

jevy, vzhledem k přetrvávání specifických protilátek získaných od matky. Následně se u takto infikovaných dětí může vyvinout herpes zoster v průběhu prvního roku života. **Herpes zoster u těhotné** nepředstavuje riziko pro plod z důvodu transplacentárního přenosu protektivních mateřských protilátek (14, 15).

Herpes zoster

Herpes zoster (HZ, pásový opar), jak bylo zmíněno výše, je klinickým projevem reaktivace latentní VZV infekce z ganglií zadních míšních kořenů a ganglií hlavových nervů. V případě reaktivace se virus pomnoží v gangliu a následně se z něj virus šíří podél senzitivních nervových vláken do kůže a sliznic (dermatomu). Vzácně dochází i k šíření retrográdnímu, se vznikem myelitidy, projevující se jako para- či kvadruparéza, porucha citlivosti distálně od místa léze (etáž koresponduje s dermatomem) (2, 6, 16). Herpes zoster se vyskytuje celoročně, bez sezónní prevalence. Častěji bývají postiženi muži, incidence se zvyšuje s věkem (50–59 let 20% případů, nad 60 let 40% případů HZ), nejvyšší riziko výskytu HZ je u lidí nad 75 let (4,2–4,5/1 000 osoboroků), ale může se objevit v každém věku, ani výskyt v dětském věku není výjimkou (0–10 let 5% případů HZ, 0–14 let–0,45/1 000 osoboroků) (5, 17, 18). V České republice bylo v prosinci 2022 hlášeno 280 případů HZ, průměrná HZ nemocnost v letech 2012–2022 byla 52,9 na 100 000 obyvatel (tab. č. 2 a 3). Inkubační doba HZ je 7–14 dní. Kožní projevy může předcházet prodromální stadium (u 75% pacientů) s lokálními (parestzie, brnění, mravenčení, bolest v místě následného postižení kůže) a celkovými příznaky (bolesti hlavy, malátnost, zvýšená teplota). Typicky se na kůži unilaterálně v příslušném dermatomu nejprve objevují erytémové makuly, papuly či plaky, na kterých se následně během 12–24 hodin vysévají několik mm velké puchýřky s čirým obsahem a napjatou krytkou. Poté dochází k zakalení obsahu a oploštění puchýře z centra. K zaschnutí puchýřů v krusty dochází během 7–10 dní, přetrvávají následné barevné změny, jizvy se v případě lokálně nekomplikovaného průběhu netvoří. Výsev je postupný. Nejčastěji bývá postižena u dospělých oblast dolní hrudní (50%) a bederní. K postižení ganglia trojklaného nervu dochází v 10–15% případů (5, 9, 18, 19). Raritně nemusí

dojít k herpetickému výsevu na kůži nebo sliznici a poté hovoříme o tzv. **HZ sine herpette**. Může také vzácně dojít k postižení více dermatomů, **HZ multiplex**, k oboustrannému postižení, **HZ bilateralis**, k disseminaci projevů (u těžce imunosuprimovaných jedinců), **HZ disseminatus**. Případně dojde k prokrvácení puchýřů, **HZ haemorrhagicus** a nebo ke gangrené spodiny puchýře, **HZ gangrenosus** s následným jizvením v místě puchýřů. **HZ cephalicus** je souhrnné označení pro HZ v oblasti hlavových nervů. **HZ ophtalmicus** (1. větev n. trigemini) je provázen očním postižením s možným napadením všech struktur oka (spojivka, duhovka, rohovka, skléra), akutní keratitida je hlavní rizikový faktor pro ztrátu zraku. Jako Hutchinsonovo znamení se označuje výsev herpetických morf na špičce nosu a klinicky představuje vyšší riziko očního postižení. K postižení 2. větve n. trigemini (**HZ maxillaris**) a 3. větve n. trigemini (**HZ mandibularis**) dochází méně často a herpetický výsev je nejen na kůži, ale také na sliznici dutiny ústní a na jazyku s erozemi až ulceracemi. **HZ facialis** (n. VII), bývá provázen poruchou slzení, vymizením chuti na jazyku. **HZ oticus**, *Ramsay Huntův syndrom*, je projevem reaktivace latentní VZV v ganglion geniculi, s výsevem v oblasti n. facialis (n. VII) a n. vestibulocochlearis (n. VIII). Klinicky se jedná typicky o triádu projevů: ipsilaterální paréza lícního nervu, herpetický výsev v oblasti tzv. Ramsay Huntovy senzitivní oblasti (ušní boltec, zevní zvukovod, processus mastoideus) a bolest ucha. K dalším příznakům Ramsay Huntova syndromu patří tinnitus, vertigo, nystagmus, snížená tvorba slin a slz. **HZ laryngis**, postižení n. glossopharyngeus (n. IX) a n. vagus (n. X), provází rozsáhlejší postižení centrálního nervového systému (5, 6, 18, 20, 21). Kromě již výše zmíněných komplikací HZ může dojít k sekundární bakteriální superinfekci ložisek na kůži, vzácně dochází k postižení CNS, projevující se horečkou, bolestí hlavy, meningeálními příznaky. Viscerální postižení jsou velmi vzácná, nejčastěji u těžce imunosuprimovaných pacientů (např. VZV pneumonitidy u transplantovaných pacientů), ale patří mezi život ohrožující stavy a musí na ně být pamtováno. Postherpetická neuralgie (PHN) je nejčastější pozdní komplikací HZ, vyskytující se u 10–20% pacientů s HZ. 50% všech případů PHN je u pacientů starších 60 let. PHN je defi-

