

Svrab byl, je a bude

MUDr. Petra Zdobinská

Dermalink s. r. o., Praha

Svrab je intenzivně svědící, infekční parazitární kožní a pohlavně přenosné onemocnění způsobené roztočem zákožkou svrabovou. V České republice je od začátku letošního roku 2023 hlášen opětovně zvýšený výskyt tohoto onemocnění. Zdrojem nákazy je nemocný člověk či jeho osobní prádlo a lůžkoviny. V článku se dozvíte o historii, etiologii, epidemiologii, klinický obraz onemocnění a diferenciativně diagnostickou rozvahu, možnosti diagnostiky vč. fotografií průkazu „chodbiček“ z digitálního dermatoskopu, terapii, možné komplikace.

Klíčová slova: svrab, svědění, parazit.

Scabies has been, is and always be there

Scabies is a contagious, parasitic skin and sexual transmitted disease with intensive pruritus caused by human scabies mite. In the Czech Republic is since the beginning of this year 2023 reported higher degree of this disease again. The reservoir of a contagion is the man and his personal's dresses and sleeping stuff. In this article you can read about history, etiology, epidemiology, clinical manifestation of disease and differential diagnostics, possibilities of diagnostic, incl. photos of „serpiginous burrows“ by digital dermatoscope, therapy, possible complication.

Key words: scabies, itching, parasite.

Historie

Svrab pravděpodobně provází lidstvo již nejméně 2 500 let, což naznačují archeologické nálezy a egyptské hieroglyfy (1). Lékař Celsus v období starověkého Říma začal pro popis onemocnění používat termín „svrab“, slovo odvozené z latinského slova „škrábat“ (scabere) (1).

V 17. století identifikoval italský lékař Giovan Cosimo Bonomo pomocí mikroskopu roztoče v tekutině z lézí infikovaných pacientů (1). Bonomo zjistil, že většina lidí, která trpí chronickým svěděním, byla těmito roztoči infikována (1). Jeho popis je jedním z prvních přesných popisů parazitární etiologie onemocnění (1). Bonomo také zdokumentoval, že nemoc se snadno šířila nejen pouhým kontaktem s nakaženou osobou, ale i prostřednictvím kontami-

novaných lůžkovin a oblečení (1). Navrhl terapii sírou, která se k léčbě využívá dodnes (1).

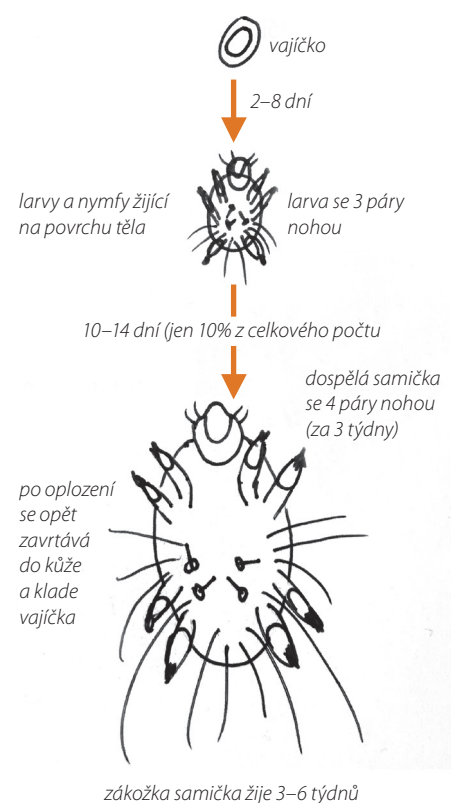
Etiopatogeneze

Číselná diagnóza MKN-10 B86 – scabies, sarkoptický svrab – zákožka svrabová. Původcem nemoci je obligátní lidský ekto-parazit *Sarcoptes scabiei var. hominis*, synonymum *Acarus sir*, sarkoptóza (2), lidově prašivina (1).

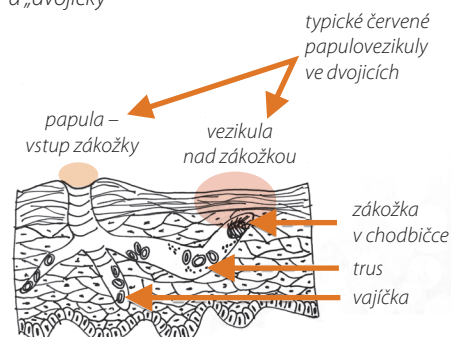
Roztoč je oválného tvaru, je průsvitný, bílý, bez očí, se čtyřmi páry zkrácených páhlovitých nohou. Dospělá samice je velká 0,4 × 0,3 mm (3). Sameček zákožky je menší než samička, žije na povrchu kůže a po kopulaci hyne do 48 hodin (1, 3). Životní cyklus zákožky (Obr. 1) trvá obvykle 3–6 týdnů a celý se odehrává na lidském hostiteli.

