

VYBRANÉ ASPEKTY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI O DOSPELÝCH PACIENTOV S DEPRESIOU REZISTENTNOU NA LIEČBU

MUDr. Vít Provazník, Psychiatrická ambulancia, Bratislava

RNDr. Marcela Kováčová, InovaHealth s.r.o., Bratislava

Abstrakt

Východiská: Depresia rezistentná na liečbu je forma depresívnej poruchy, ktorá vyžaduje zvýšenú špecializovanú zdravotnú starostlivosť a ktorej sprievodným javom sú zvýšené priame náklady na liečbu.

Cieľ: Cieľom štúdie bolo zistiť podiel pacientov s depresiou rezistentnou na liečbu v reprezentatívnom súbore pacientov s depresiou, sledovaných v ambulantnej starostlivosti ako aj objem priamych nákladov (bez farmakoterapie) na ich zdravotnú starostlivosť.

Metódy: Metódou bol dotazníkový prieskum realizovaný v 6 ambulanciách poskytujúcich špecializovanú psychiatrickú zdravotnú starostlivosť.

Výsledky: Na pracoviskách, zúčastnených v prieskume, bolo celkovo dispenzarizovaných 5 154 pacientov s depresiou akejkoľvek formy, pričom 1 237 pacientov (t.j. 24 %) malo klasifikovanú depresiou rezistentnú na liečbu. Pacienti s depresívnou epizódou ako aj s depresiou rezistentnou na liečbu vyžadovali výraznejší objem zdravotnej starostlivosti spojený s vyššími priamymi nákladmi.

Závery: U pacientov s depresiou rezistentnou na liečbu je významnou požiadavkou dosiahnutie čo najrýchlejšej remisie, čo znižuje ako klinické riziká progresie samotného ochorenia, tak aj riziko suicídia a v neposlednom rade aj náklady.

Kľúčové slová: Depresia rezistentná na liečbu. Zdravotná starostlivosť. Náklady.

Abstract

Background: Treatment-resistant depression, a term used in clinical psychiatry to describe a condition that affects people with major depressive disorder is associated with increased specialized health care and accompanied by increased direct treatment costs.

Objective: The objective of this study was to identify the share of patients with treatment-resistant depression within the representative sample of patients with any depressive disorder monitored in outpatient care, as well as to identify direct medical costs associated with health care (except costs for drug acquisition and administration).

Methods: A tailor-made questionnaire was used as method of research realized in 6 specialized psychiatric outpatient units.

Results: From the total cohort of 5 154 patients with any depressive disorder at dispensary of selected working sites were 1 237 (24%) of them classified as patients with treatment-resistant depression. These results demonstrate that both, major depression event and treatment-resistant depression are associated with more intensive health care and higher direct costs.

Conclusions: An important goal of treatment-resistant depression is achieving remission of depressive symptoms as

fast as possible. This contributes not only to reduce clinical risks of disease progression and risk of suicide, but also to decrease costs.

Key words: Treatment-resistant depression. Health care. Costs.

Úvod

Depresia patrí medzi časté a závažné afektívne psychické poruchy, ktoré sa vyskytujú viac u žien ako u mužov. Depresia rezistentná na liečbu (treatment-resistant depression, TRD) je definovaná ako veľká depresívna porucha (major depressive disorder, MDD) u dospelých, ktorí v súčasnej stredne ťažkej až ťažkej depresívnej epizóde nereagovali na najmenej dve rôzne antidepresíva (Jaffe DH, et al. 2019). Optimálne trvanie jednej depresívnej dekompenzácie je 4 až 6 týždňov, kým sa dosiahne cieľová dávka (Bennabi D, et al. 2019). Cieľom našej štúdie bolo zistiť charakter zdravotnej starostlivosti, spôsob liečby depresie rezistentnej na liečbu a napokon aj priame náklady (bez nákladov na farmakoterapiu) na zdravotnú starostlivosť o pacientov s touto diagnózou.

