

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek

Mitglied im Sozialverband **VdK** - Fachverband Schlafapnoe - Chronische Schlafstörungen

Steffen Schumacher, Husumer Str. 44, 21465 Reinbek, Tel+Fax: 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, Freitag, 31. Juli 2009

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 Patienten-Treffen zum "Tag des Schlafes[®]" und "Tag der offenen Tür" für die Räume des Schlaflabors Dr. Hein am 17. Juni 2009, im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift erhalten Sie nun das Protokoll.

Protokoll von der Sonderveranstaltung der SSG am 17.06.2009 zum "Tag des Schlafes[®]" und "Tag der offenen Tür" für die Räume des Schlaflabors Dr. Hein im **KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT**, 15:00 bis 18:00 Uhr, und Vortrag in der Aula der Pflegeschule (hinter dem Hauptgebäude) des Krankenhauses, Hamburger Straße 41, 21465 Reinbek, zusammen mit Herrn Dr.med. Holger Hein, Bahnhofstraße 9, 21465 Reinbek

TOP 1.) Herr Dr. Holger Hein begrüßte die Teilnehmer des besonderen Selbsthilfegruppentreffens in Reinbek im Jahr 2009 unter dem Motto "Liebling du schnarchst". Begrüßt werden konnten die Mitarbeiter der Schlafmedizin, die MTA's Frau Mona Behrendt und Frau Annette Paezoldt, sowie die anwesenden Mitarbeiter der verschiedenen Firmen der Medizintechnik, der medizinischen Hilfsmittelhersteller und Hilfsmittellieferanten bzw. – Versorger, die zu diesem Treffen gekommen waren : u.a. Herr U. Schmid von der Fa. anamed GmbH, Herr J. Wilke und Herr S. Jürgensen von der Fa. LindeGas Therapeutics GmbH & Co.KG, Herr Th. Rethschulte von der Fa. RESMED GmbH & Co.KG, Herr M. Wokel von der Fa. Weinmann Geräte für Medizin GmbH & Co.KG sowie Herr O. Zuther von der Fa. ZUTHER+HAUTMANN Produkte für die Medizin GmbH & Co.KG.

Das Schlaflabor war von 15:00 bis 17:00 Uhr offen für Besichtigungen. Ein Vortrag von Herrn Dr. H. Hein für die Patienten fand von 17:00 bis 18:00 Uhr in der Aula der Pflegeschule (hinter dem Hauptgebäude) des St. Adolf-Stifts statt.

TOP 2.) Vortrag von Herrn Dr.med. Holger Hein zu dem Thema :

"Gibt es Alternativen zur CPAP-Therapie ?" anschließend Diskussion.

Der Vortrag von Herrn Dr.med. Holger Hein wird hier sinngemäß wiedergegeben :

es folgt Seite – 2 –

Welche Therapieziele erwarten wir von der CPAP-Therapie?

Komplette Beseitigung der schlafbezogenen Atmungsstörungen! Entweder der Obstruktion im Rachenbereich oder der zentralen Hypoventilation bzw. zentralen Apnoen, mit vollständiger Normalisierung aller hierdurch ausgelösten Symptome und Folgeerkrankungen.

(SNAK: Leitlinie zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen beim Erwachsenen).
(Pneumologie 2001; 55: 339-342)

Ein behandlungsbedürftiges obstruktives Schlafapnoesyndrom tritt in der erwachsenen Bevölkerung mit einer Häufigkeit von ca. 2 bis 4 % auf. Bei den 30-60-Jährigen wird es auf vier Prozent der Männer und zwei Prozent der Frauen geschätzt [Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland: 82.369.548 (Juli 2008)]. Mit steigendem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit zu, eine Schlafapnoe zu bekommen.

Die Ursache ist ein Kollaps der Weichteile im Rachen während des negativen Atemwegsdrucks bei der Einatmung.

Durch die Atempausen (bzw. die zu flache Atmung) und die Sauerstoffentsättigungen verdoppeln sich nachts die Werte von Stresshormonen, statt abzusinken. Außerdem wird eine ganze Kaskade von Entzündungsfaktoren aktiviert. Dadurch ist die Wahrscheinlichkeit, über viele Jahre gesehen eine Arteriosklerose zu entwickeln und einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu bekommen, etwa dreifach erhöht. Außerdem führen die Atmungsstörungen zu einer Fragmentierung des Schlafes, und es kann Tagesschläfrigkeit aufgrund des nicht-erholsamen Schlafes auftreten. Das obstruktive Schlafapnoesyndrom ist ein wichtiger Risikofaktor für einen nicht-erholsamen Schlaf, sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Häufigkeit von Gefäßerkrankungen.

