

Otrok z bolečinami v sklepih v ambulantni pediatri na primarni ravni

Child with joint pain at the primary care level

David Horvat, Denis Baš

Izvleček

Sklepne bolečine pri otrocih so pogost razlog za obisk v ambulantni pediatri na primarni ravni. Čeprav so v večini primerov nenevarne in prehodne, pa so lahko prvi znak resnih stanj, kot so poškodba, septični artritis, juvenilni idiopatski artritis ali maligne bolezni. Klinični pristop na primarni ravni zahteva poglobljeno anamnezo, temeljit mišično-skeletni pregled ter razlikovanje med diagnozama artralgijs in artritisa. Na podlagi anamneze in opredelitve stanja po pregledu se zdravnik odloči za laboratorijske in slikovne preiskave. Ob prisotnosti t.i. alarmnih znakov pa otroka pravočasno napoti na nadaljnjo obravnavo.

Za osvetlitev izzivov, s katerimi se na primarni ravni srečujejo pediatri v praksi, je bila med primarnimi pediatri izvedena spletna anketa. Rezultati so pokazali, da so največje težave povezane z omejenim dostopom do osnovnih preiskav in z negotovostjo pri izvedbi usmerjenega kliničnega pregleda. Pediatri kot možne rešitve omenjajo dostopnost navodil za starše, izvajanje izobraževalnih delavnic za zdravnike in možnosti za strokovno posvetovanje.

Ključne besede: artralgijs, primarno zdravstveno varstvo, mišično-skeletna bolečina, bolezni sklepov.

Abstract

Joint pain is a common reason for a child's visit to primary care. While most cases are benign and self-limiting, joint pain may be the first manifestation of serious underlying conditions such as trauma, septic arthritis, juvenile idiopathic arthritis, or malignancy. An effective clinical approach in primary care requires a thorough history, often relying heavily on heteroanamnesis, a detailed musculoskeletal examination, and careful differentiation between arthralgia and arthritis. Based on clinical findings, the paediatrician determines the need for laboratory and imaging studies and, when red flags are identified, ensures timely referral to a specialist.

To highlight the challenges faced by paediatricians in primary care when managing joint complaints in children, an online survey was conducted. The results revealed that the main difficulties relate to limited access to basic diagnostic imaging and uncertainty in performing focused musculoskeletal assessments. As potential solutions, respondents emphasised the need for accessible, parent-oriented educational materials, hands-on workshops for paediatricians, and improved access to specialist consultations.

Key words: arthralgia; joint diseases; musculoskeletal pain; primary health care.

Uvod

Simptomi in znaki mišično-skeletnega (MS) sistema so pri otrocih pogost razlog za obisk izbranega pediatra ali dežurne službe. Težave lahko izvirajo iz različnih tkiv, ki morda niti niso del MS sistema. Zato je potreben pristop, ki bo predvidel široko paleto možnih diagnoz. Ključnega pomena je poglobljena avto- in heteroanamneza (pri otrocih je izrazito pomembna). Posebno pozornost posvetimo družinski anamnezi. Sledi temeljit klinični pregled, usmerjen v MS, ki ga izvajamo ob upoštevanju otrokove starosti in najverjetnejših diagnoz, značilnih za posamezno razvojno obdobje (1).

Epidemiologija mišično-skeletne bolečine pri otrocih

Raziskave v različnih državah so pokazale, da se MS bolečina razvije pri 4–5 % otrok. Z odraščanjem se pogostost bolečin v MS sistemu povečuje, izrazito pogoste pa so v obdobju mladostništva. Bolečina je pri otrocih najpogostejši simptom MS bolezni, pridruženi so ji lahko tudi šepanje, okorelost, utrujenost in mišična oslabeledlost (2). Pregledi zaradi bolečin v MS sistemu predstavljajo okoli 15 % vseh obiskov pri pediatru (3). Prevalenca MS bolečin je ocenjena med 8,5 % in 40 %. Otroci pa najpogosteje poročajo o bolečini v stopalu, kolenu, hrbtu ali vratu. Po novejših raziskavah je pojavnost sklepnih bolečin v otroštvu višja pri dečkih, medtem ko v odrasli dobi pogosteje prizadenejo ženske (4).

