

Diaper dermatitis – case report

Živa Prijatelj, Mateja Starbek Zorko

Izvleček

Vnetje kože pod plenico je najpogostejša kožna bolezen pri dojenčkih in malčkih. Prizadeta je predvsem koža, ki je v neposrednem stiku s plenico. Najpogostejši vzrok za vnetje kože pod plenico je iritativni kontaktni dermatitis, čeprav je možnih vzrokov vnetja kože pod plenico veliko, zato je za postavitev končne diagnoze ter za pravilno izbiro zdravljenja potrebno dobro poznavanje specialne dermatologije.

V članku bomo predstavili 2-letno deklico s klinično sliko en mesec trajajočega vnetja kože pod plenico, pri kateri smo postavili diagnozo luskavice, ki velja za redko kožno bolezen v tej starostni skupini.

Ključne besede: otrok, vnetje kože pod plenico; diferencialna diagnoza, luskavica.

Abstract

Diaper dermatitis is the most common skin disease in infants and toddlers. It mainly affects the skin that is in direct contact with the diaper. The most common cause of inflammation of the skin under the diaper is irritant contact dermatitis. However, there are many possible causes of inflammation of the skin under the diaper, so a good knowledge of specialist dermatology is required to make a definitive diagnosis and choose the right treatment.

In this article, we present a 2-year-old girl with the clinical picture of a month-long inflammation of the skin under the diaper, which we diagnosed with psoriasis, a rare skin condition in this age group.

Keywords: child, diaper dermatitis, differential diagnosis, psoriasis.



SLIKA 1: VNETHJE KOŽE POD PLENICO PRI 2-LETNI DEKLICI.
FIGURE 1: DIAPER DERMATITIS IN A 2-YEARS OLD GIRL

Uvod

Vnetje kože pod plenico se pojavi pri približno polovici dojenčkov. To je najpogostejši razlog za obiska osebnega pediatra zaradi bolezni kože (1).

V nadaljevanju predstavljamo klinični primer inverzne in vulgarne luskavice ter druge možne vzroke za vnetje kože pod plenico.

Prikaz primera

V otroški ambulanti Dermatovenerološke klinike Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani smo obravnavali 2-letno deklico zaradi več kot mesec dni trajajočega intenzivnega vnetja kože pod plenico ter ob tem tudi pojava luščečega se vnetega izpuščaja po udih, v popku ter v lasišču. Pred pojavom izpuščaja je bila deklica zdrava. Preden je deklica prišla k nam, so vnetje zdravili več kot en mesec. Sprva so vnetje kože pod plenico zdravili kot iritativni dermatitis in pogosteje menja-

li pleničke, uporabljali so negovalno mazilo preko dneva in zaščitili kožo s kremo z dodatkom cinka preko noči. Ker ni bilo izboljšanja, je osebni pediater posumil na glivično vnetje kože in začel lokalno zdravljenje s klotrimazolom. Tudi po tej terapiji je vnetje vztrajalo, izpuščaji so se iz predela pod plenico razširili po trupu, udih, v popok in lasišče. Zaradi širjenja kožnih sprememb je pediater kasneje pomislil na bakterijsko okužbo kože in svetoval lokalno zdravljenje s fusidno kislino. Ker terapija ni bila učinkovita, je zamenjal terapijo za mupirocin, a se je izpuščaj kljub temu širil, čez dan se je izpuščaj pridružil srbež, deklica se je težko umirila in zaspala. Nazadnje je pediater ukinil antibiotično terapijo in uvedel lokalni kortikosteroid metilprednizolonaceponat. Ker ob različni lokalni terapiji v več kot enem mesecu ni prišlo do izboljšanja, je deklico končno napotil na pregled v otroško ambulantno na Dermatovenerološko kliniko. Pred tem deklica nikoli ni imela težav s kožo, na splošno je bila zdrava, brez redne terapije, brez znanih alergij. Dru-

žinska anamneza za kronične kožne bolezni, luskavico ali atopijo je bila negativna.

