

EPA Newsletter/Issue 13/April 2012

LETTER OF THE EDITOR

Dear Colleagues and Friends,

The natural history of EPA always brings fresh and interesting news for the European pediatrician. The Newsletter will keep its traditional look and cadence to which our recipients are accustomed. The Council met last month in Milano using the facilities given by the Italian Society for Pediatric Research to whom we express our gratitude. A dense session took place dealing with the growing aspects of our activities, among these were the rules for the Newsletter, but two things merit special attention. The first one is the advanced negotiations leading to the fact that EPA is now affiliated with The Journal of Pediatrics. The scientific level, the updated clinical focus and the wide distribution of this are three out of many well known characteristics, that run along with EPA growth. The second one is that the 6th Europediatrics (Glasgow, June 2013) will be a combined meeting together with the Royal College of Pediatrics and Pediatric Health, UK. This joint-venture with one of the most traditional and updated societies in Europe will give the expected results as one can see after looking at the scientific programme development. A possibility of supporting clinical or health studies is a commitment from the Council.

In this issue you will see in the Clinical Update section a special article on 'The Management of cow's milk allergy in infants'. Last year EPA carried out a survey on European primary care pediatricians about their management of CMA. After analyzing more than 700 valid responses a

conclusion arose- the existence of some too flexible criteria lead to an over diagnosis which probably gives rise to an overtreatment. Please do not miss this very important breakthrough because of the work of the experts has flourished in this concise document which will give you updated information allowing a precise diagnosis and consequently a proper treatment. EPA and I personally, take this opportunity to express our gratitude to our colleagues, specialists in pediatric allergy for their important work. In this section of the next issue and complementing this basic document you will find an approach to CMA prevention/tolerance induction. This is a difficult task but something can be done for the at risk infant population.

Our Russian partners continue to be very active as can be seen in the News section, and we thank them for this necessary collaboration. Finally, EPA in its independent fashion, has taken on a series of new projects: Weaning/Complementary foods, you will soon find out the different trends in Europe and the divergence with the appropriate nutrition. The Strategic Pediatric Alliance for the Future Health of Children in Europe will also give us the real picture of our care. Other projects are also underway.

Our commitment with updating clinical knowledge will never end.

Manuel Moya
Editor of Newsletter

UPDATE IN PAEDIATRIC GENERAL PRACTICE

The management of food allergy in infants with special emphasis on cow's milk allergy

Sten Dreborg, Ralf G. Heine, Arne Host, Eva-Maria Varga, Massimo Pettoello-Mantovani, Haluk Cokugras, Manuel Moya, and Andreas Konstantopoulos

In 2011, EPA conducted a pan-European survey on the current clinical practice among general paediatricians in their work with cow's milk allergy. The results indicated possible gaps in the understanding of key symptoms and diagnostic tests, as well as on the treatment side. EPA thus assembled a global clinical expert team to define what good clinical practice could actually mean for primary care paediatricians. This article is a summary of the discussions and will be followed by an extended document with more detailed information.

Within the Western hemisphere, cow's milk (CM) is introduced early in the diet of infants. Thus, cow's milk allergy (CMA) appears early and earlier than other food allergies (FA). Later during infancy, many other foods such

as hen's egg, wheat, peanuts and fish may cause allergic symptoms. The pattern of food allergy in early childhood depends on the eating habits.

According to a recent survey by EPA, European primary care paediatricians (PCP) perceive that up to 47% of all infants have cow's milk allergy (CMA), whereas paediatric allergologists (PA) find that only 1–3% of European infants have CM allergy (and only a few further percent having allergies to other common foods). Hence, most infants believed by PCPs to suffer from CMA do not react to an oral food challenge, and do not have CM allergy. Consequently, they should not be prescribed an elimination diet. In order to improve the management of this infant population, the following aspects should be considered:

DIAGNOSIS

The diagnosis of a FA should consist of (Figure 1, 2):

1. A detailed clinical history.
2. Serum-IgE test using a well documented brand, to investigate possible IgE sensitisation, primarily to CM, hen's egg, wheat and soy. In some areas also rice or peanut.
3. Classification of the disease and a stepwise oral food challenge in a specialised office.

Based on the clinical history and allergen specific IgE tests, the food (s) in question should be eliminated. Do not forget differential diagnoses and continue with steps 2 and 3.

1. Symptoms possibly indicating food allergy

In fact, any symptom can be caused by FA. In infants, the most common symptoms are from the skin (e.g. eczema or urticaria), from the GI tract (e.g. diarrhoea, abdominal pain, vomiting, bloody stools) or from the respiratory tract (e.g. rhinitis, otitis-media).

Immediate reactions to accidental exposure or to challenge tests within the first hour are most often caused by IgE antibody reactions. Reactions starting 1–2 hours after ingestion or later are most often caused by non-IgE

mediated mechanisms that cannot be diagnosed by any available test other than oral provocation.

Food allergens in infancy. Sensitisation appears in many infants who do not show any clinical symptoms. In most infants, low IgE antibody titres are transient. As mentioned, foods that are most often sensitizing are those dominating the food intake of infants. Thus, in westernized regions with a cow's milk based diet/formulas, CM is the first sensitizing food. At the same time or during the following months, hen's egg white and wheat appear as sensitizers. In some Anglo-Saxon countries, peanut plays an important role and in Asia and Southern Europe, rice is of importance.

Clinical histories. The clinical history is useful in case of symptoms at the introduction of a food with immediate symptoms or symptoms/worsening over a few days. In breastfed infants, there is most often no direct association between the mother's intake and the child's symptoms. Foods taken daily by the breastfeeding mother or by the infant must be considered as possible cause of allergic manifestations despite the lack of a direct connection between intake and increased symptoms. It is important to stress the importance of continued breast feeding according to WAO guidelines. However, in exclusively breastfed infants, the mother's diet should be restricted according to the

Figure 1. The principal algorithm for FA diagnosis in infants with severe immediate or severe continuous symptoms, who should be referred to an S-PA. However, the PCP can order an s-IgE test and put the infant on an elimination diet, i.e. in case of possible cow's milk allergy an eHF. If the mother is breast feeding she should completely avoid the food to which the child is IgE-sensitized. In cases where the child is not sensitised to suspected foods the breastfeeding mother should first avoid CM. When the eHF/elimination diet is not efficient, an AAF may be prescribed provided the infant is referred to an S-PA. Gray filled symbols indicate care by PCP's, blue symbols handling by S-PA and red arrows referral to S-PA's. No diet is indicated by green colour

