

českých občanů a rezidentů) se prokazatelně vertikálně nakazilo 9 dětí: 5 žen rodilo u nás a další 4 děti české ženy nebo cizinky s dlouhodobým pobytem rodily v zahraničí. Vedle toho byly diagnostikovány jednotlivé případy dětí přistěhovalců a rezidentů, které se infikovaly v zahraničí za nejasných okolností, některé dokonce ve zdravotnických zařízeních třetího světa. Mimoto bylo pečováno o děti, které strávily jen určitý čas v ČR, po čase se odstěhovaly a jejich osud je neznámý. Vývoj epidemiologické situace bude jistě ovlivněn přílivem uprchlíků z válčící Ukrajiny. Tato země zaujímá druhé místo v počtu nově diagnostikovaných případů, má vysoký podíl AIDS a vysoký podíl žen. To odráží i počet infikovaných dětí a každoroční případy vertikálně infikovaných dětí. Mezi příchozími uprchlíky bylo do 31. července 2022 přihlášeno do HIV center a ojedinele jiných zdravotnických zařízení ČR 17 HIV pozitivních dětí do 15 let. V posledních letech rodí v ČR okolo 10 HIV pozitivních žen ročně, asi u poloviny z nich je HIV pozitivita zachycena screenin- gem v prvním trimestru, zbylé vstupují do gravidity s již známou HIV pozitivitou. Dosud se uskutečnilo asi 250 porodů HIV pozitivních žen, většina ve Fakultní nemocnici Bulovka v Praze, v jednotlivých případech (méně než 2%) ženy nakazily své dítě za okolností, kdy se už profylaktická opatření nemohla nebo nestačila uplatnit.

Vertikální přenos HIV

Infekce HIV se přenáší sexuálně, parenterálně a vertikálně. Ve světě je vertikální přenos HIV hlavním důvodem výskytu u dětí, teoreticky možný je i sexuální přenos při sexuálním zneužívání, dětské prostituci nebo parenterální přenos u dětských toxikomanů. Pravděpodobnost přenosu HIV infekce z matky na dítě kolísá v závislosti na populaci a geografické lokalizaci. K dramatickému poklesu rizika přenosu HIV infekce na plod vedlo zahájení léčby těhotných žen zidovudinem. Před zavedením profylaxe antiretrovirotiky činilo riziko vertikálního přenosu mezi 13 až 40% (méně v Evropě, více v USA, nejvíce v Africe), dnes na kombinované antiretrovirové profylaxi klesá pod 1%. K nákaze dítěte dochází obvykle v průběhu porodu. Rovněž se může uplatnit přenos kojením.

Ke snížení rizika vertikálního přenosu HIV slouží podávání antiretrovirotik, vedení porodu a zábrana kojení. Rozhodující význam má užívání antivirotik, dnes výhradně v kombinaci od stanovení diagnózy po celou dobu gravidity, což vede k potlačení virové replikace na nedetekovatelnou hodnotu virové nálože HIV před termínem porodu. Význam císařského řezu na snížení rizika vertikálního přenosu je prokazatelný v situaci, kdy virová nálož HIV těhotné před porodem je vyšší než 50–100 kopií/ml. Porod per vias naturales je dnes akceptován jako základní způsob vedení porodu, naopak porod per sectionem caesaream se uplatňuje např. při pozdní diagnóze infekce HIV až krátce před porodem nebo při selhání medikamentózní léčby. Kojení se u HIV pozitivních matek pro jistotu nedoporučuje.

Klinický obraz

Projevy infekce HIV a spektrum nemocí u dětí se poněkud liší od dospělých. V minulosti popisovaný dvojí průběh není v současné době v zemích s dobrou úrovní zdravotnictví pozorován. Dnes je průběh onemocnění modifikován antiretrovirovou terapií. Z progresující a fatální nemoci se stal chronický stav, který je v nejlepším případě asymptomatický a nemusí významně omezovat život.

Dříve část dětí prodělávala časně oportunní infekce a často podlehl pneumocystové pneumonii již v prvním roce života. Pokud děti přežily, rozvinuly se ve druhém roce života HIV encefalopatie, kandidová ezofagitida, ve třetím a čtvrtém roce nefropatie. Laboratorně byly nízké hodnoty CD4+ lymfocytů a nízké hladiny gamaglobulinů. U druhé části dětí byl pomalejší průběh. Byl charakterizován výskytem recidivujících bakteriálních infekcí často od prvního roku života, v druhém roce se objevila lymfoidní intersticiální pneumonitida (LIP). CD4+ lymfopenie nebyla tak hluboká, byla vysoká hypergamaglobulinemie. Děti takto přežívaly řadu let, vzácně do dospělosti. S uvedenými klasickými formami nemocí je nutné počítat u nediodagnostikované nebo zamlčené infekce HIV a spíše z oblastí s nevyhovující zdravotní péčí.

Klinické projevy infekce HIV u dětí neléčených nebo léčených nevyhovujícím způsobem se (analogicky dospělým) řadí do klinických stadií a vývoj do jisté míry koreluje

s prohlubováním buněčného imunodeficitu, charakterizovaného poklesem počtu CD4+ lymfocytů. Rovnocenným způsobem se používají dva klasifikační systémy – podle CDC (1993) a podle WHO (2007). Podle WHO se infekce HIV dětí rozděluje do čtyř klinických stadií a čtyř stupňů imunodeficiency podle nejhlubšího poklesu CD4+ lymfocytů. Klasický průběh neléčené infekce HIV je velmi individuální a vede v různé míře a pořadí k poškození různých orgánů.

Progresivní encefalopatie asociovaná s infekcí HIV je postižení nervového systému charakterizované týdny až měsíce se vyvíjející poruchou vývoje. Zaznamená se zaostávání psychomotorického vývoje, řečových schopností, porucha kognitivních funkcí až apatie. Pokročilejší postižení CNS se projeví spasticitou, křečemi, choreoatetoidními pohyby a mozečkovými příznaky. Diagnózu progresivní encefalopatie asociované s infekcí HIV podporuje současné organické postižení – porucha růstu, neprosipování, které může být často bez dalších nápadných klinických příznaků.

Nejčastějšími onemocněními horních dýchacích cest jsou recidivující hnisavá mesotitida, recidivující nebo těžká sinusitida a epizody epistaxe z trombocytopenie asociované s infekcí HIV. Plicní onemocnění představuje hlavně pneumocystová pneumonie, lymfoidní intersticiální pneumonitida (LIP), plicní tuberkulóza a bakteriální pneumonie. Pneumocystová pneumonie v typickém případě probíhá jako subakutně probíhající pneumonie se suchým kašlem, zvýšenou teplotou až horečkou a narůstající dušností. Průběh nemoci u dětí v prvním roce života je akutní, dokonce není ani nutně vázaný na nízký počet CD4+ lymfocytů a nezdědka bývá fatální. LIP bývala dříve častá u dětí v první dekádě jako výraz přestřelené lokální imunitní odpovědi na EB virovou infekci.

Kardiovaskulární systém může být postižen kardiomyopatií asociovanou s infekcí HIV. Také je možné sekundární postižení pod obrazem cor pulmonale z recidivujících pneumonií a/nebo přítomnosti LIP. Dilatační kardiomyopatie s nepřiměřenou hypertrofií levé komory mohly být dříve stavem limitujícím přežití. Asymptomatické perikardiální výpotky často nalezené u dětí s hlubokým imunodeficitem lze vysvětlit jako projev pro-inflamatorních