



А.А. Петріщак

**А.А. Петріщак**  
 Ужгородська міська дитяча клінічна лікарня,  
**В.В. Петріщак, П.О. Колесник**  
 кафедра терапії і сімейної медицини,  
 факультет післядипломної освіти,  
 ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

## CARAT у практиці українського лікаря

**А**лергічний риніт (АР) і бронхіальна астма (БА; ARIA) – це захворювання запального генезу, які часто характеризуються відсутністю контролю перебігу цих захворювань, що є причиною значного зниження якості життя пацієнта і суттєвим соціально-економічним тягарем [1, 2]. Відповідно до міжнародних рекомендацій, контроль захворювання є основним завданням при лікуванні алергічних захворювань дихальних шляхів [1, 3]. Керівні вказівки «Алергічний риніт та його вплив на астму (ARIA)» [1] підкреслили важливість комплексного підходу як для оцінки, так і для керування перебігом АР та БА. Таким чином, при боротьбі з хворобами проблему слід розглядати одночасно як патологію верхніх і нижніх дихальних шляхів [4].

Грунтуючись на визначенні контролю БА від Глобальної ініціативи з астми [3], контроль над хронічним захворюванням може бути охарактеризований так: пацієнти відчувають мінімальні симптоми, рідко потребують препаратів так званої швидкої допомоги, всі фізіологічні функції близькі до норми, а отже пацієнти не відчувають обмежень у діяльності та надзвичайно рідко мають загострення.

До 2009 р. було розроблено декілька анкет з якості життя пацієнта, симптомів і тяжкості перебігу в балах [5–9], також кілька анкет для оцінки контролю захворювання [10–13]. Меншою мірою те саме відбулося і щодо АР [14–16]. Тим не менш, не було розроблено жодного опитувальника для одночасного контролю БА і АР. Насправді, зробила спробу тільки Rhinasthma [15], але анкета була призначена для оцінки якості життя, пов'язаної з впливом даних захворювань.

У цей самий час з'явилась перша публікація, яка описує інструмент для одночасного контролю симптомів АР і БА у вигляді тесту (CARAT). Розробники CARAT перевірили кілька анкет, щоб оцінити контроль АР [17,

18] і БА [19, 20]. Тодішні дослідження ще більше зміцнили зв'язок АР та БА, а ARIA вже більше 10 років рекомендує одночасне оцінювання та менеджмент цих захворювань [21, 22].

Також були проведені дослідження, які вірогідно вказували на необхідність створення універсальної анкети. У перехресному дослідженні хворих на БА з 85 установ первинної медичної допомоги в Об'єднаному Королівстві АР був ідентифікований як основний предиктор поганого контролю БА [23]. Крім того, дані Західної Швеції з дослідження БА пов'язують ступінь контролю симптомів АР з ризиком виникнення чи клінічно непомітних декількох симптомів БА [24].

Після створення анкети у 2009 р. було проведено перехресне дослідження, в якому дослідники провели факторний аналіз, щоб скоротити анкету і оцінити придатність її застосування у повсякденній практиці. Було створено CARAT-10 (тобто 10-го перегляду) [25]. Згодом опитувальник було запропоновано як перший інструмент для реалізації принципів ARIA в клінічній практиці [26], адже щоб служити заданій меті, цей інструмент має давати змогу здійснювати оцінку БА та АР пролонговано в часі.

Для доведення дієвості було проведено дослідження у 4 португальських центральних лікарнях. При первинному та повторному огляді (проміжок часу – 4–6 тиж) пацієнти заповнювали CARAT-10 і проходили повне клінічне та лабораторне обстеження. З 62 пацієнтів, включених у дослідження, 51 пацієнт повністю заповнив анкету під час обох візитів. Надійність повторного тестування обчислювалась у вигляді коефіцієнта кореляції всередині класу, який дорівнював 0,82. Що стосується відповіді на лікування у клінічно нестабільних пацієнтів, вона становила 95% ( $p=0,002$ ), а індекс чутливості за Guyatt – 1,54. Що стосується оцінки поздовжньої дії,

коефіцієнти кореляції змін показників були в діапазоні від 0,49 до 0,65, у той час як за оцінкою лікаря вони коливалися від 0,31 до 0,41.

Отже, ці дослідження показали, що CARAT-10 характеризується хорошою надійністю результатів при повторному тестуванні та придатний для тривалих у часі досліджень. Також він може бути використаний для оцінки контролю АР та БА як для порівняння груп у клінічних дослідженнях, так і для оцінки окремих пацієнтів у клінічній практиці [27].

З 2012 р. анкета CARAT застосовується у багатьох європейських країнах як на етапі первинного огляду сімейним лікарем для кращої диференційної діагностики, так і для моніторингу за прогресуванням хвороби та адекватністю базової терапії і препаратів швидкої допомоги.

З плином часу поняття «одні дихальні шляхи – одна хвороба» було трансформовано в площину АР та його впливу на БА (ARIA), яка поєднувала безпечне та ефективне лікування обох захворювань, орієнтоване на оптимальний контроль симптомів як у дорослих, так і в дітей [28].

До 2014 р. було запропоновано ще кілька анкет для контролю окремо БА [29, 31] чи АР [32, 33] у дорослих. «Практичною алергією» (PRACTALL) [34] також було створено кілька анкет для дітей з БА [35–38]. Але до цього часу ніхто не взявся оцінити контроль риніту. Для вирішення цієї проблеми дослідники спрямували свої сили на розвиток CARATkids – анкети для одночасної оцінки контролю АР і БА у дітей віком до 12 років. У Росії було підготовлено опитувальник для дітей віком від 4 до 12 років з 17 питань з ілюстраціями і дихотомічним (так/ні) форматом відповіді. Було отримано 29 відповідей від дітей та їх опікунів. Так звана частка угоди між батьками та дітьми становила 61%. Тобто батьки досить значною мірою нав'язували оцінку симптомів своїм дітям. Це ще раз підтвердило необхідність створення опитувальника саме для пацієнтів юного віку.

Попередні висновки дослідження такі: картинки, які ілюструють дію, а не настрій, є надзвичайно корисними та інформативними. Достовірними можна вважати відповіді дітей віком від 6 років, оскільки вони добре розуміють всі слова, які вживаються в анкеті [39].

Оскільки ще немає доказової бази щодо абсолютної достовірності результатів анкети для дітей, ми поки що не можемо використовувати CARATkids у повсякденній практиці. Але цей факт не спростовує беззаперечну дієвість та ефективність CARAT для дорослих.

**Мета дослідження:** впровадження у шоденну практику лікарів первинної та вторинної ланки надання медичної допомоги тест-контролю АР і БА (CARAT).

### Матеріали та методи дослідження

На етапі скринінгу сімейним лікарем ми роздали 29 анкет пацієнтам віком від 12 до 18 років, які були пасивними курцями чи мали:

- обтяжений сімейний анамнез щодо атопії;
- рецидивний бронхообструктивний синдром;
- часті і затяжні риносинусити (>3 тиж);
- еозинофілію (<20%) при проведеній дегельмінтизації.

Батьків опитаних просили не допомагати пацієнтам з відповідями. Незалежно від результату анкети всі опитані були оглянуті алергологом для підтвердження чи спростування можливого діагнозу респіраторного алергозу. У кожного пацієнта було зібрано алергологічний анамнез і проведено фізикальне обстеження. Також кожній дитині були зроблені нашкірні прик-тести з мікст-алергенами пилковими № 1, 2, 3, 4 та мікст-алергеном побутовим № 5 за допомогою ланцетів для ротаційного прик-тесту типу 1 фірми ТОВ «Імунолог».

Під час іншої частини дослідження лікуючим лікарем-алергологом було роздано 40 опитувальників пацієнтам віком 12–18 років зі вже встановленим діагнозом АР чи/та БА. При повторному візиті (через 3 міс) 34 пацієнтам, які суворо дотримувались призначень, було проведено фізикальне обстеження та повторне опитування CARAT.

### Результати дослідження та їх обговорення

З 29 пацієнтів, направлених до алерголога, було виявлено двох з позитивним тестом на АР і БА (CARAT), але лише в одного була підтверджена сенсифікація до побутових алергенів та встановлено діагноз цілорічного АР. У решти 27 пацієнтів з негативними шкірними тестами та негативним тестом CARAT не було виявлено ознак респіраторного алергозу. Цим пацієнтам була рекомендована консультація суміжних спеціалістів для продовження діагностичного пошуку.

На іншому етапі дослідження під час чергового огляду алергологом були отримані такі результати:

- 11 з 34 пацієнтів суб'єктивно оцінювали свій стан краще, ніж показали результати опитувальника. З чого ми можемо зробити висновок, що пацієнти призвичаїлись до нового способу життя з хворобою і доцільним буде порівнювати якість життя пацієнта у динаміці, а не в порівнянні зі здоровою людиною;
- 7 пацієнтів мали БА та прояви цілорічного АР, які потребували додаткового лікування, з урахуванням факту, що АР може перешкоджати повноцінному контролю перебігу БА;
- у 14 опитаних результати відрізнялися від попередніх, що зумовило корекцію базисної терапії.

### Висновки

Таким чином, CARAT:

- надає ще одну можливість контролю за перебігом респіраторних алергозів та підбору адекватної дози і кратності вживання ліків;
- у пацієнтів з БА та супутнім АР завчасно нагадує про необхідність моніторингу чи навіть лікування супутнього АР;
- покращує комплаєнс та побудову партнерських відносин пацієнт–лікар;
- дає можливість швидко та дешево допомогти у скринінгу респіраторних алергозів на первинному етапі надання медичної допомоги.

*Список літератури – у редакції*