Pristop k otroku z bolečinami v sklepih na primarni ravni

Obravnava otroka z bolečinami v sklepih na primarni ravni zahteva strukturiran in premišljen klinični pristop (Slika 1). Bistveno je ločevanje med artralgiijo (bolečino v sklepu, brez objektivnih znakov vnetja) ter artritisom (klinični znaki vnetja sklepa) zaradi načrtovanja nadaljnjih preiskav, ki so odločilne za postavitev diagnoze in izbiro ustreznega zdravljenja. Artri-

tis je lahko znak številnih infekcijskih, revmatskih, ortopedskih ali malignih bolezni (5). Za postavitev diagnoze je nadvse pomembna natančna anamneza s poudarkom na preteklih boleznih in družinski anamnezi ter celosten klinični pregled, ki nas usmeri k najverjetnejši diagnozi in k morebitnim dodatnim diagnostičnim postopkom (3, 5). Pozornost posvetimo tudi trajanju simptomov, številu prizadetih sklepov, morebitnemu vzorcu vključenih sklepov, prisotnosti entezitisa, sistemskim znakom, nočni bolečini in jutranji okorelosti. Pomembno se je zavedati široke palete možnih vzrokov in nato ciljno usmeriti obravnavo (3).

Večina bolečin je benignega izvora, nekatere pa so lahko prvi znak resnih stanj, kot so denimo poškodba, primarne in sekundarne maligne bolezni, septični artritis, osteomielitis in zlomba otroka (1). Zavedati se moramo tudi, da stopnja omejene gibljivost in jakost bolečine ne odlikavata vedno resnosti bolezni (Tabela 1), poleg tega pa bolečino otroci pogosto težko opredelijo (5, 6).

Neredko se, glede na anamnezo in klinični status, odločimo za laboratorijske preiskave in včasih tudi slikovno diagnostiko za opredelitev vzroka nastalih težav (1, 5). Ob sumu na okužbo opravimo t. i. kompletno krvno sliko, določanje hitrosti sedimentacije eritrocitov (SR), raven C-reaktivnega proteina (CRP) in odvzem hemokulture. Od slikovnih diagnostičnih metod sta za obravnavo na primarni ravni najbolj primerni preiskavi rentgenogram (RTG) skeleta (izključevanje poškodb skeleta ali žariščnih sprememb kostnine) in ultrazvočna preiskava (UZ) ob sklepni strukturi ter drugih mehkih tkiv (7).

Seznam diferencialnih diagnoz ob kostno-mišični bolečini je dolg. S praktičnega vidika lahko diagnoze razdelimo glede na starost otrok in anatomsko razporeditev (Tabela 2), v pomoč pa je tudi opredelitev trajanja težav na akutne, subakutne in kronične (1).

Usmerjen klinični pregled MS sistema je sestavljen iz pregleda sklepov in oce-

ne mehkih tkiv ter iskanja prisotnosti morebitnih sistemskih znakov (izpuščaji, obarvanost kože, spremembe na nohtih, sluznične razjede, kožne vzbrsti, alopecija, limfadenopatija, hepatosplenomegalija in nevrološki status) (1, 3). Pri pregledu moramo vedno imeti v mislih tudi možnost t. i. prenesene bolečine (npr. ob bolečini v predelu kolena ali stegna je lahko v resnici poškodovan kolčni sklep) (5). V primeru bolečin enega uda, se vedno najprej posvetimo neboleči strani in pregled bolečega uda opravimo proti koncu pregleda. Če otrok šepa, pozorno opazujemo vse sklepe noge med izvajanjem hoje, lahko že ob prihodu v ambulantno (7).

Strukturiran pregled izvedemo po t. i. pGALS pripomočku (pediatrični GALS; (angl. *pediatric gait, arms, legs, spine, pGALS*), s katerim lahko umestimo prizadete sklepe po natančnem pregledu hoje, rok, nog in hrbtenice otroka. V pomoč nam je pri zgodnjem odkrivanju sprememb sklepov, omogoča pravočasno napotitev k ustreznemu specialistu in s tem ugodnejši izid bolezni (9).

Pri prizadetosti enega sklepa se moramo vedno prepričati, da ne gre za okužbo s piogenimi bakterijami ali z *B. burgdorferi*, poškodbo, novotvorbo, aseptično nekrozo ali epifiziolizo (5). Pozorni smo na znake t. i. alarma oz. »rdeče zastavice«, ki lahko kažejo na resnejšo bolezen in nas usmerjajo v pospešeno diagnosticiranje ter v nadaljnjo obravnavo na sekundarni oz. terciarni ravni. Sem sodi bolečina, ki je hujša po počitku in se z aktivnostjo ublaži, jutranja okorelost ali bolečina, nočna bolečina, ki ne popusti po analgeziji ali masaži, prisotnost sistemskih znakov (vročina, nočno potenje, izguba teže, neješčost, oslabeledlost ...), mišična oslabeledlost, občutljivost kosti na dotik ali obremenitev, slabša rast ali izguba teže in odstopanja v izvidih laboratorijskih ali slikovnih preiskav (1).

