

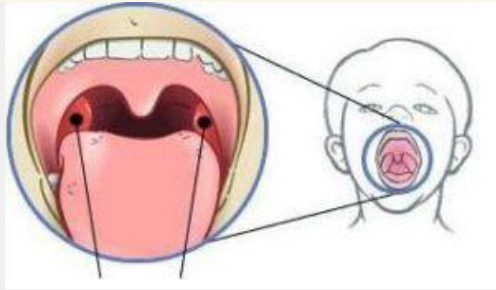
KŁOPOTLIWY TRZECI MIGDAŁ

Z założenia ma bronić organizm ludzki przed infekcjami, tworzyć barierę ochronną organizmu przed bakteriami i wirusami, często jednak przysparza wiele problemów.

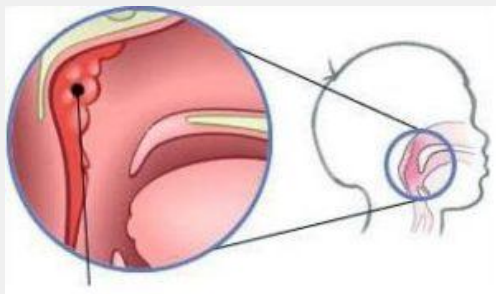
Jakie mamy rodzaje migdałków?

- a) migdałki podniebienne
- b) migdałek gardłowy
- c) migdałki trąbkowe;
- d) migdałek językowy

a) migdałki podniebienne – znajdują się po obu stronach gardła, produkują substancje służące do wytwarzania przeciwciał odpornościowych.

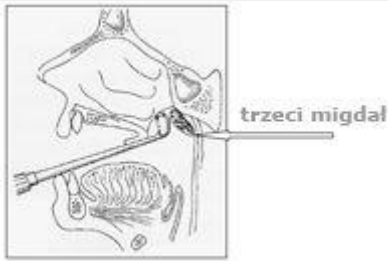


b) migdałek gardłowy (tzw. trzeci migdał) – znajduje się w głębi jamy ustnej, w tzw. nosogardzieli. Nie widać go gołym okiem. Wygląda jak nieduża grudka, uformowana z tkanki limfatycznej. Prawidłowo powiększa się od 6-8 tygodnia po urodzeniu, rośnie do 8 roku życia i potem stopniowo zanika.



Kiedy organizm naszego dziecka walczy z infekcją, migdałek się powiększa – i jest to zupełnie naturalna reakcja. Właściwe leczenie zazwyczaj szybko przywraca migdałek do „zdrowia”. Gdy infekcja się kończy, wszystko powinno wrócić do normy. Zdarza się jednak, że z czasem przeważnie wskutek nawracających, przewlekłych stanów zapalnych górnych dróg oddechowych i jamy ustnej trzeci migdałek staje się niewydolny i sam jest źródłem zakażeń. Pozostaje nadmiernie powiększony, nawet

wtedy, gdy choroba już dawno minęła. Mówimy wówczas o przeroście trzeciego migdała.



Ten przysparzający rodzicom i dzieciom sporo problemów organ znajduje się na tylnej ścianie nosogardła i należy do bardzo rozległego w organizmie dziecka układu immunologicznego. Zbudowany jest z tkanki limfatycznej zawierającej komórki niszczące drobnoustroje oraz produkującej m. in. przeciwciała. Wraz z migdałkami podniebiennymi zwanymi bocznymi oraz innymi, mniejszymi skupiskami tkanki limfatycznej stanowi on barierę ochronną organizmu, tworzącą tzw. pierścień chłonny gardłowy.

Przerost trzeciego migdałka jest jedną z najczęściej występujących chorób laryngologicznych u małych dzieci i prowadzi do wielu niekorzystnych zmian. Powiększający się stale lub okresowo migdałek, upośledza drożność nosogardzieli, co objawia się między innymi:

- **zaburzeniami w oddychaniu przez nos**

Dziecko cały czas oddycha przez usta, chodzi z otwartą buzią, przybierając „gapowaty” wyraz twarzy.

- **bardzo często występującym katarem i infekcjami górnych dróg oddechowych**

Oddychanie przez usta powoduje, że dziecko wdycha suche i zimne powietrze (w jamie nosowej powietrze jest nawilżane i ogrzewane), przez co łatwiej dochodzi do infekcji w obrębie górnych dróg oddechowych. Upośledzona wentylacja nosa, zmniejszona wentylacja zatok przynosowych sprzyja stanom zapalnym.

- **chrapaniem lub pochrapywaniem podczas snu pojawieniem się bezdechów sennych**

Konsekwencją, których jest niedotlenienie mózgu, niespokojny sen, zmęczenie, niewyspanie, drażliwość, nadpobudliwość.

- **pogorszeniem słuchu**

Powiększony 3-migdał uciska na znajdujące się w pobliżu, ujścia trąbek słuchowych. Ich zamknięcie powoduje znaczne ograniczenie naturalnej drogi upowietrzenia jam bębenkowych ucha środkowego oraz uniemożliwia wydobyć się powstającej w uchu wydzieliny. Skutkuje to nawracającymi wysiękowymi zapaleniami uszu, przewlekłym zaleganiem płynu w jamach bębenkowych oraz wynikającym z tego niedosłuchem przewodzeniowym

- **pojawieniem się wad artykulacyjnych**

Związane są one z niewłaściwym sposobem oddychania, częstą niedrożnością nosa i częstymi infekcjami. Przy długotrwałym działaniu tych niekorzystnych czynników może pojawić się wada zgryzu, zmiany w kształcie kości twarzy (głównie szczęki). Ciągłe oddychanie przez rozchylone usta prowadzi w konsekwencji do osłabienia mięśni żuchwy i mięśni języka odpowiedzialnych za utrzymywanie go w jamie ustnej. Powoduje to niekontrolowane wsuwanie czubka języka między zęby, a stąd już tylko krok do wymowy międzyzębowej.

- **mową o zabarwieniu nosowym**

Cechą charakterystyczną dla dzieci z przerośniętym migdałem jest tzw. 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, które wymawiane są jak ustne.

W sytuacji, gdy zaobserwujecie Państwo niepokojące objawy powinniście zasięgnąć porady lekarza otolaryngologa lub foniatry. Dysponują oni szeregiem metod dla właściwej oceny migdałka.

Proszę pamiętać, że zawsze lepiej jest zapobiegać niż leczyć i, że w dzieciństwie tak naprawdę niewiele zależy od dzieci, wiele zaś od tych, którzy są z nimi.

Literatura:

1. I. Styczek „Logopedia”, PWN, Warszawa 1983
2. Skorek E.M. „Oblicza wad wymowy”, Warszawa 2001
3. E.M. Minczakiewicz „Mowa, rozwój-zaburzenia-terapia.”, Kraków 1997
4. E.M. Skorek „Oblicza wad wymowy”, Warszawa 2001
5. B. Latkowski, K. Kosiek, M. Godycki-Ćwirko „Choroby uszu, nosa, jamy ustnej, gardła i kratani”, 2008
6. Czasopismo Logopeda- artykuł Elżbiety Kawy „Rola trzeciego migdała w zaburzeniach mowy”.
7. Artykuł Lucyny Długoń „Kłopotliwy trzeci migdałek”.