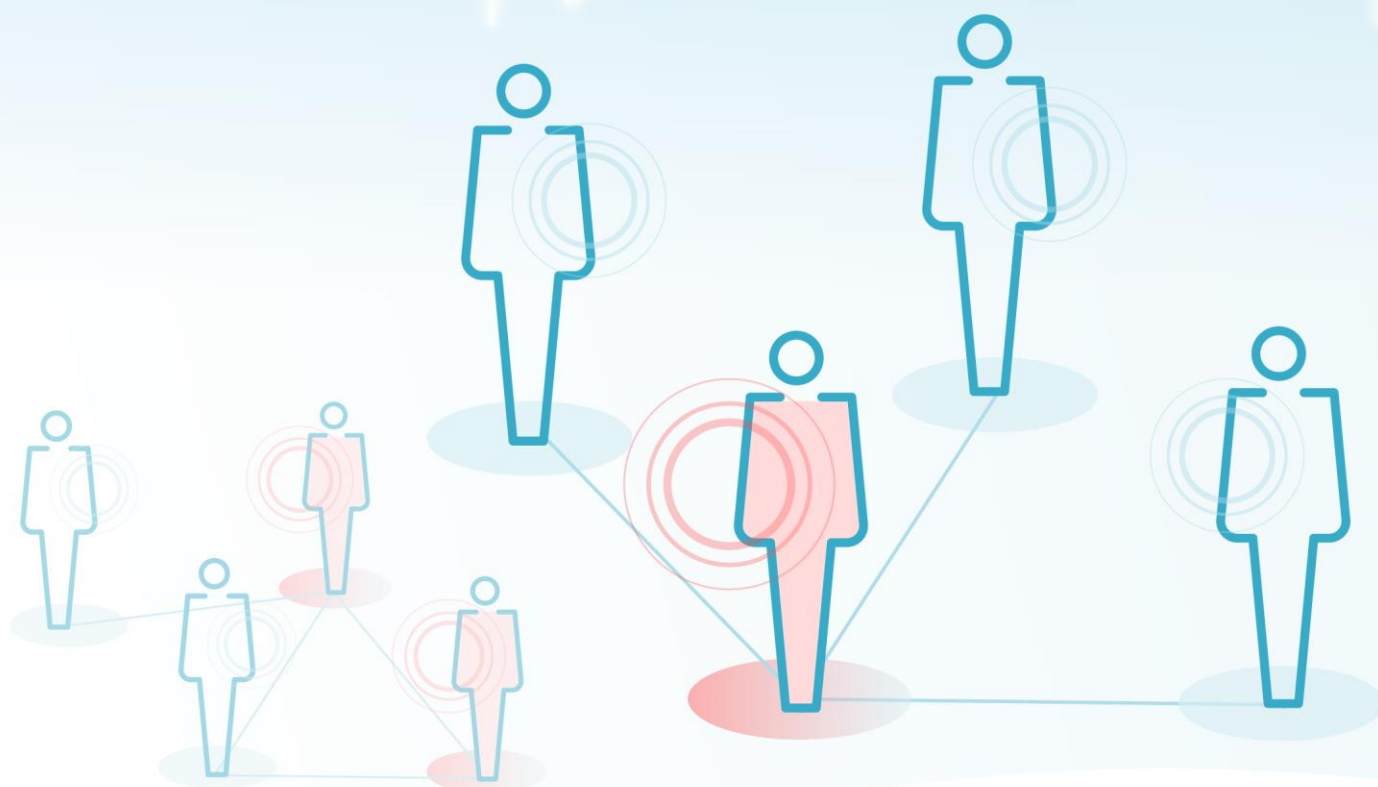


Epidemiološko spremljanje prijavljenih primerov garij v Sloveniji v letu 2025

Letno poročilo



Pri pripravi poročila smo na Nacionalnem Inštitutu za javno zdravje v Centru za nalezljive bolezni sodelovale Andrea Zorman, Maja Sočan, Eva Grilc in Maja Praprotnik.

Zahvaljujemo se vsem zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem za sprotno in vestno poročanje o primerih garij v Sloveniji.

Epidemiološko spremljanje prijavljenih primerov garij v Sloveniji v letu 2025

Založnik: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Ljubljana

Izdajatelj: Center za nalezljive bolezni

avgust 2026

Poročilo izhaja enkrat letno. Dostopno na spletu:

<https://nijz.si/nijz/spremljanje-garij-v-sloveniji/>

ISSN 3024-0670

Epidemiološko spremljanje prijavljenih primerov garij v Sloveniji v letu 2025

Andrea Zorman, Maja Sočan, Eva Grilc, Maja Praprotnik

Ključni poudarki

Garje še vedno predstavljajo pomemben javnozdravstveni problem na svetovni ravni, saj prizadenejo posameznike vseh starostnih skupin, ras in družbenoekonomskih slojev. Zaradi neustreznih higienskih razmer in prenatrpanosti, ki omogočajo učinkovitejši prenos te nalezljive bolezni, so izbruhi pogosti zlasti v zaprtih skupnostih. Zaradi globalnega porasta okužb z garjami smo retrospektivno spremljali in analizirali podatke o prijavljenih primerih garij v Sloveniji v letu 2025 in jih primerjali s podatki iz predhodnih let. Prikazali smo razporeditev po starostnih skupinah, po spolu, po regijah v Sloveniji, analizirali smo prijave podatke o garjah pri tujcih in opravili analizo prijavljenih izbruhov.



Kazalo vsebine

1	UVOD.....	1
2	METODE.....	2
3	REZULTATI	3
3.1	Spremljanje prijavljenih primerov garij v Sloveniji v letu 2025	3
3.2	Spremljanje števila prijavljenih primerov garij po posameznih mesecih v Sloveniji v letu 2025.....	4
3.3	Pojavnost prijavljenih primerov garij na 100.000 prebivalcev po posameznih regijah v Sloveniji v letu 2025	4
3.4	Okužbe z garjami po starostnih skupinah v Sloveniji v letu 2025.....	5
3.5	Okužbe z garjami po spolu v Sloveniji v letu 2025.....	6
3.6	Izbruhi garij v Sloveniji v letu 2025	6
3.7	Okužbe z garjami pri tujcih v Sloveniji v letu 2025	7
4	RAZPRAVA	9
5	ZAKLJUČEK IN PRIPOROČILA	12
6	REFERENCE	13

Seznam slik

Slika 1: Število prijavljenih primerov garij, Slovenija, 2016–2025.....	3
Slika 2: Incidenčna stopnja prijavljenih primerov garij na 100.000 prebivalcev, Slovenija, 2016–2025.....	3
Slika 3: Število prijavljenih primerov garij po mesecih, Slovenija, 2025 ter 10-letno povprečje (2016–2025)	4
Slika 4: Število prijavljenih primerov garij na 100.000 prebivalcev po regijah, Slovenija, 2016–2025	5
Slika 5: Število prijavljenih primerov garij po starostnih skupinah, Slovenija, 2025 ter 10-letno povprečje (2016–2025)	5
Slika 6: Število prijavljenih primerov garij po spolu, Slovenija, 2016–2025.....	6
Slika 7: Število prijavljenih izbruhov garij, Slovenija, 2016–2025.....	6
Slika 8: Število prijavljenih primerov garij glede na mesto izbruha, Slovenija, 2025 ter 10-letno povprečje (2016–2025)	7
Slika 9: Število prijavljenih primerov garij pri tujcih v Sloveniji, 2016–2025.....	7
Slika 10: Število prijavljenih primerov garij po starostnih skupinah pri tujcih v Sloveniji, 2016–2025	8
Slika 11: Število prijavljenih primerov garij po spolu pri tujcih v Sloveniji, 2016–2025	8

Seznam kratic

DSO	Dom starejših občanov
IACS	Mednarodna zveza za nadzor nad garjami (v ang.: The International Alliance for the Control of Scabies)
MDA	Množično dajanje zdravil (v ang.: Mass Drug Administration)
NDT	Skupina zanemarjenih tropskih bolezni (v ang.: Neglected Tropical Disease)
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
SARS-CoV2	Koronavirus SARS-CoV2 (v ang.: Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus 2)
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
ZNB	Zakon o nalezljivih boleznih

1 Uvod

Garje (scabies ali srbečica) so kožna nalezljiva bolezen, ki jo povzroča pršica *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* (1).