Ob pregledu pri deklici nismo ugotavljali odstopanj od normalnega splošnega zdravstvenega stanja. V dermatološkem statusu je imela vidne ostro omejene, anularne, eritematozne in eritematoskvamozne plake perigenitalno, aksilarno, po zgornjih udih ekstenzivno, mestoma po trebuhu in hrbtu, v popku, po lasišču ter pod očesi. Prizadeta površina telesa (*angl.* body surface area, BSA) je bila ocenjena na 7 %, teža luskavice, merjena z indeksom PASI (*angl.* Psoriasis Area and Severity Index) je bila 7,9, ocena družinske obremenjenosti zaradi dermatološke bolezni otroka, merjena z indeksom FDLQI (*angl.* Family Dermatology Life Quality Index) pa 16, kar kaže na pomemben vpliv otrokove kožne bolezni na kakovost življenja družine.

Klinična slika je bila glede na umeštevitev in klinični izgled sprememb sumljiva za luskavico. Za dodatne preiskave, začetek ustreznega zdravlje-

Vzroki vnetja pod plenico, ki so povezani z uporabo pleníc	Vzroki vnetja pod plenico, ki niso povezani z uporabo pleníc
Iritativni dermatitis	Seboroični dermatitis
Alergijski kontaktni dermatitis	Atopijski dermatitis
Glutealni granulom	Luskavica
Jacquetov erozivni dermatitis	Impetigo
	Garje
	Langerhansova histiocitoza
	Prehransko pomankanje, pomankanje cinka
	Imunska pomankljivost
	Spolna zloraba otroka

TABELA 1: VZROKI VNETJA KOŽE POD PLENICO (2)
 TABLE 1: ETHIOLOGY OF DIAPER DERMATITIS (2)

nja ter izključitev drugih morebitnih vzrokov tovrstnega dermatitisa je bila deklica sprejeta na Otroški oddelek Dermatovenerološke klinike v Ljubljani.

Opravili smo dodatne preiskave krvi, s katerimi smo izključevali morebitne luskavici pridružene bolezni. V laboratorijskih izvidih ni bilo večjih odstopanj od normalnih rezultatov, le lipoproteini nizke gostote (LDL) so bili nekoliko povišani. Na oddelku smo takoj začeli izvajati lokalno zdravljenje. Na zelo vneta žarišča pod plenico smo pred prejemom mikološkega izvida sprva nanašali kombinirano mazilo s kortikosteroidom betameta-zondipropionatom ter anitimikotikom klotrimazolom, blago do zmerno vneta žarišča smo mazali z blago do zmerno močnim mazilom alklometazon. Ob tem smo vsak dan izvajali kopeli z anti-septičnim milom, po umivanju kožo celega telesa negovali in ob lokalnem zdravljenju na prizadete predele kože nanašali negovalno mazilo. Vnetje se je ob redni negi in lokalnem zdravljenju umirjalo, zato smo po 3 dneh na blago vneta mesta kože v pregibih,

popku in pod plenico uvedli lokalni imunomodulator pimecrolimus. Med hospitalizacijo je bila deklica ves čas neprizadeta, brez vročine, brez znakov prizadetosti srca in pljuč. Kožni simptomi so se ob lokalni terapiji in negi zadovoljivo umirili. Zato smo jo 5. dan hospitalizacije z navodili o nadaljnjem zdravljenju in negi odpustili v domačo oskrbo. Ob odpustu so bile vidne ostro omejene, rožnate makule in plaki v delnem upadanju ob spolovilih, po udih, trebuhu, hrbtu, lasišču ter blago eritemaste makule ingvinalno ter aksialno; BSA je bil 3 %.

Epidemiologija

Vnetje kože pod plenico je najpogostejša kožna bolezen pri dojenčkih in malčkih. Najpogostejše se pojavi med 9. in 12. mesecem starosti (2). Pojavi se pri približno 50 % dojenčkov in predstavlja približno 25 % obiskov primarnih pediatrov v zvezi z dermatološkimi težavami v prvem letu življenja (1).

