

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek

Mitglied im Sozialverband **VdK** – Fachverband Schlafapnoe | Chronische Schlafstörungen

Steffen Schumacher, Husumer Straße 44, 21465 Reinbek, Tel.: 040/722 2553

E-Mail: steffenschumacher@alice-dsl.de

Detlef Schiel, Hegelstraße 6, 29439 Lüchow, Tel.: 05841 / 96 17 21

E-Mail: schiel@automenzel.de

Uwe Scholz, Vogt-Schmidt-Straße 14, 25462 Rellingen, Tel.: 04101 / 267 57

E-Mail: uwe.scholz@hanse.net



Bitte beachten Sie auch die Informationen der SSG im Internet, unter "www.schlaf-portal.de" Stichwort – "Selbsthilfe"

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek:

Steffen Schumacher, Husumer Straße 44, 21465 Reinbek

Detlef Schiel, Hegelstraße 6, 29439 Lüchow

Uwe Scholz, Vogt-Schmidt-Straße 14, 25462 Rellingen

Reinbek, Montag, 29. März 2010

Sehr geehrte(r) Patient(in) der Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek und sehr geehrte Angehörige der Betroffenen, sehr geehrte Mitwirkende, Unterstützer sowie Förderer der Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek, und alle Interessierten an den Selbsthilfegruppentreffen, von unserem Gruppen-Treffen am 10. März 2010 erhalten Sie nun das Protokoll.

Protokoll vom 2. Treffen der SSG am Mittwoch 10.03.2010 im Krankenhaus Großhansdorf, Vortragssaal, Wöhrendamm 80, 22927 Großhansdorf, zusammen mit Herrn Prof.Dr.med. Helgo Magnussen, Ärztlicher Direktor und Chefarzt des Krankenhauses Großhansdorf, Frau Dr.med. Maike Oldigs und Frau Dr. med. Petra Wagner Schlaflabor Krankenhaus Großhansdorf

TOP 1.) Begrüßung der Teilnehmer durch Herrn Steffen Schumacher

Herr Schumacher begrüßte die Teilnehmer des zweiten Patiententreffens der Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek in 2010, zu dem in das Krankenhaus Großhansdorf eingeladen wurde. Herr Schumacher begrüßte die Ärzte und Mitarbeiter der Schlafmedizin: Herrn Prof.Dr.med. H. Magnussen, Ärztlicher Direktor und Chefarzt des Krankenhauses Großhansdorf, den heutigen Vortragenden, Frau Dr.med. M. Oldigs, Frau Dr.med. P. Wagner und die MTA's Frau G. Kuziek und Frau E. Schröder vom Schlaflabor im Krankenhaus Großhansdorf, sowie die anwesenden Mitarbeiter der verschiedenen Firmen der Medizintechnik, der medizinischen Hilfsmittelhersteller und Hilfsmittellieferanten bzw. – Versorger, die zu diesem Treffen gekommen waren: u.a. Herrn F. Forster und Herrn Cl. Radtke von der Fa. Linde Gas Therapeutics GmbH & Co.KG, Herrn H. Hansen von der Fa. RESMED GmbH & Co.KG.

Die Teilnehmer, die zum ersten Mal bei einem Patiententreffen im Krankenhaus Großhansdorf dabei waren, wurden gebeten sich in die Anwesenheitsliste einzutragen, damit Sie auch weiterhin Informationen und Einladungen von der SSG bekommen. Durch die Ankündigung auch dieser Veranstaltung in den Zeitungen HAMBURGER ABENDBLATT / AHRENSBURGER ZEITUNG und Ahrensburger MARKT Wochenzeitung für Ahrensburg, Großhansdorf, Ammersbek, Siek und Umgebung waren ca. 18 Teilnehmer gekommen die sich speziell für den Vortrag von Prof.Dr.med. H. Magnussen interessierten und sich nicht in die Anwesenheitsliste eintrugen.

TOP 2.) Vortrag von Herrn Prof.Dr.med. Helgo Magnussen, Ärztlicher Direktor und Chefarzt des Krankenhauses Großhansdorf

zu dem Thema: "Update - kardiovaskuläre Erkrankungen und Schlafapnoe" Aktualisierungen und neue Erkenntnisse

Der Vortrag von Herrn Prof.Dr.med. Helgo Magnussen wird hier sinngemäß wiedergegeben :

Kardiovaskuläre Erkrankungen sind eine Gruppe von Erkrankungen, die vom Herzen und / oder vom Gefäßsystem ausgehen, die das Herz bzw. die Herzkranzgefäße (Koronarien) und das gesamte arterielle Blutgefäßsystem des Körpers umfassen. Daher wird ein großes Spektrum an Erkrankungen unter diesem Oberbegriff zusammengefasst. Dazu gehören beispielsweise die Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Durchblutungsstörungen, Bluthochdruck sowie Herzrhythmusstörungen. Die Koronare Herzkrankheit (KHK) mit dem erhöhten Risiko des Herzinfarkts, der Schlaganfall und die periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK). Ein Großteil davon ist mit der Arteriosklerose (Ablagerung von fett- und kalkhaltigen Plaques in den Gefäßwänden der Schlagadern = Arterien) verknüpft.

Kardiovaskulär = [griechisch/lateinisch] das Herz und die Gefäße des Kreislaufs betreffend.

Arteriosklerose und ihre Folgekrankheiten sind bei Naturvölkern nahezu unbekannt. Auf der anderen Seite stirbt mittlerweile jeder zweite Bundesbürger an einer Störung seines Herz-Kreislauf-Systems. Insbesondere ältere Menschen sind betroffen. Der Schluss liegt auf der Hand: Kardiovaskuläre Krankheiten sind typische Zivilisationskrankheiten, und wie sehr sich unsere Gefäße verändern, hängt letztlich von unserer Lebensweise ab. Sie sind allesamt Folgeerscheinungen unserer modernen Lebensführung, werden durch dieselben Risikofaktoren begünstigt und können durch dieselben Vorbeugungsmaßnahmen verhindert werden.

Fett- und eiweißreiche Ernährung, Überernährung, Übergewicht, Bewegungsmangel, Alkohol, Rauchen, Dauerstress, unzureichender Schlaf, unverarbeitete Konflikte usw. gehören zu den Risikofaktoren. In den meisten Fällen erfolgt die Erkrankung durch das Zusammenspiel mehrerer Faktoren.

Arteriosklerose (auch Atherosklerose, umgangssprachlich auch Arterienverkalkung) bezeichnet die Verhärtung der Adern durch Gefäßeinlagerungen. Bei diesem Vorgang bekommt Cholesterin eine besondere Bedeutung: Cholesterinkristallablagerungen führen in den Adern zur Bildung von entzündlichen Herden, in denen sich Blutbestandteile, Fettstoffe, Stoffwechschlacken und Kalksalze gerne festsetzen. Es bilden sich die so genannten Plaques, flächige Verkalkungen; dadurch wird die Gefäßwand härter und enger. Die Arterie verliert ihre Elastizität und kommt ihrer Aufgabe, dem Bluttransport vom Herzen in die einzelnen Körperbereiche, nur noch schwer nach.

Die Arterienverkalkung kann bereits im Jugendalter einsetzen und sich über Jahrzehnte weiter entwickeln, ohne dass man sie spürt. Diabetiker und Personen mit hohem Blutdruck sind besonders gefährdet. Erst die Folgeerkrankungen (Angina pectoris-Anfall, Herzinfarkt, Kreislaufkollaps, Schlaganfall) konfrontieren die betroffene Person mit dem Phänomen Arteriosklerose.

Arterielle Durchblutungsprobleme sind nicht nur eine Männersache. Die Praxis zeigt, daß die Kombination Rauchen + Pille auch für die Frau ab 30 gefäßfeindlich ist. Erste Anzeichen sind kalte Füße, Prickeln in den Zehen, Wadenschmerzen bei längerem Gehen.

Bluthochdruck hat keine eindeutige Ursache. Manchmal kann die Einnahme von bestimmten Medikamenten oder eine übermäßige Sekretion von Nierenhormonen den Blutdruck hochschnellen lassen (der untere Wert ist dann stärker erhöht als der obere). In den meisten Fällen weist Bluthochdruck jedoch auf eine fortgeschrittene Arterienverkalkung hin: Je härter und enger die Gefäße, um so höher wird der Blutdruck sein. Hohe Blutdruckwerte liegen ebenfalls bei Dauerstress vor, bei dem es zu Gefäßkrämpfen kommt. Bluthochdruck schädigt die Gefäßwände, so dass die Gefahr eines Zerreißen oder eines Verschlusses immer besteht.

Jeder vierte Bundesbürger leidet unter erhöhtem Blutdruck (ab systolisch 160 zu diastolisch 95 mmHg. Optimal wäre ein Blutdruck unter 120 zu 80 mmHg).

Anzeichen erhöhten Blutdrucks sind unter anderem schnelle Ermüdbarkeit, Schwindelgefühl, Schweißausbrüche.

Herzrhythmusstörungen sind Abweichungen von der normalen Herzschlagfolge außerhalb einer durch Belastung bedingten Herzfrequenz. Bei Herzrasen oder Herzflimmern kann eine Schlagfolge von 200 bis 250 in der Minute und sogar darüber hinaus erreicht werden. Stress, Aufregung, hoher Blutdruck, übermäßiger Kaffeekonsum, aber auch Unterzuckerung und funktionelle Störungen der Schilddrüse können die Ursache sein. Sackt die Schlagfrequenz wiederum auf Werte um 24 in der Minute, besteht die Gefahr eines Kreislaufzusammenbruchs, der bekanntlich zum Herzversagen führen kann.

Kardiovaskuläre Risiken der schlafbezogenen Atmungsstörungen

Der häufigste Typ schlafbezogener Atmungsstörungen ist die obstruktive schlafbezogene Atmungsstörung (obstruktive SBAS > obstruktive = störende, behindernde, einengende, versperrende < schlafbezogene Atmungsstörung / die bedeutsamste SBAS ist das obstruktive Schlafapnoesyndrom = OSAS). Dabei kommt es durch eine in der Nacht auftretende Obstruktion (= Verengung, Verstopfung, bis zum kompletten Verschluss) der oberen Atemwege zu einer Unterbrechung des Atemflusses mit unmittelbar nachfolgender Hypoxämie (der Sauerstoffgehalt des Blutes fällt dabei erheblich ab). Die Prävalenz (= Krankheitshäufigkeit) von obstruktiven schlafbezogenen Atmungsstörungen in der Gesamtbevölkerung liegt bei 1 % bis 2 %.

Eine enge Verbindung dieser Erkrankung zu dem Auftreten von erhöhten kardiovaskulären Erkrankungen in der Bevölkerung und der Häufigkeit von Sterbefällen ist inzwischen unbestritten. Ebenso besteht mittlerweile Übereinstimmung bei der Einschätzung darüber, dass die obstruktive schlafbezogene Atmungsstörung ein eigenständiger Risikofaktor für die Entstehung einer arteriellen Hypertonie ist (= arterieller Bluthochdruck - ein Krankheitsbild, bei dem der Blutdruck des arteriellen Gefäßsystems chronisch erhöht ist). Letztere gilt wiederum als ein Hauptrisikofaktor für das Auftreten von Vorhofflimmern (VHF). Dieses zeitliche Zusammentreffen von den beiden Ereignissen macht eine erhöhte Prävalenz (= Krankheitshäufigkeit) der obstruktiven schlafbezogenen Atmungsstörung begreiflich.

Eine andere Gruppe schlafbezogener Atmungsstörungen ist insbesondere im Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen in letzter Zeit zunehmend in den Focus der Aufmerksamkeit gerückt: Die zentrale schlafbezogene Atmungsstörung und im Speziellen die Sonderform: die sogenannte Cheyne-Stokes-Atmung (zusammengefasst unter ZSA/CSR). Sie zeichnet sich durch ein periodisches Ansteigen und Abnehmen der Atemtiefe aus (Crescendo und Decrescendo – ein variieren der Menge des Luftstroms). Meist mit zeitweiligen, aber unterbrochenen Atemstillständen (intermittierenden Apnoephasen) und mit unmittelbar nachfolgender, aber häufig mit viel geringer ausgeprägten Sauerstoffentsättigungen (Hypoxämien), als bei der obstruktiven schlafbezogenen Atmungsstörung. Frühere Studien beschreiben eine hohe Prävalenz (= Krankheitshäufigkeit) insbesondere der ZSA/CSR bei systolischer Herzinsuffizienz (Herzschwäche), jedoch ist auch über eine Beziehung zum Vorhofflimmern (VHF) berichtet worden.

Schlafbezogene Atmungsstörungen setzen durch die immer wiederkehrende Sauerstoffentsättigung im Blut einen Effekt in Gang, der die Gefäßinnenwände durch oxidativen Stress schädigt. Kardiovaskuläre Ereignisse werden erheblich häufiger bei Schäden an den Innenwänden der Blutgefäße, dem so genannten Gefäß-Endothel, beobachtet. Durch die Endothelschädigungen und die endotheliale Dysfunktion werden die Funktionen die das Hormonsystem über das größte Organ des Körpers, die Blutgefäße, auf die Zielorgane ausübt und die Wirkungen der chemischen Botenstoffe der Hormone, direkt auf die Rezeptoren in den Nachbarzellen der Blutgefäße, sehr stark eingeschränkt, weil die Durchblutung als Folge der schlafbezogenen Atmungsstörungen eben behindert ist. In der Gefäßwand kommt es auch zu Änderungen in der Gefäßmuskulatur, die den Gefäßen die richtige Spannung verleiht. Es gibt zwei verschiedene Typen glatter Gefäßmuskelzellen. Der Anteil sogenannter kontraktiler Gefäßmuskelzellen, die durch ihre Muskelarbeit die Spannung der Blutgefäße und damit den Blutdruck regulieren, sinkt. Dagegen steigt die Zahl der Zellen, die ihre Kontraktionsfähigkeit bereits verloren haben und nun Entzündungsstoffe freisetzen; und damit auch zu Prozessen

krankhafter Umbauvorgänge, die entscheidend für die Ausbildung arteriosklerotischer Plaques und für die Entstehung von Gefäßverschlüssen sind.

Patienten und Methodik

Schnarchen ist ein außerordentlich häufig anzutreffendes Phänomen, wobei das Vorhandensein von Schnarchen nicht zwingend auch das Vorliegen eines Schlafapnoe-Syndroms bedeuten muss. Viele Studien belegen, dass um das Alter von vierzig Jahren 40% der Männer und 30% der Frauen mehr oder weniger schnarchen. Dieses Problem betrifft also über ein Drittel der erwachsenen Bevölkerung. Nur leider wird dieses Thema in unserer Gesellschaft wie ein Tabu behandelt und regelrecht totgeschwiegen. Wer gibt auch gerne zu, dass er laut schnarcht? Schätzungen gehen von derzeit 2 Millionen behandlungsbedürftigen Patienten in Deutschland aus. Bis zu 80% der Männer über 50 Jahre schnarchen nachts. Auch Frauen neigen zum Schnarchen, aber in geringerem Maße. Das Schlafapnoe-Syndrom ist die häufigste organisch begründete schlafbezogene Atmungsstörung. In Deutschland sind 1-2 % der Frauen und 2-4 % der Männer im mittleren Lebensalter vom OSAS betroffen (2009 ca. 81,9 Millionen Einwohner), also etwa 980.000 Menschen. Häufig löst die OSAS auch zentrale Atemaussetzer aus, sodass auch die gemischte Form sehr häufig ist.

Bei den Patienten mit der obstruktiven Schlafapnoe kommt es während des Schlafs zu einem wiederholten Verschluss (Verlegung) der oberen Atemwege durch den erschlafften Zungenrund (Obstruktion = Verengung, Verlegung, Verstopfung, bis zum kompletten Verschluss). Es entsteht dabei der sogenannte Atemwegskollaps, der wiederholte komplette oder partielle Zusammenbruch der oberen Atemwege. Wenn der Luftstrom hierdurch blockiert wird, findet eine forcierte Zwerchfell- und Brustatmung statt, bis der Widerstand des Strömungshindernisses überwunden wird, bzw. bis eine Weckreaktion (arousal) stattfindet. Nun kommt es unter meist sehr lauten Schnarchgeräuschen zum vorübergehenden Einströmen von Atemluft, bis eine erneute Atemwegsverlegung stattfindet. Je nach Schweregrad des Apnoesyndroms wiederholt sich dieser Vorgang mehrmals in der Stunde.

Eine Schlafapnoe ist wahrscheinlich, wenn neben der klinischen Symptomatik (Obstruktives Schnarchen, Atemaussetzer, fehlende Erholbarkeit des Nachtschlafes und Tagesmüdigkeit) in der nächtlichen ambulanten Messung = Polygraphie, bei einer Aufzeichnungszeit von mindestens sechs Stunden Schlaf, im Durchschnitt pro Stunde :

A.) mindestens zehn Apnoe-/Hypopnoe-Phasen über 10 Sekunden Dauer (pathologischer *Apnoe-/Hypopnoe-Index* AHI: größer als >10) mit dem charakteristischen episodischen Abfall der Sauerstoffsättigung des Blutes nachgewiesen werden,

oder B.) wenn mindestens fünf Apnoe-/Hypopnoe-Phasen oder fünf durch Atmungsstörungen ausgelöste Weckreaktionen pro Stunde Schlaf und zusätzlich mindestens zwei der folgenden Symptome: Kein erholsamer Schlaf, Konzentrationsstörungen, Müdigkeit am Tag, Nächtliches Erstickungsgefühl (Choking), Wiederholtes Aufwachen in der Nacht, nachgewiesen werden,

oder C.) wenn mindestens fünfzehn Apnoe-/Hypopnoe-Phasen oder fünfzehn durch Atmungsstörungen ausgelöste Weckreaktionen pro Stunde Schlaf nachgewiesen werden.

Neben den erwähnten Atemstillständen (Apnoen) werden auch Schlaf-Ereignisse mit einer eingeschränkten Atmungsintensität (Hypopnoen) beobachtet. Diese Hypopnoen sind nicht einheitlich definiert. Gebräuchlich sind die folgenden Begriffsbestimmungen: Verringerung der mechanischen Atembewegungen (Brustkorb- und Zwerchfellbewegungen) um mindestens 50% vom Ausgangswert, Verringerung des Atemflusses um mindestens 50% vom Ausgangswert für mindestens 10sek, Abfall der Sauerstoffsättigung um mindestens 4% (klinisch relevanter unterer Grenzwert der Sauerstoffentsättigung während der Apnoe- und Hypopnoephasen).

Die Anzahl der Apnoen und Hypopnoen pro Stunde wird als Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) bezeichnet. Der Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) fasst Apnoen und Hypopnoen in einem Wert zusammen und ist ein Indiz zur Bewertung des Schweregrades der obstruktive Schlafapnoe, aber nicht der eingestellte Therapiedruck des Atemtherapiegerätes in mbar oder hPa.

Die Sauerstoffwerte im Blut sinken mit ansteigendem AHI.

Die Schweregradklassifizierung der OSA wurde in Anlehnung an die Empfehlung der American Academy of Sleep Medicine Task Force über den Apnoe-Hypopnoe Index (AHI) vorgenommen:

Eine harmlose Ausprägung der obstruktiven Schlafapnoe liegt bei einem AHI unter 5/h, eine leichte, milde Ausprägung der OSA wurde bei einem AHI von 5 – 14/h festgelegt, eine moderate, mittelschwere Ausprägung der OSA wurde bei einem AHI von 15 – 30/h, und eine schwere Ausprägung der OSA wurde bei AHI Werten über 30/h festgelegt.

Eine Vielzahl großer randomisierter placebo-kontrollierter Studien (bei denen die teilnehmenden Patienten nach dem Zufallsprinzip den unterschiedlichen Behandlungen zugeteilt werden und ein Teil der Patienten mit Scheinarzneimitteln, welche keinen Arzneistoff enthalten und somit auch keine durch einen solchen Stoff verursachte pharmakologische Wirkung haben können, behandelt werden), konnte in den letzten Jahren zeigen:

Die Sterblichkeit bei Schlaf-Apnoe-Patienten ist insgesamt erhöht, dabei treten "plötzliche kardiale (vom Herzen ausgehende) Todesfälle" vermehrt während der Schlafzeit zwischen Mitternacht und 06.00 Uhr morgens auf, die anderen Patienten sterben überwiegend frühmorgens am Tag. In einer kürzlich veröffentlichten großen Studie hatten 46% der Patienten die nachts am "plötzlichen Herztod" starben ein obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom.

Viele zur Verfügung stehende Daten sprechen dafür, dass das obstruktive Schlaf-Apnoe-Syndrom nicht nur eine Risikoindikation im Rahmen der Multimorbidität der Patienten ist (darunter versteht man die gleichzeitige Existenz mehrerer Krankheiten bei einer einzelnen Person), sondern einen eigenständigen kardiovaskulären Risikofaktor darstellt. Hierfür sprechen vor allem Daten, die zeigen konnten, dass eine effektive Therapie eines obstruktiven Schlaf-Apnoe-Syndroms, z. B. durch die nasale CPAP-Therapie (steht für **C**ontinuous **P**ositive **A**irway **P**ressure = Kontinuierlicher Atemwegsüberdruck, pneumatische Schienung, keine Beatmung!) in der Lage ist, die Anzahl der Todesfälle bei Schlaf-Apnoe-Patienten deutlich erkennbar zu senken und das kardiovaskuläre Risiko zu reduzieren.

364 Patienten erhielten eine CPAP-Therapie, 85 wurden nicht behandelt. Die aufgeteilten Patienten wurden 72 Monate nachbeobachtet. Endpunkte der Studie waren nicht-fatale kardiovaskuläre Ereignisse wie: Myokardinfarkt (Herzinfarkt, Herzanfall oder umgangssprachlich auch als Herzkasper bezeichnet, es handelt sich aber um eine akute und lebensbedrohliche Erkrankung des Herzens), eine gebräuchliche Abkürzung ist AMI (acute myocardial infarction) Schlaganfall, akutes Koronarsyndrom (ACS) mit Revaskularisationsnotwendigkeit (das akute Koronarsyndrom umfasst das Vorhandensein der «instabilen Angina pectoris, *Brustenge*, *Herzschmerz*, Abk. AP, ein anfallsartiger Schmerz in der Brust, der durch eine Durchblutungsstörung des Herzens ausgelöst wird und mit einer gefäßchirurgischen Verbesserung der Durchblutung minderversorgter Gewebe behandelt wird») und fatale kardiovaskuläre Ereignisse wie: Tod durch Myokardinfarkt oder Schlaganfall. Es wurden die ereignisfreien Überlebensraten von behandelten und unbehandelten Patienten miteinander verglichen.

Ergebnisse: Die vorrangig in dieser Studie interessierende Gruppe waren die Patienten mit leicht- bis mittelgradig ausgeprägter OSA. Hiervon wurden 288 Patienten untersucht. Unbehandelte Patienten wiesen deutlich häufiger kardiovaskuläre Ereignisse auf (unbehandelt 25,3 %; behandelt 14,4 %). Die ereignisfreie Überlebensrate nach zehn Jahren betrug in der unbehandelten Gruppe 51,8 % gegenüber 80,3 % in der CPAP-behandelten Gruppe, was einer absoluten Risikoreduktion von 28,5 % entsprach. Die CPAP-Behandlung stellte eine von Alter, Geschlecht, kardiovaskulären Risikofaktoren und gleichzeitig auftretenden, zusätzlichen Erkrankungen unabhängige Voraussage der zukünftigen Entwicklung für die Verringerung kardiovaskulärer Ereignisse dar.

Die Behandlung der obstruktiven Schlafapnoe (OSA) mit Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) kann auch bei nur leicht- bis mittelgradig ausgeprägter schlafbezogener Atmungsstörung eine primäre und sekundäre kardiovaskuläre Präventionsmaßnahme darstellen. Die Vorbeugemaßnahme setzt ein, bevor eine größere Schädigung eintritt und soll mit speziellen Maßnahmen dafür sorgen, dass sich der Verlauf nicht verschlimmert.

Schnarcher sind einer neuen Studie zufolge anfälliger für chronische Bronchitis als Leiseschläfer. Die Studie betont das Risiko von Entzündungen der Atemwege durch Schnarchen. Menschen, die sechs oder sieben Mal in der Woche schnarchen, haben eine 68 Prozent höhere Wahrscheinlichkeit an chronischer Bronchitis zu erkranken als ihre nicht schnarchenden Zeitgenossen. Den Wissenschaftlern zufolge könnten die vom Schnarchen erzeugten Vibrationen in den Atemwegen Entzündungen der oberen Luftwege hervorrufen. Allerdings müsse das Thema noch gründlicher erforscht werden, weil der genaue Zusammenhang noch nicht geklärt sei. Für die Studie wurde das Schlaf- und Schnarchverhalten von 4270 Menschen - 52 Prozent Männer und 48 Prozent Frauen - über mehrere Jahre lang untersucht. – Die Schwingungen durch das Schnarchen übertragen sich auch auf die Gefäßwände der inneren Halsschlagader, Arteria carotis interna (sie führt das Blut zum Gehirn), dadurch wird die Elastizität der Gefäßinnenwände genau so beeinträchtigt, wie durch die immer wiederkehrenden Sauerstoffentsättigungen, und der Blutdruck kann nicht mehr ausreichend reguliert werden. Im Normalfall sinkt der Blutdruck in der Nacht um mehr als 10 % ab, die von Schlafbezogenen Atmungsstörungen ausgehenden Alarmsignale treiben den Blutdruck aber hoch und die blutdrucksenkenden Medikamente können keine Wirkung erzielen.

Von den beim Schnarchen erzeugten Vibrationen wird im Rachen das Zäpfchen gerötet und Zäpfchen und Rachenmandeln neigen zu Entzündungen, weil sie immer geschüttelt werden. Für das kardiovaskuläre Risiko ist weniger das Übergewicht als vielmehr das Fettverteilungsmuster entscheidend. Besonders nachteilig wirken sich hier Fettdepots im Bauchraum und an den inneren Organen aus. Die Adipositas bzw. Fettleibigkeit, Fettsucht, Obesitas (englisch "Obesity") ist eine Bezeichnung für starkes Übergewicht durch eine über das normale Maß hinausgehende Vermehrung des Körperfettes mit krankhaften Auswirkungen. Die Abgrenzung zwischen den verschiedenen Schweregraden der Adipositas erfolgt über den Körpermassen-Index (Body-Mass-Index BMI). Adipositas Grad I = Übergewicht (erhöhtes Risiko), beginnt mit einem Body-Mass-Index von 30 BMI (kg/m²), bzw. größer als 30 BMI (kg/m²).

Mit dem Übergewicht beginnen die deutlichen Anzeichen und Symptome für eine Schlafapnoe. Wenn Übergewicht, dann auch und insbesondere im Halsbereich, sowie zu viel Fett im Rachenbereich, vergrößerter Halsumfang (ab 45 cm). Übergewicht bedeutet auch Zunahme vom Zungengewicht, die dadurch natürlich erst recht in den Rachen zurückfällt und so für einen kompletten Verschluss der oberen Atemwege sorgt. Gemeinsamer Risikofaktor von Schlafbezogenen Atmungsstörungen ist das starke Übergewicht.

Abnehmen ist die einzige Möglichkeit länger zu leben. Es betrifft die schweren Erkrankungen, nicht die leichten.

Therapie von Schlafbezogenen Atmungsstörungen

- Gewichtsreduktion, Abnehmen um mindestens 25 – 30 kg, bzw. unter das Idealgewicht,
- Lagetherapie (anderes Liegen auf dem Bett) z.B. Vermeidung der Rückenlage,
- Unterkieferprotrusionsschienen, Vorverlagerung des Unterkiefers durch Aufbisschiene,
- Operation, HNO- und Kiefer-Chirurgie, Zäpfchen- Rachenmandeln- Gaumensegel-OP,
- CPAP, Continuous Positive Airway Pressure, Überdruckatmung, im Jahr 2008 wurden nach Schätzungen der marktführenden Firmen in Deutschland knapp 80.000 CPAP-Überdruckatmungsgeräte zur nicht-invasiven Therapie des Obstruktiven Schlafapnoesyndroms neu verordnet,
- medikamentöse / pharmakologische Therapie,
- Muskel-Training der Rachenmuskulatur, Orofaziale Muskelfunktionstherapien (Therapien das Gesicht, den Mund, die Zunge, den Gaumen betreffend) u.a. das Spielen von Instrumenten wie Alphorn, Posaune, Trompete und Didgeridoo oder Gesang.

Beim Zungenmuskeltraining (ZMT) führt der Patient nach anfänglicher Anleitung in Selbstanwendung eine systematische Elektrostimulationsbehandlung seiner Zungengrundmuskulatur durch. Hierdurch soll der Muskeltonus verbessert werden, so dass eine maximale Muskeler-schlaffung während des Schlafes mit Verlegung der oberen Atemwege verhindert wird. Zu diesem Zweck platziert der Patient zweimal am Tag für jeweils 20 - 30 Minuten eine Mundelek-

trode unter seiner Zunge; eine zweite selbsthaftende Elektrode wird unter dem Kinn auf der äußeren Haut befestigt. Diese beiden Elektroden werden mit einem handlichen elektrischen Aggregat verbunden, welches zum schrittweisen Training der Zungengrundmuskulatur in einer rhythmischen Abfolge elektrische Impulse niedriger Frequenz und Intensität aussendet. Diese Stromimpulse aktivieren die Zungengrundmuskulatur und die dazugehörigen motorischen Nerven und bewirken rhythmische Muskelkontraktionen.

Nach bisherigen Empfehlungen sollten Patienten ein solches elektrisch vermitteltes Zungenmuskeltraining zweimal täglich (morgens und abends) für 20-30 Minuten über acht Wochen durchführen. Danach kann der Patient ein aktives Muskeltraining (isometrische Übungen) beginnen ("Zungengymnastik").

Nach Ergebnissen einer Pilotstudie an 40 Patienten mit obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom ergaben sich durch eine ZMT-Behandlung in 65% der Fälle wesentliche Besserungen der Schlafapnoesyndrome, die jeweils durch Verlaufskontrollen im Schlaflabor objektiviert wurden. Bei diesen Patienten konnte die Anzahl der Apnoen, Hypopnoen und Sauerstoff-Entsättigungen im statistischen Mittel um durchschnittlich jeweils 50% verringert werden. Bei dem am besten ansprechenden Patienten sank der Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) unter dieser Behandlung von ursprünglich 89/h auf 18/h. Wie die bisherigen Verlaufsbeobachtungen zeigen, können die gewonnenen positiven Effekte über zwei Jahre oder länger anhalten. Bedarfsweise ist eine ZMT-Therapie jederzeit ohne Risiken oder relevante Nebenwirkungen wiederholbar.

Die schweizer Firma Asate AG steht für das Unternehmen, welches eine einzigartige Therapieform gegen Schnarchen und Schlafapnoe entwickelt hat. Mit einer fundierten medizinisch-wissenschaftlichen Studie wurde aufgezeigt, dass die alternative Therapie, Asate Medical Didge Therapy, nicht nur Schadensbegrenzung, sondern das erste Aktiv-Heilverfahren ist, das direkte Wirkung gegen Schnarchen und die nächtlichen Atemstillstände zeigt.



Mit einem Didgeridoo die Schlafapnoe behandeln? Ja Sie haben richtig gelesen, mit dem eigentlich bisher nur unter den Aborigines bekannten und ungewöhnlichen Instrument, der australischen Ureinwohner, kann tatsächlich ein Behandlungserfolg gegen das Schnarchen erzielt werden. Um dieses Instrument zu bedienen, müssen ungewöhnliche Muskelpartien, nämlich die des Rachens und der Zunge, beansprucht und trainiert werden. Diese Übungen, wie sie Didgeridoospieler verwenden, können eine lindernde Wirkung gegen die obstruktive Schlafapnoe haben. Die Kräftigung, gerade jener Atemmuskulatur, welche vor allem nachts erschlafft,

kann das Schnarchen direkt an der Ursache bekämpfen. Laut einer Studie aus den USA, verbesserte sich das Schnarchen bei einer Untersuchungsgruppe nach 3 Monaten um bis zu 40%. Auch Forscher der Universität Zürich und der Zürcher Höhenklinik Wald konnten zeigen, dass regelmäßiges Didgeridoo spielen den Schweregrad des krankhaften Schnarchens und der obstruktiven Schlafapnoe vermindern kann. Für Patienten, bei denen eine Behandlung mit nächtlicher Überdruckatmung (CPAP-Therapie) nicht geeignet ist, ist Didgeridoo spielen daher eine attraktive Alternative.

Schlafapnoe und Diabetes Für Diabetiker mit Schlafapnoe ergibt sich aus den Ergebnissen einer kürzlich durchgeführten Studie, dass sich bei der Behandlung mit der Überdruckatmungstherapie im günstigsten Fall die Insulinresistenz signifikant und anhaltend verringert. Nun haben Forscher herausgefunden, dass eine konsequente Therapie der Schlafapnoe sich womöglich auch positiv auf den Zuckerstoffwechsel auswirkt

Die häufigen Aufwachreaktionen bei Schlafapnoe-Patienten führen bekanntermaßen zur massiv gesteigerten Freisetzung von Hormonen, die eine Abnahme der Insulinwirkung und somit eine Neigung zu Diabetes bedingen. Forscher aus Erlangen untersuchten daher die Blutzuckereinstellung und Insulinantwort bei Patienten vor, während und nach einer Schlafapnoe-Therapie mit so genannten CPAP-Atemtherapiegeräten. Bei den behandelten Patienten kam es zu einer messbaren Verbesserung der Insulinwirkung schon nach kurzer Therapiedauer.

Auch in einer amerikanischen Untersuchung nahmen nach der Nahrungsaufnahme die Blutzuckerspitzen durch die CPAP-Therapie bei Diabetes-Patienten stark ab, und zwar je ausdauernder die Patienten CPAP anwendeten. Unklar ist jedoch zum jetzigen Zeitpunkt, ob ein generelles Schlafapnoe-Screening bei Diabetikern sinnvoll ist, um diese frühzeitig einer Therapie zuzuführen und Spätfolgen zu verhindern. Auch der Stellenwert bei Patienten mit Vorstufen eines Diabetes mellitus muss noch weiter geklärt werden. Bis dahin gilt jedoch: spätestens bei Atempausen und tiefen Schnarchattacken sollten sie den Arzt aufsuchen und sich im Schlaflabor untersuchen lassen.

Die Schlafapnoe ist ebenso wie der Diabetes mellitus, der Bluthochdruck und die Fettstoffwechselstörungen Bestandteil des metabolischen Syndroms, der Geißel unseres hohen Lebensstandards.

Nach anschließender Diskussion, der Beantwortung von Fragen aus dem Teilnehmerkreis durch Herrn Prof.Dr.med. H. Magnussen, Ärztlicher Direktor und Chefarzt des Krankenhauses Großhansdorf und einem Erfahrungsaustausch unter den anwesenden Teilnehmern bedankte sich Herr Schumacher bei Herrn Professor Magnussen für seine Ausführungen zu dem Thema " Update – kardiovaskuläre Erkrankungen und Schlafapnoe " Aktualisierungen und neue Erkenntnisse.

Beginn des Treffens 19.⁰⁰ Uhr, Ende ca. 21.⁰⁰ Uhr, Teilnehmerzahl: 89 Personen, die zum Teil mit ihren Familienangehörigen gekommen waren; davon 52 Patienten mit 11 Angehörigen der SSG, weitere 8 Teilnehmer waren Ärzte und Mitarbeiter vom Krankenhaus Großhansdorf und von medizinischen Firmen; von den Teilnehmern die zum ersten Mal Gast eines Patiententreffens waren, trugen sich 18 Teilnehmer in die Anwesenheitsliste ein.

Für das nächste, das dritte Patiententreffen 2010, am Mittwoch 28. April 2010, 19.⁰⁰ bis 21.⁰⁰ Uhr, wird eine Einladung in das **Krankenhaus Großhansdorf**, Vortragssaal, Wöhrendamm 80, 22927 Großhansdorf versendet. Kommen Sie zu unserer nächsten Veranstaltung, dem 3. Patiententreffen 2010, am Mittwoch 28. April 2010, 19.⁰⁰ bis 21.⁰⁰ Uhr, zu einem Vortrag von **Herrn Günter J. Freudenberg, Facharzt für Innere Medizin / Pneumologie / Schlafmedizin / Intensivmedizin**, Ärztlicher Qualitätsmanager (ÄKWL Weiterbildung – Ärztekammer Westfalen-Lippe) Klinische Leitung Schlaf- und Beatmungsmedizin Heinen + Löwenstein GmbH, Arzbacher Straße 80, D-56130 Bad Ems, Thema: "**Wenn die Nacht zur Qual wird**" – "**Angst bei der nächtlichen Therapie mit dem CPAP-Atemtherapiegerät**" **Ursachen und Lösungen**, anschließend Diskussion, zusammen mit Frau Dr.med. M. Oldigs, Frau Dr.med. S. Betge und Frau Dr.med. P. Wagner vom Schlaflabor Krankenhaus Großhansdorf.

Zur Information für die anwesenden Patienten und Teilnehmer lagen aus: "Schlafapnoe Aktuell" Fachzeitschrift Nr.30 / Oktober 2009 **VdK** – Fachverband Schlafapnoe. Infomaterial von den Firmen: RESMED GmbH&Co.KG Booklet "Schlafapnoe", Informations-Broschüre "Fragen und Antworten zu Schlaf-Störungen"; Autor: Frau Dr.med. H. Beneš, Schwerin, Herausgeber: SanofiAventis Deutschland GmbH, "Risiko Schlafmangel" Skript zur WDR-Sendereihe Quarks & Co, "Müdigkeit im Straßenverkehr" Booklet ADAC e.V. Ressort Verkehr.

Soweit mein Bericht vom zweiten Patiententreffen 2010 im Krankenhaus Großhansdorf, Vortragssaal, Wöhrendamm 80, 22927 Großhansdorf, zusammen mit Herrn Prof.Dr.med. H. Magnussen, Ärztlicher Direktor und Chefarzt des Krankenhauses Großhansdorf, Frau Dr.med. M.Oldigs und Frau Dr.med. P.Wagner vom Schlaflabor Krankenhaus Großhansdorf.

Wir bedanken uns bei der Firma Weinmann, Geräte für Medizin GmbH & Co.KG ·Hamburg, für die freundliche Unterstützung bei der Ausrichtung dieses Selbsthilfegruppentreffens, sowie bei der Fa. LindeGasTherapeutics und beim Krankenhaus Großhansdorf für die freundliche Unterstützung bei der Vervielfältigung und dem Versand des Protokolls und der Einladungen.

Ilse und Steffen Schumacher, für die Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek
Husumer Straße 44, 21465 Reinbek, Tel.: 040/ 722 25 53, Mobil: 0176/ 4869 0287
E-Mail: steffenschumacher@alice-dsl.de, Web: www.schlaf-portal.de