

ԱՆԿԻՆՈՉԱՑՆՈՂ ՍՊՈՆԴԻԼԻՏԻ ՎԱՐՄԱՆ ԳՈՐԾԵԼԱԿԱՐԳ

Ընդհանուր դրույթներ

Անկիլոզացնող սպոնդիլիտը (ԱՍ) դեռևս ամբողջովին չպարզաբանված ծագմամբ քրոնիկական բորբոքային հիվանդություն է, որն առավելապես բնութագրվում է ողնաշարի, զստոսկրասրբոսկրային հողավորումների, որոշ դեպքերում ծայրամասային հողերի, էնթեզիսների և առավել հազվադեպ աչքերի, սրտի, աորտային և ներքին օրգանների ախտահարմամբ: Քրոնիկ և հաճախ բորբոքային բնույթի ցավը ԱՍ-ի առաջատար գանգատն է, որն ուղեկցվում է արտահայտված կարկամվածությամբ և ֆիզիկական ակտիվության ֆոնին՝ բարելավմամբ: ԱՍ-ին նաև բնորոշ են մի շարք արտահոդային դրսևորումներ՝ ուլեիտ, փսորիազ և աղիների բորբոքային հիվանդություն: Տեղի ունեցող փոփոխություններն ի վերջո հանգեցնում են ողնաշարի ջլակապանային համակարգի բորբոքային փոփոխությունների, ներաճառային ոսկրացման, ողերի և միջողային սկավառակների սահմանների վերացման, սինդեզմոֆիտների ձևավորման, ողնաշարի շարժունակության անկման, ի վերջո «բամբուկի փայտի» տեսքով ողնաշարի ձևափոխմանը: Հիվանդությունը Եվրոպայում և Հյուսիսային Ամերիկայում ախտահարում է մեծահասակ բնակչության մոտ 0.1-1.4%-ին: Տղամարդկանց և կանանց ախտահարման հարաբերությունը հավասար է 3:1-ի: Հայաստանի Հանրապետության տարածքում հիվանդության տարածվածությունը կազմում է 155 դեպք 100.000 բնակչության:

Սույն Գործելակարգի հրապարակման պահին Հայաստանի Հանրապետությունում հիվանդություն մոդիֆիկացնող հակառևմատիկ կենսաբանական դեղորայքներից գրանցված են եղել ինֆլիքսիմաբը և էտաներցեպտը, ուստի բուժումը պետք է անցկացնել այս դեղամիջոցներով:

Գործելակարգի մշակման աշխատանքային խմբի անդամների անվանացուցակ

1. Հարոյան Ա.Ա. ք.գ.թ. ՀՀ ԱՆ գլխավոր ռևմատոլոգ, «Էրեբունի» բժշկական կենտրոնի ռևմատոլոգիական բաժանմունքի վարիչ, Ռևմատոլոգների Հայկական Ասոցիացիայի նախագահ

2. Մկրտչյան Ն.Ռ. ք.գ.թ., Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի թերապևտիկ նեղ մասնագիտությունների ամբիոնի դոցենտ
3. Մանուկյան Ս.Գ. ք.գ.թ., Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի N 1 կլինիկական հիվանդանոցի թերապիայի կլինիկայի բժիշկ-ռևմատոլոգ
4. Գինոսյան Ք.Վ. ք.գ.թ., Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի N 1 կլինիկական հիվանդանոցի թերապիայի կլինիկայի բժիշկ-ռևմատոլոգ
5. Վարդանյան Վ.Ս. ք.գ.թ., Երևանի «Մուրացան» համալսարանական հիվանդանոցի թերապիայի կլինիկայի բժիշկ-ռևմատոլոգ Մուկուչյան Վ.Ն. «Էրեբունի» բժշկական կենտրոնի ռևմատոլոգիական բաժանմունքի բժիշկ-ռևմատոլոգ

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Պատասխանատու կարգավորողը և աշխատանքային խմբի անդամները հայտարարում են իրենց շահերի բախման բացակայության մասին:

Գործելակարգի մշակման հենքը

Սույն Գործելակարգը մշակվել է բազմամասնագիտական խմբի կողմից հետևյալ արդի գրականության աղբյուրների և UpToDate տեղեկատվական շտեմարանի տվյալների հիման վրա՝

1. van der Heijde, D., Ramiro, S., Landewé, R., Baraliakos, X., Van den Bosch, F., Sepriano, A., van Gaalen, F. (2017). 2016 update of the ASAS-EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis. *Annals of the rheumatic diseases*, annrheumdis-2016.
2. Rudwaleit, M. V., Van Der Heijde, D., Landewé, R., Akkoc, N., Brandt, J., Chou, C. T., & Van den Bosch, F. (2010). The Assessment of SpondyloArthritis International Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. *Annals of the rheumatic diseases*, annrheumdis133645.

Գործելակարգի պացիենտի մոդել

Սույն Գործելակարգի պացիենտի մոդելն է անկիլոզացնող սպոնդիլիտով պացիենտները (Աղյուսակ 1):

Աղյուսակ 1

Անկիլոզացնող սպոնդիլիտով պացիենտի մոդել

Մոդելի պարտադիր բաղադրիչ	Բաղադրիչի նկարագրությունը
Նոզոլոգիական ձևը	Անկիլոզացնող սպոնդիլիտ
Տարիքային կարգավիճակ	Մեծահասակներ
Հիվանդության աստիճանը	Ցանկացած
Հիվանդության փուլը	Ցանկացած
Բարդությունները	Անկախ բարդություններից
Կողը ըստ ՀՄԴ-10	M45
Բուժօգնության ցուցաբերման պայմանները	Արտահիվանդանոցային, հիվանդանոցային

Հապավումներ

ԱՄ՝ անկիլոզացնող սպոնդիլիտ

աքսԱԱ՝ աքսիալ սպոնդիլոարթրիտ

ԷՆԱ՝ էրիթրոցիտների նստեցման արագություն

ԻԼ-17-ա՝ ինտերլեյկին 17-ի արգելակիչ

կՀՄՀՆԴ՝ հիվանդություն մոդիֆիկացնող հակառևմատիկ կենսաբանական դեղորայք

ՀՄՀՆԴ՝ հիվանդություն մոդիֆիկացնող հակառևմատիկ դեղորայք

ՈՍՀԴ՝ ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղորայք

ՈւՆԳ-ա՝ ուռուցքի նեկրոզի գործոնի արգելակիչ

ASDAS՝ Անկիլոզացնող սպոնդիլիտ հիվանդության ակտիվության սանդղակ

BASDAI՝ Անկիլոզացնող սպոնդիլիտ հիվանդության ակտիվության ինդեքս
CRP՝ C-ռեակտիվ սպիտակուց

1. Ախտորոշում

1.1 ԱՍ խտորոշումը կայացվում է եթե ստորև նշված կլինիկական և/կամ ճառագայթաբանական չափանիշներից առկա են առնվազն 2-ը.

1.1.1 կլինիկական չափանիշներ՝

1.1.1.1 գոտկատեղի ցավ և կարկամվածություն ավելի քան 3 ամիս, որը բարելավվում է շարժումներից, վարժություններից և չի թուլանում հանգստի ժամանակ,

1.1.1.2 ողնաշարի գոտկային հատվածի շարժունակության սահմանափակում ֆրոնտալ և սագիտալ հարթություններում,

1.1.1.3 կրծքավանդակի էքսկուրսիայի սահմանափակում՝ ըստ տարիքի և սեռի:

1.1.2 ճառագայթաբանական չափանիշներ՝

1.1.2.1 երկկողմանի սակրոլիտ ≥ 2 աստիճանի,

1.1.2.2 միակողմանի սակրոլիտ 3-4 աստիճան:

1.2 Ճառագայթաբանական հետազոտություններ

1.2.1 Որպես առաջին ընտրություն կիրառել ողնաշարի և կոնքի ռենտգեն հետազոտություն:

1.2.2 Ռենտգեն հետազոտությամբ չհայտնաբերված փոփոխությունների վաղ բացահայտման համար կարող է կիրառվել մագնիսառեզոնանսային շերտագրություն:

2. Գնահատում և հսկողություն

2.1 Հիվանդության ծանրության գնահատումը և հսկողությունը իրականացնել ASDAS (նախընտրելիորեն CRP-ով) կամ BASDAI գնահատման համակարգով (Հավելված 1):

2.2 Հսկողության պարբերականությունը պետք է լինի անհատականացված, ելնելով ախտանշաններից, վիճակի ծանրությունից և բուժման արդյունավետությունից:

3. Վարում

3.1 Մեկնարկային թերապիա

3.1.1 Բոլոր պացիենտներին կրթել հիվանդության մասին, խրախուսել կասեցնել ծխելը, կատարել կանոնավոր ֆիզիկական վարժություններ, ինչպես նաև դիտարկել ֆիզիկական թերապիայի հարցը:

3.1.2 Այն պացիենտները, ովքեր տառապում են ցավից և առավոտյան կարկամվածությունից, որպես առաջին ընտրության դեղորայք կիրառել ՈՍՀԴ՝ մինչև առավելագույն դեղաչափով:

3.1.3 ՈՍՀԴ-ին լավ պատասխանող պացիենտների շրջանում շարունակել կիրառել դեղորայքը, քանի առկա են ախտանշաններ:

3.1.4 Ափիոնային դեղորայքը և պարացետամոլը կարող են դիտարկվել մնացորդային ցավի համար, եթե նախորդ խորհուրդ տրված բուժման մեթոդները ձախողել են, հակացուցված են կամ վատ տանելի են:

3.1.5 Բուժական սխեմայում կարող են դիտարկվել տեղային գյուլոկորտիկոիդների ներարկումներ:

3.1.6 Մաքուր աքսԱԱ-ով պացիենտները ռուտին չպետք է

3.1.6.1 երկար ստանան համակարգային գյուլոկորտիկոիդներ,

3.1.6.2 ստանան ՀՄՀԴ:

3.1.7 Ծայրամասային արթրիտով պացիենտների շրջանում կարող է դիտարկվել սուլֆասալազինի կիրառում:

3.2 ՀՄՀՌԴ-ի թերապիա

3.2.1 Մեկնարկել կՀՄՀՌԴ-ի կիրառում (ՈւՆԳ-ա), եթե առկա են ստորև նշված բոլոր 5 կետերը.

3.2.1.1 աքսՍԱ-ի ախտորոշում ռևմատոլոգի կողմից,

3.2.1.2 բարձր CRP-ի մակարդակ և/կամ դրական ՄՌՇ պատասխան և/կամ ռենտգենոգրաֆիկ սակրոիլիտ,

3.2.1.3 հիվանդության բարձր ակտիվություն՝

3.2.1.3.1 ASDAS ≥ 2.1 , կամ

3.2.1.3.2 BASDAI ≥ 4

3.2.1.4 ռևմատոլոգի դրական կարծիք,

3.2.1.5 սկզբնական բուժումը ձախողել է.

3.2.1.5.1 բոլոր պացիենտների համար սկզբնական բուժում համարվում է 4 շաբաթվա ընթացքում առնվազն 2 ՈՍՀԲԴ-ի կիրառման անարդյունավետությունը,

3.2.1.5.2 իսկ ծայրամասային դրսևորումների գերակշռությամբ պացիենտների դեպքում տեղային գլյուկոկորտիկոիդի մեկ ներարկման կամ սուլֆասալազինի թերապևտիկ փորձարկման անարդյունավետությունը:

3.2.2 Շարունակել կՀՄՀՌԴ-ի կիրառումը, եթե առկա է ռևմատոլոգի համաձայնություն և բուժման մեկնարկից առնվազն 12 շաբաթ անց դիտվում է

3.2.2.1 ASDAS ցուցանիշի բարելավում ≥ 1.1 միավորով, կամ

3.2.2.2 BASDAI ցուցանիշի բարելավում ≥ 2 (0-10) միավորով:

3.2.3 ՈւՆԳ-ա բուժման ձախողման դեպքում կիրառել այլ ՈւՆԳ-ա կամ Իլ-17-ի արգելակիչ:

3.2.4 Եթե պացիենտը կիրառում է կՀՄՀՌԴ և կայուն ռեմիսիայի մեջ է, դիտարկել կՀՄՀՌԴ-ի աստիճանակա նվազեցում:

3.3 Ռեֆրակտեր ցավով կամ անաշխատունակությամբ/հաշմանդամությամբ և կառուցվածքային խանգարման ճառագայթաբանական տվյալներով պացիենտների շրջանում անկախ տարիքից կատարել ազդրոսկրի գլխիկի էնդոպրոթեզավորում:

3.4 Ողնաշարի շտկողական օստեոտոմիան կարող է կատարվել հատուկ մասնագիտացված կենտրոններում ծանր հաշմանդամության բերող դեֆորմացիաների դեպքում:

3.5 Հիվանդության ընթացքի կտրուկ փոփոխության դեպքում կասկածել ողի կոտրվածքի մասին և կատարել համապատասխան հետազոտություններ:

4. Բժշկական ծառայությունների հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր

4.1 Պահանջներ ախտորոշման, բուժման և խորհրդատվությունների նկատմամբ (հիմնական ցանկ)

Ծածկագիր	Անվանում	Տրամադրման հաճախականություն	Միջին քանակ	Ստորաբաժանում	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
	Արյան ընդհանուր քննություն լեյկոֆորմուլայով	1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-3 ամիս
	Արյան մեջ C ռեակտիվ սպիտակուցի մակարդակի որոշում	1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-3 ամիս
	Ողնաշարի ռենտգեն քննություն	1	1	Ճառագայթաբանական ախտոնոշման ծառայություն	Բժիշկ-ճառագայթաբան/տեխնիկ	1-3 ամիս

	Կոնքրի ռենտգեն քննություն	1	1	Ճառագայթաբանական ախտոնոշման ծառայություն	Բժիշկ-ճառագայթաբան/տեխնիկ	1-3 ամիս
	Սրտի կծկումների հաճախականության չափում	1	3	Թերապևտիկ/նյարդաբանական բաժանմունք	Թերապևտիկ/նյարդաբանական բաժանմունքի բուժքույր	1-3 ամիս
	Զարկերակային ճնշման չափում	1	3	Թերապևտիկ/նյարդաբանական բաժանմունք	Թերապևտիկ/նյարդաբանական բաժանմունքի բուժքույր	1-3 ամիս
	Զերմաչափում	1	3	Թերապևտիկ/նյարդաբանական բաժանմունք	Թերապևտիկ/նյարդաբանական բաժանմունքի բուժքույր	1-3 ամիս
	Ռևմատոլոգի խորհրդատվություն	1	2	Ռևմատոլոգիայի բաժանմունք	Ռևմատոլոգ	1-3 ամիս

4.2 Պահանջներ ախտորոշման, բուժման և խորհրդատվությունների նկատմամբ (լրացուցիչ ցանկ)

Ծածկ ազիր	Անվանում	Տրամադրման հաճախականություն	Միջին քանակ	Ստորաբաժանում	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
	Մեզի ընդհանուր քննություն	0.1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-3 ամիս
	Արյան մեջ գլյուկոզայի մակարդակի որոշում	0.1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/	1-3 ամիս

					բժիշկ	
	Ուլտրաձայնային էխոսրտագրություն	0.1	1	Ճառագայթաբա- նական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ- ճառագայթա- բան/տեխնիկ	1-3 ամիս
	Էլեկտրասրտագրու- թյուն	0.1	1	Գործիքային ախտորոշման բաժանմունք	Գործիքային ախտորոշման բաժանմունքի բուժքույր	1-3 ամիս
	Մագինսառեզոնան- սային քննություն	0.1	1	Ճառագայթաբանա- կան ախտոնոշման ծառայություն	Բժիշկ- ճառագայթաբա- ն/տեխնիկ	1-3 ամիս
	Այլ նեղ մասնագետի խորհրդատվություն	0.2	1	Այլ բաժանմունք	Այլ նեղ մասնագետ	1-3 ամիս

4. Դեղերի հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր

4.1. Պահանջներ դեղորայքային բուժման նկատմամբ (հիմնական ցանկ)

ԴԹՆ	ԱԹՔԴ	ՄՈԱ	Նշանակման հաճախա- կանություն	ԿՈԴ	ՀԿԴ	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
Ոչ սթերոիդ հակաբորբոքայ- ին միջոցներ	M01AB05	Դիկլոֆենակ	1	75.0 մգ	2.25 գ	Ռևմատոլոգ	1-3 ամիս
Ոչ սթերոիդ հակաբորբոքայ- ին միջոց	M01AB15	Կետորոլակ	1	30.0 մգ	900 մգ	Ռևմատոլոգ	1-3 ամիս
Ցավազրկող ոչ թմրեցուցիչ միջոցներ	N02BE01	Պարացետամ- ոլ	1	1.0 գ	30 գ	Ռևմատոլոգ	1-3 ամիս
Ոչ սթերոիդ հակաբորբոքայ	B01AC06	Ասպիրին	1	0.5 գ	15 գ	Ռևմատոլոգ	1-3 ամիս

ին միջոցներ							
Ոչ սթերոիդ հակաբորբոքային միջոցներ, պրոպիոնաթթվի ածանցյալներ	M01AE01	Իբուպրոֆեն	1	0.4 գ	36 գ	Ռևմատոլոգ	1-3 ամիս
Ոչ սթերոիդ հակաբորբոքային միջոց	M01AH05	Էտորիկոքսիբ	1	60 մգ	1.8 գ	Ռևմատոլոգ	1-3 ամիս

4.2. Պահանջներ դեղորայքային բուժման նկատմամբ (լրացուցիչ ցանկ)

ԴԹՆ	ԱԹՔԴ	ՄՈԱ	Նշանակման հաճախականություն	ԿՈԴ	ՀԿԴ	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
Կորտիկոստերոիդներ	SO2BA06	Դեքսամետազոն	0.2	4.0 մգ	240 մգ	Ռևմատոլոգ	1-3 ամիս
Կորտիկոստերոիդներ	HO2AB07	Պրեդնիզոլոն	0.2	10.0 մգ	600 մգ	Ռևմատոլոգ	1-3 ամիս
TNF-a ինհիբիտորներ	LO4AB02	ինֆլիքսիմաբ ը	0.2	3.75 մգ	225 մգ	Ռևմատոլոգ	1-3 ամիս
TNF-a ինհիբիտորներ	LO4AB01	էտաներցեպոլ	0.2	7.0 մգ	420 մգ	Ռևմատոլոգ	1-3 ամիս
Ադիքային հակաբորբոքիչ դեղորայք	A07EC01	Սուլֆասալազին	0.1	2.0 գ	60 գ	Ռևմատոլոգ	1-3 ամիս

5. Պահանջներ աշխատանքի ռեժիմի, հանգստի, բուժման կամ վերականգնման նկատմամբ

Անհրաժեշտ է կանոնավոր կերպով կատարել ֆիզիկական վարժություններ, եթե չկան հակացուցումներ:

6. Պահանջներ սննդակարգի նշանակման և սահմանափակումների վերաբերյալ

Սույն Գործելակարգի համաձայն տվյալ պահանջների կատարումը պարտադիր չէ:

7. Հիվանդի հոժարակամ տեղեկացված համաձայնության ստացման առանձնահատկությունները Գործելակարգը կատարելիս և հիվանդի, ինչպես նաև ընտանիքի անդամների լրացուցիչ տեղեկատվության տրամադրում

Հարկավոր է պացիենտի հետ համատեղ քննարկել հիվանդության ընթացքը, հնարավոր բարդությունները, բուժման խնդիրները և հավանական ելքերը:

8. Պացիենտի տվյալ մոդելի հնարավոր ելքերը

Պացիենտի տվյալ մոդելի հնարավոր ելքերի ցանկ

Ելքի անվանում	Ելքի զարգացման հաճախականություն	Ելքին հասնելու մոտավոր ժամկետ	Բժշկական օգնության ցուցաբերման հաջորդականություն
Ապաքինում ֆիզիոլոգիական գործընթացի կամ ներգրավված օրգանի ֆունկցիայի մասնակի վերականգնմամբ	50%	16 տ	Անցում համապատասխան վերականգողական ուղեցույցին/ գործելակարգին
Ապաքինում ֆիզիոլոգիական գործընթացի կամ ներգրավված օրգանի ֆունկցիայի ամբողջական կորստով	50%	16 տ	Անցում համապատասխան վերականգողական ուղեցույցին/ գործելակարգին
Յատրոգեն բարդությունների զարգացում	60%	10 տ	Անցում համապատասխան ախտաբանության

			բուժման ուղեցույցին/ գործելակարգին
Մահացու ելք	5.5%	6 տ	

Հավելված 1

Անկիլոզացնող սպոնդիլիտ հիվանդության ակտիվության սանդղակ (ASDAS)

ASDAS-CRP	$0.12 \times \text{մեջքի ցավի ուժգնություն}^{\text{ա}} + 0.06 \times \text{առավոտյան կարկամվածության տևողություն}^{\text{բ}} + 0.11 \times \text{նախորդող շաբաթվա ընթացքում հիվանդության ակտիվության միջին գնահատական}^{\text{գ}} + 0.07 \times \text{ծայրամասային ցավ/այտուց} + 0.58 \times \text{Ln}(\text{CRP}^{\text{ե}}+1)$
ASDAS-ESR	$0.08 \times \text{մեջքի ցավի ուժգնություն} + 0.07 \times \text{առավոտյան կարկամվածության տևողություն} + 0.11 \times \text{նախորդող շաբաթվա ընթացքում հիվանդության ակտիվության միջին գնահատական} + 0.09 \times \text{ծայրամասային ցավ/այտուց} + 0.29 \times \sqrt{(\text{ԷՆԱ}^{\text{զ}})}$

^աՄեջքի ցավը կարող է փոխարինվել նաև պարանոցի կամ կոնքազդրային հոդի ցավով, և ուժգնությունը գնահատվում է 0-10 սանդղակով:

^բԱռավոտյան արթնանալուց հետո կարկամվածության տևողությունը գնահատվում է 0-10 սանդղակով.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0ժ					1ժ					≥2ժ

^գՆախորդող շաբաթվա ընթացքում հիվանդության միջին ակտիվությունը գնահատվում է 0-10 սանդղակով:

^դԾայրամասային ցավը/այտուցը վերաբերում է պարանոցից, մեջքից և կոնքազդրային հոդից զատ այլ հոդերի ցավերին և այտուցին, և ուժգնությունը գնահատվում է 0-10 սանդղակով:

^եC-ռեակտիվ սպիտակուցի մակարդակը նշվում է մգ/լ-ով: CRP-ի <2 մգ/լ մակարդակի դեպքում նշել 2:

^զԷՆԱ-ի մակարդակը նշվում է մմ/ժ-ով:

ASDAS ցուցանիշների մեկնաբանություն

Արդյունք	Հիվանդության ակտիվությունը
<1.3	Ոչ ակտիվ
1.3-2.1	Չափավոր
2.1-3.5	Բարձր
>3.5	Շատ բարձր
Փոփոխություն	Բարելավում
Δ≥1.1	Կլինիկապես նշանակալի բարելավում
Δ≥2.0	Մեծ բարելավում

Հավելված 2

Անկիլոզացնող սպոնդիլիտ հիվանդության ակտիվության ինդեքս (BASDAI)

Բոլոր հարցադրումները կատարվում են նախորդող շաբաթվա համար և պահանջվում է տալ շաբաթվա ընդհանրացված միջին գնահատականը.

Ընդհանուր հոգնածություն	0-10
Պարանոցի, մեջքի կամ կոնքազդրային հողի ցավ	0-10
Պարանոցի, մեջքի կամ կոնքազդրային հողից զատ այլ հողերի ցավ/այտուցվածություն	0-10
Անհարմարություն, որն առաջացել է հպման կամ ճնշման հանդեպ զգայուն որևէ հատվածից	0-10
Ընդհանուր	X

Արթնանալուց հետո անհարմարության զգացողություն	0-10
Առավոտյան կարկամվածության տևողություն ^ա	0-10
Միջին թվաբանական	Y

$$\text{BASDAI} = (X + Y) / 5$$

^աՏևողության գնահատման սանդղակ՝

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0ժ					1ժ					≥2ժ