

Информационный бюллетень EPA, выпуск 08 декабря 2010 г.

Письмо редактора

Уважаемые коллеги и друзья!

Необходимо отметить большой успех конференции Excellence in pediatrics (Совершенство в педиатрии), которая состоялась в Лондоне в декабре 2010 г. Доказательный образ мышления усилил нашу диагностику и методы лечения. Образовательные программы будут продолжены по ряду курсов, сохраняя устойчивую и твердую направленность, начиная с конца 2011 г. Что касается познавательности и наглядности полностью обновленного веб-сайта (www.epa-une psa.org), будут предлагаться критическая информация о EPA, а также динамичные разделы, посвященные новым клиническим фактам, при этом особое внимание будет сконцентрировано на концепции «Работа и обучение вместе». Вы увидите это в феврале 2011 г.

Работа Совета сохранит обычный ритм и распорядок: обновление состава членов Совета, создание комитета по этике и новые рамки отношений с нашей организационной компанией, обеспечивающей преемственность Europaediatrics на том же или более высоком структурном уровне, чем в настоящее время. Чтобы непосредственно

связаться с любым членом Совета, достаточно просто отправить e-mail (epa-une psa@candc-group.com), и Вы получите персональный ответ от него/нее или Совета. Вы можете связаться с нашим Информационным бюллетенем таким же образом.

Пожалуйста, прочитайте раздел в этом выпуске о научно-исследовательском проекте Cochrane Детское здравоохранение. Затем перейдите к примерам и пополните обзор online. Таким образом Вы ближе познакомитесь с результатами, основанными на фактических данных, и внесете свой вклад в определение новых тем, которые могут представлять общий интерес в сфере детского здоровья. Наконец, не забывайте о 5-м съезде Europaediatrics в Вене, программа для которого уже составлена.

*Мануэль Мойя,
редактор бюллетеня.*

P.S. Если Вы хотите получать электронные оповещения по новым выпускам, то все, что нужно сделать — это отправить e-mail по адресу: epa-une psa@candc-group.com

137

Новости 5-го Конгресса Europaediatrics

До 5-го Europaediatrics 2011 г. осталось 6 месяцев, и волнение нарастает! Конгресс Europaediatrics является показателем деятельности EPA/UNEPSA и надеется стать местом встречи педиатров не только Европы, но и всего мира. 5-й Europaediatrics — продолжатель съездов EPA/UNEPSA, состоявшихся в Риме (2000), Праге (2003), Стамбуле (2008) и Москве (2009). Мероприятия главного события EPA/UNEPSA направлены на выполнение целей, прописанных в ее уставе:

- Улучшение качества педиатрической помощи во всех европейских странах.
- Стимулирование совместных исследований в области педиатрии в Европе.
- Поощрение сотрудничества между Национальными Детскими обществами в Европе и педиатрами, работающими в сфере первичной, вторичной и третичной педиатрической помощи в Европе.
- Содействие обмену опытом в различных областях медицинской помощи детям.

Важные даты:

Срок подачи тезисов: 10 марта 2011 г.

Крайний срок ранней регистрации: 10 марта 2011 г.

Для регулярного получения новостей о Конгрессе можно воспользоваться сайтом www.europaediatrics2011.org

СОВЕТ ЕВРОПЕЙСКОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ (EPA/UNEPSA)

Президент — проф. Андреас Константинопулос

Генеральный секретарь — проф. Массимо Петозелло-Мантовани

Вице-президент — проф. Александр Баранов

Вице-президент — проф. Мануэль Мойя

Советники — проф. Фьюджан Чулю Кокуграш, проф. Ласло Сабо

Казначей — проф. Йохен Эрих

Экс-президент — проф. Армидо Рубино

Президент 5-го Europaediatrics — проф., доктор Вильгельм Каульферш

МЕСТНЫЙ ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

Президент — проф. д-р Клаус Шмитт

Вице-президент — проф., д-р Вильгельм Каульферш

Секретарь — проф. Рейнгольд Кербл

НАУЧНЫЙ КОМИТЕТ

Председатель — Армидо Рубино, Италия

ЧЛЕНЫ НАУЧНОГО КОМИТЕТА

Эррол Элден, США
Дженерозо Андриа, Италия
Шимон Барак, Израиль
Реш Бернхард, Австрия
Сержиу Кабрал Аугусто, Бразилия
Франко Кьярелли, Италия
Джованни Чиони, Италия
Фьюджан Чулю Кокуграш, Турция
Стен Дреборг, Норвегия
Йохен Эрих, Германия
Маргарет Фишер, США
Андреас Гамильшег, Австрия
Захи Гроссман, Израиль
Калле Хоппу, Финляндия
Исидор Нуттегерр, Австрия

Вильгельм Каульферш, Австрия
Рейнгольд Кербл, Австрия
Андреас Константопулос, Греция
Джузеппе Мазера, Италия
Джули Местрович, Хорватия
Иосиф Милерад, Швеция
Мануэль Мойя, Испания
Лейла Намазова-Баранова, Россия
Людмила Огородова, Россия
Энн Ормиссон, Эстония
Йозеф Ридлер, Австрия
Клаус Шмидт, Австрия
Майк Смит, Великобритания
Ласло Сабо, Венгрия
Джорджо Тамбурины, Италия
Арунас Валиулис, Литва
Николай Володин, Россия
Мехмет Вурал, Турция
Максимилиан Зак, Австрия

Заседание по респираторной медицине, представленное в контексте «Совершенство в педиатрии» (Excellence in Pediatrics)

Доклад из Лондона

Тысяча педиатров со всего мира имели возможность принять участие во 2-й конференции «Совершенство в педиатрии», которая проходила в Лондоне 2–4 декабря 2010 г. Специальные заседания состоялись в субботу, 4 декабря и освещали респираторные проблемы, их профилактику, современные медикаментозные средства и лечение.

Записи наиболее значимых интервью, веб-сайты избранных заседаний, наиболее интересные доклады, а также презентации отдельных заседаний скоро будут доступны на сайте www.epa-unepso.org и на веб-сайте конференции www.excellence-in-paediatrics.org 3-я конференция «Excellence in Pediatrics» состоится в Стамбуле (Турция) 1–3 декабря 2011.

М. Петозлло-Мантовани, А. Кампаноци

Лечение рвоты у детей

Что должен делать врач общей практики и когда нужна консультация специалиста?

Рвота является частым симптомом острых и хронических заболеваний в детском возрасте. Ей обычно предшествует тошнота, сочетающаяся с повышенным слюноотделением, желудочной атонией и рефлюксом содержимого двенадцатиперстной кишки в желудок в результате непериостальтических сокращений тонкой кишки. При диагностике и лечении тошноты и рвоты у детей сроки ее наличия и хроника симптоматики являются важными клиническими признаками для оценки заболевания. Во многих странах врачи общей практики (ВОП) являются первыми, к кому обращаются члены семьи или опекуны, чтобы проконсультировать ребенка со рвотой.

Поэтому для них важно ответить на несколько ключевых вопросов, имеющих значение как для правильного лечения, так и для принятия решения по поводу того, чтобы ребенка направить к детскому специалисту.

Основные клинические вопросы

Если рвота острая, то врач общей практики сначала должен ответить на вопрос, не является ли причиной рвоты инфекционный гастроэнтерит? Второй важный вопрос касается степени гидратации ребенка и наличия противопоказаний для оральной регидратации, а также показаний для госпитализации ребенка с целью проведения назогастральной или внутривенной регидратации.

При персистировании симптоматики в течение нескольких недель или месяцев ВОП должен рассматривать вопрос о серьезности состояния и направлении ребенка на полное обследование.

У детей с острой персистирующей рвотой в начальном периоде должен рассматриваться как возможный диагноз вирусного гастроэнтерита с наличием рвоты и диареи.

Причиной острой рвоты может быть начало какой-либо инфекции (в том числе недиагностированная инфекция мочеполовых путей, сепсис, аппендицит или менингит), острый живот, требующий хирургического вмешательства (включая инвагинацию, неполный поворот с заворотом средней кишки) или метаболического заболевания, такового как диабетический кетоацидоз.

Причины тошноты и рвоты у детей

Острая рвота в сочетании с диареей

Пищевое отравление:

- инфекционные агенты (вирусы, бактерии, паразиты);
- токсичные вещества (ядовитые грибы, неправильно приготовленные экзотические продукты, наличие пестицидов на фруктах и овощах).

Пищевая аллергия или непереносимость (из-за раннего введения в пищу новых продуктов, обычно в возрасте до 24 мес):

- аллергия на белок коровьего молока;
- заболевания брюшной полости.

Инфекции за пределами желудочно-кишечного тракта:

- инфекции мочевых путей;
- сепсис;
- менингит.

