



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ "Η ΣΩΤΗΡΙΑ" Λ. ΜΕΣΣΟΓΕΙΩΝ 152 Τ.Κ. 115 27
ΤΗΛ: 210 74.87.723, FAX: 210 74.87.723, Internet site: www.hts.org.gr, E-mail: htsinfo@hts.org.gr

**ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ
ΑΠΝΟΙΩΝ-ΥΠΟΠΝΟΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΥΠΝΟ (ΣΑΥΥ) ΜΕ CPAP.
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟΣ ΚΛΙΝΙΚΟΣ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ/
ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΟΙ ΦΟΡΕΙΣ /ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ
ΣΥΣΚΕΥΩΝ CPAP/ΤΥΠΟΙ ΣΥΣΚΕΥΩΝ/ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ.**

Χ. Μερμίγκης, Σ. Σχίζα, Ε. Βαγιάκης

ΟΜΑΔΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΥΠΝΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗΣ
ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Η εφαρμογή θετικής διαρρινικής πίεσης στους αεραγωγούς με χρήση ειδικών συσκευών (CPAP) αποτελεί την θεραπεία εκλογής για το μέτριο-σοβαρό αποφρακτικού τύπου σύνδρομο απνοιών-υποπνοιών κατά τον ύπνο (ΣΑΥΥ). Η εν λόγω θεραπεία έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στην αντιμετώπιση των ημερήσιων και νυκτερινών συμπτωμάτων του ΣΑΥΥ, αλλά και των βραχυ- και μακροπρόθεσμων επιπλοκών του συνδρόμου από το καρδιαγγειακό, νευρικό και ενδοκρινικό σύστημα. Η έναρξη της θεραπείας με CPAP προϋποθέτει την ορθή διάγνωση του υποκείμενου συνδρόμου, την προμήθεια και τεχνική υποστήριξη της αντίστοιχης συσκευής, την ψυχολογική-ιατρική υποστήριξη του ασθενούς στο αρχικό διάστημα εφαρμογής της θεραπείας (προς αποφυγή φαινομένων μη αποδοχής αυτής) και την τακτική παρακολούθηση του ασθενούς σε ειδικό κέντρο. Η δαπάνη του υγειονομικού συστήματος σε ό,τι αφορά τον εφοδιασμό των ασθενών με τις απαιτούμενες συσκευές και τα αναλώσιμα εξαρτήματα τους είναι υποπολλαπλάσια εκείνης που θα

προκύψει σε τυχόν μη έγκαιρη αντιμετώπιση του συνδρόμου και εμφάνιση των δυσμενών βραχυ- και μακροπρόθεσμων επιπλοκών αυτού.

Οι κατωτέρω οδηγίες προκύπτουν βάση των από καιρού εφαρμοζόμενων αρχών διάγνωσης και αντιμετώπισης του ΣΑΥΥ στις ΗΠΑ, όπου υπάρχει σαφής καθορισμός της ειδικότητας της «Ιατρικής του ύπνου» και των αρμόδιων κέντρων (με τον απαραίτητο εξοπλισμό και ειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό) για διάγνωση –αντιμετώπιση του ΣΑΥΥ και παροχή των αναγκαίων ιατρικών στοιχείων για κάλυψη εκ των υγειονομικών υπηρεσιών του απαιτούμενου κόστους του θεραπευτικού εξοπλισμού.

Η απόφαση ή μη για έναρξη θεραπείας με CPAP δεν εξαρτάται μόνον από παραμέτρους της παρακολουθούμενης πολυσωματοκαταγραφικής μελέτης ύπνου αλλά και από στοιχεία εκ του ιστορικού και της κλινικής εξέτασης. Με βάση αυτό **κανείς δεν πρέπει να υποβάλλεται σε μελέτη ύπνου χωρίς εξέταση από εξειδικευμένο ιατρό (που να πληρεί τα από την Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία τιθέντα κριτήρια), προκειμένου να αποφευχθεί η διενέργεια άσκοπων μελετών ύπνου και να μειωθεί η αναμονή των ασθενών που έχουν ένδειξη για διενέργεια της συγκεκριμένης εξέτασης στα εργαστήρια ύπνου.**

Η προτεινόμενη διαδικασία προ της συνταγογράφησης CPAP, οι ενδείξεις χορήγησης CPAP, η επιλογή του κατάλληλου τύπου συσκευής και η παρακολούθηση των ασθενών έχει ως ακολούθως:

1. Εξέταση ασθενούς σε εξωτερικό ιατρείο **κέντρου ύπνου από εξειδικευμένο ιατρό (που να πληρεί τα από την Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία τιθέντα κριτήρια)** προκειμένου να αποφασισθεί η αναγκαιότητα ή μη διενέργειας μελέτης ύπνου καθώς και άλλων αναγκαίων κατά περίπτωση εξετάσεων (ΩΡΛ εκτίμηση επί εμφανών ανατομικών ανωμαλιών στον ανώτερο αεραγωγό, πλαγία κεφαλομετρική

ακτινογραφία, καρδιολογική εκτίμηση επί κλινικής υποψίας καρδιακής ανεπάρκειας, έλεγχος θυροειδικής λειτουργίας επί υποψίας θυροειδοπάθειας, ψυχιατρική εκτίμηση επί κλινικής υποψίας για παρουσία υποκείμενου ψυχικού νοσήματος σχετιζόμενου με τις διαταραχές ύπνου). **Η διενέργεια αξονικής τομογραφίας τραχήλου και σπλαχνικού κρανίου δεν έχει θέση, βάση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, ως εξέταση ρουτίνας, αλλά** ενδείκνυται μόνον σε εκείνες τις περιπτώσεις που υπάρχει κλινική υποψία (εκ του εξειδικευμένου ιατρού του κέντρου ύπνου και του αρμόδιου ΩΡΛ ιατρού) η αιτιώμενη συμπτωματολογία να οφείλεται σε νεοπλασματική εξεργασία ή άλλες σπάνιες αιτίες πρόκλησης ανατομικής απόφραξης στον ανώτερο αεραγωγό. Η διενέργεια άσκοπων αξονικών τραχήλου και σπλαχνικού κρανίου, πέραν του οικονομικού κόστους για τους ασφαλιστικούς φορείς, δύναται να είναι επιζήμια λόγω άσκοπης ακτινοβόλησης ανατομικών δομών των ανωτέρω περιοχών. Κατόπιν των ανωτέρω αποφασίζεται από τον υπεύθυνο ιατρό του κέντρου ύπνου αφενός μεν η αναγκαιότητα ή μη διενέργειας παρακολουθούμενης πολυκαταγραφικής μελέτης ύπνου, αφετέρου δε ο χρόνος διενέργειας αυτής **(περιστατικά με σοβαρή συμπτωματολογία ή/και συνοσηρότητες πρέπει να προηγούνται προς αποφυγή δυσμενών επιπτώσεων για τους ίδιους αλλά και για το κοινωνικό σύνολο).** Σε περιπτώσεις αναφερόμενων παρ' ολίγον τροχαίων ατυχημάτων λόγω υπνηλίας ο ασθενής πρέπει να εξετάζεται άμεσα και να γίνονται σαφείς συστάσεις στον ίδιο και τους οικείους του για αποφυγή οδήγησης έως την έναρξη αποτελεσματικής **θεραπείας.** Τα ανωτέρω θα καταγράφονται στο φάκελο του ασθενούς ώστε να χρησιμοποιηθούν ως νόμιμο στοιχείο σε περίπτωση που ο ασθενής, παρά τις οδηγίες, προκαλέσει τροχαίο ή εργατικό ατύχημα.

2. Παρακολουθούμενη πολυσωματοκαταγραφική μελέτη ύπνου στο εργαστήριο ύπνου. Η εν λόγω εξέταση αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για την διάγνωση του ΣΑΥΥ και τον καθορισμό της βαρύτητας του .**Τα αποτελέσματα αυτής σε συνδυασμό με τα ευρήματα εκ του ιστορικού και της κλινικής εξέτασης θα καθορίσουν την αναγκαιότητα ή μη συνταγογράφησης συσκευής CPAP.** Η πολυσωματοκαταγραφική μελέτη ύπνου προϋποθέτει την καταγραφή ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος (με κεντρικές, ινιακές και πρόσθιες απαγωγές), ηλεκτροοφθαλμογραφήματος, ηλεκτρομυογραφήματος (υπογενειδίου μυός και κνημιαίων μυών), ηλεκτροκαρδιογραφήματος (απαγωγή τύπου II), καθορισμού ροής αέρος σε μύτη και στόμα (ταυτόχρονη καταγραφή με συσκευή θερμικού τύπου και ρινικού μετατροπέα πίεσεως ή αναπνευστικής επαγωγικής πληθυσμογραφίας, RIP), παλμικής οξυμετρίας, ζωνών ελέγχου κινητικότητας θώρακος και κοιλιάς, μικρόφωνα ροχαλητού, ανιχνευτή θέσεως, βιντεοσκόπηση. Η τοποθέτηση του απαραίτητου εξοπλισμού γίνεται από ιατρό ή τεχνικό (νοσηλεύτη ή μη) μετά από κατάλληλη εκπαίδευση. Η επεξεργασία των δεδομένων (σταδιοποίηση ύπνου, καθορισμός μικροαφυπίσεων, καθορισμός αναπνευστικών επεισοδίων, εκτίμηση ΗΚΓματος και κινήσεων ποδιών) της καταγραφής γίνεται από εξειδικευμένο ιατρό του εργαστηρίου ύπνου ή από το εξειδικευμένο τεχνικό προσωπικό του εργαστηρίου ύπνου υπό την επίβλεψη και ευθύνη του εξειδικευμένου ιατρού του κέντρου. **Η αυτόματη (μέσω ενσωματωμένου λογισμικού στο καταγραφικό μηχάνημα) διάγνωση σταδίων ύπνου, μικροαφυπίσεων και αναπνευστικών επεισοδίων δεν είναι αποδεκτή μέθοδος** για διάγνωση του ΣΑΥΥ και επακόλουθη συνταγογράφηση CPAP. Η χρήση παρακολουθούμενων περιορισμένων καταγραφών (σε ό,τι αφορά τον αριθμό των χρησιμοποιούμενων ΗΕΓκών απαγωγών ή/και των χρησιμοποιούμενων

αισθητήρων ροής) εντός του εργαστηρίου δύναται να γίνει σε περιπτώσεις μη επάρκειας του αναγκαίου τεχνικού εξοπλισμού και πάντοτε υπό την ευθύνη και καθοδήγηση εξειδικευμένου ιατρού του κέντρου. Παρακολουθούμενες περιορισμένες καταγραφές δύναται επίσης να γίνουν σε θάλαμο ασθενούς του νοσοκομείου (υπό την ευθύνη του αντίστοιχου κέντρου ύπνου) όταν η κατάσταση του ασθενούς είναι τέτοια που να εμποδίζει την ασφαλή μεταφορά του στο εργαστήριο ύπνου του νοσοκομείου. Η αυτόματη εξαγωγή αποτελέσματος από την συσκευή περιορισμένης καταγραφής δεν είναι αποδεκτή.

Εφόσον ο Δείκτης Απνοιών-υποπνοιών (AHI) ανά ώρα ύπνου είναι μια εκ των βασικών παραμέτρων για απόφαση συνταγογράφησης ή μη CPAP, πρέπει ο καθορισμός των αναπνευστικών επεισοδίων να γίνεται με τον ίδιο τρόπο (βάση των κριτηρίων της AASM) σε όλα τα εργαστήρια ύπνου της χώρας μας.

Ως άπνοια ορίζεται η μείωση του εύρους του σήματος του θερμικού ανιχνευτή (thermistor ή thermocouple) σε ποσοστό $\geq 90\%$ από το βασικό εύρος σήματος για διάρκεια ≥ 10 δευτερολέπτων . Ο καθορισμός μιας άπνοιας δεν απαιτεί την σύγχρονη παρουσία αποκορεσμού αιμοσφαιρίνης ή μικροαφύπνισης. Ο καθορισμός του κεντρικού, αποφρακτικού ή μικτού τύπου γίνεται βάση των υπάρχοντων έως τώρα κριτηρίων.

Η υπόπνοια ορίζεται με δύο τρόπους

α. πτώση του σήματος εκ του ρινικού μετατροπέα πίεσεως (ή αναπνευστικής επαγωγικής πληθυσμογραφίας) **κατά 50%** σε σχέση με το βασικό εύρος σήματος διάρκειας ≥ 10 δευτερολέπτων, εφόσον συνοδεύεται από επακόλουθο **αποκορεσμό αιμοσφαιρίνης $\geq 3\%$ ή/και μικροαφύπνιση.**

β. πτώση του σήματος εκ του ρινικού μετατροπέα πίεσεως(ή αναπνευστικής επαγωγικής πληθυσμογραφίας) **κατά 30%** σε σχέση με το βασικό εύρος σήματος διάρκειας ≥ 10 δευτερολέπτων εφόσον συνοδεύεται από επακόλουθο **αποκορεσμό αιμοσφαιρίνης $\geq 4\%$** . Αμφότεροι, οι α και β ορισμοί για τις υπόπνοιες, πρέπει να χρησιμοποιούνται κατά τον καθορισμό των αναπνευστικών επεισοδίων. Σε περίπτωση χρήσης ενός μόνο εκ των δύο ορισμών αυτό θα πρέπει να αναφέρεται στην έκθεση της μελέτης ύπνου.

Είναι σαφές ότι ο καθορισμός υποπνοιών απαιτεί χρήση ρινικού μετατροπέα πίεσεως ή εναλλακτικά αναπνευστικής επαγωγικής πληθυσμογραφίας και δεν μπορεί να γίνει με την χρήση μόνον θερμικού ανιχνευτή (thermistors ή thermocouples). Ο τελευταίος είναι ευαίσθητος για την ανίχνευση απνοιών όχι όμως υποπνοιών. Επί τυχόν μη λειτουργίας του ρινικού μετατροπέα πίεσης κατά την μελέτη και αδυναμίας διόρθωσης του τεχνικού προβλήματος (φαινόμενο όχι ασύνηθες στην καθημερινή κλινική πρακτική) ο καθορισμός των υποπνοιών θα γίνει αναγκαστικά με χρήση του θερμικού ανιχνευτή. Σε αυτήν την περίπτωση θα υφίσταται πιθανή υποεκτίμηση των υποπνοιών (που θα πρέπει να αναφερθεί στην χορηγούμενη γνωμάτευση, ιδίως σε περιστατικά που δεν πληρούν κριτήρια για χορήγηση CPAP και πιθανώς θα πρέπει να υποβληθούν εκ νέου σε μελέτη με αμφότερους τους ανιχνευτές ροής εάν υπάρχει έντονη κλινική υποψία για αναγκαιότητα χρήσης CPAP). **Ο θερμικός ανιχνευτής δύναται να χρησιμοποιηθεί ως εναλλακτική συσκευή για ανίχνευση υποπνοιών (παρά τους προαναφερθέντες περιορισμούς) μόνον επί μη λειτουργίας του μετατροπέα πίεσεως.** Εναλλακτική και εξαιρετικά αξιόπιστη επιλογή είναι και η χρήση αναπνευστικής επαγωγικής πληθυσμογραφίας (η οποία όμως διατίθεται σε περιορισμένο αριθμό εργαστηρίων της χώρας μας). Επίσης είναι σαφές ότι η χρήση

ηλεκτοεγκεφαλογραφήματος είναι αναγκαία για καθορισμό των μικροαφυπνίσεων, οι οποίες περιλαμβάνονται στον α. ορισμό της υπόπνοιας.

Σε κάποιες περιπτώσεις ασθενών με ημερήσια συμπτωματολογία και μη ανεύρεση τυπικού ΣΑΥΥ δύνανται να καθορίζονται οι μικροαφυπνίσεις σχετιζόμενες με αυξανόμενη αναπνευστική προσπάθεια (respiratory effort related arousal, RERA) ως ακολούθως :

RERA: Μια ακολουθία αναπνοών διάρκειας ≥ 10 δευτερολέπτων που χαρακτηρίζεται από αυξανόμενη αναπνευστική προσπάθεια με εικόνα επιπέδωσης στην κυματομορφή του ρινικού μετατροπέα πίεσεως και οδηγεί σε μικροαφύπνιση. Το αναπνευστικό αυτό επεισόδιο δεν θα πρέπει να πληρεί κάποια εκ των α , β κριτηρίων για τις υπόπνοιας.

Είναι γνωστό ότι ο ακριβής καθορισμός των RERAs γίνεται με μέτρηση οισοφάγειας πίεσης , λόγω όμως του επεμβατικού χαρακτήρα αυτής της μέτρησης δύναται εναλλακτικά να καθορισθεί με χρήση ρινικού μετατροπέα πίεσεως (ή αναπνευστικής επαγωγικής πληθυσμογραφίας)

Σε περίπτωση προσμέτρησης τέτοιων επεισοδίων ο δείκτης απνοιών –υποπνοιών (AHI) θα ονομασθεί δείκτης αναπνευστικής διαταραχής (RDI, respiratory disturbance index) ώστε πλην των απνοιών και υποπνοιών να περιλαμβάνει και τα RERAs.

Συνεπώς οι ασφαλιστικοί οργανισμοί θα πρέπει να αποδέχονται δυο δείκτες «περιγραφής» της βαρύτητας του συνδρόμου, τον AHI και τον RDI , ιδίως για περιστατικά με έντονη ημερήσια συμπτωματολογία και ανευρισκόμενο AHI (ο οποίος δεν περιλαμβάνει RERAs) που να μη δικαιολογεί χρήση CPAP.

3. Καθορισμός αναγκαιότητας ή μη θεραπείας με CPAP.

Μετά την διενέργεια πολυσωματοκαταγραφικής μελέτης ύπνου και τον σαφή καθορισμό του AHI η απόφαση για έναρξη θεραπευτικής αντιμετώπισης με CPAP (μετά από νέα μελέτη τιτλοποίησης πιέσεων υπό CPAP) θα τεθεί εάν :

Ο δείκτης απνοιών-υποπνοιών ανά ώρα ύπνου (AHI) είναι μεγαλύτερος ή ίσος του 15 (AHI \geq 15 αναπνευστικών επεισοδίων ανά ώρα ύπνου) ή

AHI $>$ 5 και $<$ 15 αναπνευστικά επεισόδια ανά ώρα ύπνου και παρουσία ενός ή περισσοτέρων εκ των κατωτέρω

α. Ημερήσια υπνηλία

β. Γνωσιακές διαταραχές (διαταραχή μνήμης, προσοχής, εκμάθησης, συγκέντρωσης κλπ)

γ. Διαταρχή συναισθήματος ή αϋπνία

δ. Αρτηριακή Υπέρταση

ε. Ισχαιμική καρδιοπάθεια

στ. Ιστορικό εγκεφαλικού επεισοδίου

Διευκρινίσεις

Ο καθορισμός της ημερήσιας υπνηλίας γίνεται με βάση το αναλυτικό ιστορικό και την ευρέως αποδεκτή κλίμακα υποκειμενικού καθορισμού υπνηλίας Epworth (παράρτημα 1).

Ο καθορισμός γνωσιακών διαταραχών γίνεται με βάση το αναλυτικό ιστορικό ή εφόσον απαιτείται και με νευρολογική εκτίμηση. Ως γνωσιακές διαταραχές δεν θεωρούνται εκείνες που σχετίζονται με νευρολογικά νοσήματα (άνοιες κλπ) σε ηλικιωμένους ασθενείς .

Ο καθορισμός της αϋπνίας (αδυναμία στην έλευση αλλά και διατήρηση του ύπνου) γίνεται με σαφές ιστορικό και προσκόμιση ημερολογίου ύπνου ,ενίοτε και με παραπομπή για ψυχιατρική εκτίμηση.

Η διαταραχή συναισθήματος, κύρια υπό την μορφή κατάθλιψης, καθορίζεται με σαφές ιστορικό και συμπλήρωση της ευρέως αποδεκτής κλίμακας Beck (παράρτημα 2). Η παραπομπή για ψυχιατρική εκτίμηση κρίνεται κατά περίπτωση.

Ο καθορισμός ύπαρξης υπέρτασης ,ισχαιμικής καρδιοπάθειας ή εγκεφαλικού επεισοδίου γίνεται με προσκόμιση ιατρικών γνωματεύσεων ιατρών αντίστοιχων ειδικοτήτων.

Ο υπολογισμός του AHI θα πρέπει να βασίζεται σε ελάχιστο καταγραφέντα χρόνο ύπνου 2 ωρών (σε πολυσωματοκαταγραφική μελέτη ύπνου). Τα παραπάνω αναφερθέντα αριθμητικά κριτήρια έχουν επαρκή βιβλιογραφική τεκμηρίωση και είναι διεθνώς αποδεκτά.

Στο σημείο όμως αυτό θα θέλαμε να επισημάνουμε ότι ο ιατρός δεν θεραπεύει αριθμούς αλλά ασθενείς με προβλήματα και συμπτωματολογία. Η ύπαρξη κλινικής συμπτωματολογίας, ιδίως της υπνηλίας, που αναμένεται να βελτιωθεί είναι ισχυρό κίνητρο για τον ασθενή και τον ιατρό για την έναρξη της θεραπείας. Αν δεν υπάρχει συμπτωματολογία και ο ασθενής δεν έχει άλλες παθήσεις που να καθιστούν την υπνική άπνοια ιδιαίτερα επικίνδυνη (πχ στεφανιαία νόσος, αρρυθμίες, ιστορικό ΑΕΕ), τότε η σύσταση για CPAP πρέπει να δίδεται με μεγαλύτερη περίσκεψη. Σ'αυτές τις περιπτώσεις η CPAP είναι μια προληπτική θεραπεία δαπανηρότερη και πιο ενοχλητική από άλλες αντίστοιχες όπως η άσκηση, η δίαιτα, η διακοπή καπνίσματος. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζονται και στους ηλικιωμένους που έχουν φυσιολογικά μεγαλύτερο AHI (ως 10 θεωρείται φυσιολογικό για ηλικίες άνω των 65 ετών). Στους ηλικιωμένους εξάλλου είναι πιο αμφίβολη η δυσμενής επίπτωση της

υπνικής άπνοιας στην επιβίωση. Τα αριθμητικά κριτήρια μπορεί να ληφθούν υπ' όψιν και σ' αυτούς κατά περίπτωση.

Η συνταγογράφηση CPAP με βάση πολυσωματοκαταγραφική μελέτη ύπνου τύπου split (αρχικό διαγνωστικό κομμάτι ακολουθούμενο στο δεύτερο μέρος της νύκτας από τιτλοποίηση πιέσεων υπό CPAP) πρέπει να εφαρμόζεται **σε επιλεγμένες μόνον περιπτώσεις** καθότι αφενός μεν δύναται να υποεκτιμά το σύνδρομο (μικρό ποσοστό ή και απουσία REM ύπνου στο πρώτο ήμισυ της νύκτας) ,αφετέρου ο χρόνος που υπολείπεται για τιτλοποίηση πιέσεων μπορεί να είναι ανεπαρκής.

Δύναται να εφαρμοσθεί σε περιπτώσεις ασθενών με AHI > 40/ώρα (όπως προκύπτει από χρόνο ύπνου κατά το διαγνωστικό μέρος τουλάχιστον 2 ωρών). Ο χρόνος τιτλοποίησης που υπολείπεται πρέπει να είναι τουλάχιστον 3 ώρες. Η διενέργεια μελέτης split δύναται να γίνει και σε ειδικές περιπτώσεις με AHI > 20 και <40/ώρα , όταν ο νυκτερινός τεχνικός διαπιστώνει την ύπαρξη σοβαρών αποκορεσμών ή καρδιακών αρρυθμιών απότοκων των αναπνευστικών επεισοδίων. Στην περίπτωση αυτή προχωρά σε τιτλοποίηση με CPAP αφού πρώτα ενημερώσει τον εξιδανικευμένο ιατρό του κέντρου ύπνου και πάρει την απαιτούμενη έγκριση και τις σχετικές οδηγίες. Ο ασθενής παρακολουθείται συχνά ώστε αν η συμπτωματολογία, παρά την εφαρμογή της θεραπείας, εμμένει ή το αποτέλεσμα υπολείπεται του αναμενόμενου συστήνεται η διενέργεια εκ νέου μελέτης τιτλοποίησης με πολυσωματοκαταγραφική μελέτη ύπνου.

Η συνταγογράφηση της συσκευής CPAP γίνεται **από εξειδικευμένο πνευμονολόγο στην ιατρική του ύπνου (βάση των εκ της ΕΠΕ τιθέντων κριτηρίων) , ο οποίος εργάζεται στο συγκεκριμένο εργαστήριο ύπνου .** Βάση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας και των διεθνών εφαρμοζόμενων αρχών δεν απαιτείται υπογραφή ιατρού ΩΡΛ ή άλλης ειδικότητας για την έγκριση προμήθειας συσκευής CPAP.

4. Καθορισμός χρήσης συσκευών αυτόματης αναπροσαρμογής θετικών πιέσεων στους ανώτερους αεραγωγούς (Auto-PAP), για τιτλοποίηση και θεραπεία

α) Οι APAP συσκευές **δε χρησιμοποιούνται** για διαγνωστικούς λόγους. Συγκεκριμένες συσκευές APAP που καταγράφουν ροχαλητό, άπνοιες, υπόπνοιες μέσω μεταβολών ροής, με πληθυσμογραφία αντίστασης ή με τεχνική πολλαπλών υποχρεωτικών ταλαντώσεων (forced oscillation technique) μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε μελέτες τιτλοποίησης με παρόμοια όπως το CPAP αποτελέσματα.

Η διενέργεια **τιτλοποίησης** μέσω των προαναφερόμενων συσκευών **θα πρέπει να διενεργείται με πολυσωματοκαταγραφική μελέτη ύπνου και παρουσία εξειδικευμένου τεχνικού** οπότε και σε περίπτωση εμφάνισης συμβαμάτων όπως κεντρικού τύπου απνοιών, επεισόδια υποαερισμού, αφυπνίσεων παρά τη διόρθωση των αναπνευστικών συμβαμάτων, επεισόδια κινήσεων άκρων, να αλλάζει η διαδικασία σε τυπική τιτλοποίηση με απλή CPAP (manual titration). Η τιτλοποίηση πιέσεων με χρήση συσκευών APAP **δεν δύναται να εφαρμοσθεί σε ασθενείς με:** καρδιακή ανεπάρκεια, Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια, νυχτερινούς αποκορεσμούς της αιμοσφαιρίνης σε έδαφος άλλων διαταραχών αναπνοής εκτός ΣΑΥΥ όπως π.χ. το σύνδρομο υποαερισμού-παχυσαρκίας, σε ασθενείς που δε ροχαλίζουν ή η έλλειψη ροχαλητού είναι αποτέλεσμα φαρυγγοπλαστικής και σε ασθενείς με κεντρικού τύπου σύνδρομο απνοιών υποπνοιών.

Ασθενείς που η θεραπευτική πίεση στο CPAP ή στο APAP προσδιορίστηκε με τον προαναφερόμενο τρόπο θα πρέπει να παρακολουθούνται συχνά, ειδικά τις πρώτες εβδομάδες θεραπείας, για τον προσδιορισμό της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της. Ωστόσο αν η συμπτωματολογία παρά την εφαρμογή της

θεραπείας εμμένει ή το αποτέλεσμα υπολείπεται του αναμενόμενου συστήνεται η διενέργεια εκ νέου μελέτης τιτλοποίησης με τη χρήση CPAP.

Επισημαίνεται ότι η τιτλοποίηση με χρήση απλών συσκευών CPAP με βαθμιαία αύξηση πιέσεων από τον τεχνικό του εργαστηρίου μέχρι την ανεύρεση της πίεσης που εξαλείφει τα αναπνευστικά επεισόδια και τα αποτελέσματα αυτών (αποκορεσμοί , μικροαφυπνίσεις) καθώς και το ρογχαλητό σε όλα τα στάδια ύπνου και όλες τις θέσεις ύπνου (ιδιαίτερη έμφαση στη φάση ύπνου REM ,την ύπτια θέση και τον συνδυασμό αυτών) **ήταν και παραμένει βάση των νέων οδηγιών η πλέον αποδεκτή μέθοδος τιτλοποίησης.** Η προαναφερθείσα παρακολουθούμενη τιτλοποίηση υπό συσκευές τύπου APAP δύναται να χρησιμοποιηθεί ως εναλλακτική μέθοδος όταν για τεχνικούς ή άλλους λόγους δεν δύναται να γίνει η τυπική τιτλοποίηση υπό απλή CPAP με βαθμιαία αύξηση πιέσεων.

Βάση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας δεν συστήνεται η χρήση τους με τιτλοποίηση σε μελέτες τύπου split night. Η συνταγογράφηση των συσκευών APAP γίνεται από τον εξειδικευμένο ιατρό του κέντρου ύπνου .

5. Καθορισμός χρήσης συσκευών διαφασικής χορήγησης πιέσεων στους ανώτερους αεραγωγούς (BiPAP) σε ασθενείς με ΣΑΥΥ.

Όπως έχει έως τώρα, κατ'επανάληψη, αναφερθεί πρώτη θεραπευτική επιλογή για το ΣΑΥΥ αποτελεί το CPAP. Το BiPAP αποτελεί θεραπευτική επιλογή σε: α) περιπτώσεις που απαιτούνται ιδιαίτερα υψηλές θετικές πιέσεις για την εξάλειψη του ΣΑΥΥ και επομένως δύσκολα ανεκτές από τον ασθενή, β) επί ιδιαίτερης και μη αντιμετωπίσιμης με τους συνήθεις τρόπους δυσκολίας να εκπνεύσει ο ασθενής έναντι συγκεκριμένης και μη μεταβαλλόμενης θετικής πίεσης γ) και σε συνύπαρξη υποαερισμού κεντρικού τύπου.

Εναλλακτικά μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε σύνδρομα υποαερισμού με συνοδό ημερήσια υπερκαπνία, ή σε ορισμένες περιπτώσεις περιοριστικού τύπου νοσημάτων πνεύμονος.

δ) σε συνύπαρξη υπνικής άπνοιας με πάθηση που προκαλεί υπερκαπνία στην εγρήγορση με υψηλή PaCO₂.

6. Παρακολούθηση εφαρμογής της θεραπείας.

Η θεραπεία του ΣΑΥΥ με PAP στόχο έχει τη βελτίωση της συμπτωματολογίας, της ποιότητας ζωής, της μείωσης των τροχαίων και εργατικών ατυχημάτων και την αποφυγή ή ελαχιστοποίηση των καρδιαγγειακών επιπλοκών. Η επίτευξη των στόχων αυτών εξαρτάται από την αποδοχή και τη συμμόρφωση του ασθενούς με τη θεραπεία σε βάθος χρόνου. Ως **συμμόρφωση με τη θεραπεία ορίζεται η >4 ωρών χρήση/νύχτα του CPAP για τουλάχιστον 5 νύκτες την εβδομάδα**, αν και τελευταίες μελέτες δείχνουν ότι όσο περισσότερη η χρήση του τόσο καλύτερη η προστασία στο καρδιαγγειακό. Προγνωστικοί παράγοντες συμμόρφωσης με τη θεραπεία φαίνεται να είναι η βαρύτητα της νόσου με βάση το AHI, η ημερήσια υπνηλία, η υποκειμενική βελτίωση μετά την εφαρμογή του CPAP καθώς και η εκπαίδευση και η συχνή, ειδικά κατά τις πρώτες εβδομάδες εφαρμογής του CPAP, παρακολούθηση του ασθενούς. Παράγοντες που επηρεάζουν την αποδοχή και συμμόρφωση αποτελούν η δυσανεξία του ασθενούς στην χορήγηση θετικών πιέσεων ειδικά στη φάση της εκπνοής, προβλήματα εφαρμογής από τη μάσκα τόσο από πλευράς επιλογής (π.χ. δυσανεξία ρινικής μάσκας σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε φαρυγγοπλαστική) όσο και από πλευράς εμφάνισης δερματικών ανεπιθύμητων ενεργειών, αίσθηση ξηρότητας των βλεννογόνων ή ρινίτιδος. Λαμβάνοντας υπόψη τα προαναφερόμενα συστήνεται βάση διεθνών οδηγιών: η εκπαίδευση και αναλυτική ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας του για τη θεραπεία, η παρακολούθηση

της θεραπείας από εξειδικευμένο προσωπικό ειδικά κατά τις **πρώτες εβδομάδες εφαρμογής** της ώστε να αναγνωρίζονται άμεσα προβλήματα και να ενισχύεται η συνεργασιμότητα του ασθενούς. Συστήνεται η αντικειμενική παρακολούθηση και καταγραφή των ωρών εφαρμογής του CPAP, η χρήση **υγραντήρα (η δαπάνη του οποίου πρέπει να καλύπτεται από τους ασφαλιστικούς φορείς)** εφόσον, παρά τη λήψη κατάλληλων μέτρων, εμμένει η αίσθηση ξηρότητας δυσχεραίνοντας τη συνεργασιμότητα και κατά προτίμηση, βάση των μέχρι τώρα δεδομένων του θερμαινόμενου υγραντήρα, με σχολαστική τήρηση των κανόνων υγιεινής και της χρήσης απεσταγμένου νερού και όχι νερού βρύσης, για αποφυγή μικροβιακού αποικισμού των αεραγωγών. Επίσης συστήνεται η εφαρμογή **συστηματικού προγράμματος εκπαίδευσης και παρακολούθησης της θεραπείας** (κλινική παρακολούθηση CPAP: CPAP clinic) , ευθύνη για το σχεδιασμό και την εφαρμογή του έχει ο υπεύθυνος εξειδικευμένος ιατρός του κέντρου ύπνου. Η Modafinil ενδείκνυται για την θεραπεία της υπολειμματικής υπνηλίας σε ασθενείς με ΣΑΥΥ που συνεχίζουν να παραμένουν υπνηλικοί παρά την σωστή και επαρκή χρήση CPAP και στους οποίους δεν μπορεί να ανιχνευθεί άλλη αναγνωρίσιμη αιτία υπνηλίας. Η εκτίμηση της υπολειμματικής υπνηλίας και η αναγκαιότητα συνταγογράφησης του φαρμάκου καθορίζεται από τον εξειδικευμένο ιατρό στην ιατρική του ύπνου.

Συστήνεται η μακροχρόνια παρακολούθηση της θεραπείας με **ελάχιστη ανά έτος επανεκτίμηση** από κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό ώστε να αναγνωρισθούν και να αντιμετωπισθούν εγκαίρως προβλήματα με τη μάσκα CPAP, με τη λειτουργικότητα της συσκευής, με τη συχνότητα και τις ώρες χρήσης ή με υπολειπόμενη συμπτωματολογία ενώ τα στοιχεία από την παρακολούθηση και την εξέλιξη του ασθενούς καταγράφονται επιμελώς στο φάκελό του. Η παρακολούθηση αρχικά προτείνεται να γίνεται βάση κλινικών παραμέτρων: συμπτωματολογίας

(ερωτηματολόγια, ESS, Beck), κλινικής εξέτασης (και BMI), βασικού αιματολογικού ελέγχου, εκτίμηση τυχόν συνοσηροτήτων, αξιολόγηση εκτυπώσεων από την κάρτα καταγραφής του PAP (όπου αυτό είναι δυνατόν), επισκόπηση μηχανήματος και εξαρτημάτων του, επίδειξη από τον ασθενή της εφαρμογής του.

Διενέργεια ΠΠΚΜΥ στα πλαίσια του επανελέγχου ή για πιθανή αναπροσαρμογή των θεραπευτικών πιέσεων λαμβάνοντας υπόψιν ότι αναφερόμαστε σε χρόνιο νόσημα, συστήνεται σε περίπτωση σημαντικής απώλειας βάρους επί συνύπαρξης παχυσαρκίας, ή εφόσον ο ειδικός ιατρός του ύπνου το θεωρήσει αναγκαίο συσχετίζοντας το ιστορικό του ασθενούς, την ανταπόκριση και πορεία της θεραπείας και πιθανές συνοσηρότητες.

Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί και γενικότερα το σύστημα υγείας της χώρας μας θα πρέπει να κατανοήσουν ότι η υποστήριξη των ασθενών που πάσχουν από διαταραχές του ύπνου και των εργαστηρίων που θέτουν τη διάγνωση και προβαίνουν σε θεραπεία είναι απαραίτητη διότι η θέση και η στάση αυτή είναι απολύτως ανταποδοτική, από κάθε άποψη, όπως αποδείχθηκε στις μελέτες κόστους όφελους που έχουν δημοσιευθεί έως τώρα.

Βιβλιογραφία

1. Kushida C et al. Practice Parameters for the Indications for Polysomnography and Related Procedures: An Update for 2005. Sleep 2005;28(4):499-521.
2. The AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events. Rules, Terminology and Technical Specifications AASM 2007
3. Kushida C et al. Practice Parameters for the Use of Continuous and Bilevel Positive Airway Pressure Devices to Treat Adult Patients with Sleep-Related Breathing Disorders. Sleep 2006; 29(3):375-38

- 4 Morgenthaler TI et al Practice Parameters for the use of Autotitrating Continuous Positive Pressure Devices for titrating pressures and treating adult patients with obstructive sleep apnea syndrome: an update for 2007. *Sleep* 2008;31(1):141-7
- 5 Kakkar R. et al. Positive Airway Pressure Treatment for obstructive sleep apnea. *Chest* 2007;132;1057-1072
6. Collop N. et al Clinical Guidelines for the Use of Unattended Portable Monitors in the Diagnosis of Obstructive Sleep Apnea in Adult Patients *J Clin Sleep Med* 2007;3(7):737-747.
- 7 . Centers for Medicare & Medicaid Services. Proposed Decision Memo for Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) Therapy for Obstructive Sleep Apnea (OSA) 2007. <https://www.cms.hhs.gov/mcd/viewdraftdecisionmemo.asp?id=204>.
- 8 . Gay P. et al.Evaluation of Positive Airway Pressure Treatment for Sleep Related Breathing Disorders in Adults. A Review by the Positive Airway Pressure Task Force of the Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine.*Sleep* 2006;29(3):381-401

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΚΛΙΜΑΚΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΥΠΝΗΛΙΑΣ (EPWORTH)

Κλίμακα Epworth

Όνομα

Ημερομηνία

Ηλικία

Φυλο :

Τι πιθανότητα υπάρχει, όταν δεν αισθάνεστε κουρασμένος (η) να σας πάρει για λίγο ο ύπνος ή να κοιμηθείτε τελείως σε μια από τις παρακάτω περιπτώσεις;

Οι ερωτήσεις αναφέρονται στον συνηθισμένο τρόπο ζωής σας πρόσφατα.

Ακόμη και αν δεν έχετε κάνει κάτι από τα παρακάτω πρόσφατα, προσπαθήστε να βρείτε πως θα σας επηρέαζαν

Χρησιμοποιείστε την παρακάτω κλίμακα διαλέγοντας τον αριθμό που ανταποκρίνεται σε σας σε κάθε περίπτωση

0 = καμία πιθανότητα να αποκοιμηθώ

1 = ελάχιστη πιθανότητα να αποκοιμηθώ

2 = μέτρια πιθανότητα να αποκοιμηθώ

3 = μεγάλη πιθανότητα να αποκοιμηθώ

Είναι σημαντικό να απαντήστε όσο πιο σωστά μπορείτε

Κατάσταση:

Ένταση επιθυμίας για ύπνο (0-3)

1. Διαβάζοντας καθισμένος (η).

.....

2. Βλέποντας τηλεόραση.

.....

3. Καθισμένος (η) και αδρανής σε δημόσιο

Χώρο (π.χ. θέατρο, συγκέντρωση).

.....

4. Επιβάτης σε αυτοκίνητο για μια ώρα

χωρίς στάση.

.....

5. Ξαπλωμένος (η) το απόγευμα για ξεκούραση

όταν οι περιστάσεις το επιτρέπουν.

.....

6. Καθισμένος (η) και συνομιλώντας με

Κάποιον.

.....

7. Καθισμένος (η) σε ήσυχο περιβάλλον μετά

το μεσημεριανό χωρίς να έχετε καταναλώσει

αλκοόλ.

.....

8. Στο αυτοκίνητο ενώ είστε σταματημένος (η)

.....

για λίγα λεπτά λόγω κίνησης

ΣΥΝΟΛΟ

V Tsara, E. Serasli, A. Amfilochiou, T. Constadinidis, P. Christaki : Greek Version of the Epworth Sleepiness Scale. Sleep and Breathing 2004,8(2):92

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ BECK

Για κάθε μια από τις επόμενες 21 ερωτήσεις επιλέξτε την απάντηση (μία κάθε φορά) που εκφράζει καλύτερα την κατάστασή σας την τελευταία εβδομάδα (συμπεριλαμβανόμενης της σημερινής ημέρας). Ο βαθμός για κάθε ερώτηση είναι εντός της παρένθεσης (άθροιση στο τέλος)

1.
 -Δεν αισθάνομαι λυπημένος (0)
 -Αισθάνομαι λυπημένος (1)
 -Αισθάνομαι λυπημένος όλο τον καιρό και δεν μπορώ να το ξεπεράσω (2)
 -Αισθάνομαι τόσο λυπημένος και δυστυχής που αυτό δεν υποφέρεται (3)

2.
 -Δεν έχω ιδιαίτερη αποθάρρυνση σχετικά με το μέλλον μου (0)
 -Αισθάνομαι αποθάρρυνση σχετικά με το μέλλον μου (1)
 -Αισθάνομαι ότι δεν έχω τίποτε που να προσδοκώ (2)
 -Αισθάνομαι ότι το μέλλον είναι άνευ ελπίδος και ότι τα πράγματα δεν είναι δυνατόν να βελτιωθούν (3)

3.
 -Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος (0)
 -Αισθάνομαι αποτυχημένος σε μεγαλύτερο βαθμό από τον γενικό μέσο όρο (1)
 -Καθώς ανατρέχω προς τα πίσω τη ζωή μου, εκείνο που μπορώ να δω είναι πολλές αποτυχίες (2)
 -Αισθάνομαι ότι σαν άτομο είμαι πλήρως αποτυχημένο (3)

4.
 -Αισθάνομαι την ίδια ικανοποίηση με τα διάφορα πράγματα όπως και κατά το παρελθόν (0)
 -Δεν απολαμβάνω πια τα πράγματα όπως συνέβαινε στο παρελθόν (1)
 -Δεν αισθάνομαι πραγματική ικανοποίηση με τίποτε πλέον (2)
 -Είμαι δυσαρεστημένος και βαριέμαι με το καθετί (3)

5.
 -Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ότι έχω ενοχές (0)
 -Αισθάνομαι ενοχές που κρατούν αρκετό χρονικό διάστημα (1)
 -Αισθάνομαι μεγάλες ενοχές τον περισσότερο καιρό (2)
 -Αισθάνομαι ενοχές συνέχεια (3)

6.
 -Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι στη ζωή μου (0)
 -Αισθάνομαι ότι είναι δυνατόν να τιμωρούμαι (1)

-Περιμένω ότι θα τιμωρηθώ (2)
Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι στη ζωή μου (3)
7.
Δεν αισθάνομαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου (0)
 Αισθάνομαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου (1)
Αισθάνομαι απέχθεια για τον εαυτό μου (2)
Μισώ τον εαυτό μου (3)
8.
Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερος από οποιονδήποτε άλλον (0)
Κάνω κριτική στον εαυτό μου για τα λάθη και τις αδυναμίες μου (1)
 ...Ρίχνω το φταίξιμο συνέχεια στον εαυτό μου για τα λάθη μου (2)
 ...Ρίχνω το φταίξιμο πάντα στον εαυτό μου για οτιδήποτε κακό συμβαίνει (3)
9.
Δεν έχω σκέψεις και τάσεις αυτοκτονίας (0)
 ...Μου περνάνε από το μυαλό σκέψεις αυτοκτονίας αλλά δεν πρόκειται να τις πραγματοποιήσω (1)
 ...Θα ήθελα να αυτοκτονήσω (2)
Θα αυτοκτονούσα εάν μου δινόταν η ευκαιρία (3)
10.
Δεν κλαίω περισσότερο σε σχέση με άλλα φυσιολογικά άτομα (0)
Με πιάνουν τα κλάματα περισσότερο τώρα σε σχέση με το παρελθόν (1)
 ...Με πιάνουν τώρα τα κλάματα συνέχεια (2)
 ...Παλιά μπορούσα να κλάψω, αλλά τώρα θέλω να κλάψω και δεν μπορώ (3)
11.
Δεν είμαι περισσότερο νευρικός τώρα σε σχέση με το παρελθόν (0)
 ...Είμαι λίγο περισσότερο νευρικός από το συνηθισμένο (1)
Αισθάνομαι ενοχλημένος και νευριασμένος για αρκετό καιρό (2)
Αισθάνομαι νευριασμένος όλο τον καιρό (3)
12.
 ...Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για άλλους ανθρώπους (κοινωνικές σχέσεις κλπ) (0)
 ...Αισθάνομαι ότι έχω χάσει λίγο το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους (1)
 ...Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους (2)
 Έχω χάσει όλο το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους (3)

- 13.
-Παίρνω αποφάσεις όπως έπαιρνα πάντα (0)
 -Αναβάλλω να παίρνω κάποιες αποφάσεις σε σχέση με το παρελθόν (1)
 -Έχω μεγαλύτερη δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις σε σχέση με το παρελθόν (2)
 - ...Δεν μπορώ να πάρω καθόλου αποφάσεις (3)

- 14.
-Αισθάνομαι ότι δεν δείχνω χειρότερα σε σχέση με το παρελθόν (0)
 - ...Ανησυχώ γιατί νοιώθω ότι φαίνομαι γέρος και άσχημος (1)
 -Αισθάνομαι ότι έχουν δημιουργηθεί μόνιμες αλλοιώσεις στην εμφάνισή μου και φαίνομαι άσχημος (2)
 - ...Νομίζω ότι δείχνω και είμαι άσχημος (3)

- 15.
- ...Μπορώ να εργάζομαι τόσο καλά όπως και στο παρελθόν (0)
 - ...Πρέπει να καταβάλλω μια επί πλέον προσπάθεια για να αρχίσω να κάνω κάτι (1)
 - ...Πρέπει να πιέσω πολύ τον εαυτό μου για να αρχίσω να κάνω κάτι (2)
 - ...Δεν μπορώ να κάνω τίποτε (3)

- 16
-Κοιμάμαι πολύ καλά όπως και στο παρελθόν (0)
 -Δεν κοιμάμαι τόσο καλά όπως στο παρελθόν (1)
 - ...Ξυπνάω 1-2 ώρες νωρίτερα από το συνηθισμένο και το βρίσκω δύσκολο να ξανακοιμηθώ (2)
 -Ξυπνάω μερικές ώρες νωρίτερα από το συνηθισμένο και μετά δεν μπορώ να ξανακοιμηθώ (3)

- 17.
- ...Δεν αισθάνομαι περισσότερο κουρασμένος από το συνηθισμένο (0)
 - ...Κουράζομαι πιο εύκολα σε σχέση με πρώτα (1)
 - ...Κουράζομαι με το που κάνω σχεδόν οτιδήποτε (2)
 - ...Αισθάνομαι πολύ κουρασμένος για να κάνω το παραμικρό (3)

- 18.
-Η όρεξή μου δεν είναι λιγότερη σε σχέση με το παρελθόν (0)
 - ...Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όσο ήταν στο παρελθόν (1)

...Η όρεξή μου είναι πολύ χειρότερη τώρα (2)
...Δεν έχω καθόλου όρεξη πλέον (3)

19.

.....Δεν έχω χάσει σχεδόν καθόλου βάρος τελευταία (0)
...Έχω χάσει περισσότερο από 2,5 κιλά (1)
....Έχω χάσει περισσότερο από 5 κιλά (2)
....Έχω χάσει περισσότερο από 7,5 κιλά (3)

20.

....Δεν ανησυχώ για την υγεία μου περισσότερο από το συνηθισμένο (0)
....Ανησυχώ για διάφορες σωματικές ενοχλήσεις , όπως διάφορους πόνους ή βάρος στο στομάχι ή δυσκοιλιότητα (1)
...Ανησυχώ πολύ για διάφορες σωματικές ενοχλήσεις και μου είναι δύσκολο να σκεφτώ κάτι άλλο πέρα από αυτές (2)
...Ανησυχώ τόσο πολύ για διάφορες σωματικές μου ενοχλήσεις που δεν μπορώ να σκεφτώ τίποτε άλλο πέρα από αυτές (3)

21.

...Δεν έχω παρατηρήσει τον τελευταίο καιρό κάποια αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για σεξ (0)
...Έχω λιγότερο ενδιαφέρον για σεξ σε σχέση με το παρελθόν (1)
....Έχει μειωθεί σημαντικά το ενδιαφέρον μου για σεξ (2)
...Έχω εντελώς χάσει το ενδιαφέρον μου για σεξ (3)

Συνολικό άθροισμα

1-10 Εντός φυσιολογικών ορίων

11-16 Ήπια διαταραχή της διάθεσης

17-21 Οριακού βαθμού κατάθλιψη

21-30 Μετρίου βαθμού κατάθλιψη

31-40 Σοβαρού βαθμού κατάθλιψη

Πάνω από 40 Εξαιρετικά σοβαρή κατάθλιψη