

Результаты комплексного обследования пищевого статуса у пациентов пожилого возраста с коморбидной патологией

С.А. Дербенева, д.м.н.

Адрес для переписки: Светлана Анатольевна Дербенева, sderbeneva@yandex.ru

Для цитирования: Дербенева С.А. Результаты комплексного обследования пищевого статуса у пациентов пожилого возраста с коморбидной патологией. Эффективная фармакотерапия. 2026; 22 (33): 78–82.

DOI 10.33978/2307-3586-2026-22-33-78-82

Цель. Оценить показатели пищевого и клинического статуса пациентов пожилого возраста с коморбидной патологией с помощью системы многоуровневой диагностики нарушений пищевого статуса и оценки риска развития и прогрессирования алиментарно-зависимых заболеваний («Нутритест-ИП 3»).

Материал и методы. Обследовано 215 пациентов в возрасте от 25 до 82 лет. В основную группу исследования включены пациенты в возрасте 60 лет и старше, в контрольную – пациенты до 60 лет.

Результаты. В группе пациентов пожилого возраста зафиксированы статистически значимо меньшие значения массы тела (на 12%, $p = 0,000$), индекса массы тела (на 9,5%, $p = 0,001$), роста (на 2%, $p = 0,001$), соотношения окружностей талии и бедер (на 6%, $p = 0,012$), а также активности энергетических процессов (энерготрат покоя и удельной скорости метаболизма). В этой группе отмечены снижение скорости окисления углеводов ($p = 0,0024$) и скорости окисления белков ($p = 0,0000$), повышение скорости окисления жиров. Пожилые пациенты потребляют значимо меньше омега-3 полиненасыщенных жирных кислот ($p = 0,034$), углеводов ($p = 0,005$) и калия ($p = 0,0031$). Доля потребления белка избыточна (18% калорийности суточного рациона), а доля потребления углеводов недостаточна (38%). По данным биохимического анализа крови, зарегистрированы: меньший уровень триглицеридов (на 17%, $p = 0,003$), липопротеидов очень низкой плотности (на 15%, $p = 0,015$) и ферментов печени (на 11,6%, $p = 0,043$ и 19,5%, $p = 0,005$), больший уровень липопротеидов высокой плотности (на 15%, $p = 0,002$), мочевины (на 46,7%, $p = 0,009$) и креатинина (на 18,3%, $p = 0,0000$).

Заключение. Комплексная оценка пищевого статуса с помощью системы «Нутритест-ИП 3» позволяет подобрать адекватную диетотерапию, учитывающую выявленные нарушения у пациентов пожилого возраста, и в дальнейшем оценить ее эффективность, проводить мониторинг состояния здоровья пациентов и диагностику возможных осложнений.

Ключевые слова: пожилой возраст, старение, обследование, пищевой статус

Введение

Сокращение рождаемости в мире сопровождается существенным старением населения в целом. Если в 1988 г. насчитывалось 488 млн человек старше 60 лет, то к 2025 г. их число превысило 1 млрд 200 млн человек, причем более 65% из них проживает в экономически развитых странах. Таким образом, доля пожилых и престарелых людей в общей численности населения земного шара составила к 2025 г. около 10,5% [1–3]. В течение двух предстоящих десятилетий в развитых странах мира особенно быстро будет возрастать численность людей, достигших 80 лет. Все это выдвигает перед человечеством в целом, перед государственными

структурами, органами здравоохранения и социального обеспечения ряд серьезных практических задач. Среди них одна из наиболее важных и трудных для практической реализации – продление периода активной жизни, преодоление дисфункциональных расстройств, присущих пожилому возрасту [4–6]. Одной из наиболее распространенных проблем при ведении пациентов пожилого возраста является неполноценное питание и нерациональная диетотерапия. По данным исследований, около 48% пожилых имеют умеренные и 43% – тяжелые нарушения пищевого статуса [7, 8]. Наиболее часто у людей старших возрастных групп наблюдается низкий уровень



потребления белка, омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (омега-3 ПНЖК) и пищевых волокон; часто встречается недостаточная обеспеченность или дефицит витаминов D, E, фолиевой кислоты, тиамина, витаминов B₆, B₁₂, каротиноидов, а также кальция, магния и калия. Причины недостаточной обеспеченности макро- и микронутриентами, низкой пищевой ценности рациона и качества питания в пожилом и старческом возрасте различны [8–12].

