

lek. med. Piotr Marcinowicz

**Biologiczne i epidemiologiczne uwarunkowania rehospitalizacji
w wybranych zaburzeniach psychicznych u pacjentów
Mazowieckiego Specjalistycznego Centrum Zdrowia im. prof. Jana
Mazurkiewicza w Pruszkowie**

**Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu
w dyscyplinie nauki medyczne**

Promotor: prof. dr hab. Agata Szulc

Klinika Psychiatryczna Wydziału Nauk o Zdrowiu WUM



**Obrona rozprawy doktorskiej przed Radą Dyscypliny Nauk Medycznych
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego**

Warszawa 2023

2. STRESZCZENIE W JĘZYKU

POLSKIM

“Biologiczne i epidemiologiczne uwarunkowania rehospitalizacji w różnych zaburzeniach psychicznych u pacjentów Mazowieckiego Specjalistycznego Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie”

Wstęp

Częste rehospitalizacje są jednym z głównych problemów w leczeniu psychiatrycznym. Problematyka rehospitalizacji pozostaje relatywnie słabo zbadana. Opracowano skalę READMIT w celu dokładniejszej oceny ryzyka nieplanowanego powrotu do szpitala. Wyniki dotychczasowych badań nie uwzględniają czynników innych niż środowiskowe, demograficzne, organizacyjne i farmakologiczne - pomijając występowanie ewentualnych czynników biologicznych. Zidentyfikowanie biomarkerów ryzyka cięższego przebiegu choroby skutkującego rehospitalizacją, mogłoby pomóc spersonalizować interwencje w celu utrwalenia remisji.

Materiały i metody

W okresie 04.2016 – 04.2019 w badaniu wzięło udział 76 pacjentów Mazowieckiego Specjalistycznego Centrum Zdrowia w Pruszkowie z diagnozami choroby dwubiegunowej (n=21), schizofrenii (n=29) i depresji (n=26). Zastosowano skale CGI-S (*Clinical Global Impression*), READMIT oraz współczynnik współchorobowości Charlsona. Z krwi obwodowej oceniono poziomy: Interleukiny 6, katalazy, peroksydazy glutationowej, glutationu zredukowanego (GSH), całkowitego statusu oksydacyjnego (TOS), całkowitego statusu antyoksydacyjnego, zaawansowanych produktów utleniania białek (AOPP), końcowych produktów zaawansowanej glikacji, dialdehydu malonowego, tlenku azotu, nadtlenoazotynu, 3-nitrotyrozyny, dityrozyny (DITYR), kinureniny (KYN), N-formylkinureniny i tryptofanu. Przez okres 2 lat monitorowano ponowne przyjęcia do szpitala. W analizie statystycznej wzięto pod uwagę podział grupy względem diagnoz oraz ponownego przyjęcia do szpitala w ciągu 2 lat (RH i NRH) oraz 30 dni (RH-30 i NRH-30).

Wyniki

11,8 % pacjentów grupy badanej było ponownie hospitalizowanych psychiatrycznie w ciągu 30 dni, a 60,5% w ciągu 2 lat. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy w sumie punktów skali READMIT pomiędzy grupami. W grupie RH stwierdzono istotnie wyższe wartości DITYR oraz KYN w porównaniu do grupy NRH. W grupie pacjentów z rozpoznaniem depresji, w porównaniu do pozostałych grup, stwierdzono istotnie wyższy poziom GSH i niższy TOS. W grupie pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, w porównaniu do pozostałych grup, stwierdzono istotnie niższy poziom GSH i wyższy TOS. W modelu liniowym wyższy poziom AOPP i KYN wraz z wyższymi wartościami CGI-S, większą liczbą poprzednich hospitalizacji oraz wypisem na żądanie wiązały się z krótszym czasem do rehospitalizacji w ciągu 2 lat. R^2 dla modelu wynosił 0,7188, co wskazuje na zadowalające dopasowanie.

Wnioski

- Większa liczba poprzednich hospitalizacji, wypis na żądanie przy ostatniej hospitalizacji oraz wyższy wynik CGI-S wraz z wyższymi poziomami AOPP i KYN, sugerującymi większe nasilenie stresu oksydacyjnego, wiążą się z krótszym czasem do kolejnej hospitalizacji.
- Nie wykazano wartości predykcyjnej diagnozy w odniesieniu do rehospitalizacji.
- Wskaźnik READMIT wydaje się nie być przydatnym narzędziem w przewidywaniu ponownej hospitalizacji w okresie 30 dni od wypisu.
- Wyższe poziomy markerów oksydacyjnego uszkodzenia białek oraz lipidów, a także stresu nitrozacyjnego są związane z ciężkością nasilenia objawów chorobowych.
- W badaniu wykazano prawdopodobną zależność pomiędzy czynnikami biochemicznymi a ryzykiem rehospitalizacji.

Prowadzenie dalszych badań umożliwiłoby zwiększenie mocy statystycznej wyników oraz szersze uwzględnienie podziału względem diagnoz. Mogłoby się to przełożyć na praktyczne wnioski, których zastosowanie przyczyniłoby się do poprawy opieki poszpitalnej.