



Lp. Tanel Ross,
Eesti Haigekassa juhatuse esimees

23.03.16

Edastan lisaandmed tervishoiuteenuste loetelu täiendusettepanekute osas.

1) miks on patsientide arvu prognoosis arvestatud ainult ravi alustavate patsientide arvuga?

Kas on välistatud, et juba bioloogilist ravi saavad patsiendid lülituvad praeguse ravi ebaõnnestumise korral ümber sekukinumabile?

Tuginedes rahvusvaheliste kliiniliste uuringute andmetele toimub bioloogilist ravi saavatest patsientidest teoreetiliselt 30-40%-l ravi vahetus kas toime puudumise või kõrvaltoime tõttu. Seni on need TNF-alfa inhibiitorit saavad anküloseeriva spondüliidi ja psoriaatilise artriidi patsiendid, kelle ravitulemus ei ole olnud hea või on tekkinud kõrvaltoime, ümber lülitatud teisele TNF alfa inhibiitorile.

Ravivõimaluste avardamisel (IL-17 inhibiitor - sekukinumab) lülitatakse nüüd osa ebapiisava ravivastuse või kõrvaltoime saanud patsientidest TNF alfa inhibiitori asemel ümber sekukinumabile.

Bioloogilist ravi saavate anküloseeriva spondüliidi ning psoriaatilise artriidi patsientide üldarv ning ravi maksumus (võrreldes ümberlülitamisega teisele TNF alfa inhibiitorile) selle tagajärjel ei tõuse.

2) kas sekukinumabi annus oleks terve raviperioodi vältel 150mg? Või on teatud juhtudel vajalik arvestada kõrgema annusega?

Teatud juhtudel võib vaja minna sekukinumab 300 mg annuseid.

Suuremat sekukinumabi doosi võivad vajada järgmised patsiendid :

- Psoriaatilise artriidi patsiendid, kellel ei ole saavutatud piisavat ravivastust TNF alfa inhibiitoritele
- Psoriaatilise artriidi patsiendid, kellel on kaasvalt mõõdukas kuni raske naastuline psoriaas
- Patsiendid, kellel ei saavutata piisavat raviefekti 150 mg annusega. Patsientide arvu ei ole võimalik hetkel ette ennustada praktiliste kogemuste puudumise tõttu

Dr Karin Laas
Eesti Reumatoloogia Seltsi juhataja
karin.laas@ers.ee