

СИМПТОМАТИЧНЕ ДВОСТОРОННЄ ЗБІЛЬШЕННЯ ПРИВУШНИХ ЗАЛОЗ ПРИ ЗАГАЛЬНОСОМАТИЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ

Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

Дана робота є фрагментом комплексної теми кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї «Вроджені та набуті морфо-функціональні порушення зубо-щелепної системи, органів і тканин голови та шиї, їх діагностика, хірургічне та консервативне лікування», № державної реєстрації 0111U006301.

Вступ. Сучасними дослідженнями переконливо доведено, що слинні залози є органами-мішенями, які чутливо реагують на різноманітні зміни в організмі людини [6]. Особливо це стосується захворювань шлунково-кишкового тракту, ендокринної та сечостатевої системи тощо [5]. Зазвичай, виявляючись однотипними симптомами, ураження слинних залоз можуть мати різний етіопатогенез [1, 3]. При цьому в слинних залозах відмічаються патологічні зміни у вигляді поступового збільшення в них вмісту сполучної тканини і зниження їх гідрофільності [7].

Клінічними проявами подібних реактивних станів є безболісне припухання слинних залоз, переважно привушних, порушення їх секреторної та видільної функції [2]. За даними наукових публікацій, подібні порушення зустрічаються досить часто і складають близько 10% усієї кількості захворювань слинних залоз [4]. Пацієнти з такими симптомами звертаються за допомогою до оториноларингологів, неврологів, стоматологів різного профілю. Але в умовах амбулаторного прийому у лікарів часто виникають труднощі щодо визначення загальнопатологічного процесу, що став причиною збільшення привушних залоз і, відповідно, призначення та проведення адекватного лікування. Тому важливість всебічного клініко-лабораторного обстеження пацієнтів при наявності незапального припухання слинних залоз не викликає сумніву.

Мета дослідження. Описати диференціально-діагностичні характеристики симптоматичних двосторонніх збільшень привушних слинних залоз.

Об'єкт і методи дослідження. Дослідження базується на спостереженні за 46 пацієнтами із двостороннім збільшенням привушних слинних залоз віком 49-60 років (жінок – 39, чоловіків – 7).

З 46 обстежених пацієнтів у 15 мав місце невrogenний сіалозаденіт (жінок – 13, чоловіків – 2). У 14 осіб симетричне збільшення привушних

слинних залоз було визначено як інтерстиціальний аліментарний сіаладеноз: у 9 жінок на тлі булімії, у 5 чоловіків – алкоголізму. У 8 жінок збільшення залоз виникло на фоні метаболічного синдрому, викликаного інсулінонезалежним цукровим діабетом. У 9 пацієнтів жіночої статі було діагностовано хворобу Шегрена.

Обстеження пацієнтів починали з ретельного й усебічного збору скарг та анамнезу, виявлення соматичних захворювань. Вивчаючи скарги хворих, звертали увагу на характер та хронологію змін розмірів слинних залоз, порушення їх функцій, появу відчуття сухості в порожнині рота.

При огляді пацієнтів оцінювали ступінь порушень конфігурації обличчя за рахунок збільшення привушних слинних залоз, стан шкірних покривів над ними, вигляд червоної облямівки губ та слизової оболонки порожнини рота, ступінь її вологості та зміни у ділянці гирлів вивідних проток, прохідність проток за допомогою їх зондування, характер ротової рідини (в'язкість, прозорість, наявність включень). При пальпаторному дослідженні залоз встановлювали їх консистенцію і ступінь збільшення, відношення до оточуючих тканин, ділянки больових відчуттів.

Використовували такі методи дослідження, як загальна сіалометрія і сіалометрія з навантаженням секреції, сіалометрія привушних залоз для визначення їх функціонального стану без стимуляції та зі стимуляцією секреції. Крім того, обов'язковою складовою обстеження було встановлення фізико-хімічних властивостей ротової рідини (рН, в'язкість, прозорість) та визначення цитологічних характеристик секрету привушних залоз. Спеціальні дослідження включали вивчення концентрації Slg A у слині та Ig A , G , M у сироватці крові, стану перекисного окислення ліпідів у ротовій порожнині, а також сіалографію привушних залоз.