Patofiziologija

Najpomembnejši dejavnik tveganja za nastanek vnetja kože pod plenico je povečana vlaga kot posledica nošenja pleníc. Vlaga povzroči povečano trenje in maceracijo, zaradi česar je koža bolj dovzetna za poškodbe in prodiranje kožnih mikroorganizmov ter drugih dražilnih snovi.

Bistveno vlogo imajo tudi spremembe v pH vrednosti kože. Zaradi razgradnje sečnine v urinu pride do povečanja pH vrednosti. Zato se poveča aktivnost fekalnih encimov, ki dodatno poškodujejo kožo. Kombinacija teh procesov povzroči kolonizacijo in okužbo z organizmi, kot so *Stafilococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* in *Candida albicans* (1).

Diferencialna diagoza

Vnetje kože pod plenico je lahko odraz različnih kožnih bolezni oz. dejavnikov. Najpogostejši je iritativni dermatitis,

sledijo glivična vnetja zaradi kandidate ter seboroični dermatitis. Nekoliko redkejša sta bakterijsko vnetje in garje, zelo redki vzroki pa so luskavica, pomanjkanje cinka, glutealni granulom, Langerhansova histiocitoza ali celo spolna zloraba otroka.

Iritativni kontaktni dermatitis

Iritativni kontaktni dermatitis je najpogostejši vzrok vnetja kože pod plenico. Predstavlja kožni odziv na toksične in fizične dejavnike. Verjetnost razvoja bolezni se povečuje s trajanjem, intenzivnostjo in koncentracijo snovi (3).

Do iritativnega dermatitisa pod plenico pride najpogosteje med 3. in 9. mesecem starosti. Značilen je pojav ostro omejene rdečine po konveksnih predelih kože pod plenico. Pri hujšem vnetju se pojavi rosenje ali celo erozije. Značilna je odsotnost bolezenskih sprememb v kožnih gubah. Nekateri dojenčki so zanj bolj dovzetni, še posebno ob raznih okužbah, ko prejemajo antibiotično zdravljenje, ali ob driskah, ne glede na etiologijo. Toplo, vlažno okolje pod plenico ter kolonizacija z bakterijami in glivami dodatno prispevata k pojavu bolezenskih znakov. Dojenčki z atopijsko predispozicijo in ihtiozami imajo že primarno okrnjeno zaščitno pregrado povrhnjice in so bolj dovzetni za iritativni dermatitis (4).

Seboroični dermatitis

Seboroični dermatitis je vnetna kožna bolezen, ki se kaže s papuloskvamoznimi spremembami na seboroičnih predelih telesa, predvsem po lasišču, obrazu ter v gubah.

Pri dojenčkih se pogosto kaže v obliki debelih, mastnih, rumenkastih lusk na močno pordeli podlagi. Prve spremembe so običajno po lasišču, za ušesi, po obrazu. Pod plenico pogosto vidimo difuzno pordelo kožo z zlivajočimi

se plaki in nežnimi luskami. V gubah, kjer je pogosto pridružena sekundarna okužba s kvasovkami, je prisotna še maceracija. Večinoma se seboroični dermatitis pojavi v prvih treh mesecih življenja v blagi, samoomejujoči obliki in v večini primerov spontano izzveni do prvega leta starosti (4, 5).

Kandidamicetični dermatitis pod plenico

Kandidiaza je oportunistična okužba povzročena s kvasovkami iz rodu *Candida*. Poznamo več vrst kandid, najpogostejši povzročitelj pleničnega dermatitisa pa je *Candida albicans* (6). Dojenčki so v prvih mesecih zelo dovzetni za kandidamicetični dermatitis pod plenico, ki se kaže z difuzno pordelimi plaki z obrobni luščenjem in satelitnimi pustulami. V primerjavi z iritativnim dermatitisom so pri kandidi prizadete predvsem oz. tudi gube (2). Diagnozo postavimo glede na tipično klinično sliko, če je mogoče, pa okužbo potrdimo z mikološkim pregledom.

