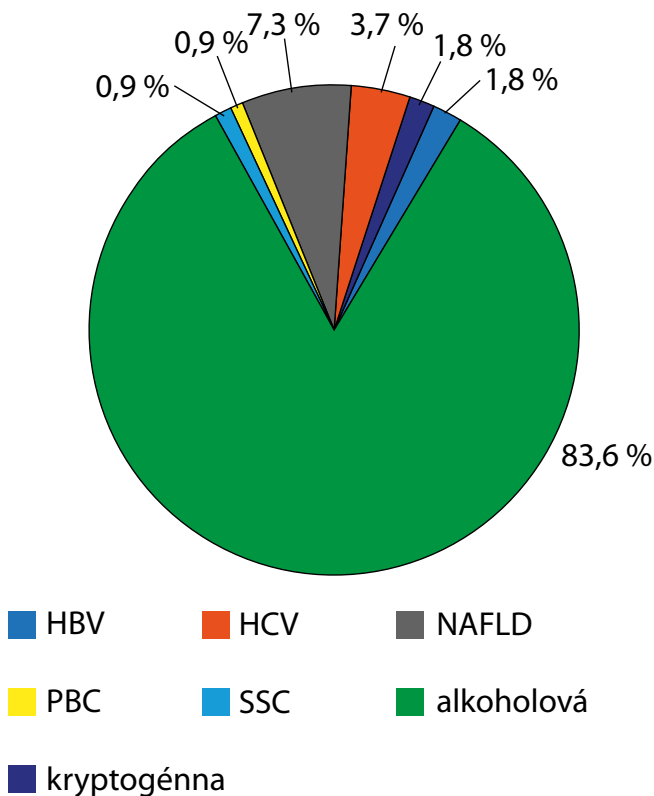
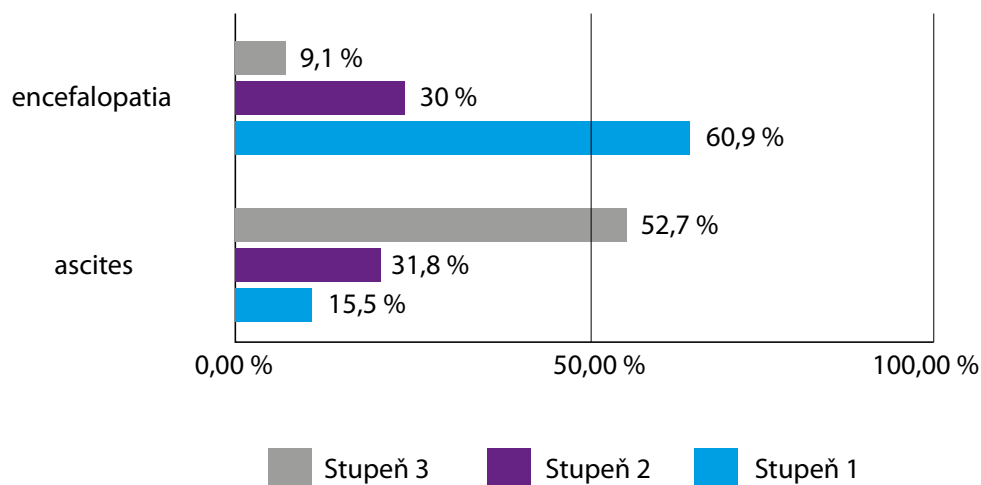


Graf 1. Etiológia cirhózy

Zo sledovaného súboru bolo opakovane hospitalizovaných spolu 54 pacientov (49,1 %), z toho 12 pacientov (11 %) do 30 dní a 32 pacientov (29,1 %) do 90 dní od prepustenia z nemocnice. Počet opakovaných hospitalizácií bol od 1 do 8. Z dôvodu krvácania bolo opakovane hospitalizovaných 13 pacientov (24,07 %). Z nich užívali betablokátor v primárnej prevencii 2 pacienti (15,38 %) a v sekundárnej 8 pacienti (61,54 %), 3 pacienti (23,08 %) betablokátor neužívali. Mortalita opakovane hospitalizovaných pacientov bola 2 pacienti (3,7 %) do 30 dní a 9 pacienti (16,7 %) do 90 dní. Celková mortalita pacientov, ktorí neboli opakovane hospitalizovaní, bola 27 pacientov (24,5 %), z toho 16 pacientov (59,3 %) do 30 dní (z nich 15 pacientov (55,6 %) zomrelo počas zaradenia pri prvej hospitalizácii) a 21 pacientov (77,8 %) do 90 dní.

Graf 2. Komplikácie cirhózy

Pacientov s diagnózou alkoholovej hepatitídy, ktorí neboli opakovane hospitalizovaní a zomreli počas prvej hospitalizácie, bolo 5 a po prepustení 2. Pacientov, ktorí prežili bez opakovania hospitalizácie a prežili počas času sledovania, bolo spolu 29 (26,4 %) (Graf 3).

V tabuľke 2 porovnávame základné parametre pri dvoch konkurujúcich udalostiach – opakovaných hospitalizáciách a úmrtí. Kumulatívna incidencia do 180 dní opakovanej hospitalizácie vs. úmrtia je znázornená v grafe 4. V multivariantnej analýze sme za nezávislé rizikové faktory opakovanej hospitalizácie zistili absenciu akútnej alkoholovej hepatitídy (HR = 0,0), nižšie hodnoty protrombínového času (INR – international normalised ratio) (HR = 0,42), vyšší počet ľudí žijúcich v domácnosti s pacientom (HR = 1,36), trombocyty (HR = 0,99) a prítomnosť cholelitiázy (HR = 2,51). Za nezávislé rizikové faktory úmrtia sme v multivariantnej analýze stanovili MELD-Na skóre (HR = 1,09), Chronic Liver Failure Consortium Acute on Chronic Liver Failure (CLIF-ACLF) skóre (HR = 1,99) a status bezdomovca (HR = 2,99).

Diskusia

V súbore 110 pacientov pozorujeme veľkú mieru opakovaných hospitalizácií pre dekompenzáciu cirhózy. Rehospitalizácie boli skôr pozorované v neskoršom časovom odstupe od prepustenia. V rámci sledovania kumulatívnej incidence do 180 dní od prepustenia boli pacienti po 30 dňoch v porovnaní s rizikom úmrtia viacej ohrození opakovanou hospitalizáciou. Mortalita sledovaného súboru bola vysoká. Riziko úmrtia bolo pozorované najmä v prvých 30 dňoch od prepustenia. Najčastejšími pridruženými komplikáciami boli ascites a hepatálna encefalopatia. Pacienti, ktorí zomreli bez opakovania sa hospitalizácie, mali oproti pacientom opakovane hospitalizovaným pozorovaný častejší výskyt alkoholovej hepatitídy a abúzu alkoholu, vyššie hodnoty celkového bilirubínu, INR a leukocytov, vyššie skóre CLIF-C ACLF a MELD-Na. Za nezávislé rizikové faktory opakovanej hospitalizácie sme stanovili absenciu alkoholovej hepatitídy, čo súvisí s vysokým rizikom úmrtia už počas zaradenia do súboru, resp. vyliečením. Alkoholová hepatitída predstavuje závažný zdravotný stav s vysokou mortalitou. Hneď od stanovenia diagnózy je dôležité sa sústrediť na všetky možnosti vyčerpania liečby, či už kortikoterapie a podpory výživy v úvode až po molekulárny adsorbčný recirkulačný systém (MARS – Molecular