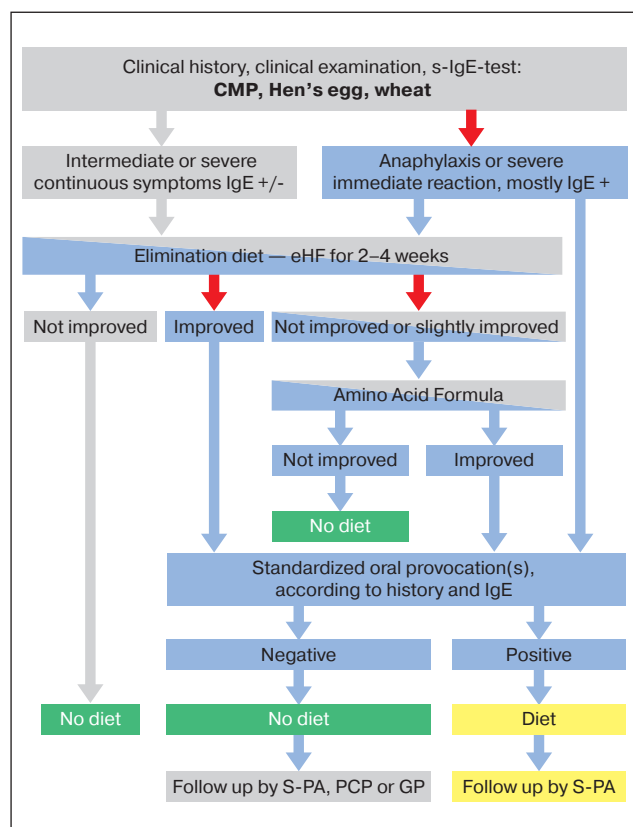
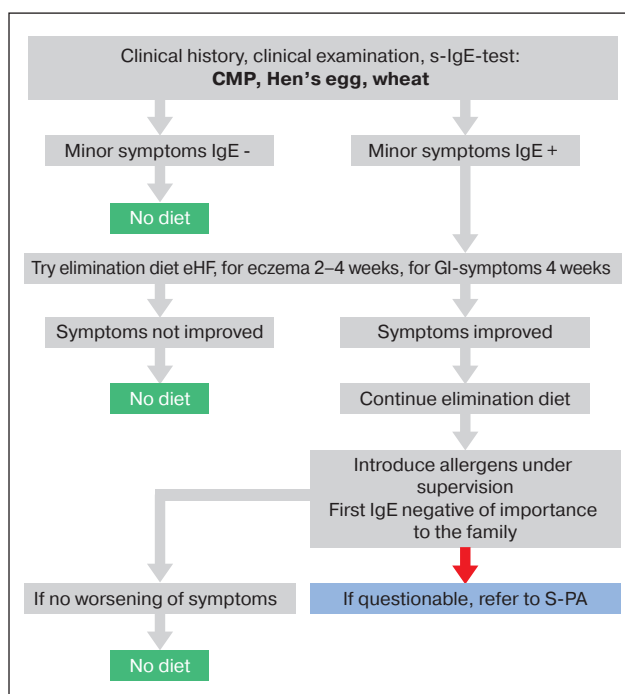


Figure 2. This algorithm illustrates the diagnosis and treatment of infants with slight symptoms that may be of allergic origin. The majority of these infants will not benefit from an elimination diet and should not have any long-term diet. Colouring as in figure 1. It is important to note that no diet should be given for longer periods of time, for infants with eczema or GI symptoms maximum 4 weeks, for those with urticaria no more than 2 weeks. If the infant has improved, then it should be referred to an S-PA for evaluation. Children with non-IgE mediated food allergy, i.e. eosinophilic esophagitis, eosinophilic gastroenteritis, enteropathy, enterocolitis etc. may need longer elimination periods and biopsies before and after the elimination period and after challenge. In case the infant does not improve, then it should be treated symptomatically. The majority of infants with symptoms of possible allergic origin are not food allergic and should not be given elimination diets. However, infants with persisting symptoms and with symptoms from 2 or more organ systems should be considered for elimination diet and further investigations by an S-PA. See further text



elimination advice for the infant's diet. Breast feeding should not be stopped and replaced by hypoallergenic formulas but in case of spontaneous weaning.

Specific histories. CMA often presents at the introduction of a CM formula causing immediate symptoms, but may also develop slowly without any definite connection with CM intake, e.g. during breastfeeding. Thus, the clinical history may be obvious but also without any obvious association to ingestion of dairy products. Babies with the latter history have more often non-IgE mediated symptoms. Wheat and other cereals are ingested daily after the introduction of bread or porridge and the same applies to rice. The exposure to peanut that is taken as peanut butter is also continuous but peanuts/peanut butter may also be ingested at intervals. Hen's egg is mostly not taken on a daily basis. Thus, symptoms more often appear in connection with the intake of egg or egg containing foods and the same applies to fish that is taken now and then.

2. Tests for s-IgE

IgE sensitisation can be diagnosed by both in vitro s-IgE tests, skin prick tests or by prick-prick tests. However, only in vitro s-IgE tests should be used in primary care, since skin prick testing needs experience and continuous quality control (proficiency tests at regular intervals).

In vitro s-IgE tests. The sensitivity of in vitro s-IgE tests varies with brand and has been improved over time. Published data on the diagnostic value of different food allergen-specific s-IgE levels in relation to the results obtained by oral food challenges as the gold standard, are well established in a highly specialised setting, but are not valid in general paediatric practice.

Tests for other mechanisms. There are no reliable tests available for the routine testing for immune complex mediated or cell mediated allergy.

3. Classification and stepwise oral food challenge

Criteria for referral. Since food challenges in clinically sensitive children may be dangerous if not properly performed and the objective supervision of the result is crucial, infants with possible allergy to foods should be referred to a specialist in paediatric allergology (S-PA). In general, infants with anaphylaxis, moderate to severe eczema, or GI symptoms should be suspected to be food allergic.

If there are only few S-PA in the region, special agreements can be settled between the paediatric allergologist and a PCP, but the PCP should then be trained in the S-PA setting and adopt the same methods and criteria as the S-PA, and collaborate with the S-PA. If food allergy is suspected, then the patient should be prescribed an elimination diet, in infancy mostly an extensively hydrolysed cow's milk formula, eHF, for a fortnight at least (Figure 1, 2). Patients with eczema improving on an elimination diet and those with severe GI symptoms, irrespective of the result of the IgE test, should be referred to a specialist for evaluation (5–10%). Infants with only mild symptoms can be handled by a PCP.

Oral food challenges in infants. In young children below 2–3 years of age, an open controlled oral food challenge should be used to diagnose FA, i.e. the infant should be observed by trained personnel, not by the family. In case symptoms are questionable, a double blind placebo controlled oral food challenge should be performed. Both during open and double blinded placebo controlled challenges, the observation and the documentation of the symptoms should be performed by a trained professional. Thus, provocation should be performed in a setting of an S-PA or a trained PCP.

Investigation of possible FA should be initiated depending on the symptoms leading to the consultation, i.e. eczema, urticaria and different GI symptoms. In general, infants with persisting symptoms and infants with symptoms from 2 or more organs systems should be referred for FA diagnostic approach. Infants with mild symptoms can be treated by the PCP, whereas infants with intermediate and severe symptoms should be given an elimination diet, primarily an eHF and then referred to a S-PA for proper diagnosis, including skin prick and challenge tests. This requires an efficient referral system and open contacts between the PCP and the S-PA.

TREATMENT OF INFANTS WITH SYMPTOMS OF POSSIBLE FOOD ALLERGY

After diagnosis by the S-PA, the follow up of allergic infants (maximum 6–7%) should be by an S-PA or by a trained PCP in close collaboration with an S-PA. On the other hand, the majority of infants with symptoms that may indicate food allergy do not have any proven allergy and should therefore be treated symptomatically by the PCP. The principle should be to deal with all non-severe cases of skin or GI origin within the PCP system, i.e. all infants with mild symptoms should be treated symptomatically by PCPs.

First, those with eczema should get instructions for intensive use of ointments. Then, it is important for the PCP to acquire the skills to instruct parents how to apply ointments, select the most suitable clothing for infants with eczema, wash and bathe the child, and to understand the role of non-allergenic irritants etc. Finally, in infants with mild GI problems, causes other than allergy should be thoroughly investigated.

In case the conventional treatment is not effective, the infant should be referred to a specialist, S-PA, paediatric gastroenterologist, dermatologist with special interest in eczema, specialist in paediatric respiratory medicine or an ENT specialist.

