

Карагандинский Государственный Медицинский Университет
Кафедра клинической фармакологии и доказательной медицины

Эффективность беклометазона при бронхиальной астме

Подготовили:
Ст. 3-067 гр.
Каржаспаева Г.
Киякпаева Г.
Проверила:
Мясникова Ж.В.

* План:

- * Клинический вопрос
- * Цель
- * Описание полученных данных
- * Заключение литература

* **Клинический вопрос и компоненты PICO**

* Клинический вопрос:

Эффективно ли применение «Беклометазона» при приступах бронхиальной астмы?

PICO

P - больные, страдающие бронхиальной астмой

I - назначение «Беклометазона»

C - 2 группы больных бронхиальной астмой

1-ая группа: получает «Беклометазон»

2-ая группа: не получает «Беклометазон»

O - купирование и снижение частоты приступов

Мы четко сформулировали проблему и определили группу больных, выбрали вид вмешательства, определили критерии оценки и контроля вмешательства. Есть конкретная цель, которую необходимо достичь при данном вмешательстве.

* ЧТО ТАКОЕ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА?

Бронхиальная астма считается хроническим и неизлечимым заболеванием, поражающим бронхи, воспаляющим их и вызывающим приступы удушья, хрипы, кашель или затрудненное дыхание.

Патогенез бронхиальной астмы (все, что вызывает болезнь) позволяет четко определить, что некие внешние раздражители поражают дыхательные пути, которые вследствие этого воздействия воспаляются, в результате резко повышается реакция (гиперреактивность) бронхов и появляются приступы удушья.



* Актуальность клинического вопроса

- * Несмотря на все усилия медицины, государства и мировых сообществ, заболеваемость бронхиальной астмой растет с каждым годом, особенно стремительно - у детей. Это может быть связано не только с улучшением диагностики, но и с ухудшением экологической ситуации, ростом численности городского населения, широким использованием пищевых добавок, синтетических материалов, «популярностью» домашних животных и т.п.
- * Частота встречаемости бронхиальной астмы очень высокая: от 4 до 10% (в зависимости от региона). В России распространенность среди взрослых достигает 7%. В возрастном диапазоне БА чаще бывает у детей, причем у мальчиков. Однако к 20-30-ти годам соотношение по полу выравнивается.
- * Вообще, астма может возникнуть в любом возрасте. На ее появление оказывают влияние условия проживания, климат, работа, характер питания, а также наследственность, которая определяет склонность человека к этой патологии, и врожденные дефекты развития дыхательных путей.

- * Мы поставили цель: узнать насколько эффективен лекарственный препарат «Беклометазон» при лечении бронхиальной астмы.
- * Для этого провели поиск по данному клиническому вопросу на сайте <http://www.cochranelibrary.com>, проанализировали полученные результаты и получили определенные выводы.

* Исследование №1

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002738.pub2/abstract>

- * 60% больных из 6542 участников соответствовали критериям исследования.
- * При не пероральном введении лечение больных, в дозах 400mcg / день или меньше CFC-BDP значительно лучше по сравнению с исходным в ряду мер эффективности по сравнению с плацебо, в том числе объем форсированного выдоха за одну секунду (ОФВ1) 360 мл (95% ДИ от 260 до 460); ОФВ1 (% от должного) ОМУ 12.41% (95% ДИ 8,18 до 16,64) и утренний пик скорость выдоха (ПСВ я) ОМУ 35.95 л / мин (95% ДИ 27.85 до 44.04).
- * BDP также привело к сокращению использования спасательного бета-агонистов 2 по сравнению с плацебо -2.32 затяжек / D (95% ДИ -2,55 -2,09, чтобы) и уменьшил относительный риск (ОР) пробного вывода из-за обострения астмы 0,25 (95 ДИ 0,12% до 0,51). Анализ в подгруппах на основе длительности лечения обеспечивают поддержку предложения о том, что период лечения больше, чем четыре недели требуется реализовать эффект полного лечения. При пероральном введении преднизолона больных привело к более значительному сокращению приступов ОМУ -4,91 мг / сут (95% CI -5,88 -3,94 в мг / сут) и большей вероятности снятия приступа RR 8.02 (95% ДИ 3,23 до 19.92). HFA-BDP (3 исследования): В не-оральный стероид лечение больных, HFA-BDP был значительно более эффективным, чем плацебо в улучшении ОФВ1, утром и вечером ПСВ, FEF25 до 75%, снижение симптомов астмы при ежедневном применении бета2-агонистов. Значительные эффекты для таких результатов было очевидно, после шести недель лечения. У пациентов принимающих пероральные стероидные препарат значительно улучшилось ОФВ1 и я РЕФ. высокого уровня неоднородности и расхождения целей исследования наблюдается погрешности в результатах.

* Исследование №2

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003530/abstract>

- * 24% больных соответствовали критериям исследования (всего 1174 участников).
- * Методологическое качество было разным. Мета-анализ перекрестных исследований не демонстрируют значительную разницу между BDP и BUD для ОФВ1, ПСВ утром, вечером ПСВ. Данные результаты стоит оценивать с осторожностью, так как имеются недостатки дизайна исследования. Одно перекрестное исследование показало, что БАД 400 мкг / сут доставлены через Turbohaler ингалятора сухого порошка (DPI) могут быть более эффективными, чем BDP 400 мкг / г доставлены через Rotahaler DPI : взвешенная разность средних (BPC) 0.43 log₁₀ PC20 ОФВ1 (95% доверительный интервалы (ДИ) 0,05, 0,81 log₁₀ PC20 ОФВ1).

