

v pětileté mortalitě a tento trend byl i statisticky významný (bylo ale možno hodnotit pouze do roku 2015).

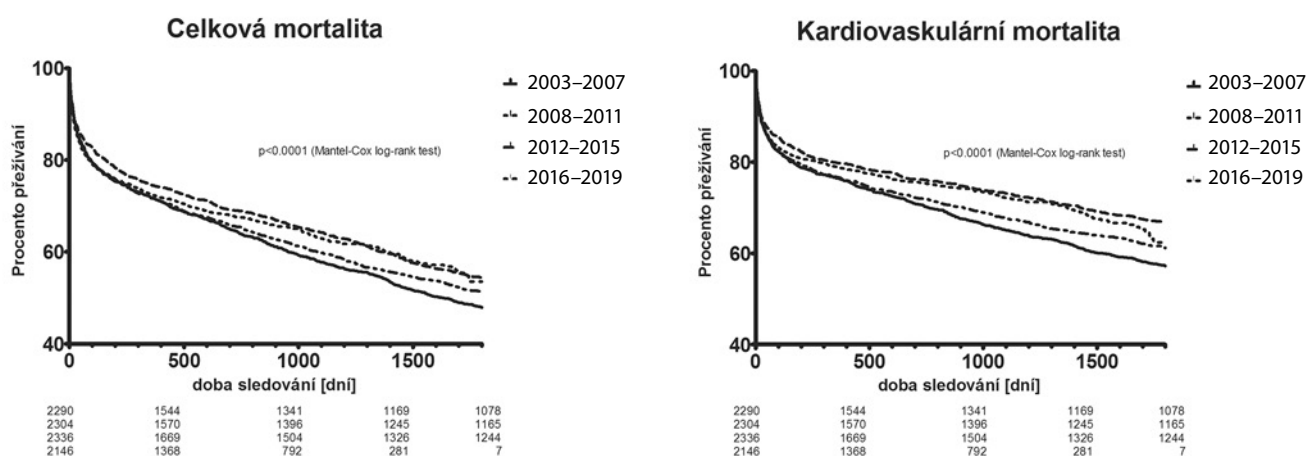
Abychom minimalizovali vliv fluktuace mortality mezi jednotlivými roky, mortalitní trendy byly v dalším kroku posuzovány v delších obdobích („sezónách“ 2003–07, 2008–11, 2012–15 a 2016–19). Kaplan-Meierovy křivky přežívání podle doby hospitalizace v jedné ze 4 definovaných „sezón“ jsou uvedeny v grafu 2. Procento zemřelých standardizované na příslušné časové intervaly (hospitalizační, 30denní...) ve 4 sledovaných „sezónách“ udává tabulka 1 (včetně dalších korespondujících základních charakteristik). Výsledky jsou podobné, jako když byly trendy hodnoceny podle jednotlivých let, tj. statisticky významný rozdíl byl pozorován pouze pro pětiletou mortalitu. V posledním kroku jsme rozdíl v celkové mortalitě mezi „sezónami“ ještě adjustovali na věk a pohlaví (Tab. 2). „Sezona“ 2003–2007 byla v této analýze brána jako referenční (s rizikem rovným 1) a kalkulováno bylo relativní riziko úmrtí v dalších obdobích. Po této adjustaci zůstaly rozdíly mezi „sezónami“ fakticky jen marginální a navíc ještě vymizel doposud statisticky významný pokles v pětileté mortalitě. Stejná analýza byla provedena jen s pacienty ve věku ≤ 65 let

fakticky se stejným výsledkem, tj. opět nelze najít žádný statisticky významný časově podmíněný trend mezi jednotlivými „sezónami“ (data nejsou v tabulce uvedena).

Závěrem byly v souboru provedeny ještě další dvě dílčí analýzy. Na základě údajů zvedených v Listu o prohlídce mrtvého byla vzata v úvahu deklarovaná hlavní příčina úmrtí. Takto 71,7 % úmrtí v našem souboru mělo deklarovanou kardiovaskulární příčinu, 9,5 % zhoubný novotvar a 18,7 % jinou příčinu. Vzájemný poměr těchto tří základních skupin příčin úmrtí se během let měnil spíše jen marginálně. Zopakovali jsme rovněž všechny výše zmíněné analýzy, pouze místo celkové jsme použili kardiovaskulární mortalitu. Hospitalizační kardiovaskulární mortalita činila 9,0 %, třicetidenní kardiovaskulární mortalita 11,3 %, jednorocní 20,5 %, zatímco pětiletá 32,4 %. Trend kardiovaskulární mortality také (jak se dalo čekat) v podstatě kopíroval trend mortality celkové a mezi 4 definovanými „sezónami“ jsme žádné statisticky významné rozdíly také nenalezli (Tab. 2, spodní panel).

Poslední provedenou analýzou bylo určit, nakolik některé známé základní charakteristiky ovlivnily riziko úmrtí jako závislé proměnné

**Graf. 2.** Kaplan-Meierovy křivky přežívání pacientů hospitalizovaných pro iCMP v období 2003–07, 2008–11, 2012–15 a 2016–19



**Tab. 1.** Základní údaje souboru pacientů hospitalizovaných pro ischemickou cévní mozkovou příhodu v průběhu let 2003–2019 a jejich mortalita

	Celé období	2003–2007	2008–2011	2012–2015	2016–2019	p pro trend <sup>#</sup>
<b>n</b>	9076	2290	2304	2336	2146	—
<b>věk [let]</b>	71,8 (12,3)	72,1 (11,4)	71,6 (12,5)	71,6 (12,3)	71,8 (13,2)	0,564
<b>pohlaví [% mužů]</b>	51,9	50,9	50,6	52,7	53,6	0,136
<b>dobu hospitalizace [dni]</b>	7,7 (10,5)	9,3 (7,8)	8,4 (16,9)	6,8 (6,5)	6,2 (6,0)	0,0001
<b>hospitalizace na iktové jednotce [%]</b>	53,8	53,6	45,5	53,2	63,4	< 0,0001
<b>trombolýza [%]</b>	25,0	2,4	18,1	32,5	48,1	< 0,0001
<b>trombektomie [%]</b>	2,3	0	0	2,4	7,2	< 0,0001
<b>úmrtí během hospitalizace [%]</b>	9,1	9,7	8,8	8,6	9,4	0,56
<b>úmrtí do 30. dne [%]</b>	14,2	14,3	13,9	13,9	14,9	0,73
<b>úmrtí do 1 roku [%]</b>	28,4	29,2	29,1	29,8	28,4	0,21
<b>úmrtí do 5 let<sup>§</sup> [%]</b>	49,8	53,1	49,5	46,8	—	< 0,0001

[průměr (standardní odchylka) či proporce], <sup>\*</sup>Kruskal-Wallis ANOVA, <sup>§</sup>hodnoceno pouze pro pacienty hospitalizované do roku 2015