Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Ковтун Ольга Петровна
Должность: ректор
Дата подписания: 28.07.2023 11:29:19
Уникальный программный ключ:
f590ada38fac7f9d3be3160b34c218b72d19757c

Приложение к РПД

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ

Кафедра инфекционных болезней и клинической иммунологии

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по образовательной деятельности
и молодежной политике Т.В. Бородулина
_____
16 января 2023 г.
(печать УМУ)

Фонд оценочных средств
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине

КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ

Специальности: 31.05.02 Педиатрия

Уровень высшего образования: Специалитет

Квалификация: Врач-педиатр

г. Екатеринбург

2023 год

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ

Кафедра инфекционных болезней и клинической иммунологии

Кодификатор по дисциплине

Клиническая иммунология

Специальность: 31.05.02 Педиатрия

Уровень высшего образования:
специалитет

Квалификация выпускника: врач-
педиатр

г. Екатеринбург

2023 год

Кодификатор (на основе ФГОС ВО)

Дидактическаяединица .	Индикаторы достижений (составляющая компетенций, элементы компетенций, дескрипторы и т.п.)		
	Знать	**Уметь**	**Владеть**
ДЕ 1. Иммунная система: строение и функционирование. Методы оценки иммунного статуса	Анатомические и физиологические особенности иммунной системы. Анамнестические, клинические и лабораторные методы оценки состояния иммунной системы. Нормативные показатели иммунограммы. (ОПК-9, ПК-1, ПК-5, ПК-6).	Проводить объективное обследование детей и подростков с подозрением на заболевание, сопровождающееся поражением иммунной системы. Оценить особенности анамнеза, объективного статуса, лабораторных данных для постановки диагноза. (ОПК-9, ПК-1, ПК-5, ПК-6).	Методикой объективного осмотра больного ребенка. (ОПК-9, ПК-1, ПК-5, ПК-6).
ДЕ 2. Иммунодефицитные состояния.	Определение, классификация иммунодефицитных заболеваний. Эпидемиология иммунодефицитов. Иммунодефициты генетического происхождения (первичные). Классификация. Характеристика основных форм. Принципы диагностики и лечения. Вторичные (приобретенные) иммунодефициты. Определение, характеристика, патогенетические механизмы развития. Диагностика, клинические проявления, принципы лечения. Синдром приобретенного иммунодефицита. (ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9, ПК-14,	Проводить объективное обследование детей и подростков с подозрением на заболевание, сопровождающееся поражением иммунной системы. Составить план реабилитационных мероприятий в соответствии с иммунологическим диагнозом, стадией и тяжестью заболевания. (ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9, ПК-14).	Методикой объективного осмотра больного, вопросами терапии иммунодефицитных синдромов. (ОПК-9, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-14).

	ПК-21).		
ДЕ 3 Основные иммунопатологические синдромы	Симптомы и синдромы основных болезней иммунной системы: инфекционный, иммунопролиферативный / онкологический, аллергический, аутоиммунный. Перечень основных аналитических иммуно-лабораторных тестов, необходимых для диагностики и уточнения нарушения иммунной системы. (ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9, ПК-14, ПК-21).	Собрать семейный анамнез и анамнез заболевания, осуществить клиническое обследование детей и подростков с патологией иммунной системы. Определить показания для иммунологического обследования больного, составить план обследования, оценить результаты иммунологического обследования. Определить показания для госпитализации. (ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9, ПК-14, ПК-21).	Методикой обследования больного. Оценкой лабораторных данных и алгоритмами диагностики и лечения. Способностью использовать основные нормативные документы по вопросам заболеваний, связанных с патологией иммунной системы. (ОПК-6, ОПК-9, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11, ПК-14).
ДЕ 4. Иммунотропная терапия. Принципы оказание неотложной помощи при аллергическом синдроме. Иммунопрофилактика (ОПК-6, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9, ПК-11, ПК-14).	Классификацию иммунотропных препаратов. Принципы иммунотропной терапии. Принципы ведения больного с иммунопатологическим состоянием. Тактика врача при развитии местных и общих реакций на введение аллергена; неотложная помощь. Знать Календарь прививок РФ и Свердловской области. Знать основные вакцины, используемые для профилактики, характеристику вакцин, показания и противопоказания к ним Знать принципы оказания неотложной помощи в случае	Определить показания для назначения иммунотропных, препаратов, иммунобиологических препаратов. Осуществить выбор оптимального рационального, Применять утвержденные схемы вакцинации. Выделять клинику нормальной постпрививочной реакции, патологической реакции и осложнения на вакцинацию. (ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9, ПК-11, ПК-14, ПК-21).	Алгоритмом определения показаний для назначения иммунотропных препаратов, оценки их эффективности. Основами организации и контроля проведения иммунопрофилактики инфекционных заболеваний. (ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9, ПК-11, ПК-14, ПК-21).