So razširjene po celem svetu. Po epidemioloških ocenah je globalna prevalenca bolezni ocenjena na 200 do 300 milijonov ljudi, najpogosteje se pojavljajo v tropskih državah (pacifiški otoki, Srednja Amerika, severna Avstralija) (2,3). Rezultati iz študije Global Burden of Disease Study iz leta 2015 kažejo na 6,6 % porast globalne incidence garij v obdobju med 2005 in 2015 (4), kar predstavlja ekonomsko breme za posameznike in zdravstvene sisteme držav.

Za naraščanje števila primerov garij je več vzrokov. Masovne migracije ljudi zaradi političnih in socioekonomskih vzrokov zagotovo vplivajo na širjenje garij tudi v države Zahodne Evrope (5). Migranti in begunci bivajo v slabih bivalnih pogojih, prostori so prenatrpani, higienske razmere neurejene. Ta ranljiv del prebivalstva nima dostopa do zdravstvene službe. Njihova praviloma slabša zdravstvena pismenost in oteženo sporazumevanje v tujem jeziku zmanjšujeta možnost, da bi se izbruhi garij učinkovito obvladali in preprečilo širjenje okužbe.

Najpogostejši način prenosa je z dolgotrajnimi tesnimi telesnimi stiki (6). Prevalenca garij je višja pri otrocih in adolescentih (7).

Okužbe z garjami se pogosteje pojavljajo v hladnejših mesecih (8), kar je najverjetneje posledica druženja in sobivanja v notranjih prostorih.

Tipična klinična slika garij, ki nastane 2 do 6 tednov po primarni okužbi, je srbeč papulozen ali papulovezikularen izpuščaj v simetričnem vzorcu, ki prizadene kožo med prsti rok in nog, v pregibih (zapestja, pazduhe, komolci), na prsnih bradavicah, v predelu spolovila, popka, na notranji površini stegen; značilen znak je rovček med papulama na površini kože (9). Za garje je značilen srbež, ki se stopnjuje, ko postane koža toplejša (9,10).

Pri starejših in imunsko oslabljenih bolnikih se lahko razvije krustozna ali "norveška" oblika garij. Gre za redko obliko okužbe, kjer so po celem telesu prisotne večje kruste in zadebelitve vrhnje plasti kože, v katerih najdemo večje število živih pršic in jajčec (11).

Zaradi bakterijske superinfekcije s streptokoki (*Streptococcus pyogenes*) in stafilokoki (*Staphylococcus aureus*) lahko garje spremljajo težje oblike okužb mehkih tkiv z nastankom ognjokov, celulitisa, limfangitisa, nekrotizirajočega fasciitisa ter invazivne bakterijske okužbe z bakteriemijo in sepsa (12). Streptokokna okužba kože lahko vodi v imunsko izzvana obolenja, kot so akutna revmatska vročica in poststreptokokni glomerulonephritis (13,14).

Mednarodna zveza za nadzor nad garjami (IACS) je leta 2020 oblikovala enotna merila za diagnozo garij, ki vključujejo tri diagnostične ravni: potrjene garje, pri katerih dokažemo prisotnost pršice, jajčec ali fecesa, klinične garje ter sum na garje na osnovi anamneze in klinične ocene znakov in simptomov (2).

Zdravljenje garij je zahtevno. Pozna postavitev diagnoze pogosto povzroči zamik pri začetku zdravljenja, ki je lahko neuspešno tudi zaradi nedoslednega upoštevanja predpisanega terapijskega režima: neustrezne aplikacije zdravil, prezgodnje opustitve zdravljenja, ponovne okužbe zaradi neupoštevanja dekontaminacijskih ukrepov in neustreznega sočasnega zdravljenja tesnih kontaktov (9). Po evropskih smernicah je priporočeno zdravljenje s 5 % perimetrijsko kremo, 10–25 % benzilbenzoatnim losjonom ali oralnim ivermektinom. Med alternativna zdravila sodijo 0,5 % malationska krema, 1 % ivermektin losjon in 6–33 % žveplova mazila, kreme in losjoni (15).

Peroralna zdravila se prednostno uporabljajo pri asimptomatskih posameznikih in v večjih skupnostih, kjer prevalenca garij presega 10 % (16,17).

V poročilu predstavljamo podatke o prijavljenih primerih garij v Sloveniji v letu 2025 in jih primerjamo s podatki predhodnih let.

2 Metode

Podatki o prijavljenih primerih garij se redno zbirajo na osnovi Zakona o nalezljivih boleznih (ZNB) (18). Način prijave določa Pravilnik o prijavi nalezljivih bolezni in posebnih ukrepih za njihovo preprečevanje in obvladovanje (19). Zdravnik, ki posumi ali potrdi primer garij, je obvezan, da primer garij prijavi na predpisanem obrazcu. V obrazec je potrebno vnesti ime, priimek, rojstni datum, naslov stalnega in začasnega bivališča, datum pričetka simptomov, mikrobiološko potrditev diagnoze (če je bilo opravljeno mikrobiološko preizkušanje), delo, ki ga opravlja bolnik, vrsto šolanja (za osebe, ki so še v procesu izobraževanja), predpisano izolacijo ali zdravstven nadzor, podatek o izidu bolezni (smrt in datum smrti) ter zdravstveno ustanovo, kjer je bila oseba obravnavana. Definicija garij je v Prilogi.

Poročilo temelji na retrospektivnem pregledu prijavljenih primerov garij. Pridobili in analizirali smo nacionalne podatke elektronske podatkovne zbirke Nacionalnega inštituta za javno zdravje SURVIVAL za leto 2025.

Iz nacionalnih podatkov smo prikazali število prijavljenih primerov po starostnih skupinah, po spolu in po regijah. Posebej smo analizirali prijavne podatke o garjah pri tujcih. Pregledali smo podatke o prijavljenih izbruhih in naredili analizo.

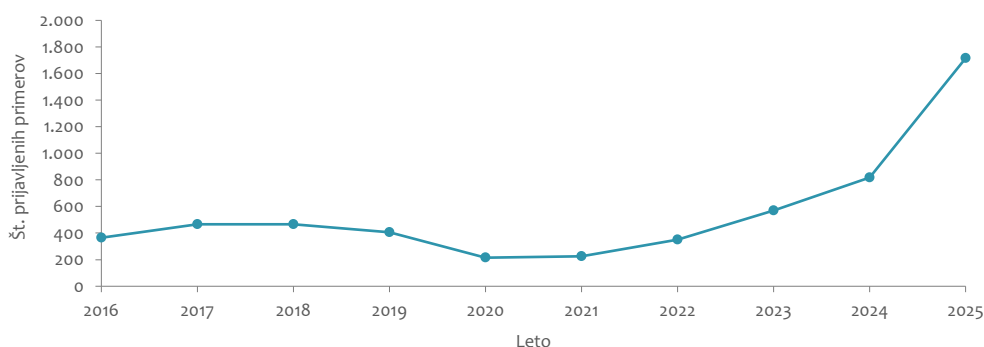
3 Rezultati

3.1 Spremljanje prijavljenih primerov garij v Sloveniji v letu 2025

V letu 2025 je bilo prijavljenih 1.715 primerov garij (incidenčna stopnja 80,5/100.000 prebivalcev), kar je najvišja vrednost v zadnjem desetletju. Glede na leto 2024, ko je bilo prijavljenih 818 primerov (incidenčna stopnja 38,5/100.000 prebivalcev), beležimo porast števila prijavljenih primerov v letu 2025 za 109,7 %.

V zadnjem desetletju je bilo najmanj okužb z garjami prijavljenih v času razglasitve pandemije koronavirusa SARS-CoV2 (covid 19) v Sloveniji. V tem obdobju so bili uvedeni številni ukrepi za zamejitev in obvladovanje okužb s SARS-CoV2: vzdrževanje fizične razdalje, omejevanje javnega življenja, nošnja mask, šolanje in delo na domu. Rezultat omejenih fizičnih stikov se odraža tudi v upadanju primerov garij v času trajanja pandemije covid-19 (do vključno leta 2020, ko je letna incidenčna stopnja najnižja in je znašala 10,2/100.000 prebivalcev). Od leta 2022 je prisoten stalen in izrazit trend naraščanja okužb z garjami.