Хирургические:

- аппендицит;
- заворот кишок;
- кишечные инвагинации.

Острая рвота без характерной симптоматики

Хирургическая обструкция:

- менингит;
- аппендицит;
- метаболические заболевания;
- стеноз привратника;
- повышенное внутричерепное давление;
- лекарственное отравление.

Наличие у детей острой рвоты — это предупреждающий знак. Необходимо немедленное обследование ребенка в условиях больницы, если в рвотных массах содержится кровь или желчь, отмечаются сильные абдоминальные боли или имеется вздутие живота. Неотложная помощь должна включать в себя обзорную рентгенографию брюшной полости, УЗИ брюшной полости и исключение сепсиса, включая общий анализ крови, посев культур крови, мочи и спинномозговую пункцию.

Следующие дополнительные симптомы требуют немедленной оценки состояния и лечения в условиях стационара: высокая температура, вздутие живота и/или болезненность, стойкая тахикардия или гипотония, ригидность затылочных мышц и/или светобоязнь.

Особое внимание должно быть уделено детям с рвотой, страдающим хроническими заболеваниями, детям с отставанием роста и младенцам младше 6 мес. У такой категории больных необходима тщательная

оценка дифференциальной диагностики и гидратационного статуса.

Рвота — довольно распространенное явление в раннем детстве. В частности, рвота в сочетании с регургитацией и жеванием являются симптомом, указывающим на гастроэзофагеальный рефлюкс, который может развиваться при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в связи с возможным повреждением ткани (эзофагит, обструктивный апноэ, острое заболевание дыхательных путей, легочная аспирация, или аномалии развития).

В течение первого года жизни могут иметь место врожденные аномалии желудочно-кишечного тракта, такие как неполный поворот кишечника; при первом введении новых продуктов в диету ребенка может проявляться пищевая аллергия на раздражающий антиген. У детей более старшего возраста рвоте часто предшествует тошнота. Дифференциальная диагностика хронических приступов рвоты у ребенка старшего возраста включает гастроэзофагеальный рефлюкс, гастрит и циклические рвоты, поэтому необходимо направить его на консультацию к специалисту для дальнейшего обследования, которое может включать эндоскопическое исследование или исключение негастроинтестинальных причин рвоты, таких как высокое внутричерепное давление, врожденные нарушения метаболизма.

Регургитация у младенцев

Регургитация у младенцев — пассаж рефлюксного желудочного содержимого в ротовую часть глотки; рвота — выталкивание рефлюксного содержимого желудка изо рта.

Регургитирующие младенцы, даже здоровые, обычно срыгивают 2 раза и более в день на первом году жизни. У детей при рвоте можно выявить и другие признаки, такие как кровь, аспирация, апноэ, нарушение развития, неправильное положение тела, нарушение метаболизма (например, галактоземия). У ребенка, страдающего рвотой в первую неделю жизни, важно предусмотреть вероятность врожденной обструкции желудочно-кишечного тракта, в частности при окрашивании желчью.

Поскольку младенческая регургитация — явление физиологическое и преходящее, возможно, связанное с незрелостью моторики желудочно-кишечного тракта, первоочередное значение для ее лечения имеют информирование, обучение и поддержка родителей. Также важно изменение образа жизни, в том числе придание правильного положения ребенку после кормления, использование другой формулы кормления: уменьшение объема порций при увеличении частоты кормлений.

Тем не менее, хотя диетическое лечение может считаться первоочередным, следует принять во внимание, что неправильное использование гипоаллергенного и более частого кормления (thickened formula) приводит к проблемам, связанным с питанием. Младенцы, страдающие регургитацией, должны проходить дополнительные обследования.

Гастроэзофагеальный рефлюкс

и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей, страдающих рвотой: когда об этом думать?

Гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) — это пассаж желудочного содержимого в пищевод с выбросом или без него изо рта вследствие регургитации или рвоты.

ГЭР — это нормальный физиологический процесс, который может повторяться до нескольких раз в день у здоровых младенцев, детей более старшего возраста

и у взрослых. Около 50% здоровых 3–4-месячных детей срыгивают по крайней мере один раз в день. У здоровых младенцев ГЭР не требует лечения.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) характеризуется наличием симптомов, доставляющих неудобства, и/или осложненного стойкого ГЭРБ.

10 клинических проявлений ЖПРБ у детей

Симптомы	Признаки
Рецидивирующие регургитации с/без рвоты	Воспаление гортани/глотки
Потеря веса	Стриктура пищевода
Слабый набор веса	Пищевод Баррета
Раздражительность младенцев	Эрозии пищевода
Заторможенность	Рецидивирующая пневмония
Изжога и боли в груди	Анемия
Кровавая рвота	Дентальные эрозии
Дисфагия, одинофагия	Одышка
Одышка	Стридор, свистящее дыхание
Стридор	Отказ от кормления
Отказ от кормления	Дистоническое положение шеи, прогибание спины (синдром Сандифера)
Кашель	Приступ апноэ: редко в связи с ГЭРБ
Охриплость	Явная угроза жизни: редко в связи с ГЭРБ

Диагноз ГЭРБ следует рассматривать при наличии различных симптомов и признаков, в том числе замедленном развитии, кровавой рвоте, крови в кале, анемии или отказе от еды. Необходима консультация специалиста для более тщательного обследования, которое может включать в себя 24-часовой pH-мониторинг и/или гастроскопию.

Аллергия на белок коровьего молока у детей, страдающих рвотой

Рвота и раздражительность могут являться симптомами, связанными с аллергией на белок коровьего молока (АБКМ), что наблюдается у 2–7,5% детей в возрасте до 24 мес в экономически развитых странах и является наиболее распространенной формой пищевой аллергии в этой возрастной группе.

Не всегда легко дифференцировать эту патологию от синдрома доброкачественного срыгивания и колики. Как регургитация, так и колики, по определению, не являются следствием органического заболевания.

Диагностические критерии младенческой колики включают пароксизмы раздражительности или плача, которые начинаются или прекращаются без определенной причины; как правило, они длятся более 3 ч в день и имеют место по меньшей мере три раза в неделю. Колики спонтанно проходят к 4 мес и не вызывают задержку раз-

вития, в то время как регургитации обычно наблюдаются в течение первых 12 мес жизни, и часто улучшение наступает либо к моменту введения твердой пищи, либо когда ребенок начинает ходить [2].

Важно принимать во внимание, что остающиеся интактными белки коровьего молока, такие как β -лактоглобулин и α -лактальбумин вырабатываются в грудном молоке.

У детей с аллергией на белок коровьего молока, обычно наблюдается аллергическая реакция, развивающаяся в течение 4 нед от начала приема смесей с коровьим молоком. При подозрении на АБКМ стандартным является попытка изменения формулы питательной смеси. Дети с симптоматикой, но без выраженных тревожных симптомов (от легких для умеренных проявлений) должны получать гидролизованную смесь (eHF) или смесь на аминокислотной основе (AAF), если ребенок отказывается принимать eHF, или по соображениям соотношения затраты/польза — AAF, по крайней мере, в течение 2–4 нед. В случае существенного улучшения состояния или исчезновения симптомов, детям в дальнейшем прикормы должны вводиться под наблюдением врача. Если будут проявляться симптомы АБКМ при поступлении новой пищи, ребенка следует оставить на eHF или на AAF, по крайней мере на 6 мес или до 9–12-месячного возраста. Если улучшения симптоматики на eHF не отмечается, врачи первичного звена и педиатры должны рассматривать вариант отмены диеты с AAF, провести дифференциальную диагностику и/или направить ребенка к аллергологу.

Использование белка сои и других альтернатив молоку

Смесь с соевым белком может быть использована для доношенных детей, но она не имеет преимуществ в питательной ценности перед белком коровьего молока, и содержит высокие концентрации фитата, алюминия и фитоэстрогенов (изофлавонов), которые могут оказывать неблагоприятный эффект. Соевый белок не играет никакой роли в профилактике аллергических болезней и не должен использоваться у детей раннего возраста с пищевой аллергией в течение первых 6 мес жизни. До назначения соевого белка у детей с пищевой аллергией в возрасте после 6 мес из-за его низкой стоимости и лучшей усвояемости, сначала должна быть установлена толерантность к соевому белку, поскольку у 30–50% детей, получающих сою при лечении АБКМ, отмечаются аллергические реакции [5]. Нет никаких доказательств в пользу целесообразности использования соевого белка в качестве прикорма для предотвращения или лечения рвоты у детей.

У младенцев старше 6 мес при введении нового прикорма на 2 нед можно ввести соевые молочные смеси. Если после 2-х недель использования соевого прикорма улучшение не отмечено, специалист предписывает использование гидролизованного прикорма.