	патологической реакции или осложнения на прививку. (ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9, ПК-11, ПК-14, ПК-21).		

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ

Кафедра инфекционных болезней и клинической иммунологии

Примеры тестов по дисциплине

Клиническая иммунология

Специальность: 31.05.02 Педиатрия

Уровень высшего образования: специалитет

Квалификация выпускника: врач-педиатр

г. Екатеринбург

2023 год

Тестовые задания

Тестовые задания разработаны по каждой ДЕ. Задание позволяет оценить знания конкретной темы дисциплины. В тестовом задании студенту предлагается выбрать один или несколько правильных ответов.

Примеры тестовых заданий:

Иммунный ответ. Методы оценки иммунного статуса (ДЕ1).

1. *Особенностями лимфатических узлов у новорожденного ребенка являются:*
   1. хорошее развитие капсулы
   2. недостаточное развитие капсулы
   3. трабекулы хорошо выражены
   4. трабекулы практически отсутствуют
   5. лимфатические узлы хорошо пальпируются

2. *Иммунный статус человека – это:*

1. количественные и функциональные характеристики компонентов, определяющих иммунный ответ
2. индивидуальная устойчивость к инфекционным заболеваниям
3. динамика изменений конкретного показателя иммунитета в течение определенного времени
4. бланк с показателями лимфоцитов, эритроцитов и тд.
5. совокупность биохимического и общего анализа крови

3. *Каскадная система сыворотки крови, способная вызвать лизис клеток, это*

1. система комплемента (+)
2. цитокиновая сеть
3. интерфероны
4. калекреин-кининовая система
5. иммуноглобулины

4. *Высокий уровень общего IgE характеризует*

1. гельминтозы, аллергию (+)
2. аллергию, аутоиммунные заболевания
3. гельминтозы, иммунодефициты
4. иммунодефициты, аллергию
5. гельминтозы, вирусные инфекции

5. *Первый клинический анализ крови проводится здоровому ребенку в возрасте:*

1. 1 месяца
2. 3 месяцев
3. 6 месяцев
4. 1 года
5. при рождении

Иммунная недостаточность. Врожденные иммунодефицитные состояния (иммунодефициты генетического происхождения) (ДЕ2).

1. *Клинические проявления недостаточности с-4 компонента комплемента*

1. ревматоидный артрит
2. периодическая болезнь
3. альвеолит
4. СКВ (+)

2. Первичные дефекты фагоцитоза проявляются:
1. *a. с первых дней жизни
2. b. с 4-6-го месяца жизни
3. c. на втором году жизни
4. d. в подростковом периоде

3.Врожденная предрасположенность к болезни реализуется под влиянием:
1. неблагоприятных факторов внешней среды
2. генетических дефектов
3. перенесенных инфекций
4. ВИЧ-инфекции

4.Дефекты фагоцитоза характеризуются:
1. бактериальными инфекциями
2. грибковыми инфекциями
3. паразитарными инфекциями
4. вирусными инфекциями

5. Для хронической гранулематозной болезни характерны:
1. гипоплазия тимуса
2. хроническое гранулематозное поражение кожи и подкожной клетчатки
3. гипоплазия печени и селезёнки
4. остеомиелиты

Транзиторные иммунодефицитные состояния у детей (ВИЧ-инфекция).

1. Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) человека вызывается:
   1. вирусом иммунодефицита человека
   2. вирусом Т-клеточного лейкоза типов 1,2
   3. цитомегаловирусом
   4. вирусом гепатита С

2. Функция Т-хелперов:
   1. фагоцитоз
   2. синтез иммуноглобулинов
   3. синтез лизоцима
   4. регуляция иммунного ответа

3. Перечислите наиболее поражаемые клетки организма при ВИЧ – инфекции
   1. 1.Т-хелперы, макрофаги-моноциты
   2. 2.тучные, стромальные
   3. 3.эпидермальные клетки
   4. 4.нейтрофилы

4. Какие инфекции называются СПИД – ассоциированными
сифилис
саркома Капоши
пневмоцистная пневмония
ЦМВИ

5. ВИЧ- инфекция от матери к ребенку передается
1. в перинатальный период
2. при грудном вскармливании
3. воздушно- капельным путем
4. фекально-оральным путем

Основные иммунопатологические синдромы (ДЕ 3).

1. В лечении пищевой аллергии основное внимание следует уделять:
А) элиминационной диете;
Б) коррекции дисбактериоза;
В) коррекции функции печени, желчевыводящих путей;
Г) коррекции функции поджелудочной железы;

2. Пищевая аллергия у взрослых чаще всего проявляется в виде:
А) крапивницы;
Б) отека Квинке;
В) мигрени;
Г) анафилактического шока;
Д) все вышеперечисленное.

3. Основными аллергенами у больных аллергическим ринитом являются:
А) домашняя пыль, клещи домашней пыли;
Б) домашняя пыль, пыльца комнатных растений;
В) клещи домашней пыли, пыльца комнатных растений;
Г) пыльца комнатных растений, пищевые продукты;
4. Характерные клинические признаки системной красной волчанки включают:
A. кожные высыпания
B. артрит или артралгия
C. нефротический синдром
D. стоматит
5. Клинические проявления дефицита системы комплемента включают:
A. лимфопролиферативный синдром
B. аутоиммунный синдром
C. инфекционный синдром
D. аллергический синдром

Иммунотропная терапия. Принципы оказание неотложной помощи при аллергическом синдроме. Иммунопрофилактика (ДЕ 4)

1. У больного аллергия к йоду, ему противопоказано
1. бутадион
2. бруфен
3. энтеросептол (+)
4. ортофен
5. аспирин

2. Основным препаратом для лечения сезонного аллергического ринита является:
1. сосудосуживающие капли;
2. блокаторы Н-1 гистаминовых рецепторов;
3. глюкокортикостероиды;
4. стабилизаторы мембран тучных клеток;

3. При лечении болезни Брутона применяют следующие препараты:
1. Преднизолон
2. Супрастин
3. Внутривенные иммуноглобулины
4. Амиксин

4. При каких заболеваниях иммуноглобулины для внутривенного введения оказывают лечебный эффект?
1. сепсис
2. аутоиммунные заболевания
3. аллергические заболевания
4. болезнь Брутона

5. К индукторам интерферонов относят:
1. ронколейкин
2. пирогенал
3. амиксин
4. неовир

Для усвоения материала на занятии студентам предлагается решить ситуационные задачи.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра инфекционных болезней и клинической иммунологии

3. Примеры ситуационных задач по дисциплине

Клиническая иммунология

Специальность: 31.05.02 Педиатрия
Уровень высшего образования: специалитет
Квалификация выпускника: врач-педиатр

Иммунный ответ. Методы оценки иммунного статуса (ДЕ1).

Задача 1. У больного К. 15 лет в иммунограмме выявлены следующие изменения.