nována jako bolest trvající déle než 4 týdny od vzniku herpetického výsevu, nebo pokud se objeví znovu po 4 týdnech od akutní infekce. Bolest je vyvolána zánětlivými změnami v nervových gangliích a je výsledkem poranění periferálních nervů s postižením centrální nervové signalizace. Klinicky se projevuje jako spontánní palčivá bolest nebo pocit pálení v postiženém dermatomu, paroxysmální záchvatovitá bolest, intenzivní svědění, alodynies (bolest vyvolána normálními podněty – pohyb, tepelné změny), hyperalgezie (přehnaná bolest po malém podnětu). PHN v 95% případech spontánně odezní do 6 měsíců, v 5% mohou přetrvávat potíže i několik let. Včasné zahájení celkové terapie (do 72 hodin od začátku výsevu) výrazně snižuje výskyt a závažnost PHN (5, 6, 18). Recidivy HZ nejsou časté (1–8% pacientů), **rekurentní HZ** je častější u žen, 3 a více epizod HZ se vyskytují velmi vzácně (5, 18). V případě čtenějších recidiv je nutné diferenciatně diagnosticky vyloučit ostatní onemocnění jako HSV infekce, kontaktní dermatitidy, impetigo, autoimunitní puchýřnaté choroby, bulózní erysipel, polékové reakce, fototoxické reakce a další. V případě diagnostických rozpaků je zlatým standardem diagnostiky provedení PCR (polymerase chain reaction) k průkazu virové DNA, střemem ze spodiny puchýře. Senzitivita PCR je 98%, specifická 99% (3). Terapie HZ je komplexní a mnohdy vyžaduje mezioborovou spolupráci. V lokální léčbě se používají externa s vysušujícím účinkem např. tekuté pudry, zinkový olej, zinkové pasty, antiseptické roztoky a antibiotika při sekundární bakteriální nástavbě. Celková terapie u dospělých pacientů by měla být zahájena co nejdříve (do 72 hodin od prvních kožních projevů) ke zmírnění průběhu onemocnění a eliminaci rizika komplikací. Systémová antivirotika podáváme dle stavu pacienta a dle lokalizace výsevu buď perorálně nebo parenterálně. Nejčastěji se k léčbě užívá aciklovir (*Herpesin*, *Zovirax*) se standardním dávkováním perorálně 800 mg 5x denně (D) 5–7 dní, v těžších případech je možné parenterální podání, u pacientů s chronickou renální insuficiencí (CHRI) je nutná redukce dávkování (22) (Tab. 4). Dále Valaciclovir (*Valtrex*) 1 g 3x D p. o. 7–10 dní, Famciclovir (*Famvir*) 500 mg 3x D p. o. 7–10 dní, u obou je opět nutná redukce u pacientů s CHRI. Dále v celkové terapii k redukcí bolesti podáváme