействия проникающей радиации противорадиационные укрытия делятся на:

- 2 группы
- 3 группы
- 4 группы
- 5 групп

117. По месту расположения защитные сооружения подразделяются на:

- встроенные
- модульные
- отдельно стоящие
- все вышеперечисленные
- деления нет

118. Защитные сооружения малой вместимости вмещают:

- до 600 человек
- 600-2000 человек
- свыше 2000 человек

119. Защитные сооружения средней вместимости вмещают:

- до 600 человек
- 600-2000 человек
- свыше 2000 человек

120. Защитные сооружения большой вместимости вмещают:

- до 600 человек
- 600-2000 человек
- +свыше 2000 человек

121. Пути накопления фонда защитных сооружений:

- дооборудование имеющихся защитных сооружений
- приспособление заглубленных помещений
- накопление укрытия модульного типа быстрого развёртывания
- строение новых встроенных убежищ и противорадиационных укрытий
- все вышеперечисленные

122. Типовое убежище состоит из:

- основных помещений
- помещений для ведения боевых действий
- вспомогательных помещений
- всех вышеперечисленных

123. Норма площади для сидения на человека в убежище при двухъярусном расположении нар:

-0,2 кв.м

-0,5 кв.м

-1 кв.м

124. Норма площади для сидения на человека в убежище при трёхъярусном расположении нар:

-0,4 кв.м

-0,5 кв.м

-1,5 кв.м

125. Норма площади для лежания на человека в убежище:

-0,8х2 м

-0,55х1,8 м

-1х2м

126. Система жизнеобеспечения убежища включает в себя:

-освещение

-вентиляцию

-медицинское обеспечение

-отопление

-обеспечение боеприпасами

-канализацию

-питание

-водоснабжение

-всё вышеперечисленное

127. Количество режимов вентиляции в убежищах:

-2

-3

-4

128. Нормы водоснабжения в убежище на человека (на сутки) при отсутствии централизованного водоснабжения:

-2л

-3л

-4л

129. Противорадиационное укрытие предназначено для защиты от:

-некоторых поражающих факторов ядерного взрыва

-попадания на кожу и одежду капель жидких отравляющих веществ

-попадания в организм аэрозолей при применении биологического оружия

130. Запас питьевой воды в противорадиационном укрытии на человека (на сутки):

- 1л
- 2л
- 3л

131. Параметры простейшего укрытия типа "щель":

- глубина 1,5м, ширина сверху 70 см, ширина внизу 120 см
- глубина 2м, ширина сверху 120 см, ширина внизу 80 см
- глубина 3м, ширина 120 см

132. Во избежание одновременного поражения укрывшихся в "щели" длина прямых участков и расположение их под углом должно быть:

- не более 10 м и под углом 270 градусов
- не более 15 м и под углом 90-120 градусов
- не более 20 м и под углом 360 градусов

133. С целью дифференцированного проведения эвакуационных мероприятий население делится на группы:

- рабочие и служащие категорированных субъектов хозяйствования
- рабочие и служащие некатегорированных субъектов хозяйствования
- население незанятое в сфере производства и обслуживания
- безработные
- все вышеперечисленные

134. При эвакуации медицинских учреждений в заранее намеченные пункты в первую очередь эвакуируют:

- формирования службы медицины катастроф (бригады «скорой медицинской помощи» и бригады специализированной медицинской помощи)
- транспортабельных больных, персонал, членов их семей, имущество, медикаменты, запасы продуктов и воды
- нетранспортабельных больных
- приоритетов не выделяют

135. Противогазы предназначены для защиты:

- органов дыхания и глаз от воздействия СДЯВ (ОВ), РВ, БО и др.
- органов дыхания от воздействия СДЯВ (ОВ), РВ, БО и др.
- глаз от воздействия СДЯВ (ОВ), РВ, БО и др.

