

УДК 616.716.1./4-003.4-02:616-001./-006.31:616-07

*Ткаченко П.І., Старченко І.І., Білоконь С.О., Лохматова Н.М., Білоконь Н.П., Попело Ю.В.*

## ТРАВМАТИЧНІ Й АНЕВРИЗМАЛЬНІ КІСТИ ЩЕЛЕП: ТРУДНОЦІ ДІАГНОСТИКИ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна

### Вступ

Широке розмаїття щелепних кіст робить досить вагомим питання їх діагностики, диференційованої діагностики й лікування, завжди вимагаючи індивідуалізації з урахуванням особливостей кожного клінічного випадку [1; 2].

Попри те, що кісти щелепних кісток уперше були згадані Scultetus ще в 1654 році, фахівці досі мають різні точки зору щодо семіотики й групової належності окремих нозологічних форм у класифікаціях і як наслідок – у питаннях вибору методу лікування, запобігання можливим ускладненням і рецидивам, у визначенні прогнозу [3-5].

Безсимптомний перебіг і відсутність характерних чітких клінічних проявів щелепних кіст, схожість їхніх ознак на окремих етапах розвитку, незважаючи на нозологічну форму й місце виникнення, надають цій патології особливої актуальності в практиці щелепно-лицевої хірургії [1-10]. Чільне місце в номенклатурі пухлиноподібних утворів щелеп займають і травматичні й аневризмальні безоболонкові кісти [4; 5].

**Мета дослідження** – на підставі узагальнення результатів наукових напрацювань щодо етіології й патогенезу, клініко-морфологічних особливостей і принципів лікування травматичних і аневризмальних кіст щелеп привернути увагу медичної спільноти до цих нозологічних форм.

### Матеріали і методи дослідження

У процесі дослідження ми ретельно проаналізували фундаментальні наукові праці й публікації в періодичних виданнях щодо зазначених питань.

Клінічний розділ стосується комплексного обстеження 46 дітей із травматичними й аневризмальними кістами щелеп, які перебували на лікуванні в хірургічному відділенні дитячої міської клінічної лікарні м.Полтави протягом 5 років. Крім того, в клініці кафедри на обстеженні й амбулаторному лікуванні було 8 дорослих пацієнтів із травматичними кістами.

Для встановлення клінічного діагнозу використовували загальноклінічні й додаткові методи обстеження, діагностичну пункцію, ЕОД, рентгенографію, КТ і МРТ у складних випадках [4; 5].

На препаратах, виготовлених за загальноприйнятими методиками, вивчено мікроскопічну будову післяопераційного матеріалу [11].

### Результати дослідження та їх обговорення

Протягом 2014-2019 років у клініці кафедри дитячої хірургічної стоматології було проліковано 46

дітей із неодонтогенними кістами щелеп (НКЩ), серед яких 24 пацієнти (52,2%) із травматичними кістами (ТК) і 15 – (32,6%) із аневризмальними (АК). Отже, на частку ТК і АК припадало 39 випадків (84,8%) НКЩ. При цьому, якщо загальний вік пацієнтів із НКЩ коливався від 5 до 15 років, то ТК і АК найчастіше траплялися в 10-15-річних дітей, що збігається з даними інших дослідників, які вказують на найвищий їх відсоток саме в пубертатний період [6-8; 9; 12]. Хлопців було 25 (64,1%), дівчат – 14 (35,9%).

У наш час серед науковців і практикуючих лікарів найбільш прийнятною вважається клініко-морфологічна класифікація щелепних кіст (І.І.Єрмолаєва і співавт., 1975), згідно з якою ТК і АК належать до неодонтогенних неепітеліальних щелепних кіст [4; 5].

За даними літератури, ці утвори, на відміну від неодонтогенних фісуральних кіст, частіше бувають на нижній щелепі (н/щ) [1-3], що збігається і з нашими спостереженнями. У 20 із 24 (83,3%) дітей із ТК це стосувалося фронтальної ділянки саме н/щ, а в 4 (16,7%) вони розташовувалися в тій же ділянці на верхній щелепі; АК завжди локалізувалися у різних відділах н/щ.