Следует отметить, что использование для кормления младенцев частично гидролизованной молочной смеси или нетрансформированного белка молока млекопитающих, включая коровье, овечьё, буйволицы, лошадей или козье, немодифицированное рисовое молоко, не рекомендуется. Эти виды молока не имеют надлежащей питательной ценности и не могут служить единственным источником пищи для младенцев. Кроме того, вследствие риска возможных перекрестных реакций аллергенов эти виды молока или молочных смесей, основанные на других видах молочных белков, не рекомендуются для детей с подозреваемым или доказанным АБКМ.

Аллергия на белок коровьего молока может вызвать немедленные реакции (рвота, периоральный или периорбитальный отек, крапивница или анафилаксия), развивается в период от нескольких минут до 2 ч после первого приема белка коровьего молока. Кожные прик-тесты (SPT) и/или измерение уровня специфических IgE антител (RAST testing) обнаруживают IgE-опосредованную реакцию немедленного типа на введение белка коровьего молока. В отличие от этого поздние реакции АБКМ, в том числе рвота, диарея и сильная раздражительность, отмечаются в период от нескольких часов до нескольких дней после вновь введенного белка коровьего молока и часто трудно диагностируются. В этих случаях желательны консультации со специалистом.

Обезвоживание — частое явление у детей, страдающих рвотой.

Для эффективного лечения жизненно важна оценка степени обезвоживания, так как неточная оценка грозит отсрочкой назначения неотложного лечения, либо гиперлечением с ненужными вмешательствами.

Обычно, пациенты делятся на подгруппы с минимальным или отсутствием обезвоживания (< 3% потери веса тела), легкой и умеренной дегидратацией (3–9% потери массы тела) и тяжелым обезвоживанием (> 9% потери массы тела).

Общие направления клинического лечения детей, страдающих рвотой:

- лабораторные исследования должны быть ограничены необходимыми для проведения лечения;
- медикаменты используются только по строгим показаниям;
- противорвотные препараты не показаны (в остром состоянии они бесполезны, а иногда и вредны);
- грудных детей следует продолжать кормить по требованию, а питающихся молочными смесями — по обычной схеме до достижения регидратации, достаточной

для удовлетворения энергетических и питательных потребностей;

- использование молочных смесей без лактозы или со сниженным содержанием лактозы, как правило, не оправдано.

Ключевые моменты наблюдения за ребенком, страдающим рвотой

1. У ребенка с эпизодом острой рвоты всегда рассматривается вероятность наличия других диагнозов, прежде чем будет принята ориентация на вирусный гастроэнтерит, особенно если имеет место кровавая рвота, в рвотных массах содержится желчь, рвота носит острый характер, отмечаются болезненный живот, фебрильная лихорадка, подозрение на менингит.
2. Ребенок с явлениями хронической рвоты должен быть направлен к специалисту для тщательного обследования на предмет наличия замедленного развития, аллергии на коровье молоко, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, или персистирующей симптоматики у ребенка старшего возраста.
3. Лечение обезвоживания легкой степени может осуществляться на дому.
4. При умеренном обезвоживании могут потребоваться направление к специалисту и госпитализация в педиатрическое отделение для назогастральной интубации при непереносимости перорального приема жидкостей.
5. При тяжелом обезвоживании требуется срочная госпитализация в педиатрическое отделение для внутривенной регидратации и интенсивного лечения. При легком и умеренном обезвоживании не всегда удается улучшить состояние растворами для оральной регидратации, поэтому таких детей необходимо постоянно наблюдать до появления положительной динамики. Состояние гидратации должно отслеживаться постоянно, с более частым мониторингом у детей с неустойчивым статусом.

История Хорватского педиатрического общества

Республика Хорватия является страной с населением 4,4 млн, из которых 840 тыс. — дети в возрасте до 18 лет. Показатели детского здравоохранения хорошие: перинатальная смертность 4,6/1000 среди новорожденных с весом при рождении 1000 г, в то время как смертность младенцев составляет 4,5 на 1000 живорожденных младенцев. Все дети в Хорватии до 18 лет имеют государственное страхование здоровья.

Первичная педиатрической помощь охватывает около 75% детей, другие включены в сферу здравоохранения, где медицинская помощь оказывается семейными врачами. В сфере вторичной и третичной помощи существуют 23 детских отделения в рамках больниц общего профиля, 3 детских больницы и 4 детских отделения в университетских больницах.

Первым педиатром Хорватии со специальным образованием был Радован Маркович. В 1904 г. он основал Первое детское отделение в больнице «Сестра мило-

сердия» («Sestre milosrdnice») в Загребе. Уже в 1903 г. он написал очень передовое для того времени руководство «Детское здравоохранение: пособие для молодой мамы». В 1923 г. в Загребе была создана Кафедра педиатрии при медицинской школе. Первым заведующим Кафедры педиатрии был профессор Эрнест Майерхофер. В 1925 г. он написал первое руководство по педиатрии, а в 1939 г. — учебник «Педиатрия». Профессоры Маркович и Майерхофер хорошо известны, благодаря их общественной работе и поддержке, оказываемой преподавателям в области здравоохранения. Педиатрические амбулаторные службы были созданы в 1908 г., когда доктор Жига Сварч основал Детскую клинику в Загребе. С этого дня в Хорватии начали появляться амбулаторные службы для оказания первичной медико-санитарной помощи матери и ребенку, что явилось значительным вкладом в улучшение детского здравоохранения.

Педиатры в Хорватии были официально объединены в 1930 г., когда профессор Майерхофер создал группу хорватских педиатров в рамках Хорватской медицинской ассоциации. С этого времени и до 1993 г. группа постоянно работала. В 1993 г. было создано Хорватское педиатрическое общество (ХПО), первым президентом которого был Душко Мардешич.

В обязанности ХПО входит: развитие детского здравоохранения, профессиональное и научное совершенствование, организация профессиональных конгрессов, сотрудничество с другими профессиональными обществами, развитие медицинской этики, контроль в области здравоохранения и формирование профессиональных оценок. Кроме ХПО в Хорватии активно действуют 8 педиатрических обществ субспециальностей (неврологии, эндокринологии, гастроэнтерологии, нефрологии, кардиологии, пульмонологии, превентивной/социальной педиатрии и иммунологии) и 3 секции (метаболизма, интенсивной медицины и неонатологии).

Для этого выпуска мы подготовили специальный доклад о конгрессе ХПО, который состоялся в октябре 2010 г.

ХПО имеет хорошо организованную веб-страницу (www.hpd.com.hr). Страница содержит различные новости, уведомления о конгрессах в Хорватии и за рубежом, а также рекомендации от ХПО.

ЕРА планирует организовать рабочее совещание в 2011 г. в Сплите, посвященное истории Хорватского педиатрического общества, его групп.

На сегодняшний день имеется 606 работающих педиатров в Хорватии, 236 из которых заняты в сфере первичной

медицинской помощи. В больших городах детское здравоохранение опирается на педиатров, но в небольших населенных пунктах в первичной медицинской помощи их не хватает. Большинство педиатров — женщины (78%). Распределение по возрасту неблагоприятное, только 23% педиатров моложе 44 лет. Тем не менее, численность детских врачей за последние 5 лет возросла с 78 до 165, таким образом, мы ожидаем значительное улучшение возрастной структуры педиатров в течение ближайших нескольких лет.

Журнал «Paediatrica Croatica», который вначале (в 1958 г.) назывался «Arhiv za zastitu majke i djeteta» (Архивы по защите материнства и детства), в значительной мере способствует научной работе. Журнал «Paediatrica Croatica» публикует материалы на хорватском и английском языках, поэтому мы приглашаем всех педиатров Европы к сотрудничеству и просим присылать нам свои рукописи. «Paediatrica Croatica» внесена в индексы: Thomson Scientific, Embase/Excerpta Medica, Amsterdam, Index Copernicus, Journal Citation Reports/Science Edition, Science Citation Index Expanded (SCIE), Abstracts Journal, All-Russian Institute for Scientific and Technical Information (VINITI), Scopus, Google Scholar, and Scientific Commons. Веб-страница журнала www.paedcro.com.

ХПО является членом Европейской педиатрической ассоциации (ЕРА/UNEPSA), Международной педиатрической ассоциации (ИПА), Ближневосточного союза и Средиземноморских педиатрических Обществ (UMEMPS) и ассоциированным членом Европейской академии педиатрии (ЕАР).

Исследовательский проект Cochrane Child Health Field

Уважаемые коллеги, мы проводим тестирование формата подведения итогов и представления доказательств как способа ответа на конкретные клинические вопросы, называемого «Клинический ответ». Приглашаем Вас принять участие (примерно 10 мин): просмотрите 1-ю страницу клинического ответа и составьте после этого краткий обзор.

Ваше участие в данном исследовании поможет нам разработать Клинические ответы, которыми впоследствии могут воспользоваться педиатры.