Nemalokrat se zgodi, da alarmni znaki niso prisotni, bolečine pa vseeno vztrajajo ali se redno pojavljajo in slabšajo kakovost življenja otrok. Eden

Jakost bolečine	Blaga	Zmerna	Huda
Verjetnejše diagnoze	Borelijski artritis	Poškodba	Poškodba
	JIA	Reaktivni artritis	Septični artritis
	HSP	Preobremenitev sklepa	Infarkt kosti
	Perthesova bolezen	Osteoid osteom	Levkemija, metastaze
		JIA, HSP	Povečano zaznavanje bolečine
		Epifizioliza kolka	

TABELA 1. ZNAČILNA JAKOST BOLEČINE V SKLEPIH PRI NEKATERIH BOLEZNIH (6).
 TABLE 1. CHARACTERISTIC INTENSITY OF JOINT PAIN IN VARIOUS CONDITIONS (6).
 JIA: juvenilni idiopatski artritis; HSP: Henoch-Schönleinova purpura.

Starost	Lokalizirana bolečina	Difuzna/multifokalna bolečina
< 3 let	Spiralni zlom golenice pri malčku Razvojna displazija kolka Prehodni sinovitis	-
3-10 let	Prehodni sinovitis Perthesova bolezen Rastne bolečine/benigna nočna bolečina udov	Bolečina povezana s hiper mobilnostjo
11-18 let	Epifizioliza kolkov Izvensklepne osteohondroze (Osgood-Schlatter, Sinding-Larsen, idr.) Kompleksni regionalni bolečinski sindrom Sindrom preobremenitve sklepa	Difuzni idiopatski bolečinski sindrom Bolečina povezana s hiper mobilnostjo
vse starosti	Poškodba (prisotnost tujka, udarec) Oligoartikularni JIA Okužba (septični artritis, osteomielitis) Malignomi (kosti, mehkih tkiv)	Poliartikularni JIA Levkemija Nevroblastom

TABELA 2. NAJVERJETNEJŠE DIAGNOZE GLEDE NA STAROST OTROK IN ANATOMSKO RAZPOREDITEV (1, 7).
 TABLE 2. AGE- AND LOCATION-BASED DIFFERENTIAL DIAGNOSES IN CHILDREN (1, 7).
 JIA: juvenilni idiopatski artritis.

Lastnost	Značilnosti rastnih bolečin
Lokacija bolečine	Ponavadi obojestranska bolečina; najpogostejše v predelu spodnjih okončin - meča, golen, podkolenska kotanja, stegno.
Časovna komponenta bolečine	Pozno popoldne ali zvečer, lahko zbuja, zjutraj izzveni. Ponavadi 1-2x na teden Lahko odsotna nekaj dni/tednov. Ni vezana na aktivnost.
Jakost bolečine	Jakost se ne spreminja s časom; masaža/analgetiki jo ublažijo.
Najdbe v statusu	Brez znakov patologije.
Diagnostika	Laboratorijske in slikovne preiskave pri značilni klinični sliki niso potrebne. Če jih vseeno opravimo, so izvidi normalni.

TABELA 3. KLINIČNE ZNAČILNOSTI V SKLADU Z DIAGNOZO RASTNE BOLEČINE, PRIREJENO PO LEHMAN PJ, CARL RL. GROWING PAINS (10, 12).
 TABLE 3. CLINICAL FEATURES CONSISTENT WITH THE DIAGNOSIS OF GROWING PAINS, ADAPTED FROM LEHMAN PJ, CARL RL. GROWING PAINS (10, 12).

najpogostejših nenevarnih vzrokov za ponavljajoče se MS bolečine pri otroku so rastne bolečine (Tabela 3), imenovane tudi “benigne nočne bolečine udov v otroštvu” ali “ponavljajoče se bolečine udov v otroštvu” (10). V raziskavi, ki je vključevala 532 otrok, starih 4–12 let, je merila za diagnozo rastnih bolečin izpolnjevalo 24,5 % otrok (11).