Етіопатогенез травматичних і аневризмальних кіст вивчено недостатньо. Відомо, що ТК є результатом крововиливів у губчасту субстанцію щелепних кісток (у чому провідну роль відіграє травма), які й призводять до утворення внутрішньокісткових порожнин. Натомість АК спеціалісти вважають результатом інтенсивного росту кістки, коли її тканина не встигає перебудуватися, утворюючи порожнини. Подібні кісти часто утворюються в епіфізах трубчастих кісток [1; 2; 5; 7-10].

Тривалий час АК розглядали як кістозну форму остеобластокластоми, а з урахуванням того, що літничу форму останньої деякі науковці вважають утвором з ознаками злоякісності, питання диференційованої діагностики цих доброякісних новоутворів набуває особливої актуальності [3; 4; 6; 13-15].

У наших спостереженнях, незважаючи на те, що у 20 випадках (51,3%) навіть візуально визначалася деформація альвеолярного відростка без зміни положення зубів, ТК і АК зазвичай не викликали скарг і виявлялися випадково під час обстеження пацієнтів (здебільшого на рентгенологічному дослідженні) з приводу іншої стоматологічної патології або при плануванні ортодонтичного лікування.

Не зважаючи на те, що ТК було діагностовано у 24 із 39 спостережень, в анамнезі життя дітей травматичне ушкодження щелепи визначалося у

29 (74,4%) випадках, що також викликало певні запитання щодо їхньої етіології.

Опитуванням 20 згаданих дітей із деформацією щелепних кісток та їхніх рідних установлено, що тільки 8 із них (40,0%) звернулися по допомогу одразу після появи перших клінічних ознак захворювання, а у 12 випадках (60,0%) це розтягувалося на різні терміни по мірі поступового збільшення розмірів пухлиноподібного утвору.

На зовнішньому огляді лише в 16 хворих (41,0%) спостерігалася незначна асиметрія обличчя без зміни кольору шкірних покривів у ділянці анатомічної проєкції кістозного утвору (в переважній більшості випадків це стосувалося фронтального відділу нижньої щелепи).

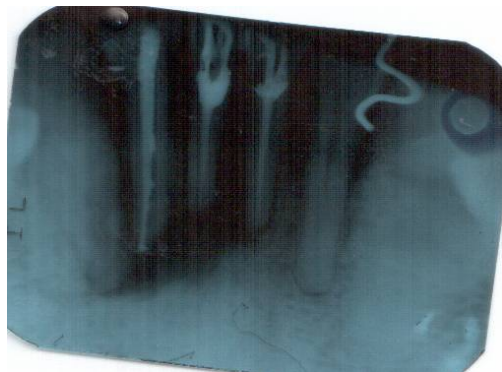
Оглядаючи порожнину рота, з вестибулярного боку в них виявляли неболючі випини щільної консистенції. Симптом Рунге-Дюпюїтрена встановлено в 15 пацієнтів (38,5%) старше 11 років. Флюктуація, що свідчить про стоншення кортикальної пластинки, визначалася тільки з вестибуля-

рної поверхні (лише в 9 випадках (23,1%), супроводжуючись значною деформацією альвеолярного відростка. У всіх хворих слизова оболонка в цих ділянках була блідо-рожевою, але в 10 дітей (25,6%) визначався "судинний малюнок".

Прилеглі до утворів зуби були нерухомими й неболючими при перкусії, а в 13 випадках (33,3%) спостерігали конвергенцію їхніх коронок. Пульпа цих зубів завжди залишалася життєздатною, що визначалось проведенням ЕОД.

У жодному випадку нагноєння АК не було, а за травматичного походження кіст запальні явища мали 17 пацієнтів із 24 (70,8%).

Аналізом рентгенограм встановлено наявність однієї чи кількох чітко відмежованих ділянок розрідження кісткової тканини із склерозованими кістковими краями, не пов'язаних із зубами. Дивергенція коренів визначалася в тих випадках, де клінічно спостерігався симптом конвергенції коронок зубів (рис. 1).