About the clinical support team behind this article:

Professor Sten Dreborg, Uppsala University, Sweden, is a leading international expert in cow's milk allergy. Doctor Ralf G. Heine, University of Melbourne, Australia, is a leading international expert in cow's milk allergy. Professor Arne Host, is a leading international expert in cow's milk allergy. Professor Eva-Maria Varga, is a leading expert in general paediatric allergy. Professor Massimo Pettoello-Mantovani, University of Foggia and the Secretary General of EPA. Professor Haluk Cokugras, is a general paediatrician highly trained in cow's milk allergy and active member of the Turkish paediatric Association. Professor Manuel Moya, Vice President of EPA and Editor of the EPA Newsletter, University M. Hernandez, Alicante, Spain. Professor Andreas Konstantopoulos is the President of EPA.

Acknowledgement. Pfizer Nutrition sponsored the EPA Cow's Milk Allergy Initiative which was independently developed and controlled by the European Paediatric Association.

REFERENCES

1. European Food Safety Authority (EFSA) (2009): Scientific Opinion on the appropriate age for introduction of complementary feeding of infants -EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA). EFSA Journal 2009; 7 (12): 1423.
2. Moya M., Dreborg S., Heine R.G., Petoello-Mantovani M., Varga E.M., Cokugras H., Konstantopoulos A. Results of an EPA advisory group discussion on the management of cow's milk allergy in infants by pediatricians in primary care. Abstract. Acta Paediatrica 2011; 100 (Suppl. 463): 21.

NEWS FROM EUROPE

Child Health at the Russian Academy of Medical Sciences: 248 years of history, development and prosperity

PART 1. HISTORY

Along the lines of the interesting article about the history of paediatrics in Europe, raised by Professor Rosa Ballester in one of the previous issues of the EPA Newsletter, Russian pediatricians are pleased to offer you an essay about the history of pediatrics in Russia.

In the XVI–XVII centuries pediatrics hadn't emerged as a distinct discipline but prominent Russian public figures and scientists were interested in the questions of the child health care. For example, the brilliant Russian scientist Mikhail Lomonosov (1711–1765) wrote in particular about the need for state control over the maternity and postpartum women care in order to decrease infant mortality in his treatise «On the propagation and preservation of the Russian people». The principal aims for protecting the life of newborns and the needs for orphans houses development were outlined in this treatise. It is important to note here that the idea of the necessity of orphan's houses became one of the main concerns since the epoch of the great Russian reformer Emperor Peter the First (1672–1725).

I.I. Betsky, the great statesman of the XVIII century, became the founder of the first Russian Imperial Orphan's House in Moscow. The story of the creation, development and its reformation into the Scientific Center of Children's Health — the main federal center of the Russian pediatric society, — will be presented below.

The date of September 1st 1763, which marks the birthday of the Moscow Imperial Orphan's House can be considered as a historical day in the formation of Russian national pediatrics. Its creation marks the birth of the state system of children's health care in our country.

The Moscow Imperial Orphan's House (end of the XVIII century)

Ivan Betsky (1704–1795) — founder of the Imperial Moscow Orphan's House. In September 1st 1763 the Russian Empress Catherine the Great had signed the Manifest of establishing «The Orphan's House» with an affiliated hospital for infants and a hospital for poor women in childbirth, located in the center of city, which became known as the Moscow Imperial Orphan's House. Its motto «feeds the birdling without sparing itself» is still preserved in the form of a sculpture of a pelican feeding its nestlings in the gable of the historical building.

The gable of the Moscow Founding Hospital (XXI century)

Since the first days I. Betsky, Ch. Mertens — the first head physicians, and their colleagues introduced such fundamental but nevertheless uncommon for that period principles of medical care such as: state approach and patronage of the heads of state; the continuity of obstetrical and neonatal services — initially the Moscow Orphan's House included a maternity hospital and a hospital for infants; the observance of sanitary and epidemiological measures during epidemics. Remarkable that during the plague epidemic in Moscow

(1771–1772) a special quarantine isolation department was introduced for newly entering orphans. Children in this department stayed under the supervision of doctors for about a month and only in the absence of plague signs of the disease could be transferred to join the other healthy orphans. All other patients were examined every day and were isolated in a separate infection department if the first symptoms of plague were found. Such strict preventive steps ensured the absence of the epidemic among inmates. These coordinated efforts formed the basis of the first scientific monograph authored by Dr. Mertens «*Traite de la peste contenant l'histoire de celle qui a regne a Moscou en 1771*» in which he described not only the diagnostics and treatment of plague, but also, for the first time, proved the necessity of disease prevention.

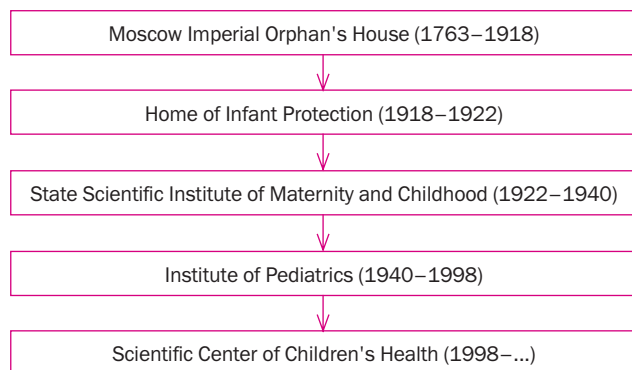
During the same period of time the vaccination became one of the main preventive activities of the Hospital. Only 4 years after it had been discovered by Professor E. Jenner (England) the method of vaccination against smallpox was successfully introduced in the Moscow Orphan's House.

In the next few decades the institution experienced a lot of dramatic historical moments. For example, during the war with Napoleon, when the French army occupied Moscow, the Imperial Orphan's House was saved by the heroic efforts of the staff, doctors and nurses, because during that time not only the inmates were treated in the House but also wounded Russian and French soldiers, as well as the children of French officers. The basic commandment for doctors to work exclusively in the interests of a patient regardless of gender, race, nationality, language, origin, property and official status, religion or faith was again confirmed.

Newborn's Department Vaccination Center. With time The Moscow Imperial Orphan's House has collected valuable material about the course of child diseases and methods of their treatment, the physicians investigated new directions of clinical and social pediatrics actively. Since the second half of the 19th century the House began to maintain a record of child morbidity and mortality, their dynamics and main causes, and became the main vaccination center in Russia. Since 1805 it was asked to produce and dispatch the smallpox vaccine all over the country, to provide immunization to all who required it and to train all who were interested for vaccination.

It also became the first medical center where obstetrics were one of the main activities and were studied as a discipline. Thus, the Moscow Imperial Orphan's House deserves by right the honorary title of the «cradle» of the national pediatrics and obstetrics.

After the Russian October Revolution of 1917 the emerging Soviet health care system focused on maternal and child health. The basic principles of the Soviet and in the future modern Russian pediatric health care system was founded by the great pediatrician academician professor G. Speransky. The Imperial Moscow Orphan's House was gradually reorganized into the Institute of Pediatrics:



Professor G. N. Speransky. The Institute of Pediatrics was headed by the most famous Russian pediatricians: academician G. Speransky (1947–1951), professor M. Kazantseva (1951–1954), academician O. Sokolova-Ponomareva (1954–1960), academician M. Studenikin (1960–1998), and since 1998 till the present day — academician A. A. Baranov.

The Institute continued to develop as a diversified research clinical pediatric institution. In the 1960-s the Departments of Nephrology, Hematology, Allergology, Surgery, Gastroenterology, labs of Functional Diagnostics, of Clinical Virology, Department of Therapeutic Physical Training and Sports Medicine and many others were created for the first time. The infection department worked actively and made a considerable contribution to the significant decrease of morbidity and mortality due to vaccination. Consequently, the Institute of pediatrics started its development as a hospital with multiple specializations.

