

Рекомендации CARE для описаний случаев: разъяснения и уточнения

D.S. Riley¹, M.S. Barber², G.S. Kienle³, J.K. Aronson⁴, T. von Schoen-Angerer⁵, P. Tugwell⁶, H. Kieny⁷, M. Helfand⁸, D.G. Altman⁹, H. Sox⁹, P.G. Werthmann⁷, D. Moher¹¹, R.A. Rison¹², L. Shamseer¹¹, Ch.A. Koch¹³, G.H. Sun¹⁴, P. Hanaway¹⁵, N.L. Sudak¹⁶, M. Kaszkin-Bettag¹⁷, J.E. Carpenter¹⁸, J.J. Gagnier^{19,20}

¹ Integrative Medicine Institute, 2437A NW Overton Street, Portland, OR 97210, USA; Helfgott Research Institute, 2220 SW 1st Ave, Portland, OR 97201, USA

² Integrative Medicine Institute, 2437A NW Overton Street, Portland, OR 97210, USA

³ Senior Research Scientist, University of Freiburg, Fahrenbergplatz, 79085 Freiburg im Breisgau, Germany; Senior Research Scientist, Institute for Applied Epistemology and Medical Methodology at the University of Witten-Herdecke, Zechenweg 6, 79111 Freiburg im Breisgau, Germany

⁴ University of Oxford, Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, Radcliffe Observatory Quarter, Woodstock Road, Oxford, OX2 6GG, UK

⁵ Department of Pediatrics, Centre medical de La Chapelle, Chemin de Compostelle 7, 1212 Grand-Lancy, Geneva, Switzerland; ACIM Institute, Filderklinik, Im Haberschlag 7, 70794 Filderstadt-Bonlanden, Germany

⁶ Department of Medicine University of Ottawa, 451 Smyth Rd, Ottawa, ON, Canada K1H 8M5

⁷ Senior Research Scientist, Institute for Applied Epistemology and Medical Methodology at the University of Witten-Herdecke, Zechenweg 6, 79111 Freiburg im Breisgau, Germany

⁸ Department of Medical Informatics and Clinical Epidemiology, 3710 SW US Veterans Hospital Rd, Portland, OR 97239, USA

⁹ University of Oxford, Center for Statistics — Botnar Research Centre, Windmill Road, Oxford OX3 7LD, UK

¹⁰ Professor of Medicine and of The Dartmouth Institute, Geisel School of Medicine at Dartmouth, 31 Faraway Lane, West Lebanon, NH 03784-4401, USA

¹¹ Senior Scientist, Ottawa Methods Centre, Ottawa Hospital Research Institute, 501 Smyth Road, Ottawa, ON, Canada K1H 8L6

¹² PIH Health Hospital-Whittier, Neurology Consultants Medicine Group, University of Southern California Keck School of Medicine, 12291 Washington Blvd # 303, Whittier, CA 90606, USA

¹³ Professor of Medicine, Director — Endocrinology at the University of Mississippi Medical Center, 2500 N. State Street, Jackson, MS 39216, USA

¹⁴ Medical Director of Inpatient Services at Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center, 7601 Imperial Highway, Downey, CA 90242, USA

¹⁵ Center for Functional Medicine, Cleveland Clinic, Mail Code H-18, 9500 Euclid Avenue, Cleveland, OH, 44195, USA

¹⁶ Essentia Health — Duluth, 420 East First Street, Duluth, MN 55805-1951, USA

¹⁷ Director of Scientific Affairs — PharmaLex, Harrlachweg 6, 68163 Mannheim, Germany

¹⁸ Department Chair, Orthopaedic Surgery, 24 Frank Lloyd Wright Drive, Lobby A, Ann Arbor, MI 48106, USA

¹⁹ Department of Orthopaedic Surgery, 24 Frank Lloyd Wright Drive, Lobby A, Ann Arbor, MI 48106, USA

²⁰ Department of Epidemiology, School of Public Health, 1415 Washington Heights, Ann Arbor, MI 48109-2029, USA

АННОТАЦИЯ

Обоснование. Доступное и понятное описание клинических случаев помогает выявлять самые ранние данные о возможной пользе, неблагоприятном влиянии и расходовании ресурсов; предоставляет информацию для клинической научной работы и

разработки рекомендаций для клинической практики; интегрируется в медицинское образование. Авторы с большей вероятностью подготовят высококачественные описания случаев, если они будут следовать определённым правилам написания таких публикаций. В 2011–2012 гг. группа клиницистов, учёных и редакторов журналов разработала рекомендации для точного представления информации при описании случаев, итогом которых стало Положение и проверочный перечень CARE (CAse Report — *описание случаев*), представленных в 2013 г. на Международном конгрессе по экспертному рецензированию и биомедицинским публикациям, поддержанных многочисленными медицинскими журналами и переведённых на девять языков.

Цель этого разъясняющего и уточняющего документа — более широко внедрить и распространить использование проверочного перечня CARE при подготовке и опубликовании описаний случаев.

Схема (дизайн) статьи и контекст. К каждому пункту проверочного перечня CARE даны пояснения и прилагаются примеры из публикаций. Объяснения и примеры в данном документе помогают авторам подготовить высококачественное описание случая, а редакторам, экспертам-рецензентам и читателям — критически проанализировать его.

Результаты и выводы. Данная статья вместе с Положением и проверочным перечнем CARE от 2013 г., с которым можно ознакомиться на веб-сайте CARE (www.care-statement.org) и веб-сайте группы EQUATOR (www.equator-network.org), служит способом улучшить полноту и прозрачность описания случаев.

Источник. Данная статья является переводом оригинальной публикации «CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document» в *Journal of Clinical Epidemiology* (doi: 10.1016/j.jclinepi.2017.04.026), созданным с разрешения правообладателя (Elsevier Inc.), под руководством научного редактора и переводчика — профессора, д.м.н. Е.Г. Старостиной (Москва, Россия).

Ключевые слова: case report; case study; EQUATOR network; health research reporting guidelines; CARE guideline; timelines; N-of-1.

Как цитировать

Riley D.S., Barber M.S., Kienle G.S., Aronson J.K., von Schoen-Angerer T., Tugwell P., Kienle H., Helfand M., Altman D.G., Sox J.H., Werthmann P.G., Moher D., Rison R.A., Shamseer L., Koch M.C.A., Sun G.H., Hanaway P., Sudak N.L., Kaszkin-Bettag M., Carpenter J.E., Gagnier J.J. Рекомендации CARE для описаний случаев: разъяснения и уточнения // *Digital Diagnostics*. 2022. Т. 3, № 1. С. 00–00. DOI: <https://doi.org/10.17816/DD105291>

Рукопись получена: 24.03.2022 Рукопись одобрена: 26.03.2022 Опубликовано: 11.04.2022

CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document

David S. Riley¹, Melissa S. Barber², Gunver S. Kienle³, Jeffrey K. Aronson⁴, Tido von Schoen-Angerer⁵, Peter Tugwell⁶, Helmut Kienny⁷, Mark Helfand⁸, Douglas G. Altman⁹, Harold Sox⁹, Paul G. Werthmann⁷, David Moher¹¹, Richard A. Rison¹², Larissa Shamseer¹¹, Christian A. Koch¹³, Gordon H. Sun¹⁴, Patrick Hanaway¹⁵, Nancy L. Sudak¹⁶, Marietta Kaszkin-Bettag¹⁷, James E. Carpenter¹⁸, Joel J. Gagnier^{19, 20}

¹ Integrative Medicine Institute, 2437A NW Overton Street, Portland, OR 97210, USA; Helfgott Research Institute, 2220 SW 1st Ave, Portland, OR 97201, USA

² Integrative Medicine Institute, 2437A NW Overton Street, Portland, OR 97210, USA

³ Senior Research Scientist, University of Freiburg, Fahrenbergplatz, 79085 Freiburg im Breisgau, Germany; Senior Research Scientist, Institute for Applied Epistemology and Medical Methodology at the University of Witten-Herdecke, Zechenweg 6, 79111 Freiburg im Breisgau, Germany

⁴ University of Oxford, Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, Radcliffe Observatory Quarter, Woodstock Road, Oxford, OX2 6GG, UK

⁵ Department of Pediatrics, Centre medical de La Chapelle, Chemin de Compostelle 7, 1212 Grand-Lancy, Geneva, Switzerland; ACIM Institute, Filderklinik, Im Haberschlag 7, 70794 Filderstadt-Bonlanden, Germany

⁶ Department of Medicine University of Ottawa, 451 Smyth Rd, Ottawa, ON, Canada K1H 8M5

⁷ Senior Research Scientist, Institute for Applied Epistemology and Medical Methodology at the University of Witten-Herdecke, Zechenweg 6, 79111 Freiburg im Breisgau, Germany

⁸ Department of Medical Informatics and Clinical Epidemiology, 3710 SW US Veterans Hospital Rd, Portland, OR 97239, USA

⁹ University of Oxford, Center for Statistics — Botnar Research Centre, Windmill Road, Oxford OX3 7LD, UK

¹⁰ Professor Medicine and of The Dartmouth Institute, Geisel School of Medicine at Dartmouth, 31 Faraway Lane, West Lebanon, NH 03784-4401, USA

¹¹ Senior Scientist, Ottawa Methods Centre, Ottawa Hospital Research Institute, 501 Smyth Road, Ottawa, ON, Canada K1H 8L6

¹² PIH Health Hospital-Whittier, Neurology Consultants Medicine Group, University of Southern California Keck School of Medicine, 12291 Washington Blvd # 303, Whittier, CA 90606, USA

¹³ Professor of Medicine, Director — Endocrinology at the University of Mississippi Medical Center, 2500 N. State Street, Jackson, MS 39216, USA

¹⁴ Medical Director of Inpatient Services at Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center, 7601 Imperial Highway, Downey, CA 90242, USA

¹⁵ Center for Functional Medicine, Cleveland Clinic, Mail Code H-18, 9500 Euclid Avenue, Cleveland OH, 44195, USA

¹⁶ Essentia Health — Duluth, 420 East First Street, Duluth, MN 55805-1951, USA

¹⁷ Director of Scientific Affairs — PharmaLex, Harrlachweg 6, 68163 Mannheim, Germany

¹⁸ Department Chair, Orthopaedic Surgery, 24 Frank Lloyd Wright Drive, Lobby A, Ann Arbor, MI 48106, USA

¹⁹ Department of Orthopaedic Surgery, 24 Frank Lloyd Wright Drive, Lobby A, Ann Arbor, MI 48106, USA

²⁰ Department of Epidemiology, School of Public Health, 1415 Washington Heights, Ann Arbor, MI 48109-2029, USA

ABSTRACT

BACKGROUND: Well-written and transparent case reports (1) reveal early signals of potential benefits, harms, and information on the use of resources; (2) provide information for clinical research and clinical practice guidelines, and (3) inform medical education. High-quality

case reports are more likely when authors follow reporting guidelines. During 2011–2012, a group of clinicians, researchers, and journal editors developed recommendations for the accurate reporting of information in case reports that resulted in the CARE (CAsE REport) Statement and Checklist. They were presented at the 2013 International Congress on Peer Review and Biomedical Publication, have been endorsed by multiple medical journals, and translated into nine languages.

OBJECTIVES: This explanation and elaboration document has the objective to increase the use and dissemination of the CARE Checklist in writing and publishing case reports.

ARTICLE DESIGN AND SETTING: Each item from the CARE Checklist is explained and accompanied by published examples. The explanations and examples in this document are designed to support the writing of high-quality case reports by authors and their critical appraisal by editors, peer reviewers, and readers.

RESULTS AND CONCLUSION: This article and the 2013 CARE Statement and Checklist, available from the CARE website [www.care-statement.org] and the EQUATOR Network [www.equator-network.org], are resources for improving the completeness and transparency of case reports.

SOURCE: This article is a translation of the original paper "CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document" in the Journal of Clinical Epidemiology (doi: 10.1016/j.jclinepi.2017.04.026), prepared under the permission of the copyright holder (Elsevier Inc.), with supervision from the Scientific Editor by Professor E.G. Starostina, MD, PhD (translator) (Moscow, Russia).

Keywords: case report; case study; EQUATOR network; health research reporting guidelines; CARE guideline; timelines; N-of-1.

To cite this article

Riley DS, Barber MS, Kienle GS, Aronson JK, von Schoen-Angerer T, Tugwell P, Kienle H, Helfand M, Altman DG, Sox JH, Werthmann PG, Moher D, Rison RA, Shamseer L, Koch M CA, Sunn GH, Hanawayo P, Sudakp NL, Kaszkin-Bettagq M, Carpenterr JE, Gagniers JJ. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *Digital Diagnostics*. 2022;3(1):00–00. DOI: <https://doi.org/10.17816/DD105291>

Received: 24.03.2022

Accepted: 26.03.2022

Published: 11.04.2022

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. В данной статье представлено пошаговое руководство к подготовке публикаций с описанием случаев, направленное на устранение ряда исторически сложившихся ограничений, присущих описаниям случаев.
2. Статья рассматривает рекомендации CARE по описанию случаев и включает примеры надлежащего описания случаев, которые помогут авторам, публикующим описания случаев, при их подаче в медицинские журналы.
3. Систематический сбор данных у постели больного может улучшить оказание помощи пациентам и предоставить полезную информацию для клинической научной работы, рекомендаций для клинической практики и медицинского образования.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ НОВИЗНА

Данная статья — своеобразное «руководство пользователя» к рекомендациям и проверочному перечню CARE. Она помогает авторам и медицинским журналам подготовить и критически проанализировать описания случаев. Экспертная группа CARE полагает, что описания случаев могут способствовать раннему получению информации, полезной для клинических научных исследований и рекомендаций для клинической практики; кроме того, они будут полезны для медицинского образования. Рекомендации CARE были переведены на 10 языков и приняты многими медицинскими журналами.

1. ВВЕДЕНИЕ

Описания случаев представляют некие медицинские проблемы пациента и его клинического ведения и предназначены для научных или образовательных целей. Исторически сложилось так, что описания случаев были важны для (1) распознавания новых или редких болезней, (2) оценки положительных и отрицательных эффектов какого-либо вмешательства и (3) медицинского образования [1, 2]. Они составляют значительную долю статей во многих индексируемых медицинских журналах. Количество описаний случаев, индексируемых в EMBASE и MEDLINE, возросло на 45% — с 49 918 в 2000 г. до 72 388 в 2010 г. [3]. За последние 10 лет появились новые медицинские журналы, фокусирующиеся на описаниях случаев, причём некоторые из них издаются так называемыми издателями-хищниками (predatory publishers) [4]. Большинство — это журналы открытого доступа, а некоторые представляют собой «приложения» или «компаньонов» известных медицинских журналов: например, журнал Neurology Clinical Practice является компаньоном журнала Neurology Американской академии неврологии. В табл. 1 приводится неполный перечень журналов с экспертным рецензированием, которые совершенно точно принимают к публикации описания случаев.

