

טיפול בדמנציה (Dementia) ומוניהם

הוכן על ידי:

ד"ר דיאנה פלאקו
פרופ' טלי צוקרמן-יפה
ד"ר אלונה קוגן
ד"ר חיים איתן קרנסון
ד"ר אופיר קרטת
פרופ' רמית רובינה-שפירנגר
ד"ר זוריאן רוזמיסלסקי
מר גרי רוט
ד"ר שלוי שטרנברג
ד"ר תמרה שיינר
ד"ר אסף שלף
ד"ר דפנה שפט
ד"ר רותם תלם

ד"ר אמר גליק
מר בעז וייס
ד"ר רוניקה וכפוב
פרופ' אלוי ורטמן
ד"ר רוד חרמוש
ד"ר אורן טנא
פרופ' דוד טנה
ד"ר אריאל יקים
ד"ר הדסה כהן לולב
ד"ר ענבל מעין
ד"ר יבגני מרזון
ד"ר ניצן סגל
ד"ר בת שבע פורת צץ

פרופ' עמוס קורצ'ין
פרופ' יהודית אהרון פרץ
ד"ר לאה אהרון
ד"ר אמיתי אוברמן
ד"ר יעל אורוין
ד"ר שרה אלון
ד"ר אליסה אש
ד"ר צבי בוקמן
ד"ר נתי בלום
ד"ר רחל בן חיון
ד"ר ירוחמיאל ברבר
ד"ר נועה ברגמן
פרופ' יצחק ברנו
פרופ' אילנה גוזס

בשם:

האיגוד המאזרולגי בישראל
האיגוד לרפואה גריאטרית
החוג לפסיכון גריאטריה
איגוד הפסיכיאטሪה בישראל
איגוד רופאי המשפחה בישראל
עמותת עמדא

ינואר 2023



הנחיות קליניות מתפרסמות ככלי עזר לרופא/ה ואין באות במקום שיקול דעתו/ה בכל מצב נתון

גילוי נאות (קשר מסחרי/עסקי/כלכלי לנושא המשם):

פרופ' אורן טנא – מרצה בשכר עבור חברת ד"ר סמולוב

פרופ' יהודית אהרון פרץ – מרצה בשכר לחברות Eisai, Roche, Novo Norsdic,

רשימת משתתפים (לפי א' ב' של שם משפחה)

פרופ' עמוס קורצ'ין, יוסי ר. יוזר המועצה המדעית عمדה. האיגוד הנאורולוגי בישראל

פרופ' יהודית אהרון פרץ, יוסי ר. יוזר המועצה המדעית عمדה. האיגוד הנאורולוגי בישראל

ד"ר לאה אהרוני, יוסי ר. החוג לרפואה גריatterית בקהילה. האיגוד לרפואה גריatterית

ד"ר אמיתי אוברמן, האיגוד לרפואה גריatterית

ד"ר יעל אורוין, האיגוד לרפואה גריatterית. האיגוד הישראלי לרפואה פלאטיבית

ד"ר שרה אלון, גראנטולוגיה

עו"ד רפאל אלמוג, יוסי משפטி, עמותת عمדה

ד"ר אליסה אש, האיגוד הנאורולוגי בישראל

ד"ר צבי בוקמן, האיגוד לרפואה גריatterית

ד"ר נתיב בלום, עבודה סוציאלית, מנכ"לית عمמות عمדה

ד"ר רחל בן חיון, האיגוד הנאורולוגי בישראל

ד"ר יוחמיאל ברבר, החברה לפסיכיאטריה של הזקנה. איגוד הפסיכיאטריה בישראל

ד"ר נועה ברגמן, האיגוד הנאורולוגי בישראל

פרופ' יצהיל ברנר, האיגוד לרפואה גריatterית

פרופ' אילנה גוזס, נאורואנדוקרינולוגיה מולקולרית

ד"ר אמר גליק, האיגוד הנאורולוגי בישראל

מר בעז וייס, יוסי ר. עמותת عمדה

ד"ר רוניקה וכפוב, האיגוד הנאורולוגי בישראל

פרופ' אליא ורטמן, האיגוד הנאורולוגי בישראל

ד"ר רוד חרמוש, יוסי ר. האיגוד לרפואה גריatterית

ד"ר אורן טנא, איגוד הפסיכיאטריה בישראל

פרופ' דוד טנה, יוסי ר. האיגוד הנאורולוגי בישראל

ד"ר אריאל יקים, האיגוד לרפואה גריatterית

ד"ר הדסה כהן לובל, האיגוד לרפואה גריatterית

ד"ר אירית לקסטר, משרד הבריאות, אנפ' לגריatterיה

ד"ר ענבל מעין, האיגוד לרפואה גריatterית

ד"ר יבגני מרזון, האיגוד לרפואה גריatterית.

איגוד רופאי המשפחה בישראל

ד"ר ניצן סגל, האיגוד לרפואה גריatterית

ד"ר בת שבע פורת נץ, האיגוד לרפואה גריatterית

ד"ר דיאנה פלאקו, האיגוד הנאורולוגי בישראל

פרופ' טלי צוקרמן-ייפה, מועצה לאומית לsocreat, איגוד אנדוקריננו.

ד"ר אלונה קוגן, האיגוד לרפואה גריatterית

ד"ר חיים איתן קרנסן, האיגוד לרפואה גריatterית

ד"ר אופיר קרת, האיגוד הנאורולוגי בישראל

פרופ' רמית רבונה-שפינגנו, איגוד הפסיכיאטריה בישראל

ד"ר זוריאן רדומיסלסקי, האיגוד לרפואה גריatterית

מר גרי רוט, גראנטולוגיה

ד"ר שלבי שטרנברג, האיגוד לרפואה גריatterית

ד"ר תמרה שיינר, האיגוד הנאורולוגי בישראל

ד"ר אסף שלף, איגוד הפסיכיאטריה בישראל,

חברה לפסיכיאטריה של הזקנה בישראל, החברה לפסיכיאטריה של הזקנה

ד"ר דפנה שפט, החברה לפסיכיאטריה של הזקנה.

איגוד הפסיכיאטריה בישראל

ד"ר רותם תלם, האיגוד לרפואה גריatterית והאיגוד

הישראללי לרפואה פלאטיבית



www.health.gov.il

המנהל הכללי

Director General

י' בחשוון התשפ"ג
04 בנובמבר 2022
סימוכין 976471222

לכבוד
ד"ר נתן בלום
מנכ"לית עמותת "עמדא"

שלום רב,

נדונו : עדכון הנחיות הקליניות לטיפול בדמנציה ומניעתה

ברצוני לברך על הוצאתו עדכון הנחיות הקליניות לטיפול בדמנציה ומניעתה. מסמך חשוב זה הינו פרי שיתוף פעולה בין גורמים רבים ומהווה נקודת מבט רחבה מבט וכולנית אודות אחד מן הנושאים החשובים והמאתגרים ביותר מערכת הבריאות בפיו מערכת הבריאות.

משרד הבריאות רואה בהיררכות להזדקנות מיטבית כעיקר הפעולות בתחום הגריאטרי הן בצד הפיזי תפקודי, שיקום ושימור תפקוד, והן בצד הקוגניטיבי והרגשי, מניעת דיכאון ודמנציה, כמרכיבים לדחיקת התלות ואיכות הטיפול באדם הזקן.

קיימת חשיבות רבה לציוו העבודה המקצועית והרבה של האיגודים המקצועיים הכלולים :

האיגוד הישראלי לרפואה גראטירית
האיגוד הישראלי לרפואת משפחה
האיגוד הישראלי לרפואה נירולוגית
והאיגוד הישראלי לרפואה פסיכיאטרית
וכמוון לפרופ' עמוס קורצין ולפרופ' יהודית אהרון פרץ שהובילו את התהליך מטעם "עמדא".

הנחיות אלו עומדות בהלימה לתפיסת טיפול במדיניות מתקדמות ויוחוו בסיס להמשך פיתוח התוכנית הלאומית לטיפול במחלות הגורמות לדמנציה ומניעתן.

לעדכון הנחיות בנושא זה חשיבות מיוחדת וזאת לאור הצורך לשקף את השינויים שחלו בהבנת מחלות אלו והשפעתן על הרפואה הקלינית. זאת תוך התייחסות לתהליכים שונים חברתיים וקליניים.

עם פרסום הנחיות אלו משרד הבריאות יפעל להטמעת הנחיות אלו, ושיילובן כחלק ממכלול הסטנדרטים הנדרשים.

בכבוד רב
פרופ' חנן אש

Director General
Ministry of Health
P.O.B 1176 Jerusalem 91010
mankal@moh.health.gov.il
Tel: 02-5080000 Fax: 02-5655966

המנהל הכללי
משרד הבריאות
ת.ד. 1176 ירושלים 91010
mankal@moh.health.gov.il
טל: 02-5655966 פקס: 02-5080000

הקדמה

אובדן כישוריים קוגניטיביים ודמנציה מלאוים בחוויות כואבות, מפחידות ומטלטלות לפרט ולמשפחה, ומעמידים אתגרי התמודדות אדירים בפני החברה האנושית.

יוטר מ- 150,000 איש ואישה הסובלים מירידה קוגניטיבית ודמנציה מסיבות שונות, חיים היום בישראל. עמותת עמדא נסדה בשנת 1988 על ידי בני משפחה של נפגעי דמנציה כדי לאגד את האנשים המתפלים בחולים עם דמנציה ולהקל את מצוקתם.

בשנת 2011 יזמה עמותת עמדא, בחסות משרד הבריאות, הסתדרות הרפואית בישראל והאיגודים: האיגוד הנאורתולוגי בישראל, איגוד הפסיכיאטריה בישראל, האיגוד לרפואה גריטרית, איגוד רופאי המשפחה בישראל והחברה לפסיכוגריטריה, את כנס ההסכם הראשון כדי לחבר קוי הנחיה לאבחן ולטיפול בחולים הסובלים מירידה קוגניטיבית ודמנציה המותאמים למצב הארץ.

קצב ההתקדמות הטכנולוגיות המואץ בשנים האחרונות זורק את אפשרויות המחקר הרפואי והוביל להתקדמות אדירה בהבנת הפטולוגיות שבבסיס תסמונות הדמנציה, הרקע הגנטי וגורמי הסיכון לדמנציה. מכשירים חדשים חדשניים מאפשרים זיהוי תסמונות קוגניטיביות-התנהגותיות אופייניות, וסמינים ביולוגיים מאפשרים אבחון פתופיזיולוגי עוד טרם התרחשה היידרדרות קוגניטיבית או התנהגותית. עם זאת, על אף ההתקדמות בהבנת תהליכי המוביילים לדמנציה, הגורם למრבית תסמונות הדמנציה עדין אינו ברור. כמו כן, טיפוליעיל, למעט במקרים בודדים, עדין אינו קיים. מחקרים אוכלוסיות זיהו גורמי סיכון לפגיעה קוגניטיבית, וכעת, המחקר מתמקד בדרכי מניעה. על מנת לשקף את השינויים שחלו בהבנת מחלות הדמנציה והשפעתם על הרפואה הקלינית, זימנו את כנס ההסכם הנוכחי.