Etiologija rastnih bolečin še vedno ni pojasnjena. Nekateri od dejavnikov, ki naj bi botrovali pojavu rastnih bolečin, so preobremenitev sklepa, osteopenija, sprememba prekrvitve v bolečih predelih, hiper mobilnost sklepov, pomanjkanje vitamina D, pozitivna družinska anamneza rastnih bolečin in nekatere vedenjske motnje (12). Diagnostična merila po Petersonu opredeljujejo rastne bolečine kot občasne bolečine, ki se pojavljajo nekaj dni v tednu, načeloma pozno popoldne ali ponoči, večinoma v predelu spodnjih udov in obojestransko, pomemben pa je tudi neprisotnost znakov vnetja (10, 12). Kljub temu, da se večina rastnih bolečin spontano razreši do nastopa mladostništva in specifično zdravljenje ni potrebno, so bolečine zaskrbljujoče za večino otrok in staršev. Zato se je z njimi smiselno pogovoriti o naravi rastnih bolečin in tako vsaj nekoliko zmanjšati njihovo tesnobo. Velikokrat bolečino omilijo raztezne vaje, masaža in topli obkladki, lahko pa se predpiše tudi nesteroidne antirevmatike (10).

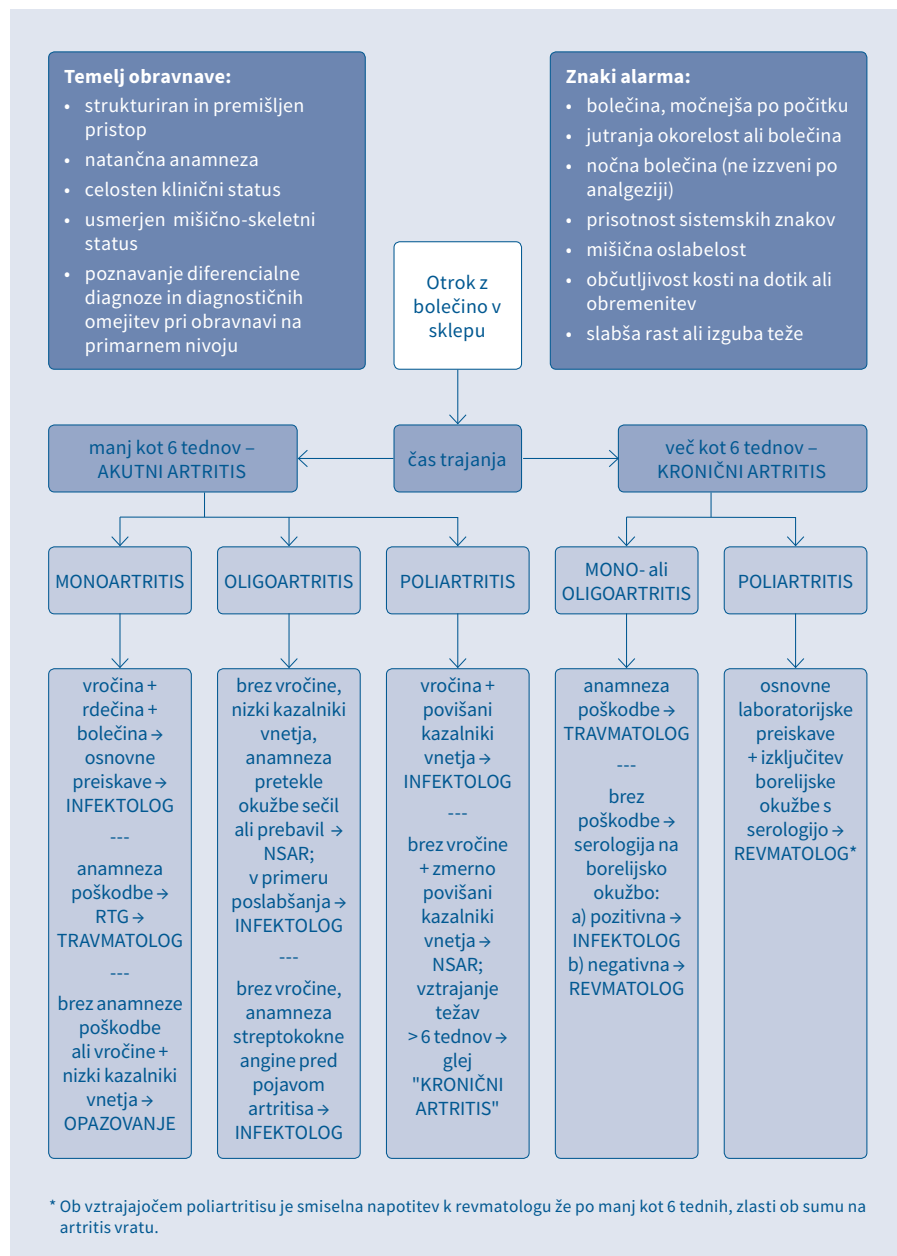
Izzivi na primarni ravni

Večina bolečin v sklepih pri otrocih je nenevarnih in sčasoma izzvenijo, tudi ob podpori t.i. konzervativnega zdravljenja. Včasih anamneza in klinični status ne privedeta do jasne diagnoze, težave pa vztrajajo; tedaj naj primarni pediater poseže po nadaljnjih preiskavah z namenom izključiti nevarne vzročne bolezni. Ob tem se lahko pojavi več izzivov in preprek, ki lahko čas do potrditve diagnoze pomembno podaljšajo. Za osvetlitev najpogostejših in najpomembnejših težav, s kate-