Таблица 1. Неполный перечень медицинских журналов, которые совершенно точно принимают к публикации описания случаев

Наименование журнала ^a	Где индексируется	Издатель
1. ACG Case Reports journal	PMC	American College of Gastroenterology
2. Acta Radiologica Open	PMC	SAGE
3. Advances in Integrative Medicine ^b	Scopus	Elsevier
4. AHRQ WebM&M	psnet.ahrq.gov/webmm	AHRQ
5. Alternative Therapies in Health and Medicine ^b	IF, MEDLINE, Scopus	Innovision Health Media
6. American Journal of Case Reports	MEDLINE, PMC, Scopus	International Scientific Information
7. American Journal of Ophthalmology Case Reports	Scopus	Elsevier

8. American Journal of Perinatology (AJP) Reports	PMC	Thieme
9. Anais Brasileiros de Dermatologia ^b	PMC	Sociedade Brasileira de Dermatologia
10. APSP Journal of Case Reports	PMC	EL-MED Publishers Pakistan
11. BMJ Case Reports ^b	MEDLINE, Scopus	BMJ Publishing Group
12. Case Reports in Anesthesiology	PMC	Hindawi
13. Case Reports in Cardiology	PMC	Hindawi
14. Case Reports in Critical Care	PMC	Hindawi
15. Case Reports in Dermatological Medicine	PMC	Hindawi
16. Case Reports in Dermatology	PMC	Karger
17. Case Reports in Emergency Medicine	PMC	Hindawi
18. Case Reports in Endocrinology	PMC	Hindawi
19. Case Reports in Gastroenterology	PMC	Karger
20. Case Reports in Gastrointestinal Medicine	PMC	Hindawi
21. Case Reports in Genetics	PMC	Hindawi
22. Case Reports in Hematology	PMC	Hindawi
23. Case Reports in Hepatology	PMC	Hindawi
24. Case Reports in Immunology	PMC	Hindawi
25. Case Reports in Infectious Diseases	PMC	Hindawi
26. Case Reports in Medicine	PMC	Hindawi
27. Case Reports in Nephrology	PMC	Hindawi
28. Case Reports in Nephrology and Dialysis	PMC	Karger
29. Case Reports in Neurological Medicine	PMC	Hindawi
30. Case Reports in Neurology	PMC	Karger
31. Case Reports in Obstetrics and Gynecology	PMC	Hindawi
32. Case Reports in Oncological Medicine	PMC	Hindawi
33. Case Reports in Oncology	PMC	Karger
34. Case Reports in Ophthalmological Medicine	PMC	Hindawi
35. Case Reports in Ophthalmology	PMC	Karger
36. Case Reports in Orthopedics	PMC	Hindawi
37. Case Reports in Otolaryngology	PMC	Hindawi
38. Case Reports in Pathology	PMC	Hindawi
39. Case Reports in Pediatrics	PMC	Hindawi
40. Case Reports in Psychiatry	PMC	Hindawi
41. Case Reports in Pulmonology	PMC	Hindawi
42. Case Reports in Radiology	PMC	Hindawi
43. Case Reports in Rheumatology	PMC	Hindawi
44. Case Reports in Surgery	PMC	Hindawi
45. Case Reports in Transplantation	PMC	Hindawi
46. Case Reports in Urology	PMC	Hindawi
47. Case Reports in Vascular Medicine	PMC	Hindawi
48. Case Reports in Women's Health	Scopus	Elsevier
49. CEN (Clinical and Experimental Nephrology) Case Reports	PMC	Springer
50. Cephalalgia ^b	IF, Scopus	SAGE
51. Clinical Case Reports	PMC	Wiley
52. Clinical Cases in Mineral and Bone Metabolism	PMC	CIC Edizioni Internazionali
53. Columbian Journal of Anesthesiology ^b	Hinari	Elsevier
54. Case Reports in Plastic surgery and Hand surgery	PMC	Taylor and Francis
55. Deutsche Ärzteblatt ^b	MEDLINE, Scopus	German Medical Association

56. Endocrinology, Diabetes and Metabolism Case Reports	PMC	Bioscientifica Ltd.
57. Epilepsy and Behavior Case Reports	PMC, Scopus	Elsevier
58. European Journal of Case Reports in Internal Medicine	MEDLINE, Scopus	SMC media Sri
59. European Journal of Pediatric Surgery Reports	PMC	Thieme
60. Explore—The Journal of Science and Healing ^b	IF, MEDLINE, Scopus	Elsevier
61. Global Advances in Health and Medicine ^b	PMC, Hinari	SAGE
62. Gynecologic Oncology Case Reports	PMC, Scopus	Elsevier
63. Headache ^b	IF, MEDLINE, Scopus	Wiley
64. HeartRhythm Case Reports	Scopus	Elsevier
65. Human Pathology: Case Reports	Scopus	Elsevier
66. Integrative Medicine: A Clinician's Journal ^b	PMC	Innovision Health Media
67. International Journal of Surgery Case Reports	PMC, Scopus	Elsevier
68. International Medical Case Reports Journal	PMC	Dove Medical Press
69. JAAD Case Reports (Dermatology)	Scopus	Elsevier
70. Journal of Clinical Epidemiology ^b	IF, MEDLINE, Scopus	Elsevier
71. Journal of Dermatological Case Reports	PMC	Spejaliści Dermatolodzy, Poland
72. Journal of Dietary Supplements ^b	MEDLINE, Scopus	Taylor and Francis
73. Journal of Endourology Case Reports	PMC	Mary Ann Liebert
74. Journal of Investigative Med. High Impact Case Reports	PMC	SAGE
75. Journal of Medical Case Reports ^b	MEDLINE, Scopus, PMC,	Biomed Central
76. Journal of Neurological Surgery Reports	PMC	Thieme
77. Journal of Orthopedic Case Reports	PMC	Indian Orthopedic Research Group
78. Journal of Pediatric Surgery Case Reports	Scopus	Elsevier
79. Journal of Radiology Case Reports	PMC	EduRad Publishing
80. Journal of Surgical Case Reports	PMC	Oxford
81. Medical Mycology Case Reports	PMC, Scopus	Elsevier
82. Neurocase	IF, MEDLINE, Scopus	Taylor and Francis
83. Neurology: Clinical Practice	PMC, Scopus	American Academy of Neurology
84. Oxford Medical Case Reports	PMC	Oxford University Press
85. Radiology Case Reports	Scopus	Elsevier
86. Rare Tumors	PMC	Page Press
87. Respiratory Medicine Case Reports	PMC, Scopus	Elsevier
88. Retinal Cases and Brief Reports	MEDLINE, Scopus	Wolters Kluwer Health
89. SAGE Open Medical Case Reports	PMC	SAGE
90. The Permanente Journal ^{b, c}	MEDLINE, Scopus, PMC,	The Permanente Press
91. Thoracic and Cardiovascular Surgeon Reports	PMC	Thieme

Примечание. ^a Другие медицинские журналы могут публиковать описания случаев внутри статей. ^b Endorsed Care Guidelines (утвержденные рекомендации по оказанию помощи). ^c Открытый доступ, без оплаты за обработку статьи (APC). AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) — Агентство научных исследований в области здравоохранения; IF (impact factor) — импакт-фактор (Journal Citation Reports); Med. (medicine) — медицинский; PMC (PubMed Central) — архив полнотекстовых биомедицинских публикаций со свободным доступом, созданный Национальной медицинской библиотекой США.

1.1. Примеры медицинских журналов с описанием случаев в журнале или в приложении

Опубликованные в последние 60 лет важнейшие примеры иллюстрируют, как описания случаев в рецензируемой медицинской литературе расширили наше понимание известных или новых медицинских проблем и заболеваний и способов их ведения. В 1961 г. журнал *Lancet* (Ланцет) опубликовал письмо к редактору с описанием растущей частоты врождённых пороков развития у детей, матери которых во время беременности принимали талидомид как противорвотное или седативное средство [5]. В 1981 г. периодическое издание *Morbidity and Mortality Weekly Report* (Еженедельный отчёт по заболеваемости и смертности, выпускается CDC США — прим. перев.) опубликовал описание 5 случаев пневмонии, вызванной *Pneumocystis carinii* (PCP), которая оказалась ранним признаком СПИД [6]. В 2013 г. в *Journal of Medical Case Reports* (Журнал описаний медицинских случаев) появилось сообщение, что у женщин с инсультом может иметься синдром Мея–Тернера — состояние, встречающееся приблизительно у 1 из 2000 женщин [7]. В 2016 г. *New England Journal of Medicine* (Медицинский журнал Новой Англии, США) опубликовал описание инфекции, вызванной вирусом Зика, с длительной вирусемией у матери, аномалиями развития головного мозга у плода и серологическим подтверждением инфекции [8].

1.2. Улучшение качества описаний случаев

Научно-практическая польза от описаний случаев ограничивается тем, что эти описания бывают неполными и непоследовательными. Будучи составлены без соблюдения рекомендаций для такого описания, они часто бывают и неточными [9] и не дают той информации по ведению больного, которая прояснила бы ситуацию и повысила вероятность воспроизведения [10].

В 2011 г. группа клиницистов, учёных и редакторов журналов создала руководство по описанию случаев, причём оно было подготовлено в соответствии с рекомендациями по разработке руководств [11]. Этот процесс включал следующее: (1) обзор литературы, опрос по модифицированному протоколу Дельфи для выбора пунктов, которые войдут в проверочный перечень для описания случаев; (2) заседание экспертов для выработки согласованного проекта рекомендаций для описания случаев и (3) оценка, доработка и публикация рекомендаций по публикациям с описанием случаев после этого заседания [12]. На Международном конгрессе по экспертному рецензированию и биомедицинским публикациям в 2013 г. были представлены Декларация и проверочный перечень CARE-2013, опубликованы, приняты к сведению многочисленными медицинскими журналами и переведены на 9 языков. Цель этого документа состояла в обеспечении точности и правильности, полноты и прозрачности описания случаев.

1.3. Как пользоваться этим документом

К каждому пункту проверочного перечня CARE даются пояснения, один или несколько иллюстративных примеров, помогающих при описании случая, а также критический анализ со стороны редакторов, независимых рецензентов и читателей. Знание рекомендаций по написанию подобных публикаций входит в базовые компетенции редактора и лежит в основе навыка редакторов медицинских журналов и экспертов-рецензентов по критическому анализу поданных к публикации рукописей [13].

Данный документ и декларация CARE (available at www.care-statement.org) служат ресурсом для улучшения качества описания случаев. Если брать за основу проверочный перечень CARE, то работа над описанием случая остаётся своего рода искусством и даёт автору возможность сконцентрироваться на самом случае как таковом, поделиться с читателем заинтересовавшей его историей пациента, а также предоставить информацию для научных и образовательных целей.

2. ПРОВЕРОЧНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ CARE

Проверочный перечень CARE 2013 г. (рис. 1) служит рамочной основой для подготовки статьи с описанием случая, которую можно адаптировать с включением конкретной информации для определённой специальности [14].

2.1. Проверочный перечень CARE: пояснения и уточнения

В этом разделе даются пояснения к каждому пункту проверочного перечня CARE, а также примеры из рецензируемых медицинских журналов общего профиля и специализированных журналов.

2.2. Пункт 1. Раздел «Название»

Описание в проверочном перечне CARE: Слова «описание случая» должны быть частью названия вместе с указанием на то, что в данном случае представляет наибольший интерес (например, симптом, диагноз, обследование, вмешательство).

2.2.1. Пояснение

Название должно быть ёмким, содержательным и позволять читателю ясно понять основное содержание описания случая (т.е. заболевание, вмешательство, исход, категория пациентов). Важно, чтобы статья была обозначена как «описание случая» [15]. Это облегчает индексирование в базах данных и может улучшать результаты поиска. «Описания случаев» (Case reports) включены в MeSH (Medical Subject Headings, или «заголовки медицинских тем»: см. www.pubmed.com) и в словарь синонимов Национальной медицинской библиотеки, который используется для индексации статей в базе MEDLINE.

Текстовое описание: в публикации с описанием случая даётся текст, который включает причины, по которым данный случай является интересным; клинические данные, диагнозы, вмешательства, исходы (включая нежелательные явления) и результаты динамического наблюдения. Этот текст должен содержать обсуждение и обоснование любых выводов и так называемого сухого остатка, или выжимки, публикации

Раздел	Номер пункта	Описание пункта
Название	1	Слова «описание случая» должны быть частью названия, вместе с обозначением того, что в данном случае представляет наибольший интерес (например, симптом, диагноз, обследование, вмешательство)
Ключевые слова	2	Ключевые элементы конкретного случая — от 2 до 5 слов
Аннотация	3	А. Введение: что нового добавляет этот случай к имеющейся информации? Б. Представление самого случая: <ul style="list-style-type: none">— основные симптомы у конкретного пациента— основные клинические данные— основные диагнозы и вмешательства— основные исходы

		В. Вывод: какие уроки можно вынести из описания этого случая?
Введение	4	Краткая основная информация о случае со ссылками на соответствующую медицинскую литературу
Информация о пациенте	5	А. Демографические характеристики пациента (возраст, пол, этническое происхождение, род занятий) Б. Основные симптомы, имеющиеся у пациента (основные жалобы) В. Анамнез заболевания, семейный анамнез, психосоциальные особенности, включая питание, образ жизни, по возможности информацию о наследственности, значимых сопутствующих заболеваниях, ранее перенесённых вмешательствах и их исходах
Клинические данные	6	Описать значимые результаты физикального обследования
Хронология событий	7	Указать важные для конкретного случая даты и периоды (в виде таблицы или рисунка)
Диагностическое обследование	8	А. Методы диагностики (например, физикальное обследование, лабораторные анализы, инструментальные методы, опросники) Б. Диагностические трудности (например, финансовые, языковые/культуральные) В. Обоснование диагноза, включая рассмотрение других диагнозов Г. Прогностические характеристики (например, стадии), где применимо
Лечебные вмешательства	9	А. Виды вмешательств (например, медикаментозное, хирургическое, профилактическое, самостоятельные мероприятия, проводимые пациентом) Б. Применение препаратов (например, дозировка, режим дозирования, длительность использования) В. Изменения вмешательств (с обоснованием)
Динамическое наблюдение и исходы	10	А. Исходы, оцениваемые врачом и пациентом Б. Важные результаты обследования в динамике (положительные и отрицательные) В. Приверженность и переносимость проводимой терапии (и как её оценивали) Г. Нежелательные и неожиданные явления
Обсуждение	11	А. Плюсы и минусы/ограничения ведения описанного случая

		Б. Относящаяся к данной проблеме медицинская литература В. Обоснование выводов (включая оценку причины и эффектов) Г. Основные уроки данного описания случая, или «что в сухом остатке»
Точка зрения пациента	12	По возможности должна приводиться точка зрения или опыт с позиции пациента
Информированное согласие	13	Дал ли пациент информированное согласие? При необходимости его следует предоставить

ARTICLE IN PRESS

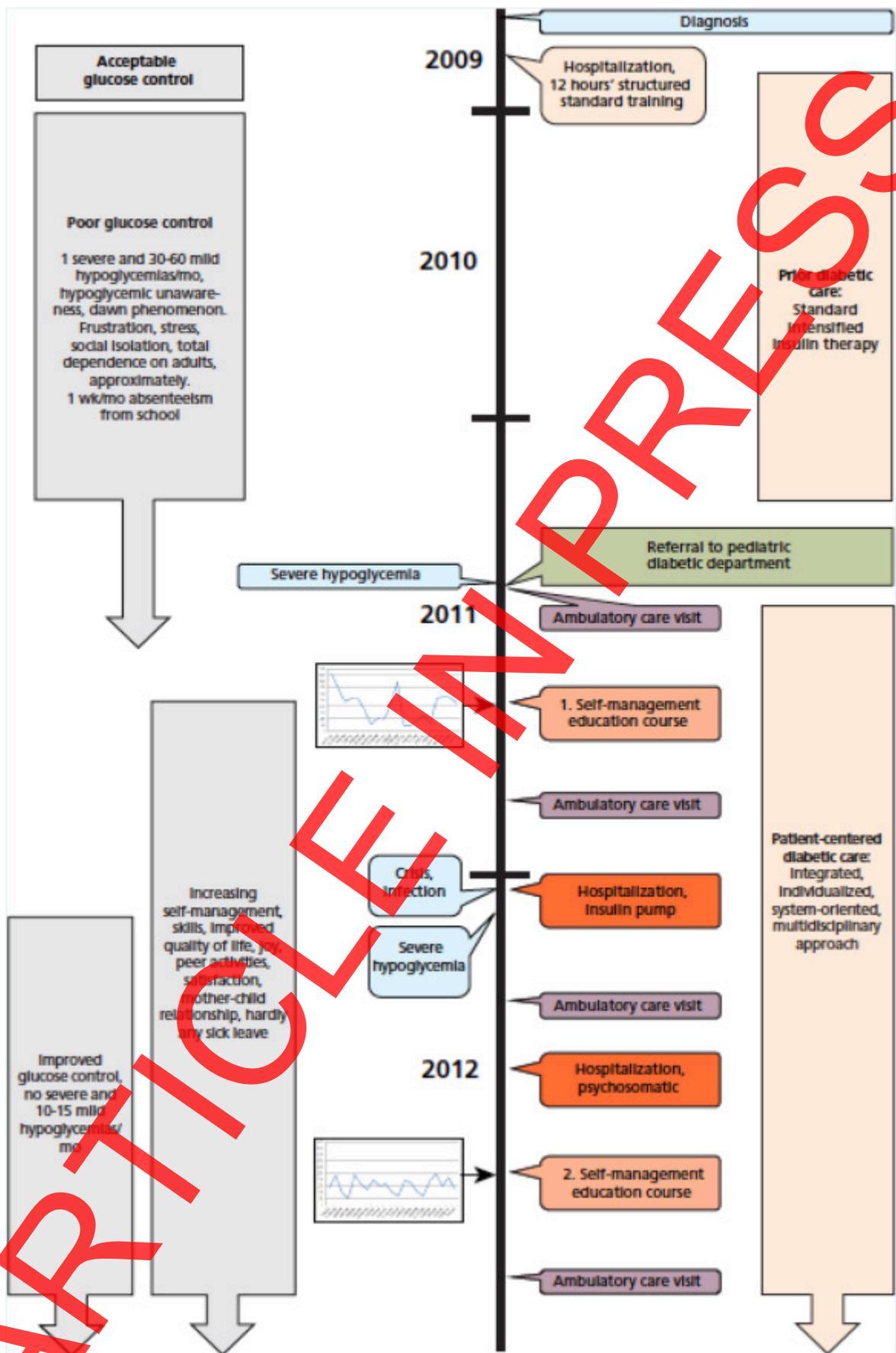


Рис. 1. Хронологическая схема вмешательств и исходов. Пациентоориентированная диабетологическая помощь детям: интегрированный, персонализированный, системный и мультидисциплинарный подход [14].