Пищевой статус пожилых пациентов имеет и другие особенности. Даже небольшие изменения в питании, пищевом поведении и образе жизни могут привести к его существенным изменениям. Очень важно диагностировать нарушения питания на ранних стадиях, улучшить структуру потребления и поддерживать хороший пищевой статус при старении. Все это приводит к множеству неблагоприятных последствий, среди которых увеличение риска саркопении и повышенной хрупкости, переломов, падений, иммунных нарушений, инфекционных заболеваний, возникновения и прогрессирования алиментарно-зависимых заболеваний (и прежде всего заболеваний сердечно-сосудистой системы), что в свою очередь может приводить к инвалидности, социальной зависимости, переводу в медико-социальные учреждения, снижению качества жизни и повышению риска преждевременной смерти [13–18]. Все перечисленное обусловило проведение исследования, *цель* которого – комплексная оценка показателей пищевого и клинического статуса пациентов пожилого возраста с коморбидной патологией.

Материал и методы

Исследование проведено на базе отделения сердечно-сосудистой патологии и диетотерапии и лаборатории клинической биохимии, иммунологии и аллергологии ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии».

Критерии включения в исследование: наличие патологии сердечно-сосудистой системы и ожирения или заболеваний опорно-двигательной системы, нарушений углеводного обмена, пуринового обмена, патологии желудочно-кишечного тракта. Критерии невключения: отсутствие коморбидности и согласия пациента на участие в исследовании.

Всего обследовано 215 пациентов в возрасте от 25 до 82 лет. По возрастному признаку они разделены на две группы. В основную группу включены пациенты в возрасте 60 лет и старше, в контрольную группу – до 60 лет.

Комплексное обследование пациентов проведено с использованием системы многоуровневой оценки нарушений пищевого статуса и риска развития алиментарно-зависимых заболеваний «Нутритест-ИП 3», включающей изучение динамики клинического статуса, переносимости физической нагрузки, уровня артериального давления, частоты сердечных сокращений (ЧСС), антропометрических показателей, композиционного состава тела, энергетического обмена, биохимического анализа крови и др.

Статистическую обработку данных проводили с помощью программ StatPlus версии 5 (AnalystSoft Inc., США) и SPSS Statistics версий 25.0 и 27.0 (IBM, США). Для

нормально распределенных показателей данные представлены в виде $M \pm SD$, где M – среднее значение, SD – стандартное отклонение. Значимость различий между исследуемыми группами определяли с помощью t-критерия Стьюдента после проверки распределения на нормальность с учетом критерия Шапиро – Уилка. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты

Характеристика разделенных на две группы больных, включенных в исследование, представлена в табл. 1. Согласно результатам клинического обследования, все включенные в исследование пациенты были коморбидными. Заболевания сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия и/или ишемическая болезнь сердца) сочетались с сопутствующим ожирением, и/или патологией опорно-двигательного аппарата (дегенеративные остеоартрозы), и/или патологией желудочно-кишечного тракта (гипомоторная дискинезия толстой кишки, желчнокаменная болезнь, воспалительные заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки). У значительного числа больных диагностированы нарушения углеводного обмена (от гиперинсулинемии до сахарного диабета 2 типа) и нарушения пуринового обмена (гиперурикемия). При антропометрическом исследовании и биоимпедансном анализе состава тела выявлены статистически значимые различия многих показателей в группах больных. Результаты представлены в табл. 2.

Таблица 1. Характеристика групп пациентов

Показатель	Контрольная группа (пациенты до 60 лет)	Основная группа (пациенты 60 лет и старше)	p
Количество, человек	72	143	–
Возраст, лет	51,27 ± 8,26	66,79 ± 5,18	0,000
Рост, см	162,27 ± 6,13	159,43 ± 5,80	0,001
Масса тела, кг	113,49 ± 22,03	99,94 ± 18,49	0,000
САД, мм рт.ст.	136,00 ± 16,01	140,50 ± 15,99	0,127
ДАД, мм рт.ст.	86,41 ± 9,17	85,51 ± 10,05	0,616
ЧСС, уд/мин	75,21 ± 13,77	71,38 ± 10,13	0,113

Примечание. САД – систолическое артериальное давление; ДАД – диастолическое артериальное давление.