Kontrollgruppe ohne OSAS 6,6 % OSAS Schlafapnoiker ohne CPAP behandelt 36,7 %
OSAS mit CPAP behandelt 6,7 %

Unfälle / Jahr

allgemeine Rate in der Bevölkerung 0,01 –

Apnoiker vor der CPAP-Therapie 0,07 – mit CPAP therapiert 0,00 – keine CPAP Nutzung 0,07

Medikamente

Vom Einsatz verschiedener Medikamente wird aus medizinischer Sicht abgeraten.

Therapie – Gewichtsreduktion

Die Basis jeder Therapie schlafbezogener obstruktiver Atmungsstörungen ist eine Gewichtsreduktion. Die Daten zeigen allerdings auch, dass eine Gewichtsreduktion als alleinige Therapiemaßnahme oft nicht ausreichend ist.

Übergewicht ist bei den Patienten bis zum 50.-ten Lebensjahr zu 3/4 nachweisbar, bei den Patienten über 50 Jahre noch zur Hälfte. Eine deutliche Gewichtsabnahme ist daher eine gute Therapiemöglichkeit, wenn auch nicht bei jedem ausreichend.

Übergewicht in der Bevölkerung = 75 % der Männer und mehr als 50 % der Frauen bringen zu viel Pfunde auf die Waage ! (SDB - Sleep Disordered Breathing attributable to overweight = Übergewicht als Merkmal für Schlafbezogene Atmungsstörungen)

Aus den Schlafaufzeichnungen / Nachtmessungen eines männlichen Schlafapnoikers war zu erkennen, dass sich, nach einer Gewichtsabnahme um 34 kg, von 96 kg auf nur noch 62 kg, seine Atempausen von 97 auf 33 und die Sauerstoffentsättigungen von 79 zu 70 % auf 15 zu 85 % verringerten und sich damit wesentlich gebessert hatten.

600 Patienten haben einer Studie zu folge unter der CPAP-Therapie abgenommen.

Therapie – CPAP (Continuous Positive Airway Pressure)

Die Behandlung der OSA (obstruktive Schlafapnoe) kann auf verschiedene Weisen erfolgen, wobei sich die nasale Überdruckatmung (nCPAP) als Standardmethode durchgesetzt hat, bei der die Weichteile des Rachens durch einen individuellen, kontinuierlichen Überdruck vor dem Zusammenfallen bewahrt werden.

Um die Effizienz und den Komfort der Behandlung zu verbessern, wurden Geräte entwickelt, die den Beatmungsdruck abhängig vom Obstruktionsgrad einstellen (APAP). Dabei haben sich seit einiger Zeit Verfahren zur Druckregelung durchgesetzt, die auf der Messung bzw. der Abschätzung des Atemwegswiderstands basieren. Ausgehend von der Durchflussmessung der Atemluft wird die Abflachung des inspiratorischen Atemflusses (der Einatmung) als Anzeichen für eine Obstruktion gedeutet. Diese Abflachung kann von Atemzug zu Atemzug untersucht werden.

Mittlerer Blutdruck unter effektiv eingestelltem CPAP-Druck / nicht effektivem CPAP.

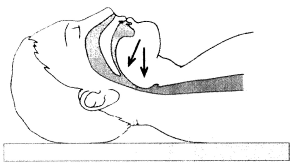
Bei einem zu geringen CPAP-Druck von nur 4 mbar, bleibt der Blutdruck nachts unverändert, ein richtig eingestellter CPAP-Druck ergibt einen Blutdruckabfall nachts um $-9,9 \pm 11,4$ mmHg

Therapie – Unterkieferprotrusionsschienen

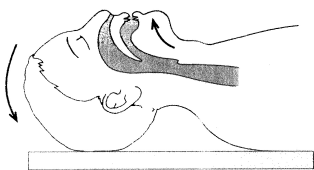
Zahnschienen sind keine Alternative sondern eine ganz andere Therapie.

Die Esmarch Schiene; diese Schiene bringt den Unterkiefer von hinten nach vorne.

Schon der deutsche Chirurg Friedrich von Esmarch (1823 – 1908) kannte das Problem der gestörten Atmung, bzw. der verlegten oder verschlossenen Luftröhre durch den Unterkiefer und Zungengrund, was zu erheblichen Komplikationen bei Operationen führen konnte.



In den "Erste Hilfe" Lehrgängen "Lebensrettende Sofortmaßnahmen" für die Führerscheinprüfung, haben wir die Abhilfe bei Störungen der Atmung und die Handhabung der Atemspende gelernt. Man legt den Kranken oder Verletzten auf den Rücken und schiebt ein Polster unter die Schulterblätter, so dass der Kopf nach hinten unten gebeugt (überstreckt) ist. Den Kopf biegt man mit beiden Händen kräftig in den Nacken, dadurch heben sich Unterkiefer und Zungengrund und geben die Atmung wieder frei.



Bei flacher Lagerung wird die Luftröhre durch den Unterkiefer und Zungengrund verlegt (siehe Abb. oben),

die Luftröhre wird durch den Esmarch-Handgriff wieder frei, wenn man den Kopf überstreckt (siehe Abb. unten).

Typen intraoraler Hilfsmittel / Schnarchtherapiegeräte

1. Unterkieferprotrusionsschienen (= Unterkiefervorschubschienen), meistens zweiteilig, sogenannte Esmarch-Schienen oder TAP-Schienen (TAP="Thornton Adjustabel Positioner" die Schiene wurde nach dem amerikanischen Erfinder, dem Bostoner Zahnarzt Thornton, benannt). Ober- und Unterkieferschienen aus Kunststoff sind mit einem oder zwei Verbindungselementen verbunden, so dass die Unterkieferposition zum einen in einer Vorschubstellung gehalten wird, zum anderen aber im Nachhinein in der Position noch veränderbar bleibt – die Beweglichkeit des Unterkiefers bleibt erhalten, der Unterkiefervorschub bleibt durch individuelle Feineinstellung verstellbar und ein ausreichender Unterkiefervorschub von mindestens 6 mm sollte einzustellen sein, um die optimale Atemwegsöffnung zu erzielen. Dadurch befindet sich der Unterkiefer-Zungenkomplex nachts 6 mm weiter vorne und erweitert so die Atemwege auf Höhe des Gaumensegels und des Zungengrundes.

Von den über 60 intraoralen Hilfsmitteln, die sich derzeit auf dem Markt befinden, haben sich die Unterkieferprotrusionsschienen am besten bewährt. Der AHI ändert sich deutlich.

Kontraindikationen (Gegenanzeigen)

Zähne und Gebiss sind ungeeignet, Lockere Zähne, Erkrankungen des Temporomandibulargelenkes (Diagnostik von Funktionsstörungen und degenerativen Veränderungen des Kiefergelenkes), maximale Protrusion (Unterkiefervorschub) von nur < 6 mm, von 100 Patienten (Untersuchung durch 2 Kieferchirurgen) wurden bei 34 % Kontraindikationen (Gegenanzeigen) festgestellt. (davon 31: zu wenig Zähne, 17: Erkrankungen des Zahnfleisches,

2: Kiefergelenkprobleme) 16% benötigten zahnärztliche Maßnahmen vor der Versorgung mit intraoralen Hilfsmitteln.

Nebenwirkungen : Mundtrockenheit, gesteigerter Speichelfluss, schmerzende Zähne, Zahnstellungsänderungen, Schmerzen in der Kaumusculatur, Schmerzen in dem Kiefergelenk.

2. Aktivatoren (meistens einteilig),

Zahnspangen-Aktivatoren, um zurückliegende Unterkiefer nach vorne zu holen, sind zu meist aus Kunststoff, um die Zähne nicht zu beschädigen und wirken durch formgebende Drahtelemente auf die Muskulatur und den Kieferapparat. Durch die Dehnung der Muskulatur in eine bestimmte Richtung wird diese zu Anpassungsprozessen angeregt, die wiederum die gewünschte Veränderung der Kieferposition bewirken.

3. Zungenretraktoren, bzw. Zungenretainer,

werden ebenfalls nicht mehr empfohlen. Es handelt sich um intraorale Hilfsmittel bei denen die Zunge anteriorisiert wird (anteriorisiert oder palatalisiert (frz.) d.h. nach vorn verschoben). Dies geschieht durch Druck auf den distalen Zungenbereich (in der Zahnheilkunde bezeichnet distal den von der Zahnbogenmitte abgewandten Teil der Zähne) oder durch Festsaugen der Zunge an einer von den Frontzähnen gehaltenen Halbkugel. Zungenretraktoren und Zungenretainer halten nur die Zunge vorn, ohne Vorverlagerung des Unterkiefers. Die Akzeptanz und Wirksamkeit dieses Verfahrens ist nicht ausreichend.

Zusammengefasst : bei leichtgradigen Krankheitsstadien der OSA können Unterkieferprotrusionsschienen helfen. Es fehlen jedoch zuverlässige Prognosen bzw. Faktoren die Hinweise auf den Verlauf der Erkrankung und die Genesung eines Betroffenen geben können, ferner gibt es nur wenige Langzeitbeobachtungen von Anwendungen von Unterkieferprotrusionsschienen.

Therapie – Chirurgie

Operation: Die Entscheidung für eine HNO-Operation ist problematisch.

Nur bei wenigen Patienten ist eine Operation sinnvoll. Was wird eigentlich gemacht ?

Grundsätzlich sollte erst eine CPAP Therapie vorgeschlagen und eröffnet werden.

Erst nach dieser Erprobung durch den Patienten sollte entschieden werden ob operiert wird.

Operations-Möglichkeiten:

Nasenscheidewand-Operation –

Erfolgsaussichten: < (geringer als) 20 %

Nasenrachenmandel-Operation –

sollte vor allem bei Kindern mit OSAS (obstruktives Schlafapnoe Syndrom) gemacht werden.

{Mandelentfernung bei Erwachsenen = 5 Tage stationär, 14 Tage krank}

Nasenscheidewand-Operation zum Begradigen des Atemweges,

Nasenpolypen- und Nasennebenhöhlen-Operation.

Weichgaumenchirurgie –

Erfolgsaussichten: UPPP/LauP ≈ 40 – 60 %

Mandelentfernung bei Kindern –

Erfolgsaussichten: 89 %

Zungengrundchirurgie –

Erfolgsaussichten: ≈ 25 – 77 %,

Kieferumstellung –

Erfolgsaussichten: > (höher als) 90 %

Luftröhrenschnitt –

Erfolgsaussichten: 100 %, befreit von jeder Apnoe

Prinzipien operativer Verfahren am Gaumen:

Versteifung der oberen Atemwege, um das Verschließen zu verhindern.

Querschnittserweiterung des Rachens, damit mehr Luft durchgeatmet werden kann.

Weichgaumenchirurgie :

Uvula Palato Pharyngo Plastik

= UPPP, Operation erfolgt mit Skalpell und Schere, Muskeln müssen erhalten bleiben, Gaumenbogen wird gestrafft durch vernähen mit den Mandeln.

Lasern assistierte Uvula Palato Plastik

= LauP

Radio Frequenz Ablation

= RFA (u.a. Somnoplastie)

Kieferchirurgischer Eingriff " Mandibulo-Maxillo-Osteotomie "

Die Mandibulo-Maxillo-Osteotomie (MMO) hat zum Ziel, Normabweichungen von der eigentlichen Form des Gesichtsskeletts zu korrigieren. Meist steht der Unterkiefer zu weit zurück, "fliehendes Kinn", deswegen wird der Kieferknochen durchtrennt, ein Stück Knochen dazwischengesetzt und durch Zusammenwachsen wieder geheilt.

Training der Inspirationsmuskulatur (Muskulatur zum Einatmen)

Die Atmung durch eine nur 1 mm weite elastische Röhre (Stenose) - 3 x 10 min./Tag - über 2 Monate führte bei 13 Patienten nicht zu einer signifikanten Besserung der nächtlichen Atmung (Apnoe-Hypopnoe-Index: 32 ± 18 /h auf 21 ± 18 /h, Schlafqualität/-verteilung). Diese Therapieoption ist nach diesen Daten unwirksam.

Nächtliche Stimulation der Pharynxmuskulatur (Rachen- / Schlundmuskulatur)

Über submentale Elektroden wurde bei 6 Personen nachts eine Spannung von 15 - 40 V über 0,5 ms (Millisekunden) appliziert, sobald Schnarchen auftrat. Der Apnoe-Index reduzierte sich von 39 ± 19 /h auf 12 ± 5 /h, der Tiefschlafanteil stieg von 14 ± 4 auf 22 ± 5 %. Andere Untersuchungen konnten diese Ergebnisse nicht reproduzieren. Auch diese Therapie kann nicht empfohlen werden.

Eine einseitige Stimulation des (Nervus) N. hypoglossus (auch Zungennerv genannt, der XII. Hirnnerv versorgt die Zungenmuskulatur) über implantierte Elektroden führte bei 8 Patienten mit einem obstruktiven Schlafapnoesyndrom zu einer signifikanten Reduktion des Apnoe-Hypopnoe-Index von 52 ± 20 /h auf 23 ± 12 /h. Das Verfahren ist aber noch als experimentell anzusehen.

Elektrisches Zungenmuskeltraining verhindert Schnarchen, verbessert AHI

Über eine orale Elektrode (im Mund) und Gegenelektroden außen am Kinn / Hals wurde die Zungenmuskulatur bei 67 Personen doppelblind placebokontrolliert zweimal am Tag über je 20 Minuten über einen Zeitraum von 8 Wochen stimuliert. Es zeigten sich unter Verum (die wirksame Behandlung/Stimulation) und Placebo (die unwirksame Scheinbehandlung/-stimulation) keine signifikanten Unterschiede des Apnoe-Hypopnoe-Index vor und unter der Therapie (Werte im Mittel zwischen 25 /Std. und 28 /Std.). Das Schnarchgeräusch nahm in der Verumgruppe geringgradig signifikant ab (Verum 64 auf 48 Ereignisse/Std., Placebo 62 auf 62 Ereignisse/Std.). Schläfrigkeit und Schlafstadienverlauf waren nicht wesentlich verschieden. Die Ergebnisse sprechen nicht für eine Therapie mit diesem Verfahren.

Rachenmuskeltraining / Orofaziale* Muskelfunktionstherapien

*Therapien das Gesicht, den Mund, die Zunge und den Gaumen betreffend.

u.a. Alphorn, Posaune, Trompete, Didgeridoo, Gesang.

Rachenmuskeltraining durch spielen eines Instrumentes, z.B. Didgeridoo.

Oft wird gefragt, wie groß die Heilungschancen bei **obstruktiver** Schlafapnoe seien, insbesondere auch durch Blasinstrumente oder Gesang. Derzeit wird besonders für das Didgeridoo geworben.

Unsere schlechte Nachricht : **Die Heilungschancen sind sehr gering.** Umso geringer, desto schwerer das OSAS ist.

Unsere gute Nachricht : **Die Chancen auf Verbesserung sind groß !** Die wichtigste Bedingung ist Ausdauer, Ausdauer und nochmals Ausdauer.

Darum nicht einfach Geld ausgeben und ein teures Instrument in der Ecke stehen haben – sich selber prüfen: (wer kennt sich nicht selbst am Besten!) Werde ich üben – üben – üben und nochmals üben? Ein Selbsttest ist auch für Schwergewichtige einfach : Wenn du es geschafft hast, regelmäßig abzunehmen, jeden Monat ein Kilogramm, dann schaffst du dir auch Besserung mit Musik oder Gesang.

Der Besserungserfolg hängt weder vom Instrument noch von der eigenen Stimme ab, sondern

vom täglichen Üben. In einem Verein – ob Musik-Orchester oder Chor – haben wir wenig Kosten (Instrumente gehören dem Verein), aber die Verpflichtung, regelmäßig teilzunehmen **und** in der Zwischenzeit zu üben.

Ausdauer ergibt sich auch durch Erfolg. Dieser stellt sich in Gesellschaft leichter ein. Didgeridoo bietet sich angeblich besonders bei "Unmusikalischen" an – doch Vorsicht – ohne Beherrschen der Zirkularatmung ist das Didgeridoo nicht richtig wirksam und nicht attraktiv. Keineswegs darf aber die ärztlich verordnete CPAP-Therapie einfach abgesetzt werden. Der erhoffte Erfolg muss zwingend durch ärztliche Kontrolle bestätigt werden, sonst geht der Apnoiker hohe Risiken ein.

Externe und Interne Nasendilatoren

Externe Nasendilatoren erweitern die Nasenflügel und verringern damit die Mundatmung. Durch die verbesserte Nasenatmung verringern sich die Schwingungen im Bereich des Rachens und somit auch die lästigen Schnarchgeräusche. Durch die verbesserte Nasenatmung kann der Mund während des Schlafes geschlossen bleiben, wodurch ein Austrocknen der Mundschleimhaut unterbleibt.

Durch interne Nasendilatoren vermindert sich der nasale Widerstand um 31-65 %, sie werden aber leicht im Schlaf verloren. Schnarchen wird subjektiv als leiser beschrieben, allerdings sind polysomnographisch keine Änderungen der Schlafstruktur, des Apnoe-Hypopnoe-Index oder der Sauerstoffsättigung nachweisbar.

Nasendilatoren helfen oder verschaffen Linderung. Sie erhöhen den Nasenquerschnitt um ca. 14,2-25 %, die Toleranz wurde als gut beschrieben (bei 29 von 30 Personen). Schnarchgeräusche werden subjektiv als leiser – geringer beschrieben, polysomnographisch sind die Ergebnisse aber uneinheitlich: - Schnarchen leiser, Schlaf schlechter.

- Apnoe-Hypopnoe-Index mit geringer nicht bedeutsamer Verminderung: 31,7 - > 26,3 /h.

- Schlafstadium 1 Abnahme von 8,6 auf 7,1 %, sonst Schlaf wie gehabt.

Die Daten zeigen keine ausreichende Wirksamkeit. Diese Therapie kann deshalb nicht empfohlen werden.

Therapie – Lagetherapie

Rückenlageverhinderungsweste, wenn schlafbedingte Atmungsstörungen nur in Rückenlage auftreten. Zum Verhindern der Rückenlage werden einfache Maßnahmen wie das Einnähen eines Tennisballes in das Rückenteil des Schlafanzuges bis hin zu kommerziellen aufblasbaren Rückenlageverhinderungswesten (ähnlich rückwärtigen Schwimmwesten) empfohlen. In einer Studie bei 12 Personen mit einem Body-Mass-Index von $26,5 \pm 2,6$ kg/m² und einem Alter von 56 ± 12 Jahren verminderte sich der Apnoe-Hypopnoe-Index über Nacht von $26,7 \pm 11,9$ /h auf $7,6 \pm 5,1$ /h, die Schlafstruktur und -qualität waren unverändert. Andere Studien hatten weniger gute Ergebnisse. Die Ergebnisse zeigen, dass die Lagetherapie nur für Krankheitsstadien mit streng lageabhängigen Befunden ohne Begleiterkrankungen und ohne Störungen der Schlafarchitektur ausreichend ist.

Schnarchbrille

Durch das nächtliche Tragen einer Schlafbrille, die beim Schnarchen rote Leuchtdioden aufleuchten läßt, ändert sich das Ausmaß einer nächtlichen Atmungsstörung nicht. Es ist zu vermuten, dass durch die Lichtimpulse Arousals und damit Schlafstörungen hervorgerufen werden. Auch diese Therapie kann nicht empfohlen werden.

Medikamente

Nasenöl / Rachenöl : Zum Einsatz dieser Stoffe liegen laut der FDA (die Food and Drug Administration (FDA) ist die Arzneimittelzulassungsbehörde der USA) nur unvollständige Daten der Hersteller vor, die über eine Reduktion der Schnarchgeräusche berichten. Theoretisch ist das Risiko einer Lipid-Aspiration gegeben. (Das bedeutet das Einatmen von fettigen, flüssigen Substanzen in die Atemwege. Es wird umgangssprachlich mit "in den falschen Hals bekommen" bezeichnet.) Auch andere Medikamente zeigen keine ausreichende Wirksamkeit.

Unwirksame Hilfsmittel

Magnetkopfkissen / Magnetmatratzen

Schnarchen und schlafbezogene Atmungsstörungen sind unter Verwendung dieser Therapieoption unverändert. Die Daten zeigen keinerlei Wirksamkeit des Verfahrens.

Gibt es Alternativen zur CPAP-Therapie ? NEIN !

Aber abhängig vom Schweregrad der OSAS gibt es verschiedene Therapieformen.

Gibt es Nebenwirkungen der CPAP-Therapie ? im Prinzip NEIN !

Aber wenn Herzerkrankungen vorliegen, z.B. eine Herzinsuffizienz (Herzschwäche, mit Störung der Herzauswurfleistung), kann die CPAP-Therapie nicht in jedem Fall oder nicht bei bestimmten Patienten, durchgeführt werden.

Schlussfolgerung:

Die Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen orientiert sich am Schweregrad der Erkrankung, wie bei anderen Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus). Vor jeder Therapie steht eine exakte Diagnostik und Schweregradeinteilung.

Die Basis der Therapie schlafbezogener obstruktiver Atmungsstörungen ist eine Gewichtsreduktion. Der Erfolg dieser Maßnahme darf aber nicht überschätzt werden.

Eine Lagetherapie, also ein Verhindern der Rückenlage, ist nur bei leichtgradigen Erkrankungsstadien bei Patienten ohne Beschwerden und ohne kardiovaskuläre Risikofaktoren ausreichend.

Bei leichtgradigen Krankheitsstadien können Unterkieferprotrusionsschienen oder operative Maßnahmen helfen. Hier fehlen jedoch zuverlässige Prädiktoren – Faktoren die Hinweise auf den Verlauf der Erkrankung und die Genesung eines Betroffenen geben können..

Eine medikamentöse Therapie verliert bei schlafbezogenen obstruktiven Atmungsstörungen an Geltung, ist somit obsolet oder hinfällig.

Die weiteren aufgeführten Verfahren sind ineffektiv und nicht zu empfehlen. Die Therapie der Wahl ist die nächtliche Atmung mit kontinuierlichem Überdruck, die CPAP-Therapie.

Aktuelle Informationen auf der Website von der Praxis Dr. med. Holger Hein = www.dr-holger-hein.de z.B. = Ist ein Mittagschlaf zu empfehlen? = Täglich 30 Minuten Bewegungsübungen des Rachens, bessern Schlafapnoe!

Anschrift der Praxis: Bahnhofstr. 9, 21465 Reinbek, Tel.: 040/7228393, Fax: 040/7228466

Sprechzeiten der Praxis: Terminvereinbarung erforderlich -

Mo - Fr: 9:⁰⁰ - 12:³⁰ Uhr, Mo, Di und Do: 15:⁰⁰ - 17:⁰⁰ Uhr.

Nach der Beantwortung von Fragen aus dem Teilnehmerkreis durch Herrn Dr.med. Holger Hein, sowie einer Diskussion und einem Erfahrungsaustausch unter den anwesenden Teilnehmern wurde die Sonderveranstaltung zum "Tag des Schlafes" bzw. der "Tag der offenen Tür" im Schlaflabor im KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT, mit einem herzlichen Dank an alle Teilnehmer, sowie den besten Wünschen für eine gute Gesundheit und eine entspannte Sommerzeit, von Herrn Dr. Hein und Herrn Schumacher beendet. Die Zuhörer zeigten großes Interesse an dem Vortrag "Gibt es Alternativen zur CPAP-Therapie?" und hatten sich vorher das Schlaflabor angesehen und Informationsgespräche mit den Mitarbeitern der verschiedenen Firmen der Medizintechnik, der medizinischen Hilfsmittelhersteller und der Hilfsmittellieferanten bzw. – Versorger geführt.

Beginn des Treffens 15:⁰⁰ Uhr, Ende ca. 18:⁴⁵ Uhr, Teilnehmerzahl: 44 Personen, die zum Teil mit ihren Familienangehörigen gekommen waren; davon 14 Patienten mit 7 Angehörigen der SSG, 9 Teilnehmer vom Krankenhaus und medizinischen Firmen; beim Vortrag um 16:⁴⁵ Uhr waren 35 Personen anwesend, von den 14 Teilnehmern die zum ersten Mal Gast eines Patiententreffens waren, trugen sich 3 Patienten und ein Angehöriger in die Anwesenheitsliste ein, um auch in Zukunft weitere Informationen der SSG zu bekommen.

TOP 3.) **Verschiedenes, Informationen aus der Arbeit der SSG.**

Informationen vom Sozialverband VdK über das Thema : "Aus- und Fortbildung in der Gesundheits- und Altenpflege. Schlafapnoe (k)ein Thema in der Pflege !" durch Steffen Schumacher.

Das nächste, das 4. Patiententreffen in 2009, am Mittwoch 09. September 2009, 19:⁰⁰ bis 21:⁰⁰ Uhr, findet im KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT, Hamburger Str. 41, 21465 Reinbek, statt, zusammen mit Herrn Dr.med. H. Hein. In der Aula der Krankenpflegeschule (hinter dem Hauptgebäude). Vortrag: "Mangelnde Therapie-Akzeptanz – häufige Feststellung bei der Schlafapnoetherapie", wie erreichen wir eine bessere Akzeptanz, auch "Compliance / Unterwerfung" genannt ? Referent: Herr Dr. med. Holger Hein, anschließend Diskussion.

Während dieser Veranstaltung haben Sie die Möglichkeit an einer kostenlosen wissenschaftlichen Prüfung der Druckstabilität Ihres CPAP-Gerätes teilzunehmen.

Herr Dr.-Ing. Thomas Netzel, Tel: (+49) 0170 5624921, E-mail: Thomas.Netzel@t-online.de, von der Helmut-Schmidt-Universität / Universität der Bundeswehr Hamburg, Professur: Verfahrenstechnik, insbesondere Stofftrennung, Holstenhofweg 85, D-22043 Hamburg, **möchte mit dem von Ihnen zur Zeit benutzten, funktionsfähigen CPAP-Gerät einen Test durchführen. Thema = Welche Druckstabilität besitzen marktübliche CPAP-Geräte?** Messung und Bewertung der Druckstabilität von Druckatmungsgeneratoren mit dem **ALOSI = Aktiver Lungen- und ObstruktionsSimulator**. **Bitte bringen Sie zu diesem Treffen Ihr aktuelles, funktionsfähiges CPAP-Gerät mit, sowie die dazugehörige Bedienungsanleitung (keine Bi-Level- und keine APAP-Geräte) und lassen Sie parallel zu dem Vortrag Ihr CPAP-Gerät von Herrn Dr.-Ing. Netzel testen. Bitte melden Sie Ihre Teilnahme an dem Test bis zum 02. September 09 unter der Angabe von = Name-Gerätehersteller, Gerätebezeichnung, Serien-/Gerätenummer, Therapiedruck in mbar, Herstellungsjahr und Betriebsstunden, telefonisch, schriftlich oder per E-Mail bei Steffen Schumacher an (Adresse siehe oben).** Es wird noch eine Einladung in das KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT versendet.

Für das 5. Patiententreffen in 2009, am Mittwoch 14. Oktober 2009, 19:⁰⁰ bis 21:⁰⁰ Uhr, wird eine Einladung in das Krankenhaus Großhansdorf, Vortragssaal, Wöhrendamm 80, 22927 Großhansdorf versendet werden. Vortrag: "Schlafstörungen aus psychosomatischer Sicht" Referent: Univ.- Doz. Dr. med. Gernot Langs, Chefarzt Medizinisch-Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt, ein Krankenhaus der Klinikgruppe die Schön Kliniken. Herr Dr. med. Gernot Langs hat sich in der Klinik Bad Bramstedt, unter anderem auf die Behandlung von Angststörungen, Essstörungen, Schlafstörungen, Burn-out-Syndrom, depressive Erkrankungen sowie Schmerztherapie spezialisiert, anschließend Beantwortung von Fragen der Teilnehmer und Diskussion.
» **Achtung!** « dieser Termin wurde vom 07.10. auf Mittwoch den 14. Oktober 2009 verlegt!

Zur Information für die anwesenden Patienten und Teilnehmer lagen aus: "Schlafapnoe Aktuell" Fachzeitschrift Nr.29 / April 2009 -**VdK**-Fachverband Schlafapnoe. Infomaterial von den Firmen : Firmenmagazin **LIFE** Nr. 4/2008 von HOFFRICHTER GmbH, Informations-Broschüre "Fragen und Antworten zu Schlaf-Störungen"; Autor: Frau Dr.med. H. Beneš, Schwerin, SSG Protokolle und Info-Flyer "Wieder frisch und munter", eine Information der Selbsthilfegruppen Schlafapnoe Norddeutschland.

Soweit mein Bericht von der Sonderveranstaltung zum "Tag des Schlafes" bzw. dem "Tag der offenen Tür" im Schlaflabor 2009, im KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT, im Schlaflabor und in der Aula der Krankenpflegeschule (hinter dem Hauptgebäude), zusammen mit Herrn Dr.med. H. Hein, Reinbek.

Wir bedanken uns bei der Firma Linde Gas Therapeutics GmbH, Hamburg, für die freundliche Unterstützung bei der Vervielfältigung des Protokolls.

Steffen Schumacher, Leiter Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek
Husumer Straße 44, 21465 Reinbek, Tel.+Fax: 040/ 722 25 53, Mobil: 0176/ 48 69 02 87
E-Mail:steffenschumacher@alice-dsl.de, www.schlaf-portal.de – Stichwort "Selbsthilfe"