136. Для защиты детей в возрасте до 1,5 лет от радиационного воздействия, отравляющих веществ и биологических агентов применяют:

- камеры защитные детские КЗД-4, КЗД-6
- комплект ОЗК
- комплект Л-1

137. К фильтрующим средствам защиты кожи относится:

- комплект фильтрующей одежды ЗФО-58
- комплект ОЗК
- легкий защитный костюм Л-1
- всё вышеперечисленное

138. Изолирующие средства защиты кожи обязательно используются:

- при проведении различных видов разведки в очаге заражения
- при утечке СДЯВ нервно-паралитического, общедовитого действия
- при утечке ОВ, СДЯВ, обладающих кожно-резорбтивным или прижигающим действием;
- при выполнении дегазационных, дезактивационных и дезинфекционных работ

139. К средствам медицинской защиты относятся:

- радиозащитные средства, антитоксы
- противогазы, респираторы
- антибактериальные препараты
- средства частичной санитарной обработки
- всё вышеперечисленные

140. Антидотами называются:

- специфические лекарственные средства, ускоряющие выведение ядов из организма
- специфические лекарственные средства, предупреждающие или устраняющие действия ядов в организме
- специфические лекарственные средства, усиливающие действие ядов в организме

141. Санитарной обработкой называют комплекс мероприятий, направленных на:

- удаление с поверхности тела человека, слизистых оболочек глаз, носа и рта радиоактивных веществ, СДЯВ и биологических агентов
- деактивация попавших в организм радиоактивных веществ, СДЯВ и биологических агентов

-недопущение контакта поражённых радиоактивными веществами, СДЯВ и биологическими агентами со здоровыми людьми

142. К средствам частичной санитарной обработки относятся:

- АИ-2
- ИПП-8, ИПП-10
- ОЗК

143. Оценка химической обстановки – это комплекс мероприятий по:

- выяснению степени воздействия ядовитых химических веществ на население
- выбору адекватных вариантов защиты населения,
- выбору целесообразных действий спасателей, сил экстренной медицинской помощи по ликвидации последствий аварии
- выбору способов профилактики ЧС
- всё вышеизложенное

144. Оценка химической обстановки производится:

- методом прогнозирования (до аварии)
- оценка данных измерений (во время аварии)
- по данным химической разведки (после аварии)
- всеми вышеизложенными методами

145. Оценка химической обстановки – это:

- выяснение степени воздействия ядовитых химических веществ на население
- выбор адекватных вариантов защиты населения,
- выбор целесообразных действий спасателей, сил экстренной медицинской помощи по ликвидации последствий аварии
- выбор способов профилактики ЧС
- всё вышеизложенное

146. Оценка химической обстановки производится:

- методом прогнозирования (до аварии)
- оценка данных измерений (во время аварии)
- по данным химической разведки (после аварии)
- всеми вышеизложенными методами

147. Средствами оценки химической обстановки являются:

- карта с обозначенным на ней местом химического объекта и зоной распространения зараженного воздуха
- расчетные таблицы и формулы

- технический паспорт объекта
- приборы химического контроля внешней среды
- всё вышеизложенное

148. Инверсия – такое состояние приземной атмосферы, когда:

- нижние слои воздуха холоднее и тяжелее верхних
- температура верхних и нижних слоёв воздуха примерно одинакова
- когда верхние слои воздуха имеют более низкую температуру, чем приземные

149. Изотермия – такое состояние приземной атмосферы, когда:

- нижние слои воздуха холоднее и тяжелее верхних
- температура верхних и нижних слоёв воздуха примерно одинакова
- когда верхние слои воздуха имеют более низкую температуру, чем приземные

150. Конвекция – такое состояние приземной атмосферы, когда:

- нижние слои воздуха холоднее и тяжелее верхних
- температура верхних и нижних слоёв воздуха примерно одинакова
- когда верхние слои воздуха имеют более низкую температуру, чем приземные

151. Число пострадавших зависит от:

- общего количества населения, оказавшего в районе аварии
- состояния атмосферы
- степени защищенности их и своевременности использования средств индивидуальной защиты
- всего вышеизложенного

152. Зараженность СДЯВ систем водоснабжения, открытых водоемов, продуктов питания определяется:

- наличием СДЯВ в пробах воды, продуктов питания
- наличием кишечной палочки в пробах воды, продуктов питания
- наличием органолептически посторонних примесей в пробах воды, продуктов питания
- всем вышеизложенным

153. Радиационная обстановка может быть оценена:

- методом прогнозирования
- по данным радиационной разведки
- окончательно оценивается после ликвидации ЧС

154. Лечебно-эвакуационное обеспечение представляет собой систему:

- научно обоснованных мероприятий по лечению пострадавших до окончательного исхода в районе боевых действий
- научно обоснованных мероприятий по оказанию медицинской помощи пострадавшим, их лечению с одновременной эвакуацией в специализированные учреждения для продолжения лечения до окончательного исхода.
- научно обоснованных мероприятий по эвакуации пострадавших в специализированные учреждения для продолжения их лечения

155. Организация лечебно–эвакуационного обеспечения предусматривают оказание помощи в:

- одноэтапной системе
- двухэтапной системе
- трёхэтапной системе

156. К догоспитальным видам медицинской помощи относятся:

- первая медицинская помощь
- фельдшерская помощь
- первая врачебная помощь
- квалифицированная помощь
- специализированная

157. В районе чрезвычайных ситуаций работу по оказанию медицинской помощи пострадавшим условно можно разделить на:

- 2 периода (изоляции, спасения)
- 3периода (изоляции, спасения, восстановления)
- 4периода (изоляции, спасения, восстановления реабилитации)

158. Период изоляции – продолжается с момента:

- возникновения катастрофы до начала организованного проведения спасательных работ
- начала спасательных работ до завершения эвакуации пострадавших за пределы очага
- начала проведением планового лечения и реабилитации пострадавших до окончательного исхода

159. Период спасения – продолжается с момента:

- возникновения катастрофы до начала организованного проведения спасательных работ
- начала спасательных работ до завершения эвакуации пострадавших за пределы очага

-начала проведением планового лечения и реабилитации пострадавших до окончательного исхода

160. Период восстановления – продолжается с момента:

- возникновения катастрофы до начала организованного проведения спасательных работ
- начала спасательных работ до завершения эвакуации пострадавших за пределы очага
- начала проведением планового лечения и реабилитации пострадавших до окончательного исхода

162. Первая медицинская помощь оказывается:

- квалифицированным медработником в ЛПУ
- в очаге ЧС в порядке само- и взаимопомощи, а так же личным составом аварийно–спасательных формирований
- вне очага ЧС в порядке само- и взаимопомощи

163. Основная цель оказания первой медицинской помощи:

- лечения раненых и поражённых до полного выздоровления
- +спасение жизни поражённых путём устранения воздействия поражающего фактора, устранения последствий поражения и эвакуации пострадавшего из опасной зоны.
- быстрейшая эвакуация раненых и поражённых в лечебные учреждения для оказания им медицинской помощи

164. Оптимально допустимый промежуток времени до оказания доврачебной помощи раненым и поражённым:

- 30 минут
- 1 час
- 2 час

165. Медицинская помощь госпитального этапа включает виды помощи:

- первую медицинскую помощь
- фельдшерскую помощь
- первую врачебную помощь
- квалифицированную помощь
- специализированную помощь

166. Оптимально допустимый промежуток времени до оказания первой врачебной помощи раненым и поражённым:

- 2-3 часа
- 4-6 часов

-до 1 суток

167. Мероприятия квалифицированной терапевтической помощи, выполнение которых может быть отсрочено, включают:

- введение антибактериальных препаратов с профилактической целью
- комплекс мероприятий при попадании внутрь отравляющих и других ядовитых веществ
- гемотрансфузию с заместительной целью (при умеренной анемизации)
- назначение противозудных средств при распространенных ипритных дерматозах
- применение симптоматических медикаментозных средств

168. Основная цель оказания специализированной помощи:

- максимальное восстановление утраченных функций органов и систем и лечение до окончательного исхода, включая реабилитацию
- предупреждение развития смертельных осложнений на госпитальном этапе
- лечение угрожающих жизни смертельных осложнений до полного выздоровления