PART 2. PRESENT OF SCIENTIFIC CENTER OF CHILDREN'S HEALTH

So, in 1998 in accordance with the decision of the Presidium of Russian Academy of Medical Science Scientific research institute of pediatrics (with 370 beds for in-clinic patients) merged with Scientific research institute of hygiene and health of children and adolescents to form Scientific Center of children's health. From 2006 the structure of SCCH included a newly created establishment — Scientific research institute of preventive pediatrics and rehabilitation treatment with the consultative -diagnostic and rehabilitation out-patient department for 120 beds.

Understanding the importance of child health care in modern society, the desire to develop and implement new approaches as well as committal to the traditions of Russian pediatric school lead to creation the unique multidisciplinary pediatric center that now has all the capabilities to support the entire cycle of pediatric care to children from birth under 18th years: out clinic, hospital and rehabilitation stages (Figure 1).

Baranov Alexander Alexandrovich — director of Scientific Center of children's health, vice-president of Russian Academy of Medical Science, academician of Russian Academy of Medical Science, professor.

Professor A. Baranov — the famous Russian scientist, pediatrician, prominent organizer of public health care, he is one of the founders of scientific research for pediatric gastroenterology, ecopathology, preventive pediatrics.

Under the leadership of professor Baranov the Concept of pediatric care in Russian Federation was developed and approved by the Russian Government. Professor Baranov has also earned the respect of worldwide pediatric leaders. The



Scientific Center of Children's Health



Institute of pediatrics (1763)



Institute of hygiene and health of children and adolescents (1959)



Institute of preventive pediatrics and rehabilitation (2006)

Scientific center under his leadership has fruitful cooperation with International pediatric association, European Pediatric Association, American Academy of pediatrics, leading children's hospitals in China, Germany, France, Turkey and many other countries. Since 2007 professor Baranov —

vice-president of the European Pediatric Association (EPA/UNEPSA). Under his chairmanship in 2009 in Moscow for the first time in Russian history, was successfully held the 4th European Congress of pediatricians Europaediatrics-2009, brings together more than 3,600 delegates from the 83 countries of Europe and around the World.

Under the leadership of professor Baranov Scientific Center of children's health has become the lead federal pediatric establishment and is designed to provide high quality medical care for children, development of scientific bases of improving the health of the child population and coordinating scientific research in pediatrics in the Russian Federation.

The spectrum of the research and practical interests of the Center is extremely extended: socially significant diseases in childhood, aspects of balanced nutrition, rare disorders, adolescent medicine, preventive technologies, etc.

One of the priorities is diagnosis, treatment and rehabilitation of disabling diseases in childhood. The huge experience of management of children with allergy, chronic gastrointestinal, liver and kidney disorders, rheumatic diseases, cardiomyopathy, epilepsy, multiple sclerosis has been accumulated. The infant care remains an important task of our Center through all epoch. In our days one of the continuously developing area of the Center' activity is

the pediatric surgery: surgical treatment of malformations, diseases of the gastrointestinal tract, genitourinary system.

Preventive pediatrics, first of all vaccination is a powerful vector in the Center. Vaccination of children with disabilities, as well as family approach for immunization is also one of the achievement in the organization of pediatric care.

One of the important directions in the field of interests is the medical education for pediatricians. Our Center is the clinical base for the pediatric departments of the Moscow State Medical Universities. The qualified pediatric training in high medical school and postgraduate levels for practical public healthcare and research issues is successfully realized in the frame of Center's activities.

Our facilities and achievements. The fruitful work of the famous pediatricians with invaluable experience, and the ability to use high tech equipment, allows Scientific Center of children's health the leadership position in pediatric health care in Russia, and preserve and increase the traditions, ongoing active development, new extensive plans — the modern image of the Scientific Center of Children's health (www.nczd.ru)

Our present....
and
Our future!

NEWS FROM EUROPE

EPA Vice-President's visit to the first children's hospital built in Sudan

Professor Gaafar Suleiman founder of the first Children Hospital which carries his name in Sudan, located in Khartoum and Professor Manuel Moya at the entrance before visiting and meeting the staff. The nutritional aspect of the children staying in the hospital was deeply discussed apart from the format lecture on cow's milk allergy given by Professor Moya.

In December last year, the annual clinical practice conference Excellence in Paediatrics (EiP 2011) took place in Istanbul. The conference was highly supported by the Host Country Committee in Turkey, and by the National Turkish Paediatric Association.

EPAs part of the conference focused on the organisation of one of the thematic streams, the one in Dermatology.

Lectures in this area attracted numerous delegates both individually and together, and we were proud to learn about their high comparative rating also in the post-conference surveys.

In addition to the lectures, there was also a small clinical expert group meeting, a so called KOL session, in dermatology. The focus of that meeting was on emollient use on infant skin. leading international experts discussed whether to use emollients at all on infants, what the benefits may be, and what could characterise a good emollient for infants.

All in all, last year's event was a real success. While there are still some months to go until December this year, we already look forward to the upcoming conference in Madrid in 2012.

ANNOUNCEMENT

European Paediatric Association (EPA/UNEPSA)

Join the most extensive paediatric network in Europe!

Since the launch of the individual membership scheme, the European Paediatric Association (EPA/UNEPSA) embraces a constantly increasing number of individual members from all over Europe.

EPA/UNEPSA welcomes all doctors who are certified as paediatricians in Europe and are members of their respective National Paediatric Society/Association participating in EPA/UNEPSA.

By joining EPA/UNEPSA, you gain access to a network of 41 national European associations and open yourself to a new world of opportunities.

Benefits

The individual membership is offered at a privileged 50 Euro annual fee and encompasses a set of benefits that aim to provide value to the wide community of European paediatricians.

- On line access to the The Journal of Pediatrics is a core benefit of individual membership to our association

and we are excited by the prospect of making such a valuable resource widely available to paediatricians across Europe.

- Our members will enjoy reduced registration fees to Europaediatrics as well as to other events organised by our Association.
- The quarterly e-newsletter aims to be a source of current information relevant to the interests of European paediatricians.
- Finally, our members will find in our new website a valuable tool and resource (access to the members-only section, members' forum and working groups, access to educational programmes, complimentary or privileged prices for additional on-line services, etc.)

Individual membership is offered on an annual basis starting on the 1st January of each year and ending on the 31st of December.

You may apply on line for an individual membership. Please visit our website www.epa-unepsa.org for more details and to fill out a registration form.

We look forward to welcoming all of you in EPA/UNEPSA!