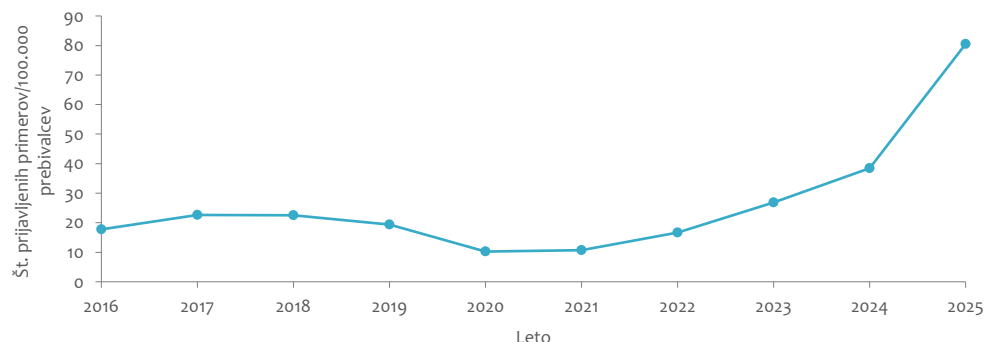
Slika 1: Število prijavljenih primerov garij, Slovenija, 2016–2025



Vir: Evidenca nalezljivih bolezni (NIJZ 48), 4. 6. 2026.

Podatke o prijavljenih primerih prikazujemo še v obliki letnih incidenčnih stopenj. Povprečna incidenčna stopnja primerov garij od leta 2016 do 2025 je znašala 26,6/100.000 prebivalcev.

Slika 2: Incidenčna stopnja prijavljenih primerov garij na 100.000 prebivalcev, Slovenija, 2016–2025



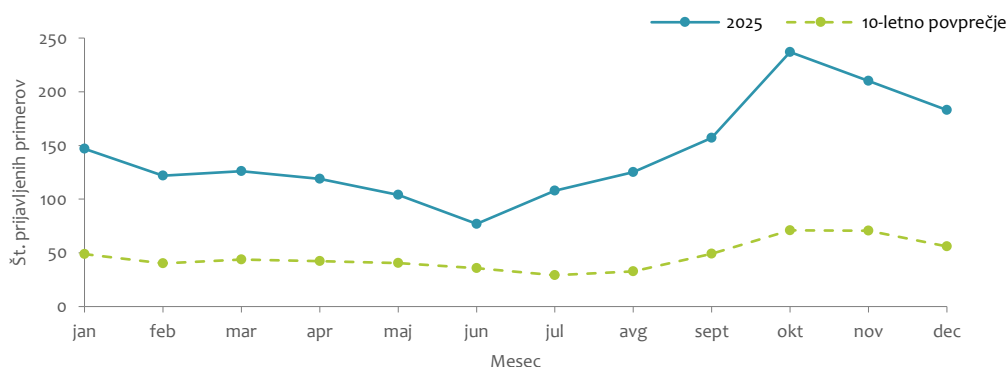
Vir: Evidenca nalezljivih bolezni (NIJZ 48), 4. 6. 2026.

3.2 Spremljanje števila prijavljenih primerov garij po posameznih mesecih v Sloveniji v letu 2025

Na Sliki 3 je prikazano število prijavljenih primerov garij po posameznih mesecih v letu 2025 ter povprečno mesečno število prijavljenih primerov garij v Sloveniji v obdobju 2016–2025. V vseh mesecih leta 2025 je bilo število prijavljenih primerov bolezni višje v primerjavi z letom 2024 – v jesenskih (september, oktober in november) in poletnih mesecih (junij, julij, avgust) se je število prijavljenih primerov garij v letu 2025 podvojilo. V zimskih mesecih (december, januar, februar) je število prijavljenih primerov za več kot dvakrat preseglo vrednosti iz leta 2024. Vrh obolevnosti v letu 2025 je bil dosežen v mesecu oktobru, ko je bilo prijavljenih 237 primerov garij.

Kljub izrazitemu povečanju števila prijavljenih primerov v letu 2025 ostaja sezonski vzorec podoben dolgoletnemu trendu: večina prijavljenih okužb z garjami se pojavlja v jesenskih in zimskih mesecih, najmanj prijavljenih okužb smo zabeležili v mesecu maju, juniju in juliju.

Slika 3: Število prijavljenih primerov garij po mesecih, Slovenija, 2025 ter 10-letno povprečje (2016–2025)



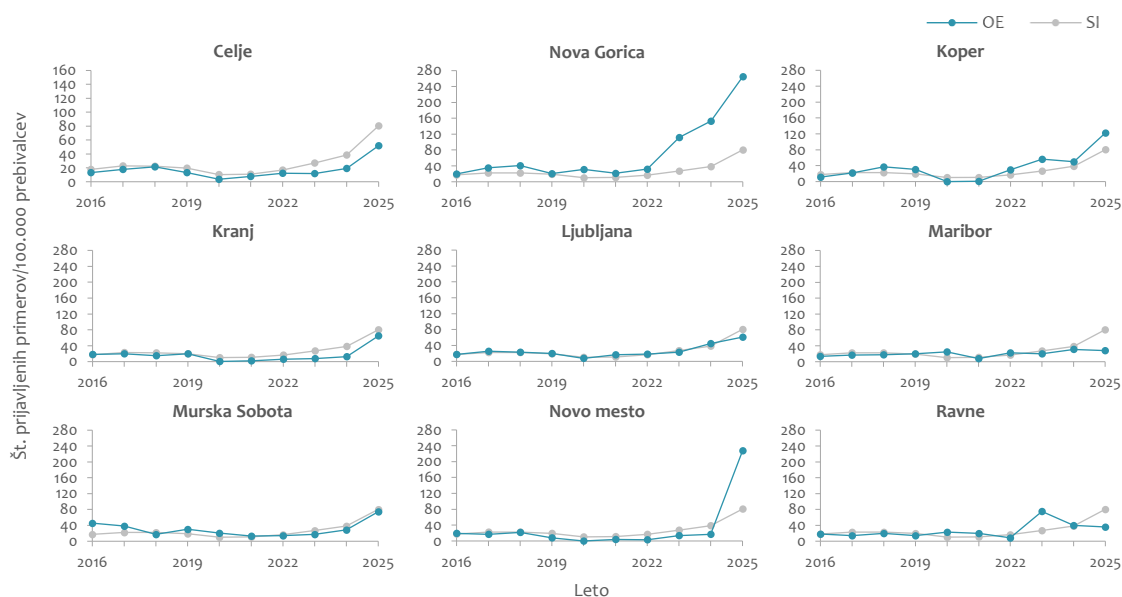
Vir: Evidenca nalezljivih bolezni (NIJZ 48), 4. 6. 2026.

3.3 Pojavnost prijavljenih primerov garij na 100.000 prebivalcev po posameznih regijah v Sloveniji v letu 2025

V letu 2025 je bilo v primerjavi z letom 2024 število prijavljenih primerov garij višje v večini območnih enot, izjemi sta mariborska in ravenska, kjer beležimo 10 % upad prijavljenih primerov glede na prejšnje leto. Največji porast glede na leto 2024 je bil zabeležen v novomeški območni enoti, kjer se je število primerov povečalo za 14-krat.

V vseh slovenskih območnih enotah je bila stopnja prijavljenih primerov garij do leta 2021 razmeroma nizka, od leta 2023 pa je zaznati izrazit trend naraščanja. V obdobju med 2016 in 2025 je bilo najmanj prijavljenih primerov garij v ravenski in murskosoboški območni enoti, največ pa v ljubljanski in novogoriški območni enoti.

Slika 4: Število prijavljenih primerov garij na 100.000 prebivalcev po regijah, Slovenija, 2016–2025

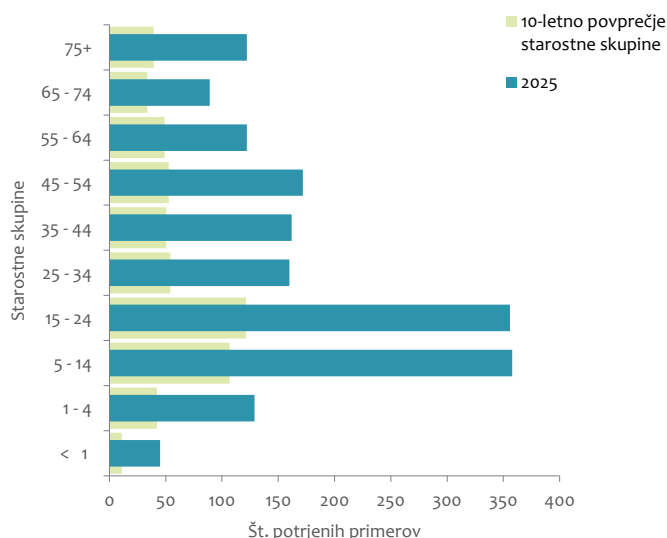


Vir: Evidenca nalezljivih bolezni (NIJZ 48), 4. 6. 2026.

