

Newsletter February 2016, 22

EDITORIAL: DESTINATION EUROPE

Over the last few years, and particularly during the recent past months, several countries of the European Union (EU) have dealt with increasing numbers of unaccompanied minor migrants, mainly originating from countries experiencing armed conflicts and oppression, or abuses of human rights.

These children, also defined as “separated children,” are under 18 years of age, are outside their home country, apart from their parents or their previous legal or customary primary caregiver, and are traveling to Europe typically to escape conditions of serious deprivation or exploitation.

The recent extraordinary migration’s waves typically point to the northern European countries, using two main routes. The sea route, entering Europe mainly through Greece, Malta and Italy, and the land route through the Balkans.

These children are fragile, whether physically, intellectually, or socially. They lack the care and protection of their caregivers, and may be easily exposed to abuse and neglect. Because of their particular helpless condition, the unac-

companied minor migrants are at serious risk to be further deprived of their rights, and to become de facto “invisible” to the authorities, to the public health services, and in general to the public opinion. Furthermore, when they arrive at a destination, or more frequently during their journey through Europe, many children often vanish.

This important issue has been addressed by an article published in February issue of the Journal of Pediatrics (J Pediatr. 2016 Feb; 169:332-333.e1-[http://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(15\)01299-8/pdf](http://www.jpeds.com/article/S0022-3476(15)01299-8/pdf)).

In this article, the EPA/UNEPSA members Italian Federation of Pediatricians (Federazione Italiana Medici Pediatri — FIMP) and the Italian Society of Pediatrics (SIP) in collaboration with EPA/UNEPSA raise the awareness of the pediatric community on this matter, and emphasize the significant role that the national European societies of pediatrics may play in helping to contain the negative outcomes of these phenomena by activating dedicated task forces.

Massimo Pettoello Mantovani

HIGHLIGHTS FROM THE 7th EUROPAEDIATRICS CONGRESS IN FLORENCE: THE PAST-PRESIDENT RUBINO’S WELCOME ADDRESS

Ladies and Gentlemen, Colleagues and Friends,

It is with great pleasure that I welcome you to the Seventh “Europediatrics” Meeting — an event that confirms and reinforces the close ties existing between the EPA, Italy and the Italian paediatricians.

Indeed it was in the Congress held in Rome in the year 2000 that the name “Europediatrics” was coined.

I would like to focus my brief welcome address on two words: appreciation and cooperation.

Appreciation to the President of the European Paediatric Association Professor Leyla Namazova, to the President of the Congress and President of the Italian Society of Pediatrics Professor Giovanni Corsello, to my Italian colleagues who served on the Organizing Committee, to the EPA Council members, and last but not least, a special warm appreciation of Professor Terence Stephenson, Chairman of the Scientific Committee for his extraordinary and not easy work that resulted in this all inclusive, stimulative Scientific Programme. Warm greetings also to the President of the International Paediatric Association, Professor Andreas Constantopoulos, Past President of the European Paediatric Association and a promoter of the return of Europediatrics to Italy.

Turning to the other word: cooperation. This Congress is the result of collaboration between the National Paediatric Societies and the EPA Council; collaboration between different academic disciplines; collaboration between paediatricians

and other professionals devoted to the care of infants, children and adolescents; collaboration between paediatricians and family associations. And, last but not least: collaboration between the European Paediatric Association and the many European Associations of Paediatric specialties who have actively participated in formulating the scientific programme.

At the base of the foundation and activity of the European Paediatric Association is the conviction that the professional figure of General Paediatrician is essential for the health needs of the paediatric population. We are convinced that this professional figure must be sustained, not as an alternative to paediatric specialties, but, on the contrary, in the logic of reciprocal strengthening.

On the other hand, the explosive and marvellous development of scientific knowledge that occurred during the second half of the 20th century brought about an extraordinary enrichment of paediatric culture and this has led to the establishment of the paediatric specialty associations, which are an essential tool for the development of scientific knowledge and for the health of infants, children and adolescents.

Thus was generated the idea that animates this Congress: keep together these two cultures, in order to promote activity devoted to the protection of health in the paediatric age, in a spirit of synergy, cooperation and positive interaction, and on the basis of shared values. Through this cooperation,

Europediatrics addresses the objectives of the national and European Paediatric societies, namely:

- looking at the differences still existing between Regions, Countries and social classes, a major priority being to reduce or abolish these differences, but also to take advantage of the challenges provided by cross-border healthcare;
- maintaining a high standard of knowledge about the ever-changing health problems of children and adolescents;
- maintaining a cultural level such that scientific progress can be applied to the changing needs of children and adolescents;
- promoting, organizing and practicing an excellent system of continuous paediatric education;
- and lastly maintaining a strong link between research, teaching and healthcare.

However, I must also say that all is not well in the vast European territory: unfortunately there are still too many delays in the adoption of interventions to promote the health of children and adolescents. Therefore, let's hope that also this Congress will help to alert governments and public opinion to the need for urgent new interventions and initia-

tives aimed at promoting the health of children and adolescents in Europe.

In this precise moment, I cannot but recall the drama affecting children and adolescents in relation to the immigration from the south towards Europe. Not only for this reason, but also for this reason, there is a need for a new, extraordinary commitment to improve the medical, social and psychological care of infants, children and adolescents in Europe. A major effort is required to know more, and by knowing more, to act appropriately. There is an urgent need to promote and to invest more in scientific research, in paediatric training and in enhanced initiatives to improve health conditions for infants and adolescents, in both the EU and Non-EU Countries. For such studies and interventions, implementation of a special task force is called for. I strongly believe that the European paediatricians are poised to collaborate in these initiatives.

I would like to conclude this welcome address with words that sound to me like a motto for this Congress: TOGETHER FOR CHILDREN

*Prof. Armido Rubino
Past-President EPA/UNEPSA*

BUCHAREST: 8th EUROPEDIATRICS CONGRESS & 13 NATIONAL CONGRESS OF ROMANIAN PEDIATRICS SOCIETY. LOOKING FORWARD TO 2017

Dear colleagues,

It is a great pleasure to invite the Pediatricians from all over Europe and outside of Europe to the 8-th Europediatrics Congress & The 13 National Congress of Romanian Pediatrics Society, held in Bucharest, Romania, on 7–11 June 2017

Europediatrics, the flagship event of EPA/UNEPSA will be jointly held in 2017 with the 13-th National Congress of the Romanian Society of Pediatrics.

The Romanian Society of Pediatrics was part of Romanian Medical Association since its formation in 1926 until 2001 when the society acquired its own legal status.

Since 2010, the Society is a member of EPA/UNEPSA (The European Paediatric Association and the Union of National European Paediatric Societies and Associations) and also member of EAP (European Academy of Pediatrics).

The Society represents over 4000 pediatricians and 8,000 associate members and family doctors.

The Romanian Pediatric School has a high academic and practical tradition; there are prestigious schools in 10 Universities — among which are Universities from Iasi, Cluj, Bucuresti, Tg. Mures, Timisoara, Craiova, Sibiu.

In the last 20 years, the Romanian pediatric system has been reorganized and rejuvenated. It now includes self-governing structures in some hospitals: Gastroenterology, Nephrology, Neurology, Allergology and Immunology, Diabetes and Nutrition, Respiratory medicine and more.

Besides International Courses and workshops in pediatrics, The Romanian Society of Pediatrics organizes national conferences and congresses with international participation.

The last National Congress of the Romanian Society of Pediatrics in 2015 at Timisoara was a tremendous success: over 1200 participants, 145 Romanian and 25 International Speakers, 180 topics on different sessions, 240 posters, 40 Sponsors.

The 8th Europaediatrics Congress in 2017 is offering a tremendous Venue — The Palace of Parliament, Bucharest, Romania.

Built by Communist Party leader, Nicolae Ceausescu, the colossal Parliament Palace (formerly known as the People's Palace) It took 20,000 workers and 700 architects to build.

The Palace measures 275 m by 235 m, 86 m high, and 92 m underground. It has 1,100 rooms, 2 underground parking garages and is 12 stories high, with four additional underground levels including an enormous nuclear bunker. Total area of 365,000 sqm.

The Palace of Parliament it is the world's second-largest office building in surface (after the Pentagon) and the third largest in volume (after Cape Canaveral in the U.S. and the Great Pyramid in Egypt).

When construction started in 1984, the dictator intended it to be the headquarters of his government. Today, it houses Romania's Parliament and serves as an international conference centre. Built and furnished exclusively with Romanian materials, the building reflects the work of the country's best artisans.

We invite you to discover yourself the beauty of this place and we are looking forward to welcome all of you in Bucharest in 2017.

*Leyla Namazova-Baranova, President of EPA/UNEPSA
Marin Burlea, President of 8th Europaediatrics*

PAEDIATRIC E-LEARNING

The E-Learning in Paediatric Medical Continuing Education (CME)

E-learning is of growing importance in the medical and life science education fields. Due to evergrowing globalization and the increased need for flexibility, even in the medical arena, new and innovative methods of education and lifelong learning are burning issues. Moreover, time, travel and cost constraints make flexible access to education necessary. Also in the CME for paediatricians, there is a need for up-to-date scientific based contents with direct reference to practical application. Still, e-learning courses in CME are often unregulated, with biased content and run by non-academic, non-public providers. Moreover, their contents are of narrow width and depths, incomplete and without regular updates. Thus, there is an urgent need for CME e-learning of unbiased, up-to-date and high quality contents which offer easy and mobile access to allow for self-paced, interactive learning.

The Early Nutrition eAcademy (ENeA, <http://www.early-nutrition.org/en/enea/>) is a free of charge e-learning cooperation initiated by the Early Nutrition Academy (ENA) and the Dr. von Hauner Children's Hospital at the LMU Medical Center Munich, Germany. Current international recommendations, meta-analysis, systematic reviews and latest scientific findings are consolidated and translated into practical application. The contents of the e-modules are written and reviewed by leading international experts in the field who are part of international research collaborations such as the EU-funded EarlyNutrition project (www.project-earlynutrition.eu). ENeA provides accredited e-learning modules for CME on topics in the area of early nutrition and lifestyle.

The e-modules target healthcare professionals (HCP) and new investigators worldwide who aim to deepen their knowledge and improve healthcare services in the area of early nutrition.

The ENeA platform is run in close collaboration with the European Society for Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) and embedded in the ESPGHAN e-learning programme, offering the nutrition training part for healthcare professionals.

The ENeA e-learning platform consists of different Modules, each focusing on one defined topic within the field of early nutrition. To date the following modules are available online: Further Focus Modules will be available soon; amongst them modules on Nutrition and Epigenetics, Anthropometry in Infants, Critical Nutrients during Pregnancy and Lactation, and Early Nutrition and Life in Low Income Countries.

Each module is divided into an introductory section, followed by three to five Units addressing different aspects of the main topic and concluding with Case-based Training.

Each unit is then subdivided into several parts. At the beginning of each unit, a graphical overview outlines the content and learning aims of each unit. Before starting with the lessons, a Self-Assessment test provides the user with feedback on their level of prior knowledge regarding a specific topic. Each unit is then sub-divided into smaller, clearly designated Lessons which encompass the most important and relevant aspects of the main topic. Wherever possible, lessons contain expert statements, videos or interactive graphics to support and clarify the written content. In addition, reference lists on selected topics provides users with

sources for further and more detailed information. The final section of each unit — entitled Key Statements — gives a short summary of all lessons covered in each unit. At the conclusion of each unit a CME Test is available. Having worked through all lessons the user should be familiar with the contents of the unit and able to successfully complete the CME test at the end of each unit.

Each module ends with a Case-based Training. The purpose of this virtual situation training is to give users the possibility to apply their newly acquired knowledge to practical case studies. The case-based training is purely for the users' additional benefit and is not connected to the CME certificate.

Additionally, users have the opportunity to communicate with each other or with the ENeA team via a Discussion Forum. For ease of use, abbreviations are linked to provide the user with an immediate relevant explanation and all references in the modules are linked to the reference list. A comprehensive list of all references used in the modules can be downloaded.

An e-Learning Module on “Complementary Feeding”

One of the available modules on the platform is on the specific theoretical and practical aspects of complementary feeding. The module addresses timely and appropriate complementary feeding practices for infants and young children and their importance for healthy growth and development. Current, international recommendations for the timing of introduction of complementary foods are provided along with the current scientific recommendations addressing the health effects of both early and late introduction of complementary foods. Detailed recommendations on the food types, amounts and frequency of meals to provide to infants and young children is discussed along with practical examples of complementary foods to provide in different regions of the world. The biological and developmental aspects during the complementary feeding period are explained which help to deepen understanding as to why complementary feeding is so important. This module focuses especially on the nutrition needs of normal healthy infants while also addressing special nutrition needs of infants during illness and some specific issues associated with complementary feeding in developing countries.

In the first unit, current recommendations and practices are presented and discussed. Adequate nutrition during infancy and early childhood is crucial for normal, healthy growth and development. This first unit presents an overview of complementary feeding during infancy and provides an outline of the various definitions of complementary feeding by international organizations. Based on a short summary of the history of infant feeding, significant changes and advances which have occurred throughout the 20th and 21st century are highlighted. The importance of complementary feeding, as well as the nutritional inadequacy of prolonged exclusive breastfeeding is discussed, with a focus on the “critical period” of development and the nutritional deficiencies which can occur without appropriate complementary feeding practices. The learner is given a comprehensive insight into the current international recommendations of complementary feeding along with an outline of the current complementary feeding practices in different regions of the world.

In the second unit of this module, the health effects of complementary feeding are addressed. Based on cur-

rent studies reporting the age at which complementary foods are introduced, this unit outlines how the timing of complementary foods can have immediate or later health consequences. Both too early and too late introduction of complementary foods can have undesirable health effects. Divided into several lessons, the user will learn about health outcomes such as obesity, atopic diseases and cardiovascular disease, as well as some other health effects associated with complementary feeding such as the risk of dental caries, and the risk of infections. This unit presents the learner with some specific issues associated with complementary feeding in developing countries including the health impacts of inadequate provision of complementary foods, addressing specific nutritional deficiencies and stunting.

The third unit presents practical aspects of complementary feeding: composition and preparation. Current, scientifically based recommendations on the practical aspects including the preparation and composition of complementary foods are subject of this unit. The aim is to give the user an overview of appropriate complementary feeding in infants, such as the types and consistency of complementary foods during infancy, the nutrient and energy content and the amount and meal frequency of complementary foods. In addition, the unit provides evidence for the recommendations on vegetarian and vegan diets during the complementary feeding period. Moreover, the learner gains an overview on the safe preparation and storage of complementary foods as well as feeding advice during and after illness.

The last unit is on physiological aspects during the complementary feeding period. During the first years of life, the infant's diet undergoes its biggest change from an exclusively liquid diet to a diet with an increasing variety of complementary foods in addition to milk. During this transi-

tion, the infant is likely to encounter a variety of foods and textures for which adequate oral motor skills and a mature digestive, renal and immune system are needed. This unit addresses the biological and developmental aspects during the complementary feeding period. The physiological maturation of renal and gastrointestinal function that is required for non-milk foods as well as the neuro-developmental changes necessary for safe and effective transition to family foods are explained to the learner. Moreover, the development of taste and food preferences is discussed as well as growth patterns during the complementary feeding period.

ENeA goes Regional — Adaptations for Paediatric e-Learning in specific settings

The English language umbrella platform ENeA Global is currently being diversified to regional and country specific requirements through dedicated sub-projects such as ENeA China, ENeA Turkey and ENeA SEA (South East Asia). Based on the collaboration with renowned experts in these regions, the e-learning programme will be adapted to the specific settings and needs of health care professionals in those countries in order to offer customised continuing medical education in the field of early nutrition and life, in both, high and low income country settings.

Up to date, a total of more than 5,000 health care professionals from 142 countries in the world are actively taking part in the ENeA programme — so feel free to join in as well under <http://www.early-nutrition.org/en/enea/>!

*Brigitte Brands, Dr. rer. biol. hum., Dipl. Biol., MBE
Berthold Koletzko, Dr. med. Dr. med. habil (MD PhD),
Univ.-Professor of Paediatrics
Div. Metabolic and Nutritional Medicine*

*Dr. von Hauner Children's Hospital University of Munich
Medical Center Lindwurmstr. 4, D-80337 Munich, Germany*

INTERNATIONAL CONTRIBUTIONS: AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP) IN COLLABORATION WITH THE EUROPEAN PAEDIATRICS ASSOCIATION (EPA/UNEPSA) ADDRESSING ANTIMICROBIAL

Rana Hamdy, MD, MPH, FAAP, J. Michael Klatte, MD, FAAP and Zach Willis, MD, FAAP

The value of antimicrobial stewardship

Antimicrobial resistance is a significant and rising threat to global health, threatening the effective treatment of infections caused by bacteria, fungi, parasites, and viruses. Antimicrobial resistance is present in all regions of the world, and new mechanisms of resistance continue to emerge and spread globally. Overuse of antimicrobials drives antimicrobial resistance.

In the United States there has been increasing national attention to antibiotic resistance and in interventions

to reduce its spread, including antimicrobial stewardship. Antimicrobial stewardship is a multifaceted effort to ensure the optimal selection, dosage, and duration of antimicrobial treatment that results in the best clinical outcome for the treatment of infection, while minimizing toxicity to the patient and impact on subsequent resistance. Antimicrobial stewardship programs (ASPs) have been shown to prevent medication errors, reduce healthcare costs, and reduce rates of infections caused by *Clostridium difficile* and multidrug-resistant bacterial pathogens. In March of 2015, The White

House endorsed the value of antimicrobial stewardship with the National Action Plan for Combating Antibiotic-Resistant Bacteria. Among other recommendations, this plan directs the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) to include formal antimicrobial stewardship activities as a condition of participation for all participating acute care U.S. hospitals by 2018.

Antimicrobial stewardship in pediatrics

The antimicrobial stewardship movement in the United States began in adult acute care facilities, but the past decade has witnessed a surge of stewardship initiatives in children's hospitals as well.

One 2011 survey found that 42% of 38 freestanding children's hospitals in the U.S. had a formal antimicrobial stewardship program in place, while an additional 37% were in the process of developing a program. Of those existing programs, 81% had been established after 2007.¹ Since that survey included only freestanding children's hospitals, little is known about the status of stewardship in other pediatric inpatient settings.