CALENDAR OF EVENTS

List of upcoming conferences in 2012

EPA-UNEPSA MEETINGS

6th Europaediatrics Congress jointly held with the Royal College of Paediatrics and Child Health
5–8 June 2013, Glasgow, United Kingdom

MEMBER SOCIETIES' MEETINGS

Summer School of the Romanian Society of Paediatrics
3–7 September 2012, Moeciu-Brasov, Romania

Annual Congress of the Hungarian Paediatric Society
6–8 September 2012, Tapolca, Hungary

108th Annual Conference of the German Society of Paediatrics (DGKJ)
12–16 September 2012, Hamburg, Germany

13th Annual Congress of the Portuguese Society of Paediatrics (SPP)
11–13 October 2012, Troia, Portugal

X Congress of the Croatian Paediatric Society
18–21 October 2012, Pula, Croatia

Paediatric Days in Helsinki
25–26 October 2012, Helsinki, Finland

NVK-Congress 2012-Dutch Association of Paediatrics
31 October — 2 November 2012, The Netherlands

OTHER PAEDIATRIC MEETINGS IN EUROPE

First Balkan Congress of Pediatrics
31 May — 3 June 2012, Plovdiv, Bulgaria

3rd congress of European Confederation of Primary Care Paediatricians (ECPCP)
22–24 June 2012, Strasbourg, France

Excellence in Paediatrics 2012
28 November — 1 December 2012, Madrid, Spain

INFORMATION

List of member countries and links to societies' websites

Albania

Albanian Paediatric Society

Armenia

Armenian Association of Paediatrics

Austria

Oesterreichische Gesellschaft für
Kinder- und Jugendheilkunde (OEGKJ)

Belgium

Société Belge de Pédiatrie/
Belgische Vereniging voor
Kindergeneeskunde

Bosnia and Herzegovina

Paediatric Society of Bosnia and
Herzegovina

Bulgaria

Bulgarian Paediatric Association

Croatia

Croatian Paediatric Society

Cyprus

Cypriot Paediatric Society

Czech Republic

Czech National Paediatric Society

Denmark

Dansk Paediatric Selskab

Estonia

Estonian Paediatric Association

Finland

Finnish Paediatric Society

France

Société Française de Pédiatrie

Georgia

Georgian Paediatric Association

Germany

Deutsche Gesellschaft für Kinder-
und Jugendmedizin (DGKJ)

Greece

Hellenic Paediatric Society

Hungary

Hungarian Paediatric Association

Ireland

Royal College of Physicians of Ireland/
Faculty of Paediatrics

Israel

Israeli Paediatric Association

Italy

Società Italiana di Pediatria
Società Italiana di Ricerca Pediatria

Latvia

Latvijas Pēdiatru Asociācija

Lithuania

Lithuanian Paediatric Society

Luxembourg

Société Luxembourgeoise de Pédiatrie

Macedonia

Paediatric Society of Macedonia

Moldova

Moldovan Paediatric Society

The Netherlands

Nederlandse Vereniging voor
Kindergeneeskunde

Poland

Polskie Towarzystwo Pediatryczne

Portugal

Sociedade Portuguesa de Pediatria

Romania

Societatea Romana de Pediatrie
Societatea Romana de Pediatrie Sociala

Russia

The Union of Paediatricians of Russia

Serbia and Montenegro

Paediatric Association of Serbia and
Montenegro

Slovakia

Slovenská Paediatrická Spoločnosť

Slovenia

Slovenian Paediatric Society

Spain

Asociación Española de Pediatría

Sweden

Svenska Barnläkarforeningen

Switzerland

Société Suisse de Pédiatrie/
Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie

Turkey

Türk Pediatri Kurumu

Ukraine

Ukraine Paediatric Association

United Kingdom

Royal College of Paediatrics and Child
Health

ПИСЬМО ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Дорогие коллеги и друзья!

В марте Совет ЕРА провел заседание в Милане, где обсуждались новые аспекты нашей деятельности, в том числе и правила рассылки газеты ЕРА. Два события заслуживают особого внимания. Первое — прошедшие в Милане переговоры привели к сотрудничеству ЕРА с Journal of Pediatrics. Второе — 6-й Europediatrics (Глазго, июнь 2013 г.) станет совместным с Королевским колледжем педиатрии Великобритании мероприятием.

Кроме того, ЕРА предприняла ряд новых проектов: «Отлучение ребенка от груди» и «Прикорм». В ближайшее время мы планируем познакомить вас с различными тенденциями детского прикорма в Европе и разницей с общепринятым питанием.

Стратегический детский альянс за будущее здоровье детей в Европе также представит нам реальную картину проблемы. Наше стремление к обновлению клинических знаний никогда не иссякнет.

Мануэль Мойя, редактор бюллетеня

НОВОСТИ ИЗ ОБЩЕЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Развитие пищевой аллергии у детей: повышенная чувствительность организма к коровьему молоку

Стен Дреборг, Ральф Г. Хейне, Арне Хост, Ева-Мария Варга, Массимо Петтоэлло-Мантовани, Халук Кокуграс, Мануэль Мойя, Андреас Константинопулос

В западном полушарии коровье молоко в рацион детей вводится рано. Таким образом, аллергия к коровьему молоку (АКМ) появляется раньше, чем другие виды пищевой аллергии. Позднее, в периоде раннего возраста, такие продукты, как куриные яйца, пшеница, арахис, рыба и многие другие, могут провоцировать симптомы аллергии. Структура пищевой аллергии в раннем детстве зависит от пищевых привычек.

По данным недавнего исследования, проведенного ЕРА, по мнению европейских педиатров первичного звена (ППЗ), до 47% всех детей первого года жизни имеют аллергию на коровье молоко (АКМ), в то время как педиатры-аллергологи только у 1–3% европейских детей диагностируют аллергию на коровье молоко и у немного большего числа детей — на другие распространенные продукты питания. В целях совершенствования ведения этой части детского населения должны быть рассмотрены следующие аспекты.

ДИАГНОСТИКА

Диагноз «Пищевая аллергия» ставится на основании:

- подробного анамнеза болезни;
- анализа уровня IgE сыворотки (определения возможной сенсibilизации, в первую очередь, к коровьему молоку, куриным яйцам, пшенице и сое; в некоторых районах также к рису или арахису);
- классификации болезни и поэтапного введения перорального питания (под контролем специалиста).

На основании данных анамнеза болезни и уровня аллерген-специфических IgE соответствующие продукты питания должны быть исключены.

Нельзя забывать и о дифференциальной диагностике.

Вероятные симптомы, указывающие на пищевую аллергию

На самом деле, любой симптом может быть проявлением пищевой аллергией. У детей наиболее распространены следующие симптомы: кожные (экзема или крапивница и др.), со стороны желудочно-кишечного тракта (диарея, боли в животе, рвота, стул с кровью и др.) или со стороны дыхательных путей (ринит, отосальпингит и др.).

Немедленная реакция на случайные воздействия или на тесты в первый час чаще всего бывает IgE-опосредованной. Реакции, начинающиеся через 1–2 ч после приема пищи или позднее, чаще всего бывают вызваны неIgE-опосредованными механизмами, которые не могут быть диагностированы никакими известными пробами, кроме как пероральным приемом аллергена (оральная провокация).

Пищевые аллергены в грудном возрасте. Сенсibilизация возникает у многих детей без каких-либо клинических симптомов, у большинства из них низкие титры IgE являются преходящими. Как уже говорилось, продукты питания, которые доминируют в пище грудных детей, обычно являются сенсibilизирующими. Таким образом, в европеизированных регионах продукты/смеси на основе коровьего молока

выступают первым аллергенным продуктом. В последующие месяцы сенситизаторами могут стать белок куриных яиц и пшеница, в некоторых англо-саксонских странах — арахис, а в Азии и Южной Европе — рис.

Анамнез болезни важен в случае немедленного появления симптомов при введении пищи или усугубления симптоматики в течение последующих нескольких дней. При грудном вскармливании чаще всего отсутствует прямая связь между потребляемой матерью пищей и симптомами у ребенка. Пища, принимаемая ежедневно кормящей матерью или ребенком, должна рассматриваться как возможная причина аллергических проявлений, несмотря на отсутствие прямой связи между потреблением и усилением симптоматики. При исключительно грудном вскармливании диета матери должна быть скорректирована аналогичными ограничениями в питании ребенка.

Грудное вскармливание (в соответствии с руководящими рекомендациями ВОЗ) не должно быть прекращено и заменено гипоаллергенными смесями, за исключением случаев спонтанного отлучения от груди.