Epidemiológia

Kým epidemiológia depresie resp. depresívnych porúch je dobre charakterizovaná a široko preskúmaná, len zopár štúdií sa zameriava na epidemiológiu depresívnej poruchy rezistentnej na liečbu. Jednou z najväčších a najspoľahlivejších štúdií, ktoré hodnotili záťaž spôsobenú depresiou rezistentnou na liečbu bola štúdia STAR*D, ktorá odhaduje jej globálnu prevalenciu na tretinu zo všetkých pacientov s depresívnymi poruchami (Rush AJ, et al. 2006). Niektoré iné analýzy hovoria o 13,6 % prevalencii v rámci depresívnych porúch (Kubitz N, et al. 2013). Približne 30 % pacientov nedosiahne remisiu ani po 4 rôznych pokusoch o antidepresívnu liečbu (Olchanski N, et al. 2013).

Pre Slovenskú republiku nie sú k dispozícii exaktné údaje na národnej úrovni týkajúce sa incidencie, prevalence a mortality depresie. Odhad epidemiológie na základe ročných výkazov Národného centra zdravotníckych informácií (NCZI) o činnosti psychiatrickej ambulancie môže byť skreslený, pretože združuje diagnózy F30 – F39 podľa MKCH-10. Posledné štatisticky spracované a publikované údaje sú za rok 2018. V 388 psychiatrických ambulanciách bolo v roku 2018 uskutočnených 1 785 387 vyšetrení s diagnostikovanou poruchou, vyšetrených so stanovenou diagnózou bolo celkovo 383 888 osôb. Z toho najčastejším dôvodom ambulantnej liečby boli afektívne poruchy (F30 – F39) bez možnosti selekcie podielu pacientov s depresiou resp. depresiou rezistentnou na liečbu. Afektívne poruchy predstavovali 31,3 % všetkých vyšetrených osôb (220,5 na 10 000 obyvateľov). Z tohto počtu predstavoval podiel novodiagnostikovaných

pacientov 24,2/10 000 obyvateľov, teda celkovo 13 186 pacientov (NCZI, 2018).

Súbor a metódy

Súbor tvorilo 1 237 pacientov s depresiou rezistentnou na liečbu, ktorí boli dispenzarizovaní v 6 psychiatrických ambulanciách. Títo pacienti tvorili 24 % zo všetkých dospelých pacientov s depresiou akejkoľvek formy dispenzarizovaných na týchto pracoviskách (celkom 5 154). Dve „samostatné“ ambulancie sa nachádzali v Bratislave, v Trnave a v Banskej Bystrici sa nachádzala jedna „samostatná“ psychiatrická ambulancia a dve ambulancie boli nemocničné: jedna bola súčasťou Liptovskej nemocnice s poliklinikou Liptovský Mikuláš a druhá bola súčasťou Fakultnej nemocnice Žilina.

Prieskum bol realizovaný dotazníkovou metódou, mal charakter retrospektívnej prierezovej štúdie, pričom použitý bol štruktúrovaný dotazník vlastnej konštrukcie. Prieskum sa uskutočnil pod názvom „*Manažment liečby dospelých pacientov s depresiou rezistentnou na liečbu. Zdravotné a nákladové dôsledky liečby v klinickej praxi na Slovensku*“ v období december 2019 – január 2020.

Depresívna epizóda (major depression event, MDE) je zmena nálady v negatívnej polarite, ktorá trvá viac ako dva týždne a vyskytuje sa v komplexe ďalších príznakov, ktoré tvoria depresívny syndróm.

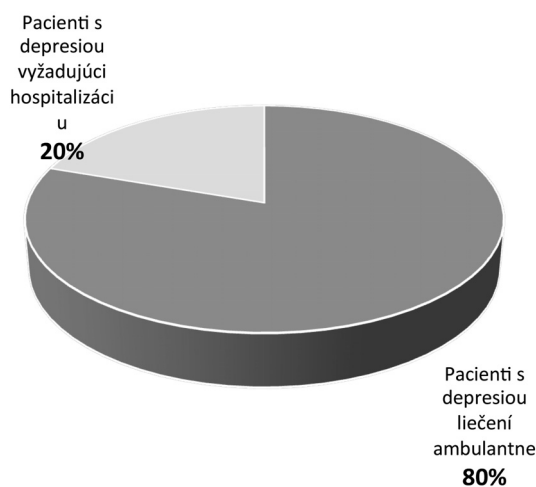
Za **depresiu rezistentnú voči liečbe** bol považovaný stav, keď pacienti počas stredne ťažkej až ťažkej depresívnej epizódy neodpovedali na najmenej 2 rôzne liečby antidepresívami.