ПОКАЗАТЕЛЬ	В НОРМЕ	У ОБСЛЕДУЕМОГО
CD3+лимфоциты в%	60-80	73
CD4+ лимфоциты в%	33-50	40
CD8+лимфоциты в%	16-39	29
CD16+лимфоциты в%	3-10	7
CD20+лимфоциты в%	6-23	21
Индекс CD4+/CD8+	1,5-2,0	1,5
Фагоцитарная активность %	50-90	68
Фагоцитарное число	2-9	5
Фагоцитарный резерв %		65
IgG, г/л	0,9-4,5	6,0
IgA, г/л	8-20	2
IgM, г/л	0,6-2,5	1,8

Вопросы:

1. Какое звено иммунитета нарушено по результатам представленной иммунограммы?
2. Какой иммунологический диагноз Вы поставите больному по изменениям в иммунограмме?
3. Какие иммуномодуляторы можно назначить больному для коррекции выявленных изменений?
4. Когда необходимо провести повторное иммунологическое обследование после иммунокоррекции?
5. Какие наиболее часто встречаемые жалобы предъявляет больной с диагнозом иммунологической недостаточности?

Иммунная недостаточность. Врожденные иммунодефицитные состояния (иммунодефициты генетического происхождения) (ДЕ2).

Задача 2. Мальчик А., 16 лет. Ребенок от третьей беременности, протекавшей с тонзиллофарингитом во II триместре, срочных родов с обвитием пуповиной, массой 2500, ростом 50 см. Физическое и нервно-психическое развитие соответствовало возрасту. Профилактические прививки по календарю, без осложнений. В раннем возрасте – проявления атопического дерматита. Семейный анамнез не отягощен, старшие братья (двое) здоровы.

Клинический дебют заболевания – примерно в возрасте 6 лет, когда были отмечены рецидивирующие обструктивные бронхиты, с тенденцией к затяжному течению. В возрасте 6 лет – стационарное лечение по поводу двухсторонней полисегментарной пневмонии, осложненной плевритом. В связи с тяжестью состояния проводилась массивная антибактериальная терапия, введение свежезамороженной плазмы. Выписан с улучшением состояния, но рентгенологически – сохранялась воспалительная инфильтрация. Продолжал беспокоить кашель с отделением гнойной мокроты, периодически – подъемы температуры. Спустя год выполнена диагностическая бронхоскопия, отмечен гнойный эндобронхит, после которой в течение двух месяцев пациент получал антибиотики широкого спектра действия, муколитики. При проведении контрольных бронхоскопий обнаружен деформирующий

бронхит с бронхоэктазами. В этом же время – отмечался артрит правого коленного сустава. В дальнейшем в течение последующего года наблюдений пациент госпитализировался трижды по поводу двухсторонних пневмоний, одна из которых с артритом обоих коленных суставов. В межгоспитальный период отмечались симптомы хронической интоксикации, нарастали явления сердечно-легочной недостаточности, присоединились симптомы хронического синусита.

Вопросы к задаче

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Каковы механизмы развития данного заболевания?
3. Перечислите диагностические критерии данного заболевания.
4. Предполагаемое обследование?
5. Тактика дальнейшего ведения?
6. Прогноз?

Основные иммунопатологические синдромы (ДЕ 3).

Задача 4. Мальчик в возрасте 3 лет был доставлен в больницу в связи с задержкой развития и не прекращающимся в течение долгого времени кашлем. При обследовании ребёнка выявлено его отставание в физическом развитии. На начальном этапе обследования была выявлена анемия (гемоглобин 50 г/л). Количество лейкоцитов и тромбоцитов было в пределах нормы. Результаты рентгенографии грудной клетки выявили признаки правосторонней нижнедолевой пневмонии. Тем не менее, бактериологический анализ мокроты и крови не выявили патогена, виновного в развитии воспаления лёгких. Ребёнку была назначена антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия, которая не привела к улучшению его общего состояния и нормализации клинико-лабораторных показателей. В связи с развившейся у ребёнка анемией, ему было дважды проводили внутривенное вливание эритроцитарной массы. Шесть дней спустя после последней трансфузии по всему телу появилась эритематозная сыпь. Результаты печёночных проб выявили признаки нарастающей печёночной недостаточности. Результаты гистологического анализа взятого участка кожи выявили признаки диффузной вакуольной дегенерации базальных клеток эпидермиса, сочетавшейся с мононуклеарной инфильтрацией. Результаты проведённого иммуногистохимического анализа выявили повышение уровня экспрессии молекул МНС II класса (а именно, HLA-DR) на кератиноцитах эпидермиса. Всё вышеизложенное свидетельствовало о развившейся у ребёнка РТПХ и позволило сделать предположение о наличии у него иммунодефицита. На основании результатов иммунограммы (выраженная Т- и В-лимфопения, а также гипогаммаглобулинемия) ребёнку был поставлен диагноз тяжёлого комбинированного иммунодефицита.

