

Veš dětská: systematika, výskyt, rezistence, odlišování

Rupeš V.¹, Vlčková J.², Mazánek L.³, Chmela J.³, Ledvinka J.⁴

¹Státní zdravotní ústav Praha

²Zdravotní ústav, Olomouc

³KHS Olomouc

⁴KHS Plzeň

Souhrn

Podle současných znalostí vědy, jsou veš dětská (*Pediculus capitis*) a veš šatní (*Pediculus humanus*), dva samostatné druhy, které nemění místa výskytu na těle člověka a *in vivo* se mezi sebou nekříží. V letech 1991 až 2002 bylo v ČR hlášeno celkem 6 257 případů pedikulózy, ve stejné době však bylo prodáno 3 138 000 balení odlišovacích přípravků, tj. 500 krát víc, než bylo hlášených případů. V období od října 2004 do února 2005, v 16 vytypovaných dětských zařízeních olomouckého a zlínského kraje, v nichž bylo vyčesáno celkem 531 dětí ve věku 6–15 let, byl zjištěn výskyt vši dětské u 14,1 % dětí a u dalších 9,8 % dětí byly zjištěny jen mrtvé hnidy. V *in vitro* testech byla zjištěna vysoká rezistence vši dětské z uvedených oblastí k malathionu, účinné látce přípravku Diffusil H 92 M. Počet hlášených případů pedikulózy se v roce 2005 zvýšil na dvojnásobek.

Klíčová slova: veš dětská – *Pediculus capitis* – infestace – hubení – rezistence k insekticidům.

Summary

Rupeš V., Vlčková J., Mazánek L., Chmela J., Ledvinka J.: Head Louse: Taxonomy, Incidence, Resistance, Delousing

Based on the current knowledge, head louse (*Pediculus capitis*) and body louse (*Pediculus humanus*) are two different species that infest specific parts of the human body and do not interbreed *in vivo*. In 1991–2002, 6 257 cases of pediculosis were reported in the Czech Republic while 3 138 000 pediculicide packagings, i.e. about 500 times as many as the number of cases, were marketed. Between October 2004 and February 2005, a total of 531 children aged between 6 and 15 years from 16 selected schools in the Zlín and Olomouc regions were screened by dry hair combing. Living lice were detected in 14.1 % of the enrolled children and dead nits alone were observed in other 9.8 % of the subjects. *In vitro* tests revealed that the collected head lice were highly resistant to malathion, the active ingredient of Diffusil H 92 M. The number of reported cases of pediculosis roughly doubled in 2005.

Key words: head lice – *Pediculus capitis* – infestation – control – resistance to insecticides.

Výskyt vši dětské, se v poslední dekádě na celém světě zvyšuje [4]. Je to způsobeno ztrátou účinnosti odlišovacích přípravků v důsledku rezistence vši k insekticidům, které jsou v těchto přípravcích obsaženy [11, 22]. To vedlo ke zvýšení zájmu odborných a výzkumných pracovníků a ke získání mnoha nových poznatků. Z toho vyplývá i zvýšení počtu publikací na téma vši dětské [2].

Veš dětská žije především ve vlasech dětí ve věku 4 až 11 let [21], podle jiných autorů ve věku 2–12 let [12], s nejvyšším procentem napadení ve

věku 9 let [21]. Napadá děti všech sociálně-ekonomických skupin obyvatelstva všech států světa. Od napadených dětí se pak vši šíří i na ostatní členy rodin [4]. Vyšší výskyt vši dětské v některých skupinách obyvatelstva je způsoben tím, že napadené děti nejsou včas a v potřebných intervalech odlišovány. Důvodem může být životní styl a přístup k životu, výjimečně i nedostatek účinných přípravků. Faktory, významně ovlivňující výskyt vši dětské jsou počet dětí v rodině, sdílení postelí, stísněné bytové podmínky, sociální

kontakty a lokální zdravotní péče. Veš dětská úspěšně odolává všem běžným hygienickým úkonům a postupům, jako jsou běžné česání, mytí a barvení vlasů [20].

V rozvinutých zemích se prevalence pohybuje zpravidla mezi 1 až 3 %, za určitých okolností se v základních školách může vyšplhat až na 25 % [24]. Výjimečně jsou z některých zemí udávána čísla podstatně vyšší, např. v Izraeli, v letech 1990–2002 byly nalezeny lezoucí vši (tj. nymfy, samci a samice) u 20 % dětí a u dalších 25–30 % byly nalezeny mrtvé hnídy, svědčící o dřívějším napadení. Celkem 75 % dětí bylo během svého života alespoň jednou zavšiveno a kolem 50 % dětí bylo zavšiveno nejméně jednou do roka [21].

