

ΡΟΧΑΛΗΤΟ : ΕΝΟΧΛΗΤΙΚΗ ΣΥΝΗΘΕΙΑ Ή ΣΟΒΑΡΗ ΝΟΣΟΣ ;

Όλοι μας έχουμε κατηγορηθεί ότι ροχαλίζουμε, έστω περιστασιακά, σε κάποια φάση της ζωής μας. Όταν είμαστε αρκετά κουρασμένοι ή έχουμε φάει αργά το βράδυ και ίσως έχουμε καταναλώσει λίγο αλκοόλ παραπάνω. Σίγουρα το ροχαλητό αυτό δεν είναι κάτι με το οποίο πρέπει να ασχοληθούμε. Κάποιοι, όμως, ροχαλίζουν συστηματικά και έντονα. Σε αρκετές περιπτώσεις η οικογενειακή ζωή αναστατώνεται σοβαρά, καταδικάζοντας σε νύχτες αγρύπνιας τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

Το ροχαλητό είναι ένα σύμπτωμα που μόνο αστείο δεν μπορεί να χαρακτηριστεί, αφού εκτός από πρόβλημα με σοβαρές κοινωνικές προεκτάσεις, όταν συνοδεύεται από απνοϊκά επεισόδια, καταστάσεις δυνητικά επικίνδυνες για τη ζωή του πάσχοντος, από κοινωνικό πρόβλημα γίνεται πρόβλημα υγείας.

Στη σημερινή εποχή μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα ότι το ροχαλητό δεν είναι πλέον μια φυσιολογική κατάσταση, αλλά μία νόσος παγκόσμια αναγνωρισμένη, που εκδηλώνεται με ποικιλία κλινικών μορφών, από το απλό αθώο περιστασιακό και ακίνδυνο **καλόηθες ροχαλητό** ή το πιο σοβαρό **σύνδρομο της αυξημένης αντίστασης του αεραγωγού** έως την επικίνδυνη κατάσταση για τη ζωή, το **σύνδρομο της υπνικής άπνοιας (sleep apnea)**

Πόσο συχνό είναι ;

45% των ενηλίκων ροχαλίζουν περιστασιακά και 25% ροχαλίζουν συστηματικά, από τους οποίους το 20-30% πάσχει από κάποιας μορφής άπνοιας. Στην Ελλάδα περίπου 900000 πάσχουν από νοσηρό ροχαλητό και από αυτούς οι 500000 παραμένουν αδιάγνωστοι.

Τι είναι το ροχαλητό και πώς παράγεται ;

Είναι ο ενοχλητικός, εισπνευστικός κυρίως, θόρυβος που παράγεται, κατά την διάρκεια του ύπνου λόγω της χαλάρωσης του μυϊκού τόνου, από την δόνηση των μαλακών μορίων των τοιχωμάτων του φάρυγγα, κυρίως της σταφυλής της υπερώας και των αμυγδαλών, που προκαλείται όταν ο αέρας που περνάει δεν έχει φυσιολογική ροή επειδή εμποδίζεται με αποτέλεσμα να στροβιλίζεται. Κατά την εγρήγορση δεν παράγεται ροχαλητό, ακόμα κι αν υπάρχουν οι προϋποθέσεις, διότι τα φάρυγγικά τοιχώματα έχουν φυσιολογικό μυϊκό τόνο, που δεν επιτρέπει την χαρακτηριστική δόνηση.