В дальнейшем была проведена диагностическая бронхоскопия. В бронхиальном секрете был выявлен патоген Pneumocystis carinii являющийся, типичным патогеном у детей с клеточным иммунодефицитом. Ребёнку была назначена высокодозная антибактериальная терапия ко-тримоксазолом, внутривенные инфузии препаратов иммуноглобулина, а также антимикотические препараты (с профилактической целью).

Встал вопрос о целесообразности проведения трансплантации костного мозга. Был начат подбор потенциальных доноров на основании результатов HLA-типирования. К сожалению, состояние ребёнка стадо стремительно ухудшаться, и он скончался через 3 дня после начала проведения высокодозной антибактериальной терапии. Причиной детального исхода явился сепсис.

Вопросы к задаче

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Каковы механизмы развития данного заболевания?
3. Перечислите диагностические критерии данного заболевания.

4. Предполагаемое обследование?
5. Тактика дальнейшего ведения?
6. Прогноз?

Задача 3. Родители мальчика обратились к врачу с жалобами на зуд, покраснение и отёк в области глаз, впервые возникшие у ребёнка в возрасте 7 лет во время игры в большой теннис. Аллергологический анамнез ребёнка отягощён — у матери с раннего детства наблюдались симптомъі поллиноза. В связи с этим было высказано предположение о наличии аналогичного заболевания у ребёнка, причиной которого могла стать повышенная чувствительность к аллергенам пыльцы трав. Так как симптомы конъюнктивита носили сезонный характер, было принято решение о проведении кожных диагностических проб с различными группами аллергенов, в первую очередь, с пыльцевыми аллергенами. Результаты кожных проб выявили поливалентную сенсибилизацию к некоторым пыльцевым аллергенам, аллергенам животного происхождения (кошка) и домашней пыли. Скорость развития реакций (спустя 5—15 минут после внутрикожного введения аллергена), а также характер изменений кожных покровов в месте введения аллергена (волдырь и эритема) свидетельствовали о развитии реакций гиперчувствительности I типа. После идентификации аллергенов пыльцы трав, инициировавщих развитие симптомов сезонного аллергического конъюнктивита, ребёнку было рекомендовано в период цветения данных типов трав (июнь—июль) ограничить (по мере возможности) пребывание на свежем воздухе. С профилактической целью было также рекомендовано применение глазных форм препаратов кромоглициевой кислоты, а в периол ремиссии заболевания (в зимний период) проведение СИТ с вышеназванными группами аллергенов.

Вопросы к задаче

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Каковы механизмы развития данного заболевания?
3. Перечислите диагностические критерии данного заболевания.
4. Предполагаемое обследование?
5. Тактика дальнейшего ведения?
6. Прогноз?

Иммунотропная терапия. Принципы оказание неотложной помощи при аллергическом синдроме. Иммунопрофилактика (ДЕ 4)

Задача 4. Родители 15-летней девочки обратились к врачу в связи с внезапно возникшим у ребёнка приступом затруднённого дыхания, возникшим около 36 часов тому назад. При сборе анамнеза было выявлено, что у девочки уже имелись аналогичные приступы удушья, развитие которых родители ребёнка связывали с простудными заболеваниями и к врачу не обращались. Среди перенесённых ребёнком заболеваний родители отмечали экзему, разившуюся в раннем детстве. Аллергологический анамнез больной отягощён: несмотря на то, что у родителей и близких родственников бронхиальной астмы выявлено не было, у отца девочки был выявлен поллиноз, проявлявшийся на протяжении многих лет в виде насморка, сочетавшегося с заложенностью носа, чиханием и слёзотечением. Подобные симптомы носили сезонный характер и возникали исключительно в весенний период. При обследовании у девочки была выявлена умеренная одышка и тахикардия (140 уд/мин). При аускультации грудной клетки выявлены двухсторонние сухие хрипы. По результатам общего анализа крови был выявлен лейкоцитоз ($14x10^9$/л), а в мокроте эозинофилия. Несмотря на то, что на рентгенограмме органов грудной клетки никаких патологических изменений выявлено не было, результаты исследования функции внешнего дыхания выявили характерный для бронхиальной астмы признак — обратимую обструкцию воздухоносных путей. При проведении кожных диагностических проб у