АКМ часто появляется при введении смесей на основе коровьего молока, вызывая немедленную симптоматику, но может также развиваться медленно без какой-либо определенной связи с потреблением коровьего

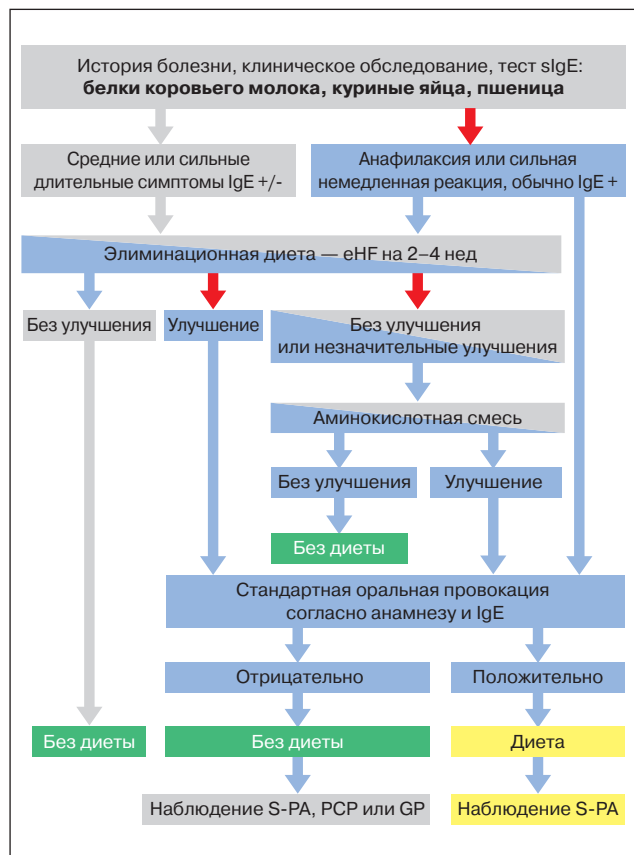
молока, например во время грудного вскармливания. Таким образом, анамнез болезни может быть очевидным, но может быть и без явных ассоциаций с ежедневно употребляемыми продуктами. Дети с недавней историей появления аллергии чаще имеют непосредственные IgE симптомы. Пшеница и другие зерновые, а также рис потребляются ежедневно; арахис, который употребляется в виде арахисового масла, используется постоянно, но арахис/арахисовое масло может также поступать в организм с интервалами. Куриные яйца и рыба в основном вызывают симптомы аллергии, поскольку не употребляются ежедневно.

Анализ на sIgE

IgE сенситизация может быть диагностирована как определением уровня секреторного IgE (sIgE) *in vitro*, так и кожными тестами (прик-тесты и прик-прик тесты). Только определение уровня sIgE может быть использовано в первичном звене здравоохранения, выполнение же кожных проб требует большей квалификации (опыта) и постоянного контроля качества.

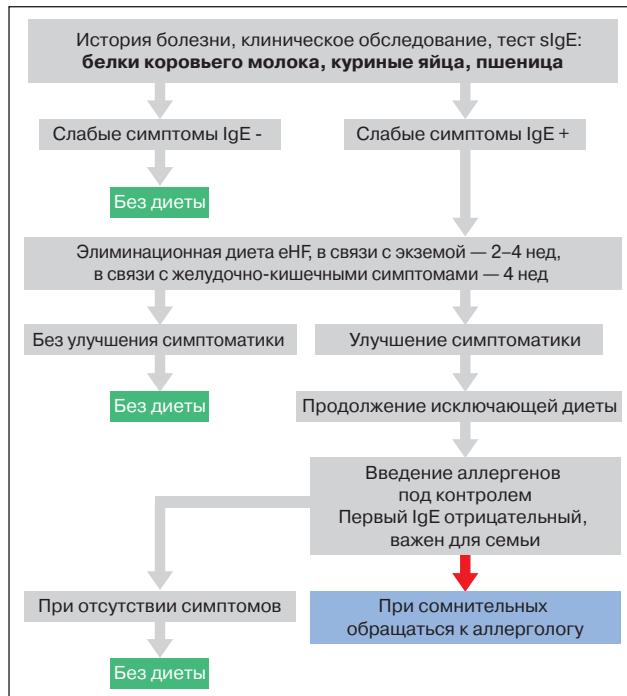
Пробы на другие механизмы аллергии. Не существует надежных тестов для рутинного использования для выявления механизмов аллергии: иммунокомплексного или клеточно-опосредованного.

Рис. 1. Основной алгоритм диагностики пищевой аллергии у детей с тяжелой формой немедленных или отсроченных, которые должны наблюдаться у детского аллерголога



Примечание. Символы, заполненные серым цветом, указывают на лечение врачом первичного звена (PCP), голубым — детским аллергологом (S-PA), красные стрелки — направление к S-PA, зеленый цвет — отсутствие диеты, GP — врач общей практики.

Рис. 2. Алгоритм диагностики и лечения детей с легкими симптомами, в том числе аллергического происхождения. Распределение цветов — см рис. 1.



Примечание. Большинству таких детей не показаны никакие длительные элиминационные диеты. Важно отметить, что длительность диеты для детей с экземой или гастроинтестинальной симптоматикой не должна быть более 4 нед, с крапивницей — 2 нед. Если состояние ребенка улучшилось, то его следует направить к аллергологу для оценки. Детям с пищевой неIgE-опосредованной аллергией, то есть с эозинофильным эзофагитом, эозинофильным гастроэнтеритом, энтеропатией, энтероколитом и т.д., возможно, потребуются более длительные периоды элиминации и биопсия до и после элиминационного периода и после улучшения. Дети раннего возраста с персистирующей симптоматикой или поражением 2 и более органов должны соблюдать элиминационную диету и обследоваться у аллерголога.

Классификация и поэтапное пероральное питание

Критерии наблюдения. Дети с пищевой аллергией должны быть направлены к детскому аллергологу. Дети с анафилаксией, экземой любой степени тяжести или с гастроинтестинальными симптомами должны рассматриваться как страдающие пищевой аллергией.

Если в регионе мало детских аллергологов, педиатры первичного звена должны тесно сотрудничать с детскими аллергологами и иметь основополагающие знания по ведению таких детей. При подозрении на пищевую аллергию пациенту назначают элиминационную диету в течение двух недель, как минимум; а молочные смеси, используемые в младенческом возрасте должны быть высокогидролизированными (рис. 1, 2).

Пациентов с улучшением течения экземы в результате элиминационной диеты и детей с тяжелой гастроинтестинальной симптоматикой независимо от результатов теста IgE следует направлять к специалисту для оценки состояния (5–10%). Только дети с легкими симптомами могут наблюдаться педиатрами первичного звена.

Пероральное введение пищи детям младшего возраста. У детей в возрасте младше 2–3 лет открытое контролируемое пероральное введение пищи должно использоваться для диагностики пищевой аллергии, при этом малыш должен находиться под наблюдением обученного персонала, а не членов семьи. В случае, если симптомы вызывают сомнения, следует проводить двойное слепое плацебоконтролируемое введение питания. В обоих случаях — открытого и двойного слепого плацебоконтролируемого питания — наблюдение и документирование симптомов должно осуществляться обученным персоналом. Таким образом, провокация должна проводиться детским аллергологом или обученным ППЗ.

Исследование возможной пищевой аллергии должно быть начато при появлении первых симптомов: гастроинтестинальных, экземы, крапивницы. Дети с устойчивой симптоматикой и затрагивающей две и более системы органов должны быть направлены на диагностику пищевой аллергии.