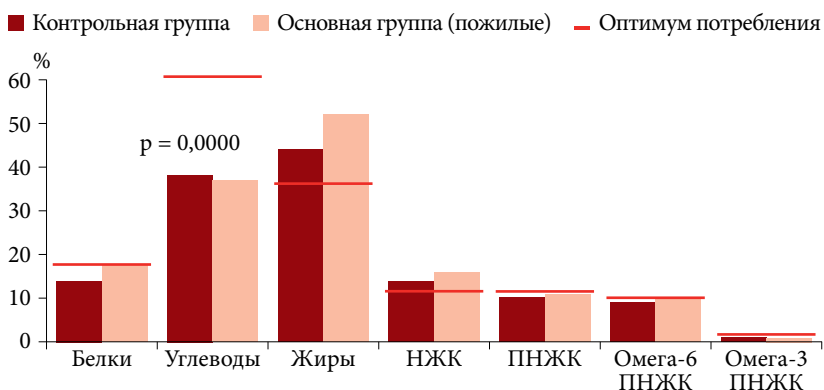
Таблица 2. Антропометрические данные и композиционный состав тела

Показатель	Контрольная группа (пациенты до 60 лет)	Основная группа (пациенты 60 лет и старше)	p
Масса тела, кг	113,49 ± 22,03	99,94 ± 18,49	0,000
ИМТ, кг/м ²	43,17 ± 8,30	39,03 ± 5,14	0,001
ОТ, см	118,58 ± 18,38	115,13 ± 14,38	0,335
ОБ, см	124,10 ± 13,40	125,90 ± 13,49	0,504
ОТ/ОБ	0,98 ± 0,13	0,92 ± 0,07	0,012
Жировая масса, кг	57,40 ± 12,40	50,94 ± 12,40	0,003
Доля жировой массы, %	50,36 ± 4,73	50,37 ± 4,09	0,995
Тощая масса, кг	55,77 ± 7,37	46,51 ± 6,63	0,000
Мышечная масса, кг	31,24 ± 5,41	26,86 ± 3,97	0,000
Общая жидкость, кг	39,04 ± 5,55	36,32 ± 5,23	0,001

Примечание. ОТ – окружность талии; ОБ – окружность бедер.

Таблица 3. Параметры энергетического обмена

Показатель	Контрольная группа (пациенты до 60 лет)	Основная группа (пациенты 60 лет и старше)	p
Энерготраты покоя, ккал/сут	1656,60 ± 370,26	1445,87 ± 174,65	0,0000
ЭП/МТ	14,76 ± 2,92	14,52 ± 2,45	0,0003
Скорость окисления углеводов, ккал/сут	136,56 ± 91,25	107,43 ± 87,32	0,0024
Скорость окисления жиров, ккал/сут	98,80 ± 64,72	107,33 ± 59,26	0,7391
Скорость окисления белков, ккал/сут	64,38 ± 17,98	55,98 ± 19,65	0,0000



Примечание. НЖК – насыщенные жирные кислоты.

Рис. 1. Профиль потребления нутриентов

Таблица 4. Показатели биохимического анализа крови

Показатель	Норма	Контрольная группа (пациенты до 60 лет)	Основная группа (пациенты 60 лет и старше)	p
ОХС, ммоль/л	< 5,0	5,21 ± 1,07	5,51 ± 1,73	0,174
Триглицериды, ммоль/л	< 1,7	1,50 ± 0,65	1,24 ± 0,46	0,003
ХС ЛНП, ммоль/л	< 1,8	3,25 ± 0,91	3,48 ± 1,57	0,238
ХС ЛВП, ммоль/л	> 1,0 (мужчины); > 1,2 (женщины)	1,29 ± 0,35	1,48 ± 0,45	0,002
ХС ЛОНП, ммоль/л	0,26–1,04	0,67 ± 0,31	0,57 ± 0,21	0,015
КА, ед.	2–3	3,23 ± 1,11	2,89 ± 1,23	0,050
Глюкоза, ммоль/л	3,9–5,8	5,79 ± 1,55	5,43 ± 1,12	0,084
Креатинин, мкмоль/л	44–80	61,53 ± 16,17	72,82 ± 16,03	0,000
Мочевина, ммоль/л	2,6–7,2	4,07 ± 1,41	5,97 ± 1,79	0,009
Мочевая кислота, мкмоль/л	140–340	333,74 ± 85,83	337,83 ± 103,00	0,778
Билирубин общий, ммоль/л	8,5–20,5	15,65 ± 9,46	13,09 ± 9,46	0,062
АСТ, ЕД/л	0–35	24,87 ± 10,50	21,99 ± 8,27	0,043
АЛТ, ЕД/л	0–35	28,40 ± 15,51	22,86 ± 8,78	0,005

Примечание. ОХС – общий холестерин; ЛОНП – липопротеиды очень низкой плотности; КА – коэффициент атерогенности; АСТ – аспартатаминотрансфераза; АЛТ – аланинаминотрансфераза.