3.4 Okužbe z garjami po starostnih skupinah v Sloveniji v letu 2025

Število prijavljenih primerov garij v letu 2025 je bilo v vseh starostnih skupinah v primerjavi s prejšnjimi leti bistveno višje. Največje breme bolezni je bilo zabeleženo v starostni skupini 5–24 let, ki predstavlja 42 % vseh prijavljenih primerov. Otroci, mlajši od enega leta, so predstavljali 2,6 %, starejši od 55 let pa 19,4 % prijavljenih primerov garij. Slika 5 prikazuje, da je tudi v obdobju 2016–2025 povprečno največ prijavljenih primerov garij v starostni skupini 5–24 let, kar kaže, da skozi celotno opazovano obdobje breme bolezni vztraja pri otrocih, mladostnikih in mlajših odraslih.

Slika 5: Število prijavljenih primerov garij po starostnih skupinah, Slovenija, 2025 ter 10-letno povprečje (2016–2025)

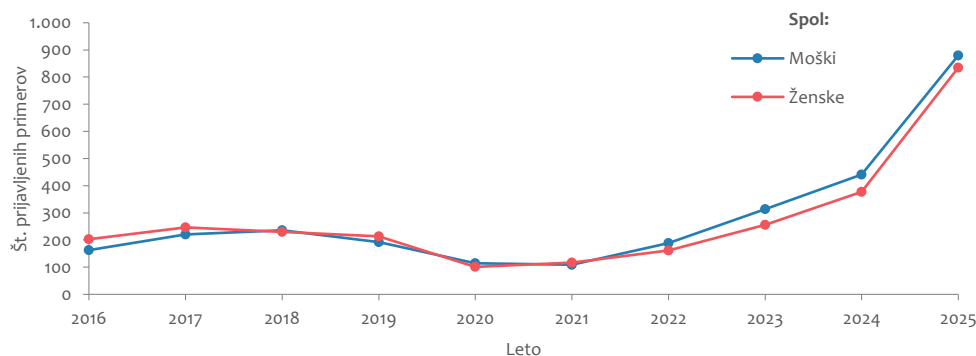


Vir: Evidenca nalezljivih bolezni (NIJZ 48), 4. 6. 2026.

3.5 Okužbe z garjami po spolu v Sloveniji v letu 2025

V letu 2025 je bilo prijavljenih 880 primerov garij pri moških in 835 pri ženskah. Delež prijavljenih primerov bolezni je bil nekoliko višji pri moških (51,3 %) kot pri ženskah (48,7 %). V obdobju pred pandemijo covid-19 pomembnih razlik v številu prijavljenih primerov garij med spoloma ni bilo. Od leta 2022 pa opazamo porast prijavljenih primerov garij pri obeh spolih, pri čemer je število primerov nekoliko višje pri moških.

Slika 6: Število prijavljenih primerov garij po spolu, Slovenija, 2016–2025



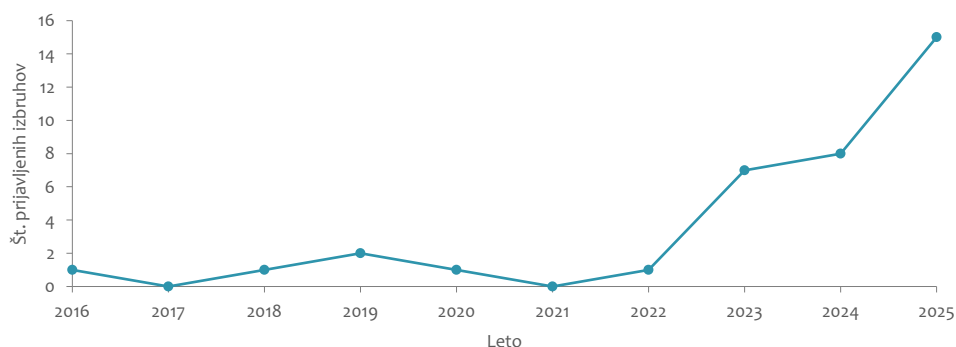
Vir: Evidenca nalezljivih bolezni (NIJZ 48), 4. 6. 2026.

3.6 Izbruhi garij v Sloveniji v letu 2025

V letu 2025 smo beležili 15 izbruhov garij. Skupno število prijavljenih primerov garij v izbruhih je bilo 126, povprečno 8,4 primera na posamezen izbruh – razlike v obsegu posameznega izbruha so bile precejšnje. V letu 2025 je bilo največje število okuženih oseb poročanih v domovih za starejše občane (DSO) in v družinah, najmanjše pa v socialno-varstvenih zavodih. V izbruhih je zbolevalo več žensk (55 %).

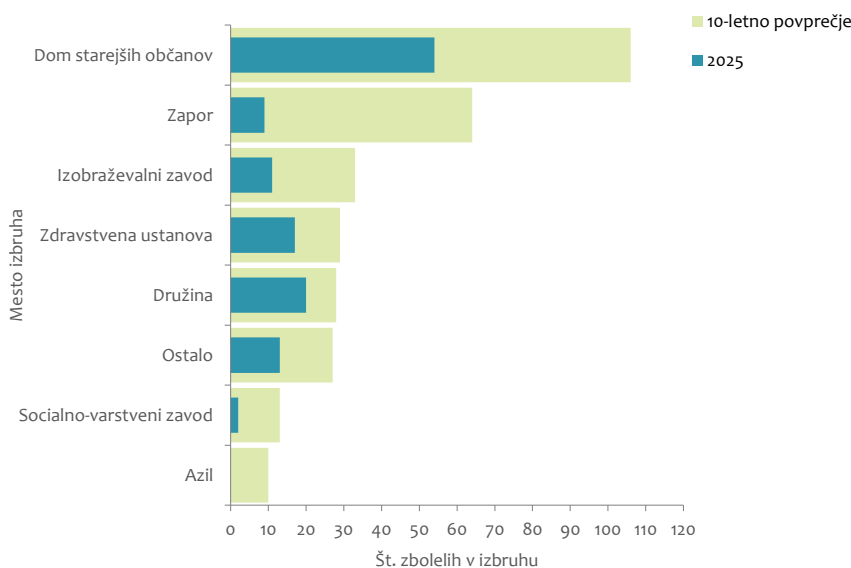
Do leta 2023 je bilo število prijavljenih izbruhov zelo majhno – po en do dva izbruha letno, v nekaterih letih izbruha garij celo ni bilo poročanega. V postpandemskem obdobju covid-19 je število izbruhov poraslo, kar sovpada s porastom primerov garij v populaciji. V zadnjem desetletju (2016–2025) smo beležili 36 izbruhov garij, od tega 64 % izbruhov v zadnjih dveh letih. Največji delež prijavljenih primerov garij v izbruhih smo opazili v DSO (34 %) in zaporih (20 %). Leta 2023 so o prvem izbruhu garij poročali iz azilnega doma (Slika 8).

Slika 7: Število prijavljenih izbruhov garij, Slovenija, 2016–2025



Vir: Evidenca nalezljivih bolezni (NIJZ 48), 4. 6. 2026.

