

DOI: 10.26693/jmbs05.05.236

УДК [616.716+617.52]-006.03-089.87:614.4

Ядченко В. Н.^{1,3}, Походенько-Чудакова И. О.^{2,3}, Ядченко Е. С.^{1,3}

ИНФЕКЦИОННАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ ПРИ УДАЛЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

¹Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет»,
Гомель, Республика Беларусь

²Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

³ОО «Ассоциация оральных и челюстно-лицевых хирургов Республики Беларусь»,
Минск, Республика Беларусь

ip-c@yandex.ru

Дирофиляриоз человека – паразитарное заболевание, трансмиссивный гельминтоз, протекающий с преимущественным поражением кожи (63%), конъюнктивы (50%), слизистых оболочек, подкожной клетчатки, реже – внутренних органов. Имеются подтвержденные факты дирофиляриоза на территории Республики Беларусь и сопредельных стран. Достаточно часто указанным заболеванием поражается челюстно-лицевая область.

Цель работы – инициирование инфекционной настороженности при планировании операций по поводу удаления доброкачественных новообразований в челюстно-лицевой области и информирование врачей-специалистов о возможности развития дирофиляриоза указанной локализации, о его клинических проявлениях и объективных методах диагностики.

Объекты и методы. Объектом наблюдения явилась пациентка Р. 34 лет с дирофиляриозом челюстно-лицевой области. Предмет исследования – медицинская карта стационарной пациентки Р.

Результаты. На догоспитальном этапе пациентка Р. прошла общее клиническое обследование. Все показатели анализов находились в пределах возрастной нормы. По результатам лучевых методов обследования, данных подтверждающих паразитарную этиологию заболевания получено не было. Принимая во внимание наличие округлого образования около 1,0-1,2 см в диаметре, мало смещаемого относительно подлежащих и окружающих мягких тканей пациентке было предложено хирургическое лечение. В ходе операции из образования извлечен округлый самостоятельно двигающийся гельминт длиной около 11,0 см и 0,15

см в диаметре. После идентификации гельминта пациентке был верифицирован диагноз дирофиляриоз. Вероятность дирофиляриоза необходимо учитывать в диагностическом и лечебном аспектах при работе с пациентами, имеющими опухолевые процессы в челюстно-лицевой области.

Заключение. Представленное клиническое наблюдение свидетельствует о том, что в практике стоматолога-хирурга и челюстно-лицевого хирурга все чаще имеется возможность в повседневной практике иметь дело с локализацией гельминта в челюстно-лицевой области, который имитирует новообразование, что необходимо учитывать, проводя диагностику, дифференциальную диагностику и предоперационную подготовку.

Ключевые слова: инфекционная настороженность, челюстно-лицевая область, дирофиляриоз, гельминты.

Введение. Дирофиляриоз человека – паразитарное заболевание, трансмиссивный гельминтоз, вызванный паразитированием нематод рода *Dirofilaria*, чаще всего *D. repens* и *D. immitis*, которое протекает с преимущественным поражением кожи (63%), конъюнктивы (50%), слизистых оболочек, подкожной клетчатки, реже – внутренних органов, из которых наиболее часто поражаются легкие [1, 2, 3]. В организме человека самки *Dirofilaria* способны достигать половой зрелости, но не могут размножаться микрофилярии, поэтому человек не может являться распространителем данного заболевания [4, 5].

Возбудитель в виде личинки проникает в организм человека чаще через укусы инфицированно-го комара рода *Aedes*, *Anopheles*, *Culex* [1, 5]. Не

исключено, что переносчиками могут выступать также блохи, вши, клещи [6, 7]. Окончательными хозяевами гельминтов являются животные семейства кошачьих и псовых (кошки, собаки, лисицы, хорьки и т. д.), которые являются опосредованными источниками инвазии для человека. Заражение плотоядных происходит через укусы комаров, инвазированных личинками дирофилярий [8].