Recent research has demonstrated the tremendous need to optimize antimicrobial use in the ambulatory pediatrics setting. Antibiotics are among the most commonly prescribed class of medications in children. Of the approximately 25 million antibiotic prescriptions given for pediatric acute respiratory tract infections on an annual basis in the U.S., nearly half (11.4 million) are estimated to be unnecessary.² One survey of outpatient pediatric providers from 21 European Union countries found that nearly half of the respondents overestimated risks associated with not prescribing antibiotics for acute upper respiratory tract infections, therefore implying significant unnecessary antibiotic utilization.³

While there is a clear need for antimicrobial stewardship in the ambulatory pediatrics setting, data necessary to guide ASP implementation for outpatient pediatric practitioners are currently scarce. Research interest in this area continues to grow. A recent clinical trial in a large network of pediatric offices found that using a combination of clinician education and prospective audit with feedback significantly reduced prescriptions for both broad-spectrum antibiotics and off-guideline prescribing for pneumonia and sinusitis.⁴ After the prospective audit ceased, these beneficial effects were not sustained.⁵ These findings suggest that an outpatient ASP can be highly successful, and interventions must remain in place in order to achieve sustained positive impact.

Challenges in ASP implementation

While stewardship programs are known to be beneficial, there can be numerous barriers to successful implementation. Many barriers are common to both the inpatient and outpatient settings. Most inpatient programs include an infectious diseases physician and a clinical pharmacist, who must both be compensated for their time. The necessary members of an outpatient ASP are less clearly defined, but time commitment is nevertheless required. The growing body of literature demonstrating the cost-effectiveness of stewardship programs provides justification for the costs of ASP implementation to hospital/practice administration.⁶

Restriction and/or timely monitoring of antimicrobial prescribing practices requires information technology

resources, and may depend on a facility's existing ordering, billing, and record-keeping systems. Finally, ASP initiatives must be acceptable to clinicians, who may be sensitive to perceived intrusions on their autonomy. As many stewardship activities are 'unenforceable' recommendations, a program's success invariably rests on establishment of productive relationships with one's fellow clinician colleagues.

Collaborative efforts in-process

Experts from the AAP Committee on Infectious Diseases, the Section on Infectious Diseases and the Pediatric Infectious Diseases Society (PIDS) convened a meeting in October, 2015 to discuss the barriers to ASP implementation and to develop a strategy to address them. Key elements of the strategic plan included education, policy, advocacy, practice and research.

References

1. Newland JG, Gerber JS, Weissman SJ, et al. Prevalence and characteristics of antimicrobial stewardship programs at freestanding children's hospitals in the United States. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2014;35(3): 265–271. doi:10.1086/675277.
2. Kronman MP, Zhou C, Mangione-Smith R. Bacterial Prevalence and Antimicrobial Prescribing Trends for Acute Respiratory Tract Infections. *Pediatrics.* 2014; 134(4):e956-e965. doi:10.1542/peds.2014-0605.
3. Grossman Z, del Torso S, Hadjipanayis A, et al. Antibiotic Prescribing for Upper Respiratory Infections: European Primary Paediatricians' Knowledge, Attitudes, and Practice. *Acta Paediatr.* 2012;101:935–940.
4. Gerber JS, Prasad PA, Fiks AG, et al. Effect of an outpatient antimicrobial stewardship intervention on broad-spectrum antibiotic prescribing by primary care pediatricians: A randomized trial. *JAMA.* 2013;309 (22): 2345–2352. doi:10.1001/jama.2013.6287.
5. Gerber JS, Prasad PA, Fiks AG, et al. Durability of benefits of an outpatient antimicrobial stewardship intervention after discontinuation of audit and feedback. *JAMA.* 2014; 312(23):2569–2570. doi:10.1001/jama.2014.14042.
6. Ruttimann S, Keck B, Hartmeier C, Maetzel A, Bucher HC. Long-term antibiotic cost savings from a comprehensive intervention program in a medical department of a university-affiliated teaching hospital. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 2004;38(3):348–356. doi:10.1086/380964.

Consider joining the AAP Section on Infectious Diseases

The AAP Section on Infectious Diseases (SOID) aims to improve the care of infants, children, adolescents, and young adults with infectious conditions. The SOID contributes to the AAP mission by providing quality educational programs for both the general pediatrician and the pediatric subspecialist. The SOID offers its members a forum for education, networking, leadership and advocacy. View the many benefits of membership here. Membership in the SOID is affordable at \$25/year or less and is available for international physicians who are actively involved in some aspect of the study (or practice) of infectious diseases in fetuses, infants, children or adolescents and interested in contributing toward the objectives of the Section.

PEDIATRIC NEUROLOGY FOR THE PEDIATRICIAN: JOINT SESSIONS OF THE EPA AND THE EUROPEAN PEDIATRIC NEUROLOGY SOCIETY (EPNS) AT THE 7th EUROPAEDIATRICS CONGRESS, FLORENCE 2015

Banu ANLAR, MD, Hacettepe University, Ankara, Turkey

EPNS Board Education and Training Committee

172

По материалам EPA/UNEPSA и IPA

Neurological problems constitute an important part of pediatric practice. When questioned, developmental delays or concerns are found in 10–40% of children seen in outpatient clinics for unrelated reasons. Timely diagnosis of developmental delays can only be made by pediatricians who are aware of this fact. Therefore practical, reliable, and inexpensive methods, such as standard developmental screening tests, are needed to assess the child's developmental level. Although particular attention should be given to early infancy and preschool periods, the role of the pediatrician in following neurological development clearly does not end after the child reaches school age. The pediatrician is practically also a family physician: working closely with the child, parents, and other health or educational professionals, he/she ascertains the child's developmental adaptation and social adjustment as well as parents' and teachers' understanding. The 7th EUROPAEDIATRICS in Florence provided the opportunity of presenting these tools and emphasising the particular time points and contexts where the pediatricians' role becomes crucial for the neurological and developmental outcome of the child.

An important group consists of babies at risk for neurological problems, whose majority consists of prematurely born babies in developed countries. They benefit from early intervention, increased parent-child interaction through stimulation and play, and families benefit from support and education. Close follow-up allows the pediatrician to detect motor or cognitive delays in time and refer the child for early treatment and special education.

A direct role for the pediatrician is related to the detection and management of systemic problems frequently accompanying and aggravating neurological conditions, such as malnutrition, iron deficiency, visual and hearing problems or subclinical seizures, which all contribute to the

child's dysfunction and may benefit considerably from the pediatrician's intervention. Moreover, medication-related problems such as adverse effects on behaviour or general health can be best detected by the pediatrician who follows the child.

Neurological problems also constitute a considerable portion of the hospitalist's work. As an example, they form about one-fourth of pediatric intensive care unit admissions, and about one fifth of the pediatric consultations. Moreover, neurology patients have higher mortality. Neonatal and adolescent periods, the two extremes of the pediatric age group, are particular periods where collaboration between pediatric subspecialties is important. As examined in detail at the congress, transition of the adolescent with a chronic health problem to adult health services is being increasingly recognized as a vulnerable time for the patient, when collaboration with adult neurology makes an important difference.

During the congress, common neurological symptoms of childhood were taken up in joint pediatrics-pediatric neurology sessions: headache, gait abnormalities, and developmental delays. Practical neurological examination was demonstrated with images and videos of normal and abnormal findings, providing the audience with important clues applicable in a busy daily practice. The difficulties of the examination of young children and possible solutions were discussed in real-world situations. The need to be creative in the examination of a non-cooperative toddler, the opportunistic examination of a scared infant or young child, the value of direct observation during a seemingly informal talk with the mother have been illustrated and supported by contributions from the audience. Pediatric neurology sessions were well-received and recommended for future European pediatric congresses.

CONTRIBUTIONS FROM THE MEMBER SOCIETIES

RE-EVALUATION OF PALIVIZUMAB USAGE IN ISRAEL

The new recommendations of the American Academy of Pediatrics (AAP) calling for a more limited and narrower usage of palivizumab (synagis) for the prevention of RSV in high risk groups have caused some confusion among pediatricians in Israel.

For the last decade several professional associations in Israel especially the Neonatology and The Pediatric Pulmonology Associations have advocated for a gradual expansion of the populations eligible for this expensive technology. While 14 years ago synagis was recommended for 200 infants born \leq than 28 weeks and those with chronic lung diseases, the funding for the prophylaxis was consistently increased and recently includes all infants born \leq 34 week + 7 days and included 2750 eligible infants.

In response to this reaction, The Israeli Pediatric Association, has nominated an ad hoc committee that included the chairmen of the relevant associations and societies (Neonatology, Pediatric Pulmonology, Pediatric Intensive Care, Public Health, Pediatric Infectious Diseases, and representative of the Ministry of Health (MOH).

The committee has reviewed the available data and reached the following conclusions:

1. Palivizumab has been proven effective in reducing hospitalizations following RSV infection at high risk groups.
2. Palivizumab has not been proven to reduce mortality associated with RSV infection.
3. While palivizumab prophylaxis reduces ICU hospitalizations due to RSV infections, it was not shown to reduce mechanical ventilation due to this infection.
4. The cost of prevention of 1 RSV hospitalization is different among different countries and could be quite high (\geq 250,000\$ in most models).
5. Palivizumab prophylaxis may decrease wheezing episodes among treated infants.
6. While palivizumab may reduce hospitalizations among high risk patients its usage is not supposed to significantly affect the total burden of RSV infection since the overwhelming part of RSV hospitalization affect otherwise healthy infants who are not eligible for RSV prophylaxis.

The committee's recommendations were as follows:

1. To continue during the present winter (2014–2015 season) with the same criteria.
2. To start with national data collection regarding the impact of RSV infection in Israel.
3. To establish immediately following the present winter a cost benefit analysis in order to determine whether the current criteria are cost effective. The analysis is supposed to be finished prior to the next season in order to define more correctly the population that is eligible for RSV prophylaxis.

References

1. Updated guidance for palivizumab prophylaxis among infants and young children at increased risk of hospitalization for respiratory syncytial virus infection. *Pediatrics*. 2014 Aug;134(2):e620–38.
2. Ralston SL et al. Clinical practice guideline: the diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. *Pediatrics*. 2014 Nov;134(5):e1474–502
3. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases and Committee of Fetus and Newborn. Prevention of respiratory syncytial virus infections: indications for the use of palivizumab and update on the use of RSV-IGIV. *Pediatrics*. 1998;102:1211–1216.
4. Palivizumab, a Humanized Respiratory Syncytial Virus Monoclonal Antibody, Reduces Hospitalization From Respiratory Syncytial Virus Infection in High-risk Infants. The Impact-RSV Study Group. *Pediatrics*. 1998;102:531–7.
5. Feltes TL et al. Palivizumab Congenital Heart Disease Study: RSV Hospitalization Rates. *J. Pediatr*. 2003; 143(4):532–40.
6. Committee on Infectious Diseases. From the American Academy of Pediatrics: Policy statements — Modified recommendations for use of palivizumab for prevention of respiratory syncytial virus infections. *Pediatrics*. 2009 Dec;124(6):1694–701.
7. Hall CB, Weinberg GA, Blumkin AK, Edwards KM, Staat MA, Schultz AF, Poehling KA, Szilagyi PG, Griffin MR, Williams JV, Zhu Y, Grijalva CG, Prill MM, Iwane MK. Respiratory syncytial virus-associated hospitalizations among children less than 24 months of age. *Pediatrics*. 2013;132(2): e341–8.
8. Byington CL, Wilkes J, Sheng X, Korgenski K. Respiratory syncytial virus associated mortality in hospitalized United States infants and children less than 2 years of age. Presented at the Pediatric Academic Societies Annual Meeting; May 4–7, 2013; Washington, DC. Abstract 2915.181
9. Blanken MO, Rovers MM, Molenaar JM, Winkler-Seinstra PL, Meijer A, Kimpen JL, Bont L; Dutch RSV Neonatal Network. Respiratory syncytial virus and recurrent wheeze in healthy preterm infants. *N Engl J Med*. 2013;368:1791–9.
10. Yoshihara S, Kusuda S, Mochizuki H, Okada K, Nishima S, Simoes EA; C-CREW Investigators. Effect of palivizumab prophylaxis on subsequent recurrent wheezing in preterm infants. *Pediatrics*. 2013 Nov;132(5):811–8.
11. Rietveld E, Steyerberg EW, Polder JJ, Veeze HJ, Vergouwe Y, Huysman MW, de Groot R, Moll HA. Passive immunisation against respiratory syncytial virus: a cost-effectiveness analysis. *Arch Dis Child*. 2010 Jul;95:493–8.
12. H. Cody Meissner and David W. Kimberlin. RSV Immunoprophylaxis: Does the Benefit Justify the Cost? *Pediatrics* 2013;132:915–8.

13. Andabaka T, Nickerson JW, Rojas-Reyes MX, Rueda JD, Bacic Vrca V, Barsic B. Monoclonal antibody for reducing the risk of respiratory syncytial virus infection in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Apr 30;4: CD006602.
14. Prais D, Danino D, Schonfeld T, Amir J. Impact of palivizumab on admission to the ICU for respiratory syncytial virus bronchiolitis: a national survey. *Chest.* 2005 Oct;128(4):2765–71.
15. Kugelman A, Colin AA. Late Preterm Infants: Near Term But Still in a Critical Developmental Time Period. *Pediatrics.* 2013;132(4):741–51.
16. Greenberg D, Dagan R, Shany E, Bar-Ziv J, Givon-Lavi N. Increased risk for respiratory syncytial virus-associated, community-acquired alveolar pneumonia in infants born at 31–36 weeks of gestation. *Pediatr Infect Dis J.* 2014;33:381–6.
17. Adam D et al. Prospective observational study of PICU hospitalizations due to RSV related bronchiolitis in 2008–2012. Presented at HIPAP conference, Tel Aviv Feb 2012.
18. Joseph L et al. Rates of hospitalization for RSV bronchiolitis for all degrees of prematurity in a single medical Center (Shaare-Zedek). Presented at HIPAK conference, Tel Aviv, Feb 2014.
19. Boyce TG, Mellen BG, Mitchel EF Jr, Wright PF, Griffin MR. Rates of hospitalization for respiratory syncytial virus infection among children in Medicaid. *J Pediatr.* 2000;137:865–70.

Prof. Eli Somekh, President, The Israeli Association of Pediatrics

NEW EVIDENCES ABOUT THE EFFECTS OF HOME READING ENVIRONMENT ON THE ACTIVATION OF SPECIFIC BRAIN REGIONS SUPPORTING EMERGENT LITERACY

Giorgio Tamburlini

Centro per la salute del Bambino and Nati per Leggere program, Trieste, Italy

Literacy is the ability to utilize written information to expand and share knowledge in order to optimally function in society. Literacy acquisition involves a complex interplay of genetic, neurobiological and environmental factors, only the latter of which are directly modifiable (1). Emergent literacy is defined as the skills, knowledge, and attitudes supporting reading and writing that develop from infancy, when parents are often a child's first and most important teachers. Cognitively constructive home environments, especially prior to school entry, provide an essential foundation for emergent literacy. Parent-child reading exposes the child (and caregivers) to a larger variety of words than are otherwise spoken during everyday conversation, especially in low socioeconomic status households (2,3) and has been described as 'the single most important activity for developing the knowledge required for eventual success in reading' (4), explaining much of the variance in language, emergent literacy skills and achievement in children, independent of socioeconomic status. Parent-child reading since early infancy is widely advocated to promote cognitive development, and is recommended by several pediatric associations worldwide.

Although parent-child reading has been shown in behavioral and intervention studies to improve oral language and print concepts, quantifiable effects on the brain have not been previously studied. Hutton et al. (5) found an association between parent-child reading exposure and activation of brain areas supporting mental imagery and narrative comprehension. Nineteen 3- to 5-year-old children were selected from a longitudinal study of normal brain development and completed blood oxygen level-dependent functional magnetic resonance imaging using an age-appropriate story

listening task, where narrative alternated with tones. Higher reading exposure (using the validated StimQ-P Reading subscale score which measures frequency of reading and number and variety of children's books available at home) was positively correlated ($p < 0.05$, corrected) with neural activation in the left sided parietal-temporal-occipital association cortex, a "hub" region supporting semantic language processing, controlling for household income. It should be emphasized that these children, although 7 of them were from low income families had on average over a hundred of children's books at home.

The study for the first time demonstrated an association between home reading environment and activation of specific brain regions supporting emergent literacy during the prekindergarten period and provides neurobiological confirmation of the benefits of home reading shown by behavioural studies and provide further support to programs, such as Reach out and Read in the United States, Book start in the UK and Nati per Leggere in Italy, where paediatrician and other child professionals encourage parents to read to their babies since the first year of life. These programs are aimed at maximizing caregiver-child engagement through dialogic reading, where the child is stimulated to apply and exercise a broad range of language and executive function abilities.

1. National Research Council and Institute of Medicine. From neurons to neighborhoods: the science of early childhood development. Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development. In Shonkoff JP, Phillips DA, editors. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

2. High PC, Klass P. Literacy promotion: an essential component of primary care pediatric practice. *Pediatrics* 2014;134:404–9.
3. Karrass J, Braungart-Rieker JM. Effects of shared parent–infant book reading on early language acquisition. *J Appl Dev Psychol* 2005;26:133–48.
4. Storch SA, Whitehurst GJ. The role of family and home in the literacy development of children from low-income backgrounds. *New Dir Child Adolesc Dev* 2001;92:53–72.
5. Hutton JS, Horowitz-Kraus T, Mendelsohn AL, De-Witt T, Holland SK and the C-MIND Authorship Consortium. Listening to Stories. Home Reading Environment and Brain Activation in Preschool Children. *Pediatrics* DOI: 10.1542/peds.2015-0359.
6. Needlman R, Silverstein M. Pediatric interventions to support reading aloud: how good is the evidence? *J Dev Behav Pediatr*. 2004;25(5):352–363.

TO ENCOURAGE KIDS' HEALTH, PEDIATRICIANS ADD READING TO ESSENTIAL CHECK-UP LIST

The nation's largest pediatricians group is now formally urging parents to read aloud to their children daily from infancy. The American Academy of Pediatrics says doing so stimulates early brain development and helps build key language, literacy and social skills.

You may wonder about the benefits of reading to your baby. An infant won't understand everything you're doing or why. But you wouldn't wait until your child could understand what you were saying before you started speaking to him or her, right? Nor would you bypass lullabies until your baby could carry a tune or wait until he or she could shake a rattle before you offered any toys.

Reading aloud to your baby is a wonderful shared activity you can continue for years to come — and it's an important form of stimulation.

Reading aloud:

- teaches a baby about communication
- introduces concepts such as numbers, letters, colors, and shapes in a fun way
- builds listening, memory, and vocabulary skills
- gives babies information about the world around them

Believe it or not, by the time babies reach their first birthday they will have learned all the sounds needed to speak their native language. The more stories you read aloud, the more words your child will be exposed to and the better he or she will be able to talk.

Hearing words helps to build a rich network of words in a baby's brain. Kids whose parents frequently talk/read to them know more words by age 2 than children who have not been read to. And kids who are read to during their early years are more likely to learn to read at the right time.

When you read, your child hears you using many different emotions and expressive sounds, which fosters social and emotional development. Reading also invites your baby to look, point, touch, and answer questions — all of which promote social development and thinking skills. And your baby improves language skills by imitating sounds, recognizing pictures, and learning words.