ребёнка была выявлена поливалентная сенсибилизация (к 6 аллергенам). Больной был поставлен диагноз бронхиальной астмы. Учитывая наследственную предрасположенность, а также положительные результаты кожных проб, данная форма бронхиальной астмы была классифицирована как аллергическая (или атопическая). В результате проведения соответствующего лечения и назначения ингаляционных форм стероидов и 3 2-адреномиметиков (сальбутамола), приступы удушья стали возникать значительно реже, что свидетельствовало об адекватности проводимой терапии и восстановлении контроля над течением заболевания.

Вопросы к задаче

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Каковы механизмы развития данного заболевания?
3. Перечислите диагностические критерии данного заболевания.
4. Предполагаемое обследование?
5. Тактика дальнейшего ведения?
6. Прогноз?

- Ребенка не привили в роддоме из-за сепсиса. Он выздоровел и у вас на приеме в возрасте 3 месяцев. Ваша тактика?

- Нуждается ли в вакцинации переболевший дифтерией невакцинированный ребенок?

- Кто из лиц, контактировавших с больным дифтерией, требует введения дозы анатоксина?

- Ребенку 3 лет сделали ревакцинацию АДС, но через 10 дней по контакту с корью ввели иммуноглобулин. Считать ли ревакцинацию состоявшейся?

- Каким может быть интервал между острым заболеванием ребенка и введением очередной дозы вакцины, чтобы по возможности не нарушать календарь?

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Клиническая иммунология

Самостоятельная работа студентов - является обязательным видом учебной деятельности в процессе освоения ООП и может быть реализована в виде докладов (кураторский лист).

Тематика докладов:

- Аутовоспалительные синдромы в педиатрии.
- Иммуномодуляторы показания, тактика назначения у детей.
- Иммунология персистирующей герпетической инфекции у детей.
- Иммунология инфекционного процесса.
- Нейтропения у детей, тактика ведения.
- Возрастные изменения концентрации иммуноглобулинов и количества Т- и В-лимфоцитов в крови здоровых людей.
- Возрастные изменения тимуса человека.
- Тесты оценки иммунного статуса человека.
- Карта первичного обследования иммунного статуса.
- Иммунологическая недостаточность.
- Интерлейкины в иммунной реакции.

Требования к докладу: Презентация: от 5 до 10 (и более) слайдов, сопровождающиеся текстовыми и устными комментариями. Обязательно должны быть сформулированы цели и выводы, раскрывающие тематику доклада, приведены современные научные данные (за последние 0 лет).

Методика оценивания: Доклад оценивается от 6 до 10 баллов. Если доклад не отвечает требованиям и докладчик не смог ответить на дополнительные вопросы – 6 баллов. Цели и выводы не сформулированы, но были высказаны в ходе доклада, или полные ответы на дополнительные вопросы – 7-8 баллов. Доклад полностью или частично соответствует требованиям к докладу – 9-10 баллов.

Заполнение кураторского листа.

Методика оценивания: Студент курирует пациента с иммунной патологией. Затем готовит сообщение о пациенте (жалобы, анамнез, объективный статус, интерпретация лабораторных данных, обоснование диагноза, обоснование лечение, препараты). Если доклад не отвечает требованиям и докладчик не смог ответить на дополнительные вопросы – 6 баллов. Диагноз и обоснование лечения не сформулированы, но были высказаны в ходе доклада, или полные ответы на дополнительные вопросы – 7-8 баллов. Доклад полностью или частично соответствует требованиям – 9-10 баллов.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра инфекционных болезней и клинической иммунологии

4. Вопросы для аттестации по дисциплине

Клиническая иммунология

Специальность: 31.05.02 Педиатрия
Уровень высшего образования: специалитет
Квалификация выпускника: врач-педиатр

Екатеринбург
2023 г.