а

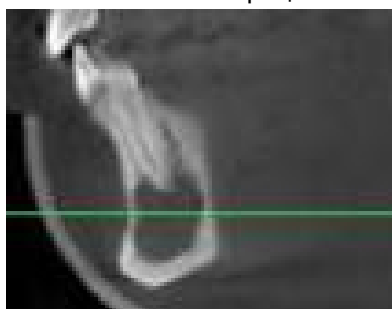


б

Рис. 1. Рентгенологічна картина травматичної кісти в ділянці різців н/щ (а) фрагмент ортопантомограми пацієнта з аневризмальною кістою тіла н/щ (б)

Комп'ютерною томографією, яку виконували для уточнення локалізації утвору й визначення і планування оптимальних і раціональних заходів

для лікування, визначалося стоншення кортикальних пластинок у ділянці деформації щелепи (рис. 2).



а



б

Рис. 2. Фрагменти КТ-грам пацієнтів з аневризмальними кістами різних анатомічних ділянок н/щ

Диференційовану діагностику ТК і АК проводили з іншими щелепними кістами, адамантиною, остеобластокластою, фіброзною дисплазією, злоякісними пухлинами щелепних кісток (зокрема саркомою Юінга) і хронічними одонтогенними формами періоститів і остеомієлітів.

Не зупиняючись на повному обсязі диференційовано-діагностичних заходів, зазначимо, що всім хворим на догоспітальному етапі проводили пункцію утвору, якою встановлено, що порожнини ТК і

АК заповнені кров'ю, геморагічною рідиною або взагалі не мали рідкого вмісту. У випадках наявності крові в порожнині ТК переважна більшість авторів ототожнює їх із геморагічними кістами [1-4; 7; 9].

Лікування ТК і АК у всіх випадках було класичним. Після цистектомії кісткову порожнину обробляли фрезою для запобігання рецидиву. Постійні зуби, що прилягали до утвору, перед операцією депульпували.

Хворим надавали рекомендації щодо гігієнічного догляду за раною й характеру харчування, призначали анальгетики й гіпосенсибілізуючі засоби з розрахунку на кг/маси тіла й клінічної картини захворювання. Крім того, у разі потреби призначали антибіотики з урахуванням індивідуальних особливостей перебігу захворювання. Для зменшення набряку рекомендували зовні на шкіру в ділянці анатомічної проекції кістозних утворів накладати стисну пов'язку з льодом на 2-3 години.

Післяопераційний період зазвичай мав задовільний перебіг. У всіх випадках у наступні 2-3 доби визначався незначний колатеральний набряк з інфільтрацією м'яких тканин у ділянці оперативного втручання. Як правило, біль був помірний, а температурна реакція відсутня, за винятком 7 випадків (17,9%). На 7-8 добу знімали шви, а рана у всіх спостереженнях загоювалась первинним натягом.

Мікроскопічним дослідженням операційного матеріалу, отриманого після цистектомії, встановлено, що порожнини ТК у всіх випадках покриті тонкою фіброзною тканиною, яка утворюється за участі ендосту й має багатоядерні велетенські клітини (рис. 3) і зерна гемосидерину.

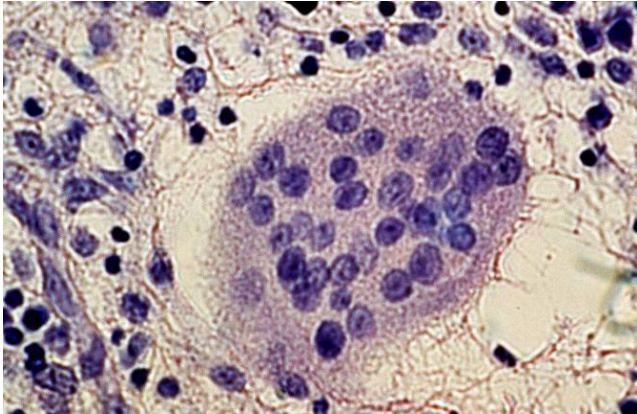


Рис. 3. Велетенська багатоядерна клітина типу сторонніх тіл у стінці травматичної кісти. Об. 40<sup>x</sup>, ок. 10<sup>x</sup>

Натомість кісткова порожнина АК була покрита оболонкою з фіброзної тканини й містила остеобласти й остеокласти (рис. 4).

