

vaných pacientů lze aplikovat zdravotnickým personálem vysychavé obklady (např. Jarishův roztok, 3% borová voda) (2, 4). Lokální antivirotika mají pouze omezený význam, stejně jako u terapie herpes labialis a genitalis (2, 4). Před každou další aplikací dermatologik je doporučeno použít k omytí ložisek dedikované antiseptické syndety bez obsahu sodium laurith sulfátu (např. Cutosan® mycí gel). Tímto způsobem jednak mechanicky odstraňujeme starší vrstvy extern, čímž zamezujeme nechtěné okluzi a zároveň přímo dezinfikujeme postižený povrch kůže. Oba mechanismy působí synergicky proti vzniku impetiginizace, časté komplikace při hojení pásového oparu.

V celkové terapii jsou nejúčinnější antivirotika. Systémová terapie antivirotiky zmírňuje průběh onemocnění a snižuje výskyt a závažnost postherpetických neuralgií. Ideálně by měla být zahájena do 72 hodin od začátku onemocnění, ale v případě, že se tvoří nové léze, kdykoliv v průběhu. Acyklovir (např. Herpesin tbl., Zovirax tbl.) byl prvním antivirotikem v terapii infekce HSV a VZV. Existuje i jeho intravenózní forma, které se využívá při hospitalizaci u nejtěžších případů. Chemicky jde o analog guanosinu, působí jako falešný nukleotid. Fosforylací se mění na účinnou látku acyklovirtrifosfát. Trojnásobné fosforylace se účastní jak intracelulární enzymy, tak virová thymidinkináza. Acyklovirtrifosfát poté blokuje virovou DNA polymerázu, a tím vede k ukončení (terminaci) replikace viru. Dosahuje účinných koncentrací pouze v infikovaných buňkách, proto je jeho toxicita pro organismus nízká. Rezistence k acykloviru se popisuje zvláště u imunosuprimovaných

osob. Acyklovir se podává u mírnějších forem perorálně v dávce 800 mg 5× denně (po 4 hodinách s noční pauzou 8 hodin) po dobu 7 dnů, balení obsahuje 35 tablet po 800 mg a dávkování je uzpůsobeno (9). Tato dávka nemá být při terapii pásového oparu nižší. U těžších forem se podává acyklovir intravenózně. I u imunokompetentních osob má podání acykloviru význam, neboť zkracuje dobu hojení kožních lézí a představuje prevenci nebo alespoň zmírnění postherpetických neuralgií. Acyklovir je určen v léčbě VZV pro dospělé a děti i mladší než 2 roky

Modernějším antivirotikem je aktuálně doporučovanější valacyklovir (např. Valaciclovir Mylan 500 mg tbl.). Je proléčivem acykloviru. Je odvozen z acykloviru navázáním valinu. Tím se zvyšuje jeho biologická dostupnost a je možno jej podat s dobrým efektem později než acyklovir. Mechanismus účinku je stejný s acyklovirem. U pásového oparu se podává 3 × 1 000 mg denně (2-2-2) po dobu 7 dnů. Balení obsahuje 42 tablet po 500 mg a dávkování je uzpůsobeno (10, 11).

Dobry efekt i jako prevence postherpetických neuralgií přinesla přidatná terapie kombinací vitaminů B (Milgamma N cps.). Jedná se o kombinaci derivátu vitamínu B₁ (benfotiamin), B₆ (pyridoxini hydrochlorid) a vitamínu B₁₂ (cyanocobalamin), které jsou důležité pro metabolismus nervových buněk. U pásového oparu se doporučuje užívat společně s antivirotiky v dávkování 1-1-1 a terapii poté prodloužit alespoň na 30 dnů. Součástí terapie jsou s výhodou imunostimulancia (inosin pranobex – Isoprinosin tbl.). Při bolestech používáme analgetika, v běžné pra-

xi paracetamol, NSA, nimesulid, nebo slabé opioidy, např. tramadol. Při těžších bolestech nebo při těžkých postherpetických neuralgiích se podávají silné opioidy, tricyklická antidepressiva nebo antiepileptika. V závislosti na lokalizaci a tíži postižení se uplatňuje mezioborová spolupráce, které se účastní kromě dermatologa také infektolog, neurolog, specialista na léčbu bolesti, oftalmolog nebo otorinolaryngolog (2).

Závěr

Herpes zoster je onemocnění především vyššího věku a osob s dalšími přidruženými chorobami. I běžný nebo obvyklý průběh může být pro pacienta obtěžující a omezující, zvláště když je akutní fáze následována i několik měsíců trvajících bolestmi – postherpetickými neuralgiemi. Nově je možné očkování přímo proti pásovému oparu neživou vakcínou. Kombinací VZV specifického antigenu (gE) s adjuvantním systémem (AS01B) je vakcína navržena tak, aby indukovala antigenní specifickou buněčnou a humorální imunitní odpověď u jedinců s již existující imunitou proti VZV. Je určena k prevenci herpes zoster a postherpetických neuralgií s onemocněním herpes zoster souvisejícími. Je určena k imunizaci osob 50 let věku a starších a dospělých ve věku 18 let nebo starších se zvýšeným rizikem herpes zoster (13).

Moderní vakcinací lze dosáhnout omezení výskytu onemocnění samotného, v případě, že dojde k jeho rozvoji, zmírnění průběhu a následných potíží typu postherpetických neuralgií.

LITERATURA

1. Braun-Falco O, Plewig G, Wolf H. Dermatologie a venerologie. Martin: Osveta; 2001.
2. Pospíšilová A. Herpes zoster. Med. praxi. 2009;6(1):38-41.
3. [Internet] Holub M. Herpetické infekce. Available from: <http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/herpeticke-infekce-419306>.
4. Schimerová P. Herpes zoster – klinický obraz, možnosti terapie

- a prevence. Dermatol. praxi. 2017;11(3):115-119.
5. Roháčková H. Pásový opar a současný pohled na jeho léčbu. Dermatol. praxi. 2015;9(3):165-166.
6. Boštíková P. Vybrané virové a bakteriální perinatálně přenosné infekce – 2. část: Herpetické viry. Pediatr. praxi. 2015;16(4):227-230.
7. Zimová J. Herpes zoster – pásový opar aktuálně a přehledně. Dematol. praxi. 2012;6(2):91-99.

8. Štrofová H, Svozílková P. Herpes zoster virus a oční postižení. Interní Med. 2014;16(4):159-162.
9. SPC Herpesin 400 mg, říjen 2020.
10. SPC Valaciclovir Mylan 500 mg, prosinec 2022.
11. SPC Valtrex, září 2021.
12. SPC Zostevir, 15. 1. 2016.
13. SPC Shingrix, prosinec 2022.