169. В работе специализированных учреждений выделяют следующие периоды:

- период профилактики смертельных осложнений (специализированная профилактика)
- период заполнения и первичной обработки раненых и пораженных (специализированная помощь)
- период планового лечения (специализированное лечение)
- все вышеизложенные

170. Первичная хирургическая обработка ран кисти с выполнением пластических операций производится на этапе:

- первой врачебной помощи
- квалифицированной помощи
- специализированной помощи

171. Первичная хирургическая обработка ран мягких тканей производится на этапе:

- первой врачебной помощи
- квалифицированной помощи
- специализированной помощи

172. Введение "S"-образной трубки-воздуховода и проведение искусственной вентиляции лёгких с помощью ручного дыхательного аппарата производится на этапе:

- первой медицинской помощи
- фельдшерской (доврачебной) помощи
- первой врачебной помощи

173. Наложение троакарной эпицистостомы при острой задержке мочи производится на этапе:

- первой медицинской помощи
- фельдшерской (доврачебной) помощи
- первой врачебной помощи

174. Идея проведения медицинской сортировки и эвакуации раненых в тыл (система ЛЭМ) принадлежит

- М.И. Кутузову
- Н.И. Пирогову
- Н.Н. Бурденко

175. Виды медицинской сортировки:

- внутрипунктовая (внутриэтапная)
- межэтапная
- эвакуационно-транспортная
- все вышеперечисленные

176. В основе сортировки лежат сортировочные признаки, а именно:

- опасность для окружающих
- лечебный признак
- очерёдность поступления на этап
- эвакуационный признак

177. Виды медицинской эвакуации:

- на себя
- за собой
- по направлению
- по очереди
- по назначению
- от себя
- все вышеперечисленные

178. Медико-тактическая оценка очага ЧС включает в себя оценку:

- общей обстановки
- социальной обстановки
- медицинской обстановки

179. Для оказания первой медицинской помощи в очаге предназначены:

- аварийно–спасательные отряды
- медицинские отряды
- группы госпиталей

180. Для оказания доврачебной помощи в очаге используются:

- санитарные дружины
- фельдшерские бригады
- врачебные бригады

181. Для оказания первой врачебной помощи привлекаются

- медицинские бригады специализированной помощи
- медицинские отряды
- врачебно-сестринские бригады
- все вышеперечисленные

182. Для оказания экстренной квалифицированной и специализированной помощи привлекаются:

- врачебно-сестринские бригады
- бригады экстренной квалифицированной и специализированной помощи
- специализированные бригады "Скорой помощи"

183. Медицинские силы и средства первого этапа оказания помощи развёртываются:

- в очаге ЧС
- на границе с очагом ЧС
- на расстоянии до 10 км от границы очага ЧС

184. Радиационные аварии характеризуются:

- внезапностью самого явления
- возможностью прогнозирования явления
- потерей контроля над источником излучения
- возможностью подготовки к аварии

-возможным образованием очагов радиоактивного загрязнения или дополнительным облучением людей в дозах превышающих установленные нормативы (более. 0,25Гр)

185. Санитарно-эпидемическое состояние района признается благополучным, если:

- отсутствуют признаки инфекционных заболеваний
- имеется контроль над возникшими, связанными между собой, очагами инфекционных заболеваний
- имеют место единичные, не связанные между собой, случаи заболевания

186. Санитарно-эпидемическое состояние района признается неустойчивым, если:

- отсутствуют признаки инфекционных заболеваний
- имеют место отдельные, нерегистрировавшиеся ранее, случаи заболевания, в т.ч. групповые, поддающиеся контролю. без признаков эпидемии
- имеют место групповые, связанные между собой, случаи заболевания, склонные к распространению

187. Санитарно-эпидемическое состояние района признается неблагополучным, если:

- отсутствуют признаки инфекционных заболеваний
- имеют место отдельные, нерегистрировавшиеся ранее, случаи заболевания, в т.ч. групповые, поддающиеся контролю. без признаков эпидемии
- имеют место групповые, связанные между собой, случаи заболевания, склонные к распространению
- имеют место случаи особо опасных инфекций