Половозрелые особи белого цвета нитевидной формы с зауженными концами, до 30 сантиметров в длину и шириной до 1,5 миллиметров. В организме человека гельминты растут от одного до пяти месяцев и могут оставаться живыми до нескольких лет, приводя к появлению узелков в тканях и органах [9, 10]. Для подкожного дирофиляриоза характерна подвижность – миграция паразита со скоростью 10,0-15,0 см в сутки.

Наиболее частая заболеваемость дирофиляриозом отмечается в регионах с теплым влажным климатом, а при температуре ниже 14°C дирофилярии перестают развиваться. Кожный дирофиляриоз человека на Европейском континенте наиболее часто диагностируется у представителей Южной и Восточной Европы. На первом месте идет Италия, где отмечено 66% поражений, далее следуют Франция (22%), Греция (8%) и Испания (4%) [10]. В настоящее время 45% населения Европы и их домашних питомцев подвергаются риску заражения дирофиляриозом [11]. Эндемические очаги подкожного дирофиляриоза у людей имеются в Малой Азии, Центральной Азии и Шри-Ланке [12, 13, 14].

За последние десятилетия отмечен значительное увеличение числа выявленных фактов дирофиляриоза человека в Российской Федерации. Например, если с 1925 года по 1996 год в России и странах Содружества независимых государств (СНГ) начитывалось 113 человек с указанным заболеванием, то к 2011 году на той же территории был зарегистрирован 701 факт дирофиляриоза человека [15, 16].

Имеются подтвержденные факты дирофиляриоза на территории Республики Беларусь и сопредельных стран [17, 18, 19]. Согласно данным специальной литературы в Гомельской области регистрируется от 10 до 14 фактов заболевания дирофиляриозом у человека в год [20]. Достаточно часто указанным заболеванием поражается челюстно-лицевая область [21, 22].

Инкубационный период составляет примерно месяц. Клинически нахождение паразита в теле человека проявляется как доброкачественное новообразование или опухолеподобное заболевание (атерома, фиброма, киста и т. д.), возможен лимфаденит. Диагностика затруднена в связи с отсутствием специфических проявлений. Точный

диагноз устанавливается путем патогистологического исследования при проведении оперативного вмешательства, то есть при инцизионной биопсии.

Лечение дирофиляриоза хирургическое. Назначения противопаразитарных лекарственных средств, как правило, не требуется [4, 23].

На базе отделения челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии «Гомельской областной клинической больницы» (УГОКБ) за период с 2009 по 2019 год проходили лечение 3 пациента с дирофиляриозом мягких тканей челюстно-лицевой области.

Все перечисленные факты в совокупности указывают на актуальность представляемой информации на текущий момент и обосновывают целесообразность данной публикации.

Цель работы – инициирование инфекционной настороженности при планировании операций по поводу удаления доброкачественных новообразований в челюстно-лицевой области и информирование врачей-специалистов о возможности развития дирофиляриоза указанной локализации, о его клинических проявлениях и объективных методах диагностики.

Объект и методы исследования. Объектом наблюдения явилась пациентка Р. 34 лет с дирофиляриозом челюстно-лицевой области, прошедшая лечение в отделение челюстно-лицевой хирургии УГОКБ г. Гомеля.

Предметом исследования служила медицинская карта стационарной пациентки Р. с результатами ее полного обследования.

В работе применяли описательный метод.

Исследование проведено в соответствии с основными биоэтическими нормами Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации об этических принципах проведения научно-медицинских исследований с поправками (2000, с поправками 2008), Универсальной декларации по биоэтике и правам человека (1997), Конвенции Совета Европы по правам человека и биомедицине (1997). Письменное информированное согласие было получено у пациентки, и приняты все меры для обеспечения ее анонимности.