rimi se pediater na primarni ravni pri obravnavi otroka s tovrstnimi težavami srečuje, smo v maju 2025 pripravili anonimno spletno anketo, ki je bila preko seznama pediatrov na primarni ravni in šolskih zdravnikov posredovana na naslove 410 članov. Odzvalo se je 100 pediatrov, od katerih dve tretjini svoje delo opravljata v t.i. bivalentni ambulanti (za predšolske in šolske otroke, dobra petina dela v ambulanti za predšolske otroke, 12 % pa je zaposlenih v ambulanti za šolske otroke. Nekaj več kot polovica anketiranih opravlja delo pediatra na primarni ravni manj kot 10 let, okoli tretjina pa jih to delo opravlja že več kot 20 let. Polovica anketiranih se sreča z otrokom, ki navaja bolečine v sklepih, vsaj enkrat na teden.

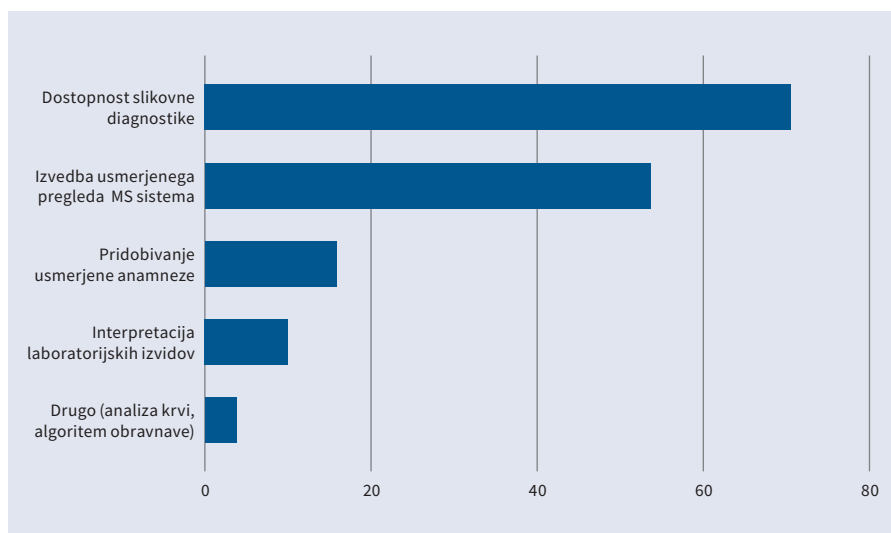
Pri obravnavi otroka z bolečinami v sklepih se pediater na primarni ravni sreča z mnogimi izzivi (Slika 2). Najpogostejše omenjeni problem je dostopnost osnovnih slikovnih preiskav (pri 71 % anketiranih UZ in RTG nista na voljo med celotnim delovnim časom). Več kot polovici anketiranih zdravnikov pa izziv predstavlja izvedba usmerjenega pregleda MS sistema. Podobno so ugotavljali tudi v britanski raziskavi, v kateri so pri 346 zdravnikih (vključeni specializanti in specialisti različnih specialnosti) določali raven samozavednosti pri izvajanju usmerjenega pregleda posameznih organskih sistemov. Pri preiskavah MS sistema je petina vključenih izrazila, da so brez samozavednosti (med pediatri je bil delež nekoliko nižji), dobra polovica pa je bila zgolj nekoliko bolj suverena (13). Večini naših anketirancev pridobivanje usmerjene anamneze in interpretiranje laboratorijskih izvidov ne predstavljata večjega izziva.

