

Migdałek gardłowy, czyli słynny trzeci migdał ;)

Dzisiaj poświęcę kilka słów pewnemu „tworowi”, którego przerost może mieć negatywne skutki między innymi dla mowy. Ten „twór” to migdałek gardłowy, zwany także trzecim migdałkiem. Zbudowany jest on z tkanki limfatycznej zawierającej komórki niszczące drobnoustroje oraz produkującej m. in. przeciwciała, to znaczy, że są pierwszą bronią organizmu przed bakteriami i wirusami. Migdałka gardłowego nie można zobaczyć „gołym okiem”, ponieważ znajduje się w nosowej części gardła.

Prerost migdałka gardłowego najczęściej jest skutkiem procesów zapalnych – częstych infekcji, które powodują przerosty tkanki limfatycznej migdałka. Taki migdałek po przebytej przez dziecko chorobie nie obkurcza się, tylko jest „napuchnięty”. Najbardziej narażone na przerost trzeciego migdałka są dzieci często chorujące, ze zmniejszoną odpornością.

Co może spowodować przerost trzeciego migdałka?

Prerost migdałka gardłowego prowadzi do wielu niekorzystnych zmian. Powiększający się stale lub okresowo migdałek upośledza drożność nosa-dziecko oddycha przez usta, chodzi z otwartą buzią, mówi przez nos, chrapie w nocy, skarży się na zmęczenie, ból głowy, ma problemy z koncentracją, częste katary.

Dzieci takie często stają się nerwowe, rozkojarzone, zmęczone, czasem nawet agresywne – co jest efektem słabego dotlenienia w nocy i przeładowania krwi kwasem węglowym.

Ponadto przerośnięty migdał może też zatykać część trąbki słuchowej, a wtedy do ucha środkowego nie dociera świeże powietrze i zaczyna gromadzić się w nim płyn. Często kończy się to zapaleniem ucha środkowego. Wielokrotnie dochodzi do niedosłuchu o typie przewodzeniowym. Odbiór dźwięków w tego typu przypadkach można porównać do odbierania przez osoby zdrowe dźwięków wytwarzanych przez źródła znajdujące się w pomieszczeniu za ścianą.

Dziecko z przerośniętym migdałkiem gardłowym najczęściej oddycha ustami. Ustny tor oddechowy jest nieprawidłowy. Powoduje on, iż powietrze wdychane jest suche i zimne, przez co odporność błon śluzowych gardła, krtani i tchawicy jest również zmniejszona i łatwiej dochodzi do infekcji w obrębie górnych dróg oddechowych. Dzieci oddychające ustami mają cały czas otwarte usta, a to z kolei powoduje zmiany w kościach twarzy, atonię mięśnia okrężnego warg-wyraz twarzy dziecka z rozrośniętym trzecim migdałem jest charakterystyczny i w medycynie zyskał miano „twarzy adenoidalnej”- to taki „gapowaty wyraz twarzy”.

Rozrost trzeciego migdałka zakłóca często rozwój mowy. Mowa takiego dziecka jest „martwa, nie posiada normalnej barwy dźwięku. Jest to tak zwane nosowanie zamknięte-rhinolalia Clausa. [Iwankiewicz 1980]

Mowa u dziecka z nosowaniem zamkniętym jest często zamazana, trudna do zrozumienia. Charakteryzuje się ona zmniejszeniem rezonansu nosowego podczas artykulacji głosek nosowych. Np. podczas artykulacji głoska m brzmi jak b, mi jak bi, zmienione są również samogłoski; ą brzmi jak a, ę jak e- to powoduje, że mowa jest niestaranna, niechlujnie.

Co powinno nas niepokoić?

- oddychanie przez usta
- dziecko ma stale otwartą buzię
- chrapanie w nocy, pojawiają się okresy bezdechu
- częste infekcje dróg oddechowych, przedłużające się stany kataralne
- nawracające zapalenia uszu (wysiękowe zapalenia uszu – Otitis media secretoria)
- niedosłuch, który może dążyć do utrwalania się
- okresowe bóle głowy
- brak apetytu
- zmiany w zachowaniu dziecka: staje się zmęczone, apatyczne, senne
- kłopoty z koncentracją
- zmiana brzmienia głosu, nawet zaburzenia w budowie twarzoczaszki, podniebienie”gotyckie”, wady zgryzu

Pojawienie się już dwóch lub trzech powyższych objawów wskazuje na możliwy przerost trzeciego migdałka i wymaga specjalistycznej konsultacji laryngologicznej

Jako rodzice musimy być czujni i bacznie obserwować nasze dzieci. W dobie obecnego rozwoju medycyny diagnozę lekarze stawiają szybko, więc prędko można zacząć leczenie, które może być zachowawcze (podanie leków) lub operacyjne – adenektomia (usunięcie częściowe) oraz adenotomia (wycięcie całkowite). O tym, który sposób leczenia będzie w danym przypadku najlepszy musi zdecydować lekarz laryngolog. Jeżeli leczenie zachowawcze jest nieskuteczne, konieczny jest zabieg operacyjny. Dopiero wtedy ja, jako neurologopeda mogę skutecznie prowadzić terapię, ponieważ dopóki patologia związana z przerostem migdała nie zostanie usunięta, terapia logopedyczna jest najczęściej nieskuteczna.

Pozdrawiam!