Шаг 1: Посмотрите пример клинического ответа (5 мин). Стоит сохранить документ клинического ответа открытым,

пока вы завершите обзор. http://www.cochranchildhealth.ualberta.ca/CA_Bronchiolitis.pdf

Шаг 2: Заполните онлайн-обзор (5 мин). https://surveys.aict.ualberta.ca/tsqs/rws5.pl?FORM=Feedback_c Ваше участие в этом проекте и данные обследования являются анонимными.

Мы будем благодарны вам, если вы поможете нам в пересылке данного приглашения вашим коллегам-педиатрам.

*Ива Сето, бакалавр MLIS, координатор исследования,
The Cochrane Child Health Field
(www.cochranchildhealth.org)*

Новости со всего мира

Соединенные Штаты Америки

Национальная конференция и выставка (Conference & Exhibition) Американской академии педиатрии (AAP), одно из крупнейших в мире образовательных событий в области педиатрии, состоялось в Сан-Франциско, США, 2–5 октября 2010 г.

Эта ежегодная конференция привлекла около 13 тыс. делегатов. Научная программа охватывала широкий спектр тем и включала несколько интерактивных, практических и сетевых заседаний.

В дополнение к первоклассным примерам программирования CME, предлагаемым AAP, флагман события —

«Педиатрия для XXI века (Peds 21)» перед конференцией, сфокусировал свое внимание в этом году на информационных технологиях (ИТ) в области здравоохранения и его качестве.

Новейшие технологии были представлены на дисплее ААР Офиса будущего, чтобы помочь делегатам познакомиться с достижениями в области повышения качества.

В 2011 г. Национальная конференция ААР состоится в Бостоне, 15–18 октября.

Хорватия

9-й Конгресс Хорватского педиатрического общества (CPD) был проведен в г. Пожега 6–9 октября 2010 г. Город Пожега расположен на северо-западе Хорватии и хорошо известен своим замечательным детским отделением. 330 педиатров приняли участие в Конгрессе CPD. Профессор Шимон Барак из Тель-Авива представил настоящее положение дел в сфере первичной педиатрической помощи в Европе. Профессор Фабрицио Симонелли из Флоренции обратил внимание на проблемы, возникающие у детей во время их пребывания в больнице.

Профессор Вильгельм Каульферш рассказал о работе Европейской педиатрической Ассоциации и активном участии CDP в ее работе.

Затем он сообщил о 5-м Конгрессе Europaediatrics, который состоится в Вене в июне 2011 г.

Профессор Джулия Местрович представила текущее положение в хорватской педиатрии, особенно в связи с появлением новых детских болезней.

Португалия

11-й Конгресс Португальского педиатрического общества (SPP) состоялся в Фунхале на острове Мадейра с 6 по 8 октября 2010 г. Внимание Конгресса было сосредоточено на следующих аспектах педиатрической помощи:

- обучение и научные исследования;
- сообщество педиатрии в сообществе;
- неотложная педиатрия.

Эти вопросы были освещены на 11 конференциях, 14 круглых столах, 7 сессиях «Встреча с профессором», 7 семинарах и курсах. 86 португальских докладчиков и 8 ораторов международной значимости выступили на этих сессиях и поделились своими научными знаниями.

В этом году Конгресс собрал 700 делегатов. Было представлено 435 тезисов, 97% из них были приняты и представлены в контексте Конгресса: 49 устных докладов, 102 постера с презентацией и обсуждениями и 272 просмотра постеров. Оценку проводило национальное жюри совместно с директором SPP и соответствующими сессиями. Лучшие рефераты были награждены специальными призами.

EPA/UNEPSA присутствовала на выставочной площадке этого Конгресса и способствовала реализации будущих мероприятий и инициатив Ассоциации.

В будущем году, с 6 по 8 октября 2011 г., состоится 12-й Конгресс Португальского педиатрического общества в Альбуфейре, Алгарва.

Словения

Словенское педиатрическое общество организует свой национальный Конгресс 1 раз в 4 года. 5-й Конгресс Словенского педиатрического общества состоялся в Раденчи с 16 по 18 сентября 2010 г. Раденчи находится в северо-восточной части страны. Конгресс, ориентированный в первую очередь на педиатров в системе начальной, вторичной и третичной медицинской помощи, привлек 250 делегатов.

Основные доклады были посвящены неотложной педиатрии, хроническим детским болезням, лечению резистентной эпилепсии у детей и подростков. Разнообразные актуальные темы были освещены известными национальными и европейскими специалистами.

| Календарь событий 2011 г.

15-й Конгресс педиатров России

«Актуальные проблемы педиатрии»

РОССИЯ, Москва, 14–17 февраля 2011 г.

Первый Всемирный конгресс

для консенсуса в педиатрии

и детском здравоохранении

ФРАНЦИЯ, Париж, 17–20 февраля 2011 г.

11-е ежегодное заседание

Общества детской спортивной медицины

ГЕРМАНИЯ, Мюнхен, 18–20 февраля 2011 г.

Проведение ультразвукового исследования у новорожденных.

Зачем, как и когда проводить ультразвуковое исследование?

ИТАЛИЯ, Флоренция, 14–17 марта 2011 г.

11-й Конгресс Европейского общества магнитного резонанса в неврологии (ESMRN)

НИДЕРЛАНДЫ, Амстердам, 24–26 марта 2011 г.

Ежегодная конференция-2011

Королевский колледж педиатрии и детского здоровья

ВЕЛИКОБРИТАНИЯ, Уорвик, 5–7 апреля 2011 г.

37-е Ежегодное заседание общества неврологии

ГЕРМАНИЯ, Мюнхен, 7–10 апреля 2011 г.

33-й Конгресс UMEMPS и 13-й Конгресс Иорданского педиатрического общества

ИОРДАНИЯ, Амман, 4–7 мая 2011 г.

12-й Международный конгресс по Детской лабораторной медицине (ICPLM)

ГЕРМАНИЯ, Берлин, 13–15 мая 2011 г.

22-й Международный конгресс Европейского общества по детской интенсивной терапии (ESPNIC)

ГЕРМАНИЯ, Ганновер, 25–28 мая 2011 г.

29-я ежегодная встреча Европейского общества по детским инфекционным заболеваниям (ESPID)

НИДЕРЛАНДЫ, Гаага, 7–11 июня 2011 г.

16-й Конгресс Европейского союза школьного и университетского здравоохранения и медицины (EUSUHM-2011)

РОССИЯ, Москва, 9–11 июня 2011 г.

49-й Общегреческий Конгресс педиатров

ГРЕЦИЯ, Коста-Наварино, Мессиния, 10–12 июня 2011 г.

Европейское общество развивающей перинатальной и детской фармакологии (ESDP-2011)

НОРВЕГИЯ, Осло, 15–17 июня 2011 г.

12-й Европейский конгресс по детской хирургии (EUPSA)

ИСПАНИЯ, Барселона, 15–18 июня 2011 г.

23-й Конгресс Международной ассоциации детской стоматологии (IAPD)

ГРЕЦИЯ, Афины, 15–18 июня 2011 г.

58-й ежегодный Международный конгресс Британской ассоциации детской хирургии (BAPS)
ВЕЛИКОБРИТАНИЯ, Белфаст, 19–22 июня 2011 г.

5-й Europaediatrics 2011

АВСТРИЯ, Вена 23–26 июня 2011 г.

7-я Европейская встреча Международного общества по неонатальному скринингу (ISNS)

ШВЕЙЦАРИЯ, Женева, 28–30 августа 2011 г.

2-я Международная конференция Signa Vitae в педиатрии/неонатальной интенсивной терапии и анестезиологии

ХОРВАТИЯ, Сплит, 2 сентября 2011 г.

Достижения в детском ментальном здравоохранении

ТУРЦИЯ, Стамбул, 1–3 декабря 2011 г.

