matky na novorozence, nebo v pozdějším věku horizontálním přenosem – transfuzí kontaminované krve, či krevních derivátů, těsným stykem s blízkou HBsAg pozitivní osobou. Nebezpečí horizontální nákazy je v ústavech pro děti trpící poruchami chování (vzájemné kousání, škrábání). Vertikální přenos se uskutečňuje ve více než 90 % během porodu kontaminací novorozence mateřskou krví a sekrety. V méně než 5 % dojde k nákaze plodu již před porodem transplacentární cestou a až v 5 % se novorozenec nakazí po porodu těsným stykem s matkou (6, 7).

Virová hepatitida C se přenáší nejčastěji krví a sexuálním stykem. Z matky na dítě je přenos možný, ale daleko vzácnější. Riziko vertikálního přenosu z matky na dítě je menší než u virové hepatitidy B, závisí na množství viru v krvi matky. K vertikálnímu přenosu dochází často u rodiček – narkomanek infikovaných HIV (6, 7).

Klinický obraz virových hepatitid dospělých a dětí

Prodromální nespecifické příznaky chřipkového typu (únava, slabost, zvýšená teplota, bolesti svalů, kloubů), stejně jako gastrointestinální problémy typu nauzea, zvracení, tlak v epigastriu a pod pravým žeberním obloukem přetrvávají zhruba jeden týden, někdy nemusí být vůbec vyjádřeny a nemocný přichází až s viditelným žlutým zabarvením sklér a pokožky. Posléze dochází ke zhoršení potíží a objevuje se ikterus v různé intenzitě. Současně má pacient tmavší moč, světlou stolici a pruritus. Pravidelně bývají zvětšená játra, citlivá na pohmat, někdy i splenomegalie. Děti mívají často inaparentní průběh (bez subjektivních a klinických změn) a anikterický průběh (pod obrazem chřipkových gastrointestinálních příznaků se zvýšenou hodnotou jaterních enzymů). Stadium rekonvalescence probíhá týdny i měsíce. U dětí se projevují funkční poruchy trávícího ústrojí. Dominuje nechutenství, pocit plnosti po jídle, sklon k zácpě a průjmu, tlak v pravém podžebří. V dorostovém věku si rekonvalescenti stěžují na únavu, malátnost a sníženou psychickou výkonnost. Časté jsou popisy bolesti v oblasti jater, objevující se při sehnutí, otřesech, fyzické námaze. Jde o pohepatické heparalgie v důsledku srůstů vzniklých mezi jaterním pouzdrem a peritoneem. Bolesti většinou vymizí během několika měsíců (6–8).

Diagnostika virových hepatitid u dětí

Diagnostika virových hepatitid vyžaduje kombinaci anamnestických údajů, fyzikálního vyšetření a specifických laboratorních testů. V ambulantní pediatrické praxi je nutné uvažovat o virové hepatitidě u dítěte s protrahovanou únavou, nechutenstvím, subfebriliemi a ikterem. Mezi klasické příznaky patří horečka, malátnost, tmavá moč a žloutenka, které se častěji vyskytují u starších dětí a dospělých. Diagnostickým standardem hepatitidy A je průkaz anti-HAV IgM protilátek v séru. Transaminázy (ALT, AST) bývají výrazně zvýšené, stejně jako bilirubin.

Základním markerem hepatitidy B je HBsAg. Dále se stanovují anti-HBc IgM, HBeAg a HBV DNA, zejména pro odlišení akutní a chronické fáze.

U dětí starších 18 měsíců s podezřením na hepatitidu C se používá detekce anti-HCV protilátek a následné potvrzení virové RNA pomocí polymerázové řetězové reakce (PCR). U mladších dětí se preferuje přímé stanovení virové RNA.

Při podezření na akutní hepatitidu je nezbytné vyloučit i jiné příčiny jaterního postižení, zejména EBV, CMV, autoimunitní hepatitidu nebo metabolické poruchy (např. Wilsonovu chorobu u adolescentů) (6–8).

Léčba hepatitid v dětském věku

Léčba akutních virových hepatitid probíhá za hospitalizace na infekčních odděleních a neliší se podle typů virových hepatitid. Spočívá ve fyzickém a psychickém zklidnění pacienta, dítěte a podávání podpůrných léků, které mají zmírňovat nepříznivé projevy onemocnění, zabránit dalšímu poškozování jaterních buněk a přispět k jejich regeneraci. Z pohledu výživy je samozřejmě nastolena absolutní alkoholová abstinence a zamezení expozici hepatotoxickým látkám. V případě dlouhodobější anorexie je nutné podávat energetické infuze k zabránění katabolismu. Při nauzee mohou být podávána antiemetika. U hepatoprotektiv a vitaminoterapie nebyla prokázána účinnost.

U hepatitidy A je léčba jen výhradně symptomatická. Důraz je kladen na klidový režim, hydrataci a sledování jaterních testů. Hospitalizace je indikována při těžším průběhu, výrazném zvracení nebo známkách jaterního selhání.

U dětí s akutní hepatitidou B obvykle není antivirová léčba indikována – většina infekcí odezní spontánně. U chronické infekce se léčba zvažuje individuálně dle stavu jaterních testů a virové nálože. Používají se pegylované interferony a nukleosidová/nukleotidová analoga.

V případě onemocnění hepatitidou C byly do roku 2019 terapeutické možnosti omezené. Nyní jsou však přímá antivirotika (DAA), např. kombinace sofosbuvir/ledipasvir, schválena pro děti od 3 let věku. Léčba je dobře tolerována a dosahuje 95% virové eliminace (6–8).

Výživa jako podpora léčby

Z pohledu výživy je zásadní u dospělých absolutní abstinence alkoholu, u dětí a dospělých pak vyloučení jiných hepatotoxických látek. Důležité je zachovat adekvátní příjem energie a živin, aby nedošlo k podvýživě a katabolismu. Při nechutenství se doporučuje přijímat potravu v menších, častých porcích. Složení stravy by mělo být vyvážené a bohaté na kvalitní živiny.

Příjem bílkovin nemá být zbytečně omezován – dostatek proteinů (okolo 1,0 g na kg hmotnosti/den) je žádoucí pro regeneraci jaterní tkáně. U dětí i dospělých s akutní hepatitidou se osvědčuje podávat malé a časté porce jídla (4–6 menších jídel denně) a vyhýbat se dlouhým intervalům lačnění (ne déle než ~4–6 hodin přes den).

Správná výživa hraje významnou roli v procesu hojení jater a prevenci zhoršení stavu. Malnutrice (podvýživa) je častá u pacientů s těžšími jaterními chorobami a prokazatelně zhoršuje průběh i prognózu onemocnění. Adekvátní nutriční podpora (dostatečný příjem makroživin i mikroživin) může zlepšit výsledek a urychlit rekonvalescenci pacientů s hepatitidou. V dětském věku mívá akutní hepatitida (zejména hepatitida A) často lehčí průběh, nicméně i u dětí je potřeba pečlivě zajišťovat hydrataci a výživu – děti s protrahovanou inapetencí mohou rychle vyčerpat