Výsledky

Depresívna epizóda

V našom prieskume sme pri hodnotení **potreby hospitalizácie u pacientov s depresívnou epizódou zistili, že cca 80 % pacientov s depresívnou epizódou bolo terapeuticky zvládnuteľných ambulantnou starostlivosťou, kým cca 20 % pacientom s depresívnou epizódou musela byť poskytnutá ústavná zdravotná starostlivosť, t.j. museli byť hospitalizovaní (Obrázok 1).**

Obrázok 1 Podiely liečených pacientov s depresívnou epizódou v ambulantnej alebo ústavnej starostlivosti



Pacienti s **depresívnou epizódou** boli sledovaní u psychiatra pravidelne, priemerne 4,3-krát počas troch mesiacov. Na

odporúčanie ambulantného psychiatra denný stacionár t.j. zariadenie špecializovanej ambulantnej psychiatrickej starostlivosti, navštevovalo 6,8 % pacientov s MDE sledovaných ambulantne, priemerne 3,9-krát týždenne. Podiel pacientov s MDE, ktorí do stacionára dochádzali v rámci pokračovania po svojej nemocničnej liečbe dosiahol 17,8 %, s frekvenciou návštev 4,5-krát do týždňa. Súčasťou liečebných programov sú skupinové a individuálne psychoterapie prebiehajúce pod vedením psychoterapeuta. Skupinové psychoterapie absolvoval veľmi nízky podiel pacientov s MDE (0,4 % pacientov). Približne tretina pacientov (34,4 %) sa zúčastňovala individuálnych psychoterapií s priemernou 3-mesačnou frekvenciou na úrovni 12,7 sedení na 1 pacienta.

Ďalším sledovaným parametrom v prieskume bola tzv. podporná liečba u pacientov s rezistentnou depresiou, t.j. na prechodnú dobu pridanie anxiolytík alebo hypnotík do terapie, prípadne thymoleptickej liečby antiepileptikami na dosiahnutie stabilizácie alebo liečbu neuroleptikom za účelom potenciácie terapeutického účinku. V našom prieskume si až cca 50 % pacientov s rezistentnou depresiou vyžadovalo pridanie podpornej farmakologickej liečby na dosiahnutie adekvátnej odpovede.

Depresia v stave odpovede na liečbu

V prieskume bol hodnotený aj charakter zdravotnej starostlivosti z aspektu odpovede na liečbu. Na hodnotenie účinku liečby je možné použiť (okrem klinického hodnotenia) aj štruktúrovanú škálu pre hodnotenie depresie podľa Montgomery-Asbergovej (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, MADRS). Odpoveď je definovaná ako $\geq 50\%$ -né zlepšenie oproti východiskovej hodnote v MADRS skóre, ale s vylúčením tých pacientov, ktorí dosahujú MADRS ≤ 12 . V stave odpovede na liečbu boli pacienti sledovaní pravidelne, priemerne 3,2-krát počas troch mesiacov. Tretina pacientov (31,3 %) sa zúčastňovala individuálnej psychoterapie s priemernou 3-mesačnou frekvenciou na priemernej úrovni 7 sedení na 1 pacienta, skupinové sedenia absolvovalo 0,6 % pacientov. Psychiatrickú liečbu v dennom stacionári využívalo 7,2 % pacientov, priemerne 4,2-krát do týždňa.