But perhaps the most important reason to read aloud is that it makes a connection between the things your baby loves the most — your voice and closeness to you — and books. Spending time reading to your baby shows that reading is a skill worth learning. And, if infants and children are read to often with joy, excitement, and closeness, they begin to associate books with happiness — and budding readers are created.

Listen. Different Ages, Different Stages

Young babies may not know what the pictures in a book mean, but they can focus on them, especially faces, bright colors, and contrasting patterns. When you read or sing lullabies and nursery rhymes, you can entertain and soothe your infant.

Between 4 and 6 months, your baby may begin to show more interest in books. He or she will grab and hold books, but will mouth, chew, and drop them as well. Choose sturdy vinyl or cloth books with bright colors and repetitive or rhyming text.

Between 6 and 12 months, your child is beginning to understand that pictures represent objects, and most likely will develop preferences for certain pictures, pages, or even entire stories. Your baby will respond while you read, grabbing for the book and making sounds, and by 12 months will turn pages (with some help from you), pat or start to point to objects on a page, and repeat your sounds.

When and How to Read

Here's a great thing about reading aloud: It doesn't take special skills or equipment, just you, your baby, and some books. Read aloud for a few minutes at a time, but do it often. Don't worry about finishing entire books — focus on pages that you and your baby enjoy.

Try to set aside time to read every day — perhaps before naptime and bedtime. In addition to the pleasure that cuddling your baby before bed gives both of you, you'll also be making life easier by establishing a routine. This will help to calm your baby and set expectations about when it's time to sleep.

It's also good to read at other points in the day. Choose times when your baby is dry, fed, and alert. Books also come in handy when you're stuck waiting, so have some in the diaper bag to fill time sitting at the doctor's office or standing in line at the grocery store.

Here are some additional reading tips:

- Cuddling while you read helps your baby feel safe, warm, and connected to you.
- Read with expression, pitching your voice higher or lower where it's appropriate or using different voices for different characters.
- Don't worry about following the text exactly. Stop once in a while and ask questions or make comments on the pictures or text. («Where's the kitty? There he is! What a cute black kitty.») Your child might not be able to respond yet, but this lays the groundwork for doing so later on.

- Sing nursery rhymes, make funny animal sounds, or bounce your baby on your knee — anything that shows that reading is fun.
 - Babies love — and learn from — repetition, so don't be afraid of reading the same books over and over. When you do so, repeat the same emphasis each time as you would with a familiar song.
 - As your baby gets older, encourage him or her to touch the book or hold sturdier vinyl, cloth, or board books. You don't want to encourage chewing on books, but by putting them in his or her mouth, your baby is learning about them, finding out how books feel and taste — and discovering that they're not edible!
 - Listen
 - What to Read
 - Books for babies should have simple, repetitive text and clear pictures. During the first few months of life, your child just likes to hear your voice, so you can read almost anything, especially books with a sing-song or rhyming text. As your baby gets more interested in looking at things, choose books with simple pictures against solid backgrounds.
 - Once your baby begins to grab, you can read vinyl or cloth books that have faces, bright colors, and shapes. When your baby begins to respond to what's inside of books, add board books with pictures of babies or familiar objects like toys. When your child begins to do things like sit up in the bathtub or eat finger foods, find simple stories about daily routines like bedtime or bath time. When your child starts talking, choose books that invite babies to repeat simple words or phrases.
 - Books with mirrors and different textures (crinkly, soft, scratchy) are also great for this age group, as are fold-out books that can be propped up, or books with flaps that open for a surprise. Board books make page turning easier for infants and vinyl or cloth books can go everywhere — even the tub. Babies of any age like photo albums with pictures of people they know and love. And every baby should have a collection of nursery rhymes!
 - One of the best ways you can ensure that your little one grows up to be a reader is to have books around your house. When your baby is old enough to crawl over to a basket of toys and pick one out, make sure some books are included in the mix.
 - In addition to the books you own, take advantage of those you can borrow from the library. Many libraries have story time just for babies, too. Don't forget to pick up a book for yourself while you're there. Reading for pleasure is another way you can be your baby's reading role model.
 - Reviewed by: Carol A. Quick, Ed D. May 2013
- During the first weeks of life your newborn may seem to do little more than eat, sleep, cry, and generate dirty diapers. But in reality, all senses are functioning as your infant takes in the sights, sounds, and smells of this new world.
- It's hard for us to know exactly what a newborn is feeling — but if you pay close attention to your baby's responses to light, noise, and touch, you can see complex senses coming alive.

Sight

Your newborn can see best at a distance of only 8 to 12 inches, and focus when gazing up from the arms of mom or dad. Your newborn can see things farther away, but it is harder to focus on distant objects. Newborns are very sensitive to bright light and are more likely to open their eyes in low light.

After human faces, bright colors, contrasting patterns, and movement are the things a newborn likes to look at

best. Black-and-white pictures or toys will attract and keep your baby's interest far longer than objects or pictures with lots of similar colors. Even a crude line drawing of two eyes, a nose, and a mouth may keep your infant's attention if held close within range.

Your baby, when quiet and alert, should be able to follow the slow movement of your face or an interesting object.

Although your baby's sight is functioning, it still needs some fine tuning, especially when it comes to focusing far off. Your baby's eyes may even seem to cross or diverge (go «wall-eyed») briefly. This is normal, and your newborn's eye muscles will strengthen and mature during the next few months.

Give your infant lots of interesting sights to look at. Introduce new objects to keep your baby's interest, but don't overdo it. And don't forget to move your infant around a bit during the day to provide a needed change of scenery.

Hearing

Most newborns have a hearing screening before being discharged from the hospital (most states require this). If your baby didn't have it, or was born at home or a birthing center, it's important to have a hearing screening within the first month of life. Most kids born with a hearing loss can be diagnosed through a hearing screening.

Genetics, infections, trauma, and damaging noise levels may result in a hearing problem so it's important to have kids' hearing evaluated regularly as they get older. Even if your child passed the newborn hearing screen, talk to your doctor if you have concerns about your baby's hearing.

Your newborn has been hearing sounds since way back in the womb. Mother's heartbeat, the gurgles of her digestive system, and even the external sounds of her voice and the voices of other family members were part of a baby's world before birth.

Once your baby is born, the sounds of the outside world come in loud and clear. Your baby may startle at the unexpected bark of a dog nearby or seem soothed by the gentle whirring of the clothes dryer or the hum of the vacuum cleaner.

Try to pay attention to how your newborn responds to your voice. Human voices, especially Mom's and Dad's, are a baby's favorite «music.» Your infant already knows that this is where food, warmth, and touch come from. If your infant is crying in the bassinet, see how quickly your approaching voice quiets him or her down. See how closely your baby listens when you are talking in loving tones.

Your infant may not yet coordinate looking and listening, but even while staring into the distance, your little one is probably paying close attention to your voice when you speak.

Taste and Smell

Taste and smell are the two most closely related of the senses. Research shows that new babies prefer sweet tastes from birth and will choose to suck on bottles of sweetened water but will turn away or cry if given something bitter or sour to taste. Likewise, newborns will turn toward smells they prefer and turn away from unpleasant odors.

Though sweetness is preferred, taste preferences will continue to develop during the first year of life. For now, breast milk or formula will satisfy your newborn completely!

Touch

As it is to most humans, touch is extremely important to a newborn. Through touch, babies learn a lot about surroundings. At first, your baby is looking only for comfort. Having come from a warm and enveloping fluid before birth, babies are faced with feeling cold for the first time, brushing up

against the hardness of the crib, or feeling the stiff edge of a seam inside clothes.

Babies look to parents to provide the soft touches: silky blankets, comforting hugs, and loving caresses. With almost every touch a newborn is learning about life, so provide lots of tender kisses and your infant will find the world is a soothing place to be.

Should I Be Concerned?

If you just want a little reassurance that your baby's senses are working well, you can do some unscientific testing for yourself. When quiet and alert without other distractions, will your baby focus and follow your face or favorite toy?

If your baby's eyes seem to cross more than just briefly, be sure to tell your doctor. In some instances, medical cor-

rection may be required. Also tell the doctor if your baby's eyes appear cloudy or filmy, or if they appear to wander in circles as they attempt to focus.

Most newborns will startle if surprised by a loud noise nearby. Other ways to rest assured your baby is hearing well: Does your baby calm down when he or she hears your voice. Does your baby turn to the sound of a rattle? Does your baby respond to soft lullabies or other music? Do sounds made out of sight capture your baby's attention?

If you have any concerns about your newborn's ability to see or hear, talk to your doctor. Even newborns can be tested using sophisticated equipment, if necessary. The sooner a potential problem is caught, the better it can be treated.

Reviewed by: Mary L. Gavin, MD September 2011

STARTING THE DEBATE ON THE ROLE OF CHILDREN IN PHILOSOPHY

Eike Brock, Michael Thomas, Jochen Ehrich, Juergen Manemann

177

Introduction

Curiosity, imagination, fantasy, and continuous questioning: the child seems to be a natural philosopher until the age of eight to ten years, when the initial spirit of inquiry mysteriously seems to fade. What happens to them?

Innovative ideas, dreams and endless speculations: adolescents and young people start creating and planning their own new world. Have they reached the level of becoming experienced philosophers?

Rational decisions, pragmatism, disillusion, lack of time for thinking, and poisonous competition seem to rule the life of adults. Has the adult world missed the chance to practice philosophy and more importantly to understand the child as a philosopher?

Philosophical Practice and Clinical Philosophy

Gareth Matthews takes up these concerns in *Philosophy and the young Child*. Trying to understand a philosophy that represents the range and depth of children's inquisitive minds, he explores both how children think and how adults think about them: "Adults discourage children from asking philosophical questions, first by being patronizing to them and then by directing their inquiring minds towards more 'useful' questions. Most adults aren't themselves interested in philosophical questions. They may be threatened by some of them. Moreover, it doesn't occur to most adults that there are questions that a child can ask that they can't provide a definitive answer to and that aren't answered in a standard dictionary or encyclopaedia either."

For Matthews, the impoverishment of the philosophical thinking of children and adolescents is regrettable insofar as it allows the potential for critical and creative thinking to fall by the wayside. This in itself would already be bad enough, but in the course of aforementioned impoverishment, further essential knowledge that philosophy offers to each single being is lost. The education of the practical ability to react rationally to critical developments in life and the application of the therapeutic potential of philosophy will be neglected. In the Socratic tradition, the central

concern of philosophy is the education "of a single being to develop the ability to react to the world"; besides this, according to Socratic-Platonic self-understanding, concern for the soul is part of its main scope. Thus, philosophy aims at the health of the soul. Sadly, in the process of its academic professionalization, the therapeutic dimension of philosophy has faded increasingly into the background. The rise of Philosophical Practices outside of universities beginning in 1980 was a reaction to this trend. In Philosophical Practice, particularly in Philosophical Counseling, in the conversation between the philosophical practitioner and his or her client, the focus is not only on the primal philosophical question, the question concerning the good life. A special challenge is certainly constituted by the problem of how you can live a good life even under difficult conditions. As a basic experience of life, which, at the same time, causes its troublesomeness, illness is an important topic of the Philosophical Practice. In Clinical Philosophy, a synthesis of philosophy and medicine finally takes place. The clinical philosopher Martin Poltrum advocates the employment of philosophers in clinics: "What would such a philosopher do? On the one hand he would be a contact person for patients who have a current metaphysical need caused by illness, sorrow, death, and other borderline situations, and are pressed by questions which are discussed traditionally in philosophy, and on the other hand he would be the counselor for the medical staff for medical, psychotherapeutic and care ethical problems. An additional task of the clinical philosopher would be the institutionalization of lectures about the art of living [...] because especially in hospitals there is an increased interest in knowledge of life caused by the situation of being ill." This approach is worthy of applause. However, it doesn't consider the possibility of a specialized clinical philosopher for ill children and adolescents. The field of work for such a philosopher would be quite different to the one described above. Among other tasks, this philosopher would not only advise the medical staff and the patients but also the parents of the patients. Considering the fact that children can, as mentioned above,

be seen as natural philosophers in a certain way, the clinical philosopher on the pediatric ward of a hospital would be a highly reasonable innovation. He or she would encourage the children to give their 'inner philosopher' full scope and would assist them caring in orientating themselves in the world — especially under the preconditions of being ill.

The child as a philosopher

Basically all children in their capacity as newcomers to this world are disposed to orient themselves in the world. Admittedly, this is a task that essentially is never completed because humans, as existing creatures, are subject to permanent change, and the world is engaged in a constant transformation. Hence, not only children, but also grown-ups have to orient themselves in the world. It is beyond dispute that adults, in comparison with children, possess more experience with regard to this challenge. Therefore, adults are required to help children with their orientation in the world. Usually, children trust adults to do just that. More precisely, they believe that the grown-ups want to and can help them to find orientation in the world. The betrayal of this naive basic trust is catastrophic.

Philosophy is orientation in thinking and at the same time orientation in the world through thinking. From this perspective, doing philosophy is an essential task for survival. However, doing philosophy is also, as we can see watching children discover the world, a fundamental human need. To a certain extent, everyone is doing philosophy. Humans as creatures with the capacity for language principally also possess the capacity for doing philosophy. This alone, however, does not automatically make each human a philosopher. Philosophy in the advanced sense is a strict affair, which usually puts a strong emphasis on methodological as well as logical aspects. Philosophy can be practiced or trained. Now, if grownups practice philosophy with children, ideally both parties profit from the training because children are doing philosophy differently from adults. Adults possess greater

experience in thinking, so that they can guide the children in the thought process.

By contrast, childlike thinking is more naive — innocent, as Nietzsche puts it. Infantile thinking distinguishes itself through a form of refreshing naivety, which adult thinking has lost in the course of years. This naivety can sometimes have an unmasking quality. Thinking does not blindly accept common truths. While adults are inclined to comfortably confine themselves in a shell of preestablished truths, children are not as quick to settle for common sense explanations. They especially do not accept explanations that are contrary to their worldly experience. Naively, children simply cling to what they have experienced or seen, no matter the parental assurance that, "actually," such and such is the case. By this means the persistent asking child is able to help the grown up philosopher to get to the bottom of things by hindering him or her to come up with immediate answers which prevent a deep illumination of the matter in question.

Those who do philosophy with children should ask what children have seen and what answers they have given to serious questions. Adults should not patronize children. It is absolutely essential in education "to give children responsibility in accord with their level of development — also for their thinking". Patronizing, however, even if it is based on a nurturing intention, is the death of child philosophers, whose central organ is imagination.

A philosophical education for children emphasizes responsibility. Philosophical education is an invitation to think for oneself in a twofold manner: on the one hand through the practice of thinking, the "capacity to use one sown intelligence", as Kant phrases it; and on the other hand through imparting a fundamental disposition of openness. Basically, everything can be questioned and put into different perspectives. To wonder in this context is not so much an expression of naivety, as it is the precondition of an incipient mode of thinking, which does not only operate logically, but also creatively.

...AND CHILD HEALTH

In September, the focus of the ISSOP (International Society for Social Pediatrics and Child Health) annual meeting was the Sustainable Development Goals.

Developed by the UN to reply the Millennium Development Goals, the SDGs are more comprehensive but also rather 'clunky' — in other words, long winded and difficult to summarise effectively.

Sustainable Development Goals (1/2016–12/2030)

- Goal 1.** End poverty in all its forms everywhere
- Goal 2.** End hunger, achieve food security, improved nutrition, promote sustainable agriculture
- Goal 3.** Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages
- Goal 4.** Ensure inclusive and equitable quality education, promote lifelong learning opportunities for all.
- Goal 5.** Achieve gender equality and empower all women and girls
- Goal 6.** Ensure availability and sustainable management of water and sanitation for all
- Goal 7.** Ensure access to affordable, reliable, sustainable and modern energy for all

- Goal 8.** Promote sustained, inclusive and sustainable economic growth, full and productive employment and decent work for all
- Goal 9.** Build resilient infrastructure, promote inclusive, sustainable industrialization & foster innovation
- Goal 10.** Reduce inequality within and among countries
- Goal 11.** Make cities and human settlements inclusive, safe, resilient and sustainable
- Goal 12.** Ensure sustainable consumption and production patterns
- Goal 13.** Take urgent action to combat climate change and its impacts*
- Goal 14.** Conserve and sustainably use the oceans, seas & marine resources for sustainable development
- Goal 15.** Protect, restore and promote sustainable use of terrestrial ecosystems, sustainably manage forests, combat desertification, and halt and reverse land degradation and halt biodiversity loss
- Goal 16.** Promote peaceful and inclusive societies for sustainable development, provide access to justice for all and build effective, accountable and inclusive institutions at all levels

Goal 17. Strengthen the means of implementation and revitalize the Global Partnership for Sustainable Development

There are three reasons for the change:

- The MDGs were set to complete in 2015
- Many targets have not been met hence need revision
- There were felt to be omissions so the new goals cover a wider range of determinants

The goals are intended to cover social, economic and environmental priorities and there is intended to be integration between the various goals — see <https://sustainabledevelopment.un.org/topics>

Whilst there is much to praise in the new goals there are also a number of critical inconsistencies which I will review below.

Child health in the SDGs

Unlike the MDGs there is no single child health target in the SDGs. MDG 4 was clear cut — to reduce under fives mortality by 2/3 by 2015. Whilst there was a big reduction of UFM globally (from 12.7 million in 1990 to 6.3 million in 2013), in many low income countries (notably those in Africa) the target was far from being met. Also the target was limited and said little about nutrition, growth or development.

There are 17 sustainable development goals so room for much more detail.

In contrast the first three SDGs are more comprehensive —

Goal 1 End poverty in all its forms everywhere

Goal 2 End hunger, achieve food security and improved nutrition, promote sustainable agriculture

Goal 3 Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages

Within Goal 3 there are nine targets, the following being those most relevant to children:

3.1 — By 2030, reduce the global maternal mortality ratio to less than 70 per 100,000 live births

3.2 — By 2030, end preventable deaths of newborns and children under 5 years of age, with all countries aiming to reduce neonatal mortality to at least as low as 12 per 1,000 live births and under-5 mortality to at least as low as 25 per 1,000 live births

3.6 — By 2020, halve the number of global deaths and injuries from road traffic accidents

3.7 — By 2030, ensure universal access to sexual and reproductive health-care services, including for family planning, information and education, and the integration of reproductive health into national strategies and programmes

3.8 — Achieve universal health coverage, including financial risk protection, access to quality essential health-care services and access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all

There are also further targets for child health within other goals for example:

16.2 End abuse, exploitation, trafficking and all forms of violence against and torture of children

Violence against girls is covered in Goal 5 —

5.2 Eliminate all forms of violence against all women and girls in the public and private spheres, including trafficking and sexual and other types of exploitation

These targets are challenging and we in ISSOP are planning to take up the question of violence against children, which is so pervasive and yet so highly preventable. Perhaps this is something we could collaborate on with EPA?