Ve většině případů nepřevyšuje počet lezoucích vší ve vlasech číslo 10 [8], jen u 0,3 % dětí bylo ve vlasech více než 50 vší [21]. Při našich testech rezistence k permethrinu a účinnosti nových od všivovacích přípravků, v roce 1992, jsme z vlasů černovlasé, neromské dívky ve věku kolem 10 let z Prahy, čistě upravené, s umytými vlasy, vyčesaly více než 80 lezoucích vší. Matka sdělila, že problém přetrvává déle než 3 měsíce a dívka byla bez zjevných účinků od všivována přípravky s permethrinem každý týden, přesto muselo být množství vší snižováno vyčesáváním. Problém byl úspěšně vyřešen jednou aplikací nové testované vlasové vody s malathionem (později označené Diffusil H 92 M [29]). Nejvyšší počet vší dětské nalezené ve vlasech uvádí prof. Busvine [5], který ve vlasech 26letého muže z Addis Ababy našel celkem 2 167 lezoucích vší. Trvání napadení lze odhadovat podle vzdálenosti hnid od pokožky, když vlasy rostou rychlostí asi 1 cm za měsíc [24]. Lezoucí vši se zdržují v celé kštici, především však na vlasech na šíji a za ušima, kam také nejčastěji připevňují vajíčka [18].

I když napadení lidí vší je poměrně časté, vši jsou všeobecně známé a za určitých okolností mají značný epidemiologický význam, spory o to, zda veš dětská a veš šatní jsou dva samostatné druhy nebo dvě formy (varianty, subspecie) téhož druhu, se vedou již více než 200 let [7]. Místem výskytu, biologií, způsobem šíření se obě formy zřetelně odlišují. Kromě toho v průběhu doby různí autoři nabízeli až 6 morfologických znaků, o kterých se domnívali, že se jimi obě formy odlišují.

Prof. Busvine [5] srovnával morfologii a velikost sklerotizovaných částí těl vší sebraných z vlasů a oděvu osob napadených současně oběma formami. Na rozsáhlém studovaném materiálu prokázal, že většina dříve uváděných morfologických znaků je nestandardní, protože podléhá značným změnám vlivem způsobu fixace vší a přípravy mikroskopických preparátů. Na základě morfometrického rozboru však došel k závěru, že veš dětská a veš šatní jsou 2 samostatné druhy,



Autor: P. Ondrovic

hy, které dobrovolně nemění svá stanoviště na těle člověka a přirozenou cestou se nekříží. Oba druhy se odlišují průměrnou délkou tibie střední nohy.

U vší šatní je signifikantně větší, než tatáž hodnota u vší dětské. Nutné však je srovnávat oba druhy vší z téže oblasti [28]. Názor prof. Busvine [5] přijala jen malá část autorů a zbývající většina nadále považovala obě vši za 2 formy téhož druhu.

V posledních několika letech se ukazuje, že studium parazitů se může stát zdrojem cenných informací o evolučním vývoji jejich hostitelů, přičemž získaná data nejsou závislá na fosilních zbytcích hostitelů [23]. Proto je nemalá pozornost věnována i analýze mitochondriální a jaderné DNA lidských vší rodu *Pediculus*, s cílem blíže objasnit vývoj recentního člověka a jeho vztah k *H. neandertalensis* a *H. erectus*. Nalezená fakta upřesňují nejen názory na prehistorii člověka, ale přinášejí mnoho údajů i o všech samotných. Analýzy ukazují na africký původ lidské vší dětské, od které se oddělila veš šatní před 72 000 až 42 000 lety, což je doba předpokládaného příchodu *Homo sapiens* do chladné Evropy, provázená nutností nosit oděv, jako ochranu před chladem. Oděv se pak stal místem výskytu nového druhu, vší šatní [14]. Další analýza DNA vší navíc indikuje, že v Evropě docházelo k fyzickým kontaktům (zápasu, krádežím oděvů, nebo pohlavnímu styku) mezi *H. sapiens* a *H. neandertalensis* [17]. V nejnovější studii mikrosatelitní DNA vší dětské a vší šatní bylo prokázáno, že veš dětská a veš šatní

jsou dva samostatné druhy, které nikdy dobrovolně nemigrují z místa svého obvyklého výskytu na těle člověka a *in vivo* se nekříží [13].

Podle mezinárodních pravidel zoologické nomenklatury jsou správná vědecká jména pro veš dětskou *Pediculus capitis* (De Geer) a pro veš šatní *Pediculus humanus* (L.). Všechna ostatní označení, poměrně často používaná v zahraniční i naší odborné literatuře, jsou synonyma nebo jména nesprávná.

Napadení vši dětskou se nazývá pedikulóza a je nemocí. K odvšívování se používá léků, i když jejich účinnými látkami jsou insekticidy. U dětí napadených dlouhodobě vši dětskou se častěji vyskytuje pruritus, ekzoriace a konjunktivitida, než u dětí bez vši. Kožní reakce na bodání vši dětskou lze rozdělit do 4 fází: 1. žádné klinické příznaky, 2. papulky provázené svěděním střední síly, 3. tvoření vřidků bezprostředně po bodnutí, následované papulární reakcí s intenzivním svěděním, 4. snížená papulární reakce a mírný pruritus. Napadení dětí je nejčastěji odhaleno ve 3. fázi, 3–4 týdny po začátku infestace [20]. Děti normální populace a jejich rodiče na napadení vši dětskou reagují silně citově. Jsou silně stresovány, cítí se flustrovány, vyraženy ze společnosti, mají silný pocit viny a studu. Podobné citové reakce lze pozorovat i u dětí romského původu.

Dříve se předpokládalo, že veš dětská je problémem škol, dnes se zdá být pravděpodobnější, že veš dětská je problémem určitých komunit, odkud jsou vši do škol zavlečeny. Tyto komunity zpravidla žijí trvale na nižší životní úrovni, než majoritní část populace [4].

