

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, 05. Juni 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 Selbsthilfegruppen-Treffen am 27. Mai 2009 erhalten Sie nun das Protokoll.

Protokoll vom 3. Treffen der SSG am Mittwoch 27.05.2009 im Krankenhaus Großhansdorf, Vortragssaal, Wöhrendamm 80, 22927 Großhansdorf, zusammen mit Frau Dr.med. S. Betge Schlaflabor Krkh. Grhdf. und Herrn Prof. Dr. med. Christian Blöchle, Lübeck

TOP 1.) Begrüßung der Teilnehmer durch Herrn Steffen Schumacher

Herr Schumacher begrüßte die Teilnehmer des dritten Patiententreffens der Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek in 2009, zu dem in das Krankenhaus Großhansdorf eingeladen wurde. Herr Schumacher begrüßte die Ärzte und Mitarbeiter der Schlafmedizin: Frau Dr.med. S. Betge, die MTA's Frau G. Kuziek und Frau E. Schröder vom Schlaflabor im Krankenhaus Großhansdorf und den Zahnarzt Herrn Dr. med. dent. Uwe Witte, Mitglied der Deutschen Gesellschaft Zahnärztliche Schlafmedizin (DGZS), Hamburg-Rahlstedt. Sehr herzlich begrüßte Herr Schumacher den heutigen Gast und Vortragenden Herrn Prof. Dr. med. Christian Blöchle, Chefarzt der Allgemein- und Visceralchirurgie der Sana-Kliniken in Lübeck, sowie die anwesenden Mitarbeiter der verschiedenen Firmen der Medizintechnik, der medizinischen Hilfsmittelhersteller und Hilfsmittellieferanten bzw. – Versorger, die zu diesem Treffen gekommen waren: u.a. Frau K. Himmler von der Fa. anamed GmbH, Herrn J. Wilke von der Fa. LindeGas Therapeutics GmbH & Co.KG und Herrn Th. Rethschulte und Herrn Hansen von der Fa. RESMED GmbH & Co.KG.

Durch die Ankündigung auch dieser Veranstaltung in den Zeitungen HAMBURGER ABENDBLATT / AHRENSBURGER ZEITUNG und MARKT Wochenzeitung für Ahrensburg, Großhansdorf, Ammersbek, Siek und Umgebung waren ca. 25 Teilnehmer gekommen die sich speziell für das Thema "Sodbrennen" interessierten und sich nicht in die Anwesenheitsliste eintrugen, im Gegensatz zu den 13 Teilnehmern, die zum ersten Mal bei einem Patiententreffen im Krankenhaus Großhansdorf dabei waren und sich in die Anwesenheitsliste eingetragen haben, damit Sie auch weiterhin Informationen und Einladungen von der SSG bekommen.

Zur Einstimmung auf den Vortrag von Herrn Prof. Dr. med. Christian Blöchle wurde von Herrn

es folgt Seite – 2 –

Schumacher der Brief von einem Teilnehmer unserer Selbsthilfegruppentreffen mit nachfolgendem Inhalt vorgelesen: " Es sind jetzt ca. 15 Jahre her, dass ich öfter unter Sodbrennen litt. Schlimm wurde es als wir Urlaub machten. Mir fiel das Schlucken immer schwerer, bis ich zuletzt nur noch Flüssiges zu mir nehmen konnte. Ich wurde immer schwächer und "Kreideweiß". Gleich nach dem Rückflug fuhr ich zu meinem Hausarzt. Dieser bestellte einen Rettungswagen und überwies mich sofort ins Krankenhaus. Dort stellte man offene Geschwüre in der Speiseröhre fest, an denen ich fast verblutet wäre, außerdem stellte man noch einen so genannten "Zwerchfellriss" fest. Ich bekam gleich drei Bluttransfusionen und das Medikament "Antra" mit dem gerade entwickelten Wirkstoff Omeprazol. Jetzt nehme ich eine Tablette Omeprazol (heute OMEP) schon seit 15 Jahren jeden Abend und kann alles essen und trinken und hatte nie wieder Sodbrennen. Ein älterer Chirurg, den wir bei einer Kur kennenlernten, meinte dazu, dass dieses Medikament für die Patienten hervorragend wäre, nur nicht für angehende Chirurgen, denn es fehlen für sie zum Lernen die Magen-Operationen, mit denen diese sonst anfangen zu operieren."

