

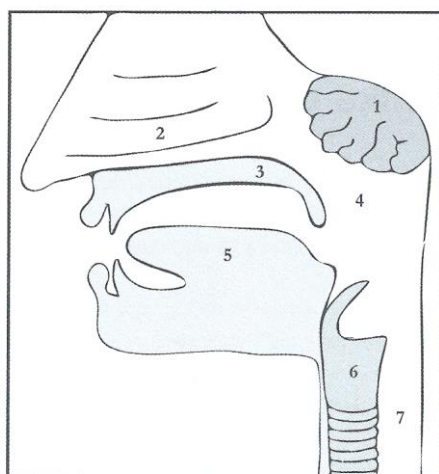
Opracowanie:

mgr Aneta Muszyńska-logopeda, mgr Maria Bryła-logopeda

Aspekt logopedyczny

przerośniętego migdałka gardłowego u dziecka

Przerost migdałka gardłowego, tzw. trzeciego migdałka występuje u dzieci w wieku 1-3 lat oraz 8-9 lat i obejmuje około 30% tej populacji. Jednym ze skutków rozrostu migdałka gardłowego może być zakłócenie rozwoju mowy dziecka.



Rys. Migdałek gardłowy: 1 - migdałek gardłowy, 2 - jama nosowa, 3 - podniebienie, 4 - gardło, 5 - dno jamy ustnej z językiem, 6 - krtań z tchawicą, 7 – przełyk

Migdałek gardłowy zwany trzecim jest zbudowany z tkanki limfatycznej zawierającej komórki niszczące drobnoustroje oraz produkującej m.in. przeciwciała. Wraz z migdałami podniebiennymi oraz innymi, mniejszymi skupiskami tkanki limfatycznej stanowi barierę ochronną organizmu, tworząc tzw. pierścień chłonny gardłowy. Trzeci migdałek znajduje się w nosowej części gardła. Jest niewidoczny nawet przy szeroko otwartych ustach. Adenoid czyli trzeci migdałek należy do bardzo rozległego w organizmie dziecka układu immunologicznego. Migdałki są z reguły większe u dzieci (1-5 r. ż.) niż u dorosłych. W okresie pokwitania następuje

ich powolne obkurczanie się aż do zaniku. Zdarza się jednak, że migdałek gardłowy zamiast zmniejszyć się i spłaszczyć rozrasta się. Sprzyjać temu mogą powtarzające się anginy, przebyte choroby zakaźne: odra oraz płonnica, ale obserwuje się też rodzinne występowanie tego schorzenia bez wyraźnej przyczyny.

Konsekwencją przerostu migdałka gardłowego jest obturacja, czyli „zatkanie” nosa, a więc oddychanie przez otwarte usta. Następstwem oddychania przez usta w czasie snu jest chrapanie i często towarzyszące mu występowanie bezdechów nocnych, co może być zagrożeniem dla życia dziecka. Dziecko nie wypoczywa w nocy, a to jest przyczyną przewlekłego niedotlenienia i zmęczenia. Dziecko ma podkrążone oczy, robi wrażenie niewyspanego, „nieprzytomnego”, ma problemy z koncentracją, często jest niespokojne.

Prowadzi to do wystąpienia różnorodnych dolegliwości, które są wskazaniem do wykonania zabiegu jego usunięcia, zwanego adenotomią.

Przerost migdałka gardłowego a mowa dziecka – konsekwencje:

- Wadliwa wymowa – ciągłe oddychanie przez rozchylone usta prowadzi w konsekwencji do osłabienia mięśni żuchwy i mięśni języka odpowiedzialnych za utrzymywanie go w jamie ustnej czego następstwem jest zaburzenie mowy w postaci seplenienia interdentalnego, czyli międzyzębowego.
- Mowa bełkotliwa – mowa dziecka z rozrostłym migdałkiem gardłowym staje się słabo zrozumiała, rodzice często opisują ten rodzaj zaburzeń „mówi, jakby miało kluski w buzi”.
- Charakterystyczny wyraz twarzy, zwany w medycynie „twarzą adenoidalną” – dziecko ma „gapowaty” wyraz twarzy, nie mogąc oddychać przez nos, otwiera buzię i oddycha przez otwarte usta, co nadaje mu specyficzny wyraz twarzy.
- Zmiany w kościach twarzy – bezustannie otwarte usta mogą prowadzić do mocnego wystawiania kości policzkowych, nadmiernego rozrostu żuchwy oraz wygładzenia fałdów nosowo-gardłowych. Bardzo często tworzy się wąskie, wysoko wysklepione podniebienie, tak zwane „gotyckie podniebienie”.
- Klatka piersiowa „typu migdałkowego” – płaska i mało rozwinięta.

- Wady zgryzu – jeśli proces oddychania przez otwartą buzię trwa długo i usta są cały czas „uchylone” może dojść do wytworzenia nieprawidłowego zgryzu. Brak zwarcia zębów górnych i dolnych prowadzi do powstania zgryzu otwartego.
- Mowa nosowa – nadmierne rozmiary migdałka powodują utrudniony przepływ powietrza przez jamę nosową, co może być przyczyną nosowania zamkniętego, czyli braku lub osłabienia rezonansu nosowego głosek nosowych.
- Niedosłuch – przerost migdała bardzo często powoduje zapalenie ucha środkowego. Powiększony adenoid uciska na znajdującą się w pobliżu ujścia trąbkę słuchową. Jej zamknięcie powoduje blokadę naturalnej drogi upowietrznienia jam bębenkowych oraz ewakuacji powstającej tam wydzieliny. Zaburzenia te objawiają się nawracającymi wyciekowymi zapaleniami uszu, przewlekłym zaleganiem płynu w jamach bębenkowych oraz wynikającym z tego niedosłuchem przewodzeniowym. Następstwem niedosłuchu przewodzeniowego jest nieprawidłowa realizacja głosek o niskiej częstotliwości np. (t, d, n).
- Zmiany w zachowaniu – dzieci z przerośniętym migdałkiem gardłowym bardzo często stają się nagle marudne, senne, zmęczone i apatyczne, zaczynają się skarżyć na bóle głowy oraz tracą apetyt. Przerost migdałka gardłowego może mieć wpływ na rozwój psychofizyczny dziecka, np. zaburzenia koncentracji.



Wnioski:

1. Jeśli migdałek gardłowy jest duży u dziecka 2-, 3-letniego i powoduje występowanie jednego lub kilku z opisanych objawów, to należy wykonać adenotomię.
2. Wystąpienie samego tylko niedosłuchu jest bezwzględnym wskazaniem do usunięcia migdałka gardłowego – przywrócenie prawidłowego słuchu po zbyt późno wykonanej adenotomii trwa

długo, wymaga cierpliwości ze strony dziecka oraz rodziców i nie zawsze kończy się pełnym sukcesem.

3. Odwlekanie w czasie zabiegu usunięcia migdałka gardłowego powoduje dodatkowe dolegliwości i może skutkować rozszerzeniem zabiegu adenotomii, np. o usunięcie lub tzw. podcięcie, czyli zmniejszenie masy migdałków podniebiennych.
 4. Powstanie perforacji błony bębenkowej w następstwie nawracających zapaleń ucha środkowego skutkuje upośledzeniem jakości życia, a w przyszłości np. ograniczeniem w wyborze zawodu i możliwości uprawiania różnych sportów.
 5. Niedosłuch przewodzeniowy może pozostać jako następstwo powstałych zrostów unieruchamiających błonę bębenkową, jeśli proces jej nieprawidłowego położenia trwa długo.
 6. Zabieg usunięcia migdałka gardłowego należy wykonać w odpowiednim czasie, ponieważ czasami nie udaje się bardzo dużej masy migdałka usunąć w całości, co może spowodować jego odrośnięcie i konieczność wykonania powtórnej adenotomii.
 7. Dziecko powinno pozostawać pod opieką logopedy przez cały czas, ponieważ nie wszystkie dolegliwości i zaburzenia mowy ustępują wraz z usunięciem migdałka. Jest to dopiero początek drogi do osiągnięcia sukcesu w terapii logopedycznej.
-

Na szczęście zabieg nie jest skomplikowany. Co prawda, wymaga znieczulenia ogólnego, ale płytkiego (do 20 minut), i już następnego dnia dziecko może wrócić do domu. W ciągu około dwóch tygodni widać dużą zmianę – dziecko lepiej oddycha, nie pociąga nosem, kończą się problemy z katarą.