

Оформление отчета о клиническом случае на основе международных рекомендаций

Е.О. Куневич¹, М.А. Михалева², С.В. Волошин^{1,3}, В.О. Полякова^{1,4}, С.М. Алексеев^{1,4,5}

¹ ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница»; Россия, 194291, г. Санкт-Петербург, пр. Луначарского, д. 45, корп. 2

² ФГБУ «Российский научно-исследовательский институт гематологии и трансфузиологии ФМБА России»; Россия, 191024, г. Санкт-Петербург, ул. 2-я Советская, д. 16

³ ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации; Россия, 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6

⁴ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»; Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9

⁵ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, 197758, г. Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, д. 68

Контактное лицо: Куневич Евгений Олегович, e-mail: kunevich17@gmail.com

Аннотация

Введение. Ежегодно в мировой медицинской литературе публикуются десятки тысяч статей, посвященных описанию клинических наблюдений или серии случаев. Однако отсутствие единых требований подготовки публикаций, разные правила для авторов в медицинских журналах могут приводить к неполному представлению медицинской информации, снижению прозрачности отчетности и затруднять критическую оценку представленных наблюдений.

Цель обзора: анализ требований основных международных руководств, регламентирующих подготовку клинических случаев в медицинских научных журналах.

Материалы и методы. Проведен структурированный поиск статей, представленных на сайте EQUATOR и в PubMed, посвященных рекомендациям по представлению клинических случаев.

Результаты. Проанализированы актуальные рекомендации по отчетности о клинических случаях в клинической медицине (CARE), хирургии (SCARE)

и радиологии (CARE-radiology). Рассмотрены структура и содержание контрольных перечней, особенности оформления основных разделов публикации, требования к документированию медицинских данных. Представлены примеры обработки изображений пациентов и методы достижения анонимности, продемонстрирована возможность графической визуализации течения заболевания с использованием хронологической шкалы.

Заключение. Таким образом, следование требованиям CARE и другим производным рекомендациям будет способствовать стандартизации подготовки отчетов о клинических наблюдениях, улучшению качества описания клинических случаев, повышению полноты и прозрачности публикации, их воспроизводимости. Представленный обзор может служить практическим руководством для авторов, рецензентов и редакторов медицинских журналов при подготовке, экспертной оценке и публикации клинических случаев.

Ключевые слова: клинический случай, методические рекомендации, доказательная медицина, терапия, хирургия, радиология

Для цитирования: Куневич Е.О., Михалева М.А., Волошин С.В., Полякова В.О., Алексеев С.М. Оформление отчета о клиническом случае на основе международных рекомендаций. *Медицина будущего*. 2026;1(2):54–69. <https://doi.org/10.67666/3033-9057-2026-1-2-54-69>

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: авторы заявляют об отсутствии финансирования исследования.

Дата поступления 12.08.2026

Доработка 18.08.2026

Публикация статьи 04.09.2026

Writing a clinical case report based on international guidelines

Evgenii O. Kunevich¹, Maria A. Mikhaleva², Sergey V. Voloshin^{1,3}, Victoria O. Polyakova^{1,4},
Sergey M. Alekseev^{1,4,5}

¹ Leningrad Regional Clinical Hospital; 45 Lunacharskogo Ave., bldg. 2, St. Petersburg, 194291, Russian Federation,

² Russian Research Institute of Hematology and Transfusiology; 16 2nd Sovetskaya str., St. Petersburg, 191024, Russian Federation

³ Military Medical Academy named after S.M. Kirov; 6 Academician Lebedeva str., St. Petersburg, 194044, Russian Federation

⁴ St. Petersburg State University; 7–9 Universitetskaya Embankment, St. Petersburg, 199034, Russian Federation

⁵ National Medical Research Center of Oncology named after N.N. Petrov; 68 Leningradskaya str., Pesochny village, 197758, Saint Petersburg, Russian Federation

Contact person: Evgenii Olegovich Kunevich, e-mail: kunevich17@gmail.com

Abstract

Introduction. Over 10,000 of articles describing clinical cases or case series are published annually in the medical journals world-wide. However, the lack of unified requirements for manuscript preparation and varying author guidelines across medical journals often result in incomplete presentation of clinical information, reduced transparency in reporting, and substantial challenges in critically appraising the presented observations.

Objective. This review aimed to analyze the requirements of the major international guidelines that govern the reporting of clinical cases in peer-reviewed medical journals.

Materials and methods. A structured literature search was conducted in the EQUATOR Network website and the PubMed database to identify articles addressing recommendations for clinical case reporting.

Results. The current reporting guidelines for clinical cases in general clinical medicine (CARE), surgery

(SCARE), and radiology (CARE-radiology) were systematically reviewed. We examined the structure and content of the checklists along with specific requirements for formatting the core sections of the publication and documenting medical data. Moreover, we presented practical examples of patient image processing and methods for achieving anonymization. The utility of graphical visualization of disease trajectories, specifically through the use of a chronological timeline, is also demonstrated.

Conclusion. Adherence to the CARE statement and CARE-based guidelines will promote standardization in the preparation of clinical case reports, improve the quality of case descriptions, enhance the completeness and transparency of published reports, and facilitate their reproducibility. This review may serve as a practical reference for authors, peer reviewers, and journal editors in the preparation, critical evaluation, and publication of clinical case reports.

Keywords: clinical case report, clinical case reporting guidelines, evidence-based medicine, internal medicine, surgery, radiology

Для цитирования: E.O. Kunevich, M.A. Mikhaleva, S.V. Voloshin, V.O. Polyakova, S.M. Alekseev. Writing a clinical case report based on international guidelines. *The Future of Medicine*. 2026;1(2):54-69.

<https://doi.org/10.67666/3033-9057-2026-1-2-54-69>

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interests.

Financing: the authors declare that no funding was received for study.

Received 12.08.2026

Revised 18.08.2026

Accepted 04.09.2026

ВВЕДЕНИЕ

Доказательная медицина — это концептуальный подход к принятию медицинских решений, предполагающий интеграцию лучших доступных научных данных, клинического опыта врача, индивидуальных особенностей и предпочтений пациента [1, 2]. К основным положениям концепции доказательной медицины относят: 1) приоритетность науки, которая ставится выше личного опыта врача; 2) иерархию доказательств, ранжирующую медицинские исследо-

вания по дизайну и силе доказательств, где высшую степень занимают систематический обзор и мета-анализ [3, 4] (рис. 1).

Клинические случаи или серии случаев традиционно располагаются у основания пирамиды доказательств (рис. 1), однако их значение в современной медицине не ограничивается низким уровнем доказательности. В отличие от рандомизированных клинических исследований, направленных на проверку заранее сформулированных гипотез, клинические



Рис. 1. Пирамида доказательств. Рисунок адаптирован авторами из источника [5]
Fig. 1. Hierarchy of evidence pyramid. The figure was adapted by the authors from [5]

случаи нередко становятся первым источником информации о ранее неизученных заболеваниях, нетипичных проявлениях известных патологий, редких осложнениях, новых нежелательных реакциях лекарственных препаратов или потенциально эффективных подходах к лечению. Таким образом, они служат отправной точкой формирования гипотез и проведения последующих наблюдательных и экспериментальных исследований.

Описание клинического случая (Case Report) — это детализированный отчет о диагностике и лечении одного или нескольких пациентов. Подобные публикации позволяют описывать новые заболевания, нестандартные клинические проявления, непредвиденные лечебные эффекты (как благоприятные, так и нежелательные), способствуют более глубокому пониманию патогенеза заболеваний и сохраняют важную роль в медицинском образовании. Кроме того, клинические случаи могут способствовать формированию новых научных гипотез, демонстрируют особенности клинического мышления врача и способны отражать нестандартные диагностические или лечебные решения, представляющие практический интерес для профессионального сообщества [6].

Вместе с тем образовательная и научная ценность клинического случая определяется не только его уникальностью, но и качеством представления информации. Для того чтобы наблюдение было правильно интерпретировано читателями и могло быть сопоставлено с опубликованными данными, автор должен четко обосновать клиническую значимость

случая, подробно представить диагностический поиск, лечебную тактику и исход заболевания. Кроме того, отчеты о клинических случаях создают основу для обучения на реальных примерах, способствуют развитию клинического мышления и позволяют сравнивать особенности оказания медицинской помощи и медицинского образования в различных странах и системах здравоохранения.

Однако практическая ценность опубликованных клинических случаев существенно снижается при неполном или непоследовательном представлении информации. При отсутствии единых требований к подготовке рукописей многие публикации характеризуются недостаточной полнотой представления клинических данных, отсутствием важных сведений о диагностическом процессе, лечении, динамике состояния пациента и обосновании принятых клинических решений, что снижает прозрачность, воспроизводимость и образовательную ценность подобных сообщений [7, 8]. Необходимость повышения качества и стандартизации таких публикаций [9] привела к разработке руководства по составлению клинических отчетов на основе консенсуса — **рекомендациям CARE (CAse REport)** [10, 11], определяющих структуру, содержание и ключевые принципы таких публикаций. Соблюдение настоящих рекомендаций способствует более полному и точному представлению клинической информации, повышает прозрачность отчетов, облегчает критическую оценку опубликованных наблюдений и повышает их научную и образовательную ценность.