Вопросы к зачету:

- Структурно-функциональная организация иммунной системы. Антигены и антитела.
- Механизмы иммунного ответа, регуляция иммунного ответа. Главный комплекс гистосовмесимости.
- Дифференциальная диагностика основных иммунопатологических синдромов.
- Методы исследования иммунного статуса и принципы его клинической интерпретации.
- Лекарственная и пищевая аллергия. Клинические варианты, диагностика и лечение.
- Атопический дерматит, аллергический ринит, бронхиальрая астма, крапивница, отек Квинке – этиология, патогенез, классификация, диагностика, лечение и профилактика.
- Диагностика и лечение вторичной иммунологической недостаточности.
- Врожденные иммунодефициты у детей и взрослых– проблемы диагностики и лечения.
- Принципы иммунотерапии. Классификация иммунотропных препаратов.
- Современные иммунокоррегирующие препараты. Области применения, схемы лечения.
- Основы аутоиммунной патологии. Иммунопатогенез и клинические варианты системных васкулитов.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра инфекционных болезней и клинической иммунологии

МЕТОДИКА БАЛЛЬНО-РЕЙТИНГОВОЙ ОЦЕНКИ СТУДЕНТОВ

Клиническая иммунология

Специальность: 31.05.02 Педиатрия
Уровень высшего образования: специалитет
Квалификация выпускника: врач-педиатр

1. Общие положения

1.1. Настоящая Методика балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений студентов по дисциплине «Клиническая иммунология» разработана в соответствии с Положением о балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений студентов УГМУ, принятым на заседании Учёного совета 23.06.17 г. (протокол № 12) и утвержденным и введённым в действие приказом и.о. ректора УГМУ от 03.07.17 г. № 355-р.

1.2. Кафедра исходит из того, что балльно-рейтинговая система оценивания учебных достижений является основой текущего и экзаменационного контроля знаний студентов всех форм обучения.

1.3. В соответствии с настоящей Методикой преподаватели кафедры оценивают знания студентов на каждом практическом занятии и в конце занятия информируют студентов о результатах.

1.4 В рамках рейтинговой системы успеваемость студентов по дисциплине в семестре оценивается по следующим параметрам:

1. устный опрос по теме занятия
2. текущий тестовый контроль знаний
3. рубежное контрольное тестирование
4. практические умения и навыки
5. самостоятельная работа студента (кураторский лист, доклад)
6. посещение лекций.

Обязательным условием выполнения учебной программы студентом является набор баллов по каждому параметру.

1.5 Текущий рейтинг (работа студента в семестре)

№	Вид учебной работы	Расчет баллов	Количество баллов	
			Min	Max
	Лекционный курс	6 лекций. За каждую посещенную лекцию студент получает 1 балл	3	6
	Практический курс	Посещаемость - 1 балл за занятие	3	6
	Практический курс	Практический курс: 6 занятий 1. На каждом занятии работа студента должна быть оценена, исходя из суммы, включающей устный ответ, практические навыки, интерпретация результатов исследований. «Отлично» – 5 баллов «Хорошо» – 4 балла «Удовлетворительно» – 3 балла	18	30

		«Неудовлетворительно» – 0 баллов		
	Рубежный тест	Тест 10 вопросов 90-100% «Отлично» – 30 баллов 80-89% «Хорошо» – 20 баллов 70-79% «Удовлетворительно» – 10 баллов «Неудовлетворительно» – 0 баллов	10	30
	Реферат/ кураторский лист	«Отлично» – 8 баллов «Хорошо» – 7 баллов «Удовлетворительно» – 6 балла «Неудовлетворительно» – 0 баллов	6	8
	ВСЕГО		40	80
Студент допускается до итогового зачета (собеседования), если он набрал **не менее 40 баллов**.				
	Зачет итоговый	«Отлично» – 20 баллов «Хорошо» – 15 баллов «Удовлетворительно» – 10 баллов «Неудовлетворительно» – 0 баллов	10	20
	ИТОГО		50	100

1.6 Премиальные баллы

С целью поощрения студентов в рейтинговой системе оценки знаний студентов присутствуют поощрительные баллы – бонусы. Они назначаются студентам, активно работающим в студенческом научном кружке и имеющим конкретные научные достижения. Поощрительные баллы и их количество за учебно-исследовательскую работу утверждаются на кафедральном совещании.