Acceptable glucose control

Приемлемый контроль гликемии

Poor glucose control 1 severe and 30–50 mild hypoglycemias/mo, hypoglycemic unawareness, dawn phenomenon. Frustration, stress, social isolation, total dependence on adults, approximately 1 wk/mo absenteeism from school	Неудовлетворительный контроль гликемии Одна тяжёлая и 30–50 лёгких гипогликемий в месяц, потеря распознавания гипогликемии, феномен «утренней зари». Фрустрация, стресс, социальная изоляция, полная зависимость от взрослых, пропуск школы около 1 недели в месяц
Improved glucose control, no severe and 10–15 mild hypoglycemias/mo	Улучшение контроля гликемии, отсутствие тяжёлых и 10–15 лёгких гипогликемий в месяц
Increasing self-management skills, improved quality of life, joy, peer activities, satisfaction, mother-child relationship, hardly any sick leave	Приобретение навыков самостоятельного управления заболеванием, улучшение качества жизни, хорошее настроение, общение со сверстниками, удовлетворённость, детско-родительские отношения, практически полное отсутствие пропусков по болезни
Diagnosis	Диагноз
Hospitalization, 12 hours' structured standard training	Госпитализация, 12-часовое стандартное / базисное обучение
Prior diabetic care Standard intensified insulin therapy	Ранее проводимая терапия диабета Стандартная интенсифицированная инсулинотерапия
Severe hypoglycemia	Тяжёлая гипогликемия
Referral to pediatric diabetic department	Направление в отделение детского диабета
Ambulatory care visit	Амбулаторное обращение
1. Self-management education course	1. Первый цикл обучения самостоятельному ведению заболевания (первая «школа диабета»)
Ambulatory care visit	Амбулаторное обращение
Crisis, infection	Экстренные состояния, инфекция
Severe hypoglycemia	Тяжёлая гипогликемия
Hospitalization, insulin pump	Госпитализация, инсулиновая помпа
Ambulatory care visit	Амбулаторное обращение
Hospitalization, psychosomatic	Госпитализация, психосоматические проблемы
2. Self-management education course	2. Второй цикл обучения самостоятельному ведению заболевания (вторая «школа диабета»)
Ambulatory care visit	Амбулаторное обращение
Patient-centered diabetic care: integrated, individualized, system-oriented, multidisciplinary approach	Пациентоориентированная диабетологическая помощь: интегрированный, персонализированный, системный, мультидисциплинарный подход

2.2.2. Пример

«Успешная трансплантация после 13-часовой ишемии донорского сердца с применением раствора ГТК (гистидин-триптофан-кетоглутарат): описание случая» [16].

2.3. Пункт 2. Раздел «Ключевые слова»

Описание в проверочном перечне CARE: ключевые элементы конкретного случая — от 2 до 5 слов.

2.3.1. Пояснение

Иногда медицинские журналы требуют от авторов выбрать ключевые слова для описания случая. Ключевые слова, по которым идентифицируется основное содержание описания случая, можно выбрать из терминов MeSH (см. www.pubmed.com) или в Google Scholar. В качестве одного из ключевых слов необходимо использовать словосочетание «case report» (описание случая), которое обозначает тип публикации и помогает поиску в базах данных.

2.3.2. Пример

Угроза разрыва аневризмы аорты: описание случая и обзор сигнальных признаков [17].

«Ключевые слова: abdominal aortic aneurysm (аневризма брюшного отдела аорты); aorta (аорта); case report (описание случая); hyperattenuating crescent (нарастающее понижение рентгеновской плотности); imaging (визуализация); mural thrombus (пристеночный тромб); review (обзор); rupture (разрыв)».

2.4. Пункт 3. Раздел «Аннотация»

2.4.1. Описание в проверочном перечне CARE

3а. Введение: что нового добавляет этот случай к имеющейся информации?

3б. Представление самого случая:

- основные симптомы у конкретного пациента;
- основные клинические данные;
- основные диагнозы и вмешательства;
- основные исходы.

3в. Вывод: какие уроки можно вынести из описания этого случая.

2.4.2. Пояснение

Аннотация — это часто первый раздел статьи, с которым знакомится читатель. В нём даётся краткий обзор, помогающий читателю решить, интересно ли ему данное описание случая [18, 19]. Аннотация содержит сбалансированную, краткую и содержательную выжимку полнотекстовой статьи и обычно включает от 100 до 250 слов в зависимости от журнала [20]. Аннотация также помогает индексировать и идентифицировать описания случаев в электронных базах данных [21].

Аннотация описания случая, во-первых, кратко, в двух-трёх предложениях, суммирует базовую информацию, ориентирующую читателя в совокупности существующей информации и в особенностях случая. Во-вторых, она указывает на главный момент описания случая и обобщает информацию о конкретном эпизоде оказания медицинской помощи. Наконец, аннотация заканчивается одной-двумя фразами, которые формулируют «сухой остаток», или основной «урок» публикации, подчёркивая какое-либо одно положение первостепенной важности [22, 23].

Если аннотация пишется в последнюю очередь, она нередко точнее отражает завершённое описание случая. В медицинских журналах существуют разные требования к структурированной или неструктурированной аннотации. Структурированная аннотация к описанию случая обычно содержит три раздела: введение, представление случая и вывод [18, 20].

2.4.3. Два примера

2.4.3.1 Неструктурированная аннотация

- Выделение Т-лимфотропного ретровируса у больного из группы риска по синдрому приобретённого иммунодефицита (СПИД) [24].

«Ретровирус, принадлежащий к семейству недавно открытых вирусов Т-клеточного лейкоза человека (HTLV), но чётко отличающийся от всех предыдущих изолятов, был выделен от пациента европеоидной расы, имевшего жалобы и симптомы, нередко предшествующие синдрому приобретённого иммунодефицита человека (СПИД). Он представляет собой типичный опухолевый РНК-вирус типа С, почкующийся от клеточной мембраны, с преимущественно магнийзависимой активностью обратной транскриптазы и внутренним антигеном (р25), сходным с антигеном HTLV р24. Антитела, полученные из сыворотки данного пациента, реагируют с белками вируса подгруппы HTLV-I, но типоспецифичные антисыворотки к HTLV-I не ведут к преципитации белков нового вирусного изолята. Вирус, выделенный от этого пациента, был перенесён в культуру лимфоцитов пуповинной крови, после чего они начали продуцировать вирус, схожий с оригинальным изолятом. По результатам этих исследований можно сделать вывод, что данный вирус, как и предыдущие изоляты HTLV, принадлежит к общему семейству Т-лимфотропных ретровирусов, передающихся горизонтально от человека к человеку и, возможно, участвующих в развитии нескольких патологических синдромов, включая СПИД».

2.4.3.2. Структурированная аннотация

- Ассоциация между применением изотретиноина и окклюзией центральной вены сетчатки у подростка с низкой предрасположенностью к тромбообразованию: описание случая [25].

«Введение: мы описали подростка с минимальным предшествующим риском тромбоза, у которого развилась окклюзия центральной вены сетчатки на фоне применения изотретиноина по поводу акне. Насколько нам известно, это первый хорошо документированный случай такой ассоциации.

Описание случая: соматически здоровый 17-летний юноша европеоидной расы, получавший системную терапию изотретиноином по поводу резистентной формы акне, был направлен к нам с окклюзией центральной вены сетчатки одного глаза. Результаты подробного обследования не выявили какой-либо патологии, кроме исследования ДНК, показавшего, что пациент является гетерозиготным носителем мутации *G20210A* гена протромбина. Хотя считается, что эта конкретная мутация ассоциирована лишь с минимальным риском тромбоза, терапия изотретиноином, вероятно, сильно увеличила риск окклюдированного тромбоза сосуда у данного больного.

Вывод: приём изотретиноина может сопровождаться угрожающими зрению и жизни тромботическими неблагоприятными эффектами даже у молодых пациентов с фоновым минимальным риском тромбофилии. Врачи должны знать о подобной потенциальной опасности».

2.5. Пункт 4. Раздел «Введение»

Описание в проверочном перечне CARE: краткая основная информация о случае со ссылками на соответствующую медицинскую литературу.

2.5.1. Пояснение

Во введении даётся контекст описания случая, очерчивающий конкретный период в ведении пациента и, возможно, уточняющий необходимость такого описания. Для введения читателя в суть проблемы можно сослаться на самые важные исследования; однако подробное обсуждение соответствующих исследований, например, наиболее полного обзора литературы в обсуждаемой в описании случая проблеме, лучше оставить для раздела «Обсуждение» [19, 26, 27]. Мы рекомендуем, чтобы в описания случаев в

соответствии с рекомендациями CARE вносили следующую фразу: «Данное описание случая было подготовлено в соответствии с рекомендациями CARE», а также давали ссылку на Декларацию CARE. Ссылка на эти рекомендации информирует читателя о стандартах подобных публикаций и облегчает оценку соответствия этим рекомендациям [28]. Введение обычно заканчивается одной-тремя фразами, представляющими выжимку из конкретного случая и/или указывающими на определённый пробел в области медицинских знаний и значимость данного случая или содержащими наиболее существенное положение статьи [20].

2.5.2. Примеры

- Обширный тромбоз глубоких вен после длительной игры («тромбоз игрока»): описание случая [29].

«Длительное пребывание в сидячем положении считается одним из главных факторов риска венозного тромбоза. Показано, что долгие перелёты, длительное пребывание в положении сидя на работе или во время проведения досуга повышают риск венозного тромбоза [1, 2]. Недавно опубликованный опрос показал, что среднее время, проводимое за видеоиграми, увеличивается, и что в США геймеры проводят за компьютерными играми в среднем по 13 часов в неделю [3]. Следовательно, длительная неподвижность во время игры может быть важным фактором риска венозных тромбозов. Мы приводим описание 31-летнего пациента с обширным тромбозом глубоких вен, развившимся при длительной игре на видео-приставке «Плейстейшн».

- РСР (пневмоцистная пневмония) и кандидоз слизистых оболочек у ранее здоровых мужчин-гомосексуалистов: доказательства впервые возникшего клеточного иммунодефицита [30].

«Хорошо известно, что приобретённый дефект Т-клеток развивается у взрослых с нелеченой болезнью Ходжкина, саркоидозом и вирусными инфекциями. Эти неадекватные Т-клеточные иммунодефициты характеризуются кожной анергической реакцией и ослабленным пролиферативным ответом на митогены и антигены *in vitro*. В отсутствие иммуносупрессивной терапии оппортунистические инфекции развиваются редко. Недавно мы лечили несколько молодых, ранее здоровых мужчин-гомосексуалистов по поводу множественных эпизодов пневмонии, вызванной *P. carinii*, распространённого кандидоза слизистых оболочек и ряда вирусных инфекций. Клиническая картина и исследование функционального состояния клеточного иммунитета у этих пациентов выявило сходный тяжёлый приобретённый Т-клеточный дефект. Ряд доказательств позволяют предполагать, что основным фактором развития иммунодефицита явилась цитомегаловирусная инфекция. Этот синдром представляет собой потенциально контагиозный иммунодефицит».

2.6. Пункт 5. Раздел «Информация о пациенте»

Описание в проверочном перечне CARE:

5а. Демографические характеристики пациента (возраст, пол, этническое происхождение, род занятий).

5б. Основные симптомы, имеющиеся у пациента (основные жалобы).

5в. Анамнез заболевания, семейный анамнез, психосоциальные особенности, включая питание, образ жизни, по возможности информация о наследственности, значимые сопутствующие заболевания, ранее перенесённые вмешательства и их исходы.

2.6.1. Пояснение

Мы предлагаем вносить в статью важную демографическую информацию о больном с обеспечением его анонимности. Характеристики, идентифицирующие пациента,

должны в идеале включать возраст, пол, расу и этническое происхождение — они могут быть важными, если впоследствии будет описано множество аналогичных случаев. В **табл. 2** приводятся некоторые идентификаторы личности, которые не следует указывать в описании случая, так как они могут раскрыть идентичность пациента (разработаны Министерством здравоохранения и социального обеспечения США).

Таблица 2. Идентификаторы пациентов

Персональные данные пациентов, запрещённые к раскрытию в США
http://www.hhs.gov/sites/default/files/hipaa-simplification-201303.pdf
<ul style="list-style-type: none">• Имя и фамилия• Географический регион• Даты, включая дату рождения, дату смерти, дату поступления/выписки• Указание возраста старше 89 лет требует дополнительного согласия, если только это указание не дано в виде возрастной категории «старше 90 лет»• Номера телефонов, факса и электронный адрес• Персональные идентификаторы (например, номер карточки соцобеспечения, номера историй болезни)• Универсальные адреса сетевых ресурсов (URL) и адреса интернет-протоколов (IP)• Биометрические идентификаторы, фотографии и снимки (без специального отдельного разрешения) [31]• Прочие уникальные характеристики или коды, идентифицирующие личность

Где это возможно и целесообразно, можно процитировать слова самого пациента о главных жалобах или симптомах, которые заставили его впервые обратиться к врачу с данной проблемой. Следует указать, как долго имелись симптомы и, если это имеет значение, их частоту, выраженность, локализацию, а также факторы, провоцирующие или купирующие симптоматику. Необходимо выделить сопутствующие заболевания, время их начала, рецидивирующий характер, ранее проводившееся и текущее лечение, а также исходы. Обсуждая аллергологический анамнез, необходимо назвать аллергены, даты и типы аллергических реакций [20].

Могут иметь значение и другие анамнестические данные, такие как:

- перинатальный анамнез: течение родов, длительность беременности, проводилось ли грудное вскармливание и как долго;
- психосоциальный анамнез (например, род занятий, наличие социальной поддержки, уровень образования);
- вид медицинской страховки;
- воздействие факторов окружающей среды (дома и на работе, возможное действие токсических факторов);
- образ жизни (сон, методы купирования стресса, физическая активность, злоупотребление психоактивными веществами, курение, употребление алкоголя, питание/диета);
- семейный медицинский анамнез (были ли у членов семьи такие же заболевания, как у пациента);
- информация о наследственности (имеющая отношение к описываемому случаю).

2.6.2. Примеры

5а, 5б и 5в — Информация о пациенте.

- Семейная тромбофилия с неустановленным ранее механизмом и неудовлетворительным ответом противосвёртывающей системы на активированный протеин С: прогнозирование кофактора активированного протеина С [32].

«Описание случая: пробанд — мужчина 1942 года рождения. В возрасте 19 лет у него был первый эпизод тромбоза глубоких вен одной ноги. После этого он был здоров, тромбозов не было почти 20 лет. С 1980 по 1987 г. у него отмечались множественные эпизоды тромбоза глубоких вен не реже одного раза в год. Для лечения тромбозов назначали антагонисты витамина К на срок до 3 месяцев. Минимум дважды наличие тромбов было подтверждено с помощью флебографии. У пробанда развился посттромботический синдром нижних конечностей; других заболеваний не было. У нескольких родственников пробанда в анамнезе имелись аналогичные множественные эпизоды тромбоза глубоких вен (рис. 1). У его старшего брата (на 10 лет старше) (III-2) неоднократно отмечался тромбоз глубоких вен нижних конечностей, большинство эпизодов — в возрасте от 45 до 50 лет. Кроме того, у дяди (II-7) и тети (II-5) в анамнезе также имелись множественные эпизоды тромбоза. У младшей родственницы (IV-2) было клиническое подозрение на тромбоз глубоких вен во время третьей беременности, но флебографию выполнить не удалось по техническим причинам. Отец пробанда не имел отягощённого по тромбозам анамнеза, умер. Удалось обследовать 19 родственников (все живые родственники поколений II–IV), при этом были выявлены ещё два не связанных между собой случая тромбофилии и врождённого неадекватного ответа на APC; медицинский анамнез этих пациентов кратко описан в пояснении к рис. 6».

