

TABEL 1.2.

Autor(id): Kairit Linnaste

Kliiniline küsimus: 1. Kas astma diagnoosiga patsientidele (sh sõltuvalt astma kontrolli astmest) tuleb määrata hoaravile lisaks püsiravi (hooravi või hooravi + püsiravi või hooravi asemel püsiravi)?

Teema: Millise püsiraviga alustada?

Kuupäev: 06.04.2020

Tõendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	püsiravi	püsiravi	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		
ICS KESKMIINE ANNUS vs ICS VÄIKE ANNUS: hommikune PEF (suuremad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) (järelkontroll: keskmine 12 nädalat)												
1 ¹	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	väike	suur ^b	puudub	140	67	-	MD 32.2 kõrgem (14.33 kõrgem kuni 50.07 kõrgem)	⊕⊕○○ MADAL	
ICS KESKMIINE ANNUS vs ICS VÄIKE ANNUS: FEV1 (L) (suuremad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) (järelkontroll: keskmine 12 nädalat)												
1 ¹	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	väike	suur ^b	puudub	140	67	-	MD 0.14 kõrgem (0.01 madalam kuni 0.29 kõrgem)	⊕⊕○○ MADAL	
ICS KESKMIINE ANNUS vs ICS VÄIKE ANNUS: hooravi kasutamine (puffs/day) (väiksemad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) (järelkontroll: 12 nädalat)												
1 ¹	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	väike	suur ^b	puudub	91	93	-	MD 0.44 kõrgem (1.78 madalam kuni 2.66 kõrgem)	⊕⊕○○ MADAL	OLULINE
ICS SUUR ANNUS vs ICS VÄIKE ANNUS: FEV1 (%) (suuremad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) (järelkontroll: keskmine 9 kuud)												
1 ²	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	suur ^c	suur ^b	puudub	29	29	-	MD 8 kõrgem (18.77 madalam kuni 34.77 kõrgem)	⊕○○○ VÄGA MADAL	
ICS+LABA vs ICS VÄIKE ANNUS: hommikune PEF (suuremad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) (järelkontroll: keskmine 22 nädalat)												
5 ^{3,4,5,6,7}	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	suur ^d	suur ^b	puudub	1885	1686	-	MD 4.58 kõrgem (1.73 kuni 7.44 kõrgem)	⊕○○○ VÄGA MADAL	
ICS+LABA vs ICS VÄIKE ANNUS: FEV1 (%) (suuremad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) (järelkontroll: keskmine 1 aastat)												
1 ⁸	randomiseeritud uuringud	väga suur ^a	väike	väike	väike	puudub	231	228	-	MD 1.83 kõrgem (0.26 kuni 3.4 kõrgem)	⊕⊕○○ MADAL	

ICS+LABA vs ICS VÄIKE ANNUS: FEV1 (%) (suuremad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) LISAOTSING (järelkontroll: 52 nädalat)

Tõendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	püsiravi	püsiravi	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		
1 ⁹	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	väike	väike	puudub	220	225	-	MD 0.004 kõrgem (0.03 madalam kuni 0.04 kõrgem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	

ICS+LABA vs ICS VÄIKE ANNUS: FEV1 (L) (suuremad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) (järelkontroll: keskmine 6 kuud)

5 ^{3,4,5,6,7}	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	suur ^d	väike	puudub	1876	1679	-	MD 0.07 kõrgem (0.04 kuni 0.1 kõrgem)	⊕⊕○○ MADAL	
------------------------	--------------------------	-------------------	-------	-------------------	-------	--------	------	------	---	---------------------------------------	---------------	--

ICS+LABA vs ICS VÄIKE ANNUS: hooarvi kasutamine (puffs/day) (väiksemad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) (järelkontroll: keskmine 6 kuud)

4 ^{4,5,6,8}	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	suur ^d	väike	puudub	1007	799	-	MD 0.22 madalam (0.32 kuni 0.11 madalam)	⊕⊕○○ MADAL	OLULINE
----------------------	--------------------------	-------------------	-------	-------------------	-------	--------	------	-----	---	--	---------------	---------

ICS+LABA vs ICS VÄIKE ANNUS: hooarvi kasutamine- ravimivabad päevad (%) (suuremad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) (järelkontroll: keskmine 12 nädalat)

1 ⁷	randomiseeritud uuringud	suur ^a	puudub	väike	puudub	puudub			šansside suhe (OR) 1.79 (1.12 kuni 2.84)	2 vähem/1000 (3 vähem kuni 1 vähem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	OLULINE
----------------	--------------------------	-------------------	--------	-------	--------	--------	--	--	--	-------------------------------------	------------------	---------

ICS+LABA vs ICS VÄIKE ANNUS: ägenemised (järelkontroll: keskmine 1 aastat)

1 ⁸	randomiseeritud uuringud	väga suur ^a	väike	väike	suur ^b	puudub	34/231 (14.7%)	27/228 (11.8%)	suhteline risk (RR) 1.24 (0.78 kuni 1.99)	28 rohkem / 1,000 (26 vähem kuni 117 rohkem)	⊕○○○ VÄGA MADAL	KRIITILINE
----------------	--------------------------	------------------------	-------	-------	-------------------	--------	----------------	----------------	---	--	--------------------	------------

ICS+LABA vs ICS VÄIKE ANNUS: ägenemine (väiksemad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) LISAOTSING (järelkontroll: 52 nädalat)

1 ⁹	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	väike	väike	puudub	9/220 (4.1%)	21/225 (9.3%)	suhteline risk (RR) 0.44 (0.20 kuni 0.96)	52 vähem / 1,000 (75 vähem kuni 4 vähem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------	-------	--------	--------------	---------------	---	--	------------------	------------

ICS+LABA vs ICS VÄIKE ANNUS: põletike esinemine (järelkontroll: keskmine 24 nädalat)

1 ⁶	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	suur ^d	suur ^b	puudub	23/353 (6.5%)	6/182 (3.3%)	suhteline risk (RR) 1.98 (0.82 kuni 4.77)	32 rohkem / 1,000 (6 vähem kuni 124 rohkem)	⊕○○○ VÄGA MADAL	
----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------------------	-------------------	--------	---------------	--------------	---	---	--------------------	--

ICS+LABA vs ICS VÄIKE ANNUS: põletike esinemine (resp) (väiksemad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) LISAOTSING (järelkontroll: 52 nädalat)

1 ⁹	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	väike	suur ^e	puudub	71/220 (32.3%)	75/225 (33.3%)	mittehinnatav	-	⊕⊕○○ MADAL	
----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------	-------------------	--------	----------------	----------------	---------------	---	---------------	--

Tõendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	püsiravi	püsiravi	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		

ICS+LABA vs ICS VÄIKE ANNUS: suurem (järelkontroll: keskmine 24 nädalat)

1 ⁵	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	suur ^d	väike	puudub	0/209 (0.0%)	0/224 (0.0%)	koondamata	-	⊕⊕○○ MADAL	KRITILINE
----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------------------	-------	--------	--------------	--------------	------------	---	---------------	-----------

ICS+LABA vs ICS VÄIKE ANNUS: astma kontroll (ACQ- skoor 0-6; väiksemad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) LISAOTSING (järelkontroll: 52 nädalat)

1 ⁹	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	väike	väike	puudub	220	225	-	MD 0.14 kõrgem (0.05 kõrgem kuni 0.23 kõrgem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRITILINE
----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------	-------	--------	-----	-----	---	---	------------------	-----------

LTRA vs ICS VÄIKE ANNUS: hommikune PEF (suuremad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) (järelkontroll: keskmine 20 nädalat)

4 ^{10,11,12,13}	randomiseeritud uuringud	suur ^a	suur ^f	suur ^e	suur ^b	puudub	852	874	-	MD 19.41 madalam (30.67 kuni 8.15 madalam)	⊕○○○ VÄGA MADAL	
--------------------------	--------------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	--------	-----	-----	---	--	--------------------	--

LTRA vs ICS VÄIKE ANNUS: FEV1 (%) (suuremad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) (järelkontroll: keskmine 12 nädalat)

2 ^{10,13}	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	väike	väike	puudub	466	475	-	MD 3.09 madalam (4.18 kuni 2 madalam)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	
--------------------	--------------------------	-------------------	-------	-------	-------	--------	-----	-----	---	---------------------------------------	------------------	--

LTRA vs ICS VÄIKE ANNUS: FEV1 (L) (suuremad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) (järelkontroll: keskmine 24 nädalat)

2 ^{11,12}	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	suur ^e	väike	puudub	384	392	-	MD 0.17 madalam (0.23 kuni 0.1 madalam)	⊕⊕○○ MADAL	
--------------------	--------------------------	-------------------	-------	-------------------	-------	--------	-----	-----	---	---	---------------	--

LTRA vs ICS VÄIKE ANNUS: hooravi kasutamine (puffs/day) (väiksemad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) (järelkontroll: keskmine 20 nädalat)

3 ^{11,12,13}	randomiseeritud uuringud	suur ^a	suur ^f	suur ^e	suur ^b	puudub	573	583	-	MD 0.58 kõrgem (0.05 madalam kuni 1.2 kõrgem)	⊕○○○ VÄGA MADAL	OLULINE
-----------------------	--------------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	--------	-----	-----	---	---	--------------------	---------

LTRA vs ICS VÄIKE ANNUS: hooravi kasutamine- ravimivabad päevad (%) (suuremad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) (järelkontroll: keskmine 12 nädalat)

1 ¹⁰	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	väike	suur ^b	puudub	268	281	-	MD 1.32 kõrgem (1.32 madalam kuni 8.72 kõrgem)	⊕⊕○○ MADAL	OLULINE
-----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------	-------------------	--------	-----	-----	---	--	---------------	---------

LTRA vs ICS VÄIKE ANNUS: elukvaliteet (skooride vahemik 1-7; suuremad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) (järelkontroll: keskmine 18 nädalat)

Tõendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	püsiravi	püsiravi	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		
2 ^{12,13}	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	suur ^c	väike	puudub	386	389	-	MD 0.17 madalam (0.33 kuni 0.01 madalam)	⊕⊕○○ MADAL	KRIITILINE

LTRA vs ICS VÄIKE ANNUS: ägenemised (järelkontroll: keskmine 24 nädalat)

1 ¹²	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	suur ^c	väga suur ^b	puudub	21/197 (10.7%)	19/198 (9.6%)	suhteline risk (RR) 1.11 (0.62 kuni 2.00)	11 rohkem / 1,000 (36 vähem kuni 96 rohkem)	⊕○○○○ VÄGA MADAL	KRIITILINE
-----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------------------	------------------------	--------	----------------	---------------	---	---	---------------------	------------

THEOPHYLLINE vs ICS VÄIKE ANNUS: FEV1 (%) (suuremad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) (järelkontroll: keskmine 9 kuud)

1 ²	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	suur ^c	väike	puudub	62	53	-	MD 0 (10.3 madalam kuni 10.3 kõrgem)	⊕⊕○○ MADAL	
----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------------------	-------	--------	----	----	---	--------------------------------------	---------------	--

ICS+LABA vs ICS KESKMINE ANNUS: Hommikune PEF (suuremad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) (järelkontroll: keskmine 12 nädalat)

1 ¹⁴	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	suur ^c	suur ^b	puudub	180	182	-	MD 21 kõrgem (11 kuni 31 kõrgem)	⊕○○○○ VÄGA MADAL	
-----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------------------	-------------------	--------	-----	-----	---	----------------------------------	---------------------	--

ICS+LABA vs ICS KESKMINE ANNUS: hooravi kasutamise- osalejad, kellel on 100% ravimivabad päevad olnud (järelkontroll: keskmine 12 nädalat)

1 ¹⁴	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	suur ^c	väike	puudub	40/180 (22.2%)	26/182 (14.3%)	suhteline risk (RR) 1.56 (0.99 kuni 2.44)	80 rohkem / 1,000 (1 vähem kuni 206 rohkem)	⊕⊕○○ MADAL	OLULINE
-----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------------------	-------	--------	----------------	----------------	---	---	---------------	---------

ICS+LABA vs ICS KESKMINE ANNUS: hooravi kasutamise- osalejad, kellel on 100% ravimivabad ööd olnud (järelkontroll: keskmine 12 nädalat)

1 ¹⁴	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	suur ^c	väike	puudub	54/180 (30.0%)	31/182 (17.0%)	suhteline risk (RR) 1.76 (1.19 kuni 2.60)	129 rohkem / 1,000 (32 rohkem kuni 273 rohkem)	⊕⊕○○ MADAL	OLULINE
-----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------------------	-------	--------	----------------	----------------	---	--	---------------	---------

LTRA vs ICS KESKMINE ANNUS: hommikune PEF (suuremad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) (järelkontroll: keskmine 2 aastat)

1 ¹⁵	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	suur ^b	väga suur ^b	puudub	148	158	-	MD 6.8 madalam (33.91 madalam kuni 20.31 kõrgem)	⊕○○○○ VÄGA MADAL	
-----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------------------	------------------------	--------	-----	-----	---	--	---------------------	--

LTRA vs ICS KESKMINE ANNUS: hooravi kasutamine päeval (väiksemad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) (järelkontroll: keskmine 2 aastat)

1 ¹⁵	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	suur ^b	väike	puudub	148	158	-	MD 0.43 kõrgem (0.08 kuni 0.78 kõrgem)	⊕⊕○○ MADAL	OLULINE
-----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------------------	-------	--------	-----	-----	---	--	---------------	---------

Tõendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	püsiravi	püsiravi	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		

LTRA vs ICS KESKMINE ANNUS: hooravi kasutamine öösel (väiksemad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) (järelkontroll: keskmine 2 aastat)

1 ¹⁵	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	suur ^b	väike	puudub	148	148	-	MD 0.04 kõrgem (0.16 madalam kuni 0.24 kõrgem)	⊕⊕○○ MADAL	OLULINE
-----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------------------	-------	--------	-----	-----	---	--	---------------	---------

LTRA vs ICS KESKMINE ANNUS: astma kontroll (ACQ) (skooride vahemik 0-6; väiksemad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) (järelkontroll: keskmine 2 aastat)

1 ¹⁵	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	suur ^b	väike	puudub	145	155	-	MD 0.08 kõrgem (0.13 madalam kuni 0.29 kõrgem)	⊕⊕○○ MADAL	KRIITILINE
-----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------------------	-------	--------	-----	-----	---	--	---------------	------------

LTRA vs ICS KESKMINE ANNUS: hospitaliseerimised (järelkontroll: keskmine 2 aastat)

1 ¹⁵	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	suur ^b	väga suur ^b	puudub	4/151 (2.6%)	2/151 (1.3%)	suhteline risk (RR) 2.00 (0.37 kuni 10.76)	13 rohkem / 1,000 (8 vähem kuni 129 rohkem)	⊕○○○○ VÄGA MADAL	OLULINE
-----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------------------	------------------------	--------	--------------	--------------	--	---	---------------------	---------

LTRA vs ICS KESKMINE ANNUS: elukvaliteet (AQLQ) (skooride vahemik 1-7, suuremad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) (järelkontroll: keskmine 2 aastat)

1 ¹⁵	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	suur ^b	väike	puudub	145	155	-	MD 0.11 madalam (0.36 madalam kuni 0.14 kõrgem)	⊕⊕○○ MADAL	KRIITILINE
-----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------------------	-------	--------	-----	-----	---	---	---------------	------------

LTRA vs ICS KESKMINE ANNUS: elukvaliteet (EQ-5D) (skooride vahemik 0-1, suuremad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) (järelkontroll: keskmine 2 aastat)

1 ¹⁵	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	suur ^b	väike	puudub	132	143	-	MD 0.06 madalam (0.11 madalam kuni 0 kõrgem)	⊕⊕○○ MADAL	KRIITILINE
-----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------------------	-------	--------	-----	-----	---	--	---------------	------------

LTRA vs ICS KESKMINE ANNUS: ägenemised (follow-up keskmiselt 2 aastat) (järelkontroll: keskmine 2 aastat)

1 ¹⁵	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	suur ^b	suur ^b	puudub	36/148 (24.3%)	27/158 (17.1%)	suhteline risk (RR) 1.42 (0.91 kuni 2.22)	72 rohkem / 1,000 (15 vähem kuni 208 rohkem)	⊕○○○○ VÄGA MADAL	KRIITILINE
-----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------------------	-------------------	--------	----------------	----------------	---	--	---------------------	------------

LTRA vs ICS KESKMINE ANNUS: põletike esinemine (järelkontroll: keskmine 2 aastat)

1 ¹⁵	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	suur ^b	suur ^b	puudub	70/148 (47.3%)	79/148 (53.4%)	suhteline risk (RR) 0.89 (0.71 kuni 1.11)	59 vähem / 1,000 (155 vähem kuni 59 rohkem)	⊕○○○○ VÄGA MADAL	
-----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------------------	-------------------	--------	----------------	----------------	---	---	---------------------	--

THEOPHYLLINE vs ICS SUUR ANNUS: FEV1 (%) (suuremad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) (järelkontroll: keskmine 9 kuud)

Tõendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	püsiravi	püsiravi	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		
1 ²	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	suur ^c	suur ^b	puudub	27	29	-	MD 7 madalam (36.86 madalam kuni 22.86 kõrgem)	⊕○○○ VÄGA MADAL	

LTRA vs ICS+LABA: hommikune PEF (suuremad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) (järelkontroll: keskmine 12 nädalat)

2 ^{16,17}	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	suur ^c	väike	puudub	395	382	-	MD 47.85 madalam (59.35 kuni 36.34 madalam)	⊕⊕○○ MADAL	
--------------------	--------------------------	-------------------	-------	-------------------	-------	--------	-----	-----	---	---	---------------	--

LTRA vs ICS+LABA: FEV1 ((L) (suuremad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) (järelkontroll: keskmine 12 nädalat)

2 ^{16,17}	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	suur ^c	suur ^b	puudub	396	384	-	MD 0.28 madalam (0.34 kuni 0.22 madalam)	⊕○○○○ VÄGA MADAL	
--------------------	--------------------------	-------------------	-------	-------------------	-------------------	--------	-----	-----	---	--	---------------------	--

LTRA vs ICS+LABA: hooravi kasutamine (puffs/day) (väiksemad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) (järelkontroll: keskmine 12 nädalat)

2 ^{16,17}	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	suur ^c	väike	puudub	396	384	-	MD 1.4 kõrgem (0.99 kuni 1.81 kõrgem)	⊕⊕○○ MADAL	OLULINE
--------------------	--------------------------	-------------------	-------	-------------------	-------	--------	-----	-----	---	---------------------------------------	---------------	---------

LTRA vs ICS+LABA: elukvaliteet (AQLQ) (suuremad näitajad kirjeldavad paremat tulemust) (järelkontroll: keskmine 12 nädalat)

1 ¹⁷	randomiseeritud uuringud	väike	väike	väike	suur ^b	puudub	183	171	-	MD 0.5 madalam (0.74 kuni 0.26 madalam)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRITILINE
-----------------	--------------------------	-------	-------	-------	-------------------	--------	-----	-----	---	---	------------------	-----------

CI: usaldusintervall; MD: keskmine erinevus; OR: šansimäär; RR: riskimäär

Selgitused

- Hinnangut alandatud 1 palli võrra, kui enamuse allikatest oli kõrge nihke tõenäosus, 2 palli võrra alandatud, kui enamuse allikatest oli väga kõrge nihke tõenäosusega
- Hinnangut on alandatud 1 palli võrra kui konfidentsiaalsusintervall on ületanud ühte MID-is ja alandatud 2 palli võrra, kui konfidentsiaalsusintervall on ületanud mõlemat MIDI.
- Enamuse allikates kaudne populatsioon (hinnangut alandatud 1 palli võrra) või väga kaudne populatsioon (hinnangut on alandatud kahe palli võtta); ebaselgus
- Enamuse allikates kaudne populatsioon (hinnangut alandatud 1 palli võrra) või väga kaudne populatsioon (hinnangut on alandatud kahe palli võtta); ei ole objektiivselt hinnatud astma diagnoosi
- Hinnangut on alandatud 1 palli võrra, kui puudub info RR, CI jne kohta: See ei ole uuringus oluline tulemusnäitaja
- Hinnangut on alandatud 1 või 2 palli võrra kuna I2>50%, alagrupid ei ole lahti seletatud

Halli taustaga on tulemusnäitajad, mida on kirjeldatud NICE-s, aga Eesti juhendi tulemusnäitajate hulka ei kuulu

Viited

- Kemp JP, Berkowitz RB, Miller SD, Murray JJ, Nolop K, Harrison JE. Mometasone furoate administered once daily is as effective as twice-daily administration for treatment of mild-to-moderate persistent asthma. Journal of Allergy and Clinical Immunology; 2000.
- Pedersen B, Dahl R, Karlstrom R, Peterson CG, Venge P. Eosinophil and neutrophil activity in asthma in a one-year trial with inhaled budesonide. The impact of smoking. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine.; 1996.

3. Chuchalin A, Jacques L, Frith L.. Salmeterol/fluticasone propionate via Diskus™ once daily versus fluticasone propionate twice daily in patients with mild asthma not previously receiving maintenance corticosteroids. *Clinical Drug Investigation*; 2008.
4. Nelson HS, Wolfe JD, Gross G, Greos LS, Baitinger L, Scott C et al.. Efficacy and safety of fluticasone propionate 44 µg/salmeterol 21 µg administered in a hydrofluoroalkane metered-dose inhaler as an initial asthma maintenance treatment. *Annals of Allergy, Asthma, and Immunology.*; 2003.
5. Renzi PM, Howard LA, Ortega HG, Ahmad FF, Chapman KR.. Low-dose fluticasone propionate with and without salmeterol in steroid-naïve patients with mild, uncontrolled asthma. *Respiratory Medicine*; 2010.
6. Kerwin EM, Nathan RA, Meltzer EO, Ortega HG, Yancey SW, Schoaf L et al.. Efficacy and safety of fluticasone propionate/salmeterol 250/50 mcg Diskus administered once daily. *Respiratory Medicine*; 2008.
7. Boonsawat W, Goryachkina L, Jacques L, Frith L.. Combined salmeterol/fluticasone propionate versus fluticasone propionate alone in mild asthma : a placebo-controlled comparison. *Clinical Drug Investigation*; 2008.
8. O'Byrne PM, Barnes PJ, Rodriguez-Roisin R, Runnerstrom E, Sandstrom T, Svensson K et al.. Low dose inhaled budesonide and formoterol in mild persistent asthma: the OPTIMA randomized trial. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*; 2001.
9. Beasley, Richard, Holliday, Mark, Reddel, Helen K., Braithwaite, Irene, Ebmeier, Stefan, Hancox, Robert J., Harrison, Tim, Houghton, Claire, Oldfield, Karen, Papi, Alberto, Pavord, Ian D., Williams, Mathew, Weatherall, Mark. Controlled Trial of Budesonide–Formoterol as Needed for Mild Asthma. *New England Journal of Medicine*; 2019-05-23.
10. Bousquet J, Menten J, Tozzi CA, Polos PG.. Oral montelukast sodium versus inhaled fluticasone propionate in adults with mild persistent asthma.. *Journal of Applied Research*; 2005.
11. Busse W, Raphael GD, Galant S, Kalberg C, Goode-Sellers S, Srebro S et al.. Low-dose fluticasone propionate compared with montelukast for first-line treatment of persistent asthma: A randomized clinical-trial.. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*; 2001.
12. Meltzer EO, Lockey RF, Friedman BF, Kalberg C, Goode-Sellers S, Srebro S et al.. Efficacy and safety of low-dose fluticasone propionate compared with montelukast for maintenance treatment of persistent asthma. . *Mayo Clinic Proceedings*; 2002.
13. Zeiger RS, Bird SR, Kaplan MS, Schatz M, Pearlman DS, Orav EJ et al.. Short-term and long- term asthma control in patients with mild persistent asthma receiving montelukast or fluticasone: a randomized controlled trial.. *American Journal of Medicine.*; 2005.
14. Rojas RA, Paluga I, Goldfrad CH, Duggan MT, Barnes N.. Initiation of maintenance therapy with salmeterol/fluticasone propionate combination therapy in moderate asthma: a comparison with fluticasone propionate. . *Journal of Asthma*; 2007.
15. Price D, Musgrave SD, Shepstone L, Hillyer EV, Sims EJ, Gilbert RF et al.. Leukotriene antagonists as first-line or add-on asthma-controller therapy. . *New England Journal of Medicine*; 2011.
16. Calhoun WJ, Nelson HS, Nathan RA, Pepsin PJ, Kalberg C, Emmett A et al.. Comparison of fluticasone propionate-salmeterol combination therapy and montelukast in patients who are symptomatic on short-acting beta(2)-agonists alone.. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*; 2001.
17. Pearlman D, Kerwin E, Kim K, Murray A, Fischer T, Wu W et al. Fluticasone prorionate HFA- 134 A significantly improves asthma control in inhaled corticosteroid dependent asthmatics.. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine.*; 2002.