Slika 8: Število prijavljenih primerov garij glede na mesto izbruha, Slovenija, 2025 ter 10-letno povprečje (2016–2025)



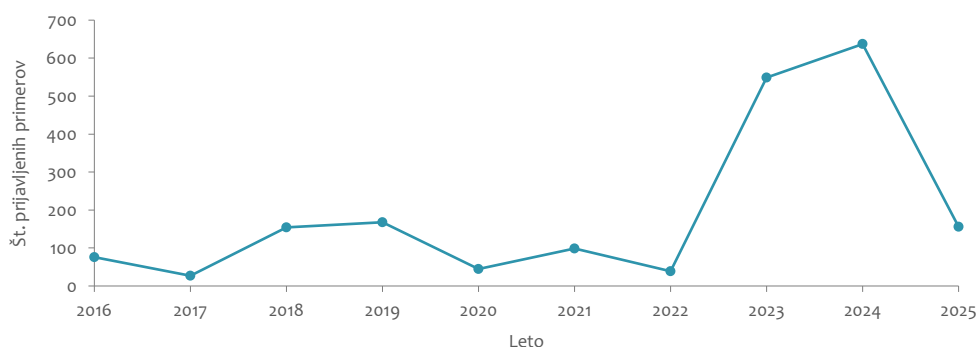
Vir: Evidenca nalezljivih bolezni (NIJZ 48), 4. 6. 2026.

3.7 Okužbe z garjami pri tujcih v Sloveniji v letu 2025

V letu 2025 je bilo med tujci prijavljenih manj primerov garij kot v letu 2024, kar odstopa od izrazitega porasta prijavljenih primerov med prebivalci Slovenije. Pri analizi demografskih značilnosti prijavljenih primerov v letu 2025 ugotavljamo, da so tujci večinoma moškega spola (Slika 11) v starostni skupini 15–34 let (Slika 10). Največji delež primerov izhaja iz azijskih, afriških in balkanskih držav (Afganistan, Egipt, Bosna in Hercegovina). Pri 45 % tujcev z garjami ni znanega podatka o državi, iz katere prihajajo.

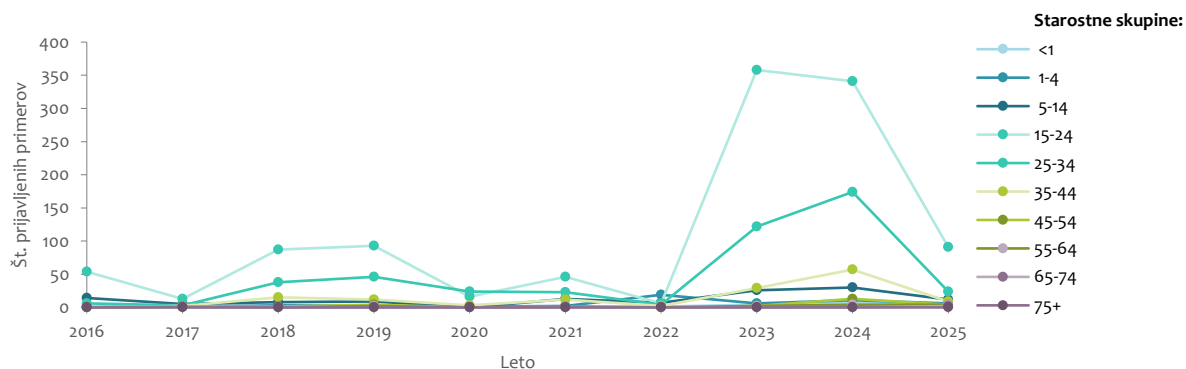
Najbolj strm porast garij pri tujcih je bil prijavljen v letih 2023 in 2024, kar časovno sovпада s porastom garij pri prebivalcih Slovenije (Slika 9).

Slika 9: Število prijavljenih primerov garij pri tujcih v Sloveniji, 2016–2025



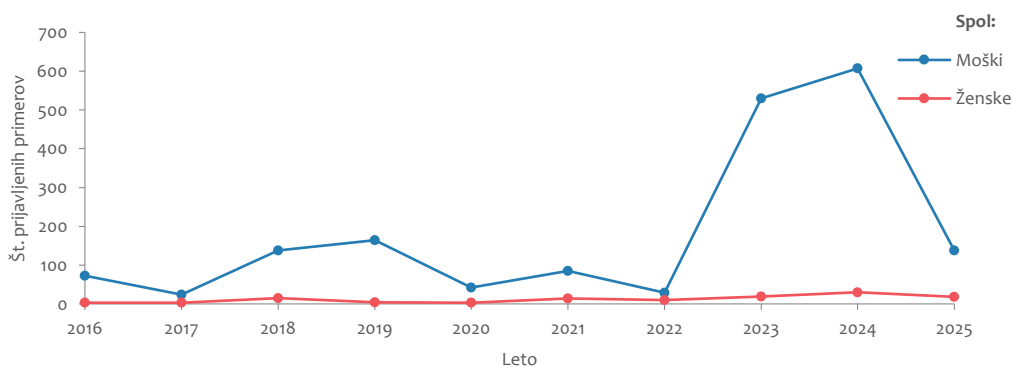
Vir: Evidenca nalezljivih bolezni (NIJZ 48), 4. 6. 2026.

Slika 10: Število prijavljenih primerov garij po starostnih skupinah pri tujcih v Sloveniji, 2016–2025



Vir: Evidenca nalezljivih bolezni (NIJZ 48), 4. 6. 2026.

Slika 11: Število prijavljenih primerov garij po spolu pri tujcih v Sloveniji, 2016–2025



Vir: Evidenca nalezljivih bolezni (NIJZ 48), 4. 6. 2026.

4 Razprava

Garje so kožna nalezljiva bolezen, ki je s pravočasno prepoznavo in ustreznim zdravljenjem obvladljiva. Okužba se kaže s kožnimi spremembami na tipičnih mestih in izrazito srbečico kože, pogosti so bakterijski zapleti ob primarni okužbi (14).

Z namenom promocije, ozaveščanja o bolezni in globalnega sodelovanja med državami za zmanjšanje bremena bolezni je Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) garje uvrstila v skupino zanemarjenih tropskih bolezni (NTD – Neglected Tropical Diseases). V to skupino sodijo bolezni, ki nesorazmerno bolj prizadenejo revno prebivalstvo, zlasti v tropskih in subtropskih območjih. Predstavljajo pomembno breme obolevnosti in umrljivosti, pri čemer jih je možno z ustreznimi javnozdravstvenimi ukrepi učinkovito obvladati, zmanjšati ali izkoreniniti (20).

Epidemiološki podatki iz različnih držav po svetu (razen Severne Amerike) kažejo na izrazite razlike med prevalenco garij, od 0,2 % do 71 %, pri čemer je prevalenca garij najvišja v pacifiških in latinskoameriških državah (2,21): na južnopacifiškem otočju Fidži je prevalenca garij 36,4 % (22), na Salomonovih otokih pa 15 % (23).

Po podatkih iz strokovne literature se številne, tudi razvite države v zadnjih dveh desetletjih spopadajo z naraščanjem okužb z garjami. V hrvaški raziskavi, ki zajema 10-letno obdobje (2007–2017), poročajo o šestkratnem porastu incidence, najvišja incidenca je bila ugotovljena v obmejnih hrvaških pokrajinah (1). V Nemčiji so v obdobju med 2009 in 2018 opazili devetkratni porast (24), na Nizozemskem pa v času med 2011 in 2020 trikratni porast primerov garij (25). Tudi v Španiji so v letih 2011 do 2023 zaznali porast incidence garij na osnovi podatkov iz primarnega zdravstva, bolnišnic, registra poklicnih bolezni ter podatkov o izbruhih. V primarnem zdravstvu se je incidenca garij v letu 2023 glede na leto 2011 povečala za skoraj 50-krat (26).

Omeniti je potrebno nihanja v pojavnosti garij, ki so vezana na letne čase in vremenske pogoje. Na podlagi podatkov iz Zagreba (Hrvaška) in iz Nizozemske so raziskave pokazale izrazito sezonsko variacijo okužb z najvišjo pojavnostjo v zimskih in jesenskih mesecih (1,25). Podobno so ugotovili v raziskavi iz Tajvana, kjer so opazili pozitivno korelacijo med višjo stopnjo okužb in nižjimi temperaturami ter visoko zračno vlažnostjo. Ti pogoji namreč omogočajo daljše preživetje pršice *Sarcoptes scabiei*, kar povečuje tudi tveganje za prenos bolezni (27,28).

Čeprav lahko garje prizadenejo vse starostne skupine, so otroci, starejši in osebe z oslabljenim imunskim sistemom v socialno-ekonomsko prikrajšanih območjih najranljivejša skupina z najvišjo obolevnostjo in pogostnostjo sekundarnih zapletov (29). V večini evropskih držav opazamo višjo obolevnost zaradi garij pri otrocih in mlajših odraslih (1,24,25,26). V državah južnopacifiške in afriške regije so v ospredju okužbe pri mlajših otrocih (22,30). V analizi izbruhov garij v državah zahodne Evrope opazajo porast okužb tudi v starostni skupini nad 65 let (31), kar ni presenetljivo, saj je večji delež izbruhov prisoten v DSO (32,33).

