



INFEKČNÍ ŽLOUTENKA TYPU C

Řada dětí, o které se původní rodina nechce nebo nemůže starat, má v dokumentaci uvedeno, že je matka mohla infikovat touto žloutenkou během těhotenství či porodu. Jaká jsou skutečná rizika pro přijetí dítěte s tímto onemocněním? Může být toto onemocnění důvodem k vyřazení z možnosti vyrůstat v rodině?

Co to je žloutenka typu C a jak se přenáší

Infekční žloutenka typu C je virové onemocnění jater, které ve vysokém procentu po získání infekce přechází do chronického stadia. Přenáší se zpravidla krví, v zanedbatelném procentu sexuálním kontaktem a přibližně ve 4 - 13% infikuje matka své dítě během těhotenství či porodu. Vyšší riziko nesou novorozenci matek s vysokým počtem virových částic v krvi a matek s AIDS, u jejichž dětí je 3 - 5x vyšší riziko přenosu této infekce. Dosud nejsou známa žádná opatření, která by přenosu infekce virem žloutenky C z matky na dítě zabránila. Kojení je povoleno, s výjimkou matek, které mají AIDS. Děti, kterým infekci virem žloutenky C předala matka se ve 20 - 40% této infekce zbaví samy do věku 3 let, ale i později, zbytek dětí si do života přináší chronickou žloutenku typu C, kterou bude nutné v budoucnosti léčit.

Zjišťování přenosu infekce žloutenkou C od matky na dítě

Do jednoho roku má většina dětí ještě pasivně přenesené protilátky od matky a je zbytečné děti v tomto období vyšetřovat, neboť se nelze k vertikálnímu přenosu u anti HCV pozitivních dětí zatím bezpečně vyjádřit. U dětí, které jsou určeny k adopci, je možné již ve 4 měsících vyšetřit virémii a předběžně se k případnému přenosu infekce vyjádřit. Vyšetření protilátek je doporučeno až po jednom roce, nejlépe v 18 měsících. Přetrvávání protilátek proti žloutence C déle než 24 měsíců i bez zjištění viru v krvi znamená, že dítě infekci od matky dostalo, ale velmi pravděpodobně se jí záhy zbavilo. Nicméně tyto děti by měly být 1 x za rok kontrolovány v jaterních poradnách při infekčních odděleních nebo dětských poradnách pro onemocnění jater. Výjimečně zjišťujeme přítomnost viru v krvi, aniž by dítě vytvořilo protilátky. Proto je doporučeno při poslední kontrole vyšetřit nejenom protilátky proti žloutence C, ale i vyšetření přítomnosti viru, abychom bezpečně infekci vyloučili.

Ošetřování dítěte s chronickou hepatitidou C

Jak již bylo řečeno, infekce virem žloutenky C se přenáší převážně krví a proto je třeba s tímto vědomím děti ošetřovat. Zdravotnický personál krev odebírá v rukavicích a taktéž by měl rukavice používat každý, kdo ošetřuje krvavá zranění těchto dětí. Vzhledem k tomu, že se jinak infekce od dětí s chronickou žloutenkou C nedá dostat, tak se běžná péče o ně nikterak neliší od ostatních dětí. Co se týče kolektivních zařízení, tak by učitelka měla o této skutečnosti vědět pro případ, že by došlo ke krvavému zranění dítěte, krvácení z nosu apod., aby dítě mohla ošetřit v rukavicích a případně potřísňené plochy vydezinfikovala. Stejný postup je ale doporučen i v případě krvavého zranění ostatních dětí, takže ani tady se vlastně **zacházení s těmito dětmi nikterak neliší od ostatních**.

V běžné domácí péči se nedoporučují žádná zvláštní opatření v zacházení s těmito dětmi, s výjimkou výše uvedených.

Léčba chronické VHC u dětí

Vzhledem k tomu, že děti se viru mohou v poměrně vysoké míře zbavit samy, nemá se antivirová léčba uspěchat. Standardní antivirová kombinace může být v indikovaných případech zahájena již od 3 let věku, ale vzhledem k častým nežádoucím účinkům protivirové léčby je doporučováno vyčkat staršího věku. Děti léčíme buď před nástupem do školy, nebo až na druhém stupni základní školy, kdy již léčbu lépe snášejí.

Úspěšnost léčby

Úspěšnost současné standardní antivirové léčby se liší od genotypu viru hepatitidy C. Na našem území převažuje genotyp 1 a u něj je úspěšnost léčby mezi 50-60 %. Mladí lidé, kteří nemají infekci dlouho a nemají žádná přidružená onemocnění, mají šanci na vyléčení větší, úspěšnost léčby u nich dosahuje i 80%. Bohužel u zbývajících pacientů dojde buď k opětovnému vzplanutí infekce (relaps), a to do 6 měsíců od ukončení léčby nebo na léčbu nezareagují vůbec (nonrespondéři). V současné době je pro tyto nevyлéčené dospělé pacienty možno do standardní kombinace ineterferonu s ribavirinem přidat ještě třetí virostatikum, tzv. proteázový inhibitor, který šanci na úplné zbavení infekce výrazně zvyšuje. Pokud je ale léčba úspěšná, tj. 6 měsíců po ukončení antivirové léčby není v krvi virus detekován, je možné pokládat tuto léčebnou odpověď za setrvalou, pacient není nadále infekční a nemůže tudíž tuto infekci nikomu předat, i když mu často přetrvávají v krvi protilátky. Riziko přenosu sexuálním kontaktem u nemocných s aktivní infekcí je malé, infekce se téměř výhradně přenáší krví, nesterilními pomůckami k nitrožilní aplikaci a v malém procentu z matky na dítě během těhotenství nebo během porodu.

Odborné informace poskytla MUDr. Jiřina Hobstová, CSc., primářka infekčního odd. FN Motol, 7. 1. 2013

Materiál sestavila Alžběta Hlásková, Dobrá rodina o.p.s.



nabízí doprovázení pěstounů v celé ČR tak, **aby měli pěstouni partnera**, který jim pomáhá, **poskytuje dostatečnou podporu i odborné služby** a pěstouni se mohli o děti starat s radostí. Proto uzavírá s pěstouny dohody o výkonu pěstounské péče, přebírá péči o pěstouny i od úřadů, aby se jejich pracovníci mohli věnovat své další práci. Každé rodině ušije klíčový pracovník Dobré rodiny **služby přímo na míru**, aby doprovázení bylo účelné a pěstounům skutečně pomáhalo, **aby pěstouni cítili podporu a nebáli se svoje problémy otevřít a řešit**. Má-li někdo z pěstounů zájem o doprovázení, které **vychází z dlouholetých přímých pěstounských zkušeností**, mohou Dobrou rodinu bez váhání kontaktovat:



Doprovázení pěstounských rodin

Bc. Martina Loutná / koordinátorka programu doprovázení
telefon: **+420 773 083 117**
e-mail: martina.loutna@dobrarodina.cz

