



Синдром старечої астенії та деменція: клінічні виклики і сучасні рекомендації

Деменція і синдром старечої астенії є взаємопов'язаними станами, за яких порушення когнітивних функцій прискорює розвиток фізичної слабкості, й навпаки. Така коморбідність ускладнює ведення пацієнтів і підвищує ризик несприятливих клінічних наслідків. Пропонуємо до вашої уваги огляд статті M.G. Borda et al. «Assessment and management of frailty in individuals living with dementia: expert recommendations for clinical practice» видання The Lancet Healthy Longevity (2025; 6 (1):100666), в якій на основі аналізу літератури та консенсусу міжнародних експертів подано практичні рекомендації щодо діагностики і ведення пацієнтів із синдромом старечої астенії з метою підтримання функціональної незалежності й поліпшення якості життя.

Деменція характеризується порушенням когнітивних функцій, поведінковими та фізичними змінами і прогресуючим погіршенням функціонування. У 2020 р. понад 50 млн осіб у світі мали деменцію; до 2050 р. очікується зростання цього показника до 152 млн через старіння населення (AAIC, 2021). Деменція є однією із провідних причин втрати працездатності та самостійності серед літніх пацієнтів.

Синдром старечої астенії (ССА; англ. frailty — крихкість, слабкість, немічність) — це стан підвищеної вразливості та зниженої здатності реагувати на стресові чинники, що ускладнює перебіг деменції. Поєднання деменції та ССА асоційоване зі значно більшою вразливістю, ніж наявність лише деменції. Остання передусім впливає на когнітивні функції, тоді як ССА додає фізичний компонент, що знижує резильєнтність і здатність до відновлення. Водночас ССА може передувати виразним когнітивним порушенням і розглядається як фактор ризику розвитку деменції (Ward et al., 2024). Це зумовлює необхідність ранньої комплексної діагностики та пильного спостереження за пацієнтами із цим синдромом на тлі деменції.

Методологія

Огляд M.G. Borda et al. (2025) підготовлено в результаті консорціуму, фінансованого Спільною програмою ЄС із досліджень нейродегенеративних захворювань (EU JPNB). До розробки рекомендацій було залучено 18 експертів із восьми країн, які спеціалізуються на дослідженнях деменції, ССА, саркопенії та гериатричної реабілітації.

Пошук літератури було проведено у базах PubMed, Scopus і Cochrane Library (до травня 2024 р.) без обмежень щодо дизайну чи мови публікацій. Включено дослідження щодо оцінювання стану здоров'я та втручань при різних типах і стадіях деменції та ССА (крім нарративних оглядів і листів до редакції). Основні напрями аналізу: діагностика ССА, нутритивна підтримка, фізична активність, оцінювання настрою, самотність, падіння, поліфармація та сенсорні порушення.

У травні 2024 р. під час міжнародного конгресу в Ставангері (Норвегія) відбулися очні зустрічі робочих груп. На основі результатів огляду літератури експерти обговорили отримані дані, сформулювали попередні рекомендації та досягли консенсусу, який ліг в основу підсумкового документа.

Рекомендації

Ідентифікація синдрому старечої астенії

Раннє виявлення та градація ступеня ССА в осіб із деменцією є критично важливими для ефективного ведення пацієнтів (Dent et al., 2019). Діагностичні інструменти мають бути простими й доступними для різних фахівців, зокрема сімейних лікарів, психіатрів, дієтологів тощо. Прикладом є шкала FRAIL, яка дозволяє оцінити п'ять компонентів: втомлюваність (fatigue), опірність (resistance), пересування (ambulation), супутні захворювання (illnesses) і втрату ваги (weight loss) (Woo et al., 2015). Також застосовують клінічну шкалу оцінювання ССА (CFS), шкалу Фріда для визначення фенотипу ССА (Fried frailty phenotype) та індекс старечої астенії (Frailty index) (Cesari et al., 2014; Theou et al., 2021).

Виявлення когнітивних порушень у літніх осіб із ССА є не менш важливим, зважаючи на двобічний зв'язок між цими станами. Регулярне оцінювання шляхом комплексного гериатричного обстеження чи скринінгових процедур сприяє ранньому виявленню потенційно коригованих проблем і покращує результати тривалого догляду (Nuotio, 2023).

Впровадження ранніх втручань

Після підтвердження ССА необхідно своєчасно розпочати втручання для запобігання її прогресуванню. Раннє виявлення дозволяє уповільнити погіршення стану, зберегти функціональні можливості та поліпшити якість життя пацієнтів (Dent et al., 2019).

Оцінювання та діагностика нутритивного статусу

Регулярне оцінювання нутритивного статусу є важливою складовою ведення пацієнтів із деменцією та ССА, оскільки мальнутриція погіршує перебіг обох станів (Lorenzo-López et al., 2017). Для первинного скринінгу рекомендовано використовувати інструмент для визначення нутритивного статусу літніх осіб (MNA-SF). У разі наявності ризику мальнутриції подальше оцінювання проводять за критеріями Глобальної експертної ініціативи з проблем мальнутриції (GLIM), які передбачають щонайменше один фенотиповий (наприклад, втрата ваги) та один етіологічний критерій (знижене споживання їжі чи запалення) (Cederholm et al., 2019). Моніторинг нутритивного статусу, зокрема контроль маси тіла, рекомендовано проводити принаймні що три місяці.

Забезпечення ефективного харчування

Нутритивна підтримка при деменції та ССА має ґрунтуватися на оцінюванні харчового статусу й ризику мальнутриції. Особи з деменцією часто зменшують споживання їжі через когнітивні порушення, депресію, дисфагію та фізичну слабкість, а ССА додатково підвищує ризик недостатності харчування (Nofuji et al., 2023). Рекомендоване споживання білка для літніх осіб із деменцією та ССА становить 1,2–1,8 г/кг/добу (Coelho-Júnior et al., 2022).

За наявності хронічної хвороби нирок кількість білка слід коригувати відповідно до рекомендацій Європейської асоціації клінічного харчування та метаболізму (ESCNM) (Espinosa-Salas, Gonzalez-Arias, 2024): ≥ 1 г/кг/добу при швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) > 30 мл/хв/1,73 м² та 0,6–0,8 г/кг/добу при ШКФ < 30 мл/хв/1,73 м².

Обов'язковими є регулярний моніторинг нутритивного статусу (зокрема із застосуванням MNA-SF) та, за потреби, призначення нутритивних добавок (Cederholm, Bosaeus, 2024). Доцільно перевіряти стан ротової порожнини і наявність порушень ковтання за допомогою опитувальника з оцінювання харчування (EAT-10); показник ≥ 3 балів потребує консультації фахівця (Schindler et al., 2023).

Скринінг саркопенії рекомендовано проводити відповідно до критеріїв Європейської робочої групи з питань саркопенії у літніх осіб (EWGSOP2). Саркопенія є важливим компонентом ССА та пов'язана з когнітивними порушеннями («вісь мозок–м'язи») (Gurholt et al., 2024; Arosio et al., 2023). Раціон має бути індивідуалізованим з урахуванням білково-енергетичних потреб, за можливості із залученням дієтолога.

Гідратація

Пацієнтам із деменцією і ССА та їхнім доглядальникам слід надавати рекомендації щодо достатнього споживання рідини. Орієнтовний добовий об'єм становить 1,6 л для жінок і 2 л для чоловіків (Volkert et al., 2022). Регулярне опитування щодо споживання напоїв дозволяє своєчасно виявляти ризик дегідратації, яка може погіршувати фізичний і когнітивний стан.

Контроль нутритивного стану та гідратації потребує мультидисциплінарного підходу. Тактику слід адаптувати до умов надання допомоги:

1. У громаді — з акцентом на освітні заходи, нутритивну підтримку та регулярний контроль при легкій і помірній деменції.
2. У закладах тривалого догляду — з урахуванням складних потреб пацієнтів, особливо за тяжкої деменції.
3. У стаціонарі — із забезпеченням безперервності нутритивної підтримки під час госпіталізації та переведення пацієнта між рівнями допомоги.

Мікронутрієнти, мікроелементи й вітаміни

Пацієнти із деменцією та ССА потребують персоналізованого оцінювання стану для виявлення дефіциту вітамінів і поживних речовин. Через обмеженість доказової бази неможливо надати рекомендації достатнього рівня обґрунтованості, однак доцільно розглянути призначення вітамінів D, B₁₂ та фолатів, особливо за наявності відповідних дефіцитів. Особи, які споживають < 1500 ккал/добу, потребують щоденного приймання полівітамінних препаратів, оскільки раціон часто не забезпечує потреби в мікронутрієнтах (England, Cheng, 2024).

Фармакологічна терапія деменції

Специфічну фармакотерапію при деменції слід розпочинати або продовжувати незалежно від стану пацієнта із ССА. Наразі немає доказів того, що специфічне лікування може сприяти зменшенню проявів ССА чи поліпшувати фізичний стан. Клініцистам варто ретельно зважувати співвідношення користі та ризику приймання кожного препарату з урахуванням загального здоров'я пацієнта і терапевтичної мети (Randles et al., 2022).

Наприклад, при застосуванні ривастигміну, який може спричиняти запаморочення та втрату маси тіла, слід враховувати співвідношення ризику небажаних реакцій

і користі щодо поліпшення когнітивних функцій (Parsons et al., 2016). У разі відсутності переваг або суттєвих побічних явищ препарат слід відмінити чи розглянути альтернативи. Пацієнтам із тяжкими проявами ССА рекомендовано ретельний моніторинг безпеки, переносимості та ефективності лікування.

Призначення фізичних вправ

Рекомендоване запровадження індивідуалізованої багатокomпонентної програми фізичних вправ, з огляду на її позитивний вплив як на прояви ССА, так і на деменцію. До мультидисциплінарної команди бажано залучати фахівця із фізичної реабілітації або фізичного терапевта (Guzel, Can, 2024). Програма має враховувати фізичний і когнітивний статус пацієнта, рівень соціальної підтримки, поєднувати аеробні та силові вправи, а також вправи на утримання рівноваги й ходьбу (Merchant et al., 2021).

Програма має включати:

1. Аеробні вправи: по 10–20 хв 3–7 разів на тиждень, інтенсивність – 12–14 за шкалою Борга (~ 55–70 % резерву частоти серцевих скорочень).

2. Силові вправи: 1–3 підходи по 8–12 повторень, 2–3 рази на тиждень; навантаження – від 20–30 до 60–80 % від одноповторного максимуму, з включенням вправ, пов'язаних із щоденними активностями.

3. Вправи на рівновагу: 1–2 підходи по 4–10 вправ, 2–7 разів на тиждень.

4. Тренування ходьби: від 5–10 до 15–30 хв щоденно, зосереджуючись на поліпшенні здатності ходити та витривалості.

Рекомендована загальна тривалість фізичних вправ становить 50–60 хв/добу, при цьому виконання не обов'язково має відбуватися за один сеанс. З огляду на можливу психічну та фізичну втому, особливо в осіб із деменцією та ССА, доцільно розподіляти тренування протягом дня з урахуванням індивідуальних можливостей. Фахівець має наголошувати на важливості дотримання програми фізичних вправ для забезпечення стійкого терапевтичного ефекту та профілактики фізичного й когнітивного погіршення. Оскільки особи з деменцією можуть стикатися зі специфічними труднощами щодо дотримання режиму тренувань, підвищення прихильності може потребувати додаткової підтримки, зокрема нагадувань або активного залучення доглядальників.

Індивідуалізована мультимодальна програма

Індивідуалізована мультимодальна програма, що поєднує фізичну активність (20–30 хв/добу) із когнітивним тренуванням і адаптована до функціональних можливостей особи, сприяє поліпшенню фізичного та когнітивного здоров'я. Практики «тіло–розум», зокрема йога або тай-цзи, забезпечують цілісну релаксацію, але доказів щодо їхньої ефективності у пацієнтів із ССА на тлі деменції недостатньо (Arnal et al., 2023; Loewenthal et al., 2024). Своєчасне виявлення можливих небажаних явищ в осіб із ССА, як-от біль у суглобах або падіння, потребує регулярного моніторингу прихильності до програми та відповіді на втручання. Поєднання вправ і раціону, збагаченого білками, сприяє збільшенню м'язової маси й сили, забезпечуючи контроль розвитку саркопенії та ССА (Hou et al., 2019).

Оцінювання проявів депресії

Пацієнти із деменцією та ССА потребують регулярного скринінгу ознак депресії та інших розладів настрою. Зважаючи на суттєвий вплив депресії на якість життя та функціональний стан, можливість цього розладу варто обов'язково враховувати під час діагностування (Ribeiro et al., 2020). Серед наявних інструментів перевагу слід надавати стислим, валідованим і широко апробованим інструментам, зокрема опитувальнику щодо здоров'я пацієнта (PHQ-2).

Лікування пацієнтів із депресією

Лікування депресії та інших афективних розладів в осіб із деменцією та ССА має бути індивідуалізованим з урахуванням таких факторів, як:

- коморбідність;
- ризик побічних ефектів;
- наявність поведінкових та психологічних симптомів.

Першочергове значення мають нефармакологічні втручання – фізична активність, психотерапія та поведінкові стратегії, ефективність яких для зменшення проявів депресії є добре підтвердженою (Zhang, Jiang, 2023).

Фармакотерапія, зокрема застосування селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), є загально ефективною та добре переноситься літніми пацієнтами із деменцією. Водночас слід уникати призначення антидепресантів із виразним антихолінергічним навантаженням, зокрема трициклічних. Серед СІЗЗС флуоксетин не рекомендований через тривалий період напіввиведення та ризик несприятливих явищ, натомість венлафаксин, вортіоксетин і міртазапін вважаються безпечнішими з огляду на потенційні медикаментозні взаємодії (Baldwin et al., 2022).

Крім того, втручання, спрямовані на зменшення проявів старечої астенії (фізична активність, оптимізація харчування, соціальна залученість і когнітивна стимуляція), одночасно поліпшують фізичне функціонування та якість життя і сприяють зменшенню проявів депресії (Li et al., 2010).

Самотність і соціальна ізоляція

У літніх пацієнтів необхідно систематично оцінювати суб'єктивне відчуття самотності та соціальної ізоляції й за потреби скеровувати їх до участі у програмах соціальної підтримки. Рекомендовано проводити регулярний скринінг на наявність відчуття самотності, добираючи інструменти з урахуванням індивідуальних особливостей (Borda et al., 2025). Може застосовуватися трипунктова шкала оцінювання самотності Каліфорнійського університету в Лос-Анджелесі (UCLA), доцільно доповнена запитаннями відкритого типу. Фахівці мають володіти інформацією про місцеві ресурси підтримки й активно інформувати про них пацієнтів та їхні родини (NIA, 2024).

Визначення та контроль ризику падінь

У пацієнтів із деменцією та ССА необхідно проводити всебічне оцінювання ризику падінь з урахуванням анамнезу падінь та їх наслідків (як-от переломи, травми, втрата самостійності, страх падіння). Поєднання порушень когнітивних функцій та ССА значно підвищує ризик падінь порівняно з наявністю лише одного із таких станів (Randles et al., 2022; Ge et al., 2021). Це обґрунтовує потребу в системному виявленні факторів ризику, зокрема поліфармації, м'язової

слабкості, сенсорних порушень, несприятливих умов середовища, розладів харчування і порушень настрою, а також використання допоміжних засобів для ходьби.

Специфічного інструменту для визначення ймовірності падінь у цієї категорії пацієнтів наразі не розроблено, тому рекомендовано застосовувати будь-який валідований метод оцінювання. Додатково слід виявляти ознаки остеопорозу та визначати ризик переломів, а за наявності ресурсів — здійснювати комплексне комп'ютеризоване оцінювання ходи.

У пацієнтів із деменцією, ССА та високою ймовірністю падінь необхідно впроваджувати персоналізовані мультимодальні втручання з огляду на індивідуальні чинники ризику (Booth et al., 2016; Racey et al., 2021). До основних стратегій належать:

- фізичні вправи (аеробні, силові, тренування рівноваги);
- оптимізація лікування супутніх захворювань та станів;
- перегляд медикаментозної терапії;
- модифікація середовища;
- застосування засобів мобільності;
- когнітивні втручання для підвищення безпеки.

Ефективна профілактика падінь потребує міждисциплінарної співпраці із залученням фізичних терапевтів, ерготерапевтів, фармацевтів і соціальних працівників (Brennan et al., 2024; Perrochon et al., 2015).

Поліфармація та оптимізація призначень ліків

Деменція та ССА асоційовані з високим рівнем поліфармації та потенційно невідповідних призначень, що підвищує ризик погіршення когнітивного й загального функціонування (Borda et al., 2021; Coupland et al., 2019). Тому рекомендовано систематичний комплексний перегляд фармакотерапії з подальшим депрескрайбінгом (раціональним скасуванням) зайвих або невідповідних препаратів, а також обов'язкове оцінювання небажаних взаємодій «ліки–ліки» та «ліки–захворювання».

Для виявлення потенційно невідповідних лікарських засобів доцільно застосовувати критерії STOPP/START або критерії Бірса (Keche et al., 2022). За можливості слід уникати або відмінити антихолінергічні препарати, бензодіазепіни, антипсихотики та опіоїди через ризик побічних ефектів (Williams et al., 2019). Важливим компонентом є також навчання пацієнтів та їхніх доглядальників принципам безпечної медикаментозної терапії.

Порушення слуху й зору

Порушення слуху та зору є поширеними серед осіб літнього віку й пов'язані з когнітивною дисфункцією, соціальною ізоляцією, функціональними обмеженнями, розладами настрою та гіршими результатами реабілітації (Contrera et al., 2016). Ці порушення посилюють уже наявні труднощі в пацієнтів із деменцією та ССА, тому оцінювання сенсорних функцій має бути обов'язковою складовою комплексного обстеження літніх осіб. Своєчасне скерування їх до фахівців для корекції сенсорних порушень може допомогти запобігти подальшому погіршенню когнітивного статусу та загального функціонального стану.

Обговорення

M. G. Borda et al. (2025) представили практичні рекомендації щодо ведення осіб із ССА та деменцією, орієнтовані насамперед на лікарів, які не мають спеціалізації в гериатрії. Основною метою визначено підтримку повсякденного функціонування, якості життя, гідності та самостійності пацієнтів. Підхід є пацієнт-центрованим і цілісним, із фокусом на загальному здоров'ї, а не на окремих нозологіях. Необхідність даних рекомендацій зумовлена дефіцитом гериатричних ресурсів і швидким старінням населення (Basu et al., 2021). Розв'язання масштабних гериатричних проблем є нагальним пріоритетом (Kotsani et al., 2021). Оскільки більшість осіб із деменцією перебувають під наглядом лікарів первинної ланки, забезпечення їх доступними та практичними знаннями має вирішальне значення.

Гериатричні синдроми часто недооцінюються через брак системного підходу та помилкове перенесення моделей лікування осіб середнього віку на літніх хворих (Kassi et al., 2011). Доказова база зазвичай не враховує складності, зумовлені старінням, а пацієнти із ССА часто виключаються з досліджень (Bellelli et al., 2024). Метаболічний синдром, який переважно уражає осіб середнього віку, суттєво відрізняється від гериатричних синдромів. Ключова відмінність полягає в характері цих станів: метаболічний синдром здебільшого пов'язаний із судинними порушеннями (спричиненими гіперглікемією, артеріальною гіпертензією), натомість гериатричні синдроми характеризуються погіршенням функціонування і його взаємодією із хронічними захворюваннями. Тому при веденні літніх осіб пріоритет надається не жорсткому контролю лабораторних показників, а підтриманню функціональної спроможності та якості життя пацієнтів.

Менеджмент пацієнтів із ССА та деменцією потребує переходу від традиційної нозологічної моделі до індивідуалізованого підходу. Така стратегія сприяє поліпшенню клінічних результатів, зменшуючи тягар догляду та формуючи узгодженість політики охорони здоров'я з урахуванням зростаючого попиту на допомогу особам літнього віку (Canevelli et al., 2024; Ponce et al., 2017).

Висновки

M. G. Borda et al. (2025) висвітлили ключові підходи до нагляду за особами із ССА та деменцією, наголошуючи, що ведення таких пацієнтів має бути індивідуалізованим, із фокусом на поліпшенні функціонування, збереження гідності та самостійності людини. Підкреслено необхідність переходу від вузької нозологічної моделі до інтегрованого підходу із фізичними і психосоціальними аспектами допомоги. Наявний дефіцит спеціалізованих гериатричних ресурсів на тлі старіння населення потребує системних рішень. Однак брак досліджень, присвячених поєднанню деменції та ССА, обмежує доказову базу. Тому ефективна імплементація поданих рекомендацій потребує міждисциплінарної співпраці, стандартизації допомоги та її адаптації до регіональних і культурних особливостей.

Підготувала Наталія Савельєва-Кулик