

Fragebogen:

Dieser Fragebogen soll die Befunderhebung bezüglich des Schnarchens und der obstruktiven Schlafapnoe erleichtern.

Es kann sinnvoll sein, diesen Fragebogen dem Patienten mitzugeben, damit er zusammen mit seiner Partnerin oder seinem Partner einige Fragen daraus besprechen kann.

Der Fragebogen erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Er lässt den Befund meist nur tendenziell erkennen.

Weitere befunderhebende Maßnahmen sind ggf. nötig.

Ihr Name:

Ihre Adresse:

Ihre Tel.-Nr.

Ihr Gewicht:

Ihre Größe:

BMI*:

* Body-mass-index: Körpergewicht geteilt durch das Quadrat der Körpergröße:

$\frac{\text{Körpergewicht (kg)}}{\text{Körpergröße (m)}^2}$

Körpergröße x Körpergröße (m)

Haben Sie Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke?

Fühlt sich Ihre Backenmuskulatur morgens angespannt, verkrampft an?

Knirschen oder pressen Sie mit Ihren Zähnen?

Schnarchen Sie auch in der Seitenlage?

Schnarchen Sie jede Nacht?

Schnarchen Sie laut?

Fühlen Sie sich morgens unausgeschlafen?

Schlafen Sie unruhig, ist Ihr Bett morgens zerwühlt?

Wachen Sie morgens mit Kopfschmerzen auf?

Haben Sie Probleme, sich lange zu konzentrieren?

Übermannt Sie tagsüber plötzlich der Schlaf?

Schnarchen Sie laut mit unregelmäßigen Unterbrechungen?

Wurden solche Atempausen (Apnoen) während des Schlafs beobachtet?

nein

manchmal

oft

ja

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Bestätigt Ihr Zahnarzt diesen Befund, kann ein Silensor®-sl eingesetzt werden.

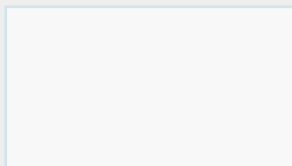
Ein Silensor®-sl kann erst nach erfolgreicher Therapie eingesetzt werden.

☐☐

Vermutlich leiden Sie nur an primärem Schnarchen, ohne Beeinträchtigung Ihrer Gesundheit. Der Silensor®-sl kann in der normalen Bisslage gefertigt werden.

Vermutlich leiden Sie an einer Rhinopathie oder sogar an einer obstruktiven Schlafapnoe. Der Silensor®-sl muss Ihren Unterkiefer in Vorlage halten.

Besteht der Verdacht auf eine Schlafapnoe, muss ein schlafmedizinischer Facharzt zusätzlich aufgesucht werden.



Schnarchen Sie ...?

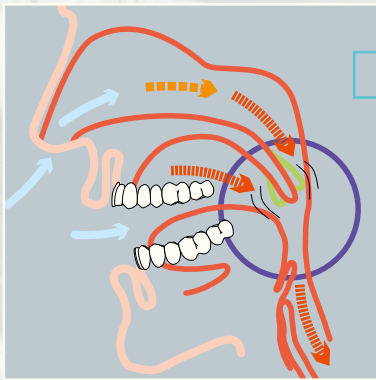
Silensor-si



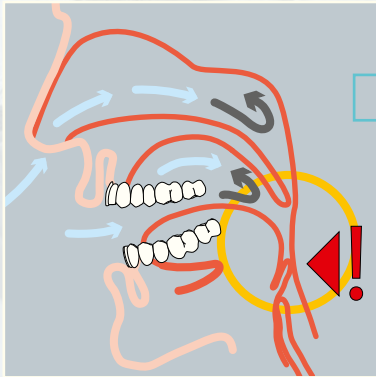
ERKODENT®

Erkodent Erich Kopp GmbH · Siemensstraße 3
72285 Pfalzgrafenweiler · Deutschland
Tel.: + 49 (0) 74 45 / 85 01-0
info@erkodent.com · www.erkodent.com
EN ISO 13485 / ISO 9001

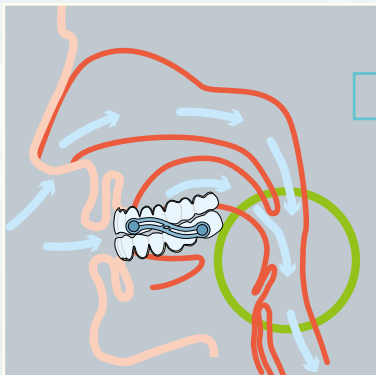
silflyer-DE-08-2025



Schnarchen



Apnoe



Silensor®-sl

Das Schnarchen:

Bis zu 40 % der Bevölkerung in Industrienationen schnarchen. Die nachlassende Muskelstraffung während des Schlafs verursacht eine Verengung der oberen Atemwege. Diese Verengung beschleunigt den Atemluftstrom, dadurch beginnen verschiedene Strukturen im Bereich der oberen Atemwege zu flattern und verursachen das Schnarchgeräusch. Schnarchen ist also ein mechanischer Vorgang, dem mechanisch entgegengewirkt werden kann. Hier setzt die zahnärztliche Therapie an.

Leichtes oder primäres Schnarchen hat keine gesundheitlichen Folgen, die Rhonchopathie, das krankhafte Schnarchen dagegen schon.

Die Apnoe, der Atemstillstand während des Schlafs:

Die Schlafapnoe ist ab einem gewissen Grad **eine ernst zu nehmende Krankheit**, die nicht nur zu Tagesmüdigkeit, sondern auch zu ernsten, systemischen Erkrankungen führt.

Die Apnoe ist ein kompletter Atemstillstand. Die **obstruktive Apnoe** ist der völlige Verschluss der Atemwege, bei der **zentralen Apnoe** setzt dagegen der zentrale Atemreflex aus. Die **Hypopnoe** ist eine Reduktion des Atemflusses um mehr als 50 %.

Der Apnoe/Hypopnoe Index, AHI ist das Maß für die Schwere der Erkrankung. Eine Apnoe/Hypopnoe dauert mindestens 10 Sekunden.

Die Apnoen pro Stunde Schlaf werden gezählt, 10 Apnoen pro Stunde ergeben einen Index von 10. Ein Index von 0 bis 5 ist normal, bei 5 bis 10 handelt es sich um eine leichte, bei 10 bis 20 um eine mittlere und bei über 20 um eine schwere Erkrankung.

Die obstruktive Apnoe ist durch eine Unterbrechung des sehr geräuschvollen Schnarchens (Rhonchopathie) charakterisiert.

Die zentrale Apnoe verläuft dagegen ohne externe Zeichen.

Die Wirkungsweise des Silensor®-sl:

Der Silensor®-sl besteht aus je einer Schiene für den Oberkiefer und den Unterkiefer. Der Unterkiefer wird durch 2 Züge, die seitlich die beiden Schienen verbinden, gehalten oder nach vorne verlegt. Dadurch wirkt der Silensor®-sl der Verengung der Atemwege entgegen. Die Geschwindigkeit der Atemluft nimmt ab und damit das geräuschbildende Flattern der Weichteile.

Mit dem Silensor®-sl sind Kieferbewegungen möglich, das Zurücksinken des Unterkiefers jedoch nicht. Diese Funktion macht den Silensor®-sl zu einem komfortablen und zugleich wirkungsvollen Schnarchschutz.

Klinische Untersuchungen¹⁻⁶ haben gezeigt, dass die Vorverlegung des Unterkiefers das Schnarchen bei über 80 % der Patienten deutlich reduziert und den Apnoeindex um bis zu 50 % senken kann.

Wann ist der Silensor®-sl geeignet?

Da in fast allen Fällen das Schnarchgeräusch durch Verengung der Atemwege verursacht wird, ist ein guter Erfolg mit dem Silensor®-sl zu erwarten.

Die zierliche Ausführung behindert die Mundatmung nicht.

Bei erheblicher Dickleibigkeit ist ein guter Erfolg der Behandlung jedoch fraglich. So nimmt die Wirkung ab einem BMI (Body-Mass-Index) von mehr als 30 zunehmend ab. Im zahnlosen Mund kann der Silensor®-sl nicht befestigt werden. Der Zahnarzt muss beurteilen, ob das Restgebiss genügend Halt bietet.

Besteht der Verdacht auf Schlafapnoe, sollte in Anbetracht dieser nicht zu unterschätzenden Krankheit die Wirksamkeit des Silensor®-sl in einem Schlaflabor beurteilt werden.

Hinweise zum Tragen des Silensor®-sl:

Beim Einsetzen des Silensor®-sl wird in der Regel ein Spannungsgefühl empfunden. Dieses verschwindet meist rasch.

Nebenwirkungen:

Sollte der Träger des Silensor®-sl Zahnwanderungen bemerken, muss dies umgehend seinem Behandler gemeldet werden.

Der Zahnarzt wird dann entscheiden, ob das Gerät weiter getragen werden kann.

Nach Entfernung der Schiene spürt der Patient mehr oder weniger deutlich eine veränderte Bisslage - die Zähne passen nicht mehr richtig aufeinander. Meist hält dieser Zustand nur kurz an und bleibt gemäß mehrerer Studien folgenlos.

In der Anfangszeit der Silensor®-sl Therapie kommt es oft zu verstärktem Speichelfluss, der jedoch bald nachlässt.

1 - 6
Oral appliances for snoring and obstructive sleep apnea: a review, Ferguson, Cartwright, Rogers, Schmid-Novara Sleep, Vol. 29, No. 2, 2006

Oral appliance therapy for the management of sleep disordered breathing: an overview, Robert T. Rogers, D.M.D. Sleep and Breathing, Vol. 4, No. 2, 2000

Dental considerations in upper airway sleep disorders: a review of the literature, Ivanhoe, Cibirka, Lefebvre, Parr The Journal of Prosthetic Dentistry, Dec. 1999, 685

Mandibular advancement splints and CPAP in patients with obstructive sleep apnoea: a randomized cross over trial. L'Estrange, Luo, Smith, Grant, Simonds, Spiro, Battagel European Journal of Orthodontics 24 (2002) 239-249

Mandibular advancement and sleep disordered breathing Clark, Kobayashi, Freymiller • CDA Journal, April 1996

Dentistry's role in the diagnosis and co-management of patients with sleep apnoea syndrome A. H. Friedlander, I. K. Friedlander, M.A. Pogrel British Dental Journal, Vol. 189, No. 2, July 22, 2000