Určitá část profesionálních zdravotnických pracovníků se k pedikulóze staví přezíravě, napadené děti, jejich rodiče a pedagogičtí pracovníci naopak považují pedikulózu za zdravotní problém velmi významný [7].

Konkrétních údajů o biologii vši dětské není mnoho. Přitom mnohé jsou nepřesné nebo i zavádějící a přesto jsou nekriticky přepisovány z jedné publikace do druhé [2]. Veš dětská tráví celý svůj život ve vlasech a živí se sáním krve, 4–5 krát denně. Člověk je jediným známým hostitelem vši dětské a její chov *in vitro* je velmi obtížný, vši musí sát krev na lidech. Nejčerstvější údaje o biologii vši dětské uvádí Lang ve své disertační práci z roku 1975 (ex. [2]). Na základě chovu 27 generací bylo zjištěno, že se samice dožívají v průměru $31,9 \pm 1,5$ dní, během nichž nakladou denně v průměru $6,6 \pm 3,9$ vajíček. Samice začínají vajíčka klást asi 14,4 hod. po kopulaci a za život jich nakladou v průměru $56 \pm 6,6$. Nejvíce vajíček nakladou během prvních 7 až 8 dnů života, v průměru 7,5 denně, s maximem 9,5 vajíček. Nymfy se líhnou z hnid za 7–10 dní a mladé nymfy 1. vývojového stadia se

musí nasát krve během prvních 24 hod. života, jinak hynou. Nymfy se svlékají a sají krev celkem 3krát, dospívají za 10–12 dní.

Vši dětské, sundané bez poškození z vlasů, ztrácejí schopnost pohybu za 35 hodin při 18 °C a za 24 hod. při teplotě 26 °C. Avšak již dávno před tím ztrácejí schopnost sát krev v důsledku dehydratace [2]. Z vajíček, držných uměle ve vyšší pokojové teplotě (26–27 °C) a v 50 % relativní vlhkosti vzduchu, se za 9–17 dní vylíhlo jen 50 % larev [7].

Žádné živé vši ani vajíčka nebyly nalezeny na hřebenech a kartáčích, používaných k běžné péči o vlasy. Stejně tak nebyly nalezeny živé vši na nábytku, podlaze, polštářích apod. a to ani v klimatických podmínkách, kde se relativní vlhkost a teplota vzduchu v místnostech, neliší příliš od podmínek ve vlasech. Prostředí mimo vlasovou pokrývku člověka je pro veš dětskou zřetelně velice nepříznivé a vši vlasy dobrovolně neopouštějí. Letmý dotek hlav je zpravidla nedostatečný pro přenos. V pokusných podmínkách přelézají vši celkem ochotně i když pomalu, z vlasu na vlas přirozený nebo na umělé vlákno, podobné svým průměrem vlasům přirozeným. Takže autoři [4] uzavírají, že k přenosu vši dětské dochází při fyzickém kontaktu hlav. Jiný způsob přenosu zatím nebyl prokázán [2].

Důvodem k odvšívování, které představuje ve většině případů aplikaci chemického odvšívovacího přípravku, je fyzický nálezní lezoucích vši ve vlasech. Infestace není indikována nálezem mrtvých nebo vylíhlých hnid (tj. prázdných vaječných obalů) [12]. Avšak v případech, kdy jsou hnidy na vlasech vzdáleny od pokožky méně než 8 mm, je přítomnost živých lezoucích vši pravděpodobná. Ve vyšších teplotách však mohou být živé hnidy vzdáleny od pokožky více než 10 cm [7]. Lezoucí vši lze nalézt vizuální prohlídkou vlasů, při dobrém osvětlení a zejména při silnějším zavšívání. Citlivější metodou diagnózy je suché vyčesávání, spolehlivost metody je asi 87 %. Ještě citlivější je vlhké vyčesávání, při němž jsou vlasy nejprve mírně zvlhčeny vodou aplikovanou rozprašovačem, nebo mírně zvlhčeny šamponem s kondicionérem. Tím jsou vši znehybněny a snáze se vyčesou. Tento způsob je však poněkud nepraktický pro rutinní práci. V obou případech je nutné použít hustý hřeben (všíváček), kde vzdálenost jednotlivých zubů je 0,2–0,3 mm. [2].

Někdy je doporučováno vlhké vyčesávání jako způsob odvšívování. Robets et al. [25] srovnával účinnost tzv. „bug-busting“, což lze překládat několika způsoby, nejvýstižněji snad „razie na vši“, s účinností vlasové vody s 0,5 % malathionu v prostředí, se střední rezistencí vši k této látce. K oběma způsobům byly použity komerční výrobky, vlasová voda byla aplikována 2krát v rozmezí

7 dní, vyčesávání bylo prováděno každé 3–4 dny po dobu 2 týdnů. Přípravkem s malathionem bylo zbaveno vši 2krát více dětí, než vyčesáváním. Ovšem jestliže rodiče sami od všivovali děti, za použití volně prodejných od všivovacích přípravků s 0,5 % malathionu nebo 1 % permethrinu, pak vyčesávání bylo zhruba 4krát účinnější, když bylo od všiveno 57 % dětí [16].