Результаты исследования и их обсуждение. Пациентка Р., 34 года, госпитализирована в отделение челюстно-лицевой хирургии УГОКБ в плановом порядке по направлению хирурга поликлиники с диагнозом: дермоидная киста подглазничной области слева. Пациентка предъявляла жалобы на наличие округлого слабо болезненного образования в подглазничной области слева. Из анамнеза известно, что образование появилось около 1 года назад, периодически воспалялось, последний раз за 1 месяц до данной госпитализации. На фоне ранее проведенных курсов

антибиотикотерапии воспалительные явления были купированы, но образование обратного развития не претерпевало. За весь период болезни пациентка за пределы Республики Беларусь не выезжала.

На догоспитальном этапе пациентка Р. прошла общее клиническое обследование. Все показатели анализов находились в пределах возрастной нормы. По результатам лучевых методов обследования, в том числе ультразвукового исследования (УЗИ) новообразования и прилежащих к нему областей, данных указывающих на паразитарную этиологию заболевания получено не было.

Принимая во внимание наличие округлого образования около 1,0-1,2 см в диаметре, мало смещаемого относительно подлежащих и окружающих мягких тканей, что согласуется с данными специальной литературы [24]. Пациентке было предложено хирургическое лечение, которое провели под общей анестезией, что не противоречит сведениям, представленным в периодической печати [25].

В процессе операции выявлено отсутствие собственной оболочки новообразования, из-за чего выделить его из окружающих тканей не представилось возможным. Верхняя стенка образования истончена, перфорирована. Через перфорационное отверстие выделилось мутное содержимое в количестве 0,5 мл. Из образования извлечен округлый самостоятельно двигающийся гельминт длиной около 11,0 см и 0,15 см в диаметре (**рисунок 1, а**).

В соответствии с требованиями, предъявляемым к удаляемым макропрепаратам, образование направлено на патогистологическое исследование (**рисунок 1, б**). Операционная рана инстил-

лирована растворами антисептиков, после чего в нее введен дренаж из перчаточной резины. На рану наложены отдельные узловые швы из полиамида 3/0, которые обрабатывали 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого. Швы были сняты через 10 суток.

В послеоперационном периоде в соответствии с действующим клиническим протоколом [26] проводили стандартное послеоперационное противовоспалительное лечение. Восстановительный период протекал без особенностей. Рана зажила первичным натяжением.

Кроме того, пациентке была осуществлена консультация врача-инфекциониста, по результатам которой дополнительной антимикробной терапии не назначали.

Для идентификации выделенный гельминт был направлен в государственное учреждение «Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья», где после стандартных исследований [25, 27] диагноз дирофиляриоз был верифицирован. Это согласуется с данными ряда авторов [12, 25].

Данное обстоятельство необходимо учитывать в диагностическом и лечебном аспектах при работе с пациентами, имеющими опухолевые процессы в челюстно-лицевой области.

Заключение. Представленное клиническое наблюдение убедительно свидетельствует о том, что в практике стоматолога-хирурга и челюстно-лицевого хирурга на современном этапе все чаще имеется возможность в своей повседневной практической деятельности иметь дело с относительно редкой локализацией гельминта в челюстно-лицевой области, который имитирует новообразование, что необходимо учитывать, проводя

диагностику, дифференциальную диагностику и предоперационную подготовку.

Перспектива исследования. Результаты данной публикации направлены на выработку инфекционной настороженности при планировании оперативных вмешательств для удаления доброкачественных новообразований в челюстно-лицевой области, разработку рациональной схемы диагностики и дифференциальной диагностики для пациентов с подозрением на дирофиляриоз и другие паразитарные поражения челюстно-лицевой области.

