

Vastuseks lisaandmete päringule

Taotlus „Akromegaalia ravi kasvuhormooni antagonistiga“.

1. Kui kiiresti ravivastus saavutatakse ning kuidas seda hinnatakse?

Ravivastus saavutatakse nädalatega ja seda hinnatakse mõõtes IGF-1 taset (Trainer et al., 2000). Efekti hindamiseks ja annuse tiitrimiseks on plaanis Eestis järgida protokoll, kus IGF-1 taset mõõdetakse 4-6 nädalase intervalliga ja vastavalt tulemusele kohandatakse ravimi annust.

2. Millel põhineb patsientide arvu prognoosi ekspertarvamus? Kas see tugineb kliinilistel uuringutel? Kui jah, siis millistel?

Patsientide arvu prognoos põhineb hetkel Eestis ravil olevate patsientide andmetel.

3. Millel tugineb ekspertarvamus, et pooled patsiendid vajavad pegvisomandi monoteraapiat ja pooled kombinatsioonravi somatostatiini analoogiga?

See teadmine põhineb reaalsel ravimikasutusel, mida on Euroopa eri riikides korduvalt uuritud. 2012. aastal avaldatud andmed suurima andmebaasi kohta (Acrostudy) näitasid, et reaalelus kasutasid kombineeritud ravi 40 % patsientidest (Van Der Lely et al., 2012). Siin tuleb lisaks arvesse võtta, et uuringu perioodil ei olnud kõigis riikides kombinatsioonravi kompenseeritav.

„Akromegaalia hormoonravi 2. põlvkonna pikatoimelise somatostatiini analoogiga, 4-nädalane ravikuur“

1. Kui kiiresti ravivastus saavutatakse ning kuidas seda hinnatakse?

Ravivastus saavutatakse kuudega, plaanis on hinnata ravivastust 3-kuuse ravi järel, mis vastab täpselt uuringus kasutatud ajapunktile (Gadella et al., 2014). Ravivastust hinnatakse IGF-i taseme ja kasvuhormooni taseme määramisega.

2. Võrrelda pasireotiidi ja pegvisomandi efektiivsust akromegaalia ravis.

Nagu taotluses kirjeldasime, siis otsesid võrdlusuuringuid ravimite vahel ei ole teostatud. Uuringute põhjal oleme kombineerinud tabeli, mis toob võrdlevalt ära peamised efektiivsust käsitlevad tulemused.

	Pasireotiid	Pegvisomant
IGF-1 normaliseerumine	39 % (Colao et al., 2014) 100%, kui kasutamine lähtub taotluses toodud tingimustest (peale 3-kuulist prooviravi jäävad ravile vaid patsiendid, kelle ravim on efektiivne)	97% kontrollitud uuringuis (Trainer et al., 2000) 63-68 % reaalelu uuringuis (Van Der Lely et al., 2012)

Kasvuhormooni normaliseerumine	48% (Colao et al., 2014)	0 %
Kasvaja mõõtmete vähenemine (% patsientidest)	81 % (Colao et al., 2014)	0%
Kasvaja mõõtmete vähenemine (% ruumalast)	-40% (Colao et al., 2014)	0%

3. Millel põhineb patsientide arvu prognoosi ekspertarvamus? Kas see tugineb kliinilistel uuringutel? Kui jah, siis millistel?

Patsientide arvu prognoos põhineb hetkel Eestis ravil olevate patsientide andmetel.

4. Kas oleks võimalik taotletavat ravimit kasutada koodi 339R all?

Endokrinoloogia Seltsi arvates oleks optimaalne lahendus eraldi teenuse koodi kasutamine. See annaks täpsema pildi ravimi reaalsest kasutamisest ja võimaldaks paremini jälgida, et kasutus oleks optimaalne.

5. Kas esitatud hinna korral on tegemist hulgiostu ostuhinnaga?

Tegemist on lõpphinnaga haiglale.

Täiendavalt soovime tagasisidet teenuse „Türeoliberiintest“ (kood 6351) kustutamise kohta. Raviarvete andmebaasi alusel ei ole antud teenust kordagi osutatud 2012 ja 2013. aastal ning 2 korda on osutatud 2014. aastal. Palume tagasisidet, kas teenuse võib tervishoiuteenuste loetelust kustutada?

Endokrinoloogia Selts soovib testi jätkuvat olemasolu hinnakirjas.

Tegemist on harvikaiguste diagnoosimiseks vajaliku testiga ja väike patsientide arv on selle puhul loomulik.

31.03.2015

Prof. Vallo Volke
Eesti Endokrinoloogi Seltsi president