Impetigo

Impetigo je napogostejša okužba kože pri otrocih, starih od 2 do 5 let. Poznamo dve vrsti impetiga: nebulozni, ki je pogostejši in se pojavlja v 70 % primerov, ter redkejši bulozni (7).

Nebulozni impetigo povzroča v *Streptococcus pyogenes* in se kaže z 1 do 2 mm velikimi pustulami, napolnjenimi s serozno tekočino. Ko mehurček počí, nastane na tem mestu erozija, prekrita z medeno krusto. Spremembe pogosto srbijo ali rahlo pečejo. Zaradi praskanja se okužba hitro širi na ostale neprizadete dele telesa (7).

Bulozni impetigo povzroča *Staphylococcus aureus*. Mehurji so večji kot pri nebuloznem impetigu in so posledica stafilokoknega toksina, ki povzroča lizo keratinocitov v granuloznem delu epidermisa. Na nespremenjeni koži

nastane bister mehurček, ki v nekaj urah pomotni zaradi številnih levkocitov. Pokrov je debelejši kot pri streptokonem impetigu. Na dnu mehurčka je gnoj. Ko mehurček počí, nastane erozija, pokrita z motno krusto zeleno-rjave barve (8).

Če začnemo zdravljenje takoj, ko nastane prva sprememba, večino bolezni pozdravimo že z lokalnimi antibiotičnimi mazili. Lahko pa pride do hitre širitve bolezni, do povišane telesne temperature, znakov sistemske prizadetosti, lahko celo do zapleta, kot je glomerulonefritis. Zato ti bolniki potrebujejo sistemsko antibiotično zdravljenje in neredko tudi hospitalizacijo (7).

Garje

Garje povzroča pršica *Sarcoptes scabiei* var. *Homini*, človeški parazit. Je nalezljiva kožna bolezen, ki se kaže z nekaj milimetrov dolgimi, rdeče-rjavimi, nekoliko dvignjenimi in zavitimi rovčki. Prisotne so tudi majhne papule, prekrte s krustami ter eksoriacije (9). Za bolezen je značilno močno srbenje, ki se okrepi zlasti ob ležanju v topli postelji (10). Mesta, na katerih največkrat najdemo kožne spremembe, so predeli med prsti rok in nog, upogibna stran zapestij in gležnji, prednji pazdušni gubi, prsne bradavice, predel popka in pasu, stična površina gluteusov in stegen ter pri moških spolovilo. Pri dojenčkih se v nasprotju z večjimi otroki in odraslimi spremembe pojavijo tudi na obrazu, na lasišču ter po dlaneh in podplatih. Nekaj tednov po uspešno končanem zdravljenju se lahko pri manjših otrocih v pazduhah, dimljah ter v predelu pod plenico, predvsem na skrotumu in penisu, pojavijo večje papule ali vozli, imenovani skabični granulomi, ki predstavljajo vnetno reakcijo na antigene razpadlih parazitov (11).

Okužimo se predvsem s tesnim telesnim stikom, po dolgotrajnem držanju za roke, spanju v isti postelji ali po

spolnem stiku. Prenos s priložnostnim dotikom, kot je rokovanje ali objem, običajno ne predstavlja nevarnosti za okužbo (10).

Luskavica

Luskavica je kronična, imunsko posredovana vnetna dermatoza. Poleg kože lahko prizadene tudi lasišče, nohte in sklepe. Navadno bolnika spremlja vse življenje (12).

Natančen vzrok bolezni ni znan. Zadnje čase ugotavljajo, da gre najverjetneje za avtoimunsko bolezen, posredovano s Th 17 limfociti. Velik vpliv na pojav bolezni ima tudi genetska predispozicija, dejavniki okolja ter človeški levkocitni antigeni (HLA). Sprožilci so lahko okužbe, stres, alkohol, kajenje, debelost, hladno vreme, hipokalcemija, mehanične, kemične ali radiacijske poškodbe ali zdravila, kot so na primer antagonisti adrenergičnih receptorjev beta, litij, antimalariki in steroidi (12).