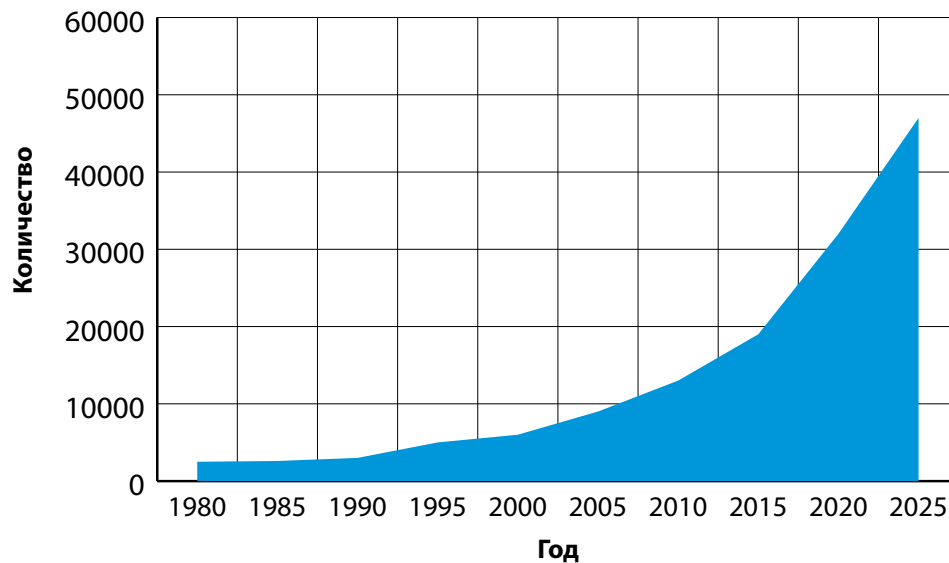


Рис. 2. Количество опубликованных клинических случаев в PubMed/MEDLINE с 01.01.1980 по 01.07.2026
Fig. 2. Number of published clinical cases in PubMed/MEDLINE from 01 January 1980 to 01 July 2026

В эпоху бурного развития технологий искусственного интеллекта (ИИ) и широкого распространения инструментов генеративного анализа медицинской литературы значение качественно подготовленных клинических случаев приобретает дополнительную актуальность. Современные языковые модели и системы ИИ анализируют и обобщают уже опубликованные данные, в то время как клинические случаи служат новым источником уникальной клинической информации. Именно в таких публикациях порой можно почерпнуть нестандартные подходы к диагностике и лечению, документировать ранее неизвестные заболевания и состояния. И тем не менее, несмотря на активное использование ИИ, актуальность публикаций клинических случаев только растет. Так, при создании поискового запроса в PubMed («case report*» [MeSH Terms] OR «case report*» [Title/Abstract]) AND (1980/1/1:2026/7/1[pdat]) система находит 572 730 публикаций типа case report, причем их количество с течением времени существенно увеличивается (рис. 2).

Цель настоящей статьи — представить современный алгоритм подготовки и оформления отчета о клиническом случае на основании международных рекомендаций CARE, принципов доказательной медицины, публикационной этики и требований ведущих медицинских журналов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Структурированный поиск проводили в электронной базе данных PubMed/MEDLINE. Цель поиска состояла в выявлении международных рекомендаций по подготовке и оформлению клинических случаев, а также исследований, оценивающих качество их представления в медицинских журналах.

Процесс поиска осуществляли в период с 01.07.2026 по 17.07.2026. Поисковый запрос был проведен за период с 01.01.2013 по 30.06.2026. Ограничение по начальному году было обусловлено датой выхода первых рекомендаций по подготовке клинических случаев.

Поиск состоял из трех независимых стратегий (этапов).

1. На первом этапе просматривали все актуальные рекомендации по представлению клинических случаев, размещенные на сайте сети EQUATOR (Enhancing the **QUAL**ity and **TRAN**sparency **OF** health **RE**search) — международной инициативы, направленной на повышение достоверности и ценности публикуемой научной литературы в области здравоохранения [12].

2. Вторая поисковая стратегия была ориентирована на поиск статей, оценивающих качество опубликованных клинических случаев и степень их соответствия международным рекомендациям. Поисковый запрос был составлен с учетом использования терминологии MeSH (Medical Subject Headings) и логических операторов: («Case Report*» [MeSH] OR «Case Reports» [Publication Type] OR «case report*» [Title/Abstract] OR «clinical case*» [Title/Abstract] OR «case stud*» [Title/Abstract] OR «case series» [Title/Abstract]) AND (guideline*[Title/Abstract] OR recommendation*[Title/Abstract] OR statement*[Title/Abstract] OR consensus[Title/Abstract] OR «consensus statement*» [Title/Abstract] OR «reporting guideline*» [Title/Abstract] OR «reporting standard*» [Title/Abstract] OR «reporting checklist*» [Title/Abstract] OR «checklist*» [Title/Abstract] OR extension[Title/Abstract] OR «explanation and elaboration» [Title/Abstract]) AND («reporting quality» [Title/Abstract] OR

«quality of reporting» [Title/Abstract] OR «reporting completeness» [Title/Abstract] OR «completeness of reporting» [Title/Abstract] OR «instructions to authors» [Title/Abstract] OR «author instructions» [Title/Abstract]) AND («2013/01/01» [Date — Publication]: «2026/12/31» [Date — Publication]). Поиск выявил 158 публикаций. Были оценены названия и аннотации всех найденных статей на предмет соответствия теме исследования. В список литературы включили наиболее релевантные работы.

3. На третьем этапе выполняли ручной поиск литературы, включая анализ списков литературы публикаций, отобранных на предыдущих этапах. Дополнительно в обзор включали некоторые фундаментальные работы, имеющие историческое значение, а также иные нормативные документы, связанные с основной темой исследования. Из списка литературы исключали все публикации, посвященные описанию клинических случаев без обсуждения методологии их подготовки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Контрольный список CARE 2013

Рекомендации CARE разработаны международной группой экспертов в соответствии с требованиями руководства по представлению результатов медицинских исследований [13] для повышения точности, прозрачности и полезности отчетов о клинических случаях. Впервые рекомендации в виде контрольного списка были представлены в 2013 г. на английском языке [10], позже переведены на 10 языков, в том числе на русский [14].

Рекомендации CARE имеют классическую структуру, состоящую из 13 разделов с суммарным количеством 30 пунктов (табл. 1).

Общие требования руководства CARE

1. Название. В названии статьи должно использоваться словосочетание «клинический случай» или «клиническое наблюдение» (case report или case study), а также основные явления или тезисы, представляющие наибольший интерес (чаще всего диагноз, метод воздействия или результат анализа или вмешательства). Заголовок должен быть кратким, корректным, согласованным и точно определять тему статьи. Рукопись должна быть индексирована как клинический случай или клиническое наблюдение.

2. Ключевые слова. В ключевых словах должно быть указано 2–5 терминов, характеризующих клинический случай, в том числе само словосочетание «клинический случай» или «клиническое наблюдение» как одно из ключевых слов. Для выбора ключевых слов желательно использовать русскую версию тезауруса предметных медицинских рубрик MeSH, доступную по ссылке: <https://rusmed.rucml.ru/rusmed/> (дата обращения 10.07.2026), которая

ежегодно актуализируется синхронно с американской версией MeSH: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> (дата обращения 10.07.2026). Индексация отечественных статей с помощью MeSH позволяет ученым и врачам со всего мира находить исследования, опубликованные в российских журналах. Благодаря английской версии зарубежные пользователи могут привычным образом искать русскоязычную литературу.

3. Аннотация — это краткое резюме, отражающее основную идею, цель, методы и результаты исследования. Цель написания аннотации состоит в первичном ознакомлении читателя с содержанием работы и ее сути. Помогает ответить на вопрос, стоит ли читать основной текст статьи. Второй важной функцией аннотации является поисковая, которая заключается в индексации в основных электронных научных базах данных (Web of Science, Scopus, РИНЦ). Объем аннотации обычно составляет от 100 до 250 слов. Корректно составленная аннотация помогает быстро находить статью через поиск по ключевым словам. Рекомендуется использовать структуру аннотации, содержащую три раздела: введение (**3a**), описания клинического случая (клиническая картина — **3b**, основной диагноз, лечение и исходы — **3c**) и заключение (**3d**).