TOP 2.) Vortrag von Herrn Prof.Dr.med. Christian Blöchle, Chefarzt der Allgemein- und Visceralchirurgie der Sana-Kliniken in Lübeck, das Gebiet der Visceralchirurgie umfasst die gesamte Chirurgie des Verdauungstraktes von der Speiseröhre bis zum Enddarm,
zu dem Thema: "Sodbrennen, was tun ? - Wird durch die CPAP-Behandlung (Überdruckatmung) das Sodbrennen (Reflux) verhindert ?"

Der Vortrag von Herrn Prof.Dr.med. Christian Blöchle wird hier sinngemäß wiedergegeben :

Herr Professor Blöchle begann seinen Vortrag mit einem kleinen Experiment. Nachdem an alle Anwesenden kleine Schokoladen-Täfelchen verteilt waren, wurden alle Teilnehmer aufgefordert zur gleichen Zeit ein Stückchen Schokolade abzubeißen, zu kauen, zu lutschen, hinunterzuschlucken und das Schlucken anzuhalten, so wie man das Luftholen anhalten kann. Jedoch von keinem der Teilnehmer konnte das Schlucken angehalten werden!

Schlucken ist eine extrem komplexe Bewegungsabfolge vieler Muskeln im Mund-, Rachen- und Halsbereich. Der normale, ungestörte Schluckakt ist ein Vorgang, der dazu dient, Nahrung und Speichel so aus der Mundhöhle in den Magen zu befördern, dass die Luftwege dabei geschützt bleiben. Der Schluckakt wird zunächst willkürlich vorbereitet. Durch Reizung des Zungengrunds wird der Schluckreflex ausgelöst, womit sich dann aber die anschließenden Vorgänge der willentlichen Beeinflussung entziehen. Durchschnittlich kommt es beim Menschen täglich zu 1.000 bis 3.000 Schluckvorgängen (in der Nacht wesentlich seltener als tagsüber). Die Funktion des Schluckvorgangs besteht nicht nur im Transport des Nahrungsbreis in den Magen, sondern dient auch der Reinigung der Speiseröhre, insbesondere der Beseitigung der in die Speiseröhre gelangten Magensäure. Die vermehrten nächtlichen Beschwerden bei einer Refluxkrankheit können somit zum Teil auch auf die verringerte Häufigkeit der Schlucktätigkeit in der Nacht zurückgeführt werden.

Die Schluckgröße variiert stark und ist von der Art der Nahrung abhängig. Pro Schluck können etwa 20 g wässriger Nahrungsbrei oder maximal 40 ml Flüssigkeit (hastiges Trinken) aufgenommen werden. Beim Essen ist die Schluckdauer davon abhängig, wie gut der Bissen gekaut und eingespeichelt wurde. Die Passagezeit durch die Speiseröhre beträgt 8–20 Sekunden.

Zu Beginn des Schluckvorgangs werden in dieser Phase sowohl die oberen als auch die unteren Luftwege abgedichtet, um einen Übertritt des Nahrungsbreis in die Nase bzw. ein Verschlucken zu verhindern: Der obere Schließmuskel der Speiseröhre (der *obere Ösophagusmund*) öffnet sich. Damit steht dem Nahrungsbrei der Weg für den weiteren Transport frei. Nach Eintritt des Nahrungsbreis in die Speiseröhre schließt sich der obere

Schließmuskel der Speiseröhre wieder. Damit ist ein weiterer Verschluss der Atemwege nicht mehr sinnvoll und diese werden wieder geöffnet. Bei aufrechter Haltung rutscht der Nahrungsbrei durch die Speiseröhre zum Magen, durch abwechselndes Zusammenziehen (= Kontrahieren) und Erschlaffen der Speiseröhrenmuskulatur kommt es zu einer fortlaufenden Schnürwelle die den Nahrungsbrei vorwärts bewegt. In der Speiseröhre kann der Nahrungsbrei aber auch entgegen der Schwerkraft (im Kopfstand) oder im Liegen weiterbefördert werden. Essen und Trinken ist daher auch im Liegen möglich. Der untere Schließmuskel der Speiseröhre (der *untere Ösophagusmund* oder Magenmund / Kardia) öffnet sich, nach Eintritt des Nahrungsbreis in den Magen schließt sich dieser wieder und der Schluckakt ist beendet. Eine unzureichende Verschlussfunktion (die sog. Kardiainsuffizienz) ermöglicht ein Zurückfließen des Speisebreis aus dem Magen bzw. (häufiger) den Übertritt von Magensäure in die Speiseröhre (*gastro-ösophagealer Reflux*). Mögliche Folgen sind Sodbrennen bzw. eine Refluxkrankheit.