В частности, в группе пациентов пожилого возраста зафиксированы статистически значимо меньшие: масса тела ($p = 0,000$), индекс массы тела (ИМТ) ($p = 0,001$), рост ($p = 0,001$), соотношение ОТ к ОБ ($p = 0,012$). При этом, по данным исследования компонентного состава тела (методом биоимпедансного анализа), выявлены статистически значимо большие значения жировой массы тела ($p = 0,003$), тощей массы ($p = 0,000$), мышечной массы ($p = 0,000$) и общей жидкости организма ($p = 0,001$) у пациентов контрольной группы.

При анализе результатов исследования энергетического обмена у пациентов пожилого возраста выявлены статистически значимо меньшие значения активности энергетических процессов – энерготрат покоя (ЭП) и удельной скорости метаболизма (отношение энерготрат покоя к массе тела, ЭП/МТ) ($p = 0,0000$ и $p = 0,0003$ соответственно), скорости окисления углеводов ($p = 0,0024$) и скорости окисления белков ($p = 0,0000$) (табл. 3).

По данным исследования фактического питания в домашних условиях, выявлены существенные различия в характере питания и потреблении нутриентов между исследуемыми группами больных. В частности, пациенты пожилого возраста потребляют несколько больше белков, жиров и холестерина (ХС), меньше пищевых волокон, омега-3 ПНЖК ($p = 0,034$), углеводов ($p = 0,005$) и калия ($p = 0,0031$).

Интересные данные получены при анализе профиля потребления нутриентов относительно их оптимума (рис. 1). Например, доля потребления белка у пациентов пожилого возраста составила 18% в сутки, что не соответствует оптимуму потребления (выше рекомендуемых Всемирной организацией здравоохранения нормативов). В контрольной группе больных потребление белка составило 14% от суточной калорийности рациона, что соответствует оптимальному уровню (10–15%).

Доля потребления жиров в группах составила 44 и 52% соответственно, что значительно выше оптимума потребления и свидетельствует об избытке жиров в рационе пациентов; уровень потребления углеводов – 38 и 37%, что существенно ниже оптимума и свидетельствует о дефиците углеводов в рационе пациентов обеих групп.

По результатам биохимического анализа крови также продемонстрированы статистически значимые различия между группами по многим изучаемым показателям (табл. 4). В частности, уровень триглицеридов (ТГ) в обеих группах зафиксирован в пределах нормативного диапазона, но у пожилых он был на 17% ниже ($p = 0,003$). А уровень ХС липопротеидов высокой плотности (ЛВП) у пожилых пациентов был на 15% выше ($p = 0,002$). Уровень ХС липопротеидов низкой плотности (ЛНП) составил $3,48 \pm 1,57$ ммоль/л,



что на 7% выше, чем в группе контроля ($3,25 \pm 0,91$ ммоль/л).

Выявленные статистически значимые различия в липидограмме крови между изучаемыми группами больных наглядно представлены на рис. 2. Выявлены также статистически значимые различия других изучаемых параметров биохимического анализа крови между группой контроля и группой пожилых людей: уровня аланинаминотрансферазы ($p = 0,005$), аспартатаминотрансферазы ($p = 0,043$), креатинина ($p = 0,000$) и мочевины ($p = 0,009$).

Одними из основных факторов, влияющих на здоровье и качество жизни в пожилом возрасте, являются характер питания и уровень физической активности. Однако продолжают серьезные споры относительно потребностей пожилых людей в пищевых веществах и энергии, особенно с учетом прогрессирующего с возрастом алиментарного дефицита. Необходимы научно обоснованные стратегии для борьбы с недостаточным потреблением пищи и нутриентов, особенно у лиц старческого возраста и социально изолированных пожилых людей. Такие стратегии должны основываться прежде всего на четком понимании имеющихся у них особенностей пищевого статуса и характера питания.