Vsi anketirani zdravniki imajo dostop do osnovne analize krvi (hemogram in diferencialna krvna slika), 98 % pa jih ima na voljo tudi določanje ravnih vnetnih kazalnikov (CRP in SR). Navedene laboratorijske preiskave so ključne za razločevanje med nenevarnimi, infekcijskimi, vnetnimi in malignimi vzroki MS bolečin (14). Dostopnost do serološke preiskave za povzročitelja B.

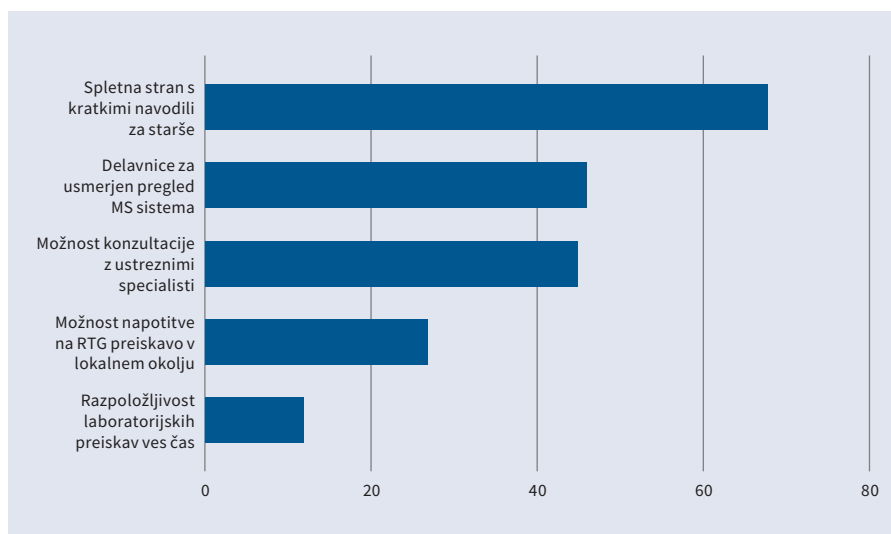


SLIKA 1. ALGORITEM OBRAVNAVE OTROKA S SKLEPNO BOLEČINO, PRIREJENO PO SETNIKAR G, TOPLAK N. ARTRITIS PRI OTROKU IN MLADOSTNIKU (1, 8).

FIGURE 1. DIAGNOSTIC ALGORITHM FOR THE ASSESSMENT OF JOINT PAIN IN CHILDREN, ADAPTED FROM SETNIKAR G, TOPLAK N. ARTRITIS PRI OTROKU IN MLADOSTNIKU (1, 8).



SLIKA 2. IZZIVI PEDIATROV PRI OBRAVNAVI OTROKA S SKLEPNO BOLEČINO NA PRIMARNI RAVNI.
FIGURE 2. CHALLENGES FOR PEDIATRICIANS IN TREATING A CHILD WITH JOINT PAIN AT THE PRIMARY LEVEL.



SLIKA 3. PREDLOGI IZBOLJŠAV, KI BI PEDIATROM NA PRIMARNI RAVNI OLAJŠALE OBRAVNAVO OTROKA Z BOLEČINAMI V SKLEPIH.
FIGURE 3. SUGGESTIONS FOR IMPROVEMENTS THAT WOULD MAKE IT EASIER FOR PRIMARY PEDIATRICIANS TO TREAT A CHILD WITH JOINT PAIN.

burgdorferi ima 92 % vprašanih, določanje ravni laktatne dehidrogenaze (LDH) in izvedba RTG skeleta sta mogoča pri dveh tretjinah anketiranih, UZ pa je dostopen dobri polovici. RTG slikanje je preiskava izbire pri sumu na poškodbo (ob pozitivni ali sumljivi anamnezi), omogoča tudi zaznavanje sprememb, ki nastanejo ob okužbah ter malignih boleznih (14). V praksi pa se problem pojavi zlasti pri dostopnosti UZ, ki pa je ključnega pomena pri diagnosticiranju nujnih stanj, kot sta septični artritis in osteomielitis. Omogoči odkriti tekočinsko znotraj sklepov, v mehkih tkivih in subperiostealno, preden bi to zaznali z RTG posnetkov. Gre sicer za nespecifične najdbe, a lahko pomembno usmerjajo diagnostično pot, s čimer se namreč skrajša čas do postavitve diagnoze (15, 16).

