

Терапия первичного ночного энуреза у детей с позиции доказательной медицины (данные литературы)

В.М.Студеникин

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

В обзоре представлены современные данные зарубежных и отечественных авторов о подходах к терапии первичного ночного энуреза у детей с позиций доказательной медицины. Приводятся данные, полученные зарубежными авторами в ходе составления систематического обзора по указанной проблеме по следующим категориям эффективности терапии: 1) эффективность доказана, 2) эффективность предполагается, 3) преимущества и недостатки сопоставимы, 4) эффективность не установлена. Констатируется ведущая роль терапии первичного энуреза десмопрессинном в условиях РФ. Обсуждаются некоторые другие альтернативные лечебные стратегии.

Ключевые слова: дети, энурез, первичный ночной энурез, ночное недержание мочи, десмопрессин, доказательная медицина

Therapy of primary nocturnal enuresis in children from the positions of demonstrative medicine (data of literature)

V.M.Studenikin

Scientific Center of Children's Health, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

The review presents current approaches of foreign and Russian authors to therapy of primary nocturnal enuresis in children from the positions of demonstrative medicine. Data of foreign authors presented in a systematic review of this problem fall into the following categories of therapeutic efficacy: 1) efficacy is proven, 2) efficacy is supposed, 3) advantages and disadvantages are comparable, 4) efficacy has not been established. The author points to the leading role of desmopressin therapy of primary enuresis in medical practice in the Russian Federation. Certain alternative therapeutic strategies are discussed.

Key words: children, enuresis, primary nocturnal enuresis, nocturnal urine incontinence, desmopressin, demonstrative medicine

В последние годы во всем мире придается огромное значение проблеме первичного ночного энуреза у детей, поскольку она имеет огромную медико-социальную значимость [1–8]. Об этом свидетельствуют многочисленные публикации в специальной литературе РФ [9–16]. Именно подход к проблеме диагностики и лечения указанного страдания с позиций доказательной медицины (англ. evidence based medicine – сокр. ЕВМ) отражает концептуальные принципы медицины 21-го века [17].

Проблема лечения ночного энуреза досконально освещена в недавней работе, опубликованной К.Нjalmas et al. (2004) – группой исследователей из различных стран мира: Швеции, Новой Зеландии, Австралии, Гонконга, Италии, Германии, Южной Кореи, США, Японии, Франции, Дании и Бельгии [18]. Эта статья является своего рода продолжением публикации G.Lackgren et al. (1999), определившей прак-

тические подходы к терапии ночного недержания мочи в странах Европы [19].

В нашей стране в сравнительно недалеком прошлом при лечении различных видов ночного недержания мочи (ННМ), включая первичный ночной энурез, было принято использовать чрезвычайно обширную группу фармацевтических (аллопатических), гомеопатических и фитопрепаратов, численность которых превышала все мыслимые пределы, но эффективность оставалась спорной. Если исключить подобную практику, то окажется, что в числе основных групп препаратов, используемых при лечении первичного ночного энуреза у детей и взрослых, фигурируют всего две категории фармакологических средств:

- десмопрессин,
- трициклические антидепрессанты.

Именно в таком виде они представлены в Федеральном руководстве по использованию лекарственных средств (формулярная система) VI-го выпуска (2005 г.) в рубрике 12.1.2 «Средства для лечения энуреза» [20]. Следует обратить внимание на то обстоятельство, что препарат оксибутинин (дриптан) среди них не фигурирует, а отнесен к другой рубрике: 12.1.1 «Средства для лечения учащения мочеиспусканий и недержания мочи» [20]. Аналогичного мнения

Для корреспонденции:

Студеникин Владимир Митрофанович, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отделения психоневрологии Научного центра здоровья детей РАМН

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, 2/62
Телефон: (495) 134-0409

Статья поступила 31.10.2005 г., принята к печати 26.12.2005 г.

придерживаются многие зарубежные авторы, в частности, T.Neveus (2001), хотя A.Kosar et al. (1999) позволяют себе с ним не согласиться [21, 22].