Дети с легкими симптомами могут получать лечение у ППЗ, тогда как пациентам с промежуточными или тяжелыми проявлениями должна быть назначена элиминационная диета, в первую очередь высокогидролизированными смесями (eHF), а затем их необходимо направить к аллергологу для уточнения диагноза с применением кожных проб и тестов. Для этого необходимо сотрудничество ППЗ и аллергологов.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С СИМПТОМАМИ ВОЗМОЖНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ

После установления диагноза детским аллергологом ведение детей с аллергией (максимум 6–7%) должно осуществляться им или квалифицированным педиатром в тесном сотрудничестве с аллергологом. С другой стороны, дети с симптомами, которые могут указывать на пищевую аллергию, на самом деле не имеют доказанной аллергии и могут проходить симптоматическое лечение у ППЗ (см. рис. 2).

Детям с экземой следует рекомендовать интенсивное использование мазей. В этом случае важно инструктировать родителей о правильном нанесении мазей, выборе наиболее подходящей одежды для детей с экземой, гигиенических процедурах.

В случае, когда традиционное лечение не эффективно, ребенок должен пройти обследование у специалистов, специализирующихся в педиатрии — детского гастроэнтеролога, аллерголога, дерматолога, пульмонолога или ЛОР-врача.

НОВОСТИ ИЗ ЕВРОПЫ

Научный центр здоровья детей Российской академии медицинских наук: 248 лет истории, развития и успеха

ЧАСТЬ 1. ИСТОРИЯ

В продолжение интересной статьи об истории педиатрии в Европе, написанной профессором Розой Баллестер в одном из наших предыдущих выпусков, российские педиатры предлагают вашему вниманию эссе об истории педиатрии в России.

В XVI–XVII веках педиатрия еще не была отдельной дисциплиной, но видные общественные деятели и ученые России проявляли интерес к вопросам детского здравоохранения. Например, гениальный русский ученый Михаил Ломоносов (1711–1765) писал в своем трактате «Об увеличении численности и сохранении русского народа» о необходимости государственного контроля проблем материнства и женского здравоохранения с целью снижения детской смертности. В этом трактате впервые были изложены основные цели защиты жизни новорожденных и необходимости

создания сети сиротских домов. Важно подчеркнуть, что идея необходимости создания детских домов стала одной из главных в эпоху правления великого русского царя-реформатора Петра Первого (1672–1725). И. И. Бецкой, видный государственный деятель XVIII века, стал основателем первого российского Императорского воспитательного дома в Москве.

История его создания, развития и преобразования в Научный центр здоровья детей — Главный федеральный центр Союза педиатров России — представлена ниже.

Дата 1 сентября 1763 года — день основания Императорского московского воспитательного дома — может считаться исторически днем создания российской национальной педиатрии.

Его появление знаменует собой рождение государственной системы детского здравоохранения в нашей стране.

Московский императорский воспитательный дом (конец XVIII века)

Иван Бецкой (1704–1795) — основатель

Императорского московского воспитательного дома.

1 сентября 1763 г. российская императрица Екатерина Великая подписала манифест «О создании Сиротского Дома и больницы при нем для младенцев и бедных рожениц». Воспитательный дом и больница были расположены в центре города, впоследствии Сиротский дом стал известен как Московский императорский сиротский дом. Его девиз «Выкормить птенца, не жалея себя» до сих пор сохранился на фронте исторического здания в виде скульптуры пеликана, кормящего своих птенцов.

С первых дней И. Бецкой, Ш. Мертенс (первый главный врач) и их коллеги ввели фундаментальные, но, тем не менее, еще столь мало распространенные принципы оказания медицинской помощи, такие как государственный подход и патронаж со стороны главы государства педиатрической службы, преемственность акушерской и неонатальной служб (изначально Воспитательный дом включал в себя родильный дом и больницу для детей), соблюдение санитарно-эпидемиологических мер во время эпидемий. Примечательно, что во время эпидемии чумы в Москве (1771–1772) был организован специальный изолятор для вновь поступающих детей-сирот. Дети там оставались под наблюдением врачей в течение месяца и только при отсутствии признаков заболевания чумой могли быть переведены в отделение к здоровым. Всех вновь поступивших пациентов осматривали ежедневно и при малейших признаках заболевания чумой изолировали. Такие скоординированные усилия легли в основу первой научной монографии доктора Мертенса «Лечение чумы», вошедшей в историю эпидемии, которая царил в Москве в 1771 г., в которой он описал не только диагностику и лечение чумы, но и впервые обосновал необходимость профилактики заболевания.

В тот же период времени вакцинация становится одним из главных профилактических мероприятий больницы. Уже через 4 года после того, как профессор Э. Дженнер (Англия) открыл метод вакцинации против оспы, его стали успешно применять в Воспитательном доме в Москве.

В последующие десятилетия учреждение пережило немало драматических исторических моментов. Например, во время войны с Наполеоном, когда французская армия оккупировала Москву, Императорский дом был спасен благодаря героическим усилиям персонала, врачей и медсестер, поскольку в это время в Доме находились не только его обитатели, но и раненые русские и французские солдаты, а также дети французских офицеров. Основная заповедь врачей работать исключительно в интересах пациентов независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного статуса, религии или веры, была вновь подтверждена в это тяжелое время.

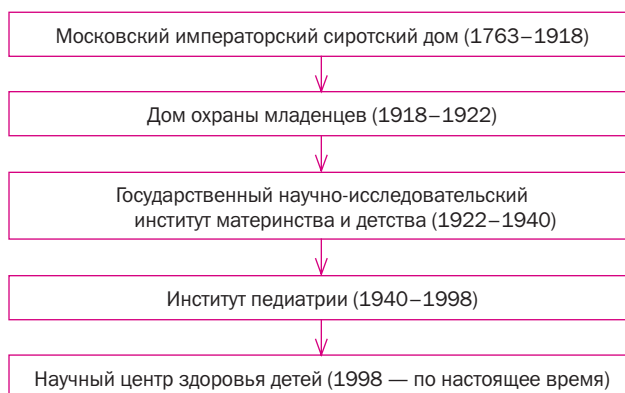
Центр вакцинации новорожденных. Со временем Московский императорский воспитательный дом собрал ценный материал о течении детских болезней и методах их лечения; врачи активно изучали новые направления клинической и социальной педиатрии. Со второй половины 19-го века Дом стал вести учет заболеваемости и смертности детей, их динамики и основных причин; он также стал главным Центром вакцинации в России. С 1805 г. было предложено

начать производство и распространение вакцины против оспы по всей стране для обеспечения иммунизации всех, кому она требовалась, а также провести обучение всех заинтересованных лиц.

Московский императорский воспитательный дом также стал первым медицинским центром, где родовспоможение не только было одним из основных направлений деятельности, но и изучалось как дисциплина. Таким образом, Императорский воспитательный дом по праву заслужил почетное звание «колыбели национальной педиатрии и акушерства».

После Октябрьской революции 1917 года новая Советская система здравоохранения была ориентирована на здоровье матери и ребенка.

Основные принципы советской и будущей российской системы педиатрической медицинской помощи были заложены великим педиатром, профессором Г. Сперанским. Московский императорский сиротский дом постепенно был реорганизован в Институт педиатрии.



Профессор Г. Н. Сперанский. Институт педиатрии возглавляли самые известные русские педиатры: академик Г. Сперанский (1947–1951), профессор М. Казанцева (1951–1954), академик О. Соколова-Пономарева (1954–1960), академик М. Студеникин (1960–1998), а с 1998 г. по настоящее время — академик А. Баранов.

