

Tab. 2. Částečně adjustované riziko celkové a kardiovaskulární mortality v podle „sezony“ hospitalizace

„sezona“	Srovnání „sezona“	HRR (± 95% CI)	p
celková mortalita			
úmrť během hospitalizace			
2003–2007 (A)	—	1	—
2008–2011 (B)	B versus A	1,05 (0,72–1,54)	0,803
2012–2015 (C)	C versus A	0,87 (0,45–1,67)	0,669
2016–2019 (D)	D versus A	1,55 (0,60–3,96)	0,365
úmrť do 30 dnů			
2003–2007 (A)	—	1	—
2008–2011 (B)	B versus A	1,11 (0,82–1,52)	0,485
2012–2015 (C)	C versus A	1,12 (0,66–1,91)	0,674
2016–2019 (D)	D versus A	1,36 (0,63–2,91)	0,433
úmrť do 1 roku			
2003–2007 (A)	—	1	—
2008–2011 (B)	B versus A	1,06 (0,85–1,31)	0,611
2012–2015 (C)	C versus A	0,99 (0,69–1,44)	0,973
2016–2019 (D)	D versus A	0,99 (0,58–1,70)	0,986
úmrť do 5 let			
2003–2007 (A)	—	1	—
2008–2011 (B)	B versus A	0,92 (0,78–1,08)	0,28
2012–2015 (C)	C versus A	0,86 (0,65–1,14)	0,302
kardiovaskulární mortalita			
úmrť během hospitalizace			
2003–2007 (A)	—	1	—
2008–2011 (B)	B versus A	1,05 (0,72–1,54)	0,803
2012–2015 (C)	C versus A	0,87 (0,45–1,67)	0,669
2016–2019 (D)	D versus A	1,05 (0,41–2,70)	0,927
úmrť do 30 dnů			
2003–2007 (A)	—	1	—
2008–2011 (B)	B versus A	0,96 (0,67–1,37)	0,809
2012–2015 (C)	C versus A	0,95 (0,52–1,73)	0,866
2016–2019 (D)	D versus A	1,46 (0,61–3,49)	0,398
úmrť do 1 roku			
2003–2007 (A)	—	1	—
2008–2011 (B)	B versus A	0,97 (0,75–1,26)	0,822
2012–2015 (C)	C versus A	0,96 (0,62–1,49)	0,848
2016–2019 (D)	D versus A	1,11 (0,58–2,11)	0,753
úmrť do 5 let			
2003–2007 (A)	—	1	—
2008–2011 (B)	B versus A	0,88 (0,72–1,08)	0,218
2012–2015 (C)	C versus A	0,79 (0,56–1,12)	0,179

HRR (±95% CI), poměr rizik (95% intervaly spolehlivosti); adjustováno na věkovou dekádu, pohlaví a rok hospitalizace

(použito bylo Coxova regresního modelu) (Tabulka 3). Významným faktorem byl očekávatelně věk pacientů. Konzistentně také ve všech v definovaných obdobích (tj. během hospitalizace, prvních 30 dnů atd.) paradoxně zvyšovalo relativní riziko úmrtí i alespoň přechodné umístění pacienta na iktové jednotce, a dále pak v případě úmrtí během hospitalizace i do 1 roku od přijetí také provedení trombektomie (jako součásti úvodního managementu). Hospitalizace delší 10 dnů byla spojena se sníženým rizikem úmrtí během hospitalizace a prvních 30 dnů, zatímco v případě jednoleté a pětileté mortality relativní riziko úmrtí naopak zvyšovala. Trombolýza signifikantně snižovala relativní riziko úmrtí do 1 roku, těsně za hranici významnosti byla v případě hospitalizační mortality, naopak v případě pětileté mortality byl její efekt již neutrální. Pokud jsme použili jako závislou proměnnou kardiovaskulární mortalitu, vymizela statistická významnost benefitu podané trombolýzy i v případě

jednoroční mortality. Relativní riziko spojené s ostatními faktory zůstalo prakticky stejné (není uvedeno v tabulce)

Diskuze

Základním poznatkem vyplývajícím z naší analýzy je, že mortalita pacientů, u nichž došlo k iCMP, zůstává enormně vysoká. V průměru ve sledovaném období 2003–2015 zemřelo do 5 let od manifestace 50 % postižených pacientů, více než 1/5 nepřežilo ani 1 rok po CMP (což dává prognózu horší než je tomu u mnohých malignit) a i krátkodobá mortalita (úmrtí do 30 dnů od přijetí) se po celé období pohybovala kolem 15 %. Navíc si je třeba uvědomit, že naše analýza nezahrnuje úmrtí před příjezdem do nemocnice, tudíž výše zmíněný dopad na životy postižených osob bude zřejmě ve skutečnosti ještě o něco horší. Lze předpokládat, že alespoň část pozorované vysoké mortality