Трициклические антидепрессанты, применяемые при лечении первичного ночного энуреза, включают amitриптилин и имипрамин, причем во всем мире предпочтение отдается последнему препарату, как более эффективному [8, 15, 17].

В.И.Шелковский и соавт. (2002) представили состояние проблемы ночного энуреза в детском возрасте, особенно отметив клиническую эффективность синтетического аналога вазопрессина (АДГ)-десмопрессина [23]. К началу 2000-х гг. в РФ была представлена лишь назальная форма десмопрессина (препарат Адиуретин), которой в 2002 г. на смену пришла таблетированная (препарат Минирин) [14, 24–26].

В Ежегодном справочнике «Доказательная медицина» (часть 3 «Детские болезни») 2-го выпуска (2003 г.) S.Bosson и N.Lyth приводят новейшие данные по проблеме ночного недержания мочи, основанные на так называемых «систематических обзорах» [27]. В 2004 г. авторами опубликован расширенный систематический обзор по аналогичной проблеме, заслуживающий особого внимания, поскольку основан на 100%-но достоверной информации [28].

Оптимальным возрастом для начала терапии ночного энуреза, по мнению некоторых исследователей (единичные публикации), является 7-летний, хотя соответствующих рандомизированных клинических исследований (РКИ) S.Bosson и N.Lyth не обнаружили [27]. Большинство же исследователей сходятся на том, что лечебные мероприятия необходимы, начиная с 5-летнего возраста, при наличии у детей первичного ночного недержания мочи (то есть с возраста, в котором считается обоснованным установление диагноза первичный ночной энурез) [15, 23].

В систематических обзорах рассматриваются 2 концепции терапии ночного недержания мочи (ННМ) у детей, определяющим фактором которых является сама продолжительность проводимого лечения: кратковременное и длительное лечение ННМ [6, 27, 28].

Среди способов кратковременного лечения ННМ фигурируют 3 терапевтических стратегии:

- применение десмопрессина;
- прием трициклических антидепрессантов;
- применение индометацина;
- прием карбамазепина (антиэпилептический препарат) [27–29].

В структуре длительного лечения ННМ в мировой литературе рассматривались:

- применение датчиков с сигналом, который будит ребенка, не удержавшего мочу;
- ультразвуковая (УЗ) терапия;
- лазерная акупунктура [30–34].

При обобщении существующих данных по эффективности имеющихся способов лечения ночного недержания мочи у детей все они условно могут быть разделены на 4 категории:

- эффективность доказана;
- эффективность предполагается;
- преимущества и недостатки сопоставимы;
- эффективность не установлена [17].

К настоящему времени **эффективность считается доказанной** всего для двух видов терапии ночного энуреза:

- использование десмопрессина;
- применение датчиков с сигналом, который будит ребенка, не удержавшего мочу (при длительной терапии) [27, 28, 30, 35].

В частности, С.М.А.Glazener и J.H.C.Evans (2000, 2001) указывается, что в плацебо-контролируемых исследованиях десмопрессин оказался значительно эффективнее, чем плацебо [35, 36]. Так, у пациентов с моносимптомным первичным ночным энурезом достижение 14 «сухих» ночей подряд на фоне его приема встречалось в 4,6 раза чаще (чем при использовании плацебо).

Мочевые алармы (пробуждающие ребенка с ННМ датчики) преимущественно используются США, Канаде, Австралии, хотя имеются сообщения об их применении и в некоторых странах Европейского континента [30–33]. В России они до настоящего времени пока что малоизвестны, что объясняет их малую значимость в практической медицине [16, 23].

Предполагается эффективность для следующих видов лечения:

- применение индометацина;
- лазерная акупунктура.

F.Sener et al. (1998) представили собственный опыт использования в лечении 85 детей (возраст > 6 лет) с первичным ночным энурезом индометацина (в виде ректальных свечей), который свидетельствовал о повышении (статистически значимом – $p < 0,005$) числа пробуждений ребенка сухим в течение 3 недель – по сравнению с группой пациентов, получавших плацебо [34].

