



TÄISKASVANUTE UNEHÄIRETE ESMANE DIAGNOSTIKA

Eesti ravijuhend

RJ-G/28.1-2018

Ravijuhendi töörühma liikmed

Erve Sõõru (töörühma juht)	Kopsuarst, unearst*, Põhja-Eesti Regionaalhaigla
Tuuliki Hion	Psühhiaater, unearst*, Tartu Ülikooli Kliinikum/4Kliinik
Marlit Veldi	Vanemarst-õppejõud kõrva-nina-kurguhaiguste erialal, Tartu Ülikooli Kliinikum
Tiina Siilak	Õde-unetehnoloog*, 4Kliinik
Merike Porosaar	Neuroloog, Põhja-Eesti Regionaalhaigla
Triin Jagomägi	Ortodont, Unimed Ühendatud Kliinikud; ortodontia dotsent, Tartu Ülikooli hambaarstiteaduse instituut
Hepp Nigol	Perearst, Perearst Hepp Nigol OÜ
Andrus Helenurm	Patsientide esindaja, Eesti Puuetega Inimeste Koda
Anu Hedman	Kardioloog, Ida-Tallinna Keskhaigla
Ivika Leik	Esindaja, Eesti Haigekassa

*Euroopa Uneuurijate Seltsi akrediteeringuga

Ravijuhendi sekretariaadi liikmed

Katrin Põld (sekretariaadi juht)	Neuroloog, Viljandi Haigla
Maarika Liik	Neuroloog, Uppsala Ülikooli Haigla
Kaire Pakkonen	Anestesioloog, Pärnu Haigla
Moonika Viigimäe	Teadur, TalTech Tervisetehnoloogiate instituut
Maarja Kaarlõp	Neuroloog, Ida-Tallinna Keskhaigla
Kristiina Lepik	Neuroloog, Ida-Tallinna Keskhaigla

Huvide deklaratsioonide koond, tõendusmaterjali kokkuvõtted ja koosolekute protokollid on leitavad: <https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/16/taiskasvanute-unehairete-esmane-diagnostika>.

Soovituslik viitamine: Täiskasvanute unehäirete esmane diagnostika, RJ-G/28.1-2018. Ravijuhendite nõukoda. 2019.

Otsingusõnad: täiskasvanute unehäired, ravijuhend.

© Eesti Haigekassa 2019
Lastekodu 48, Tallinn 10144

www.ravijuhend.ee
info@haigekassa.ee

ISBN 978-9949-585-63-2
ISBN 978-9949-585-64-9 (pdf)

Täiskasvanute unehäirete esmane diagnostika

Eesti ravijuhend








RJ-G/28.1-2018

Ravijuhend valmis vastavalt Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamatule (www.ravijuhend.ee).

Teadusliku tõenduse kvaliteet (Balshem 2011)¹

Tõendus-põhisuse määär	Selgitus tõenduspõhisusele
Kõrge	Võib olla väga kindel, et sekkumise tegelik mõju on väga lähedane uuringutes antud hinnangutele.
Mõõdukas	Võib olla mõõdukalt kindel, et sekkumise tegelik mõju on lähedane uuringutes antud hinnangutele, kuid see võib ka oluliselt erineda.
Madal	Ei saa olla kindel, et sekkumise tegelik mõju on sarnane uuringutes antud hinnangutele, tegelik mõju võib hinnangutest oluliselt erinev olla.
Väga madal	Ei saa üldse kindel olla, et sekkumise tegelik mõju on sarnane uuringutes antud hinnangutele, tegelik mõju on tõenäoliselt hinnangutest oluliselt erinev.

Soovituse tugevus ja suund (Guyatt 2008)²

<p>Tugev soovitus teha</p> 	<p>Soovituse tugevus peegeldab seda, kui kindel võib olla, et sekkumisest saadav kasu ületab võimaliku kahju.</p>
<p>Soovitus pigem teha</p> 	<p>Soovituse tugevuse määravad järgmised tegurid:</p> <ul style="list-style-type: none"> - soovitud ja soovimatu toime vahelise erinevuse suurus; - teadusliku tõenduse kvaliteet; - patsientide eelistuste varieeruvuse määär; - ressursikulu.
<p>Soovitus pigem mitte teha</p> 	<p>Tugev soovitus antakse, kui on kindel, et enamik hästi informeeritud patsiente otsustaks kõnealuse sekkumise kasuks.</p>
<p>Tugev soovitus mitte teha</p> 	<p>Nõrga soovitusel puhul on ette näha, et patsiendi suhtumine sekkumise valikusse sõltub isiklikest väärtustest ja eelistustest. Arst peab olema kindel, et neid on arvestatud.</p>
<p>Praktiline soovitus</p> 	<p>Tugev soovitus on väljendatud sõnadega „tehke, kasutage“, nõrk soovitus väljenditega „võib teha, kaaluge tegemist“.</p> <p>Ravijuhend sisaldab suuniseid, mis põhinevad ravijuhendi töörihma liikmete kliinilisel kogemusel ja võivad parima ravitulemuse saamisel praktikas abiks olla.</p>

1 Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, *et al.* GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol* 2011;64:401–6.

2 Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, *et al.* GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336:924–6.

Sisukord

Lühendid	6
Mõisted	8
Sissejuhatus	11
Käsitusala	12
Peamised soovitused	13
Anamnees, objektiivne uurimine	15
Ravijuhendi soovitused koos tõenduse ja arutelu lühikokkuvõttega	17
Unetus	17
Uneaegsed hingamishäired	25
Liigunisuus	32
Une-ärkveloleku rütmi häired	38
Uneaegsed liigutushäired	42
Tervishoiukorralduslikud küsimused	45
Lisa 1. Tervishoiukorralduslikud algoritmid	49
Lisa 2. Unehäirete diferentsiaaldiagnostiline küsimustik SDS-CL-25(V4)	54
Lisa 3. Unepäevik	56
Lisa 4. Diagnostilised küsimustikud	58
Lisa 5. Uneaegsete hingamishäirete tunnused	68
Lisa 6. Unehäirete diagnostilised kriteeriumid ICSD-3 järgi	69
Lisa 7. Patsiendi ülevaatus ja objektiivne uurimine	75
Kasutatud kirjandus	77

Lühendid

AASM	<i>American Academy of Sleep Medicine,</i> Ameerika Unemeditsiini Akadeemia
AHI	Apnoe-hüpopnoe indeks
ASWPD	<i>Advanced sleep-wake phase disorder,</i> varase uneaja häire
AUC	<i>Area under the curve,</i> kõvera alune pindala
BSI	<i>Barcelona sleepiness index,</i> Barcelona unisuse indeks
COMISA	<i>Co-morbid Insomnia and Sleep Apnoea,</i> komorbiidne insomni ja uneapnoe
CPAP/APAP	<i>Continuous positive airway pressure/automatic positive airway pressure,</i> püsirõhuga positiivrõhu seade / automaatse rõhuregulatsiooniga positiivrõhu seade
CRSWD	<i>Circadian rhythm sleep-wake disorders,</i> une-ärkveloleku rütmi häired
DSM-V	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders,</i> Ameerika Psühhiaatrite Assotsiatsiooni välja antav vaimse tervise häirete klassifikatsioon
DSWPD	<i>Delayed sleep-wake phase disorder,</i> hilise uneaja häire
EDS	<i>Excessive daytime sleepiness,</i> päevane liigunisus
EEG	Elektroentsefalograafia
EEK-2	Emotsionaalse enesetunde küsimustik
EKG	Elektrokardiograafia
EMG	Elektromüograafia
EOG	Elektrookulograafia
ESS	<i>Epworth Sleepiness Scale,</i> Epworthi unisuse skaala
FFS	<i>Flinders Fatigue Scale,</i> Flindersi väsimuse küsimustik
ICSD-3	<i>International Classification of Sleep Disorders, 3rd edition,</i> rahvusvahelise unehäirete klassifikatsiooni 3. versioon
ISI	<i>Insomnia Severity Index,</i> unetuse raskusastme määraja
ISWRD	<i>Irregular sleep-wake rhythm disorder,</i> ebaregulaarse une-ärkveloleku rütmi häire
IRLSSG	<i>International Restless Legs Syndrome Study Group,</i> rahvusvaheline rahutute jalgade sündroomi uurimisrühm
KMI	Kehamassi indeks
KOK	Krooniline obstruktiivne kopsuhaigus
MSLT	<i>Multiple sleep latency test,</i> päevase unevalmiduse test
MWT	<i>Maintenance of wakefulness test,</i> ärkvelpüsimise test

N24SWRD	<i>Non-24-hour sleep-wake rhythm disorder,</i> mitte-ööpäevane une-ärkveloleku rütmi häire
NREM	<i>Non rapid eye movements (sleep),</i> mitte-REM-uni
NWAK	<i>Number of awakenings,</i> ärkamiste arv
OHS	<i>Obesity hypoventilation syndrome,</i> ülekaalulisuse-hüpoventilatsiooni sündroom
ODI	<i>Oxygen desaturation index,</i> hapniku desaturatsiooni indeks
OUA	Obstruktiivne uneapnoe
PG	Polügraafiline uuring
PLMD	<i>Periodic limb movements disorder,</i> uneaegne perioodiliste jäsemeliigutuste häire
PLMS	<i>Periodic limb movements of sleep,</i> uneaegsete perioodiliste jäsemeliigutuste sündroom
PSG	Polüsomnograafiline uuring
PSQI	<i>Pittsburgh Sleep Quality Index,</i> une kvaliteedi küsimustik
RDI	<i>Respiratory disturbance index,</i> respiratoorse häirumise indeks
REM	<i>Rapid eye movement (sleep),</i> REMuni
RERA	<i>Respiratory effort related arousal,</i> hingamispingutusega seotud virgumine
RHK-10	Rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 10. versioon
RLS	<i>Restless leg syndrome,</i> rahutute jalgade sündroom
SDL-CL	<i>Sleep Disorders Symptom Checklist,</i> unehäirete diferentsiaaldiagnostiline küsimustik
SOL	<i>Sleep onset latency,</i> uinumiseks kuluv aeg
SOREMP	<i>Sleep-onset REM period,</i> une alguse REM-une periood
SpO₂	Oksühemoglobiini saturatsioon
STOP	<i>Snoring Tired Observed Pressure,</i> uneapnoe diagnostikas kasutatav küsimustik
STOP-BANG	<i>Snoring Tired Observed Pressure – Body mass index Age Neck size Gender,</i> uneapnoe diagnostikas kasutatav küsimustik
SWAI	Sleep-Wake Activity Inventory, une-ärkveloleku test
SWIFT	<i>Sleepiness-wakefulness inability and fatigue test,</i> unisuse, ärkveloleku häire ja väsimuse test
TST	<i>Total sleep time,</i> kogu uneaeg
TWAK	<i>Terminal awakening,</i> lõplik ärkamine
WASO	<i>Wake after sleep onset,</i> ärkvelolek pärast esimest uinumist

Mõisted

Ajavahe-sündroom (ingl <i>k jet lag</i>)	Kiirest ajavööndite vahetusest tingitud une-ärkveloleku rütmi häire
Aktigraafia	Kehale kinnitatavate liikumisanduri(te) abil tehtav uuring, kus une- ja ärkvelolekuaeg arvutatakse liikumisaktiivsuse põhjal.
Aktiivsusmonitor	Kaasaskantav nutiseade füüsilise aktiivsuse mõõtmiseks.
Apnoe	Õhuvoolu seiskus või õhuvoolu vähenemine hingamisteedes $\geq 90\%$ baastasemest kestusega 10 sekundit või kauem.
Apnoe-hüpopnoe indeks	Apnoe ja hüpopnoe episoodide esinemiste arv ühe tunni kohta.
Bruksism	Regulaarne või sagedane unaegne hammaste tahtmatu kokkusurumine ja krigistamine.
Cheyne-Stokes'i hingamine	<i>Crescendo</i> ja <i>decrecendo</i> mustri-ga hingamisamplituudi muutumine, mis vaheldub apnoede ja hüperpnoedega (hüpopnoeni järjest suureneva ja seejärel apnoeni väheneva hingamissageduse vaheldumine teatud perioodi järel).
Hüperkapnia	Normaalsest kõrgem süsinikdioksiidi osarõhk arteriaalses veres, $\text{PaCO}_2 > 45$ mm Hg.
Hüpersomnia	Unehäire, millele on iseloomulik liiga pikk unaeg ja/või päevane liigunisuus.
Hüpopnoe	Õhuvoolu vähenemine hingamisteedes vähemalt 30% baastasemest kestusega 10 sekundit või kauem, kui sellega kaasneb oksühemoglobiini desaturatsioon vähemalt 3% või elektroentsefalograafiliselt fikseeritud aju virgumine.
Hüpoventilatsiooni sündroom	Alveolaarne ventilatsioonihäire, mille tulemusena tekib unaegne hüpokseemia ja hüperkapnia.
I tüüpi narkolepsia (katapleksiaga)	Unehäire, millele on iseloomulik une fragmenteerumine, päevane liigunisuus, uneatamid ja katapleksia ning liikvori hüpokretiin-1 tase ≤ 110 pg/ml.
Idiopaatiline hüpersomnia	Unehäire, mida iseloomustab pikk mittekosutav öine uni (≥ 660 min), päevane liigunisuus, pikad mittekosutavad päevased uinakud. Katapleksiati ei esine ning liikvori hüpokretiin-1 tase on normis.
II tüüpi narkolepsia (katapleksiata)	Unehäire, millele on iseloomulik liigne päevane unisus ning uneatamid. Katapleksiati ei esine ning liikvori hüpokretiin-1 tase on normis.

Insomnia (unetus)	Raskused uinumise või une säilitamisega või liiga varane ärkamine, mis esineb vaatamata sobilikele magamisvõimalustele. Unetus häirib päevast toimetulekut (väsimus, vähenenud kognitiivne võimekus, meeolulähäired jms).
Katapleksia	Lühiajaline paroksüsmaalne vastutahteline lihastoonuse kadu säilunud teadvusega.
Liigunisus	Tavapärase ärkveloleku ajal esinev tung magada.
Parasomnia	Unehäire, mida iseloomustab ebanormaalne tajuelamus, käitumine või aktiivsus une ajal või une-ärkveloleku piiril.
Perioodiliste jäsēmeliigutuste häire	Uneaegsed perioodilised jäsēmeliigutused sagedusega > 15 korra tunnis, mis häirivad und ja päevast toimetulekut.
Hingamise polügraafia või kardio-respiratoorne polügraafia	Diagnostiline uuring, millega registreeritakse uuritava tavapärase une ajal üheaegselt järgmisi parameetreid: SpO ₂ , pulsi sagedus ja pulsiline, õhuvool ninas ja suus, hingamisliigutused rindkerel ja kõhul, kehaasend, norskamine.
Obstruktiivne unepnoe	Uneaegne hingamishäire, mida iseloomustavad unaegsest hingamisteede kokkulangemisest põhjustatud osalised (hüpopnoe) või täielikud (apnoe) õhuvoolutakistused ülemistes hingamisteedes.
Polüsomnograafia	Diagnostiline uuring, millega registreeritakse uuritava tavapärase une ajal üheaegselt lisaks hingamise polügraafiale järgmisi kanaleid: EEG, EOG, EMG, jäsēmeliigutused. Video-PSG korral registreeritakse ka audio- ja videokanalid.
Pulssoksümeetria	Diagnostiline uuring, millega registreeritakse uuritava tavapärase une ajal üheaegselt SpO ₂ , pulsisagedus ja vajadusel pulsiline.
Rahutute jalgade sündroom	Ebameeldiv aisting jäsēmetes (eeskätt jalgades), mis avaldub puhkeolekus, õhtuti või öösiti ning mis sunnib aistingu leevenduseks jäsēmeid liigutama.
Rasvtõvega seotud hüpo-ventilatsiooni sündroom	Hüpoventilatsiooni sündroom inimestel, kelle kehamassiindeks on üle 30 kg/m ² , kellel esineb päevane hüperkapania (arteriaalne PaCO ₂ > 45 mmHg) ning kelle päevase ja öise hingamishäire põhjuseks ei ole südame-veresoonkonna haigus ega neuroloogiline haigus.
Respiratoorse häirumise indeks	Apnoede, hüpopnoede ja RERA-de arv ühe tunni kohta.
Segatüüpi unepnoe	Uneaegne hingamishäire, mida iseloomustab obstruktiivse ja tsentraalse unepnoe koosinemine.

Tsentraalne unepnoe	Uneaegne hingamishäire, mida iseloomustab korduv õhuvoolu katkemine ülemistes hingamisteedes koos samaaegse hingamisliigutuste lakkamisega.
Uneaegsed hingamishäired	Uneaegsed hingamishäired on haigusseisundid, millega kaasneb uneaegne ventilatsiooni ja/või perfusiooni häire.
Une-ärkveloleku e tsirkadiaanse rütmi häire	Häire, mille puhul inimese ööpäevane une-ärkveloleku rütm ei ole kooskõlas tavapärase vööndiajaga või sotsiaalselt aktsepteeritava ööpäevase rütmiga (sh varajase ja hilise une sündroom, ajavahe häire, vahetustega tööst põhjustatud unehäire). Une-ärkveloleku rütmi häiretega võivad kaasneda nii unetus kui ka liigunisus.
Unehügieen	Und soodustavad käitumis- ja keskkonnategurid.
Unenõustamine	Unehügieeni ja unehäirete alane nõustamine.
Unepäevik	Tabel, kuhu patsient märgib kuupäevaliselt uinumise ja ärkamise kellaajad, voodis veedetud aja, kasutatavad ravimid, kofeiini ja alkoholi tarbimise, füüsilise koormuse jm (vt lisa 2).
Hingamise ja liigutuste polügraafia	Diagnostiline uuring, millega registreeritakse uuritava tavapärase une ajal üheaegselt järgmisi parameetreid: SpO ₂ , pulsi sagedus ja pulsilaine, õhuvool ninas ja suus, hingamisliigutused rindkerel ja kõhul, kehaasend, norskamine ja jäsemete liigutused.
Ülemiste hingamisteede resistent-sündroom	Uneaegne hingamishäire, mida iseloomustavad norskamine ja sagedased hingamispingutusega seotud virgumised ilma hapniku desaturatsioonita.

Sissejuhatus

Ravijuhendi vajadus

Unehäireid esineb elanikkonnas äärmiselt sageli. Täpsed andmed unehäirete levimuse kohta Eestis puuduvad. Lääne-Euroopas on vanemate kui 15-aastaste seas tehtud läbilõikelise uuringu kohaselt unehäired 31% inimestel. Pooled unehäire kaebusega inimestest ei ole nende leevendamiseks midagi ette võtnud ega ka arstile pöördunud (1). Unehäired on seega aladiagnoositud kliiniline probleem. Avastamata ja ravimata kroonilised unehäired suurendavad hüpertooniatõve, diabeedi, müokardi infarkti ja ajuinfarkti riski ning liiklus- ja töõnnetuste riski. Unehäired mõjutavad negatiivselt nii tööviljakust kui ka sotsiaalseid- ja peresuhteid (2). AASM-i hinnangul (3) annaksid ainuüksi une-apnoe õigeaegne diagnostika ja ravi tervishoiusüsteemile miljarditesse dollaritesse ulatuva kokkuhoiu aastas.

Unemeditsiin on multidistsiplinaarne valdkond. Unehäired esinevad sageli koos psühhiaatriliste, südame-veresoonkonna, neuroloogiliste, pulmonoloogiliste ja kõrva-nina-kurgu haigustega. Unehäiretega patsientidega puutuvad igapäevaselt kokku erinevate erialade arstid ja meditsiiniga seotud erialade esindajad. Diagnostikas unehäireid õigeaegselt ja korrektselt, saab rakendada asjakohaseid sekkumisi, mille eesmärk on patsiendi elukvaliteedi ja töö- ning liiklusohutuse paranemine ja vähenenud tervis-hoiukulutused.

Eesti Unemeditsiini Selts loodi 2005. aastal. Algusest peale on seltsi eesmärkide hulka kuulunud arstkonna, avalikkuse ja seadusandjate harimine unehäirete diagnostika ja ravi valdkonnas. Eestis pole varem esmatasandi tervishoiutöötajate jaoks unehäirete tõenduspõhise diagnostika juhiseid koostatud, käesolev juhend on esimene. Eestis tegutseb mitmeid spetsialiseerunud unekeskusi, kus tehakse kompleksset unehäirete diagnostikat ja ravi. Tervis-hoiukorralduslikel põhjustel jääb paljudel juhtudel uneuuringute tasu patsiendi kanda. Esmatasandi meditsiini kompetentsist ja võimekusest jääb aga unehäirete põhjalikum diferentsiaal-diagnostika nii või teisiti enamasti välja.

See juhend annab soovitusel unehäirete diagnoosimiseks esmatasandile kättesaadavate ja teostatavate meetoditega, mis peaaegu ei hõlma instrumentaaldiagnostikat. Unehäiretele viitavad enamasti subjektiivsed unekaebused. Unehäirete diagnostika esmatasandil hõlmab seetõttu mitmete tõenduspõhiste küsimustike kasutamist. Antud juhendis ei ole käsitletud unehäirete ennetust ega ravi. Algoritmides on iga unehäire kohta kirja pandud soovitusel, mis olukorras tuleb patsient suunata unehäiretega tegeleva spetsialisti juurde ([vt Lisa 1](#)).

Unehäired jäävad tähelepanuta mittespetsiifiliste päevaste (nt väsimus, kognitiivsed raskused) ja öiste (nt norskamine) sümptomite tõttu. Samuti jäävad unehäired sageli kaasuvate psühhiaatriliste ja kehaliste haiguste varju.

Juhend on üles ehitatud rahvusvahelise unehäirete klassifikatsiooni 3. versioonile (ICSD-3) (4). Selles ei ole tehtud ranget vahet unehäire orgaanilisel vs. mitteorgaanilisel etioloogial ega primaarsel vs. sekundaarsel geneesil, rõhutatakse unehäire kui iseseisva kliinilise probleemi tähtsust. ICSD-3 jaotab unehäired kuueks suuremaks grupiks:











1. Unetus
2. Uneaegsed hingamishäired
3. Liigunisus
4. Une-ärkveloleku rütmi häired
5. Parasomniad
6. Uneaegsed liigutushäired

Käsitlusala

Ravijuhend annab ülevaate sagedasematest unehäiretest ja nende klassifikatsioonist ning tõendus põhised juhised unehäirete diagnoosimiseks esmatasandi arstiabis. Juhend on mõeldud eeskätt esmatasandi tervishoiutöötajatele (arstid, hambaarstid, õed, ämmaemandad), psühholoogidele ja unehäiretega tegelevatele spetsialistidele (nt unenõustajad).

Juhend käsitleb ainult täiskasvanute unehäirete diagnostikat esmatasandi arstiabis. Juhend ei kirjelda unehäirete molekulaardiagnostikat, hingamispuudulikkuse diagnostika-meetodeid ega alternatiiv- ja täiendava meditsiini diagnostika-meetodeid. Juhend ei kajasta spetsialiseeritud unekeskustes tehtavaid diagnostilisi protseduure. Juhendi detailne käsitlusala ja kliinilised küsimused on kättesaadavad ravijuhendite kodulehelt www.ravijuhend.ee.

Peamised soovitused

Unetus		
1		Unetuse kahtlusega patsientidel on unetuse diagnoosimiseks soovitatav täita unepäevikut vähemalt kahe nädala jooksul. Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste.
2		Unetuse kahtlusega patsientidel on unetuse diagnoosimiseks soovitatav kasutada unetuse küsimustikke unetuse raskusastme määraja (ISI) ja une kvaliteedi küsimustik (PSQI). Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste.
3		Unetuse kahtlusega patsientidel ei ole unetuse diagnoosimiseks soovitatav kasutada meeleolu- ja ärevushäire küsimustikku. Nõrk negatiivne soovitus, madal tõendatuse aste.
4		Unetuse kahtlusega patsientidel ei ole soovitatav kasutada unetuse diagnoosimiseks rahutute jalgade sündroomi küsimustikku. Tugev negatiivne soovitus, madal tõendatuse aste.
5		Unetuse kahtlusega patsientidel ei ole soovitatav kasutada unetuse diagnoosimiseks uneaegse hingamishäire küsimustikku. Töörühma praktiline soovitus.
6		Unetuse kahtlusega patsientidel ei ole unetuse diagnoosimiseks soovitatav kasutada liigunisuse küsimustikku. Nõrk negatiivne soovitus, madal tõendatuse aste.
7		Unetuse kahtlusega patsientidel, kes kaebavad väsimust, on soovitatav väsimuse hindamiseks kasutada Flindersi väsimuse skaalat. Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste.
Uneaegsed hingamishäired		
8		Uneaegse hingamishäire kahtlusega patsientidel on soovitatav kasutada unaegse hingamishäire diagnoosimiseks STOP-BANG küsimustikku. Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste.
9		Uneaegse hingamishäire kahtlusega patsientidel ei ole soovitatav kasutada unaegse hingamishäire diagnoosimiseks spirograafiat. Töörühma praktiline soovitus.
10		Uneaegse hingamishäire kahtlusega patsientidel ei ole unaegse hingamishäire diagnoosimiseks soovitatav kasutada Epworthi uni-skaalat iseseisva meetodina. Nõrk negatiivne soovitus, keskmine tõendatuse aste.

11		<p>Uneaegse hingamishäire kahtlusega patsientidel ei ole uneaegse hingamishäire diagnoosimiseks soovitatav kasutada väsimust hindavaid küsimustikke iseseisva meetodina.</p> <p>Nõrk negatiivne soovitus, madal tõendatuse aste.</p>
Liigunisus		
12		<p>Kõigil liigunisuse kahtlusega patsientidel on liigunisuse diagnoosimiseks soovitatav täita unepäevikut vähemalt kahe nädala jooksul.</p> <p>Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste.</p>
13		<p>Liigunisuse kahtlusega patsientidel ei ole soovitatav kasutada liigunisuse küsimustikku.</p> <p>Töörühma praktiline soovitus.</p>
14		<p>Liigunisuse kahtlusega patsientidel on soovitatav kasutada meeleolu- ja ärevushäire küsimustikku.</p> <p>Töörühma praktiline soovitus.</p>
15		<p>Liigunisuse kahtlusega patsientidel ei ole soovitatav kasutada liigunisuse diagnoosimiseks rahutute jalgade sündroomi küsimustikku.</p> <p>Töörühma praktiline soovitus.</p>
16		<p>Liigunisuse kahtlusega patsientidel on soovitatav kasutada uneaegse hingamishäire diagnoosimiseks STOP-BANG küsimustikku.</p> <p>Töörühma praktiline soovitus.</p>
17		<p>Päevase liigunisuse kaebusega patsientidel ei ole liigunisuse diagnoosimiseks soovitatav kasutada väsimuse küsimustikku.</p> <p>Nõrk negatiivne soovitus, madal tõendatuse aste.</p>
18		<p>Päevase liigunisuse kaebusega patsientidel ei ole liigunisuse diagnoosimiseks soovitatav kasutada narkolepsia küsimustikku.</p> <p>Töörühma praktiline soovitus.</p>
Une-ärkveloleku rütmi häired		
19		<p>Kõigil une-ärkveloleku rütmi häire kahtlusega patsientidel on soovitatav täita unepäevikut vähemalt kahe nädala jooksul.</p> <p>Töörühma praktiline soovitus.</p>
Uneaegsed liigutushäired		
20		<p>Uneaegsete liigutushäirete kahtlusega patsientidel ei ole soovitatav kasutada rahutute jalgade sündroomi diagnoosimiseks unepäevikut.</p> <p>Töörühma praktiline soovitus.</p>

Anamnees, objektiivne uurimine

- Anamneesi kogumine – patsiendi kaebused, läbipõetud ja kaasuvad haigused, õnnetused ja traumad, töö iseloom, eluviis.
- Unehäire diferentsiaaldiagnostiline küsimustik
- Kliiniline läbivaatus; esmased laboratoorsed ja instrumentaaluuringud.

Unehäire anamneesi kogumisel on oluline mõista une füsioloogilisi muutusi elu jooksul. Teismeeast varase täiskasvanueani võib esineda unefaasi loomulikku nihkumist hilisemale ajale. Une kvantiteedi ja kvaliteedi langus ning unefaasi varasemaks nihkumine käib kaasas loomuliku vananemis-protsessiga. Naiste unekvaliteet on meeste omast kehvem, eriti postmenopausi ajal. Seega on nais-sugu ja vanus põhilised unehäirete demograafilised riskitegurid (5).

Sagedasemad unekaebused on:

- Raskused uinumisega;
- Mittekosutav, katkendlik uni;
- Liiga varane ärkamine;
- Norskamine, teiste inimeste täheldatud hingamisseisakud;
- Ninahingamistakistus (võimalikud allergeenid, polüpoos, nina vaheseina deviatsioon);
- Mittekosutav uni;
- Päevane liigunisuus, väsimus, uinakud, uneatakid;
- Magamine sotsiaalselt mitesobival ajal;
- Ebameeldivad aistingud jäsemetes, mis sunnivad jäsemeid liigutama;
- Unes kõndimine, rääkimine vm käitumine, õudusunenäod;
- Katapleksia, uneparalüüs, hallutsinatsioonid une-ärkveloleku piiril.

Anamneesi kogumisel ei tohiks piirduda patsiendi kaebusega unehäirete kohta (selle all mõistab enamik unetust), vaid tuleb anamneesi täpsustada:

- Unekaebuse iseloom, kestus, dünaamika, leevendavad ja vallandavad tegurid;
- Patsiendi unehügieen ja harjumused, mis potentsiaalselt hoiavad unehäiret alal (TV ja nutiseadmed magamistoas, liigne voodis veedetud aeg, öine söömine, suitsetamine vms);
- Eluviisid, kehaline aktiivsus;
- Töö iseloom (vahetustega töö, öötöö, töö tõttu ajavööndite ületamine);
- Suitsetamine, kofeiini, alkoholi ja narkootiliste ainete tarvitamine;
- Kaasuvad ja läbipõetud haigused;
- Unehäirete pereanamnees;

- Tarvitatavad ravimid, sh uinutid, ergutid jm und potentsiaalselt mõjutavad ravimid (esineb seos nt antidepressantravi ja rahutute jalgade vaevuste ning uneaegsete perioodiliste jäsemeliigutuste ägenemise vahel);
- Hinnang unehäire mõjule patsiendi päevasele toimetulekule ja elukvaliteedile (nt kas unehäire takistab õppimist, töökohustuste täitmist jms).

Objektiivne uurimine ([vt ka Lisa 7](#)):

- Kehamassiindeks;
- Kaela ümbermõõt;
- Arteriaalne vererõhk, südame löögisagedus;
- Näokolju võimalikud anomaaliad;
- Suuõõne, neelu ja nina vaatlus (tonsillid, kõva ja pehme suulagi, keele suurus ja asend, keele- ja huulekida, ninahingamistakistus).

Unehäirete diferentsiaaldiagnostiline küsimustik ([vt Lisa 2](#)):

Unehäirete paremaks diagnoosimiseks esmatasandil on soovitatav kasutada une-küsimustikke, mis hindavad mitme unehäire sümptomeid üheaegselt.

Töörühm hindas kahte küsimustikku (Sleep Disorders Questionnaire) (6) ja SDS-CL-25 (7). Eestis kasutamiseks otsustas töörühm tõlkida ja kasutusele võtta SDS-CL-25 (e.k unehäirete diferentsiaaldiagnostiline küsimustik) küsimustiku, millega on võimalik hinnata 13 unehäiret. Küsimustik koos kasutusjuhendiga on toodud ravijuhendi [lisas 2](#).

Kroonilises unepuuduses (nt unepnoe või unetuse tõttu) patsient ei pruugi oma und ega päevast toimetulekut adekvaatselt hinnata. Samuti võib teatud sotsiaalsete olukordade või töökohustuste vältimine krooniliste unehäiretega patsiendile nii omaseks saada, et seda ei peeta haiguslikuks. Oluline on küsitleda patsiendiga ühes voodis magavat inimest patsiendil esinevate hingamisepisakute, norskamise, bruksismi, jäsemeliigutuste ja uneaegse käitumise asjus.

Ühtki unehäiret kinnitavat ega ümber lükkavat analüüsi ega uuringut ei ole. Analüüside ja esmaste uuringute määramisel tuleks juhinduda kliinilisest kahtlusest, mõeldes ka unehäiretega sageli kaasuvatele haigustele. Väsimuse puhul tuleks ennekõike välistada sagedamini esinevad haigused (aneemia, südamepuudulikkus, hüpotüreos, diabeet, kroonilised infektsioonid jms). Unehäired kombineeruvad sageli. Ükski patsiendil diagnoositud haigus ega unehäire ei välista teist unehäiret.

Ravijuhendi soovitused koos tõenduse ja arutelu lühikokkuvõttega

Unetus


Kõige laiemas mõttes tähendab unetus e insomnia võimetust magada. Unetuse täpsem definitsioon: püsivad raskused uinumise või une säilitamisega ning mitterahuldav unekvaliteet tingimustes, kus on piisav võimalus magada. Unetus põhjustab üht või mitut päevast sümptomit: väsimust, unisust, motivatsiooni- ja energiapuudust, tähelepanu- ja keskendumisraskusi, meeleoluhäireid. Sageli kaasnevad unetusega liigne muretsemine unetuse tagajärgede pärast (8) ning düsfunktsionaalsed uskumused ja harjumused, mis hoiavad unetust alal. Psühholoogiliste mehhanismide najal kujuneb unetus krooniliseks häireks, mis püsib sõltumata unetuse algpõhjusest. Diagnostilised kriteeriumid on toodud [lisas 7](#). Unetuse diagnoos põhineb anamneesil (struktureeritud kliiniline intervjuu) ja spetsiifilistel küsimustikel.

Kõigi klassifikatsioonide uuemates versioonides on järk-järgult loobutud primaarse vs. sekundaarse unetuse rangest eristamisest. Enamiku kaasuvate (eriti psühhiaatriliste) haiguste ja unetuse vahelist põhjuslikku seost ei ole võimalik määratleda. Kui depressioon ja unetus esinevad koos, jääb unetus pahatihti tagaplaanile. Unetus kujuneb sageli iseseisvaks kliiniliseks probleemiks olenemata algpõhjusest. Unetuse kolmefaktorilise mudeli kohaselt eristatakse unetust vallandavaid (nt tööstress), soodustavaid (nt geneetiline eelsoodumus) ning alalhoidvaid (nt päevased uinakud, liigne voodis veedetud aeg, püsivalt suurenenud ärksus) tegureid (8). Teistest unetuse mehhanismide teooriatest on laimat tunnustust leidnud Bootzin ja Nicassio stiimulikontrolli ja neurokognitiivsed mudelid.

Unetusse haigestub aastas kuni 31% inimestest (10) ning levimus üldrahvastikus on 6-18% (11). Unetuse põhilised riskitegurid on naissugu, vanem iga, kaasuvad psühhiaatrilised haigused (eriti depressioon ja ärevus) ning kroonilised kehalised haigused. Unetusega patsiendid tajuvad oma tervist oluliselt kehvemana ning üldist valu tugevamana kui hea unega inimesed (10).

Unetus võib muutuda krooniliseks 1-3 kuu jooksul, kuid selles ajavahemikus toimuvad protsessid ning unetuse krooniliseks muutumist soodustavad patsiendist sõltuvad tegurid on ebaselged. Kroonilise unetuse väljakujunemises mängib rolli kesknärvisüsteemi ülemäärane aktiivsus (tõestatud kuvamismeetodite ja EEG-ga) ning tähelepanu nihkumine unele, unetusele ja selle tagajärgedele (12). On leitud, et kõrgem une kvaliteedi küsimustiku (PSQI) skoor ja raskused une säilitamisega (mitte niivõrd uinumisraskused) ennustavad unetuse puhul pikaajalist unutite tarvitamist (13).

Unetuse diagnostiline algoritm vt [Lisa 1.1.](#)

1		Unetuse kahtlusega patsientidel on unetuse diagnoosimiseks soovitatav täita unepäevikut vähemalt kahe nädala jooksul. Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste.
----------	---	---

Unepäevik on unehäirete diagnoosimisel laialdaselt kasutusel. Unepäeviku abil on võimalik kaardistada patsiendi uneharjumusi ja asjaolusid, mis võivad patsiendi und mõjutada. Lisaks on võimalik mõõta erinevaid uinumise ja ärkamisega seotud parameetreid: näiteks kogu une aeg, ärkamiste arv jne. Unepäevikust saadavad andmed aitavad eristada erinevaid unehäireid, kindlaks määrata ravi eesmärged ning hinnata ravi tulemuslikkust.

Tõendusmaterjali otsinguga leitud kahes üksikuuringus hinnati unepäeviku usaldusväärset ja unepäevikuga mõõdetavate kvantitatiivsete parameetrite piirväärtusi ning erinevate parameetrite tundlikkust, et eristada unetusega patsiente normaalse unega patsientidest.


Levenson jt (2013) (14) võrdlesid läbilõikelises uuringus unepäevikut ja aktigraafiat, et eristada vanemaealisi unetusega patsiente normaalse unega vanemaealistest inimestest (> 60 a). 119 uuritavat (79 unetut vs. 40 kontrollgrupis). Uurijad leidsid, et unepäevik on tundlikum ja spetsiifilisem kui aktigraafia (AUC 0,84-0,97 vs. 0,58-0,61). Uurijad hindasid unepäevikut usaldusväärseks, lihtsalt kättesaadavaks ning odavaks meetodiks unetuse diagnoosimisel.

Natale (2015) jt (15) uuringu eesmärk oli välja töötada unepäevikuga Consensus Sleep Diary CSD hinnatavate parameetrite piirväärtused ja hinnata, milliste parameetrite alusel on kõige parem eristada unetusega patsiente normaalse unega inimestest. Läbilõikeline uuring, 831 inimest (295 unetusega ja 536 normaalse unega). Tulemustest selgus, et kõige usaldusväärsemad parameetrid on kogu une aeg (total sleep time, TST); AUC 0,81; tundlikkus 70%, spetsiifilisus 83%); lõplik ärkamine (terminal awakening, TWAK), AUC 0,83; tundlikkus 81%, spetsiifilisus 72%); ärkvelolek pärast esimest uinumist (wake after sleep onset, WASO), AUC 0,81; tundlikkus 61%, spetsiifilisus 92%). Levenson jt jõusid oma uuringus samale järeldusele. Lisaks eelnimetatud parameetritele soovivad nad hinnata ka uinumiseks kuluvat aega (sleep onset latency, SOL); AUC 0,83, tundlikkus 74%, spetsiifilisus 88%).

Läbi vaadatud uuringute põhjal võib öelda, et unetuse diferentsiaaldiagnostikaks on parimad parameetrid järgmised: uinumiseks kuluv aeg, ärkvelolek pärast esimest uinumist, lõplik ärkamine, kogu une aeg. [Lisas 3](#) on toodud töörihma soovitatav **unepäevik** koos kasutamishisega. Praegu puuduvad unepäevikuga rahvusvaheliselt kokku lepitud mõõdetavate parameetrite piirväärtused.

[Lisas 3](#) on töörühma poolt heaks kiidetud olulisemate unepäeviku parameetrite referentsväärtused, mis võiksid olla abiks unepäeviku tulemuste interpreteerimisel.

Arvestades seda, et unepäevikust on võimalik saada olulist informatsiooni patsiendi uneharjumuste kohta ja hinnata ravi tulemusi, otsustas töörühm, et kõigil unetuse kahtlusega patsientidel on soovitav täita unepäevikut vähemalt kahe nädala jooksul. Ajaline kriteerium põhineb töörühma konsensuslikul otsusel. Lühiajalisel kasutamisel (vähem kui kaks nädalat) ei tarvitse kõrvalekaldeid unerežiimist esile tulla, samuti vajab päeviku täitmine veidi harjumisaega. Ka selle juhendi koostamisel läbi töötatud kahes rahvusvahelises juhendis (16,17) soovitatakse unepäevikut täita vähemalt kaks nädalat. Unepäeviku kasutamine ei too kaasa lisakulutusi ning on patsiendile ohutu. Patsiente on oluline enne unepäeviku täitma hakkamist põhjalikult juhendada, et unepäevikust saadav informatsioon oleks võimalikult täpne.

2		Unetuse kahtlusega patsientidel on unetuse diagnoosimiseks soovitatav kasutada unetuse küsimustikke unetuse raskusastme määraja (ISI) ja une kvaliteedi küsimustik (PSQI). Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste.
---	---	--

Unetuse diagnoos põhineb struktureeritud kliinilisel intervjuul. Unetuse küsimustikke tuuakse unetuse ravijuhendites välja täiendava vahendina unetuse tõenäosuse ning raskusastme hindamiseks. Teatud uneküsimustikud sobivad ka raviefekti hindamiseks. Uuringutes on unetuse küsimustike tundlikkust ja spetsiifilisust võrreldud enamasti kliinilise intervjuu või aktiivsusmonitoride omaga.

Tõendusmaterjali otsingu tulemusena on leitud 41 ISI (unetuse raskusastme määraja) ja/või PSQI (une kvaliteedi küsimustik) küsimustikku valideerivat üksikuuringut, millest unetuse küsimustike kasutamist insomniat diagnoosimiseks esmatasandil käsitles kümme. Mainitud uuringute tulemused kinnitavad küsimustike autorite poolt originaalartiklites avaldatud soovituslikke otsustuspiiri skoori (st otsustuspiiriks olev punktisumma, mille juures küsimustiku tundlikkus ja spetsiifilisus on optimaalne).

ISI on patsiendi poolt täidetav subjektiivne küsimustik (vt lisa 4). ISI sisaldab seitset küsimust, milles palutakse hinnata viimase kahe nädala subjektiivse unekvaliteedi andmeid (20). Kõrgem skoor tähendab tõsisemat unetust. ISI inglise-, prantsuse- ja keelseid versioone on valideeritud erinevates populatsioonides. ISI abil on võimalik hinnata ka unetuse ravi tulemuslikkust (20). Võrreldes originaal-soovitusega (kliiniliselt oluline insomniat ≥ 8 punkti) on ISI autor ja kaasautorid hiljem avaldanud optimaalse otsustuspiirina üldpopulatsiooni jaoks ≥ 10 punkti (tundlikkus 86,1%, spetsiifilisus 87,7%) ning nn kliinilise populatsiooni jaoks \geq

11 punkti (959 patsiendiga esmatasandil tehtud uuring (20). Veelgi hiljutisemas uuringus saadi esmatasandi praksistest kaasatud 101 patsiendiga uuringus kliiniliselt olulise unetuse ISI otsustuspiiriks ≥ 14 punkti (tundlikkus 82,4%, spetsiifilisus 82,1%); kooskõla kliinilise intervjuuga on ISI puhul siiski tagasihoidlik ($\kappa = 0,62$) (22).

PSQI on samuti patsiendi poolt täidetav küsimustik ja kus palutakse kirjeldada unekaebusi viimase kuu jooksul (lisa 4) (19). PSQI koosneb seitsmest alajaotusest ja 19 küsimusest, võimalik punktiskoor on 0-21. Kõrgem skoor tähendab kehvat unekvaliteeti. Autorid on originaaluuringu põhjal soovitanud PSQI kliiniliselt oluliseks otsustuspiiriks ≥ 5 punkti (tundlikkus 89,6%, spetsiifilisus 86,5%). PSQI sobib ka raviefekti hindamiseks nii kliinilises praktikas kui ka uuringutes. Sarnane otsustuspiir on leitud ka hilisemates, PSQI eri keeltes ja erinevates populatsioonides valideeritud uuringutes: 520 üliõpilasega uuring, otsustuspiir ≥ 5 punkti, tundlikkus ja spetsiifilisus vastavalt 72% ja 54,5% (23); 125 psühhiaatrilise patsiendiga esmatasandil tehtud uuring, otsustuspiir ≥ 5 punkti, tundlikkus ja spetsiifilisus vastavalt 94% ja 72% (24); populatsioonipõhine uuring 311 osalejaga, otsustuspiir $\geq 5,5$ punkti, tundlikkus ja spetsiifilisus vastavalt 82% ja 56,2% (25).

Epworthi unisuse küsimustikku käsitletakse põhjalikumalt kliinilise küsimuse number kuus juures.

Töörühm sõnastas nõrga positiivse soovitusel madala kvaliteediga tõenduse põhjal: unetuse kahtlusega patsientidel soovitatakse täita unetuse küsimustikke ISI ja PSQI, et oleks võimalik unetust diagnoosida (küsimustikud on toodud lisas 4).

Kahes unetuse ravijuhendis (16, 17) soovitatakse kasutada unetuse küsimustikke ühe täiendava diagnoosimisvahendina. 2017. aastal ilmus ka uus Euroopa unetuse ravijuhend, infootsing on tehtud enne selle ilmumist (18). Süstemaatilisi ülevaateid ega metaanalüüse, milles käsitletak unetuse küsimustike tundlikkust ja spetsiifilisust unetuse diagnoosimisel, ei ole.

3	✗	Unetuse kahtlusega patsientidel ei ole unetuse diagnoosimiseks soovitatav kasutada meeoleu- ja ärevushäire küsimustikku. Nõrk negatiivne soovitus, madal tõendatuse aste.
----------	----------	--

Meeleolu- ja ärevushäiretel ning unetusel on ühiseid kliinilisi tunnuseid (päevased keskendumisraskused, väsimus, uneaja lühenemine jm) ning need seisundid esinevad sageli koos. Püsima jääv unetus on sageli probleem ka pärast depressiooni edukat ravi. Pikemaajalise unetuse kaebusega patsientidest 15-50%-l kujuneb edaspidi välja depressioon (18).

Meeleolu- ja ärevushäirete küsimustikud, milles on unetust hindavaid komponente, on järgmised:

- Beck Depression Inventory (BDI) ja selle uuendatud versioon BDI-II;
- Hamiltoni depressiooniskaala (*Hamilton depression rating scale*) e HAM-D 17;
- Hamiltoni ärevuse skaala (HAM-A);
- Beck Anxiety Inventory (BAI);
- Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9);
- State-Trait Anxiety Inventory (STAI).

Kirjanduse otsing tehti selles küsimuses nii üldiselt kui ka vastavalt spetsiifilistele küsimustike nimetustele. Leidub hulgaliselt üksikuuringuid, milles on meeleolu- ja ärevushäire küsimustikke kasutatud unetuse hindamiseks psühhiaatriaosakonda hospitaliseeritud patsientidel. Need ei esinda esmatasandi valimit. Põhilised probleemid selle kliinilise küsimuse tõendusmaterjaliga on järgmised: uuringute madal kvaliteet; kõrgemad skoorid küsimustikes, mis on valideeritud depressiooni ja ärevuse diagnostikas, ei võimalda eristada unetust ja unesümptomitega depressiooni. Sisuliselt puuduvad kvaliteetsed uuringud, mis käsitleks meeleolu- ja ärevushäirete küsimustike tundlikkust ja spetsiifilisust unetuse kui iseseisva sündroomi diagnoosimisel.

Ravijuhendites on soovitatud eespool loetletud küsimustikke kasutada unetuse diagnostikas täiendava meetmena, et täpsustada kaasuvaid psühhiaatrilisi haigusi. Neid küsimustikke ei ole Eesti populatsioonis valideeritud. Eestis on välja töötatud ja valideeritud meeleoluhäirete küsimustik EEK-2, mille küsimused 26-28 hindavad unetust. Nende tõlgendamine: unetus on tõenäoline, kui küsimuste 26-28 vastuste skoor on ≥ 5 punkti. EEK-2 kohta vt Eesti depressiooni ravijuhend peararstidele (2011).


Töörühm sõnastas nõrga negatiivse soovitusel madala tõenduspõhisusega materjali põhjal: unetuse kahtlusega patsientidel pigem ei soovitata unetuse diagnoosimiseks kasutada meeleolu- ja ärevushäire küsimustikke.

4	✗	Unetuse kahtlusega patsientidel ei ole soovitatav kasutada unetuse diagnoosimiseks rahutute jalgade sündroomi küsimustikku. Tugev negatiivne soovitus, madal tõendatuse aste.
---	---	--

Sarnased kaebused võivad esineda erinevate unehäirete puhul. Rahutute jalgade sündroomi korral on sagedaseks kaebuseks unetus.


Täpselt küsimusele vastavaid süstemaatilisi ülevaateid ega üksikuuringuid ei leitud. Kasutatud ravijuhendites (6, 16, 17) tuuakse välja, et unetuse diagnoosimisel on oluline hinnata patsiente ka teiste unehäirete suhtes ja vajadusel kasutada spetsiifilist küsimustikku diagnoosi täpsustamiseks. Konkreetselt rahutute jalgade küsimustiku kasutamist unetuse diagnoosimisel käsitletud ei ole.

Töörühm otsustas, et rahutute jalgade küsimustiku rutiinne kasutamine kõigil unetusega patsientidel ei ole näidustatud. Puudub sellekohane tõendusmaterjal ning liigne testide kasutamine koormab patsienti ja vähendab patsiendi koostöövalmidust.

5		Unetuse kahtlusega patsientidel ei ole soovitatav kasutada unetuse diagnoosimiseks uneaegse hingamishäire küsimustikku. Töörühma praktiline soovitus.
---	---	--

Otsinguga ei tulnud välja ühtegi küsimusele vastavat süstemaatilist analüüsi ega üksikuuringut.

Töörühm otsustas, et uneaegse hingamishäire küsimustiku kasutamine unetuse diagnoosimisel ei ole näidustatud. Puudub tõendusmaterjal, et rutiinne uneaegsete hingamishäirete küsimustike kasutamine esmatasandil aitaks unetust diagnoosida.

6		Unetuse kahtlusega patsientidel ei ole unetuse diagnoosimiseks soovitatav kasutada liigunisuse küsimustikku. Nõrk negatiivne soovitus, madal tõendatuse aste.
---	---	--

Unetus põhjustab harva päevast liigunisust, ka kogu uneaja objektiivse lühene-mise korral. Kaasaegsed käsitlused unetuse patofüsioloogiast rõhutavad unetusega patsientide suurenenud ärksuse seisundi esinemist (*hyperarousal state*).

Epworthi unisuse skaalat (ESS) on varem kasutatud unetuse hindamisel (21). Enamikul unetusega patsientidest jääb ESS skoor siiski normi piiridesse. ESS-i ja unisuse objektiivse mõõdiku, päevase unevalmiduse testi (MSLT) vaheline korrelatsioon on kirjanduse andmetel nõrk (27).

Tõendusmaterjali otsingutega leitud 71 üksikuuringust enamik ei vasta püstitatud kliinilisele küsimusele, pole tehtud esmatasandil või on madala kvaliteediga. Ravijuhendites ei ole sellele küsimusele vastust.


Alsaadi jt (28): unetust hinnati füsioterapia kliinikutes ravil olnud 101-l alasel-javaluga patsiendil. Kasutati erinevaid küsimustikke, võrdluseks olid patsienti-de unepäevikud. ESS-i skoorid jäid insomniaga patsientidel normi piiresse (7,2

punkti), otsustuspiir uuringus ≥ 10 punkti. Järeldus: ESS-i tundlikkus ja spetsiifilisus insomniaga diagnoosimisel on madal ($AUC = 0,53$, $95\% CI = 0,41-0,64$). Hindamise alus: $AUC 0,5-0,7 =$ väike täpsus, $0,7-0,9 =$ mõõdukas täpsus, $> 0,9 =$ suur täpsus.

Sanford jt (30): uuringu eesmärk oli koguda normatiivseid andmeid ESS-i skooride kohta üldpopulatsioonis. Uuringus osales 772 inimest, kes täitsid kahe nädala vältel unepäevikut ja päevase toimetuleku küsimustikke, sh ESS-i. ESS-i skoor oli võrreldes teiste uuringutega keskmiselt kõrgem nii unetusega kui ka unetuseta inimestel. Võttes ESS-i otsustuspiiriks >10 punkti, saadi olulise päevase unisuse määraks insomniaga inimestel 41,4% ja insomniata inimestel 30,7%. Olenemata statistiliselt olulisest erinevusest nende gruppide keskmise ESS-i skoori vahel näitas ROC analüüs madalat ESS-i täpsust unetusega ja unetuseta inimeste eristamisel.

Souza jt (31) intervjuerisid populatsioonipõhiselt 408 inimest. Kasutades ESS-i otsustuspiirina skoori > 11 , saadi päevase liigunisuse levimuseks 18,9% ($SD = 1,9\%$; $CI 15,1-22,7\%$). Ei leitud statistilisi seoseid kõrgema ESS-i skoori ja unetuse, uninitate kasutamise, kehamassiindeksi, soo, vanuse, hariduse, majandusliku seisundi, perekonnaseisu, tööhõive ning unekvaliteedi parandamise alternatiivsete meetodite vahel. Selle valimi puhul leiti meestel oluline seos ESS-i skoori ja insomniaga esinemise vahel ($p = 0,005$).

Kokkuvõttes sõnastas töörühm nõrga negatiivse soovitusel madala kvaliteediga tõendusmaterjali põhjal: unetuse kahtlusega patsientidel ei ole unetuse diagnoosimiseks soovitatav kasutada liigunisuse (ESS) küsimustikku. Ühegi teise liigunisuse küsimustiku kohta tõendust ei leitud.

7		Unetuse kahtlusega patsientidel, kes kaebavad väsimust, on soovitatav väsimuse hindamiseks kasutada Flindersi väsimuse skaalat. Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste.
---	---	---

Unetuse üheks sümptomiks võib olla päevane väsimus.

Otsingu tulemusena leiti 18 kirjet, nendest valiti välja üksikuuringute täistekstid. Gradisar jt (32) töötasid välja Flindersi väsimuse skaala (Flinders Fatigue Scale, vt [lisa 4](#)) ja testisid seda algul veebis 1093 vabatahtlikul (vs. PSQI). Uuringu teises pooles valideerisid Gradisar jt seda 113 eelnevalt diagnoositud insomniaga patsiendil, kes said unetuse kognitiiv-käitumuslikku teraapiat. Kasutati psühhoomeetriliste omadustega skaalat, mis on tundlik ka ravile ning eristab väsimust päevasest unisusest (korrelatsioon ESS-iga puudus).

Seow jt (33) uurisid ambulatoorsete psühhiaatriliste patsientide peal kuue küsimustiku (PSQI, ISI, ESS, Flinders Fatigue Scale, Functional Outcomes of Sleep Questionnaire ja Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Questionnaire) valiidsust insomniat diagnoosimisel. Võrdlusmaterjaliks oli Brief Insomnia Questionnaire, mis hõlmab nii DSM-5 kui ka RHK-10 insomniakriteeriume. Analüüsi tulemusena ilmnes, et ISI on unetuse diagnoosimiseks kõige täpsem nii RHK-10 kui DSM-5 järgi (täpsus „väga hea“). ROC-analüüsi (receiver operating characteristic) tulemuste tõlgendus: 0,5-0,7 „madal“, 0,7-0,8 „hea“, 0,8-0,9 „väga hea“ ja > 0,9 „suurepärase“. ISI skoori otsustuspiirid 14 ja 11 näitasid optimaalset tundlikkust ja spetsiifilisust RHK-10 ja DSM-5 järgi insomniat diagnoosimiseks. FFS, FOSQ ja DBAS näitasid „head“ unetuse diagnoosimise täpsust RHK-10 järgi ja „madalat“ täpsust DSM-5 järgi.

Töörühm sõnastas nõrga positiivse soovitusena väga madala kvaliteediga tõendusmaterjali põhjal: unetuse kahtlusega patsientidel, kes kaebavad väsimust, on soovitatav väsimuse hindamiseks kasutada Flindersi väsimuse küsimustikku, vt ka insomniat diagnostilist algoritmi. Ravijuhendites (16) on soovitatud unetuse sümptomite tõsiduse hindamiseks kasutada väsimuse küsimustikke. Euroopa unetuse ravijuhendis (18) ei ole väsimuse küsimustikke mainitud. ICSD-3 (4) insomniat diagnoosikriteeriumites on väsimust ühe unetuse kriteeriumina mainitud.

Uneaegsed hingamishäired

Rahvusvahelise unehäirete klassifikatsiooni alusel jaotatakse uneaegsed hingamishäired nelja haigusgruppi (4):

1. Obstruktiivne uneaapnoe.
 - a. Obstruktiivne uneaapnoe täiskasvanutel.
 - b. Obstruktiivne uneaapnoe lastel.
2. Tsentraalse uneaapnoe sündroomid.
 - a. Tsentraalne uneaapnoe koos Cheyne-Stokes'i hingamisega.
 - b. Haigusest põhjustatud tsentraalne uneaapnoe ilma Cheyne-Stokes'i hingamiseta.
 - c. Kõrgmäestiku tingimustes perioodilise hingamisega seotud tsentraalne uneaapnoe.
 - d. Ravimitest või muudest ainetest põhjustatud tsentraalne uneaapnoe.
 - e. Primaarne tsentraalne uneaapnoe.
 - f. Primaarne tsentraalne uneaapnoe väikelastel.
 - g. Primaarne tsentraalne uneaapnoe enneaegsetel lastel.
 - h. Ravist tingitud tsentraalne uneaapnoe.
3. Uneaegse hüpoventilatsiooni sündroomid
 - a. Rasvtõvega seonduv hüpoventilatsiooni sündroom.
 - b. Kaasasündinud tsentraalse alveolaarse hüpoventilatsiooni sündroom
 - c. Hüpotalamuse düsfunktsiooniga seotud hilise algusega tsentraalne hüpoventilatsioon
 - d. Idiopaatiline tsentraalne alveolaarne hüpoventilatsioon
 - e. Ravimitest või muudest ainetest põhjustatud hüpoventilatsioon.
4. Haigusest põhjustatud uneaegne hüpoventilatsioon.
 - a. Uneaegne hüpokseemia.
 - b. Haigusega seotud hüpokseemia.
5. Isoleeritud sümptomid ja normi variandid.
 - a. Norskamine.
 - b. Katatreenia ehk öine ägamine.

AHI alusel eristatakse kolme obstruktiivse uneaapnoe raskusastet: kerge (AHI 5–14,9), keskmine (AHI 15–29,9) ja raske (AHI \geq 30). OUA põhjus on uneaegne ülemiste hingamisteede sulgus, sealjuures hingamislihaste pingutus säilib (34). Tsentraalse uneaapnoe korral on ülemistes hingamisteedes esineva õhuvoolu katkemise ja samaaegse hingamisliigutuste lakkamise põhjus puudulik hingamislihaste töö regulatsioon (34). Ravist põhjustatud tsentraalse uneaapnoe kõige sagedasem põhjus on ravi positiivrõhu aparaadiga (35).

Uneaegse hüpoventilatsiooni sagedased põhjustajad on rasvtõbi ja krooniline obstruktiivne kopsuhaigus, millega kaasneb hüpoventilatsioon, ventilatsiooni-perfusiooni mittevastavus, kopsupuhitus, hüpokseemia ja hüperkapnia. Rasvtõvega seonduva hüpoventilatsiooni tulemusel areneb hüpokseemia ja hüperkapnia, mis võib viia kroonilise hingamispuudulikkuse kujunemiseni (39). Hüpoventilatsioon võib põhjustada ka neuromuskulaarsed haigused ja lihasedüstroofiad. Samuti võivad rindkereseina luulised deformatsioonid, pleurahaigused ja torakoplastika järgne seisund olla seotud alveolaarse hüpoventilatsiooniga ning hilisemas staadiumis hingamispuudulikkusega. Une ajal toimuvad muutused tsentraalses respiratoorses kontrollis, hingamise mehaanikas ja lihastoonuses ei avalda kahjulikku toimet tervetele inimestele, kuid võivad põhjustada kroonilise kopsuhaigusega (nt KOK, bronhiaalastma) patsientidel ärkamisi, märkimisväärset hüpokseemiat ja/ või hüperkapniat, eriti REM-une ajal. Isoleeritud sümptomid nagu norskamine ja katatreenia ei ole seotud oksühemoglobiini desaturatsiooniga.

Hea ravitulemuse saavutamiseks tuleb haiguse käsitluses arvestada, et sageli esineb mitu uneaegset hingamishäiret üheaegselt.

OUA esinemissageduseks elanikkonnas on varem hinnatud meestel 3–8% ja naistel 1–5% (40). Seoses rasvumise epideemiaga on haiguse esinemissagedus tõusnud meestel 50%- ni ja naistel 23%- ni (41) (42). Iga kümne aasta lisandumisel on risk haigestumiseks kaks korda suurem (43). Eriti kõrge OUA levimus on patsientide seas, kellel esineb südame isheemiatõbi, ravimiresistentne hüpertensioon, II tüüpi diabeet (40, 44), rasvumine (45) või insult (46). Tsentraalse uneaegse esinemissagedus populatsioonis on hinnanguliselt 1%, reeglina on haigestunud vanemaalised (keskmiselt 70 a) ja peamiselt mehed (91%) (47).


Uneaegse hingamishäire põhjustab hüpoksia teket, muutusi südame löögisageduse muutuvuses, vererõhu ja rindkeresise rõhu tõusu ning sellega seoses normaalse unemustri häirumist (48). Nende füsioloogiliste muutuste kaugemad tagajärjed on mitmete teiste haiguste suurem tekkerisk: südame-veresoonkonnahaigused (48) ja II tüüpi diabeet (49). Samuti on täheldatud uneaegse hingamishäirega patsientidel kognitiivse funktsiooni (50,51), elukvaliteedi langust (52) ning enneaegse surma riski suurenemist (53,54). Teistest unehäiretest esineb kõige sagedamini OUA korral unetust (55). Uneaegsetest hingamishäiretest tingitud päevast unisust seostatakse ka töö- ja liiklusõnnetuste suurenenud riskiga (50) (56).

Uneaegsete hingamishäirete riskitegurid on järgmised (57–59):

- haiguse esinemine perekonnas;
- keskiga, vanem iga;
- meessugu;
- naistel postmenopausaalne periood, raseduse III trimester;
- rasvumine (KMI > 30 kg/m²);
- rasvkoef ladedustumine kaela piirkonda (kaela ümbermõõt > 43 cm);
- neelupiirkonna pehme- ja lümfoidkoef hüpertroofia (k.a mandlid, adenoidid, kurgunibu, elongeerunud pehme suulagi, kitsas suuneel);
- näokolju luulised iseärasused (mikro- ja retronaatia, näokolju luude hüpoplaasia);
- ninahingamise takistus;
- norskamine;
- hingamiselundite haigused – ülemiste hingamisteede infektsioonid, hingamisteede kroonilised haigused (KOK, raske või ravimata bronhiaalastma);
- kardiovaskulaarhaigused – kõrgvererõhktõbi, südame isheemiatõbi, südamepuudulikkus, kodade virvendus- ja laperdusarütmia, insult;
- endokriinsed häired – metaboolne sündroom, II tüüpi diabeet, hüpötüreoidism, akromegaalia;
- neuroloogilised haigused – Parkinsoni tõbi, neuromuskulaarsed haigused;
- ebatervislik eluviis – alkoholi ülemäärane tarbimine, suitsetamine, ebatervislikud uneharjumused;
- ravimid – sedatiivsed preparaadid, opiaadid, hormoonravi, kofeiini sisaldavad preparaadid, antikongestandid, beeta-blokaatorid.

Diagnoosimata ja ravimata OUA tekitab tervishoiusüsteemile suure haiguskoormuse. Seetõttu on oluline OUA-t varakult avastada ja diagnoosida (60, 61). Uneaegse hingamishäire kahtlusega patsientide terviklik diagnostika käsitus (sh eriarsti tasand) toimub kolmes etapis: anamneesi kogumine koos kliinilise intervjuuga (sh küsimustike kasutamine), objektiivne uurimine (sh kliinilised analüüsid, funktsionaalsed testid, spirograafia) ning uneuuringud (nt polüsonnograafia, polügraafia) (5).

Uneaegsete hingamishäirete tunnused (5, 57) on esitatud [lisas 5](#) ning uneaegsete hingamishäirete diagnostilised kriteeriumid [lisas 6](#) ning **diagnostiline algoritm [lisas 1.2](#)**.

8		<p>Uneaegse hingamishäire kahtlusega patsientidel on soovitatav kasutada uneaegse hingamishäire diagnoosimiseks STOP-BANG küsimustikku.</p> <p>Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste.</p>
---	---	---

Rahvusvaheliselt kasutatakse unehäirete diagnostikas mitmeid valideeritud ja standarditud küsimustikke. Siiski ei ole ühtset seisukohta, kas ja kuidas kasutada küsimustikke uneaegsete hingamishäirete sõeluuringutes. Väsimuse ja liigunisuse sümptomeid hindavate küsimustike kasutamine esmatasandil ei ole keeruline – see on nii patsientidele kui ka arstidele suhteliselt vähe koormav, kuid nende kasutamist piirab küsimustike diagnostiline täpsus.

Enamkasutatavad küsimustikud on Berliini, STOP-BANG ja STOP küsimustikud ning Epworthi unisuse skaala (kirjeldatud kliinilise küsimuse 10 ja 11 juures).


Enamik selles valdkonnas tehtud uuringuid ei vasta otseselt algselt esitatud kliinilisele küsimusele või ei ole tehtud esmatasandil. Analüüsiks valiti välja 5 uuringut, mille tulemusi on täpsemalt kirjeldatud kliiniliste küsimuste 10 ja 11 juures.

Erinevate uuringute põhjal varieerub küsimustike tundlikkus vahemikus 40-90% ning spetsiifilisus 40-80% (63–67). See viitab asjaolule, et nende küsimustikega ei saa kõiki uneapnoe patsiente tuvastada ning märkimisväärsel osal välja sõelutud patsientidel uneapnoed ei esine.

Chiu jt (2017) (68) tehtud metaanalüüsis (108 uuringut kokku 47 989 uuritava) hinnati erinevate praktikas kasutatavate küsimustike diagnostilist tundlikkust ja spetsiifilisust AHI või RDI suhtes mõõdetuna PSG (ambulatoorne või statsionaarne) või portatiivse seadmega. Analüüsi tulemused näitasid, et STOP-BANG ja STOP küsimustiku tundlikkus oli kõrgem (81–95%) kõikide OUA raskusastmete diagnoosimisel võrreldes Berliini küsimustikuga (71–88%) ja Epworthi unisuse skaalaga (35–67%).

Kokkuvõttes võib öelda, et kirjanduse analüüsi tulemused näitavad, et tundlikkuse ja spetsiifilisuse näitajad varieeruvad nii ühe küsimustiku lõikes eri uuringute vahel kui ka erinevate küsimustike vahel.


Töörühm sõnastas nõrga positiivse soovitusena kaudse ja madala tõenduspõhisusega materjali põhjal: kõigil uneaegse hingamishäire kahtlusega patsientidel on soovitatav kasutada uneaegse hingamishäire diagnoosimisel STOP-BANG küsimustikku. Eestis ei ole see küsimustik valideeritud.

9		<p>Uneaegse hingamishäire kahtlusega patsientidel ei ole soovitatav kasutada unaegse hingamishäire diagnoosimiseks spirograafiat.</p> <p>Töörühma praktiline soovitus.</p>
---	---	--

Teadusuuringute otsinguga leitud 126 uuringut ei vastanud antud kliinilisele küsimusele, mistõttu esmatasandil spirograafia kasutamisel unaegse hingamishäire diagnoosimisel kriteeriumitele sobivaid uuringuid ei leitud.

Töörühm andis unaegse hingamishäire kahtlusega patsiendil hingamishäire diagnoosimisel spirograafia kasutamise kohta esmatasandil negatiivse soovitus, kuna puudub vastav tõendusmaterjal.

Uneaegsed hingamishäired esinevad sageli KOK-i ja bronhiaalastma puhul. Nende haiguste selge kahtluse korral vaata ravijuhendit „Täiskasvanute astma käsitus esmatasandil” (Eesti Haigekassa (2014). „Täiskasvanute astma käsitus esmatasandil“).

10		<p>Uneaegse hingamishäire kahtlusega patsientidel ei ole unaegse hingamishäire diagnoosimiseks soovitatav kasutada Epworthi unisuse skaalat iseseisva meetodina.</p> <p>Nõrk negatiivne soovitus, keskmine tõendatuse aste.</p>
----	---	---

Rahvusvaheliselt on kliinilises praktikas päevase liigunisuse hindamiseks unehäiretega patsientidel enim kasutatav Epworthi unisuse skaala. ESS koosneb kaheksast küsimusest, mille eesmärk on kvantitatiivselt hinnata patsiendi päevast unisust. Punktid on korrelatsioonis uneapnoe raskusastmega (21). Tuleb siiski märkida, et enamikus uuringutes, kus on hinnatud ESS-i tundlikkust ja spetsiifilisust, on kasutatud unekliinikute patsiente, mis piirab järelduste tegemist laiemal populatsiooni kohta, sh esmatasandil.

Teadusuuringute otsinguga leitud 276 uuringust enamik ei vasta antud kliinilisele küsimusele, pole tehtud esmatasandil või on madala kvaliteediga.

Kapuri jt (2017) (58) koostatud metaanalüüsis hinnati uuringuid, milles valimi koostamisel kasutati nii unekeskuste kui ka esmatasandi keskuste patsiente. Epworthi unisuse skaala diagnostilist väärtust hindavatest uuringutest valiti välja ainult need, kus unaegse hingamishäire diagnoos oli kinnitatud PSG uuringul. Kokku kasutati statistiliseks analüüsiks kuut uuringut. Statistilise analüüsi tulemused näitasid erinevate AHI piirväärtuste juures suurt ESS-i tundlikkuse ja spetsiifilisuse varieeruvust. AHI väärtusel ≥ 5 oli ESS-i tundlikkus 27–72% ja spetsiifilisus 50–76%, samas AHI väärtusel ≥ 30 vastavalt 53–63% ja 54–62%. Analüüsi tulemuste põhjal järeldati, et tõenduspõhisuse kvaliteet on raske uneapnoe korral kõrge ning kerge ja keskmise raskusega uneapnoe korral madal.

Silva jt (2011) (64) tehtud populatsioonipõhises mitmekesuselises kohortuuringus, kus ESS-i diagnostilist väärtust hinnati võrdluses PSG-ga ning kuhu oli kaasatud 4770 patsienti, jäi küsimustiku tundlikkus vahemikku 39–46% ja spetsiifilisus oli 70–71%.

Kirjanduse andmetel on päevase unisuse küsimustike ja skaalade hulka paigutatud ka BSI (72), SWIFT (73) ja SWAI testid (72). Neid küsimustikke on uuritud aga vaid unekeskuste patsientidel, mistõttu neid ei ole selle ravijuhise koostamisel käsitletud. Samuti pole neid aluseks võetud kliiniliste otsuste koostamisel.

Tuginedes rahvusvaheliste ravijuhiste soovitudele ja populatsioonis tehtud üksikuuringutele ei ole ESS-i küsimustikku üksiku meetodina uneaegse hingamishäire diagnoosimiseks asjakohane kasutada. Epworthi unisuse skaalal puudub piisav tundlikkus ja spetsiifilisus, et asendada PSG või PG uuringut OUA diagnoosimisel täiskasvanutel. Kuigi küsimustiku madal skoor ei välista uneapnoe esinemist tooks uneaegse hingamishäire diagnoosimine ainult Epworthi unisuse skaala alusel kaasa palju valepositiivseid ja valenegatiivseid juhte.

Töörühm sõnastas nõrga negatiivse soovitude keskmise tõendus põhiseusega materjali põhjal: uneaegse hingamishäire kahtlusega patsientidel ei ole uneaegse hingamishäire diagnoosimisel soovitatav kasutada Epworthi unisuse skaalat iseseisva meetodina.

11	×	Uneaegse hingamishäire kahtlusega patsientidel ei ole uneaegse hingamishäire diagnoosimiseks soovitatav kasutada väsimust hindavaid küsimustikke iseseisva meetodina. Nõrk negatiivne soovitus, madal tõendatuse aste.
-----------	----------	---

Terminit „väsimus“ on raske üheselt määratleda (74) ning puuduvad ühtsed standardid väsimuse küsimustike kasutamise kohta. Oluline asjaolu on ka see, et väsimus on mittespetsiifiline sümptom ning võib olla tingitud teistest kroonilistest haigustest, sh depressioonist (52).

Berliini küsimustik on valideeritud küsimustik, et tuvastada patsientidel obstruktiivset uneapnoed (75). Küsimustikul on kaks eesmärki: välja selekteerida suure riskiga OUA haiged, ja need, kes norskavad, kuid kelle OUA tekkerisk on madal. Küsimused (kokku kümme küsimust) on koostatud kolmes kategoorias: norskamise esinemine ja norskamise sagedus; päevase unisuse ja väsimuse esinemine; ülekaalulisuse ja/või hüpertensiooni esinemine.

STOP-BANG küsimustik määratleb uneapnoe riski. Küsimustik koosneb kahest osast: „STOP“ ja „BANG“, kaheksast küsimusest ning jah/ei vastustest (skoor 1/0). Kogu skoor võib seega olla vahemikus 0–8. „STOP“ osa sisaldab küsimust väsimuse kohta. Vastuste skoori alusel on patsient uneapnoe esinemise suhtes kas

suure, keskmise või väikese riskiga. Kolm või enam jah-vastust viitab suurele uneapnoe riskile (76).

Bouloukaki jt (2013) (66) tegid prospektiivse valideerimise uuringu esmatasandi patsientidel (n = 189). Berliini küsimustiku tundlikkust hinnati vahemikus 76-84% ning spetsiifilisust 39-61%. Positiivne ennustusväärtus oli kõrgem kerge (AHI ≥ 5) 94% ja keskmise (AHI ≥ 15) 86% ning madalam raske (AHI ≥ 30) 80% raskusastmega OUA korral. Seejuures oli negatiivne ennustusväärtus kerge OUA korral 12%, keskmise raskusastme korral 52% ning raske vormi korral 36%.

Sarnased tundlikkuse ja spetsiifilisuse näitajad on leitud ka Popevici jt (2016) (65) tehtud valideerimise uuringus Belgradi transpordifirma (n = 100) autojuhte uurides – tundlikkus 51–78% ja spetsiifilisus 70–86%. Positiivne ennustusväärtus kerge, keskmise ja raske OUA korral oli vastavalt 83%, 51% ja 26% ning negatiivne ennustusväärtus 57%, 92% ja 95%. Samas ühes varasemas ristiläbilõikelises uuringus, kus hinnati Berliini küsimustiku diagnostilist väärtust võrreldes PSG-ga, leiti 518 patsiendil oluliselt madalam tundlikkus (37%) ja kõrgem spetsiifilisus (84%) (63).

Chiu jt (2017) (68) kaasautorite tehtud metaanalüüsis (108 uuringut kokku 47 989 uuritavaga) hinnati erinevate praktikas kasutusel olevate küsimustike diagnostilist tundlikkust ja spetsiifilisust AHI või RDI suhtes, mõõdetuna PSG-ga (ambulatoorne või statsionaarne) või portatiivse seadmega. Tulemused näitasid, et STOP-BANG ja STOP küsimustiku tundlikkus oli kõrgem (81–95%) kõikide OUA raskusastmete diagnoosimisel võrreldes Berliini küsimustikuga (71–88%).

STOP-BANG ja STOP küsimustiku diagnostilist täpsust on võrreldud ka omavahel. Silva jt (2011) (64) analüüsisid retrospektiivselt STOP-BANG ja STOP küsimustiku diagnostilist täpsust võrreldes ambulatoorse PSG-ga mitmest keskusest hõlmatud kohordi (n = 4770) põhjal. Uuringus kasutati kahte AHI piirmäära: AHI ≥ 15 ja AHI ≥ 30 . Uuringu autorid leidsid, et keskmise ja raske uneapnoe korral oli STOP-BANG küsimustikul kõrgem tundlikkus (vastavalt 87% ja 70,4%) kui STOP küsimustikul (62% ja 68,8%). Samas oli spetsiifilisus raske uneapnoe korral mõlema küsimustiku puhul sarnane, 60% juures. Chiu jt (2017) (68) aga leidsid, et mõlema küsimustiku tundlikkus ja spetsiifilisus on sarnased kõigi AHI piirväärtuste juures.

Töörühm sõnastas nõrga negatiivse soovitusena madala kvaliteediga tõenduse põhjal: uneaegse hingamishäire kahtlusega patsientidel ei ole uneaegse hingamishäire diagnoosimisel soovitatav kasutada väsimust hindavaid küsimustikke (Berliini, STOP-BANG ja STOP küsimustikud) iseseisva meetodina. Siiski, raske uneapnoe kahtluse korral võib küsimustiku kasutamine aidata selekteerida patsiente, keda edasi suunata täpsustavale PSG või PG uuringule.

Liigunisus

Liigunisus tähendab enamasti liiga pikka öist und ja/või päeval häirivat unisuse tajumist. Rahvusvahelise unehäirete klassifikatsiooni (4) järgi on liigse ööunena määratletud une pikkus 11 tundi või rohkem 24 tunni jooksul. Päevane liigunisus (*excessive daytime sleepiness* e EDS) on väga mittespetsiifiline sümptom, mis võib avalduda uinakutena ja tugeva tungina magada selleks mittesobival ajal. Kõige levinum päevase liigunisuse põhjus on ebapiisav öine uni. Liigunisuse kaebusest tuleks anamneesis eristada väsimust (*fatigue*), uimasust, uneinertsust, apaatiat, energiapuudust (77) ning liiga pikka voodis veedetavat aega (78).

Liigunisus võib märku anda mõnest unehäirest, kõige sagedamini uneaegsest hingamishäirest ja uneaegsetest liigutushäiretest. Nendel juhtudel on liigunisuse põhjuseks une killustumine apnoe-hüpopnoe episoodide, jäsemeliigutuste, mikro-ärkamiste jms tõttu. Samuti võivad liigunisusena avalduda mitmed kehalised ja psühhiaatrilised haigused ning ravimite kõrvaltoimed (nt antikonvulsandid, sedatiivse toimega antidepressandid, vanema põlvkonna histamiinireseptorite blokaatorid). Mõõduv liigunisus on tavapärane ka mõnede füsioloogiliste seisundite puhul (nt rasedus) (79).

Liigunisus võib olla ka harvem esinevate haiguste, nagu tsentraalsed hüpersomniad, ainus või keskne sümptom. ICSD-3 järgi on tsentraalsete hüpersomniate hulgas (vt ka diagnostilised kriteeriumid [lisa 7](#)):


- I tüüpi narkolepsia
- II tüüpi narkolepsia
- Idiopaatiline hüpersomnia
- Kleine–Levini sündroom
- Ravimite, kehaliste haiguste ja psüühikahäiretega seotud hüpersomniad
- Ebapiisava une sündroom
- Isoleeritud sündroomid ja normi variandid, kuhu liigitub nt füsioloogiliselt pikk uneaeg

Arvatakse, et I ja II tüüpi narkolepsia on autoimmuunse geneesiga haigus, mida põhjustab täielik (I tüüpi narkolepsia e NT1 puhul) või osaline (II tüüpi narkolepsia e NT2 puhul) ärkvelolekut reguleeriva hormooni hüpokreetiini e oreksiini defitsiit kesknärvisüsteemis. Narkolepsia levimus üldrahvastikus on 0,05 % (80). NT1-le on iseloomulikud katapleksia, ööne fragmenteerumine, päevased uneatakid, uneparalüüs ja -hallutsinatsioonid. NT2 puhul katapleksiati ei esine ning muu kliiniline sümptomaatika on vähem väljendunud. Narkolepsiasse võib haigestuda igas eas, iseloomulik algus on siiski lapse- või noorukieas (81). I tüüpi narkolepsia geneetiline risk on spetsiifiliselt seotud HLA alleeliga DQB1*06:02 (77). NT2

geneetiline risk ei ole nimetatud alleeliga seotud. Idiopaatiline hüpersomnia on ülipika öise une (12–14 h), pikkade päevaste uinakute ning uneinertsusega kulgev ebaselgete geneetiliste markerite ja biomarkeritega haigus (82), millesse haigestuvad 20.–30. eluaastates inimesed.

Liigunisuse põhjalik diferentsiaaldiagnostika toimub unekeskustes, kuna eeldab paljude kehaliste ja psühhiaatriliste haiguste välistamist, närvisüsteemi kujund-uuringuid, video-polüsomnograafiat ja päevase unevalmiduse (MSLT) ning ärkvel püsimise (MWT) teste, vere- ja liikvorianalüüse ning geeniuuringuid. Esmatasandil soovitatakse liigunisuse diagnoosi täpsustamiseks ja ebapiisava une välistamiseks lisaks unepäeviku täitmisele kasutada ka aktigraafiat.

Ligunisuse diagnostiline algoritm vt [Lisa 1.3](#).

12		Kõigil liigunisuse kahtlusega patsientidel on liigunisuse diagnoosimiseks soovitatav täita unepäevikut vähemalt kahe nädala jooksul. Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste.
-----------	---	---

Tõendusmaterjali otsingu tulemusena leiti kolm üksikuuringut ja üks konsensusdokument. Tõendusmaterjal on madala kvaliteediga, kaasatud uuringud ei ole kõik randomiseeritud kontrollitud uuringud, artiklid ei vasta täpselt küsimusele (uuritud on unekeskuse patsiente).

Kolmes kaasatud uuringus hinnati unepäeviku täpsust võrreldes aktigraafia (83,84) või aktiivsusmonitoriga (85) ning leiti olulised erinevused nii unepäeviku ja aktigraafia kui ka unepäeviku ja aktiivsusmonitori tulemuste vahel. Uuringute autorite arvates põhjustab erinevusi päeviku ebakorrektna täitmine, kuid samas on unepäevik odav, lihtsasti kasutatav ning informatiivne.

Baumann jt (86) soovitavad 2014. aastal koostatud konsensusdokumendis narkolepsia (ilma katapleksiata) diganoosimiseks kasutada unepäevikut enne uneuuringuid, et välistada krooniline unepuudus, une ja ärkveloleku rütmi häire või vahetustega töö, mis võivad põhjustada muutusi unelatentsuse testis sarnaselt narkolepsiaga.

Töörühm soovib kõikidel liigunisuse kahtlusega patsientidel unepäevikut täita vähemalt kahe nädala jooksul. Selle abil on võimalik hinnata patsiendi elukorraldust ja uneharjumusi, mis võivad olla liigunisuse põhjuseks ning on olulised liigunisuse diferentsiaaldiagnostikas, nt krooniline unepuudus, vahetustega töö. Patsiente on enne unepäeviku täitmist oluline põhjalikult juhendada, et unepäevikust saadav informatsioon oleks võimalikult täpne. Lisainformatsiooni on võimalik saada ka aktiivsusmonitoride, pulsikellade või telefoni rakenduste abil, kuid praegu ei ole nende vahendite algoritmid teaduslikult valideeritud. Lisas on toodud töörühma poolt kasutamiseks soovitatav unepäevik ([vt lisa 3](#)).

13

Liigunisuse kahtlusega patsientidel ei ole soovitatav kasutada liigunisuse küsimustikku.

Töörühma praktiline soovitus.

Selget ühte liigunisuse küsimustikku kirjanduse andmetel ei ole, enim on kasutusel Epworthi unisuse skaala.

Kirjanduse otsingul leiti 80 vastet, millest üks (87) käsitles antud küsimust liigunisust mõõtvä üheküsimuselise liigunisuse skaalaga. Selle puhul on vaja patsiendil hinnata oma unisust tüüpilisel päeval skaalal 0–10. Skaalat võrreldi ESS-iga ja unelatentsuse testiga (MSLT). Viimane on unemeditsiinis liigunisuse objektiivse mõõtmise kuldstandard. Tegemist oli läbilõikelise retrospektiivse uuringuga (303 patsienti, kellele olid tehtud uueuuringud, sealhulgas MSLT) unekeskusest. Kohordis oli erinevaid unehäireid, sealhulgas 43,9% uneapnoe, 8,9% narkolepsia ja 13,5% idiopaatilise hüpersomnia, 15,2% perioodiliste jäsemeliigutuste, 10,6% rahutute jalgade sündroomi, 19,8% insomnia, 23,1% ebaadekvaatse unehügieeniga patsiente. Liigunisuse patsiente oli kohordis kokku 22,4%. ESS-i skoor ≥ 11 loeti „subjektiivselt unisteks“ patsientideks. Kui unisuse skaala oli alla kolme, oli ka ESS-i skoor väiksem kui 11. Unisuse skaala skooriga ≥ 8 patsientidel oli positiivne ennustusväärtus $> 80\%$, nii et neil oli ka ESS-i skoor > 11 . Selget korrelatsiooni uneskaala erinevate väärtuste ja objektiivse MSLT vahel ei olnud. Uuringu järeldus: ESS ega unisuse skaala ei korreleeru MSLT-ga. ESS-i ja MSLT vahel oli korrelatsioon vaid ESS-i väärtuste 11, 12, 16 ja 18 korral (kliiniliselt väga tõsine liigunisus). Unisuse skaala ega ESS ei asenda MSLT-d. See uuring ei ole aga esmatasandile kättesaadav.

Kokkuvõttes pole tõendust ühegi liigunisuse küsimustiku kasutamise kohta liigunisuse diagnoosimiseks esmatasandil. Ravijuhendites seda küsimust ei käsitletud.

Töörühm sõnastas praktilise negatiivse soovitus: liigunisuse kahtlusega patsientidel mitte kasutada liigunisuse küsimustikku.

14

Liigunisuse kahtlusega patsientidel on soovitatav kasutada meeleolu- ja ärevushäire küsimustikku.

Töörühma praktiline soovitus.

Psühhiaatrilise haigusega kaasuvat liigunisust saab esmatasandil täpsustada meeleolu- ja ärevushäire küsimustike kasutamiseks. DSM-5 järgi on liigunisuse (*hypersomnia*) üheks kriteeriumiks depressiooni (iseloomulik atüüpilisele depressioonile) ja premenstruaalse düsfoorilise meeleoluhäire diagnoosimisel.

Lang jt (88): ilma eelneva apnoe diagnoosita juhuslikult valitud Austraalia mehed vanuses 40–88 (n = 788) täitsid Beck Depression Inventory-1A või Centre for Epidemiological Studies Depression Scale (2007–2010) ning Epworthi unisuse küsimustikke. Depressiooni küsimustike alusel jagati valim depressiooni sümptomitega (111; 14%) ja sümptomiteta (677; 86%) uuritavateks. Uuritavad läbisid koduse poliüsomnograafilise uuringu. Raske diagnoosimata unepnoe (AHI $\geq 30/h$) oli statistiliselt seotud depressiooni sümptomitega (OR = 1,98; 95% CI 1,05–3,73; $p = 0,036$). Esines ka oluline seos apnoe raskusastme, ESS-i skoori >10 ja depressiooni sümptomite vahel (keskmise raskusega apnoe: OR = 3,86; 95% CI 1,87–7,95; raske apnoe: OR = 4,82; 95% CI 1,42–16,35) võrreldes ilma apnoeta inimestega. Uurijate järeldus: depressiooni sümptomid võivad meestel viidata diagnoosimata unepnoele.


Ishman jt (89): uuringuhüpootees oli seoste leidmine apnoe raskusastme, päevase liigunisuse ja depressiooni vahel. Tegemist oli juht-kontrolluuringuga. Kõrvanina-kurgukliiniku andme-baasist oli retrospektiivselt kaasatud 53 ravimata apnoe või norskamisega ja 51 kontrollisiku andmed. Uuringusse kaasatud inimestel oli täidetud Becki depressiooniskaala-II, Epworthi unisuse skaala ja tehtud poliüsomnograafia. Apnoega patsientide grupis oli depressioonirisk suurem kui kontrollgrupis (OR = 6,3, 95% CI 1,9–20,6, $p = 0,002$). Depressioon esines 35% apnoepatsientidel ja 8% kontrollgrupi isikutel. Esines oluline korrelatsioon BDI ja ESS skooride vahel ($r = 0.342$, $P = 0.012$), kusjuures apnoe raskusastmel liigunisusega (ESS >10) ega depressiooniga korrelatsiooni ei olnud. Järeldus: liigunised apnoepatsiendid on depressiooniriskiga ja neid tuleks selle suhtes jälgida.

Chao jt (90) uuringuhüpootees: aktiivsus- ja tähelepanuhäire (ADHD) peaks olema täiskasvanute ebaselgete psühhiaatriliste sümptomite, sh liigunisuse puhul diferentsiaaldiagnooside hulgas. 929 ajateenistuse kutsealust noort meest täitsid küsimustikud (ADHD Adult Self-Report Scale, ESS, Becki depressiooniskaala-II, Becki ärevuse küsimustik, WHO Quality of Life Brief Version). Selekteeriti 328 ADHD kahtlusega inimest, 601 noormeest oli kontrollrühmas. Keskmine uuritavate vanus oli $22,27 \pm 1,93$ eluaastat. ADHD tunnustega grupi 328 mehel oli rohkem depressiooni ja ärevuse tunnuseid ning tõsisem päevane unisus, samuti oli neil madalam elukvaliteet kui kontrollrühmal (kõik $p < 0,05$). Järeldus: ADHD peaks olema diferentsiaaldiagnooside hulgas nendel noortel meestel, kelle kaebusteks on depressioon, ärevus ja päevane liigunisus.

Kokkuvõttes viitab madala tasemega tõendus psühhiaatrilise haiguse sõeluuringu vajalikkusele liigunisuse kaebusega patsientidel. Eriti näib liigunisuse ja psühhiaatriliste seisundite koos esinemise seos olevat tugev meestel.

Eestis kasutatakse esmatasandil laialdaselt emotsionaalse enesetunde (EEK-2) küsimustikku, vt depressiooni ravijuhendit perearstidele ja ärevushäire ravijuhendit. Tõendusmaterjali EEK-2 kohta selle küsimuse kontekstis infootsingutega leitud ei ole. Tegemist on Eestis uuritud ning valideeritud küsimustikuga. Vajadus uue analoogselt küsimustiku kasutuselevõtu järele puudub.


Töörühm sõnastas praktilise positiivse soovitus: liigunisuse kahtlusega patsientidel on soovitatav kasutada meeleolu- ja ärevushäire küsimustikku EEK-2.

15		Liigunisuse kahtlusega patsientidel ei ole soovitatav kasutada liigunisuse diagnoosimiseks rahutute jalgade sündroomi küsimustikku. Töörühma praktiline soovitus.
----	---	--


Kliiniline küsimus oli ajendatud empiirilisest teadmisest, et uneaegsed liigutushäired võivad und killustada, tekitades ärkamisi ning põhjustades päevast liigunisust. Perioodilised jäsemeliigutused esinevad 80% inimestel, kellel esineb ärkvel olles rahutute jalgade sümptomaatika.

Rahutute jalgade sündroomi (ka Willis-Ekbomi tõbi) diagnoos on kliiniline, tuginedes rahvusvahelise rahutute jalgade sündroomi uuringurühma (IRLSSG) kriteeriumitele (91). Rahutute jalgade sündroomi küsimustikud pole mõeldud liigunisuse diagnoosimiseks, vaid rahutute jalgade sündroomi raskusastme ja ravitulemuste hindamiseks.

Töörühm sõnastas praktilise negatiivse soovitus, kuna puudub tõendusmaterjal: liigunisuse kahtlusega patsientidel mitte kasutada liigunisuse diagnoosimiseks rahutute jalgade sündroomi küsimustikku. Soovitus on kooskõlas kliinilise küsimuse nr 21 juures oleva töörühma järeldusega. Ravijuhendites seda küsimust ei käsitleta. Ka rahvusvahelise unehäirete klassifikatsiooni kriteeriumites ei ole ühegi liigunisuse vormi juures rahutute jalgade sündroomi küsimustikku mainitud.

16		Liigunisuse kahtlusega patsientidel on soovitatav kasutada uneaegse hingamishäire diagnoosimiseks STOP-BANG küsimustikku. Töörühma praktiline soovitus.
----	---	--


Uneaegse hingamishäire küsimustiku diagnostilise täpsuse kohta liigunisusega patsientide puhul puudub tõendusmaterjal. Küsimustikud võivad aidata liigunisuse kaebusega patsientide hulgast selekteerida raske uneapnoega patsiendid, mistõttu soovitab töörühm liigunisuse kahtlusega patsientidel kasutada uneaegse hingamishäire diagnoosimisel STOP-BANG küsimustikku.

17		Päevase liigunisuse kaebusega patsientidel ei ole liigunisuse diagnoosimiseks soovitatav kasutada väsimuse küsimustikku. Nõrk negatiivne soovitus, madal tõendatuse aste.
----	---	--

Kliiniline küsimus on ajendatud tõigast, et liigunistel patsientidel kaasub sageli päevane väsimus ning anamneesi kogumisel võib olla keeruline eristada unisust ja väsimust. Unemeditsiini seisukohalt tähendab väsimus siiski pigem füüsilist jõuetust, liigunisus aga tungi magada.

Tõendusmaterjalide otsingute põhjal on enimkasutatud väsimuse küsimustik Fatigue Severity Scale (FSS) (92), see on ka erinevate somaatiliste (nt süsteemne luupus, hulgiskleroos) haigustega patsientide seas valideeritud. Ravijuhendites puudub tõendus väsimuse küsimustiku kasutamise otstarbekusest liigunisuse kahtlusega patsientidel. Üksikuuringutes ei ole näidatud, et FSS skoori abil oleks võimalik eristada väsimust ja liigunisust (93). Väsimuse küsimustiku kasutamine liigunisuse diagnoosimisel on madala tõenduspõhisusega ning lisaväärtust see tõenäoliselt ei anna.

Töörühm sõnastas nõrga negatiivse soovitusena väga madala kvaliteediga tõendusmaterjali põhjal: päevase liigunisuse kaebusega patsientidel ei ole soovitatav liigunisuse diagnoosimisel kasutada väsimuse küsimustikku.

18		Päevase liigunisuse kaebusega patsientidel ei ole liigunisuse diagnoosimiseks soovitatav kasutada narkolepsia küsimustikku. Töörühma praktiline soovitus.
----	---	--

Narkolepsia on sageli kahtlustatav, kuid praktikas väga harva esinev haigus.

Kallweit jt (94): hinnati seitset erinevat liigunisuse küsimustikku. Neist kõige olulisemaks peeti Epworthi unisuse skaalat, et hinnata päevast liigunisust, mida võib seostada narkolepsiaga. ESS-i otsustuspiiri skoor > 10 on päevase liigunisuse suhtes tundlikkusega 93,5% ja spetsiifilisusega 100%, mis ületab unisuse ja ärkveloleku testide (MSLT ja MWT) vastavaid parameetreid liigunisuse tuvastamisel (MSLT 8 min otsustuspiiri juures tundlikkus 94,5% ja spetsiifilisus 73,3%; MWT alla 12 min otsustuspiiri juures tundlikkus 84,3% ja 98,4%).

Mõningaid narkolepsia diagnoosimiseks mõeldud spetsiifilisi skaalasid on kasutatud ka liigunisuse hindamiseks (Ullanlinna Narcolepsy Scale; Swiss Narcolepsy Scale; Narcolepsy Symptom Assessment Questionnaire). Nende kasutamine põhineb diagnoositud narkolepsia patsientide raviefekti hindamisel. Tõendust, et narkolepsia küsimustike abil saaks esmatasandil diagnoosida ka liigunisust, ei ole. Viimase 10 aasta jooksul on avaldatud narkolepsia küsimustike kohta 35 artiklit, millest ükski ei vasta täpselt antud kliinilisele küsimusele. Ajakriteeriumi laiendamisel 20 aastani ei selgunud oluliselt rohkem kasulikku infot.

Töörühm sõnastas nõrga negatiivse soovitusena liigunisuse kahtlusega patsientidel mitte kasutada narkolepsia küsimustikku liigunisuse diagnoosimisel. Kirjanduse otsingu tulemusena ei leidunud ka ühtegi süstemaatilist ülevaadet ega ravijuhendit, konkreetset vastust esitatud küsimusele ei olnud.

Une-ärkveloleku rütmi häired

Tsirkadiaanse une-ärkveloleku rütmi häired (*circadian rhythm sleep-wake disorders* (CRSWD)) on unehäirete rühm, mida iseloomustab une ja ärkveloleku ajastatuse oluline erinevus patsiendi ootustest või sotsiaalselt aktsepteeritud rütmist. Nende hulka kuuluvad nn eksogeense tekkega häired, mille põhjuseks on vahetustega töö või reisimine erinevate ajavööndite vahel, ja endogeense tekkega häired nagu hilise uneaja häire (*delayed sleep-wake phase disorder*, DSWPD), varase uneaja häire (*advanced sleep-wake phase disorder*, ASWPD), mitte-ööpäevane une-ärkveloleku rütmi häire (*non-24-hour sleep-wake rhythm disorder*, N24SWRD) ja ebaregulaarse une-ärkveloleku rütmi häire (*irregular sleep-wake rhythm disorder*, ISWRD).

Une-ärkveloleku rütmi häirega patsientide tavaliseks kaebuseks on unetuse sümptomid ajal, mil eelistatakse magada või liiguniseks ajal, mil eelistatakse ärkvel olla (95). Need kaebused võivad esineda hoolimata normaalsest une kvaliteedist ja kestusest. Erinevalt unetusest ja liigunisusest kui eraldiseisvatest häiretest, seisneb probleem une-ärkveloleku rütmi häirete puhul bioloogilise kella toimimise ja sotsiaalse ajastuse vahelises lahknevuses.


Üldised diagnostilised kriteeriumid une-ärkveloleku rütmi häirete diagnoosimiseks vastavalt rahvusvahelisele unehäirete klassifikatsioonile (ICSD-3) on järgmised:

- 1) krooniline ja korduv une-ärkveloleku rütmi häire, mille põhjuseks on muutused endogeenses ajastuses või lahknevus endogeensete tsirkadiaansete rütmide ja soovitud või nõutud une-ärkveloleku ajastuse vahel või inimese füüsilise keskkonna või sotsiaalse/töoga seotud ajastuse vahel;
- 2) tsirkadiaanse rütmi häire tekitab unetust, liigunisust või mõlemat;
- 3) une-ärkveloleku häire avaldab kliiniliselt olulist negatiivset mõju või häireid vaimses, füüsilises, sotsiaalses, töö ja õppimisega seotud või teistes olulistest valdkondades (4).

Kõige sagedamini esinev endogeenne une-ärkveloleku rütmi häire on hilise uneaja häire (DSWPD), mille esinemissagedus on noorukite ja noorte täiskasvanute seas hinnanguliselt 7–16% (95, 96). Täpsem esinemissagedus üldrahvastikus on teadmata. Patsiendid kaebavad raskusi õhtuse uinumisega ja hommikuse ärkamisega ning väsimust tööpäevadel. Teine sagedamini esinev une-ärkveloleku rütmi häire on varase uneaja häire (ASWPD), mida iseloomustab uinumise ja virgumise varajasem aeg. Selle esinemissagedus kesk- ja vanemaaliste seas on hinnanguliselt 1% (97). Ebaregulaarse une-ärkveloleku rütmi häire tunnus on selgelt eristatava ööpäevase une-ärkveloleku rütmi puudumine, mis viib korduvate uinumiseni päeval ajal ning une ja ärkveloleku juhuslikult esinevate perioodideni ööpäeva jooksul (98).

Eksogeensete une-ärkveloleku rütmi häirete põhjus on suures osas vahetustega töö, ebaregulaarsed või tavatud tööajad. Nende häirete esinemissagedus on 2–5% üldrahvastikust (95). Tegemist on kasvava probleemiga. Ajavahesündroomi (*jet lag*) põhjus on kiire ajavööndite vahetus.

Une-ärkveloleku rütmi häirete diagnostiline algoritm vt [Lisa 1.4](#).

19		Kõigil une-ärkveloleku rütmi häire kahtlusega patsientidel on soovitatav täita unepäevikut vähemalt kahe nädala jooksul. Töörühma praktiline soovitus.
----	---	---

Tõenduspõhisuse hindamiseks tehtud otsingu tulemusel leiti kaks ravijuhendit – AASM (99) ravijuhend ja Poola Uneteaduse Ühingu ravijuhend (95). Mõlemas ravijuhendis on unepäeviku kasutamine une-ärkveloleku rütmi diagnoosimiseks näidustatud.

Poola Uneteaduse Ühingu ravijuhend (95) on ülevaade rahvusvahelisest unehäirete klassifikatsioonist (ICSD-3) (4). ICSD-3 diagnostilised kriteeriumid seavad une-ärkveloleku rütmi häirete diagnoosi üheks eelduseks unepäeviku pidamise.

AASM juhendis (99) ja seda täiendavas kahes ülevaateartiklis (100, 101) mainitakse samuti, et kuna unepäeviku kasutamine on diagnostiliste kriteeriumite alusel diagnoosi eelduseks, siis see eraldi tõendust ei vaja. Seda soovitus täiendab AASM-i ravijuhendi töörühma konsensuslik otsus.

Kuigi unepäeviku vorm ei ole standardne ja sageli kasutatakse selle erinevaid versioone, on unepäeviku kasutamine valideerne. See võimaldab koguda andmeid nii une kvaliteedi kui ka kvantiteedi kohta.

Ainuke une-ärkveloleku rütmi häire, mille puhul ei ole unepäeviku kasutamine kohustuslik, on *jet lag*-tüüpi une-ärkveloleku rütmi häire (95). Sel puhul põhineb diagnoos anamneesil ja patsiendi läbivaatusel. Oluline on välistada, et sümptomid ei ole mingi teise haiguse tunnuseks. Unepäevik ja aktigraafia ei ole diagnoosi panemiseks vajalikud, samuti ei kasutata teiste tsirkadiaansete biomarkerite määramist.

Teised tõenduspõhisuse tuvastamiseks leitud artiklid on kliinilised uuringud, mis kajastavad erinevate une-ärkveloleku rütmi häiretega patsientide kohta tehtud üksikuuringuid. Üksikuuringud kajastavad spetsiifiliste patsiendigruppide või ka spetsiifiliste kaasuvate haigustega patsientide une kvaliteeti.

Nendes uuringutes ei ole hinnatud unepäeviku kasutamise mõju une-ärkveloleku rütmi häirete diagnoosimisele.

Soovituslik on une-ärkveloleku rütmi häirete diagnoosimiseks kasutada aktiograafiat ja biomarkereid, nagu hämara aja melatoniini mõõtmine (4).

Kuna unepäeviku pidamine kuulub une-ärkveloleku rütmi häirete diagnostiliste kriteeriumite hulka ja on selle eelduseks, siis eraldi uuringuid, mis oleksid näiteks võrrelnud unepäeviku ja mõne muu diagnostilise vahendi kasutamist une-ärkveloleku rütmi häirete diagnoosimiseks, ei leidunud.

Kuna tõendusmaterjal puudub ja tuginetakse diagnoosi-kriteeriumitele ja konsensusotsustele, sõnastas töörühm praktilise positiivse soovitus: kõigil une-ärkveloleku rütmi häire kahtlusega patsientidel on soovitatav täita unepäevikut vähemalt kahe nädala jooksul (unepäevik [vt Lisa 3](#)).

Parasomniad

Parasomnia tähendab, et erinevates ajuosades võivad samaaegselt esineda ärkvelolek, NREM- ja REM-uni. ICSD-3 järgi võivad parasomniad avalduda uneaegse mootorika, käitumise, aistingute, emotsioonide ja füsioloogiliste (nt vegetatiivse närvisüsteemi aktivatsioon) ilmingutena. Parasomniad on seega küllalt kompleksed une-ärkveloleku piirimail esinevad seisundid, mis erinevad uneaegsetest liigutushäiretest (neid iseloomustavad reeglina lihtsamad sensoor-motoorsed sümptomid).

Kõige laiemalt saab parasomniad jagada NREM-unes ja REM-unes esinevateks soovimatuteks avaldusteks. NREM-une parasomniad on ICSD-3-s jaotatud ise-seisvate häiretena (nt segasusseisundiga ärkamised, uneskõndimine, -rääkimine, uneaegne söömine jne). Tegelikuses on NREM-une parasomniad pigem sügavast unest mittetäielikku ärkamist peegeldavate seisundite spekter. Lapseeas algavad ning enamasti isemööduva kuluga NREM-une parasomniad loetakse healoomulisteks seisunditeks, mis vajavad patsiendi/tema lähedaste informeerimist, kuid sugugi mitte alati farmakoloogilist ravi (v.a enurees). Täiskasvanuea NREM-une parasomniate avaldumist kutsuvad tüüpiliselt esile ebapiisav uni, alkohol, stress ning mõned ravimid, sh uinutid (nt zolpideem). On näidatud NREM-parasomniate seost varasema psühhotrauma, eriti seksuaalse ärakasutamisega (102). Seega võib NREM-une parasomniaga patsient vajada ka psühhiaatrilist ja õigusosalast konsultatsiooni.

REM-une parasomniatest on kõige levinum REM-une aegne käitumishäire (*REM-sleep behaviour disorder*, RBD). See on sageli seotud neurodegeneratiivsete haiguste (sünukleinopaatiate nagu Parkinsoni tõi, multisüsteemne atroofia jms)

prodroomiga (103) ja patsiendi prognoos on halb. REM-une aegne käitumishäire algab tavaliselt 50.–60. eluaastates. Anamneesis viitavad RBD-le elavad, sageli äreva või vägivaldse sisuga unenäod ning nende „väljaelamine” (*dream enactment*). Selle käigus võib patsient tahtmatult vigastada kas ennast või samas voodis magavat inimest. RBD põhjus on neurodegeneratsioonist või ravimitest (104) tingitud REM-une aegse tavapärase lihasatonia kadumine.

Püsivad ja häirivad parasomniad võivad põhjustada patsientidele probleeme ning vajada seetõttu täpsustavaid uuringuid ja ravi. Sageli aga ei ole parasomniaga patsient oma unehäirest teadlik ega pruugi seetõttu unega seotud kaebusi esitada. Anamnees võib sel juhul pärineda patsiendiga samas voodis magavalt inimeselt. Parasomniate täpsem diagnostika nõuab igal juhul videopolüsomnograafiat (RBD kahtluse korral on see ainus võimalus) ega ole seetõttu esmatasandi kompetentsis. Diferentsiaaldiagnostiliselt võib parasomniad olla väga raske eristada nt uneaegsest epilepsiast (105), perioodiliste jäsemeliigutuste häirest ning psühhiaatrilistest, sh dissotsiatiiivsetest häiretest. Parasomniate korral on esmatähtis tagada patsiendi ja tema lähedaste ohutus, et vältida vigastusi, mürgistusi ja potentsiaalselt ka kolumeditsiinilisi tagajärgi.

Uneaegsed liigutushäired

Uneaegsete liigutushäirete all mõistetakse tahtmatuid ja ülemääraseid uneaegseid liigutusi (106). Ühtset klassifikatsiooni nendele häiretele ei ole ja enamasti loetakse nende hulka rahutute jalgade sündroom, perioodiliste jäsemeliigutuste häire ja bruksism, aga ka unega seotud jalakrampid ja rütmiline liigutushäire (107).

Rahutute jalgade sündroomi iseloomustab vastupandamatu vajadus ebameeldiva rahutustunde või paresteesiate tõttu jalgu liigutada (108). Sümptomid ilmnevad või süvenevad puhkeperioodil ja need leevenduvad liikumisel. Samuti esinevad need tüüpiliselt või eranditult öhtusel ja öisel ajal. Rahutute jalgade sündroomi esineb harva lapseas, täiskasvanutel varieerub selle esinemissagedus üldrahvastikus 1–10% (106). Sagedamini esineb rahutute jalgade sündroomi raseduse, rauavaeguse ja ureemia korral. Rahutute jalgade sündroomil on oluline negatiivne mõju patsiendi elukvaliteedile.

Perioodiliste jäsemeliigutuste häire korral esinevad uneaegsed perioodilised järjestikused jäsemete liigutused. Enamasti varvaste sirutus koos labajala dorsaalfleksiooniga ning põlve ja puusa fleksioon. Stereotüüpsete liigutuste episoodid kestavad 0,5–10 sekundit ning koosnevad vähemalt neljast järjestikusest liigutusest, intervall episoodide vahel on 5–90 sekundit (109). See häire esineb sageli koos rahutute jalgade sündroomiga. Perioodiliste jäsemeliigutuste häire esineb sageli narkolepsia, Parkinsoni tõve ja diabeediga patsientidel, samuti kasvab selle esinemissagedus koos eaga. Esinemissageduseks üldrahvastikus hinnatakse 5–20% (106). Diagnoosi aluseks on jäsemeliigutuste tuvastamine jalgade aktigraafial ja video-polüsomnograafial.

Bruksism tähendab korduvat hammaste kokkusurumist ja krigistamist. Uneaegse bruksismi esinemissageduseks on arvatud 10–20%. Sagedamini esineb see lapseas ja esinemissagedus väheneb vanuse kasvades. Vanemate uneaegne bruksism on seotud bruksismi raskusega lastel (109). Sageli kujunevad uneaegse bruksismi korral probleemiks hommikune lõualuude valulikkus, peavalu oimupiirkonnas ja hammaste vigastused. Diagnoosi aluseks on anamneesi kogumine patsiendilt või lähedastelt, kliiniline läbivaatus (kulumisjäljed hammastel ja neid ümbritsevatel struktuuridel, mälu- ja lihaste hüpertroofia). Diagnoosi saab kinnitada ka tüüpiliste elektromüograafia (EMG) artefaktide alusel videopolüsomnograafilisel uuringul.

Uneaegsete liigutushäirete diagnostiline algoritm vt [Lisa 1.5](#).

20

Uneaegsete liigutushäirete kahtlusega patsientidel ei ole soovitatav kasutada rahutute jalgade sündroomi diagnoosimiseks unepäevikut.

Töörühma praktiline soovitus.

Leitud tõendusmaterjali hulgas leidis üks uurimus, mis puudutab ühe kindla unepäeviku (*Subjective Post Sleep Diary, SPSD*) hindamist rahutute jalgade sündroomiga patsientidel (110). Tegemist on 12 küsimusest koosneva unepäevikuga, mis on mõeldud kasutamiseks just rahutute jalgadega patsientidel. Inglisekeelne küsimustik on uuringu läbiviijate sõnul valiidne (kokku osales uuringus 526 uuritavat).

Ülevaateartiklis, mis puudutab polüsomnograafia, aktigraafia ja RLS-unelogi kasutamist rahutute jalgade sündroomiga patsientidel, ei analüüsita unepäeviku, vaid rahutute jalgade kaebuse esinemise päeviku kasutamist (111).

Süsteemseid ülevaateid ega ka ravijuhendeid, mis seda küsimust käsitleksid, ei leidunud. Unepäevikut kasutatakse kliinilistes ravimiuuringutes, mida rahutute jalgade sündroomi korral tehakse. Seda eelkõige sündroomi raskuse ja ravivastuse hindamiseks.

Puudub teaduslik tõendus unepäeviku kasutamiseks igapäevases kliinilises praktikas, eriti rahutute jalgade sündroomi diagnoosimiseks, ja seda enam esmatasandil.

Töörühm sõnastas tugeva negatiivse soovituse: rahutute jalgade sündroomi diagnostikas mitte kasutada unepäevikut.

Diagnostilist rahutute jalgade küsimustikku ei ole. Küll aga on välja töötatud rahutute jalgade sündroomi diagnoosi kriteeriumid, vt ka soovitus küsimusele 15. Kõik olemasolevad küsimustikud on kasutusel rahutute jalgade sündroomi raskuse ja ravi efektiivsuse hindamiseks, mitte rahutute jalgade sündroomi diagnoosimiseks. Diagnoos põhineb kliinilisel pildil ja selle vastavusel diagnoosi kriteeriumitele (IRLSSG, 2003) (91).

Tõendusmaterjali otsingu tulemusel leiti kolm süstemaatilist ülevaadet, millest üks ülevaateartikkel puudutab antud küsimust (112). Teistest leitud uurimustest olid küsimusega seotud kolm artiklit, mis puudutasid erinevate rahutute jalgade küsimustike hindamist ja valideerimist kindlatel rühmadel või teistes keeltes (araabia, portugali) (113–115).

Lisaks on olemas Rahvusvahelise Liigutushäirete Ühingu (*International Movement Disorders Society*) töörühma soovituslik dokument rahutute jalgade sündroomi hindamiseks kasutatavate küsimustike kohta (116) ja IRLSSG artiklid IRLS küsimustike kohta (91, 111).

Uneaegsete liigutushäirete hindamiseks on kasutusel kolm rahutute jalgade küsimustikku: International Restless Legs Scale (IRLS), Johns Hopkins Restless Legs Severity Scale (JHRLSS) ja RLS-6. Augmentation Severity Rating Scale (ASRS) puudutab rahutute jalgade sümptomaatika paradoksaalset halvenemist dopamiin-ergilise ravi foonil ja ei kuulu selle ravijuhendi fookusesse. Nimetatud ülevaateartiklites mainitakse, et kõigil kasutusel olevatel skaaladel on head psühhomeetrilised omadused.

Kokkuvõttes puudub tõendus põhjus rahutute jalgade küsimustiku kasutamiseks kõigil uneaegsete liigutushäiretega patsientidel unehäirete esimeses diagnostikas ja ravis.

Töörühm leidis, et selles küsimuses ei saa soovitud anda, kuna rahutute jalgade sündroomi diagnostilisi küsimustikke ei ole.

Tervishoiukorralduslikud küsimused

1. Millisel juhul suunata unetuse kahtlusega patsient diagnoosi täpsustamiseks unehäiretega tegeleva spetsialisti konsultatsioonile?
2. Millisel juhul suunata uneaegse hingamishäire kahtlusega patsient diagnoosi täpsustamiseks unehäiretega tegeleva spetsialisti konsultatsioonile?
3. Millisel juhul suunata liigunisuse kahtlusega patsient diagnoosi täpsustamiseks unehäiretega tegeleva spetsialisti konsultatsioonile?
4. Millisel juhul une-ärkveloleku rütmi häire kahtlusega patsient edasi suunata diagnoosi täpsustamiseks unehäiretega tegeleva spetsialisti konsultatsioonile?
5. Millisel juhul suunata parasomnia kahtlusega patsient diagnoosi täpsustamiseks unehäiretega tegeleva spetsialisti konsultatsioonile?
6. Millisel juhul suunata uneaegsete liigutushäirete (sh bruksismi) kahtlusega patsient diagnoosi täpsustamiseks unehäiretega tegeleva spetsialisti konsultatsioonile?

Töörühm leidis, et algoritmid ([vt Lisa 1](#)) annavad käsitlusalas välja toodud tervishoiukorralduslikele küsimustele vastused ega vaja soovitude koostamist. Parasomnia tervishoiukorraldusliku küsimuse kohta sõnastas töörühm järgmise soovitus: Häiriva, sagedase või potentsiaalselt ohtliku parasomnia/uneaegse käitumise korral tuleb patsient suunata unega tegeleva spetsialisti juurde.

Ravijuhendi koostamine

Eesti Unemeditsiini Selts esitas Eesti Haigekassale ravijuhendi koostamise soovi veebruaris 2016. Moodustati töörühm ning sekretariaat; nende koosseisud on toodud ravijuhendi alguses. Töö käigus liitus töörühmaga dr Anu Hedman. Sekretariaadi töösse kaasati metoodikuna Kaja-Triin Laisaar. Enne diagnostikajuhendi valmimist lahkusid töörühmast prof. Jüri Kaik, sekretariaadist dr Kaiu Prikk ja dr Maarja Kaarlõp. Juhendi tehniline tugi: Mariliis Põld, Pille Lõmps (Eesti Haigekassa).

2016. ja 2017. a osalesid sekretariaadi ja töörühma liikmed juhendite koostajatele mõeldud koolitustel (haigekassa üldine koolitus, AGREE, GRADE'i, ROBIS-e koolitused). Ravijuhendi käsitusala kujunes 22-st PICO formaadis küsimusest, töörühma poolt heakskiidetud tulemusnäitajatest ja tervishoiukorralduslikest küsimustest. Ravijuhendi käsitusala kiideti ravijuhendite nõukojas heaks 02.05.2017.

Tõendusmaterjali otsimine ja hindamine

Ravijuhendi koostamisel juhinduti „Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamatu” (2011) juhistest. Kliinilised küsimused olid sõnastatud PICO formaadis. Teaduskirjanduse otsimisel kasutas sekretariaat Tartu Ülikooli Kliinikumi Medinfokeskuse abi. Tõenduspõhiseid unehäirete diagnostikajuhendeid, mis oleksid suunatud spetsiifiliselt esmatasandi arstiabis kasutamiseks, teaduskirjanduses ei ole. Unehäirete ravijuhendite kohta tehti mais 2017 PubMedist kaks erinevat otsingut, ajapiiranguks seati kümme aastat. Ühe otsinguga otsiti unehäirete ravijuhendeid (tulemuseks 407 kirjet), teise otsinguga ainult diagnostikat ja diagnostilisi teste puudutavaid juhendeid (tulemuseks 152 kirjet).

Otsingusõnad: *sleep disorders, insomnia (+disorder), sleep disordered breathing, sleep-related breathing disorders, sleep apnea (or apnoea), hypersomnia (+disorder), excessive daytime sleepiness, disorders of excessive somnolence, circadian rhythm sleep-wake disorders, parasomnias, sleep-related movement disorders, restless legs syndrome (or RLS), periodic limb movement disorder, nocturnal myoclonus syndrome, bruxism, diagnostics, clinical guidelines, practice parameters, diagnostic testing.*

Diagnostikat puudutavate juhendite otsingustrateegia:

“Sleep Wake Disorders”[Majr]) OR sleep disorder* [Title/Abstract]) OR (“Sleep Initiation and Maintenance Disorders”[Majr]) OR insomnia[Title]) OR “Sleep Apnea Syndromes”[Majr]) OR “sleep apnoea”[Title]) OR “sleep apnea”[Title]) OR “Sleep disordered breathing”[Title/Abstract]) OR “sleep related breathing disorders”[Title/Abstract]) OR “Disorders of Excessive Somnolence”[Majr]) OR hypersomnia[Title/Abstract]) OR narcolepsy[Title/Abstract]) OR “Excessive daytime sleepiness”[Title/Abstract]) OR “Sleep Disorders, Circadian Rhythm”[Majr]) OR (“Circadian rhythm”[Title/Abstract]) AND “sleep disorders”[Title/Abstract])) OR “Parasomnias”[Majr]) OR parasomnia[Title/Abstract]) OR parasomnias[Title/Abstract]) OR “Restless Legs Syndrome”[Majr]) OR “Nocturnal Myoclonus Syndrome”[Majr]) OR “Sleep Bruxism”[Majr]) OR “Sleep related movement disorders”[Title/Abstract]) OR Restless Legs Syndrome[Title/Abstract]) OR Periodic limb movement disorder[Title/Abstract]) OR “sleep bruxism”[Title/Abstract])) AND (((“Diagnostic Techniques and Procedures”[Mesh])) OR diagnostic test*)) AND (((“Guidelines as Topic”[Mesh] OR “Health Planning Guidelines”[Mesh] OR “Practice Guidelines as Topic”[Mesh] OR “Guideline” [Publication Type] OR “Standard of Care”[Mesh] OR “Practice Guideline” [Publication Type])) OR guideline[Title]) OR guidelines[Title]).

Filters: Publication date from 2007/01/01

Sobivaid ravijuhendeid oli kokku üheksa, neist jäi pärast AGREE metoodikaga hindamist kasutusele kaheksa. Töö käigus otsiti ravijuhendeid juurde ka iseseisvalt. Otsingu järgselt avaldati ka uusi ravijuhendeid, sh uusim Euroopa unetuse ravijuhend (Riemann jt). Leitud ravijuhendeid hindas AGREE metoodikaga unehäirete kaupa kaks sekretariaadi liiget. Hinnangute põhjal tehti juhendite suhtes konsensuslik otsus. AGREE-ga hinnatud ja konsensuslikult heaks kiidetud juhendite loetelu on järgmine:

- 1) Epstein jt.
- 2) Fleetham jt.
- 3) Kapur jt.
- 4) Morgenthaler jt 1.
- 5) Morgenthaler jt 2.
- 6) Pretto jt.
- 7) Quaseem jt.
- 8) Riemann jt.
- 9) Schutte-Rodin jt.
- 10) Stuck jt.
- 11) GPC_465_Insomnia_Lain_Entr_compl_en.pdf

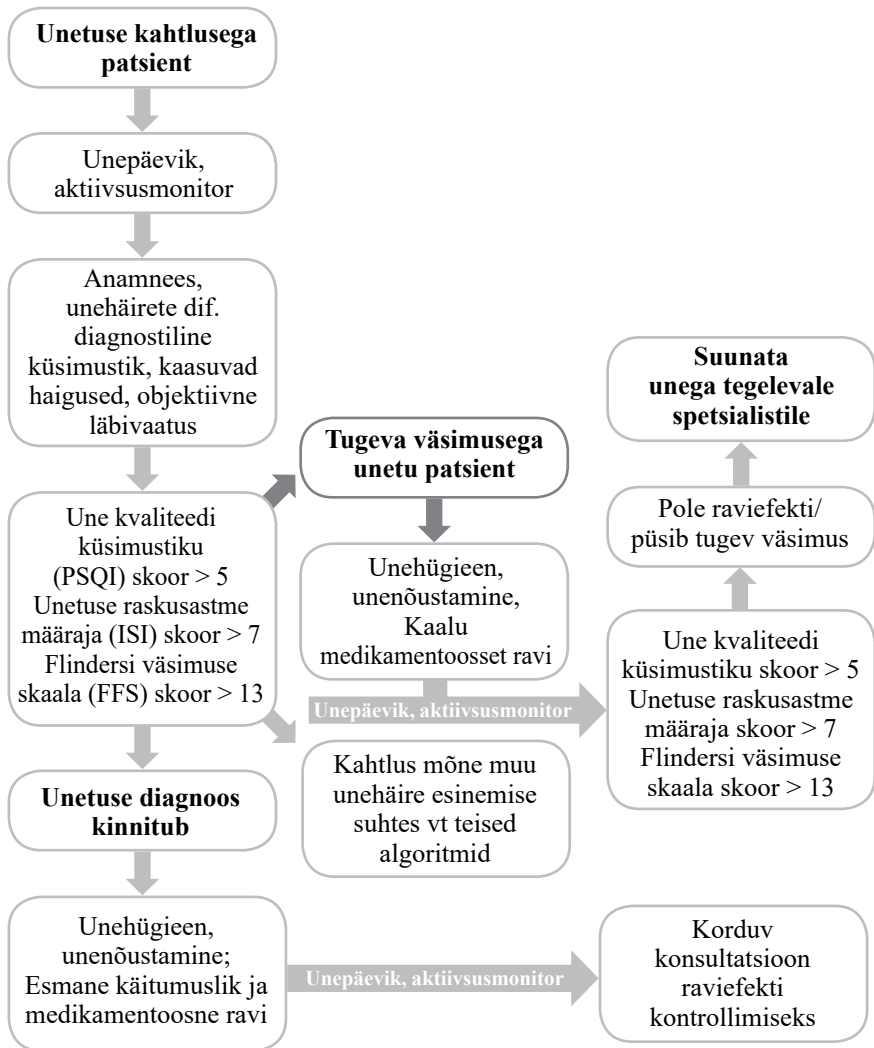
Tõendusmaterjali kokkuvõtete koostamiseks otsiti lisaks metaanalüüse, süstemaatilisi ülevaateid ja üksikuuringuid, eelistades randomiseeritud kontrollitud uuringuid. Suur osa materjali leiti suunitletult küsimustikepõhistest üksikuuringutest. Medinfokeskus tegi otsingute põhiosa sekretariaadi poolt ette antud PICO formaadis otsingusõnade põhjal, arvestades sisulisi (diagnostika esmatasandil, täiskasvanud patsiendid) ning keelelisi piiranguid (inglise keel). Iga unehäire kohta leitud juhendid ja üksikuuringud on kajastatud vastavaid kliinilisi küsimusi ja soovitusi käsitlevates osades. Kõigi soovitustes toodud küsimustike kohta on saadud autorite/autoriõiguste omanike kasutusluba. Ravijuhendis soovitatud küsimustikud on toodud ära juhendi lisades.

Sekretariaat koostas kõikide PICO küsimuste kohta ravijuhendites esitatud soovitude ja teemakohase tõendusmaterjali kokkuvõtted, mis on esitatud veebikeskkonnas GRADEpro ja ravijuhendite kodulehel. Samas on kättesaadavad ravijuhendi käsitusala ja täisversioon, tõendusmaterjali kokkuvõtted, soovitude kokkuvõtted, koosolekute protokollid ja ravijuhendi koostajate huvide deklaratsioonide kokkuvõte.

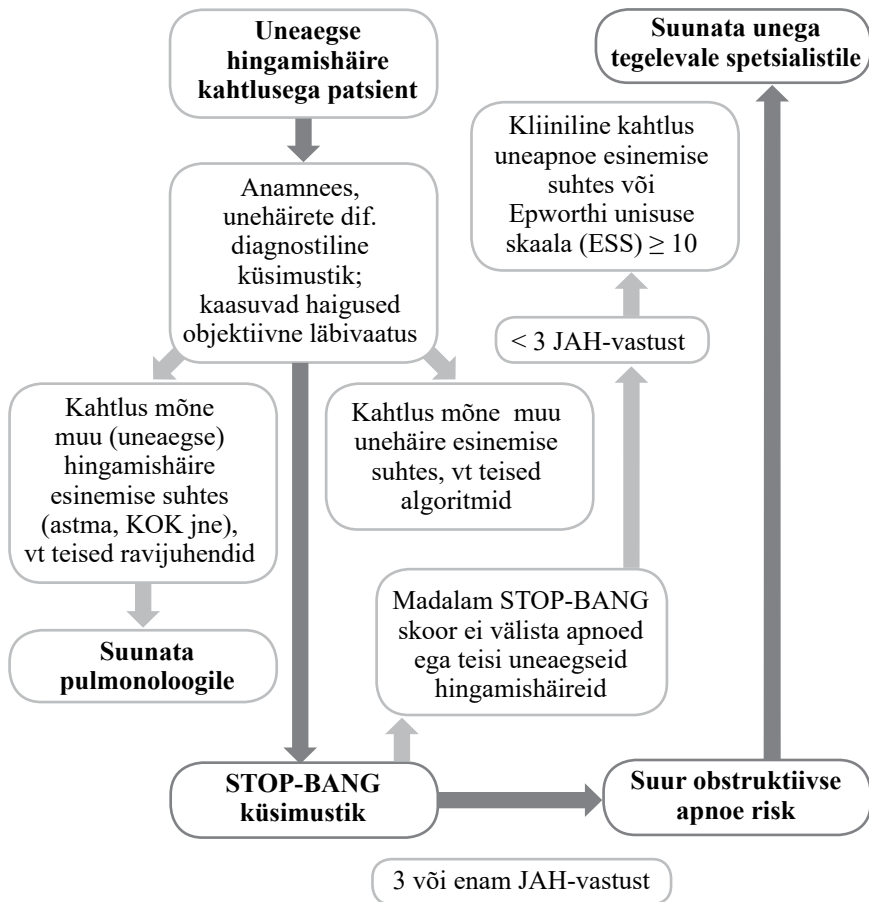
Töörühm pidas 13 koosolekut, neist neljal töötati välja käsitusala. Võrreldes esialgsete plaanidega jäeti liiga suure töömahu tõttu juhendist välja unehäirete ennetus ja ravi. Ravijuhendi sekretariaat valmistas igaks koosolekuks ette kliiniliste küsimuste tõendusmaterjali kokkuvõtte ja esmase soovitude kokkuvõtte. Iga koosoleku alguses vaadati läbi juhendi töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklaratsioonid võimalike huvide konfliktide välja selgitamiseks. Töörühma koosolek oli otsustusvõimeline, kui kohal oli vähemalt 3/4 töörühma liikmetest. Koosolekute otsused olid konsensuslikud. Soovitude sõnastamisel arvestati tõendusmaterjali kvaliteeti, sekkumiste asjakohasust, teostatavust ja finantsilist lisakoormust esmatasandile, samuti sekkumiste võimalikku kasu/kahju patsiendi tervisele ja elukvaliteedile ning potentsiaalseid riske. Ravijuhendit uuendatakse viis aastat pärast selle kinnitamist või uute asjakohaste teadusandmete ilmnemisel.

Lisa 1. Tervishoiukorralduslikud algoritmid

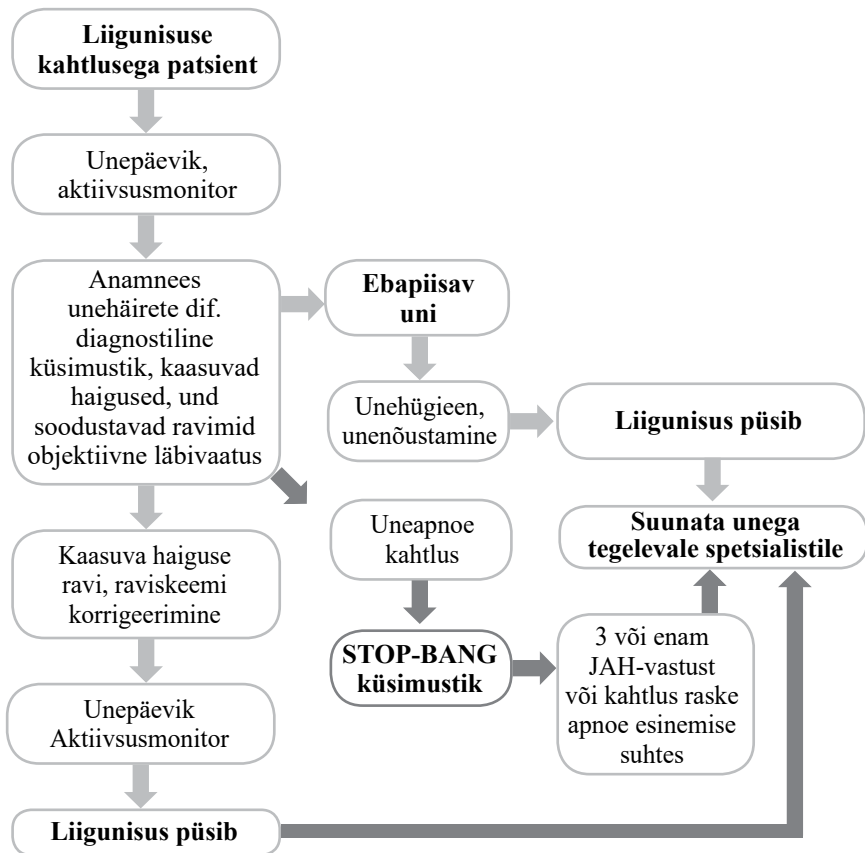
1.1. Unetuse kahtlusega patsiendi diagnostiline algoritm



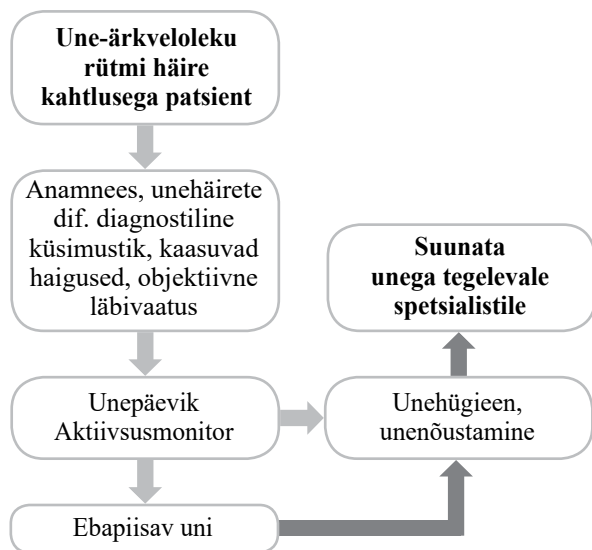
1.2. Uneaegse hingamishäire kahtlusega patsiendi diagnostiline algoritm



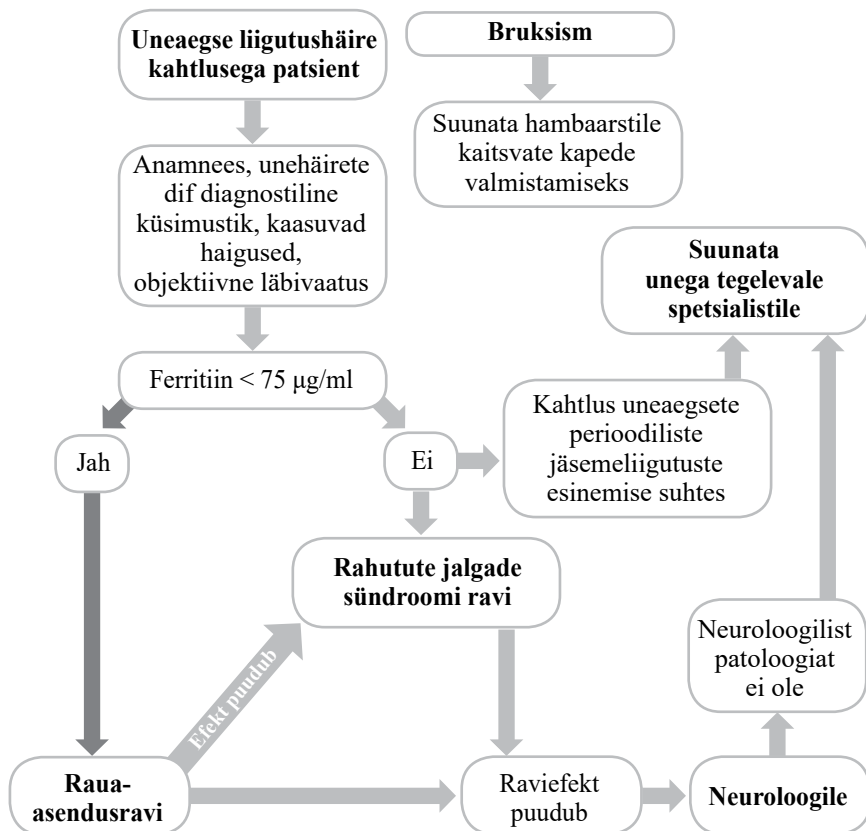
1.3. Liigunisuse kahtlusega patsiendi diagnostiline algoritm



1.4. Une-ärkveloleku häire kahtlusega patsiendi diagnostiline algoritm



1.5. Uneaegse liigutushäire kahtlusega patsiendi diagnostiline algoritm



Lisa 2. Unehäirete diferentsiaaldiagnostiline küsimustik SDS-CL-25(V4)

Allikas: Klingman KJ, 2017.

Kuupäev: ___/___/___ ID/initsiaalid: _____ Vanus: ___ Sugu: ___ Pikkus: _____ Kaal: _____ H1: Tõine vahetus: Puudub Esimene (9.00–17.00) Teine (4.00–12.00) Kolmas (24.00–8.00) H2: Tööaeg: ___0 ___10–20 ___20–40 või ___> 40 tundi nädalas H3: Kas magate regulaarselt kellegagi koos? (kolm või rohkem päeva nädalas) Jah/Ei H4: Mitu tundi te öösel tavaliselt magate? _____tundi (nt 8,5 tundi) H5: Mitu tundi te öösel tavaliselt voodis veedate? _____tundi (nt 9,5 tundi) Hinnake kõiki väiteid, lähtudes oma viimase 3 kuu kogemusest:	MITTE KUNAGI ÜKS KORD KUUS 1–3 KORDA NÄDALAS 3–5 KORDA NÄDALAS > 5 KORDA NÄDALAS				
1. Minu töö või muud tegevused takistavad mul vähemalt 6 tundi magamast.					
2. Magamamineku või ülestõusmise kellaaeg varieerub minu puhul rohkem kui 3 tunni ulatuses.					
3. Mul kulub uinumiseks 30 minutit või rohkem.					
4. Ma olen öösiti ärkvel 30 minutit või rohkem.					
5. Ma ärkan vähemalt 30 minutit enne õiget aega ega saa seejärel enam uinuda.					
6. Ma olen päeval väsinud, kurnatud või unine.					
7. Ma magan paremini, kui lähen õhtul voodisse enne kella üheksat ja ärkan hommikul enne kella poolt viit.					
8. Ma magan paremini, kui lähen voodisse õhtul hilja (pärast 1.00) ja ärkan hommikul hiljem (pärast 9.00).					
9. Ma kipun sobimatul ajal või sobimatus kohas magama jääma.					
10. Ma norskan.					
11. Ma ärkan hommikul kuiva suuga.					
12. Ma norskan nii valjusti, et see häirib mu voodipartnerit.					
13. Mulle on öeldud, et une ajal mu hingamine katkeb.					
14. Ma ärkan lämbumistundega või õhku ahmides.					
15. Ma tunnen jalgades ebameeldivaid aistinguid, eriti siis, kui istun või heidan pikali. See tunne kaob, kui jalgu liigutan.					
16. Mul on tung liigutada oma jalgu, iseäranis tugev on see õhtuti ja öösiti.					
17. Ma ärkan sageli öösiti ilma mingi põhjuseta üles.					
18. Kui vihastun, tunnen heameelt või hirmu, siis kogen äkilist lihaskrõpust.					
19. Kui uinun või üles ärkan, siis näen hirmuunenägude sarnaseid kujutluspilte.					
20. Kui hakkun üles ärkama, siis tundub mulle, et ma ei saa end liigutada.					
21. Ma näen õudusunenägusid.					
22. Ma ärkan ilma mingi põhjuseta ning tunnen end ehmunu ja hirmununa.					
23. Mulle on öeldud, et ma unes olles kõnnin, räägin, söön või tegutsen veidralt või vägivaldselt.					
24. Ma krigistan magamise ajal hambaid või surun lõualuid tugevasti kokku.					
25. Mu unehäired avaldavad minu igapäevaelule segavat mõju.					

SDS-CL-25 tõlgendamine

Unehäired	Küsimused
Unetus (F51.0, G47.0)	(K3 või K4 või K5) + (K6 või K9 või K25) K17 samuti soovitatav
Varajase uneaja sündroom (F51.2, G47.2)	K7 + K5 + (K6 või K9 või K25)
Hilise uneaja sündroom (F51.2, G47.2)	K8 + K3 + (K6 või K9 või K25)
Obstruktiivne uneapnoe (G47.3)	K10 – K14 + (K6 või K9 või K25)
Rahutute jalgade sündroom/Perioodiline jäsemete liigutamise häire (G25.8)	K15 – K17 + (K6 või K9 või K25)
Narkolepsia (G47.4)	K18 – K20 + K9 (samuti K6 või K25)
Õudusunenäod (F51.5)	K21 + K25
Unepaanika (F51.4)	K22
REM-une aegne käitumishäire (G47.8)	K23
Unetekkesed alalõualiigese haigusseisundid (K07.6), sh bruksism e uneaegne hammaste krigistamine (G47.6)	K24
Ebapiisav uneaeg	H4 ja H5 + K1 + (K6 või K9 või K25)
Vahetustega tööst põhjustatud unehäire (G47.2)	H1 + (K1 või K2 või K3) või (H4 ja/või K1) + (K6 või K9 või K25)
Täpsustamata päevane liigunisuus (G47.1)	K9
Väsimus	K6
Kogu uneaeg	H4
Aeg voodis	H5
Une efektiivsus	$100 \times \text{kogu uneaeg} / \text{aeg voodis} = 100 \times H4 / H5$
Vahetus, tööaeg*	H1
Voodikaaslane	H3 saab kinnitada K10, K12–15, K23 õigsust
Lühike uneaeg (normi variant) (R29.8)	H4 ilma (K6 või K9 või K25)
Üldiseks infoks	K6 või K9 või K25 ilma teiste küsimusteta

*Kellaeg/vahetus, millal patsient töötab.

Tõlgendamine: iga küsimuse vastus saab vastavalt punkte:

- 0 punkti – mitte kunagi;
- 1 punkt – kord kuus;
- 2 punkti– 1–3 korda nädalas;
- 3 punkti – 3–5 korda nädalas;
- 4 punkti – üle 5 korra nädalas.

Konkreetses unehäire kindlakstegemine: unehäire on tõenäoline ja edasine uurimine on vajalik, kui vastavas kategoorias on vastuseks 3 või 4 punkti.

Unehäire raskus: liita vastava unehäire punktid ja jagada vastava kategooria (unehäire) küsimuste arvuga, et saada konkreetse unehäire keskmine punktide arv.

Kumulatiivne haigestumus: kõikide küsimuste punktide summa.

Lisa 3. Unepäevik

Unepäevik on tabel, mis aitab jälgida meditsiinitöötajal Teie unerežiimi ja saada ka Teil endal ülevaade oma päevastest tegevustest ja unest.

Tabeli iga rida tähendab ühte ööpäeva ning iga ruut ühte tundi. Iga rida (ööpäev) algab keskpäevast (kell 12.00) ning lõpeb järgmise päeva keskpäevaga (kell 12.00). Iga täistund asub joone kohal. Täitke päevikut üks kord päevas (soovitavalt hommikul) nii palju, kui Teil meeles on. Muul ajal ärge keskenduge sellele. Oma unest põhjalikuma ülevaate saamiseks palun täitke päevikut igal hommikul vähemalt kaks nädalat järjest, välja arvatud juhul, kui Teid on teisiti informeeritud.

Unepäeviku tulemuste interpreteerimine:

Une- ja ärkveloleku aeg on geneetiliselt determineeritud ja individuaalne. Normi korral võiks olla:

- uneaeg öötundidel;
- uneaja kestus 6,5–11 tundi;
- magamaminek ajavahemikus 21.00–01.00;
- ärkamine ajavahemikus 06.00–10.00;
- une- ja ärkveloleku aja varieerumine kuni 3 tundi (2-nädalase jälgimisperioodi jooksul);
- magama jäämine 16 minuti jooksul;
- ärkamisi keskmiselt 1,2 korda une jooksul;
- alates 55. eluaastast päevane uinak kestusega 30 min.

Kirjeldatud väsimusel võib olla erinevaid põhjuseid, kuid väsimus võib olla ka halva unekvaliteedi ilminguks. Kirjeldatud tegevused mõjutavad une kvaliteeti. Eelnimetatud normid ei kehti vahetustega ja öötööd tegeva inimese puhul.

NÄIDIS

Allpool toodud näites on päevikurühtimised 13.06 kell 12.00 ja see kajastab kõiki toimunud tegevusi eelmise ööpäeva jooksul ehk 12.06. Kuupäev 12.06., mis oli laupäev (**L**) ja puhkepäev (**PP**). Treening (**F**), näiteks kiirem kõnd, mis toimus kell 13.00 ja kestis u 1 tund.

Lõunauinak ■, mis toimus kell 17.00–18.00.
Alkoholi tarvitamine (**A**), mis toimus kell 19.00 (tarvitati 1 ühik alkoholi).
Nutiseadme (näiteks arvuti) kasutamine (**N**), mis toimus ajavahemikus kell 20.00–22.00.
Voodisse heitmise aeg (**J**) kell 22.30, kuid uni ei tulnud ja kell 00.30 võeti unerohu (**•**).

Magamise aeg ajavahemikus 01.00–04.00 ja 05.00–07.00.
Õne ärkveloleku aeg 04.00–05.00.
Hommikul kell 07.00 ärgates voodisse lamama jäämine ja voodist väljatulemise aeg (**T**) kell 08.30.
Kofeiini (näiteks 1 tass kohvi) või energijooži joomine (**K**), mis toimus kell 09.30.

Ajavahemikul 10.00–12.00 väsimuse tundmine (– –).
Summaarne uneaeg ööpäevas 6 tundi (päevane unak + õine uneaeg).

JUHEND UNEPÄEVIKU TÄITMISEKS

Kuupäev = hommikule eelnenud kuupäev
Nädalapäev (NP) = nädalapäev; E- esmapäev, T, K, N, R, L, P
Päeva tüüp (PT) = nädalapäeva tüüp; koolipäev (KP) / tööpäev (TP) / puhkepäev (PP) / puhkus (P)
Füüsiline aktiivsus (treening, ka tavapärasest suurem füüsiline aktiivsus) = F
Nutiseadmete (arvuti, tahvelarvuti, nutitelefon) kasutamine = N. Märkida, kui nutiseadet on kasutatud u 1 tund.
Kohvi ja energijookide tarvitamine = K
Alkoholi tarvitamine = A. Märkida tiks A, kui on tarvitatud vähemalt 1 ühik alkoholi. (1 ühik alkoholi on 244ml 5,2% õlut; 106ml 12% veini; 32 ml 40% alkoholi)
Ravimi tarvitamine = •
Päevane väsimus = ----
Voodisse pikali heitmise aeg = ↓
Voodist välja tulemise aeg = ↑
Magatud aeg = värvida ruudud ära (poollumes oldud aja kohta ruudud viirutada). ■
Uni (h) = Ööpäevas magatud unetundide summa.
Lahtrisse „Märksused“: märkige täpsustused tarvitatud ravimite ja alkoholi kohta.

Märksused (Ravimi nimetus, doos: alkoholi kogus ml)																														
Kuupäev	NP	PT	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	Kuupäev	Uni (h)	
12.06	L	PP																												6

Lisa 4. Diagnostilised küsimustikud

4.1 Epworthi unisuse skaala

Nimi: Tänapäev:

Teie vanus (aastates)..... Teie sugu (mees = M, naine = N)

Kui tõenäoline on, et Te jääte tukkuma või magama järgmistes olukordades, eristades seda lihtsalt väsinud olekust?

See käib Teie tavalisa igapäevase elu kohta viimasel ajal.

Isegi kui Te pole mõnede nimetatud asjadega viimasel ajal tegeleenud, proovige ette kujutada, kuidas need oleksid teile mõjunud.

Kasutage järgnevat skaalat, et valida **sobivaim vastusevariant** iga olukorra kohta.

- 0 = ei jää **mitte kunagi** tukkuma
- 1 = **harva võimalus** tukkuma jääda
- 2 = **mõnikord võimalus** tukkuma jääda
- 3 = **sageli võimalus** tukkuma jääda

On oluline, et Te vastaksite igale küsimusele nii hästi, kui suudate.

Olukord

Võimalus tukkuma jääda (0–3)

Istudes ja lugedes	
Televiisorit vaadates	
Istudes tegevusetult avalikus kohas (näiteks teatris või koosolekul)	
Viibides reisijana autos, kui sõit kestab ühe tunni ilma vaheajata	
Heites pärastlõunal pikali puhkama, kui olukord seda võimaldab	
Istudes ja kellegagi vesteldes	
Vaikselt istudes pärast alkoholvaba lõunasööki	
Istudes autos olles peatunud liikluses mõneks minutiks	

TÄNAME TEID KOOSTÖÖ EEST!

© M. W. Johns 1990–97

Version 1/17-08-2006

4.2 Une kvaliteedi küsimustik (PSQI)

Allikas: Buysse et al. 1989.

Nimi _____ Kuupäev _____

Mis on PSQI ja milleks seda kasutatakse?

Pittsburghi une kvaliteedi indeks (PSQI) on tõhus vahend hindamaks une kvaliteeti ja unerütmi täiskasvanutel. See eristab halba unekvaliteeti heast unekvaliteedist, mõõtes seitset osa (komponenti): subjektiivne unekvaliteet, uinumiseks kuluv aeg, une kestus, une tavapärane väärtuslikkus, und segavad tegurid, unerohtude kasutamine ja päevane häiritud toimetulek viimase kuu jooksul.

JUHEND

Järgmised küsimused on Teie tavapäraste uneharjumuste kohta viimase kuu jooksul. Vastused peaksid viitama kõige täpsemale vastusele, mis puudutab enamikku päevi ja öid viimase kuu jooksul. Vastake kõigile küsimustele.

Viimase kuu jooksul

1. Millal Te tavaliselt voodisse lähete?				
2. Kui kaua (minutites) võtab igal öhtul aega, et Te magama jääksite?				
3. Mis kellaajal Te tavaliselt ärkate?				
4. A. Mitu tundi Te öösel magate?				
B. Mitu tundi Te voodis viibisite?				
5. Kui sageli on Teil viimase kuu jooksul olnud raskusi magamisega, sest	Viimase kuu jooksul mitte (0)	Vähem kui korra nädalas (1)	Üks või kaks korda nädalas (2)	Kolm või rohkem korda nädalas (3)
A) ei suuda uinuda 30 min jooksul				
B) ärkate keset ööd või varahommikul				
C) ärkate, et kasutada tualettruumi				
D) hingamine on häiritud				
E) köhatate või norskate valjusti				
F) on liiga külm				
G) on liiga palav				
H) on halvad unenäod				
I) esineb valu				
J) mõni muu põhjus – kirjeldage ka, kui sageli on Teil selle põhjuse tõttu raskusi magamisega:				
6. Kui sageli olete viimase kuu jooksul võtnud magama jäämiseks ravimit (retseptiravimit või käsimüügist)?				
7. Kui sageli on Teil viimase kuu jooksul olnud raskusi ärkvel püsimisega autot juhtides, einestades või osaledes sotsiaalsetes tegevustes?				
8. Kui suur probleem on Teie jaoks viimase kuu jooksul olnud innukus, et asju lõpule viia?				
9. Kuidas Te hindaksite viimase kuu jooksul oma üldist unekvaliteeti?	Väga hea (0)	Pigem hea (1)	Pigem halb (2)	Väga halb (3)

Punktide arvutamine

1. komponent	#9 punktisumma	C1	
2. komponent	#2 punktisumma (< 15 min (0), 16–30 min (1), 31–60 min (2), > 60 min (3)) + #5a punktisumma (kui summa on võrdne 0 = 0; 1–2 = 1; 3–4 = 2; 5–6 = 3)	C2	
3. komponent	#4 punktisumma (> 7 (0), 6–7 (1), 5–6 (2), < 5 (3))	C3	
4. komponent	(kogu # unetundide arv) / (kogu # voodis veedetud tundide arv) × 100 > 85% = 0, 75–84% = 1, 65–74% = 2, < 65% = 3	C4	
5. komponent	# punktisumma 5b kuni 5j (0 = 0; 1–9 = 1; 10–18 = 2; 19–27 = 3)	C5	
6. komponent	#6 punktisumma	C6	
7. komponent	#7 punktisumma + #8 punktisumma (0 = 0; 1–2 = 1; 3–4 = 2; 5–6 = 3)	C7	

Lütkke seitsme osa punktid kokku _____ Ülemaailmne PSQI _____

Punktide summa 5 või suurem viitab halvale unekvaliteedile.

Kui Teie punktide summa on 5 või rohkem, on soovitatav arutada oma uneharjumusi tervishoiutöötajaga.

4.3 Unetuse raskusastme määraja (ISI)

Allikas: Morin et al. 2011; Gagnon et al. 2013.

Nimi:..... Kuupäev:

Palun hinnake oma viimasel kahel nädalal esinenud unetusega seotud probleemide tõsisust.

	Puudub	Vähene	Mõõdukas	Raske	Väga raske
1. Raskused uinumisega	0	1	2	3	4
2. Raskused une säilitamisega	0	1	2	3	4
3. Probleem liiga varajase ärkamisega	0	1	2	3	5

4. Kui rahul/rahulolematu olete oma praeguse unemustriga?

väga rahul	rahul	neutraalne	rahulolematu	väga rahulolematu
0	1	2	3	4

5. Millises ulatuses segab uni Teie igapäevast funktsioneerimist (päevane väsimus, võimekus toimetada tööl/ päevaseid kohustusi täita, tähelepanu, mälu, meeleolu).

ei sega	segab vähe	mõnevõrra	palju	väga palju
0	1	2	3	4

6. Kui märgatav on Teie uneprobleem teistele? Kui palju see nende meelest kahjustab Teie elukvaliteeti?

ei ole märgatav	vähe märgatav	mõnevõrra	palju	väga palju
0	1	2	3	4

7. Kui mures olete hetkel oma uneprobleemi pärast?

ei ole mures	vähe mures	mõnevõrra	palju	väga palju
0	1	2	3	4

ISI tõlgendamine:

Liitke kõigi küsimuste (1–7) punktisumma:

0–7 punkti: kliiniliselt olulist unetust ei ole

8–14 punkti: alalävine unetus

15–21 punkti: mõõduka raskusega unetus

22–28 punkti: raske unetus

4.4 Flindersi väsimuse skaala (FFS)

Flindersi väsimuse skaala e FFS (M. Gradisar *et al.*, 2007)

Me soovime teada, millisel määral Te olete viimase **kahe nädala** jooksul tundnud **väsimust** (s.o roidumust, kurnatust, jõuetust). Me **ei pea** väsimuse all silmas **unisust** (magama jäämise tõenäosust). Tehke sobivasse kasti rist, lähtudes seejuures viimase kahe nädala jooksul tavapäraselt kogetust.

1. Kas väsimus oli Teie jaoks probleem?

Mitte üldse Keskmisel määral Väga suurel määral

2. Kas väsimus vähendas Teie igapäevast sooritusvõimet (nt tööl, suhtlemisel, kodus)?

Mitte üldse Keskmisel määral Väga suurel määral

3. Kas väsimus valmistas Teile muret?

Mitte üldse Keskmisel määral Väga suurel määral

4. Kui sageli Te väsimust tundsite?

0 päeval nädalas 1–2 päeval nädalas 3–4 päeval nädalas 5–6 päeval nädalas 7 päeval nädalas

5. Millal Te päeva jooksul tavaliselt väsimust tundsite?

Tehke sobiva(te)sse kast(id)esse rist(id)

Varahommikul	<input type="checkbox"/>	Hilisel pärastlõunal	<input type="checkbox"/>
Ennelõunal	<input type="checkbox"/>	Õhtul	<input type="checkbox"/>
Keskpäeval	<input type="checkbox"/>	Hilisõhtul	<input type="checkbox"/>
Pärastlõunal	<input type="checkbox"/>		

6. Kui raskena Te väsimust tajusite?

Mitte üldse raskena

Keskmiselt raskena

Väga raskena

7. Kui suurel määral oli Teie väsimus põhjustatud halvast unest?

Mitte üldse

Keskmisel määral

Väga suurel määral

Flindersi väsimuse skaala on seitsmest küsimusest koosnev ankeet, mis mõõdab erinevaid väsimuse aspekte (nt sagedust, raskust), mida inimene on kogunud viimase kahe nädala jooksul (vt lisa). Küsimused põhinevad tavalisimatel teemadel, mida unehäiretega patsiendid on väsimuse problemaatilisusega seoses esile toonud, sh väsimuse tagajärgedel, sagedusel ja raskusel ning patsientide subjektiivsel tajul väsimuse ja une seose kohta. Kuue küsimuse puhul jäävad vastused vahemikku 0 („üldse mitte“) kuni 4 („väga suurel määral“). 5. küsimuse abil hinnatakse aega, millal väsimust kogetakse ja selle puhul on kasutatud mitut valikvastust võimaldavat loetelu. Vastajad saavad 5. küsimusele anda rohkem kui ühe vastuse ja nende kõigi arväärtused liidetakse kokku. Üks küsimus on esitatud ka küsitletava enda mulje kohta, kas tema arvates on väsimus tema puhul seotud unega. Väsimuse skaala lõpptulemus arvutatakse välja kõigile küsimustele antud vastuste summana. **Lõpptulemus jääb vahemikku 0–31, suurem punktisumma näitab suuremat väsimust.**

4.5 Emotsionaalse enesetunde küsimustik (EEK-2)

Allikas: Aluoja et al. 1999.

Emotsionaalse enesetunde küsimustik EEK-2					
Nimi _____		Sugu ____		Vanus ____ / ____	
Kuupäev ____ / ____ / ____					

Lugege tähelepanelikult läbi alltoodud loetelu probleemidest ja vaevustest, mis võivad inimestel mõnikord esineda. Tõmmake ring ümber sellele vastusevariandile, mis kõige paremini kirjeldab seda, KUIVÕRD SEE PROBLEEM ON TEID HÄIRINUD VIIMASE KUU VÄLTEL.

	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sageli	Pidevalt
1. Kurvameelsus	0	1	2	3	4
2. Huvi kadumine	0	1	2	3	4
3. Alaväärsustunne	0	1	2	3	4
4. Enesetüdistused	0	1	2	3	4
5. Korduvad surma- või enesetapumõtted	0	1	2	3	4
6. Üksildustunne	0	1	2	3	4
7. Lootusetus tuleviku suhtes	0	1	2	3	4
8. Võimetus rõõmu tunda	0	1	2	3	4
9. Kiire ärritumine või vihastamine	0	1	2	3	4
10. Ärevuse- või hirmutunne	0	1	2	3	4
11. Pingetunne või võimetus lõdvestuda	0	1	2	3	4
12. Liigne muretsemine paljude asjade pärast	0	1	2	3	4
13. Rahutus või kärsitus, nii et ei suuda paigal püsida	0	1	2	3	4
14. Kergesti ehmumine	0	1	2	3	4
15. Äkilised paanikahood, mille ajal esinevad südameklõppimine, õhupuudus, minestamistunne või muud hirmutavad kehalised nähud	0	1	2	3	4
16. Kartus viibida üksi kodust eemal	0	1	2	3	4
17. Hirmutunne avalikes kohtades või tänavatel	0	1	2	3	4
18. Kartus minestada rahva hulgas	0	1	2	3	4
19. Kartus sõita bussi, trammi, rongi või autoga	0	1	2	3	4
20. Hirm olla tähelepanu keskpunktis	0	1	2	3	4
21. Hirm suhtlemisel võõraste inimestega	0	1	2	3	4
22. Loidus- või väsimustunne	0	1	2	3	4
23. Vähenenud tähelepanu- või keskendumisvõime	0	1	2	3	4
24. Puhkamine ei taasta jõudu	0	1	2	3	4
25. Kiire väsimine	0	1	2	3	4
26. Uinumisraskused	0	1	2	3	4
27. Rahutu või katkendlik uni	0	1	2	3	4
28. Liigvarajane ärkamine	0	1	2	3	4

Emotsionaalse enesetunde küsimustiku EEK-2 tulemuste tõlgendamine

1) Liites kokku vastused küsimustele 1 – 8, saate teada soodumusest depressiooni või muu meeleoluhäire suhtes. Depressioonile võib viidata punktisumma >11
2) Liites kokku vastused küsimustele 9 – 14, saate teada soodumusest üldise ärevushäire suhtes. Ülemäärasele üldisele ärevusele võib viidata summa >11
3) Liites kokku vastused küsimustele 15 – 19, saate teada soodumusest paanikahäire (tugevad hirmu ja ebamugavuse hood, millega kaasnevad mitmed kehalised ja psüühilise sümptomid) ja agorafobia ehk lagedakartuse suhtes (hirm avatud suurte ruumide või väljakute ja ka rahvarohkete kohtade ees). Sellele võib viidata summa >6
4) Liites kokku vastused küsimustele 20 – 21, saate teada soodumuse kohta sotsiaalfobia suhtes (tugev ja püsiv kartus olukordade ees, kus tuleb tegutseda teiste inimeste juuresolekul või viibida tähelepanu keskpunktis). Sellele võib viidata summa >3
5) Liites kokku vastused küsimustele 22 -25, saate teada soodumusest asteenia ehk vaimse kurnatuse suhtes. Sellele võib viidata summa >6
6) Liites kokku vastused küsimustele 26 – 28, saate teada soodumusest depressiooni ja ärevusega kaasuvate võimalike unehäirete suhtes. Sellele võib viidata summa >5

4.6 STOP-BANG küsimustik

Autoriõigus: Toronto Western Hospital, University Health Network University of Toronto.

Kas Teil võib olla obstruktiivne uneapnoe (OUA)? Palun vastake järgmistele küsimustele, et selgitada välja, kas Te kuulute riskigrupi.

Snoring – Kas Te norskate?

Kas Te **norskate valjult** (piisavalt valjult, et Teid on läbi suletud uste kuulda või et voodikaaslane peab Teid öösel küünarnukiga müksama)?

Jah

Ei

Tired – Kas Te olete väsinud?

Kas Te tunnete end sageli päevasel ajal **väsinuna, kurnatuna või unisena** (näiteks jääte autoroolis või kellegagi rääkides magama)?

Jah

Ei

Observed – Kas Teil on täheldatud uneaegseid hingamis-seisakuid?

Kas keegi on **täheldanud** Teil uneaegseid hingamisseisakuid või **lämbumist / õhu ahmimist**?

Jah

Ei

Pressure – Kas Teil on kõrge vererõhk?

Kas Teil on **kõrge vererõhk** või olete tarvitanud **kõrgvererõhuravimeid**?

Jah

Ei

Body mass index – Kas Teie kehamassiindeks on suurem kui 35 kg/m²?

Kehamassiindeksi kalkulaator

Pikkus: cm Kaal: kg KMI:

Jah

Ei

Age – Kas Te olete üle 50-aastane?

Jah

Ei

Neck size – Kas Teil on suur kaelaümberrõõm? (Kõrisõlme kohalt mõõdetult)

Kas Teie kaelaümberrõõm on 43 cm või suurem (meestel)?

Kas Teie kaelaümberrõõm on 41 cm või suurem (naistel)?

Jah

Ei

Gender – Kas Te olete meessoost?

Jah

Ei

Tulemused

Üldelanikkonna puhul

Väike OUA risk: 0–2 jah-vastust

Keskmine OUA risk: 3–4 jah-vastust

Suur OUA risk: 5–8 jah-vastust

või jah-vastus kahele või enamale neljast STOP küsimusest + meessoost

või jah-vastus kahele või enamale neljast STOP küsimusest + KMI > 35 kg/m²

või jah-vastus kahele või enamale neljast STOP küsimusest + 43 cm (meestel)

või 41 cm (naistel) kaelaümberrõõm

Lisa 5. Uneaegsete hingamishäirete tunnused

Allikad: Bassetti et al. 2014; Epstein et al. 2009.

<i>Obstruktiivne uneapnoe täiskasvanutel</i>	<i>Tsentraalne uneapnoe, ka Cheyne-Stokes'i hingamine</i>	<i>Uneagne hüpoventilatsioon</i>
<i>Öised sümptomid</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - Sagedased ärkamised - Lämbumise ja õhupuuduse tunne - Voodipartneri täheldatud norskamine ja hingamispausid - Suukuivus - Ebamugavustunne kõris - Noktuuria - Higistamine 	<ul style="list-style-type: none"> - Ärkamine hingamispeetusega, õhu ahmimisega või lämbumistundega - Norskamine hüperventilatsiooni ajal, kuid esineb harvemini kui OUA puhul - Voodipartneri täheldatud hingamispausid - Insomnia 	<ul style="list-style-type: none"> - Sagedased ärkamised - Lämbumise ja õhupuuduse tunne - Noktuuria - Voodipartneri täheldatud norskamine ja hingamispausid
<i>Päevased sümptomid</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - Päevane unisus - Mittekosutav uni - Väsimus - Kognitiivne düsfunktsioon - Emotsionaalne labiilsus - Depressiooni tunnused - Langenud libiido ja erektsioonihäired - Hommikune või öine peavalu 	<ul style="list-style-type: none"> - Päevane unisus, kuid see on vähem väljendunud kui OUA puhul - Mittekosutav uni - Väsimus - Kognitiivne düsfunktsioon 	<ul style="list-style-type: none"> - Päevane unisus - Väsimus - Hommikune peavalu - Jalgade tursed - Hingeldus

Lisa 6. Unehäirete diagnostilised kriteeriumid ICSD-3 järgi

Allikas: Bassetti et al. 2014.

1. Kroonilise unetuse diagnostilised kriteeriumid

Diagnoosimiseks peavad olema täidetud kriteeriumid A + B+ C + D + E + F.

- A. Patsiendilt või tema lähedastelt laekunud üks või mitu kaebust:
- 1) Raskused magama jäämisega.
 - 2) Raskused une säilitamisega.
 - 3) Soovitud varasem ärkamine.
 - 4) Vastumeelsus minna voodisse sobival ajal.
 - 5) Raskusi magamisega ilma vanema või hooldaja sekkumiseta.
- B. Patsiendilt või tema lähedastelt laekunud üks või mitu kaebust, mis on seotud öise une puudusega:
- 1) Väsimus/halb enesetunne.
 - 2) Tähelepanu-, keskendumis- ja mäluhäired.
 - 3) Häiritud sotsiaalne-, perekondlik-, tööalane- või akadeemiline toimetulek.
 - 4) Tujukus/ärritatavus.
 - 5) Päevane unisus.
 - 6) Käitumuslikud probleemid (nt hüperaktiivsus, impulsiivsus, agressiivsus).
 - 7) Vähenenud motivatsioon/energia/ettevõtlikkus.
 - 8) Kalduvus teha vigu/sattuda õnnetustesse.
 - 9) Mure või rahulolematuus unega.
- C. Kaebused ei ole seletatavad ainult ebapiisavate magamisvõimalustega (nt piisav uneaeg on tagatud) või magamiseks ebasobivate asjaoludega (st ümbritsev keskkond on turvaline, pime, vaikne ja mugav).
- D. Häirunud uni ja sellest tingitud päevased sümptomid esinevad vähemalt kolm korda nädalas.
- E. Häirunud uni ja sellest tingitud päevased sümptomid on esinenud vähemalt kolme kuu vältel.
- F. Unumise/ärkveloleku raskused ei ole paremini seletatavad mõne teise unehäirega.

2. Uneaegsete hingamishäirete diagnostilised kriteeriumid

2.1. Obstruktiivne uneapnoe

Diagnoosimiseks peavad olema täidetud kriteeriumid A + B või C.

- A. Ühe või mitme järgneva tunnuse olemasolu:
- 1) Päevane unisus, mittekosutav uni, väsimus või unetus.
 - 2) Öised ärkamised hingamispeetuse, õhu ahmimise või lämbumistundega.
 - 3) Uneaegne regulaarne norskamine, hingamiskatkestused või mõlemad, mida on täheldanud kas voodipartner või keegi teine.
 - 4) Patsiendil on diagnoositud kõrgvererõhktõbi, meeleoluhäired, kognitiivne düsfunktsioon, südame isheemiatõbi, insult, kongestiivne südamepuudulikkus, kodade virvendus- või laperdusarütmia või II tüüpi diabeet.

- B. PSG või koduse uneuuringu tulemus.
Viie või rohkema valdavalt obstruktiivse respiratoorse episoodi (obstruktiivne ja segatüüpi apnoe, hüpopnoe või RERA) esinemine ühes unetunnis, registreeritud PSG või muu uneuuringu ajal
või
- C. PSG või koduse uneuuringu tulemus:
15 või rohkem valdavalt obstruktiivset respiratoorset episoodi (apnoe, hüpopnoe või RERA) ühes unetunnis, registreeritud PSG või muu uneuuringu ajal.

2.2. Tsentraalne uneapnoe Cheyne-Stokes'i hingamisega

Diagnoosimiseks peavad olema täidetud kriteeriumid A või B ning C + D.

- A. Ühe või mitme tunnuse olemasolu:
- 1) Päevane unisus.
 - 2) Uinumise või une säilitamise raskused, sagedased öised ärkamised või mittekosutav uni.
 - 3) Öine ärkamine õhupuuduse tundega.
 - 4) Norskamine.
 - 5) Uneaegsed hingamiskatkestused, mida on täheldanud kas voodipartner või keegi teine.
- B. Patsiendil on diagnoositud kodade virvendus- ja laperdusarütmia, kongestiivne südamepuudulikkus või neuroloogiline haigus.
- C. PSG (diagnostiline või CPAP-ravi tiitrimine) tulemused:
- 1) Viis või rohkem tsentraalse apnoe ja/või tsentraalse hüpopnoe episoodi ühes unetunnis.
 - 2) Tsentraalse apnoe ja/või tsentraalse hüpopnoe episoodide arv moodustab üle 50% apnoe ja hüpopnoe koguarvust.
 - 3) Hingamismuster vastab Cheyne-Stokes'i hingamise kriteeriumitele.
- D. Uneaegse hingamishäire esinemine ei ole põhjendatav mõne muu unehäire, ravimi (nt opioidid) või muu aine tarvitamisega.

2.3. Primaarne tsentraalne uneapnoe

Diagnoosimiseks peavad olema täidetud kriteeriumid A + B + C + D.

- A. Vähemalt ühe järgneva tunnuse olemasolu:
- 1) Päevane unisus.
 - 2) Uinumise või une säilitamise raskused, sagedased öised ärkamised või mittekosutav uni.
 - 3) Öine ärkamine õhupuuduse tundega.
 - 4) Norskamine.
 - 5) Uneaegsed hingamiskatkestused, mida on täheldanud voodipartner või keegi teine.

- B. PSG uuring näitab kõiki järgnevaid tulemusi:
 - 1) Viis või rohkem tsentraalse apnoe ja/või tsentraalse hüpopnoe episoodi ühes unetunnis.
 - 2) Tsentraalse apnoe ja/või tsentraalse hüpopnoe episoodide arv moodustab üle 50% apnoe ja hüpopnoe koguarvust.
 - 3) Cheyne-Stokes'i hingamise puudumine.
- C. Puuduvad päevase või öise hüpoventilatsiooni tunnused.
- D. Uneaegse hingamishäire esinemine ei ole seletatav mõne muu unehäire, muu tervisehäire või neuroloogilise haiguse, ravimi või muu aine tarvitamisega.

3. Liigunisuse sündroomide diagnostilised kriteeriumid

3.1. I tüüpi narkolepsia:

Diagnoosimiseks peavad olema täidetud kriteeriumid A ja B.

- A. Patsiendil on esinenud päevaseid vastupandamatu unevajaduse perioode või uneatakke vähemalt kolme kuu jooksul
- B. Ühe või mõlema esinemine:
 - 1) Katapleksia ja keskmine unelatents ≤ 8 min ja kaks või enam unealguse REM-une episoodi (SOREMP) standardselt tehtud MSLT uuringul (unelatentsuse test, unevalmiduse test). Eelneval ööl tehtud polüsomnograafial registreeritud SOREMP (15 minuti jooksul uinumisest) võib asendada üht MSLT-l registreeritud SOREMP-i.
 - 2) Immuunreaktiivsuse meetodil mõõdetud liikvori hüpokretiin-1 kontsentratsioon on kas ≤ 110 pg/ml või $< 1/3$ keskmisest tervetel inimestel standardiseeritud meetodikaga mõõdetud väärtusest.

3.2. II tüüpi narkolepsia

Diagnoosimiseks peavad olema täidetud kriteeriumid A + B + C + D + E.

- A. Patsiendil on esinenud päevaseid vastupandamatu unevajaduse perioode või uneatakke vähemalt kolme kuu jooksul.
- B. Keskmine unelatents ≤ 8 min ja kaks või enam unealguse REM-une episoodi (SOREMP) standardselt tehtud MSLT uuringul. Eelneval ööl tehtud polüsomnograafial registreeritud SOREMP (15 minuti jooksul uinumisest) võib asendada üht MSLT-l registreeritud SOREMP-i.
- C. Katapleksiati ei esine.
- D. Liikvori hüpokretiin-1 kontsentratsiooni ei ole kas mõõdetud või on immuunreaktiivsuse meetodil mõõdetud liikvori hüpokretiin-1 kontsentratsioon > 110 pg/ml või $> 1/3$ keskmisest tervetel inimestel standardiseeritud meetodikaga mõõdetud väärtusest.
- E. Liigunisus ja/või MSLT leid ei ole paremini seletatavad teiste põhjustega nagu ebapiisav uni, obstruktiivne uneapnoe, hilinenud uneaja sündroom, ravimi/ aine mõju või nende ärajäämanähtudega.

3.3. Idiopaatilise hüpersomnia diagnoosikriteeriumid

Diagnoosimiseks peavad olema täidetud kriteeriumid A + B + C + D + E + F.

- A. Patsiendil on esinenud päevaseid vastupandamatu unevajaduse perioode või uneatakke vähemalt kolme kuu jooksul.
- B. Katapleksiati ei esine.
- C. Standardsetel tehtud MSLT uuringul ilmneb unealguse REM-perioodi puudumine või on unealguse REM-perioode vähem kui kaks, kui eelneval ööl kui eelneval ööl tehtud polüsomnograafial registreeriti REM-une algus ≤ 15 minuti jooksul uinumisest.
- D. Esineb vähemalt üks järgnevast:
 - 1) Keskmine unelatents on MSLT uuringul ≤ 8 min.
 - 2) Totaalne ööpäevane uneaeg on ≥ 660 min (tüüpiliselt 12–14 h) 24-tunnisel polüsomnograafilisel uuringul, mis on tehtud kroonilise unepuuduse välis-
tamise/korrektsiooni järel või randme-aktigraafial (keskmistatud vähemalt seitsmele piiramatule uneajaga ööpäevale).
- E. Ebapiisava uneaja sündroom on välistatud (mis on kahtluse korral kinnitatud liigunisuse kaebuse püsimisega öise uneaja pikendamise katsetele vaatamata, mida kinnitab eelostatult vähemalt seitsmepäevane randme-aktigraafia).
- F. Liigunisus ja/või MSLT leid ei ole paremini seletatavad teiste unehäirete, kehaliste või psühhiaatriliste häirete ega ravimite/ainete mõju või nende äräjäämanähtudega.

4. Une-ärkveloleku rütmi häirete üldised diagnostilised kriteeriumid

Diagnoosimiseks peavad olema täidetud kriteeriumid A + B + C.

- A. Krooniline ja korduv une-ärkveloleku rütmi häire, mille põhjuseks on muutused endogeenses ajastuses või lahknevus endogeensete tsirkadiaansete rütmide ja soovitud või nõutud une-ärkveloleku ajastuse vahel või inimese füüsilise keskkonna või sotsiaalse/töoga seotud ajastuse vahel.
- B. Tsirkadiaanse rütmi häire tekitab unetust, liigunisust või mõlemat.
- C. Une-ärkveloleku häire avaldab kliiniliselt olulist negatiivset mõju või häireid vaimses, füüsilises, sotsiaalses, tööalases, õppimisega seotud või teistes olulistes valdkondades.

5. Uneaegsete liigutushäirete diagnostilised kriteeriumid

5.1. Rahutute jalgade sündroomi diagnostilised kriteeriumid

Diagnoosimiseks peavad olema täidetud kriteeriumid A + B + C.

- A. Vajadus jalgu liigutada, millega tavaliselt kaasneb või mille põhjuseks arvatakse olevat ebamugav ja ebameeldiv tunne jalgades.
Need sümptomid peavad:
 - 1) Algama või süvenema puhkuse või inaktiivsuse perioodidel, näiteks lamades või istudes.
 - 2) Osaliselt või täielikult leevenduma liigutamisel, näiteks kõndides või sirutades, vähemalt seni kuni aktiivsus püsib.

- 3) Ilmnema üksnes või peamiselt õhtuti või öösi, mitte päevasel ajal.
- B. Eelmainitud tunnuseid ei saa seostada mõne teise meditsiinilise või käitumusliku häirega (nt jalakrambid, asendist tingitud ebamugavus, müalgia, veenipais, jalgade tursed, artriit, harjumuslik jalgade liigutamine).
- C. Rahutute jalgade sündroomi sümptomid põhjustavad muret, stressi, unehäiret või häireid vaimses, füüsilises, sotsiaalses, tööalases, käitumuslikus või mõnes teises olulises valdkonnas.

5.2. Perioodiliste jäsemeliigutuste sündroomi diagnostilised kriteeriumid

Diagnoosimiseks peavad olema täidetud kriteeriumid A + B + C + D.

- A. Polüsomnograafia tõestab perioodiliste jäsemeliigutuste sündroomi esinemist.
- B. Sagedus on > 5/h lastel või > 15/h täiskasvanutel.
- C. Perioodiliste jäsemeliigutuste häire põhjustab olulist unehäiret või häireid vaimses, füüsilises, sotsiaalses, tööalases, õppimisega seotud, käitumuslikus või mõnes teises olulises valdkonnas.
- D. Perioodilisi jäsemeliigutusi ja selle sümptomeid ei ole võimalik seletada mõne muu kaasneva unehäire, meditsiinilise või neuroloogilise häire või vaimse häirega (nt apnoede või hüpopnoedega kaasnevaid perioodilisi jäsemeliigutusi ei tuleks arvesse võtta).

5.3. Uneaegse bruksismi diagnostilised kriteeriumid

Diagnoosimiseks peavad olema täidetud kriteeriumid A ja B.

- A. Uneaegselt esinev regulaarne või sage hammaste krigistamine.
- B. Ühe või mitme järgneva tunnuse esinemine:
- 1) Hammaste ebaloomulik kulumine, mis on kooskõlas kaebusega uneaegse hammaste krigistamise kohta.
 - 2) Mõõduv hommikune mälumislihaste valu või väsimus ja/või ajutine pea-
valu ja/või lõualuude jäikuse tunne ärkamisel, mis on kooskõlas kaebusega uneaegse hammaste krigistamise kohta.

6. Parasomniate diagnostilised kriteeriumid

6.1. NREM-une parasomniate diagnostilised kriteeriumid

Diagnoosimiseks peavad olema täidetud kriteeriumid A + B + C + D + E.

- A. Unest mittetäieliku ärkamise korduvad episoodid.
- B. Ebaadekvaatne või puuduv reaktsioon parasomniaepisoodi ajal patsienti takistada või suunata püüdvate inimeste püüdlustele.
- C. Piirdunud (nt üksik visuaalne unenäostseen) või puuduv unenägude või kognitiivne sümptomaatika parasomniaepisoodi ajal.
- D. Osaline või täielik amneesia parasomniaepisoodi suhtes.
- E. Häire ei ole paremini seletatav teiste unehäirete, kehaliste või psühhiaatriliste häirete ega ravimite/ainete mõjuga.

6.2. REM-une aegse käitumishäire diagnostilised kriteeriumid

Diagnoosimiseks peavad olema täidetud kriteeriumid A + B+ C + D.

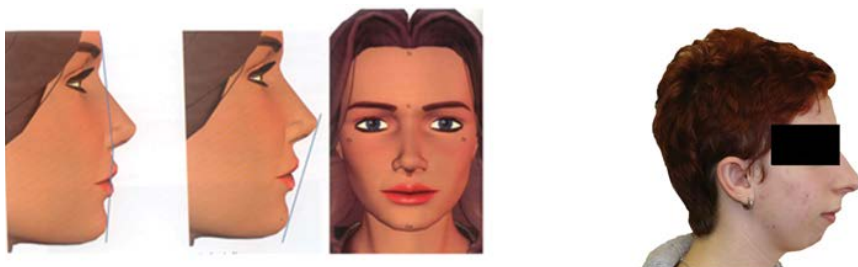
- A. Uneaegsete häälsuste ja/või uneaegse kompleksse käitumise korduvad episoodid.
- B. See käitumine on polüsomnograafiliselt dokumenteeritud REM-une ajal, või tuginedes unenägude väljaelamise anamneesile, leiab oletatavalt aset REM-une ajal.
- C. Polüsomnograafiliselt on demonstreeritav REM-une aegne lihasatoonia puudumine.
- D. Häire ei ole paremini seletatav teiste unehäirete, kehaliste või psühhiaatrilise häirete ega ravimite/ainete mõjuga.

Lisa 7. Patsiendi ülevaatus ja objektiivne uurimine

Kehamassiindeks (KMI) – näitab inimese kehakaalu ja pikkuse suhet. KMI leidmiseks jagatakse kehakaal (kg) pikkuse ruuduga (m^2). KMI arvutamiseks võib kasutada kalkulaatorit www.kehamassiindeks.com. KMI > 35 viitab uneapnoe riskile iseseisva objektiivse leiu alusel ning STOP-BANG küsimustiku osana.

Kaelaümberrõõm – mitteveniva 1 mm täpsusega mõõdulindiga mõõdetakse toolil istuva inimese kaela ümberrõõmu kõige peenemast kohast. Tulemus ümardatakse täisarvuni 1 cm täpsusega. Kaelaümberrõõm ≥ 43 cm meestel ja ≥ 41 cm naistel viitab uneapnoe riskile iseseisva objektiivse leiu alusel ning STOP-BANG küsimustiku osana.

Visuaalne mandibulaarne retrognatia – alalõua distaalne asetus ehk tagumise asetsusega alalõug. Mandibulaarset retrognatiat hinnatakse välisel vaatlusel. Soovitame visuaalse läbivaatuse viia läbi küljelt ehk profiilist. Normist kõrvalekalde hindamiseks on vaja teada normileidu. Visuaalne mandibulaarne retrognatia viitab uneapnoe riskile iseseisva objektiivse leiu alusel.



Normileiuks peetakse sirget näo profiili. Huuled ulatuvad peaaegu jooneni, mis on tõmmatud nina- ja lõuaosa vahele. Otsevaates on näo ülemine, keskmine ja alumine kolmandik kõrguselt ligikaudu võrdsed.

Visuaalne mandibulaarne retrognatia ehk tagumise asetsusega alalõug.

Mallampati skoor (Mallampati jt, 1985)

Mallampati skoor võimaldab kliiniliselt hinnata neeluruumi, põhinedes sellel, kui suurt osa pehmesuulaest ja kurgunibust (*uvula*) on võimalik näha, kui patsient istub avatud suu ja maksimaalselt väljasirutatud keelega. Algselt oli Mallampati skoor mõeldud endotrahheaalse intubatsiooni keerukuse ennustamiseks. Mallampati skoori aste korreleerub obstruktiivse uneapnoe riskiga.

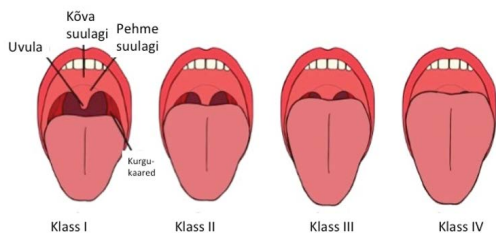
Modifitseeritud Mallampati skoor:

I klass: nähtavad on kõva ja pehme suulagi, *uvula*, kurgukaared, neel

II klass: nähtavad on kõva ja pehme suulagi; *uvula*'t katab osaliselt keelepära

III klass: nähtavad on kõva ja pehme suulagi

IV klass: nähtav on ainult kõva suulagi



Kasutatud kirjandus

1. Léger D, Poursain B, Neubauer D, Uchiyama M. An international survey of sleeping problems in the general population. *Curr Med Res Opin.* 2008;24:307–17.
2. Colten HR, Altevogt BM (toim.). *Sleep disorders and sleep deprivation: an unmet public health problem.* Washington DC: National Academies Press. 2006.
3. Watson NF. Health Care Savings: The economic value of diagnostic and therapeutic care for obstructive sleep apnea. *J Clin Sleep Med.* 2016;12:1075–7.
4. Sateia MJ. *International Classification of Sleep Disorders-Third Edition.* Chest. 2014;146:1387–94.
5. Bassetti CL. *ESRS-sleep medicine textbook.* Regensburg: European sleep research society. 2014.
6. Guideline for adult primary insomnia. http://www.topalbertadoctors.org/download/439/insomnia_management_guideline.pdf [vaadatud 6.09.2018]
7. Klingman KJ, Jungquist CR, Perlis ML. Introducing the Sleep Disorders Symptom Checklist-25: a primary care friendly and comprehensive screener for sleep disorders. *Sleep Med Res.* 2017;8:17–25.
8. Spielman A. Assessment of insomnia. *Clin Psychol Rev.* 1986;6:11–25.
9. Avidan AY, Fries BE, James ML, Szafara KL, Wright GT, Chervin RD. Insomnia and hypnotic use, recorded in the minimum data set, as predictors of falls and hip fractures in Michigan nursing homes. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53:955–62.
10. LeBlanc M, Mérette C, Savard J, Ivers H, Baillargeon L, Morin CM. Incidence and risk factors of insomnia in a population-based sample. *Sleep.* 2009;32:1027–37.
11. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev.* 2002;6:97–111.
12. Perlis M, Gehrman P, Ellis J. The natural history of insomnia: what we know, don't know, and need to know. *Sleep Med Res.* 2011;2:79–88.
13. Takaesu Y, Komada Y, Asaoka S, Kagimura T, Inoue Y. Factors associated with long-term use of hypnotics among patients with chronic insomnia. *PLoS ONE.* 2014;9:e113753.
14. Levenson JC, Troxel WM, Begley A, Hall M, Germain A, Monk TH, et al. A quantitative approach to distinguishing older adults with insomnia from good sleeper controls. *J Clin Sleep Med.* 2013;9:125–31.
15. Natale V, Léger D, Bayon V, Erbacci A, Tonetti L, Fabbri M, et al. The consensus sleep diary: quantitative criteria for primary insomnia diagnosis. *Psychosom Med.* 2015;77:413–8.

16. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *J Clin Sleep Med*. 2008;4:487–504.
17. Clinical practice guidelines for the management of patients with insomnia in primary care. Clinical practice guidelines in the Spanish NHS. Ministry of health and social policy. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_465_Insomnia_Lain_Entr_compl_en.pdf [vaadatud 6.09.2018].
18. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res*. 2017;26:675–700.
19. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. 1989;28:193–213.
20. Morin CM, Belleville G, Bélanger L, Ivers H. The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*. 2011;34:601–8.
21. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*. 1991;14:540–5.
22. Gagnon C, Belanger L, Ivers H, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index in primary care. *J Am Board Fam Med*. 2013;26:701–10.
23. Aloba OO, Adewuya AO, Ola BA, Mapayi BM. Validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) among Nigerian university students. *Sleep Med*. 2007;8:266–70.
24. Farrahi Moghaddam J, Nakhaee N, Sheibani V, Garrusi B, Amirkafi A. Reliability and validity of the Persian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-P). *Sleep Breath*. 2012;16:79–82.
25. Salahuddin M, Maru TT, Kumalo A, Pandi-Perumal SR, Bahammam AS, Manzar MD. Validation of the Pittsburgh sleep quality index in community dwelling Ethiopian adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15:58.
26. Park SC, Kim JM, Jun TY, Lee MS, Kim JB, Jeong SH, et al. Prevalence and clinical correlates of insomnia in depressive disorders: The CRESCEND Study. *Psychiatry Investig*. 2013;10:373.
27. Riedel BW, Lichstein KL. Insomnia and daytime functioning. *Sleep Med Rev*. 2000;4:277–98.
28. Alsaadi SM, McAuley JH, Hush JM, Bartlett DJ, Henschke N, Grunstein RR, et al. Detecting insomnia in patients with low back pain: accuracy of four self-report sleep measures. *BMC Musculoskelet Disord* 2013;14:196.
29. Léger D, Roscoat E du, Bayon V, Guignard R, Pâquereau J, Beck F. Short sleep in young adults: insomnia or sleep debt? Prevalence and clinical description of short sleep in a representative sample of 1004 young adults from France. *Sleep Med*. 2011;12:454–62.

30. Sanford SD, Lichstein KL, Durrence HH, Riedel BW, Taylor DJ, Bush AJ. The influence of age, gender, ethnicity, and insomnia on Epworth sleepiness scores: A normative US population. *Sleep Med.* 2006;7:319–26.
31. Souza JC, Magna LA, Reimão R. Excessive daytime sleepiness in Campo Grande general population, Brazil. *Arq Neuropsiquiatr.* september 2002; 60:558–62.
32. Gradisar M, Boundy M, Psyc B, Johnston A, Psyc B. The Flinders Fatigue Scale: preliminary psychometric properties and clinical sensitivity of a new scale for measuring daytime fatigue associated with insomnia. *J Clin Sleep Med.* 2007;15:722–8.
33. Seow LSE, Abdin E, Chang S, Chong SA, Subramaniam M. Identifying the best sleep measure to screen clinical insomnia in a psychiatric population. *Sleep Med.* 2018;41:86–93.
34. Deegan PC, McNicholas WT. Pathophysiology of obstructive sleep apnoea. *Eur Respir J.* 1995;8:1161–78.
35. Javaheri S. Central sleep apnea. *Clin Chest Med.* 2010;31:235–48.
36. Nigam G, Pathak C, Riaz M. A systematic review on prevalence and risk factors associated with treatment - emergent central sleep apnea. *Ann Thorac Med.* 2016;11:202–10.
37. Brack T, Randerath W, Bloch KE. Cheyne-Stokes respiration in patients with heart failure: prevalence, causes, consequences and treatments. *Respir Int Rev Thorac Dis.* 2012;83:165–76.
38. Kryger M, Roth T, Dement W. *Principles and Practice of Sleep Medicine.* 4th Edition. Elsevier, Philadelphia; 2005.
39. Piper AJ, Grunstein RR. Obesity hypoventilation syndrome: mechanisms and management. *Am J Respir Crit Care Med.* 2011;183:292–8.
40. Punjabi NM. The epidemiology of adult obstructive sleep apnea. *Proc Am Thorac Soc.* 2008;5:136–43.
41. Peppard PE, Young T, Barnet JH, Palta M, Hagen EW, Hla KM. Increased prevalence of sleep-disordered breathing in adults. *Am J Epidemiol.* 2013; 177:1006–14.
42. Heinzer R, Vat S, Marques-Vidal P, Marti-Soler H, Andries D, Tobback N, *et al.* Prevalence of sleep-disordered breathing in the general population: the HypnoLaus study. *Lancet Respir Med.* 2015;3:310–8.
43. Durán J, Esnaola S, Rubio R, Iztueta A. Obstructive sleep apnea-hypopnea and related clinical features in a population-based sample of subjects aged 30 to 70 yr. *Am J Respir Crit Care Med.* 2001;163:685–9.
44. Franklin KA, Lindberg E. Obstructive sleep apnea is a common disorder in the population - a review on the epidemiology of sleep apnea. *J Thorac Dis.* 2015;7:1311–22.
45. Ravesloot MJ, van Maanen JP, Hilgevoord AA, van Wagenveld BA, de Vries N. Obstructive sleep apnea is underrecognized and underdiagnosed in patients undergoing bariatric surgery. *Eur Arch OtoRhinoLaryngol* 2012;269:1865–71.

46. Johnson KG, Johnson DC. Frequency of sleep apnea in stroke and TIA patients: a meta-analysis. *J Clin Sleep Med* 2010;6:131–7.
 47. Donovan LM, Kapur VK. Prevalence and characteristics of central compared to obstructive sleep apnea: analyses from the Sleep Heart Health Study cohort. *Sleep*. 2016;39:1353–9.
 48. Somers VK, White DP, Amin R, Abraham WT, Costa F, Culebras A, et al. Sleep apnea and cardiovascular disease: an American Heart Association/American College of Cardiology Foundation Scientific Statement from the American Heart Association Council for High Blood Pressure Research Professional Education Committee, Council on Clinical Cardiology, Stroke Council, and Council on Cardiovascular Nursing. *Circulation*. 2008;2:118:1497–518.
 49. Lam JCM, Mak JCW, Ip MSM. Obesity, obstructive sleep apnoea and metabolic syndrome. *Respirol Carlton Vic*. 2012;17:223–36.
 50. Jackson ML, Howard ME, Barnes M. Cognition and daytime functioning in sleep-related breathing disorders. *Prog Brain Res*. 2011;190:53–68.
 51. Yaffe K, Laffan AM, Harrison SL, Redline S, Spira AP, Ensrud KE, et al. Sleep-disordered breathing, hypoxia, and risk of mild cognitive impairment and dementia in older women. *JAMA*. 10. august 2011;306:613–9.
 52. Bardwell WA, Moore P, Ancoli-Israel S, Dimsdale JE. Fatigue in obstructive sleep apnea: driven by depressive symptoms instead of apnea severity? *Am J Psychiatry*. 2003;160:350–5.
 53. Young T, Finn L, Peppard PE, Szklo-Coxe M, Austin D, Nieto FJ, et al. Sleep disordered breathing and mortality: eighteen-year follow-up of the Wisconsin sleep cohort. *Sleep*. 2008;31:1071–8.
 54. Marshall NS, Wong KKH, Liu PY, Cullen SRJ, Knuiam MW, Grunstein RR. Sleep apnea as an independent risk factor for all-cause mortality: the Busselton Health Study. *Sleep*. 2008;31:1079–85.
 55. Lichstein KL, Justin Thomas S, Woosley JA, Geyer JD. Co-occurring insomnia and obstructive sleep apnea. *Sleep Med*. 2013;14:824–9.
 56. Rodenstein D. Sleep apnea: traffic and occupational accidents-individual risks, socioeconomic and legal implications. *Respir Int Rev Thorac Dis*. 2009;78:241–8.
 57. Epstein LJ, Kristo D, Strollo PJ, Friedman N, Malhotra A, Patil SP, et al. Clinical guideline for the evaluation, management and long-term care of obstructive sleep apnea in adults. *J Clin Sleep Med*. 2009;5:263–76.
 58. Kapur VK, Auckley DH, Chowdhuri S, Kuhlmann DC, Mehra R, Ramar K, et al. Clinical practice guideline for diagnostic testing for adult obstructive sleep apnea: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med*. 2017;13:479–504.
 59. Tishler PV, Larkin EK, Schluchter MD, Redline S. Incidence of sleep-disordered breathing in an urban adult population: the relative importance of risk factors in the development of sleep-disordered breathing. *JAMA*. 2003;289:2230–7.
 60. Kapur VK. Obstructive sleep apnea: diagnosis, epidemiology, and economics. *Respir Care*. 2010;55:1155–67.
-

61. Kapur V, Blough DK, Sandblom RE, Hert R, de Maine JB, Sullivan SD, et al. The medical cost of undiagnosed sleep apnea. *Sleep*. 1999;22:749–55.
 62. Phillips B, Naughton MT. *Obstructive Sleep Apnoea*. Health Press, Oxford; 2014.
 63. Hrubos-Strøm H, Randby A, Namtvedt SK, Kristiansen HA, Einvik G, Benth J, et al. A Norwegian population-based study on the risk and prevalence of obstructive sleep apnea. The Akershus Sleep Apnea Project (ASAP). *J Sleep Res*. 2011;20:162–70.
 64. Silva GE, Vana KD, Goodwin JL, Sherrill DL, Quan SF. Identification of patients with sleep disordered breathing: comparing the four-variable screening tool, STOP, STOP-Bang, and Epworth Sleepiness Scales. *J Clin Sleep Med* 2011;7:467–72.
 65. Popević MB, Milovanović A, Nagorni-Obradović L, Nešić D, Milovanović J, Milovanović APS. Screening commercial drivers for obstructive sleep apnea: translation and validation of Serbian version of Berlin Questionnaire. *Qual Life Res*. 2016;25:343–9.
 66. Bouloukaki I, Komninou ID, Mermigkis C, Micheli K, Komninou M, Moniaki V, et al. Translation and validation of Berlin questionnaire in primary health care in Greece. *BMC Pulm Med*. 2013;13:6.
 67. Kang K, Park KS, Kim JE, Kim SW, Kim YT, Kim JS, et al. Usefulness of the Berlin Questionnaire to identify patients at high risk for obstructive sleep apnea: a population-based door-to-door study. *Sleep Breath*. 2013;17:803–10.
 68. Chiu HY, Chen PY, Chuang LP, Chen NH, Tu YK, Hsieh YJ, et al. Diagnostic accuracy of the Berlin questionnaire, STOP-BANG, STOP, and Epworth sleepiness scale in detecting obstructive sleep apnea: A bivariate meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 2017;36:57–70.
 69. McCracken JL, Veeranki SP, Ameredes BT, Calhoun WJ. Diagnosis and management of asthma in adults: a review. *JAMA*. 2017;318:279–90.
 70. Kaplan A, Thomas M. Screening for COPD: the gap between logic and evidence. *Eur Respir Rev*. 2017;26: 10.1183/16000617.0113-2016.
 71. Qaseem A, Holty J-EC, Owens DK, Dallas P, Starkey M, Shekelle P, et al. Management of obstructive sleep apnea in adults: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2013;159:471–83.
 72. Guaita M, Salamero M, Vilaseca I, Iranzo A, Montserrat JM, Gaig C, et al. The Barcelona Sleepiness Index: a new instrument to assess excessive daytime sleepiness in sleep disordered breathing. *J Clin Sleep Med*. 2015;11:1289–98.
 73. Sangal RB. Evaluating sleepiness-related daytime function by querying wakefulness inability and fatigue: Sleepiness-Wakefulness Inability and Fatigue Test (SWIFT). *J Clin Sleep Med*. 2012;8:701–11.
 74. Odens ML, Fox CH. Adult sleep apnea syndromes. *Am Fam Physician*. 1995;52:859–66, 871–2.
-
-

75. Netzer NC, Stoohs RA, Netzer CM, Clark K, Strohl KP. Using the Berlin Questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. *Ann Intern Med.* 1999;131:485–91.
 76. Chung SA, Yuan H, Chung F. A systemic review of obstructive sleep apnea and its implications for anesthesiologists. *Anesth Analg.* 2008;107:1543–63.
 77. Pérez-Carbonell L, Leschziner G. Clinical update on central hypersomnias. *J Thorac Dis.* 2018;10:S112–23.
 78. Barateau L, Lopez R, Franchi JAM, Dauvilliers Y. Hypersomnolence, hypersomnia, and mood disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19:doi: 10.1007/s11920-017-0763-0.
 79. Bourjeily G. Sleep disorders in pregnancy. *Obstet Med.* 2009;2:100–6.
 80. Bhattarai J, Sumerall S. Current and future treatment options for narcolepsy: a review. *Sleep Sci* 2017;10:10.5935/1984-0063.20170004.
 81. Nohynek H, Jokinen J, Partinen M, Vaarala O, Kirjavainen T, Sundman J, *et al.* AS03 adjuvanted AH1N1 vaccine associated with an abrupt increase in the incidence of childhood narcolepsy in Finland. *PLoS ONE.* 2012;7:e33536.
 82. Billiard M, Sonka K. Idiopathic hypersomnia. *Sleep Med Rev.* 2016;29:23–33.
 83. Lawrence G, Muza R. Assessing the sleeping habits of patients in a sleep disorder centre: a review of sleep diary accuracy. *J Thorac Dis.* 2018;10:S177–83.
 84. Auger RR, Varghese R, Silber MH, Slocumb NL. Total sleep time obtained from actigraphy versus sleep logs in an academic sleep center and impact on further sleep testing. *Nat Sci Sleep.* 2013;5:125–31.
 85. Bradshaw DA, Yanagi MA, Pak ES, Peery TS, Ruff GA. Nightly sleep duration in the 2-week period preceding multiple sleep latency testing. *J Clin Sleep Med.* 2007;3:613–9.
 86. Baumann CR, Mignot E, Lammers GJ, Overeem S, Arnulf I, Rye D, *et al.* Challenges in diagnosing narcolepsy without cataplexy: a consensus statement. *Sleep.* 2014;37:1035–42.
 87. Zallek SN, Redenius R, Fisk H, Murphy C, O'Neill E. A single question as a sleepiness screening tool. *J Clin Sleep Med.* 2008;4:143–8.
 88. Lang CJ, Appleton SL, Vakulin A, McEvoy RD, Vincent AD, Wittert GA, *et al.* Associations of undiagnosed obstructive sleep apnea and excessive daytime sleepiness with depression: an Australian population study. *J Clin Sleep Med.* 2017;13:575–82.
 89. Ishman SL, Cavey RM, Mettel TL, Gourin CG. Depression, sleepiness, and disease severity in patients with obstructive sleep apnea. *The Laryngoscope.* 2010;120:2331–5.
 90. Chao CY, Gau SSF, Mao WC, Shyu JF, Chen YC, Yeh CB. Relationship of attention-deficit-hyperactivity disorder symptoms, depressive/anxiety symptoms, and life quality in young men. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2008; 62:421–6.
-

91. Walters AS, LeBrocq C, Dhar A, Hening W, Rosen R, Allen RP, *et al.* Validation of the International Restless Legs Syndrome Study Group rating scale for restless legs syndrome. *Sleep Med.* 2003;4:121–32.
92. Krupp LB. The Fatigue Severity Scale: application to patients with Multiple Sclerosis and Systemic Lupus Erythematosus. *Arch Neurol.* 1989;46:1121.
93. Valko PO, Bassetti CL, Bloch KE, Held U, Baumann CR. Validation of the fatigue severity scale in a Swiss cohort. *Sleep.* 2008;31:1601–7.
94. Kallweit U, Schmidt M, Bassetti CL. Patient-reported measures of narcolepsy: the need for better assessment. *J Clin Sleep Med.* 2017;13:737–44.
95. Wichniak A, Jankowski K, Skalski M, Skwarło-Sońta K, Zawilska J, Żarowski M, *et al.* Treatment guidelines for circadian rhythm sleep-wake disorders of the Polish Sleep Research Society and the Section of Biological Psychiatry of the Polish Psychiatric Association, part II: Diagnosis and treatment. *Psychiatr Pol.* 2017;51:815–32.
96. Danielsson K, Markström A, Broman J-E, von Knorring L, Jansson-Fröjmark M. Delayed sleep phase disorder in a Swedish cohort of adolescents and young adults: prevalence and associated factors. *Chronobiol Int.* 2016;33:1331–9.
97. Paine SJ, Fink J, Gander PH, Warman GR. Identifying advanced and delayed sleep phase disorders in the general population: A national survey of New Zealand adults. *Chronobiol Int.* 2014;31:627–36.
98. Pavlova M. Circadian rhythm sleep-wake disorders: Contin Lifelong Learn *Neurol.* 2017;23:1051–63.
99. Morgenthaler TI, Lee-Chiong T, Alessi C, Friedman L, Aurora RN, Boehlecke B, *et al.* Practice parameters for the clinical evaluation and treatment of circadian rhythm sleep disorders. An American Academy of Sleep Medicine report. *Sleep.* 2007;30:1445–59.
100. Sack RL, Auckley D, Auger RR, Carskadon MA, Wright KP, Vitiello MV, *et al.* Circadian rhythm sleep disorders: part I, basic principles, shift work and jet lag disorders. An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep.* 2007;30:1460–83.
101. Sack RL, Auckley D, Auger RR, Carskadon MA, Wright KP, Vitiello MV, *et al.* Circadian rhythm sleep disorders: part II, advanced sleep phase disorder, delayed sleep phase disorder, free-running disorder, and irregular sleep-wake rhythm. An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep.* 2007;30:1484–501.
102. Mansueto G, Palmieri S. Parasomnias and childhood adversity in an adult psychiatric population. *J Sleep Disord Ther* 2016;5:10.4172/2167-0277.1000249.
103. Vyas U, Franco R. REM behavior disorder (RBD) as an early marker for development of neurodegenerative diseases. *BJMP.* 2012;5:5.
104. Hoque R. Pharmacologically induced/exacerbated restless legs syndrome, periodic limb movements of sleep, and REM behavior disorder/REM sleep without atonia: literature review, qualitative scoring, and comparative analysis. *J Clin Sleep Med.* 2010;6:79–83.

105. Zucconi M, Ferini-Strambi L. NREM parasomnias: arousal disorders and differentiation from nocturnal frontal lobe epilepsy. *Clin Neurophysiol.* 2000;111:S129–35.
106. Bargiotas P, Bassetti CL. Sleep-related movement disorders and disturbances of motor control: *Curr Opin Neurol.* 2017;30:405–15.
107. Trotti LM. Restless legs syndrome and sleep-related movement disorders. *Contin Lifelong Learn Neurol.* 2017;23:1005–16.
108. Breen DP, Högl B, Fasano A, Trenkwalder C, Lang AE. Sleep-related motor and behavioral disorders: recent advances and new entities. *Mov Disord.* 2018;33:1042–55.
109. Khoury S, Carra MC, Huynh N, Montplaisir J, Lavigne GJ. Sleep bruxism-tooth grinding prevalence, characteristics and familial aggregation: a large cross-sectional survey and polysomnographic validation. *Sleep.* 2016;39:2049–56.
110. Calloway M, Bharmal M, Hill-Zabala C, Allen R. Development and validation of a Subjective Post Sleep Diary (SPSD) to assess sleep status in subjects with Restless Legs Syndrome. *Sleep Med.* 2011;12:704–10.
111. Allen RP. Improving RLS diagnosis and severity assessment: polysomnography, actigraphy and RLS-sleep log. *Sleep Med.* 2007;8:S13–8.
112. Kohnen R, Allen RP, Benes H, Garcia-Borreguero D, Hening WA, Stiasny-Kolster K, *et al.* Assessment of restless legs syndrome - methodological approaches for use in practice and clinical trials. *Mov Disord.* 2007;22:S485–94.
113. Kohnen R, Martinez-Martin P, Benes H, Trenkwalder C, Högl B, Dunkl E, *et al.* Rating of daytime and nighttime symptoms in RLS: validation of the RLS-6 scale of restless legs syndrome/Willis–Ekbom disease. *Sleep Med.* 2016;20:116–22.
114. Shalash AS, Elrassas HH, Monzem MM, Salem HH, Abdel Moneim A, Moustafa RR. Restless legs syndrome in Egyptian medical students using a validated Arabic version of the Restless Legs Syndrome Rating Scale. *Sleep Med.* 2015;16:1528–31.
115. Masuko AH, Carvalho LBC, Machado MAC, Morais JF, Prado LBF, Prado GF. Translation and validation into the Brazilian Portuguese of the restless legs syndrome rating scale of the International Restless Legs Syndrome Study Group. *Arq Neuropsiquiatr.* 2008;66:832–6.
116. Walters AS, Frauscher B, Allen R, Benes H, Chaudhuri KR, Garcia-Borreguero D, *et al.* Review of diagnostic instruments for the Restless Legs Syndrome/Willis-Ekbom Disease (RLS/WED): critique and recommendations. *J Clin Sleep Med.* 2014;10:1343–9.
117. Aluoja A, Shlik J, Vasar V, Luuk K, Leinsalu M. Development and psychometric properties of the Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. *Nordic Journal of Psychiatry* 1999;53: 443–4.