Список стран — членов ЕРА/UNEPSA

АЛБАНИЯ

Албанское педиатрическое общество

АРМЕНИЯ

Армянская педиатрическая ассоциация

АВСТРИЯ

Австрийское общество детской и подростковой медицины

БЕЛЬГИЯ

Бельгийское общество педиатрии

БОСНИЯ И ГЕРЦЕГОВИНА

Педиатрическое общество Боснии и Герцеговины

БОЛГАРИЯ

Болгарская ассоциация педиатров

ХОРВАТИЯ

Хорватское педиатрическое общество

КИПР

Кипрское педиатрическое общество

ЧЕШСКАЯ РЕСПУБЛИКА

Чешское национальное педиатрическое общество

ДАНИЯ

Датское педиатрическое общество

ЭСТОНИЯ

Эстонская ассоциация педиатров

ФИНЛЯНДИЯ

Финское педиатрическое общество

ФРАНЦИЯ

Французское общество педиатрии

ГРУЗИЯ

Грузинская ассоциация педиатров

ГЕРМАНИЯ

Немецкое общество детской и подростковой медицины

ГРЕЦИЯ

Греческое педиатрическое общество

ВЕНГРИЯ

Венгерская ассоциация педиатров

ИРЛАНДИЯ

Королевский колледж врачей Ирландии/факультет педиатрии

ИЗРАИЛЬ

Израильская ассоциация педиатров

ИТАЛИЯ

Итальянское общество педиатров

ЛАТВИЯ

Ассоциация педиатров Латвии

ЛИТВА

Литовское педиатрическое общество

ЛЮКСЕМБУРГ

Общество педиатрии Люксембурга

МАКЕДОНИЯ

Общество педиатров Македонии

МОЛДОВА

Молдавское общество педиатров

НИДЕРЛАНДЫ

Нидерландская ассоциация педиатров

ПОЛЬША

Польское общество педиатров

ПОРТУГАЛИЯ

Португальское общество педиатров

РУМЫНИЯ

Румынское общество педиатров

Румынское общество социальной педиатрии

РОССИЯ

Союз педиатров России

СЕРБИЯ И ЧЕРНОГОРИЯ

Педиатрическая ассоциация Сербии и Черногории

СЛОВАКИЯ

Словацкое общество педиатров

СЛОВЕНИЯ

Словенское детское общество

ИСПАНИЯ

Испанская ассоциация педиатров

ШВЕЦИЯ

Шведская педиатрическая медицинская ассоциация

ШВЕЙЦАРИЯ

Швейцарское общество педиатров

ТУРЦИЯ

Турецкая ассоциация педиатров

УКРАИНА

Украинская ассоциация педиатров

СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО

Королевский колледж педиатрии и детского здоровья

EPA Newsletter

Issue 08 December 2010

| Letter of the Editor

Dear Colleagues and Friends,

The present issue marks two years of the existence of the EPA/UNEPSA newsletter. It has some interesting news for our growing family of European pediatricians.

First, it is necessary to comment on the great success of the Excellence in Pediatrics conference in its London edition a few days ago. The way in which the subjects were treated is the one with proven efficacy to update medical knowledge. Later on I will refer to how the evidence based way of thinking has improved our diagnosis and treatments. However, the educational programme will continue with a steady but firm path through a series of courses starting at the end 2011. In the line of education and visibility the totally renewed website (www.epa-unepsa.org) will offer static information about EPA and also a dynamic section to update clinical facts, focusing on the new concept of «working and learning together». You will see this in February 2011.

The rhythm of the Council continues at the usual pace: renewal of Council members, the creation of an Ethics Committee and a new frame for the relation with our organizational company that ensures a continuity of Europaediatrics at the same or

higher structural level than at present. This also allows the confident support status needed for a scientific society with a real and visible independence as is EPA. To directly reach any member of the Council it is enough to simply send an e-mail (epa-unepsa@candc-group.com) and you will get a personalized answer from him/her or the Council. You can get in touch with the Newsletter in the same way.

Finally, I would like to comment on our liaison with Cochrane. Please, read the section in this issue about the Research Project by Cochrane Child Health Field. Then, go to the examples and complete the on-line survey. In this way you will become more familiar with the evidence-based terms and results and you will have contributed to identify new subjects that can be of general interest in pediatric health. Lastly, do not forget the 5th Europaediatrics congress in Vienna, the programme is cool and so will be the atmosphere there!

Manuel Moya
Editor of Newsletter

P.S. If you wish to receive an e-alert for new issues, all you have to do is send an e-mail to: epa-unepsa@candc-group.com

145

| Updates on the 5th Europaediatrics Congress

The 5th Europaediatrics 2009 is 6 months away and the excitement is rising! The Europaediatrics congress is the highlight of the activities of EPA/UNEPSA and aspires to be the meeting point of paediatricians not only from Europe but from all over the world. The 5th Europaediatrics follows the past congresses of EPA/UNEPSA held in Rome (2000), Prague (2003), Istanbul (2008) and Moscow (2009).

The activities of the flagship event of EPA/UNEPSA are coherent with and consequent to the following mission points of the Constitution of EPA/UNEPSA:

- To improve the quality of paediatric patient care in all European countries.
- To stimulate collaborative research in paediatrics in Europe.
- To encourage cooperation between National Paediatric Societies in Europe and between paediatricians working in primary, secondary and tertiary paediatric care in Europe.
- To promote the exchange of national experiences in the various fields of patient care and make national practices known to others.

Important Dates

Deadline for abstract submission: 10 March 2011

Deadline for early registration: 10 March 2011

For regular updates about the congress please visit: www.europaediatrics2011.org

EUROPEAN PAEDIATRIC ASSOCIATION (EPA/UNEPSA) COUNCIL

President

Prof. Andreas Konstantopoulos

Secretary General

Prof. Massimo Pettoello-Mantovani

Vice President

Prof. Alexander Baranov

Vice President

Prof. Manuel Moya

Councilors

Prof. Fugen Cullu Cokugras

Prof. Laszlo Szabo

Treasurer

Prof. Jochen Ehrich

Past President

Prof. Armido Rubino

President of 5th Europaediatrics

Prof. Dr. Wilhelm Kaulfersch

LOCAL ORGANISING COMMITTEE**President**

Prof. Dr. Klaus Schmitt

Vice President

Prof. Dr. Wilhelm Kaulfersch

Secretary

Prof. Reinhold Kerbl

SCIENTIFIC COMMITTEE**Chairman**

Armido Rubino, ITALY

MEMBERS

Errol Alden, USA

Generoso Andria, ITALY

Shimon Barak, ISRAEL

Resch Bernhard, AUSTRIA

Sergio Augusto Cabral, BRAZIL

Franco Chiarelli, ITALY

Giovanni Cioni, ITALY

Fugen Cullu Cokugras, TURKEY

Sten Dreborg, NORWAY

Jochen Ehrich, GERMANY

Margaret Fisher, USA

Andreas Gamillscheg, AUSTRIA

Zachi Grossman, ISRAEL

Kalle Hoppu, FINLAND

Isidor Huttegger, AUSTRIA

Dr. Wilhelm Kaulfersch, AUSTRIA

Reinhold Kerbl, AUSTRIA

Andreas Konstantopoulos, GREECE

Giuseppe Masera, ITALY

Julije Mestrovic, CROATIA

Joseph Milerad, SWEDEN

Manuel Moya, SPAIN

Leyla Namazova, RUSSIA

Lyudmila Ogorodova, RUSSIA

Anne Ormisson, ESTONIA

Josef Riedler, AUSTRIA

Klaus Schmitt, AUSTRIA

Mike Smith, UK

Laszly Szabo, HUNGARY

Giorgio Tamburlini, ITALY

Arunas Valiulis, LITHUANIA

Nikolay Nikolaevich Volodin, RUSSIA

Mehmet Vural, TURKEY

Maximillian Zach, AUSTRIA

Respiratory Medicine Sessions presented in the context of Excellence in Paediatrics

A report from London

One thousand paediatricians from all over the world had the opportunity to attend the second Excellence in Paediatrics conference in London from 2 till 4 December 2010. Along with selected centres of excellence in paediatric care, EPA/UNEPSA and the Cochrane Child Health Field presented a number of respiratory medicine sessions within the context of Excellence in Paediatrics. These special sessions took place on Saturday, 4 December 2010 in London and focused

on significant respiratory issues and updated delegates upon prevention, medication and treatment.

Special interviews with top notch speakers, webcasts of selected sessions as well as speakers' presentations and snapshots from the entire conference will be available soon through www.epa-unepsa.org and the conference's website www.excellence-in-paediatrics.org.

Save the dates for the 3rd edition of Excellence in Paediatrics which will take place in Istanbul, Turkey on 1–3 December 2011.

M. Pettoello-Mantovani and A. Campanozzi

Vomiting management in children

What the general practitioner should do and when to consult with a specialist

Vomiting is a common symptom of acute and chronic illness in childhood. It is a coordinated event usually preceded by nausea in association with increased salivation, gastric atony, and reflux of duodenal contents into the stomach, resulting from nonperistaltic contractions of the small bowel.

In the diagnosis and management of nausea and vomiting in childhood, age of presentation and chronicity of symptoms are both important clinical features to assess.

In many countries it is not unusual that general practitioners (GP) are the first professionals consulted by the families or caregivers to check a vomiting child. Therefore, it is important for them to resolve few key questions useful both for a

correct management of the symptom, and for taking the correct decision on whether to refer the vomiting child to a pediatric specialist.