Inconsistencies in the SDGs

There are however certain inconsistencies and anomalies within the SDGs.

Goal 10 is to reduce inequality within and among countries. These inequalities are severely detrimental to child health. Yet many commentators see the origin of the growing inequalities as being in large part due to the neo-liberal economic policies of Western governments, and the lobbying by big business to promote such policies. See for example <http://wer.world-economics-association.org/files/WEA-WER-4-Woodward.pdf> which is a paper by an eminent economist that challenges the way the SDGs approach poverty. Woodward points out in this thoughtful paper (entitled *Incrementum ad Absurdum*) that if reducing poverty has to rely simply on economic growth, then it will take 100 years to reach the poverty line of \$1.25 a day. Only by seriously tackling inequality — meaning measures to curb the growth of wealth — can poverty be genuinely reduced.

The second inconsistency is in relation to climate change. Goal 13 is strong — 'Take urgent action to combat climate change and its impacts'. But this is not compatible with Goal 8: 'Promote sustained, inclusive and sustainable economic growth' — since economic growth (unless defined very clearly as not requiring more scarce resources) will inevitably increase CO2 emissions.

So, let's work with the goals which are clearcut and necessary and question the assumptions underlying those relating to social determinants and growth.

Tony Waterston, International Society for Social Pediatrics and Child Health

GUT MICROBIOTA FOR HEALTH (GMFH) — E-BOOK

The Gut Microbiota for Health (GMfH) organisation, which forms part of the European Society of Neurogastroenterology and Motility (ESNM), is a body which facilitates scientific debate on topics relating to gut microbiota. As well as running an experts exchange programme, the GMfH formed a joint scientific committee alongside the American Gastroenterology (AGA), ESNM, European Society for Paediatric Gastroenterology (ESPGHAN), the European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO), and the

European Association for the Study of the Liver (EASL) to run the 4th GMfH World Summit which was held this year in Barcelona (14–15 March).

International speakers and delegates from all fields of gut microbiota research such as doctors, nutritionists, dieticians, pharmacists and biologists joined the summit, where a wide range of research was presented, covering topics such as obesity, breast feeding, bowel disease and liver cancer, amongst others. Many of the topics were of great inte-

rest to the paediatricians in attendance, therefore, we have selected highlights of the summit which are relevant to child health. Professor Massimo Pettoello-Mantovani, Secretary General of the European Paediatric Association (EPA) who attended the summit stated: "The potential impact of gut microbiota within the field of paediatrics is not recognised

enough by general paediatricians due to a lack of transfer between the fields."

We very much hope you find this of interest.

Please click here www.paediatricgutmicrobiota.com to read about the key findings, relevant to paediatricians, from this year's Gut Microbiota for Health Summit.

FROM THE INTERNATIONAL LITERATURE

THE ROLE OF PROBIOTICS IN THE ANTIBIOTIC ASSOCIATED DIARRHOEA IN CHILDREN

- The use and effectiveness of probiotics in children has been a long lasting important debate during the past years, which continues to raise the attention of pediatricians. In particular, several articles in the recent past have discussed the role of probiotics for the prevention of Antibiotic-Associated Diarrhea in children, focusing on advantages and disadvantages. A paper published by the ESPGHAN Working Group for Probiotics Prebiotics in the Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition in December 2015 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26756877>) provides recommendations, developed by the Working Group (WG) on Probiotics of ESPGHAN, for the use of probiotics for the prevention of antibiotic-associated diarrhea (AAD) in children. The recommendations were based on a systematic review of previously completed systematic reviews and of randomized controlled trials (RCTs) published subsequently to these reviews. The recommendations were formulated only if at least 2 RCTs that used a given probiotic (with strain specification) were available. The quality of evidence (QoE) was assessed using the Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) guidelines. The use of probiotics for preventing AAD was considered in particular in the presence of risk factors such as class of antibiotic (s), duration of antibiotic treatment, age, need for hospitalization, comorbidities, or previous episodes of AAD diarrhea.

Szajewska H, Canani RB, Guarino A, Hojsak I, Indrio F, Kolacek S, Orel R, Shamir R, Vandenplas Y, van Goudoever JB, Weizman Z. Probiotics for the Prevention of Antibiotic-Associated Diarrhea in Children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* Dec. 2015, Epub ahead of print (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26756877>)

- A further recent report from a working group of gastroenterologists and nutritionists from the Great Ormond Street Hospital (UK), the Guy's and St Thomas NHS Foundation Trust (UK), the University St Joan de Resus (Sp), and the University of Nottingham UK, discusses the role of antibiotic resistance, and the background and prevalence of Antibiotic Associated Diarrhoea (AAD). The working group emphasizes that following an increasing amount of interest in therapies that may influence changes to gut microbiota, an approach that has been adopted by many healthcare professionals for the management of AAD is the use of probiotics. The report discusses the evidences reported in several studies, that the use of specific probiotics effectively reduces the incidence of AAD in children, also reduce associated healthcare costs and aid antibiotic compliance.

Castillejo De Villasanté G, Koglmair J, Lindley K, Hallows S and Avery A. Antibiotic Associated Diarrhoea

and the use of probiotics in children. REPORT 2015 (<http://paediatricgutmicrobiota.com/aadeng/>)

GENETIC ANALYSIS OF CHILDREN WITH CONGENITAL TUFTING ENTEROPATHY (CTE). A CLINICAL CONDITION CHARACTERIZED BY DIARRHEA

- Congenital tufting enteropathy (CTE), an inherited autosomal recessive rare disease, is a severe diarrhea of infancy which is clinically characterized by absence of inflammation and presence of intestinal villous atrophy. The importance of genetic analysis in the diagnosis of genetic diseases is a well consolidated notion. However, genetic analysis covering all the wide range of genetic diseases is not always available in all hospital centers. In fact, since histological analysis is still not decisive in predicting the outcome of CTE patients, the identification of new mutations contributes to the genotype-phenotype correlation and provides further information about the assessment of the clinical outcome of the patients. A recent article published by D'Apolito et al in the *World Journal of Pediatrics* (D'Apolito et al. Genetic analysis of Italian patients with congenital tufting enteropathy, *World J Pediatr.* 2015 Dec 18. Epub ahead of print) emphasizes the importance of genetic analysis, in particular in the Congenital Tufting Enteropathy (CTE). The study underlines the important role of performing the molecular screening of both the typical EpCAM and SPINT2 genes in the diagnosis of various congenital diarrheal disorders. The identification of a novel EpCAM mutation increasing the mutational spectrum of allelic variants associated with this gene further contributes to better understanding the pathogenesis of disorders.

LINK: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26684320>

Collaboration for genetic analysis offered to the community of Pediatrics:

The first author, Dr. Maria D'Apolito, responsible of the Pediatric Research Laboratory at UNIFG, reports that the Institute of Pediatrics of the University of Foggia (Italy) offers the pro bono scientific support of the Research Center of the University of Foggia, providing the molecular screening of both EpCAM and SPINT2 genes to those centers needing genetic analysis to perform final diagnosis in children with suspected Congenital Tufting Enteropathy and other genetic disorders.

EPA/UNEPSA thanks Dr. D'Apolito for her kind and generous offer.

For those that may be interested, Dr. D'Apolito can be contacted directly using the following information:

Dr. Maria D'Apolito. Institute of Pediatrics University of Foggia, Italy

Centro di Ricerche Biomediche «E. Altomare»

Via Napoli, 20/71122 Foggia, Italy

Email: maria.dapolito@unifg.it

Tel: 0039.0881.588091

INTERNATIONAL COLLABORATIONS TO SCIENTIFIC RESEARCH IN PEDIATRICS

SURVEY:

The Understanding And Use Of Probiotics

EPA/UNEPSA has received a kind request of scientific collaboration from the UK by Dr. Zelda Wilson, who is doing a Master degree in Advanced Dietetics at the University of Nottingham. For her final research, she is studying the role of probiotics in the wellbeing of humans, and in the management of various clinical conditions. Dr. Wilson is interested in how healthcare professionals perceive and use probiotics. Therefore she has developed a short survey that may start providing some insight into this matter.

EPA/UNEPSA is glad propose the brief survey to the readers of the Newsletters. To participate in that will take 15 minutes of your time. Completion of the questionnaire implies consent to the use of anonymised quotations to be used in research outputs such as reports.

Link to the survey: <http://www.dansurveys.com//index.php?sid=15447&lang=en>

The deadline is 30 March 2016.

In order to further emphasize the importance of appropriate medical care for children, and to encourage the completion of the questionnaire, after the deadline one winner will be picked at random to receive an educational grant of up to £ 500 which will be offered by EPA/UNEPSA to attend the scientific/educational meeting of your choice. No personal details will be used other than to notify on the allocated bursaries.

Thank you in advance for your participation. If you have any questions or would like to know more about the survey, please contact the Editorial Committee of the EPA/UNEPSA Newsletter (info@epa-unepsa.org).

EPA/UNEPSA has been informed that the survey was endorsed by the British Dietetic Association and the European

Society for Primary Care Gastroenterology, and that Ethical approval has been obtained from School of Biosciences Research Ethics Committee (SB REC).

SURVEY:

The Bridge Health Project

EPA/UNEPSA has received a request of collaboration from Dr. Anthony Staines of the Department of Public Health, Ireland, to complete a Public Health SURVEY for the BRIDGE health Project supported by the European Union.

EPA/UNEPSA is glad to contribute to the study performed by the BRIDGE health Project and kindly ask to the EPA/UNEPSA Newsletter readers to complete the Survey, which link is reported below:

Link to the survey: <https://www.surveymonkey.com/r/BridgeHealth-WP7>

BRIDGE Health stands for Bridging Information and Data Generation for Evidence-based Health policy and research. The BRIDGE Health project aims to prepare the transition towards a sustainable and integrated EU health information system for both public health and research purposes. The project was launched in May 2015 and will be running for 30 months. It includes 31 partners in 16 countries. The project bridges the best of EU projects in domains of population and health system monitoring, indicator development, health examination surveys, environment and health, population injury and disease registries, clinical and administrative health data collection systems and methods of health systems monitoring and evaluation. BRIDGE Health is supported under the EU action of the Public Health Programme implemented by the Consumers, Health and Food Executive Agency of the European Commission.

(<http://www.bridge-health.eu/#sthash.NowalhZO.dpuf>)

COMMENTARY: THE UNDERSTANDING AND USE OF PROBIOTICS

Prof Dr Fügen Çullu Çokuğraş

EPA/UNEPSA Council Member, IPA Standing Committee

Probiotic bacteria are defined as nonpathogenic live microorganisms which when consumed in adequate amounts confere a health benefit on the host. These nonpathogenic bacterial species reside in the gastrointestinal tract of normal healthy persons; their beneficial effect comes from competition with other microorganisms. They increase the production of antiinflammatory cytokines, decrease proinflammatory cytokines, reduce intestinal permeability. Thus gut microbiota plays an important role on health; the desequilibre between pathogenic and nonpathogenic bacteria is demonstrated in gastrointestinal, allergic diseases as

well as in the outcome of certain diseases such infections and oncologic diseases.

In some of this diseases such as antibiotic associated diarrhea the use of probiotic is well defined; in some others therapeutic intervention of probiotic microorganisms is advised but not evidence based.

The survey proposed by Dr. Wilson in the section of International Scientific collaborations of this Newsletter (page 58–60) will help a better understanding of the probiotics and their use, and EPA/UNEPSA is glad to suggest the readers to take 15 minutes of their time to complete it.

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ ЕРА/UNEPSA № 22, 2016 г.

МЕСТО НАЗНАЧЕНИЯ — ЕВРОПА

В последнее время некоторые страны Европейского союза (ЕС) столкнулись с проблемой увеличения потока беспризорных несовершеннолетних мигрантов, которые в большинстве своем являются беженцами из стран, где происходят вооруженные конфликты, нарушаются права человека.

Это дети (к данной группе применим термин «обособленные дети») младше 18 лет, которые оказались за пределами своей родной страны, были разлучены с родителями или предыдущим законным или признанным ответственным опекуном, как правило, направляющиеся в Европу, чтобы избежать бесправия или эксплуатации.

Пункт назначения нынешней беспрецедентной миграционной волны — северные европейские страны, куда можно добраться двумя основными маршрутами: морским путем через Грецию, Мальту и Италию и наземным — через Балканы.

Дети, которые влились в поток мигрантов, уязвимы физически, психологически или социально. Их потребностями пренебрегают, им не хватает заботы и защиты опекунов, поэтому они часто подвергаются насилию. Из-за особого беспомощного положения ребенок-мигрант без сопровождения рискует лишиться своих прав в дальнейшем и может стать де-факто «невидимым» для властей, системы общественного здравоохранения или в целом для общественности. Более того, по прибытии или —

чаще — во время путешествия по Европе многие дети просто исчезают.

Этот важный вопрос уже рассматривался в февральском выпуске журнала *Pediatrics* [1]. В этой статье члены ЕРА/UNEPSA (European Paediatric Association/Union of National European Paediatric Societies and Associations) в лице Итальянской федерации педиатров (Federazione Italiana Medici Pediatri, FIMP) и Итальянского общества педиатрии (Italian Society for Pediatrics, SIP) информировали педиатрическое сообщество о возникшей проблеме и подчеркивали важную роль национальных европейских педиатрических обществ, которые могут снизить негативные последствия данного феномена, привлекая к работе соответствующие целевые рабочие группы.

*Проф. Массимо Петтоэлло Мантовани
(Massimo Pettoello Mantovani),*

*Генеральный секретарь
Европейской педиатрической ассоциации*

Список литературы

1. Ferrara P, Corsello G, Sbordone A, Nigri L, Caporale O, Ehrich J, Pettoello-Mantovani M. The «Invisible Children»: Uncertain Future of Unaccompanied Minor Migrants in Europe. *J Pediatr*. 2016 Feb; 169:332–333. URL: [http://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(15\)01299-8/pdf](http://www.jpeds.com/article/S0022-3476(15)01299-8/pdf)

ПРИВЕТСТВЕННОЕ СЛОВО ЭКС-ПРЕЗИДЕНТА ЕРА/UNEPSA ПРОФ. АРМИДО РУБИНО: КЛЮЧЕВЫЕ АСПЕКТЫ 7-го КОНГРЕССА EUROPEDIATRICS ВО ФЛОРЕНЦИИ

Дамы и господа, коллеги и друзья!

Для меня было огромным удовольствием приветствовать вас на 7-м Конгрессе *Europediatrics* — событии, которое поддерживает и укрепляет тесные связи, существующие между ЕРА, Италией и итальянскими педиатрами.

Хочу выразить благодарность президенту Европейской педиатрической ассоциации профессору Лейле Намазовой-Барановой; Председателю Конгресса и Президенту Итальянского педиатрического общества профессору Джованни Корселло; моим итальянским коллегам, кто входил в состав Оргкомитета; членам

Совета ЕРА. Отдельную искреннюю признательность приношу профессору Теренсу Стефенсону, председателю Научного комитета, за его нелегкую работу, в результате которой была сформирована всеобъемлющая научная программа. Также самые теплые пожелания хочется выразить президенту Международной педиатрической ассоциации профессору Андреасу Константопулосу, который ранее занимал пост Президента Европейской педиатрической ассоциации и выступил инициатором повторного проведения *Europediatrics* в Италии.

Конгресс состоялся благодаря тесному сотрудничеству членов национальных педиатрических обществ и Совета ЕРА, представителей различных научных дисциплин, педиатров и других специалистов в области ухода за младенцами, детьми и подростками, а также педиатров и семейных ассоциаций. И, наконец, что не менее важно, решающую роль в проведении Конгресса Europediatrics сыграло взаимодействие ЕРА со множеством европейских узкоспециализированных педиатрических ассоциаций, которые принимали активное участие в разработке научной программы.

В основе принципов и деятельности ЕРА лежит убеждение, что специальность **педиатра общей практики** имеет особое значение для медико-санитарных потребностей детского населения. Мы убеждены, что эта профессия должна сохраниться не в качестве альтернативы узким педиатрическим специальностям, а, напротив, с целью повышения уровня оказания медицинских услуг.

С другой стороны, непостижимый скачок в развитии медицинской науки, произошедший во второй половине XX в., вызвал чрезвычайное обогащение педиатрической науки, что привело к созданию узкоспециализированных педиатрических ассоциаций, которые стали важным инструментом в развитии научных знаний и играют значимую роль в охране здоровья младенцев, детей и подростков.

Таким образом, была сформирована основная идея этого Конгресса: объединить оба подхода в педиатрии для наиболее эффективного обеспечения охраны здоровья детей всех возрастов, стимулировать совместную деятельность в духе позитивного взаимодействия на основе общих ценностей. Благодаря такому сотрудничеству Europediatrics решает задачи, поставленные национальными и европейскими педиатрическими обществами, а именно:

- наблюдение за еще существующими различиями между регионами, странами и социальными классами, когда главным приоритетом становится не только снижение количества или устранение данных различий, но и воз-

можность пользоваться преимуществом ситуаций, возникающих при трансграничном здравоохранении;

- обеспечение высокого уровня знаний о непрерывно изменяющихся проблемах со здоровьем детей и подростков;
- укрепление культурного уровня таким образом, чтобы научно-технический прогресс мог быть применен к изменяющимся потребностям детей и подростков;
- продвижение, организация и осуществление системы непрерывного педиатрического образования на высоком уровне;
- обеспечение надежной взаимосвязи исследовательской деятельности, обучения и здравоохранения.

Однако, должен заметить, что не все так хорошо на большей части европейской территории: к сожалению, до сих пор возникает слишком много задержек с принятием мер и инициатив по укреплению здоровья детей и подростков. Будем надеяться, что в том числе и этот Конгресс поможет привлечь внимание правительства и общества к проблемам беженцев.

Именно сейчас я не могу не упомянуть трагедию, в связи с которой дети и подростки вынуждены иммигрировать с юга в направлении Европы. Не только по этой причине, но учитывая ее, существует потребность в новом, чрезвычайном соглашении, направленном на улучшение медицинской, социальной и психологической помощи младенцам, детям и подросткам в Европе. Существует острая необходимость поощрять и инвестировать научные исследования, обучение педиатров и доработку инициатив, направленных на улучшение состояния здоровья младенцев и подростков, как в странах ЕС, так и не входящих в Евросоюз. Для проведения таких исследований и мероприятий необходимо создать специальную рабочую группу. Я твердо верю, что европейские педиатры готовы к сотрудничеству с целью реализации данных инициатив.

Хотел бы завершить эту приветственную речь словами, которые для меня звучат как девиз этого съезда: «Вместе для детей»!

8-й КОНГРЕСС EUROPEDIATRICS И 13-й НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС РУМЫНСКОГО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА (БУХАРЕСТ)

Уважаемые коллеги!