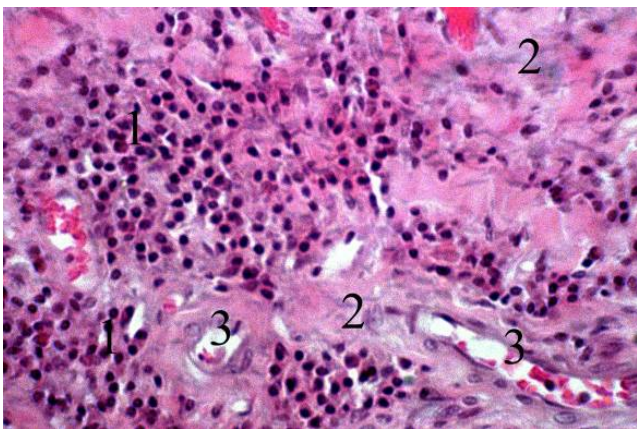


Рис. 4. Фрагмент стінки аневризмальної кісти. Забарвлення гематоксилін-еозином. Об. 10<sup>x</sup>, ок. 10<sup>x</sup>:  
1 – остеобласти; 2 – грубоволокниста сполучна тканина; 3 – кровоносні судини

З метою ілюстрації наведеного матеріалу, але стосовно дорослих осіб, наводимо клінічне спостереження з власної практики.

У клініку кафедри стоматологом-терапевтом направлено чоловіка Б., 27 років, зі скаргами на наявність на підборідді утвору, припіднятого над поверхнею гіперемованої шкіри.

Після збору анамнезу стало відомо, що пацієнт неодноразово перебував на стаціонарному лікуванні в щелепно-лицевому відділенні, де отримувал комплексну терапію відповідно до протоколів лікування запальних захворювань. Однак, незважаючи на проведені лікувальні заходи, через кілька місяців потому виникав рецидив.

Об'єктивним обстеженням встановлено: обличчя симетричне, піднижньощелепні й підпідборідні лімфовузли збільшені, округлої форми з чіткими межами й рухомі, м'яко-еластичної консистенції, неболючі при пальпації.

На підборідді на тлі вінчика гіперемії шкіри спостерігається незначний випин, покритий скоринкою, з-під якої витікає трохи кашоподібного вмісту.

Відкривання рота в повному обсязі, слизова оболонка без видимих патологічних змін. На тлі загалом санірованої порожнини рота привертала увагу 31 і 41 зуби, інтактні коронки яких відрізнялися від інших зубів сіруватим відтінком. Зуби нерухомі, а їхня перкусія й пальпація перехідної складки в ділянці проекції верхівок коренів неболючі. Однак у ділянці проекції коренів 31, 32, 41, 42 присінок порожнини рота згладжений, а навколо вуздечки нижньої губи наявні рубцеві зміни. Проведена ЕОД фронтальної групи зубів н/щ показала нежиттєздатність пульпи 31 і 41 зубів.