- Холестатический гепатит, вызванный акрихином, при недифференцированном заболевании соединительной ткани [33].

«Женщина 45 лет афроамериканского происхождения обратилась к ревматологическую клинику по поводу недифференцированного заболевания соединительной ткани, которое проявлялось гистологически подтверждённым уртикарным дерматитом, воспалительным поражением суставов, слабостью и снижением массы тела, наличием антиядерных антител (1:160, данные иммунофлуоресцентного анализа — неравномерность окрашивания), антител к рибонуклеопротеину (RNP), Sm/RNP и ядерному хроматину».

2.7. Пункт 6. Раздел «Клинические данные»

Описание проверочного перечня CARE: описать значимые результаты физикального обследования.

2.7.1. Пояснение

В разделе «Клинические данные» следует привести значимые результаты физикального обследования и другие существенные клинические находки, при необходимости с указанием методов обследования. Они могут быть перечислены в текстовом виде, а также включать фотографии без идентификации личности пациента. В некоторых специальностях (например, в офтальмологии) для описания клинических данных используется довольно специфическая терминология, которая может потребовать дополнительных пояснений. Если клинических данных очень много, их можно представить в виде сводной таблицы или схемы. Значимые клинические данные, появившиеся в ходе лечения пациента, с указанием дат необходимо приводить в разделе «Динамическое наблюдение и исходы».

2.7.2. Пример

- Моноартрит, вызванный микобактерией туберкулёза, у ребёнка [34].

«Девочка в возрасте 2 лет 10 месяцев (по этническому происхождению североамериканская индианка), ранее ничем не болевшая, обратилась с жалобами на опухание и утреннюю скованность левого коленного сустава, появившиеся около трёх недель назад без каких-либо других симптомов. При первом обращении данных за инфекционные контакты не было. Первоначальное физикальное обследование выявило умеренную припухлость и повышение температуры в области левого коленного сустава с признаками внутрисуставного накопления жидкости и гипертрофии синовиальной оболочки. Сгибание и разгибание в этом суставе были ограничены на 10°. Температура тела у ребёнка была нормальная, другие патологические симптомы отсутствовали. Данных за патологию лёгких не было, периферическая лимфаденопатия отсутствовала. Остальные результаты физикального обследования были в пределах нормы».

2.8. Пункт 7. Раздел «Хронология событий»

Описание проверочного перечня CARE: указать важные для конкретного случая даты и периоды (в виде таблицы или рисунка).

2.8.1. Пояснение

Хронология событий — это отражение значимых событий в анамнезе пациента в хронологическом порядке в виде схемы или таблицы. Хронология событий позволяет ёмко и кратко обобщить одно или несколько главных событий, относящихся к описываемому случаю, и даёт читателю возможность сразу увидеть основные элементы этого случая. К основным элементам могут относиться краткий медицинский анамнез пациента и семейный анамнез, основные жалобы, предрасполагающие факторы, диагностическое обследование, терапевтические и иные вмешательства, назначения и рекомендации других врачей, динамическое наблюдение и исходы. В некоторых случаях в хронологию событий могут быть включены рисунки.

2.8.2. Примеры

- Лечение экулизумабом плазморезистентного атипичного гемолитически-уремического синдрома, ассоциированного с мутацией фактора комплемента H: описание случая [35] (рис. 2).
- Пациенториентированная диабетологическая помощь детям: интегрированный, персонализированный, системный и мультидисциплинарный подход [16].

2.9. Пункт 8. Раздел «Диагностическое обследование и диагноз»

Описание проверочного перечня CARE:

8а. Методы диагностики (например, физикальное обследование, лабораторные анализы, инструментальные методы, опросники).

8б. Диагностические трудности (например, финансовые, языковые/культуральные).

8в. Обоснование диагноза, включая рассмотрение других диагнозов.

8г. Прогностические характеристики (например, стадии), где применимо.

2.9.1. Пояснение

В большинстве описаний случаев представлены пациенты либо с редко встречающейся клинической картиной известного заболевания, либо первые описания ранее неизвестной патологии. В любом случае точный диагноз — это важнейший элемент описания случая, и авторы должны полностью охарактеризовать процесс диагностики. Независимо от того, имеет ли пациент редкие симптомы уже известной болезни или же он служит первым примером ранее неизвестного заболевания, диагностическое обследование чрезвычайно важно. Мы рекомендуем описывать значимые результаты диагностического обследования с указанием дат их проведения (но без данных, идентифицирующих

пациента). Сюда могут входить лабораторные анализы, рентгеновские снимки, результаты кардио- и коронарографии, заполненные пациентом опросники и т.д. [36]. Следует кратко привести значимые результаты, при необходимости с указанием диапазона нормальных значений [20]. В попытке установить причинно-следственную связь между неким воздействием и клиническим событием следует документировать временную последовательность и охарактеризовать выраженность этого воздействия до появления клинического синдрома [37]. Важные результаты диагностического обследования, выполненные в динамике, следует поместить в раздел «Динамическое наблюдение и исходы».

По возможности описание случая должно содержать литературные ссылки, подтверждающие или, напротив, оспаривающие главную диагностическую гипотезу. Важно упомянуть другие диагностические проблемы, например трудности с выполнением обследования. Аналогичным образом следует обсудить данные, обосновывающие прогноз, на который могут повлиять такие факторы, как гистологическая картина, генетические аномалии, сопутствующие заболевания и использованные терапевтические вмешательства. Их можно более подробно уточнить в разделе «Обсуждение».

2.9.2. Примеры

2.9.2.1. 8a — *Диагностические методы (например, физикальное обследование, лабораторные анализы, методы визуализации, опросники)*

- Травма ветви лицевого нерва после биопсии поверхностной височной артерии: описание случая [38].

«Важные данные были получены в ходе нативной и контрастной магнитно-резонансной томографии (МРТ). Они выявили очаги ишемического церебрального глиоза, соответствующие возрасту пациента, без признаков острой внутричерепной патологии. Патологические изменения по ходу обоих VII черепно-мозговых нервов не визуализировались. В биоптате поверхностной ветви височной артерии не было обнаружено признаков тромбообразования, воспаления и гигантских клеток, что указывало на отсутствие височного артериита».

2.9.2.2. 8b — *Диагностические трудности (например, финансовые, языковые или культуральные)*

- Мальформация Киари I типа с сирингомиелией шейно-грудного отдела, имитирующая бибрахиальную амиотрофию: описание случая [39].

«Запоздалый диагноз послужил причиной постепенного ухудшения состояния нашего больного. Как сообщили родственники, первоначально ему был поставлен клинический диагноз мышечной дистрофии, который далее подтвердился результатами диагностического обследования, хотя нельзя не признать, что для исключения диагноза миодистрофии ему могла потребоваться повторная биопсия мышц (у нас есть сомнение, что это был правильный диагноз). Однако поскольку первоначальный диагноз был поставлен, пациент не обращался за дальнейшим обследованием в течение нескольких лет, так как со слов врачей он понял, что лечения его заболевания не существует. Десятилетия спустя дальнейшее обследование с применением несложных методов визуализации легко установило этиологию имевшихся у него симптомов. К сожалению, эта задержка с диагнозом привела к развитию необратимой и тяжелой хронической мышечной дистрофии. При такой выраженной атрофии и резкой слабости хирургическое вмешательство вряд ли бы привело к существенному функциональному улучшению.

Дифференциальный диагноз бибрахиальной атрофии и сирингомиелии очень важен. Мы не можем полностью исключить сосуществование цервикоторакальной

синдромом и бибрахильной амиотрофии как двух отдельных заболеваний, и это вызывает сомнения. Нам непонятно также, почему симптоматика у нашего пациента оставалась стабильной более 20 лет. Хотя в анамнезе у него не было травм головы или шеи, не исключено, что синдромомическая киста быстро увеличилась в динамике заболевания. Без визуализации в начале болезни это невозможно утверждать сколько-нибудь определённо».

2.9.2.3. 8в — Обоснование диагноза, включая рассмотрение других диагнозов

- Тяжёлое поражение печени у двух больных с длительной лихорадкой: помните о семейной средиземноморской лихорадке [40].

«Дифференциальный диагноз. После тщательного анализа всего анамнеза обоих пациентов было решено выполнить молекулярно-генетический анализ гена *MEFV*. Быстрый скрининговый тест всей кодирующей последовательности гена *MEFV*, а также прицельное секвенирование выявили, что оба пациента страдали семейной средиземноморской лихорадкой, так как никаких других причин найти не удалось, а при последнем обследовании были соответствующим образом исключены инфекционные, злокачественные, аутоиммунные, ревматологические и гепатобилиарные заболевания. И действительно, анализ мутаций показал, что у пациента мужского пола была гомозиготная альтерация R202Q/R202Q в экзоне 2 гена *MEFV*, а молодая женщина была гетерозиготой по консервативной мутации M694V/0 в экзоне 10 и гомозиготой по мутации R202Q/R202Q в экзоне 2».

2.9.2.4. 8г — Прогностические характеристики (например, стадии), где применимо

- Прокальцитонин как диагностический и прогностический маркер сепсиса, вызванного кишечной инфекцией: описание случая [41].

«Прокальцитонин полезен для ранней диагностики сепсиса и помогает дифференцировать его от других воспалительных синдромов. Высокий уровень прокальцитонина (10 нг/мл) в данном случае позволяет предполагать серьёзную бактериальную инфекцию и сепсис, служа предиктором неблагоприятного исхода и смерти».

2.10. Пункт 9. Раздел «Лечебные вмешательства»

Описание в проверочном перечне CARE:

9а. Виды вмешательств (например, медикаментозное, хирургическое, профилактическое, самостоятельные мероприятия, проводимые пациентом).

9б. Применение препаратов (например, дозировка, режим дозирования, длительность использования).

9в. Изменения вмешательств (с обоснованием).

2.10.1. Пояснение

В описаниях случаев основное внимание часто уделяется лечению, как и ключевой диагностической информации. В любом варианте мы рекомендуем охарактеризовать его достаточно подробно, чтобы использованные подходы можно было воспроизвести. В сложных или недостаточно определённых случаях вмешательств могут оказаться полезными рекомендации TIDieR (продолжение CONSORT), которые увеличат точность выполнения, прозрачность и воспроизводимость вмешательства [42].

В этом разделе нужно кратко объяснить, почему пациенту было проведено конкретное вмешательство (например, указать целевую медицинскую проблему, предшествующее лечение, клиническое течение и т.д.). Однако более подробное

обоснование вмешательства мы предлагаем оставить для раздела «Обсуждение». Общий формат описания вмешательств указан далее (табл. 3). Описания случаев, в которых представлен причинённый здоровью пациента вред, должны содержать указание на производителя и торговое наименование средств, предположительно нанесших этот ущерб. Следует объяснить изменения в ходе вмешательства и описать, какую медицинскую помощь оказали в других местах.

Таблица 3. Описания терапевтических вмешательств

- Все вмешательства:
 - укажите вид вмешательства, показание к его применению и само вмешательство [42].
- Лекарственные средства (безрецептурные и рецептурные):
 - международное непатентованное наименование (МНН), режим дозирования, длительность применения;
 - укажите концентрацию лекарственных форм, которые вводятся в виде определённых объёмов жидкости (например, внутривенные инфузии или пероральные жидкие формы);
 - укажите производителя и торговое наименование (если это имеет значение).
- Пищевые добавки и растительные препараты:
 - состав и режим дозирования (например, ЭПК (эйкозапентаеновая кислота) 750 мг плюс ДГК (докозагексаеновая кислота) 250 мг, по 1 капсуле внутрь один раз в сутки в течение 6 месяцев;
 - если используются лекарственные растения, укажите вид растения с латинским родо-видовым названием, количество растительных субстанций или компонентов, а также использованные части растения;
 - укажите производителя и торговое наименование (если это имеет значение).
- Рекомендации по изменению образа жизни (например, физической активности):
 - частота, интенсивность, время и вид физических нагрузок.

2.10.2. Примеры

2.10.2.1. 9a — Виды вмешательств (например, медикаментозное, хирургическое, профилактическое, самостоятельные мероприятия, проводимые пациентом)

- Восьмилетнее динамическое наблюдение после ламинэктомии с депозитами пирофосфата кальция в шейном отделе жёлтой связки пациента с синдромом Коффина–Лоури: описание случая [43].
«Ход операции. Под общей анестезией в положении на животе получен доступ к пластинкам позвонков С1–С7 и высокоскоростной дрелью удалены их участки по 20 мм в ширину. Участки кальцификаций в местах сращений осторожно отделены от твёрдой мозговой оболочки, пластинки резецированы блоком вместе с кальцинатами. Участок задней дуги С1 шириной 15 мм удалён с помощью высокоскоростной дрели. После ламинэктомии визуализировалась слабопульсирующая твёрдая мозговая оболочка. Твёрдая мозговая оболочка выглядела гипертрофированной, однако вскрывать её мы не стали».

2.10.2.2. 9b — Применение препаратов (например, дозировка, режим дозирования, длительность использования)

- Коррекция поддерживающей дозы экулизумаба при лечении атипичного гемолитически-уремического синдрома: описание случая и обзор литературы [44].

«Пациенту была начата индукционная терапия экулизумабом в дозе 900 мг внутривенно 1 раз в неделю в течение 4 недель. Он хорошо ответил на лечение повышением числа тромбоцитов и улучшением функции почек. Больного перевели на поддерживающую терапию экулизумабом 1 раз в две недели, а гемодиализ прекратили».

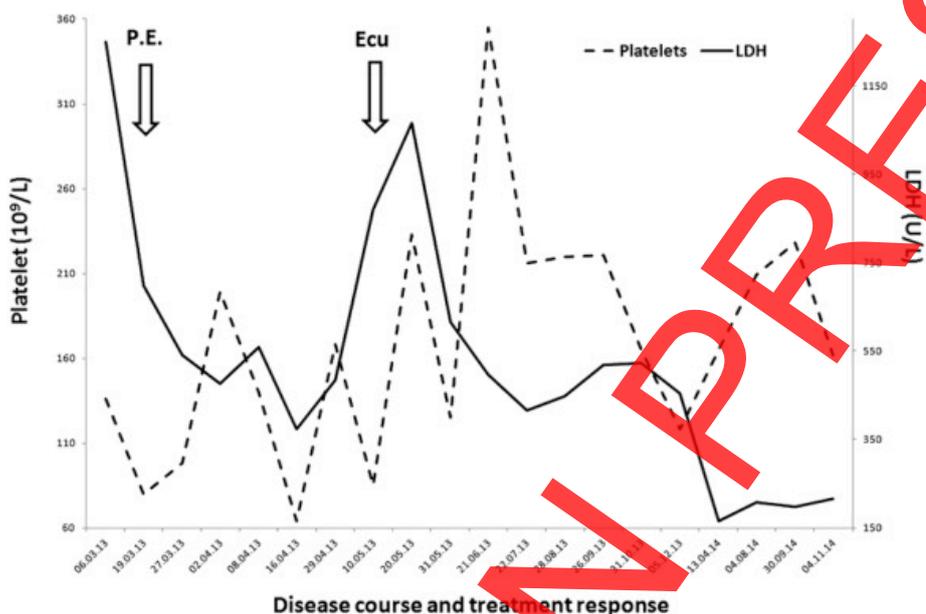


Рис. 2. Течение заболевания и ответ на лечение. Время от момента поступления с деталями реакции тромбоцитов и лактатдегидрогеназы (ЛДГ) на плазмаферез и экулизумаб. Лечение экулизумабом плазморезистентного атипичного гемолитически-уремического синдрома, ассоциированного с мутацией фактора комплемента Н: описание случая [35].