Če primerjamo pogostnost okužb z garjami glede na spol ugotovimo, da je večini sveta prisotna enakomerna porazdelitev med moškimi in ženskami, npr. Španija in Belgija (31,34). Izjemi sta vzhodna Evropa, kjer prevladuje okužbe pri ženskah in osrednja Evropa z večjo obolevnostjo moških (35).

Epidemiološke in klinične značilnosti bolezni se razlikujejo glede na stopnjo razvitosti držav, v nerazvitih državah so garje endemske, medtem ko v visoko razvitih državah običajno potekajo v obliki epidemičnih izbruhov (29). Izbruhi garij se pogosto pojavljajo v zaprtih skupnostih, kot so izobraževalne ustanove, sirotišnice, DSO, zavetišča, zapori, v namestitvah za razseljene ljudi, še posebej v prenatrpanih bivanjskih in pomanjkljivih higienskih razmerah (2,14,16).

Iz več evropskih držav poročajo o visoki prevalenci garij med begunci in iskalci azila. V nemških centraliziranih ustanovah za iskalce azila so bile garje, poleg ošpic in rdečk, eden najpogostejših povzročiteljev izbruhov znotraj teh ustanov (36). Med migranti na italijanskih obalah so bile garje prepoznane kot najpogostejša infektivna bolezen, v visokem deležu so bile prisotne med Somalci in Eritrejci (38). V nemški raziskavi so zabeležili garje kot najpogostejšo nalezljivo bolezen v skupini mlajših beguncev brez spremstva z deležem obolelih 14,2 % (38).

Zaradi stalnega prihoda beguncev v Evropo iz držav z visokim migracijskim tokom, bodisi zaradi geopolitičnega, ekonomskega stanja bodisi zaradi zaostrovanja konfliktov, so zdravstveni sistemi v državah gostiteljicah pogosto postavljeni pred izziv ustrezne strategije sprejema migrantov, ki naj bi vključevala hitro in učinkovito prepoznavo bolezni in dostop do ustrezne zdravstvene oskrbe za preprečitev nadaljnega širjenja bolezni (39).

Za nadzor nad garjami v endemičnih območjih, v oddaljenih skupnostih ter pri obvladovanju epidemij v zaprtih skupnostih je zaradi pogosto pozne zaznave okužb ter visokega tveganja za reinfekcije priporočljivo zdravljenje vseh izpostavljenih oseb z oralnim ivermektinom (množično dajanje zdravil-MDA), ne glede na simptome (15).

V Sloveniji smo v letu 2025 zabeležili 80,5 prijavljenih primerov garij na 100.000 prebivalcev, kar je dvakrat več kot leta 2024 in petkrat več kot leta 2016, ko je incidenčna stopnja znašala 17,7/100.000 prebivalcev. Porast v letu 2025 poleg dejanskega širjenja bolezni pripisujemo tudi uvedbi poenotene elektronske prijavnice za nalezljive bolezni, ki je bila uvedena 16. junija 2025 in omogoča enostavnejše in hitrejše prijavljanje primerov garij ter večjo doslednost pri prijavljanju.

Prevladovala so okužbe pri otrocih in mlajših odraslih v jesenskih in zimskih mesecih, kar je skladno s podatki iz drugih evropskih držav.

Prevladovala so okužbe v goriški in dolenski regiji, v slednji je prisoten izrazit porast glede na prejšnja leta. Delno lahko porast povezujemo z večjim pretokom ljudi preko državne meje (dnevni delovni migranti, migranti) ter naraščanjem turizma. Kljub porastu je najverjetneje število prijav garij še vedno podcenjeno, saj na število prijav vpliva več dejavnikov, med drugim tudi dejstvo, da okužene osebe ne poiščejo zdravstvene pomoči.

Od leta 2022 je nekaj več prijavljenih primerov garij pri moških.

V letu 2025 beležimo najobsežnejše izbruhe garij v zadnjem desetletju, ki prevladujejo v ustanovah za bivanje in oskrbo ljudi, znotraj družin, v zdravstvenih ustanovah, v ustanovah za varstvo in vzgojo otrok, kar je primerljivo s podatki iz tujine. V marcu 2023 smo zabeležili prvi izbruh garij tudi v azilnem domu v Sloveniji. V letu 2025 smo opažali porast prijavljenih primerov garij med slovenskim prebivalstvom, medtem ko smo pri tujcih, ki prihajajo v Slovenijo, zaznali trend upadanja. Med tujci prevladujejo mlajši moški iz azijskih, afriških in balkanskih držav.

Izzivi za učinkovito zdravljenje garij v prihodnosti

Z vidika zdravljenja med osrednje izzive sodijo omejene terapevtske možnosti ter vprašanja varnosti uporabe skabacidov. Ivermektin, na primer, je kontraindiciran pri nosečnicah in otrocih s telesno težo pod 15 kg, kar omejuje njegovo širšo uporabnost. Poleg tega bodo za optimizacijo zdravljenja potrebne nadaljnje raziskave za določitev ustreznih terapevtskih režimov in optimalnega števila ciklov zdravljenja z ivermektinom v luči naraščajoče rezistence na zdravilo (40). Več poročil namreč potrjuje razvoj odpornosti na ivermektin v veterinarski medicini (41), hkrati so dokumentirani tudi primeri okužb pri ljudeh, kjer je bila odpornost *Sarcoptes scabiei* na ivermektin potrjena s testi in vitro (42). Ti podatki jasno poudarjajo nujnost nadaljnjih raziskav za oceno dolgoročne učinkovitosti skabacidov ter vpliv razvoja rezistence na prihodnje strategije zdravljenja.

Izvajanje primerjalnih študij namenjenih vrednotenju učinkovitosti novih zdravil je treba aktivno vzpodbujati. Kot primer velja omeniti raziskavo na živalih, v kateri so Bernigaud in sod. ugotovili boljšo akaricidno učinkovitost moksidektina v primerjavi z ivermektinom (43).

Tudi priporočila za MDA temeljijo na omejenem številu študij. Potrebne so celostne analize obstoječih podatkov o učinkovitosti MDA iz literature ter dodatne raziskave o uspešnosti izvajanja tovrstnih programov v zaprtih skupnostih.

Priložnost za prihodnost predstavlja tudi razvoj učinkovitega cepiva, ki je ob trenutnem napredku znanosti uresničljiv cilj. Ključni koraki v tem procesu vključujejo identifikacijo imunološko relevantnega antigena ali

kombinacije antigenov, njihovo proizvodnjo z uporabo rekombinantne tehnologije ter določitev ustreznih adjuvansov, odmerkov in optimalnega imunizacijskega protokola (44).

5 Zaključek in priporočila

Incidenca garij v Sloveniji narašča podobno kot v številnih drugih evropskih državah, v zadnjem obdobju so pogostejši tudi izbruhi garij v skupnostih.

V primerjavi z letom 2024 se je v letu 2025 pojavnost okužb z garjami v Sloveniji več kot podvojila. Incidenčna stopnja prijavljenih primerov garij je znašala 80,5/100.000 prebivalcev, kar predstavlja najvišjo vrednost v zadnjem desetletju. Garje so najpogostejše pri otrocih, mladostnikih in mlajših odraslih v starostni skupini 5–24 let, v letu 2025 predstavljajo 42 % vseh prijavljenih primerov garij. Pojavnost garij je nekoliko višja pri moških. Prisotna je sezonska variacija okužb s porastom v jesenskih in zimskih mesecih, vrh prijavljenih primerov je bil dosežen v mesecu oktobru. V nasprotju z izrazitim porastom primerov garij med prebivalci Slovenije, je bilo leta 2025 med tujci prijavljenimi v Sloveniji bistveno manj primerov kot v zadnjih letih. V letu 2025 je bilo zabeleženih 15 izbruhov garij. Večina izbruhov je potekala v DSO in v družinskih skupnostih.