В результате проведенного в ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» расширенного клинико-инструментального обследования установлен ряд характерных особенностей пищевого статуса пациентов пожилого возраста с коморбидной патологией. В частности, по данным биоимпедансного анализа, отмечены меньшая жировая масса тела ($p = 0,003$) на фоне меньшей мышечной массы ($p = 0,000$); меньшая активность энергетических процессов ($p = 0,0000$ и $p = 0,0003$) и замедление окисления углеводов ($p = 0,0024$) с компенсаторным увеличением окисления жиров, по результатам не прямой респираторной калориметрии; недостаточное потребление общего количества углеводов ($p = 0,005$), пищевых волокон ($p = 0,0018$) и омега-3 ПНЖК ($p = 0,034$) на фоне избыточного потребления общего количества жира, насыщенных жиров, по данным исследования фактического питания. В группе пожилых пациентов заметна большая разница между истинной потребностью и фактической потребляемостью энергии и макронутриентов,

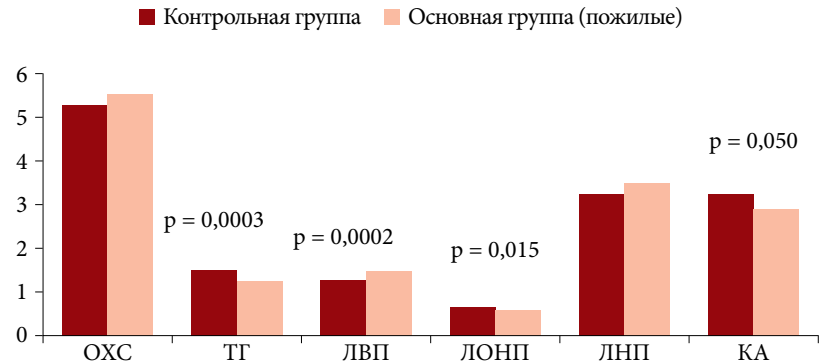


Рис. 2. Липидограмма крови

по результатам сравнительного анализа измеренных энерготрат пациентов и данных их фактического питания. По данным биохимического анализа крови, зарегистрированы: меньший уровень триглицеридов (на 17%, $p = 0,003$), липопротеидов очень низкой плотности (на 15%, $p = 0,015$) и ферментов печени (на 11,6%, $p = 0,043$ и на 19,5%, $p = 0,005$), больший уровень липопротеидов высокой плотности (на 15%, $p = 0,002$), мочевины (на 46,7%, $p = 0,009$) и креатинина (на 18,3%, $p = 0,0000$).

Заключение

Комплексная оценка пищевого статуса с использованием различных критериев позволяет разработать необходимую тактику медикаментозной терапии и реабилитационных мероприятий, подобрать адекватную диетотерапию на основе современных технологий диетического (лечебного и профилактического) питания, обеспечивающих достижение целевых параметров метабологаммы (липидограммы, гликемии и многих других) и корректирующих факторы риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы и формирование коморбидной патологии у пациентов пожилого возраста. ☺

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Источник финансирования – федеральный бюджет. Публикация подготовлена в рамках выполнения госзадания ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», научно-исследовательская работа № FGMF-2026-0014.

Литература

1. Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Липченко О.В. Методические рекомендации по повышению физической активности. М., 2019.
2. Старшее поколение. Федеральная служба государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13877> (дата обращения: 12.05.2026).
3. Lagoumtzi S.M., Chondrogianni N. Senolytics and senomorphics: Natural and synthetic therapeutics in the treatment of aging and chronic diseases. Free Radic. Biol. Med. 2021; 171: 169–190.
4. Margetts B.M., Thompson R.L., Elia M., Jackson A.A. Prevalence of risk of undernutrition is associated with poor health status in older people in the UK. Eur. J. Clin. Nutr. 2003; 57 (1): 69–74.