Институт продолжал развиваться как многопрофильное научное и клиническое педиатрическое учреждение. В 60-е годы впервые были созданы отделения нефрологии, гематологии, аллергологии, хирургии, гастроэнтерологии, лаборатории функциональной диагностики, клинической вирусологии, отделение лечебной физкультуры и спортивной медицины и многие другие. Инфекционное отделение активно работало и внесло весомый вклад в значительное снижение заболеваемости и смертности благодаря вакцинации. Таким образом, Институт педиатрии продолжил свое развитие как стационар широкой специализации.

ЧАСТЬ 2. НАСТОЯЩЕЕ НАУЧНОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАМН

21 января 1998 г. Решением Президиума Российской академии медицинских наук образовано государственное научно-клиническое учреждение нового типа — Научный центр здоровья детей РАМН — путем слияния НИИ педиатрии (с 370 койками для стационарных пациентов) и НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков. С 2006 г. в состав Научного центра здоровья детей вошло вновь созданное учреждение — НИИ про-

Рис. 3. Научный центр здоровья детей РАМН



Научный центр здоровья детей



Институт педиатрии (1763)



Институт гигиены и охраны здоровья детей и подростков (1959)



Институт профилактической педиатрии и реабилитации (2006)

филактической медицины и восстановительного лечения с консультативно-диагностическим и реабилитационным центром на 120 мест дневного стационара (рис. 3).

Понимание важности детского здравоохранения в современном обществе, стремление разрабатывать и реализовывать новые подходы, а также следование тра-

дициям ведущих русских педиатрических школ привело к созданию уникального многодисциплинарного педиатрического центра, который теперь обладает всеми возможностями для обеспечения полного цикла педиатрической помощи детям от рождения до восемнадцати лет (поликлиника, стационар и реабилитационные этапы).

Александр Александрович Баранов — директор Научного центра здоровья детей, вице-президент Российской академии медицинских наук, академик РАН и РАМН, профессор.

Профессор А.А. Баранов — известный российский ученый, педиатр, видный организатор здравоохранения — является одним из основателей научных исследований в области педиатрической гастроэнтерологии, экопатологии, профилактической педиатрии.

Под руководством профессора А.А. Баранова была разработана и утверждена Правительством России Концепция педиатрической помощи в Российской Федерации. Профессор А.А. Баранов снискал большое уважение ведущих педиатров во всем мире. Научный центр под его руководством плодотворно сотрудничает с Международной педиатрической ассоциацией, Европейской педиатрической ассоциацией, Американской академией педиатрии, ведущими детскими больницами в Китае, Германии, Франции, Турции и многих других странах. С 2007 г. профессор А.А. Баранов — вице-президент Европейской педиатрической ассоциации (EPA/UNEPSA). Под его председательством в Москве впервые в истории России был успешно проведен 4-й Европейский конгресс педиатров — Europaediatrics-2009, объединивший более 3600 делегатов из 83 стран Европы и всего мира.

Под руководством профессора А.А. Баранова Научный центр здоровья детей стал ведущим федеральным педиатрическим учреждением, предназначенным для оказания высококачественной медицинской помощи детям, развития научных основ улучшения здоровья детского населения и координации научных исследований в области педиатрии в Российской Федерации.

Спектр научных и практических интересов Центра чрезвычайно широк: социально-значимые детские заболевания, аспекты сбалансированного питания, редкие заболевания, подростковая медицина, профилактические технологии и т. д.

Одним из приоритетных направлений является диагностика, лечение и реабилитация после инвалидизирующих заболеваний в детстве. Накоплен огромный опыт лечения детей с аллергией, хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, печени и почек, ревматическими заболеваниями, кардиомиопатией, эпилепсией, рассеянным склерозом.

Лечение новорожденных и детей раннего возраста остается важной задачей Центра во все эпохи его существования. В наши дни одной из постоянно развивающихся областей деятельности Центра является детская хирургия: лечение пороков развития, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы и др.

Профилактическая педиатрия, прежде всего вакцинация, является мощным вектором работы Центра. Вакцинация детей с ограниченными возможностями, а также семейный подход к иммунизации также считается одним из достижений в организации педиатрической помощи.

Одним из важных направлений является медицинское образование педиатров. НЦЗД — клиническая база для педиатрических факультетов московских государственных медицинских университетов. В рамках Центра успешно

осуществляется квалифицированное обучение студентов и педиатров.

Возможности и достижения. Плодотворная работа известных педиатров, обладающих бесценным опытом и умением использовать высокотехнологичные достиже-

ния, позволяет Научному центру здоровья детей занимать лидирующее положение в детском здравоохранении в России, сохранять и приумножать традиции, активно развиваться, строить новые обширные планы (сайт НЦЗД — www.nczd.ru).

НОВОСТИ ИЗ ЕВРОПЫ

Визит вице-президента ЕРА в первую детскую больницу, построенную в Судане

На встрече профессора Гаафар Сулейман, основатель первой Детской больницы в Судане, которая носит его имя, и Мануэль Мойя, вице-президент ЕРА, обсуждали аспекты питания детей, находящихся в больнице, в дополнение к теме аллергии на коровье молоко, которую поднимал профессор Мойя в рамках своей лекции.

Совершенство в педиатрии

В декабре прошлого года в Стамбуле состоялась ежегодная практическая клиническая конференция «Совершенство в Педиатрии» (EiP-2011). Конференция проведена при участии Комитета принимающей страны и Национальной ассоциации педиатров Турции.

ЕРА сконцентрировала свое внимание на организации одного из тематических направлений конферен-

ций — дерматологии. Лекции по этой тематике привлекли большое число делегатов и получили высокую оценку в прессе.

В дополнение к лекциям было организовано небольшое совещание группы клинических специалистов в области дерматологии, так называемая KOL-сессия, внимание которой было сосредоточено на использовании смягчающих средств для детской кожи. Специалисты по дерматологии из разных стран обсуждали, следует ли использовать смягчающие средства у всех детей, каковы возможные преимущества, а также характеристики хорошего смягчающего средства для младенцев.

Конференция в Стамбуле прошла очень успешно. Хотя до декабря еще несколько месяцев, мы уже с нетерпением ждем аналогичного события — предстоящую конференцию в Мадриде в 2012 году.

99

Информация для педиатров

ИНТЕРНЕТ-МАГАЗИН издательства «ПедиатрЪ» КНИГИ ПО ПЕДИАТРИИ И НЕОНАТОЛОГИИ

www.spr-journal.ru

Сайт создан при поддержке Общественной организации «Союз педиатров России».



Интернет-магазин www.spr-journal.ru предлагает:

- **Широкий выбор книг по педиатрии и неонатологии**
В интернет-магазине представлены книги крупнейших медицинских издательств России: издательство Союза педиатров России «ПедиатрЪ», издательство Ассоциации детских кардиологов России, МИА, ГЭОТАР-Медиа, МЕДпресс-информ, Белмедкнига, СпецЛит и др.
- **Самые низкие цены**
Цены на книги не содержат торговых наценок.
- **Удобство**
Самая простая форма регистрации и заказа книг. Несколько вариантов оплаты и доставки книг.
- **Обратная связь**
Вы можете задать любой вопрос относительно вашего заказа и получить оперативный ответ.
- **В открытом доступе**
Так же на нашем сайте вы можете бесплатно скачать брошюры, методические пособия и журналы по педиатрии.

Принимаются заказы по
e-mail: sales@nczd.ru и по **тел.:** (499) 132-72-04