4. Введение — это вступительный раздел статьи, который вводит читателя в курс дела, обосновывает выбор темы и доказывает ее научную актуальность. Для ознакомления читателей с темой исследования рекомендуется приводить ссылки на наиболее релевантные и значимые исследования в данной области, однако более подробное обсуждение всех исследований предпочтительно приводить в разделе «Обсуждение». Рекомендуется во всех отчетах, написанных в соответствии с рекомендациями CARE, указывать следующее утверждение: «Отчет о клиническом случае составлен в соответствии с рекомендациями CARE» с указанием ссылки на соответствующие рекомендации. Другим обязательным условием является указание цели. Цель формулируется в одном предложении и показывает, каких результатов достигает автор. Обычно введение заканчивают кратким изложением клинического случая в 1–3 предложениях, в котором указывают основной вопрос или существующий пробел в знаниях, важность данного случая [15].

5. Информация о пациенте. Непосредственное описание клинического наблюдения начинается с указания обезличенной демографической информации (**5a**): возраст, пол, раса, этническая принадлежность. К персональной информации, которую не следует указывать в отчете о случае, относятся:

- фамилия, имя, отчество, в том числе имя пользователя/никнейм в социальных сетях;
- указание дат, включая дату рождения, дату поступления и/или выписки, дату смерти;
- адрес проживания и любую иную географическую информацию;

Табл. 1. Контрольный список вопросов, необходимых для написания клинического случая в соответствии с рекомендациями CARE 2013 [10]

Table 1. Checklist for writing a clinical case in accordance with the 2013 CARE guidelines [10]

Раздел	Пункт	Описание пунктов списка	Страница
Название	1	Слова «клинический случай» или «клиническое наблюдение» должны быть использованы в названии	
Ключевые слова	2	От двух до пяти ключевых слов, определяющих затрагиваемые области в случае	
Аннотация	3a	Введение: в чем уникальность этого случая? Что он привносит медицине?	
	3b	Основные симптомы у пациента и важные клинические проявления	
	3c	Основной диагноз, проведенное лечение и результаты лечения	
	3d	Заключение: каковы основные уроки, извлеченные из этого клинического случая?	
Введение	4	Один-два абзаца, кратко описывающих уникальность данного случая, со ссылками	
Информация о пациенте	5a	Обезличенная демографическая и другая специфическая информация о пациенте	
	5b	Основные жалобы и симптомы у пациента	
	5c	Анамнез жизни, семейный анамнез, психосоциальные факторы, релевантная генетическая информация	
	5d	Значимые предыдущие лечебные вмешательства и их результат	
Клинические проявления	6	Опишите релевантные данные физикального осмотра и другие важные клинические проявления	
Хронология	7	Историческая и текущая информация по данному эпизоду лечения, представленная в виде хронологической таблицы (рисунок или таблица)	
Диагностические исследования	8a	Диагностические методы (лабораторные тесты, лучевая диагностика, опрос и т.д.)	
	8b	Трудности в диагностике (доступ, финансовые или культурные ограничения)	
	8c	Диагноз, включая дифференциальный диагноз и все сопутствующие состояния	
	8d	Прогностические факторы (такие, как стадия в онкологии), если применимо	
Проведенное лечение	9a	Типы лечебного воздействия (фармакологические, хирургические, профилактические, самопомощь и др.)	
	9b	Виды лечебного вмешательства (дозировка, интенсивность, длительность)	
	9c	Если лечение было изменено — описание смены с обоснованием	
Контрольные посещения	10a	Результаты лечения с точки зрения врача и с точки зрения пациента (когда уместно)	
	10b	Важные повторные диагностические исследования и другие результаты	
	10c	Приверженность лечению и переносимость терапии. (Как проводилась оценка?)	
	10d	Побочные и неожиданные эффекты	
Обсуждение	11a	Научное обсуждение преимуществ и недостатков терапевтического подхода, описанных в данном клиническом случае	
	11b	Обсуждение медицинской литературы по данной теме	
	11c	Научное обоснование всех сделанных выводов (включая оценку возможных причин)	
	11d	Важнейшие выводы, извлеченные из этого клинического случая	
Точка зрения пациента	12	Пациент может поделиться своим мнением о проведенном лечении	
Информированное согласие	13	Отметьте, дал ли пациент информированное согласие? Пожалуйста, предоставьте по запросу	

- номера телефонов, факсов, адреса электронной почты;
- персональные идентификационные номера (например, номер медицинского полиса, номер медицинской карты и др.);
- веб-адреса (URL) и IP-адреса;
- биометрические идентификаторы, фотографии и изображения (без специального дополнительного разрешения или постобработки [16]);
- другие уникальные, идентификационные характеристики или коды.

Далее подробно описываются основные жалобы и симптомы пациента (**5b**). Указывается время возникновения и динамика развития симптомов, их интенсивность (например, с использованием визуально-аналоговой шкалы), локализация, связь с провоцирующими событиями, методы купирования. При возможности необходимо указывать собственное описание пациента об основных жалобах, побудивших его обратиться к врачу.

Следующим этапом идет детальное описание анамнеза жизни и других видов анамнеза (**5c**):

- перинатальный анамнез (течение беременности у матери, сроки родов, оценка по шкале Апгар и др.);
- история жизни пациента (период детства и юности, психосоциальное и физическое развитие);
- образ жизни (качество и длительность сна и бодрствования, вредные привычки, интоксикации, питание, диета, половая жизнь);
- психосоциальный анамнез (уровень стресса, депрессивные состояния, наличие опекунов);
- семейный анамнез и наследственная отягощенность (наличие сиблингов, детей, хронических соматических заболеваний, злокачественных новообразований, наследственных болезней, задокументированное носительство генетических полиморфизмов);
- инфекционный анамнез (социально значимые инфекции, вакцинальный статус, контакт с инфекционными больными и т.д.);
- трансфузиологический анамнез (группа крови пациента, трансфузии и донорство крови, посттрансфузионные реакции);
- гинекологический анамнез (возраст менархе, регулярность и длительность менструального цикла, прием гормональных препаратов, менопауза, гинекологические заболевания);
- акушерский анамнез (количество беременностей, родов, аборт, выкидышей, замерших беременностей, осложнения предыдущих беременностей);
- профессиональный анамнез и факторы окружающей среды (профессиональная вредность, проживание в эндемичной зоне);
- страховой анамнез (работает ли пациент, наличие группы инвалидности);
- аллергологический анамнез (непереносимость лекарств и другие виды аллергии, тип аллергических проявлений). Указывать нужно только те

сведения, которые значимы для данного клинического случая. Последним пунктом описываются значимые предыдущие лечебные вмешательства и их результат (5d), которые являются совокупностью фармакологического (какие препараты пациент принимает на постоянной основе, дозировка, режим и способ введения) и хирургического видов анамнеза (даты и названия операций, наличие имплантов, эндопротезов, кардиостимулятора и др.). В данном пункте обязательно указывается достигнутый эффект на том или ином виде лечения.

6. Клинические проявления. Далее описываются результаты физикального осмотра. Следует упомянуть только те данные, которые имеют отношение к описываемому наблюдению. Для наглядности могут быть представлены обезличенные фотографии (рис. 3) [16]. Если данные физикального обследования обширны, их можно представить в виде сводной таблицы или рисунка.

7. Хронология. Для наглядности ключевые события и исходы можно представить в виде хронологической таблицы или рисунка, основным элементом которого служит временная шкала (рис. 4). К данным событиям можно отнести: симптомы, жалобы, диагностические обследования, вмешательства, результаты и последующее наблюдение. Все события следует излагать в той последовательности, в которой они выполнялись хронологически. Допускается использование клинически значимых временных интервалов, относительных дат и обезличенной хронологии. Точные календарные даты приводятся только при наличии оснований, информированного согласия и отсутствии риска идентификации пациента.

8. Диагностические исследования. Описываются все имеющие значение к данному случаю диагностические исследования: лабораторные, инструментальные, гистологические, результаты опросников, заключения специалистов и др. методы исследования (**8a**) с указанием даты выполнения, используемого оборудования и реактивов, референсных интервалов, если применимо. Не стоит игнорировать отрицательные результаты лабораторных исследований. Обязательно уточняются диагностические процедуры, которые не были выполнены (**8b**) в силу объективных причин (технические, культурные, финансовые, религиозные и т.д.). На основании собранных данных должен быть сформулирован окончательный клинический диагноз, составленный в соответствии с актуальной версией международной классификации болезней (**8c**). Диагноз должен включать рубрики «Основное заболевание», «Осложнения основного заболевания» и «Сопутствующие заболевания» [17]. Обязательно следует привести подробный дифференциальный диагноз, аргументировать, на основании каких данных были исключены эти заболевания, привести ссылки на литературные источники, подтверждающие или

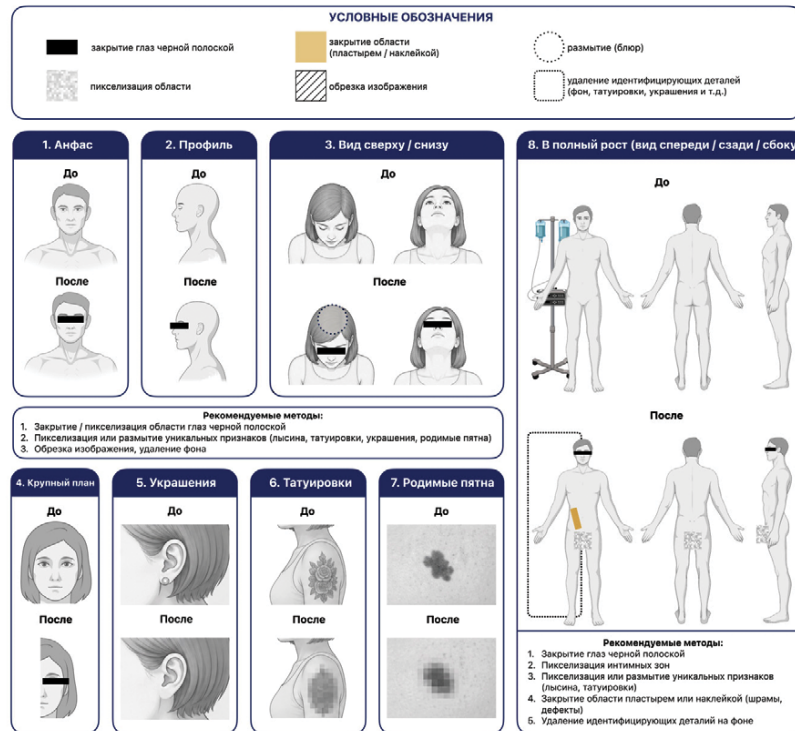


Рис. 3. Документирование изображений пациента и методы достижения анонимности. Дизайн изображения разработан с помощью генеративного ИИ ChatGPT (OpenAI). Рисунок создан во Freeform (Apple Inc.) с использованием изображений BioRender (URL: www.biorender.com; Канада)

Fig. 3. Patient image documentation and anonymization methods. The image design was developed with the assistance of the generative artificial intelligence tool ChatGPT (OpenAI). The figure was created using Freeform (Apple Inc.) and incorporated graphic elements from BioRender (URL: www.biorender.com; Canada).

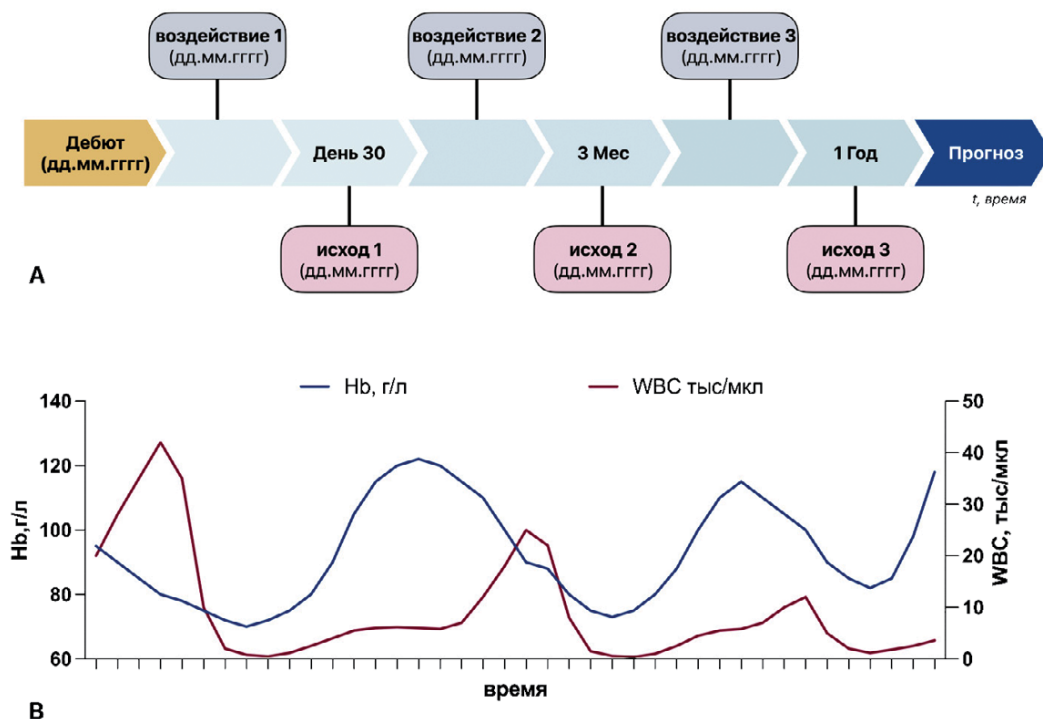


Рис. 4. Хронологическая шкала (А) и динамика изменения основных лабораторных параметров (В). Данные носят иллюстративный характер и не являются реальными клиническими показателями пациента

Fig. 4. Timeline (A) and key laboratory parameters dynamics (B). The data are for illustrative purposes only and do not represent actual clinical parameters

Табл. 2. Описание терапевтического воздействия
Table 2. Description of therapeutic effects

Общие требования	Фармакотерапия (безрецептурные и рецептурные ЛС)	БАДы и фитопрепараты	Рекомендации по изменению образа жизни (ЛФК, физ. активность)
<i>Характеристика воздействия:</i> опишите тип лечебного или профилактического вмешательства, клинические показания к его назначению и непосредственное содержание самой манипуляции	<i>Номенклатура и режим:</i> укажите МНН активных веществ, точный режим дозирования (разовую и суточную дозы, кратность и пути введения), а также общую продолжительность терапии. <i>Жидкие лекарственные формы:</i> при использовании растворов для инфузий, инъекций или перорального приема (сиропы, суспензии) обязательно фиксируйте точную концентрацию действующего вещества в единице объема. <i>Торговые наименования:</i> при необходимости (например, при оценке биозэквивалентности или специфических побочных эффектов конкретного бренда) приводите коммерческое название препарата и данные о его производителе	<i>Состав и дозирование:</i> детально опишите качественный и количественный состав ингредиентов, а также схему их применения. <i>Растительное сырье:</i> при использовании лекарственных растений обязательно укажите их полное ботаническое название на латыни (бинарную номенклатуру), используемые части растения (корень, листья, плоды), а также точное количество растительного вещества или его стандартизированных экстрактов. <i>Производитель:</i> если это имеет значение для воспроизводимости исследования, указывайте торговую марку и компанию-производителя	Параметры нагрузок: подробно структурируйте параметры физических упражнений или двигательной активности по принципу FITT : 1) <i>частота (frequency)</i> — регулярность и количество занятий в неделю; 2) <i>интенсивность (intensity)</i> — уровень нагрузки (например, по шкале Борга, ЧСС или в в процентах от однократного максимума); 3) <i>время (timing)</i> — длительность одного занятия и время его проведения; 4) <i>тип (type)</i> — конкретный вид активности (аэробные, силовые нагрузки, упражнения на гибкость)

Примечание: БАД — биологически активная добавка, ЛС — лекарственное средство, ЛФК — лечебная физическая культура, МНН — международное непатентованное наименование.

опровергающие основные диагностические гипотезы. Завершается диагностический блок оценкой прогностических факторов (**8d**). Обязательно указывается стадия процесса (например, по системе TNM для онкологических пациентов), количество баллов и группа риска в соответствии с рекомендуемыми прогностическими калькуляторами для конкретного заболевания.

9. Проведенное лечение. Описание лечебного воздействия должно быть предельно конкретным и воспроизводимым (**9a**). С целью повышения точности, прозрачности и реплицируемости сложных, редких или инновационных вмешательств рекомендуется использовать контрольный список и руководство по шаблону описания и воспроизведения вмешательств TIDieR (Template for Intervention Description and Replication) [18]. Необходимо кратко аргументировать выбор того или иного вида вмешательства, однако более подробное обоснование лучше описывать в разделе «Обсуждения». В заключение указываются меры по самопомощи, рекомендации по коррекции образа жизни, диете и самостоятельному мониторингу состояния, которые пациент должен выполнять дома.

Характеристика вида лечебного воздействия (**9b**) имеет регламентированный формат [18] (табл. 2).

Если первоначальное лечение не принесло ожидаемых результатов, развилась резистентность, возникли серьезные осложнения, авторам следует аргументировать предпосылки изменения лечебной тактики (**9c**). Описывается отмена неэффективного препарата, замена его на средство второй линии, коррекция дозировок или проведение повторно-

го, более радикального вмешательства, а также фиксируется клинический ответ на эти изменения. Обосновывается план дальнейшего обследования и лечения больного.

10. Контрольные посещения. В соответствии с рекомендациями CARE необходимо сообщать об объективных и субъективных результатах лечения на протяжении всего периода наблюдения (**10a**). К объективным результатам относят параметры, фиксируемые врачом, такие как: лабораторные биомаркеры, данные физикального обследования, инструментальные исследования, результаты опросников. Подтверждением эффективности используемого метода лечения является повторное проведение диагностического исследования (**10b**). В тексте последовательно описываются изменения лабораторных анализов, особое внимание уделяется лучевым методам диагностики, которые довольно точно отражают динамику патологического процесса (регресс очагов, изменение перфузии тканей и др.).

Рекомендуется описывать приверженность пациента к лечению (**10c**), а также методы оценки приверженности (амбулаторные визиты, телефонный контакт, ведение дневника, электронное анкетирование). При возникновении фиксируются любые нежелательные и/или непредвиденные реакции, связанные с лечением (**10d**). В тексте подробно излагается хронология этих событий, степень их тяжести, связь с лечебным воздействием, предпринятые медицинские меры: назначение сопроводительной терапии, необходимость снижения интенсивности основного лечения или временное прекращение терапии.

11. Обсуждение — это анализ полученных исследователями сведений в контексте ранее опубликованной информации. В данном разделе авторам стоит привести аргументы уникальности описываемого клинического наблюдения, обосновать выбор метода воздействия, привести научные данные, характеризующие преимущества и недостатки используемых методов лечения (**11a**). Следует подчеркнуть не только положительные результаты ведения пациента, но и недостатки оказанной медицинской помощи. Каждое утверждение, за исключением тех, что содержат общеизвестные факты, должно сопровождаться ссылками на источники информации (**11b**).

При анализе результатов клинического случая не стоит ограничиваться доводами в пользу выбранной тактики лечения — необходимо последовательно представлять альтернативные клинические решения и их строгое патогенетическое обоснование. В рамках научной дискуссии авторами цитируются источники, которые не только поддерживают, но и оспаривают первоначальные диагностические или лечебные гипотезы. В завершение данного блока приводится развернутый патофизиологический анализ возможных причин тех или иных исходов заболевания, что позволяет объективно оценить взаимосвязь между терапевтическим воздействием и ответом организма пациента (**11c**). Раздел завершается краткими основными выводами, сделанными на основе анализа конкретного случая (**11d**).

12. Точка зрения пациента. По возможности и при наличии соответствующих обстоятельств следует предоставить точку зрения пациента или его законного представителя относительно эффективности лечения, мотивации обращения за медицинской помощью. Пациент описывает бремя болезни, изменения, связанные с вмешательством, влияние лечения на качество жизни — это и многое другое может стать предметом профессионального анализа как со стороны самих авторов, так и врачебного сообщества.

Пациент может стать соавтором статьи (при соблюдении 4 критериев авторства, согласно рекомендациям ICMJE [19]), что, однако, потребует получения от него дополнительного согласия в связи с потерей анонимности.

13. Информированное согласие. С целью фиксации юридической и этической прозрачности статьи следует получить подписанное согласие пациента на написание и публикацию отчета о случае. В исключительных случаях, когда пациент не может дать согласие, оно может быть получено от законного представителя или близкого родственника. В случае несовершеннолетних детей согласие на публикацию дает опекун [3]. Необходимо четко указать на то, что пациент добровольно и осознанно подписал письменное информированное согласие на публикацию данного клинического случая и сопутствующих медицинских изображений в научном журнале. Если получить согласие невозможно, сле-

дует указать, что для этого были предприняты все возможные попытки.

Документы, регламентирующие порядок составления отчета о хирургических случаях

Рекомендации по составлению отчетов о хирургических случаях — **SCARE (Surgical CAse REport)** впервые были опубликованы в 2016 г. [20]. Последнее обновление рекомендаций состоялось в 2025 г. в связи с активным использованием ИИ во всех сферах здравоохранения [21].

Рекомендации SCARE имеют структуру, аналогичную контрольному списку CARE, однако содержат некоторые изменения и дополнительные пункты. В частности, рекомендуется использовать от трех до шести ключевых слов (**2**). Согласно третьему пункту (**3**) — ключевые моменты (highlights) авторам следует включать от трех до пяти тезисов, описывающих основные результаты исследования, их клиническую значимость и любые проведенные проверки.

Пятый пункт (содержит подпункты **5a–5f**) включен в рекомендации с целью повышения прозрачности при использовании алгоритмов ИИ. Авторам необходимо декларировать применение ИИ. В том случае, если ИИ не использовался, следует переходить к пункту 6. Рекомендуется четко указывать, почему был применен ИИ (**5a**) и на каких этапах процесса подготовки статьи (планирование, написание, редактирование, создание рисунков). В этом же блоке исследователи официально подтверждают, что полностью берут на себя ответственность за целостность и достоверность всего созданного или измененного ИИ контента. Далее фиксируются технические параметры инструмента (**5b**): название модели, разработчик, версия/дата, дата использования, а также настройки модели (длина промпта, используемые плагины, температура, другие параметры тонкой настройки) и тип развертывания — локальный или через облачный API. Затем раскрываются категории данных, которые передавались алгоритмам (текстовые описания, обезличенные снимки или аннотации к литературным источникам) (**5c**). Описание процесса верификации полученного результата (**5d**) строго регламентировано. Указываются авторы, осуществлявшие надзор и рецензирование каждого результата работы ИИ, подробно описывается процесс проверки фактов и клинической точности. Авторы фиксируют, какие элементы сгенерированного текста или изображений были отредактированы или удалены, а также открыто признают фундаментальные ограничения использованных моделей. В завершение описываются этические и регуляторные моменты (**5e**). Рекомендуется указать шаги, предпринятые для выявления и смягчения алгоритмической предвзятости (например, кросс-валидация данных по малопредставленным группам пациентов), подтверждающие соблюдение этических норм и заявляют об отсутствии финансовой связи с разработчиками ИИ. Для обеспечения полной

прозрачности и воспроизводимости результатов (5f) приводятся точные промпты или фрагменты кода. Если применимо, указываются репозитории, гиперссылки или цифровые идентификаторы (DOI), через которые независимые исследователи могут получить доступ к сгенерированным ИИ артефактам для точной репликации запросов.

Вступление (6) в целом имеет те же требования, что и в рекомендациях CARE, но в отличие от них разбито на три подпункта: «Введение» (6a), «Обоснование» (6b), «Рекомендации и литература» (6c). Также в сравнении с CARE рекомендации SCARE выделяют отдельный пункт — «Ссылка на руководство» (7), согласно которому в тексте необходимо процитировать актуальную публикацию SCARE. Пункты «Хронология» (8), «Информация о пациенте» (9a–9e), «Клинические проявления» (10) и «Диагностические исследования» (11a–11d) соответствуют таковым в рекомендациях CARE, но с некоторыми особенностями и дополнениями, присущими описанию пациентов хирургического профиля. Пункт «Проведенное лечение» (12) состоит из 6 подпунктов: «Предоперационная оптимизация пациента» (12a), «Хирургическое вмешательство» (12b), «Подробная информация о вмешательстве» (12c), «Сведения об операторе» (12d), «Отклонения от первоначальной лечебной тактики» (12e). Подробное описание каждого подпункта исключено из текста ввиду их узкой специфичности, основные нормативные критерии представлены в чек-листе SCARE 2025 [21].

Пункты «Контрольные посещения» (13a–13d) и «обсуждение» (14a–14d) соответствуют аналогичным пунктам CARE. Дополнительно введены пункты 15 «Сильные стороны» (15a) и «Ограничения» (15b). В финальном блоке статьи раскрываются ключевые организационные и академические аспекты работы (18). Для наглядной демонстрации клинического случая статья сопровождается исчерпывающим массивом визуальных данных, отражающих статус пациента до, во время и после хирургического вмешательства — пункт «Клинические изображения и видео» (19). В структуру публикации могут быть интегрированы аннотированные рентгенологические и гистопатологические снимки, интраоперационные фотографии. При необходимости авторы могут предоставить ссылку на видеозапись оперативного вмешательства в облачном хранилище или специализированном хостинге. Все медиафайлы снабжаются емкими подписями и визуальными маркерами (стрелки, указатели).

Серия клинических случаев — это наблюдательное исследование, в котором в течение определенного периода времени отслеживается определенная группа пациентов со схожим заболеванием или воздействием/вмешательством с целью изучения их характеристик и результатов в отсутствие контрольной группы [22]. Для улучшения качества представления данных в сериях хирургических случаев и, следова-

тельно, повышения их достоверности в 2016 г. были разработаны рекомендации **Preferred Reporting Of Case Series in Surgery (PROCESS)** — рекомендации по представлению результатов клинических случаев в хирургии [23]. После внедрения рекомендаций PROCESS было отмечено улучшение качества представления результатов серий хирургических случаев на 5 % [24]. В 2025 г. представлена актуальная версия рекомендаций [25].

В отличие от SCARE, ориентированного на уникальность одного пациента, рекомендации PROCESS фокусируются на анализе выборки, обязывая авторов представлять обобщенные клинические результаты. Статья, написанная в соответствии с рекомендациями PROCESS, имеет классическую формальную структуру в соответствии с требованиями IMRAD [26]. Указываются цели и задачи исследования во введении (6), методы исследования (дизайн исследования, характеристика выборки, критерии включения и исключения, методы описательной статистики и анализа данных) (7a–7i), полученные результаты (8a–8e) и обсуждение (9a–9e). Отдельно формулируются выводы (10a–10c), объясняется логика, лежащая в основе полученных выводов. Кратко описываются вопросы, возникшие в ходе исследования, различия в подходах к диагностике или лечению пациентов, которые авторы могли бы использовать в будущих аналогичных исследованиях.

Рекомендации по оформлению клинических случаев в анестезиологии

В 2021 г. опубликован контрольный список **ACRE (Anaesthesia Case REport)**, являющийся основой для всесторонней и прозрачной отчетности по случаям в анестезиологии и предоперационной медицине [27]. Контрольный список ACRE состоит из 12 пунктов. Пункты 1, 2, 3, 4 и 10–12 незначительно изменены по сравнению с аналогичными в списке CARE. Пункт «целевая информация о пациенте и контексте» (5) сохраняет информацию о пациенте, описанную в CARE, но добавляет учет контекста, например запланированное хирургическое вмешательство, поскольку это важно для определения подходов к предоперационному ведению. Пункт «Оценка, оптимизация и информированное согласие» (6) включает предоперационную оценку пациента (аналогичную комбинации пунктов «Клинические проявления» и «Диагностические исследования» из CARE). Также добавлено описание процесса получения информированного согласия и явное указание выявленных клинических проблем, которые могут касаться сопутствующих заболеваний, предполагаемой операции и условий оказания предоперационной помощи.

В руководстве ACRE пункт «Вмешательства» (7) представляет собой модификацию пункта «Терапевтические вмешательства» из CARE. Изменение названия обусловлено тем, что анестезиологическое пособие само по себе редко носит сугубо терапевти-

Табл. 3. Обобщенная характеристика руководств по публикации клинических, хирургических, анестезиологических и радиологических наблюдений и серий случаев в хирургии

Table 3. General overview of reporting guidelines for clinical, surgical, anesthesiological, and radiological case reports and case series in surgery

Характеристика	CARE	SCARE	PROCESS	ACRE	CARE-radiology
Тип публикации	Один случай	Хирургический случай	Серия хирургических случаев	Анестезиологический случай	Радиологический случай
Хронология	Да	Да	Не является обязательным элементом	Да	Да
Специальные требования	Общеклинические	Оператор, техника, ИИ	Выборка и статистика	Анестезиологические параметры и критические события	Параметры визуализации
Точка зрения пациента	Да	Да	Если применимо	Да	Да
ИИ	По политике журнала	Отдельный домен	Отдельный домен	Требует раскрытия при использовании	Отдельные требования

ческий характер. Данный раздел требует детального изложения протокола интраоперационного ведения пациента для обеспечения полной воспроизводимости клинического сценария. Специфика анестезиологического пособия обуславливает более высокую значимость неблагоприятных событий в сравнении с сугубо диагностически ориентированными случаями. В связи с этим в руководстве ACRE «Неблагоприятные/критические события» выделены в отдельный пункт (8). Описание неблагоприятных событий должно включать объяснение того, как они были выявлены и устранены, а также любые человеческие факторы, которые либо способствовали им, либо смягчили их последствия. Модификация пункта «Наблюдение и исходы» (9) в стандартах ACRE обусловлена характером курации пациентов в послеоперационном периоде. В отличие от схемы CARE, адаптированной под долгосрочное наблюдение, анестезиологические осмотры обычно ограничены во времени и сфокусированы на ранней оценке восстановления функций, редко требуя привлечения дополнительных методов визуализации или диагностики.

Руководство по составлению отчетов в радиологии

CARE-radiology — руководство по составлению отчетов о радиологических случаях [28] подробно описывает диагностические методы и информацию, связанную с полученными изображениями. В название статьи (1a–1c) рекомендуется включать не только словосочетание «клинический случай», но и метод лучевого исследования (КТ, МРТ и т.д.). Пункты 2–6, 13–16 соответствуют аналогичным в рекомендациях CARE, за исключением стилистических правок и некоторых уточнений, поэтому их описание будет опущено.

Наиболее значимые отличия CARE-radiology сосредоточены в пунктах, посвященных диагностическим исследованиям и представлению изображений.

В пунктах, посвященных диагностическим исследованиям (7a–7f), при необходимости, указываются результаты хирургического и патолого-анатомического обследования. Если диагноз выходит за рамки компетенции врача-рентгенолога, необходимо отметить диагнозы, поставленные другими специалистами, а также методы их верификации. Согласно пункту «Результаты визуализирующих исследований» (8), следует указывать основные результаты визуализации, включая типичные признаки и ключевые точки идентификации изображения. Рекомендуется подробно описывать технические параметры исследования (9a–9f), включая используемое оборудование, протоколы сканирования, программное обеспечение, применение контрастного вещества. В тексте стоит описать любые изменения изображений (корректировка яркости, контрастности, цветового баланса, увеличение, сглаживание и др.). Особое внимание уделяется качеству иллюстративного материала: обязательны полная деидентификация изображений, маркировка ключевых анатомических или патологических структур с пояснениями, описание разрешения изображений и указание специалистов, проводивших интерпретацию, включая их профессиональную подготовку и опыт работы. Кроме того, авторы должны раскрыть информацию об использовании инструментов ИИ. Обобщенная характеристика основных рекомендаций представлена в таблице 3.

В настоящее время перечень стандартов расширен за счет подобных руководств по иным специальностям (табл. 4). Полный список актуальных рекомендаций по всем типам отчетности представлен на сайте сети EQUATOR [12].

ОБСУЖДЕНИЕ

Несмотря на то что клинические случаи занимают нижний уровень иерархии доказательств, их значение определяется не столько возможностью подтвердить причинно-следственные связи, сколько

Табл. 4. Список актуальных рекомендаций по составлению отчетов о клинических случаях
Table 4. List of current recommendations for writing clinical case reports

Рекомендация	Описание	Ссылка*
<i>Клиническая медицина</i>		
ACRE	Контрольный список: инструмент для повышения качества отчетности о клинических случаях в предоперационной практике (анестезиология)	[27]
CARE	Руководство по составлению отчетов о клинических случаях	[11]
CARE-radiology	Руководство по составлению отчетов о радиологических случаях	[28]
PRICE	Рекомендации по составлению отчетов о клинических случаях в эндодонтии	[29]
PROCESS	Рекомендации по представлению результатов клинических случаев в хирургии (серия случаев)	[25]
SCARE	Рекомендации по составлению отчетов о хирургических случаях (один случай)	[21]
Рекомендации по представлению результатов клинических случаев отравления пациентов, получающих экстракорпоральное лечение		[30]
<i>Медицинская реабилитация</i>		
CARE-DN	Рекомендации по составлению отчетов о случаях применения сухой иглотерапии	[31]
PhyCARE	Рекомендации по составлению отчетов о случаях из практики физиотерапии	[32]
Адаптация рекомендаций CARE для публикаций отчетов случаев по терапевтическому массажу		[33]
<i>Эстетическая медицина</i>		
CREAM	Рекомендации по описанию клинических случаев в эстетической медицине	[34]
Рекомендации по составлению отчетов по сериям клинических случаев в пластической хирургии		[35]
<i>Традиционная/народная медицина</i>		
CARC	Рекомендации по описанию клинических случаев в китайской медицине	[36]
Расширенные рекомендации CARE по составлению отчетов о случаях применения иглоукалывания		[37]
<i>Альтернативная медицина</i>		
HOM-CASE	Руководство по составлению отчетов о гомеопатических клинических случаях (один случай)	[38]
PITCH	Рекомендации по представлению результатов клинических случаев в гомеопатии (серия случаев)	[39]

* Ссылка на актуальный руководящий документ.

способностью формировать новые гипотезы, выявлять ранее неизвестные заболевания, описывать редкие осложнения и исходы. История медицины содержит многочисленные примеры, когда публикация отдельных клинических случаев или их серий становилась отправной точкой для описания новых заболеваний, выявления ранее неизвестных нежелательных реакций лекарственных препаратов или пересмотра существующих представлений о патогенезе заболеваний [40]. В дальнейшем такие наблюдения становились основанием для проведения когортных исследований и клинических испытаний. С другой стороны, некоторые авторы, наоборот, ставят под сомнение целесообразность публикаций статей типа «клинический случай», так как это снижает импакт-фактор научных журналов [41].

Внедрение принципов отчетности по различным типам исследований (от клинических случаев

до рандомизированных клинических испытаний, систематических обзоров и метаанализов) направлено на повышение полноты, прозрачности, воспроизводимости и стандартизации представления результатов. Соблюдение руководств по отчетности позволяет уменьшить риск выборочного представления результатов, неполного описания методов исследования, недостаточного отражения нежелательных явлений и других источников систематической ошибки [42].

Веб-анализ данных из инструкций для авторов 67 журналов по гематологии, каталогизированных в Расширенном индексе цитирования научных исследований (Expanded Science Citation Index) в отчете Journal Citation Reports за 2014 год, проведенный в 2017 г., продемонстрировал, что 48 % журналов не придерживаются ни одного из руководств по отчетности: EQUATOR, ICMJE, CONSORT, MOOSE, QUOROM, PRISMA, STARD, STROBE, ARRIVE и CARE [43].

После публикации рекомендаций CARE в 2013 г. [10] начали появляться работы, оценивающие степень их внедрения в практику медицинских журналов и полноту опубликованных клинических наблюдений. Анализ клинических случаев, опубликованных в 50 журналах базы данных Scopus, продемонстрировал, что 76 % журналов не представили никаких рекомендаций по составлению отчетов о клинических случаях. В 12 % журналов раздел «Руководство для авторов» указывает на то, что авторы могут добровольно адаптировать свои отчеты к рекомендациям CARE. Из 50 исследованных журналов только 10 % поддерживали требования CARE [44]. В другом исследовании авторы проанализировали все клинические случаи ($n = 114$), опубликованные в журналах JAMA, The Lancet, The New England Journal of Medicine (NEJM) и The BMJ Case Reports в 2017 г. Значение параметра полноты отчетности (the completeness of reporting, COR) было на 12 % выше в журналах, ссылающихся на рекомендации CARE [45]. Исследования по использованию требований SCARE показали статистически значимое увеличение полноты отчетов на 10 % [46]. Тем не менее большинство (62 %) из 193 хирургических журналов, перечисленных в категории «Хирургия» в отчете Journal Citation Report 2014, вообще не ссылались на рекомендации по отчетности в своих руководствах для авторов [47]. Таким образом, накопленные данные свидетельствуют о том, что публикация рекомендаций CARE действительно способствует повышению стандартизации подготовки клинических случаев, однако сама по себе не гарантирует полного соблюдения требований. Доступные исследования свидетельствуют, что наиболее заметное улучшение отмечается в разделах, посвященных структуре рукописи, описанию клинического течения заболевания и обсуждению случая. В то же время разделы, отражающие принципы пациент-ориентированной медицины и публикационной этики (мнение пациента, информированное согласие, сведения о финансировании и конфликтах интересов), по-прежнему остаются наименее полно представленными [45, 48].

Следует подчеркнуть, что рекомендации CARE направлены на повышение полноты и прозрачности отчетности, однако не устраняют фундаментальные проблемы данного типа исследований. Даже при полном соблюдении требований рекомендаций описание носит ретроспективный характер, отсутствует «группа» сравнения, что ограничивает возможность установления причинно-следственных связей [49]. Более того, сам по себе клинический случай сопровождается риском систематической ошибки отбора, поскольку в журналах публикуются зачастую случаи с успешным финалом либо редкие клинические ситуации или нетипичные наблюдения. Поэтому клинический случай прежде всего следует рассматривать как инструмент генерации новых идей, необычных подходов, алгоритмов действия

в нестандартных ситуациях, а не как источник высокой степени доказательств.

В условиях широкого внедрения генеративных технологий ИИ особую ценность приобретают первичные клинические данные, полученные непосредственно в процессе оказания медицинской помощи. Именно клинические случаи являются одним из основных источников такой информации, поскольку содержат уникальные сведения, которые отсутствуют в систематических обзорах и других вторичных источниках научной информации. Современные системы ИИ могут непреднамеренно нести в себе предвзятость, обусловленную обучающими данными. Если об этом не сообщать, такая предвзятость может привести к неверной интерпретации случая. В связи с этим уже появляются обновленные отчеты о случаях, декларирующие использование ИИ [25, 27, 28]. Следовательно, соблюдение международных рекомендаций по отчетности о клинических случаях имеет значение не только для повышения качества отдельных публикаций, но и для обеспечения надежности последующего накопления медицинских знаний.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Описание клинического случая остается важным видом медицинской публикации, несмотря на его относительно низкий уровень в иерархии доказательств. Клинические наблюдения являются источником новых научных гипотез, позволяют документировать ранее неизвестные заболевания, редкие клинические проявления, нежелательные реакции лекарственных препаратов и нестандартные подходы к диагностике и лечению. Их значение определяется не только образовательной ценностью, но и вкладом в формирование последующих аналитических исследований и клинических рекомендаций.

CARE следует использовать как базовый стандарт подготовки клинического случая, дополняя его профильным руководством в зависимости от специальности и типа публикации. Ключевыми этапами подготовки рукописи являются определение клинической новизны, получение согласия на публикацию, деидентификация данных, формирование хронологии, воспроизводимое описание диагностики и вмешательств, представление исходов и нежелательных явлений, а также раскрытие применения искусственного интеллекта. Соблюдение рекомендаций CARE и их специализированных расширений способствует повышению прозрачности, воспроизводимости и клинической ценности публикаций, а также обеспечивает более надежную интеграцию отдельных клинических наблюдений в систему доказательной медицины. Представленный алгоритм и сопоставительная таблица руководств могут использоваться авторами, рецензентами и редакторами для контроля полноты отчетности.

ВКЛАД АВТОРОВ / AUTHORS CONTRIBUTIONS

Е.О. Куневич, М.А. Михалева и С.В. Волошин разработали концепцию и дизайн исследования. Е.О. Куневич и М.А. Михалева осуществляли сбор и обработку данных. Е.О. Куневич, М.А. Михалева, В.О. Полякова и С.В. Волошин проводили анализ и интерпретацию данных. Все авторы принимали участие в подготовке рукописи. В.О. Полякова и С.М. Алексеев обеспечивали административную поддержку исследования. Все авторы утвердили окончательную версию публикации.

E.O. Kunevich, M.A. Mikhaleva, and S.V. Voloshin conceived and designed the study. E.O. Kunevich and M.A. Mikhaleva acquired and processed the data. E.O. Kunevich, M.A. Mikhaleva, V.O. Polyakova, and S.V. Voloshin analyzed and interpreted the data. All authors participated in the preparation of the manuscript. V.O. Polyakova and S.M. Alekseev provided administrative support for the study. All authors approved the final version of the manuscript for publication.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Sackett D.L. Clinical epidemiology. *Am. J. Epidemiol.* 1969;89(2):125–128.
2. How to read clinical journals: I. Why to read them and how to start reading them critically. *Can. Med. Assoc. J.* 1981;124(5):555–558.
3. Haynes R.B., Devereaux P.J., Guyatt G.H. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *ACP J. Club.* 2002;136(2): A11–A14.
4. Sackett D.L. Rules of evidence and clinical recommendations on the use of antithrombotic agents. *Chest.* 1989;95(2 Suppl):2S–4S.
5. Ratnani I., Fatima S., Abid M.M., et al. Evidence-Based Medicine: History, Review, Criticisms, and Pitfalls. *Cureus.* 2023;15(2): e35266.
6. Vandenbroucke J.P. In defense of case reports and case series. *Ann. Intern. Med.* 2001;134(4):330–334.
7. Kaszkin-Bettag M., Hildebrandt W. Case reports on cancer therapies: the urgent need to improve the reporting quality. *Glob. Adv. Health Med.* 2012;1(2):8–10.
8. 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;(9):10.
9. Sorinola O., Olufowobi O., Coomarasamy A., Khan K.S. Instructions to authors for case reporting are limited: a review of a core journal list. *BMC Med. Educ.* 2004;(4):4.
10. Gagnier J.J., Kienle G., Altman D.G., et al. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *BMJ Case Rep.* 2013;2013: bcr2013201554.
11. Riley D.S., Barber M.S., Kienle G.S., et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J. Clin. Epidemiol.* 2017;(89):218–235.
12. Enhancing the QUALity and Transparency of health Research. URL: <https://www.equator-network.org/> (date of access: 14.07.2026).
13. Moher D., Schulz K.F., Simera I., Altman D.G. Guidance for developers of health research reporting guidelines. *PLoS Med.* 2010;7(2): e1000217.
14. Контрольный список вопросов, необходимых для написания клинического случая в соответствии с рекомендациями CARE (2013) [Электронный ресурс]. Care-statement.org. Checklist of questions needed to write a clinical case according to the guidelines (In Russ.). URL: <https://static1.squarespace.com/static/5db7b349364ff063a6c58ab8/t/69a3b705a29934750f-cf970c/1772336901527/CARE-checklist-Russian-2019.pdf> (date of access: 05.07.2026).
15. Cohen H. How to write a patient case report. *Am. J. Health Syst. Pharm.* 2006;63(19):1888–1892.
16. Lang T.A., Talerico C., Siontis G.C.M. Documenting clinical and laboratory images in publications: the CLIP principles. *Chest.* 2012;141(6):1626–1632.
17. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В., Мальков П.Г. Современные требования к формулировке диагноза в соответствии с законодательством Российской Федерации и Международной статистической классификацией болезней 10-го пересмотра // Судебная медицина. — 2015. Том 1, № 4. — С. 14–20. Zairatyants O.V., Kaktursky L.V., Malkov P.G. Modern requirements for the formulation of a diagnosis in accordance with the legislation of the Russian Federation and the International Statistical Classification of Diseases, 10th revision. *Forensic medicine.* 2015;1(4):14–20. (In Russ.).
18. 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;348: g1687.
19. Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals. URL: <https://www.icmje.org/recommendations/> (date of access: 14.07.2026).
20. Agha R.A., Fowler A.J., Saeta A., et al. The SCARE Statement: Consensus-based surgical case report guidelines. *Int. J. Surg.* 2016;(34):180–186.
21. Kerwan A., Al-Jabir A., Mathew G., et al. Revised Surgical Case Report (SCARE) guideline: An update for the age of Artificial Intelligence. *Premier Journal of Science.* 2025;10:100079.
22. Torres-Duque C.A., Patino C.M., Ferreira J.C. Case series: an essential study design to build knowledge and pose hypotheses for rare and new diseases. *J. Bras. Pneumol.* 2020;46(4): e20200389.
23. Agha R.A., Fowler A.J., Rajmohan S., et al. Preferred reporting of case series in surgery; the PROCESS guidelines. *Int. J. Surg.* 2016;36(Pt. A):319–323.
24. Agha R.A., Borrelli M.R., Farwana R., et al. Impact of the PROCESS guideline on the reporting of surgical case series: A before and after study. *Int. J. Surg.* 2017;(45):92–97.
25. Agha R.A., Mathew G., Rashid R., et al. Revised Preferred Reporting of Case Series in Surgery (PROCESS) Guideline: An update for the age of Artificial Intelligence. *Premier Journal of Science.* 2025;10:100080.
26. Huth E.J. Structured abstracts for papers reporting clinical trials. *Ann. Intern. Med.* 1987;106(4):626–627.
27. Shelton C.L., Klein A.A., Bailey C.R., El-Boghdady K. The Anaesthesia Case Report (ACRE) checklist: a tool to promote high-quality reporting of cases in peri-operative practice. *Anaesthesia.* 2021;76(8):1077–1081.
28. Wang M., Luo X., Xiao X., et al. CARE-radiology statement explanation and elaboration: reporting guideline for radiological case reports. *BMJ Evid. Based Med.* 2024;29(6):399–408.
29. Nagendrababu V., Chong B.S., McCabe P., et al. PRICE 2020 guidelines for reporting case reports in Endodontics: a consensus-based development. *Int. Endod. J.* 2020;53(5):619–626.
30. Laverne V., Ouellet G., Bouchard J., et al. Guidelines for reporting case studies on extracorporeal treatments in poisonings: methodology. *Semin. Dial.* 2014;27(4):407–414.
31. Tzigkounakis G., Simati K., Georgiadis K., et al. CARE-DN: An Extension of the CARE Guidelines for Dry Needling Case Reports. *Cureus.* 2026;18(1): e101789.
32. Naqvi W.M., Mishra G.V., Shaikh S.Z., et al. PhyCARE reporting guidelines for physiotherapy case reports: a consensus-based development. *BMJ Open.* 2026;16(1): e110765.
33. Munk N., Boulanger K. Adaptation of the CARE Guidelines for Therapeutic Massage and Bodywork Publications: Efforts To Improve the Impact of Case Reports. *Int. J. Ther. Massage Bodywork.* 2014;7(3):32–40.
34. Rahman E., Philip-Dormston W.G., Webb W.R., et al. Developing Consensus-Based Guidelines for Case Reporting in Aesthetic

- Medicine: Enhancing Transparency and Standardization. *Aesthet. Surg. J. Open Forum*. 2023;5: ojad076.
35. Coroneos C.J., Ignacy T.A., Thoma A. Designing and reporting case series in plastic surgery. *Plast. Reconstr. Surg.* 2011;128(4):361e-368e.
36. Fu S.F., Cheng C.W., Zhang L., et al. Consensus-based recommendations for case report in Chinese medicine (CARC). *Chin. J. Integr. Med.* 2016;22(1):73-79.
37. Duan Y., Xu Z., Zhang Y., et al. CARE extension guideline for acupuncture case reports. *BMJ Evid. Based Med.* 2026;31(3):199-210.
38. van Haselen R.A. Homeopathic clinical case reports: Development of a supplement (HOM-CASE) to the CARE clinical case reporting guideline. *Complement. Ther. Med.* 2016;25:78-85.
39. Dutta A. A consensus guideline on preferred items for reporting case series in homeopathy: The PITCH statement. *J. Ayurveda Integr. Med.* 2024;15(5):101023.
40. Centers for Disease Control (CDC). Pneumocystis pneumonia — Los Angeles. *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* 1981;30(21):250-252.
41. Erivan R., Dartus J., Villatte G., Marcheix P.S., Descamps S., Boisgard S. Bibliometric analysis of case report citations and their effect on the impact factor: How does publishing case reports impact journals? *Orthop. Traumatol. Surg. Res.* 2020;106(8):1463-1467.
42. Simera I., Moher D., Hirst A., Hoey J., Schulz K.F., Altman D.G. Transparent and accurate reporting increases reliability, utility, and impact of your research: reporting guidelines and the EQUATOR Network. *BMC Med.* 2010;8:24.
43. Wayant C., Smith C., Sims M., Vassar M. Hematology journals do not sufficiently adhere to reporting guidelines: a systematic review. *J. Thromb. Haemost.* 2017;15(4):608-617.
44. Taheri A., Adibi P., Sabbagh Jafari M., Saeedizadeh M., Rahimi A., Abbasi A. The reporting requirements of case reports and adherence of case report reporting guidelines in medical journals: an analysis of the authors' guide sections. *J. Med. Case Rep.* 2023;17(1):2.
45. Calvache J.A., Vera-Montoya M., Ordonez D., Hernandez A.V., Altman D., Moher D. Completeness of reporting of case reports in high-impact medical journals. *Eur. J. Clin. Invest.* 2020;50(4): e13215.
46. Agha R.A., Farwana R., Borrelli M.R., et al. Impact of the SCARE guideline on the reporting of surgical case reports: A before and after study. *Int. J. Surg.* 2017(45):144-148.
47. Agha R.A., Barai I., Rajmohan S., et al. Support for reporting guidelines in surgical journals needs improvement: A systematic review. *Int. J. Surg.* 2017;45:14-17.
48. Freer R., Rowett A., Camm C.F. An assessment of adherence to CARE reporting standards by case reports published in European Heart Journal — Case Reports in 2018. *Eur. Heart J. Case Rep.* 2020;4(5):1-5.
49. Kiene H., Hamre H.J., Kienle G.S. In support of clinical case reports: a system of causality assessment. *Glob. Adv. Health Med.* 2013;2(2):64-75.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Куневи́ч Евге́ний Оле́гович — канд. мед. наук, врач-гематолог, ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница».
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1706-6642>

Михале́ва Мари́я Андре́евна — канд. мед. наук, старший научный сотрудник научно-исследовательского отдела гематологии и трансфузиологии, ФГБУ «Российский научно-исследовательский институт гематологии и трансфузиологии ФМБА России».
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2135-2051>

Волоши́н Серге́й Влади́мирович — канд. мед. наук, заместитель главного врача по терапевтической помощи, ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница»; ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1784-0375>

Поляко́ва Викториа́ Оле́говна — д-р биол. наук, профессор, руководитель научного отдела, ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница»; ФГБВОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет».
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8682-9909>

Алексе́ев Серге́й Миха́йлович — канд. мед. наук, главный врач, ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница»; ФГБВОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»; ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова».
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7194-6811>

Evgenii O. Kunevich — Cand. Sci. (Med.), Hematologist, Leningrad Regional Clinical Hospital.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1706-6642>

Mariia A. Mikhaleva — Cand. Sci. (Med.), Senior Researcher at the Research Department of Hematology and Transfusiology, Russian Research Institute of Hematology and Transfusiology.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2135-2051>

Sergey V. Voloshin — Cand. Sci. (Med.), Deputy Chief Physician for Therapeutic Care, Leningrad Regional Clinical Hospital; Military Medical Academy named after S.M. Kirov.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1784-0375>

Victoria O. Polyakova — Dr. Sci. (Biol.), Professor, Head of the Research Department, Leningrad Regional Clinical Hospital; St. Petersburg State University.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8682-9909>

Sergey M. Alekseev — Cand. Sci. (Med.), Chief Physician, Leningrad Regional Clinical Hospital; National Medical Research Center of Oncology named after N.N. Petrov.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7194-6811>