Luskavica se kaže z ostro omejenimi papulami, prekritimi z luskami, ki se združujejo v večje plake. Luse so srebrnkaste barve in se luščijo. Pri struganju plasti na plaku se na koncu pokažejo značilne pikčaste krvavitve – t. i. Auspitzov fenomen. Za bolezen je značilno, da se pojavlja na mestih draženja ali blažje poškodbe kože – t. i. Köbnerjev fenomen (13). Pri otrocih so spremembe sprva bolj pordele, manj zadebeljene ter pogosto srbijo, sicer pa je bolezen klinično podobna kot pri odraslih. Najpogostejše so prizadeti lasišče, iztezni deli udov, predvsem koža komolcev in kolen; psoriatični plaki so tudi po trupu. Otroci imajo pogostejše prizadet obraz, uhlje in pregibe. Pred 2. letom starosti se luskavica pogosto kaže kot vnetje, rdečina in luščenje pod plenico in v drugih sebo-roičnih predelih (14).

Glede na starost bolnikov ob prvem izbruhu luskavice razlikujemo 2 tipa bolezni:

- **Tip 1 ali zgodnja luskavica** se prične pred 40. letom starosti, ima pozitivno družinsko obremenitev ter je povezana s HLA antigeni.
- **Tip 2 ali pozna luskavica** se prične po 40. letu starosti, družinska obremenitev je negativna in tu ni prisotnih HLA antigenov.

Glede na mesta prizadete kože in obliko sprememb ločimo več vrst luskavic:

- **Luskavica v plakih:** To je najpogostejši tip luskavice, ki prizadene 85–90 % bolnikov z luskavico. Kaže se z ostro omejenimi plaki, simetrično razporejenimi po telesu, predvsem po lasišču, komolcih in kolenih.
- **Gutatna luskavica:** Ta oblika luskavice se pojavi po streptokokni okužbi v obliki majhnih, okroglih sprememb, ki so razporejene po trupu. Največkrat prizadene otroke in mlade.
- **Luskavica nohtov:** Luskavica se lahko kaže tudi s spremembami na nohtih rok in nog. Lahko se kaže kot drobne vdolbinice v nohtih, oljni madeži, hiperkeratoza pod nohtom, distrofija nohta ali drobne podnohtne krvavitve.
- **Inverzna ali intertriginozna luskavica** se kaže s prizadetostjo kože v dimljah, aksialno, inframamarno ter glutealno. Pri otrocih se kaže s trdovratnim izpuščajem pod plenico in je najbolj pogost pojav luskavice pri dojenčkih in majhnih otrocih (12).
- Med redkimi pojavi luskavice v otroštvu pa sta **eritrodermična** in **pustulozna** oblika bolezni.

Pri naši bolnici je šlo za inverzno luskavico z zelo močno prizadeto kožo ob spolovilih ter s posameznimi ostro omejenimi, eritematoskvamoznimi plaki po udi, trebuhu, hrbtu ter po lasišču.

Zdravljenje luskavice

Luskavica je kronična bolezen, ki jo s sodobnimi načini zdravljenja zelo učinkovito obvladujemo, vendar je žal še vedno ne moremo ozdraviti.

Na voljo so številni načini zdravljenja, od fizikalnih metod do zdravljenja z lokalnimi in sistemskimi zdravili. Zdravljenje je prilagojeno vsakemu posamezniku in je odvisno od aktivnosti bolezni, vpliva bolezni na kakovosti življenja, pridruženih bolezni ter starosti bolnika (15).

Glede na razširjenost sprememb po koži razdelimo luskavico v blago, zmerno hudo in hudo obliko luskavice. Bolnikom z blažjo obliko luskavice zadovoljivo blaži bolezen že lokalno zdravljenje. 20 % bolnikov, ki zbolijo za zmerno do hudo obliko luskavice, pa poleg lokalnega zdravljenja potrebuje še fototerapijo ali sistemsko zdravljenje (16).