ΑΒΟΥΡΗΣ Ν. ΙΩΑΝΝΗΣ ΩΡΛ –
Χειρουργός Ωτορινολαρυγγολόγος

Τηλ: 210 41 30 589

www.orl-peiraias.gr

Βασιλέως Γεωργίου Β' 8 & Βούλγαρη, Τ.Κ. 185 34, Πειραιάς

Προδιαθεσικοί παράγοντες ροχαλητού

- **Ανατομικοί παράγοντες.** Διακρίνονται σε :
 - παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά τη ρινική αναπνοή (σκολίωση ρινικού διαφράγματος, υπερτροφία ρινικών κογχών, "κρεατάκια", πολύποδες ρινός, ανεπάρκεια ρινικού προδρόμου, αλλεργία, λοιμώξεις...)
 - πληθωρικότητα των ιστών του φάρυγγα (υπερτροφικές αμυγδαλές, παχειά και μακριά μαλθακή υπερώα, ευμεγέθης σταφυλή, χονδρά τοιχώματα φάρυγγα ...)
 - ιδιομορφίες στην κατασκευή της εισόδου του λάρυγγα (πεπλατυσμένος υποφάρυγγας, μεγάλη και μαλακή επιγλωττίδα, λαρυγγομαλακία)
 - κраниοπροσωπικές δυσμορφίες και ιδιομορφίες σε άλλες κεφαλομετρικές σχέσεις του σπλαχνικού κρανίου
 - σχετικό μέγεθος γλώσσας σε σχέση με το στόμα (μακρογλωσσία, μικρογναθία)
- **Το μεγάλο σωματικό βάρος** αποτελεί από τους σημαντικότερους παράγοντες. Η συσσώρευση λίπους στο κοιλιακό τοίχωμα αυξάνει το αναπνευστικό έργο, αλλά κυρίως συνοδεύεται από ανάλογη με 10% συσσώρευση λίπους στη ρίζα γλώσσας
- **Ο σωματότυπος** : Ο πυκνικός τύπος (ευρύς σκελετός, μεγάλη μυϊκή μάζα, κοιλιά, ισχυρά άκρα και κοντός λαιμός) προδιαθέτει πολύ περισσότερο από τον αθλητικό – λεπτοφυή σωματότυπο. Αξιόπιστο κριτήριο αποτελεί η περίμετρος του λαιμού (Φ.Τ Άνδρες < 43cm , Γυναίκες <41cm)
- **Ηλικία.** Λόγω χαλάρωσης των ιστών και εξασθένησης του μυϊκού τόνου, το ροχαλητό καθίσταται συχνότερο και εντονότερο με την πάροδο της ηλικίας. Μετά τα 65 ροχαλίζει συστηματικά το 50% του πληθυσμού.
- **Φύλλο.** Οι άνδρες (~37%) ροχαλίζουν 2 φορές συχνότερα από τις γυναίκες (~19%), λόγω διαφορετικής κατανομής του λίπους αυτό συσσωρεύεται περισσότερο στη περιοχή του λαιμού και της ρίζας της γλώσσας προκαλώντας στένωση του αεραγωγού.
- **Παράγοντες που προκαλούν χαλάρωση του μυϊκού τόνου.** Η μεγάλη κόπωση, η κατανάλωση οινοπνεύματος και ηρεμιστικών φαρμάκων.
- **Η στάση του σώματος κατά τον ύπνο.** Στην ύπτια θέση η γλώσσα πέφτει προς τα πίσω και στενεύει ή φράζει το φάρυγγα.
- **Μεταβολικές – ενδοκρινικές – νευρολογικές διαταραχές** : Υποθυρεοειδισμός, Cushing, ακρομεγαλία, διαταραχές κινητικού νευρώνα...
- **Κύηση** παρουσιάζει 3,5 φορές αυξημένη πιθανότητα ροχαλητού
- **Κληρονομικότητα – οικογενής προδιάθεση**

Διάκριση ροχαλητού

Το **απλό** ροχαλητό, το οποίο είναι επίσης γνωστό ως **πρωτοπαθές** ή **καλόηθες**, χαρακτηρίζεται από δυνατούς ήχους από το ανώτερο αναπνευστικό κατά τη διάρκεια του ύπνου, χωρίς όμως επεισόδια άπνοιας. Παθολογική σημασία αποκτά όταν έχει αρνητικές συνέπειες στην υγεία του ατόμου. Γενικώς **νοσηρό** θεωρείται το ροχαλητό που συνοδεύεται από άπνοιες, αν και υπάρχουν περιπτώσεις χωρίς άπνοιες που παρουσιάζουν νοσηρή συμπτωματολογία.