Unter **Sodbrennen**, bzw. der Refluxkrankheit versteht man den häufig chronischen Rückfluss von saurem Mageninhalt in die Speiseröhre und die aus den Reizungen der Speiseröhrenschleimhaut resultierenden Symptome (Bilder). Der Begriff **Reflux** (von lat. *refluxus* "Rückfluss") bezeichnet in der Medizin allgemein einen krankhaften Rückfluss von einem Hohlorgan in ein anderes Hohlorgan. Ein Beispiel für Reflux ist der gastro-ösophageale Reflux: vom Magen (*Gaster*) in die Speiseröhre (*Ösophagus*), das kann zu Sodbrennen oder zur Refluxösophagitis führen. Ursächlich für das Sodbrennen ist vor allem die Erschlaffung des



Normale Ösophagus (Speiseröhre)



Schwerwiegende erosive Ösophagitis

unteren Schließmuskels der Speiseröhre infolge einer erniedrigten Schließmuskelspannung. Langandauerndes Sodbrennen führt häufig zu Schleimhautdefekten und einer Entzündung der Speiseröhre (sogenannte erosive Refluxösophagitis). Als zusätzliche Komplikation kann es zur Bildung eines Barrett-Syndroms (Barrett-Ösophagus) in der Speiseröhrenschleimhaut, sowie von Speiseröhrenkarzinomen kommen (die Schleimhautzellen der Speiseröhre verändern sich, wandeln sich um (Metaplasie) und werden krebsanfällig). Zur Diagnosestellung der Refluxkrankheit und um Veränderungen der Speiseröhrenschleimhaut nachzuweisen wird hauptsächlich eine Spiegelung (Endoskopie) der Speiseröhre vorgenommen. Bei unklarer Ursache für das Sodbrennen und wenn trotz Säureblockade Reflux, saures Aufstoßen oder Schmerzen hinter dem Brustbein anhalten, wird häufig die 24-Stunden-pH-Metrie (Säuremessung) eingesetzt (pH 8 – 6 = neutral, pH 2,5 – 1,0 = sauer). Mit der Messung der Säurebelastung in der Speiseröhre kann dann geprüft werden, ob zum Beispiel die Dosierung der verwendeten Medikamente zu gering gewählt wurde oder ob eine andere Ursache für die Beschwerden in Frage kommt.

Refluxösophagitis bezeichnet eine entzündliche (*-itis*) Erkrankung der Speiseröhre (*Ösophagus*), die durch den anormal (*unphysiologisch*) langen Rückfluss (*Reflux*) von Magen-

säure hervorgerufen wird. Es findet daher auch der eigentlich allgemeinere Begriff der Refluxkrankheit Verwendung, oder man spricht nach dem häufigsten Symptom von chronischem Sodbrennen (engl. Abk. GERD - [Gastro Esophageale Reflux Disease]).

Unter Sodbrennen leiden etwa 15-20 Millionen Deutsche. Hierunter versteht man ein brennendes Gefühl, das von der Oberbauchgegend hinter dem Brustbein aufsteigt und in Hals und Kehle ausstrahlt.

Symptome: Vor allem nachts (im Liegen), nach Mahlzeiten, sehr häufig nach Kuchen oder süßen Speisen, sind die Beschwerden meist besonders stark ausgeprägt. Beim Bücken oder Heben von Lasten oder Genuss von Tabakrauch oder Alkohol kommt es zum sauren Aufstoßen von Magensaft und/oder zu Sodbrennen. Den Schmerz verursacht Magensäure, die mit der sehr empfindlichen Ösophagusschleimhaut in Berührung kommt. Weitere häufige Symptome sind Schluckstörungen, saures Aufstoßen, Rückfluss von Mageninhalt in den Mund, Oberbauchbeschwerden oder Völlegefühl nach dem Essen, belegte Stimme, Heiserkeit, Lungenentzündung, Entzündung der Nasennebenhöhlen und Stirnhöhlen. Es zeigen sich auch unspezifische Symptome wie chronischer Husten, Übelkeit oder Schlafstörungen, die oftmals zuerst nicht ursächlich mit einer Refluxkrankheit in Verbindung gebracht werden. Refluxbeschwerden können auch zur verstärkten Ausprägung von Asthmaanfällen bzw. einer chronischen Bronchitis beitragen.

Es kann auch ohne Sodbrennen ein unspezifischer Brustschmerz auftreten, selten im Oberbauch. In diesen Fällen ist die Abgrenzung von Herzerkrankungen schwierig.

Besonders Patienten in Sprechberufen und auch Sänger klagen wegen der Reizungen durch den Magensaft über chronische Kehlkopfentzündungen und ein morgendliches Gefühl, als ob die "Kehle brenne", und sind deshalb in ihrer Berufsausübung oft stark behindert.

Ursache: Die Zusammensetzung der Nahrung hat großen Einfluss auf die Schließmuskelspannung. Gebratene und fettreiche Mahlzeiten reduzieren den Muskeltonus, wohingegen eiweißreiche Mahlzeiten den Schließmuskeltonus zu erhöhen vermögen. Auch Koffein sowie Alkohol oder Schokolade schwächen den unteren Schließmuskel der Speiseröhre. Kalte und heiße Speisen verlangsamen den Rücktransport von bereits in die Speiseröhre zurückgeflossener Nahrung. Weitere Risikofaktoren für die Refluxkrankheit sind Übergewicht, Schwangerschaften sowie Nikotin.

Tipp: Bemühen Sie sich um eine Veränderung Ihrer Lebens- und Essgewohnheiten unter Vermeidung der oben genannten Genussmittel. Kaugummikauen bis eine Stunde nach dem Essen (erhöhte Speichelproduktion) kann den gastro-ösophagealen Säure-reflux reduzieren. Gegebenenfalls sollte eine Gewichtsreduktion angestrebt werden. In der Nacht empfiehlt sich bei säurebedingten Beschwerden die Verwendung einer Kopfstütze, um in der horizontalen Lage eine aufrechtere Position zu erreichen.

Bei Patienten, bei denen Änderungen der Lebensgewohnheiten allein nicht ausreichen, kann eine medikamentöse Therapie Linderung bringen. Je nach Symptomatik kann der Arzt Antazida, säurehemmende Medikamente wie die Wirkstoffgruppe der Protonenpumpen-Inhibitoren (PPI) einsetzen. Protonenpumpen-Hemmer z.B. Omeprazol (Antra), unterdrücken in den Zellen der Magenschleimhaut die Säureausschüttung. Eine weitere Medikamentengruppe sind die Prokinetika Das sind bewegungsfördernde Medikamente, welche die Vorwärtsbewegungen der Muskeltätigkeit des Speiseröhren-Magen-Darm-Traktes fördern und die Rückwärtsbewegungen des Speiseröhren-Magen-Darm-Traktes hemmen.

Bis zu 50% aller Patienten mit gastro-ösophagealer Refluxkrankheit (GERD) leiden weiterhin an Beschwerden, obwohl sie mit Protonenpumpen-Inhibitoren behandelt werden. Der Reflux ist dann zwar nicht mehr sauer, aber der oft übermäßig erschlaffte untere Schließmuskel der Speiseröhre verhindert nicht mehr das hochfließen von Mageninhalt in Form von vielen kleinen Tröpfchen, sogenannten Aerosolen, die weiterhin Reizungen der Speiseröhrenschleimhaut verursachen.

Gesunde Ernährung – das schmeckt Ihrem Magen und Darm: Eine ausgewogene und gesunde Ernährung ist für das körperliche Wohlbefinden von zentraler Bedeutung. Viele Krankheiten wie Magen- Darm- oder auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen hängen mit einer fehlerhaften und häufig zu fettreichen Ernährung zusammen. Umgekehrt können Sie durch die richtige Auswahl Ihrer Nahrungsmittel einen wertvollen Beitrag für Ihre Gesundheit leisten. Problematisch erscheint hierbei, dass viele Menschen mittlerweile Verdauungsstörungen oder Symptome wie Sodbrennen als Begleiterscheinungen eines modernen und dynamischen Lebens ansehen.

Sodbrennen & Heiserkeit: Heiserkeit ist oft ein Hinweis auf Reflux. Ärzte sehen eine deutliche Zunahme der Reflux-Krankheit unter den Menschen der westlichen Welt. Zu berücksichtigen sind nämlich nicht nur die behandelten Patienten: Auch die Zahl der unerkannten Fälle ist groß. Wer denkt auch schon bei Heiserkeit oder Husten an eine Magen-Darm-Erkrankung? Halten beide Symptome jedoch über längere Zeit an, kann ein Reflux dahinter stecken.

HNO-Ärzte registrieren vermehrt Reflux bezogene Entzündungen der oberen Atemwege. Deshalb sollte man auch bei Asthmatikern, bei Patienten mit chronischem Husten und bei Patienten mit Heiserkeit, Laryngitis und Pharyngitis sowie Schlafapnoe an die Möglichkeit einer Refluxkrankheit denken.

Reflux-Krankheit – Therapie: Im Vordergrund steht eine fettarme Diät, sowie Tabakrauch- und Alkoholkarenz. Sehr zu empfehlen ist eine Gewichtsreduktion, wodurch der erhöhte Druck im Bauchraum abnimmt. Nächtliche Beschwerden lassen sich durch Hochlagerung des Oberkörpers, Keilkissen und Schrägstellen des Bettes lindern.

Daneben ist der Verzicht auf ein spätes Abendessen wichtig. Hier empfehlen Ärzte, die letzte Nahrung nicht nach 18 Uhr aufzunehmen. Mehrmals wöchentliches "Dinner Cancelling", wobei nach 16 Uhr nichts mehr gegessen, sondern nur noch getrunken wird, zeigt ebenfalls gute Heilungserfolge.

Medikamente & Co.: Die die Säure hemmen.

Antazida neutralisieren die Magensäure (das sind basische Aluminium-, Magnesium- oder Kalziumsalze z.B. Maaloxan[®], Talcid[®], Riopan[®]). Da Antazida die Säure direkt im Magen bindet, nimmt man die Medikamente dann ein, wenn Beschwerden auftreten, d.h. meistens zwei Stunden nach dem Essen und zur Nacht. Gele, Suspensionen oder Kautabletten zeigen in der Regel bessere Wirkungen als normale Dragees oder Tabletten. Nehmen Sie Antazida grundsätzlich mit ca. zwei Stunden Abstand zu anderen Arzneimitteln ein, weil sie deren Wirksamkeit verringern können.

H₂ Antihistaminika Rezeptorenblocker (z.B. Metoclopramid, Ranitidin) besetzen die Angriffsstellen von Histamin, einem wichtigen Botenstoff für die Bildung und Freisetzung der Magensäure. Da die Bildung der Magensäure hauptsächlich nachts stattfindet, ist die Einnahme zur Nacht besonders wichtig. Manchmal muss man zusätzlich auch am Tag eine Dosis einnehmen. Für eine kurzzeitige Anwendung von maximal sechs Tagen sind manche H₂-Rezeptorenblocker auch ohne Rezept erhältlich

Protonenpumpenhemmer PPI (z. B. Omeprazol, Esomeprazol, Pantoprazol) blockieren die Bildung eines Enzyms, das für das Einströmen der Magensäure in das Mageninnere verantwortlich ist. Da das Enzym vor allem morgens gebildet wird, werden Protonenpumpenhemmer am Morgen eingenommen. Sie werden bei starken Beschwerden eingesetzt und sind ausnahmslos verschreibungspflichtig.

Die Bewegung von Magen und Darm verbessern:

Prokinetika regen die Bewegungen von Magen und Darm an und sorgen dafür, dass die Säure schneller aus dem Magen entfernt wird und die Funktion des Speiseröhrenschließmuskels verbessert wird. Sie werden eingesetzt bei Übelkeit und Erbrechen.

Operation: antirefluxive Chirurgie

Bringt die medikamentöse Therapie keine Beschwerdefreiheit, kann eine Operation (Hiatoplastik) helfen. Das Grundprinzip ist die Herstellung einer Manschette um den Mageneingang, um den Säurerückfluss in die Speiseröhre zu verhindern (Fundoplikatio). Auf Grund seiner Erfahrungen glaubt Herr Professor Blöchle nicht, dass es eine Heilung des unteren Schließmuskels der Speiseröhre gibt.

Der Verschlussmechanismus am Mageneingang wird durch die Operation wiederhergestellt und damit das Zurückfließen des Magensaftes unterbunden. Diese Operation lässt sich heute sehr schonend im Rahmen der "Schlüsseloch-Chirurgie" (minimal invasive Chirurgie) durchführen.

Das Standardoperationsverfahren ist die Methode nach Nissen (Rudolf Nissen 1896 bis 1981 Chirurg) mit einer kurzen und lockeren 360° Fundusmanschette, gebildet aus dem Magen um die untere Speiseröhre, bzw. den Mageneingang, herum. Dabei wird häufig auch gleichzeitig die Durchtrittsöffnung der Speiseröhre durch das Zwerchfell (lateinisch Diaphragma) wieder enger zusammengenäht, bzw. geschlossen. An dieser Stelle reißt das Zwerchfell sehr leicht ein oder es rutschen, wie bei einem Leistenbruch, auch Teile des Magens durch das Zwerchfell.

Der, durch den Reflux verursachte, Leidensdruck, muss darüber entscheiden ob eine Operation durchgeführt wird. Beispiel: Ein Fahrer von einem Reisebus hatte beim Bremsen immer den Inhalt seines Magens im Mund, ließ sich deswegen operieren und war nach der Operation wieder ganz frei von Beschwerden.

Refluxkrankheit und Schlafapnoe:

Gibt es eine Wechselbeziehung (Korrelation) oder einen Zusammenhang zwischen Refluxkrankheit und Schlafstörungen?

Bei der Suche nach Informationen wurde keine Literatur zur Korrelation zwischen Reflux und Schnarchen/Schlafapnoe gefunden.
(Karkos et al., *J Laryngol Otol* 2009)

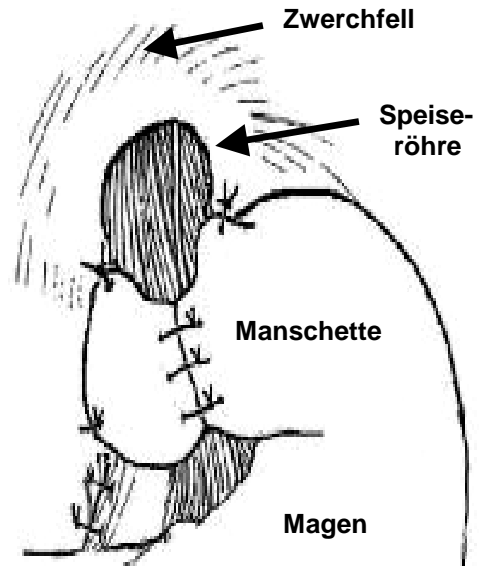
Unerkannte Refluxsymptome sind verbunden (assoziiert) mit schwerer Tagesschläfrigkeit!

Untersucht wurden - 385 Patienten, bei - 45 Patienten wurden Refluxsymptome festgestellt. Die Refluxpatienten hatten einen erheblich höheren Ergebniswert bei der Beantwortung des Fragebogens zur Tagesschläfrigkeit. (Epworth Sleepiness Scale)
Es gibt also einen Zusammenhang (Korrelation) zwischen der Intensität der Refluxsymptome mit dem Ausmaß der Tagesmüdigkeit.
(Guda et al. *Dig Dis Sci* 2007)

Die Atmung betreffende (respiratorische) Symptome bei der Refluxkrankheit (Meta – Analyse) in Bezug auf Husten gibt es Keinen Unterschied zwischen Protonenpumpenhemmern PPI und Placebo – wirkstofffreien Scheinmedikamenten, nach laparoskopischer Fundoplikatio gibt es aber einen bedeutsamen, signifikanten Unterschied in den respiratorische Symptomen bei der Refluxkrankheit.

(laparoskopische Fundoplikatio, ist eine Methode, bei der die Bauchhöhle und die darin liegenden Organe mit speziellen Stablinsen-Optiken –Spezial-Endoskopen– sichtbar gemacht werden und eine minimal invasive chirurgische Operation am Mageneingang vorgenommen wird).

(Galmiche et al., *Aliment Pharmacol Ther* 2008)



Verbesserung der obstruktiven Schlafapnoe
durch Langzeitbehandlung der einhergehenden Refluxkrankheit mit Omeprazol

- untersucht wurden 20 Patienten,
- Polysomnographie-Messung im Schlaflabor vor und nach der Testphase,
- 24-Stunden-pH-Metrie (Säuremessung) vor und nach der Testphase,
- Randomisierte Einteilung in zwei gleiche Gruppen (n = 10) ,
dies bedeutet dass eine Einteilung nach dem Zufallsprinzip erfolgt ist.
- Das Medikament Omeprazol (Protonenpumpenhemmer PPI) wurde von den Testpatienten der Gruppe A in einer Dosierung von 2 x 20 mg über 6 Wochen eingenommen.
- die Testpatienten der Gruppe B. erhielten ein Placebo – ein wirkstofffreies Scheinmedikament.
- Bei den Testpatienten der Gruppe A reduzierten sich die wöchentlichen Schlafapnoe-Attacken unter PPI um 73%.
(Bortolotti et al., Dig Liver Dis 2006)

Korrelation (Wechselbeziehung) zwischen Refluxkrankheit und Schlafstörungen

- Apnoe Episoden verursacht durch dokumentierte Refluxkrankheit bei Kindern
- hier ergibt sich eine absolute Indikation zur frühen chirurgischen Intervention durch Fundoplikatio Operation.
(Spitz und McLeod Semin Pediatr Surg 2003)

Reflux-Krankheit – Prognose:

Die beschriebenen Therapien mindern die Beschwerden einer Refluxkrankheit bei den allermeisten Patienten.

Das Risiko für Speiseröhrenkrebs ist erhöht, wenn sich durch die Refluxösophagitis schon die Speiseröhrenschleimhaut verändert hat. Hier sind nach ärztlicher Absprache entsprechende Kontrolluntersuchungen empfehlenswert.

Am Ende seines Vortrages zeigte Herr Professor Blöchle einen kurzen Videofilm von einer minimal invasiven "Fundoplikatio" Operation und hatte zur Ansicht einige der dabei benutzten Operations-Instrumente mitgebracht, die durch die Reihen der Teilnehmer weitergegeben wurden.

Herr Prof.Dr.med. Christian Blöchle, Chefarzt der Allgemein- und Visceralchirurgie der Sana-Kliniken in Lübeck, beendete seinen Vortrag mit der Empfehlung an alle Teilnehmer die gerne noch Antworten zu speziellen Fragen über ihre eigene Erkrankung bekommen hätten, sich im Sekretariat der Allgemein- und Visceralchirurgie der Sana-Kliniken in Lübeck bei Frau Schoeneck einen Termin für ein persönliches Beratungsgespräch geben zu lassen.

Sana Kliniken Lübeck GmbH – Krankenhaus Süd, Kronsfordter Allee 71-73, 23560 Lübeck
Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie
Ärztlicher Direktor und Chefarzt Herr Professor Dr.med. Christian Blöchle
Sekretariat: Frau Jenyfer Schoeneck, Telefon: 0451/585-1301, Fax: 0451/585-1309
E-Mail: av.chirurgie@sana-luebeck.de

Nach anschließender Diskussion, der Beantwortung von Fragen aus dem Teilnehmerkreis durch Herr Prof.Dr.med. Christian Blöchle und einem Erfahrungsaustausch unter den anwesenden Teilnehmern bedankte sich Herr Schumacher bei Herrn Professor Blöchle für seine Ausführungen zu dem Thema " Sodbrennen, was tun ? – Wird durch die CPAP-Behandlung - (Überdruckatmung) das Sodbrennen (Reflux) verhindert ? "

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

Für die nächsten Patiententreffen am Mittwoch 17.Juni.2009, a. Sonderveranstaltung, Thema: **"Tag des Schlafes® "** und **"Tag der offenen Tür"** für die Räume des **Schlaflabors Dr.Hein** im **KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT** und in der **Aula der Pflegeschule 15** ⁰⁰

bis 18⁰⁰ Uhr, und am Mittwoch 24.Juni.2009, **b. Sonderveranstaltung**, Thema: **"Tag des Schlafes®"** im Krankenhaus Großhansdorf 10⁰⁰ bis 16⁰⁰ Uhr, werden Einladungen versendet.

Nach einem Erfahrungsaustausch unter den anwesenden Teilnehmern, wurde das Patiententreffen mit einem herzlichen Dank an alle Teilnehmer, sowie den besten Wünschen für ein frohes Pfingstfest und eine gute Gesundheit, von Herrn Schumacher beendet.

Beginn des Treffens 19.⁰⁰ Uhr, Ende ca. 21.⁰⁰ Uhr, Teilnehmerzahl: 85 Personen, die zum Teil mit ihren Familienangehörigen gekommen waren; davon 50 Patienten mit 5 Angehörigen der SSG, 9 Teilnehmer waren Ärzte, z.T. Mitarbeiter vom Krankenhaus Großhansdorf und medizinischen Firmen; von den Teilnehmern die zum ersten Mal Gast eines Patiententreffens waren, trugen sich 12 Patienten und ein Angehöriger in die Anwesenheitsliste ein, um auch in Zukunft weitere Informationen der SSG zu bekommen.

Kommen Sie zu unserer nächsten Veranstaltung am **17. Juni 2009** : dem **"Tag des Schlafes®"** und dem **"Tag der offenen Tür"** für die Räume des **Schlaflabors Dr.Hein** im **KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT**, und in der **Aula der Pflegeschule** (hinter dem Hauptgebäude). Sie haben die Möglichkeit, die Zimmer und das Labor zu besichtigen, in denen die Patienten versorgt werden. Ein Vortrag "Gibt es Alternativen zur CPAP-Therapie ?" von Dr. Holger Hein für die Patienten und Teilnehmer findet von 17.⁰⁰ – 18.⁰⁰ Uhr in der Aula der Pflegeschule des St. Adolf-Stifts statt, das Schlaflabor ist von 15.⁰⁰ -18.⁰⁰ Uhr offen für Besichtigungen und es finden auch Präsentationen von CPAP-Therapiegeräten und Schlafmasken-Beratungen bzw. Schlafmaskenschulungen statt.

Kommen Sie dann eine Woche später zu unserer nächsten Veranstaltung am **24. Juni 2009** : dem **"Tag des Schlafes®"** im Krankenhaus Großhansdorf im **Vortragssaal** von 10.⁰⁰ bis 16.⁰⁰ Uhr, und informieren Sie sich einmal sechs Stunden lang, in aller Ruhe im Krankenhaus Großhansdorf. Sehen Sie sich die CPAP-Geräte anderer Hersteller an und probieren Sie verschiedene Maskensysteme anderer Hersteller aus, um dann zu erkennen wie gut Sie doch bisher mit ihrem CPAP-Gerät und Maske versorgt sind. Der erste Vortrag " Die Wirkungsweise der RESMED Schlafdiagnosesysteme zur ambulanten und stationären Früherkennung bei Verdacht auf Schlafapnoe" durch Herrn Michael Brandt von der Fa. RESMED für die Patienten und Teilnehmer findet von 10.³⁰ – 11.³⁰ Uhr im Vortragssaal statt, der zweite Vortrag " Erholsam Schlafen und dabei Abnehmen oder Zunehmen ? " durch Frau Dr.med. M. Oldigs, Oberärztin im Schlaflabor, findet von 14.⁰⁰ – 15.⁰⁰ Uhr im Vortragssaal statt.

Zur Information für die anwesenden Patienten und Teilnehmer lagen aus: "Schlafapnoe Aktuell" Fachzeitschrift Nr.29 / April 2009 -**VdK**-Fachverband Schlafapnoe. Infomaterial von den Firmen: RESMED GmbH&Co.KG Broschur "Endlich wieder ruhig schlafen", Firmen Magazin **LIFE** Nr. 4/2008 von HOFFRICHTER GmbH, Informations-Broschüre "Fragen und Antworten zu Schlaf-Störungen"; Autor: Frau Dr.med. H. Beneš, Schwerin, Herausgeber: Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, Aktionsbündnis »meine Wahl!« Flyer "Gemeinsam für Mitsprache bei der Hilfsmittelversorgung", SSG Protokolle und Info-Flyer "Wieder frisch und munter", eine Information der Selbsthilfegruppen Schlafapnoe Norddeutschland.

Soweit mein Bericht vom dritten Patiententreffen 2009 im Krankenhaus Großhansdorf, Vortragssaal, Wöhrendamm 80, 22927 Großhansdorf, zusammen mit Frau Dr. med. S. Betge, Schlaflabor Krkh.Grhd. und Herrn Prof. Dr. med. Christian Blöchle, Sana-Kliniken Lübeck

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.

Steffen Schumacher, Leiter Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek
Husumer Straße 44, 21465 Reinbek, Tel.+Fax: 040/ 722 25 53, Mobil: 0176/ 4869 0287
E-Mail:steffenschumacher@alice-dsl.de, www.schlaf-portal.de – Stichwort "Selbsthilfe"