У всіх хворих, що перебували під спостереженням, вивчали стан психоемоційної напруги: порушення сну, апетиту, зміни артеріального тиску, пітливість, дратівливість тощо.

Результати досліджень та їх обговорення. Для хворих із невrogenним дохоспастичним сіалозаденітом були характерні скарги на періодичне збільшення обох привушних залоз, що супроводжувалось сухістю в порожнині рота. Тривалість

захворювання у 9 хворих складала 12-20 місяців. Всі хворі відмічали довготривалі явища психоемоційної напруги. Захворювання характеризувалося частими (до 3-5 раз на рік) загостреннями, втратою працездатності до 2-4 тижнів.

У всіх хворих червона облямівка губ була звичайного кольору, сухувата. Збільшені привушні залози у більшості хворих були м'яко-еластичної консистенції, безболісними. Зондування проток слинних залоз, включених у патологічний процес, виявилось утрудненим.

Відмічалось зменшення загальної секреції слинними залозами до $4,39 \pm 0,06$ мл за 10 хвилин (у здорових – $6,25 \pm 0,09$ мл), в тому числі привушними – до $1,56 \pm 0,07$ мл (у здорових – $1,81 \pm 0,07$ мл).

При дослідженні фізико-хімічних властивостей ротової рідини та паротидного секрету відповідних залоз виявлено, що прозорість отриманого секрету привушних залоз становила $0,043 \pm 0,001$ у. о. (у здорових – $0,021 \pm 0,002$ у. о.). В'язкість ротової рідини була підвищеною до $1,20 \pm 0,07$ сПз (у нормі $1,0 \pm 0,01$ сПз), в'язкість секрету залоз із явищами сіалозоаденіта також була підвищеною ($2,63 \pm 0,05$ сПз) у порівнянні з в'язкістю секрету здорових залоз ($2,55 \pm 0,02$ сПз).

Водневий показник ротової рідини становив $7,11 \pm 0,04$, паротидного секрету – $7,45 \pm 0,13$, що вказувало на тенденцію до зміщення його у кислий бік у порівнянні зі здоровими (рН ротової рідини – $7,35 \pm 0,05$, паротидного секрету – $7,55 \pm 0,03$).

Цитологічні дослідження клітинного складу секрету привушних залоз виявили наявність у ньому елементів запального ряду, десквамованого епітелію проток, його запальну метаплазію.

У хворих на неврогенний сіалозоаденіт виявлені певні зміни імунологічних показників у сироватці крові та у ротовій рідині. Зокрема, вміст Ig G у сироватці крові виявився зниженим до $9,62 \pm 1,02$ мг/мл (у здорових – $11,5 \pm 0,5$ мг/мл). Рівень сироваткового Ig M був достовірно підвищений до $1,58 \pm 0,27$ мг/мл (у здорових – $1,15 \pm 0,06$ мг/мл). Вміст Ig A у сироватці крові знаходився приблизно на одному рівні з показниками здорових осіб – $79,4 \pm 0,96$ мг/мл. Спостерігалось достовірне зниження рівня SIg A у ротовій рідині до $48,15 \pm 7,41$ мг/мл (у здорових – $79,4 \pm 0,96$ мг/мл).

Отримані результати дозволили виявити тенденцію до зниження загального та локального імунітету в порожнині рота у пацієнтів із дохоспастичним сіалозоаденітом, що обумовлюється впливом слинних залоз на загальну систему гомеостазу організму на рівні гемато-саліваторних бар'єрів.