Для нас большая честь пригласить педиатров со всей Европы и других стран на 8-й Конгресс Europediatrics и 13-й Национальный конгресс Румынского педиатрического общества, который пройдет в Бухаресте (Румыния) 7–11 июня 2017 г.

Румынское педиатрическое общество было частью Румынской медицинской ассоциации с момента ее образования в 1926 г. и до 2001, когда общество приобрело собственный правовой статус. С 2010 г. Общество является членом ЕРА/UNEPSA, а также членом Европейской академии педиатрии (European Academy of Paediatrics, EAP); насчитывает более 4000 педиатров и 8000 ассоциированных членов и семейных врачей.

Румынская педиатрическая школа сохраняет традиции научного и практического развития высокого уровня; самые престижные факультеты входят в состав 10 вузов страны, среди которых университеты Яссы, Клужа, Бухареста, Тыргу-Муреша, Тимишоара, Крайова, Сибиу.

В течение последних 20 лет Румынская педиатрическая система реорганизовывалась и обновлялась. Некоторые больницы включают в себя автономные отделения гастроэнтерологии, нефрологии, неврологии, аллергологии и иммунологии, диабета и питания, респираторной медицины и др.

Кроме международных курсов и семинаров для педиатров, Румынское педиатрическое общество организует

национальные конференции и съезды с международным участием.

Прошедший в Тимишоара в 2015 г. Национальный конгресс Румынского педиатрического общества имел огромный успех: более 1200 участников, 145 румынских и 25 иностранных докладчиков, 180 тем на различных сессиях, 240 постеров, 40 спонсоров.

Для 8-го Конгресса *Europediatrics* в 2017 г. выбрано колоссальное по своим размерам место проведения — Дворец Парламента в Бухаресте.

На возведении Дворца Парламента (ранее известного как Народный дворец), задуманного лидером КПРФ Николае Чаушеску, трудилось 20 000 рабочих и 700 архитекторов. Длина Дворца — 275 м, ширина — 235 м, высота — 86 м и 92 м — под землей. На 12 этажах расположено 1100 комнат, 2 подземных гаража, а также четыре дополнительных подземных уровня, включая огромный ядерный бункер. Общая площадь

помещения составляет 365 000 м². Дворец Парламента является вторым офисным зданием по величине в мире (после Пентагона) и третьим по объему занимаемой площади (после Мыса Канаверал в США и Пирамиды Хеопса в Египте).

В начале строительства в 1984 г. диктатор предполагал, что Дворец станет штаб-квартирой его правительства. Сейчас Дворец — это место заседания парламента Румынии и международный конференц-центр. Построенное и обставленное с использованием исключительно румынских материалов здание отражает работу лучших мастеров страны.

Мы приглашаем вас открыть красоту этого места и рады приветствовать всех в Бухаресте в 2017 г.

Проф. Лейла Намазова-Баранова,

Президент EPA/UNEPSA

Марин Бурля (Marin Burlea),

Президент 8-го Конгресса Europediatrics

ОБУЧЕНИЕ

Электронное дистанционное обучение в системе педиатрического непрерывного медицинского образования

Электронное дистанционное обучение приобретает все большее значение в медицинском и медико-биологическом образовании. Благодаря непрерывной стандартизации процесса новые инновационные методы обучения и повышение квалификации на протяжении всей жизни стали насущными вопросами. Кроме того, снижение затрат во времени, путешествиях и соответствующих издержках превращают гибкий доступ к образованию в необходимость.

Непрерывное медицинское образование (НМО) для педиатров должно включать актуальные знания, подтвержденные научной базой, с прямой ссылкой на практическое применение. Тем не менее электронные учебные курсы НМО часто проводятся беспорядочно, содержат необъективную информацию, а координаторами выступают неакадемические негосударственные организации. Кроме того, содержание таких курсов узконаправленное, недостаточно глубоко рассматривает поставленные вопросы, включает неполную информацию, не имеет регулярных обновлений. Таким образом, существует острая потребность в электронном доступе к курсам НМО, которые содержат объективную, актуальную информацию высокого качества, предлагают легкую и мобильную форму для самостоятельного, интерактивного обучения.

Так, при взаимодействии и по инициативе Академии раннего питания (Early Nutrition Academy, ENA) и Детской больницы им. Августа фон Хаунера при медицинском центре Мюнхенского университета (Германия) создан бесплатный электронный курс по раннему питанию (eAcademy, ENeA; <http://www.early-nutrition.org/en/enea/>). Современные международные рекомендации, метаанализы, систематические обзоры и последние научные данные консолидируются и применяются на практике. Содержание электронных модулей написано и проверено ведущими международными экспертами соответствующей квалификации, которые участвуют в международных исследовательских совместных проектах, таких как «ЕС — Раннее питание» (www.project-earlynutrition.eu).

ENeA обеспечивает аккредитованные электронные учебные модули для НМО по темам раннего питания и образа жизни. Электронные модули предназначены для работников здравоохранения всего мира, которые стремятся углубить свои знания и улучшить медицинские услуги в области раннего питания.

Платформа электронного обучения ENeA работает в тесном сотрудничестве с Европейским обществом детской гастроэнтерологии, гепатологии и питания (European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, ESPGHAN) и включена в программу электронного обучения, предлагающую работникам здравоохранения практические задания по теме питания.

Платформа электронного обучения ENeA состоит из различных модулей, при этом каждый посвящен определенной теме в области вскармливания младенцев. Дополнительные ресурсы по структуризации знаний, в том числе модули по питанию и эпигенетике, антропометрии у детей грудного возраста, необходимым питательным веществам в период беременности и лактации, а также раннему питанию и жизни в странах с низким уровнем дохода, будут доступны в ближайшее время.

Каждый модуль состоит из вводной части, 3–5 блоков по различным аспектам основной темы и практических заданий на основе клинических случаев. Каждый блок разделен на несколько частей. Начало каждого блока представлено схемой, в которой даны краткое изложение содержания и образовательные цели. Перед занятием пользователь проходит тест для самопроверки, результаты которого выявляют уровень знаний по конкретной теме. Каждый блок подразделяется на меньшие, четко спланированные уроки, которые охватывают наиболее важные и актуальные аспекты главной темы. Везде, где возможно, уроки содержат экспертное мнение, видео- или интерактивные изображения для закрепления и уточнения письменного содержания. Кроме того, списки литературы по отдельным темам предоставляют пользователям перечень источников для дальнейшего изучения и получения более подробной информации. В заключительном разделе каждого блока, озаглавленном «Ключевые положения», дается краткий обзор всех пройденных тем. По завершении каждого блока доступен

тест НМО. Проработав все уроки, пользователь ознакомится с содержанием блока и сможет успешно выполнить тест НМО.

Каждый модуль заканчивается практическими заданиями на основе клинических случаев. Цель данного виртуального ситуативного обучения заключается в том, чтобы предоставить пользователю возможность применить полученные знания на практике. Практические задания на основе клинических случаев являются дополнительным бонусом и не связаны с сертификатом НМО.

Кроме того, пользователи имеют возможность общаться друг с другом или с командой ENeA на дискуссионном форуме. Для простоты использования аббревиатуры связаны ссылками с соответствующим объяснением, все ссылки в модулях — со списком литературы. Полный список всех ссылок, используемых в модулях, также можно загрузить.

Модуль по теме «Прикорм»

Один из доступных модулей на платформе посвящен конкретным теоретическим и практическим аспектам прикорма. Модуль рассматривает своевременные и подходящие практики прикорма младенцев и маленьких детей и их значение для здорового роста и развития. Текущие международные рекомендации по срокам введения прикорма предоставляются вместе с актуальными научными рекомендациями, описывающими влияние раннего и позднего введения прикорма на здоровье. Подробные рекомендации по типу продуктов, объему порций и частоте приема пищи у младенцев и маленьких детей обсуждаются наряду с практическими примерами осуществления прикорма в разных регионах мира. Представлены биологические особенности и аспекты развития организма в период прикорма, что объясняет его важность. Этот модуль уделяет особое внимание потребностям питания нормальных здоровых младенцев, вместе с тем раскрывает способы удовлетворения особых потребностей в питании больных младенцев и затрагивает некоторые вопросы, связанные с прикормом в развивающихся странах.

В первом блоке обсуждаются текущие рекомендации и практики. Полноценное питание в младенчестве и раннем детстве является ключевым моментом в процессе нормального, здорового роста и развития. В первом блоке представлен обзор прикорма в младенчестве, и приводится краткое описание различных определений прикорма международными организациями. На основе краткого изложения истории вскармливания младенцев выделены значительные изменения и достижения XX–XXI вв. Обсуждается важность прикорма, нерациональность длительного исключительно грудного вскармливания с акцентом на «критический период» развития и дефицит питательных веществ, которые могут возникнуть при отсутствии подходящего прикорма. Пользователь получает полное представление об актуальных международных рекомендациях по прикорму наряду с планом текущих методов кормления в разных регионах мира.

Во втором блоке данного модуля описывается влияние прикорма на здоровье ребенка. Исходя из результатов текущих исследований, указавших возраст начала прикорма, данный блок определяет, какие немедленные или отдаленные нежелательные последствия для здоровья могут быть вызваны как слишком ранним, так и слишком поздним введением прикорма — ожирение, аллергии или сердечно-сосудистые заболевания, а также риск развития кариеса, заражения инфекция-

ми. Данный блок представляет вниманию обучаемого некоторые вопросы, связанные с прикормом в развивающихся странах, включая воздействие неполноценного прикорма на здоровье человека, раскрывает темы дефицита конкретных питательных веществ и остановки роста.

Третий блок включает в себя практические аспекты прикорма: состав и способы приготовления. Предметом обсуждения выступают актуальные научно обоснованные рекомендации по практическим аспектам, включающие описание приготовления и состава прикорма. Цель блока состоит в том, чтобы предоставить пользователю обзор подходящего прикорма у детей раннего возраста, включая типы и консистенции прикорма в раннем возрасте, содержание в прикорме питательных веществ и энергии, а также объем порций и частоту прикорма. Также даны рекомендации по вегетарианской и веганской диете в период прикорма. Кроме того, обучаемый получает общее представление о безопасном приготовлении и хранении продуктов для прикорма, а также советы по кормлению во время и после болезни.

Последний блок посвящен физиологическим аспектам в период прикорма. В течение первых лет жизни рацион питания грудного ребенка претерпевает наибольшие изменения, переходя от исключительно жидкой диеты к более разнообразным прикормам в дополнение к молоку. В течение этого переходного периода в пищу младенца появляются продукты, для перевариваемости которых необходимы полноценные оральные двигательные навыки и сформировавшиеся пищеварительная, почечная и иммунная системы. Данный блок раскрывает биологические особенности и аспекты развития в период прикорма. Разъясняет физиологическое созревание почечной и желудочно-кишечной функций, которое требуется для переваривания немолочных продуктов, и изменения в развитии нервной системы, необходимые для безопасного и эффективного перехода к «семейным» продуктам. Кроме того, обсуждаются развитие вкуса и пищевых предпочтений, а также динамика роста в период прикорма.

ENeA становится региональной: адаптации для электронного обучения педиатров в конкретных условиях

Англоязычная всеобъемлющая платформа ENeA в настоящее время диверсифицирована согласно определенным региональным и государственным требованиям в рамках специализированных подпроектов, таких как ENeA-Китай, ENeA-Турция и ENeA-ЮВА (Юго-Восточная Азия). При сотрудничестве с известными специалистами в регионах программа электронного обучения будет адаптирована к конкретным условиям и потребностям медицинских работников в этих странах, чтобы предложить специализированное обучение в области раннего питания и образа жизни для стран с высоким или низким уровнем доходов. На сегодняшний день в общей сложности более 5000 специалистов здравоохранения из 142 стран мира активно обучаются по программе ENeA.

Дополнительная информация по адресу <http://www.early-nutrition.org/en/enea/>

д-р биол. наук Бриджит Брендон
(Brigitte Brands), MBE,

e-mail: Brigitte.Brandts@med.lmu.de

д-р мед. наук, профессор Университета педиатрии

Бертольд Колецко (Berthold Koletzko),

e-mail: office.koletzko@med.uni-muenchen.de

РЕШЕНИЕ ВОПРОСА РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АНТИМИКРОБНЫМ ВЕЩЕСТВАМ С ПОМОЩЬЮ СТРАТЕГИИ РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Значение стратегии рационального использования антибиотиков

Устойчивость к противомикробным препаратам (антимикробная резистентность) — значительная и возрастающая угроза глобальному здравоохранению, препятствующая эффективному лечению инфекций, вызванных бактериями, грибами, паразитами и вирусами. Устойчивость к противомикробным препаратам наблюдается во всех регионах мира; также продолжают появляться и распространяться по всему миру новые механизмы устойчивости. Чрезмерное использование противомикробных препаратов и антибиотиков приводит к возникновению антимикробной резистентности.

В США данная проблема и возможности ограничить ее распространение, в том числе с помощью стратегии рационального использования антибактериальных препаратов, вызвали государственный интерес. Стратегия рациональной антибактериальной терапии — это комплексные усилия для обеспечения оптимального выбора препарата, его дозировки и длительности антибактериальной терапии, что приводит к лучшему клиническому исходу при лечении инфекции, минимизируя токсичность воздействия препарата и снижая последующую противомикробную устойчивость пациента. Программы рациональной антимикробной терапии (ПРАТ) были продемонстрированы в целях предотвращения ошибок лечения, сокращения расходов на здравоохранение, а также снижения уровня инфекций, вызванных бактерией *Clostridium difficile* и мультирезистентными бактериальными патогенами. В марте 2015 г. Белый дом внес стратегию рациональной антибактериальной терапии в Национальный план действий по борьбе с устойчивыми к антибиотикам бактериями. Среди других рекомендаций этот план предписывает центрам обеспечения услуг по программам «Medicare» и «Medicaid» (CMS) реализовать к 2018 г. стратегию рационального использования антибактериальных препаратов как условие участия для всех включенных в программы больниц скорой неотложной помощи США.

Стратегия рациональной антибактериальной терапии в педиатрии

Движение в пользу принятия стратегии рациональной антибактериальной терапии в США зародилось в учреждениях неотложной помощи для взрослых, но в последнее десятилетие наблюдается всплеск инициатив по разработке стратегий и в детских больницах.

Исследование 2011 г. показало, что 42% из 38 автономных детских больниц в США работали в соответствии с официально действующей программой по реализации стратегии рационального использования антибактериальных препаратов, а еще 37% были в процессе разработки программы. Из существующих программ 81% был

создан после 2007 г. [1]. Так как опрос включал только автономные детские больницы, мало что известно о стратегии других педиатрических стационаров. Последние исследования показали, что существует насущная необходимость в оптимизации применения антибиотиков в детских поликлиниках. Антибиотики — один из наиболее часто назначаемых классов лекарств у детей. Примерно из 25 млн назначений антибиотиков в случае острых респираторных инфекций у детей в США почти половина (11,4 млн) признана нецелесообразными [2]. Одно из исследований в 21 стране Европейского союза показало, что почти половина респондентов переоценивает риски, связанные с отказом от антибиотиков при лечении острых инфекций верхних дыхательных путей, подразумевая ненужное употребление антимикробных препаратов [3]. Несмотря на явную необходимость выполнения стратегии рационального использования антибактериальных препаратов в детских поликлиниках, в настоящий момент ПРАТ остается нереализованной. Исследовательский интерес в этой области возрастает. Недавнее клиническое испытание в сети педиатрических отделений выявило, что использование комбинации клинического обучения и перспективного аудита с обратной связью значительно снижает количество выписанных рецептов как на антибиотики широкого спектра действия, так и на лекарства вне основного списка предписаний согласно стратегии при лечении пневмонии и синусита [4]. После окончания перспективного аудита положительные эффекты не были подтверждены [5]. Эти результаты показывают, что амбулаторная реализация ПРАТ может быть весьма успешной, и проверочные меры должны применяться непрерывно в целях достижения устойчивого положительного воздействия.

Проблемы реализации ПРАТ

Хотя стратегические программы считаются выгодными, возникает множество препятствий для их успешного применения. Это характерно и для стационара, и для амбулаторий. Большинство программ стационаров включают работу инфекциониста и клинического фармаколога, которым должны оплатить рабочие часы. В ПРАТ амбулаторий должности четко не прописаны, но оплата за работу гарантируется. Растущий объем литературы, подтверждающий рентабельность стратегической программы, обосновывает расходы на внедрение ПРАТ в больницах/клиниках [6]. Ограничение и/или своевременный мониторинг назначения антибиотиков требует информационно-технических ресурсов, а также может зависеть от существующих систем заказа, выставления счетов и хранения записей. Наконец, инициативы ПРАТ должны быть приемлемы для клиницистов, которые могут воспринимать программу как навязывание чужих прин-

ципов в их автономной работе. Так как стратегическое управление является «не имеющими законной силы» рекомендациями, успех программы неизменно зависит от установления продуктивных отношений со своими коллегами-клиницистами.

Совместные усилия «в процессе» реализации ПРАТ

Эксперты из комитета Американской академии педиатрии (American Academy of Pediatrics, AAP) по инфекционным заболеваниям, секции по инфекционным заболеваниям и Педиатрического общества инфекционных заболеваний (Pediatric Infectious Diseases Society, PIDS) назначили встречу в октябре 2015 г., чтобы обсудить возможные проблемы, которые могут появиться в процессе реализации ПРАТ, и разработать стратегии их решения. Основные элементы стратегического плана включают обучение, внедрение основных принципов, пропаганду, практическую и исследовательскую деятельность.

д-р мед. наук Рана Хамди (Rana Hamdy), MPH, FAAP,
д-р мед. наук Дж. Майкл Клатте (J. Michael Klatte), FAAP,
д-р мед. наук Зак Уиллис (Zach Willis), FAAP

Список литературы

1. Newland JG, Gerber JS, Weissman SJ, et al. Prevalence and characteristics of antimicrobial stewardship programs at freestanding children's hospitals in the United States. *Infect Control Hosp. Epidemiol.* 2014;35(3):265–271. doi:10.1086/675277.
2. Kronman MP, Zhou C, Mangione-Smith R. Bacterial Prevalence and Antimicrobial Prescribing Trends for Acute Respiratory Tract Infections. *Pediatrics.* 2014; 134(4):e956–e965. doi:10.1542/peds.2014-0605.
3. Grossman Z, del Torso S, Hadjipanayis A, et al. Antibiotic Prescribing for Upper Respiratory Infections: European

Primary Paediatricians' Knowledge, Attitudes, and Practice. *Acta Paediatr.* 2012;101:935–940.