Из данных представленного в литературе исследования следует, что при лечении 40 пациентов с ННМ в возрасте > 5 лет лазерная акупунктура (с размещением датчиков на 7-и предварительно выбранных точках) по прошествии 6 мес после проведения терапии полная ответная реакция наблюдалась у 65% детей [37]. С. Radmayr et al. (2001) не отмечено каких-либо побочных эффектов при использовании лазерной акупунктуры [37].

Преимущества и недостатки сопоставимы при использовании трициклических антидепрессантов, в частности, имипрамина. Он оказывается эффективным лишь в 50% случаев, но при этом вероятность возобновления страдания после отмены препарата чрезвычайно велика. Так, по данным R.J.M.Nijman et al. (2002) лишь около 17% детей, оставшихся сухими на фоне приема имипрамина, не страдали ночным энурезом через 6 мес после прекращения лечения [38]. Несмотря на многолетний опыт применения (с начала 1960-х гг.), благоприятный эффект имипрамина при ночном энурезе не удается объяснить. Предполагается, что механизм действия препарата заключается в снижении активности детрузора и повышении емкости мочевого пузыря вследствие холинергического эффекта и релаксации гладкой мускулатуры, а также задействования симпатикомиметических или центральных норадренергических механизмов. По мнению P.A.Tomasi et al. (2001), не исключено, что при назначении имипрамина снижение мочеобразования является следствием стимуляции выработки вазопрессина [39]. Основным ограничением к использованию имипрамина служат побочные эффекты препарата [25, 26]. Об этом следует

помнить, назначая препарат детям с энурезом. Кардиотоксические эффекты (даже при назначении имипрамина в терапевтических дозах), а также возможность летального исхода при передозировке препарата неоднократно описывались в медицинской литературе [27]. На это обстоятельство ранее указывал J.B.Tingelstad (1991) [40].

Наконец, **эффективность считается неустановленной** для:

- применения карбамазепина;
- тренировки способности к самостоятельному пробуждению и опорожнению мочевого пузыря по ночам;
- опорожнения мочевого пузыря в определенное время;
- ультразвуковой (УЗ) терапии.

Отнесение первых трех методов лечения к данной рубрике не означает полного отказа от их использования при лечении первичного ночного энуреза. Так, N.S. Al Waili (2000) сообщает о повышении на фоне терапии карбамазепина вероятности пробуждения сухими у детей старше 7 лет с ННМ, обусловленной нестабильностью детрузора (по сравнению с плацебо) [41].

Тренировка способности к самостоятельному пробуждению, а также опорожнение мочевого пузыря в определенное время имеют сугубо вспомогательное значение и не могут рассматриваться в качестве рекомендаций первой линии выбора [42]. Их положительным моментом остается отсутствие материальных затрат на лечение. Тем не менее, они не могут считаться обоснованными с позиций современной доказательной медицины.

При проведении контролируемого исследования УЗ терапии A.Kosar et al. (2000), наблюдавшие 35 детей (возраст 6–14 лет) с первичным ННМ, сопоставляли данные указанного лечения (10 процедур с наружным размещением УЗ-датчика в области пояснично-крестцового отдела позвоночника) с его имитацией [43]. Сопоставив результаты лечения через 1 нед, 3 мес, 6 мес и 12 мес после его завершения, исследователи констатировали статистически значимое ($p < 0,05$) снижение числа эпизодов энуреза в неделю (по сравнению с контрольной группой) [43]. По-видимому, ультразвуковая терапия должна быть апробирована в ближайшем будущем на большем контингенте пациентов с первичным ночным энурезом, после чего представления о ее эффективности могут быть уточнены.

Такие виды лечения ННМ, как диетотерапия (диета Красногорского), транскраниальная магнитная стимуляция (ТКМС), хирургические методы лечения, как и некоторые другие, в мировой литературе последних лет вообще не рассматриваются, хотя продолжают описываться в российской медицинской печати различных лет [1, 44].

Столь же спорными пока что представляются попытки применения атомоксетина или ребоксетина при лечении, хотя указанное лечение ориентировано на ночной энурез у пациентов с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). На возможность применения подобной терапии ННМ указывают J.P.Shatkin (2004) и P.Toren et al. (2005) [45, 46].