Ось у слева: Тромбоциты ($10^9/l$); ось у справа: (1/n) Гематокрит.

Ось x: Течение заболевания и ответ на лечение.

Надписи на рисунке: P.E. = плазмаферез, Ecu = экулизумаб. Легенда: Тромбоциты ЛДГ.

- Вызванный полинаркоманией рецидив шизоаффективного расстройства, рефрактерного к большим дозам антипсихотиков: описание случая [45].

«Была начата экстренная седация зипрасидоном, лоразепамом, дроперидолом и зуклопентиксола ацетатом (табл. 4). Для профилактики экстрапирамидных побочных эффектов антипсихотиков назначили бензтропин. Достигнутый уровень седации был неудовлетворительным, пациент оставался в состоянии резко выраженной ажитации, периодически дрался, с кратковременными эпизодами сонливости. Выполнять указания и соблюдать установленные персоналом ограничения не мог. На все попытки купирования ажитации и отвлечения внимания отвечал агрессией».

Таблица 4. Препараты, назначенные пациенту в отделении неотложной помощи и некоторые результаты наблюдения за его поведением

Время	Название препарата, доза, путь введения	Дневник поведения
17:20	Примерно в момент поступления в отделение неотложной психиатрии	Крайне агрессивен, угрожает персоналу, бранится, демонстрирует оскорбительное поведение

17:26	Зипрасидон 20 мг в/м, лоразепам 2 мг в/м	-
17:30	Лоразепам 2 мг в/м	-
17:40	Зуклопентиксол ацетат 150 мг в/м, бензтропин 2 мг в/в	-
18:05	Лоразепам 2 мг в/м	Измерены жизненно важные показатели, выполнен венозный доступ, взята кровь
18:30	Дроперидол 10 мг в/м	Бранится, выкрикивает угрозы, агрессивен
22:30	Зипрасидон 20 мг в/м	-
23:00	Лоразепам 2 мг в/м	-
01:00	-	Под седацией, спокоен
04:00	Дроперидол 10 мг в/м, лоразепам 2 мг в/м	Воет, бранится, трясёт кровать, угрожает персоналу
06:00		В состоянии седации, однако периодически бранится и выкрикивает угрозы
11:20	Зипрасидон 20 мг в/м	-
13:00	Дроперидол 25 мг в/м	Острое возбуждение, при транспортировке в психиатрическое отделение сопротивляется

2.10.2.3. 9e – Изменения вмешательства (с обоснованием)

- Тяжёлая рефрактерная аутоиммунная гемолитическая анемия с тепловыми и холодowymi аутоантителами, полностью ответившая на один курс ритуксимаба: описание случая [46].

«На фоне ежедневных сеансов плазмафереза с 5% раствором альбумина в объёме 3–4 л отмечалось частичное разрешение гемолиза. В общей сложности было проведено семь ежедневных сеансов плазмафереза, которые привели к постепенному снижению активности ЛДГ и уровня билирубина и повышению концентрации гаптоглобина. Однако пациенту всё ещё требовались практически ежедневные гемотрансфузии. С учётом более ранних публикаций с отдельными наблюдениями положительного эффекта ритуксимаба при иммунных цитопениях мы прекратили плазмаферез и перевели пациента на терапию ритуксимабом в дозе 375 мг/м² еженедельно. В общей сложности за 4 недели пациент

получил 4 дозы препарата. Хотя после начала лечения ритуксимабом вначале отмечалось повышение активности ЛДГ, признаков нарастания гемолиза не было. После первых двух курсов терапии ритуксимабом пациент продемонстрировал выраженное клиническое улучшение. Уровень гемоглобина у него стабилизировался, гемотрансфузии больше не требовались».

2.11. Пункт 10. Раздел «Динамическое наблюдение и исходы»

Описание в проверочном перечне CARE:

10а. Исходы, оцениваемые врачом и пациентом.

10б. Важные результаты обследования в динамике (положительные и отрицательные).

10в. Приверженность и переносимость проводимой терапии (и как её оценивали).

10г. Нежелательные и неожиданные явления.

2.11.1. Пояснение

На протяжении всего ведения пациента мы рекомендуем указывать объективные и субъективные изменения в динамике для интересующих авторов исходов. Исходы, которые оцениваются врачом, должны включать объективные параметры, такие как лабораторные биомаркеры, данные физикального обследования и инструментальной визуализации. Динамика клинических данных помогает убедительно описать конкретный случай и подкрепляет обсуждение временных или иных связей между исходами и лечением — вопрос, который далее будет анализироваться в разделе «Обсуждение» [20, 27].

Описание результатов динамического наблюдения, включая исходы, которые регистрируются врачом или пациентом, может подкрепить доказательства причинно-следственной связи. Мы предлагаем указывать и другие виды лечения, которые получал пациент, а также их потенциальное влияние на исходы. Полезными могут оказаться консультации других специалистов и описание их точек зрения.

Если в центре внимания публикации находится какое-либо вмешательство, важно описать приверженность пациента этому вмешательству и методику сбора информации об этом (например, дневник пациента, телефонные звонки, электронные устройства). Рекомендуется указать неблагоприятные эффекты вмешательства, если таковые были, и учесть, какими словами их описывал пациент, включая сами виды неблагоприятных эффектов, их частоту и интенсивность [22]. Во всех описаниях случаев нужно чётко и ясно отметить наличие или отсутствие нежелательных явлений.

2.11.2. Примеры

2.11.2.1. 10а — Исходы, оцениваемые врачом и пациентом

- Тренировка безоценочного самоосознавания и положительная динамика артериального давления, частоты мигренозных приступов и качества жизни [47].

«Восьминедельный курс тренировки безоценочного самоосознавания плюс три дополнительные недели индивидуализированной практики безоценочного самоосознавания привели к улучшению лично значимых и клинически значимых исходов.

По мнению пациентки, сильно уменьшился уровень воспринимаемого стресса. М.Р. не только стала спокойнее относиться к столь беспокоившей её раньше перегрузке на работе, но её рабочая нагрузка в действительности уменьшилась благодаря возросшей эффективности работы и улучшению концентрации. Например, она стала хорошо контролировать папку «входящие» в своей электронной почте, которая ранее была для неё источником постоянного стресса. При помощи методик фокусирования MBSR [mindfulness-based stress reduction — уменьшение стресса, основанное на безоценочном

самоосознании, прим. перев.], она разбивала входящую почту на отдельные задания, которые немедленно выполняла. Благодаря этому ей удалось избавиться от переполнения папки входящих писем, которая теперь становилась пустой несколько раз в день.

В ходе медитаций с применением безоценочного самоосознания также улучшились клинически важные объективные показатели, отражающие риск заболевания. М.Р. измеряла давление автоматизированным тонометром (Omron, модель НЕМ-609, Lake Forest, США) непосредственно до и после сеансов медитации и записывала полученные результаты. В первые 8 недель тренировки безоценочного самоосознания исходные показатели артериального давления обычно бывали повышенными и соответствовали артериальной гипертензии I ст. После 45-минутной медитации артериальное давление снижалось до высоко нормального диапазона значений, а через 10 недель практики — до нормальных значений. Максимальное среднее снижение систолического и диастолического артериального давления отмечалось примерно через 4 недели (-18,5 мм рт.ст. для систолического и -25,8 мм рт.ст. для диастолического). К 7-й неделе систолическое и диастолическое артериальное давление снизились до высоко нормальных значений, а дальше продолжали снижаться до оптимальных показателей (рис. 1). В конце восьминедельной программы и ещё трёх недель непрерывной практики самоосознания и записи результатов средние показатели систолического и диастолического артериального давления перед медитацией значительно снизились. Если объединить все ежедневные результаты измерения артериального давления, то среднее их снижение было высоко статистически значимым: $p < 0,0001$ для снижения систолического и $p < 0,0004$ для снижения диастолического артериального давления за 11 недель (рис. 2). Примечательно, что по мере нормализации артериального давления разница между показателями до и после медитации также уменьшалась, что указывало на то, что симпатический тонус у М.Р. удерживался на низком уровне.

Были проанализированы и другие симптомы и виды деятельности, которые она отслеживала, такие как мигренозные приступы и физическая активность. Частота мигреней уменьшилась, и благодаря тому, что М.Р. самостоятельно осознавала свои ощущения, было установлено, что мигрень теперь возникала только в зависимости от фазы менструального цикла. Понимание этого факта помогло ей соответствующим образом планировать свою жизнь и правильно применять препараты, купирующие приступ мигрени. Масса тела, с которой она так долго боролась, за 11 недель медитаций с применением безоценочного самоосознания не изменилась. М.Р. очень серьёзно отнеслась к разделу «Отношение и намерения» своей восьминедельной программы уменьшения стресса за счёт безоценочного самоосознания».

2.11.2.2. 106 — Важные результаты обследования в динамике (положительные и отрицательные)

- Успешное лечение острого церебеллита путём временного отведения спинномозговой жидкости через длинный туннельный наружный желудочковый дренаж (НЖД): длительное рентгенологическое наблюдение двух случаев [48].
«Исход и динамическое наблюдение (случай 1).

Ребёнок был экстубирован на третий день, однако НЖД оставили, поддерживая давление 10 см водного столба. Его удалили после нагрузки на 9-й день. Повторная МРТ показала выраженное уменьшение отёка мозжечка. Состояние ребёнка улучшилось до 15/15 баллов по шкале комы Глазго, он был выписан на 11-й день после поступления без признаков неврологического дефицита. В ходе двухлетнего динамического наблюдения симптомы отсутствовали, результаты МРТ через 2 года также были нормальными».

«Исход и динамическое наблюдение (случай 2).

Состояние ребёнка постепенно улучшалось, он стал лучше переносить грудное кормление. НЖД был удалён через 10 дней. Повторная нативная и контрастная МРТ, а также МР-венография показали отсутствие поражения венозного русла и исчезновение

всех патологических изменений, включая отёк мозжечка, вклинение миндалин и гидроцефалию. Пациент был выписан на пероральном приёме дексаметазона с постепенным снижением дозы в течение нескольких недель. Через 1 год динамического наблюдения показаны отсутствие неврологического дефицита, нормальный рост и развитие».

2.11.2.3. 10в — Приверженность и переносимость проводимой терапии (и как её оценивали)

- Вызванное кветиапином и связанное со сном поведение, напоминающее расстройство приёма пищи: серия случаев [49].

«У наших больных присутствовал ряд важных факторов, предрасполагающих к парасомнии, включая высокий уровень стресса на работе, депрессию и тяжёлое апноэ сна с высоким индексом возбуждения. Если у пациента с парасомнией имеется любое другое первичное расстройство сна, то лечение вначале должно быть направлено именно на него, что часто ведёт к исчезновению парасомнии. У нашего первого пациента было тяжёлое апноэ сна, по поводу которого он получал адекватное лечение. Однако, несмотря на хорошую приверженность, у пациента продолжалось снохождение и связанное с нарушением сна расстройство приёма пищи. Вероятно, это было обусловлено увеличением медленно-волновой фазы сна после применения ViPAR. Вторая пациентка вначале не смогла соблюдать рекомендации по применению CPAP, пока не прекратила приём кветиапина».

2.11.2.4. 10г — Нежелательные и неожиданные явления

- Изменение распределения дигоксина при почечной недостаточности — случай дигоксиновой интоксикации? [50]

«Мужчина 56 лет, с массой тела 77 кг, поступил с острым передним инфарктом миокарда; в анамнезе у него уже был инфаркт миокарда 2 года назад. У пациента был отёк лёгких, вызванный левожелудочковой недостаточностью и частично ответивший на терапию фуросемидом и диаморфином. Периодически отмечались желудочковые экстрасистолы, которые хорошо купировались малыми дозами лидокаина. У пациента также имела место почечная недостаточность лёгкой степени, но в следующие 36 часов она ухудшилась с повышением мочевины в плазме до 125 мг% и креатинина до 2,03 мг%. На тот момент он получил суммарно 1 мг дигоксина перорально (13 мкг/кг) в три приёма. Вскоре после приёма третьей дозы и непосредственно перед планировавшимся введением препарата в дозе 0,25 мг внутримышечно у него развились разные формы аритмий, представленные на рис. 2, затем синусовый ритм восстановился. После введения указанной дозы дигоксина у пациента вновь развились нарушения ритма. Они не купировались внутривенным введением прокаинамида и внутривенным и пероральным назначением практола (в разное время). Однако после перорального приёма всего одной дозы дифенилгидантоина (50 мг) синусовый ритм вновь восстановился. Помимо этих препаратов, он получал гепарин, варфарин, ампициллин, калия хлорид и диазепам. Уровни дигоксина в плазме после приёма четвёртой дозы дигоксина представлены на рис. 2. Аритмии прекратились только после того, как концентрация дигоксина в плазме уменьшилась до уровня менее 1,7 нг/мл. Период полувыведения терминальной фазы ($T_{1/2\beta}$) равнялся 37,9 часа, а объём распределения (V_d) — 264 л (32,4 л/кг). Через несколько дней, после некоторого улучшения функции почек (мочевина 47 мг%, креатинин 1,37 мг%, клиренс креатинина 41 мл/мин) ежедневный поддерживающий пероральный приём дигоксина в дозе 0,125 мг был возобновлён, при этом равновесная концентрация препарата в плазме составила 0,5 нг/мл, а объём распределения (V_d) — 349 л (4,5 л/кг)».

2.12. Пункт 11. «Обсуждение (включая выводы)»

Описание в проверочном перечне CARE: Обсуждение (включая выводы):

11а. Плюсы и минусы/ограничения ведения описанного случая.

11б. Относящаяся к данной проблеме медицинская литература.

11в. Обоснование выводов (включая оценку причины и эффектов).

11г. Основные уроки данного описания случая, или «что в сухом остатке».

2.12.1. Пояснение

Описания случаев могут дать новый взгляд на новые или редкие заболевания, необычную клиническую картину болезней, терапевтические вмешательства или наносимый ими вред [51]. Следует чётко и ясно обсудить основные характеристики представленного случая и то новое, что из него узнали. Важными темами для обсуждения могут быть базовые механизмы или принципы (патофизиологические, иммунологические, социальные) и диагностические проблемы, особенно если они помогают объяснить сделанные наблюдения. Необходимо сравнить результаты в представленном случае с результатами клинических исследований и описаний других случаев [12, 22]. Упомяните также рекомендации по проведению дополнительных исследований и дайте ссылки на опубликованные работы. Важно честно обсудить ограничения, включая то, что результаты, полученные в единственном случае, могут быть неприменимы к пациентам в целом [18].

Раздел «Выводы» обычно короткий и содержит основные уроки, преподанные конкретным случаем.

2.12.2. Примеры

2.12.2.1. 11а — Плюсы и минусы/ограничения ведения описанного случая

- Изменение распределения дигоксина при почечной недостаточности — случай дигоксиновой интоксикации? [50]

«Представленные нами здесь данные ограничены рамками клинической практики, и в приложении мы указали главные недостатки выполненных нами фармакокинетических расчётов. Однако, несмотря на трудности с получением точных значений истинного кажущегося объёма распределения, наблюдавшиеся изменения слишком велики, чтобы их можно было объяснить только неточностями фармакокинетических расчётов. В действительности любое завышение истинных объёмов только усиливает этот аргумент. Мы полагаем, что наблюдавшиеся изменения реальны и сыграли роль в развитии дигоксиновой интоксикации у этих пациентов. Для более точного понимания причин аномального распределения дигоксина при почечной недостаточности необходимы более корректные проспективные клинические исследования».

2.12.2.2. 11б — Относящаяся к данной проблеме медицинская литература

- Успешная пересадка сердца после 13-часовой ишемии донорского сердца с применением раствора ГТК (гистидин-триптофан-кетоглутарат): описание случая [16].

«Д-р Барнард с успехом применил систему гипотермической перфузии для презервации донорского сердца более 16 часов при выполнении гетеротопной трансплантации сердца [52]. Однако при выполнении ортотопных трансплантаций хирурги занимают более консервативные позиции. Случаев пересадки донорского сердца после периода ишемии более 6 часов известно немного. Долгосрочное динамическое наблюдение реципиентов сердца в Колумбийском университете Нью-Йорка и в больнице

Альфреда в Австралии показало, что длительная ишемия (в среднем 5 часов) не ухудшает раннюю или отдалённую выживаемость и не повышает частоту ишемической болезни трансплантата [53, 54]. Публикации из клиник университета Западного Онтарио (Канада) и университета штата Алабама (Бирмингем, США) также продемонстрировали, что длительная ишемия (наибольшее время 457 и 479 минут соответственно) не влияет на отдалённую выживаемость пациентов после трансплантации сердца [55, 56]».