4. Gerber JS, Prasad PA, Fiks AG, et al. Effect of an outpatient antimicrobial stewardship intervention on broad-spectrum antibiotic prescribing by primary care pediatricians: A randomized trial. *JAMA.* 2013;309(22): 2345–2352. doi:10.1001/jama.2013.6287.
5. Gerber JS, Prasad PA, Fiks AG, et al. Durability of benefits of an outpatient antimicrobial stewardship intervention after discontinuation of audit and feedback. *JAMA.* 2014; 312(23):2569–2570. doi:10.1001/jama.2014.14042.
6. Ruttimann S, Keck B, Hartmeier C, Maetzel A, Bucher HC. Long-term antibiotic cost savings from a comprehensive intervention program in a medical department of a university-affiliated teaching hospital. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 2004;38(3): 348–356. doi:10.1086/380964.

Стать членом Секции инфекционных заболеваний ААР

Целью секции инфекционных заболеваний ААР (Section of infectious diseases, Soid) является улучшение ухода за новорожденными, детьми, подростками и молодыми людьми с инфекционными состояниями. Soid способствует миссии ААР путем предоставления качественных образовательных программ и для педиатра общей практики, и для узких специалистов. Soid предлагает своим членам участие в форуме для обучения, совместной работы, руководства и пропаганды. Членство в Soid доступно за \$25/год или менее и предоставляется международным врачам, которые принимают активное участие в некоторых аспектах исследования (или практики) инфекционных заболеваний у плода, новорожденных, детей и подростков, и заинтересованных в содействии в достижении целей Секции.

СОВМЕСТНЫЕ ЗАСЕДАНИЯ ЕРА И ЕВРОПЕЙСКОГО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА (EPNS) НА 7-м КОНГРЕССЕ EUROPAEDIATRICS: ДЕТСКАЯ НЕВРОЛОГИЯ ДЛЯ ПЕДИАТРА

Совет по Образованию и Комитет по подготовке кадров EPNS

Неврологические проблемы представляют значительную часть жалоб в педиатрической практике. Так, при опросе наблюдаемых в поликлиниках детей в 10–40% случаев у них были выявлены задержки или проблемы в развитии. Своевременная диагностика задержек развития может быть проведена только педиатрами, знакомыми с проблемой. Практичными, надежными и недорогими методами исследования уровня развития ребенка являются, например, стандартные скрининги. Несмотря на то, что особое внимание неврологическому состоянию ребенка должно уделяться в раннем детстве и дошкольном

периоде, роль педиатра в становлении неврологического развития не заканчивается и после достижения ребенком школьного возраста. Педиатр является практически семейным врачом: работая в тесном контакте с ребенком, родителями и другими медицинскими специалистами или работниками образовательных учреждений, врач констатирует уровень развития и социальной адаптации ребенка, а также определяет понимание вопроса родителями и учителями. На 7-м Конгрессе Europaediatrics во Флоренции были продемонстрированы методы работы и подчеркнуты периоды и условия, при которых роль педиатров становит-

ся решающей для коррекции неврологического состояния и общего развития ребенка.

Значительную группу представляют дети с риском неврологических проблем, большинство из которых — недоношенные младенцы, родившиеся в развитых странах. Такие пациенты пользуются преимуществом раннего вмешательства путем взаимодействия пары родитель–ребенок через стимуляцию и игры. Пристальное наблюдение позволяет педиатру выявлять двигательные или когнитивные задержки в развитии и направлять ребенка на лечение или получение специального образования на ранних стадиях болезни.

Прямая обязанность педиатра назначить лечение в случае выявления системных расстройств, часто сопровождающих и отягчающих неврологические заболевания, такие как недостаточное питание, дефицит железа, нарушение зрения, слуха или субклинические судороги, которые способствуют дисфункции органов и систем у ребенка. Более того, педиатр, который наблюдает пациента, быстрее обнаружит проблемы, связанные с побочными явлениями от приема лекарств.

Неврологические проблемы составляют значительную часть работы врачей больницы: около 1/4 случаев в приемном отделении детской интенсивной терапии и около 1/5 — в педиатрических клиниках. Кроме того, у пациентов с неврологией более высокие показатели смертности. Неонатальный и подростковый период — это два крайних

возрастных промежутка времени в детской популяции, когда сотрудничество узких специалистов очень важно. Как подробно рассмотрено на съезде, переход подростка с хроническими заболеваниями в медицинское учреждение для взрослых — самый уязвимый период для пациента именно из-за различий в работе детских и взрослых неврологов.

На совместных педиатрическо-неврологических сессиях, проведенных в ходе Конгресса, были рассмотрены общие неврологические симптомы детства (головная боль, аномалии походки и задержки в развитии). Продемонстрированы изображения и видео фактических обследований с нормальными и патологическими результатами, выявлены критерии, которые могут быть использованы в повседневной практике. Обсуждены трудности обследования маленьких детей и возможные решения данной проблемы на реальных примерах. При активном участии аудитории рассмотрены случаи творческого подхода в обследовании неконтактного ребенка, альтернативных способов обследования испуганного младенца или маленького ребенка, оценено значение непосредственного наблюдения во время неформальной беседы с матерью. Сессии по детской неврологии имели успех у участников Конгресса, были рекомендованы для включения в программу будущих европейских педиатрических съездов.

*д-р мед. наук Бану Анлар (Banu Anlar),
Университет Хаджеттепе, Анкара, Турция*

ПРИМЕНЕНИЕ ПАЛИВИЗУМАБА В ИЗРАИЛЕ

Новые рекомендации ААР, призывающей к более ограниченному и узкому использованию паливизумаба (Синагис) для профилактики респираторного синцитиального вируса (РСВ) в группах высокого риска, вызвали некоторое замешательство среди педиатров Израиля.

В последнее десятилетие некоторые профессиональные объединения в Израиле, в частности Ассоциация неонатологии и Ассоциация детской пульмонологии, выступали за постепенное расширение групп населения, имеющих право на дорогостоящую терапию с применением данного лекарственного средства. Еще 14 лет назад Синагис был рекомендован всего 200 детям, рожденным на сроке ≤ 28 нед, и лицам с хроническими заболеваниями легких. Однако финансирование профилактического лечения последовательно увеличивалось, и число охваченных младенцев, включая детей, рожденных на сроке ≤ 34 нед + 7 дней, достигло 2750.

Израильская педиатрическая ассоциация создала комитет экспертов, в состав которого вошли председатели соответствующих ассоциаций и обществ (неонатологии, детской пульмонологии, интенсивной терапии в педиатрии, здравоохранения, детских инфекционных болезней), а также представитель Министерства здравоохранения.

Комитет рассмотрел имеющиеся данные и пришел к следующим выводам:

- 1) доказана эффективность применения паливизумаба в снижении количества случаев госпитализации при РСВ в группах высокого риска;
- 2) не доказана эффективность применения паливизумаба в снижении уровня смертности при РСВ;

- 3) в то время как профилактика паливизумабом при РСВ снижает количество случаев госпитализации в отделение интенсивной терапии, не доказана его эффективность в снижении количества случаев механической вентиляции при РСВ;
- 4) стоимость профилактики одной РСВ-госпитализации различается в разных странах и может достигать крупных сумм ($\geq 250\,000$ \$ в большинстве моделей);
- 5) профилактика паливизумабом может снизить частоту обструкции у проходящих лечение новорожденных;
- 6) хотя паливизумаб может уменьшить число госпитализаций среди пациентов групп высокого риска, его применение не может существенно повлиять на течение РСВ, так как подавляющая часть таких госпитализаций влияет иначе на здоровых детей, которым не рекомендована подобная профилактика.

Рекомендации Комитета были следующими:

1. Продолжать профилактику текущей зимой (2014–2015) согласно тем же критериям.
2. Начать национальный сбор данных по воздействию инфекции РСВ в Израиле.
3. Провести весной анализ затрат и выгод с тем, чтобы определить, являются ли текущие критерии экономически эффективными. Анализ должен быть завершен до начала следующего сезона, чтобы более точно определить, какие группы населения имеют право на РСВ-профилактику.

*Проф. Эли Сомех (Eli Somekh),
Председатель Израильской
педиатрической ассоциации*

Список рекомендуемой литературы

- Updated guidance for palivizumab prophylaxis among infants and young children at increased risk of hospitalization for respiratory syncytial virus infection. *Pediatrics*. 2014;134(2):e620–38.
- Ralston SL, et al. Clinical practice guideline: the diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. *Pediatrics*. 2014;134(5):e1474–502.
- American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases and Committee of Fetus and Newborn. Prevention of respiratory syncytial virus infections: indications for the use of palivizumab and update on the use of RSV-IGIV. *Pediatrics*. 1998;102:1211–1216.
- The Impact-RSV Study Group: Palivizumab, a Humanized Respiratory Syncytial Virus Monoclonal Antibody, Reduces Hospitalization From Respiratory Syncytial Virus Infection in High-risk Infants. *Pediatrics*. 1998;102:531–7.
- Feltes TL, et al. Palivizumab Congenital Heart Disease Study: RSV Hospitalization Rates. *J Pediatr*. 2003;143(4):532–40.
- Committee on Infectious Diseases. From the American Academy of Pediatrics: Policy statements — Modified recommendations for use of palivizumab for prevention of respiratory syncytial virus infections. *Pediatrics*. 2009;124(6):1694–701.
- Hall CB, Weinberg GA, Blumkin AK, Edwards KM, Staat MA, Schultz AF, Poehling KA, Szilagyi PG, Griffin MR, Williams JV, Zhu Y, Grijalva CG, Prill MM, Iwane MK. Respiratory syncytial virus-associated hospitalizations among children less than 24 months of age. *Pediatrics*. 2013;132(2):e341–8.
- Byington CL, Wilkes J, Sheng X, Korgenski K. Respiratory syncytial virus associated mortality in hospitalized United States infants and children less than 2 years of age. Presented at the Pediatric Academic Societies Annual Meeting; May 4–7, 2013; Washington, DC. Abstract 2915.181.
- Blanken MO, Rovers MM, Molenaar JM, Winkler-Seinstra PL, Meijer A, Kimpen JL, Bont L. Dutch RSV Neonatal Network. Respiratory syncytial virus and recurrent wheeze in healthy preterm infants. *N Engl J Med*. 2013;368:1791–9.
- Yoshihara S, Kusuda S, Mochizuki H, Okada K, Nishima S, Sim es EA. C-CREW Investigators. Effect of palivizumab prophylaxis on subsequent recurrent wheezing in preterm infants. *Pediatrics*. 2013;132(5):811–8.
- Rietveld E, Steyerberg EW, Polder JJ, Veeze HJ, Vergouwe Y, Huysman MW, de Groot R, Moll HA. Passive immunisation against respiratory syncytial virus: a cost-effectiveness analysis. *Arch Dis Child*. 2010;95:493–8.
- H. Cody Meissner, David W. Kimberlin. RSV Immunoprophylaxis: Does the Benefit Justify the Cost? *Pediatrics*. 2013;132:915–8.
- Andabaka T, Nickerson JW, Rojas-Reyes MX, Rueda JD, Basic Vrca V, Barsic B. Monoclonal antibody for reducing the risk of respiratory syncytial virus infection in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;30(4):CD006602.
- Prais D, Danino D, Schonfeld T, Amir J. Impact of palivizumab on admission to the ICU for respiratory syncytial virus bronchiolitis: a national survey. *Chest*. 2005;128(4):2765–71.
- Kugelman A, Colin AA. Late Preterm Infants: Near Term But Still in a Critical Developmental Time Period. *Pediatrics*. 2013;132(4):741–51.
- Greenberg D, Dagan R, Shany E, Bar-Ziv J, Givon-Lavi N. Increased risk for respiratory syncytial virus-associated, community-acquired alveolar pneumonia in infants born at 31–36 weeks of gestation. *Pediatr Infect Dis J*. 2014;33:381–6.
- Adam D, et al. Prospective observational study of PICU hospitalizations due to RSV related bronchiolitis in 2008–2012. Presented at HIPAP conference, Tel Aviv, 2012.
- Joseph L, et al. Rates of hospitalization for RSV bronchiolitis for all degrees of prematurity in a single medical Center (Shaare-Zedek). Presented at HIPAK conference, Tel Aviv, 2014.
- Boyce TG, Mellen BG, Mitchel EF Jr, Wright PF, Griffin MR. Rates of hospitalization for respiratory syncytial virus infection among children in Medicaid. *J Pediatr*. 2000;137:865–70.

НОВЫЕ СВЕДЕНИЯ О ДОМАШНЕМ ЧТЕНИИ: ВЛИЯНИЕ ОКРУЖАЮЩЕЙ ОБСТАНОВКИ НА АКТИВАЦИЮ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ОТДЕЛОВ МОЗГА, ОТВЕЧАЮЩИХ ЗА ВРОЖДЕННУЮ (ПРИРОДНУЮ) ГРАМОТНОСТЬ

Джорджио Тамбурлини

Центр здоровья ребенка, Программа «Рожденный читать», Триест, Италия

Грамотность — это возможность использовать письменную информацию для расширения и обмена знаниями, чтобы оптимально функционировать в обществе. Приобретение грамотности предполагает сложное взаи-

модействие генетических, нейробиологических и экологических факторов, из которых только последний непосредственно изменяемый [1]. Природная грамотность определяется как навыки, знания и установки, обеспе-

чивающие чтение и письмо, развиваемые с младенчества, когда в основном родители являются первыми учителями ребенка. Познавательльно-конструктивная домашняя обстановка, особенно до поступления в школу, обеспечивает прочную основу для развития этого навыка. Совместное чтение родителя с ребенком заставляет обе стороны использовать большее количество слов, чем в повседневном разговоре. К сожалению, это нехарактерно для семей с низким социально-экономическим статусом [2, 3]. Совместное чтение считается «одним из важнейших видов деятельности для развития навыков, необходимых для конечного успеха в чтении» [4], объясняющее многообразие языка. Совместное чтение родителя с ребенком рекомендуется несколькими мировыми педиатрическими ассоциациями с младенчества с целью когнитивного развития.

Хотя совместное чтение было рассмотрено в поведенческих и интервенционных исследованиях как способ улучшения устной речи и использования печатной продукции, воздействия на мозг, поддающиеся количественной оценке, ранее не изучались. Хаттон и др. [5] обнаружили воздействие совместного чтения на активацию областей мозга, отвечающих за мысленные образы и восприятие повествования. Для проведения длительного исследования нормального развития мозга было отобрано 19 детей в возрасте от 3 до 5 лет. Исследование проводилось методом функциональной магнитно-резонансной томографии (в зависимости от уровня кислорода в крови). Детям предлагали задания на прослушивание соответствующей возрасту истории, где повествование чередуется со звуками. Наивысшее воздействие чтения (вычислялось с использованием утвержденной шкалы StimQ-P Reading Subscale Score, измеряющей частоту чтения и количество и разнообразие детских книг, доступных в домашних условиях с учетом дохода семьи) было четко связано ($p < 0,05$, скорректировано) с нейронной активацией в левосторонней теменно-височнотатылочной ассоциативной зоне коры головного мозга, отвечающей за обработку семантики языка. Следует подчеркнуть, что у этих детей (из них 7 из семей с низким доходом) в среднем более ста детских книг в домашней библиотеке.

Исследование впервые показало связь между окружающей обстановкой при внеклассном чтении и активацией специфических областей мозга, отвечающих за природную грамотность в младшей возрастной категории, и обеспечило нейробиологическое подтверждение преимуществ домашнего чтения. Результаты данного исследования оказали дополнительную поддержку таким программам, как «Выбери и читай» (Reach Out and Read) в США, «Первая книга» (Book start) в Великобритании и «Рожденный читать» (Natisper Leggere) в Италии, когда педиатр и другие специалисты по уходу за детьми рекомендуют родителям читать своим детям с первого года жизни. Эти программы направлены на максимизацию взаимодействия пары воспитатель-ребенок через диалогическое чтение, где ребенка подталкивают применять и использовать широкий спектр языка [6].

Список литературы

1. National Research Council and Institute of Medicine. From neurons to neighborhoods: the science of early childhood development. Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development. In Shonkoff JP, Phillips DA, editors. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
2. High PC, Klass P. Literacy promotion: an essential component of primary care pediatric practice. *Pediatrics*. 2014;134:404–9.
3. Karrass J, Braungart-Rieker JM. Effects of shared parent–infant book reading on early language acquisition. *J Appl Dev Psychol*. 2005;26:133–48.
4. Storch SA, Whitehurst GJ. The role of family and home in the literacy development of children from low-income backgrounds. *New Dir Child Adolesc Dev*. 2001; 92:53–72.
5. Hutton JS, Horowitz-Kraus T, Mendelsohn AL, De-Witt T, Holland SK, the C-MIND Authorship Consortium. Listening to Stories. Home Reading Environment and Brain Activation in Preschool Children. *Pediatrics*. 2015 Sep; 136(3):466–478. doi: 10.1542/peds.2015-0359.
6. Needlman R, Silverstein M. Pediatric interventions to support reading aloud: how good is the evidence? *J Dev Behav Pediatr*. 2004;25(5):352–363.

СОДЕЙСТВУЯ ЗДОРОВЬЮ ДЕТЕЙ, ПЕДИАТРЫ ДОБАВИЛИ ЧТЕНИЕ В СПИСОК ПУНКТОВ КОНТРОЛЬНОГО ПРОВЕРОЧНОГО ЛИСТА

Крупнейшая в стране ассоциация педиатров официально призывает родителей читать своим детям вслух ежедневно с младенчества. ААР отмечает, что чтение стимулирует раннее развитие мозга и помогает освоить ключевые языковые (грамотность) и социальные навыки.

Вы можете сомневаться в преимуществах чтения маленьким детям, ведь младенцы не поймут то, что вы делаете, или почему вы это делаете. Однако, вы же не будете ждать, пока ваш ребенок научится понимать речь, чтобы начать разговаривать с ним? Вы будете петь

колыбельные, несмотря на то, что ваш ребенок не может пока различать мелодии; будете предлагать ему игрушки, не дожидаясь пока он сможет взять погремушку самостоятельно.

Чтение вслух вашему ребенку — прекрасный вид совместной деятельности, который может объединять вас долгие годы.

Чтение вслух:

- учит ребенка навыкам коммуникации;
- вводит такие понятия, как числа, буквы, цвет и форма;

- в увлекательной игровой форме помогает выработать навыки восприятия на слух, улучшить память и увеличить лексический запас;
- дает ребенку представление об окружающем мире.

Удивительно, но к тому времени, когда ребенок достигнет одного года жизни, он будет знать все звуки, необходимые, чтобы говорить на родном языке. Чем больше историй вы прочитали вслух, тем большее количество слов будет воспринято, и тем лучше он сможет говорить.

Восприятие слов на слух помогает выстраивать многообразные цепочки слов в сознании ребенка. Дети, чьи родители часто говорят/читают им, к 2 годам жизни знают больше слов, чем те, кто лишен подобного общения. Дети, которым читали в раннем возрасте, с наибольшей вероятностью научатся читать в нужное время.