5. Sayer A.A., Kirkwood T.B. Grip strength and mortality: a biomarker of ageing? *Lancet*. 2015; 386 (9990): 226–227.
6. Tchkonina T., Palmer A.K., Kirkland J.L. New horizons: novel approaches to enhance healthspan through targeting cellular senescence and related aging mechanisms. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2021; 106 (3): e1481–e1487.
7. Недостаточность питания (мальнутриция) у пациентов пожилого и старческого возраста. Клинические рекомендации. Министерство здравоохранения Российской Федерации. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/615_3 (дата обращения: 12.05.2026).
8. Никитюк Д.Б. Антропонутициология в решении проблем здоровьесбережения и профилактики алиментарно-зависимых заболеваний. *Вопросы питания*. 2018; 87 (S5): 68.
9. Нутрициология и клиническая диетология: Национальное руководство. Под ред. В.А. Тутельяна, Д.Б. Никитюка. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2024.
10. FageSun Y., Li Q., Kirkland J.L. Targeting senescent cells for a healthier longevity: the roadmap for an era of global aging. *Life Med.* 2022; 1 (2): 103–119.
11. McHugh D., Gil J. Senescence and aging: causes, consequences, and therapeutic avenues. *J. Cell Biol.* 2018; 217 (1): 65–77.
12. Spinelli R., Parrillo L., Longo M., et al. Molecular basis of ageing in chronic metabolic diseases. *J. Endocrinol. Invest.* 2020; 43 (10): 1373–1389.
13. Погожева А.В., Дербенева С.А. Диетотерапия ишемической болезни сердца. Под ред. В.А. Тутельяна, Д.Б. Никитюка. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2024.
14. Chaib S., Tchkonina T., Kirkland J.L. Cellular senescence and senolytics: the path to the clinic. *Nat. Med.* 2022; 28 (8): 1556–1568.
15. Englund D.A., Zhang X., Aversa Z., LeBrasseur N.K. Skeletal muscle aging, cellular senescence, and senotherapeutics: current knowledge and future directions. *Mech. Ageing Dev.* 2021; 200: 111595.
16. López-Otín C., Blasco M.A., Partridge L., et al. Hallmarks of aging: an expanding universe. *Cell*. 2023; 186 (2): 243–278.
17. Roger L., Tomas F., Gire V. Mechanisms and regulation of cellular senescence. *Int. J. Mol. Sci.* 2021; 22 (23): 13173.
18. Xu M., Pirtskhalava T., Farr J.N., et al. Senolytics improve physical function and increase lifespan in old age. *Nat. Med.* 2018; 24 (8): 1246–1256.

Results for a Comprehensive Assessment of Nutritional Status in Elderly Patients with Comorbid Pathology

S.A. Derbeneva, PhD

Federal Research Centre for Nutrition, Biotechnology and Food Safety, Moscow

Contact person: Svetlana A. Derbeneva, sderbeneva@yandex.ru

Aim. To evaluate the nutritional and clinical status of elderly patients with comorbid pathology using a system of multilevel diagnosis of nutritional status disorders and assessment of the risk of development and progression of alimentary-dependent diseases (Nutritest-IP 3 system).

Material and methods. 215 patients aged 25 to 82 years were examined. The main study group included patients aged 60 years and older, and the control group included patients under 60 years of age.

Results. In the group of elderly patients, statistically significantly lower body weight (by 12%, $p = 0.000$), body mass index (by 9.5%, $p = 0.001$), height (by 2%, $p = 0.001$), waist-hip circumference ratio (by 6%, $p = 0.012$), as well as the activity of energy processes (resting energy consumption and specific velocity metabolism) were observed. In this group, there was a decrease in the rate of oxidation of carbohydrates ($p = 0.0024$) and the rate of oxidation of proteins ($p = 0.0000$), an increase in the rate of oxidation of fats. Elderly patients consume significantly less omega-3 polyunsaturated fatty acids ($p = 0.034$), carbohydrates ($p = 0.005$) and potassium ($p = 0.0031$). The proportion of protein intake is excessive (18% of the caloric content of the daily diet), carbohydrate intake is insufficient (38%). According to the biochemical blood analysis, lower levels of triglycerides (by 17%, $p = 0.003$), very low density lipoproteins (by 15%, $p = 0.015$) and liver enzymes (by 11.6%, $p = 0.043$ and 19.5%, $p = 0.005$), higher levels of high-density lipoproteins (by 15%, $p = 0.002$), urea (by 46.7%, $p = 0.009$) and creatinine (by 18.3%, $p = 0.0000$) were observed.