2.12.2.3. 11с — Обоснование выводов (включая оценку причины и эффектов)

- Слабость, ассоциированная с приёмом статинов при *myasthenia gravis*: описание случая [57].

«Действительная частота индуцированной статинами миастении неизвестна; сообщений об ассоциированной с приёмом статинов *myasthenia gravis* очень мало. Некоторое улучшение после отмены статина отмечалось лишь в 5 из 6 опубликованных случаев, а полное восстановление — только в одном.

Как статины могут привести к обострению *myasthenia gravis*, неизвестно. Возможно, что этот механизм в действительности представляет собой феномен «двойного удара» по нервно-мышечной передаче, нарушенной вследствие опосредованной антителами постсинаптической дисфункции ацетилхолиновых рецепторов, в сочетании с индуцированной статинами миопатией.

Явное развитие статиновой миопатии на фоне приёма симвастатина ещё до начала миастении у нашего пациента согласуется с возможностью второй (индуцированной аторвастатином) миопатии, совпавшей с дебютом *myasthenia gravis*. Улучшение симптомов после отмены аторвастатина привело к разрешению статиновой миопатии.

Мы рассматривали и другие возможные причины ухудшения состояния больного, такие как сепсис, спровоцированное стероидами обострение миастении, стероидная миопатия и холинергический криз, однако по клиническим данным сочли их менее вероятными.

Мы не можем полностью исключить, что обострение *myasthenia gravis* у нашего пациента просто отражало её прогрессирование. Однако клиническое течение этого заболевания, а также наличие вызванных статинами болей и слабости в проксимальных отделах конечностей (без бульбарных симптомов) ещё до настоящего обращения указывают как минимум на то, что первоначальное ухудшение было связано с приёмом статина.

Аналогично следует отметить, что улучшение состояния могло произойти вследствие иммуносупрессивной терапии по поводу *myasthenia gravis*, а не из-за отмены аторвастатина. Однако, вероятно, что в улучшении клинического состояния пациента сыграли значимую роль оба фактора.

Развитие других аутоиммунных заболеваний после начала лечения статинами, таких как дерматомиозит, ревматическая полимиалгия, васкулит и волчаночноподобный синдром, указывает на вероятность того, что у предрасположенных лиц статины могут запустить иммунологический ответ, сходный с таковым при *myasthenia gravis*, индуцированной пеницилламином, но явно отличающийся по временным характеристикам. Однако с учётом малого числа сообщений и широкого применения статинов нельзя исключить чисто случайную ассоциацию».

2.12.2.4. 11г — Основные уроки данного описания случая, или «что в сухом остатке»

- Длительное выживание без медицинской помощи ребёнка с анэнцефалией [58].

«Ребёнок удовлетворял диагностическим критериям Медицинской научной группы по анэнцефалии. Таким образом, девочка стала дольше всего прожившим анэнцефалом,

которому не требовались мероприятия по поддержанию жизни, такие как интубация или кормление через зонд. Зная об этой редкой возможности, врачи и семья должны принимать ориентированные на достижение цели решения по уходу за таким ребёнком. Если ребёнок пережил период ранней новорожденности, врачи должны предложить каждой семье проведение вакцинации и помощь по уходу за ребёнком. Данный случай должен повлиять на практические подходы врачей, которые имеют дело с беременными женщинами и вынашивают плод с анэнцефалией».

2.13. Пункт 12. Точка зрения пациента

Описание в проверочном перечне CARE: по возможности должна приводиться точка зрения или опыт с позиции пациента.

2.13.1. Пояснение

Везде, где это возможно и целесообразно, следует предоставить пациентам возможность кратко поделиться своей точкой зрения на оказанную медицинскую помощь. Пациенты могут описать, что вынудило их обратиться за медицинской помощью, какие изменения состояния они связывают с выполненным вмешательством или как оказанная медицинская помощь повлияла на их качество жизни. Сообщение о принципиально новом подходе к лечению может сильно зависеть именно от точки зрения больного. Пациенты могут быть соавторами публикации, что может потребовать дополнительного согласия в связи с утратой анонимности. Поделиться своим мнением, там, где это целесообразно, может кто-то из близких пациента, например родитель несовершеннолетнего больного. В некоторых случаях это невозможно, так как автор — обычно врач — сам и является пациентом [59].

2.13.2. Пример

- Хронический риносинусит и синдром раздражённой кишки: описание случая [60].
«Я очень много двигаюсь, люблю играть в теннис и работать в саду. Симптомы, которые были у меня до обращения в Центр интегративной медицины имени Джорджа Вашингтона, не позволяли мне проводить свободное время так, как мне нравится. Я плохо спал, качество жизни в целом нельзя было назвать хорошим. После обращения в Центр интегративной медицины имени Дж. Вашингтона все симптомы уменьшились, а качество жизни потрясающее улучшилось.

Я не придерживался «олиминирующей диеты» как таковой. Вместо неё мне посоветовали исключить некоторые продукты в соответствии с результатами анализа. Когда я слишком нарушал эту диету, симптомы синусита обострялись. Теперь я могу контролировать симптомы, просто корректируя питание».

2.14. Пункт 13. Раздел «Информированное согласие»

Описание в проверочном перечне CARE: дал ли пациент информированное согласие? При необходимости его следует предоставить.

2.14.1. Пояснение

Медицинские журналы обычно требуют информированное согласие. По возможности у пациента следует взять подписанное информированное согласие на описание и публикацию его случая. Некоторые ситуации могут потребовать дополнительного согласия (например, если нельзя избежать потенциального раскрытия личности пациента, если пациент из США и ему больше 90 лет, при наличии фото или снимков, а также при описании редкой болезни).

В исключительных обстоятельствах или если пациент не способен сам дать согласие, его можно получить у близкого родственника. Для детей, возраст которых не

позволяет давать самостоятельное согласие, его нужно получить у законного представителя.

Описания случаев часто содержат фразу, что «пациент дал информированное согласие» или «получить согласие невозможно, но было предпринято всё возможное для получения согласия».

2.14.2. Примеры (рекомендации журналов по информированному согласию)

- BMJ Case Reports (<http://casereports.bmj.com/site/about/guidelines.xhtml#patientconsent>; доступно 22.10.2016) [61].

«Согласие больного

Опубликование любой личной информации об идентифицируемом живом пациенте требует недвусмысленного согласия самого пациента или его законного представителя. Это требование соответствует британскому законодательству о защите данных. Мы хотели бы, чтобы авторы пользовались формой согласия BMJ, которая доступна на нескольких языках.

Прежде чем подавать рукопись к публикации в BMJ Case Reports, вы должны подписать информированное согласие пациента (или его родственника/законного представителя). Пожалуйста, выполните максимально возможную анонимизацию сведений о пациенте, например о его возрасте, этническом происхождении, роде занятий. В отношении живых пациентов это является требованием закона; редакция не будет посылать вашу рукопись на рецензию без чётко выраженного согласия пациента или его законного представителя.

Если речь идёт об умершем пациенте, то Закон о защите данных неприменим, но авторы должны взять разрешение у кого-то из родственников (желательно, близких).

Если у вас нет согласия, подписанного умершим впоследствии пациентом, его законным представителем или членом семьи, то руководитель вашего отделения/медицинского учреждения или юрист учреждения должен взять на себя ответственность за то, чтобы были предприняты все возможные попытки связаться с семьей пациента и что информация в статье представлена в достаточно анонимной форме, чтобы не нанести ущерб пациенту или его семье. Для этого нужно будет загрузить подписанный документ»

3. ОБСУЖДЕНИЕ

Описания случаев документируют возможности и вызовы, возникающие при оказании медицинской помощи отдельным пациентам. Они расширяют возможности и мотивацию врачей фиксировать особенности оказания медицинской помощи и вносить свой профессиональный вклад в рецензируемые медицинские журналы [4]. В центре внимания доказательной медицины также находится оказание помощи конкретному пациенту посредством интеграции «клинического опыта с наилучшими из существующих клинических доказательств, полученных в результате систематических научных исследований» [62]. Опытные врачи умело комбинируют свой клинический опыт (клиническое мышление и навыки, приобретённые в процессе ведения больных) и доказательные литературные данные — это и есть компоненты «рецепта» по улучшению медицинской помощи больным. Мы полагаем, что использование рекомендаций CARE по описанию случаев может облегчить и укрепить интеграцию доказательств и опыта для усовершенствования клинической науки, рекомендаций для клинической практики и медицинского образования [63].

Двигателем клинической науки являются гипотезы. Доказательства верности гипотезы основаны на априорной вероятности ассоциации между переменными, например имеющим диагностическое значение одиночным нуклеотидным полиморфизмом и неким заболеванием [64, 65]. Мы считаем, что качественные описания случаев представляют

собой дополнительные априорные вероятности, которые могут сократить количество ложноположительных или ложноотрицательных данных. Информация из описаний случаев и систематического обзора описаний случаев [66] также может быть использована в рекомендациях для клинической практики [67].

Медицинское образование использует проблемно-ориентированное преподавание для формирования навыков клинического мышления, вначале на доказательных симуляционных случаях [68], а затем в ходе семинаров [69]. Мы считаем, что высококачественные описания случаев дают примеры из реальной жизни, которые могут тренировать критическое мышление, улучшить документирование медицинской помощи и сформировать навыки пожизненного обучения.

Описание случаев в соответствии с рекомендациями CARE

- Ретроспективные и основанные на практике
- Нет протоколов и контрольных групп
- Систематический сбор данных
- Перед публикацией требуется получить согласие

4. ОГРАНИЧЕНИЯ ОПИСАНИЙ СЛУЧАЕВ

Хотя описания случаев потенциально могут сигнализировать о причинно-следственной связи [51, 70], вероятность случайной ассоциации они обычно не исключают. Выбор пациентов, ведение которых представлено в большинстве описаний случаев, подвержен ошибке отбора: такие пациенты могут быть совсем не типичными для клинической практики, поэтому переносить полученные результаты на других больных следует с осторожностью [71]. Причинно-следственную связь могут обнаружить так называемые N-of-1 исследования (включающие 1 пациента) — проспективные исследования, которые проводятся по протоколу [72], описания случаев, в центре внимания которых находятся закономерности физических, биологических или психологических феноменов, объединённых в функциональную единицу, а также описания случаев с отменой и повторным применением потенциального каузального фактора [73].

Исследование, включающие 1 пациента (N-of-1 trials)

- Проспективные, научные или практические
- Есть протоколы и контроль
- Требуется заранее данное согласие
- Возможно участие пациента в разработке дизайна

Точные и прозрачные описания случаев очень трудно написать и опубликовать. Истории болезни зачастую ведутся неполно, неаккуратно, их трудно востребовать, может отсутствовать информация о важных вмешательствах, выполненных другими врачами, а динамическое наблюдение нередко недостаточно подтверждено документально. Опубликованные описания случаев не цитируются столь часто, как метаанализы или рандомизированные контролируемые исследования, а их влияние на научный прогресс ограничено [74]. Все эти факторы могут ограничивать количество написанных и, следовательно, опубликованных описаний случаев.

5. ВЫВОДЫ

Данный пояснительный и уточняющий документ был создан, чтобы проинформировать о проверочном перечне CARE, представить примеры хороших описаний и обсудить некоторые ограничения, часто сопутствующие описаниям случаев. В настоящее время систематический сбор данных у постели больного вполне возможен, и

описания случаев в соответствии с рекомендациями способствуют внедрению правильной тактики ведения для подходящего пациента в нужное время. Мы полагаем, что описания случаев могут предоставить доказательные данные прямо «от постели больного», что может пригодиться клинической науке, помочь при разработке клинических рекомендаций и улучшить качество медицинского образования.

ДОПОЛНИТЕЛЬНО

Источник финансирования. Заседание по выработке консенсуса CARE в 2012 г. состоялось в Энн Арбор (штат Мичиган, США) при финансовой поддержке со стороны отделения ортопедической хирургии, группы заместителя директора по науке Мичиганского университета (Энн Арбор, штат Мичиган, США) и фонда «Глобальный прогресс в здравоохранении и медицине» (номер гранта 201210-3). Групповые рабочие заседания CARE проходили в университете Оттавы (Оттава, Канада) (при поддержке директора университета Оттавы по науке), в Институте интегративной медицины (Портленд, штат Орегон, США) и в Институте прикладной эпидемиологии и методологии университета Виттен-Хердеке во Фрайбурге (Германия). Написание этой статьи не финансировалось ни прямо, ни косвенно.

Вклад авторов. D.S. Riley, M.S. Barber, J.J. Gagniers, G.S. Kienlec, D. Moherk и L. Shamseerk разработали формат данной статьи вместе с другими соавторами. Соавторы принимали участие в создании рекомендаций CARE, делали предложения, свидетельствующие о глубоком понимании предмета, и редактировали рукопись. D.S. Riley организовал написание текста рукописи и процесс публикации с помощью M.S. Barber, J.J. Gagniers, G.S. Kienlec и других соавторов.

Благодарности. В разработке рекомендации CARE участвовали D.G. Altman, J.K. Aronson, M.S. Barber, S. Biswas, J.J. Gagnier, P. Hanaway, C.M. Hayes, M. Helfand, M. Kaszkin-Bettag, H. Kiene, G.S. Kienle, B. Kigler, C. Koch, M. Mittelman, D. Moher, G. Plotnikoff, D.S. Riley, R. Rison, T. von Schoen-Angerer, L. Shamseer, R. Smith, H. Sox, N. Sudak, G.H. Sun, P. Tugwell, S. Vohra, P. Werthmann.

ADDITIONAL INFORMATION

Данная статья является переводом оригинальной публикации «CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document» в Journal of Clinical Epidemiology (doi: 10.1016/j.jclinepi.2017.04.026), созданным с разрешения правообладателя (Elsevier Inc.), под руководством научного редактора и переводчика — профессора, д.м.н. Е.Г. Старостиной (Москва, Россия).