Использование акупунктуры при лечении ночного энуреза рассматривается в систематическом обзоре, проведенном W.F.Bower et al. (2005) [47]. Авторы указывают, что, по-видимому, некоторые виды акупунктуры обладают некото-

рой эффективностью, но в связи с низким методологическим уровнем исследований, представленных в доступной литературе, невозможно оценить их истинный вклад в лечение ННМ у детей [47].

Таким образом, на сегодняшний день назначение десмопрессина является основной терапевтической стратегией при первичном ночном энурезе, как за рубежом, так и в Российской Федерации. В нашей стране многоцентровые исследования по клинической эффективности таблетированной формы десмопрессина (Минирин) при первичном ночном энурезе у детей проводились в 2002 г. [48]. К апробации препарата были привлечены не только детские неврологи и урологи, но также эндокринологи и педиатры ведущих научно-исследовательских и лечебно-профилактических учреждений Москвы. Суммарно препарат был назначен 60 пациентам с верифицированным первичным ночным энурезом, возраст которых составлял 5–14 лет. Среди наблюдаемых детей было 44 мальчика и 16 девочек. Десмопрессин назначали сроком 6 нед в дозировке от 0,2 мг до 0,4 мг в сутки (однократно, в вечернее время). Эффективность лечения Минирином выглядела следующим образом: отсутствие эффекта – 3 ребенка (5%), частичное улучшение – 6 детей (10%), существенное улучшение – 20 пациентов (33,3%), полная ремиссия – 31 случай (51,7%) [48, 49]. В целом в 85% случаев терапия Минирином была эффективной (существенное улучшение и достижение полной ремиссии), что позволило заключить, что он может использоваться для лечения первичного ночного энуреза у пациентов в возрасте от 5 лет (в дозировке от 0,2 мг до 0,4 мг), в том числе, как монотерапия.

Одним из последних событий в области ночного энуреза является выпуск пособия для врачей «Алгоритм диагностики и лечения первичного ночного энуреза у детей», подготовленного группой специалистов – представителей различных педиатрических специальностей (педиатров, неврологов, урологов, психиатров и др.) и изданного Союзом педиатров России (СПР) совместно с Международным фондом охраны здоровья матери и ребенка (МФОЗМиР) в начале 2005 г., а впоследствии адаптированного и переизданного с участием представителей Министерства здравоохранения и социального развития РФ. В пособии даны основные определения, предложен объем диагностических мероприятий и определена лечебная тактика врача в различных клинических ситуациях. В первом издании пособия предлагается структура так называемого «Паспорта пациента, страдающего первичным ночным энурезом», предназначенного для верификации результатов диагностических тестов и результатов терапии первичного ночного энуреза у несовершеннолетних пациентов. Особенно подчеркивается роль Минирина в обеспечении эффективной элиминации энуреза у детей и подростков.

Именно синтетический аналог вазопрессина в настоящее время рассматривается в качестве средства абсолютного выбора при лечении ННМ у детей старше 5 лет, особенно когда отсутствует возможность применения альтернативной терапевтической методики – датчиков (алармов) с сигналом, пробуждающим ребенка, не удержавшего мочу.

В целом можно констатировать, что по проблеме терапии первичного ночного энуреза у детей в мире достигнут определенный консенсус, хотя многие лечебные аспекты этого

патологического состояния продолжают требовать дальнейшего изучения в ходе проведения исследований, основанных на постулатах доказательной медицины.