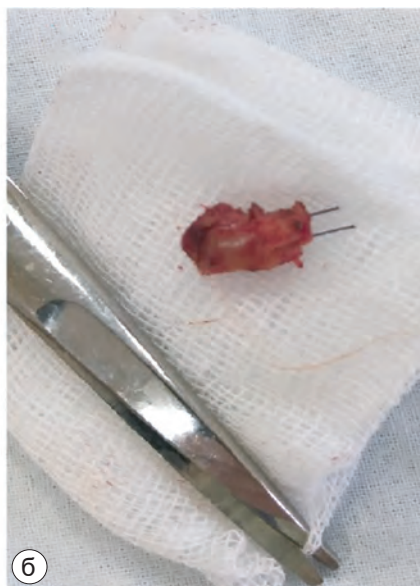
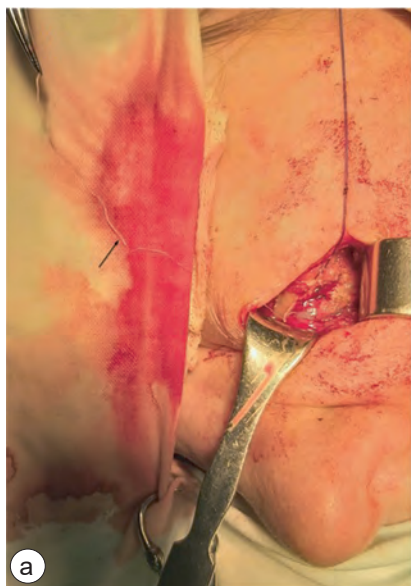


Рис. 1 – а – вид операционной раны (стрелка указывает на тело гельминта); б – удаленный макропрепарат