Key clinical questions

Should the presentation of vomiting be acute, the general practitioner needs first to ask himself whether the child have a cause other than infective gastroenteritis. A second important question regards the child hydration and it is whether there is any reason why oral rehydration is not appropriate and also whether the child needs admission to hospital for nasogastric or intravenous rehydration. If symptoms have been present for weeks or months, the GP needs to consider whether the child is failing to thrive and conclusively whether the child requires referral for specialist investigation.

Viral gastroenteritis commonly presents with acute vomiting and diarrhea. However, other conditions should always be taken in consideration in exploring the cause of these clinical features. In fact, an acute presentation of vomiting may be the onset mark of a different kind of infection (including undiagnosed urinary tract infection, septicaemia, appendicitis or meningitis), an acutely evolving surgical abdomen (including intussusception, malrotation with volvulus of the midgut) or a metabolic illness such as diabetic ketoacidosis.

CAUSES OF NAUSEA AND VOMITING IN CHILDREN

Acute vomiting associated to diarrhea

Food poisoning

- Infectious agents (viruses, bacteria, parasites)
- Toxic agents (poisonous mushrooms, improperly prepared exotic foods, or pesticides on fruits and vegetables)

Food allergy or intolerance (due to early introduction of new food usually before the age of 24 months):

- Cow's milk protein allergy
- Coeliac disease

Non-gastrointestinal infections

- Urinary tract infections
- Septicemia
- Meningitis

Surgical

- Appendicitis
- Malrotation/volvulus
- Intestinal intussusceptions

Acute vomiting with no associated symptoms

Surgical obstruction

- Meningitis
- Appendicitis
- Metabolic diseases
- Pyloric stenosis
- Increased intracranial pressure
- Drug poisoning

Immediate investigation in a hospital emergency room setting is the rule for any child who is vomiting blood or bile or has severe abdominal pain or abdominal signs. Emergency room investigations should include abdominal X-ray, abdominal ultrasound and a septic evaluation, including full blood count, blood cultures, urine cultures and lumbar puncture.

Additional red flag symptoms requesting immediate hospital evaluation and management are: high fever, abdominal

distension and/or tenderness, persistent tachycardia or hypotension, neck stiffness and/or photophobia.

A special attention must be devoted to vomiting children with chronic illness, poor growth and infants less than 6 months of age. In such population a cautious evaluation of both differential diagnosis and hydration status must be performed. Vomiting is a quite common feature of early infancy. In particular, vomiting together with regurgitation and rumination are symptoms suggestive of gastroesophageal reflux, which may evolve in gastroesophageal reflux disease due to possible tissue damage (oesophagitis, obstructive apnoea, reactive airway disease, pulmonary aspiration, or failure to thrive).

During the first year of life congenital gastrointestinal anomalies such as malrotation can be present and food allergies are a frequent evidence at the time of first introduction of the offending antigen into the infant's diet. In the older child vomiting is frequently preceded by nausea.

Differential diagnosis of chronic presentations of vomiting in the older child include gastroesophageal reflux, gastritis and cyclical vomiting, and specialist referral is usually necessary for further investigation which may include endoscopy or consideration of nongastrointestinal causes of vomiting such as raised intracranial pressure or inborn errors of metabolism.

Infant regurgitation:

first, establish the difference with vomiting

Infant regurgitation is defined as the passage of refluxed gastric content into the oral pharynx, whilst vomiting is defined as expulsion of the refluxed gastric content from the mouth.

Regurgitating infants usually present such event two or more times per day for 3 or more weeks in the first 1–12 months of life in an otherwise healthy infant. In these children, associated features of retching, haematemesis, aspiration, apnoea, failure to thrive, or abnormal posturing suggestive of a metabolic disorder (for instance galactosaemia), other gastrointestinal disease, or central nervous system disease are absent to explain the symptom. However, it is important to consider congenital obstruction of the gastrointestinal tract in infants presenting with vomiting in the first week of life, particularly if bile stained.

As infant regurgitation is a physiologic and transient event possibly due in part to the immaturity of gastrointestinal motility, parental education and reassurance are of primary importance in its management, along with lifestyle changes, including appropriate prone positioning after meals, the use of thickened formula and smaller volume feedings.

However, although dietary treatment could be considered a first-line approach, it must be taken in consideration that the misuse of hypoallergenic and thickened formulas could lead to nutritional impairment. Regurgitating infants should undergo appropriate follow-up.

Gastroesophageal reflux and gastroesophageal reflux disease in vomiting children: when to think about it

Gastroesophageal reflux (GER) is the passage of gastric contents into the esophagus with or without ejection of contents from the mouth due to regurgitation or vomiting. GER is a normal, physiologic process which can occur several times per day in healthy infants, and to a lesser frequency in children, and adults.

GER in healthy infants does not need treatment. GER is a normal physiologic process that occurs several times per day in healthy infants, children, and adults. Approximately 50% of normal 3- to 4-month-old infants regurgitate at least

once per day and it is reported that an elevated number of caregivers in economically advanced countries seek medical help for this normal behavior.

Gastroesophageal reflux disease (GERD) is identified by the presence of troublesome symptoms and/or complications of persistent GER.

CLINICAL MANIFESTATION OF GERD IN CHILDREN

SYMPTOMS	SIGNS
Recurrent regurgitation with/ without vomiting	Laryngeal/pharyngeal inflammation
Weight loss	Esophageal stricture
Poor weight gain	Barrett's esophagus
Irritability in infants	Erosive esophagitis
Ruminative behavior	Recurrent pneumonia
Heartburn or chest pain	Anemia
Hematemesis	Dental erosions
Dysphagia, odynophagia	Wheezing
Wheezing	Stridor
Stridor	Feeding refusal
Feeding refusal	Dystonic neck posturing, back arching (Sandifer's syndrome)
Cough	Apnea spells: rarely due to GERD
Hoarseness	Apparent Life Threatening Events (ALTE): rarely due to GERD

A diagnosis of GERD should be considered in the presence of different symptoms and signs, including failure to thrive, haematemesis, occult blood in the stool, anaemia, or refusal to eat, and requires referral to a specialist for more formal investigation which may include 24 hour pH-impedance monitoring and/ or gastroscopy.

Cow's milk protein allergy in vomiting children: when to think about it

Vomiting and irritability may be symptoms associated to Cow's milk protein allergy (CMPA), a condition which affects 2–7.5% of infants below 24 months of age in economically advanced countries and is the most common form of food allergy in this age group.

It is of great importance, though not always easy, to differentiate CMPA from a syndrome of benign regurgitation and colic. Both regurgitation and colic are by definition not caused by organic disease. Diagnostic criteria of infant colic include paroxysms of irritability or crying that start or stop in absence of a clear cause, usually last more than three hours per day and occur at least three days per week. Colic spontaneously resolves by the 4th month of age and is not associated with failure to thrive, while regurgitation usually recede gradually during the first 12 months of life and frequently improves either at the time of introduction of solid food or when the child begins to walk.

It is important to consider that intact cow's milk proteins, such as beta-lactoglobulin and alphas1-lactalbumin, are secreted in breastmilk, therefore CMPA is not limited to

formula fed infants. In children with CMPA, it is usual to observe the allergic response developing within four weeks of starting cow's milk formula. In case CMPA is suspected, a trial of formula change is the standard. Symptomatic infants with no alarm symptoms (mild-to-moderate manifestations) should receive an extensively hydrolysed formula (eHFs), or amino acid-based formulae (AAF) if the infant refuses to drink eHF or if the cost–benefit ratio favors AAF, for at least 2–4 weeks. Children who show a substantial improvement or disappearance of symptoms should undergo a challenge under medical supervision. If symptoms of CMPA emerge upon food challenge, the child should be maintained on eHF or AAF for at least 6 months or until 9–12 months of age. If symptoms do not improve on eHF, primary care physicians and general pediatricians should consider an elimination diet with AAF, other differential diagnoses or both for the symptoms and/ or refer the patient to a pediatric specialist.

The use of soy protein formula and other alternative milk

Soy protein formulae can be used for feeding term infants, but they have no nutritional advantage over cow's milk protein formulae and contain high concentrations of phytate, aluminum, and phytoestrogens (isoflavones), which might have untoward effects. Soy protein formulae have no role in the prevention of allergic diseases and should not be used in infants with food allergy during the first 6 months of life. If soy protein formulae are considered for therapeutic use in food allergy after the age of 6 months because of their lower cost and better acceptance, tolerance to soy protein should first be established by clinical challenge since 30 to 50% of infants given a soy formula for the management of CMPA are reported to develop an allergic reaction. There is no evidence supporting the use of soy protein formulae for the prevention or management of infantile colic, regurgitation, or prolonged crying. However, in infants over six months a trial of formula change may include infant soy formula for two weeks.

If improvement is not noted following a 2 week trial of soy formula, then specialist referral is warranted to assess whether progression to extensively hydrolysed formula is required.