Τι είναι υπνική άπνοια ;

Η διακοπή της αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου για διάστημα μεγαλύτερο των 10sec ορίζεται ως υπνική άπνοια. Διακρίνεται σε :

- **Κεντρικού τύπου** (~ 5%) : λόγω δυσλειτουργίας του αναπνευστικού κέντρου ο εγκέφαλος δεν δίνει σήμα στους πνεύμονες και δεν υπάρχει καθόλου προσπάθεια για αναπνοή.
- **Αποφρακτικού τύπου** (~95%) : η οποία οφείλεται σε σύμπτωση και απόφραξη του αεραγωγού του φάρυγγος/λάρυγγος, σε αντίθεση με το απλό ροχαλητό όπου η απόφραξη του αεραγωγού είναι μερική. Υπάρχει συνεχής προσπάθεια για αναπνοή αλλά λόγω εμποδίου δεν υπάρχει καθόλου εισροή αέρα.
- **Μικτού τύπου** : σε κάποιες περιπτώσεις συνυπάρχει κεντρική και αποφρακτική αιτιολογία.

Με την απώλεια της φυσιολογικής αναπνοής μειώνεται το οξυγόνο στο αίμα με αποτέλεσμα να διεγείρεται ο εγκέφαλος και να διακόπτει τον βαθύ ύπνο προκειμένου είτε να δώσει το κατάλληλο σήμα στους πνεύμονες είτε να επανέλθει ο μυϊκός τόνος να υπερνικηθεί η απόφραξη και να επιτραπεί εκ νέου η αναπνοή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να καταργείται η ρυθμιστική λειτουργία του βαθέως ύπνου. Συνήθως από τον ίδιο τον ασθενή δεν υπάρχει αντίληψη αυτών των περιόδων άπνοιας ή των αφυπνίσεων, παρά ταύτα η χαλαρωτική ιδιότητα του ύπνου διακόπτεται και ο ασθενής μπορεί να ξυπνήσει μετά από 8 ώρες ύπνου κουρασμένος.

Τι είναι το σύνδρομο υπνικής άπνοιας (Σ.Υ.Α) :

Μιλάμε για **σύνδρομο υπνικής άπνοιας** μόνο όταν υπάρχουν συμπτώματα ως αποτέλεσμα του ροχαλητού και των άπνοιών. Στις περιπτώσεις με απλό βαρύ ροχαλητό ή ακόμα και με άπνοιες χωρίς όμως συμπτώματα και χωρίς αποκορεσμό της αιμοσφαιρίνης (μείωση του οξυγόνου στο αίμα) μιλάμε για **σύνδρομο αυξημένης αντίστασης αεραγωγού**. Σύνδρομο αθώο, που χρειάζεται όμως παρακολούθηση και αντιμετώπιση γιατί μπορεί να μεταπέσει ανά πάσα στιγμή σε σύνδρομο υπνικής άπνοιας.

Ποια είναι τα χαρακτηριστικά του νοσηρού ροχαλητού (με ή χωρίς άπνοιες) :

- Περισσότερο **συνεχές** παρά ευκαιριακό
- **Δυνατό** και **ενοχλητικό**
- Με ήχο πιο **τραχύ** και με **εκπνευστικό ρόγχο**, σε αντίθεση με τον ομαλό στρωτό χωρίς διακοπές ήχο του απλού ροχαλητού
- Ο ύπνος είναι **κατακερματισμένος**
- Εμφανίζεται σε **περισσότερες στάσεις** του ύπνου και όχι μόνο στην ύπτια
- Όταν υπάρχουν άπνοιες το ροχαλητό παρουσιάζει **διακοπές** ποικίλης διάρκειας. Η αναπνοή ξαναρχίζει απότομα μετά από **μερική αφύπνιση** και **αλλαγή στάσης**