Z moderních insekticidů bylo proti vši dětské nejdříve používáno, dnes již nepopulární, DDD. Dalšími účinnými látkami topikálně aplikovaných od všivovacích přípravků jsou lindan (aromatický uhlovodík) přírodní pyrethrum, permethrin, d-phenothrin (poslední dva patří mezi syntetické pyrethroidy), malathion (organofosfát) a carbaryl (karbamát) [18]. Při orální i topikální aplikaci jsou proti vši dětské účinné i nové insekticidy jako je ivermectin, imidacloprid a fipronil [10, 15], žádná z těchto látek však zatím není nikde pro od všivování povolena a o jejich orální aplikaci je teoreticky uvažováno pouze pro případy silného zavšivení v situacích, kdy by jiné prostředky nebyly dostupné [24]. Nicméně, pokud vši nejsou rezistentní a přípravek je aplikován doporučeným způsobem, je 100% účinnost moderního od všivovacího přípravku nezbytností [2].

Diagnóza pedikulózy a aplikace od všivovacích přípravků je ve většině případů prováděna rodiči, tj. lidmi bez zdravotnické kvalifikace. Nesprávná aplikace může být neúčinná, což vede k jejímu opakování, a opakovaná expozice od všivovaných dětí k insekticidům může ohrožovat jejich zdraví. Z těchto důvodů musí být kladeny zvýšené nároky na bezpečnost od všivovacích přípravků. Podle údajů publikovaných Food a Drug Administration v USA, se z uvedených účinných látek jako nejnebezpečnější jeví lindan, který zahubí jen 17 % vši při expozici 3 hodiny a navíc u 20 % pacientů (včetně dětí a starších osob) působí určité zdravotní potíže, které mohou být v některých případech velmi závažné a které se ještě zvyšují při nesprávném a opakovaném použití [4].

Intenzivní používání insekticidů proti vši dětské pochopitelně selektovalo její rezistenci. Již v roce 1971 byla ve Velké Británii zjištěna rezistence k DDT a k lindanu. Rezistence k permethrinu, nejčastěji používanému insekticidu proti vši dětské, byla poprvé prokázána v České republice v roce 1992 [29]. Tato látka byla u nás používána výlučně od roku 1983 v od všivovacím šamponu Orthosan BF 45 a ve vlasové vodě Difusil H. Rezistence způsobila v roce 1992 ztrátu účinnosti obou uvedených přípravků, což mělo za následek zvýšení výskytu pedikulózy až na 20 % u dětí v některých pražských a olomouckých základních školách, bez toho, že by tyto

školy byly navštěvovány romskými dětmi. Později byla rezistence k permethrinu zjištěna v Izraeli [20], Francii, Velké Británii a USA [11]. Rezistence k permethrinu, zjištěná u nás, byla provázena silnou zkříženou rezistencí k d-phenothrinu, který byl v té době považován za nové řešení boje proti vši dětské [8]. Avšak již v roce 1994 byla zjištěna snížená účinnost této látky, v důsledku zkřížené rezistence ve Velké Británii [6].

Účinný od všivovací přípravek usmrtí lezoucí vši. Ovicidní účinnost mají jen některé insekticidy, malathion, d-phenothrin [6] a permethrin [27]. U od všivovacích přípravků s jinými insekticidy, je v rámci jednoho léčebného zásahu nutná opakovaná aplikace za 8–10 dní po první aplikaci, tj. po vylíhnutí všech vajíček, ale před tím, než dospějí nymfy z nich vylíhlé a začnou klást vajíčka. Usmrcená vajíčka nebo jejich prázdné obaly však na vlasech i po úspěšném od všivování zůstávají a v současné době neexistuje žádný přípravek, který by je spolehlivě odstranil. Příčinou je pevný lep, složený ze 4 proteinů, dosud neznámého složení, kterým jsou hnidy na vlasy přilepeny [16]. Tyto hnidy jsou pouze kosmetickou závadou, mohou však být příčinou nesprávné diagnózy a důvodem ke zbytečné a opakované aplikaci od všivovacích přípravků. Hnidy na vlasech odrostou za několik měsíců. Pokud hnid není mnoho, lze jednotlivé vlasy, nesoucí hnidy, jemnými nůžkami vystříhat. Spolehlivě odlišení mrtvých a živých hnid je možné jen pod binokulární lupou.

Zdánlivě ideálním způsobem od všivování není ostříhání dětí dohola, protože může stresovat jak postižené děti, tak jejich rodiče [1]. Na vlasech trvale kratších než 1 cm nejsou vši schopny přežít.

Velmi slibnou nadějí pro budoucnost vzbuzuje vysoká účinnost 4 % dimeticonu (= poly-dimethylsiloxan) ve vlasové vodě, při expozici 8–12 hodin. Tato látka nepůsobí obvyklým insekticidním způsobem, nýbrž fyzikálně a její toxikologické charakteristiky se zdají být velmi příznivé [3].

Od dob pionýrských zjištění Charlese Nicolle z roku 1909, se všeobecně předpokládá, že veš dětská se nepodílí na přenosu patogenních agens, zejména v epidemiích skvrnitého tyfu.

In vitro však byl snadný přenos *Rickettsia prowazekii* vši dětskou prokázán a proto Robinson et al. [26] docházejí k názoru, že je nutné epidemiologický význam vši dětské, v epidemiích skvrnitého tyfu, ověřit.