NOTE: the use of partially hydrolysed formulae or the unmodified mammalian milk protein, including unmodified cow's, sheep, buffalo, horse or goats' milk, or unmodified rice milk, is not recommended for infants. These milks are not adequately nutritious to provide the sole food source for infants. Furthermore, the risk of possible allergenic cross-reactivity means that these milks or formulas based on other mammalian milk protein are not recommended for infants with suspected or proven CMPA.

Cow's milk protein allergy can induce immediate reactions (vomiting, perioral or periorbital oedema, urticaria, or anaphylaxis) occurring several minutes to two hours after the initial ingestion of cow's milk protein. Skin prick testing (SPT) and/or measuring food specific serum IgE antibody levels (RAST testing) reveal the IgE mediated nature of immediate reactions to the introduction of cow's milk protein. By contrast, late CMPA reactions, including vomiting, diarrhea and severe irritability, take place within several hours to days of newly introduced cow's milk protein and are often difficult to diagnose. In these cases, to consult with a specialist is advisable since reactions are usually SPT negative and elimination or challenge protocols are required to make a definitive diagnosis. Food allergy forms due to non-IgE mediated reaction are not associated with anaphylaxis. Referral to a specialist is recommended

in a vomiting infant with suspected CMPA who has failure to thrive or bloody diarrhoea. Infants with evidence of immediate reactions to CMPA suggestive of IgE mediated food allergy should be urgently referred to a paediatric allergist for SPT.

Dehydration is a frequent finding in vomiting children. To establish an effective management it is vital to assess the degree of dehydration, since inaccurate assessment of dehydration can have important consequences, such as a delay in administering urgent treatment, or overtreatment with unnecessary interventions.

Conventionally, patients are classified into subgroups for minimal or no dehydration (< 3% loss of body weight), mild to moderate dehydration (3%–9% loss of body weight), and severe dehydration (> 9% loss of body weight).

Some common sense for clinical management of dehydration in vomiting children:

- Laboratory studies should be limited to those necessary to guide management.
- No unnecessary medications should be used.
- Antiemetic medications are not recommended in a child acutely presenting with vomiting as they are unlikely to be effective and may be harmful.
- Breast-fed infants should continue nursing on demand and those on formula should continue their usual formula as soon as rehydration is achieved in amount sufficient to satisfy energy and nutrient requirements.
- Lactose-free or lactose-reduced formulas are usually not justified. In fact, although medical practice has often

favoured beginning feeds with diluted formula, such as half or quarter strength, no sufficient evidence exist supporting such practice.

Summary: key points in evaluating a vomiting child

1. In a child presenting with an acute episode of vomiting, always consider other diagnoses before orienting to a viral gastroenteritis. Especially if the subject show haematemesis, bilious or projectile vomiting, abdominal tenderness, high fever or meningism.
2. The child with chronic presentations of vomiting should be referred to a specialist for careful assessment if there is evidence of failure to thrive, symptoms suggestive of cow's milk allergy or gastroesophageal reflux disease or in the older child with unremitting symptoms.
3. Mild dehydration can be managed at home.
4. Moderate dehydration may require referral to a specialist and admission to hospital pediatric unit for nasogastric tube rehydration if oral fluids are not tolerated.
5. Severe dehydration requires urgent admission to hospital pediatric unit for intravenous hydration and treatment of shock. It is not unusual that children with mild and moderate dehydration will fail to improve with ORT, therefore it is meaningful to observe dehydrated children until signs of dehydration recede. Hydration status should be reassessed on a regular basis, with more frequent monitoring given to the children whose status is more fragile. Such assessment may need the consult with a specialist and can be carried out in an emergency room, office, or other outpatient setting.

History of the Croatian Pediatric Society

The Republic of Croatia is a country with 4.4 million of residents, 840.000 of which are children up to 18 years old. The indicators of children's health care are good: perinatal mortality is 4.6/1000 of born altogether of birth weight \geq 1000 g, while the mortality of infants is 4.5 in respect to 1000 live-born infants. All children in Croatia up to 18 years of age have national health care insurance. Primary pediatric care includes around 75% of children, and the others are included in health care provided by family doctors. In secondary and tertiary care there exist 23 children departments within general hospitals, 3 children hospitals and 4 pediatric departments within university hospitals.

The first educated pediatrician in Croatia was Radovan Markovic. In 1904 he founded the first Children's Department in hospital «Sestre milosrdnice» in Zagreb. Already in 1903 he wrote, for that time a very modern manual «Children's care: instructions for a young mother». In 1923 the Department of Pediatrics at Medical School in Zagreb was established. The first Head of the Department of Pediatrics was Professor Ernest Mayerhofer. He wrote the first manual on pediatrics in 1925, and in 1939 he wrote the textbook «Pediatrics». Professors Markovic and Mayerhofer are well known for their social work and their support to educating people on health care. Thus they were writing about children's health care and trying to

actively implement regulations on children's health care. The pediatric ambulatory services have been established in 1908 when Dr. Ziga Svarc founded the Children's Clinic in Zagreb. From that day on, the ambulatory services in Croatia have been implementing children's and mother's primary health care and have considerably contributed to improvement of children's health care.

Linking pediatricians in Croatia was formally organized in 1930 when Professor Mayerhofer established the Section of Croatian Pediatricians within the Croatian Medical Association. Since then the Section has been continuously working until year 1993 when the Croatian Pediatric Society (CPD) has been founded. The first president of CPD was Professor Dusko Mardesic. The duties of CPD are as follows: development of children's health care, professional and scientific improvement, organizing professional congresses, collaboration with other professional societies, cherishing medical ethics, controlling health care measures and providing professional opinions. Besides CPD, 8 subspecialist pediatric societies (neurology, endocrinology, gastroenterology, nephrology, cardiology, pulmology, preventive/social pediatrics and immunology) and three sections (metabolism, intensive medicine and neonatology) are active in Croatia. All the subspecialist pediatric societies and sections organize their annual national symposia.

CPD organizes congresses regularly, every two years, always together with the Society of Pediatric Nurses. So far, nine Congresses of CPD have been held. In this newsletter issue we have prepared a special report on the Congress of CPD, held in October 2010. Besides, every year CPD holds the symposium «Croatian pediatric school». The symposium includes eminent Croatian and foreign experts, who give instructions to professionals on actual problems regarding various fields of pediatrics.

CPD also has a well organized web page (www.hpd.com.hr). The page contains various news, notifications on congresses in Croatia and abroad, and recommendations from CPD. Besides, it provides the possibility of organizing discussion groups and sending announcements to all Croatian pediatricians.

Today there are 606 active pediatricians in Croatia, 236 of which are in primary care. In larger cities the children's healthcare relies on pediatrician, but in smaller places there is a lack of pediatricians in primary care. The majority of pediatricians are women (78%). Distribution by age is adverse, only 23% of pediatricians is younger than 44. However, the number of pediatric residents in the last 5 years increased from 78 to 165, thus we expect a significant improvement in age structure of pediatricians over the next few years. Croatian pediatricians publish more than 100 scientific papers per year, 40 of

which find their place in journals quoted in Current Contents.

The journal *Paediatrica Croatica*, that was first published in 1958 by the name of «Arhiv za zastitu majke i djeteta» (Archives for Mother and Child Protection), helps scientific work to a great extent. The journal *Paediatrica Croatica* publishes papers in Croatian and English language, thus we invite all the European pediatricians to collaborate with us and submit their manuscripts. *Paediatrica Croatica* is indexed/abstracted in: Thomson Scientific, Embase/Excerpta Medica, Amsterdam, Index Copernicus, Journal Citation Reports/Science Edition, Science Citation Index Expanded (SCIE), Abstracts Journal, All-Russian Institute for Scientific and Technical Information (VINITI), Scopus, Google Scholar, and Scientific Commons.

The journal's web page is www.paedcro.com.

CPS is a member of European Pediatric Association (EPA/UNEPSA), International Pediatric Association (IPA), Union of Middle-Eastern and Mediterranean Pediatric Societies (UMEMPS) and an associate member of European Academy of Pediatrics (EAP).

*Professor Julije Mestrovic
President of Croatian Pediatric Society
Professor Josip Grguric*

Member of Executive Board of Croatian Pediatric Society

Research Project by the Cochrane Child Health Field

Dear Paediatrician,

At the Cochrane Child Health Field, we are testing a format of summarizing and presenting evidence as a way of answering specific clinical questions, called a «Clinical Answer». You are invited to participate (approximately 10 minutes) by looking over a 1-page Clinical Answer, and completing a short survey afterwards. Your participation in this study will help us develop Clinical Answers that are both useful and usable for paediatricians.