Нами виявлено, що психоемоційна напруга призводить до посилення вільно радикального окислення ліпідів і супроводжується активацією АО системи. Зокрема, вміст МДА у сироватці крові в середньому складав $96,5 \pm 2,15$ мкмоль/мл (в нормі – $53,8 \pm 1,9$ мкмоль/мл). Активність СОД в сироватці крові в середньому складала $7,67 \pm 0,12$ у. о. (у здорових – $7,30 \pm 0,43$ у. о.). Вміст МДА в ротовій рідині складав $2,24 \pm 0,14$ мкмоль/л (у здорових становив

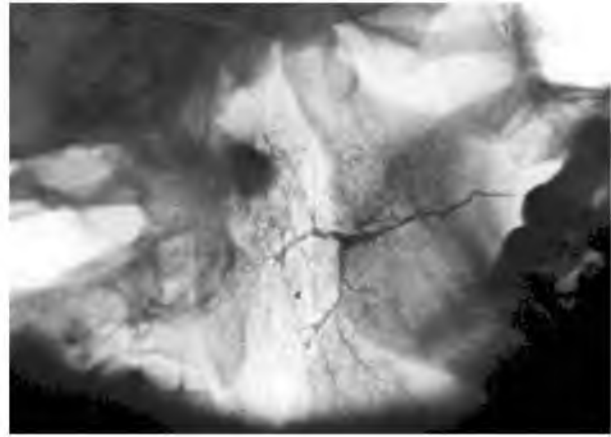


Рис. 1. Сіалограма правої привушної слинної залози у хворої з неврогенним дохоспастичним сіалозоаденітом. Виражений спазм протоків всіх порядків.

– $1,26 \pm 0,16$ мкмоль/л). Активність каталази ротової рідини в середньому становила $8,61 \pm 0,37$ у. о. (у здорових – $7,59 \pm 0,4$ у. о.). Активність СОД ротової рідини підвищувалася до $0,14 \pm 0,02$ у. о. (у здорових – $0,09 \pm 0,01$ у. о.).

Сіалографічні дослідження уражених слинних залоз при неврогенному сіалозоаденіті виявило, що у більшості хворих страждають протокові системи слинних залоз у вигляді дохоспазму (рис. 1).

Вивчення неврологічного статусу пацієнтів дозволило зробити висновок, що незалежно від ступеня тяжкості неврогенного сіалозоаденіту у всіх хворих мав місце вегетативний невроз. Рівень тривожності за шкалою Дж. Тейлора в адаптації В. Г. Норакідзе у них зростав до $34,74 \pm 0,5$ балів (високий).

На відміну від неврогенного дохоспастичного сіалозоаденіту у хворих із інтерстиціальним аліментарним сіаладенозом збільшення привушних залоз не мало рецидивуючого характеру. Привушні залози поступово повільно збільшувалися у розмірах, не викликаючи у пацієнтів хворобливих відчуттів. Звернення у клініку зазвичай було обумовлено порушенням конфігурації обличчя, яку помічали оточуючі. Характерною особливістю анамнезу цих хворих було те, що більшість з них мали пристрасть до борошняних виробів, жирної їжі, систематичного вживання алкоголю.

При огляді привертало увагу помірне збільшення обох привушних залоз при достатньо добре розвинутому підшкірно-жировому шарі обличчя та шиї. Привушні залози були тістоподібною консистенції, безболісні. З проток виділявся прозорий секрет звичайної в'язкості. Зондування гирла проток привушних залоз не викликало утруднень.

Кількість ротової рідини була дещо меншою і складала $5,75 \pm 0,03$ мл за 10 хвилин. Паротидна секреція становила за 10 хвилин дослідження $1,70 \pm 0,016$ мл секрету.

Змін зазнали і фізико-хімічні властивості ротової рідини та паротидного секрету припухлих залоз. Їх в'язкість збільшувалася відповідно до $1,17 \pm 0,3$ сПз та $2,61 \pm 0,3$ сПз, прозорість паротидного секрету

зменшувалася до $0,023 \pm 0,001$ у. о. Водневий показник зміщувався в кислий бік: ротової рідини – до $7,23 \pm 0,02$, паротидного секрету – до $7,44 \pm 0,02$.

Цитологічне дослідження секрету уражених привушних залоз виявило, що клітинний вміст був представлений окремими клітинами плоского епітелію та нечисельними клітинами циліндричного епітелію.