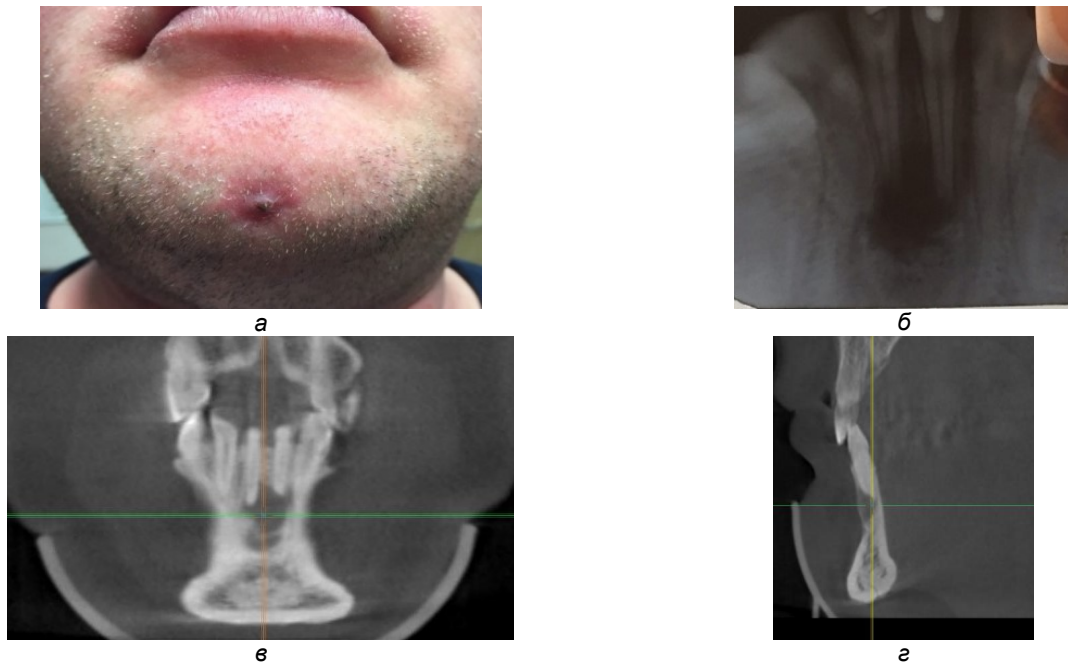
Пацієнта направлено на рентгенологічне дослідження, яким визначена ділянка гомогенного розрідження кісткової тканини овальної форми з нечіткими межами, куди потрапляли верхівки коренів 31 і 41 зубів із незначним розширенням періодонтальних щілин. Для уточнення локалізації, меж і об'єму патологічного осередку пацієнту проведено КТ.

Ретельно зібраний анамнез дозволив встановити, що 4 роки тому пацієнт, виконуючи професійні обов'язки, отримав незначну травму фронтальної ділянки обличчя, у фокус якої потрапили підборіддя й фронтальні зуби н/щ.

На підставі скарг, даних об'єктивного обстеження, результатів рентгенографії й комп'ютерної томографії, урахувавши анамнез, нами встановлено попередній діагноз: нагноєна посттравматична кіста фронтальної ділянки нижньої щелепи (рис. 5).

Установлення такого діагнозу пояснювало нечіткі контури розрідження кісткової тканини, відсутність патології коронок 31 і 41 зубів і ясен у ділянці їх розташування, а на шкірі підборіддя, відповідно, – наявність нориці, з якої виділявся характерний для кістозного утвору вміст.





**Рис. 5. Нагноєна травматична кіста фронтальної ділянки тіла н/щ:**  
а) загальний вигляд підборіддя з норицею; б) внутрішньоротова рентгенограма тіла н/щ у фронтальній ділянці; в-г) фрагменти КТ-грам н/щ у фронтальній і боковій проєкціях

Ураховуючи те, що пульпа 31 і 41 зубів нежиттєздатна, було прийнято рішення про превентивне ендодонтичне лікування 31 і 41 зубів із подальшим проведенням цистектомії в ділянці патологічного осередку н/щ внутрішньоротовим доступом.

Підкреслимо, що вже через 2 тижні після ендодонтичного лікування з пломбуванням кореневих каналів вихідний отвір норицевого ходу на підбо-

рідді значно зменшився, а проведеною рентгенографією визначено утворення чітких меж зі склерозуванням ділянки розрідження кісткової тканини на місці розташування кісти.

Через 3 тижні після завершення ендодонтичного лікування, коли вихідний отвір норицевого ходу на підборідді став крапкоподібним і без ексудату (рис. 6), пацієнту було проведено оперативне втручання.