Step 1: Look over an example of a Clinical Answer (5 minutes). It may be helpful to keep the Clinical Answer document open while you are completing the survey.

http://www.cochranchildhealth.ualberta.ca/CA_Bronchiolitis.pdf

Step 2: Complete the online survey (5 minutes). https://surveys.aict.ualberta.ca/tsqs/rws5.pl?FORM=Feedback_c Your participation, and the data from the survey, are anonymous. Thank you, we deeply appreciate your participation. Also, please help us by forwarding this invitation to your paediatrician colleagues who may be interested.

*Iva Seto, BSc BA MLIS
Research Coordinator, The Cochrane Child Health Field
(www.cochranchildhealth.org)*

News from around the world

United States Of America

The American Academy of Paediatrics (AAP) 2010 National Conference & Exhibition, one of the world's largest educational events in paediatrics was held in San Francisco, USA on 2–5 October 2010. This year's conference attracted approximately 13.000 delegates. The scientific programme covered a wide range of thematic streams and included multiple interactive, practical and networking sessions.

In addition to the top-notch CME programming offered by AAP, the flagship pre-conference event, Paediatrics for the 21st Century (Peds 21), turned its focus this year to Health Information Technology and Quality. The importance of HIT for improving patient outcomes, and the latest technology was on display in the AAP Paediatric Office of the Future to help delegates in their ascent for quality improvement.

The programme also included several special events including the Opening Plenary Sessions, the Welcome Reception, the Ribbon Cutting Ceremony in the Exhibit Hall, the President's Reception, the Annual Business Luncheon and many more. Next year the AAP National Conference will take place in Boston, 15–18 October 2011.

Croatia

The 9th Congress of Croatian Pediatric Society (CPD) was held in Pozeza on 6–9 October 2010.

The city of Pozeza is located in northwest Croatia and is well-known for its outstanding Department of Pediatrics. 330 pediatricians participated in the Congress of CPD, making it the most successful congress of CPD so far. The presidents of national pediatric societies from Slovenia, Austria, Hungary and Bosnia and Herzegovina were also present: Dr. Ivan Vidmar, Professor Wilhelm Kaulfersch, Professor Laszlo Szabo and Dr. Zeljko Roncevic. Dr. Ivan Vidmar was proclaimed the first honorary member of the Croatian Pediatric Society. Introductory lectures were held by eminent guest lecturers. Professor Shimon Barak from Tel Aviv presented the current situation in primary pediatric care in Europe. Professor Fabrizio Simonelli from Florence expounded on the difficulties of children during their hospital stay. Professor Wilhelm Kaulfersch presented the work of European Pediatric Association and CPD's active participation in its work. Then he introduced the 5th Europaediatrics congress that will be held in Vienna in June 2011. Professor Julije Mestrovic presented the current situation in Croatian pediatrics, especially in relation to the appearance of new diseases in children.

Portugal

The 11th Congress of the Portuguese Paediatric Society (SPP) was held in Funchal at the island of Madeira on

6–8 October 2010. The congress focused on the following areas of paediatric care:

- Training and Research
- Community Paediatrics in the Community
- Emergency Paediatrics

These subjects were covered in 11 conferences, 14 round tables, 7 sessions of «Meet the Professor», seven workshops and a course. 86 Portuguese and 8 international distinguished speakers run these sessions and shared their scientific knowledge with the audience. This year's congress attracted 700 delegates.

435 abstracts were submitted and 97% of them were accepted and presented in the context of the congress: 49 oral presentations, 102 posters with classroom presentation and discussion and 272 display posters. The evaluation was conducted by the national jury of the joint committee of the Directorate of SPP and the respective sections. Special prizes were awarded to the best abstracts.

EPA/UNEPSA was present at the exhibition area of this important meeting and promoted the future events and initiatives of the Association. Next year the 12th Congress of the Portuguese Paediatrics Society will take place on 6–8 October 2011 in Albufeira, Algarve.

Slovenia

Slovenian Paediatric Society organises its national congress every four years. The 5th Congress of the Slovenian Paediatric Society took place at Radenci on 16–18 September 2010. Radenci is located in the northeast part of the country. The congress is primarily aimed at paediatricians in primary, secondary and tertiary care and attracted 250 delegates.

Paediatric Emergencies, Chronically Ill Child on Primary Level of the Health Care, Management of Resistant Epilepsy in Children and Adolescents were the main topics. Various hot topics were covered by distinguished national and European experts.

| **Calendar of Events 2011**

The 15th Congress of pediatricians of Russia

«Actual problems of pediatrics»

RUSSIA, Moscow, 14–17 February, 2011

1st Global Congress for Consensus in Pediatrics and Child Health

FRANCE, Paris, 17–20 February 2011

11 Jahrestagung der Gesellschaft für Paediatrische Sportmedizin

GERMANY, Munich, 18–20 February 2011

2011 Neonatal Ultrasound Course

**Why, how and when
an ultrasound image?**

ITALY, Florence, 14–17 March 2011

11th Congress of the European Society of Magnetic Resonance

in Neuropaediatrics — ESMRN

NETHERLANDS, Amsterdam,
24–26 March 2011

Royal College of Paediatrics and Child Health Annual Conference 2011

UK, Warwick, 5–7 April 2011

37 Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropadiatrie

GERMANY, Munich, 7–10 April 2011

33rd UMEMPS Congress & 13th Congress of Jordanian Pediatric Society

JORDAN, Amman, 4–7 May 2011

12th International Congress of Pediatric Laboratory Medicine — ICPLM

GERMANY, Berlin, 13–15 May 2011

22nd International Congress of the European Society of Pediatric Intensive Care — ESPNIC

GERMANY, Hannover, 25–28 May 2011

29th Annual Meeting of the European Society for Paediatric Infectious Diseases — ESPID

NETHERLANDS, Hague, 7–11 June 2011

16th Congress of the European Union for School and University Health and Medicine (EUSUHM-2011)

RUSSIA, Moscow, 9–11 June 2011

49th Panhellenic Congress of Paediatrics

GREECE, Costa Navarino, Messinia, 10–12 June 2011

European Society for Developmental Perinatal & Paediatric Pharmacology — ESDP 2011

NORWAY, Oslo, 15–17 June 2011

12th European Congress of Paediatric Surgery — EUPSA

SPAIN, Barcelona, 15–18 June 2011

23rd Congress of the International Association of Paediatric Dentistry — IAPD

GREECE, Athens, 15–18 June 2011

58th Annual International Congress of the British Association of Paediatric Surgeons — BAPS

UK, Belfast, 19–22 June 2011

5th Europaedics 2011

AUSTRIA, Vienna 23–26 June 2011

7th European Meeting of the International Society for Neonatal Screening — ISNS

SWITZERLAND, Geneva, 28–30 August 2011

2nd International Signa Vitae Conference in Pediatric / Neonatal Intensive Care and Anesthesiology

CROATIA, Split, 2 September 2011

Excellence in Child Mental Health

TURKEY, Istanbul, 1–3 December 2011

Excellence in Paediatrics

TURKEY, Istanbul, 1–3 December 2011

List of Member Countries

ALBANIA

Albanian Pediatric Society

ARMENIA

Armenian Association of Pediatrics

AUSTRIA

Oesterreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (OEGKJ)

BELGIUM

Societe Belge de Pediatrie/ Belgische Vereniging voor Kindergeneeskunde

BOSNIA AND HERZEGOVINA

Pediatric Society of Bosnia and Herzegovina

BULGARIA

Bulgarian Pediatric Association

CROATIA

Croatian Pediatric Society

CYPRUS

Cypriot Pediatric Society

CZECH REPUBLIC

Czech National Pediatric Society

DENMARK

Dansk Paediatric Selskab

ESTONIA

Estonian Pediatric Association

FINLAND

Finnish Pediatric Society

FRANCE

Societe Francaise de Pediatrie

GEORGIA

Georgian Pediatric Association

GERMANY

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)

GREECE

Hellenic Paediatric Society

HUNGARY

Hungarian Pediatric Association

IRELAND

Royal College of Physicians of Ireland/Faculty of Paediatrics

ISRAEL

Israeli Pediatric Association

ITALY

Societa Italiana di Pediatria

LATVIA

Latvijas Pediatru Asociacija

LITHUANIA

Lithuanian Paediatric Society

LUXEMBOURG

Societe Luxembourgeoise de Pediatrie

MACEDONIA

Pediatric 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

Slovenska Pediatricka Spolocnost

SLOVENIA

Slovenian Paediatric Society

SPAIN

Asociacion Espanola de Pediatria

SWEDEN

Svenska Barnlakarforeningen

SWITZERLAND

Societe Suisse de Pediatrie/ Schweizerische Gesellschaft für Padiatrie

TURKEY

Türk Pediatři Kurumu

UKRAINE

Ukraine Pediatric Association

UNITED KINGDOM

Royal College of Paediatrics and Child Health