У сироватці крові виявлено зниження концентрації Ig G до $8,75 \pm 0,91$ мг/мл та підвищення концентрації Ig M до $2,03 \pm 0,31$ мг/мл. Концентрація SIg A у ротовій рідині становила $57,09 \pm 4,69$ мг/мл.

Вміст МДА у сироватці крові складав $77,06 \pm 1,96$ мкмоль/мл. Активність СОД у сироватці крові дорівнювала $7,42 \pm 0,20$ у. о. Вміст МДА у ротовій рідині в середньому складав $1,79 \pm 0,11$ мкмоль/л. Активність каталази ротової рідини у хворих була підвищена в середньому до $7,85 \pm 0,34$ у. о. Активність СОД ротової рідини становила $0,13 \pm 0,03$ у. о.

Сіалографія збільшених привушних залоз виявила незначне звуження проток II-V порядків, що обумовлено збільшенням об'єму строми залоз.

Цукровий діабет вражає усі органи і системи людського організму, у тому числі й травну систему. У патогенезі цукрового діабету значне місце займає порушення водно-сольового обміну, що виявляється сухістю слизових оболонок ротової порожнини.

При обстеженні пацієнтів цієї групи звертала на себе увагу відсутність яскравих клінічних симптомів ураження слинних залоз, які були помірно збільшеними. Кількість ротової рідини була незначно знижена і в середньому дорівнювала $5,61 \pm 0,03$ мл за 10 хвилин дослідження. Секреторна функція привушних залоз була знижена і становила $1,69 \pm 0,016$ мл секрету за 10 хвилин.

Показник прозорості паротидного секрету дорівнював $0,027 \pm 0,001$ у. о., що свідчило про незначне його зниження. В'язкість ротової рідини становила $1,09 \pm 0,02$ сПз, секрету привушних залоз – $2,56 \pm 0,02$ сПз. Водневий показник ротової рідини був на рівні $7,37 \pm 0,01$, рН паротидного секрету зазнав певних змін, досягнувши показника $7,49 \pm 0,11$.

Цитологічне дослідження секрету привушних залоз виявило, що клітинний вміст був представлений окремими клітинами плоского епітелію, незначною кількістю клітин циліндричного епітелію та поодинокими нейтрофільними лейкоцитами.

Відмічено зниження концентрації Ig G у сироватці крові до $7,89 \pm 0,91$ мг/мл та підвищення концентрації Ig M до $1,87 \pm 0,31$ мг/мл. Концентрація SIg A у ротовій рідині становила $67,13 \pm 4,69$ мг/мл.

Вміст МДА у сироватці крові у цих пацієнтів в середньому складав $71,16 \pm 1,96$ мкмоль/мл. Активність СОД у сироватці крові перебувала на рівні $7,19 \pm 0,20$ у. о. Вміст МДА у ротовій рідині дорівнював $1,86 \pm 0,11$ мкмоль/л. Активність каталази ротової рідини становила $7,43 \pm 0,34$ у. о., активність СОД – $0,11 \pm 0,03$ у. о.

За даними сіалографії встановлено зміни, що характерні для інтерстиціального ураження слинних залоз.

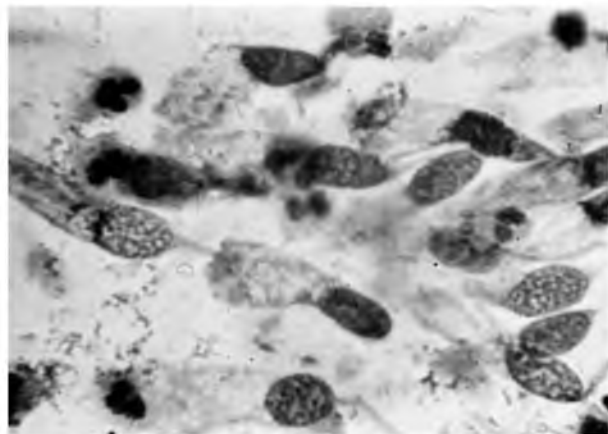


Рис. 2. Група секретуючих келихоподібних клітин і поодинокі нейтрофільні лейкоцити у секреті привушної залози у хворого із синдромом Шегрена.