№	**Вид учебной работы**	**Количество баллов**
	Научно-исследовательская работа студента. Устное сообщение на СНО с презентацией. Свободное владение темой и ответы на вопросы – 10 баллов, затруднения с ответами на вопросы – 8 баллов, доклад с ошибками изложения материала, затруднения с ответами на вопросы – 6 баллов.	6-10
	Представление больного с изложением истории болезни и клиническим разбором/сообщение с презентацией на занятии	3-5
	Публикация в научных изданиях УГМУ без доклада на СНО	10
	Публикация в российских и международных изданиях	10

1.7 Добор баллов

№	Причина добора баллов	Варианты отработки	Расчет баллов	Max кол-во баллов
	< 40 баллов по причине:	Написание	«Отлично» – 5 баллов	5

	1. Пропуск лекций, 2. Пропуск занятий, 3. .Неудовлетворительные оценки	рукописного варианта реферата по теме пропущенного занятия с собеседованием	«Хорошо» – 4 балла «Удовлетворительно» – 4 балла «Неудовлетворительно» – 0 баллов	
		Доклад больного (Кураторский лист) с изложением истории болезни и клиническим разбором	«Отлично» – 5 баллов «Хорошо» – 4 балла «Удовлетворительно» – 4 балла «Неудовлетворительно» – 0 баллов	5
	< 70% правильных ответов – 0 баллов по итоговому тестированию	Итоговое тестирование (другой вариант)	Тест 100 вопросов 90-100% «Отлично» – 30 баллов 80-89% «Хорошо» – 20 баллов 70-79% «Удовлетворительно» – 10 баллов «Неудовлетворительно» – 0 баллов	30

1.8 **Итоговый рейтинг** формируется как сумма текущего и зачетного рейтинга. Зачет получают студенты, набравшие не менее 50 баллов.

По окончанию курса по клинической иммунологии все обучающиеся на педиатрическом факультете сдают зачет по дисциплине.
До зачета допускаются студенты, набравшие минимально необходимый балл (40 баллов).
На зачете студент может получить до 20 рейтинговых баллов. В случае если студент набирает на зачете менее 10 баллов, ему выставляется оценка «не зачтено». Если студент набирает на зачете 10 и более рейтинговых баллов, то полученный балл складываются с рейтинговым баллом студента в семестре. В зачетную книжку выставляется отметка «зачтено» и полученный итоговый рейтинг.

Структура билета на зачете по дисциплине «Клиническая иммунология».

Билет состоит из одного вопроса.

Критерии оценки ответа на билет

Максимальный рейтинг (20 баллов) на зачете выставляется студенту, продемонстрировавшему уверенные знания по вопросу билета, четко ответившему на все поставленные в рамках билета уточняющие вопросы.

В случае если студент демонстрирует неполный объем знаний по вопросу билета либо не может дать точных ответов на поставленные в рамках билета уточняющие вопросы, рейтинг студента на зачете может быть снижен до 10 баллов.

Если опрашиваемый не может продемонстрировать знания по предложенному вопросу либо совсем не предоставляет ответов на поставленные в рамках билета уточняющие вопросы, студенту выставляется оценка «не зачтено».

Критерии оценки умений и навыков студентов по дисциплине «Клиническая иммунология».

Умения и навыки, получаемые студентами в соответствии с рабочей программой дисциплины «Клиническая иммунология», оцениваются в конце каждого учебного семестра. Владение умением или навыком оценивается не дифференцированно. Студент считается успешно освоившим навык, если он способен безошибочно его продемонстрировать. Например, надлежащее владение иммунобиологическим понятийным аппаратом; способность обосновывать необходимость иммунологического обследования больного, интерпретировать результаты оценки иммунного статуса по тестам первого уровня и др.