**Рис. 6. Вигляд підборіддя (а, б), внутрішньоротова рентгенограма фрагмента н/щ (в) через 2 тижні й загальний вигляд підборіддя через 3 тижні (г) після завершення ендодонтичного лікування 31 і 41 зубів пацієнта з травматичною кістою**

Результати гістологічного дослідження післяопераційного матеріалу показали типові ознаки будови травматичної кісти [4; 5; 11], що дозволило нам визначити остаточний діагноз: травматична

кіста фронтальної ділянки нижньої щелепи.

Післяопераційний період без ускладнень. Пацієнт і надалі перебуває під диспансерним наглядом.

### Висновки

1. Узагальнений статистичний аналіз дозволив визначити, що в дітей на частку травматичних кіст припадає 52,2%, аневризмальних – 32,6%, а інші види неондонтогенних кіст щелеп становлять 15,2%. Серед пацієнтів переважають хлопці, та навіть наявність травми в анамнезі не завжди відповідає й підтверджує різновид кістозного утвору.

2. Представлений матеріал наводить на думку про досить умовну діагностичну “межу” між травматичними й аневризмальними кістами, коли, по суті, основним диференційовано-діагностичним критерієм є ретельно зібраний анамнез навіть на догоспітальному етапі.

3. Наведений клінічний випадок підтверджує дані про складність діагностики травматичних кіст щелеп, підкреслюючи необхідність індивідуального підходу до вибору лікувально-реабілітаційної тактики в кожному конкретному випадку.

### Перспективи подальших досліджень

Наведений матеріал може стати підґрунтям подальших поглиблених науково-практичних досліджень імуногістохімічних структурних особливостей травматичних і аневризмальних щелепних кіст.

### Список літератури

- Бернадский ЮИ. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Медицинская литература. 2000:404.
- Тимофеев АА. Челюстно-лицевая хирургия. Киев. 2010:574.
- Маланчук ВО. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія. Логос. 2011:669.
- Ткаченко ПІ, Старченко ІІ, Білоконь СО, Резвіна КЮ. Кісти щелепно-лицевої ділянки (клініко-морфологічні аспекти). Полтава. 2013:103.
- Ткаченко ПІ, Старченко ІІ, Білоконь СО, Доброскок ВО, Білоконь НП. Новоутворення щелепно-лицевої ділянки у дітей. Полтава. 2018:191.
- Зеленский ВА, Мухорамов ФС. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Москва. 2008:206.
- Колесов АА, Воробьев ЮИ, Каспарова НН. Новообразование мягких тканей и костей лица у детей и подростков. Медицина. 1989:302.
- Топольницкий ОЗ. Стоматология детского возраста. Хирургия. ГЭОТАР-Медиа. 2016:311.
- Харьков ЛВ, Яковенко ЛМ, Чехова ІА. Хірургічна стоматологія дитячого віку. Книга-плюс. 2003:480.
- Черствой ЕД, Кравцовой ГИ, Фурманчук АВ. Опухоли и опухолеподобные процессы у детей. Минск. Аскар. 2002:400.
- Пальцев МА, Аничков НМ. Патологическая анатомия. Медицина. 2001:525.
- Шешукова ЯП. Структура та частота доброякісних новоутворень м'яких тканин обличчя, щелепних кісток у дітей і дорослих. Український стоматологічний альманах. 2013;№3:46-49.
- Ткаченко ПІ, Старченко ІІ, Білоконь СО, Гуржій ОВ, Микитенко ВВ, Білоконь НП. Остеобластокластома щелеп у дітей: клініко-морфологічна характеристика. Світ медицини та біології. 2016;№2:95-99.
- Holcomb GW. Ashkraft's Pediatric Surgery. Philadelphia. SAUND ERSEL SEVIER. 2010:1101.
- Tkachenko PI, Starchenko II, Belokon SA, Gurzhii YV, Starchenko OV. Clinical and tactical approaches in the diagnosis of malignant tumors of maxillofacial area in children. The new armenian medical journal. 2016;Vol.10, №3:27-33.