Обстеження пацієнтів із двостороннім збільшенням привушних залоз при хворобі Шегрена дало можливість визначити критерії диференційної діагностики з іншими симптоматичними системними захворюваннями слинних залоз. У таких хворих переважали скарги на сухість у порожнині рота, горлі, відчуття «піску» або «сміття» в очах. Збільшеними були не лише привушні залози, але і піднижньощелепні.

Під час обстеження цих хворих було виявлено наявність ангулярного хейліту та заїд, сухість червоної облямівки губ та лусочки злушеного епітелію. При огляді порожнини рота встановлено малу кількість пінистої слини, що локалізувалася зазвичай по перехідній складці. Слизова оболонка язика, шік була яскраво рожевою, глянцевою. У всіх хворих мав місце прогресуючий карієс, при цьому зуби часто мали кілька каріозних порожнин.

Кількість ротової рідини була зменшеною до $0,98 \pm 0,14$ мл за 10 хвилин. Секреція ураженими залозами за 10 хвилин в середньому складала $0,34 \pm 0,05$ мл.

Прозорість отриманого паротидного секрету виявилась значно зниженою ($0,068 \pm 0,003$ у. о.), тоді як в'язкість ротової рідини та секрету привушних залоз була підвищеною – $2,65 \pm 0,3$ сПз та $1,41 \pm 0,07$ сПз відповідно. Водневий показник ротової рідини і паротидного секрету мав ще більшу тенденцію до зменшення у кислий бік і становив відповідно $7,10 \pm 0,02$ та $7,38 \pm 0,14$.

У препаратах секрету привушних залоз було відмічено підвищення кількості слизу, появу ретикуло-ендотеліальних клітин, одиничних макрофагів, груп лімфоцитів, плазматичні клітини, виявлялися клітини циліндричного епітелію зі зміненою структурою, келихоподібні клітини (рис. 2).

Клітини плоского епітелію частіше розташовувалися в невеликих пластах, число без'ядерних клітин було значним, що підтверджує підвищену десквамацію. Були помітні скупчення клітин з їх активною метаплазією. В ряді препаратів мала місце незначна кількість клітин кубічного епітелію.

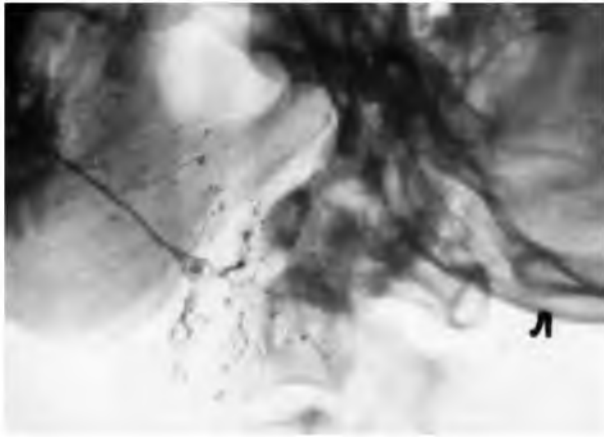


Рис. 3. Сіалограма лівої привушної залози хворої з синдромом Шегрена. Часткова атрофія паренхіми, окремі сіалектази протоків II, III порядків.

Спостерігались також зміни імунологічних показників у сироватці крові та ротовій рідині. Концентрації Ig G у сироватці крові становила $9,62 \pm 1,02$ мг/мл, Ig M – $1,58 \pm 0,27$ мг/мл. У ротовій рідині концентрація SIg A була знижена до $38,6 \pm 9,12$ мг/мл.

Вміст МДА у сироватці крові складав $110,83 \pm 2,03$ мкмоль/мл. Активність СОД у сироватці крові в середньому дорівнювала $8,48 \pm 0,26$ у. о.

Вміст МДА у ротовій рідині хворих складав $2,50 \pm 0,13$ мкмоль/л. Активність каталази ротової рідини становила $10,53 \pm 0,61$ у. о. Активність СОД в ротовій рідині в середньому становила $0,23 \pm 0,05$ у. о.