Pri okužbah z garjami je potrebna čimprejšnja prepoznava bolezni in ustrezno zdravljenje obolele osebe. Bolniku z garjami podamo natančne ustne in/ali pisne podatke o poteku bolezni in zdravljenja. Po evropskih priporočilih obolele zdravimo z lokalnim skabicidom, ki ga nanašamo na suho in ohlajeno kožo – zaradi večje sistemske absorpcije zdravil na toplejši koži odsvetujemo nanos takoj po kopeli. Zdravilo za 8 do 12 ur nanesemo na vse predele kože, vključno z lasiščem, dimljami, popkom, zunanjim spolovilom, medprstnimi prostori na rokah in nogah ter kožo pod nohti. Ponovitev terapije priporočamo 7 do 14 dni po prvem zdravljenju. Oblečila, posteljnina, brisače in drugi predmeti naj bodo oprani v pralnem stroju (pri 50 °C ali več), kemično očiščeni ali zaprti in shranjeni v plastični vrečki za vsaj 1 teden. Potrebna je reevaluacija kliničnega stanja 2 tedna po zaključeni terapiji.

V primeru krustoznih ali norveških garij, v večjih izbruhih ali ob neuspehu z lokalno terapijo je potrebno še zdravljenje z peroralnim ivermektinom v vsaj 2 odmerkih. Novorojenčke in nosečnice zdravimo le pri klinično značilni ali laboratorijsko potrjeni okužbi: pri dojenčkih pod 2 meseca starosti odsvetujemo permetrin, pri otrocih pod telesno težo 15 kg in nosečnicah je kontraindiciran ivermektin.

Istočasno je potrebno prepoznati in zdraviti vse, tudi asimptomatske, tesne stike obolele osebe z namenom omejitve nadaljnjega širjenja okužbe. Prvih 24 ur oz. do zaključenega prvega dela zdravljenja naj se obolela oseba izogiba tesnih stikov.

Potrebno je izobraževanje zdravstvenih delavcev o bolezni za zgodnjo prepoznavo obolenja, s tem pa uvedbo postopkov, ki zamejijo širjenje okužbe.

Za učinkovito zmanjševanje bremena okužb je torej potrebno razmisliti o uvedbi celovitih ukrepov, ki vključujejo zgodnje odkrivanje primerov za učinkovitejšo zaježitev, izboljšanje higienskih standardov, ozaveščanje strokovnega kadra in čimprejšnjo uvedbo zdravljenja garij, pri čemer je v primeru izbruhov v institucionalnih okoljih smiselno razmisliti tudi o množični uporabi zdravil.

Podrobna navodila o ravnanju ob pojavu garij so dosegljiva na:

https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/navodila_za_ukrepanje_ob_pojavu_garij.pdf

6 Reference

1. Lugović-Mihić L, Aždajić MD, Filipović SK, Bukvić I, Prkačin I, Grbić DŠ et al. An Increasing Scabies Incidence in Croatia: A Call for Coordinated Action Among Dermatologists, Physicians and Epidemiologists. *Zdr Varst.* 2020 Oct 18;59(4):264-272. doi: 10.2478/sjph-2020-0033.
2. Aždajić MD, Bešlić I, Gašić A, Ferara N, Pedić L, Lugović-Mihić L. Increased Scabies Incidence at the Beginning of the 21st Century: What Do Reports from Europe and the World Show? *Life (Basel).* 2022 Oct 13;12(10):1598. doi: 10.3390/life12101598.
3. Welch E, Romani L, Whitfeld MJ. Recent advances in understanding and treating scabies. *Fac Rev.* 2021 Mar 11;10:28. doi: 10.12703/r/10-28.
4. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet.* 2016 Oct 8;388(10053):1545-1602. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31678-6.
5. Stamm LV, Strowd LC. Ignoring the "Itch": The Global Health Problem of Scabies. *Am J Trop Med Hyg.* 2017 Dec;97(6):1647-1649. doi: 10.4269/ajtmh.17-0242.
6. Hay RJ, Steer AC, Engelman D, Walton S. Scabies in the developing world--its prevalence, complications, and management. *Clin Microbiol Infect.* 2012 Apr;18(4):313-23. doi: 10.1111/j.1469-0691.2012.03798.
7. Anderson KL, Strowd LC. Epidemiology, Diagnosis, and Treatment of Scabies in a Dermatology Office. *J Am Board Fam Med.* 2017 Jan 2;30(1):78-84. doi: 10.3122/jabfm.2017.01.160190.
8. Mimouni D, Ankol OE, Davidovitch N, Gdalevich M, Zangvil E, Grotto I. Seasonality trends of scabies in a young adult population: a 20-year follow-up. *Br J Dermatol.* 2003 Jul;149(1):157-9. doi: 10.1046/j.1365-2133.2003.05329.
9. Sunderkötter C, Wohlrab J, Hamm H. Scabies: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. *Dtsch Arztebl Int.* 2021 Oct 15;118(41):695-704. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0296.
10. Johnston G, Sladden M. Scabies: diagnosis and treatment. *BMJ.* 2005 Sep 17;331(7517):619-22. doi: 10.1136/bmj.331.7517.619.
11. Niode NJ, Adjil A, Gazpers S, Kandou RT, Pandaleke H, Trisnowati DM et al. Crusted Scabies, a Neglected Tropical Disease: Case Series and Literature Review. *Infect Dis Rep.* 2022 Jun 16;14(3):479-491. doi: 10.3390/idr14030051.
12. Vasanwala FF, Ong CY, Aw CWD, How CH. Management of scabies. *Singapore Med J.* 2019 Jun;60(6):281-285. doi: 10.11622/smedj.2019058.
13. Ferretti JJ, Stevens DL, Fischetti VA, editors. *Streptococcus pyogenes: Basic Biology to Clinical Manifestations* [Internet]. 2nd edition. Oklahoma City (OK): University of Oklahoma Health Sciences Center; 2022 Oct 8 .Dostopno na 29.4.2025: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK587111/>
14. Cox V, Fuller LC, Engelman D, Steer A, Hay RJ. Estimating the global burden of scabies: what else do we need? *Br J Dermatol.* 2021 Feb;184(2):237-242. doi: 10.1111/bjd.19170.
15. Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of scabies. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017 Aug;31(8):1248-1253. doi: 10.1111/jdv.14351.

16. WHO informal consultation on a framework for scabies control, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, Manila, Philippines, 19–21 February 2019: meeting report. Geneva: World Health Organization; 2020. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240008069>
17. Engelman D, Cantey PT, Marks M, Solomon AW, Chang AY, Chosidow O et al. The public health control of scabies: priorities for research and action. *Lancet*. 2019 Jul 6;394(10192):81-92. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31136-5.
18. Zakon o nalezljivih boleznih (Uradni list RS, št. 33/06 – uradno prečiščeno besedilo, 49/20 – ZIUZEOP, 142/20, 175/20 – ZIUOPDVE, 15/21 – ZDUOP, 82/21, 178/21 – odl. US in 125/22).
19. Pravilnik o prijavi nalezljivih bolezni in posebnih ukrepih za njihovo preprečevanje in obvladovanje (Uradni list RS, št. 16/99 in 58/17)
20. WHO informal consultation on a framework for scabies control, meeting report, WHO Regional Office for the Western Pacific, Manila, Philippines, 19–21 February 2019. Dostopno na 29.4.2025: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240008069>
21. Romani L, Steer AC, Whitfeld MJ, Kaldor JM. Prevalence of scabies and impetigo worldwide: a systematic review. *Lancet Infect Dis*. 2015 Aug;15(8):960-7. doi: 10.1016/S1473-3099(15)00132-2.
22. Romani L, Whitfeld MJ, Koroivuetu J, Kama M, Wand H, Tikoduadua L et al. The Epidemiology of Scabies and Impetigo in Relation to Demographic and Residential Characteristics: Baseline Findings from the Skin Health Intervention Fiji Trial. *Am J Trop Med Hyg*. 2017 Sep;97(3):845-850. doi: 10.4269/ajtmh.16-0753.
23. Lake SJ, Engelman D, Sokana O, Nasi T, Boara D, Grobler AC et al. Defining the need for public health control of scabies in Solomon Islands. *PLoS Negl Trop Dis*. 2021 Feb 22;15(2):e0009142. doi: 10.1371/journal.pntd.0009142
24. Reichert F, Schulz M, Mertens E, Lachmann R, Aebischer A. Reemergence of Scabies Driven by Adolescents and Young Adults, Germany, 2009-2018. *Emerg Infect Dis*. 2021 Jun;27(6):1693-1696. doi: 10.3201/eid2706.203681.
25. Van Deursen B, Hooiveld M, Marks S, Snijdewind I, van den Kerkhof H, Wintermans B et al. Increasing incidence of reported scabies infestations in the Netherlands, 2011-2021. *PLoS One*. 2022 Jun 24;17(6):e0268865. doi: 10.1371/journal.pone.0268865.
26. Chatterjee A, Roy Á, García-Blázquez C, Cruz I, Gómez-Barroso D, Descalzo MÁ, Planelló R, Herrador Z; SCABEAT Network group; SCABEAT Network. Rising scabies incidence in Spain: a retrospective observational analysis of four national data sources, 2011 to 2023. *Euro Surveill*. 2025 Nov;30(47):2500296.
27. Liu JM, Wang HW, Chang FW, Liu YP, Chiu FH, Lin YC et al. The effects of climate factors on scabies. A 14-year population-based study in Taiwan. *Parasite*. 2016;23:54. doi: 10.1051/parasite/2016065.
28. Arlian LG, Runyan RA, Achar S, Estes SA. Survival and infectivity of *Sarcoptes scabiei* var. *canis* and var. *hominis*. *J Am Acad Dermatol*. 1984 Aug;11(2 Pt 1):210-5. doi: 10.1016/s0190-9622(84)70151-4.
29. El-Moamly AA. Scabies as a part of the World Health Organization roadmap for neglected tropical diseases 2021-2030: what we know and what we need to do for global control. *Trop Med Health*. 2021 Aug 16;49(1):64. doi: 10.1186/s41182-021-00348-6.
30. Kobangué L, Guéréndo P, Abéyé J, Namdito P, Mballa MD, Gresenguet G. Gale sarcoptique : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à Bangui [Scabies: epidemiological, clinical and therapeutic features in Bangui]. *Bull Soc Pathol Exot*. 2014 Feb;107(1):10-4. French. doi: 10.1007/s13149-014-0324-7.