188. Сферы возникновения чрезвычайных ситуаций:

- только в природе
- в социальной сфере
- в природе, технике и экологии

189. В 90% случаев цунами возникают после:

- морских бурь
- экологических изменений
- вулканических явлений и землетрясений в океане

190. Сель – это грязево-каменный поток, состоящий из:

- снежных масс и обломков горных пород

- воды и обломков горных пород
- только горных пород
- глины и песка

191. К ЧС экологического характера относятся

- промышленные аварии и катастрофы
- +изменения гидросферы, биосферы, атмосферы, геосферы
- природные явления

192. Все инфекционные болезни людей классифицируют по:

- синдромам
- летальным исходам
- группам
- не классифицируют

193. Чрезвычайные ситуации возникают:

- в производстве
- в природе
- в экологии
- в социальной сфере

194. Наиболее частой причиной получения телесных повреждений при возникновении ЧС являются:

- падение предметов с высоты, обвалы зданий
- зависание разорванных проводов
- неконтролируемые действия людей в результате паники
- утечки бытового газа

195. Химически опасные объекты – это:

- социальные объекты, на которых возможно распространение СДЯВ
- предприятия экономики, использующие с процессе производства химические вещества и соединения
- предприятия экономики, использующие с процессе производства СДЯВ

196. Радиационно опасный объект – это предприятие, на котором:

- произошёл ядерный взрыв:
- возможно, будет нанесён ядерный удар во время особого периода
- при аварии могут произойти массовые радиационные поражения

197. Состояние приземной атмосферы, когда нижние слои воздуха холоднее и тяжелее верхних:

- инверсия

- изотермия
- конвекция

198. Состояние приземной атмосферы, когда верхние слои воздуха холоднее нижних:

- инверсия
- изотермия
- конвекция

199. Состояние приземной атмосферы, когда температура нижних и верхних слоёв воздуха примерно одинакова (на высоте 20-30 м):

- инверсия
- изотермия
- конвекция

200. Стойкость СДЯВ характеризуется свойством сохранения:

- поражающего действия на незащищённых участках
- смертельного действия на защищённых участках
- поражающего действия на заражённых участках

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК:

1. Балыкина, Е.Н. Тестовые среды: теория и практика (на примере социально-гуманитарных дисциплин) : учеб.-нагляд. пособие с прил. CD-ROM / Е.Н. Балыкина, Д.Н. Бузун. – Минск: РИВШ, 2007. –126 с.
2. Бова, А.А. Военная токсикология и токсикология экстремальных ситуаций : учебник / А.А.Бова, С.С.Горохов;–Белорус. гос.мед. ун–т –Минск: БГМУ, 2005. – 700 с.
3. Борчук, Н.И. Медицина экстремальных ситуаций : учебное пособие / Н.И.Борчук; –Мн.: Выш. шк , 1998.–240 с.
4. Военно–полевая хирургия : учебное пособие / С.А. Жидков [и др.] ; –Белорус. гос.мед. ун–т.– Минск: БГМУ, 2001 – 308с.
5. Дубицкий, А.Е. Медицина катастроф: учебное пособие / А.Е. Дубицкий, И.А. Семёнов, Л.П. Чепкий ;–Киев: «Здоров'я», 1993.– 464с.
6. Отрощенко, И.М. Медицина катастроф : учебное пособие / И.М. Отрощенко, М.Т. Тортев ; Гомельский гос. мед.ин–т.–Гомель: ГГМИ, 2003 –274с.
7. Хирургия катастроф: Учебник / Х.А. Мусалатов [и др.];— М.: Медицина, 1998. —595с.
8. Стандарты оказания скорой медицинской помощи пострадавшим с травмами НИИ Скорой медицинской помощи им. И.И. Джанелидзе. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.emergency.spb.ru>. Дата доступа: 21.12.2007.
9. Сборник стандартов оказания скорой медицинской помощи Министерства здравоохранения и социального развития РФ. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.roszdravnadzor.ru>. Дата доступа: 22.12.2007.