Depresia v stave remisie

V zisťovaní sa pre definíciu remisie v našom prieskume použil pokles skóre na škále MADRS ≤ 12 . Pacient v stave remisie (v stave, kedy vymiznú všetky depresívne príznaky) si vyžadoval v priemere aspoň jednu návštevu v psychiatrickej ambulancii počas 6 týždňov. V tomto klinickom stave klesá samozrejme celkový počet pacientov ako aj celkový počet sedení počas individuálnych alebo skupinových psychoterapií. Individuálnu terapiu podstupovalo 16,3 % pacientov (2,9 sedenia počas 3 mesiacov) a skupinové sedenia len 0,3 % pacientov (2-krát za 3 mesiace). Minimálna časť pacientov absolvovala liečbu v dennom stacionári (0,9 % pacientov, priemerne 1-krát týždenne).

Depresia v stave zotavenia

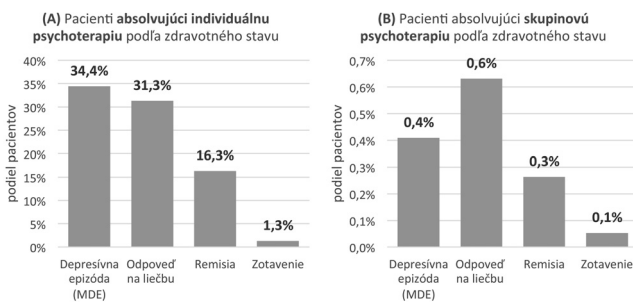
Za stav zotavenia sme považovali stav, keď pacient zostal v nepretržitej remisii bez relapsu depresie po dobu 36 týždňov (približne deväť mesiacov), teda stav pacienta nespĺňal kritéria depresívnej poruchy podľa MKCH-10. Napriek tomu je potrebné ho pravidelne sledovať aspoň raz za 3 mesiace. Skupinové alebo individuálne psychoterapeutické sedenia u pacientov v dlhodobej remisii trvajúcej minimálne 9 mesiacov sú skôr raritné.

Psychoterapia

K liečbe depresívnych epizód okrem farmakoterapie môže výrazne prispieť individuálna alebo skupinová forma psychoterapie. Podiel pacientov, ktorí absolvovali individuálne alebo skupinovú psychoterapiu podľa toho, v akom zdravotnom stave sa pacient nachádzal, zázornujú nasledovné obrázky (Obrázok 2, Obrázok 3).

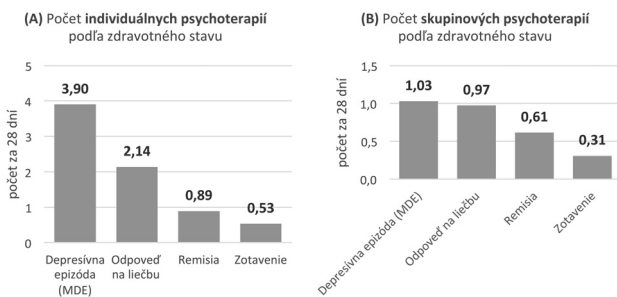
U pacientov s depresiou rezistentnou na liečbu výrazne dominuje individuálna psychoterapia oproti skupinovej psychoterapii: 34,4 % vs 0,4 %. Obdobne je to aj v kategórii „odpovede na liečbu“ – 31,3 % vs 0,6 % a tiež aj v kategórii „remisia“ – 16,3 % vs 0,3. Vo fáze zotavenia taktiež prevažuje individuálna psychoterapia – 1,3 % vs 0,1 %, čo však pri vyjadrení v absolútnych číslach predstavuje minimálny počet (16 vs 4 pacienti).

Obrázok 2 Podiely pacientov s depresiou rezistentnou na liečbu využívajúcich individuálnu (A) alebo skupinovú formu (B) psychoterapie



Pri premietnutí psychoterapie na jej priemerný počet počas 4 týždňov zvýšená frekvencia „psychoterapeutických sedení“ vyznieva pomerne jednoznačne v prospech individuálnej psychoterapie oproti skupinovej psychoterapii: depresívna epizóda – 3,9 vs 1,03, odpoveď na liečbu – 2,14 vs 0,97, remisia – 0,89 vs 0,61 a zotavenie – 0,53 vs 0,31.