Hlavním cílem naší práce bylo ověřit účinnost nového od všivovacího přípravku za účelem jeho registrace podle zákona o léčivech. Podrobněji budeme o dosažených výsledcích referovat později, po jeho uvedení na trh.

Metodika

Uvedenému cíli byly podřízeny všechny aktivity, počínaje tím, že bylo třeba najít co nejvyšší počet napadených dětí ve věku 6 až 18 let. V krajích olomouckém a zlínském byly napadené děti vyhledávány ve speciálních školách a dětských domovech, se značným podílem dětí romského původu, kde byl výskyt vši dětské očekáván. Při návštěvě dětského zařízení byly na výskyt vši vyšetřeny všechny přítomné děti. Nejdříve byly vlasy prohlédnuty a zjišťován výskyt hnid, zvýšená pozornost byla věnována vlasům za ušima. Pak byla použita metoda suchého vyčesávání. Dítě sklonilo hlavu nad bílý papír položený na stůl a jeho suché vlasy byly od temene hlavy dolů vyčesávány pomalým pohybem hustého hřebene (všiváčku), se vzdáleností zubů 0,5 mm. Vyčesávání bylo prováděno do vypadnutí prvních několika vši nebo po dobu 5 min. Jestliže ani po této době nebyla žádná veš vyčesána, dítě bylo považováno za negativní.

Vyčesané dospělé vši a nymfy byly měkkou entomologickou pinzetou sesbírány a za účelem testů rezistence vloženy do zkumavek na silonové vlasy, které byly impregnovány insekticidem, nebo byly čisté, kontrolní. Zkumavky byly zazátkovány korkovou zátkou, jejíž spodní konec byl jen mírně navlhčen vodou tak, aby nestékala a ve zkumavce byla zajištěna 100% relativní vlhkost vzduchu. Zkumavky byly ve vertikální poloze umístěny do termoboxu, dovezeny do laboratoře, umístěny do teploty 23–24 °C a za 17 hodin byla odečtena pod binokulární lupou mortalita, bez ohledu na pohlaví a vývojové stadium vši. Za mrt-

vé byly považovány vši, které se již nepohybovaly a vši, které se neudržely na vlasech a ležely na dně zkumavky. Celkem bylo k testům použito 309 vši.

K orientačním testům rezistence byla použita metodika již dříve popsána [29]. K simulaci lidských vlasů byl použit rybářský vlasec o síle 0,1 mm, který byl rozstříhán na kousky o délce 6 cm, které byly v počtu 60 kusů svázané v 1/3 délky bílou nití. Svazečky silonových vlasů byly impregnovány rozkapáním 0,05 ml acetonových roztoků insekticidů. Koncentrace insekticidů v procentech jsou uvedeny v tabulce. Po dokonale odpaření acetonu byly svazečky vlasů po jednom kuse, vloženy do skleněných zkumavek, 8 cm dlouhých a vnitřním průměru 7 mm. Zkumavky byly zazátkovány korkovými zátkami a vlasy použity k testům.

Výsledky a diskuse

Velká pozornost problematice vši dětské je věnována ve Velké Británii, kde byly vyráběny od všivovací přípravky, více méně postupně, se všemi vhodnými insekticidy a roky jejich zavedení do praxe jsou zaznamenány v literatuře. Ze srovnání se situací u nás vyplývá, že v tomto směru nezůstala naše země pozadu. Ve využití moderních syntetických pyrethroidů jsme Velkou Británii dokonce i předčili (viz tab. 1). Navíc u nás majoritní výrobce od všivovacích přípravků měnil výrobu podle stavu rezistence vši, zatímco ve Velké Británii se přípravky se všemi insekticidy, lindanem, permethrinem, d-phenothrinem a malat-

Tab. 1. Nejčastěji topikálně používané insekticidy proti vši dětské

Table 1. Most common topical insecticides against head lice

| Insekticid | Používán v | | Název přípravku v České republice |
|--------------------|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| | Velké Británii od roku ¹ | České republice v letech | |
| DDT | 1945 | 1949–1976 | Nerakain |
| přírodní pyrethrum | 1945 | nepoužíván | - |
| lindan (gamma HCH) | 1960 | nezjištěno ² | Jakutin gel Jakutin emulze |
| tetramethrin | nepoužíván | 1976–1982 | Orthosan BF 45 |
| permethrin | 1992 | 1983–1992 | Orthosan BF 45 Diffusil H |
| d-phenothrin | 1992 | 2005 | Parasidose |
| malathion | 1971 | 1992–2004 | Diffusil H 92 M |
| pirimiphos-methyl | nepoužíván | 1992–1998 | Diffusil H 92 P Orthosan H 92 P |

¹Údaje podle Downs et al., 1999 [29]

¹Data according to Downs et al., 1999 [29]

²Rok zavedení do praxe v ČR nebyl zjištěn, v letech 2004 a 2005 však byly prodávány 2 uvedené přípravky s touto účinnou látkou

²Year of introduction into practice in the Czech Republic is not known, nevertheless, two formulations with this active ingredient were marketed in 2004 and 2005

Tab. 2. Počet hlášených případů zavšivení a počet prodaných balení od všivovacích přípravků v ČR**Table 2.** Reported incidence of head lice infestation and number of marketed packagings of pediculicides in the Czech Republic

| Rok | Celkový počet hlášených případů ¹ | Počet prodaných balení od všivovacích přípravků v tisících ² |
|------|--|---|
| 1991 | 793 | 298 |
| 1992 | 2243 | 762 |
| 1993 | 835 | 368 |
| 1994 | 572 | 436 |
| 1995 | 384 | 355 |
| 1996 | 190 | 180 |
| 1997 | 176 | 179 |
| 1998 | 148 | 130 |
| 1999 | 213 | 140 |
| 2000 | 151 | 110 |
| 2001 | 262 | 100 |
| 2002 | 290 | 80 |
| 2003 | 270 | 73 |
| 2004 | 407 | 64 ³ |
| 2005 | 568 | 0 |

¹Databáze Epidatu, NRC pro analýzu epidemiologických dat, CEM – SZÚ

¹Epidat database, National Reference Centre for Analysis of Epidemiological Data, Centre of Epidemiology and Microbiology, National Institute of Public Health

²Údaje od majoritního výrobce od všivovacích přípravků v ČR, jehož výrobky pokrývaly, podle odhadu, kolem 97 % potřeb trhu

²Data from the major pediculicide producer in the Czech Republic who supplied 97 % of the marked demand as estimated

³V tomto roce povolení pro výrobu Diffusilu H 92 M skončilo

⁴Year in which marketing authorization for Diffusil H 92 M expired

hionem, používaly současně, od doby jejich zavedení na trh a používají se dosud.

Počet hlášených případů pedikulózy zachycuje jen velmi nepřesně skutečnost. Můžeme předpokládat, že mnohem přesněji vystihuje skutečnou situaci počet prodaných balení od všivovacích přípravků (viz tab. 2), i když k určitému zkreslení dochází i v tomto případě. Od všivovací přípravky se prakticky nedají použít k jiným účelům, než právě k od všivování lidí a proto se pouze za tímto účelem i kupují. Použití proti ektoparazitům psů

Tab. 3. Výskyt vši dětské u žáků vytypovaných mateřských, základních a speciálních škol a dětských domovů v regionech olomouckém a zlínském v období říjen 2004 až únor 2005**Table 3.** Incidence of head lice among children from selected kindergartens, elementary and special schools and children's homes in the Olomouc and Zlín regions between October 2004 and February 2005

| | |
|--|------|
| Celkový počet sledovaných zařízení | 16 |
| Evidenční počet dětí | 752 |
| Počet vyčesaných dětí | 531 |
| Počet dětských zařízení s výskytem vši | 11 |
| Procento dětí s nálezem lezoucích vši | 14,1 |
| Procento dětí pouze s nálezem mrtvých hnid | 9,8 |
| Celkové procento zavšivených dětí | 23,9 |

a koček brání jejich parfemování. Každé balení od všivovacího přípravku však lze použít k od všivení několika osob, například jedním balením vlasové vody Diffusil H bylo možné od všivit 10–15 dětí. Dalším zdrojem nepřesností je jistě i jejich zbytečná aplikace v případech, kdy se ve škole vyskytnou vši a někteří nezodpovědní rodiče se snaží od všivovat své děti, aniž by u nich našli vši.

V letech 1991 až 2002 bylo v průměru každoročně prodáno 276 až 1017 krát (průměrně 501 krát) více balení od všivovacích přípravků, než bylo hlášeno případů pedikulózy (tab. 2).

Na přelomu let 2004 až 2005 bylo naším cílem nalézt co nejvyšší počet zavšivených dětí ve věku 6 až 15 let. Proto byla naše pozornost zaměřena na školy s vyšším podílem dětí romského původu, kde byl výskyt vši očekávaný. Ne ve všech školách bylo toto očekávání naplněno (viz tab. 3). Nicméně jsme byli úspěšní na 11 školách a dětských domovech olomouckého a zlínského kraje, na nichž byl výskyt lezoucích vši zjištěn u více než 14 % dětí. U dalších téměř 10 % dětí byly zjištěny jen mrtvé hnidy. Většina těchto dětí byla žáky jedné základní školy, kde výskyt lezoucích vši nebyl prokázán i když byli vyčesáni všichni přítomní žáci. Vzdálenost hnid od pokožky hlavy ukazovala na pedikulózu prodělanou v období letních prázdnin 2005, později úspěšně zvládnutou samotnými rodiči, bez jakékoliv účasti školy.

Tab. 4. Rezistence k malathionu u vši dětské zjištěná v regionech olomouckém a zlínském v období říjen 2004 až únor 2005.**Table 4.** Malathion resistance in head lice recorded in the Olomouc and Zlín regions between October 2004 and February 2005.

| Rok testu | Koncentrace malathionu v % | Trvání expozice v hodinách, potřebné k dosažení mortality | | |
|-------------------|----------------------------|---|------|-------|
| | | 0 % | 50 % | 100 % |
| 1992 ¹ | 0,000 04 ² | - | 16 | - |
| 2005 | 0,06 ² | 1 | 10 | 26 |
| | 0,006 ² | 8 | 23 | 38 |
| | kontrola | 26–36 | - | - |

¹Rupeš et al. 1995 [9]

²Z těchto hodnot lze odhadovat, že faktor rezistence vši dětské k malathionu na hodnoty LC₅₀ se pohyboval mezi 150–1 500

²Factors of resistance to malathion at LC₅₀ estimated from this values ranged between 150–1500

Uvedené údaje o výskytu vši v olomouckém a zlínském kraji nejsou údaji průměrnými ani údaji získanými vyšetřením náhodně vybraných dětí nebo dětských zařízení, nýbrž jsou výsledkem cíleného a účelového vyhledávání dětí napadených vši dětskou. Aktuální výskyt vši dětské v naší populaci se pohybuje někde mezi třemi uvedenými hodnotami, počtem hlášených případů, počtem prodaných balení odlišivovacích přípravků a zavšivených dětí námi nalezených. U části populace, která se snaží vši včas a pravidelně zbavovat, se počet případů pedikulózy bude s největší pravděpodobností přibližovat počtu prodaných balení odlišivovacích přípravků, alespoň do roku 2003. Pro rok 2004 je i tento údaj zřetelný tím, že výroba přípravku Diffusil H 92 M byla zastavena. Údaje o počtu prodaných dalších odlišivovacích přípravků v roce 2005 nejsou k dispozici.

Již v roce 2004 se s největší pravděpodobností začala v důsledku rezistence k malathionu, snižovat účinnost přípravku Diffusil H 92 M a navíc se začal projevovat jeho nedostatek na trhu. To se odrazilo v mírném zvýšení počtu hlášených případů pedikulózy, což pokračovalo i v roce následujícím. Tyto počty však zatím nedosáhly hodnot z roku 1992. Nicméně vysoká rezistence k malathionu byla v *in vitro* testech prokázána (tab. 4). Její existenci potvrzují i stížnosti z praxe na neúčinnost uvedeného přípravku. Stejně tak se vyskytují stížnosti na neúčinnost šamponu s d-phenothrinem, který se v omezeném množství objevil na našem trhu. Navíc se objevují i stížnosti na neúčinnost přípravků s lindanem. První případ potvrzuje naše výsledky z roku 1992 o zkřížené rezistenci mezi permethrinem a d-phenothrinem, v druhém případě se pravděpodobně jedná o rezistenci k lindanu.

V provedených testech měl nový odlišivovací přípravek, s komerčním označením Diffusil H Forte, požadovanou účinnost na lezoucí vši. Nemá však oxididní účinnost. Opakovaná aplikace je tedy nezbytná. Jeho účinnou látkou je carbaryl a výrobcem je Lybar a.s. Velvety. Další materiály, požadované pro registrační řízení, jsou v současné době připravovány.

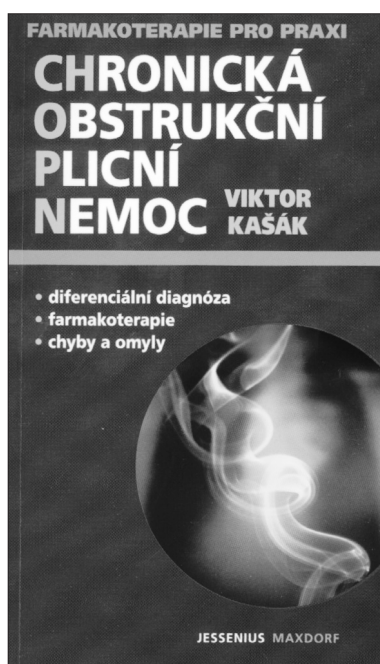
Literatura

1. **Brenton, C. M.** Shaving for head lice is unnecessary and distressing. *British Med J* 2005, 331, 405.
2. **Burgess, I.F.** Human lice end their control. *Annu Rev Entomol* 2004, 49, 457–481.
3. **Burgess, I. F., Brown, C. M., Lee, P. N.** Treatment of head louse infestation with 4 % dimeticone lotion: randomised controlled equivalence trial. *British Med J* 2005, 330, 1423–1425.
4. **Burkhart, C.G.** Relationship of treatment-resistant head lice to the safety and efficacy of pediculicides. *Mayo Clin Proc*, 2004, 79, 661–666.
5. **Busvine, J.R.** Evidence from double infestations for the specific status of human head lice and body lice (Anoplura). *Systematic Entomology* 1978, 3, 1–8.
6. **Chosidow, O., Chastang, C., Brue, C., Bouvet, E., et al.** Controlled study of malathion and d-phenothrin lotions for *Pediculus humanus* var. *capitis*-infested schoolchildren. *Lancet* 1994, 344, 1724–1728.
7. **Chung, R.N., Scott F.E., Underwood J. E., Zavarella, K.J.** A review of the epidemiology, public health importance, treatment and control of head lice. *Canadian J Publ Health*, 1991, 82, 196–200.
8. **Doss, S., Powell, C. A., Millere, A. J.** Phenothrin lotion, the latest recruit in the battle against headlice: the results of two controlled comparative studies. *J Roy Soc Health* 1991, 3, 47–50.
9. **Down, A. M. R., Stafford, K. A., Coles, G. C.** Head lice: Prevalence in Schoolchildren and insecticide resistance. *Parasitology Today* 1999, 15, 1–4.
10. **Downs, A. M. R., Stafford, K. A., Coles, G. C.** Susceptibility of British head lice, *Pediculus capitis*, to imidacloprid and fipronil. *Medical and Veterinary Entomology* 2000, 14, 105–107.
11. **Downs, A.M.R., Stadford, K.A., Hunt L.P., Ravenscroft, J.C., et al.** Widespread insecticide resistance in head lice to the over-the-counter pediculicides in England, and the emergence of carbaryl resistance. *British J Dermatol* 2002, 146, 88–93.
12. **Frankowski, B.L., Weiner, L.B.** Head lice. *American Academy of Pediatrics*, 2002, 110, 638–643.
13. **Hill, N., Cameron, M.M., Butlin, A., Preston, S., et al.** Single blind, randomised, comparative study of Bug Buster kit and over counter pediculicide treatments against head lice in the United Kingdom. *British Medical J* 2005, 1–4.
14. **Kittler, R., Kayser, M., Stoneking M.** Molecular evolution of *Pediculus humanus* and the origin of clothing. *Current Biology*, 2003, 13, 1414–1417.
15. **Ko, C. J., Elston, D. M.** Pediculosis. *J Am Acad Dermatol* 2004, 50, 1–14.
16. **Lapeere, H., Brochez, L., Haeghen, Y. V., Mabilde, C., et al.** Method to measure force required to remove *Pediculus humanus capitis* (Phthiraptera: Pediculidae) eggs from human hair. *J Med Entomol* 2005, 42, 87–93.
17. **Leo, N.P., Hughes, J.M., Yang, X., Poudel S.K.S., et al.** The head and body lice of humans are genetically distinct (Insecta: Phthiraptera, Pedilulicidae): evidence from double infestations. *Heredity*, 2005, 95, 34–40.
18. **Levot, G.** Resistance and control of lice on humans and production animals. *Internal J Parasitol* 2000, 30, 291–297.
19. **Mumcuoglu, K. Y., Hemingway, J., Miller, J., Ioffe-Uspenski, I., et al.** Permethrin resistance in the head louse *Pediculus capitis* from Israel. *Medical and Veterinary Entomology* 1995, 9, 427–432.
20. **Mumcuoglu, K. Y.** Public health concerns related to head louse infestation in Israel. Abstracts of the 2nd Internal. Congress on Phthiraptera. Brisbane, Australia, July 8–12, 2002.
21. **Mumcuoglu, K. Y.** Epidemiology of human lice in Israel. Abstracts of the 2nd Internal. Congress on Phthiraptera. Brisbane, Australia, July 8–12, 2002.
22. **Pray, W.S.** Pediculicide resistance in head lice: a survey. *Hospital Pharmacy*, 2003, 38, 241–246.
23. **Reed, D. L., Smith, V.S., Hammound, S. L., Rogers, A. R., Clayton, D.H.** Genetic analysis of lice supports

- direct contact between modern and archaic humans. *Plos Biology* 2004, 2, 1972–1983.
24. **Roberts, R. R.** Head lice. *N Engl J Med* 2002, 346, 1645–1650.
25. **Roberts, R. J., Casea, D., Morgan, D.A., Petrovic, M.** Comparison of wet combing with malathion for treatment of head lice in the UK: a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet*, 2000, 356, 540–544.
26. **Robinson, D., Leo, N., Prociw, P., Barker, S. C.** Potential role of head lice, *Pediculus humanus capitis*, as vectors of *Rickettsia prowazekii*. Abstracts of the 2nd International Congress on Phthiraptera. Brisbane, Australia, July 8–12, 2002.
27. **Rupeš, V., Moravec, J., Ledvinka, J., Chmela, J.** Biologická účinnost nových československých insekticidních přípravků proti vši dětské (*Pediculus capitis* DeGeer). *Čs hygiena* 1986, 31, 1–7.
28. **Rupeš, V., Chmela, J., Kapoun, S.** Nález vši šatní (*Pediculus humanus* L.) v Československu. *Čs. epidemiol., mikrobiol., imunol.* 1992, 41, 362–365.
29. **Rupeš, V., Moravec, J., Chmela, J., Ledvinka, J. et al.** A resistance of head lice (*Pediculus capitis*) to permethrin in Czech Republic. *Centr. eur. J. publ. Hlth.* 1995, 3, 30–32.

Do redakce došlo 30. 1. 2006

RNDr. V. Rupeš, CSc.
Státní zdravotní ústav
Centrum epidemiologie a mikrobiologie
Šrobárova 48
100 42 Praha 10
e-mail: rupeš@szu.cz



CHRONICKÁ OBSTRUKČNÍ PLICNÍ NEMOC

Viktor Kašák

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) je preventabilní a léčitelnou nemocí charakterizovanou obstrukcí dýchacích cest jež není plně reverzibilní. Obstrukce je obvykle progredující a je spojena s abnormální zánětlivou odpovědí plic na škodlivé částice a plyny, primárně zapříčiněné kouřením cigaret. I když je CHOPN primárně onemocnění plic, často vyvolává závažné systémové následky. Hlavními cíli léčby CHOPN jsou a zůstávají prevence progresu nemoci, odstranění příznaků, zlepšení tolerance fyzické námahy, zlepšení kvality života, prevence a léčba komplikací, prevence a léčba exacerbací a redukce úmrtnosti.

Vydal Maxdorf v roce 2006, edice *Farmakoterapie pro praxi*/ sv. 11, ISBN 80-7345-082,, formát 110 x 190 mm, brož., 192 str., cena 195 Kč.

Objednávku můžete poslat na adresu: Nakladatelské a tiskové středisko ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2, fax: 224 266 226, e-mail: nts@cls.cz