This article is a translation of the original paper "CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document" in the Journal of Clinical Epidemiology (doi: 10.1016/j.jclinepi.2017.04.026), prepared under the permission of the copyright holder (Elsevier Inc.), with supervision from the Scientific Editor by Professor E.G. Starostina, MD, PhD (translator) (Moscow, Russia).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Vandenbroucke J.P. In defense of case reports and case series // Ann Intern Med. 2001. Vol. 134, N 4. P. 330–334. doi: 10.7326/0003-4819-134-4-200102200-00017
2. Aronson J.K. Anecdotes as evidence // BMJ 2003. Vol. 326, N 2. P. 1346. doi: 10.1136/bmj.326.7273.2005.00527.x
3. Sun G.H., Aliu O., Hayward R.A. Open-access electronic case report journals: the rationale for case report guidelines // J Clin Epidemiol. 2013. Vol. 66, N 10. P. 1065–1070. doi: 10.1016/j.jclinepi.2013.04.001
4. Akers K.G. New journal for publishing medical case reports // J Med Libr Assoc. 2016. Vol. 104, N 2. P. 146–149. doi: 10.3163/1536-5050.104.2.010
5. McBride W.G. Thalidomide and congenital abnormalities // Lancet 1961. Vol. 278, N 7216. P. 1358. doi: 10.1016/S0140-6736(61)90927-8

6. CDC. Pneumocystis pneumonia e Los Angeles // Morbidity Mortality Weekly Rep. 1981. Vol. 30, N 21. P. 250–252.
7. Rison R., Helfgott M. Acute paradoxical embolic cerebral ischemia secondary to possible May-Thurner syndrome and an atrial septal defect: a case report // J Med Case Rep. 2013. Vol. 7. P. 172. doi: 10.1186/1752-1947-7-172
8. Driggers R.W., Ho C.Y., Korhonen E.M., et al. Zika virus infection with prolonged maternal viremia and fetal brain abnormalities // N Engl J Med. 2016. Vol. 374, N 22. P. 2142–2151. doi: 10.1056/NEJMoa1601824
9. Kaszkin-Bettag M., Hildebrandt W. Case report on cancer therapies: the urgent need to improve the reporting quality // Glob Adv Health Med. 2012. Vol. 1, N 2. P. 8–10. doi: 10.7453/gahmj.2012.1.2.002
10. Richason T.P., Paulson S.M., Lowenstein S.R., Heard K.J. Case reports describing treatments in the emergency medicine literature: missing and misleading information // BMC Emerg Med. 2009. Vol. 9. P. 10. doi: 10.1186/1471-227X-9-10
11. Moher D., Schulz K.F., Simera I., Altman D.G. Guidance for developers of health research reporting guidelines // Plos Med. 2010. Vol. 7, N 2. P. e1000217. doi: 10.1371/journal.pmed.1000217
12. Gagnier J.J., Kienle G., Altman D.G., et al.; The CARE Group. The CARE guidelines: consensus-based clinical case report guideline development // Glob Adv Health Med. 2013. Vol. 2, N 5. P. 38–43. doi: 10.7453/gahmj.2013.008
13. Galipeau J., Barbour V., Baskin P., et al. A scoping review of competencies for scientific editors of biomedical journals // BMC Med. 2016. Vol. 14. P. 16. doi: 10.1186/s12916-016-0561-2
14. Kienle G.S., Meusers M., Quecke B., Hilgard D. Patient-centered Diabetes care in children: an integrated, Individualized, Systems-oriented, and multi-Disciplinary Approach // Glob Adv Health Med. 2013. Vol. 2, N 2. P. 12–19. doi: 10.7453/gahmj.2013.005
15. Jenicek M. Clinical case reporting in evidence-based medicine. 2nd ed. London/New York: Arnold and Oxford University Press, 2001. 231 p.
16. Wei J., Chang C.Y., Chuang Y.C., et al. Successful heart transplantation after 13 hours of donor heart ischemia with the Use of HTK Solution: a case report // Transplant Proc 2005. Vol. 37, N 5. P. 2253–2254. doi: 10.1016/j.transproceed.2005.03.055
17. Gish D.S., Baer J.A., Crabtree G.S., et al. Impending aortic aneurysm rupture — a case report and review of the warning signs // J Community Hosp Intern Med Perspect. 2016. Vol. 6, N 5. P. 32217. doi: 10.3402/jchimp.v6.32217
18. Cooper D. How to write an original research paper (and get it published) // J Med Lib Assoc. 2015. Vol. 103, N 2. P. 67–68. doi: 10.3163/1536-5050.103.2.001
19. Jha K.N. How to write articles that get published // J Clin Diagn Res. 2014. Vol. 8, N 9. P. XG01–XG03. doi: 10.7860/JCDR/2014/8107.4855
20. Cohen H. How to write a patient case report // Am J HealthSyst Pharm. 2006. Vol. 63, N 19. P. 1888–1892. doi: 10.2146/ajhp060182
21. Hopewell S., Clarke M., Moher D., et al. CONSORT for reporting randomized controlled trials in journal and Conference abstracts: explanation and elaboration // Plos Med. 2008. Vol. 5, N 1. P. e20. doi: 10.1371/journal.pmed.0050020
22. Davidson A., Delbridge E. How to write a research paper // Paediatrics Child Health. 2012. Vol. 22, N 2. P. 61–65. doi: 10.1016/j.paed.2011.05.009
23. Vandembroucke J. Case reports in an evidence-based world // JR Soc Med. 1999. Vol. 92, N 4. P. 159–162. doi: 10.1177/014107689909200401
24. Barre-Sinoussi F., Chermann J.C., Rey F., et al. Isolation of a t-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (aids) // Science. 1983. Vol. 220, N 4599. P. 868–871. doi: 10.1126/science.6189183

25. Labris G., Katsanos A., Karapetsa M., et al. Association between isotretinoin use and central retinal vein occlusion in an adolescent with minor predisposition for thrombotic incidents: a case report // *J Med Case Rep.* 2009. Vol. 3. P. 58. doi: 10.1186/1752-1947-3-58
26. Green B.N., Johnson C.D. How to write a case report for publication // *J Chiropr Med.* 2006. Vol. 5, N 2. P. 72–82. doi: 10.1016/S0899-3467(07)60137-2
27. Rison R.A. A guide to writing case reports for the journal of medical case reports and BioMed central research notes // *J Med Case Rep.* 2013. Vol. 7. P. 239. doi: 10.1186/1752-1947-7-239
28. Turner L., Shamseer L., Altman D.G., et al. Does use of the CONSORT Statement impact the completeness of reporting of randomized controlled trials published in medical journals? A Cochrane review // *Syst Rev.* 2012. Vol. 1. P. 60. doi: 10.1186/2046-4053-1-60
29. Chang H.C., Burbridge H., Wong C. Extensive deep vein thrombosis following prolonged gaming ('gamer's thrombosis'): a case report // *J Med Case Rep.* 2013. Vol. 7. P. 235. doi: 10.1186/1752-1947-7-235
30. Gottlieb M., Schroff R., Schanker H.M., et al. *Pneumocystis carinii* pneumonia and mucosal candidiasis in previously health homosexual men; evidence of a new acquired cellular immunodeficiency // *N Engl J Med.* 1981. Vol. 305, N 24. P. 1425–1431. doi: 10.1056/NEJM198112103052401
31. Lang T.A., Talerico C., Siontis G.C. Documenting clinical and laboratory images in publications: the CLIP principles // *Chest.* 2012. Vol. 141, N 16. P. 1626–1632. doi: 10.1378/chest.11-1800
32. Dahlbäck B., Carlsson M., Svensson P. Familial thrombophilia due to a previously unrecognized mechanism characterized by poor anticoagulant response to activated protein C: Prediction of a cofactor to activated protein C // *Proc Natl Acad Sci.* 1993. Vol. 90, N 3. P. 1004. doi: 10.1073/pnas.90.3.1004
33. Namas R., Marquardt A. Case report and literature review: Quinacrine-induced Cholestatic Hepatitis in undifferentiated connective tissue disease // *J Rheumatol.* 2015. Vol. 42, N 7. P. 1354–1355. doi: 10.3899/jrheum.150050
34. Rajakumar D., Rosenberg A.M. Mycobacterium tuberculosis monoarthritis in a child // *Pediatr Rheumatol Online J.* 2008. Vol. 6. P. 15. doi: 10.1186/1546-0096-6-15
35. Sevinc M., Basturk T., Sahutoglu T., et al. Plasma resistant atypical hemolytic uremic syndrome associated with a CFH mutation treated with eculizumab: a case report // *J Med Case Rep.* 2015. Vol. 9. P. 92. doi: 10.1186/s13256-015-0575-y
36. Cella D., Stone A.A. Health-related quality of life measurement in oncology: Advances and opportunities // *Am Psychol.* 2015. Vol. 70, N 2. P. 175–185. doi: 10.1037/a0037821
37. Hill A.B. The Environment and Disease: Association or Causation? // *Proc R Soc Med.* 1965. Vol. 58, N 5. P. 295–300.
38. Rison R.A. Branch facial nerve trauma after superficial temporal artery biopsy: a case report // *J Med Case Rep.* 2011. Vol. 5. P. 34. doi: 10.1186/1752-1947-5-34
39. Mora J.R., Rison R.A., Beudoun S.R. Chiari malformation type I with cervicothoracic syringomyelia masquerading as bibrachial amyotrophy: a case report // *J Med Case Rep.* 2015. Vol. 9. P. 11. doi: 10.1186/1752-1947-9-11
40. Gatselis N.K., Skendros P., Ritis K., Dalekos G.N. Severe liver involvement in two patients with long-term history of fever: remember familial Mediterranean fever // *BMJ Case Rep.* 2016. Vol. 2016. P. bcr2016216941. doi: 10.1136/bcr-2016-216941
41. Liu Y.J., Du P., Rao J. Procalcitonin as a diagnostic and prognostic marker for sepsis caused by intestinal infection: a case report // *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2013. Vol. 17, N 10. P. 1311–1313.
42. Hoffmann T.C., Glasziou P.P., Boutron I., et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) Checklist and guide // *BMJ.* 2014. Vol. 7, N 3. P. g1687. doi: 10.1055/s-0037-1600948

43. Morino T., Ogata T., Horiuchi H., et al. Eight years of follow-up after laminectomy of calcium pyrophosphate crystal deposition in the cervical yellow ligament of patient with CoffineLowry syndrome: a case report // *Medicine (Baltimore)*. 2016. Vol. 95, N 31. P. e4468. doi: 10.1097/MD.0000000000004468
44. Thomson N., Ulrickson M. Maintenance eculizumab dose adjustment in the treatment of atypical hemolytic uremic syndrome: a case report and review of the literature // *Clin Case Rep*. 2016. Vol. 4, N 8. P. 773–776. doi: 10.1002/ccr3.628
45. Tucker M., Kekulawala S., Kent M., et al. Polysubstance-induced relapse of schizoaffective disorder refractory to high-dose antipsychotic medications: a case report // *J Med Case Rep*. 2016. Vol. 10, N 1. P. 242. doi: 10.1186/s13256-016-1031-3
46. Gupta S., Szerszen A., Nakhil F., et al. Severe refractory autoimmune hemolytic anemia with both warm and cold autoantibodies that responded completely to a single cycle of rituximab: a case report // *J Med Case Rep*. 2011. Vol. 5. P. 156. doi: 10.1186/1752-1947-5-156
47. Oberg E., Rempe M., Bradley R. Self-directed mindfulness training and improvement in blood pressure, migraine frequency, and quality of life // *Glob Adv Health Med*. 2013. Vol. 2, N 2. P. 20–25. doi: 10.7453/gahmj.2013.006
48. Waqas M., Hadi Y.B., Sheikh S., Shamin S.M. Acute cerebellitis successfully managed with temporary cerebrospinal fluid diversion using a long tunnel external ventricular drain EVD: a long-term radiological follow-up of two cases // *BMJ Case Rep*. 2016. Vol. 2016. P. bcr2016215631. doi: 10.1136/bcr-2016-215631
49. Tamanna S., Ullah M.I., Pope C.R., et al. Quetiapine-induced sleep-related eating disorder like behavior: a case series // *J Med Case Rep*. 2012. Vol. 6. P. 380. doi: 10.1186/1752-1947-6-380
50. Aronson J.K., Grahame-Smith D.G. Altered distribution of digoxin in renal failure: a case of digoxin toxicity? // *Br J Clin Pharmacol*. 1976. Vol. 3, N 6. P. 1045–1051. doi: 10.1111/j.1365-2125.1976.tb00356.x
51. Hauben M., Aronson J.K. Gold standards in pharmaco-vigilance: the use of definitive anecdotal reports of adverse drug reactions as pure gold and high-grade ore // *Drug Saf*. 2007. Vol. 30. P. 645–655. doi: 10.2165/00002018-200730080-00001
52. Wicomb W.N., Cooper D.K., Novitzky D., Barnard C.N. Cardiac transplantation following storage of the donor heart by a portable hypothermic perfusion system // *Ann Thorac Surg*. 1984. Vol. 37, N 8. P. 243. doi: 10.1016/s0003-4975(10)60333-5
53. Morgan J.A., John R., Weinberg A.D., et al. Prolonged donor ischemic time does not adversely affect long-term survival in adult patients undergoing cardiac transplantation // *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2003. Vol. 126, N 5. P. 1624–1633. doi: 10.1016/s0022-5223(03)01026-2
54. Briganti E.M., Bergin P.J., Rosenfeldt F.L., et al. Successful long-term outcome with prolonged ischemic time cardiac allografts // *J Heart Lung Transpl*. 1995. Vol. 14, N 5. P. 840–845.
55. Del Rizzo D.F., Menkis A.H., Pflugfelder P.W., et al. The role of donor age and ischemic time on survival following orthotopic heart transplantation // *J Heart Lung Transpl*. 1999. Vol. 18, N 4. P. 310–319. doi: 10.1016/s1053-2498(98)00059-x
56. Canter C., Naftel D., Caldwell R., et al. Survival and risk factors for death after cardiac transplantation in infants: a multi-institutional study // *Circ J*. 1997. Vol. 96, N 1. P. 227. doi: 10.1161/01.cir.96.1.227
57. Keogh M.J., Findlay J.M., Leach S., Bowen J. Statin-associated weakness in myasthenia gravis: a case report // *J Med Case Rep*. 2010. Vol. 4. P. 61. doi: 10.1186/1752-1947-4-61
58. Dickman H., Fletke K., Redfern R.E. Prolonged unassisted survival in an infant with anencephaly // *BMJ Case Rep*. 2016. Vol. 2016. P. bcr2016215986. doi: 10.1136/bcr-2016-215986
59. Lundberg G.D. Sciatica: a love story. Medscape; 2016.

60. Kogan M., Castillo C.C., Barber M.S. Chronic Rhinosinusitis and Irritable Bowel syndrome: a case report // *Integr Med (encinitas) J.* 2016. Vol. 15, N 3. P. 44–48.
61. BMJ Case Reports. Режим доступа: <http://casereports.bmj.com/site/about/guidelines.xhtml#patientconsent>. Дата обращения: 22.10.2016.
62. Sackett D.L., Rosenberg W.M., Gray J.A., et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't // *BMJ.* 1996. Vol. 312, N 7023. P. 71. doi: 10.1136/bmj.312.7023.71
63. Califf R.M., Robb M.A., Bindman A.B., et al. Transforming generation to support health and health care decisions // *N Engl J Med.* 2016. Vol. 375, N 24. P. 2395–2440. doi: 10.1056/NEJMs1610128
64. Wacholder S., Chanock S., Garcia-Closas M.E., et al. Assessing the probability that a positive report is false: an Approach for molecular Epidemiology studies // *J Natl Cancer Inst.* 2004. Vol. 96, N 6. P. 434–442. doi: 10.1093/jnci/djh075
65. Ioannidis J.P. Why most clinical research is not useful // *Plos Med.* 2016. Vol. 13, N 6. P. e1002049. doi: 10.1371/journal.pmed.1002049
66. Buonfrate D., Requena-Mendez A., Angheben A., et al. Severe strongyloidiasis: a systematic review of case reports // *BMC Infect Dis.* 2013. Vol. 13. P. 78. doi: 10.1186/1471-2334-13-78
67. IOM (Institute of Medicine). *Clinical Practice Guidelines We Can Trust.* Washington, DC: The National Academies Press, 2011.
68. Barrows H.S. A taxonomy of problem-based learning methods // *Med Education.* 1986. Vol. 20, N 6. P. 481–486. doi: 10.1111/j.1365-2923.1986.tb01386.x
69. Irby D.M. Three Exemplary model of case-based teaching // *Acad Med.* 1994. Vol. 69, N 12. P. 947–953. doi: 10.1097/00001888-199412000-00003
70. Kiene H., Hamre H., Kienle G.S. In support of clinical case reports: a system of causality assessment // *Glob Adv Health Med.* 2013. Vol. 2, N 2. P. 64–75. doi: 10.7453/gahmj.2012.061
71. Hay J.E., Wiesner R.H., Shorter R.G., et al. Primary sclerosing cholangitis and celiac disease. A novel association // *Ann Intern Med.* 1988. Vol. 109, N 9. P. 713–717. doi: 10.7326/0003-4819-109-9-713
72. Shamseer L., Sampson M., Bukutu C., et al. Cent group. CONSORT extension for reporting N-of-1 trials (CENT) 2015: explanation and elaboration // *J Clin Epidemiol.* 2016. Vol. 76. P. 18–46. doi: 10.1016/j.jclinepi.2015.05.018
73. Badalov N., Baradaran R., Iswara K., et al. Drug-induced acute pancreatitis: an evidence-based review // *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2007. Vol. 5, N 6. P. 548–561. doi: 10.1016/j.cgh.2006.11.023
74. Patsopoulos N.A., Analatos A.A., Ioannidis J.P. Relative citation impact of various study design in the health sciences // *JAMA.* 2005. Vol. 293, N 19. P. 2362–2366.