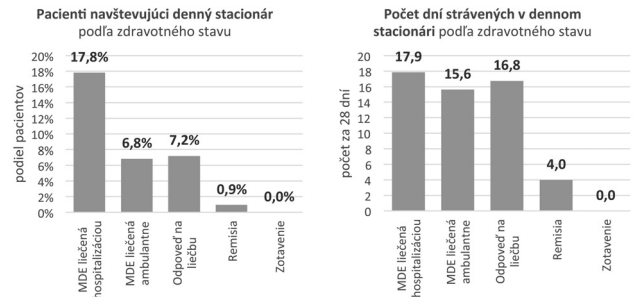
Obrázok 3 Priemerná frekvencia individuálnej (A) alebo skupinovej (B) psychoterapie za 28 dní



Denný stacionár

Denný stacionár ako zariadenie zdravotnej psychiatrickej starostlivosti sa významnou mierou podieľa na zabezpečení ambulantnej starostlivosti o pacientov s depresívnou epizódou, ako vidno na obrázku 4, ktorý v príslušných kategóriách dokumentuje podiel pacientov využívajúcich túto formu a priemerný počet dní počas 4-týždňového obdobia: pacienti po hospitalizácii – 17,8 % a 17,9 dňa, ambulantne riešení pacienti – 6,8 % a 15,6 dňa, odpoveď na liečbu – 7,2 % a 16,8 dňa, remisia – 0,9 % a 4 dni, zotavenie – žiadni pacienti.

Obrázok 4 Využívanie služieb denného stacionáru u pacientov s depresiou



Náklady na zdravotnú starostlivosť o pacienta s depresiou

Sprievodná zdravotná starostlivosť o pacienta s depresívnou poruchou, resp. s rezistentnou depresiou ako aj spotreba zdrojov podľa jednotlivých zdravotných stavov je zhrnutá v nasledujúcej tabuľke (Tabuľka 1). Náklady na zdravotné stavy sa kvantifikovali k 1. 5. 2020 na základe jednotkových nákladov na výkony (špecializovaná zdravotná starostlivosť, spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky) a náklady na hospitalizácie. Náklady na výkony sa získali vynásobením bodov na výkony (Nariadenie vlády SR č. 226/2005 Z.z. v znení neskorších predpisov) a jednotkových cien za výkony. Jednotkové ceny za výkony a náklady za ukončené hospitalizácie (so zohľadnením typu oddelenia) sa spracovali na základe zmlúv, zverejnených na verejne dostupnej stránke Všeobecnej zdravotnej poisťovne (VŠZP, 2020).

Priame náklady na lieky a podávanie liekov neuvádzame, nakoľko zloženie farmakoterapie nebolo predmetom zisťovania. Z priamych nákladov na liečbu depresie (bez zohľadnenia nákladov na lieky) tak najväčší podiel tvoria náklady na hospitalizáciu. **Počas trvania depresívnej epizódy** je výška nákladov na zdravotnú starostlivosť o pacienta minimálne **7-krát vyššia** v porovnaní s nákladmi na manažment pacienta v období odpovede na liečbu, remisie, či zotavenia sa (Tabuľka 1 - uvedená na strane 6).

Jedným z rozhodujúcich kritérií pri výbere antidepresív je bezpečnosť. V akútnej fáze liečby počas prvého mesiaca sa často môžu vyskytnúť nasledovné nežiaduce účinky: bludné vnímanie, bolesť hlavy, derealizácia, disociácia, dysgeúzia, hypoestézia, diarrhea, nespavosť alebo naopak spavosť, nevoľnosť, paranestézia, pocit abnormality, rozmazané videnie a mnohé ďalšie. V rámci prieskumu sme verifikovali využitie zdravotnej starostlivosti počas trvania nežiaducich účinkov liečby. Všetci lekári z vybraných pracovísk sa zhodli, že manažment týchto nežiaducich účinkov akéhokoľvek stupňa závažnosti si bude vyžadovať jednu dodatočnú návštevu, čo znamená náklady vo výške 9,30 € (náklady na zdravotnú starostlivosť sú vyčíslené na priemerného pacienta s daným zdravotným stavom a uvedenú časovú jednotku - doba liečby počas celého trvania NÚ).