Zákožky se plazí po kůži hostitele rychlostí přibližně 2,5 cm za minutu, zavrtají se během několika minut do stratum corneum až k hranici se stratum granulosum (3), kde se živí tkáňovým mokem a vytvářejí přes noc (2) chodbičky v délce cca 0,5–3 mm denně (Obr. 2). Do hlubších vrstev kůže nepronikají, protože potřebují vzduch na dýchání (2). Samička chodbičku nikdy neopouští (2). Pro kladení vajíček preferuje určité lokalizace (Obr. 3) a vyhýbá se ochlupeným partiím (4). Těmito místy jsou: meziprstí dolních končetin, nártý, kotníky, hrany chodidel, podko-lenní jamky, vnitřní strana stehén, pohlaví, hýždě, oblast pupku, boky, podpaží, oblast kolem prsních bradavek, vnitřní strana paží, loketní jamky, přední strana zápěstí a meziprstí rukou.

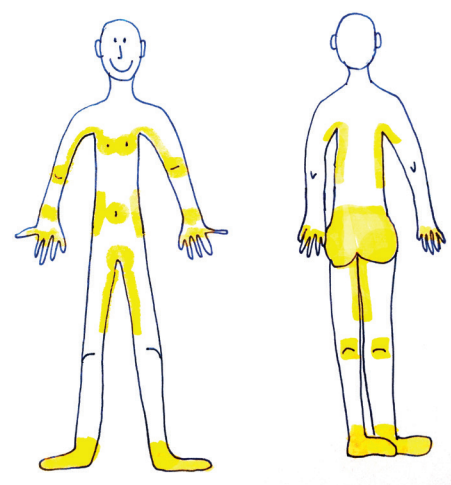
Obr. 1. Životní cyklus a vývojová stadia zákožky



Obr. 2. Řez kůže a pro skabies typické chodbičky a „dvojčky“



Obr. 3. Predilekční lokalizace svrabu u dospělého jedince



Samička naklade za život celkem asi 30–50 vajíček (1–3 denně), z nich se během 3–8 dní líhnou larvy, které migrují na povrch kůže, kde se přeměňují na nymfy a následně na dospělé (3, 6). Po těle se infekce roznáší právě migrací larev a nymf (2, 6). Celý tento cyklus trvá 10–14 dní (1, 3, 5). Pouze 10 % vajíček přežívá do dospělosti (1, 3). Průměrný počet dospělých samic na kůži infikovaného pacienta je asi 11, u formy scabies norvegica jsou to tisíce až miliony zákožek. Po oplození se samičky zavrtají do kůže buď původního hostitele, či nového (6).

Zákožka je vázaná na svého hostitele. Je velmi citlivá na vyschnutí, okolní teplotu i vlhkost. Mimo hostitelský organismus není schopná aktivního pohybu (4) a přežívá ve vlhkém prostředí maximálně 1–4 dny (1, 4), nezralé formy až týden (4). Teploty pod bodem mrazu zákožky ničí, stejně jako sucho a sluneční svit. Při teplotě nad 50 °C zákožka do 10 minut hyne.

Epidemiologie

Odhaduje se, že svrabem je každý rok na celém světě postiženo 200 až 300 milionů osob (1, 4, 5). Je to jedna z celosvětově nejčastějších parazitárních chorob (4). V dětském věku se tato nákaza vyskytuje velmi často (2). Epidemické cykly svrabu se objevují obvykle v dlouhých cyklech s intervaly 15–20 let mezi epidemiemi (1, 4). Svrab je rozšířený na celém světě bez ohledu na socioekonomický stav, etnikum a hygienické návyky (1). Imunita nevzniká (2).

WHO zařadila svrab spolu s dalšími ektoparazity v roce 2017 mezi opomíjená onemocnění (1). Hlášené počty případů však nevyjadřují skutečnou epidemiologickou situaci vzhledem k různému přístupu k surveillance svrabu v jednotlivých zemích a onemocnění tak bude podhlášeno (1). Každý nový případ je třeba hlásit protiepidemického oddělení hygienické stanice místně příslušné. Administrativní událost – hlášení infekční nemoci – zapíšeme do zdravotní karty, kde vypíšeme:

- název a adresu zaměstnavatele
- povolání
- u dětí název a adresu kolektivního zařízení
- podezření či potvrzení diagnózy
- datum prvních příznaků

- obec a okres onemocnění, pokud ne-souhlasí s trvalým pobytem
 - izolace – doma, na infekčním odd., jinde či neznámo
 - název zařízení a oddělení, ve kterém došlo k nákaze
 - v poznámce pro epidemiologa – jména dětí ve společné domácnosti, škola a třída, zájezd, rekreace a podobně
- Odesíláme jako PDF soubor podepsaný elektronickým podpisem přes datovou schránku. Dříve fungoval systém EpiDat, nově od roku 2018 registr ISIN (informační systém infekční nemoci).