References

1. Bronshteyn AM, Fedyanina LV, Malyshev NA, Kochergin NG, Davydova IV, Burova SV, et al. Dirofiljarioz cheloveka, vyzyvaemyj *Dirofilaria (Nochtiella) Repens*, – migrirujushhij gel'mintoz kozhi i vnutrennih organov: novye dannye o «staroj» bolezni. Analiz sobstvennyh nabljudenij i obzor literatury [Human dirofilariasis – migratory cutaneous and visceral helminthiasis: new data of "The Old" disease. Analysis of cases and review]. *Epidemiolog and Infect Dis*. 2016; 21(3): 157-65. [Russian] doi: 10.18821/1560-9529-21-3-157-165
2. Stone M, Dalal I, Stone Ch, Dalal Bh. 18-FDG Uptake in pulmonary dirofilariasis. *J. Radiol. Case Rep*. 2015; 9(4): 28-33. doi: 10.3941/jrcr.v9i4.1869
3. Zvornicanin J, Zvornicanin E, Naumovic F, Delibegovic Z, Husic D, Gegic M. Ocular dirofilariasis in Bosnia and Herzegovina: a case report and review of the literature. *J Curr Ophthalmol*. 2020; 32(3): 293-96. doi: 10.4103/JOCO.JOCO_143_20
4. Morozova LF, Tikhonova EO, Zotova MA, Sergiev VP, Tumolskaya NI, Supriaga VP, et al. Dirofiljariozy: klinicheskaja kartina, diagnostika, lechenie, profilaktika [Human dirofilariasis: clinical manifestations, diagnosis, treatment and prevention]. *Infect Dis: News, Opinions, Training*. 2018; 7(4): 90-6. [Russian] doi: 10.24411/2305-3496-2018-14014
5. Tomazatos A, Cadar D, Török E, Maranda I, Horváth C, Keresztes L, et al. Circulation of *Dirofilaria immitis* and *Dirofilaria repens* in the Danube delta biosphere reserve, Romania. *Parasit Vectors*. 2018; 11: 392. doi: 10.1186/s13071-018-2980-8
6. Kravchenko IA. Sprej «Folajn» i kapli «Folajn»: zashhita sobak ot kleshhej, nasekomyh i profilaktika transmissivnyh zabojevanij [Sprey Folayn and drops Folayn: dog protection against ticks and insects and prevention of transmissible diseases]. *Bull of Altai State Agricultural University*. 2016; 160(6): 132-7. [Russian]
7. Tahir D, Davoust B, Parola P. Vector-borne nematode diseases in pets and humans in the mediterranean basin: an update. *Vet World*. 2019; 12(10): 1630-43. doi: 10.14202/vetworld.2019.1630-1643
8. Gorjacheva MV, Miheeva OO, Churilova LA, Frolova TS, Ragulina VD, Mihajlov AG, et al. Dirofiljarioz. Chelovek kak dopolnitel'nyj okonchatel'nyj hozjain. (Sluchaj iz klinicheskoy praktiki) [Dirofilariasis. Man as an additional ultimate host. (Case from clinical practice)]. *Bull of Med Sci*. 2017; 2(6): 18-21. [Russian]
9. Fedyanina LV, Maksimova MS. 15-letnij opyt diagnostiki dirofiljarioza cheloveka [The 15 years' experience of diagnostic of human dirofilariasis]. *Rus Clin Laboratory Diagnost*. 2017; 62(12): 753-7. [Russian] doi: 10.18821/0869-2084-2017-62-12-753-757
10. Capelli G, Genchi C, Baneth G, Bourdeau P, Brianti E, Cardoso L, et al. Recent advances on *Dirofilaria repens* in dogs and humans in Europe. *Parasit. Vectors*. 2018; 11: 663. doi: 10.1186/s13071-018-3205-x
11. Chernikova EA, Chulkov OD, Pisareva EE. Problemy dirofiljarioza v Rossii i Volgogradskom regione: sovremennye jepidemiologicheskie tendencii [Problems of dirofilariasis in Russia and the Volgograd region: current epidemic trends]. *J of VolgSMU*. 2018; 66(2): 96-100. [Russian] doi: 10.19163/1994-9480-2018-2(66)-96-100
12. Prokhorenkov VI, Guzey TN, Ashmarina EM, Tolstikhina NB, Anisimova EN, Oskolkov EO. Dirofiljarioz: dva klinicheskikh sluchaja [Dirofilariasis: two clinical cases]. *Rus J of Clin Dermatol and Venerology*. 2015; 5: 32-6. [Russian] doi: 10.17116/klinderma201514532-36
13. Patel R, Singh S, Bhavsar S. A rare case of subconjunctival dirofilariasis by *Dirofilaria repens* in rural Gujarat. *Indian J Ophthalmol*. 2014; 62(5): 649-51. doi: 10.4103/0301-4738.118442
14. Chandrasena TGAN, Premaratna R, Mallawaarachchi CH, Gunawardena NK, Gunathilaka PADHN, Abeyewickrama WY, et al. The diversity of human dirofilariasis in Western Sri Lank. *Biomed Res Int*. 2019; 9209240. doi: 10.1155/2019/9209240
15. Sergeev VP, Suprjaga VG, Bronshtejn AM, Ganushkina LA, Rakova VM, Morozov EN, et al. Itogi izuchenija dirofiljarioza cheloveka v Rossii [Results of the study of human dirofilariasis in Russia]. *Med Parasitol and Parasit. Dis*. 2014; 3: 3-9. [Russian]
16. Krivorotova EJu, Nagornyj SA. Kartografirovanie dirofiljarioza cheloveka v Rossijskoj Federacii [Mapping of human dirofilariasis in the Russian Federation]. *Internat J of Appl and Fundament Res*. 2016; 1-2: 187-90. [Russian]
17. Jakubovskij MV, Chistenko GN, Dronina AM, Veden'kov AL. Dirofiljarioz: veterinarnye i medicinskie problemy. Chast' 2. Dirofiljarioz cheloveka [Dirofilariasis: veterinary and medical problems. Part 2. Dirofilariasis human]. *Vet and Animal Husbandry*. 2015; 2: 23-6. [Russian]
18. Kniaziuk AS. Sluchaj dirofiljarioza v urologicheskoy praktike [A case of dirofilariasis in the urological practice]. *Health and Environment Iss*. 2016; 48(2): 95-9. [Russian]
19. Sabūnas V, Radzijeuskaja J, Sakalauskas P, Paulauskas A. First report of heartworm (*Dirofilaria immitis*) infection in an imported dog in Lithuania. *Helminthologia*. 2019; 56(1): 57-61. doi: 10.2478/helm-2018-0036
20. Mitsura V, Butenkova E, Achinovich S, Knyasiuk A, Yurkovskiy A, Kotovich V, et al. Dirofiljarioz cheloveka v Gomel'skoi oblasti [Human dirofilariasis in the Gomel region]. *Clin Infect and Parssitol*. 2017; 1: 99-108. [Russian]