Preiskave iz prejšnjega razdelka niso vsem dostopne med celotnim delovnim časom. Pri 10 % se ta problem izrazi že pri osnovnih preiskavah krvi in določanju CRP, 30 % jih je poročalo o okrnjenih možnostih določanja SR. Določanje LDH in serološke preiskave pa so ves čas na voljo le pri okoli četrtini vprašanih. RTG skeleta je ves čas na voljo le 11 % anketiranim, medtem ko je UZ ves čas na voljo le 3 %.

Po postavitvi diagnoze pa se pojavijo novi izzivi. 82 % anketiranih pediatrov se srečuje s težnjami staršev po nadaljnjih in obsežnejših preiskavah, čeprav niso potrebne in niso strokovno utemeljene, 42 % pa jih poroča o starših, ki si za svojega otroka želijo napotitve na fiziatrično oz. fizioterapevtsko obravnavo. Marsikatera od diagnoz zahteva v sklopu obravnave spremembo življenjskega sloga otroka (v bolj zdravega ali manj obremenjujočega), kar se pogosto zaplete z neupoštevanjem navodil pri otrocih in starših ter se pojavlja pri 62 % anketiranih pediatrov. Ti podatki na nek način nakazujejo, da je ob vztrajanju težav smiselno vzpostaviti multidisciplinarni pristop. Slednji je namreč za otroka in njihove starše bolj sprejemljiv, ker se pri njem počutijo slišani in upoštevani. To vzdušje pa je ključnega pomena

za visoko raven sodelovanja (adherence) pri zdravljenju kroničnih bolečin in za učinkovito komuniciranje (17).

V želji po izboljšavah in ukrepih, ki bi olajšali obravnavo otrok z bolečinami v sklepih na primarni ravni, sta dve tretjini vprašanih predlagali vzpostavitev spletnih orodij, ki bi vsebovala kratka navodila za bolnika in njegove starše (Slika 3). Jasna razlaga in globlje poznavanje mehanizma bolečine bolnika samega in njegovih staršev zmanjšata tesnobo zaradi nepoznavanja in omogočata spremembo vedenja v pozitivni smeri (18). V skladu z občutkom nesuverenosti pri izvajanju usmerjenega kliničnega pregleda si skoraj polovica vprašanih želi delavnic, na katerih bi tovrstna znanja in veščine lahko utrdili, podoben delež pa vidi prednost v konzultaciji z ustreznim specialistom. 27 % jih je odgovorilo, da bi jim pri obravnavi koristila možnost napotitve na RTG skeleta v lokalnem okolju, ker jim to ni omogočeno.

Konzultacije s specialisti Pediatrične in Infekcijske klinike UKC Ljubljana so v Sloveniji na voljo vsem pediatrom ves čas v rednem delovnem času. 5 % vprašanih se pred napotitvijo posvetuje z izbranim specialistom, 42 % pa predhodno konzultacijo opravi včasih. Ko so diagnostične možnosti v ambulantni izbranega pediatra že izčrpane, vzrok težav pa še ni jasen, anketirani svojega bolnika v večini primerov (upoštevaje izsledke anamneze, statusa in preiskav) napotijo na pregled k ortopedu, občasno pa k revmatologu ali infektologu. V nekaterih primerih otroka za nadaljnjo obravnavo usmerijo v najbližji center na sekundarni ravni, posamezne primere pa tudi k fiziatru.

Zaključek

Ocena bolečin in oteklin sklepov pri otrocih zahteva premišljen in sistematičen pristop, usmerjen v zgodnje izključevanje resnih stanj, kot so: septični artritis, poškodba, maligna ali sis-

temska vnetna bolezen. Pediatr na primarni ravni mora biti usposobljen za prepoznavanje alarmnih znakov, pri čemer imata ključno vlogo natančna anamneza in celosten klinični pregled z usmerjenim pregledom sklepov. Na podlagi klinične presoje se izvede usmerjeno diagnosticiranje, ki vključuje osnovne laboratorijske preiskave (CRP, SR, hemogram) in po potrebi tudi slikovne preiskave (RTG, UZ). Če simptomi vztrajajo ali kažejo na resno patologijo, je ključnega pomena pravočasna napotitev k ustreznemu specialistu (travmatolog, ortoped, infektolog, revmatolog).