Zdroj onemocnění

Zdrojem onemocnění svrabem u lidí je výhradně infestovaný člověk (1). Ostatní druhy *Sarcoptes species*, například svrab psů, koně, kočky, papouška, ovcí, prasete divokého, lišek atd. mohou na lidské kůži přežívat, ale na lidském hostiteli nedochází k jejich trvalému usazení a k rozmnožování (1, 2). Při úzkém kontaktu člověka se zvířetem a při masivní infestaci zvířete mohou zvířecí zákožky způsobit výrazné podráždění kůže (1). Kožní projevy u svrabu vyvolaného zvířecími zákožkami se objevují náhle, asi 10 dní po infestaci roztoče (1). Mizí postupně, asi 4–6 týdnů po ukončení kontaktu se zvířetem (1).

Přenos onemocnění

Svrab je velmi nakažlivý a snadno se šíří. K přenosu parazitů dochází obvykle přímo, při těsném kontaktu s kůží nemocné osoby. Může se tak dít při pohlavním styku, při spaní v jedné posteli, kontaktem mezi rodičem a dítětem, mezi sourozenci a partnery – držením za ruce, mazlením, v dětských kolektivech, nebo při ošetřování nemocných. Pravděpodobnost přenosu svrabu krátkým stiskem ruky s nemocným, polibkem či při tanci je nízká (6).

K přenosu může dojít i nepřímou cestou, zejména kontaktem s kontaminovaným ložním prádlem, ručníky, dekami, spacáky nebo nošením oděvů, které používala nemocná osoba. Svrchní oděv, čalouněné potahy či koberce nehrají v přenosu nákazy významnější roli (6).

Čím větší je infestace nemocného člověka a čím delší je kontakt s nemocným, tím vyšší je pravděpodobnost nákazy (1).

K šíření onemocnění napomáhá nízká hygienická úroveň, promiskuita a institucionalizace (např. ubytovny, noclehárny, uprchlícké tábory, vyloučené komunity, léčebny pro dlouhodobě nemocné, nemocnice, psychiatrické léčebny, ústavy sociální péče) (1, 4). Rizikové jsou zejména prostory, kde se často a rychle střídá velké množství lidí bez možnosti dostatečného úklidu a výměny ložního prádla (1). Asymptomatická nákaza svrabem není vzácná (nosič svrabu) (4).

Inkubační doba

Délka inkubační doby závisí na úrovni osobní hygieny a na případném předchozím onemocnění (1). U lidí bez předchozí expozice se první příznaky, tedy svědění, objevují za 2–6 týdnů po kontaktu (1). U osob s vysokou úrovní hygieny bývá inkubační doba delší (1). Při opakované infekci je inkubační doba kratší, příznaky onemocnění se objevují již 1–4 dny po expozici (1, 4, 5).

Období nakažlivosti

Nakažlivost pacienta se svrabem trvá, dokud jsou v jeho kůži přítomny živé zákožky a vajíčka parazitů (1). Končí po řádně provedené antiskabiezní kúře a po všech důkladně provedených hygienických opatřeních, aby se zabránilo dalšímu šíření nákazy a reinfestaci (5).

Vnímavost

Osoby s předchozí infestací jsou více vnímavé k opakovanému onemocnění (1). Osoby se sníženou imunitou jsou náchylnější k hyperinfestaci. V riziku jsou také osoby se sníženým prahem/vnímáním pro svědění, jako je tomu u pares, neuropatií, mentální retardace a demencí. U imunosuprimovaných u leukemií a jiných malignit, léčba imunosuprese, biologie, HIV infekce, imobilní pacienti, artritidie a podobně (4). Mezi hlavní primární predispoziční faktory patří přelidnění, sociální intimita, migrace populace, nízká hygienická úroveň, podvýživa, imunologické faktory, zejména snížená imunita a institucionalizace (1).

Klinický obraz

Patologické změny při svrabu vznikají především tam, kde je kůže měkká, teplá a tenká (2) (Obr. 3). U dětí jsou navíc často postiženy i dlaně (Obr. 4, 5) a plosky, u mladších 5 let

a starších 65 let často i kůže křtce a obličje (2). U imobilních pacientů je maximum projevů na zádech (3). Typické jsou červené papulovezikuly ve dvojicích (Obr. 2, 4, 5, 6, 7). Čím déle onemocnění trvá, tím více se šíří i mimo predilekční lokalizace a diagnóza může být složitější (1).

Hlavním diagnostickým příznakem jsou chodbičky – esovitě, bělošedavé, případně běžovošedavé linie 5–15 mm dlouhé, zakončené někdy zduřením či vezikulou (kde lze najít zákožku) (1, 2).