### References

- Bernadskyi YuY. Osnovi cheliustno-lytsevoi khyrurhyy y khyrurhycheskoi stomatolohy. Medytsynskaia lyteratura. 2000:404.(Russian)
- Tymofeev AA. Cheliustno-lytsevaia khyrurhyia. Kyev. 2010:574.(Russian)
- Malanchuk VO. Khirurhichna stomatolohiia ta shchelepno-lytseva khirurhiia. Lohos. 2011:669.(Ukrainian)
- Tkachenko PI, Bilokon SO, Starchenko II, Rezvina KY. Kisty shchelepno-lytsevoyi dilyanky (kliniko-morfolohichni aspekty). Poltava. 2013:103.(Ukrainian)
- Tkachenko PI, Starchenko II, Bilokon SO, Dobroskok VO, Bilokon NP. Novoutvorennia shchelepno-lytsevoyi dilyanky u ditey. Poltava. 2018:191.(Ukrainian)
- Zelensky VA, Mukhoramov FS. Detskaya khirurhicheskaya stomatologiya i chelyustno-litsevaya khirurgiya. Moscow. 2008:206. (Russian)
- Kolesov AA, Vorobev YuY, Kasparova NN. Novoobrazovanyia miahkykh tkanei y kostei lytsa u detei y podrostkov. Medytsyna. 1989:302.(Russian)
- Topolnitsky OZ. Stomatologiya detskogo vozrasta. Khirurgiya. GEOTAR-Media. Moscow. 2016:311.(Russian)
- Kharkov LV, Yakovenko LM, Chekhova IA. Khirurhichna stomatolohiya dytyachoho viku. Knyhalyus. 2003:480.(Ukrainian)
- Cherstvoy ED, Kravtsova GI, Furmanchuk AV. Opukholi i opukholepodobnyye protsessy u detey. Askar. Minsk. 2002:400.(Russian)
- Paltsev MA, Anichkov NM. Patolohycheskaia anatomyia. Medicine. 2001:525.(Russian)
- Sheshukova YaP. Struktura ta chastota dobroiakisnykh novoutvoren miakykh tkany oblychchia, shchelepnykh kistok u ditei i doroslykh. Ukrainskyi stomatolohichnyi almanakh. 2013;№3:46-49.(Ukrainian)
- Tkachenko PI, Starchenko II, Bilokon SO, Hurzhii OV, Mykytenko VV, Bilokon NP. Osteoblastoklastoma shchelep u ditei: kliniko-morfolohichna kharakterystyka. Svit medytsyny ta biolohii. 2016;№2:95-99.(Ukrainian)
- Holcomb GW. Ashkraft's Pediatric Surgery. Philadelphia. SAUND ERSEL SEVIER. 2010:1101.
- Tkachenko PI, Starchenko II, Belokon SA, Gurzhii YV, Starchenko OV. Clinical and tactical approaches in the diagnosis of malignant tumors of maxillofacial area in children. The new armenian medical journal. 2016;Vol.10, №3:27-33.

Стаття надійшла: 06.03.2020 р.

### Резюме

Безсимптомний перебіг і відсутність характерних чітких клінічних проявів щелепних кіст, схожість їхніх ознак на окремих етапах розвитку, незважаючи на нозологічну форму й місце виникнення, надають цій патології особливої актуальності в практиці щелепно-лицевої хірургії. Чільне місце в номенклатурі пухлинноподібних утворів щелеп займають травматичні й аневризмальні безоболонкові кісти.

У статті представлено результати комплексного обстеження й лікування протягом 5 років 46 дітей із травматичними й аневризмальними кістами щелеп і 8 дорослих із щелепними травматичними кістами. Для встановлення клінічного діагнозу використовували загальноклінічні й додаткові методи обстеження. Вивчено мікроскопічну будову післяопераційного матеріалу.

Наведений матеріал наводить на думку про досить умовну діагностичну "межу" між травматичними й аневризмальними кістами, коли, по суті, основним диференційовано-діагностичним критерієм є ретельно зібраний анамнез.

**Ключові слова:** діти, кісти, травматична кіста, аневризмальна кіста, щелепно-лицева ділянка.

### Резюме

Бессимптомное течение и отсутствие чётких клинических проявлений челюстных кист, похожесть их признаков на отдельных этапах развития, несмотря на нозологическую форму и место возникновения, придают этой патологии особенную актуальность в практике челюстно-лицевой хирургии. Особое место в номенклатуре опухолевидных образований челюстей занимают травматические и аневризмальные кисты.