* Исследование №3

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002879/abstract>

* 15 исследований были включены. Методологическое качество было разным. Исследование редко, когда дало четкое представление о степени контроля астмы в базовой линии. Результаты представлены в виде средних взвешенных различий (ОМУ) с 95% доверительными пределами (95% ДИ). При не пероральном применении стероидов лечение астматиков имело небольшое преимущество в BDP 800 мкг / сут в течение 400 мкг / сут было очевидно для улучшения утро пиковой скорости выдоха потока (ПСВ) по сравнению с исходным, ОМП 11 л / мин (95% ДИ от 4 до 19 л / мин) N = 2; улучшение принудительного истекшим объема в одну секунду (ОФВ1) по сравнению с исходным, ОМП 9 мл (95% ДИ от 3 до 140) N = 1; и снижение в ночное время симптома по сравнению с исходным, ОМУ 0,13 (95% ДИ от 0,04 до 0,22) N = 1. Исследования, которые оценивали BDP 1000 500 мкг / г и BDP 1600 В 400 мкг / сут продемонстрировал значительное преимущество более высокой дозе в течение более низкой дозе для гистамина бронхальной гиперреактивности (BHR) и процентное улучшение ОФВ1 по сравнению с исходным уровнем. Нет различия между применении ежедневно высоких и низких доз БДП для дневных симптомов, снятия благодаря обострения астмы, ротоглотки побочных эффектов или мер функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой (НРА).

* Исследование №4

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011293.pub2/abstract>

- * Пятьдесят два исследования соответствовали критериям включения, случайно присвоения 5077 участников сравнений интересов. Большинство исследований были двойное слепое плацебо-контролируемое, но исследования изменяться в срок от одного дня до трех лет. Большинство участников были легкой или прерывистой астма, часто с сопутствующими аллергическим ринитом.
- * За исключением неблагоприятных событий, представление данных о результатах, представляющих интерес для данного обзора было редко, и избирательное отчетности, возможно, оказали серьезное влияние на полноту доказательств. Процедуры распределения, как правило, не были хорошо описаны, около четверти из исследований были высокого риска смещения для производительности или обнаружения смещения или оба участника и истощение была высокой или неизвестной примерно в половине исследований.
- * Одно короткое исследование показало, обострений, требующих посещения больницы и не наблюдалось побочных эффектов. Пять исследований сообщили качество жизни, но данные не были пригодны для мета-анализа. Серьезные нежелательные явления были нечастыми, и анализ с использованием различия риска предполагает, что не более чем 1/100 не могут страдать серьезные неблагоприятные события, в результате лечения (РД 0,0012, 95% доверительный интервал (ДИ) -0,0077 до 0,0102; участников = 2560; исследования = 22; умеренное качество доказательств). Изменения в ингаляционных кортикостероидах использования в мкг в день (MD 35.10 мкг / г, 95% ДИ -50,21, чтобы 120,42; низкое качество доказательств), обострений, требующих оральных стероидов (исследования = 2; не события) и бронхиальная провокацией (SMD 0,69, 95 ДИ -0.04% 1,43; очень низкого качества доказательств) не часто сообщается. Это привело ко многим неточных оценок с широкими доверительными интервалами, которые включали возможность как пользы и вреда от SLIT.
- * Еще люди, принимающие SLIT были неблагоприятные события любого рода по сравнению с контролем (OR 1,70, 95% CI 1.21 2.38; некачественного доказательств; участников = 1755; исследования = 19), но, как правило, события сообщается, переходных и мягким.
- * Отсутствие данных предотвратить большую часть запланированного подгруппе и анализа чувствительности.
- *

* Исследование №5

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002310.pub4/abstract>

* Семьдесят один исследования (14,602 участников), представляющих 74 рандомизированных сравнений соответствовали критериям включения. Методологическое качество было справедливо. Отношение доза 1: 2: FP производится значительно большее конец лечения ОФВ1 (0,04 л (95% ДИ от 0 до 0,07 литра), в конце лечения и изменения в утренней ПСВ, но не изменить в ОФВ1 или вечерней ПСВ . Это относится ко всем доз наркотиков, возрастным группам, и устройств для доставки. Никакой разницы между FP и BDP / BUD не были замечены в судебных снятия. Ф. привело к уменьшению симптомов и меньше спасательной использования лекарств. При введении в половинной дозе от BDP / BUD Ф. П. привело к большей вероятности фарингита Там не было никакой разницы в вероятности кандидоза полости рта с плазменным кортизола и 24 час мочевого кортизола измеряли часто, но представление данных было ограничено... Отношение доза 1: 1: FP производится статистически значимой разницы в утром ПСВ, ПСВ вечером, и ОФВ1 более BDP или BUD. Влияние на обострений были смешаны. Там не было никакого существенного различия заболеваемости охриплость, фарингит, кандидоз, или кашель.