Sekundární projevy představují erytematózní makuly, papuly, pustuly, urtikariální léze, exkoriace ze škrábání, krusty, ekzematizace (3, 5). Primární léze může být překryta akutní dermatitidou, což výrazně ztěžuje diagnostiku onemocnění (1). Zduřelé uzliny v intertriginózních oblastech bývají u dětí (3). U kojenců a starých osob jsou častými projevy vezikuly až buly, ale i pustuly, zejména palmo-plantárně (Obr. 4, 5).

U dětí může být pozitivní Darierův příznak (pozn: jeden z diagnostických znaků choroby urticaria pigmentosa. Po mechanickém podráždění dojde k naduření drážděné kožní eflorescence) (2).

Zvláštní formy svrabu jsou příčinou diagnostických rozpaků a případných epidemií (5).

Zvláštní formy onemocnění:

- Svrab „čistotných“ – u osob s vysokou hygienickou úrovní je svrab charakterizován slabým klinickým obrazem a diagnóza je velmi obtížná, léze jsou málo zřetelné, chodbičky většinou chybí, ale přetrvává svědění (1). Bývá přítomno pouze několik ojedinělých papul na rukou. Údaje o svědění postihující jiné členy domácnosti či okolí zvyšuje podezření na skabies (5)
- Scabies incognita – při anamnestické léčbě kortikoidy (například u ekzematiků) bývají symptomy onemocnění potlačeny, ale infestace a kontagiozita přetrvávají. Postiženy bývají neobvyklé lokalizace (1)
- Scabies nodularis – představuje hypersenzitivní reakci na roztoče (1). Jde o silně svědící červené papuly a noduly (5). Vyskytuje se asi 1/16 případů (1). Časté u dětí, postiženy jsou axily, třísla a genitál (4). Svědící noduly mohou přetrvávat po

Obr. 4. Projevy skabies na dlaních Sleté pacientky, stav týden po přeléčení



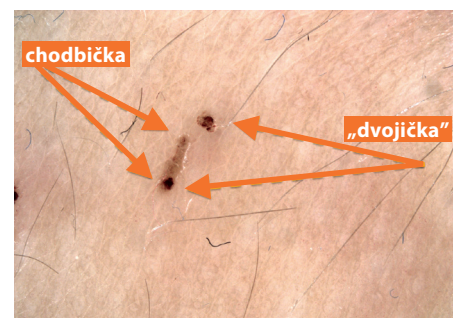
Obr. 5. Detail projevů na dlaních a prstech „dvojičky“



Obr. 6. Papuly a noduly na pohlaví 18letého chlapce – detail, stav po opakovaném přeléčení



Obr. 7. Chodbička, stav po přeléčení, obraz v digitálním dermatoskopu DermoGenius, polarizované světlo



několik měsíců až rok i přes adekvátní antiskabietickou terapii (1) (Obr. 6)

- Scabies norvegica synonymum crustosa, hyperkeratotica (5) – vzácná, vysoce infekční forma svrabu, která je charakterizovaná těžkým postižením kůže s mohutnými nánosy krust (1). Touto formou mohou onemocnět zanedbané osoby a osoby s imunodeficitem. Může postihovat i hlavu, krk a celé ruce (4). Pruritus je mírný či zcela chybí (4) Tuto formu je třeba léčit za hospitalizace, obvykle bývá zapotřebí delší lokální léčby a často i léčby celkové (4)
- Scabies neonatalis – je charakterizován masivní infestací a kožními projevy po celém těle (1).

Diagnostika svrabu

Standardní metodika doporučuje opírat se při diagnostice svrabu o 5 kritérií (1):

1. subjektivní pocit pacienta – svědění v typickou dobu (večer v posteli, po koupeli, po zahřátí)
2. objektivní kožní nález – červené papulovezikuly ve dvojicích a svědicí erupce, skládající se až z tisíce vezikul, pustul, papul a lineárních chodbiček v různých stadiích vývoje (Obr. 4, 5, 6)
3. laboratorní či dermatoskopický průkaz původce – mikroskopický průkaz roztočů, vajíček nebo feces v kožním vzorku seškrábnuté kůže (po zakápnutí olejem se seškrábne chodbička a prohlíží se v mikroskopu), záchytnost není stoprocentní, takže negativní mikroskopické vyšetření skabies nevylučuje (4). Využíváme k potvrzení diagnostiky svrabu dnes zřídka (2). Běžně se neprovádí (4). V nejasných, úporných případech bez pozitivní epidemiologické anamnézy je prospěšné klasické histopatologické vyšetření (4). Velmi přínosné je dnes v ambulantním provozu zejména užití dermatoskopického vyšetření. Dermatoskopický obraz v manuálním dermatoskopu s 10násobným zvětšením připomíná racka vzletajícího z vodní hladiny, tryskové letadlo s kondenzačními dráhami, delta větroň nebo malé hnědé pigmentované struktury (2) (Obr. 7). Chodbičky obsahují vzduchové bubliny, trus a na svém konci imago (2). Zákožka s chodbičkou připomíná bělavou

stopu za letadlem na obloze či brázdu za lodí na moři (tvarově podobná řeckému velkému písmenu delta – „delta sign“) (4) (Obr. 8). Digitální dermatoskop (Obr. 7, 8) zvětší obraz 50–70×

4. pozitivní epidemiologická anamnéza – stejné klinické příznaky se současně vyskytují u více členů rodiny nebo kolektivu
5. ústup klinických příznaků po specifické terapii (diagnosis ex iuvantibus, tj. diagnóza na základě účinku léku)

Histopatologický obraz

Nález fragmentů těl *Sarcoptes scabiei*, jejich vajíček a svleček v hyperkeratotické rohové vrstvě a pod ní. Hyperkeratóza s parakeratózou, akantóza, obvykle i spongióza. Perivaskulární a difúzní lymfocytární zánětlivý infiltrát s příměsí eozinofilů (3).

Další vyšetření

Při nález svrabu se u sexuálně aktivních osob doporučuje provést screeningové vyšetření na HIV a další sexuálně přenosné choroby (4). Laboratorní vyšetření je nespecifické. V krevním obraze nacházíme elevaci eozinofilů, zvýšenou sedimentaci a IgE (2).

Diferenciální diagnostika

V rámci diferenciální diagnózy je třeba odlišit nemoci, které mohou svrab připomínat, zejména atopický, dyshidrotický, mikrobiální, seborhoický, hyperkeratotický, kontaktní a iritativní ekzém, dermatitis herpetiformis, zavšivení, impetigo, prurigo, reakce na užívání léku, poštípání jinými členovci, trombidiasis, infantilní akropustulózu, mastocitózu, urticaria pigmentosa, histiocytóza z Langerhansových buněk, borreliový lymfocytom, subkorneální pustulózní dermatóza, folliculitis, kandidosis, malasezióza folliculitis, ichen ruber planus, lichen ruber verrucosus, lichen exanthematicus disseminatus, těhotenský a senilní pruritus a svědění ze systémového interního onemocnění a jiné etiologie. U scabies crustosa též psoriasis, bulózní pemfigoid, Darierovu chorobu.

Cíle léčby

1. Likvidace parazitů.
2. Úleva od svědění, zhojení kožních projevů a zábrana či léčba komplikací.

Obr. 8. Esovitá chodbička ve tvaru delta, stav po přeléčení, obraz v digitálním dermatoskopu DermoGenius, polarizované světlo



3. Vyhledávání a přeléčení přímých kontaktů či zdrojů: až dva měsíce zpětně, v hromadných zařízeních izolace postiženého.
4. A další preventivní a represivní hygienicko-epidemiologická opatření proti šíření nákazy či reinfestaci.

Léčba

K lokální terapii svrabu se používají antiskabietika, tedy masti a krémy s obsahem látek, které zákožky zničí (1). Lokální léčba je hlavním způsobem léčby svrabu, jednak pro svou účinnost a bezpečnost, ale i malou nákladnost. Podle evropských doporučených postupů je v současnosti lékem první volby permethrin (4).

Permethrin:

- širokospektré antiparazitikum odvozené od avermektinu (z *Streptomyces avermitilis* – gramm pozitivní půdní bakterie), chemicky patří mezi makrocyclické laktony, humánní i veterinární medicína (4),
- působí na dospělé zákožky i na všechny vývojová stadia, velmi dobrá bezpečnost a minimální rezistence (4),
- Infectoscab krém – HVLP, IPLP – Rp. Permethrini 5,0 Cremoris basalis ad 100,0 M. f. crm,
- použití je možné již od dvou měsíců věku, lze použít v graviditě a laktaci (doporučení je 5 dní po aplikaci nekojit) (4),
- nevhodný pro osoby se známou alergií na chryzantémy, pozor u lidí s kontaktní alergií na látky v přípravku obsažené: cetylstearylalkohol, kyselina sorbová, tekutý parafin, bílá vaselina (7),
- nad 65 let a pod 5 let namazat i obličej, uši a pokožku hlavy (1, 7),

- u dětí od 2–23 měsíců se z bezpečnostních důvodů doporučuje léčba za hospitalizace,
- množství krému 2–5 let 7,5g, u dětí ve věku 6–12 let 15g krému,
- krém se aplikuje na 8–12h na kůži od brady, krku na celé tělo s vynecháním obličejů a pokožky hlavy (1, 2, 3, 4, 7), vynechají se sliznice,
- možné nežádoucí účinky (7) – běžné ($\geq 1/100 \leq 1/10$): svědění, zarudnutí kůže, suchá kůže nebo neobvyklé pocity na kůži jako jsou pocity mravenčení, svrbění, pálení jsou pozorovány běžně. Avšak takovéto příznaky mohou být rovněž následkem samotného onemocnění (7),
- za předpokladu, že léčba probíhá podle těchto pokynů, jednorázová aplikace je k úspěšné léčbě obvykle dostačující, avšak v případě přetrvávající nebo opakované infekce je třeba léčbu po 14 dnech zopakovat (7).

Síra:

- nekovový chemický prvek žluté barvy, hojně zastoupený v přírodě, patří do skupiny chalkogenů (3), tradiční léčivo, nízká nákladnost, dobrá bezpečnost, ale barví a zapáchá (4),
- efekt keratolytický a antiseborhoický, při delší aplikaci kůže přesušuje a dráždí, kontaktním alergenem je vzácně (3),
- případy, kdy nelze použít permethrin, a za hospitalizace, lze použít v graviditě i u dětí (4),
- je účinná pouze v masťovém základu (3, 5) Rp. Sulphuris praecipitatis 20,0 Vaselini albi ad 100,0 (5),
- u dospělých obvykle v koncentraci 10–20% (4), u dětí se předepisuje síra v koncentraci: 2,5% u dětí do 3 let věku, 5% u dětí do 6 let věku, 7,5% u dětí do 10 let věku, 10% nad 10 let věku (2), evropské doporučené postupy uvádějí rozptyl 6–33% (4), iritační potenciál – iritace nastává při používání vyšších koncentrací či opakovaném, častém používání (4),
- aplikace síry na celý tělesný povrch je však s rizikem resorpční intoxikace, zvláště u kojenců a velmi malých dětí (2),
- k posílení jakékoliv lokální léčby svrabu lze navíc využít síry ve formě koupelí (4),

- mast se aplikuje 1x za den po tři po sobě následující dny, a to na 24 hodin, každý den je nutné vyměnit osobní a ložní prádlo, kúru lze v případě potřeby za týden zopakovat (4).

V místě, kde mast není nanесena, mohou zákožky přežívat, proto je nutné, aby přípravek byl nanесen tak, aby působil na zákožky přímo, kontaktně (1). Po namazání celého těla se ruce neumývají (1). Je důležité současně léčit všechny osoby v těsném kontaktu s nakaženým, přestože nemají klinické obtíže (1). I když jsou zákožky po terapii zničeny, klinické příznaky mohou přetrvávat i několik týdnů po ukončení léčby (1, 2, 3, 4, 5, 7).

Další léčba

K úlevě od pruritu lze použít emolencia, antipruriginózní externa nebo i zevní kortikoidy obdobně jako u ekzému a taktéž celkové antihistaminika (4). K léčbě pyodermií se podle závažnosti používají lokální, případně celková antibiotika, optimálně na základě výsledku stěru z kůže (4).

Celková terapie, off-label

Ivermektin (makrolidovým antibiotikům příbuzný avermektin) v ČR není registrovaný pro použití u lidí, lze ho předepsat v rámci mimořádného dovozu a jako neregistrované léčivo (4). Působí jen na dospělé formy zákožek, takže nenahrazuje léčbu lokální – je jí třeba provádět současně (4). Nesmí se používat u dětí pod 5 let, resp. 15 kg hmotnosti, u gravidních a kojících žen (3, 4). K potenciálním nežádoucím účinkům patří neurotoxicita (4). Celková léčba je indikována u epidemického postižení v hromadných zařízeních, včetně ústavů a věznic, u scabies norvegica, imunosuprimovaných osob (včetně AIDS) a rezistentních případů či případů s výraznou sekundární pyodermií (2, 3, 4). Obvykle se užívají dvě jednorázové dávky 0,2 µg/kg hmotnosti s odstupem 1–2 týdnů (2, 3, 4).

Prognóza

U většiny pacientů se dostavuje pocit úlevy za tři dny po aplikaci topických léků. Nemocní by měli být informováni o možném přetrvávání vyrážky a svědění po dobu 1–4 týdnů po léčbě, i když jsou zákožky zničeny

a nové chodbičky si nevrstí (postskaibietický pruritus, postskaibietické noduly) (3, 6).

Prevence a epidemiologická opatření

- všechny intimní domácí a sexuální kontakty za poslední 2 měsíce je nutné přeléčit (vzhledem k délce inkubační doby),
- při výskytu svrabu v kolektivních zařízeních, zejména zdravotnických, je na místě izolace pacienta po dobu trvání léčby, individualizování osobních pomůcek, bariérový způsob ošetřování, zajistit papírové ručníky na ruce (1),
- povinné hlášení nemocných, onemocnění hlásí diagnostikující lékař orgánu ochrany veřejného zdraví, tedy epidemiologovi (1),
- domácí zvířata nemusí být léčena, protože je lidský svrab nepostihuje (3),
- hygienická opatření jsou shrnuta v letáku (Obr. 9).

Možné komplikace

Nejčastější komplikací je sekundární bakteriální infekce, zejména beta hemolytickými streptokoky skupiny A nebo „zlatým stafylokokem“ *Staphylococcus aureus*, zanesená škrábáním, objevuje se pyodermie, postskaibietický pruritus, ekzematózní projevy a urtikárie (1). Sekundární infekce se projevuje pustulací, žlutavými krustami (pod obrazem folikulitidy či impetiga) a může vést při velkém rozsahu ke glomerulonefritidě, u oslabených jedinců až k sepsi (4).

Nákaza může vyvolat alergickou reakci s výrazným zduřením lymfatických uzlin, které zůstává i několik měsíců po antiskabiezní terapii (1). Lymfadenitida a sepse mohou být komplikací scabies norvegica (3). Svrab může vzácně vyvolat bulózní pemfigoid (3).

Rovněž svědění kůže může přetrvávat ještě mnoho týdnů po léčbě, zejména u atopiků (hypersensitivita) (4). Téměř u všech postižených dochází sekundárně ke vzniku ekzematizace (4). Zlepšení by ale mělo nastat do několika dnů (4). Při perzistenci svědění může vzniknout akarofobie (4). V důsledku přehnané léčby může dojít ke kontaktně iritační dermatitidě, popsány jsou ale i kontaktně alergické reakce na antiskabietika (4).

Obr. 9. Leták – hygienická opatření

Právě jste se dověděli, že máte pravděpodobně svrab anebo jste byli v úzkém kontaktu s někým takovým.

Zachovejte klid. Nejhorší je smrt z vyděšení 😊

Přečkáte aktivně (rozumějte úklid, praní a možná strašidelné myšlenky) následujících několik dní a svět se točí dál.

Co je třeba udělat?

- Poskytnete lékařovi informace o prvních příznacích svědění a vyrážky, místo pravděpodobného nakažení, místo zaměstnání či školy a je potřeba zmínit společné členy domácnosti a partnerky/ry pro současnou přeléčení a povinné hlášení hygienické stanici
- Vyzvedněte si z **lékárny** recept na léčebný permetrinový krém, krém proti svědění po přeléčení (může obsahovat slabé kortikoidy), event. tabletky proti svědění (tzv. antihistaminika). Současně budete potřebovat gumové/latexové rukavice, igelitový pytel a insekticidní (hmyzzabíjející) dezinfekční sprej do domácnosti
- Při jakýchkoliv nejasnostech čtete opakovaně, hlavně 2. větu 😊 Případně se ptejte svého lékaře.

Součástí léčby je kromě nanesení léčebného krému na 8–12 hodin i důsledné **dodržování hygienických opatření**.

K samotnému léčebnému krému:

Ostříhejte si nakrátko nehty a pečlivě je vyčistěte. Po sprše a osušení do čistého ručníku – naneste krém **od brady a krku dolů na celé tělo** (u malých dětí určí vhodnou léčbu pediatr), dbejte zejména na mezprstní prostory, rýhu mezi zadečkem, pupík, oblast nehtů a podpaží. Krém nepatří na sliznice pohlaví, uší, nosu, očí a pusy. Nejvhodnější je nanést krém na noc a **nechat působit 8–12 hodin**. Pokud si omyjete ruce po WC, je potřeba na ně krém nanést znovu! Ráno ve sprše důkladně omýt celé tělo mýdlem a utřít novým čistým ručníkem, namazat protisvědivým krémem a obléknout čisté prádlo.

Vemte si rukavice, všechno **oblečení, ručníky a lůžkovny** (používané poslední 2 týdny) celé rodiny je nutné vyprat min. **na 60 °C**, přežehlit, lze s výhodou využít i sušičku na prádlo a nejméně další 3 dny je raději nepoužívat. **Co nelze vyprat**, např. boty, bačkory, pantofle atd., je možné umístit na ideálně **2 týdny do plastových pytlů**. Za tuto dobu zákožka i všechny její nezralé formy zahynou.

Podlahy, koberce, čalounění (doma i v autě), matrace a postele je dobré pečlivě vyluxovat a vystříkat **insekticidním sprejem**. Krémy a masti běžně používané je nutné také 2 týdny nepoužívat či vyhodit.

Svědění se během tří dnů výrazně sníží, může ale ještě měsíc přetrvávat, stejně tak odhojení vyrážky. Pouze v případě, že se svědění během jednoho týdne nezmenšilo a ještě přibyla nová kožní ložiska, je třeba celou léčbu ještě jednou zopakovat, což se týká i všech lidí v blízkém okolí.

Situace v České republice

Svrab patří v ČR mezi povinně hlášená infekční onemocnění (1). Lze předpokládat značnou podhlášenost onemocnění (1). V ČR se svrab udává jako čtvrté nejčtenější infekční onemocnění (4). Častěji se vyskytuje ve městech než na venkově, o něco více postihuje ženy než muže, často děti (4). Populace do 24 let dominuje v hlášené incidenci svrabu nad ostatními věkovými skupinami (1). Děti do 14 let patří k nejcitlivější věkové skupině, dochází u nich k rychlému přemnožení (1). Přenos onemocnění mezi sexuálními partnery je považován za nejčastější cestu přenosu (1). Nárůst onemocnění ve věkové skupině nad 55 let, zejména nad 80 let je spojen s častějším pobytem v lůžkových zařízeních různého typu, mluvíme o tzv. pasivním svrabu (1), představuje nozokomiální nákazu (2).

Velmi často bývá společně s klienty zejména lůžkových zařízení postiženi i personál, který se navíc stává zdrojem onemocnění pro své rodinné příslušníky a často i pro další klienty či pacienty, hlavně pro imobilní, mentálně retardované nebo imunokomprimované (1). Od začátku roku 2023 **do 31. 8. 2023** bylo prostřednictvím registru ISIN hlášeno již **5 683** případů onemocnění svrabem.

Svrab jako profesionální nákaza

Podrobnější informace lze nalézt na stránkách Státního zdravotního ústavu, v publikacích Nemoci z povolání, kde se uvádí například, že v roce 2021 bylo diagnostikováno a přiznáno jako nemoc z povolání 47 případů svrabu (1). Svrabem (evidenční kód V.1.09) nejčastěji onemocněly zdravotní sestry, dále pracovníci sociálních služeb, sanitářky, ošet-

řovatelé, pečovatelky a uklízečky (1). Nejvíce onemocnění vzniklo v domovech sociálních služeb a v domovech pro seniory a na psychiatrických odděleních (1).

Diskuze

Při každé svědivé dermatóze se doporučuje pomýšlet na svrab v diferenciální diagnostické rozvaze. Nezapomínat na dlouhou inkubační dobu onemocnění. Důležité je konzultovat s pacientem možné přetrvávající svědění pokožky i po pečlivém přeléčení a předepsat potřebné krémy, lotia (nejčastěji slabé kortikosteroidy) ev. i celková antihistaminika na několik dní až týdnů.

Postižení křtice a nehtů je spojeno s velkou pravděpodobností relapsu onemocnění (4). Doporučuje se kontrola týden po přeléčení. Žádoucí je spolupráce zejména s praktickými a dětskými lékaři.

Výskyt svrabu přímo nesouvisí s nedostatkem osobní hygieny, jak je někdy mylně společností vnímané. Pacienty je žádoucí uklidnit, vyslechnout a zodpovědět dotazy. Když si domů z ordinace odnesou i praktický letáček, budou klidnější a léčba tak úspěšnější.

Závěr

Svrab představuje riziko pro všechny věkové kategorie, zejména pro mladou populaci a pro seniory, kteří jsou umístěni v lůžkových zařízeních. Poslední dobou je zaznamenán vzrůstající počet případů rezistence na domácí lokální terapii Permethrinem.

V kostce pro praxi:

- noční svědění, červené papilovezikuly ve dvojíčkách, predilekce, dermatoskopický nález,
- současné přeléčení všech členů domácnosti a sexuálních partnerů, zásady léčby a režimová opatření pro ambulantní pacienty,
- povinné hlášení diagnostikujícího lékaře – dg. B86.

LITERATURA

1. Fabiánová K, Košťálová J, Kalinová M, et al. Zprávy CEM (SZÚ, Praha). 2023;32(2):84–91. Available from: <https://szu.cz/wp-content/uploads/2023/04/svrab.pdf>.
2. Zimová J, Zimová P. Pediatr. praxi. 2016;17(4):214–219. Available from: <https://www.pediatricpraxi.cz/pdfs/pep/2016/04/05.pdf>.
3. Hercogová J, Alexandrová P, Boháč P, et al. Klinická der-

- matovenerologie 2. díl. 11.5.3 Infestace členovci (epizoonózy). Zdobinská Reisingerová H, Votýpka J. Praha: Mladá Fronta a. s.; 2019:1453–1457.
4. Benáková N, Arenbergerová M, Cetkovská P, a kol. Moderní farmakoterapie v dermatologii. Účinná a bezpečná medikace v každodenní praxi. Praha: Maxdorf; 2020:17–24.
5. Štork J, Arengerger P, Pizinger K, et al. Dermatovenerolo-

gie. 1. vydání. Praha: Galén; 2008:55–59.

6. Rupeš V, Tolarová V. Veš dětská, svrab, rupy. Státní zdravotní ústav; 2004. Available from: https://www.hygpraha.cz/wp-content/uploads/2023/02/Ves_detska_svrab_roupi.pdf.
7. Státní ústav pro kontrolu léčiv. Příbalový leták Infectoscab 50MG/G crm. 1 x 30 G. Kód SÚKL 0085346 (permethrinum). Available from: <https://www.sukl.cz/download/pi/PI9661.pdf>.