Zdravljenje luskavice pri otrocih in adolescentih je zapleteno, saj imamo v tej starostni skupini omejene možnosti zdravljenja, posebnih evropskih smernic za zdravljenje luskavice otrok in mladostnikov pa zaenkrat nimamo (17).

Za lokalno zdravljenje otrok uporabljamo indifferenčna mastna mazila za odstranitev lusk ter oljne kape z mešanico olivnega in ricinusovega olja ali salicilno kislino v nizki koncentraciji za odstranitev lusk iz lasišča. Po odstranitvi lusk predpišemo kortikosteroidne pripravke, za katere izbiramo blage do srednje močne pripravke (14). Poleg lokalnih kortikosteroidov lahko luskavico uspešno zdravimo tudi z derivati vitamina D, kot je kalcipotriol, za adolescente občasno uporabljamo tudi kombinirane pripravke s steroidi in kalcipotriolom. Predvsem za obraz in zmerno vnetja žarišča v pregibih, perianalno ali perigenitalno predpisujemo tudi lokalne imunomodulatorje, kot sta pimekrolimus oz. takrolimus, ki pa v Sloveniji nista registrirana za zdravljenje luskavice (14, 18).

Če lokalna terapija ni dovolj uspešna, lahko v določenih centrih večje otroke in adolescente zdravijo s fototerapijo (UVA ali UVB 311) (17).

Pri otrocih in mladostnikih, ki ne odgovorijo zadostno na lokalno in/

ali fototerapijo, pričnemo s sistemskim zdravljenjem. Med sistemskimi možnostmi zdravljenja luskavice je v svetu še vedno najpogostejše predpisan metotreksat, druga možnost je ciklosporin, ki se uporablja za krajša obdobja, ob poslabšanih boleznih. Retinoidi se uporabljajo redkeje in so priporočeni predvsem za zdravljenje redkejših oblik bolezni, kot so palmoplantarna eritrodermična ali pustulozna oblika luskavice (17).

Ko zmerne do hude oblike luskavice ne uspemo uspešno obvladati ali za konvencionalno zdravljenje obstajajo zadržki oz. kontraindikacije, pa se odločimo za biološko zdravljenje. Trenutno imamo v Sloveniji za zdravljenje luskavice v otroštvu in adolescenci na voljo 5 različnih bioloških zdravil, ki sodijo v skupine zaviralcev TNF- α , IL-12/IL-23 ali IL-17A (17).

Zaključek

Vnetje kože pod plenico je najpogostejše posledica iritativnega kontaktnega dermatitisa. Vendar je treba vedno pomisliti tudi na druge možne vzroke in glede na klinično sliko oceniti, ali gre morda za druge, redkejše vzroke ali bolezni. V prispevku obravnavamo klinični primer otroka z luskavico, ki se je sprva kazala kot dolgotrajno in trdovratno vnetje kože pod plenico.

Ko imamo pred seboj otroka z vnetjem pod plenico, se moramo zavedati, da je za postavitev prave diagnoze in uspešno zdravljenje bolezni potrebna dobra anamneza, natančen pregled kože celotnega telesa ter dobro obvladanje znanja s področja specialne dermatologije. Pri postavitvi končne diagnoze ter odločitvi o zdravljenju nam v izbranih primerih lahko pomagajo tudi dodatne laboratorijske preiskave. Le ob postavitvi prave diagnoze lahko uspešno obvladujemo osnovno bolezen oz. zdravimo vnetje kože pod plenico in preprečujemo morebitne ponovitve.

Literatura

1. Benitez Ojeda BA, Mendez DM, Diaper Dermatitis, PubMed 2023. Dosegljivo na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559067/>
2. Kimberly AH, Moise LL, Jan ED, Rosamaria C. Diaper dermatitis, UpToDate 2024. Dosegljivo na: <https://www.uptodate.com/contents/diaper-dermatitis>
3. Litchman G, Nair AP, Atwater RA, Bhut SB, Contact Dermatitis, PubMed 2023. Dosegljivo na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459230/#article-20379.s2>
4. Dragoš V. Vnetje kože pod plenico. Izbrana poglavja iz otroške dermatologije, zbornik tečaja. Dermatovenerološka klinika, UKC Ljubljana, Združenje slovenskih dermatologov, september 2023: 5-8.
5. Tucker D, Masood S, Seborrheic Dermatitis, PubMed 2024. Dosegljivo na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31869171/>
6. Arya NR, Naureen BR, Candidiasis, PubMed 2024. Dosegljivo na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32809459/>
7. Hartman AH, Banvard C, Juckett G., Impetigo: diagnosis and treatment, PubMed 2014. Dosegljivo na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25250996/>
8. Točkova O. Bakterijske okužbe kože. Izbrana poglavja iz otroške dermatologije, zbornik tečaja. Dermatovenerološka klinika, UKC Ljubljana, Združenje slovenskih dermatologov, september 2023:13-16.
9. Murray LR, Crane SJ, Scabies, PubMed 2023. Dosegljivo na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31335026/>
10. Dosegljivo na: <https://niz.si/nalezljive-bolezni/nalezljive-bolezni-od-a-do-z/garje-scabies/>
11. Starbek Zorko M. Ektoparazitoze. Izbrana poglavja iz otroške dermatologije, zbornik tečaja. Dermatovenerološka klinika, UKC Ljubljana, Združenje slovenskih dermatologov, september 2023:13-16.
12. Pragya AN, Talel B., Psoriasis, PubMed 2023. Dosegljivo na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448194/#article-27961.s3>
13. Arzenšek J, Miljković J. Eritematoskvamozne kožne bolezni. V: Kanský A, Miljović J (ur.). Kožne in spolne bolezni. Ljubljana: Združenje dermatovenerologov, 2009, str. 267-276.
14. Starbek Zorko M. Eritematoskvamozne dermatoze. Izbrana poglavja iz otroške dermatologije, zbornik tečaja. Dermatovenerološka klinika, UKC Ljubljana, Združenje slovenskih dermatologov, september 2023:44-48.
15. Trčko K. Zdravljenje luskavice s sistemskimi zdravili. V: Jagarinec KK. Psoriza, luskavica, Maribor: Društvo psoriatikov Slovenije, 2019: 38-42
16. Ručigaj PT. Lokalno zdravljenje luskavice. V: Jagarinec KK. Psoriza, luskavica, Maribor: Društvo psoriatikov Slovenije, 2019: 20-30
17. Starbek Zorko M. Sistemsko zdravljenje težkih oblik luskavice in atopijskega dermatitisa. Izbrana poglavja iz otroške dermatologije, zbornik tečaja. Dermatovenerološka klinika, UKC Ljubljana, Združenje slovenskih dermatologov, september 2023:49-53.
18. Starbek Zorko M. Inverzna luskavica in luskavica genitalnega predela. V: Jagarinec KK. Psoriza, luskavica, Maribor: Društvo psoriatikov Slovenije, 2019: 64-69.

doc. dr. Mateja Starbek Zorko, dr. med., spec. dermatovenerologije* (kontaktna oseba / *contact person*)
Dermatovenerološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Gradiškova ulica 10, 1000 Ljubljana, Slovenija
e-naslov: matejastarzbekzorko@gmail.com

Živa Prijatelj, dr. med.
Zdravstveni dom Ajdovščina, Ajdovščina, Slovenija

prislo / received: 11. 12. 2024
sprejeto / accepted: 11. 2. 2025

Prijatelj Ž, Starbek Zorko M. Vnetje kože pod plenico – prikaz primera. Slov Pediatr 2025; 32(1): 28–33. <https://doi.org/10.38031/slovpediatr-2025-1-05>.