REFERENCES

1. Vandembroucke JP. In defense of case reports and case series. *Ann Intern Med.* 2001;134(4):330–334. doi: 10.7326/0003-4819-134-4-200102200-00017
2. Aronson JK. Anecdotes as evidence. *BMJ.* 2003;326(2):1346. doi: 10.1111/j.1365-2753.2005.00527.x
3. Sun GH, Aliu O, Hayward RA. Open-access electronic case report journals: the rationale for case report guidelines. *J Clin Epidemiol.* 2013;66(10):1065–1070. doi: 10.1016/j.jclinepi.2013.04.001
4. Akers KG. New journal for publishing medical case reports. *J Med Libr Assoc.* 2016;104(2):146–149. doi: 10.3163/1536-5050.104.2.010
5. McBride WG. Thalidomide and congenital abnormalities. *Lancet.* 1961;278(7216):1358. doi: 10.1016/S0140-6736(61)90927-8
6. CDC. Pneumocystis pneumonia e Los Angeles. *Morbidity Mortality Weekly Rep.* 1981;30(21):250–252.

7. Rison R, Helfgott M. Acute paradoxical embolic cerebral ischemia secondary to possible May-Thurner syndrome and an atrial septal defect: a case report. *J Med Case Rep.* 2013;7:172. doi: 10.1186/1752-1947-7-172
8. Driggers RW, Ho CY, Korhonen EM, et al. Zika virus infection with prolonged maternal viremia and fetal brain abnormalities. *N Engl J Med.* 2016;374(22):2142–2151. doi: 10.1056/NEJMoa1601824
9. Kaszkin-Bettag M, Hildebrandt W. Case report on cancer therapies: the urgent need to improve the reporting quality. *Glob Adv Health Med.* 2012;1(2):8–10. doi: 10.7453/gahmj.2012.1.2.002
10. Richason TP, Paulson SM, Lowenstein SR, Heard KJ. Case reports describing treatments in the emergency medicine literature: missing and misleading information. *BMC Emerg Med.* 2009;9:10. doi: 10.1186/1471-227X-9-10
11. Moher D, Schulz KF, Simera I, Altman DG. Guidance for developers of health research reporting guidelines. *Plos Med.* 2010;7(2): e1000217. doi: 10.1371/journal.pmed.1000217
12. Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, et al.; The CARE Group. The CARE guidelines: consensus-based clinical case report guideline development. *Glob Adv Health Med.* 2013;2(5):38–43. doi: 10.7453/gahmj.2013.008
13. Galipeau J, Barbour V, Baskin P, et al. A scoping review of competencies for scientific editors of biomedical journals. *BMC Med.* 2016;14:16. doi: 10.1186/s12916-016-0561-2
14. Kienle GS, Meusers M, Quecke B, Hilgard D. Patient-centered Diabetes care in children: an integrated, Individualized, Systems-oriented, and multi-Disciplinary Approach. *Glob Adv Health Med.* 2013;2(2):12–19. doi: 10.7453/gahmj.2013.005
15. Jenicek M. Clinical case reporting in evidence-based medicine. 2nd ed. London/New York: Arnold and Oxford University Press; 2001. 231 p.
16. Wei J, Chang CY, Chuang YC, et al. Successful heart transplantation after 13 hours of donor heart ischemia with the Use of HTK Solution: a case report. *Transplant Proc.* 2005;37(5):2253–2254. doi: 10.1016/j.transproceed.2005.03.055
17. Gish DS, Baer JA, Crabtree GS, et al. Impending aortic aneurysm rupture — a case report and review of the warning signs. *J Community Hosp Intern Med Perspect.* 2016;6(5):32217. doi: 10.3402/jchimp.v6.32217
18. Cooper D. How to write an original research paper (and get it published). *J Med Lib Assoc.* 2015;103(2):67–68. doi: 10.3163/1536-5050.103.2.001
19. Jha KN. How to write articles that get published. *J Clin Diagn Res.* 2014;8(9):XG01–XG03. doi: 10.7860/JCDR/2014/8107.4855
20. Cohen H. How to write a patient case report. *Am J HealthSyst Pharm.* 2006;63(19):1888–1892. doi: 10.2146/ajhp060182
21. Hopewell S, Clarke M, Moher D, et al. CONSORT for reporting randomized controlled trials in journal and Conference abstracts: explanation and elaboration. *Plos Med.* 2008;5(1):e20. doi: 10.1371/journal.pmed.0050020
22. Davidson A, Delbridge E. How to write a research paper. *Paediatrics Child Health.* 2012;22(2):61–65. doi: 10.1016/j.paed.2011.05.009
23. Vandembroucke J. Case reports in an evidence-based world. *JR Soc Med.* 1999;92(4):159–162. doi: 10.1177/014107689909200401
24. Barre-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, et al. Isolation of a t-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (aids). *Science.* 1983;220(4599):868–871. doi: 10.1126/science.6189183
25. Labris G, Katsanos A, Karapetsa M, et al. Association between isotretinoin use and central retinal vein occlusion in an adolescent with minor predisposition for thrombotic incidents: a case report. *J Med Case Rep.* 2009;3:58. doi: 10.1186/1752-1947-3-58
26. Green BN, Johnson CD. How to write a case report for publication. *J Chiropr Med.* 2006;5(2):72e82. doi: 10.1016/S0899-3467(07)60137-2

27. Rison R.A. A guide to writing case reports for the journal of medical case reports and BioMed central research notes. *J Med Case Rep.* 2013;7:239. doi: 10.1186/1752-1947-7-239
28. Turner L, Shamseer L, Altman DG, et al. Does use of the CONSORT Statement impact the completeness of reporting of randomized controlled trials published in medical journals? A Cochrane review. *Syst Rev.* 2012;1:60. doi: 10.1186/2046-4053-1-60
29. Chang HC, Burbridge H, Wong C. Extensive deep vein thrombosis following prolonged gaming ('gamer's thrombosis'): a case report. *J Med Case Rep.* 2013;7:235. doi: 10.1186/1752-1947-7-235
30. Gottlieb M, Schroff R, Schanker HM, et al. Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously health homosexual men; evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. *N Engl J Med.* 1981;305:1425–1431. doi: 10.1056/NEJM198112103052401
31. Lang TA, Talerico C, Siontis GC. Documenting clinical and laboratory images in publications: the CLIP principles. *Chest.* 2012;141(16):1626–1632. doi: 10.1378/chest.11-1800
32. Dahlbäck B, Carlsson M, Svensson P. Familial thrombophilia due to a previously unrecognized mechanism characterized by poor anticoagulant response to activated protein C: Prediction of a cofactor to activated protein C. *Proc Natl Acad Sci.* 1993;90(3):1004. doi: 10.1073/pnas.90.3.1004
33. Namas R, Marquardt A. Case report and literature review: Quinacrine-induced Cholestatic Hepatitis in undifferentiated connective tissue disease. *J Rheumatol.* 2015;42(7):1354–1355. doi: 10.3899/jrheum.150050
34. Rajakumar D, Rosenberg AM. Mycobacterium tuberculosis monoarthritis in a child. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2008;6:15. doi: 10.1186/1546-0096-6-15
35. Sevinc M, Basturk T, Sahutoglu T, et al. Plasma resistant atypical hemolytic uremic syndrome associated with a CFH mutation treated with eculizumab: a case report. *J Med Case Rep.* 2015;9:92. doi: 10.1186/s13256-015-0575-y
36. Cella D, Stone AA. Health-related quality of life measurement in oncology: Advances and opportunities. *Am Psychol.* 2015;70(2):175–185. doi: 10.1037/a0037821
37. Hill AB. The environment and disease. association or causation? *Proc R Soc Med.* 1965;58(5):295–300.
38. Rison RA. Branch facial nerve trauma after superficial temporal artery biopsy: a case report. *J Med Case Rep.* 2011;5:34. doi: 10.1186/1752-1947-5-34
39. Mora JR, Rison RA, Beudoun SR. Chiari malformation type I with cervicothoracic syringomyelia masquerading as bibrachial amyotrophy: a case report. *J Med Case Rep.* 2015;9:11. doi: 10.1186/1752-1947-9-11
40. Gatselis NK, Skendros P, Ritis K, Dalekos GN. Severe liver involvement in two patients with long-term history of fever: remember familial Mediterranean fever. *BMJ Case Rep.* 2016;2016:bcr2016216941. doi: 10.1136/bcr-2016-216941
41. Liu YJ, Du P, Rao J. Procalcitonin as a diagnostic and prognostic marker for sepsis caused by intestinal infection: a case report. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2013;17(10):1311–1313.
42. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) Checklist and guide. *BMJ.* 2014;7(3):g1687. doi: 10.1055/s-0037-1600948
43. Morino T, Ogata T, Horiuchi H, et al. Eight years of follow-up after laminectomy of calcium pyrophosphate crystal deposition in the cervical yellow ligament of patient with Coffin-Lowry syndrome: a case report. *Medicine (Baltimore).* 2016;95(31):e4468. doi: 10.1097/MD.00000000000004468
44. Thomson N, Ulrickson M. Maintenance eculizumab dose adjustment in the treatment of atypical hemolytic uremic syndrome: a case report and review of the literature. *Clin Case Rep.* 2016;4(8):773–776. doi: 10.1002/ccr3.628

45. Tucker M, Kekulawala S, Kent M, et al. Polysubstance- induced relapse of schizoaffective disorder refractory to high-dose antipsychotic medications: a case report. *J Med Case Rep.* 2016;10(1):242. doi: 10.1186/s13256-016-1031-3
46. Gupta S, Szerszen A, Nakhil F, et al. Severe refractory autoimmune hemolytic anemia with both warm and cold autoantibodies that responded completely to a single cycle of rituximab: a case report. *J Med Case Rep.* 2011;5:156. doi: 10.1186/1752-1947-5-156
47. Oberg E, Rempe M, Bradley R. Self-directed mindfulness training and improvement in blood pressure, migraine frequency, and quality of life. *Glob Adv Health Med.* 2013;2(2):20–25. doi: 10.7453/gahmj.2013.006
48. Waqas M, Hadi YB, Sheikh S, Shamin SM. Acute cerebellitis successfully managed with temporary cerebrospinal fluid diversion using a long tunnel external ventricular drain EVD.: a long-term radiological follow-up of two cases. *BMJ Case Rep.* 2016;2016:bcr2016215631. doi: 10.1136/bcr-2016-215631
49. Tamanna S, Ullah MI, Pope CR, et al. Quetiapine- induced sleep-related eating disorder like behavior: a case series. *J Med Case Rep.* 2012;6:380. doi: 10.1186/1752-1947-6-380
50. Aronson JK, Grahame-Smith DG. Altered distribution of digoxin in renal failure: a case of digoxin toxicity? *Br J Clin Pharmacol.* 1976;3(6):1045–1051. doi: 10.1111/j.1365-2125.1976.tb00356.x
51. Hauben M, Aronson JK. Gold standards in pharmaco-vigilance: the use of definitive anecdotal reports of adverse drug reactions as pure gold and high-grade ore. *Drug Saf.* 2007;30:645–655. doi: 10.2165/00002018-200730080-00001
52. Wicomb WN, Cooper DKC, Novitzky D, Barnard CN. Cardiac transplantation following storage of the donor heart by a portable hypothermic perfusion system. *Ann Thorac Surg.* 1984;37(3):243. doi: 10.1016/s0003-4975(10)60333-5
53. Morgan JA, John R, Weinberg AD, et al. Prolonged donor ischemic time does not adversely affect long-term survival in adult patients undergoing cardiac transplantation. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2003;126(5):1624–1633. doi: 10.1016/s0022-5223(03)01026-2
54. Briganti EM, Bergin PJ, Rosenfeldt FL, et al. Successful long-term outcome with prolonged ischemic time cardiac allografts. *J Heart Lung Transpl.* 1995;14(5):840–845.
55. Del Rizzo DF, Menkis AH, Pflugfelder PW, et al. The role of donor age and ischemic time on survival following orthotopic heart transplantation. *J Heart Lung Transpl.* 1999;18(4):310–315. doi: 10.1016/s1053-2498(98)00059-x
56. Canter C, Naftel D, Caldwell R, et al. Survival and risk factors for death after cardiac transplantation in infants: a multi-institutional study. *Circ J.* 1997;96(1):227. doi: 10.1161/01.cir.96.1.227
57. Keogh MJ, Findlay JM, Leach S, Bowen J. Statin-associated weakness in myasthenia gravis: a case report. *J Med Case Rep.* 2010;4:61. doi: 10.1186/1752-1947-4-61
58. Dickman H, Fletke K, Redfern RE. Prolonged unassisted survival in an infant with anencephaly. *BMJ Case Rep.* 2016;2016:bcr2016215986. doi: 10.1136/bcr-2016-215986
59. Lundberg GD. Sciatica: a Love story. Medscape; 2016.
60. Kogan M, Castillo CC, Barber MS. Chronic Rhinosinusitis and Irritable Bowel syndrome: a case report. *Integr Med (encinitas) J.* 2016;15(3):44–48.
61. BMJ Case Reports. Available from: <http://casereports.bmj.com/site/about/guidelines.xhtml#patientconsent>. Accessed: October 22, 2016.
62. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ.* 1996;312(7023):71. doi: 10.1136/bmj.312.7023.71
63. Califf RM, Robb MA, Bindman AB, et al. Transforming evidence generation to support health and health care decisions. *N Engl J Med.* 2016;375(24):2395e440. doi: 10.1056/NEJMs1610128

64. Wacholder S, Chanock S, Garcia-Closas ME, et al. Assessing the probability that a positive report is false: an Approach for molecular Epidemiology studies. *J Natl Cancer Inst.* 2004;96(6):434–442. doi: 10.1093/jnci/djh075
65. Ioannidis JP. Why most clinical research is not useful. *Plos Med.* 2016;13(6):e1002049. doi: 10.1371/journal.pmed.1002049
66. Buonfrate D, Requena-Mendez A, Angheben A, et al. Severe strongyloidiasis: a systematic review of case reports. *BMC Infect Dis.* 2013;13:78. doi: 10.1186/1471-2334-13-78
67. IOM (Institute of Medicine). *Clinical Practice Guidelines We Can Trust.* Washington, DC: The National Academies Press; 2011.
68. Barrows HS. A taxonomy of problem-based learning methods. *Med Education.* 1986;20(6):481–486. doi: 10.1111/j.1365-2923.1986.tb01386.x
69. Irby DM. Three Exemplary model of case-based teaching. *Acad Med.* 1994;69(12):947–953. doi: 10.1097/00001888-199412000-00003
70. Kiene H, Hamre H, Kienle GS. In support of clinical case reports: a system of causality assessment. *Glob Adv Health Med.* 2013;2(2): 64–75. doi: 10.7453/gahmj.2012.061
71. Hay JE, Wiesner RH, Shorter RG, et al. Primary sclerosing cholangitis and celiac disease. A novel association. *Ann Intern Med.* 1988;109(9):713–717. doi: 10.7326/0003-4819-109-9-713
72. Shamseer L, Sampson M, Bukutu C, et al. Cent group. CONSORT extension for reporting N-of-1 trials (CENT) 2015: explanation and elaboration. *J Clin Epidemiol.* 2016;76:18–46. doi: 10.1016/j.jclinepi.2015.05.018
73. Badalov N, Baradaran R, Iswara K, et al. Drug-induced acute pancreatitis: an evidence-based review. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2007;5(6):548–561. doi: 10.1016/j.cgh.2006.11.023
74. Patsopoulos NA, Analatos AA, Ioannidis JP. Relative citation impact of various study design in the health sciences. *JAMA.* 2005;293:2362–2366. doi: 10.1001/jama.293.19.2362

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

David S. Riley, Address: 2437A NW Overton Street, Portland, OR 97210, USA; Helfgott Research Institute, 2220 SW 1st Ave, Portland, OR 97201, USA; E-mail: dsriley@care-statement.org; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6903-6624>

Melissa S. Barber, ORCID:

Gunver S. Kienle, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9498-5944>

Jeffrey K. Aronson, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1139-655X>

Tido von Schoen-Angerer, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3601-7480>

Peter Tugwell, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5062-0556>

Helmut Kiene, ORCID:

Mark Helfand, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4846-9900>

Douglas G. Altman, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7183-4083>

Harold Sox, ORCID:

Paul G. Werthmann, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1808-7787>

David Moher, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2434-4206>

Richard A. Rison, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6088-8246>

Larissa Shamseer, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3690-3378>

Christian A. Koch, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0678-1242>

Gordon H. Sun, ORCID:

Patrick Hanaway, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7788-783X>

Nancy L. Sudak, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7393-1338>

Marietta Kaszkin-Bettag, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6515-2780>

James E. Carpenter, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3890-6206>

Joel J. Gagnier, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3162-3935>