31. Redondo-Bravo L, Fernandez-Martinez B, Gómez-Barroso D, Gherasim A, García-Gómez M, Benito A, Herrador Z. Scabies in Spain? A comprehensive epidemiological picture. *PLoS One*. 2021 Nov 1;16(11):e0258780. doi: 10.1371/journal.pone.0258780.
32. Hewitt KA, Nalabanda A, Cassell JA. Scabies outbreaks in residential care homes: factors associated with late recognition, burden and impact. A mixed methods study in England. *Epidemiol Infect*. 2015 May;143(7):1542-51. doi: 10.1017/S0950268814002143.
33. Mounsey KE, Murray HC, King M, Opreescu F. Retrospective analysis of institutional scabies outbreaks from 1984 to 2013: lessons learned and moving forward. *Epidemiol Infect*. 2016 Aug;144(11):2462-71. doi: 10.1017/S0950268816000443.
34. Lapeere H, Naeyaert JM, De Weert J, De Maeseneer J, Brochez L. Incidence of scabies in Belgium. *Epidemiol Infect*. 2008 Mar;136(3):395-8. doi: 10.1017/S0950268807008576. Epub 2007 May 16.
35. Karimkhani C, Colombara DV, Drucker AM, Norton SA, Hay R, Engelman D, Steer A, Whitfeld M, Naghavi M, Dellavalle RP. The global burden of scabies: a cross-sectional analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Infect Dis*. 2017 Dec;17(12):1247-1254. doi: 10.1016/S1473-3099(17)30483-8.
36. Kuehne A, Gilsdorf A. Erratum zu: Ausbrüche von Infektionskrankheiten in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende 2004–2014 in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2016 Sep;59(9):1178. German. doi: 10.1007/s00103-016-2395-7.
37. Di Meco E, Di Napoli A, Amato LM, Fortino A, Costanzo G, Rossi A, Mirisola C, Petrelli A; INMP Team. Infectious and dermatological diseases among arriving migrants on the Italian coasts. *Eur J Public Health*. 2018 Oct 1;28(5):910-916. doi: 10.1093/eurpub/cky126.
38. Janda A, Eder K, Fressle R, Geweniger A, Diffloth N, Heeg M et al. Comprehensive infectious disease screening in a cohort of unaccompanied refugee minors in Germany from 2016 to 2017: A cross-sectional study. *PLoS Med*. 2020 Mar 31;17(3):e1003076. doi: 10.1371/journal.pmed.1003076.
39. Mueller SM, Gysin S, Schweitzer M, Schwegler S, Haeusermann P, Itin P et al. Implementation and evaluation of an algorithm for the management of scabies outbreaks. *BMC Infect Dis*. 2019 Feb 28;19(1):200. doi: 10.1186/s12879-019-3818-5.
40. Rinaldi G, Porter K. Mass drug administration for endemic scabies: a systematic review. *Trop Dis Travel Med Vaccines*. 2021 Jul 1;7(1):21. doi: 10.1186/s40794-021-00143-5.
41. Executive Committee of Guideline for the Diagnosis and Treatment of Scabies. Guideline for the diagnosis and treatment of scabies in Japan (third edition): Executive Committee of Guideline for the Diagnosis and Treatment of Scabies. *J Dermatol*. 2017 Sep;44(9):991-1014. doi: 10.1111/1346-8138.13896.
42. Currie BJ, Harumal P, McKinnon M, Walton SF. First documentation of in vivo and in vitro ivermectin resistance in *Sarcoptes scabiei*. *Clin Infect Dis*. 2004 Jul 1;39(1):e8-12. doi: 10.1086/421776.
43. Bernigaud C, Fang F, Fischer K, Lespine A, Aho LS, Dreau D et al. Preclinical Study of Single-Dose Moxidectin, a New Oral Treatment for Scabies: Efficacy, Safety, and Pharmacokinetics Compared to Two-Dose Ivermectin in a Porcine Model. *PLoS Negl Trop Dis*. 2016 Oct 12;10(10):e0005030. doi: 10.1371/journal.pntd.0005030.
44. Liu X, Walton S, Mounsey K. Vaccine against scabies: necessity and possibility. *Parasitology*. 2014 May;141(6):725-32. doi: 10.1017/S0031182013002047.

Priloga

GARJE / SKABIES **(*Sarcoptes scabiei*) B86**

Klinična merila

Bolnik z značilnimi kožnimi spremembami in srbečico. Značilne kožne spremembe so: nekaj milimetrov dolgi, nekoliko dvignjeni, rdečkasto rjavi, nepravilno zaviti rovčki.

Predilekcijska mesta kožnih sprememb so neporaščeni predeli kože z manjšim izločanjem loja (predeli med prsti, pregibna stran zapestij, komolčni kotanji in koža nad komolcem, prednji pazdušni gubi, predel prsnih bradavic, popka in pasu, stična površina gluteusov in stegen, gleženj in pri moških spolovilo). Na hrbtu, glavi, vratu, dlane in podplatih se spremembe pri odraslih ne pojavljajo, pri dojenčkih so tudi na obrazu, dlane in podplatih.

Redka klinična oblika je **scabies norvegica** (crustosa): na pordeli koži so simetrično razporejene debele obloge lusk, ki zajamejo tudi obraz, lasišče in nohte, prizadeta koža je rdeča in se lušči, v luskah so številne pršice.

Laboratorijska merila

— dokaz pršic ali jajčec z mikroskopskim pregledom postružka kože z dodatkom 10 % KOH⁸;

— potrditev kožnih sprememb s pregledom z dermatoskopom.

Epidemiološka merila

— epidemiološka povezanost s primerom, ki je verjeten ali potrjen primer skabiesa.

Razvrstitev primera

A. Možen primer

Bolnik, ki izpolnjuje klinična merila.

B. Verjeten primer

Bolnik, ki izpolnjuje klinična in epidemiološka merila.

C. Potrjen primer

Bolnik, ki izpolnjuje klinična in laboratorijska merila.

Prijava: prijavi se možen, verjeten ali potrjen primer.

(Sočan M, Šubelj M, Grilc E et al: Definicije prijavljivih nalezljivih bolezni za namene epidemiološkega spremljanja: NIJZ, elektronski vir, 14. izdaja)

⁸Ključen je pravilni odvzem postružka kože. Na značilno kožno spremembo nanese mineralno olje in ga nato postrgamo.