במושואה לקוי הנחיה משנת 2011 קיימת כת התקישות למצב של ירידת קוגניטיבית מתונה, ומשתקפת התובנה כי הפטולוגיה במრבית מקרי הדמנציה מעורבת. לפיכך, מודגשת חשיבות האבחון והטיפול בגין היסיכון הויסקוולריים. בנוסף, ממצאות הסטטניות קליניות אופייניות, ומוצגת ישלות האבחון בעזרת סמנים ביולוגיים. הוספנו את הטיפוליים הסימפטומטיים הקיימים, ואת אלה שנוסףו בשנים האחרונות, וקיימות התקישות לתחשיריהם ניסיוניים וייעודיים למחלות השונות. כמו כן, נכללות גם הזכיות האזרחיות/משפטיות של החולים הסובל מירידה קוגניטיבית. רופאים ממגוונות הנאורתולוגיה, הפסיכיאטריה, הגריאטריה, ורופא המשפחה השתתפו בחיבור קווי הנחיה העדכניים.

אנו מודים לחברינו עמותת עמדא, ולכל הרופאים אשר הקדישו מזמן וכישרונם בחיבור קווי הנחיה אלו.

פרופ' עמוס קורצין

פרופ' יהודה אהרון-פרץ

תוכן העניינים

הקדמה	עמוד 4
הנחיות והמלצות קליניות למניעה, אבחון וטיפול בחוליים הולכים בירידה קוגניטיבית.....	עמוד 6
מניעת דמנציה	עמוד 9
הפרעה קוגניטיבית מתונה/ (Mild cognitive impairment, MCI)	עמוד 10
הפרעה התנהגותית מתונה/ (Mild behavioral impairment, MBI)	עמוד 10
המחלות השכיחות הגורמות לדמנציה	עמוד 10
שימוש בסימנים ביולוגיים לדיק באבחון דמנציה ומחלת אלצהיימר	עמוד 14
טיפול בדמנציה	עמוד 15
טיפול בתסמינים נפשיים והתנהגותיים הנלוים לדמנציה	עמוד 17
טיפולים ניסיוניים	עמוד 19
הטיפול בחולי דמנציה מתקדמת	עמוד 20
ירידת קוגניטיבית וכשירות	עמוד 21
זכויות החולה הסובל מדמנציה מול מוסדות המדינה ותאגידי הביטוח	עמוד 23
אלגוריתם לטיפול בהפרעה קוגניטיבית קלה	עמוד 24
אלגוריתם לטיפול בדמנציה	עמוד 25

הנחיות והמלצות קליניות למניעה, אבחון וטיפול בחולים הולכים לירידה קוגניטיבית

דמנציה (שיטיון, קיוהון) היא מצב שכיח וחמור, המטיל על קשה על הפרט הפגוע והסובבים אותו, מהוות מעמסה כבדה על שירותים הבריאותיים והסעד החברתי ועל הכלכלת בכללותה. בישראל חיים לפי ההערכה כ-150,000 איש בגיל 65 ומעלה, רובם קשישים הסובלים גם ממחלות רקע נוספות. עם העלייה בתוחלת החיים של האוכלוסייה, השיפור ביכולת האבחון ושיפור הטיפול, מספר המאובחנים בדמנציה צפוי לעלות.

קיים דמנציה חדש כאשר אובדן קוגניטיבי גורם לירידה תפקודית באחד מתחומי החיים (כגון בתפקיד בבית או בעבודה), שינויים בהתנהגות/¹ או הידרדרות בתפקיד יומי-יום. דמנציה יכולה להיגרם מסיבות שונות, ברובן, בהקשר לניוון תלו-גיל של המוח. דמנציה היא אבחנה קלינית. גישה קלינית מובנית עוזרת באישוש קביעת נוכחות דמנציה, ומאפשרת להבדיל בין תהליכיים שונים העומדים בסיס התסמונת, כולל זיהוי מצבים העולמים להחמיר או לגרום לירידה קוגניטיבית הפוכה.

בשל השכיחות הגבוהה של דמנציה, מרבית המעמסה באבחון ובהכונת הטיפול נופלת על כתפי רופאי המשפחה, המהווים ציר מרכזי בהערכת החולים ובטיפול בו. לרופאים מקצועיים המומחים באבחון ובטיפול בחולים הסובלים מגיעה קוגניטיבית תפקיד חשוב באבחון מדויק של דמנציה ובהתוויות הטיפול. רפואיים נאורתולוגים, גראטרים ופסיכיאטרים מהקהילה, בתים החולים ומרפאות ייעודיות כמו מרפאות זיכרון, מצויים במרכז הפעולות בתחום אלה, והם אשר השתתפו בכתיבת דפי הנחיות הקליניות שלhalbן.

דפי הנחיות כתובים בלשון זכר, אך מכונים לכל המינים.

1. הערכה קלינית

הערכת המטופל מתחילה בראון לבירור הרסתמןות ומהלך המחלת. קבלת אמנהה היא השלב החשוב ביותר לקביעת האבחנה וחומרתה וזיהוי בעיות הנובעות منها.

רצוי לחלק את הראיון לשניים - עם המטופל, ובנפרד עם המטופל העיקרי. הראיון עם המטופל ישמש לקבלת מידע לגבי ההיסטוריה הרפואית ולהערכת יכולת התמצאות, מצב זיכרון, השילטה בשפה, יכולת השיפוט וההתובנה. יותרנו פעורים ולעתים, סתריות בין מידע המתקבל מהמטופל ומידע המתתקבל מן המלווה. חשוב להבין את מקור הפערים - האם מקורם בהפרעות זיכרון והתמצאות של המטופל, בהכחשה (denial), או במניעים "זרים".

האמנהה מהוות את הבסיס לבחירת מרכיבי הבדיקה הקלינית והיקף (בדיקה גופנית, נאורתולוגית, קוגניטיבית), בדיקות עזר (דימום, מעבדה) וכמו כן, להמלצות הטיפוליות המותאמות אישית.

ניתן לאבחן דמנציה כאשר קיימים ביוטיים קוגניטיביים/² או התנהגותיים המשקפים ירידת מהרמה התפקודית הבסיסית והמוסכמת, בדרגת חומרה המפריעה לתפקיד בעבודה/³ או בפעולות השגرتית, ואשר אינם מוסברים על ידי מצב של דליריום או הפרעה נפשית משמעותית.

הערכת רופא מומחה המתמחה באבחון וטיפול בחולים הסובלים מליקויים קוגניטיביים מומלצת, לשם דיקט באבחנה ולשם קביעת הטיפול המתאים. הערכה נאורתולוגית תבצע בהתאם להחלטתו של רופא מומחה באבחון וטיפול בחולים הסובלים מליקויים קוגניטיביים כאשר קיימים קושי אבחנתני.

על ההערכת הקלינית לכלול התייחסות ליכולות הקוגניטיביות, לתפקיד ולהתנהגותו של המטופל. בעת הערכת המצב הקוגניטיבי יש להתייחס ליכולת המטופל לשמר על קשב ולכוננו, ליכולת הלמידה ולזיכרון בטוחה הקצר וב佗וח הארוך, ליכולות השפה, להתקפות במחרב ובזמן ולנסות להעריך האם חשיבותו של המטופל הגינונית, והאם הוא מודע לליקויים הקוגניטיביים/⁴ או ההתנהגותיים מהם הוא סובל ולחומרתם.

דגימות אדומות המצדיקים הפניה מהירה לרופא מומחה בתחום ולבירור מעמיק: הידרדרות קלינית מהירה, ירידת קוגניטיבית בגיל צער, הפרעות ההתנהגות בשלב מוקדם והפרעות שפה וראייה.

2. כלי עזר לאבחון דמנציה

הערכתה קוגניטיבית: מבחנים פסיכומטריים עוזרים בהערכת מצב החולה, ובמקבץ אחר שינויים המתרחשים עם הזמן וכן, מסייעים לעקב אחרי התגובה לטיפול. מבחנים פסיכומטריים ובדיקות עזר אינטראקטיביים בפני עצמו, ואיינטראקטיביים תחליף להערכתה קלינית.

קיים מבחן סקר רבים להערכת התפקוד הקוגניטיבי, לדוגמה:

Mini Mental State Examination (MMSE)

Montreal Cognitive Assessment (MoCA), www.mocatest.org

Clock Drawing Test (CDT) –
מבחן ציור שעון (CDT)

הערכתה התנהגותית מהויה חלק מהאבחון הקליני של החולה והסודד העיקרי. בהערכתה יש להתייחס למצב הרוח ולשינויים בדףusi התנהגות, השינה והחשיבה. שאלוניים להערכת ההתנהגות אינם אבחנתיים בפני עצמו, ואיינטראקטיביים תחליף להערכתה קלינית.

קיים שאלוני סקר רבים להערכת התנהגות, לדוגמה:

Neuropsychiatric Inventory (NPI-Q)

Behave AD

Geriatric Depression Scale (GDS)

הערכתה נאורופסיכולוגית עוזרת באבחון מדויק של הרקע הביולוגי של הפרעה, והוא מבוצע בהתאם להחלטתו של רופא מומחה באבחון וטיפול בחולים הסובלים מליקויים קוגניטיביים.

הערכתה תפוקוד יומיומי: יש להערך את תפוקודו של המטופל בעת היום עמו ועם המלווה. חשוב להתרשם מתפקודיו יומי-יום כגון רחצה, לבוש, הכנת ארוחות, מחזור ערונות-שינה, ותפקידים מורכבים כולל נהייה, ניהול כספים, שימוש במילויים יומיומיים.

שאלוניים מקובלים מעריצים:

BADL (Basic activities of daily living)

IADL (Instrumental activities of daily living)

דוגמה לשאלון סקר להערכת תפוקוד כפי שהוא משתמש בתשובותיו של המלווה:

Disability Assessment for Dementia (DAD)

הערכתה גלובלית מעריצה היבטים קוגניטיביים, התנהגותיים ותפקודיים ויעודית לקביעת חומרת הדמנציה.

דוגמה למבחן הערכת גלובלית:

Global Deterioration Scale (GDS)

CDR (Rating Dementia Clinical)

המלצות:

1. יש לבצע הערכה פסיקומטרית (במבחן סקר מקובל), הערכת ההתנהגות, והערכת תפוקודית בעת האבחון ובמהלך לפחות אחת לשנה.
2. הערכה נאوروפסיכיאטולוגית מבוצעת בהתאם להחלטתו של רופא מומחה בתחום.
3. הערכת החולה דורשת בדיקת הנחיצות של כל התרופות, במיוחד אלו שעלולות לפגוע בתפקוד הקוגניטיבי.
4. בדיקות מעבדה: בכל מטופל המתלוון על היזדרדות קוגניטיבית/התנהגותית יש לכלול בבדיקות שיגרה בדיקות דם, כולל ספירה, כימיה, תפוקודי כבד, כליה, שומני דם, תפוקודי בלוטת התריס ורמת ויטמין B₁₂. על פי הסתמןנות הקלינית הרופא המטפל יחליט האם נדרשות בדיקות דם נוספת, בדיקת שתן, בדיקות נזול שדרה.
5. בדיקות דימות: בדיקת CT מוח ללא חומר ניגוד היא בדיקת שיגרה בחולה הסובב מירידה קוגניטיבית ובנוסף, לפי שיקול דעתו של הרופא המטפל, בדיקות נוספת SPECT, PET, EEG, MRI ובדיקות נוספות למוח ו/או אזוריו גופניים.

מניעת דמנציה

דמנציה היא לרוב מצב הולך ומחמיר. עד כה לא נמצא טיפול לעצירת ההידרדרות. קיימים טיפולים סימפטומטיים שיוצרו להלן, ואולם השפעתם חילונית בלבד.

מניעה וڌחית ההסתמןות הקלינית של דמנציה ייעילים, הן במצוות מספר האנשים באוכלוסייה הולוקים בדמנציה, והן בהפחתה במספר השנים בו החולה מתמודד עם התסמונת. על הגישה הטיפולית להיות מכוונת למנעה ולשמירה על איכות החיים של המטופלים.

لتהליכי המנעה שתי מטרות: הקטנת הנזק הנאורתולוגית והעלאה/שמירה של הרזרבה הקוגניטיבית. מחקרים אפידמיולוגיים לשימור איכות חייו של המטופל, מטא-אנליזות וניסויים קליניים מצבאים על מספר גורמים המשפיעים על היוצרות דמנציה. יש לטפל בהם גם לאחר שהסתמנה הפגיעה הקוגניטיבית. אלה כוללים: יתר לחץ דם, השמנה, עישון, סוכרת, זיהומיים, חבלות ראש, הפרעותamina, הפרעות שינה וראייה, דיכאון ולחץ נפשי (stress), מיעוט פעילות גופנית, עודף שימוש באלכוהול, מיעוט קשרים חברתיים וזיהום אוורור.

פעילות קוגניטיבית נחשבת מועילה בהאטת הידרדרות קוגניטיבית למורות שאין מחקרים מדעיים המוכיחים זאת. אימון קוגניטיבי לא הוכח כמועיל למניעת הידרדרות.

דיאטה "בריאה", כגון דיאטה ים-תיכונית נמצאה יعلاה בהורדת סיכון להידרדרות לדמנציה.

המלצות:

1. לשמור על דיאטה בריאה ומأזנת הכוללת ירקות ופירות וממעיטה בשומן מן החיה, דוגמת דיאטה ים-תיכונית.
2. להקפיד על פעילות גופנית, לפחות 150 דקות בשבוע בדרגת עומס כМОמלץ ע"י הרופא המטפל.
3. להקפיד על פעילות חברתיות.
4. להימנע מצריכה עודפת של אלכוהול.
5. להקפיד על ערכים מאוזנים של לחץ דם, רמת הסוכר בدم, משקל הגוף והיגיינת הפה.
6. לבקר האם נדרשים מכשרי שמיעת ומשקפים.
7. לטפל בתסמיני דיכאון, חרדה והפרעות שינה.
8. להקפיד על טיפול רפואי מיידי לאיזון מחלות רקע כМОמלץ ע"י הרופא המטפל.

הפרעה קוגניטיבית מתונה (Mild cognitive impairment, MCI)

הפרעה קוגניטיבית מתונה היא מצב בו האדם עצמו מתלוון על ידיו בתפקיד קוגניטיבי, בד"כ בזיכרון ואולם אינו חווה הפרעה ממשותית בתפקיד יומי-יום, ואינו מגע לכדי אבחנה של דמנציה. לעיתים, התולנה מגיעה מ אדם קרוב המזהה את הירידה הקוגניטיבית או את השינוי בהתנהגות/התנהלות. כאשר ניתן להציג את הירידה הקוגניטיבית בבדיקה אובייקטיבית, ההפרעה חרוגת מהזדקנות פיזיולוגית. שלא כדמנציה הנוטה להתדרדר, הפרעה קוגניטיבית קלה יכולה להיות יציבה במשך שנים ו敖 להשתפר, אף במקרים רבים היא מתדרדרת לדמנציה. אין עדין אפשרות לנבע מי יזרוד, מתי, ובאיזה קצב ואולם להיות וossible מוגבר להידרוות, יש לטפל בגורמי הסיכון שנימנו לעיל ולשלול גורמים הפיכים לירידה קוגניטיבית.

עדין לא קיים טיפול רפואייעיל למניעת היידרוות קוגניטיבית במקרים בהם הליקוי נגרם עקב תהליכי ניווניהם של המוח. טיפול בגורמי הסיכון (ראיה מניעת דמנציה) עשוי להפחית נזק לרकמת המוח, ולשפר את איכות החיים של המטופלים.

המלצות:

1. התייחסות למצב הקוגניטיבי והערכת המצב הקוגניטיבי בהתאם לממלצת בדיקה שגרתית בכל אדם החל מגיל 60, ולאחר מכן מדי 6 חודשים עד שנה.
2. יש לטפל בגורמי סיכון העולמים לפגעה והידרוות קוגניטיבית (ראיה מניעת דמנציה).
3. יש חשיבות באבחנה מדוקית של MCI למען שיפור המרכיב הרפואי ודוקטורי הטיפול הרפואי ועל מנת לאפשר לחולה טיפול והתמודדות עם בעיות אישיות ותכונן עתידי, כולל דיון על המשך נהיגה, שיקולים כספיים, מניעת ניצול כספי, צורך בעזרה, התייחסות לכתיבת צוואה, חתימה על הנחיות מקדיימות, מעבר לדירות מוגן.

הפרעה התנהגותית מתונה (Mild behavioral impairment, MBI)

תהליך הנីוון של המוח יכול להתרbeta תחילתה בהפרעות התנהגות, כגון הסתగרות ואפתייה, תוקפנות (AMILLOIT, מיניות או גופנית). במקרים אלה, יש לחפש את הסיבה. לעיתים, מדובר בדמנציה פרונטו-טמפורלית, אך תיתכן סיבות נוספות, כגון מחלת הנטינגטון.

המחלות השכיחות הגורמות לדמנציה

מחלת אלצהיימר: מחלת אלצהיימר נחשית לגורם הנפוץ ביותר לדמנציה אם כי במרבית החולים הפטולוגיה מעורבת (mixed dementia).

האבחנה הקלינית של מחלת אלצהיימר מtabסת על הדגמת פגעה מוקדמת בזיכרון האפיוזדי, ואליה מתווספים בהדרגה חסרים בתחוםים קוגניטיביים אחרים. האדם הסובל מדמנציה הופך חסר יישע. בגין צער ההסתמונות הראשונית עשויה להיות שונה.

אבחנה ודאית של מחלת אלצהיימר נשמרת על קיום שינויים פטולוגיים, הכוללים שקיעה של החלבונים עAMILLOID ביתא וטאומזרוחן-בייטר במוח. ניון רקמתני (atrophy) מתחולל במהלך המחלת.

הבדיקה האבחנתית של הקביעה הקלינית אינה גבוהה. ברבע מה החולים הסובלים מדמנציה וחשדים על ידי רופאים מומחים בתחום כסובלים ממחלה אלצהיימר לא תימצא הפטולוגיה האופיינית. מאידן, במקרים רבים ניתן למצוא את הפטולוגיה האופיינית, דהיינו משקעי עAMILLOID ביתא וחלבון טאו מזרוחן-בייטר, ללא שהסתמונת אצלם מוציאה במהלך חייהם.

הסתמןות הקללאסית היא מחלת גיל המבוגר, בדרך כלל לבני 65 ומעלה. מעבר לגיל 65 שכיחותה מוכפלת כל 5 שנים, ומגיעה עד 50% מעל גיל 90.

הסתמןות לא אופיינית - התסמינים הראשונים מופיעים בד"כ לפני גיל 65. בשלב הראשון נפגעים בדרך כלל תפוקודי שפה, תפוקודים חזותיים או התנהגות.

אפוליפופrotein E (Apolipoprotein E): האלול 4 (ApoE4) הוא הגורם הגנטי המובהק והתקף ביותר למחלת אלצהיימר בגיל המבוגר.

מחלת אלצהיימר בהורשה גנטית: זו הסטמןות נדירה של מחלת אלצהיימר המופיעות בכ-1% מהחולים במחלת אלצהיימר. המחלת מתפרצת לבני פחות מ-65, בד"כ בעשור החמישי לחיים. העברת היא בהורשה אוטוזומלית דומיננטית.

הסתמןות בקשישים: דמנציה לבני 65 ומעלה מסתממת בדרך כלל בהקשר למספר רב של פתולוגיות מוחיות נוספות. הפטולוגיות השכיחות הן: מחלות כלי דם, מחלת גופי לוי, משקעי חלבון TDP-43 וסוגים נוספים של משקעי חלבון פתולוגיים. הפטולוגיה הסגולית למחלת אלצהיימר יכולה להוות פתולוגיה עיקרית, משנית או חלקית. לעיתים, ניתן למצוא משקעי חלבון פתולוגיים אופייניים למחלת אלצהיימר ו/או לדמנציות נוספות ללא שהסתמנה דמנציה במהלך החיים.

מחלת אלצהיימר באנשים עם תסמונת Down: מרביתם יסבלו ממחלה אלצהיימר כבר בעשור הרביעי או החמישי לחייהם.

דמנציה וסקולרייט (Vascular dementia) נגרמת עקב נזק לרקמת המוח כתוצאה מפגיעה בכליה הדם המוחיים, לרוב, על רקע היוצרות אוטמים ו/או פגעה בחומר הלבן. גורמי הסיכון לדמנציה וסקולרייט כוללים: יתר לחץ דם, סוכרת, דיסליפידמיה, מחלת לב איסכמית, פרופור פרזודרים, השמנת יתר ועישון, המהווים כולם גם גורמי סיכון למחלת אלצהיימר. שלא כמו מחלת אלצהיימר שהסתמנותה תמיד זהלנית, דמנציה וסקולרייט יכולה לצוץ בהתאם לביקורת של אירועים וסקולרייטים והתיצבות או אף שיפור בעת ההחלמה. ההסתמןות האופיינית כוללת חשיבה איטית, הפרעות בתפקידים הביצועיים, שינוים במצב הרוח ושינוי אישיות והתנהגות המלווה בסימני צד (מוטוריים ו/או תחשתיים) וכן, הפרעות שפה, שינוי משקל והליכה. בשלבים מתקדמים החולים סובלים מהפרעות זיכרון, שיפור והתמצאות בדומה למחלת אלצהיימר.

האבחנה מבוססת על הסתמןות הקלינית, הערצת גורמי הסיכון הווסקולריים, דימות מוח לבורר מחלת וסקולרייט מוחית (MRI, CT), דופלקס עורקי הצוואר, אקו לב ובדיקה הולטר קצב לב ממושכת. מניעת דמנציה וסקולרייט דומה למומלץ במחלה אלצהיימר, תוך הקפדה יתר על גורמי סיכון וסקולרייטים.

דמנציה פרונטו-טמפורלית – FTD (Frontotemporal dementia) היא שם כולל לקבוצה של מחלות המתאפיינות קלינית באחד או יותר מהتسمינים הבאים: שינויים בהתנהגות, ליקויים בתפקיד שפה והפרעות מוטוריות. דמנציה פרונטו-טמפורלית אחראית לכ-10% מכלל מקרי הדמנציה, ולכ-20% מקרי הדמנציה לבני 65 שנים ומטה. תסמינו המחלת חמירים בדרך כלל במהלך, אך תוארו חולים עם מהלך איטי.

השם דמנציה פרונטו-טמפורלית מתיחס לשוש הסתמןויות קליניות שונות:

1. הסטמןויות התנהגותית: Behavioral variant of frontotemporal dementia (bvFTD) המתבטאת בתבונה לקויה, אובדן עכבות, אובדן יוזמה, נזקשות חשיבתי, הפרעות בפרשפה ובתקודים הניהוליים.

2. הסטמןויות שפתית: Primary progressive aphasia, PPA) הכוולת שלושה סוגים, עם תבונה שמורה בתחילת המחללה:

א. Semantic variant PPA (svPPA) מתבטאת בדיבור שוטף, הפרעה בהבנת מילים, קושי בשיום. תיתכן פגיעה בזיכרון סמנטי.

ב. Nonfluent variant PPA (nfvPPA) מתבטאת בדיבור לא שוטף, שיבושים בתחביר, קושי בשיום. שאר התקודים הקוגניטיביים שמורים בתחילת.

ג. Logopenic variant PPA (lvPPA) מתבטאת בדיבור איטי עם קושי במציאת מילים.

3. הסטמןויות משולבת הכוולת תסמיןים קוגניטיביים אופייניים ל-FTD יחד עם תסמיןומים מוטוריים, כולל מצג פרקינסוני או מחלת נאורתן מוטורי. הפטולוגיה מתאפיינת בדלקול פרונטלי וטמפורלי, באובדן תאים, גליוזיס (gliosis) וספונגיאזיס (spongiosis). בנוסף, מוגמת שקיעת חלבונים המשתייכים לשוש קבוצות עיקריות: TDP-43, FUS, Tau.

ב-50% מהחולים קיימת היסטוריה משפחיתת של מחלת דומה, ובמקרים רבים, ההורשה אוטוזומלית דומיננטית. האבחנה הקלינית של תסמןויות FTD נשענת על ההסתמןויות הקליניות, וnezrat בדימות מבני באמצעות MRI ודמיות תפקודי באמצעות FDG-PET/SPECT.

עדין לא קיים טיפול ייעודי ל-FTD. הטיפולים התרופתיים העיקריים כיוון מכוונים להקלת התסמיןים ההתנהגותיים והמוסטוריים, כגון SSRI, ו騰शירים דופאמינרגיים ואנтипיסיוכוטים. מעכבי אצטילכולין אסטריאז, שימושים בהם לטיפול במחלת אלצהיימר עלולים להחמיר את התסמיןום ב-FTD.

דמנציה בשל מחלת פרקינסון ומחלת גופifi לוי: דמנציה במחלת פרקינסון שכיחה מאד, וitousך, כי מרבית החולים במחלת פרקינסון יפתחו דמנציה לאחר 10-8 שנים מחלת גופifi לוי (DLBD) מאפיינת מצב בו הירidea הקוגניטיבית מתחילה עוד לפני הופעת סימנים מוטוריים. לשתי המחלות מאפיינים קליניים דומים אשר כוללים הדיזות ראייה, גליות קוגניטיבית ו-REM Sleep Behavior Disorder (RSBD).

דמנציה מזיהום מוח: בשלבי המאה 19-20 הייתה מחלת העצבת סיבת חשובה לדמנציה. לפני 30-40 שנה היה נגיף HIV גורם חשוב. אטיאולוגיות אלו זיהו מינים אחרים קיימים גם בימינו אם כי הם נדירים יותר.

דמנציה אוטואימונית (autoimmune encephalopathies): קבוצת מחלות בהן מערכת החיסון מייצרת נוגדים התוקפים את רקמת המוח. בחלק מהמקרים, התסמונת פארא-נאופלסטית. ההסתמןויות הקליניות מגוונות ויכולת לכלול: פרקסים, הפרעות תנועה, הפרעות התנהגות, הפרעות נפשיות וירidea קוגניטיבית. לעיתים, ההסתמןויות היא בירidea קוגניטיבית בלבד.

אנצפלואטיה אוטואימונית היא אבחנה ברת טיפול. עיקוב בטיפול מחמיר את הפרוגנוזה ומעלה את הסיכון לדמנציה.

סוכרת ותפקוד קוגניטיבי: סוכרת מאיצה הידדרות קוגניטיבית. מאידן, חולוי סוכרת הסובלים מירidea קוגניטיבית מתקשים לעיתים קרובות לנשל את מחלתם, ונזקקים לעזרה והשגחה בהקפה על נטילת תרופות ודיאטה מתאימה לשם איזון ערבי הסוכר ולהחץ הדם.

דמנציה בגיל צער: אחד מכל 20 אנשים המאובחנים כסובלים מדמנציה הוא בן 65 שנה או פחות. בגיל צער, ההתייצגות הקלינית,عشוויה לכלול תסמיןים לא טיפוסיים כגון הפרעות ראייה, שפה או דיבור, הפרעות מוטוריות או הפרעות התנהגות. להיות שמדובר בהפרעה נדירה יחסית, האבחן דורש מומחיות מיוחדת. המחלה הגורמת לדמנציה

בגיל הצער היא לרוב מחלת אלצהיימר ואחריה, ספקטרום מחלות הניוון הפרונטוטemporal. האבחנה המבדלת כוללת מחלות ניווניות אחרות ומחלות לא ניווניות כגון: מחלת כפינוית, דלקתית-אוטואימונית, מחלת זיהומית או מחלת כלי דם. אבחון מדויק ומוקדם של המחלת הגורמת לדמנציה מאפשר להציג למטופלים מותאם, טיפול ותמיכה ותוכניות טיפול פליאטיביות פרטניות וייעוץ גנטי.

מחלה קרויצפלד יעקב (Creutzfeldt-Jakob disease, CJD)

מחלה קרויצפלד יעקב (Creutzfeldt-Jakob disease, CJD) היא מחלת ניוונית חשוכת רפואי, المستמנת בירידה כוגניטיבית ו/או שינוי התנהגותיים ולעתים, חסרים נאורולוגיים (הפרעות ראייה, חסרים מוטוריים) והתקפים אפילפטיים המתדרדים במהלך (Rapidly progressive dementia (RPD)), ומובילים לתרדמת ומותם במרבית המקרים בתוך מספר חודשים. הגורם ל-CJD הוא חליק חלבוני בשם "פרוון" (Proteinaceous-infectious particle). הפרון מתפשט מתא לתא ע"י הדבקת חלבונים תקינים בהתאם המודבקים. החלבונים המודבקים שוקעים והורסים את תא המוח.

מחלה קרויצפלד יעקב מתרחשת בכ- 95%-90% מהמקרים بصورة ספורנית. שכיחותה כמקרה למיילון אנשים לשנה. בכ- 10% מהמקרים, מחלה קרויצפלד יעקב מסתמנת גנטית או משפחתיות בד"כ בהקשר למוטציות בגן *PRNP* המkodeד לחלבון הפרוון.

בישראל, קיים מצב הגדול בעולם של הסוג הגנטי של מחלה קרויצפלד יעקב. בחלוקת מהיהודים ממוצא לובי ותוניסאי נמצא מוטציה (E200K) בגין הפרוון, המועברת בהורשה אוטוזומלית דומיננטית. מרבית הנשים יופתחו את המחלת החול המשוער השבעי שלהם. הערכה היא שבישראל חיים כיום אלף נשים של המוטציה E200K. ניתן למנוע את העברת המחלת מדור לדור ע"י הפריה חזק-גופית ואבחון טרום השרותי, גם מבלי לדעת את סטטוס הנשאות של ההורה.

הירערות נרכשת תוארה בכ- 1% ממקרי מחלה קרויצפלד יעקב. מעבר למחלת מודר לדור לאחר השתלות קרנית, קרומי מה,ALKTRODOT מה, תוצרי דם, והורמון גידלה מחולים. מעבר מבקר לאדם, Variant CJD, התרחש בריטניה בשנות ה-90 של המאה הקודמת.

האבחנה של מחלה קרויצפלד יעקב נקבעת באופן קליני ועל פי תוצאות בדיקות MRI של המוח, EEG, בדיקות CSF ובדיקה גנטית (במקרים המשפחתיים).

המלצות:

1. בדמנציה המופיעות בגיל צער ובדמנציה המתקדמה במהלך מומלץ אבחן הסינדרום הקליני על ידי מומחה בתחום הדמנציה.
2. בדיקות עזר לזיהוי מצבים הפיכים או אבחנה חלופית הכוללות בדיקת EEG, בדיקת MRI מוח מבנית, ובדיקת נזול השדרה, מומלצות בכל מקרה של דמנציה המסתמנת בגיל צער.
3. בדיקות עזר לזיהוי מצבים הפיכים, אבחנות חילופיות, וдиוק אבחנה בדמנציה המסתמנת בגיל מבוגר, ובדמנציה המתקדמה במהלך מומלצות בהמלצת רופא מומחה בתחום הדמנציה.
4. במקרים שבהם מומחה בתחום הדמנציה חשוד באטיולוגיה דלקתית או זיהומית ניתן להוסיף בדיקות סרולוגיות למחלות קולגן, מחלות אוטואימוניות או מחלות זיהומיות ולעתים בדיקות לנוגדים הגורמים לאנצפליטיס אימוניות או פראאנאופלטיט.
5. לאחר האבחון מומלץ לשcool הפניה לאבחן גנטי בתיאום עם רצונות המטופלים.
6. מתחת לגיל 65 חולמים המאובחנים בדמנציה אינם זכאים ל"גמלת סעד". מומלץ להפנות את המטופלים לעובד/ת סוציאלי/ת לצורך סיוע במימוש זכויותיהם מול גופי הרוחה.

שימוש בסמנים ביולוגיים לדיק בבדיקה דמנציה ומחלת אלצהיימר

בעשור האחרון חלה פריצת דרך ביכולת לאבחן שינויים פתופיזיולוגיים אופייניים למחלות הדמנציה השונות במהלך החיים, עליידי שימוש בסמנים ביולוגיים (biological markers, biomarkers) ובדיקות. השימוש בסמנים ביולוגיים מאפשר דיק בזיהוי הפטולוגיה הגורמת למחלת שלבים מוקדמים, לעיתים עד לפניה הסתמנות הלקויים הקוגניטיביים, ומעקב אחר שינויים לאורך זמן ו/או בתגובה לטיפול.

במחלת אלצהיימר הסמנים מולקולריים כוללים מדידת ריכוז החלבונים עמילואיד ביתא וטאו ומולקولات רגישות לתהילכים ניווניים כמו NfL (neurofilament light) בدم ובנוול השדרה. את החלבונים עמילואיד ביתא וטאו ניתן לזהות גם במיפויים ייעודיים ב-PET amyloid-*tau*.

במקרים של מחלת אלצהיימר משפחתי, השימוש בסמנים הביולוגיים מאפשר להציג תhallיכים פתופיזיולוגיים של מחלת אלצהיימר 20 שנה ויותר לפני הופעת התסמונת הקלינית.

סמנים ביולוגיים מולקולריים נמצאים בעת השימוש קליני במחלה אלצהיימר בלבד. סמנים ביולוגיים מולקולריים נמצאים בשלבי פיתוח מתקדמים בדמנציה של מחלת פרקינסון וגופי לוי ובמחלות הגורמות לדמנציה פרונטוטempורלית.

ב-MRI מוח ניתן לזהות אובדן ורקמה (arteriosclerosis) כליליות או מוגשת באזוריים אופייניים למחלות הדמנציה השונות, ופטולוגיה כתוצאה ממחלות כלי דם, דימומים, אוטמים, שינויים בחומר הלבן, גידולים והידרוצפלוס.

דימות ב-SPECT-FDG ו-*PET* מציגים אזורים של היפומטבוליזם (hypometabolism) וירידה בזילוח המוחי (cerebral hypometabolism), אופייני לתסמונות דמנציה שונות.

במקרים של מחלת אלצהיימר, PET amyloid-*tau* ומדידת רמות עמילואיד ביתא וטאו בננוול השדרה מאפשרים זיהוי מולקולרי של התהיליכים הפטופיזיולוגיים בחוללה הבודד. הדבר מאפשר דיק בבדיקה המורמת לדמנציה, ובביקורת המבדלת ואתבחירת הטיפול המתאים בתכשירים המכוננים נגד תהיליכים פתופיזיולוגיים במחלה אלצהיימר. עקב ריבוי פתולוגיות עם הגיל, סגוליות הסמנים למחלת אלצהיימר יורדת עם הגיל.

המלצות:

1. בדיקת סמנים ביולוגיים למחלת אלצהיימר אינה מהוות חלק מהבירור הבסיסי לדמנציה בגיל הקשייש.
2. בדיקת סמנים תיועשה במקרים של דמנציה המתאפיינת בגיל צער. בדיקת סמנים בדמנציה הפורצת מעל גיל 65 שנה תבוצע בהמלצת מומחה בלבד כדי לדיק באבחנה, בבדיקה המבדלת ובטיפול המומלץ.
3. בדיקת סמנים ביולוגיים אינה מומלצת לאנשים ללא תלונות קוגניטיביות או עם תלונות סובייקטיביות שאין פוגעות בתפקוד היומיומי.
4. ההפנייה לביקורות השונות ופרשנות תוצאות בבדיקה סמנים ביולוגיים תבוצע על ידי רופא בעל ניסיון בשימוש בבדיקות אלו.
5. הפניה לאבחן גנטיאינה מומלצת כחלק מבירור שגרתי בדמנציה המופיעה בגיל מבוגר.

לביקורת הסמנים במחלה אלצהיימר יש מגבלות מסוימות. נוכחות הסמנים הביולוגיים מופיעות שנים לפני הופעת התסמונת הקלינית. נוכחות מהוות גורם סיכון לדמנציה, ואולם, אינה מנbatchה בהכרח אם תתרחש התסמונת קלינית או את העיתוי שלה.

PET: Positron Emission Tomography, FDG-PET: 18-F fluorodeoxyglucose positron emission tomography,
SPECT: Single Photon Emission Computed Tomography, MRI: Magnetic Resonance Imaging.

טיפול בדמנציה

טיפול היכול להביא להחלמה או הפסקה מוחלטת של הידורדות עדין אינו קיים ברוב מוחלט של החולים.

תרופות השיכנות למשפחת מעכבי הרוז אצטיל כולין אסטרז (acetyl choline esterase inhibitors)

בחולים הסובלים מדמנציה על רקע מחלת אלצהיימר קיימת ירידת בתוכולת הרוז acetyl choline transferase (esterase) והדבר גורם לירידה ביצירת המוליך העצבי אצטיל כולין, וירידה בפעולות הколоינרגית בклיפת המוח.

מעכבי אצטיל כולין אסטרז (donepezil, rivastigmine, galantamine) מעכבים פירוק אצטיל כולין בסינפסה, ומעלים את רמת אצטיל כולין בклיפת המוח. קבוצת תרופות זאת מיועדת לחולים בשלבים ראשוניים וביניוניים של המחלה. לעיתים, תרופות אלו ייעילות גם בשלבים מתקדמים של המחלה.

למעכבי אצטילכולין אסטרז ייעילות סימפטומטית מתונה בחולים הסובלים ממחלה אלצהיימר, ובallo הסובלים מדמנציה על רקע מחלת פרקינסון וגופי לו. הדוגמה היא ייעילות מסוימת גם בחולים הסובלים מדמנציה וסקולריות. ההשפעה מתבטאת בשיפור הזיכרון, הפרעות התנהגות ותפקוד בחני יום-יום. ייעילות תכשירים אלו דומה. מומלץ להתמיד, ככל הנition, בטיפול בתכשיר אחד. לא מומלץ לעבור מתכשיר גנרי אחד לשנהו ללא סיבה מיוחדת. ייעילות הטרופה תלולה במינון (בריכוזם בدم). מומלץ לעלות באיטיות עד המינון הנסבל המירבי. כל התרופות פומיות, למעט ריבסטיגמין הקיים גם בצורה מדבקה עורית. תופעות לוואי נפוצות: דיכוי תיאבון, ירידת משקל, שלשול והפרעות שינה. התכשירים עולים לגורום ברדיקרדיה, במיחוד בשילוב עם חוסמי ביתא. מעכבי אצטילכולין אסטרז מאושרים בישראל לטיפול במחלה אלצהיימר בלבד, ככלולים בסל התרופות ונמכרים תחת שם משלוחים שונים.

בדמנציה במחלה פרקינסון ודקמיה עם גופי לו קיימת ייעילות מתונה של מעכבי אצטילכולין אסטרז, בדומה ליעילות שהודגמה במחלה אלצהיימר. קימות גם ראיות להשפעה חיובית של מעכבי אצטילכולין אסטרז על הזיות ראייה, הפרעות התנהגות ותסמינים התנהוגתיים בחולי דמנציה עם גופי לו.

תרופה המווסתת את המערכת הגלוטמטרית: מעכב NMDA inhibitor (memantine): ממנטין (memantine) מיועד לטיפול בשלבים מתקדמים של המחלה. ניתן לשלב אותה עם מעכבי אצטיל כולין אסטרז. תרופה זאת מוסתת את רמת הגלוטםט במוח בלי לפגוע בתהליכיים פיזיולוגיים הנחוצים ללמידה וזיכרון. תופעות לוואי נפוצות: כאבי בטן, שלשול, אי שקט.

התרופה אינה כוללה בסל התרופות. הקופות משתתפות חלקית בימון התרופה, בדרך כלל באמצעות הביטוחים המשלימים.

- memantine מיוחסת ייעילות מסוימת לטיפול בחולי דמנציה עם גופי לו, אך אין נתונים חד משמעיים לגבי דמנציה של מחלת פרקינסון.

תרופות המעכבות ומפחיתות הצטברות החלבון עמילואיד ביתא

אדוקנומב (adolam, mehludA, bamunacuda): התרופה אושרה על ידי ADF האמריקאי באישור חריג (עם סייג לביצוע מחקר נוסף לבדיקה ייעילות הטיפול ותופעות הלואה) לטיפול במחלה אלצהיימר. אдолאם אינו מאושר ע"י משרד הבריאות בישראל ואיןו כלולו בסל התרופות.

היעילות הקלינית של אдолאם עדין אינה ברורה. ממצאי המחקר מרמזים כי הטיפול עשוי להאט התקדמות המחלה בחולים עם ירידת קוגנטיבית מתונה או עם דמנציה בדרגת חומרה קלה.

לקנמב (lекамеби, ibameucel, L-bamenacel): התרופה אושרה על ידי ADF האמריקאי בהליך מואץ ביןואר 3202. התוצאות הקליניות של המחקר שבודק את ייעילות הטיפול בלקנמב מדגימות השפעה קלינית קטנה ואולם משמעותית בחולים שטופלו בשלבי מחלת מוקדמים. בהשוואה לקבוצת הביקורת הטיפול האט את קצב ההתקדרות הקוגניטיבית במהלך 81 חודשים טיפול. لكנמב אינו מאושר לשימוש ע"י משרד הבריאות והוא כולל בסל התרופות.

שתי התרופות הן נוגדים מונוקלוניים כנגד החלבון עAMILoid ביתא ומקטינוט משמעותית את ריכוזו במוח. טיפולים אלו אינם עכרים את התקדמות המחלת ואינם מחייב יכולות קוגניטיביות שאבדו.יעילות התרופות לא נבדקה בדמנציות אחרות.

תופעות לוואי נפוצות כוללות בצתת וזוגנית במוח ודימומיים קורטיקליים קטנים, תופעה המוכרת כ-AIRa:
seitilamronba gningami detaler diolyma

תרופות מרשם נוספת ותוספי מזון:

- **Egb761**, מיצוי של הצמח גינקו בילובה, משוק בישראל כתרופה מרשם Cerebonin למצבים של ירידת קוגניטיבית. לתכשיר השפעה מיטיבה על מערכת המוליכים העצביים (הגולינרגית, הדופאמינרגית והגלוטמברגית). החומר הדגים יעילות מתונה בהקללה על תסמיינים התנהוגתיים וקוגניטיביים במוגרים עם ירידת קוגניטיבית. החומר בטוח וחסית לשימוש, אך דוח על נטייה לדםם. מומלץ להפסיק את השימוש לפני ניתוח. נדרשת זהירות במטופלים עם אפילפסיה. צרבונין אינה כלולה בסל הבריאות בישראל.
- **fosfatidyl-serine**: משוק בישראל כתוסף תזונה. נבדק במספר מחקרים במוגרים עם תלונות קוגניטיביות, בנבדקים עם ירידת קוגניטיבית קלה, ובallo אשר אובחנו עם דמנציה. בחלק מהמחקרים נמצא שיפור קל בביטויים ב מבחנים קוגניטיביים ובתפקודי יומ-יום (ADL). החומר בטוח וחסית לשימוש.
- **(GranaGard)** ננופורמלציה של שמן זרעי רימונים: התכשיר משוק בישראל כתוסף תזונה. יעילותו של טיפול זה למניעה או לטיפול בירידה קוגניטיבית לא נבדקה.

אסטרטגיות נוספות לטיפול בירידה קוגניטיבית

- **אימון קוגניטיבי** ממוחשב ולא ממוחשב, מוצע לשיפור היכולות הקוגניטיביות בעיקר בבראים ובמאובחנים עם MCI, אך יעילותו טרם הוכח.
- **Transcranial magnetic stimulation**: הטיפול מאושר על ידי FDA ומשרד הבריאות בישראל לטיפול בדיכאון וב-Obsessive Compulsive Disorder. מספר מחקרים קליניים הדגימו יעילות מסוימת בזמן קצר בנבדקים עם ירידת קוגניטיבית, ואחרים הראו שאין שינוי במצב הנבדקים. דרושים מחקרים נוספים לבודיקת יעילות טיפול זה.
- **חמצן היפרבריארי (תא-לחץ)**: יעילות טיפול זה במצבים של ירידת קוגניטיבית בשל מחלת ניוונית טרם הודגמה. דרושים מחקרים נוספים לבדיקה יעילות הטיפול.

טיפול בתסמינים נפשיים והתנהגותיים הנלוויים לדמנציה

תסמינים נפשיים והתנהגותיים, הם חלק מהלך הדמנציה, ונגרמים מן התוצאה המאשנויות האנטומיים, והן כטגובה נפשית של האדם לחלטתו. התסמינים מחולקים לתסמינים נפשיים כגון: אידישות, חרדה, מצב רוח ירוד, מחשבות שוא ו הפרעה בתפיסה, ולתסמינים התנהגותיים כגון הפרעה בשינה, אי-שקט, תוקפנות, חוסר עכבות מיניות, אגרנות, שיטות וחוסר שיפוט חברתי. התסמינים חרוכים לרוב בסבל ניכר של החולה ומשפחתו, בעליות גבשות של הטיפול, ומהווים את הגורם העיקרי בהוצאה האדם מביתו למושד.

התמודדות עם תסמינים נפשיים והתנהגותיים מחייבת הבנה של הגורמים הגוףניים והסבירתיים להופעתם והמהלך שלהם.

יות שהතסמינים הנפשיים הם במידה רבה תוצאה של יחס גומלין בין החולה לנסיבותו, ולאחר שהמתפל העיקרי הוא-הוא הסביבה וקובע אותה, אין טיפול ללא התייחסות למצבו של המתפל העיקרי, וליחסו הגומלין בין לבין המתפל. המתפל העיקרי מכונה בספרות "חולה השקוף", והוא נמצא בסיכון גבוה לפגיעה נפשית, חברתיות, גופנית וכלכלית. הטיפול בו כולל הן מרכיב חינוכי (הסביר על מהות הדמנציה, מהלכה והטיפול בה), הן מרכיב נפשי (תמייה) והן מרכיב טכני (מצוי זכויות ושילוב בקהילה). חשוב מאוד להזכיר את גורמי התמיכה בקהילה על מנת לשיער למטופל ולמשפחתו במצוי זכויותיהם הסוציאליות ובקבלת תמיכה נפשית, תוך יצירת סביבה מיטבית למטופל, ביניהם מרכזי יום, שירותי רוחה ועמותת עמדא.

טיפול לא רפואי הוא הקו הראשון בגישה לתסמינים נפשיים והתנהגותיים.

מכל הטיפולים הלא- רפואיים, התערבות התנהגותית-חינוכית וטיפול נפשי הן הגישות המוכרות ביותר. גישה התנהגותית כוללת את זיהוי הגורמים המעוררים אי-שקט ומיותם, לצד יישום תקשורת לא מתעמתת, המדגישה רגש ומען פנוי היגיון ומצוות. טיפול נפשי כולל שיטות קלאסיות או שיטות טיפול ייחודיות, לרבות העלת זיכרונות (reminiscence therapy), טיפול במוסיקה, טיפול בהבעה וగיריה חששית אשר יעילוותם לא הוכח. המשותף לכל הגישות ההתנהגותיות והנפשיות הוא הייתן מובססת על תקשורת הדדית, מכבדת וקשובה. מבחינה חששית, יש להימנע מגירוי יתר או חסר ולתקן ככל הניתן את החושים (שימוש בעזרי ראייה ושמיעה).

טיפול רפואי: יש לשקל מתן טיפול לאחר יישום הטיפול הסביבתי (ובמקביל להמשכו). לא קיימות TERAPIOT תרופות המותווות ספציפית לתסמינים נפשיים והתנהגותיים לדמנציה, וכולן עלולות לגרום לתופעות לוואי ממשמעות (כולל תגובה פרדו-סלית עם החמרת התסמין). לפיכך, יש לשטוף את החולה (במידת האפשר) ואת מטפליו העיקריים בכל החלטה. אם הוחלט על טיפול רפואי, יש להתחיל במיןון נמוך ככל האפשר, להעלותו באיטיות ובהירות, ולבחוון באופן סדרי, לכל הפחות אחת לשולשה חודשים, את השפעתו.

בכל מקרה, הטיפול הרפואי הוא סימפטומטי ומכוון לשיעור בהפחחת התסמינים, ולא לריפוי המחלה.

במקרים שההתמונה הבולטת היא של חרדה, מצב רוח ירוד, הפרעת שינה או אי-שקט, **טרופות נוגדות דיאאון** (ממ�פחת ה-SSRI) במיןון נמוך עשויות להיות יעילות. במיןון גבוה יותר קיימת זהירה מפני הפרעות קצב לב. מיןון נמוך של אמיטրיפטילין יעיל בהשראת שינה.

במצבים בהם בולטת תמונה קלינית של תוקפנות, מחשבות שוא והזיות הגורמים למצוקה ניכרת או מציבים את המתפל וסבירתו בסכנה ממשמעות, טיפול בנוגדי חרדה ודיאאון לא הביא תועלת, ניתן לשקל תוספת טיפול אנטי-פסיכוטי. יודגש, שככל הטיפול האנטי-פסיכוטיות מלאות באזהרה לגבי תחולואה ותמותה באנשים מעל גיל 65 הסובלים מפסיכוזה על רקע דמנציה. בתרופות אלו יש להיעזר רק אם יש הכרח, ככלומר, סבל ניכר של החולה, סיון עצמי עבורי או עברו מערכת התמן, או אי יכולת לטפל בו נוכח הפרעות ההתנהגות. יש להקפיד על דיון עם המתפל העיקרי ותיעודו, תוך שיקילת פוטנציאלי הנזק (עליה בסיכון למות, אירובי מוח, סיון קרדיו-וסקולרי, החמרת תסמונת מטבולית, פגיעה קוגניטיבית, תסמנות אקסטרה-פרימידלית, נפילות ועוד) מול התועלת האפשרית, ולבחוון את הייעילות במרוחחים קיצרים במידת האפשר. ריספרידון נמצא בסל הבריאות בהתויה זו, ועל פי רוב, יהיה הקו הראשון בין TERAPIOT

ונגדות פסיכוזה. בהמשך ניתן לשקלול אולנטזפין, אריפיפריזול, אמיסולפיריד וקוווטיאפין (Amisulpride, Quetiapine).

מומלץ להימנע מנגדי פסיכוזה מהדור הראשון, ובכלל מקרה להימנע מתרופות ארוכות טווח. ניתן לשקלול מתן קלוזאפין (Clozapine), על אף מרכיבתו ועם אישור מתאים. אם תרופות אלו נכשלות, יש לשקלול את הצורך בהמשך מתן התרופה האנטיפסיכוטית. הפסקת מתן התרופה חייבה להיעשות בהדרגה.

תרופות ייעודיות לירידה הקוגניטיבית, מעכבי אצטיל כולין אסטרז, חוסמי NMDA 1-2, Egb761, תיתכן השפעה מרגיעה, וניתן לנסותם.

אנשים הולקים בדמנציה לא תמיד מסוגלים לבטא כאב, ולפיכך, כאשר יש חשד שהאדם סובל מכאבם, יש לנסות לברר את מקור הכאב ולטפל בו. יש מקום לשקלול מתן תרופות נוגדות כאב.

הפרעות שינה שכיחות באנשים עם דמנציה. בכל מטופל יש לברר את הסיבה להפרעת השינה (שינה מרובה במהלך היום, או ספיקת לב, תכיפות במהלך שtan, דום נשימה בשינה, וכו'), מהותה (קושי בהירידמות או יקיזות מוקדמות) ואת מספר שעות השינה שהΜtopol ישן במהלך היום. הטיפול בהפרעת השינה ייגזר ממרכיבים אלו. יש לקדם היגיינת שינה ולכובן את הטיפול בהתאם לאטיולוגיה של הפרעת השינה. המדווח בספורות בנושא הטיפול בתרופות באנשים עם דמנציה חלקווסותר. פעילות גופנית וחברתיות חשיפה מספקת לאור עוזרים לעיתים. ניתן להסתמיע בתרופות נוגדות דיאקואן עם השפעה מיישנת: אミטריפטילין, טרזודון, מירטזפין (Amytriptiline, Trazodone, Mirtazapine), או בתרופות Z (non-benzodiazepine receptor agonists) Z הסנה לדליורים. כל תרופות השינה עלולות לגרום לנפירות, ישנוונות לאורק היום, הבלבול וירידה קוגניטיבית. במידת הצורך, ניתן להיעזר במינון נמוך למצבים חריפים ולהעדיף תרופה בעלת זמן מחזית חיים קצר דוגמת ברוטיזולם (Brotizolam) או לוראזepam (Lorazepam).

טיפול בקנבים רפואי

קנבים רפואי נשלך כחלופה אפשרית לטיפול בחולי דמנציה, במיוחד במקרים של הפרעות התנהגות המסתמןות במהלך המחלת. קנבים הוא "סם מסוכן" כהגדרתו בחוק. יחד עם זאת, המערכת הרפואית מכירה בכך שקייםים שימושים רפואיים לקנבים, העשויים להקל על חולמים במהלך מסויימות. גם שקבטים אינרשים כתרופה או תכשיר, משרד הבריאות סבור שיש להתייחס למוצריו המשמשים למטרות רפואיות, ככל האפשר, כפי שתתייחסים לתרופה או תכשיר רפואיים הכוונים חומר המוגדר כسم מסוכן והחיבים בפיקוח ובהסדרה.

קנבים, הידוע גם בשם מריחואנה הוא צמח המכיל יותר מ-100 חומרים כימיים פעילים המכונים קנבינוואידים. הקנבינוואידים העיקריים שנחקרו הם (THC) delta-9-tetrahydrocannabinol וכן (CBD) cannabidiol. השפעת הקנבים על מהלך המחלות הנגרמות לדמנציה ועל הפרעות התנהגות בחולים הדמנציה נבדק במספר מחקרים רפואיים, והניב עד כה תוצאות סותרות. אין עדות שקבטים משפיע על קצב הניוון של המוח.

לאור מחקר על השפעה מטיבת קנאבידiol (CBD), על הפרעות התנהגות לדמנציה, משרד הבריאות הכליל הפרעות התנהגות לדמנציה ברשימת התהווויות לטיפול רפואי בקנבים. ההתויה לאחר אישור מומחים בגריאטריה, פסיכיאטריה ונוורולוגיה. הטיפול מיועד לחולים שאינם מוגבלים לטיפול רפואי מוגבל ואינם סובלים מהתהווויות נגד טיפול בקנבים. יש להעדיף תכשירים עם רמה גבוהה ככל האפשר של CBD ונמוכה של THC.

תופעות לוואי שיש להזהיר מפניהן הן נפירות, ירידת לחץ דם, היפונתרמיה. מומלץ מעקב והשגחה רפואיות לאחר התחלת הטיפול, תוך מעקב ואיזון טיפולים תרופה אחרים.

טיפולים ניסיוניים

מכוני מחקר של האקדמיה וה תעשייה פועלם במרץ להבנת מנגנוני המחלות הגורמות לדמנציה ומציאת טיפולים יעילים. מרכזים אקדמיים בעולם ובארץ מגישים מתנדבים להשתתפות במחקריהם הבוחנים יעילות שיטות טיפולות שונות לדמנציה. להשתתפות במחקר קליניים יתרונות רבים: קבלת טיפול ניסיוני, שקיימת אפשרות שיכוןיעיל, בשלב מוקדם מהלך המחלת עוד לפני שיווק התרופה, השגחה קפדנית על בריאותם הגופנית והקוגניטיבית של המשתתפים וכמו כן, תרומה למאגר הדע הכללי העשוי לעזור בעתיד בהדברת מחלות דמנציה.

המלצות:

1. הטיפול בחולים הסובלים מליקויים בתפקודים הקוגניטיביים ובהתנהגות דורשת השגחה ומעקב רצופים.
2. יש לבדוק קיום גורמים סבוכתיים או באורח החיים היוכלים להעצים את התסמינים הנפשיים וההתנהגותיים.
3. תרופות העולות לגרום למצבי בלבול, לדליות, לירידה קוגניטיבית ולשינויים בהתנהגות כוללות תכשירים בעלי השפעה אנטיכולינרגית, אנטיהיסטמיים, בנזודיאזפינים, סטרואידים ואופיאידים.
4. יש לצמצם את רשותת התרופות למינימום הנחוץ.
5. אין לטפל תרופות בתסמינים שאינם גורמים מצוקה נפשית או תפקודית למטופל או לסביבתו.
6. רופא המתמקצע באבחון וטיפול במחלות המסתמןות בירידה קוגניטיבית, מומחה בפסיכיאטריה, גריאטריה או נאורתולוגיה, ימליץ על הטיפול המתאים תוך תיוזם עם רופא המשפחה, ובשילוב החולים והגורם המטפל לשם תיוזם מטרות ריאלי הכוון ויצוב או האטה הידדרות התפקיד הקוגניטיבי, היומיומי וההתנהגותי של המטופל, ומתוך התייחסות לתופעות לוואי אפשריות ולאיכות חייו.
7. בשל הפרעות הזיכרון והליקויים הקוגניטיביים האחרים חשוב שנטילת התרופות תהיה בפיקוח מטפל אחראי.

הטיפול בחולי דמנציה מתקדמת

חולמים הסובלים מדמנציה בדרגת חומרה קשה או מהפרעות התנהגות ממשמעותיות זוקקים להשגחה, והמשפחה זוקנה לשיעור טיפול ובהשגחה. לעיתים, נדרשים ביקורי בית על מנת לעמוד על מצבו של המטופל ולבחרו בטיפול המיטבי למטופל ובדרךה למטרל.

דמנציה היאמחלה המקצרת את החיים ומהווה ביום סיבה שכיחה למוות. שלב המחלה המתקדם מתאפיין בירידה קוגניטיבית ותפקודית דרמטית עם אובדן יכולות בסיסיות כולל הליכה, שליטה על סוגרים ובליעה, וסיבוכים מיימי חיים. החולים עלולים לסבול מכאב, אי שקט, קוצר נשימה, עצירות, הפרעות בליעה, הפרעות שינה ועוד, הגורמים סובל רב לחולה ולמטופלים בו.

קבלת החלטות על הטיפול בסוף החיים ויישום חוק החולה הנוטה למות: ככל שניתן, ובמגבלות החוק, יש לאפשר למטופלים לסייע את חייהם בכבוד מרבי בהתאם לרצונותיהם. הטיפול בסוף החיים צריך להיות מושתת, ככל הניתן, על רצון החולה עם שיתוף ותמיכה במשפחה. חשוב לבירר ולתעד את רצון החולה בדרכים המוכרות בחוק.

בעיות בליעה וקבלת החלטות לגבי "הזנת צינור": דרך האכילה המומלצת לחולי דמנציה בכל שלבים היא אכילה פומית. אין הוכחה לעילויות של "הזנת צינור" בדמנציה סופנית, והספורות ממיליצה להימנע מכך. החוק בישראל מאפשר להימנע מ"הזנת צינור" בחולה דמנציה המוגדר כחולה נוטה למות. למרות זאת, היעדר מודעות וידע בתחום זה בקרב המשפחות המתמודדות עם דמנציה ובקרב צוותים המטפלים מביא לעיתים לשימוש בהזנת צינור בגין רצון המטופל, גורם לסבל והנו חסר תועלת.

המלצות:

1. נחלק מהטיפול בשלב המוקדם של המחלה, אם החולה כשיר, יש לדון עמו ועם משפחתו באשר לרצונו בטיפול בשלבי המחלה המתקדמים ולملא את המסתמכים המתאיםים (ייפוי כוח מתמשך, ייפוי כוח לפי חוק החולה הנוטה למות, הנחיות מקדיימות או שילוב שלהם).
2. אם החולה אינו כשיר, יש לקבל את ההחלטה הטיפול בהתאם לחוק החולה הנוטה למות (כלומר לפי מסמכים שכותב בעבר, תצהיר אדם קרוב או החלטה על ידי רופא אחראי).
3. בעת העברת חולה דמנציה ממסגרת למסגרת (כמו בקבלת אשפוז דחוף) יש לבירר ולתעד את רצונו לטיפול בסוף החיים.
4. יש להשתמש במידדים פרוגностיים לחולי דמנציה על מנת לאפשר את יישום חוק החולה הנוטה למות במקרים המתאיםים.
5. בחולה דמנציה המוגדר כנוטה למות והוא סובל, ניתן על פי חוק החולה הנוטה למות להימנע מטיפולים מסוימים כולל טיפול במצב חירום אם הביע רצונו בנושא בעבר.
6. במקרה של קושי באכילה פומית בחולה דמנציה יש לחפש גורם הפוך - מחלה חריפה, בעיה מקומית בחלל הפה, כאב, עצירות, דיכאון, חרדה, גורמים סביבתיים ועוד.
7. מומלץ לבצע הערקה על ידי קלינאי/ת תקשורת ודיאטן/דיאטנית על מנת לבצע התאמה של מרקם התזונה.
8. למניעת דהידרציה ניתן לתת תוספת נזילים בעירוי תחת עורו כתוספת לאכילה פומית.
9. קבלת ההחלטה על דרך ההזנה בחולה עם בעיות בליעה מתקדמות תישנה בשיטת המשפחה ווצאות הרבה מקרים עם התבססות על התועלת הרפואית ועל רצונו וערכיו של החולה.
10. בשלב הסופי של המחלה יש לספק תמיכה نفسית, הדראה והסביר לבני המשפחה ולצדוקות המטפל.
11. מצוקת מטפלים (בני משפחה ומטפלים בשכר) של חולוי דמנציה היא בעלת מאפיינים ייחודיים. יש להתייחס אליה באופן זה, ולהפנות את המטפלים למסגרות תמיכה מתאימות, כגון עמותת עמדא.
12. יש לאפשר לחולי דמנציה לקבל טיפול רפואי ואף לסייע את חייהם במסגרות המהוות עבורם מקום מגורים קבוע (בביתם או במחלקות סיעודיות) בהתאם לרצונם על ידי שיתוף גורמים מקצועים יועצים (כולל "הוספיס בית").

ירידה קוגניטיבית וכשירות

חולים הסובלים מירידה קוגניטיבית מתונה או חמורה סובלים לעיתים קרובות ממודעות לקויה לחומרת הליקויים הקוגניטיביים, ההתנהגותיים והתפקידיים שלהם. לכן, כשירותם לקבל החלטות שקולות עלולה להימצק אף מוקדם במהלך המחלת.

המטופלים בחולים הסובלים מירידה קוגניטיבית נדרשים לעיתים להחליט האם הליקוי הקוגניטיבי-התנהגותי מאפשר למטופלים המשיך בפעולות שביצעו בעבר (כגון נהיגה, נשיאת נשק, ניהול עניינים כספיים, מגירים עצמאים), והאם הם כשרים ומוסgalים לקבל החלטות מושכלות הנוגעות לניהול רכושם, לטיפול רפואי, להתנהלות אישית ובין אישית, ולעניינים משפטיים כמו מינוי מיופה כוח וחיבור צוואה. אלה תהליכי דינמיים העשויים להשנות עם הזמן.

כשירות היא ייחודית לעולה או להחלטה אשר לבניה היא נבדקת. אדם עשוי להיות כשיר לבצע פעולה או להחליט החלטה אחת, ובلتוי כשיר לבצע פעולה או להחליט החלטה אחרת. לא ניתן להסיק מכשירות אחת לגבי רועתה.

הערכת כשירות: כדי אבחן המתאים להערכת התפקיד הקוגניטיבי אונם מתאים בהכרח להערכת כשירות לקבלת החלטות. בדרך כלל, כשירות נמצאת בקורסציה ליכולת ביצוע תפקידים נורומיים.

הערכת צריכה לכלול ארבעה מרכיבים:

1. הבנה: הנבדק הבין את המידע שהוצע לפניו
2. הערכת: הנבדק מסוגל להעריך את הרלוונטיות של המידע שנמסר.
3. הייגון: היכולת לשימוש במידע כדי לקיים תהליך קבלת החלטות הגיוני.
4. היכולת לבטא את ההחלטה ולنمeka.

אופטורופסות וייפוי כוח מתמשך

על מנת לאפשר לחולה לעמוד באפשרות של השקפת עולם ואורחות חייו מומלץ כי אדם הסובל מלקות בתפקידים הקוגניטיביים יערוך וייפוי כוח מתמשך בעודו כשיר משפטית. כאשר החולה אינו כשיר משפטית, ניתן לשקל האם להפעיל את וייפוי הכוח המתמשך או האם קיימת התוויה להוצאה צו אופטורופסות.

אופטורופסות: לפי חוק הנסיבות המשפטית והאופטורופסוט, כאשר החולה אינו כשיר משפטית, יש מקום לשקל פניה לבית משפט לצורך מינוי אופטורופסוס. על הרופא המטפל מوطלת החובה לשקל ולהמליץ על מינוי כזה במקרים מתאימים.

ייפוי כוח עשויים לשמש חלופות לשמירה על אוטונומיה של האדם ללא צורך בהליך אופטורופסוט ("ייפוי כוח מתמשך", "חוק החולה הנוטה למות"). לפי חוק הנסיבות המשפטית והאופטורופסוט, אדם בגין בריא בשכלו ובנפשו יכול לבחור באדם אחד או במספר אנשים כמויפוי כוח אשר יהיה אחראים על ניהול רכשו ועניינו האישים, כולל הנחיות לטיפול רפואי או הימנעות מטיפול, אם הוא לא יהיה מסוגל לקבל החלטות בעצמו. אם המטפל מעוניין כי יוכל אותו בקבוצות מחקר הבודקות טכניקות אבחון או טיפול חדשות או ייסוונות עלייו לכלול פסקה המציג זאת. על הרופא המטפל לשקל המלצות בכיוון זה כבר בשלב המוקדם ביותר בתהליכי הירידה הקוגניטיבית.

כשירות לצוות: אבחנה של דמנציה אינה מעידה בהכרח כי המטפל אינו כשיר לחתום על צוואה.

על מנת לקבוע כשירות לצוות צריכים להתמלא התנאים הבאים:

1. המצווה צריך להבין כי הוא עורך צוואה;
2. המצווה צריך לדעת את היקף הרכוש שיש ברשותו ואשר בכוונתו לצוות;
3. המצווה צריך להיות מסוגל להעיר את ההשלכות שייהו לצוואתו על יורשו, אלה הכלולים בצוואה ועל המודרים ממנה.

מסוכנות וקשריות להנגה ולנשיות **כלי יריה**: יש לדוח למכון הרפואי לבתי חולים בדרכים (מרב"ד) על נהגים הסובלים, ממצבי בריאות העולים לדעת הרופא המטפל לסכן את עצםם ואת זולתם. כאשר קיים ספק בדבר הקשריות לשאת **כלי יריה** יש לדוח למשרד הבריאות.

המלצות:

1. יש להביא לידיעת החולה ומשפחהו מידע על כשרות לקבלת החלטות בצל **ירידה קוגניטיבית** מוקדם במהלך המחלה.
2. יש להנגיש כלים משפטיים קיימים המאפשרים שמירה על זכויותיו ורצוונותו של החולה הסובל מדמנציה.

זכויות החולה הסובל מדמנציה מול מוסדות המדינה ותאגידי הביטוח

ענפי הביטוח המרכזיים הרלבנטיים עבור חולה בדמנציה:

- **ענף נכונות:** קצת נוכות כללית משולמת לחולה שטרם הגיע לגיל פרישה ואיבד את יכולתו לעבוד במידה שהוכנעה כי אינו עובד על רקע מצבו הבריאותי למעלה שלושה חודשים (תקופת המתנה), שכזו איננו עולה על 60% מהשכר הממוצע במשק (מבחן הכנסות), ועודה רפואית קבעה כי הוא סובל מנוכנות רפואיים משוקלת בשיעור 60% או 40%, אם אחד הליקויים הוא בשיעור של 25% או יותר (מבחן הנוכות) ועל רקע נוכותו הרפואי, נפגעה יכולתו להשתכר בשיעור של 50% או שאינו יכול להשתכר בשכר העולה כדי 25% מהשכר הממוצע במשק (מבחן תפקודיות). גובה הקצבה יכול להגיע לתשלום חודשי ע"ש 3,321 ש"ח (נכון לכתיבת שורות אלו) לא כולל תוספות.
- **קצבת שירותים מיוחדים** משולמת לחולה המבוטח בביטוח הלאומי שטרם הגיע לגיל פרישה, ועקב מצבו הבריאותי מתקשה ביצוע פעולות יומיומיות בסיסיות ובניהול משק הבית וזוקק להשגחה למניעת סכנות חיים לעצמו או אחרים. הקצבה זו משולמת בנפרד ובנוסף לקצבת הנוכות. מבוטחים השווים במוסדות סיועדים או שיקומיים או הנהנים מגמלאות מכוח ענף נידות אינם זכאים לקצבה. שיעור הקצבה נקבע על פי התלות והMbpsלה התפקודית. מבוטח התלוי לחלוון באדם אחר לצורך ביצוע פעולות יומיומיות זכאי לקצבה בשיעור 188% וע"ש 5,341 ש"ח (נכון לכתיבת שורות אלו).
- **סיעוד:** גמלת סיעוד משולמת למボטחים שעברו את גיל הפרישה וזוקרים לשיעור ביצוע פעולות יומיומיות בסיסיות וניהול משק הבית ולהשגחה למניעת סכנות חיים לעצם ולסובבים אותם. גמלת הסיעוד משולמת בהתאם לרמת התלות שאובחנה אצל המבוטח. הקצבה משולמת לפי 6 רמות זכאות, וניתן לבחור לקבל חלק מהזכאות בשירותי סיעוד (שעותسبوعית) וחלק בסוף. מבוטחים הנהנים מקצבת שירותים מיוחדים או המאושפזים במוסדות סיועדים אינם זכאים לקצבת סיעוד.
- **פטור מס מס הכנסה:** חולה הסובל מדמנציה עשוי להיות זכאי לפטור מס הכנסה ועתים, אף להחזר מס רטרואקטיבי לתקופה בת 6 שנים.

זכויות החולים מכוון ביטוחי אובדן כושר עבודה וסיעוד:

- חולמים הסובלים מדמנציה עשויים להיות זכאים, בהתאם לגילם ומוצרי הביטוח שרכשו, לתגמולים חדשים. ניתן לציין שני מוצרי ביטוח לבנטטיבים:
- **ביטוחי אובדן כושר עבודה:** מבוטח שרכש פוליסת ביטוח אובדן כושר עבודה, או הצרף לכך פנסיה הכלולת כיסויים ביטוחיים ובכלל זה כיסוי מסווג "פנסיית נוכות", עשוי להיות זכאי לקצבה חודשית במקרה של איבוד היכולת להשתכר. היקף הכספי תלוי בסוג המוצר שנרכש והתנאים הקבועים בו. מומלץ לעיין בתנאי הכספי טרם פניה לחברת הביטוח, ובמידת הצורך לפנות לקבלת ייצוג משפטי.
 - **ביטוחי סיעוד:** המפקח על הביטוח מגדר "מצב סיועדי" כקשי מהותי ביצוע שלוש מתק שמש הפעולות היומיומיות (ニידות, מעברים, רחצה, הלבשה, שליטה על הסוגרים, אכילה ושתייה). "תשישות נפש" מוגדרת כפגיעה מאובחנת ביכולת הקוגניטיבית, הבאה לידי ביטוי בירידה ביכולת ההתקפות בזמן ובמקום, ירידת בכושר השיפוט וצרוך בהשגחה מרבית שעות היום.

מבוטח העונה לתנאי הביטוח, עשוי להיות זכאי לפיצוי או אף להשתתפות בהחזר הוצאות סייעודיות על סך כמה אלף שקלים. מרבית הפוליסות מוגבלות לתקופה בת 60 חודשים, אך ישנן ככל שאין מוגבלות בזמן והכספי על פיוון הוא לכל החיים.

אלגוריתם לאבחון וטיפול בהפרעה קוגניטיבית מתונה Mild Cognitive Impairment - MCI

הפרעה קוגניטיבית מתונה (MCI) מאובחנת כאשר קיים ליקוי בתפקוד קוגניטיבי, ב"כ בזיכרון, שאינו גורם להפרעה משמעותית בתפקידו יומיום ואינו מגע לכדי אבחנה של דמנציה. כאשר ניתן להדגיש את הירידה הקוגניטיבית בבדיקה אובייקטיבית הfrau הערגת מהזדקנות פיזיולוגית. לעיתים, הרכיב הבולט הוא התנהגותי, וזה ניתן לאבחן – Mild behavioral Impairment – MBI.

האבחנה היא **קלינית**, אך מומלץ להיעזר ב מבחני סקר



צעדים לאבחון MCI:

1. קיבלו א נמזה מטופל/ת ורצו בנפרד גם מטפל/ת עיקרי/ת.
2. נסו לקבוע אטיולוגיה ושללו גורם רפואי הפוך.
3. בצעו בדיקה גופנית כולל נאורולוגיה ובדיקות מעבדה: תומונת דם שלמה, כימיה, תפוקדי בלוטת תריס, ויטמינים וכן CT ראש (לא חומר ניגוד).
4. במקרה הצורך שקלו הפניה לרופא מומחה בתחום (נאורתולוגיה, פסיכיאטריה, גריאטריה).



שלבים בטיפול ב-MCI:

1. טיפולו בגורמי סיכון לדמנציה.
2. ערכו סקירה של כלל הטיפולים המתרופתיים והפסיקו-תרופות בלתי נחוצות / ככל עם פוטנציאל נזק גבוה מההועל (לדוגמה: תרופות עם אפקט אנטי-קולינרגי).
3. דיוינו משמעות הממצאים עם המטופל/ת ובני משפחתו/ה (סיכוןיחס להתקפות דמנציה); שוחחו על המלצות לגבי החלטות להמשך חיים (צואנה, יופי כוח מתמשך, יופי כוח לפי חוק החולה הנוטה למות או הראות מקידימות וכו').



טיפול רפואי ב-MCI:

עדין לא קיים טיפול רפואי יעיל למניעת הידדרות קוגניטיבית. הטיפול לפיקח מתמקד בצוות גורמי הסיכון וטיפול בתרופות קיימות (ראו בפרק טיפולים רפואיים).



מעקב:

בצעו מעקב אחת לחצי שנה עד שנה כולל ביצוע בדיקות סקר לבדיקת הידדרות / תגובה לטיפול. אם ניתן טיפול רפואי הערכו את הצורך המשכו בכל מפגש. במקרה של הידדרות לדמנציה – עברו לאלגוריתם לאבחן ולטיפול בדמנציה.

אלגוריתם לאבחון וטיפול בדמנציה

ניתן לאבחן דמנציה כאשר קיימים ביוטוים קוגניטיביים או התנהגותים המשקפים ירידת המרמה התפקודית הבסיסית והמורשת, בדרגת חומרה המפרעה לתפקיד ואשר אינם מוסברים על ידי דילירום או הפרעה نفسית משמעותית. האבחנה היא קלינית, אך מומלץ להיעזר ב מבחני סקר.



שלבים באבחון דמנציה:

1. קבלו אמצעי ממטופל/ת ורכזו בנפרד גם ממטופל/ת עיקרי/ת.
2. נסו לקבוע אטיולוגיה ושללו גורם רפואי הפוך.
3. בצעו בדיקה גופנית כולל נאורתולוגית. מעבדה: תומנת דם שלמה, כימיה, פרופיל שומנים, תפקודי בלוטת תריס, ויטמינים, CT ראש (לא בהכרח עם חומר ניגוד).
4. מומלץ לבצע מבחני סקר להערכת תפקוד קוגניטיבי ולהערכת התנהגות ותפקיד. אלה מסייעים באבחון ובמעקב אחר הידדרות/או השפעת טיפול.
5. מומלצת הערכה של רופא מומחה בתחום לצורך דיקוק באבחנה ובביקורת המבדלת ולהתאמת הטיפול.
6. הערכה נאורתולוגית תבצע רק בהתאם להחלטת רופא מומחה בתחום.
7. בדיקת סמנים ביולוגיים למחלת אלצהיימר תיעשה במקרים של דמנציה המתיצגת בגיל צער. בדיקת סמנים בדמנציה הפורצת מעל גיל 65 שנים תבוצע בהמלצת מומחה בתחום.
8. **דגלים אדומיים (המחיבים הפניה לרופא מומחה בתחום, ובירור מהיר ומעמיק):** הידדרות קלינית מהירה, ירידת קוגניטיבית בגיל צער, הפרעות התנהגות בשלב מוקדם והפרעות שפה.



צעדים בטיפול בדמנציה:

1. טיפול בגורם סיכון לדמנציה.
2. ערכו סקירה של כלל הטיפולים התרופתיים והפסיקו תרופות בלתי נחוצות או כאלו עם פוטנציאלי נזק גבוה מהתעלול (לדוגמה תרופות עם אפקט אנטיבולינרגי).
3. דיינו משמעות הממצאים עם המטופל/ת ובנו משפחתו/ה מוקדם ככל האפשר; שוחחו על המלצות לגבי החלטות להמשך חיים (צוואה, ייפוי כוח מתמשך, הוראות מטירמות וכו').
4. טיפול בתסמים נאורתולוגיים אם בולטים בתמונה הקלינית.
5. דאגו להיבטים של עזרה סוציאלית ותמיכה למשפחה.



טיפול רפואי בדמנציה:

טיפול היכול להביא להחלמה או להפסקה מוחלטת של הידדרות המחלת עדין אינו קיים. בהחלטה על טיפול רפואי שקלו פוטנציאלי נזק מול תועלת. ראו פרק טיפול רפואי בדמנציה.

**מעקב:**

1. בצעו מעקב חצי שנתי. במקרה של היעדר שינוי, שימרו על המלצות הנ"ל.
2. אם ניתן טיפול רפואי, הערכו את הצורך בהמשכו בכל מפגש.
3. במקרה של החמרה או הידדרות שקלו שינוי/החלפת/הפסקת הטיפול בתרופות. שיקלו שילוב תרופות/תכשירים נוספים וטיפולים לא רפואיים.



Israel Medical Association
Israel Psychiatric



הסתדרות הרפואית בישראל
איגוד הפסיכיאטריה בישראל



הסתדרות הרפואית בישראל
המכון לאיכות ברפואה