В статье представлены результаты комплексного обследования и лечения за 5-летний период 46 детей с травматическими и аневризмальными кистами челюстей и 8 взрослых с челюстными травматическими кистами. Для постановки клинического диагноза использовали общеклинические и дополнительные методы обследования. Изучено микроскопическое строение послеоперационного материала.

Представленный материал наводит на мысль об очень условной диагностической "границе" между травматическими и аневризмальными кистами, когда, по сути, основным дифференциально-диагностическим критерием является тщательно собранный анамнез.

**Ключевые слова:** дети, кисты, травматическая киста, аневризмальная киста, челюстно-лицевая область.

UDC 616.716.1./4-003.4-02:616-001./-006.31:616-07

## TRAUMATIC AND ANEURYSMAL JAW CYSTS: DIFFICULTIES OF THE DIAGNOSIS

*Tkachenko P.I., Starchenko I.I., Bilokon S.O., Lokhmatova N.V., Bilokon N.P., Popelo Y.V.*

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine

### Summary

The great diversity of the jaw cysts makes the issues of their diagnosis, differential diagnosis, and treatment quite important, always requiring an individual approach, given the features of each clinical case.

Although the jaw cysts were first mentioned by Scultetus in 1654, the researchers still have different views on the semiotics and classifying individual nosological forms and, consequently, on choosing treatment methods, preventing possible complications and recurrences, and making prognosis.

Asymptomatic clinical course and absence of characteristic clear clinical manifestations of the jaw cysts and similarity of their signs at separate developmental stages regardless of the nosological form and origin site make this pathology relevant in the practice of maxillofacial surgery. Traumatic and aneurysmal pseudocysts are common in the nomenclature of tumor-like formations of the jaws.

The paper is concerned with the etiology and pathogenesis, clinical morphological features, and modes of treatment of traumatic and aneurysmal jaw cysts, based on the generalization of the findings of the scientific researches, to emphasize the above nosological forms to the medical community.

The study encompasses a thorough analysis of the fundamental scientific works and publications in periodicals on the above issues.

The clinical part of the study concerned a comprehensive examination of 46 children with traumatic and aneurysmal jaw cysts who received treatment at the surgical unit of the Poltava Municipal Children's Clinical Hospital during the period of 5 years. In addition, 8 adult patients with traumatic cysts were examined and received outpatient treatment at the Department's clinic.

Common clinical and additional examination methods, diagnostic puncture, EOD, radiography, CT, and MRI were used to make the clinical diagnosis in serious cases.

The microscopic structure of the specimens made from the postoperative material using conventional techniques was studied.

During 2014-2019, 46 children with non-odontogenic jaw cysts (NJC) were treated at the Department of Children's Oral Surgery, including 24 patients (52.2%) with traumatic cysts (TC) and 15 patients (32.6%) with aneurysmal cysts (AC). That is, TC and AC accounted for 39 cases (84.8%) of NJC. At the same time, while the general age of patients with NJC ranged from 5 to 15 years, TC and AC were most common in children aged 10-15 years, which is consistent with other researchers' data, who observed the highest incidence in puberty. 25 (64,1%) boys and 14 girls (35.9%) have been involved in the study.

Generalized statistical analysis revealed that traumatic cysts accounted for 52.2% of children, 32.6% for aneurysmal and 15.2% for other types of non-odontogenic jaw cysts. The patients were predominantly males, and even trauma in the past medical history did not always correspond to and confirm the type of cystic formation.

The presented material suggests a rather unclear diagnostic "boundary" between traumatic and aneurysmal cysts, when, in fact, the main differential diagnostic criterion is a carefully gathered anamnesis, even at the pre-hospital stage.

The given material can be the basis for further in-depth scientific and practical studies on immunohistochemical structural features of traumatic and aneurysmal jaw cysts.

**Keywords:** children, cysts, traumatic cyst, aneurysmal cyst, jaw-facial area.