

DIAGNOSTIKA IN OPERATIVNO ZDRAVLJENJE SMRČANJA

(Informacije za paciente)

1. UVOD

Od nekdaj cenimo mirno spanje kot pogoj dobrega počutja in psihofizične zmogljivosti za reševanje problemov čez dan. Sodobna medicina je našla številne dokaze, da motnje dihanja v spanju vplivajo na psihofizične sposobnosti in celo povzročajo nekatere resne bolezni, kot so zvišan krvni pritisk, srčna in možganska kap.

2. MOTNJE DIHANJA MED SPANJEM

Smrčanje je najpogostejša motnja spanja. Občasno in za krajši čas smrči skoraj vsak, dolgotrajno in redno (habitualno) pa smrči okrog 30% moških in 20% žensk. Habitualno **smrčanje ugotovimo, tako da s preiskavo dihanja med spanjem izključimo ovirano dihanje.**

Hudo smrčanje namreč pogosto spremlja tudi nevarnejšo, a na srečo redkejšo bolezen: **obstruktivno apnejo med spanjem – OAS (angl. Obstructive Sleep Apnea = OSA)** ali nočno zaporo dihanja. Smrčanje večinoma izvira iz **povečanega mehkega neba in jezička**, pri OAS pa je napetost mišic žrela v spanju še slabša, dodatno lahko dihanje ovirajo še povečani mandlji, zadebeljen koren jezika in drugi deli zgornjih dihal. Tako pride do hujše ovire pri dihanju (**hipopneja**) in celo popolne prekinitve dihanja – **apneje**. Za apnejo štejemo prekinitve dihanja za **najmanj 10 sekund**, pogosto pa trajajo dva do trikrat toliko.

Normalno imamo lahko **do 5 apnej na uro**, kar označimo kot indeks (AI 15/h pomeni 15 apnej na uro). Kadar je pretok zraka manjši za več kot polovico, gre za hipopnejo (H). Rezultat se sešteva: AI10 se že pojavljajo dolgoročne škodljive posledice: zapore dihanja povzročajo padce kisika v krvi (desaturacija), ritem spanja se ruši, nastane fragmentacija spanja. Prizadeti se le včasih popolnoma zbudi z občutkom dušenja, večinoma je le nemiren med spanjem in zjutraj neprespan, kar **94% apneikov pa hudo smrči**. Prva posledica je tako povečana **dnevna zaspanost in utrujenost**, ki se kaže kot popuščanje psihične koncentracije in je lahko nevarna v prometu. Opisane nepravilnosti pri dihanju naj bi sčasoma povzročile povišan krvni tlak, gostejšo kri (policitemijo), razširjenost srca in s tem povezane zaplete, zlasti srčno in možgansko kap. Znižanje kisika v krvi med spanjem sproža stresne hormone.

3. DIAGNOSTIKA MOTENJ DIHANJA V SPANJU

Najprej je potreben temeljit pogovor s pacientom, kjer dobimo zgodovino bolezni (anamneza). Pomembni so podatki o rednem ali nerednem terminu spanja in zbujanja ter morebitni povečani zaspanosti čez dan. O intenziteti in pogostnosti smrčanja je najbolje vprašati osebo, ki spi v bližini in katera naj oceni jakost smrčanja od 1 do 10. Tako zbranim podatkom sledi **natančen ORL pregled, kjer ocenimo in izmerimo možne ovire za prehodnost nosu in žrela.**

Poleg pregleda je neobhodna meritev dihanja v spanju, tako imenovana respiratorna poligrafija. Pri tej preiskavi šele dobimo AHI in druge podatke, na podlagi katerih ločimo **paciente z apnejami od tistih, ki le smrčijo, dihalo pa brez težav.**

Vsak pacient izpolni še vprašalnik o dnevni zaspanosti ESS (Epworth Sleepiness Score) in vprašalnik o simptomih OAS. Poleg pregleda in meritve dihanja v spanju so tudi vprašalniki sestavni del diagnostičnega postopka.

4. KONZERVATIVNO ZDRAVLJENJE MOTENJ DIHANJA MED SPANJEM

Najprej je seveda treba poskrbeti za bolj zdrav način življenja. Izogibati se je potrebno drogam, kot sta alkohol in kava vsaj v večernem času. Pred spanjem se je potrebno umiriti, primerno je branje ali pogovor. Fizična aktivnost naj bo pretežno dopoldan.

Zmanjšati je potrebno preveliko telesno težo. Za oceno upoštevamo **indeks telesne mase ITM – (kg/m²)**. ITM do 25 je normalen, med 25 in 30 je telesna teža prevelika, med 30 in 35 že ugotavljamo debelost (obesitas), nad 35 pa ekstremno debelost.

Številne študije dokazujejo tesno povezanost med zvišanim ITM ter smrčanjem oziroma OAS. Po drugi strani pa najdemo (sicer zelo redko!) tudi paciente z ITM pod 25, ki imajo visoko število apnej in/ali redno smrčijo, pa tudi bolj okrogle z ITM čez 35, ki dihajo brez težav.

Obstojata **veliko število naprav**, ki zmanjšajo težave s smrčanjem. Na spletu se na primer dobijo pevske vaje za smrčače (singing for snorers.com). Kadar ugotovimo, da prihaja do smrčanja pretežno v hrbtni legi, je lahko rešitev **navajanje na bočno lego med spanjem**. V ta namen se obnesejo žepi v hrbtnem delu pižame nad lopaticami. V te žepe pred spanjem vtaknemo teniške žogice. Zobozdravniki so razvili naprave za **stabilizacijo spodnje čeljusti** (na primer SomnoGuard). V primeru nepravilno raščene zobovja ali čeljusti je vsekakor nujen obisk pri **ortodontu** ali **čeljurnemu kirurgu**. Pogosto povsem pozabimo na kvalitetne ušesne čepe iz mehkega silikona, ulite po meri za posteljnega partnerja, ki jih ponujajo dobavitelji slušnih aparatov.

5. OPERATIVNO ZDRAVLJENJE MOTENJ DIHANJA V SPANJU

Operativno zdravljenje smrčanja ni novost. **Nočne zapore dihanja in smrčanje pri otrocih** najpogosteje povzročata povečana žrelnica in mandlji. **Odstranitev povečane žrelnice in/ali mandljev** (adenektomija oziroma adenotonzilektomija) se redno izvaja že dobrih sto let in je še vedno najpogostejša operacija sploh. V zadnjih letih se ponovno izvaja tudi zmanjšanje mandljev (tonzilotomija), kadar so mandlji le povečani, niso pa žarišče infekcije.

Tudi pri odraslih **ovire v nosu vplivajo na smrčanje** (zvit nosni pretin, otekle nosne školjke, nosni polipi). Podatki študij kažejo, da skoraj četrtina prebivalcev v Evropi težje diha skozi nos zaradi vnetja nosne sluznice (rinitisa), večinoma na podlagi alergije. Okrog 50% populacije naj bi imelo tudi ugotovljen zvit nosni pretin (deviatio septi nasi – DSN)

Pri **operativnem zdravljenju smrčanja** in lažjih motenj dihanja v spanju (do AHI 15/h) pa moramo običajno odstraniti večji del jezika (**Uvula**), zmanjšati povečano tkivo mehkega neba (**Palatum**) in nebnihi lokov v žrelu (**Pharynx**) zato se operacija imenuje **uvulopalatofaringoplastika – UPPP**.

V zadnjih 10 letih so povsem prevladovale **konservativne kirurške metode s pomočjo radio frekvence (RF)**, ki omogočajo zmanjšanje mehkega neba z ohranitvijo sluznice. Ta napredna tehnika tako omogoča izbirati med zmanjšanjem volumna tkiva brez rezanja ali pa dodatno izrezanje potrebnega obsega tkiva v zgoraj naštetih anatomskih predelih.

Pri srednje težkih motnjah dihanja v spanju (AHI med 15 in 30/h) se običajno izvaja UPPP z odstranitvijo mandljev in zmanjšanjem volumna korena jezika v narkozi, potrebno je ležati v bolnišnici.

Pri bolnikih z AHI nad 30/h pa je priporočljiv preizkus maske za pomoč pri dihanju s pomočjo zračne črpalke (CPAP).