Conclusion. A comprehensive assessment of nutritional status using the Nutritest-IP 3 system makes it possible to select an adequate diet therapy that takes into account the identified disorders in elderly patients, and further evaluate its effectiveness, monitor patients' health status and diagnose possible complications.

Keywords: old age, aging, examination, nutritional status



ШАГ НАВСТРЕЧУ КАЧЕСТВУ ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ^{2,3}



НАЧАЛО ЛЕЧЕНИЯ И ПОДБОР ДОЗЫ¹

Рекомендованная начальная доза препарата Ранекса® для взрослых составляет 500 мг 2 раза в сутки. Через 2-4 недели доза, при необходимости, может быть увеличена до 1000 мг 2 раза в сутки.



2-4 НЕДЕЛИ



НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА



500 мг

+



500 мг

ЧЕРЕЗ 2-4 НЕДЕЛИ



1000 мг

+



1000 мг

МАКСИМАЛЬНАЯ ДОЗА¹

Максимальная суточная доза составляет 2000 мг



1000 мг

+



1000 мг

Базовая информация о препарате Ранекса от 12.09.2025.

Действующее вещество: ранолазин, дозировка 500 мг и 1000 мг. **Показания к применению:** Стабильная стенокардия. Препарат Ранекса предназначен для применения в составе комплексной терапии для симптоматического лечения стабильной стенокардии напряжения в случае недостаточной эффективности и/или непереносимости антиангинальных препаратов «первого ряда» (таких как бета-адреноблокаторы и/или блокаторы «медленных» кальциевых каналов). Препарат Ранекса показан к применению у взрослых. **Режим дозирования и способ применения:** Таблетки препарата Ранекса следует проглатывать целиком, запивая достаточным количеством жидкости, не измельчая, не разламывая и не разжевывая. Прием пищи не влияет на биодоступность препарата, поэтому его можно принимать вне зависимости от приема пищи. Рекомендованная начальная доза препарата Ранекса составляет 500 мг 2 раза в сутки. Через 2-4 недели доза, при необходимости, может быть увеличена до 1000 мг 2 раза в сутки. Максимальная суточная доза ранолазина составляет 2000 мг. **Противопоказания:** гиперчувствительность к действующему веществу или к любому из вспомогательных веществ; тяжелая почечная недостаточность (клиренс креатинина < 30 мл/мин); печеночная недостаточность средней (7-9 баллов по шкале Чайлд-Пью) или тяжелой (более 9 баллов по шкале Чайлд-Пью) степени тяжести; одновременное применение с мощными ингибиторами изофермента CYP3A4 (например, итраконазол, кетоконазол, вориконазол, позаконазол, ингибиторы ВИЧ-протеазы, кларитромицин, телитромицин, нефазодон); одновременное применение с антиаритмическими средствами класса IA (например, хинидин) или класса III (например, дофетилид, соталол), за исключением амидарона; беременность; период грудного вскармливания.

1. Общая характеристика лекарственного препарата Ранекса® (ОХЛП). 2. Alexopoulos D, Kochiadakis G, Afthonidis D, et al. Ranolazine reduces angina frequency and severity and improves quality of life: Observational study in patients with chronic angina under ranolazine treatment in Greece (OSCAR-GR). Int J Cardiol. 2016;205:111-116. doi:10.1016/j.ijcard.2015.10.180. 3. Diedrichs H, Wollenberg U, Schmerbach K, et al. Application of Ranolazine in Stable Angina Pectoris Therapy (ARETHA): Real-World Data from an Observational Study. J Clin Exp Cardiol. 2015; 6 (12): 1-6. doi:10.4172/2155-9880.1000412.

← ДЛЯ ПРОСМОТРА ОХЛП И ЛИСТКА-ВКЛАДЫША ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ОТСКАНИРУЙТЕ QR-КОД

Подобная информация содержится в общей характеристике лекарственного препарата Ранекса® Отпускается по рецепту врача. Информация для специалистов здравоохранения. RU_Ran_05_2025_v1_print, одобрен 14.10.2025

ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини», 123112, Москва, Пресненская набережная, д. 10, БЦ «Башня на Набережной», Блок Б, Тел: (495) 785-01-00; факс: (495) 785-01-01; www.berlin-chemie.ru. Если у Вас имеется информация о нежелательном явлении, пожалуйста, сообщите об этом на электронный адрес AE-BC-RU@berlin-chemie.com

РЕКЛАМА



**БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ**