Отчет с краткой информацией о медицинской карте в MediMatch.

Образец отчета • Этот отчет создан на основе вымышленного медицинского случая. Он не содержит никакой реальной информации о пациенте и предназначен только для справки.

I. Информация о пациенте

Предмет	Детали.
Имя	Г-жа Ван (псевдоним)
Пол / Возраст	Женщина / 42 года.
Занятие	Офисный клерк.
Место жительства.	Новый район Пудун, Шанхай.
Подтвержденный диагноз.	Ревматоидный артрит (РА)
Продолжительность болезни.	3 года (первоначальное начало в марте 2023 года)
Текущая больница	Отделение ревматологии и иммунологии в университетской клинике в новом районе Пудун, Шанхай.

II. Основная жалоба и ключевые клинические проблемы.

Основная жалоба: периодические отеки и боль в нескольких суставах в течение 3 лет, с ухудшением симптомов и отеком левого колена в течение 2 недель.

Ключевая клиническая проблема: недостаточно контролируемая активность ревматоидного артрита, колебания эффективности лечения и недавний активный синовит левого колена. При сохранении достигнутого на данный момент улучшения необходимо оптимизировать долгосрочную стратегию лечения, чтобы снизить частоту рецидивов и оценить, требуется ли усиление лечения.

III. Посетите Таймлайн.

Дата	Тип посещения.	Ключевые выводы	Управление
2023-03	Первый визит	Симметричный отек и боль в проксимальных межфаланговых и метакарпофаланговых суставах обеих рук в течение 4 недель; утренняя скованность >1 час.	Комплексные исследования аутоантител, воспалительных маркеров и визуализации.
2023-04	Диагноз.	РФ 256 МЕ/мл, анти-ССР >300 ЕД/мл, СОЭ 68 мм/ч, С-реактивный белок 45 мг/л; рентгенограммы рук показали отек мягких тканей без разрушения костей.	Диагностирован ревматоидный артрит; назначено лечение метотрексатом (МТХ) в дозе 15 мг в неделю в сочетании с фолиевой кислотой в дозе 5 мг в неделю.
2023-07	Продолжение.	Отек и боль в суставах уменьшились; утренняя скованность сократилась до 20 минут; СОЭ снизилась до 32, а С-реактивный белок — до 12.	МТХ поддерживался на уровне 15 мг/неделю; наблюдение продолжалось.
2023-10	Самостоятельное снижение дозы.	Пациент самостоятельно уменьшил дозу МТХ до 10 мг/неделю из-за опасений по поводу побочных эффектов лекарства.	— (без посещения врача)
2024-01	Посетите для рецидива.	Усиление отечности и боли в суставах, с ограниченной амплитудой движений в правом запястье; СОЭ выросла до 55, СРБ — 38; сопутствующая инфекция верхних дыхательных путей.	МТХ возобновлен в дозе 15 мг/неделю; добавлен гидроксихлорохин (HCQ) в дозе 200 мг дважды в день.
2024-05	Продолжение.	Симптомы значительно улучшились после 3 месяцев комбинированной терапии; СОЭ 25, С-реактивный белок в норме.	Комбинированный режим лечения МТХ + ГКК сохранялся.
2024-08	Аномальная функция печени.	АЛТ 85 Е/л (в 2 раза превышает верхний предел нормы), без явного дискомфорта.	МТХ снижен до 10 мг/неделю; добавлена гепатопротекторная терапия; повторное тестирование через 2 недели.
2024-11	Продолжение.	Функция печени вернулась к норме (АЛТ 35), но симптомы заболевания суставов частично вернулись.	МТХ, скорректированный до 12,5 мг/неделю, + поддерживающая терапия ГКК + низкая доза преднизолона 5 мг/сут в качестве переходной терапии.
2025-04	Продолжение.	Оценка DAS28 составляет 3,2 (низкая активность заболевания),	Prednisone gradually tapered and discontinued; MTX + HCQ maintained

		нормальная функция печени и хорошая функция суставов.	
2025-07	Самый последний визит	Отек левого колена, СОЭ 35, С-реактивный белок 15; МРТ левого колена показало выпот в суставе и уплотнение синовиальной оболочки.	Внутрисуставная инъекция Дипроспана (соединение бетаметазона) в объеме 1 мл в левое колено, с облегчением симптомов.

IV. Лабораторные тенденции

Дата	ECP (мм/ч)	Креатинин (мг/л)	РФ (МЕ/мл)	Анти-CCP (U/mL)	ALT (U/L)	Оценка DAS28.	Активность заболевания.
2023-04	68 ↑	45 ↑	256 ↑	>300 ↑	22	5.8	Высокий
2023-07	32	12	128	>300	25	3.8	Умеренный.
2024-01	55 ↑	38 ↑	198	>300	28	5.2	Высокий.
2024-05	25	6	95	245	32	3.1	Низкий.
2024-08	28	8	88	230	85 ↑	3.4	Низкий.
2025-01	30	10	92	228	35	3.5	Низкий.
2025-04	22	5	78	215	28	3.2	Низкий.
2025-07	35 ↑	15 ↑	85	220	30	3.6	Низкий - умеренный.

Референтные диапазоны: СРБ 0–20 мм/ч; С-реактивный белок 0–8 мг/л; РФ 0–20 МЕ/мл; анти-ССР 0–5 ЕД/мл; АЛТ 0–40 ЕД/л. Показатель DAS28: <2,6 — ремиссия; 2,6–3,2 — низкая активность заболевания; 3,2–5,1 — умеренная активность заболевания; >5,1 — высокая активность заболевания.

V. Результаты визуализации

Рентгенограммы рук (серийное сравнение)

Дата	Ключевые выводы.	Клиническая значимость.
2023-04	Отек мягких тканей вокруг проксимальных межфаланговых суставов обеих рук, без явного разрушения костей.	Ранний ревматоидный артрит, при котором пока ещё нет структурных повреждений.
2024-01	Сужение обоих суставных пространств запястья; небольшие субхондральные кистозные изменения в правом запястье.	Ранняя эрозия костей во время активной болезни.
2025-04	Двустороннее сужение пространства запястного сустава не изменилось по сравнению с предыдущим состоянием; отсутствуют новые признаки разрушения костной ткани.	Отсутствие прогрессирования структурного повреждения после комбинированной терапии; заболевание достаточно хорошо контролируется.

МРТ левого колена (2025-07).

Умеренный выпот в коленном суставе с диффузным утолщением синовиальной оболочки. Контрастное МРТ показало усиление синовиальной оболочки, что согласуется с активным синовитом. Не было выявлено разрыва мениска или повреждения связок.

VI. Курс лечения и анализ колебаний заболевания.

В этом разделе в хронологическом порядке рассматриваются ключевые поворотные моменты в ходе лечения, анализируются причины каждого улучшения или ухудшения, а также эффективность вмешательств, что помогает лечащему врачу быстро понять картину развития заболевания.

Фаза 1: Диагностика и начальное лечение. Улучшено.

Период: апрель 2023 года – июль 2023 года.

Курс лечения: После постановки диагноза был назначен метотрексат в дозе 15 мг/неделю в сочетании с фолиевой кислотой. Метотрексат является основным препаратом при лечении ревматоидного артрита и оказывает противовоспалительное и иммуномодулирующее действие, ингибируя дигидрофолат-редуктазу. После 3 месяцев лечения отмечалось значительное улучшение симптомов: уменьшение отечности и боли в суставах, снижение утренней скованности с более 1 часа до 20 минут, снижение СОЭ с 68 до 32 мм/ч и снижение DAS28 с 5,8 до 3,8.

Причина улучшения: МТХ достиг стабильных концентраций в плазме крови и эффективно подавлял синовиальное воспаление. Прием фолиевой кислоты в качестве добавки уменьшил побочные эффекты, связанные с МТХ, такие как оральный мукозит, и улучшил приверженность пациентов к лечению.

> **Evidence Note:** EULAR 2022 recommends MTX as the first-line anchor drug for RA (grade of recommendation A, level of evidence 1a). MTX monotherapy enables approximately 40–50% of patients with RA to achieve low disease activity (Smolen et al., Ann Rheum Dis 2023).

Фаза 2: Самостоятельное снижение дозы и рецидив заболевания. Ухудшилось.

Период: октябрь 2023 года – январь 2024 года.

Курс: Из-за опасений по поводу долгосрочных негативных эффектов МТХ (гепатотоксичность и миелосупрессия) пациент самостоятельно уменьшил дозу МТХ с 15 мг до 10 мг в неделю, не консультируясь с врачом. В январе 2024 года (зима), после инфекции верхних дыхательных путей, отек и боль в суставах значительно ухудшились, диапазон движений в правом запястье ограничился, СОЭ выросло до 55 мм/ч, а DAS28 снова увеличился до 5,2.

Причина ухудшения: несколько способствующих факторов — (1) недостаточная доза МТХ привела к ослаблению контроля над заболеванием; (2) холодные зимние температуры могут усугубить симптомы в суставах; и (3) инфекция верхних дыхательных путей вызвала активацию иммунной системы, что привело к увеличению активности заболевания РА. Инфекция является распространенным триггером острых обострений РА.

> **Evidence Note:** The ACR 2021 guideline emphasizes that patients with RA should not adjust DMARD doses on their own (strong recommendation, moderate-quality evidence). Infection can trigger RA relapse through molecular mimicry and bystander activation (Catrina et al., Nat Rev Rheumatol 2021).

Фаза 3: Комбинированная терапия. Улучшено.

Период: февраль 2024 года – май 2024 года.

Курс лечения: МТХ был возобновлен в дозе 15 мг/неделю, и к нему добавили ХКК 200 мг дважды в день. ХКК оказывает иммуномодулирующее действие, ингибируя сигнальные пути толл-подобных рецепторов, и имеет синергетический эффект с МТХ. После 3 месяцев комбинированной терапии СОЭ снизился до 25 мм/ч, С-реактивный белок вернулся к норме, а DAS28 уменьшился до 3,1, достигнув низкой активности заболевания.

Причина улучшения: комбинированная терапия МТХ + ГКК синергетически подавляла воспаление, а ГКК также мог снизить риск гепатотоксичности, связанной с МТХ. Приверженность пациента к лечению улучшилась после просвещения относительно предыдущего рецидива.

> **Evidence Note:** The MTX + HCQ combination regimen has been shown to be superior to MTX monotherapy in multiple RCTs (grade of recommendation A). HCQ can reduce the incidence of MTX-related liver enzyme elevation (O'Dell et al., Arthritis Rheum 2002).

Фаза 4: Аномальная функция печени и корректировка лечения.

Скорректированный.

Период: август 2024 года – ноябрь 2024 года.

Курс лечения: плановое наблюдение выявило повышение уровня АЛТ до 85 ЕД/л (в 2 раза выше верхней границы нормы) без явных неприятных ощущений. Дозу МТХ снизили до 10 мг/неделю и добавили гепатопротекторную терапию. Через 2 месяца функция печени вернулась к норме (АЛТ 35 ЕД/л), но симптомы заболевания суставов частично вернулись после снижения дозы МТХ. Впоследствии дозу МТХ скорректировали до 12,5 мг/неделю и добавили низкую дозу преднизолона 5 мг/сут в качестве переходной терапии.

Итоги вмешательства: Функция печени восстановилась хорошо, но снижение дозы МТХ привело к ослаблению контроля над заболеванием, что говорит о том, что этот пациент относительно чувствителен к дозе МТХ. Применение низких доз глюкокортикоидов в качестве переходной терапии эффективно компенсировало недостаточное противовоспалительное действие во время снижения дозы МТХ.

> **Evidence Note:** MTX-related liver enzyme elevation occurs in 15–20% of patients; most cases are transient and resolve after dose reduction or temporary discontinuation (Kremer et al., Arthritis Rheum 1994). EULAR recommends monitoring liver function every 8–12 weeks during MTX treatment (grade of recommendation A).

Фаза 5: Стабильность после терапии мостом. Стабильный.

Период: январь 2025 года – апрель 2025 года.

Курс: После 3 месяцев переходной терапии с МТХ 12,5 мг/неделя + ХКК 200 мг дважды в день + Преднизолон 5 мг/день, DAS28 снизился до 3,2, достигнув целевого показателя низкой активности заболевания. Преднизолон постепенно уменьшали и отменяли, а схема лечения МТХ + ХКК сохранялась.

Причина стабильности: эффективная реализация стратегии "лечение по целевому показателю" (T2T) — показатель DAS28 использовался в качестве целевого показателя лечения, режим лечения оперативно корректировался, и в конечном итоге удалось добиться контроля над заболеванием. Глюкокортикоидная терапия обеспечивала кратковременное противовоспалительное действие до того, как ДМАРДы начали оказывать полный эффект.

> **Evidence Note:** The T2T strategy has been demonstrated to be superior to conventional care in multiple RCTs (grade of recommendation A, level of evidence 1a). EULAR 2022 strongly recommends remission or low disease activity as the treatment target (Smolen et al., Ann Rheum Dis 2023).

Фаза 6: Локализованный рецидив и внутрисуставная инъекция. Улучшено.

Период: июль 2025 года (самый последний).

Курс лечения: Несмотря на хорошо контролируемое системное заболевание, развился изолированный отек левого колена. МРТ подтвердило активный синовит . В левое колено была введена внутрисуставная инъекция Дипроспана в объеме 1 мл; отек значительно уменьшился в течение 1 недели после инъекции, и объем движений восстановился.

Причина улучшения: Интраартикулярная инъекция глюкокортикоидов воздействует непосредственно на местное воспаление и имеет минимальные системные побочные эффекты. Изолированные вспышки воспаления в суставах довольно часто встречаются при ревматоидном артрите и не обязательно требуют корректировки схемы системного лечения.

> **Evidence Note:** Intra-articular glucocorticoid injection is a first-line local treatment for isolated joint flares in RA (grade of recommendation A). The ACR 2021 guideline suggests that, when systemic disease is well controlled, local therapy may be prioritized over escalation of the systemic regimen for an isolated joint flare.

VII. Текущий режим приёма лекарств.

Лекарства.	Доза.	Маршрут	Заметки
Метотрексат (MTX)	12,5 мг один раз в неделю.	Оральный	Препарат-анкор; применяется в уменьшенной дозе из-за предыдущего нарушения функции печени.
Фолиевая кислота.	5 мг один раз в неделю (на следующий день после MTX).	Оральный	Уменьшает побочные эффекты, связанные с MTX.
Гидроксихлорохин (HCQ)	200 мг два раза в день.	Оральный	Блокаторы ФНО, используемые в комбинации для синергетической эффективности.

Примечание: Лекарства и дозировки, указанные выше, взяты из рецептурных записей, предоставленных пациентом, и предназначены только для справки врача; они не являются рекомендациями по применению лекарств.

VIII. Текущая клиническая оценка.

Результат DAS28: 3,6 (низкая–умеренная активность заболевания)

Тенденция активности заболевания: общая тенденция является нисходящей. Низкая активность заболевания (3,2) была достигнута в апреле 2025 года, с небольшим увеличением до 3,6 в июле 2025 года из-за локализованного рецидива в левом колене.

Структурное повреждение: двустороннее сужение суставной щели запястья (впервые отмечено в январе 2024 года), без прогресса при последующем обследовании в апреле 2025 года.

Функциональное состояние: Независим в выполнении повседневных действий; незначительное ограничение диапазона движений правого запястья; хорошее функциональное восстановление левого колена после инъекции.

Основные проблемы: доза MTX ограничена функционированием печени и не может быть увеличена до полной дозы; активность заболевания колеблется между низким и умеренным уровнями, и полная ремиссия не была достигнута.

⚠️ **Issues Requiring Attention:**

(1) Текущая доза МТХ недостаточна для достижения полной ремиссии; следует рассмотреть возможность добавления биологического или целевого синтетического ДМАРД;

(2) История аномального функционирования печени указывает на ограниченную переносимость МТХ, требующую постоянного мониторинга;

(3) Предыдущее самостоятельное снижение дозы привело к рецидиву, и необходимо усилить обучение по соблюдению режима приема лекарств;

(4) Постоянно высокие титры анти-CCP указывают на худший прогноз и требуют более активного лечения заболевания.

IX. Выводы местного врача.

У пациента установлен диагноз ревматоидного артрита с продолжительностью заболевания 3 года, и в настоящее время активность заболевания является низкой или умеренной. Метотрексат в сочетании с гидроксихлорохином оказался эффективным, но доза препаратов ограничена из-за функции печени, и полная ремиссия не была достигнута. Рекомендуется направить пациента в отделение ревматологии и иммунологии в специализированный центр для оценки возможности перехода на биологическую терапию. Пациенту рекомендовано не корректировать дозы лекарств самостоятельно и регулярно посещать консультации для мониторинга состояния.

X. Анализ узкой специализации.

Рекомендуемая специальность: ревматология и иммунология.

У пациента подтвержденный ревматоидный артрит, который длится уже 3 года, и в настоящее время у него наблюдается низкая или умеренная активность заболевания. Следующие проблемы требуют консультации специалиста:

(1) Оценка для эскалации лечения. МТХ не может быть использован в полной дозе из-за аномальной функции печени, и активность заболевания не достигла полной ремиссии при текущей дозе (12,5 мг/неделю). В соответствии с рекомендациями EULAR 2022, когда МТХ в комбинации с обычными синтетическими ДМАРД (csDMARD) не позволяет достичь целевого показателя лечения, следует рассмотреть возможность добавления биологического ДМАРД (bDMARD) или целевого синтетического ДМАРД (tsDMARD). Специалист должен оценить преимущества и риски эскалации лечения.

(2) Выбор биологической терапии. Для пациентов с ревматоидным артритом и недостаточной реакцией на метотрексат потенциальными вариантами являются ингибиторы ФНО (например, адалимумаб и этанерцепт), антагонисты рецептора интерлейкина-6 (например, тоцилизумаб) и ингибиторы JAK (например, тофацитиниб и барицитиниб). Выбор должен учитывать функцию печени пациента, риск инфекций, сопутствующие заболевания и финансовые соображения.

(3) Длительная защита костей. У пациента уже есть эрозии костей в обоих запястьях, а высокие титры анти-CCP указывают на относительно высокий риск прогрессирующего разрушения костей. Следует оценить минеральную плотность костей, рассмотреть возможность приема добавок кальция и витамина D, а также начать терапию против остеопороза, если это необходимо.

> **Evidence Note:** EULAR 2022 recommends adding a bDMARD or tsDMARD when MTX combined with csDMARDs fails to achieve the treatment target (grade of recommendation A). The efficacy of TNF inhibitors, IL-6 antagonists, and JAK inhibitors in patients with RA and an inadequate response to MTX has been demonstrated in multiple phase III RCTs.

XI. Специалисты, подобранные по парам.

Исходя из клинического профиля пациента (ревматоидный артрит, недостаточный ответ на метотрексат и необходимость оценки биологической терапии), рекомендуются следующие специалисты по ревматологии и иммунологии в Шанхае:

Рекомендация 1: Бао Чунде, главный врач.

Больница Ренцзи, Школа медицины Шанхайского университета Цзяо Тун, Отделение ревматологии и иммунологии.

Экспертиза: Диагностика и лечение ревматических заболеваний, включая ревматоидный артрит, системную красную волчанку и анкилозирующий спондилоартрит, с особенно большим опытом в области биологической терапии.

Официальный сайт больницы: https://www.renji.com

Рекомендация 2: Цзян Линди, главный врач.

Больница Чжуншань при Фуданьском университете, отделение ревматологии и иммунологии.

Экспертиза: ревматоидный артрит, синдром Шегрена и васкулит, с углубленным исследованием индивидуального лечения рефрактерного РА.

Официальный сайт больницы: https://www.zs-hospital.sh.cn

Рекомендация 3: Ван Вэйгуо, главный врач.

Больница Хуашань при Фуданьском университете, отделение ревматологии и иммунологии.

Заместитель директора Департамента ревматологии и иммунологии. Специализация: диагностика и лечение ревматических заболеваний, включая ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилоартрит, системную красную волчанку и подагру. Его исследования в основном сосредоточены на анемии, связанной с ревматоидным артритом, и остеопорозе, вызванном глюкокортикоидами.

Официальный сайт больницы: https://www.huashan.org.cn

XII. Рекомендации по отбору.

Приоритет для консультации.

Рекомендуется консультация ревматолога и иммунолога в течение 2 недель с акцентом на оценку возможности перехода на биологическую терапию. Хотя текущая активность заболевания не находится в высоком диапазоне, ограниченная доза МТХ и высокие титры анти-ССР указывают на плохой прогноз. Раннее усиление лечения может помочь замедлить прогрессирование разрушения костей.

Критерии отбора.

Отделение ревматологии и иммунологии в больнице Женхи было одним из первых специализированных отделений ревматологии, созданных в Китае, и обладает особенно большим опытом в клиническом применении биологических препаратов, что делает его подходящим для пациентов, нуждающихся в эскалации лечения. Отделение ревматологии и иммунологии в больнице Чжуншань обладает уникальной экспертизой в индивидуальном лечении рефрактерного ревматоидного артрита и подходит для пациентов, плохо реагирующих на стандартную терапию. Женхи рекомендуется в качестве первого выбора из-за его более высокого академического статуса и клинического опыта в биологическом лечении ревматоидного артрита.

Непрерывность медицинского обслуживания.

Рекомендуется долгосрочное наблюдение у одного и того же лечащего ревматолога. DAS28 следует оценивать каждые 3 месяца, а тесты функции печени, полный анализ крови и визуализация должны проводиться каждые 6 месяцев. Поддержание непрерывности режима лечения крайне важно для долгосрочного контроля ревматоидного артрита.

XIII. Контрольный список для подготовки к назначению.

I. Документы, которые необходимо взять с собой (рекомендуется)

1. Полные медицинские записи: амбулаторные медицинские записи/отчеты от первичного визита в марте 2023 года до последнего визита в июле 2025 года.

2. Лабораторные отчеты (включая референтные интервалы): Все предыдущие результаты СОЭ, С-реактивного белка, ревматоидного фактора, анти-ССР и функции печени (АЛТ/АСТ), особенно полный отчет об эпизоде аномальной функции печени в августе 2024 года.

3. Изобразительные материалы: рентгенограммы рук и отчеты за 2023-04, 2024-01 и 2025-04 годы; МРТ-изображения левого колена и полный отчет за 2025-07 год (принесите также все страницы, содержащие количественные данные).

4. Текущий список лекарств и записи о рецептах: копии рецептов или оригинальная упаковка лекарств для МТХ, фолиевой кислоты и ГКК, включая историю корректировки дозировки.

5. Запись о внутрисуставной инъекции: запись процедуры инъекции Дипроспана в левое колено в июле 2025 года.

6. Записи о гепатопротекторных лекарствах, использованных во время предыдущего эпизода аномальной функции печени.

7. Если предыдущие консультации или тесты были проведены в других больницах, принесите соответствующие оригиналы отчетов или их копии.

II. Необходимая дополнительная информация.

1. Результаты оценки минеральной плотности костной ткани: Если тест ещё не проводился, его рекомендуется выполнить перед визитом (пациенты с ревматоидным артритом имеют повышенный риск остеопороза, и оценка необходима перед началом биологической терапии).

2. Результаты скрининга на гепатит B, гепатит C и туберкулёз: они должны быть получены до начала биологической терапии, и рекомендуется проводить тестирование заранее.

3. Записи о вакцинации: Биологические агенты могут влиять на иммунную функцию, и необходимо оценить состояние вакцинации.

4. Самые последние результаты полного анализа крови и функции почек.

5. Дневник симптомов: Записывайте места отека и боли в суставах, продолжительность утренней скованности, провоцирующие факторы и сопутствующие симптомы, чтобы помочь врачу оценить активность заболевания.

6. В имеющихся записях не указано, проводились ли другие тесты, такие как эхокардиография и тесты на функцию щитовидной железы.

7. Семейная история: Есть ли в семье случаи ревматоидного артрита или других аутоиммунных заболеваний?

XIV. Медицинское обслуживание в Китае: контрольный список для путешественников.

Медицинские записи и документы, удостоверяющие личность.

• Паспорт, виза и страховые документы; проверьте, поддерживает ли отдел международных медицинских услуг прямое выставление счетов вашей страховой компании.

• Оригиналы медицинских записей, отчеты о тестах, оригинальные файлы изображений (DICOM) и слайды патологических образцов/парафиновые блоки (если применимо).

• Предыдущие хирургические записи, выписки из больницы, список лекарств и история аллергий.

Подтверждение перед поездкой.

• Проверьте расписание работы врачей в клиниках, требования к записи на приём в международные медицинские службы и необходимые документы через официальные каналы больницы.

• Подтвердите, требуется ли устный перевод, сопровождение или удаленная предварительная оценка, и выделите достаточно времени для тестов и последующих визитов.

• Оплатите медицинские счета непосредственно больнице; этот отчет не заменяет больничную смету или подтверждение о записи на прием.

Что взять с собой в больницу.

• Принесите удостоверение личности и подтверждение о назначении, как того требует больница, и заранее уточните, в каком корпусе и на каком этаже больницы находится ваш кабинет.

• Принесите оригиналы отчетов и лекарств; не прекращайте прием лекарств, не увеличивайте дозы и не изменяйте лечение самостоятельно.

В случае экстренной ситуации, такой как острая сильная боль, затрудненное дыхание или изменение сознания, немедленно обратитесь в ближайшее отделение неотложной помощи.

XV. Ссылки и ограничения

Рекомендации медицинских руководств, упомянутые в этом отчете (EULAR 2022 и ACR 2021), взяты из общедоступных руководств по клинической практике, а степени рекомендаций и уровни доказательности указаны в соответствии с оригинальными руководствами. Ссылки форматируются как "Автор и др., Журнал, год", чтобы заинтересованные читатели могли ознакомиться с оригинальными публикациями.

Клинические выводы, рекомендуемые пути консультаций, цены и расписание работы клиники подлежат проверке по оригиналам медицинских записей и сведениям, полученным от больниц. Ссылки на официальные сайты больниц, включенные в этот отчет, были получены из общедоступных источников; перед посещением, пожалуйста, проверьте информацию через официальные каналы больницы.

Отказ от ответственности: Данный отчет был создан с помощью ИИ на основе предоставленных медицинских записей и предназначен исключительно для организации медицинской информации и поддержки подбора врача. Он не является рекомендацией по диагностике, лечению или применению лекарств. ИИ может допускать ошибки распознавания или интерпретации. Пожалуйста, принесите оригиналы медицинских записей, чтобы лечащий врач мог вынести заключение на основании личного осмотра и обследования. В случае экстренной ситуации немедленно обратитесь в местную службу скорой помощи или посетите отделение неотложной помощи.