Сіалографічна картина привушних залоз характеризувалася звуженням основної протоки, проток I-III порядків, колбоподібними та кулястими екстазіями проток II-V порядків, порушенням заповнення проток II-V порядків за рахунок їх звуження майже по всьому об'єму залози при наявності окремих сіалектазів (рис. 3).

На підставі заключень офтальмологів у хворих із цією патологією було діагностовано сухий кератокон'юнктивіт різного ступеня тяжкості, знижене сльозовиділення за результатами проби Ширмера.

В лабораторних дослідженнях крові у всіх хворих ШОЕ було не менше 20 мм/год, гіпергаммаглобулінемія (більш ніж 20%), позитивний ревматоїдний фактор.

Висновки. Таким чином, оцінюючи результати багатопланового обстеження пацієнтів із двобічним збільшенням привушних залоз за наявності у них неврогенного сіалозаденіта, аліментарного інтерстиціального сіаладеноза, діабетичного сіалоза і реактивно-дистрофічних змін в слинних залозах при хворобі Шегрена можна зробити висновок, що найбільш виражені порушення з боку функціонального стану привушних залоз, фізікальних властивостей паротидного секрету і ротової рідини, показників імунного захисту відмічаються при хворобі Шегрена. Виявлені лабораторні диференціально-діагностичні критерії підтверджуються результатами цитологічного дослідження секрету привушних залоз і даними сіалографії. Вивчення клітинного складу секрету привушних залоз та проведення рентгенологічного дослідження залоз із штучним контрастуванням їх проток необхідно призначати цій категорії пацієнтам як найбільш об'єктивні методи діагностики.

Перспективи подальших досліджень. У перспективах подальших досліджень планується розробка скринінгових програм для комп'ютерної обробки даних, які дозволять об'єктивно встановлювати діагноз у пацієнтів із захворюваннями слинних залоз у складних випадках. Поряд із цим, для покращення методологічного підходу у науковому і лікувально-профілактичному процесах, вважаємо необхідним створення Центрів патології слинних залоз при обласних стоматологічних поліклініках під методичним керівництвом науковців.

Література

1. Афанасьев В. В. Слюнные железы. Болезни и травмы / В. В. Афанасьев – М. : Медицина, 2012. – 276 с.
2. Гаврильев В. М. Навантажувальні саліваторні проби в діагностичному і лікувальному процесах у хворих з неврогенною сіалопатією / В. М. Гаврильев, О. В. Рибалов // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2009. – Т. 9 (4), Ч. 2. – С. 158-161.
3. Сазама Л. Болезни слюнных желез / Л. Сазама. – Прага : Авиценум, 1971. – 253 с.
4. Солнцев А. М. Заболевания слюнных желез / А. М. Солнцев, В. С. Колесов, Н. А. Колесова. – Киев : Здоров'я, 1991. – 312 с.
5. Янушевич О. О. Состояние слизистой оболочки полости рта, зубов и слюнных желез у больных с различными заболеваниями организма / О. О. Янушевич, В. В. Афанасьев. – М. : Медицина, 2011. – 80 с.
6. Carda C. Diferencias estructurales entre las sialosis parotidea de etiologia diabetica y alcoholica / C. Carda, M. Carranza, A. Arriaga // Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal. – 2005. – Vol. 10. – № 4. – P. 309-314.
7. Mandel L. Bilateral parotid swelling: a review / L. Mandel, F. Surattenont // Oral Surgery. – 2002. – Vol. 93. – № 3. – P. 221-237.

УДК 616. 316. 5

СИМПТОМАТИЧНЕ ДВОСТОРОННЄ ЗБІЛЬШЕННЯ ПРИВУШНИХ ЗАЛОЗ ПРИ ЗАГАЛЬНОСОМАТИЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ

Рибалов О. В., Гаврильев В. М., Іваницька О. С., Соколова Н. О.

Резюме. У статті представлені результати обстеження пацієнтів із двостороннім збільшенням привушних слинних залоз, що розвивається на фоні загальносоматичної патології, а саме при нейрогенних станах, аліментарних порушеннях, цукровому діабеті, хворобі Шегрена. За умови зовнішньо подібних клінічних

проявів збільшення привушних залоз авторами виявлена різниця у секреторній функції залоз, клітинному складі їх секрету та характері змін у системі виводних протоків, що визначались на сіалограмах. Отримані дані дозволяють проводити диференційну діагностику різних за своєю суттю збільшень слинних залоз.

Ключеві слова: привушні залози, двостороннє збільшення, загальносоматична патологія, диференціальна діагностика.

УДК 616. 316. 5

СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ДВУСТОРОННЕЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ОКОЛОУШНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Рыбалов О. В., Гаврильев В. Н., Иваницкая Е. С., Соколова Н. А.

Резюме. В статье представлены результаты обследования пациентов с двусторонним увеличением околоушных слюнных желез, развившемся на фоне общесоматической патологии, в частности при неврогенных состояниях, алиментарных нарушениях, сахарном диабете, болезни Шегрена. При наличии внешне сходных клинических проявлений увеличения околоушных желез авторами выявлены различия в секреторной функции желез, клеточном составе их секрета и в характере изменений в системе выводящих протоков, определяемых на сиалограммах. Полученные данные позволяют проводить дифференциальную диагностику разных по своей сути увеличений слюнных желез.

Ключевые слова: околоушные железы, двустороннее увеличение, общесоматическая патология, дифференциальная диагностика.

UDC 616. 316. 5

Bilateral Enlargement of Parotid Saliva Glands at General Somatic Pathology

Rybalov O. V., Hawrylyev V. M., Ivanyts'ka O. S., Sokolova N. O.

Abstract. Article deals with the results of examination of patients with bilateral enlargement of parotid saliva glands, related to the general somatic pathology, in particular, to the neurogenic states, nutritional disorders, insular diabetes, Shegren's disease.

The aim of research was to describe the main differential-diagnostic characteristics of the reactive bilateral enlargement of parotid glands.

Research was based on analysis of clinical observations of 46 patients with bilateral enlargement of parotid glands (15 of whom were diagnosed neurogenic sialosadenitis, 14 – nutritional sialadenosis, 8 – sialadenosis combined with diabetes, 9 – manifestation of Shegren's syndrome). Examination of patients included general (such as questioning, external examination, palpation), total and parotid sialometry, cytological study of parotid gland secretion, sialography.

Despite of similarity, clinical displays of enlargement of parotid glands related to the different diseases have their own peculiarities. From differential-diagnostic point of view the most informative are differences in glands secretory functions as well as the results of cytological study of the composition of their secret, and data of X-ray investigation of their excretory ducts system by means of artificial contrasting.

At neurogenic sialosadenitis in the cellular composition of parotid gland secretion the presence of inflammatory series elements, desquamation of duct epithelium with its inflammatory metaplasia was revealed. On sialograms of parotid glands of the most patients the phenomenon of ducts spasm was determined.

In patients with alimentary sialadenosis the cellular composition of the parotid glands secretion was presented by single cells of squamos and columnar epithelium. In this group of patients sialography showed a slight narrowing of the ducts of I-II orders, caused by increasing of stroma amount.

In patients with insular diabetes in the cellular composition of secretion, along with a few cells of squamos and columnar epithelium neutrophilic leukocytes and lymphoid elements were represented. According to sialography some changes relevant to the interstitial lesion of salivary glands were found.

At Shegren's syndrome in parotid gland secretion the increasing of mucus, appearance of reticular-endothelial elements, groups of lymphoid, cylindrical and goblet cells, a significant number of neutrophilic leukocytes could be observed.

Sialogram of parotid glands was characterized by narrowing of the main duct, cone-shape and spherical ectasia of the ducts of I-II orders, disorders of ducts filling.

Thus, obtained data allow to provide differential diagnosis of symmetric enlargement of parotid saliva glands with different etiology and pathogenesis, which makes it possible to carry out an adequate treatment.

Key words: parotid glands, bilateral enlargement, general somatic pathology, differential diagnostics.

Рецензент – проф. Аветіков Д. С.

Стаття надійшла 27. 01. 2014 р.