Anketa, izvedena med primarnimi pediatri in šolskimi zdravniki, je pokazala, da se pri obravnavi otroka z bolečinami v sklepih pogosto pojavljajo problemi pri dostopnosti preiskav in pri izvedbi usmerjenega mišično-skeletnega pregleda. Neredko so pediatri izpostavljeni željam staršev po obsežnejših preiskavah in neutemeljenih napotitvah, pogosto pa je tudi neupoštevanje nasvetov. Med možnimi rešitvami so pediatri omenili delavnice za izvajanje usmerjenih preiskav, na spletu dostopna navodila za starše in boljše dostopnost preiskav.

Literatura

1. Sen ES, Clarke SL, Ramanan AV. The child with joint pain in primary care. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2014; 28(6): 888–906.
2. De Inocencio J. Epidemiology of musculoskeletal pain in primary care. *Arch Dis Child* 2004; 89(5): 431–4.
3. Balan S. Approach to Joint Pain in Children. *Indian J Pediatr* 2016; 83(2): 135–9.
4. Tan A, Strauss VY, Protheroe J, Dunn KM. Epidemiology of paediatric presentations with musculoskeletal problems in primary care. *BMC Musculoskelet Disord* 2018; 19: 40.
5. Butenko T, Blazina Š. Pristop k otroku z težavami s sklepi. *Slov Pediatr* 2016; 23: 197–207.
6. Haines KA. The Approach to the Child with Joint Complaints. *Pediatr Clin North Am.* 2018 Avg; 65(4): 623–38.
7. Herman MJ, Martinek M. The limping child. *Pediatr Rev* 2015; 36(5): 184–95.
8. Setnikar G, Toplak N. Artritis pri otroku in mladostniku. *Slov Pediatr* 2019; 26(2).
9. Foster HE, Jandial S. pGALS - paediatric Gait Arms Legs and Spine: a simple examination of the musculoskeletal system. *Pediatr Rheumatol Online J* 2013; 11(1): 44.

10. Lehman PJ, Carl RL. Growing Pains. *Sports Health* 2017; 9(2): 132–8.
11. Kaspiris A, Zafiropoulou C. Growing pains in children: epidemiological analysis in a Mediterranean population. *Joint Bone Spine* 2009; 76(5): 486–90.
12. Pavone V, Vescio A, Valenti F, Sapienza M, Sessa G, Testa G. Growing pains: What do we know about etiology? A systematic review. *World J Orthop* 2019; 10(4): 192–205.
13. Jandial S, Myers A, Wise E, Foster HE. Doctors likely to encounter children with musculoskeletal complaints have low confidence in their clinical skills. *J Pediatr* 2009; 154(2): 267–71.
14. Khadke N, Shinde A, Mhaske SN, Waydande S. An Approach to Joint Pain in Paediatric Patients: A Comprehensive Review. *VIMS Health Science Journal* 2025; 11(4): 20–6.
15. Bartoloni A, Aparisi Gómez MP, Cirillo M, Allen G, Battista G, Guglielmi G, Tomà P, Bazzocchi A. Imaging of the limping child. *Eur J Radiol* 2018; 109: 155–70.
16. Theologis T, Brady MA, Hartshorn S, Faust SN, Offiah AC. Diagnosing acute bone and joint infection in children. *Bone Joint J* 2023; 105-B(3): 227–9.
17. Gorodzinsky AY, Tran ST, Medrano GR, Fleischman KM, Anderson-Khan KJ, Ladwig RJ, Weisman SJ. Parents' initial perceptions of multidisciplinary care for pediatric chronic pain. *Pain Res Treat* 2012; 2012: 791061.
18. Jordan A, Williams M, Jones A, Noel M, Neville A, Clinch J, Pincus T, Gauntlett-Gilbert J, Leake H. Pediatrician Explanations of Pediatric Pain in Clinical Settings: A Delicate Craft. *J Pain* 2023; 24(8): 1396–1405.

David Horvat, dr. med.

Zdravstveni dom Julija Polca Kamnik,
Kamnik, Slovenija

Denis Baš, dr. med.

(kontaktna oseba / *contact person*)
Zdravstveni dom Julija Polca Kamnik,
Kamnik, Slovenija
e-naslov: denis.bas@zdkamnik.si

Prejeto / Received: 18. 6. 2025
Sprejeto / Accepted: 5. 9. 2025

Horvat D, Baš D. Otrok z bolečinami v sklepih v ambulantni pediatri na primarni ravni. *Slov Pediatr* 2025; 32(3): 111–116. <https://doi.org/10.38031/slovpediatr-2025-3-01>.