

# דמנציה בישראל: תרופות חדשות, טכנולוגיות חדשות והסיכון להחמרת הפערים בטיפול – מאמר דעה

דורון מרימס<sup>1</sup> וטניה בוגוסלבסקי<sup>1</sup>

עם העלייה בתוחלת החיים חלה עלייה גם בשכיחות המחלות הגורמות לדמנציה, ובמודעות הציבורית למחלות אלה. שינוי באורח החיים, בעיקר בנושאי תזונה ופעילות גופנית, היה עד לאחרונה גישת הטיפול המקובלת לדחיייה של התפתחות הדמנציה. בשנים האחרונות מתרחשת לנגד עינינו מהפכה באבחון של דמנציה וטיפול בה. לאבחון מחלת האלצהיימר נוספים אמצעים טכנולוגיים חדשים, כולל בדיקות הדמיה מתוחכמות שמטרתן לאתר שינויים פתולוגיים עוד טרם התפתחות הסימנים הקליניים. בשנת 2021 אישר ארגון המזון והבריאות האמריקאי (FDA) את התרופה הראשונה שמטרתה לשנות את המהלך של מחלת אלצהיימר. השקעת משאבים במחקר ובפיתוח אמצעים לאבחון מוקדם ולטיפול תרופתי לדחיייה או למניעה של המחלות הניווניות של המוח היא מתבקשת ומבורכת. עם זאת, חשוב לזכור שהדרך להשגת מטרה זו עוד ארוכה, ועלולה להימשך שנים רבות. במאמר זה אנו מתייעים מפני הטיה גורפת של תשומת הלב והמשאבים האנושיים והכלכליים לפעולות בעלות פוטנציאל למניעת דמנציה, והזנחה אפשרית של הטיפול בחולים עם דמנציה בשלבים מתקדמים. מדיניות כזו עלולה לפגוע במיוחד בחולים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך ובאלה החיים בפריפריה של מדינת ישראל. מעטים בחברה זקוקים לעזרה ולתמיכה כפי שזקוקים להן אנשים הסובלים מדמנציה מתקדמת והמטפלים בהם. חשוב להעלות את המודעות למצוקת החולים ובני משפחותיהם, ולנתב משאבים כלכליים ומשאבים אנושיים איכותיים לאתגר לאומי זה.

**מילות מפתח:** דמנציה, מניעה, אלצהיימר, פריפריה, מטפל עיקרי

1 דוקטור, המרכז הגריאטרי שוהם, פרדס חנה, והפקולטה לרפואה ע"ש רפפורט, הטכניון

## הקדמה

הפערים המוכרים בתחומים שונים במערכת הבריאות בין אזורי המרכז לבין הפריפריה בישראל בולטים כאשר מדובר באבחון של חולים הסובלים מדמנציה, במעקב אחריהם ובטיפול בהם. במאמר זה נדון בסיכון להחמרת פערים אלה דווקא בתקופה הנוכחית, המתאפיינת בפריצות דרך טכנולוגיות ופרמקולוגיות, ונציע דרכי התמודדות.

אנו עומדים כיום בפתחה של תקופה חדשה, ובה לאבחון של מחלת אלצהיימר נוספים אמצעים טכנולוגיים שונים, כולל שיטות הדמיה מתקדמות – לדוגמה בדיקת Amyloid PET המאתרת משקעים של אמילואיד (Amyloid) במוחם של החולים, וזיהוי סמנים ביולוגיים בנוזל השדרה ובדם. הבדיקות הקיימות, ואחרות אשר נמצאות בתהליכי פיתוח, יאפשרו זיהוי של השינויים הפתולוגיים שנים אחדות טרם הופעת התסמינים הקליניים. בדיקות נוספות לאבחון קליני מוקדם נמצאות בפיתוח, והן מאתרות באמצעות טכנולוגיות רגישות שינויים מוקדמים בדיבור ובהליכה, טרם הופעת התלונות על הפרעה קוגניטיבית.

גם בתחום הטיפול בתרופות חלו פריצות דרך. בשנת 2021 אישר מיהל המזון והתרופות האמריקאי (FDA) תרופה חדשה, אדוקאנומאב (Aducanumab), שפיתחה חברת Biogen. תרופה זו מפחיתה את משקעי האמילואיד במוחם של החולים, ומטרתה לדחות או למנוע את המחלה. יעילות התרופה, וכך גם השכיחות והחומרה של תופעות הלוואי שלה, עדיין לא ברורות. עלות הטיפול לחולה אחד היא עשרות אלפי דולרים בשנה. תרופות נוספות אשר ייעודן הוא שינוי מהלך המחלה נמצאות כיום בשלבי פיתוח.

המעבר מהעולם הרפואי שאנו חיים בו כיום, המתבסס על אבחון קליני של דמנציה וטיפול תרופתי מוגבל בגיוונו וביעילותו, לעולם שבו האבחון יתבסס על טכנולוגיות המאפשרות אבחון מוקדם ושיעור תרופות בעלות פוטנציאל לשינוי מהלך המחלות הניווניות הגורמות לדמנציה, לדחות את התפתחותן ואולי אף למנוע אותן, עשוי לגרום למהפכה שתשנה את הרפואה, הזיקנה, והיבטים נוספים של החיים האנושיים על פני כדור הארץ.

תקופה זו, המתהווה לנגד עינינו, עשויה להימשך שנים רבות. היעדר היכולת לנבא את משכה מחדד את הצורך להתוודע ליתרונות ולסיכונים הכרוכים בתהליכים המתהווים. הסיכון שנדון בו במאמר זה הוא הטיית תשומת הלב והמשאבים האנושיים והכלכליים לפעולות בעלות פוטנציאל למניעת דמנציה או דחייתה, והזנחה אפשרית של הטיפול בחולים עם דמנציה בשלבים מתקדמים. מגמה זו עלולה לפגוע במיוחד בחולים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך, ובאלה החיים בפריפריה של מדינת ישראל.

הפעולה הנדרשת בתקופת ביניים מיוחדת זו היא מציאת האיזון הנכון בין השקעת המשאבים הדרושים לצורך אבחון מוקדם וטיפול מונע טרם הופעת הדמנציה ובשלביה הראשוניים, לבין טיפול סימפטומטי בחולים ותמיכה במשפחותיהם בשלבים המתקדמים. איזון זה מתחיל בהכרה במידת האובדן שחוה חולה עם דמנציה מתקדמת, בעומס הטיפול

והתסכול שחווה משפחתו לאורך שנים, ממשיך בהטמעתה בתודעה הציבורית, ומוביל להבנת הצורך בהקצאת משאבים כלכליים ובהכוונת כוח אדם מיומן ואיכותי למשימה לאומית זו.

## השפעת הדמנציה על החולה

עם העלייה בתוחלת החיים עולה גם מספר החולים הסובלים מדמנציה, רובם מאובחנים כסובלים ממחלת אלצהיימר.

הביטויים הקליניים נפרסים על פני כמה שנים. הם כוללים ירידה בתפקוד הקוגניטיבי, שינויים התנהגותיים, תסמינים נפשיים, שינויים בתפקוד המוטורי, פגיעה בתפקוד האישי והמשפחתי ופגיעה קשה באוטונומיה ובאיכות החיים. אדם הסובל מדמנציה מתקדמת אינו מזהה לעיתים שכנים, חברים ואף את בני משפחתו הקרובים, ובשלב מסוים הוא עלול לא לזהות אף את דמותו במראה. פגיעה בהתמצאות במרחב תגרום למשפחתו להגביל את יציאתו מהבית, כיוון שיציאה מהבית ללא ליווי עלולה לסכן את חייו. בשלבים מתקדמים החולה יתקשה למצוא את דרכו גם בתוך הבית. היכולת השפתית שלו תלך ותפחת עד כדי דיבור במילים בודדות או חוסר יכולת לדבר כלל. בהמשך התקשורת תצטמצם למחוות גופניות או ליצירת קשר עין, וגם אלה אובדות עם התקדמות הדמנציה. כושר השיפוט שלו והתבונה שלו בדבר מצבו יורדים, רמות התפקוד והאוטונומיה יורדות, והוא אינו יכול להיות שותף להחלטות אישיות ומשפחתיות כלשהן.

בקרב חולים רבים נוספים לשינויים הקוגניטיביים גם שינויים התנהגותיים. אלה מתבטאים באי שקט, תוקפנות מילולית או פיזית, דיכאון, נטייה לשוטטות, הפרעות שינה, הזיות, מחשבות שווא ועוד. כל אחד מסימפטומים אלה עלול להביא לשיבוש קיצוני בשגרת החיים של המטפל העיקרי. לדוגמה: אובדן שליטה בסוגרים, סימפטום משותף לרוב החולים עם דמנציה מתקדמת, גורם מצוקה ותסכול למטפל. הקשיים בולטים בחולים שאינם משתפים פעולה ומתנגדים לרצח ולחלפת בגדים, וקורעים את החיתולים. חולים רבים עם דמנציה סובלים מהפרעות בשינה, כך שההתמודדות עם מצב "בלתי אפשרי" זה תתרחש כמה פעמים ביום ובלילה, ותימשך שנים אחדות.

## אבחון מחלת אלצהיימר

עד לאחרונה, אבחון של מחלת אלצהיימר, וכן של מחלות אחרות הגורמות לדמנציה, בוצע באופן קליני, על סמך תיאור של מהלך התפתחותה של הפרעה הקוגניטיבית, מבחנים נוירופסיכולוגיים, בדיקה גופנית ובדיקה נוירולוגית. בדיקות דם ובדיקות הדמיית מוח (CT; MRI) מבוצעות בעיקר כדי לשלול מצבים בני טיפול אשר יכולים לגרום או לתרום

להפרעה הקוגניטיבית, דוגמת חסר בוויטמינים, תת-פעילות של בלוטת התריס, דימום תת-קשייתי (subdural hematoma) ומצבים אחרים. בנוכחות תמונה קלינית אופיינית, ובהיעדר אבחנה המתבססת על ממצאים פתולוגיים, החולה מאובחן כסובל מ"אפשרות" של מחלת אלצהיימר (Probable Alzheimer's Disease). אנשי מקצוע מיומנים ומנוסים יגיעו לרוב לאבחנה הנכונה בדרך זו, אך במקרים מסוימים אבחנה אשר אינה מסתמכת על ממצאים פתולוגיים עלולה להיות מוטעית, גם כאשר היא נקבעת על ידי אנשי מקצוע מנוסים.

בעבר שימשו בדיקות ההדמיה בעיקר להדגמת שינויים מבניים ברקמת המוח. בשנים האחרונות פותחו אמצעי הדמיה אשר מזהים שינויים פתולוגיים אשר עשויים להצביע על תהליכים הקשורים להתפתחות מחלות ניווניות, עוד טרם התפתחות הסימנים הקליניים (Amyloid PET scan; TAU PET scan). נוסף על כך אפשר לאתר בנוזל השדרה ובדם סמנים המצביעים על מצבים פתולוגיים אופייניים. ניכרת התקדמות גם בפיתוח של סמנים לאבחון קליני מוקדם של מחלת אלצהיימר, ובהם סמנים המסתמכים על שינויים בקול (Mahon & Lachman, 2022) או בהליכה (Kostic et al., 2022), אשר הופעתם יכולה להקדים את ההפרעה הקוגניטיבית.

השינויים הפתולוגיים האופייניים למחלות ניווניות של המוח, דוגמת מחלת אלצהיימר, עלולים להופיע שנים טרם הופעת הסימנים הקליניים הראשונים. תקופה זו מהווה "חלון הזדמנויות" למניעת המחלה או לדחיית הופעתה, וזאת אם מתקיימים שני תנאים: הראשון – בדיקת אבחון זמינה, בטוחה ואמינה להדגמת שינויים ניווניים אלה. השני – הימצאות טיפול זמין ויעיל שיש בו פוטנציאל לעצור את התהליכים הפתולוגיים, או להביא לנסיגתם. אבחון מוקדם וטיפול מתאים עשויים אפוא לעכב את התפתחות הסימנים הקליניים ואולי אף למנוע אותם.

## טיפול במחלת אלצהיימר

עד לאחרונה, התרופות למחלת אלצהיימר שימשו לטיפול סימפטומטי בלבד, ולא הייתה להן השפעה על מהלך המחלה. התרופות הקיימות כיום, מעכבי אצטילכולין אסטרז (Choline esterase inhibitors) דוגמת דונפזיל (Donepezil), ריבסטיגמין (Rivastigmine) וגלנטמין (Galantamine), משמשות לטיפול בסימפטומים הקוגניטיביים בשלבי המחלה המוקדמים, ואילו ממנטין (Memantine), החוסמת קולטנים לגלוטמט (Glutamate), מומלצת לשימוש בשלבים המתקדמים. חלק מבני המשפחה ומהמטפלים בחולים מטילים ספק ביעילותן של תרופות אלה.

יש תרופות רבות המשפיעות על הסימפטומים ההתנהגותיים והנפשיים של חולים עם דמנציה, ובהן תרופות להפחתת אי שקט ותוקפנות, תרופות לדיכאון ולחרדה, תרופות לטיפול בהזיות ובמחשבות שווא. מגוון התרופות המשמשות כיום לטיפול בסימפטומים אלה

הוא גדול, אך מעטים המחקרים הקליניים המוכיחים את יעילותן בקבוצת חולים זו, והן אינן חפות מתופעות לוואי. הן עלולות לגרום לישנוניות, לפגוע בתפקוד המוטורי, להגביר את הסיכון לנפילות ולהשפיע על תוחלת חייו של החולה (Seitz et al., 2013). השבריריות של האדם הזקן, ובמיוחד זה הסובל מדמנציה, והסיכון המוגבר להתפתחות תופעות לוואי, דורשים ניסיון של הצוות המטפל באיזון סימפטומים התנהגותיים, וזאת באמצעות טכניקות טיפול שאינן תרופתיות ושימוש זהיר ומושכל בתרופות.

בשנת 2021 הוכנסה לשימוש תרופה חדשה לטיפול במחלת אלצהיימר, אדוקאנומאב (Aducanumab). מנגנון הפעולה של תרופה זו, ושל אחרות הנמצאות בפיתוח, הוא הפחתה של משקעי האמילואיד במוחם של החולים. תרופות אלה עשויות להביא להאטה, לעצירה או למניעה של המחלה. אישור התרופה גרר ביקורת נוקבת מצד בכירים ב-FDA, בטענה כי אין הצדקה לאישור. חלקם אף התפטרו במחאה על כך (Mahase, 2021).

## השפעת הדמנציה על המטפל העיקרי

עיקר נטל הטיפול באדם עם דמנציה נופל על כתפי המטפל העיקרי, שגם הוא, בדרך כלל, אדם לא צעיר החווה בעצמו את השינויים המתרחשים בתהליך ההזדקנות, ולעיתים גם הוא סובל מבעיות רפואיות, גופניות או נפשיות. לעיתים בני הזוג "שבריריים" ומתקשים להתמודד עם כל שינוי המתרחש בחייהם, או בחיי בן או בת זוגם הסובלים מדמנציה. נוסף על האתגרים הקשורים בטיפול היום-יומי בחולה, המטפלים העיקריים מתמודדים לעיתים גם עם קשיים ואתגרים כלכליים, בעיות רפואיות, נפשיות וקיומיות שלהם ושל בני משפחה אחרים. הם מבכים את תחושת האובדן, ויודעים שהעתיד עלול להיות גרוע יותר. התמודדות זו היא קשה בכל שלבי הדמנציה, אך השחיקה והתסכול בולטים במיוחד בשלבים המתקדמים, כאשר סימפטומים התנהגותיים דוגמת אי שקט, תוקפנות וחוסר עכבות בולטים עוד יותר (Cheng, 2017). רבים מתלוננים כי אינם מקבלים סיוע מספק מבני משפחה וממערכת הבריאות. המטפלים העיקריים חווים שינוי בשגרת החיים, צמצום בקשרים החברתיים, מתח, שחיקה ותסכול מתמשך לאורך שנים. הם חשופים לרמת גבוהה של תחלואה, כולל סיכון מוגבר לדיכאון (Joling et al., 2015), מחלות קרדיווסקולריות (מחלות של כלי הדם של הלב וכלי הדם של המוח) (Haley et al., 2010), ואף סיכון מוגבר לדמנציה (Norton et al., 2010).

בני משפחה צעירים המתפקדים כמטפלים עיקריים חווים, נוסף על כל אלה, קשיים ייחודיים, המשפיעים על חייהם האישיים והמשפחתיים מבחינת רכישת השכלה, פיתוח קריירה מקצועית, יחסים עם בני הזוג ותפקודם כהורים לילדים (Chirico et al., 2021).

אנו, המטפלים באנשים עם דמנציה ושומעים את מצוקותיהם היום-יומיות במרפאות, באשפוז, במרכזי היום ובקבוצות התמיכה, שואלים את עצמנו שאלות דוגמת אלה: כיצד

מרגיש בן הזוג המבוגר והשברירי, שאשתו הסובלת ממחשבות שווא על רקע דמנציה מאשימה אותו שהוא בוגד בה עם אישה אחרת! לעיתים האשמה מתייחסת לעובדת הזרה הנמצאת בבית 24 שעות ביממה. כיצד הוא מרגיש כשאשתו מאשימה אותו כי הוא רוצה לפגוע בחייה? כיצד מרגישה בת הזוג שבעלה האהוב, אחרי עשרות שנים של חיים משותפים בהרמוניה, ילדים משותפים, נכדים ולעיתים אף נינים, נוהג כלפיה לראשונה בתוקפנות מילולית, צועק ומקלל, ולעיתים אף מכה אותה? כיצד היא מרגישה כאשר שכניה מזעיקים את המשטרה כשבעלה המרותק למיטה צועק ללא הפסקה, והיא, שמטפלת בו במסירות אין קץ במשך שנים ארוכות, נחשדת בהתעללות? כיצד מרגישים הילדים שרואים את המצוקה של הוריהם והם נבוכים וחסרי אונים נוכח סבלם? כיצד מרגישים הנכדים שבאים לבקר את סבתא והיא מתפשטת בסלון? כיצד מרגישים בני משפחה שכוחם כשל והם אינם מסוגלים להתמודד עוד עם בן הזוג החולה בבית ונאלצים לאשפזו? כיצד הם מתמודדים עם רגשות האשמה לאור הלך הרוח הציבורי, הנתמך ב"אנשי מקצוע" המנופפים בסיסמה "הכי טוב בבית" – סיסמה הנכונה רק לחלק מהחולים ובני משפחותיהם. יש חולים ובני משפחה שעבורם יציאה מהבית לאשפוז במוסד היא מצילת חיים, ולא פחות חשוב – מצילה את איכות החיים. כיצד הם מתמודדים עם רגשות האשם שמשרים עליהם בני משפחה אשר אינם חולקים בעול?

דמנציה מתקדמת היא אחד המצבים הרפואיים שהשפעתם על החולה ומשפחתו חמורה במיוחד, ונמשכת זמן רב. האם יש ספק בכך שתמיכת מערכת הבריאות בחולים עם דמנציה ובבני משפחותיהם היא הדבר המתבקש והאנושי? לו כך היו פני הדברים, היינו מצפים שלכל חולה עם דמנציה מתקדמת תהיה בכל שלבי מחלתו גישה למעקב רפואי זמין ולטיפול זמין של שירותי רפואה, סיעוד ומקצועות הבריאות.

## דמנציה: הבדלים בין מרכז לפריפריה

במחקר שפרסמנו בשנת 2015 (Merims et al., 2015) מצאנו כי בין אזור המרכז (הוד השרון) לבין אזור הפריפריה (פרדס חנה) קיימים פערים קיצוניים באבחון של חולים עם דמנציה, במעקב אחריהם ובטיפול בהם. דווקא כיום, נוכח ההתקדמות באמצעי האבחון והטיפול התרופתי, והסיכון להעצמת הפערים בין המרכז לפריפריה, תוצאות מחקרנו רלוונטיות מאי פעם.

במחקרנו השווינו בין חולים עם דמנציה מתקדמת המאושפזים במחלקות לתשושי נפש באזור המרכז, לבין חולים המאושפזים במחלקות אלה בפריפריה. השווינו פרמטרים הקשורים למעקב, לבירור ולטיפול בדמנציה בשנים שקדמו לאשפוזם. הנתון החריג והמטלטל ביותר היה שיעור החולים שהיו במעקב קבוע של מרפאות זיכרון, מעקב גריאטרי או נירולוגי. רק כ-3% מהחולים המתגוררים באזור שהגדרנו כפריפריה (אזור פרדס חנה) היו

במעקב, לעומת כ-50% מהחולים המתגוררים באזור המרכז (הוד השרון). כלומר, הרוב המוחלט של החולים בפריפריה לא היו במעקב של אנשי מקצוע המומחים בתחום. נתונים נוספים שמצאנו בהם הבדלים משמעותיים בין המרכז לפרפריה היו מספר בדיקות ההדמיה שבוצעו, ומספר החולים שקיבלו תרופות אנטי פסיכוטיות מהדור החדש, לעומת מספר החולים שטופלו בתרופות מה"דור הישן".

לא מצאנו הבדל בין חולים מאזור המרכז לבין חולים מהפריפריה בחשיפה לטיפולים הקיימים כיום לשיפור הזיכרון בחולים עם מחלת אלצהיימר: Choline esterase inhibitors או ממנטין. בשני האזורים שבדקנו, רק 30% מהחולים עם מחלת אלצהיימר נחשפו לתרופות אלה. גם אם השפעת התרופות אינה דרמטית, וגם אם יש רופאים אשר לדעתם טיפול זה אינו משפר את התפקוד הקוגניטיבי, ראוי שכל חולה יקבל אותו לתקופה של כמה חודשים, ורק לאחר מכן תתקבל החלטה משותפת של המשפחה והצוות המטפל אם להמשיך בטיפול או להפסיקו. העובדה שלא היה הבדל בנתון זה בין המרכז לפרפריה מעידה על היעדר מודעות, ידע ואחריות מספקים בנושא הדמנציה ברמה הארצית.

ההשוואה שערכנו במחקר זה בין "מרכז" לבין "פריפריה" נעשתה בין שני יישובים מבוססים יחסית, אף שהדירוג הכלכלי-חברתי שלהם שונה. ההבדל ביניהם מייצג באופן חלקי בלבד את עוצמת הפערים בחברה הישראלית, ויש מקומות שבהם ההבדלים בדירוג החברתי-כלכלי קיצוניים הרבה יותר. הבדלים אלה עלולים להתחדד כאשר משווים בין יישובים שבהם הרוב הוא מהמגזר הערבי או הבדואי, לבין יישובים שבהם הרוב הוא מהמגזר היהודי. מעבר להבדלים בין ערים שונות, הבדלים קיימים גם בין שכונות שונות באותה עיר, ולעיתים אף בין דיירים באותו הבניין. נוכח המשמעות של פגיעה במוח, שהוא הנכס החשוב ביותר של האדם, האם לא מתבקש שיהיה צדק חברתי בנושא זה? אין ספק כי מבחינה רפואית, אנושית וחברתית מתבקש שלכל האזרחים תהיה גישה למרפאות זיכרון, לבדיקות ולטיפולים, ובמיוחד למעקב של צוות מטפל מסור ובעל ידע. כן חשוב שתתאפשר במידת הצורך גישה לאשפוז במחלקות המתמחות בדמנציה, מחלקות לאשפוז קצר-משך לאיזון סימפטומים התנהגותיים (שאינן בנמצא כיום בישראל), ומחלקות לאשפוז ממושך (מחלקות לתשומי נפש, הקיימות בישראל) אשר צוותיהן בעלי ניסיון וידע רב בנושא מורכב זה.

## טכנולוגיות ותרופות חדשות: האם פיתוחן עלול להעמיק את הפערים בין מרכז לפרפריה בישראל?

התקדמות היכולות הטכנולוגיות לאבחון ולפיתוח טיפולים חדשים למחלות הגורמות לדמנציה עלולה להביא בשנים הבאות להעמקת הפערים בין המרכז לבין הפריפריה בישראל בתחום זה. בשלבים מוקדמים הדבר יתבטא בנגישות נמוכה של קבוצות בדירוג חברתי-כלכלי נמוך

לבדיקות אבחון יקרות, המשתמשות בטכנולוגיות מתקדמות, ובנגישות לטיפולים חדשים ויקרים למניעת דמנציה או לשינוי מהלכן של המחלות הגורמות לדמנציה.

נוסף על כך, צפוי סחף של דעת הקהל ושל אנשי מקצוע להפניה לא מאוזנת של משאבים לכיוון של דחיייה או של מניעה, גם אם המרחק לחזון אוטופי זה עדיין רב, וההצלחה לעשות זאת בשנים הקרובות ביעילות אינה ודאית. הדבר עלול לגרום לצמצום המשאבים האנושיים והכלכליים אשר מופנים למעקב אחר חולים עם דמנציה מתקדמת ולטיפול בהם, ומכאן להזנחה בטיפול בחולים רבים, ובמיוחד באלה הגרים בפריפריה של מדינת ישראל.

ייתכן שיעברו עוד שנים רבות עד שתושג התקדמות משמעותית ביכולת לדחות דמנציה ולבלום את הירידה בתפקוד. בשנים אלה תוחלת החיים עשויה להמשיך לעלות, כך שמספר החולים עם דמנציה מתקדמת ילך ויגדל. העלייה בתוחלת החיים לא תפסח על בני הזוג של חולים אלה. עם העלייה בגיל, גם השבריריות של המטפל העיקרי תחמיר, והיכולת הפיזית והנפשית להתמודד עם מגוון הבעיות הקשות שהדמנציה מציבה בפני המשפחה תפחת.

## סיכום

אנו נמצאים בתקופת מעבר שבה מתרחש לנגד עינינו שינוי בגישות האבחון והטיפול בחולים עם דמנציה. לאבחון הקליני ולטיפול הסימפטומטי הקיימים כיום נוספים אמצעים לאבחון טרם הופעת התסמינים הקליניים, ותרופות למניעת הדמנציה או לדחיייתה. השקעת משאבים במחקר ובפיתוח אמצעים לאבחון מוקדם וטיפול תרופתי לדחיייה או למניעה של המחלות הניווניות של המוח היא מתבקשת ומבורכת. עם זאת חשוב לזכור ולהפנים שהדרך להשגת מטרה זו עוד ארוכה, ועלולה להימשך שנים רבות. כיום עדיין אין תרופות יעילות למניעת דמנציה.

חשוב לא פחות, כיום ובעתיד, להעלות בקרב הציבור ומקבלי ההחלטות את המודעות לחשיבות ולמורכבות הטיפול בחולה עם דמנציה מתקדמת, ולחשיבות התמיכה המקצועית בחולה ובמטפל העיקרי. יש צורך בשירותים זמינים, נגישים ובאיכות גבוהה לכל אדם עם דמנציה, ולכל מטפל עיקרי. לא כך הדבר כיום. בין הפריפריה לבין המרכז בישראל יש פערים ניכרים באבחון חולים עם דמנציה, במעקב אחריהם ובטיפול בהם ובבני משפחותיהם. אנו מעריכים כי בעקבות ההתפתחויות המדעיות והטכנולוגיות המתרחשות בשנים האחרונות, פערים אלה עתידים דווקא להחמיר.

החשיפה הסביבתית והתקשורתית של הציבור להשפעות הקשות שיש לירידה הקוגניטיבית על האדם ועל משפחתו, ובעיקר הפחד מפני דמנציה והרצון המוצדק והמשותף לרבים למנוע את התפתחותה, עלולים להשפיע על סדר העדיפויות בחלוקת המשאבים לטובת אבחון מוקדם, וזאת על חשבון מעקב ארוך שנים וטיפול בחולים בשלבי מחלה מתקדמים.



אנו מציעים להקים מרכזים למעקב אחר חולים עם דמנציה, בכל השלבים, ולטיפול בחולים. יש להתחיל בכך שלכל חולה עם דמנציה תהיה גישה למרפאות רב-מקצועיות שבהן הוא יהיה במעקב של רופאים, אחיות, אנשי מקצועות הבריאות וגרונטולוגים. על מרפאות אלה לייחס חשיבות מיוחדת לתמיכה במטפל העיקרי, ובמידת הצורך גם לבני משפחה אחרים. חשוב שצוות המרפאה יהיה זמין כאשר מתעוררת בעיה חריפה. נוסף על מרפאה, רצוי שבמסגרת מרכז מעין זה תהיה מחלקה לאשפוז קצר-משך לאבחון ולאיוון סימפטומים ההתנהגותיים חריפים, ומחלקות לאשפוז ממושך. את המודל הזה, המאפשר רצף טיפולי, צריכות ללוות קבוצת תמיכה, ונגישות למרכז יום לאנשים עם דמנציה. לדעתנו, המרכזים הגריאטריים הקיימים כיום בישראל הם מסגרות מתאימות למעקב אחר חולים עם דמנציה בשלבים השונים וטיפול בהם.

מעטים בחברה זקוקים לעזרה ולתמיכה כמו אלה הסובלים מדמנציה מתקדמת, והמטפלים בהם. חשוב ביותר להכיר את המצוקה הזאת, ולנתב משאבים כלכליים ומשאבים אנושיים-מקצועיים איכותיים לאתגר לאומי זה.

## מקורות

- Cheng, S. T. (2017). Dementia caregiver burden: A research update and critical analysis. *Curr Psychiatry Rep.*, 19(9), 64. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0818-2>
- Chirico, I., Ottoboni, G., Valente, M., & Chattat, R. (2021). Children and young people's experience of parental dementia: A systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*, 36(7), 975–992. <https://doi.org/10.1002/gps.5542>
- Haley, W. E., Roth, D. L., Howard, G., & Safford, M. M. (2010). Caregiving strain and estimated risk for stroke and coronary heart disease among spouse caregivers: Differential effects by race and sex. *Stroke*, 41(2), 331–336. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.109.568279>
- Joling, K. J., van Marwijk, H. W., Veldhuijzen, A. E., van der Horst, H. E., Scheltens, P., Smit, F., & van Hout, H. P. (2015). The two-year incidence of depression and anxiety disorders in spousal caregivers of persons with dementia: Who is at the greatest risk? *Am J Geriatr Psychiatry*, 23(3), 293–303. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.05.005>
- Kostic, E., Kwak, K., & Kim, D. (2022). Changes in sensory, postural stability and gait functions depending on cognitive decline, and possible markers for detection of cognitive status. *BMC Med Inform Decis Mak*, 22(Suppl 5), 252. <https://doi.org/10.1186/s12911-022-01955-x>

- Mahase, E. (2021). Three FDA advisory panel members resign over approval of Alzheimer's drug. *BMJ*, *11*, 373. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1503>
- Mahon, E., & Lachman, M. E. (2022). Voice biomarkers as indicators of cognitive changes in middle and later adulthood. *Neurobiol Aging*, *119*, 22–35. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2022.06.010>
- Merims, D., Shemesh, D. G., Nahari, H., Arharov, O., Ben-Ari, G., & Israel, J. B. (2015). Differences in diagnosis, follow-up and treatment of patients with dementia living in the peripheral areas compared with the central areas of Israel. *Dementia (London)*, *14*(4), 483–493. <https://doi.org/10.1177/1471301213500500>
- Norton, M. C., Smith, K. R., Østbye, T., Tschanz, J. T., Corcoran, C., Schwartz, S., Piercy, K. W., Rabins, P. V., Steffens, D. C., Skoog, I., Breitner, J. C., Welsh-Bohmer, K. A., & Cache County Investigators (2010). Greater risk of dementia when spouse has dementia? The Cache County study. *J Am Geriatr Soc*, *58*(5), 895–900. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02806.x>
- Seitz, D. P., Gill, S. S., Herrmann, N., Brisbin, S., Rapoport, M. J., Rines, J., Wilson, K., Le Clair, K., Conn, D. K. (2013). Pharmacological treatments for neuropsychiatric symptoms of dementia in long-term care: A systematic review. *Int Psychogeriatr*, *25*(2), 185–203. <https://doi.org/10.1017/S1041610212001627>