

Epidemie svrabu v kombinaci s dalšími infekčními dermatózami

MUDr. Dáša Němcová, MUDr. Alexandra Mateřanková

Dermatovenerologická ambulance Hlučín, s.r.o.

Jsou uvedeny praktické postupy při zvládání větších i dlouhotrvajících epidemií svrabu v kolektivních zařízeních, komplikovaných dalšími infekčními chorobami. Zásady, které je nutno dodržet, aby se šíření zastavilo, jsou sice všeobecně známy, ale vždy je nutno individuálně posoudit situaci případ od případu v ohnisku nákazy a organizačně připravit taktiku a strategii léčení. Týmová práce je odpočátku nezbytnou samozřejmostí, zainteresování orgánů hygienických oborů zdravotních úřadů, příslušných zdravotních pojišťoven a zdravotních orgánů Krajského úřadu jsou následně nutnou ekonomickou podmínkou. Připomenuty jsou i chyby, které zavinily i několikaleté „ping-pong“ nákazy v uzavřených kolektivech.

Klíčová slova: svrab, onychomycosis, impetigo, phthiriasis, hepatitis, epidemie.

A scabies epidemic combined with other infectious skin diseases

The paper presents practical procedures for managing larger and long-lasting scabies epidemics in closed communities complicated by other infectious diseases. The principles that need to be adhered to in order to stop the spread are generally well-known, however, it is always necessary to assess the particular situation on a case-by-case basis in the focus of infection and to determine the tactics and strategy of treatment. Team work is essential from the very beginning with the involvement of the health authorities relating to hygiene issues, appropriate health insurance companies, and the health authorities of the Regional Council being an essential economic condition. Also included are errors that resulted in several-years-long „ping-pong“ infections in closed populations.

Key words: scabies, onychomycosis, impetigo, phthiriasis, hepatitis, epidemic.

Interní Med. 2009; 11(10): 472–473

Diagnostika a terapie svrabu má svá známá úskalí, ale při poctivém přístupu k léčbě a samozřejmě i k depistáži není problémem zajistit včasný adekvátní postup a zabránit rozšíření do epidemie.

Nejčastěji bývají postiženy uzavřené či polouzavřené kolektivy v sociálních zařízeních, léčebnách dlouhodobě nemocných, gerontopsychiatrických odděleních, ve věznicích.

Zásady, které je nutno dodržet při epidemic-kém výskytu svrabu v kolektivech:

1. Diagnostika a depistáž dermatovenerologem přímo v ohnisku nákazy

Je nutno vyšetřit všechny jedince, určit ty, kteří absolvují 3denní léčebnou kúru (20% síra v dobře roztíratelném vehikulu) a ostatním zajistit 1denní epidemiologické léčení nejpozději 2.–3. den, všem zajistit očistnou koupel a výměnu osobního a ložního prádla. Není možno přemýšlet, zda jsou či nejsou v inkubační době. Zjistit i další možná infekční kožní onemocnění.

2. Avízo lékárny

Předepsat na recepty a dát včas připravit v lékárně dostatečné množství extern. Nejlépe se osvědčilo:

Rp. Sulphuris praecipitati 40,0, Excipial creme ad 200,0 (= 1 dospělý na 2x denně po 3 dny léčby).

Pro velké kolektivy příprava adekvátního množství i do 10 kg kbelíků, např. Rp. Sulph. praecip. 2000,0, Cremoris aquasorbi ad 10000,0.

Zajistit další, nejlépe perorální léky pro terapii souběžných nákaz (antibiotika, antimykotika, kortikoidy).

3. Stanovit den, kdy bude léčba postižených a kontaktů zahájena a kdy ukončena

Žádat vedení kolektivního zařízení, kde se epidemie svrabu vyskytuje, o posílení služeb ošetřujícího personálu, připravit jim ochranné prostředky (rukavice, PVC zástěry), mycí prostředky a šampony pro pacienty, čisté prádlo a lůžkoviny, zajistit, aby pacienti po dobu léčby neopouštěli jednotku, pouze v urgentních, medicínsky odůvodněných případech, a tehdy pochopitelně informovat primáře a vrchní sestru na příslušných dalších pracovištích. Je vhodné aktualizovat ošetřujícímu personálu zásady lokální terapie svrabu a příp. dalších kožních infekcí – koordinaci s vrchní sestrou či ošetřovatelem provede spádový ambulantní dermatolog.

Ideální je po dobu 3 dnů omezit návštěvy, ale příbuzné vždy informovat i v místě jejich trvalého bydliště.

4. Hlášení povinná a dobrovolná

- Hlášení orgánům hygienické služby je **povinné**.
 - Bohužel zaslání lege artis doporučeným dopisem koncem týdne má jen forenzní, i když nejdůležitější výstup, protože než se příslušná asistentka dostaví k šetření do místa ohniska nákazy, budete to mít často hotovo sami, nicméně nutno udělat.
- Hlášení spádovým praktickým lékařům je **kolegiální**.
- Hlášení zdravotním pojišťovnám formou doporučeného dopisu je vysoce **potřebné**. Zdůvodníte zvýšené náklady na léčbu vybočující „z historického limitu“.
- Hlášení Krajskému úřadu, odb. sociální a zdravotní péče, je vysoce **užitečné**. Doufejte, že se zastane vašeho zařízení v případném smířčím řízení.
- „Hlášení“ místnímu tisku je **rozumné**.
 - Naše veřejnost vládnoucí internetem si přeje být včas informována a ocení včasná a rozumná vysvětlení či vědecká zdůvodnění epidemie, navíc lépe spolupracuje při řešení jednotlivých případů.

5. Kazuistiky

I. – 1978: Epidemie svrabu a ftiriazý (infekce muškami) v Dětském domově pro děti a mla-

Obrázek 1. Paličkovité mykotické nehty, chodbičky zákožek na III. prstu a v dlaních



Obrázek 2. Tatáž pacientka



distvé ve střediskové obci s romským etnikem. Anamnesticky průběh 4 týdny.

Rychlý nárůst onemocnění nastal v době malování pokojů domova, kdy pro nedostatek lůžek spaly vždy 3 děti na 2 sražených postelích.

40 infikovaných jedinců od 6 do 19 let léčeno 2x denně po 3 dny 20% Ung. Sulfuratum (nakažení) a 30 dalších dětí i dospělých Skabicidem emulzí v rámci epidemiologického léčení, včetně rodinných příslušníků v blízkých romských rodinách, kam mladiství pracující v krajském městě občas o víkendu roznesli uvedené infekce. Naštěstí další sexuálním stykem přenosné infekce diagnostikovány nebyly. Spolupráce personálu i romských rodin byla výtečná.

II. – 1982: Epidemie svrabu, impetiga a infekční hepatitidy A i B na uzavřeném Gerontopsychiatrickém oddělení tehdejšího KÚNZu.

Anamnesticky průběh asi 6 měsíců.

Postiženo bylo celkem 48 převážně imobilních pacientů z celkem 90 osob, věkový průměr 85 let. Řada z nich dlouhodobě na ataraktických, nekomunikujících, inkontinentních, s pozitivním HBsAg testem. Tamější dermatovenerologická konziliárka odesílala pouze sporadické případy na lůžka kožního oddělení OÚNZu k „přeléčení“. Teprve hospitalizací 1 pacienta s hepatitidou A na infekčním oddělení OÚNZu byl konziliářkou OÚNZu verifikován skabies **mikroskopicky**, následovala adekvátní depistáž konziliárkou a parazitologem přímo na gerontologickém oddělení. Ta při dobré organizaci práce s intramurálním personálem zabrala jen 2 hodiny času. Ihned byla vyplňována písemná „Hlášení infekčním onemocněním“ pro tehdejší Okresní hygienicko-epidemiologickou stanici a hlášeno bylo i přednostům příslušných oddělení. Do týdne byla zorganizována a provedena

3denní terapie u všech postižených pacientů přímo na uzavřeném oddělení v psychiatrické léčebně. Epidemiologické jednodenní léčení probíhalo 2. a 3. den i u ostatních pacientů. Spotřebováno bylo tehdy 40 kg síry, příprava 8 plechových věder s 20% Ung. Sulphuratum probíhala v nemocniční lékárně po 3 dny včetně víkendu a vlastní odléčení proběhlo v rámci karantény infekční hepatitidy A.

Množství masti muselo být naddimenzováno, protože pro inkontinentní pacienty byla logicky potřeba externí terapie větší. Za týden byla provedena ještě 1denní zajišťovací kúra 20% sirnou mastí u všech původně nemocných svrabem.

Choroba z povolání – skabies – byla přiznána 2 infikovaným zdravotním sestram. I zde byla spolupráce s ošetřujícím personálem vynikající, protože věděli, že epidemie bude zvládnuta.

III. – 2005: Epidemie svrabu, onychomykózy rukou i nohou na uzavřených odděleních Ústavu pro mentálně a pohybově retardovanou mládež – celkem 140 klientů včetně několika dospělých.

Anamnéza nezjistitelná, neoficiálně několikaletá. Tradovalo se zde, že svrab a onychomykóza k Downovu syndromu patří. Dokud nebyla dostupná celková terapie moderním antimykotikem, jistě tomu tak bývalo.

Škrábání onychomykotickými nehty s rezervoárem zákožek (viz např. unikátní snímky chodbiček na hřbetech prstů včetně onychomykotických paličkovitých nehtů u mladé ženy se srdeční vadou) znamenalo neustálé roznášení infekce po těle a samozřejmě opět i mezi spolupacienty. Léčba onychomykózy by údajně „zruinovala VZP“, proto konziliářem nasazena nebyla.

Svrab byl diagnostikován u 45 klientů, onychomykóza rukou i nohou u 20 pacientů, onychomykóza pouze nohou u 27 osob. Depistáž byla zvládnuta během 2 hodin. U všech nakažených byly vyplněny a zaslány příslušné formuláře „Hlášení infekčního onemocnění“ (scabies i onychomykóza, mikroskopicky verifikováno *Trichophyton rubrum*). Všichni nemocní svrabem byli přeléčení 2x denně po 3 dny 20% sirným lotiem (Rp. Sulfuris praecipitatus 40,0 Excipientia U lipolotionis ad 200,0) a jednorázově znovu po týdně, kdy se vrátili z velikonočních svátků zpět do ústavu. Všichni spolupodíleli se přeléčení Skabicidem nebo Jakutinem lotiem. Všem pacientům s onychomykózou nehtů na rukou byl předepsán terbinafin perorálně, byl informován **doporučeným** dopisem vedoucí revizní lékař příslušné zdravotní pojišťovny s tím, že v dalším sledu bude nutno léčit i pacienty s onychomykózou na nohou a že **postup lege artis** vyžaduje kompletní **léčbu všech souběžných infekcí**. Kopie byla zaslána také na krajský úřad – odbor sociálních věcí a zdravotnictví.

Řešení epidemie přispělo i k mimořádným nákupům nových lůžek a nábytku prostřednictvím financí Charity. Spolupráce s ošetřujícím personálem i ředitelstvím byla opět výborná.

Následovalo cca 9–12 měsíců komplexní léčby onychomykóz (perorálně terbinafin, při intoleranci pak fluconazol, lokálně keratolytika a preparát *Pythium oligandrum*), pravidelné dezinfekce či pořízování nové domácí obuvi, kontroly každé 3 měsíce v 1. roce po infekcích a nyní 2x ročně. Klienti vracení se z dovolenek ze sociálně slabších rodin jsou personálem pečlivě prohlédnuti, případně jednorázově ošetřeni novým preparátem Infectoscab. Jeho cena je srovnatelná s cenou magistraliter připravovaného léku, navíc zkrátí podstatně dobu léčení i sníží provozní náklady. Je tedy mimořádně vhodné, že je hrazen ze zdravotního pojištění, protože jiný obdobný na našem trhu v současnosti neexistuje.

Závěr

Není nikde stanoveno, kdo je vlastně povinen větší epidemii svrabu řešit.

Kloním se k tomu, že tato povinnost náleží spádovému dermatovenerologovi, v jehož regionu smluvně stanoveném Všeobecnou zdravotní pojišťovnou je zařízení s epidemií svrabu lokalizováno.

Nemá se o tuto vysloveně terénní činnost starat lůžkové kožní zařízení – to má hospitalizovat pacienty se složitými kombinacemi dermatóz a svrabu, ale vždy v časové koordinaci s privátní ordinací, tou, která diagnózu stanovila a povinně zajišťuje hlášení i léčbu.

- Léčit je nutno všechny a včas, souběžně a poctivě, „na místě činu“.
- Na epidemii se šetřit nedá a nesmí.
- Musím umět vzít na sebe riziko finanční nákladnosti a umět si obhájit své stanovisko.
- Bude dobré, když stanovený postup bude garantován odbornou Českou dermatologickou společností.

Literatura

1. Štork J, et al. Dermatovenerologie. Praha: Galén, Karolinum, 2008: 55–59.
2. Lázníčková P, Vaněčková J, Molnárová P, Ettler K, Bělobrádek M. Případ hromadného výskytu svrabu v ústavu sociální péče. Regionální setkání dermatovenerologů, 15. 2. 2006, Hradec Králové.

Převzato z Dermatol. praxi 2009; 3(2): 91–92

MUDr. Dáša Němcová
Dermatovenerologická ambulance
Hlučín, s. r. o.
Čs. armády 1402/6a, 784 01 Hlučín
nemcova.dasa@volny.cz