Diskusia

Depresia je ochorenie náročné na zvládnutie pacienta, pričom pacient aj pri náležitej starostlivosti sa dokáže svojím spôsobom nepredvídateľne prejavovať. Danú skutočnosť možno ilustrovať na dokonaných suicídiách, keď cca 40 % takýchto pacientov bolo na ambulantnej odbornej kontrole v priebehu posledných 4 týždňov pred suicídiom (Wittchen H, et al. 2005).

Tabuľka 1 Spotreba zdravotnej starostlivosti odvodená zo zistení na 6 vybraných psychiatrických pracoviskách a vyčíslenie nákladov na zdravotnú starostlivosť pri rezistentnej depresii počas 4 týždňov

Zdravotná starostlivosť pri jednotlivých zdravotných stavoch	Depresívna epizóda (MDE)	Odpoveď na liečbu	Remisia	Zotavenie
% pacientov liečených hospitalizáciou	20%			
návšteva psychiatra (počet za 28 dní)	1,30	0,98	0,61	0,31
Individuálna psychoterapia				
podiel pacientov	34,4%	31,3%	16,3%	1,3%
počet sedení za 28 dní	3,90	2,14	0,89	0,53
Skupinová psychoterapia				
podiel pacientov	0,4%	0,6%	0,3%	0,1%
počet sedení za 28 dní	1,03	0,97	0,61	0,31
Návšteva denného stacionáru				
podiel pacientov liečených hospitalizáciou	17,8%			
počet dní za 28 dňové obdobie	17,9			
podiel pacientov liečených ambulantne	6,8%	7,2%	0,9%	
počet dní za 28 dňové obdobie	15,6	16,8	4,0	
Návšteva iných špecialistov				
internista (počet návštev za rok)	2	2	2	2
endokrinológ (počet návštev za rok)	1	1	1	
neuroológ (počet návštev za rok)	1			
Náklady na zdravotný stav (za 28 dní)	324,41 €	44,88 €	13,59 €	5,51 €

V prípade depresie rezistentnej na liečbu je vek pacienta do určitej miery negatívnym faktorom, ako to ukázala štúdia Žigovej a spol. z r. 2007, keď sa aj napriek určitej podobnosti pozorovalo v staršom veku nižšie zastúpenie úplného vymiznutia príznakov depresie a závažnejší reziduálny psychopatologický stav (Žigová E, et al. 2007).

Je jednoznačne preukázané, že prevalencia depresie je v populácii pacientov s pridruženými ochoreniami vysoká. Depresia pri kardiovaskulárnych ochoreniach zvyšuje pravdepodobnosť pre následnú ischemickú prírodu i mortalitu aj pri kontrole iných rizikových faktorov. Štúdia zameraná na pacientov, ktorí nedávno prekonali infarkt myokardu potvrdila, že u 74 % týchto pacientov bola diagnostikovaná depresia (Dhar AK, Barton DA. 2016). Dokázaný bol jasný negatívny vplyv subklinickej hypotyreózy na depresiu, najmä u pacientov mladších ako 60 rokov (Zhao T, et al. 2018). Napriek celosvetovo zaužíwanej klinickej praxi sa však nepodarilo zistiť priamy vzťah hypotyreózy a depresie (Dayan CM, Panicker V. 2013), hoci výsledky aktuálnej metaanalýzy čínskych autorov poukazujú na skutočnosť, že subklinická hypotyreóza je spojená s rizikom depresie u pacientov nad 50 rokov (Tang R, et al. 2019). Z uvedeného vyplýva že vyšetrenie hormónov štítnej žľazy patrí k základným postupom nielen pri diferenciálnej diagnostike.

Súhrnom sa dá povedať, že depresia ako taká sa vyskytuje u pacientov s chronickými ochoreniami v priemere od 9,3 % do 23 %, ako to ukázala WHO štúdia na súbore 245 404 účastníkov zo 60 krajín (Moussavi S, et al. 2007), pričom v prípade ochorení, akými sú napr. mnohopočetná skleróza, cievná mozgová príhoda, Parkinsonova choroba, diabetes mellitus, karcinóm prsníka, srdcové zlyhávanie majú pacienti s týmito ochoreniami zvýšené riziko vzniku a rozvoja veľkej depresívnej poruchy, resp. depresie rezistentnej na liečbu (Roeh A, et al. 2019).

Závažnou skutočnosťou je v prípade depresie rezistentnej na liečbu aj výraznejšia prítomnosť iných psychických porúch ako anxiózne poruchy alebo výraznejšia interper-

sonálna senzitivita, čo má spätný vplyv na úspešnú liečbu (Mogi T, Yoshido A, 2017). Náklady na zdravotnú starostlivosť o pacientov s veľkou depresívnou poruchou tvoria až 45 % všetkých nákladov na zdravotnú starostlivosť o pacientov s depresiou, pričom na každý US dolár vynaložených priamych nákladov v prípade veľkej depresívnej poruchy bolo potrebné vynaložiť až 6,8 US dolára ako náklady na komorbiditu, na stratu pracovnej produktivity ako aj na náklady spojené so suicídiami (Greenberg PE, et al. 2015).

Záver

Depresívna porucha patrí medzi závažné zdravotné problémy z hľadiska individuálneho a i celospoločenského. Významný podiel pacientov s depresívnou poruchou však nedosahuje klinickú odpoveď pri liečbe antidepresívami používanými v 1. alebo 2. línii (vtedy hovoríme o rezistentnej depresii) a časť z nich tiež netoleruje dostupnú liečbu v dôsledku nežiaducich účinkov. Výsledky našej štúdie nasvedčujú tomu, že v súčasnosti **až takmer štvrtinu (24%) pacientov s depresiou tvoria práve pacienti s depresiou rezistentnou voči liečbe**, tzn., že počas stredne ťažkej až ťažkej depresívnej epizódy neodpovedali na najmenej 2 rôzne liečby antidepresívami. Dosiahnutie remisie je dôležitým cieľom liečby u pacientov s depresiou. Pacienti v remisii odpovedajúci na liečbu s významným znížením depresívnych príznakov majú lepšie fungovanie, lepšiu prognózu a znížené riziko samovraždy.

Depresia má silný sociálny podtón, čo znamená, že jej liečba v sebe nesie určité špecifiká predovšetkým v kontexte kombinovania medikamentózne liečby so psychoterapiou. Psychoterapiu, či už v individuálnej alebo skupinovej forme, možno vymedziť ako plánovanú a kontrolovanú liečbu prostredníctvom bezprostredného vplyvania na psychiku pacienta s depresiou. **Zo strany pacientov ich výrazne viac absolvuje individuálne psychoterapie bez ohľadu na fázu ochorenia.** Pacientom s depresiou sa počas dňa poskytuje komplexná psychiatrická liečba aj v zariadeniach špecializovanej ambulantnej psychiatrickej starostlivosti, v dennom stacionári. Služby denného stacionáru využívajú najmä pacienti, ktorí sem dochádzajú po ukončení hospitalizácie, a pokračujú tak v intenzívnejšej podpornej liečbe v rámci ambulantnej starostlivosti.

V prieskume sme sa sústredili na získanie informácií o sprievodnej zdravotnej starostlivosti v rámci celkového manažmentu pacienta s depresiou rezistentnou na liečbu, nakoľko tvoria značnú časť priamych nákladov na liečbu. **Počas trvania akútnej fázy depresívnej epizódy je výška nákladov na zdravotnú starostlivosť o pacienta najvyššia, minimálne 7-krát vyššia v porovnaní s nákladmi na manažment pacienta v období odpovede na liečbu, remisie, či zotavenia.** Odpovede z pracovísk, v ktorých sa sústreďuje 5 154 dispenzarizovaných pacientov s depresiou, považujeme za dostatočne reprezentatívne pre zmapovanie reálnej klinickej praxe na Slovensku vo vzťahu k uvedeným aspektom zdravotnej starostlivosti o dospelých pacientov s depresiou rezistentnou na liečbu.

Literatúra

Bennabi et al. Clinical guidelines for the management of treatment-resistant depression: French recommendations from experts, the French Association for Biological Psychiatry and Neuropsychopharmacology and the foundation FondaMental. *BMC Psychiatry*, 2019; 19:262. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2237-x>.

Dayan CM and Panicker V. Hypothyroidism and Depression. *Eur Thyroid J*, 2013 Sep; 2 (3): 168–179; published online 2013 Aug 27. doi: 10.1159/000353777.

Dhar AK, Barton DA. Depression and the Link with Cardiovascular Disease, in *Front Psychiatry*, 2016; 7: 33; Published online 2016 Mar 21. doi: 10.3389/fpsyt.2016.00033.

Greenberg PE, Fournier AA, Sisitsky T, Pike CT, Kessler RC. The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). *J Clin Psych*. 2015;76(2):155-162. doi: 10.4088/JCP.14m09298.

Jaffe DH, Rive B and Denee TR. The humanistic and economic burden of treatment-resistant depression in Europe: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 2019; 19, 247. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2222-4doi>.

Kubitz N, Mehra M, Potluri RC, Garg N and Cossrow N. Characterization of treatment resistant depression episodes in a cohort of patients from a US commercial claims database. *PLoS One*, 2013; Oct 18; 8(10): e76882. doi: 10.1371/journal.pone.0076882.

Mogi T, Yoshido A: The multiple diagnoses of comorbid anxiety disorders and higher interpersonal sensitivity predict treatment-resistant depression. *Asian Journal of Psychiatry*, 26, April 2017, p. 131-135. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.02.005>

Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys. *Lancet*. (2007) 370:851–8. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61415-9

Národné centrum zdravotníckych informácií, 2018. *Psychiatrická starostlivosť v Slovenskej republike*, 2018.

Olchanski N, McInnis Myers M, Halseth M, Cyr PL, Bockstedt L, Goss TF, Howland RH. The economic burden of treatment-resistant depression. *Clin Ther*, 2013 Apr; 35(4): 512-22. doi: 10.1016/j.clinthera.2012.09.001. Epub 2013 Mar 13.

Roeh A, Kirchner SK, Malchow B, Maurus I, Schmitt A, Falkai P and Hasan A (2019) Depression in Somatic Disorders: Is There a Beneficial Effect of Exercise? *Front. Psychiatry* 10:141. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00141

Rush AJ, Trivedi MH, et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *Am J Psychiatry*, 2006; 163(11): 1905-1917.

Tang R, Wang J, Yang L, et al. Subclinical Hypothyroidism and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Endocrinol (Lausanne)*, 2019; 10: 340. Published online 2019 Jun 4.; doi: 10.3389/fendo.2019.00340.

Wittchen H, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 2005; 14 (4): 357–376.

VšZP, a.s. Zverejňovanie zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti (PZS). [online]. Cit. 2020-05-04. Dostupné na internete: <https://www.vszp.sk/transparentne/zmluvy/zverejnovanie-zmluv-poskytovatelmi-zdravotnej-starostlivosti-pzs/>.

Zhao T, Chen BM, Zhao XM and Shan ZY. Subclinical hypothyroidism and depression: a meta-analysis. *Transl Psychiatry*, 2018; 8: 239; Published online 2018 Oct 30. doi: 10.1038/s41398-018-0283-7.

Žigová E., Polyáková J., Vido J.: Farmakorezistentné depresie u gerontopsychiatrických pacientov. *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika*. 14, 2007, 1, 14 – 19.

Korešpondenčná adresa:

RNDr. Marcela Kováčová
kovacova@inovahealth.eu