
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΥΠΝΟΛΟΓΙΑΣ
HELLENIC SOCIETY OF HYPNOLOGY
15ο
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΥΠΝΟ-ΛΟΓΙΑΣ
Αθήνα
13-15.11.2026
251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας
Βιβλίο Περιλήψεων
AFEA CONGRESS

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

AA01

ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΥΠΝΗΛΙΑ ΚΑΙ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΥΠΝΙΚΗΣ ΑΠΝΟΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Γεωργία Αθανασοπούλου[1], Δήμητρα Φασφαλή[1], Ραφαέλα Σιαμπάνη[1], Κωνσταντίνα Δέδε[1], Ευαγγελία Φλώρου[1], Μάρθα Ανδρούτσου[1], Καλλιρρόη Λάμπρου[1], Ιωάννα Σιγάλα[1]
[1]*Ε.ΚΕΔΥ Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα, Ελλάδα*

Εισαγωγή – Σκοπός

Η ημερήσια υπνηλία αποτελεί συχνό σύμπτωμα της αποφρακτικής υπνικής άπνοιας (Obstructive Sleep Apnea - OSA), ωστόσο η απουσία της δεν αποκλείει σοβαρή νόσο. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης της ημερήσιας υπνηλίας, όπως αξιολογείται με την κλίμακα Epworth Sleepiness Scale (ESS), με τη βαρύτητα της OSA σε ασθενείς με παχυσαρκία, καθώς και η εκτίμηση της συχνότητας σοβαρής OSA σε ασθενείς χωρίς αυξημένο ESS.

Υλικό – Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη παρατήρησης 182 ασθενών με παχυσαρκία που εξετάστηκαν στο ιατρείο ύπνου του ΓΝΑ <ο Ευαγγελισμός> για OSA. Καταγράφηκαν ο δείκτης απνοιών-υποπνοιών (AHI), το ESS και δείκτες νυχτερινής οξυγόνωσης. Η OSA ταξινομήθηκε ως ήπια (AHI 5–14,9/h), μέτρια (15–29,9/h) και σοβαρή (≥30/h), ενώ ως αυξημένη ημερήσια υπνηλία ορίστηκε ESS>10. Χρησιμοποιήθηκαν Kruskal–Wallis και Mann–Whitney U test και ο συντελεστής συσχέτισης Spearman.

Αποτελέσματα

Το ESS αυξανόταν σημαντικά με τη βαρύτητα της OSA, με διάμεσες τιμές 7, 8 και 12 στην ήπια, μέτρια και σοβαρή OSA, αντίστοιχα (p=0,001), ενώ παρουσίαζε θετική συσχέτιση με τον AHI (ρ=0,347, p<0,001). Σοβαρή OSA παρατηρήθηκε σε 85 ασθενείς (46,7% του δείγματος), εκ των οποίων 39 είχαν ESS≤10 (45,9%). Οι υπόλοιποι 46 ασθενείς με σοβαρή OSA και ESS>10 (54,1%) παρουσίαζαν υψηλότερο AHI (διάμεσος 69,5 έναντι 57,0/h, p=0,026), υψηλότερο ODI ≥3% (64,0 έναντι 43,5/h, p=0,029) και χαμηλότερο nadir SpO_2 (64% έναντι 71%, p=0,002) συγκριτικά με όσους είχαν ESS≤10.

Συμπεράσματα

Η μεγαλύτερη ημερήσια υπνηλία σχετίστηκε με αυξημένη βαρύτητα της OSA και δυσμενέστερους δείκτες νυχτερινής οξυγόνωσης. Ωστόσο, σχεδόν οι μισοί ασθενείς με σοβαρή OSA δεν παρουσίαζαν αυξημένο ESS. Συνεπώς, η απουσία σημαντικής ημερήσιας υπνηλίας δεν αποκλείει την παρουσία σοβαρής OSA σε ασθενείς με παχυσαρκία.

Εικόνα 1

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά ασθενών με σοβαρή OSA ανάλογα με την παρουσία ημερήσιας υπνηλίας (ESS ≤10 έναντι ESS >10)

Παράμετρος	Σύνολο (n = 85)	ESS ≤10 (n = 39, 45,9%)	ESS >10 (n = 46, 54,1%)	p
Δημογραφικά και ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά				
Ηλικία, έτη	52,0 (43,0–61,0)	51,0 (42,0–60,0)	54,0 (45,0–62,0)	0,312
Άνδρες, n (%)	56 (65,9)	24 (61,5)	32 (69,6)	0,442
BMI, kg/m²	44,0 (38,0–49,0)	43,0 (36,0–48,0)	45,0 (40,0–50,0)	0,279
Παράμετροι μελέτης ύπνου				
AHI, επεισόδια/h	63,0 (46,0–82,0)	57,0 (42,0–77,0)	69,5 (52,0–88,0)	**0,026**
ODI ≥3%, επεισόδια/h	54,0 (34,0–76,0)	43,5 (28,0–63,0)	64,0 (47,0–82,0)	**0,029**
Nadir SpO_2, %	67,0 (58,0–75,0)	71,0 (63,0–78,0)	64,0 (56,0–71,0)	**0,002**
Χρόνος ύπνου με SpO_2 <89%, %	12,0 (3,0–31,0)	9,0 (2,0–24,0)	16,0 (5,0–36,0)	0,081
Μέση SpO_2, %	92,0 (89,0–94,0)	92,0 (90,0–95,0)	91,0 (88,0–93,0)	**0,028**
Ημερήσια υπνηλία				
ESS, βαθμοί	10,0 (6,0–14,0)	7,0 (4,0–9,0)	14,0 (12,0–17,0)	**<0,001**

Δεδομένα παρουσιάζονται ως διάμεσος (ενδοτεταρτημοριακό εύρος, IQR) ή αριθμός (%).
Σύγκριση μεταξύ ομάδων με Mann–Whitney U test για συνεχείς μεταβλητές και χ^2 test για κατηγορικές μεταβλητές.
OSA: αποφρακτική υπνική άπνοια, ESS: Epworth Sleepiness Scale, BMI: δείκτης μάζας σώματος, AHI: δείκτης απνοιών-υποπνοιών, ODI: δείκτης αποκορεσμών οξυγόνου, SpO_2: κορεσμός αιμοσφαιρίνης με οξυγόνο.

Λέξεις Κλειδιά

ημερήσια υπνηλία, παχυσαρκία, αποφρακτική υπνική άπνοια

AA02

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΝΔΡΩΝ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΥΠΝΙΚΗΣ ΑΠΝΟΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Γεωργία Αθανασοπούλου[1], Ραφαέλα Σιαμπάνη[1], Κωνσταντίνα Δέδε[1], Δήμητρα Φασφαλή[1], Αικατερίνη Βαγγελή[1], Ελένη Περράκη[1], Καλλιρρόη Λάμπρου[1], Ιωάννα Σιγάλα[1]
[1]*Ε.ΚΕΔΥ Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα, Ελλάδα*

Εισαγωγή – Σκοπός

Η παχυσαρκία αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την αποφρακτική υπνική άπνοια (Obstructive Sleep Apnea -OSA). Ωστόσο, η βαρύτητα της νόσου ενδέχεται να διαφοροποιείται μεταξύ των δύο φύλων ανεξάρτητα από τον βαθμό παχυσαρκίας. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των διαφορών στη βαρύτητα της OSA μεταξύ ανδρών και γυναικών με παχυσαρκία.

Υλικό – Μέθοδος

Διενεργήθηκε αναδρομική μελέτη παρατήρησης 100 ασθενών με παχυσαρκία που εξετάστηκαν στο ιατρείο ύπνου του ΓΝΑ < ο Ευαγγελισμός> για έλεγχο OSA. Καταγράφηκαν παράμετροι όπως το φύλο, BMI, AHI και δείκτες νυχτερινής υποξαιμίας. Η OSA κατηγοριοποιήθηκε βάσει του δείκτη απνοιών-υποπνοιών (AHI) ως ήπια (5–14,9/h), μέτρια (15–29,9/h) και σοβαρή (≥30/h). Ένας ασθενής με AHI<5/h και 4 ακόμα ασθενείς με ελλιπή στοιχεία εξαιρέθηκαν από την ανάλυση βαρύτητας. Για τη σύγκριση κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε χ^2 test, για τη σύγκριση συνεχών μεταβλητών Mann–Whitney U ή Kruskal–Wallis test και για τις συσχετίσεις ο συντελεστής Spearman.

Αποτελέσματα

Στην ανάλυση συμπεριλήφθηκαν 95 ασθενείς: 19 (20,0%) είχαν ήπια OSA, 22 (23,2%) μέτρια OSA και 54 (56,8%) σοβαρή OSA. Η βαρύτητα διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο φύλων (p=0,001). Σοβαρή OSA παρουσίαζε το 72,7% των ανδρών έναντι 35,0% των γυναικών. Οι άνδρες παρουσίαζαν υψηλότερο διάμεσο AHI (56 έναντι 24/h, p<0,001), υψηλότερο ODI (44,5 έναντι 16/h, p<0,001) και χαμηλότερο nadir SpO_2 (70% έναντι 79%, p=0,002). Αντίθετα, ο BMI δε διέφερε μεταξύ ήπιας, μέτριας και σοβαρής OSA στα δύο φύλα (p=0,968) και δε συσχετίστηκε με τον AHI (ρ=0,024, p=0,814).

Συμπεράσματα

Στο συγκεκριμένο δείγμα ασθενών με παχυσαρκία, οι άνδρες παρουσίαζαν όχι μόνο συχνότερα σοβαρή OSA, αλλά και δυσμενέστερους δείκτες νυχτερινής οξυγόνωσης συγκριτικά με τις γυναίκες. Αντίθετα, ο BMI δεν παρουσίασε σημαντική σχέση με τη βαρύτητα της OSA. Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι, ιδιαίτερα σε πληθυσμούς με παχυσαρκία, το φύλο ενδέχεται να αποτελεί σημαντικότερο παράγοντα διαφοροποίησης της βαρύτητας της OSA και του φορτίου νυχτερινών αποκορεσμών από το BMI.

Εικόνα 1

Παράμετρος	Άνδρες	Γυναίκες	p
Σοβαρή OSA, n (%)	40/55 (72,7%)	14/40 (35%)	0,001
AHI, επεισόδια/h	56,0 (28,0–79,5)	24,0 (10,8–43,	<0,001
ODI ≥3%, επεισόδια/h	44,5 (21,8–64,2)	16,5 (9,0–27,5	<0,001
Nadir SpO_2, %	70,0 (59,3–79,8)	79,0 (71,5–83,	0,004
Χρόνος ύπνου με SpO_2 <89%, %	0,36 (0,12–0,70)	0,14 (0,04–0,5	0,09
BMI, kg/m²	42,5 (40,0–47,0)	43,75 (40,0–5(	0,321

Λέξεις Κλειδιά

αποφρακτική υπνική άπνοια, παχυσαρκία, φύλο

AA03

ΑΠΟΚΑΛΥΨΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ REM (RBD) ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΔΙΚΩΝ ΚΙΝΗΣΕΩΝ ΤΩΝ ΑΚΡΩΝ (PLM) ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΥΠΝΙΚΗΣ ΑΠΝΟΙΑΣ

Ευαγγελία Φλώρου[1], Ιωάννα Σιγάλα[1], Ελένη Περράκη[1], Μάρθα Ανδρίτσου[1], Κατερίνα Βαγγελή[1], Καλλιρρόη Λάμπρου[1]
[1]*Ε.ΚΕ.Δ.Υ ΓΝΑ "Ευαγγελισμός", Αθήνα, Ελλάδα*

Εισαγωγή

Η Αποφρακτική Υπνική Άπνοια μπορεί συχνά να επικαλύπτει ή να συγκαλύπτει άλλες υποκείμενες διαταραχές του ύπνου. Η διαταραχή συμπεριφοράς στον ύπνο REM και οι περιοδικές κινήσεις των άκρων στον ύπνο (Periodic Limb Movements - PLM) ενδέχεται να μην αναγνωρίζονται κατά την αρχική διαγνωστική μελέτη, καθώς οι συνεχείς αφυπνίσεις, ο κατακερματισμός του ύπνου και η απουσία επαρκούς ύπνου REM λόγω των απνοϊκών επεισοδίων εμποδίζουν την εκδήλωσή τους.

Περιγραφή Περιστατικού

Άρρεν 81 ετών, παραπέμπεται στο ΕΚΕΔΥ από νευρολόγο με κλινική υποψία RBD. Α/Α ΑΥ, ΣΔ, κατάθλιψη, BMI:28Kg/m2. Εκ της συμπτωματολογίας της υπνικής άπνοιας ο ασθενής δεν αναφέρει ροχαλητό ή αναφερόμενες άπνοιες. Αναφέρει έντονη υπνηλία ESS=23/24, τινάγματα άκρων και συμπτώματα συμβατά με RBD. Υπεβλήθη σε διαγνωστική πολυυπνογραφία όπου διαπιστώθηκε σοβαρού βαθμού αποφρακτική υπνική άπνοια (AHI:81/ώρα) και δεν στοιχειοθετήθηκαν τα διαγνωστικά κριτήρια του RBD (REM ύπνος:7min συνολικά).
Ετέθη σε θεραπεία με APAP (ρυθμίσεις Pmin:4 cmH2O -Pmax 14cmH2O) με πολύ καλή συμμόρφωση (87% των ημερών χρήσης και 5,2ώρες/νύχτα, υπολοιπόμενο AHI:3,2/ώρα). Στην προγραμματισμένη επανεξέταση τον 2ο μήνα θεραπείας ανέφερε εμμένουσα υπνηλία με ESS:17/24. Κλήθηκε για επανέλεγχο με 2η πολυυπνογραφία όπου ασθενής κοιμήθηκε με την συσκευή του όπως είναι ρυθμισμένη. Επιβεβαιώθηκε η επαρκής τιτλοποίηση των πιέσεων και αντιμετώπιση των αποφρακτικών φαινομένων. Επιπλέον διαπιστώθηκαν τόσο κατά την εγρήγορση όσο και κατά τον ύπνο πολυάριθμες περιοδικές κινήσεις των κάτω άκρων με δείκτη PLM:202/ώρα και καταγράφηκε Διαταραχής Συμπεριφοράς στον Ύπνο REM.

Συζήτηση / Συμπεράσματα

Μηχανισμός "Αποκάλυψης": Η επιτυχής θεραπεία της σοβαρής αποφρακτικής υπνικής άπνοιας αποκαθιστά τη δομή του ύπνου και τη διάρκεια του σταδίου REM. Χωρίς τις συνεχείς αφυπνίσεις επιτρέπεται πλέον η πλήρης κλινική και εργαστηριακή έκφραση του RBD και των PLM.
Η εμμονή της ημερήσιας κόπωσης, ο κατακερματισμός του ύπνου ή η εμφάνιση νέων κινητικών συμπτωμάτων μετά την έναρξη CPAP δεν πρέπει να αποδίδονται μόνο σε ανεπαρκή συμμόρφωση στη θεραπεία, αλλά απαιτούν εγρήγορση για την αποκάλυψη συνυπαρχουσών διαταραχών του ύπνου (RBD, PLM) που χρήζουν εξειδικευμένης αντιμετώπισης.

Βιβλιογραφία

- REM sleep behavior disorder: Updated review of the core features, the REM sleep behavior disorder-neurodegenerative disease association, evolving concepts, controversies, and future directions. Ann N Y Acad Sci. 2010
- Obstructive sleep apnea may reduce a diagnostic accuracy of video-polysomnography for idiopathic REM sleep behavior disorder Sleep Med 2023, Young Lee et al.

Λέξεις Κλειδιά

περιοδικές κινήσεις των άκρων , διαταραχή συμπεριφοράς στον ύπνο REM, αποφρακτική υπνική άπνοια

AA04

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ ΣΤΗ ΓΛΥΜΦΑΤΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΝΕΥΡΟΕΚΦΥΛΙΣΗ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Γεώργιος Άγγελος Αγγελόπουλος[1]
[1]*Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα, Αθήνα, Ελλάδα*

Εισαγωγή

Το γλυμφατικό σύστημα (glymphatic system) είναι ένα περιαγγειακό δίκτυο ανταλλαγής εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ΕΝΥ) και διάμεσου υγρού, το οποίο εξαρτάται από τα κανάλια ακουαπορίνης-4 (AQP4) των αστροκυττάρων και συμβάλλει στην απομάκρυνση μεταβολικών αποβλήτων, όπως το β-αμυλοειδές (Αβ). Η σχέση του με τον ύπνο έχει προσελκύσει έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον λόγω των πιθανών προεκτάσεων για τα νευροεκφυλιστικά νοσήματα.

Σκοπός

Η σύνοψη των πειραματικών και κλινικών δεδομένων για τον ρόλο του ύπνου στη γλυμφατική κάθαρση του εγκεφάλου.

Μέθοδος Ανασκόπησης

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στη βάση PubMed (2012–2026) με τους όρους "glymphatic" και "sleep" ή "sleep deprivation". Από τα 591 αποτελέσματα επιλέχθηκαν 12 πρωτότυπες μελέτες σε ζώα και ανθρώπους και ανασκοπήσεις στην αγγλική γλώσσα.

Αποτελέσματα

Σε ποντίκια, ο φυσιολογικός ύπνος και η αναισθησία συνδέθηκαν με αύξηση του διάμεσου χώρου κατά 60% και επιτάχυνση της κάθαρσης του Αβ σε σύγκριση με την εγρήγορση. Σε ανθρώπους, η ταχεία λειτουργική απεικόνιση ανέδειξε κατά τον ύπνο NREM κύματα ροής ΕΝΥ συζευγμένα με τα βραδέα νευρικά κύματα και τις αιμοδυναμικές διακυμάνσεις. Μία νύχτα ολικής στέρησης ύπνου αύξησε το φορτίο Αβ στον δεξιό ιππόκαμπο και τον θάλαμο στην τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET), ενώ σε άλλη μελέτη καθυστέρησε την κάθαρση ενδορραχιαία χορηγούμενου σκιαγραφικού από τον εγκεφαλικό φλοιό, τη λευκή ουσία και το μεταιχμιακό σύστημα, χωρίς αντιστάθμιση από τον ύπνο της επόμενης νύχτας. Σε ασθενείς με αποφρακτική άπνοια ύπνου ο απεικονιστικός δείκτης DTI-ALPS βρέθηκε μειωμένος σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες. Αντίθετα, πρόσφατη πειραματική μελέτη σε ποντίκια κατέγραψε μειωμένη, και όχι αυξημένη, εγκεφαλική κάθαρση κατά τον ύπνο και την αναισθησία, ενώ οι μέθοδοι μέτρησης στον άνθρωπο παραμένουν έμμεσες.

Συμπεράσματα

Τα περισσότερα δεδομένα υποστηρίζουν ότι ο ύπνος, και ιδιαίτερα ο βαθύς ύπνος NREM, ευνοεί την απομάκρυνση νευροτοξικών πρωτεϊνών, γεγονός που αναδεικνύει τις διαταραχές ύπνου ως πιθανό τροποποιήσιμο παράγοντα κινδύνου για νευροεκφυλιστικά νοσήματα, όπως η νόσος Alzheimer. Ωστόσο, τα αντικρουόμενα πειραματικά ευρήματα και η απουσία άμεσων μετρήσεων στον άνθρωπο καθιστούν αναγκαίες περαιτέρω προοπτικές μελέτες.

Λέξεις Κλειδιά

γλυμφατικό σύστημα, ύπνος NREM, στέρηση ύπνου, β-αμυλοειδές, νευροεκφύλιση

Ελεύθερες Ανακοινώσεις

EA01

ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΫΠΝΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΩΝ ΧΡΥΣΩΝ ΕΠΩΝ ΤΟΥ ΠΥΘΑΓΟΡΑ ΕΝΑΝΤΙ CBT-I

Αλίκη Μηναριτζόγλου[1], Αναστάσιος Μπονάκης[2], Ιωάννης Μιχόπουλος[2], Σπυρίδων Βασδέκης[2,3], Μαρία Αναστοπούλου[3], Αικατερίνη Μπάου[4]
[1]Γ.Ν.Α Ευαγγελισμός, Αθήνα, Ελλάδα, [2]ΠΓΝ Αττικό, Χαϊδάρι, Ελλάδα, [3]Δ.Π.Μ.Σ. Κοινωνική Νευροεπιστήμη, Κοινωνική Παιδαγωγική Και Εκπαίδευση, Αθήνα, Ελλάδα, [4]Γ.Ν.Ν.Θ.Α. Σωτηρία, Αμπελόκηποι - Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή

Ο ύπνος αποτελεί μια ζωτική βιολογική διαδικασία απαραίτητη για την ομοιόσταση, την κυτταρική επιδιόρθωση, την εδραίωση της μνήμης και τη ρύθμιση του νευροενδοκρινικού συστήματος. Στη σύγχρονη εποχή η χρόνια αϋπνία συνιστά μια σύνθετη παθολογική κατάσταση που σχετίζεται με σοβαρές σωματικές και ψυχικές επιπτώσεις. Παρά το γεγονός ότι η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία για την αϋπνία (CBTI) αποτελεί τη θεραπεία εκλογής (gold standard), ο περιορισμένος χρόνος, το κόστος και η έλλειψη εξειδικευμένων θεραπευτών δυσχεραίνουν την εφαρμογή της. Η παρέμβαση «Χρυσά Έπη του Πυθαγόρα» (ΧΕΠ) αξιοποιεί την αρχαία ελληνική φιλοσοφία ως μηχανισμό κάθαρσης, αυτορρύθμισης και γνωσιακής τακτοποίησης μέσω του καθημερινού νυχτερινού αναστοχασμού.

Σκοπός

Η συγκριτική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης των ΧΕΠ έναντι της κλασικής CBT-I στη βελτίωση της αϋπνίας, της ημερήσιας υπνηλίας, της κόπωσης, του άγχους και της κατάθλιψης, αμέσως μετά την παρέμβαση και σε βάθος χρόνου 6 μηνών.
Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για μια προοπτική, τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη στην οποία συμμετείχαν 127 ασθενείς με χρόνια αϋπνία από τα Ιατρεία ύπνου του Γ.Ν.Α. Ευαγγελισμός και Π.Γ.Ν. Αττικόν. Οι συμμετέχοντες τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες παρέμβασης: Ομάδα 1(ΧΕΠ, N = 67), και Ομάδα 2 (CBT-I, N = 60). Η αξιολόγηση πραγματοποιήθηκε προ της παρέμβασης (T1), αμέσως μετά (T2) και στους 6 μήνες follow-up (T3), χρησιμοποιώντας τις κλίμακες AIS, ESS, HADS, (HADS-A/D) και FQ.

Αποτελέσματα

Η ανάλυση ANOVA επαναλαμβανόμενων μετρήσεων έδειξε στατιστικά σημαντική βελτίωση και στις δυο παρεμβάσεις όσον αφορά την επίδραση τους (πριν την παρέμβαση, μετά το πέρας της παρέμβασης και στο follow up), όσον αφορά την αϋπνία ($p < 0.001$, partial $\eta2 = 0.594$), το άγχος ($p < 0.001$, partial $\eta2 = 0.208$), την κατάθλιψη ($p <0.001$, partial $\eta2= 0.252$) και την κόπωση ($p < 0.001$, partial $\eta2 = 0.059$). Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά Χρόνου × Ομάδας, επιβεβαιώνοντας την ισοδύναμη αποτελεσματικότητα των δύο παρεμβάσεων.

Συμπέρασμα

Η δομημένη παρέμβαση των ΧΕΠ αποδεικνύεται θεραπευτικά ισοδύναμη με τη CBT-I. Μέσω της αναδόμησης των γνωστικών σχημάτων και της ενίσχυσης της αυτογνωσίας, η μέθοδος ΧΕΠ προσφέρει μια αποτελεσματική, μη φαρμακευτική εναλλακτική για τη διαχείριση της αϋπνίας, του άγχους, της κατάθλιψης και της ημερήσιας κόπωσης.

Λέξεις Κλειδιά

χρυσά έπη του Πυθαγόρα, χρόνια αϋπνία, cbt-i, γνωσιακή αναδόμηση, αναστοχασμός

ΕΑ02

«ΑΠΟ ΤΟ CPAP ΣΤΟ ASV: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΕ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ TREATMENT-EMERGENT CENTRAL SLEEP APNEA»

Αλίκη Μηναριτζόγλου[1], Ευαγγέλια Φλωρου[1], Μάρθα Ανδριτσου[1], Κατερίνα Βαγγελη[1], Ελένη Περρακη[1], Ιωάννα Σιγαλα[1], Καλλιρρόη Λαμπρου[1]
[1]*Γ.Ν.Α. Ευαγγελισμός, Αθήνα, Ελλάδα*

Εισαγωγή

Η θεραπεία με συνεχή θετική πίεση (CPAP) σε ασθενείς με προϋπάρχουσα κεντρική συνιστώσα ή μικτά συμβάματα ενδέχεται να αποκαλύψει ή να επιδεινώσει σοβαρά κεντρικά επεισόδια (TECSA - Treatment Emergent Central Sleep Apnea/Cheyne stokes).

Περιγραφή Περιστατικού

Άνδρας 66 ετών, καπνιστής (55π/y), με BMI: 29,4 kgr/m2 και ατομικό ιστορικό ΣΔ τύπου ΙΙ, ΑΥ, και υπερχοληστεριναιμία (υπό φαρμακευτική αγωγή) παραπέμφθηκε για πολυσωματοκαταγραφική μελέτη ύπνου (PSG) λόγω υποψίας κεντρικού τύπου άπνοιών από προηγούμενη ολονύχτια καταγραφή με πιθανό εύρημα CSR (AHI:77/h). Από τον καρδιολογικό έλεγχο που προσκόμισε δεν προέκυπτε κάποια καρδιολογική νόσος. Ο ίδιος ανέφερε έντονο ροχαλητό, αφυπνίσεις με αίσθημα πνιγμονής, αναγωγές από το στομάχι και πρωινή ξηροστομία. ESS:7/24. Η αρχική διαγνωστική PSG κατέγραψε πολύ σοβαρή διαταραχή της αναπνοής με συνολικό δείκτη AHI: 95,6/h και ODI:46,6/h. Η αναλυτική καταγραφή ανέδειξε σύνθετο φαινότυπο με κυρίαρχο κεντρικό και μικτό υπόστρωμα: αποφρακτικές άπνοιες (OAI:29.4/h), σημαντικό δείκτη μικτών απνοιών με έντονο κεντρικό χαρακτήρα (MAI:26,8/h), υψηλό δείκτη κεντρικών απνοιών (CAI:32,4/h) και υπόπνοιες (HI:7,3/h).

Αποτελέσματα και Θεραπευτική Παρέμβαση:

Αρχικά έγινε προσπάθεια τιτλοποίησης με τη συσκευή CPAP. Εφαρμόστηκαν σταδιακά πιέσεις 4. 5, και 6 cmH20 σε πλάγια και σε ύπτια θέση. Η εφαρμογή του CPAP οδήγησε σε δραματική επιδείνωση και εμφάνιση κεντρικών φαινομένων και αναπνοής τύπου Cheyne-Stokes χωρίς βελτίωση (τελικό AHI: 79,0/h και συγκεκριμένα OAI: 0/h, MAI:0/h, CAI:75,6/h και HI:3,5/h). Αντίθετα η επακόλουθη τιτλοποίηση του σερβοαναπνευστήρα πέτυχε σταθεροποίηση, εξαλείφοντας τα αναπνευστικά συμβάματα (AHI:4.1/h- OAI: 0,2/h, MAI:0/h, CAI:0,9/h και HI:3,0/h , ODI:3,8/h)

Συμπεράσματα

Η παρουσία αυξημένων κεντρικών και μικτών απνοιών με έντονο κεντρικό χαρακτήρα στην αρχική μελέτη προδιαθέτει σε αποτυχία του CPAP. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η τεχνολογία ASV αποτελεί την πλέον ενδεδειγμένη και αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή.

Λέξεις Κλειδιά

κεντρική άπνοια, σερβοαναπνευστήρας, tecsa

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΑΥΛΩΝ ΚΑΛΙΟΥ Kv1.3 ΚΑΙ TASK-2 ΣΕ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΝΟΙΩΝ-ΥΠΟΠΝΟΙΩΝ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ.

Κωνσταντίνα Δέδε[1], Ελπίδα Ρεπούση[2], Καλλιρρόη Λάμπρου[1], Γεωργία Τρακαδά[3], Παρασκευή Κατσαούνου[1], Εμμανουήλ Βαγιάκης[1], Ιωάννα Σιγάλα[1], Κορνηλία Πουλοπούλου[2]

[1]Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας Εργαστήριο-Κέντρο Διαταραχών Ύπνου (Ε.Κε.Δ.Υ) ΓΝΑ Ο Ευαγγελισμός, Αθήνα, Ελλάδα, [2]Εργαστήριο Πειραματικής Νευροφυσιολογίας στην Α' Νευρολογική Κλινική στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο ΕΚΠΑ, Αθήνα, Ελλάδα, [3]Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα, Ελλάδα

Το Σύνδρομο Αποφρακτικής Άπνοιας χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια απόφραξης του ανώτερου αεραγωγού, διαλείπουσα νυχτερινή υποξαιμία, χρόνια, χαμηλού βαθμού φλεγμονή. Στο επίκεντρο της φυσιολογίας-ενεργοποίησης των κυττάρων ανοσοποιητικού βρίσκονται οι δίαυλοι καλίου ως κρίσιμοι ρυθμιστές του δυναμικού μεμβράνης και της ενδοκυττάριας σηματοδότησής τους. Ο τασεοεξαρτώμενος δίαυλος καλίου Kv1.3 είναι κύριος μοριακός ρυθμιστής της φυσιολογίας τους και της ενεργοποίησής τους. Επιπροσθέτως εκφράζεται ο δίαυλος TASK-2. Η δραστηριότητά του ρυθμίζεται από το εξωκυττάριο pH-επίπεδα CO_2-στόχο σε υποξαιμία και οξέωση.

Σκοπός

Να διερευνηθεί αν η διαλείπουσα υποξαιμία στο ΣΑΑΥ σχετίζεται με μεταβολές επιπέδων έκφρασης των διαύλων Kv1.3 και TASK-2 στα Τ-λεμφοκύτταρα, αν το προφίλ αυτό διαφοροποιείται σε ασθενείς ΧΑΠ και υγιείς μάρτυρες, και αν η εφαρμογή θεραπείας CPAP/NIV τείνει να επαναφέρει την έκφραση των διαύλων προς φυσιολογικά επίπεδα. Να εξεταστεί αν τα Τ-λεμφοκύτταρα μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως ex-vivo μοντέλο για τη μελέτη της έκφρασης στο εγκεφαλικό στέλεχος ενός pH-ευαίσθητου διαύλου όπως ο TASK-2 σε συνθήκες υποξαιμίας. Σε αυτή την πιλοτική, προοπτική μελέτη συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με ΣΑΑΥ, ΧΑΠ,υγιείς εθελοντές. Από περιφερικό αίμα απομονώθηκαν PBMCs με Ficoll-Hypaque, εξήχθη ολικό RNA με TRIzol. Ακολούθησε σύνθεση cDNA και ημι-ποσοτική RT-PCR για Kv1.3,TASK-2,GAPDH. Ακολούθησε ανάλυση με ηλεκτροφόρηση σε πηκτή αγαρόζης και ποσοτικοποίηση με ImageJ. Η έκφραση κανονικοποιήθηκε ως προς GAPDH και υπολογίστηκε η αναλογία TASK-2/Kv1.3. Σε υποομάδες ασθενών πραγματοποιήθηκε επανέλεγχος μετά από θεραπεία με CPAP/NIV. Εξετάστηκαν συσχετίσεις με δείκτες βαρύτητας του ΣΑΑΥ. Τα Τ-λεμφοκύτταρα ασθενών με ΣΑΑΥ εμφάνισαν τάση αυξημένης έκφρασης Kv1.3 mRNA και μειωμένης έκφρασης TASK-2 mRNA σε σύγκριση με υγιείς, με μείωση αναλογίας TASK-2/Kv1.3. Το προφίλ αυτό συμβαδίζει με ενίσχυση της ικανότητας ενεργοποίησης των Τ-κυττάρων και προφλεγμονώδη ρύθμιση. Αντίθετα στους ΧΑΠ ασθενείς παρατηρήθηκε αυξημένη έκφραση TASK-2 και τάση αύξησης Kv1.3, με αναλογία TASK-2/Kv1.3 υψηλότερη από ασθενείς με ΣΑΑΥ, αντανακλώντας διαφορετική προσαρμογή σε χρόνια υποξαιμία και οξέωση. Η εφαρμογή CPAP στους ΣΑΑΥ ασθενείς οδήγησε σε αυξημένη έκφραση TASK-2 και μείωση έκφρασης Kv1.3, ενώ στους ασθενείς με ΧΑΠ η χρήση NIV οδήγησε σε τάση μείωσης της υπερέκφρασης TASK-2. Οι συσχετίσεις επιπέδων έκφρασης και δεικτών βαρύτητας ΣΑΑΥ έδειξαν συνεπή αλλά μη στατιστικά σημαντική τάση, λόγω μικρού δείγματος. Η παρούσα μελέτη παρέχει ενδείξεις ότι η διαλείπουσα νυχτερινή υποξαιμία στο ΣΑΑΥ συνδέεται με μεταβολές έκφρασης του Kv1.3 και του TASK-2 στα Τ-λεμφοκύτταρα, ευνοώντας πρότυπο αυξημένης ενεργοποίησης και προφλεγμονώδους ρύθμισης. Ο Kv1.3 φαίνεται ως κύριος μοριακός στόχος μέσω του οποίου το ερέθισμα της υποξαιμίας αυξάνει την Τ-κυτταρική απάντηση, ενώ ο TASK-2,συμμετέχει στη διαμόρφωση αυτής της ισορροπίας επί μεταβολών CO_2/pH.Επιπροσθέτως, παρατηρείται ότι τα Τ-λεμφοκύτταρα λειτουργούν ως πιθανό ex-vivo μοντέλο έκφρασης του διαύλου TASK-2 στο ΚΝΣ, ενώ υπογραμμίζει ανάγκη μεγαλύτερων ποσοτικών-λειτουργικών μελετών, για επιβεβαίωση και εμβάθυνση των ευρημάτων.

Λέξεις Κλειδιά

σύνδρομο αποφρακτικής υπνικής άπνοιας (ΣΑΑΥ), διαλείπουσα νυχτερινή υποξαιμία, χρόνια φλεγμονή κυττάρων του ανοσοποιητικού, τασεοεξαρτώμενος δίαυλος καλίου Kv1.3, pH-ευαίσθητος δίαυλος TASK-2

ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΧΡΗΣΗ ΒΕΝΖΟΔΙΑΖΕΠΙΝΩΝ ΚΑΙ ΥΠΝΑΓΩΓΩΝ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΠΝΟΥ: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΟΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Βαγιούλα Τσούτση[1], Πηνελόπη Κόλλια[1], Μαίρη Νταφούλη[1], Μαρίνα Σολδάτου[1], Παναγιώτα Μπούρα[1], Νίκος Σταματιάδης[1], Vladyslav Shapoval[2], Anne Spinewine[2,3], Δημήτρης Δικαίος[1]

[1]Μονάδα Μελέτης Ύπνου, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, [2]Clinical Pharmacy and Pharmacoepidemiology Research Group, Louvain Drug Research Institute, UCLouvain, Brussels, Belgium, [3]CHU UCL Namur, UCLouvain, Namur, Belgium

Εισαγωγή

Η μακροχρόνια χρήση βενζοδιαζεπινών και ηρεμιστικών-υπναγωγών φαρμάκων (ΒΗΥ) για την αντιμετώπιση της αϋπνίας αποτελεί σημαντική πρόκληση στην κλινική πρακτική, ιδιαίτερα σε άτομα άνω των 65 ετών. Παρά τις κατευθυντήριες οδηγίες για τον περιορισμό της παρατεταμένης χορήγησής τους, η χρήση τους παραμένει διαδεδομένη, με αυξημένο κίνδυνο ανεπιθύμητων ενεργειών, εξάρτησης και συμπτωμάτων στέρησης. Η εφαρμογή της αποσυνταγογράφησης εξακολουθεί να παρουσιάζει σημαντικές δυσκολίες.

Σκοπός

Η διερεύνηση των παραγόντων που παρεμποδίζουν ή διευκολύνουν την αποσυνταγογράφηση των ΒΗΥ σε άτομα τρίτης ηλικίας στην Ελλάδα.

Υλικό & Μέθοδος

Δομημένα ερωτηματολόγια βασισμένα στο μοντέλο Παραγόντων Θεωρητικού Πλαισίου (Theoretical Domains Framework), το οποίο διερευνά παράγοντες που επηρεάζουν την αλλαγή συμπεριφοράς, σε 59 ιατρούς και 34 ασθενείς >65 ετών. Τα ερωτηματολόγια περιελάμβαναν 40 και 36 λήμματα αντίστοιχα, με απαντήσεις σε κλίμακα Likert (1-5).

Αποτελέσματα

Τα σημαντικότερα εμπόδια εντοπίστηκαν στους διαθέσιμους πόρους και στις συνθήκες εργασίας, στην ανεπαρκή εξειδικευμένη εκπαίδευση και στις πεποιθήσεις των ιατρών σχετικά με τις ικανότητές τους. Ειδικότερα, αναδείχθηκαν η ανεπαρκής οργανωμένη στοχοθεσία για τη διακοπή της αγωγής (2,61+1,03), η περιορισμένη επάρκεια προσωπικού (2,83+1,05) και η έλλειψη επαρκούς χρόνου για ενημέρωση και εκπαίδευση των ασθενών (2,79+1,14). Επιπλέον, αναδείχθηκαν δυσκολίες σχετικές με προηγούμενες ανεπιτυχείς προσπάθειες διακοπής και την επίδραση στη θεραπευτική σχέση. Αντίθετα, η γνώση των κινδύνων της μακροχρόνιας χρήσης, η ικανότητα λήψης κλινικών αποφάσεων και η αντίληψη του επαγγελματικού ρόλου των ιατρών αναγνωρίστηκαν ως διευκολυντικοί παράγοντες. Εμπόδια που αφορούν τους ασθενείς είναι η δυσκολία διαχείρισης της αϋπνίας χωρίς την αγωγή (2,58+0,98), η έλλειψη γνώσης για τις παρενέργειες (2,58+0,89) και η απουσία γνώσης για εναλλακτικές τεχνικές (2,78+1,29), ενώ διευκολυντικός παράγοντας είναι η εμπιστοσύνη στον ιατρό.

Συμπεράσματα

Η αποσυνταγογράφηση των ΒΗΥ στα άτομα τρίτης ηλικίας επηρεάζεται ουσιαστικά από ανεπάρκεια γνώσης, συμπεριφορικούς και οργανωτικούς παράγοντες. Τα ευρήματα αναδεικνύουν την ανάγκη ενίσχυσης της εξειδικευμένης εκπαίδευσης ιατρών και ασθενών, βελτίωσης των διαθέσιμων πόρων και ανάπτυξης δομημένων διαδικασιών σταδιακής μείωσης της αγωγής. Η ενσωμάτωση εξατομικευμένων θεραπευτικών προσεγγίσεων και μη φαρμακολογικών παρεμβάσεων για την αϋπνία μπορεί να υποστηρίξει την ασφαλέστερη διαχείριση των διαταραχών ύπνου στον ηλικιωμένο πληθυσμό.