Ποιες είναι οι εκδηλώσεις του νοσηρού ροχαλητού :

- **Ανήσυχος ύπνος** που αρχίζει πολύ εύκολα και σύντομα διακόπτεται απότομα από το ροχαλητό, **νυχτερινή συχνοουρία** και **εφίδρωση**, **δυσκολία στην αφύπνιση**
- **Πρωινός πονοκέφαλος**
- **Κόπωση** και **υπνηλία** με σύντομα **υπνάκια** κατά την διάρκεια της ημέρας
- **Μυϊκή υπερτονία**
- **Υπέρταση**, κυρίως πρωινή, , αρχικώς πνευμονική και στη συνέχεια συστηματική
- **Ευερεθιστότητα** και διάφορα **ψυχολογικά προβλήματα** (συχνές αλλαγές συναισθήματος, κατάθλιψη, εκρηκτικός θυμός, βουλιμία, απώλεια μνήμης, μείωση συγκέντρωσης και προσοχής, ανάγκη για διεγερτικές και εθιστικές ουσίες)
- **Κακή απόδοση** ή/και προβλήματα συμπεριφοράς **στο σχολείο/εργασία**
- **Στυτική δυσλειτουργία** στους άνδρες

ΑΒΟΥΡΗΣ Ν. ΙΩΑΝΝΗΣ ΩΡΛ –

Χειρουργός Ωτορινολαρυγγολόγος

Τηλ: 210 41 30 589

www.orl-peiraias.gr

Βασιλέως Γεωργίου Β' 8 & Βούλγαρη, Τ.Κ. 185 34, Πειραιάς

- Η σοβαρότερη συνέπεια της υπνηλίας είναι τα **τροχαία** και **εργατικά ατυχήματα**. Τα εργατικά ατυχήματα είναι 2,5 φορές και τα τροχαία 7 φορές συχνότερα από ότι στο γενικό πληθυσμό. Το 1/3 των θανατηφόρων τροχαίων σχετίζονται με υπνηλία από ροχαλητό ή/και άπνοιες.

Ποιες είναι οι συνέπειες του συνδρόμου υπνικής άπνοιας ;

Τα απνοϊκά επεισόδια διάρκειας τουλάχιστον 10sec και συχνότητας τουλάχιστον 7 ανά ώρα, που δεν είναι ασυνήθιστο να φθάσουν σε 20sec κάθε λεπτό, δημιουργούν κατάσταση ισοδύναμη με το να κοιμάται κάποιος το 1/3 του χρόνου του σε ελεύθερη κατάδυση ή στο να στραγγαλίζεται σε δόσεις. Καθώς ο κορεσμός του αίματος σε οξυγόνο μειώνεται, ο οργανισμός κινητοποιεί αντανακλαστικά όπως η μεγάλη αύξηση του καρδιακού ρυθμού και της πίεσης, η ελάττωση της αιμάτωσης του καρδιακού μυός. Με την καθημερινή μακροχρόνια επανάληψη της διαδικασίας αυτής φθείρεται το καρδιαγγειακό σύστημα και αποσυντονίζονται τα κυριότερα οργανικά συστήματα, όπως το νευρικό, κυκλοφορικό, αναπνευστικό, ενδοκρινικό. Προδιαθέτει σε :

- **Εργατικά και τροχαία ατυχήματα**
- **Καρδιοπάθεια : στηθάγχη, έμφραγμα, αρρυθμίες, καρδιακή υπερτροφία και ανεπάρκεια, υπέρταση** ανθεκτική στη φαρμακευτική αγωγή
- **Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο**
- **Παχυσαρκία, σακχαρώδης διαβήτης**
- **Σύνδρομο υποαερισμού**
- **Επιληψία**
- Ασθενείς με σοβαρού βαθμού Σ.Υ.Α χωρίς θεραπεία έχουν 4 φορές αυξημένη πιθανότητα **θανάτου** από οποιαδήποτε αιτία και 5 φορές από καρδιακά και πνευμονολογικά αίτια. Γενικά **μειώνεται το προσδόκιμο ζωής** κατά 5-10 χρόνια.

Άλλες καταστάσεις που σχετίζονται με Σ.Υ.Α

Η παλινδρόμηση γαστρικών υγρών στο φάρυγγα και λάρυγγα συνδυάζεται συχνά με αποφρακτική υπνική άπνοια, προκαλώντας έντονη αλληλοενίσχυση. Κατά την αποφρακτική υπνική άπνοια αναπτύσσεται αρνητική πίεση στον θώρακα σε σχέση με την ενδοκοιλιακή πίεση, η οποία σε συνδυασμό με την ανεπάρκεια των οισοφαγικών σφιγκτήρων που τυχόν συνυπάρχει, αναρροφά το περιεχόμενο του στομάχου στο φάρυγγα.

ΑΒΟΥΡΗΣ Ν. ΙΩΑΝΝΗΣ ΩΡΛ –

Χειρουργός Ωτορινολαρυγγολόγος

Τηλ: 210 41 30 589

www.orl-peiraias.gr

Βασιλέως Γεωργίου Β' 8 & Βούλγαρη, Τ.Κ. 185 34, Πειραιάς

Τα όξινα γαστρικά υγρά προκαλούν κάψιμο και οίδημα στο βλεννογόνο της περιοχής. Το οίδημα αυξάνει την απόφραξη του αεραγωγού, με αποτέλεσμα επιδείνωση της άπνοιας και ευκολότερη παλινδρόμηση, καταλήγοντας σε φαύλο κύκλο.

Η κεντρικού τύπου υπνική άπνοια δεν αλληλεπιδρά με την παλινδρόμηση.

Πότε χρειάζεται συμβουλή ειδικού ιατρού :

Καλός ωτορινολαρυγγολογικός έλεγχος χρειάζεται, προτού εμφανιστούν οι αρνητικές επιδράσεις στην υγεία, όταν :

- Το ροχαλητό αποκτά χαρακτηριστικά του **νοσηρού** ροχαλητού
- **Υπνηλία** και **κούραση** υπάρχουν κατά τη διάρκεια της ημέρας
- **Διακοπή της αναπνοής με βήχα** ή **πνιγμονή** υπάρχει κατά τη διάρκεια του ύπνου

Πως γίνεται ο έλεγχος του ροχαλητού και της υπνικής άπνοιας :

A] Αρχικά απαιτείται ένας καλός **ωτορινολαρυγγολογικός έλεγχος**, ο οποίος περιλαμβάνει :

- Λήψη **ιστορικού**, παρουσία οικείου ατόμου που μπορεί να δώσει πληροφορίες για τον ύπνο του ασθενή. Μπορεί να εμπλουτισθεί από συμπλήρωση ειδικών **ερωτηματολογίων** εκτίμησης βαρύτητας ροχαλητού και άπνοιας.
- Πλήρης **ΩΡΛ κλινική εξέταση** προς αναζήτηση οποιοδήποτε εμποδίου της διόδου του αέρα από την είσοδο του στόματος και της μύτης μέχρι την τραχεία και τους πνεύμονες.
- **Ενδοσκόπηση ρινός – φάρυγγα και λάρυγγα**, με σκοπό τον εντοπισμό των σημείων δόνησης και απόφραξης. Χρήσιμο είναι να συνοδεύεται και από αναπαραγωγή του ροχαλητού από τον ασθενή.

B] Στη συνέχεια εφ' όσον υπάρχει υποψία νοσηρού ροχαλητού ή/και Σ.Υ.Α βασική κλινική δοκιμασία αποτελεί η **πολυκαταγραφική μελέτη ύπνου**, όπου κατά τον ύπνο του ασθενή σε ειδικά εργαστήρια, καταγράφεται ο αναπνευστικός και καρδιακός ρυθμός, η ροή του αέρα, οξυγόνωση της αιμοσφαιρίνης, η κινητικότητα του θωρακικού και κοιλιακού τοιχώματος, εγκεφαλογράφημα, κινήσεις οφθαλμών και ο μυϊκός τόνος.

ΑΒΟΥΡΗΣ Ν. ΙΩΑΝΝΗΣ ΩΡΛ –

Χειρουργός Ωτορινολαρυγγολόγος

Τηλ: 210 41 30 589

www.orl-peiraias.gr

Βασιλέως Γεωργίου Β' 8 & Βούλγαρη, Τ.Κ. 185 34, Πειραιάς

Από την ανάλυση των στοιχείων αυτών υπολογίζονται οι άπνοιες και οι υπόπνοιες, ο απνοϊκός δείκτης (άπνοιες ανά ώρα ύπνου), ο βαθμός αποκορεσμού της αιμοσφαιρίνης σε οξυγόνο, το ποσοστό του χρόνου αποκορεσμού της αιμοσφαιρίνης ... Ως αποτέλεσμα έχουμε : επιβεβαίωση ύπαρξης Σ.Υ.Α, διάκριση σε αποφρακτική ή κεντρική, αντικειμενοποίηση, υπολογισμό βαρύτητας, μέτρο σύγκρισης προκειμένου να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής μεθόδου που θα εφαρμοσθεί.

Με τη χρήση φορητών μηχανημάτων μπορεί η καταγραφή να γίνει και στο σπίτι του ασθενή. Μελέτη μειωμένης ευαισθησίας αλλά χρήσιμη και με ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Γ] Κεφαλομετρία : με μετρήσεις των σχέσεων των διάφορων ανατομικών στοιχείων μεταξύ τους. Έχει πολύ καλή προγνωστική αξία για την επιλογή της θεραπείας με αντικειμενικά κριτήρια. Μπορεί να υποκατασταθεί υπό προϋποθέσεις από **αξονική τομογραφία**..

Δ] Προσδιορισμός δείκτη μάζας σώματος προς αντικειμενική εκτίμηση του υπέρβαρου

Ε] Συμπληρωματικά :

- Έλεγχος της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης με **διπλή ΡΗμετρία οισοφάγου**, μπορεί να γίνει κατά τη διάρκεια της μελέτης ύπνου.
- Αιματολογικές εξετάσεις (π.χ : ορμονολογικές)
- Καρδιολογικές (π.χ : triplex καρδιάς)
- Ειδικές εξετάσεις αν υπάρχει υποψία γενετικού ή ειδικού συνδρόμου (π.χ : δυσμορφία, νευρολογικό έλλειμμα, συγγενής καρδιοπάθεια, κυστική ίνωση)

Πώς αντιμετωπίζονται το ροχαλητό και οι άπνοιες :

Η αντιμετώπιση του ροχαλητού και των απνοιών είναι πολλές φορές δύσκολη. Απαιτεί την ενεργό συμμετοχή του ασθενή και μπορεί να προϋποθέτει την εφαρμογή πολλαπλών θεραπευτικών μεθόδων. Σε πρώτη φάση χρειάζεται τροποποίηση και ρύθμιση βιοτικών συνηθειών, υιοθετώντας υγιεινότερο τρόπο ζωής.

Γενικές οδηγίες πρόληψης ροχαλητού

- Αποφυγή αλκοόλ (ιδίως 4 ώρες προ του ύπνου) και φαρμάκων ηρεμιστικών και υπνωτικών
- Αποφυγή μεγάλων γευμάτων (ιδίως 2-3 ώρες προ ύπνου)
- Άσκηση έστω και ελαφριάς μορφής. Μείωση καθιστικής ζωής.
- Διατήρηση βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα. Χρήσιμη μπορεί να φανεί και η συνδρομή ειδικού διαιτολόγου.
- Σταθερό τακτικό πρόγραμμα ύπνου (κάθε βράδυ την ίδια ώρα)
- Ύπνος σε πλάγια στάση, όχι ύπτια, ή με ανεβασμένο το κεφάλι του κρεβατιού (δύο μαξιλάρια).
- Διακοπή καπνίσματος (αυξάνει τις φλεγμονές του αεραγωγού)
- Αποφυγή υπερκόπωσης. Εξασφαλίζεται καλύτερος ύπνος μετά από ελαφριά κούραση, όχι εξάντληση. Μπορεί να βοηθήσει η αποφυγή της μεσημεριανής κατάκλισης καθώς και της κατανάλωσης πολύ νερού τις βραδινές ώρες.
- Ικανοποιητική υγρασία στο υπνοδωμάτιο. Οι συσκευές θέρμανσης και ψύξης ξεραίνουν το περιβάλλον. Αποφυγή ύπνου με air-condition και το χειμώνα τοποθέτηση μπολ με νερό πάνω στο σώμα του καλοριφέρ.
- Ειδικές αυτοκόλλητες ταινίες – ρινικοί διευρυντήρες μπορεί να χρησιμοποιηθούν στο περιστασιακό ροχαλητό ή στο πιο μόνιμο πρόβλημα μέχρι την ιατρική αντιμετώπιση
- Παράλληλα σημαντική είναι η αντιμετώπιση μεταβολικών και άλλων νοσημάτων που συνυπάρχουν (π.χ υποθυρεοειδισμός, σακχαρώδης διαβήτης, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση)

Οι κύριες θεραπευτικές προσεγγίσεις που εφαρμόζονται σήμερα είναι :

- A] Εφαρμογή ενδοστοματικού νάρθηκα
- B] Μηχανική υποστήριξη της αναπνοής κατά τον ύπνο (CPAP, BiPAP)
- Γ] Χειρουργική

A] Στοματικός νάρθηκας (μασελάκι) χρησιμοποιείται όταν το πρόβλημα εντοπίζεται στη ρίζα της γλώσσας ή έχουμε γναθοπροσωπική ανωμαλία. Υπάρχουν δύο ειδών : αυτά που έλκουν τη γλώσσα προς τα εμπρός και αυτά που προωθούν την κάτω γνάθο.

B] CPAP είναι ηλεκτροκίνητοι αναπνευστήρες εφαρμογής συνεχούς θετικής πίεσης στον αεραγωγό μέσω μάσκας, εφαρμοσμένης στεγανά γύρω από τη μύτη του ασθενή, κατά τον ύπνο.

Παραλλαγή είναι οι **BiPAP** που έχουν και υγραντήρα και συντονίζονται με τον αναπνευστικό κύκλο έτσι ώστε να ενεργοποιούνται μόνο όταν μειωθεί η ροή του εισπνεόμενου αέρα.

Η χρήση τους έχει καλά αποτελέσματα και είναι η ενδεδειγμένη λύση σε βαρύ Σ.Υ.Α.

Προβλήματα που παρουσιάζονται :

- Υποκειμενική ενόχληση
- Ξηρότητα μύτης
- Συχνές ρινορραγίες
- Ερεθισμός των ματιών από διαφυγή αέρα
- Πονοκέφαλοι
- Εφιαλτικά όνειρα

Προβλήματα που συχνότερα εμφανίζονται όταν συνυπάρχει δυσχέρεια ρινικής αναπνοής.

Γ] Από χειρουργικής πλευράς θα πρέπει να αποκατασταθεί ό,τι έχει βρεθεί ότι εμποδίζει τη δίοδο του αέρα. Η αποκατάσταση εκτός από το ότι θα βοηθήσει άμεσα το απνοϊκό σύνδρομο θα διευκολύνει και ενδεχόμενη χρήση αναπνευστικής συσκευής CPAP. Ανάλογα με τα ευρήματα η χειρουργική αποκατάσταση μπορεί να γίνει σε ένα ή περισσότερα στάδια. Σημαντικό είναι να τονισθεί ότι, παρά την αντίθετη επικρατούσα στο κόσμο πεποίθηση, έμφαση κυρίως δίνεται στη περιοχή του στοματοφάρυγγα και λιγότερο στη μύτη.

Χειρουργικές επεμβάσεις :

- **Βελτίωσης της ρινικής αναπνοής :** ευθιασμός ρινικού διαφράγματος, κογχοτομές, καυτηριασμός ρινικών κογχών, ενδοσκοπική χειρουργική ρινός παραρρινίων – αφαίρεση ρινικών πολυπόδων.
- **Φαρυγγοϋπερωιοσταφυλοπλαστική (UPPP)** είναι η βασική επέμβαση για το ροχαλητό και το απνοϊκό σύνδρομο. Αφαιρούνται πληθωρικοί ιστοί του φάρυγγα (ευμεγέθης σταφυλή, μεγάλες παρίσθμιες καμάρες, τοιχώματα με πτυχώσεις).
- Πιο σύγχρονη παραλλαγή **φαρυγγοπλαστικής UPPP με χρήση laser και κυρίως ραδιοσυχνοτήτων (RF)**. Οι ραδιοσυχνότητες μπορεί να χρησιμοποιηθούν και προκαλώντας ουλοποίηση της μαλθακής υπερώας αυξάνοντας την ακαμψία της και μειώνοντας έτσι τις δονήσεις και το ροχαλητό.

ΑΒΟΥΡΗΣ Ν. ΙΩΑΝΝΗΣ ΩΡΛ –

Χειρουργός Ωτορινολαρυγγολόγος

Τηλ: 210 41 30 589

www.orl-peiraias.gr

Βασιλέως Γεωργίου Β' 8 & Βούλγαρη, Τ.Κ. 185 34, Πειραιάς

- **Αμυγδαλεκτομή – αδενотоμή**
- Πλευρική φαρυγγοπλαστική ή επέμβαση Cahali
- Επεμβάσεις μείωσης του όγκου της ρίζας της γλώσσας ή μετατόπισης της κάτω γνάθου, δοκιμάστηκαν αλλά έχουν πρακτικά εγκαταληφθεί
- **Βαριατρικές επεμβάσεις** σε περιπτώσεις μεγάλου βαθμού παχυσαρκίας, με σκοπό τη μείωση του βάρους
- Τραχειοστομία σε περιπτώσεις που υπάρχει άμεσος μεγάλος κίνδυνος από την απόφραξη.

Με τη χρήση της σύγχρονης τεχνολογίας οι επεμβάσεις έχουν γίνει πιο ανώδυνες, γρήγορες και αποτελεσματικές, με εξαιρετικά μικρούς χρόνους νοσηλείας, μειωμένη μετεγχειρητική ενόχληση και πολύ γρήγορη επιστροφή του ασθενούς στη καθημερινότητα του,

Συμπερασματικά

Σημαντικό είναι να κατανοηθεί ότι όσοι παρουσιάζουν έντονο ή μόνιμο ροχαλητό, κακή ποιότητας ύπνου, κούραση και υπνηλία κατά την ημέρα, πρέπει να διερευνώνται από ειδικό ιατρό – ΩΡΛ προς διάγνωση αποφρακτικής υπνικής άπνοιας. Για την οποία ασθένεια υπάρχει πρόληψη και θεραπεία, πλέον αποτελεσματική και αρκετά ανώδυνη. Με την αντιμετώπιση του οργανικού προβλήματος και την οξυγόνωση του οργανισμού αντιμετωπίζονται τα κλινικά συμπτώματα και προλαμβάνονται οι επιπλοκές του Σ.Υ.Α