21. Sulejmanov AM, Mirsaeva FZ, Fajzullina GA, Rjabyh LA, Nagaeva DR. Dirofiljarioz v klinike cheljustno-licevoj hirurgii [Dirofilariasis in the clinic of oral and maxillofacial surgery]. *Bashkortostan Med J.* 2018; 13(2): 83-6. [Russian]
22. Chaudhry K, Khatana Sh, Dutt N, Mittal Y, Sharma Sh, Elhence P. Systematic review of lesser known parasitoses: maxillofacial dirofilariasis. *J Maxillofac Oral Surg.* 2019; 18(2): 180-9. doi: 10.1007/s12663-018-1139-7
23. Sethi A, Puri V, Dogra N. An unusual presentation of lacrimal gland dirofilariasis. *Indian J Ophthalmol.* 2017; 65(7): 615-7. doi: 10.4103/ijo.IJO_847_16
24. Gainutdinova RF, Tukhbatulin MG, Gilmullina FS, Nefedov VP, Pogalova OM, Bikmuchametova DA. Diagnostika dirofiljarioza cheloveka [Diagnostics of human dirofilariasis]. *Practical Med.* 2012; 56(1): 123-26. [Russian]
25. Chistenko GN, Vedenkov AL, Dronina AM, Semizhon OA. Dirofiljarioz cheloveka [Human dirofilariasis]. *Med J.* 2013; 3: 30-3. [Russian]
26. Klinicheskij protokol «Diagnostika i lechenie pacientov s zabolevanijami cheljustno-licevoj oblasti» [Clinical Protocol "Diagnosis and treatment of patients with diseases of the maxillofacial region"]. Resolution of the Ministry of health of the Republic of Belarus of July 14, 2017 № 80. Available from: http://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/КП_ЧЛХ_пост.%20МЗ%20РБ%20от%2004.08.2017%20№80.pdf [Russian]
27. Jastreb VB. Prizhiznennaja diagnostika dirofiljarioza [Lifetime diagnosis of dirofilariasis]. In: *Teorija i praktika bor'by s parazitarnymi boleznyami* [Theory and practice of parasitic diseases control]. M: FSPU "Printing house of Rocklikebrucelee"; 2011. p. 588-92. [Russian]

УДК [616.716+617.52]-006.03-089.87:614.4

ІНФЕКЦІЙНА НАСТОРОЖЕНІСТЬ ПРИ ВИДАЛЕННІ У ПАЦІЄНТІВ ДОБРОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Ядченко В. М., Походенько-Чудакова І. О., Ядченко Є. С.

Резюме. Дирофіляріоз людини – паразитарне захворювання, трансмісивний гельмінтоз, що протікає з переважним ураженням шкіри (63%), кон'юнктиви (50%), слизових оболонок, підшкірної клітковини, рідше – внутрішніх органів. Є підтверджені факти дирофіляріозу на території Республіки Білорусь і суміжних країн. Досить часто зазначеним захворюванням уражається щелепно-лицева ділянка.

Мета роботи – ініціювання інфекційної настороженості при плануванні операцій з приводу видалення доброякісних новоутворень в щелепно-лицевій ділянці, та інформування лікарів-фахівців про можливість розвитку дирофіляріозу зазначеної локалізації, про його клінічні прояви та об'єктивні методи діагностики.

Об'єкт і методи. Об'єктом спостереження була пацієнтка Р., 34 років, з дирофіляріозом щелепно-лицевій ділянці. Предмет дослідження – медична карта стаціонарної пацієнтки Р.