Литература

- Папаян А.В. Энурез у детей / Под ред. Наточина Ю.В. СПб.: Фолиант 1998; 79.
- Абрамович Э.Е. Раннее выявление энуреза у детей. Педиатрия 1999; 4: 94–95.
- Lottmann H. Nocturnal enuresis – primary care awareness. BJU 2001; 87; (suppl. 1): 68–70.
- Pace G., Aceto G., Chiozza M.L., et al. Appropriate therapy in nocturnal enuresis. J Urol 2001; 87: 13–77.
- Ковач Л., Леготска В., Кернова Т. и др. Первичный ночной энурез: новый взгляд на старую проблему. Вопр. совр. педиатрии 2002; 1(2): 56–60.
- Glazener C.M., Evans J.H., Peto R.E. Treating nocturnal enuresis in children: review of evidence. J. Wound Ostomy Continence Nurs 2004; 31: 223–234.
- Neveus T., Lackgren G., Tuvemo T., Hetta J., et al. Enuresis – background and treatment. Scand J Urol Nephrol 2000; 206: 1
- Djurhuus J.C., Rittig S. Current trends, diagnosis, and treatment of enuresis. Eur Urol 1998; 33: 30.
- Коровина Н.А., Гаврюшова Л.П., Захарова И.Н. Энурез у детей. М., 2002: 35.
- Цыгин А.Н., Устинова Т.С., Филатов М.В. и др. Лечение первичного ночного энуреза в амбулаторных условиях. Вопр. совр. пед. 2002; 1(3): 82–84.
- Казанская И.В., Отпущеникова Т.В. Энурез: классификация, причины, диагностика и лечение. Вопр. совр. пед. 2003; 2(6): 58–64.
- Заваденко Н.Н., Колобова Н.М. Энурез у детей: новый подход к проблеме. Вопр. совр. пед. 2004; 3(5): 96–100.
- Студеникин В.М. Новые данные о ночном энурезе у детей: Сб. статей «Энурез: классификация, причины, диагностика, лечение». М., 2004: 35–39.
- Петеркова В.А., Темерина Е.А. Адиуретин СД в лечении первичного ночного энуреза. Детский доктор 1999; 4: 46–48.
- Алгоритм диагностики и лечения первичного ночного энуреза у детей (пособие для врачей). М.: СПР/МФОЗМИР; 2005: 32.
- Студеникин В.М. Лечение первичного ночного энуреза у детей. Consilium medicum. Приложение №2 «Педиатрия»; 2004: 28–30.
- Клинические рекомендации для практических врачей, основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. / Под ред. Денисова И.Н., Кулакова В.И., Хаитова Р.М. М.: ГЭОТАР-МЕД.; 2001: 1248.
- Hjalmas K., Arnold T., Bower W., Caione P., et al. Nocturnal enuresis: an International evidence based management strategy. J Urology 2004; 171: 2545–2561.
- Lackgren G., Hjalmas K., van Gool J., von Gontard A., et al. Nocturnal enuresis: a suggestion for a European treatment strategy. Acta Paediatr 1999; 88: 679.
- Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система) / Под ред. – выпуск VI-й. М.: «ЭХО»; 2005: 944.
- Neveus T. Oxybutynin, desmopressin and enuresis. J. Urol 2001; 166: 2549.
- Kosar A., Arkan N., Dincel C. Effectiveness of oxybutynin hydrochloride in the treatment of enuresis nocturna. J Urol. 1999; 33: 115.
- Шелковский В.И., Студеникин В.М., Маслова О.И. Ночной энурез у детей. Вопр. совр. пед. 2002; 1(1): 75–82.
- Студеникин М.Я. Современные подходы к лечению ночного энуреза препаратом Адиуретин-СД. М., 1999: 16.
- Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России: Справочник. Изд-е 11-е, исправл., перераб. и дополн. М.: АстраФармСервис 2005: 1536.
- Регистр лекарственных средств России. Энциклопедия лекарств (Вышковский Г.Л., гл. ред.). Вып. 12-й. М.: ООО «РЛС-2005»; 2005: 440.
- Боссон С., Лит Н. Ночное недержание мочи. В кн.: Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Часть 3 «Детские болезни». М.: Медиа Сфера 2003: 1120–1129.
- Lyth B., Bosson S. Nocturnal enuresis. Clin Evid 2004; 11: 468–477.
- Kruse S., Hellstrom A.L., Hanson E., Hjalmas K. Treatment of primary monosymptomatic nocturnal enuresis with desmopressin: predictive factors. BJU Int 2001; 88: 572.
- Glazener C.M., Evans J.H., Peto R.E. Alarm interventions for nocturnal enuresis in children. Cochrane Database Syst Rev 2005; 18.. D002911.
- Glazener C.M.A., Evans J.H.C. Alarm interventions for nocturnal enuresis in children (Cochrane review). In: The Cochrane Library. Oxford. Update Software. 2000; issue 2.
- Kristensen G., Jensen I.N. Meta-analyses of results in alarm treatment of nocturnal enuresis: reporting practice, criterions, and frequency of bedwetting. Scand J Urol Nephrol 2003; 232: 232.
- Jensen I.N., Kristensen G. frequency of nightly wetting and the efficiency of alarm treatment of nocturnal enuresis. Scand J Urol Nephrol 2001; 35: 357.
- Sener F., Hasanoglu E., Soylemezoglu O. Desmopressin versus indomethacin treatment in primary nocturnal enuresis and the role of prostaglandins. Urology 1998; 52: 878–881.
- Glazener C.M.A., Evans J.H.C. Desmopressin for nocturnal enuresis in children (Cochrane review). Cochrane Database Syst Rev. 2000; 2: CD002217.
- Glazener C.M.A., Evans J.H.C. Desmopressin for nocturnal enuresis in children. In: The Cochrane Library. Issue 3. 2001; Oxford: Update Software. Search date 1997. Primary sources Medline, Embase, Amed, Assia, Bids, Cinahl, Psychlit, Sigle, DHSS data.
- Radmayr C., Schlager A., Stunden M., Bartsch G. Prospective randomized trial using laser acupuncture versus desmopressin in the treatment of nocturnal enuresis. Eur Urol 2001; 40: 01–205.
- Nijman R.J.M., Butler R., van Gool J., Yeung C.K., et al. Conservative management of urinary incontinence in childhood. In: Incontinence. 2nd International Consultation on Incontinence. Paris. July 1–3, 2001 (Abrams P., Cardozo L., Khoury S., Wein A., eds.). Plymouth (UK). Health Publication Ltd. 2002; 515–551.
- Tomasi P.A., Siracusano S., Monni A.M., Mela G., et al. Decreased nocturnal urinary antidiuretic hormone excretion in enuresis is increased by imipramine. BJU 2001; 88: 932.
- Tingelstad J.B. The cardiotoxicity of the tricyclics. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1991; 30: 854.
- Al Waili N.S. Carbamazepine to treat primary nocturnal enuresis: double-blind study. Eur J Med Res 2000; 5: 40–44.
- Mellon M.W., McGrath M.L. Empirically supported treatments in pediatric psychology: nocturnal enuresis. J Pediatr Psychol 2000; 25: 193.
- Kosar A., Akkus S., Savas S., et al. Effect of ultrasound in the treatment of primary nocturnal enuresis. Scand J Urol Nephrol 2000; 34: 61–365.
- Папаян А.В., Марушкин Д.В. Ночное недержание мочи у детей. Волгоград; 1996: 18.
- Shatkin J.P. Atomoxetine for the treatment of pediatric nocturnal enuresis. J Child Adolesc Psychopharmacol 2004; 14: 443–447
- Toren P., Ratner S., Laor N., Lerer-Amisar D., et al. A possible antidiuretic effect of reboxetine in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder: case series. Neuropsychobiology 2005; 51: 239–242.
- Bower W.F., Diao M., Tang J.L., Yeung C.K. Acupuncture for nocturnal enuresis in children: a systematic review and exploration of rationale. Neurourol Urodyn 2005; 24: 267–272.
- Маслова О.И., Студеникин В.М., Шелковский В.И., Вишневецкий Е.Л. и др. Результаты клинической апробации оральной формы десмопрессина (Минирин) при лечении первичного ночного энуреза у детей. Вопр. совр. пед. 2002; 1(6): 93–95.
- Лечение первичного ночного энуреза у детей с позиций доказательной медицины (методическое пособие для врачей). М.: СПР/МФОЗМИР; 2004: 28.

В 2005 году произошло несколько принципиальных изменений, связанных с намерением руководства компании Semper сосредоточить усилия на рынке детского питания, сконцентрировав внимание, в первую очередь, на качестве и безопасности выпускаемой продукции, что становится особенно актуально в условиях неблагоприятной экологической обстановки.

В результате реструктуризации Semper удалось сфокусировать свою деятельность на двух ключевых направлениях – производство детского питания (80% в структуре бизнеса) и производство специализированных продуктов питания (20% в структуре бизнеса), в том числе безглютеновых.

Концентрация деятельности на производстве и реализации детского питания позволили компании существенно усилить контроль качества и безопасности продукции, а также активизировать разработку новых, инновационных продуктов. По словам директора экспортного департамента Semper АВ Кристины Хедстрём, «разработка инновационных продуктов, с одной стороны отвечающих требованиям современного потребителя, а с другой – обладающей традиционными свойствами, стала главной направляющей в стратегии деятельности компании не только на внутреннем, но и на внешних рынках. Успех и перспективность такой политики подтверждается высокими продажами детского питания Semper на рынке России и стран СНГ, где потребителю была предложена целая линейка новых продуктов, которая в итоге стала флагманом продаж».

В 2004–05 гг. компания вывела на рынок детского питания России и стран СНГ серию принципиально новых продуктов, специально разработанных в лабораториях компании, на основании данных, полученных из российских эпидемиологических исследований, которые показали, что российские дети в возрасте до года значительно в большей степени страдают аллергией, чем в европейских странах и особенно в Швеции. Доля российских детей, предрасположенных к аллергии, составляет от 10 до 20%, в то время как в Швеции эта цифра не превышает 3%. В первую очередь это связано с неблагоприятной экологической обстановкой, особенно в крупных российских городах. На основании российских официальных регламентирующих документов (Дополнение к методическим указаниям Минздрава РФ №225 от 30.12.1999 г «Рекомендованные сроки введения основных продуктов и блюд прикорма промышленного выпуска в питание детей первого года жизни», Санитарные правила и нормы «Гигиенические требования к безопасности и пищевой ценности пи-

щевых продуктов, СанПин 2.3.2.1940-05 «Организация детского питания» и другие), а также стандартов производства детского питания в Швеции, специалистами компании была разработана серия новинок, предназначенных, как для российского, так и для европейского рынка: пюре из кролика с картофелем, пюре брокколи, пюре цветной капусты, пюре тыквы, персиковый и черносливовый нектар. Продукция получила высшие оценки в шведских и российских лабораториях и институтах, в том числе в ГУ НИИ питания РАМН, ГУ Научный центр здоровья детей РАМН и др.

С учетом того, что ключевым принципом деятельности Semper является производство детского питания только в Швеции (Procordia Eslöv – баночное питание, Laholm – соки и Arla Foods – сухие смеси, каши и заменители материнского молока), на заводах, аккредитованных по системам ISO 9001 и 14001, из сырья, произведенного в Швеции (мясо, рыба, зерновые, овощи, фрукты, молоко) на единой производственной линии для всех стран, включая Россию, новые продукты были одновременно запущены и на российском, и на европейском рынках.

По словам представителя Деспа AS – эксклюзивного поставщика детского питания Semper в России и странах СНГ – Алексея Ужанова, «выведенные нами на российский рынок принципиально новые продукты, в том числе монопродукты и гипоаллергенные мясные пюре, сразу же попали в top-10 продаж, несмотря на то, что сегодня линейка Semper в России имеет 80 наименований. Новые разработки Semper очень востребованы на нашем рынке – сейчас они занимают 21,2% от общего объема продаж и 28,7% от объема продаж баночного питания Semper в России и странах СНГ. Успех этих продуктов мы связываем с тем, что разрабатывались они, в том числе, и на основе данных, полученных в России, а некоторые гипоаллергенные пюре вообще изначально были рассчитаны на российских малышей. В результате, сейчас эти продукты активно продаются на европейском рынке, в том числе, на внутреннем шведском, раньше вообще не знавшем, что такое монопродукт».

В силу здорового консерватизма и желания добиться 100% безопасности и предсказуемости продуктов для детского здоровья – генетически модифицированные ингредиенты не используются. Для компании, работающей в премиум-сегменте, жесткое и бескомпромиссное соблюдение требований к качеству и безопасности питания для детей является краеугольным камнем деятельности, гарантией развития.