Когда вы читаете, ваш ребенок слышит много различных эмоций и выразительных звуков, что способствует социальному и эмоциональному развитию. Чтение также стимулирует вашего ребенка изучать, указывать, трогать, отвечать на вопросы, и это способствует социальному развитию и навыкам мышления. Ваш ребенок улучшает языковые навыки, имитируя звуки, распознавая картинки и изучая слова.

Но, пожалуй, самая важная причина читать вслух — это укрепление связи между тем, что ребенок любит больше всего — ваш голос, совместное времяпрепровождение, книги. Совместное чтение прививает привычку читать. И если младенцам и детям читают эмоционально, часто и с радостью, они начинают ассоциировать книги с ощущением счастья, — так вы закладываете любовь к книгам.

Восприятие на слух в разных возрастных периодах

Большинство младенцев не распознают, что изображено на картинках, но они могут фокусировать на них взгляд, особенно если картинки с лицами, яркими красками или контрастными узорами. Когда вы читаете или поете колыбельные, вы развлекаете и успокаиваете ребенка.

В возрасте 4–6 мес ребенок проявляет больше интереса к книгам: хватает и держит их, берет в рот, кидает. Выберите книги из бумаги на виниловой основе или тканевые книги с яркими цветами и повторяющимся или рифмующимся текстом.

В возрасте 6–12 мес ваш ребенок начинает понимать, что картинки показывают объекты, и, скорее всего, будет отдавать предпочтение определенным картинкам, страницам или даже целым историям. Ребенок начнет реагировать на ваше чтение, хватая книги и издавая звуки, а в один год начнет переворачивать страницы (с вашей помощью), гладить их, указывать на объекты на странице или повторять ваши звуки.

Когда и как читать

Самый большой плюс в чтении вслух в том, что вы не должны обладать специальными навыками, и вам не потребуются дополнительные предметы: только вы, ваш ребенок и книги. Почитайте вслух в течение нескольких минут за один раз, но делайте это часто. Не старайтесь прочитать всю историю/книгу за раз, обращайтесь внимание на страницы, которые нравятся вам и вашему ребенку.

Попробуйте выделить время, чтобы читать каждый день: например, перед обеденным сном и на ночь. В дополнение к удовольствию от взаимных объятий перед сном вы устанавливаете определенный режим. Это поможет успокоить ребенка и даст ему представление о том, когда наступает время сна.

Также хорошо выбрать время для чтения в течение дня, когда ваш ребенок сухой, сытый и бодрый. Книги также пригодятся во время ожидания, поэтому всегда имейте книгу под рукой (в детской сумке), чтобы заполнить время в очереди ко врачу или в продуктовом магазине.

Дополнительные советы

1. Объятия во время чтения помогают вашему ребенку чувствовать себя в безопасности, ощущать теплоту и связь с вами.
2. Читайте с выражением, изменяйте тембр голоса, где это уместно, или читайте разными голосами за разных героев.
3. Не следуйте тексту буквально. Делайте паузы, задавайте вопросы, вставляйте комментарии к картинкам или тексту («Где кошечка? Вот она! Какой милый черный котенок!»). Ваш ребенок не сможет ответить, но закладывается основа на будущее.
4. Пойте детские песенки, издавайте смешные звуки животных или подкидывайте ребенка на коленях: делайте все, чтобы чтение представлялось веселым занятием.
5. Дети учатся через повторение, поэтому не бойтесь читать одни и те же книги снова и снова. Делайте это с одинаковым выражением каждый раз, как если бы вы пели знакомую песню.
6. Когда ребенок становится старше, поощряйте его трогать настольные, тканевые или книги из бумаги на виниловой основе. Конечно, вы не хотите, чтобы ребенок жевал страницы, но пробуя их, ваш ребенок познает мир, и он поймет, что книги несъедобны!
7. Обращайте внимание, что читаете.
8. Книги для детей должны содержать простой, повторяющийся текст и четкие картинки. В течение первых нескольких месяцев жизни ваш ребенок просто любит слушать ваш голос, так что вы можете читать что угодно, особенно текст с подчеркнутым ритмом и рифмованный. Так как ребенок заинтересован в рассматривании предметов, выбирайте книги с картинками, а не с однотонным фоном.
9. Как только ребенок научится хватать, вы можете читать виниловые или тканевые красочные книги с рожицами и фигурами. Когда ваш ребенок начинает реагировать на содержание книг, добавьте настольные издания с фотографиями детей или знакомых предметов, например игрушек. Когда ваш ребенок начинает сидеть в ванне или есть руками, найдите простые истории о повседневных занятиях. Когда ваш ребенок начинает говорить, выбирайте книги, которые стимулируют детей повторять простые слова или фразы.
10. Книги с зеркальной поверхностью и различной текстурой (мнущиеся, мягкие, шершавые) так же отлично подходят для этой возрастной группы. Уместны и книжки-раскладушки, которые можно устанавливать или располагать под наклоном, или книги с откидными элементами, которые станут сюрпризом. Настольные книги легко перелистывать, а виниловые или тканевые книги можно брать с собой везде, даже в ванну. Дети любого возраста любят рассматривать фотографии людей, которых они знают и любят. И у каждого ребенка должны быть книги с детскими стишками и песенками!
11. Наилучший способ определить, что ваш малыш достаточно подрос, чтобы читать, — разложить книги по дому. Когда ребенок самостоятельно сможет доползти до корзины игрушек и выбрать одну из них, убедитесь, что внутри будут и книги.

12. В дополнение к книгам, которые есть дома, вы можете брать книги из библиотеки. Не забудьте выбрать книгу и для себя. Читая с удовольствием, вы подаете лучший пример для подражания.

В течение первых недель жизни ребенка кажется, что он только ест, спит, плачет и пачкает пеленки. Но на самом деле все чувства функционируют, пока ваш ребенок впитывает образы, звуки и запахи этого нового мира. Трудно понять, что чувствует новорожденный, но если вы обратите внимание на реакцию ребенка на свет, шум и прикосновения, вы сможете отследить проявление чувств.

Участие других органов чувств Зрение

Новорожденный лучше всего видит на расстоянии 20–30 см от себя и может сфокусировать зрение, только глядя из рук мамы или папы. Он может видеть и дальше, но ему труднее сосредоточиться на удаленных объектах. Новорожденные очень чувствительны к яркому свету и предпочитают открывать глаза при неярком освещении.

Не считая лиц окружающих, яркие цвета, контрастные узоры и движущиеся предметы наиболее интересны ребенку. Черно-белые картинки или игрушки будут привлекать и удерживать интерес вашего ребенка гораздо дольше, чем разноцветные объекты или рисунки. Даже простой карандашный рисунок двух глаз, носа и рта может привлечь внимание младенца, если находится в пределах видимости.

Ваш ребенок, когда спокоен и бодр, должен быть в состоянии следить за медленным движением вашего лица или интересующего его объекта.

Хотя зрение вашего ребенка функционирует, оно еще не окрепло, и ему сложно фокусироваться на удаленных предметах. Может показаться, что его глаза косят или «разбегаются»: это нормально, глазные мышцы укрепятся в течение нескольких месяцев.

Меняйте окружение. Внедряйте новые объекты, чтобы обеспечить интерес, но не переусердствуйте. И не забывайте перемещать ребенка в течение дня, чтобы обеспечить необходимую смену обстановки.

Слух

Большинство новорожденных проходят проверку слуха до выписки из больницы (в большинстве стран это обязательно). Если ваш ребенок не проходил проверку, родился дома или в перинатальном центре, важно пройти проверку слуха в течение первого месяца жизни. Проверка слуха позволяет поставить диагноз большинству глухих с рождения детей.

Генетическая предрасположенность, инфекции, травмы и повышенный уровень шума могут привести к проблемам слуха, поэтому важно проверять слух детей регулярно. Даже если ваш ребенок прошел проверку слуха при рождении, поговорите с врачом, если у вас возникли вопросы или какие-либо подозрения по этому поводу.

Новорожденный слышит звуки еще в утробе матери: ее сердцебиение, звуки пищеварительной системы, и даже внешние голоса членов семьи являются частью мира младенца еще до рождения.

После рождения звуки внешнего мира кажутся громкими и резкими. Ваш ребенок может испугаться неожиданного лая собаки и успокоиться, слушая легкое жужжание сушилки одежды или гул пылесоса.

Попробуйте обратить внимание на то, как новорожденный реагирует на ваш голос. Человеческие голоса,

особенно мамы и папы, являются любимой «музыкой» для ребенка. Для него они ассоциируются с едой, теплом и прикосновениями. Если ваш ребенок плачет в кроватке, посмотрите, как быстро ваш приближающийся голос успокаивает его. Обратите внимание, насколько внимательно ребенок слушает, когда вы говорите с нежными интонациями.

Ваш ребенок еще не координирует слух и зрение, но, даже смотря «в никуда», он, вероятно, обращает особое внимание на ваш голос.

Вкус и обоняние

Вкус и обоняние — два наиболее тесно связанных чувства. Исследования показывают, что новорожденные предпочитают сладкие вкусы. Ребенок выберет бутылочку с подслащенной водой и отвернется или будет плакать, если попробует что-то горькое или кислое. Точно так же новорожденные реагируют на запахи: они отвернутся от неприятных запахов.

Хотя сладкое предпочтительнее, вкусовые пристрастия будут формироваться в течение первого года жизни. В этот период грудное молоко или смесь удовлетворяют потребности вашего малыша полностью!

Осязание

Как и для большинства людей, прикосновения чрезвычайно важны для новорожденного. Через прикосновение младенцы познают окружающий мир. Сначала ваш ребенок стремится к комфорту. После тепла и обволакивающей жидкости младенцы впервые сталкиваются с ощущением холода, твердости или жесткости швов изнанки одежды.

Дети ждут от родителей утешительных объятий и любящих ласк, мягких прикосновений шелковистого одеяла. Каждое прикосновение знакомит ребенка с жизнью: подарите ему много нежных поцелуев, и ваш ребенок поверит, что мир — это прекрасное место!

Стоит ли беспокоиться?

Если вы хотите удостовериться, что у вашего ребенка хорошо развиты чувства, вы можете провести самостоятельно несколько простых тестов.

1. Когда ваш ребенок спокоен и бодр, и нет других отвлекающих факторов, концентрируется ли он на вашем лице или любимой игрушке? Следит ли за их движением? Если вам кажется, что глаза ребенка сильно косят, обязательно сообщите об этом врачу. В некоторых случаях может потребоваться медицинская коррекция. Также сообщите врачу, если кажется, что глаза вашего ребенка затуманены или покрыты пленкой, или если они «бегают» при попытке сосредоточиться.
2. Большинство новорожденных пугаются неожиданных громких звуков. Есть и другие способы проверить слух.
 - Успокаивается ли ребенок, когда слышит ваш голос?
 - Прислушивается к звуку погремушки?
 - Реагирует на колыбельные или другую музыку?
 - Звуки вне поля видимости привлекают внимание вашего ребенка?

Если у вас есть какие-то сомнения в способности малыша видеть или слышать, поговорите с врачом. При необходимости можно протестировать с использованием сложного оборудования даже новорожденного. Чем раньше потенциальная проблема будет обнаружена, тем проще с ней справиться.

Под ред. Мэри Л. Гэвин, MD. Сентябрь 2011

НАЧАЛО ДИСКУССИИ О РОЛИ ДЕТЕЙ В ФИЛОСОФИИ

Введение

Любознательство, воображение, фантазия и бесконечный поток вопросов — ребенок в возрасте до 8–10 лет кажется естествоиспытателем. Затем изначальный дух познания всего загадочного постепенно начинает исчезать. Что происходит с детьми? Инновационные идеи, мечты и бесконечные спекуляции: подростки и молодые люди начинают создавать и планировать свой собственный новый мир. Неужели они достигли уровня опытных философов?

Рациональные решения, прагматизм, разочарования, нехватка времени на размышления и конкуренция, кажется, правят жизнью взрослых. Неужели взрослый мир исключает философию, и, что более важно, может ли взрослый понять ребенка как философа?

Практика философии и клиническая философия

Гарет Мэтьюс поднимает эти вопросы в книге «Философия и маленький ребенок». Пытаясь понять философию, широту и глубину любознательного детского разума, он исследует, как думают дети, и как взрослые думают о них: «Взрослые отбивают у детей желание задавать философские вопросы сначала своим покровительственным отношением, привлекая затем их пытливые умы к решению более «полезных» задач. Большинство взрослых сами не интересуются философскими проблемами. Многие вопросы могут их пугать или настораживать. Более того, большинству взрослых не приходит в голову, что есть вопросы, которые может задать ребенок, но на которые нет окончательного ответа, и его нельзя найти в стандартном словаре или энциклопедии».

У Мэтьюса угнетение философского мышления детей и подростков вызывает сожаление, поскольку снижается потенциал критического и творческого мышления. Это само по себе уже достаточно плохо, но в ходе вышеупомянутого угнетения теряется еще одно важное знание, каким является философия для каждой отдельной личности. Обучение практической способности рационально реагировать на значительные изменения в жизни и применение терапевтического потенциала философии будет забыто. Главной задачей философии, по Сократу, является воспитание «отдельной личности, чтобы развить способность реагировать на окружающий мир»; кроме этого, в соответствии с сократовским и платоновским самосознанием, забота о душе является частью главной цели. Таким образом, цель философии — здоровье души.

К сожалению, в процессе становления философии как академической науки ее терапевтический аспект потерял свою значимость. Рост интереса к философским методам за пределами учебных аудиторий начался с 1980-х годов. В философской практике, особенно в философском консультировании, в беседе между практикующим специалистом и его клиентом акцент ставится не только на первичном философском вопросе: «Как жить хорошо?». Несомненно, главной задачей остается решение вопроса «Как жить хорошо даже в трудных условиях?». Болезнь рассматривается философской практикой как основной жизненный опыт, и в то же время как самый отрицательный. В клинической философии был, наконец, достигнут синтез философии и медицины. Клинический философ Мартин Полтрум (Martin Poltrum) выступает за привлечение философов к работе в клиниках:

— Что будет делать философ? С одной стороны, он выступит в роли контактного лица для пациентов, имеющих

метафизическую необходимость, вызванную болезнью, печалью, смертью и другими пограничными состояниями; обсудит вопросы, которые традиционно рассматриваются в философии; с другой — станет консультантом медицинского персонала в медицинских, психотерапевтических и этических вопросах. Дополнительной задачей клинического философа станет организация и проведение лекций об искусстве жить в медицинских учреждениях [...], потому что именно в больницах возникает повышенный интерес к познанию жизни, вызванный состоянием болезни.

Такой подход заслуживает аплодисментов. Тем не менее он не подразумевает наличия такого специалиста, как клинический философ, для больных детей и подростков. Работа такого специалиста будет сильно отличаться от вышеописанной. Среди прочего, клинический философ для детей должен консультировать не только медицинский персонал и пациентов, но и родителей. Учитывая тот факт, что детей можно рассматривать как натурфилософов, клинический философ в педиатрическом отделении больницы будет весьма рациональной инновацией. Он будет поощрять развитие «внутреннего философа» детей и аккуратно ориентировать их на осознание своего места в мире, особенно в условиях болезни.

Ребенок как философ

В основном все дети склонны искать свое место в мире. Следует признать, что эта задача, по существу, никогда не завершится, потому что люди — постоянно развивающиеся индивидуумы, и окружающий мир характеризуется регулярной трансформацией. Следовательно, не только дети, но и взрослые должны искать свое место в мире. Бесспорно, взрослые, по сравнению с детьми, обладают большим опытом в решении данного вопроса. Именно поэтому они должны помочь детям с самоосознанием своего «я» в мире. Как правило, дети доверяют взрослым в этом вопросе. Точнее, они считают, что взрослые хотят и могут помочь им. Предательство наивного инстинктивного доверия приводит к катастрофе.

Философия — это направление мышления, и в то же время — это способ найти свое место в мире через размышление. С этой точки зрения, применение философии является важным компонентом в процессе выживания. Однако, применение философии — это фундаментальная человеческая потребность, что доказывает наблюдение за познанием детьми окружающего мира. В определенной степени каждый человек — философ. Люди как биосоциальные существа, обладающие навыками речи, в большинстве своем также наделены способностью к философскому мышлению. Однако, эта способность не переводит каждого человека в статус философа автоматически. В настоящее время философия является четкой наукой, которая расставляет акценты на методологических и логических аспектах. Философию можно практиковать или обучаться ей. Если взрослые станут практиковать философское мышление с детьми, в идеале обе стороны извлекут пользу, потому что дети размышляют не так, как взрослые. Взрослые обладают большим опытом в мышлении, поэтому могут направлять детей в этом процессе.

В свою очередь, мышление детей более невинное. Детское мышление отличается свежим, наивным, по Ницше, взглядом на поставленные вопросы, который утрачен взрослым мышлением с течением времени. Эта наивность иногда

может приобретать разоблачающий характер. Детское мышление не будет слепо принимать на веру прописные истины. Взрослые склонны комфортно ограничивать свое сознание рядом заранее установленных истин, дети же не смогут так быстро принять объяснения, отвечающие здравому смыслу. Особенно они будут отрицать объяснения, которые противоречат их жизненному опыту. Дети будут наивно цепляться за свои представления и опыт независимо от родительской уверенности в том, что «на самом деле» все обстоит иначе. Упорно задавая вопросы, ребенок способен помочь взрослому философу докопаться до сути вещей, не давая возможности придумать немедленный ответ, что предотвратило бы глубокое изучение вопроса. Практикуя философское мышление с детьми, вы должны спрашивать, что дети видели, и прислушиваться, какие ответы они дадут на серьезные вопросы. Взрослые не должны относиться к детям покровительственно. Крайне важно в обучении детей, чтобы они брали на себя ответственность в соответствии со своим уровнем разви-

тия — это важно и для их мышления. Покровительственное отношение, даже если оно основано на заботе, убивает философа в ребенке, лишая воображения.

Философское обучение детей подчеркивает понятие ответственности. Оно предлагает двоякую манеру мышления: с одной стороны, практическое мышление, «способность использовать собственный интеллект», как назвал это Кант; а с другой — мышление через раскрытие присущей каждому искренности. В принципе любое утверждение может быть поставлено под сомнение и рассмотрено с разных точек зрения. Любопытство в этом контексте — не столько выражение наивности, сколько предпосылка нового развивающегося способа мышления, который не только выстраивает логические цепочки, но и находит творческий подход к решению проблемы.

*Е. Брок, М. Томас, Й. Эрих, Ю. Манеманн
(Eike Brock, Michael Thomas, Jochen Ehrich, Juergen Manemann)*

ЕЖЕГОДНАЯ ВСТРЕЧА ISSOP: ЦЕЛИ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ

В сентябре на ежегодной встрече Международного общества социальной педиатрии и детского здоровья (International Society for Social Pediatrics and Child Health, ISSOP) рассматривались Цели устойчивого развития.

Разработанные ООН в ответ на Цели развития тысячелетия (ЦУР) Цели устойчивого развития — более всеобъемлющие, но и весьма громоздкие: иными словами, многословные и не подлежащие краткому изложению.

Цели устойчивого развития (1/2016–12/2030)

- Цель 1.** Ликвидировать бедность во всех ее проявлениях.
- Цель 2.** Ликвидировать голод, достигнуть продовольственной безопасности, улучшить питание, развивать устойчивую систему сельского хозяйства.
- Цель 3.** Обеспечить здоровый образ жизни и содействовать благополучию жизни всех людей всех возрастов.
- Цель 4.** Обеспечить всеобъемлющее образование на равных условиях, возможность обучения в течение всей жизни для всех.
- Цель 5.** Достигнуть гендерного равенства и расширить круг прав и возможностей всех женщин и девочек.
- Цель 6.** Обеспечить наличие и устойчивое управление водными ресурсами, улучшить санитарные условия для всех.
- Цель 7.** Обеспечить доступ к надежным, устойчивым и современным источникам энергоресурсов для всех.
- Цель 8.** Содействовать поступательному, инклюзивному и устойчивому экономическому росту, обеспечить полную и производительную занятость и достойную работу для всех.
- Цель 9.** Обеспечить устойчивую инфраструктуру, содействовать всесторонней, устойчивой индустриализации и стимулировать инновации.
- Цель 10.** Сократить неравенство внутри стран и между ними.
- Цель 11.** Сделать города и населенные пункты приемлемыми для жизни всех категорий граждан, безопасными и экологически безопасными, рассчитанными на длительную перспективу проживания.
- Цель 12.** Обеспечить устойчивое потребление и производство.

Цель 13. Принять срочные меры по борьбе с изменением климата и его последствиями.

Цель 14. Сохранить и рационально использовать водные ресурсы для устойчивого развития.

Цель 15. Защищать, восстанавливать и содействовать устойчивому использованию наземных экосистем, устойчивому управлению лесными ресурсами, борьбе с опустыниванием и утратой биоразнообразия; остановить и обратить вспять процесс деградации земель.

Цель 16. Содействовать устойчивому развитию мирных и открытых обществ, обеспечить доступ всего населения к правосудию и создать эффективные, подотчетные институты на всех уровнях.

Цель 17. Усилить Глобальное партнерство в целях устойчивого развития и укрепить способы его внедрения.

Существуют 3 причины для внесения изменений:

- 1) предполагалось, что ЦРТ будут осуществлены к 2015 г.;
- 2) многие цели не были достигнуты, следовательно, нуждаются в пересмотре;
- 3) в предыдущей редакции был допущен ряд неточностей, поэтому новые цели охватывают более широкий спектр определяющих факторов.

Цели должны отвечать социальным, экономическим и экологическим приоритетам.

Предполагается также, что будет достигнута интеграция различных целей (<https://sustainabledevelopment.un.org/topics>).

Несмотря на то, что новые цели обладают несомненным преимуществом, существует также целый ряд критических несоответствий, которые рассмотрены ниже.

Здоровье детей в ЦУР

В отличие от ЦРТ в ЦУР нет одной цели, касающейся охраны здоровья ребенка. ЦРТ № 4 была предельно ясна: снизить смертность детей младше пяти лет на 2/3 к 2015 г. И, несмотря на большое снижение данного уровня смертности в мире в целом (с 12,7 млн в 1990 г. до 6,3 млн в 2013), во многих странах с низким уровнем доходов (в частности, в Африке) поставленная цель далека от выполне-

ния. Реализация цели была ограничена и не затрагивала вопросы питания, роста или развития.

Рассмотрим подробнее все 17 целей устойчивого развития.

Первые три ЦУР наиболее исчерпывающие. Из них третья подразумевает девять пунктов, из которых для детей наиболее актуальны следующие:

3.1. К 2030 г. сократить общемировой показатель материнской смертности до менее 70 случаев на 100 000 новорожденных.

3.2. К 2030 г. ликвидировать предотвратимую смертность новорожденных и детей в возрасте до 5 лет: все страны должны снизить младенческую смертность по крайней мере до уровня 12 случаев на 1000 живорождений и смертность детей до 5 лет — по меньшей мере до уровня 25 случаев на 1000 живорождений.

3.6. К 2020 г. во всем мире сократить вдвое число смертей и травм в результате дорожно-транспортных происшествий.

3.7. К 2030 г. обеспечить всеобщий доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе к услугам в сфере планирования семьи, получения информации и просвещения, и внесение вопросов охраны репродуктивного здоровья в национальные стратегии и программы.

3.8. Обеспечить повсеместное предоставление услуг здравоохранения, защиту от финансовых рисков, доступ к качественным медико-санитарным услугам первой необходимости и к безопасным, эффективным лекарственным средствам и вакцинам первой необходимости, отвечающим международным требованиям.

Другие цели также содержат пункты, касающиеся детского здоровья, например:

16.2. Покончить с надругательством, эксплуатацией, торговлей, насилием и пытками во всех формах в отношении детей.

Тема насилия в отношении девочек затронута в цели 5:

5.2. Искоренить все формы насилия в отношении всех женщин и девочек в общественной и частной сферах, включая торговлю людьми, также сексуальную или иные формы эксплуатации.

Эти цели являются сложными, и мы в ISSOP планируем поднять вопрос о насилии, так широко распространенного в отношении детей.

Противоречия в ЦУР

Существуют, однако, определенные несоответствия и противоречия в ЦУР.

Цель 10 заключается в сокращении неравенства внутри стран и между ними. Эти неравенства отрицательно влияют на здоровье детей. Тем не менее многие комментаторы видят причину роста неравенства в неолиберальной экономической политике западных правительств и лоббировании крупного бизнеса для продвижения такой политики. (Подробнее по ссылке: <http://wer.worlddeconomicsassociation.org/files/WEA-WER-4-Woodward.pdf>)

Предложенная ссылка на статью «Рост абсурда» (Incrementum ad Absurdum) видного экономиста ставит под сомнение способы борьбы ЦУР с бедностью. Вудворд в этой вдумчивой работе отмечает, что если сокращение распространения нищеты будет опираться только на экономический рост, то потребуется 100 лет, чтобы достичь черты бедности в \$1,25 в день. Только серьезная борьба с неравенством, заключающаяся в применении мер по сдерживанию роста богатства, поможет действительно снизить уровень нищеты.

Второе противоречие связано с изменением климата (цель 13). Но это несовместимо с целью содействовать экономическому росту (цель 8), так как экономический рост (если четко не прописано, что данный рост требует меньшего расхода ресурсов) вызовет неизбежное увеличение выбросов CO₂.

Итак, давайте работать с целями, которые четко выражены и необходимы, и поставим под сомнение предположения, лежащие в основе целей, касающихся социальных детерминант и роста.

*Тони Ватерстоун (Tony Waterston),
Международное общество социальной педиатрии
и детского здоровья*

МИКРОФЛОРА КИШЕЧНИКА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ЭЛЕКТРОННАЯ КНИГА

Организация «Микрофлора кишечника в здравоохранении» (МКЗ) — это часть Европейского общества нейрорастроэнтерологии и моторики (European Society for Neurogastroenterology and Motility, ESNM), продвигающая научную дискуссию по темам, связанным с микрофлорой кишечника. МКЗ, помимо управления программой обмена экспертов, сформировала Объединенный научный комитет вместе с Американской гастроэнтерологической ассоциацией (American Gastroenterological Association, AGA), ESNM, ESPGHAN, Европейской организацией по изучению болезни Крона и язвенного колита (European Crohn's and Colitis Organisation, ECCO) и Европейской ассоциацией по изучению болезней печени (European Association for the Study of the Liver, EASL) с целью проведения 4-го Всемирного саммита 14–15 марта этого года в Барселоне.

Международные докладчики и делегаты всех областей исследования микрофлоры кишечника (врачи, диетологи, нутрициологи, фармацевты и биологи) приняли участие

в саммите, где был представлен широкий спектр исследований, охватывающих среди прочих такие темы, как ожирение, кормление грудью, заболевания кишечника и рак печени. Многие темы вызвали большой интерес присутствующих педиатров, поэтому мы выбрали наиболее яркие моменты саммита, которые имеют отношение к здоровью ребенка. Проф. Массимо Петтоэлло-Мантовани, генеральный секретарь ЕРА, принявший участие в саммите, заявил: «Потенциальное воздействие микрофлоры кишечника в рамках педиатрии не достаточно изучено педиатрами общей практики в связи с недостаточным взаимодействием научных областей».

Мы очень надеемся, что вы также заинтересуетесь этим вопросом.

Перейдя по ссылке www.paediatricgutmicrobiota.com, можно ознакомиться с ключевыми выводами, касающимися педиатрии, к которым мы пришли на саммите этого года.

ИЗ МЕЖДУНАРОДНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

РОЛЬ ПРОБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ АНТИБИОТИКАССОЦИИРОВАННОЙ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ

Использование и эффективность пробиотиков в лечении детей было темой длительных важных дебатов в течение последних лет, которая продолжает интересовать педиатров. В частности, несколько статей обсуждали роль пробиотиков в профилактике антибиотикассоциированной диареи у детей, выясняя их достоинства и недостатки. Статья, опубликованная рабочей группой ESPGHAN, по использованию пребиотиков [1], предлагает рекомендации, разработанные рабочей группой Европейского общества, для использования пробиотиков в профилактике антибиотикассоциированной диареи (ААД) у детей. Рекомендации основаны на систематическом обзоре ранее завершенных научных исследований, а также рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), опубликованных по результатам этих обзоров. Рекомендации формулировались только при наличии как минимум двух РКИ, которые использовали указанный пробиотик (с указанием штамма). Качество доказательств (Quality of Experience) оценивали с помощью классификации оценки, разработки и анализа рекомендаций (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, GRADE). Применение пробиотиков для профилактики ААД рассматривалось, в частности, в рамках таких факторов риска, как используемый класс антибиотика(ов), продолжительность лечения, возраст, необходимость госпитализации, сопутствующие заболевания или предыдущие эпизоды ААД [2].

В следующем недавнем отчете рабочей группы гастроэнтерологов и диетологов из больницы Грейт Ормонд Стрит (Великобритания), клиники Гайс энд Сент-Томас Государственной службы здравоохранения (Великобритания), Университета Сент Жоан де Реус (Испания) и Ноттингемского университета (Великобритания) обсуждаются роль устойчивости к антибиотикам, а также предпосылки и распространенность ААД. Рабочая группа подчеркивает, что последующий рост интереса к методам терапии, которые могут повлиять на изменения микрофлоры кишечника, и подход, принятый многими медицинскими работниками при ведении ААД, связан с использованием пробиотиков. В докладе рассматриваются представленные в нескольких исследованиях доказательства того, что использование определенных пробиотиков эффективно снижает распространенность ААД у детей, а соответственно, расходы на здравоохранение, и способствует усвоению антибактериальных препаратов [3].

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ, РЕКОМЕНДУЕМЫЙ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ (ПУЧКОВАЯ ЭНТЕРОПАТИЯ)

Клиническое состояние, характеризующееся диареей

Врожденная кишечная эпителиальная дисплазия (ВИЭД) — редкое наследственное аутосомно-рецессивное заболевание, проявляется тяжелой формой диареи в младенчестве, которая клинически характеризуется отсутствием воспаления и наличием кишечной атрофии ворсинок. Важность генетического анализа в диагностике генетических заболеваний неоспорима.

Тем не менее в больницах не всегда существует возможность провести генетический анализ, охватывающий весь широкий спектр врожденных заболеваний. Поскольку гистологический анализ до сих пор не играет решающей роли в прогнозировании исхода больных ВИЭД, выявление новых мутаций способствует генотип-фенотип корреляции и предоставляет дополнительную информацию в оценке клинического исхода больных. В недавней статье D'Apolito и соавт. [4] подчеркивается необходимость генетического анализа в диагностировании ВИЭД. Исследование подчеркивает важную роль выполнения молекулярного скрининга генов *ErCAM* и *SPINT2* в диагностике различных врожденных диспептических заболеваний. Идентификация новой мутации *ErCAM*, увеличивающая мутационный спектр аллельных вариантов, связанных с этим геном, способствует лучшему пониманию патогенеза заболеваний.

Список литературы

1. Use of Probiotics for Management of Acute Gastroenteritis: A Position Paper by the ESPGHAN Working Group for Probiotics and Prebiotics. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2014;58(4):531–539. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26756877>
2. Szajewska H, Canani RB, Guarino A, Hojsak I, Indrio F, Kolacek S, Orel R, Shamir R, Vandenplas Y, van Goudoever JB, Weizman Z. Probiotics for the Prevention of Antibiotic-Associated Diarrhea in Children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. Dec 2015. Epub ahead of print (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26756877>)
3. Castillejo De Villasante G, Koglmair J, Lindley K, Hallowes S and Avery A. Antibiotic Associated Diarrhoea and the use of probiotics in children. REPORT, 2015. (<http://paediatricgutmicrobiota.com/aadeng/>)
4. D'Apolito et al. Genetic analysis of Italian patients with congenital tufting enteropathy. *World J Pediatr*. 2015 Dec 18. Epub ahead of print. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26684320>

Сотрудничество в области генетического анализа, предлагаемое Сообществу педиатрии

Первый автор, доктор Мария д'Аполито, заведующая детской научно-исследовательской лабораторией UNIFG, заявляет, что Институт педиатрии Университета Фоджа (Италия) предлагает научное сопровождение на безвозмездной основе, которое заключается в проведении молекулярного скрининга обоих генов *ErCAM* и *SPINT2* для тех центров, кто нуждается в проведении генетического анализа для окончательного диагностирования детей с подозрением на врожденную кишечную эпителиальную дисплазию или другие генетические заболевания.

ЕРА/UNEPSA благодарит доктора д'Аполито за ее щедрое и бескорыстное предложение.

С доктором д'Аполито можно связаться напрямую, используя следующую информацию:

Dr. Maria D'Apolito. Institute of Pediatrics University of Foggia, Italy
Centro di Ricerche Biomediche «E. Altomare»
Via Napoli, 20/71122 Foggia, Italy
E-mail: maria.dapolito@unifg.it
Tel.: 0039.0881.588091

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО В ПЕДИАТРИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Исследование: Концепция и применение пробиотиков

EPA/UNEPSA получило запрос на научное сотрудничество из Великобритании от д-ра Зельды Уилсон, которая получает степень магистра в перспективной диетологии в Ноттингемском университете. В своем последнем исследовании она изучает влияние пробиотиков на здоровье людей и их роль при различных клинических состояниях. Доктор Уилсон хочет выяснить, как медицинские работники относятся к пробиотикам и как их применяют. Поэтому она разработала краткий тест, который поможет получить информацию по данной теме.

EPA/UNEPSA рада предложить этот опрос вниманию читателей Бюллетеня. Участие займет 15 мин вашего времени. Завершение анкеты предполагает согласие на использование анонимных цитат, которые будут представлены в таких научно-исследовательских работах, как, например, отчеты.

Ссылка на опрос: <http://www.dansurveys.com//index.php?sid=15447&lang=en>

Чтобы подчеркнуть важность надлежащей медицинской помощи детям, а также поощрить заполнение анкет, после истечения срока случайным образом будет выбран один победитель для получения образовательного гранта в размере до 500 £, который EPA/UNEPSA предлагает для посещения научного/образовательного мероприятия по вашему выбору. Ваши личные данные не будут использоваться для иных целей, кроме как уведомления о получении выделенной стипендии.

Заранее благодарим за участие. Если у вас появились какие-либо вопросы, или вы хотели бы узнать больше об исследованиях, обратитесь в редакционный комитет Бюллетеня EPA/UNEPSA (info@era-unepsa.org).

EPA/UNEPSA проинформировано, что опрос одобрен Британской диетической ассоциацией и Европейским обществом неотложной гастроэнтерологии, этическое

подтверждение было получено из Школы комитета по биоэтике исследований (CO REC).

Исследование: Международный проект BRIDGE

EPA/UNEPSA получило запрос на научное сотрудничество от доктора Энтони Стейнс из Департамента здравоохранения Ирландии с целью завершения исследования состояния здоровья населения для проекта BRIDGE при поддержке ЕС.

EPA/UNEPSA рады внести свой вклад в исследование, проведенное в рамках международного проекта BRIDGE, и просит читателей Бюллетеня EPA/UNEPSA заполнить анкеты по ссылке: <https://www.surveymonkey.com/r/BridgeHealth-WP7>

Аббревиатура проекта BRIDGE расшифровывается как Подтверждение информации и генерация данных для научно обоснованной политики в области здравоохранения и научных исследований (**BR**idging **I**nformation and **D**ata **G**eneration for **E**vidence-based Health Policy and Research). Проект BRIDGE стремится создать основу для перехода к устойчивой и интегрированной информационной системе здравоохранения ЕС для усовершенствования общественного здравоохранения и роста научных исследований. Проект был запущен в мае 2015 г. на срок 30 мес. В проекте участвует 31 партнер из 16 стран. Проект объединил в себе преимущества других проектов ЕС в сфере мониторинга населения и системы здравоохранения, разработки подтверждений, обследований состояния здоровья, окружающей среды и здоровья, регистрации травм и заболеваний населения, клинических и административных систем сбора данных о состоянии здоровья и методов мониторинга и оценки систем здравоохранения. Проект BRIDGE поддерживается действием Программы общественного здравоохранения ЕС, реализуемой Исполнительным агентством по здравоохранению и защите потребителей Европейской комиссии (<http://www.bridge-health.eu/#sthash.NowalhZO.dpuf>).

КОММЕНТАРИЙ: КОНЦЕПЦИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ

Фугэн Чулу Кокуграс

Проф., доктор, член Совет EPA/UNEPSA, Постоянный состав Комиссии IPA

Пробиотические бактерии определены как непатогенные живые микроорганизмы, которые при потреблении в достаточном количестве приносят пользу здоровью организма хозяина. Эти непатогенные виды бактерий находятся в желудочно-кишечном тракте обычных здоровых людей; их положительный эффект возникает в результате конкуренции с другими микроорганизмами. Они повышают производство противовоспалительных цитокинов, снижают уровень провоспалительных цитокинов, уменьшают проницаемость кишечника. Так как кишечная микрофлора играет важную роль в здоровье человека, дисбаланс между патогенными и непатогенными бактериями вызывает аллергические заболевания и заболе-

вания желудочно-кишечного тракта, а также отражается на исходе некоторых заболеваний, например инфекционных или онкологических.

В лечении некоторых заболеваний, таких как ААД, применение пробиотика обосновано, в ряде других терапевтических вмешательств — рекомендовано, но его эффективность не доказана.

Опрос, предложенный доктором Уилсон в разделе международного научного сотрудничества настоящего Бюллетеня, поможет обосновать концепцию пробиотиков и их применение, а EPA/UNEPSA рады предложить читателям пройти 15-минутный опрос, чтобы помочь в завершении исследования.