Результати. На догоспітальному етапі пацієнтка Р. пройшла загальне клінічне обстеження. Всі показники аналізів знаходилися в межах вікової норми. За результатами променевого методу обстеження, даних, що підтверджують паразитарну етіологію захворювання, отримано не було. Беручи до уваги наявність округлого утворення близько 1,0-1,2 см в діаметрі, яке мало зміщується відносно підлягаючих і навколишніх м'яких тканин, пацієнтці було запропоновано хірургічне лікування. В ході операції з утворення витягнутий округлий гельмінт довжиною близько 11,0 см і 0,15 см в діаметрі, який самостійно рухався. Після ідентифікації гельмінта, пацієнтці був верифікований діагноз дирофіляріоз. Ймовірність дирофіляріозу необхідно враховувати в діагностичному та лікувальному аспектах при роботі з пацієнтами, що мають пухлинні процеси в щелепно-лицевій ділянці.

Заключення. Представлене клінічне спостереження свідчить про те, що в практиці стоматолога-хірурга і щелепно-лицевого хірурга все частіше є можливість в повсякденній практиці мати справу з локалізацією гельмінта в щелепно-лицевій ділянці, який імітує новоутворення. Це необхідно враховувати, проводячи діагностику, диференціальну діагностику і передопераційну підготовку хворого.

Ключові слова: інфекційна настороженість, щелепно-лицева ділянка, дирофіляріоз, гельмінти.

UDC [616.716+617.52]-006.03-089.87:614.4

Infectious Alertness in Removal Benign Neoplasms in the Maxillofacial Area

Yadchenko V. N., Pohodenko-Chudakova I. O., Yadchenko E. S.

Abstract. Human dirofilariasis is a parasitic disease, transmissible helminthiasis caused by parasitizing nematodes of the genus *Dirofilaria*, most often *D. repens* and *D. immitis* which occurs with a predominant lesion of the skin (63%), conjunctiva (50%), mucous membranes, subcutaneous tissue and less often – internal organs. The most frequent incidence of dirofilariasis is observed in regions with a warm, humid climate, and at temperatures below 14°C, dirofilariae stop developing. Human cutaneous dirofilariasis on the European continent is most often diagnosed in representatives of southern and eastern Europe.

There are confirmed cases of dirofilariasis on the territory of the Republic of Belarus and neighboring countries. Quite often, this disease affects the maxillofacial region.

The purpose of the work was to initiate infectious alertness when planning operations for the removal of benign neoplasms in the maxillofacial region and inform medical specialists about the possibility of developing dirofilariasis of the specified localization, its clinical manifestations and objective diagnostic methods.

Material and methods. The object of observation was a 34-year-old female patient R. with maxillofacial dirofilariasis. The subject of the study is the medical record of an inpatient patient R.

Results and discussion. At the pre-hospital stage, patient R. underwent a general clinical examination. All indicators of the tests were within the age norm. According to the results of radiation examination methods, no data confirming the parasitic etiology of the disease was obtained. Taking into account the presence of a rounded formation about 1.0-1.2 cm in diameter which is slightly displaced relative to the underlying and surrounding soft tissues, the patient was offered surgical treatment. During the operation, a rounded self-moving helminth was extracted from the formation, about 11.0 cm long and 0.15 cm in diameter. After the helminth was identified, the patient was diagnosed with dirofilariasis. This should be taken into account in the diagnostic and therapeutic aspects when working with patients who have tumor processes in the maxillofacial region.

Conclusion. The presented clinical observation shows that in the practice of a dental surgeon and a maxillofacial surgeon, it is increasingly possible to deal with the localization of helminth in the maxillofacial region which simulates a neoplasm which must be taken into account when conducting diagnostics, differential diagnosis and preoperative preparation. The results of the described case are aimed at developing infectious alertness when planning surgical interventions to remove benign neoplasms in the maxillofacial region, developing a rational diagnostic scheme and differential diagnosis for patients with suspected dirofilariasis and other parasitic lesions of the maxillofacial region.

Keyword: infectious alertness, maxillofacial area, dirofilariasis, helminthes.

The authors of this study confirm that the research and publication of the results were not associated with any conflicts regarding commercial or financial relations, relations with organizations and/or individuals who may have been related to the study, and interrelations of coauthors of the article.

Стаття надійшла 25.08.2020 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування