

VEIDO IR ŽANDIKAULIŲ SRITIES ODONTOGENINIŲ INFEKCIJŲ GYDYMO APIMTYS LIETUVOJE

Rūta Rastenienė¹, Alina Pūrienė¹, Jolanta Aleksejūnienė²

¹*Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas, Odontologijos institutas,*

¹*Britų Kolumbijos universiteto Odontologijos fakultetas*

Raktažodžiai: odontogeninės infekcijos, paplitimas.

Santrauka

Tobulėjant sveikatos apsaugos sistemai ir gerėjant sveikatos paslaugų prieinamumui išlieka didelis sergamumas veido ir žandikaulių srities uždegimais. Nepaisant didėjančio gydymo įstaigų, teikiančių odontologinę sveikatos priežiūrą skaičiaus, suteikiamų paslaugų dėl odontogeninių ligų nemažėja. Atlikta gydymo paslaugų Lietuvoje analizė, naudojantis Valstybinės ligonių kasos duomenimis.

Įvadas

Dantų ligos žinomos jau daug tūkstantmečių, tačiau dar prieš kelis šimtmečius danties pūlinys dažniausiai reiškė mirties nuosprendį (1,2). Tik nuo 1940 metų, gydymui pradėjus vartoti peniciliną, mirtingumas nuo odontogeninių infekcijų ženkliai sumažėjo (3), tačiau neišnyko. Nepaisant medicinos pasiekimų gyvybei pavojingos odontogeninės infekcijos vis dar yra dažnos tiek išsivysčiusiose, tiek besivystančiose pasaulio šalyse (4-6). Visame pasaulyje odontogeninių infekcijų gydymas sudaro didelę kasdieninio burnos bei veido ir žandikaulių chirurgų darbo dalį, reikalauja skubios ir neatidėliotinos medicininės pagalbos, o jos nesuteikus, gali būti mirtinų komplikacijų priežastimi (7-9). Skirtingose šalyse varijuoja ligos apimtys ir mastai (10-13), gydymui išleidžiamos lėšos (8,14-16).

Odontogeninės kilmės veido ir žandikaulių uždegiminių ligų atvejais dažniausiai pirminė odontologinė pagalba suteikiama pirminės sveikatos priežiūros, kurioje pacientas gydomi, įstaigoje. Jos kokybė ir savalaikiškumas gali užkirsti kelią infekcijos plitimui ir galimų komplikacijų išsivystymui (17), tačiau itin dažnai (maždaug 80% atvejų) šios pūlingos infekcijos gydymui reikalinga ir specializuota burnos ir veido žandikaulių chirurgų pagalba (18). Šalys, turinčios gerai išvystytą ir ženkliai daugiau finansuojamą sveikatos sistemą, taip pat susiduria su komplikuotais odontogeninių infekcijų atvejais ir poreikiu pacientus

gydyti specializuotose ligoninėse (19-21). Po stacionarinio gydymo pacientų priežiūra rūpinasi pirminės sveikatos priežiūros specialistai. Nuo to, kaip suderintai dirba visos pagalbos grandys – ar tinkama visų lygių skubi medicinos pagalba – priklauso pūlingų procesų gydymo trukmė ir baigtys, todėl paslaugų prieinamumo klausimai tampa ypač svarbūs gydant šią greitai plintančią, dažnai grėsmingą paciento gyvybei patologiją.

Sudėtingų odontogeninių infekcijų gydymas Lietuvoje koncentruotas trijose klinikose: Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinikoje, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto klinikoje ir Klaipėdos universitetinėje ligoninėje, nedidelė dalis pacientų stacionarizuojama ir gydoma Respublikinėse Šiaulių ir Panevėžio ligoninėse.

Darbo tikslas: išanalizuoti veido ir žandikaulių srities uždegiminių ligų gydymo apimtis Lietuvoje, vertinti suteikiamos pagalbos pasiskirstymą respublikos gydymo įstaigose.

Medžiaga ir metodai

Duomenys apie ūmias odontogenines infekcijas gauti iš Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau tekste – VLK) duomenų bazės 2014-06-11. Remiantis TLK klasifikacija nagrinėtos penkios ūmios odontogeninės infekcijos: K12.2 – burnos celiulitas ir abscesas, K10.2 – žandikaulių uždegiminės būklės, K10.3 – žandikaulių alveolitas, K05.2 – ūmus periodontitas ir L03.2 – veido celiulitas, VLK duomenų bazėje ūmių odontogeninių infekcijų duomenys pateikti pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtajį pataisytą ir papildytą leidimą Australijos modifikaciją (TLK-10-AM).

Analizuota, kiek 2009-2013 metais 482 Lietuvos gydymo įstaigose buvo suteikta medicinos pagalbos paslaugų pasirinktoms ligų grupėms pagal VLK sudarytas sutartis teikti odontologinės sveikatos priežiūros paslaugas. Buvo tiriamos keturių tipų gydymo įstaigos: didžiųjų miestų

poliklinikos, regioninės ligoninės, valstybinės pirminės sveikatos priežiūros įstaigos (PASPI) ir ambulatorijos, privačios gydymo įstaigos. Palyginamajai statistikai apskaičiuoti buvo naudoti ir standartizuoti ir adaptuoti statistiniai duomenys. Kiekvienai odontologinės sveikatos priežiūros įstaigai buvo išvestas ūmių odontogeninių infekcijų paplitimo standartizuotas indeksas (OIPSI), apskaičiuotas pa-

gal apskrities gyventojų skaičiaus duomenis atitinkamais metais. Ūmių odontogeninių infekcijų paplitimo standartizuotas indeksas (OIPSI) perskaičiuotas 10 000 gyventojų pagal formulę:

$$\text{OIPSI} = \frac{\text{gydytų infekcijų skaičius įstaigoje per metus (absoliutus skaičius) * 10 000}}{\text{gyventojų skaičius apskrityje tais pačiais metais}}$$

1 lentelė. Odontogeninės kilmės infekcijų standartizuotas paplitimo indeksas Lietuvoje 2009-2013 metais

Čia: ^ – Friedmano testas; N=gydymo įstaigų skaičius.

TLK-kodai#	Standartizuotas paplitimo indeksas 10 000 gyventojų					Statistinis reikšmingumas^
	2009 vidurkis ±SN (N)	2010 vidurkis ±SN (N)	2011 vidurkis ±SN (N)	2012 vidurkis ±SN (N)	2013 vidurkis ±SN (N)	
Privačios gydymo įstaigos						
K 10.2	3,1±6,3 (N=111)	2,6±5,4 (N=118)	2,9±5,7 (N=122)	3,0±6,2 (N=131)	3,3±6,2 (N=127)	P=0,217
K12.2	0,5±0,4 (N=51)	1,7±2,5 (N=52)	0,7±1,2 (N=67)	0,9±1,8 (N=57)	0,7±0,9 (N=71)	P=0,053
K.10.3	1,5±3,0 (N=57)	2,0±3,9 (N=45)	1,7±2,6 (N=58)	1,9±3,1 (N=70)	2,5±4,9 (N=73)	P=0,437
K.05.2	2,4±3,7 (N=104)	3,1±6,2 (N=106)	3,3±9,8 (N=112)	2,9±7,2 (N=123)	2,6±5,9 (N=123)	P=0,613
L.03.2	0,6±0,9 (N=29)	0,7±0,5 (N=34)	0,6±0,5 (N=46)	0,5±0,5 (N=39)	0,6±0,6 (N=59)	P=0,592
Didžiųjų miestų poliklinikos						
K 10.2	83,1±157,8 (N=25)	80,9±149,7 (N=24)	87,2±166,9 (N=25)	92,3±172,8 (N=26)	93,1±158,2 (N=25)	P=0,002
K12.2	3,2±5,7 (N=26)	3,4±5,1 (N=23)	3,1±5,2 (N=24)	3,2±5,5 (N=23)	3,5±6,4 (N=22)	P=0,296
K.10.3	25,2±34,9 (N=25)	24,6±33,8 (N=24)	27,6±34,2 (N=23)	28,3±31,1 (N=23)	22,2±21,4 (N=25)	P=0,036
K.05.2	22,0±29,1 (N=26)	22,8±28,4 (N=24)	24,7±40,1 (N=26)	32,7±66,1 (N=26)	29,3±49,0 (N=25)	P=0,739
L.03.2	0,5±0,8 (N=13)	0,9±1,2 (N=16)	1,1±1,0 (N=14)	0,7±0,9 (N=18)	1,3±1,3 (N=18)	P=0,509
Regioninės ligoninės						
K 10.2	13,4±27,9 (N=37)	17,0±24,6 (N=27)	20,1±38,5 (N=25)	16,2±32,9 (N=27)	17,4±55,3 (N=37)	P=0,517
K12.2	6,5±10,4 (N=32)	7,3±11,1 (N=28)	6,2±11,6 (N=32)	7,5±12,0 (N=25)	4,3±9,7 (N=54)	P=0,335
K.10.3	4,9±6,7 (N=10)	3,5±3,1 (N=10)	4,0±3,9 (N=8)	1,9±2,9 (N=10)	2,5±7,3 (N=15)	P=0,663
K.05.2	33,6±129,1 (N=22)	49,2±72,2 (N=17)	55,6±188,3 (N=16)	35,8±107,8 (N=14)	5,9±17,8 (N=26)	P=0,663
L.03.2	1,3±2,0 (N=54)	1,1±2,0 (N=49)	1,5±2,2 (N=51)	1,5±1,5 (N=50)	2,2±2,7 (N=66)	P<0,001
Valstybiniai pirminės sveikatos priežiūros centrai ir ambulatorijos						
K 10.2	10,8±21,7 (N=126)	10,0±20,4 (N=124)	11,6±23,7 (N=124)	11,8±25,6 (N=126)	12,8±24,9 (N=127)	P=0,030
K12.2	0,9±1,0 (N=67)	1,5±2,0 (N=67)	1,1±1,3 (N=68)	1,0±1,1 (N=67)	1,2±1,3 (N=74)	P=0,186
K.10.3	5,8±10,2 (N=83)	5,1±7,7 (N=83)	5,8±7,8 (N=81)	6,4±9,4 (N=81)	7,0±12,8 (N=90)	P=0,195
K.05.2	9,7±25,9 (N=92)	9,1±27,1 (N=96)	8,1±22,0 (N=102)	8,5±23,0 (N=104)	7,3±16,8 (N=114)	P=0,974
L.03.2	0,6±0,8 (N=43)	0,7±0,8 (N=35)	0,8±0,9 (N=39)	1,0±1,0 (N=41)	1,0±1,3 (N=52)	P=0,010

Statistinei analizei naudotas SPSS 21,0 statistinių duomenų paketas. Atlikta aprašomoji statistinė analizė, apskaičiuoti standartiniai nuokrypiai ir vidurkiai, atlikta duomenų pasiskirstymo pagal normalųjį dėsnį patikra, Rasta, kad dauguma duomenų nebuvo pasiskirstę pagal normalųjį dėsnį, todėl statistinei analizei pasirinkti neparametriniai testai (Kruskalo-Waliso, Friedmano, Man-Vitnio). Naudoti statistinių išvadų reikšmingumo lygiai: P>0,05 – nereikšminga, P<0,05 – reikšminga, P<0,01 – labai reikšminga.

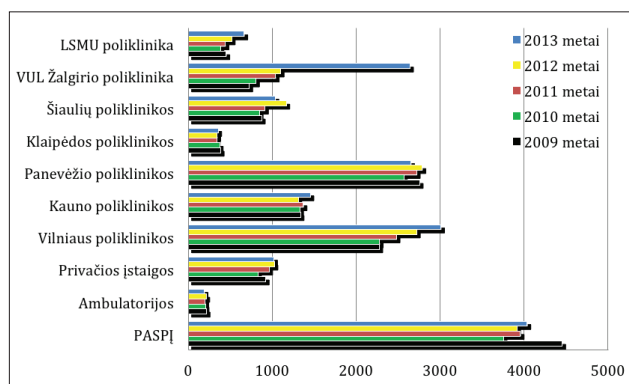
Rezultatai

Dėl veido ir žandikaulių srities uždegiminių būklių (K10,2) kasmet Lietuvoje ambulatoriškai gydoma 14878±1374,7 pacientų, 605,6±20,2 (3 proc.) pacientų dėl šių būklių stacionarizuojama. Daugiausia ambulatorinių paslaugų suteikiama didžiųjų miestų poliklinikose ir mažesnių miestų pirminės sveikatos priežiūros centruose, dalis – privačiose gydymo įstaigose bei ambulatorijose (1 pav.).

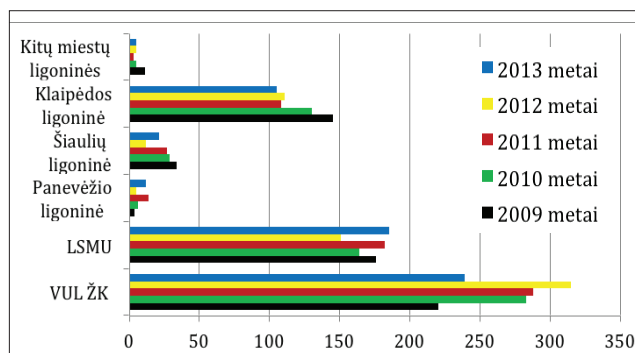
Sergantiems žandikaulių uždegiminėmis būklėmis, kai ambulatorinės pagalbos nebeužtenka, stacionarinės paslaugos suteikiamos didžiųjų miestų ligoninėse (2 pav.).

Ambulatoriškai dėl veido ir žandikaulių uždegiminių būklių (K10.2) gydytų pacientų skaičius per pastaruosius metus išaugo beveik 19 proc, nuo 15386 iki 18353 ligonių, o stacionarių paslaugų apimtys išlieka panašios, stacionaruose gydoma apie 1200 pacientų kasmet (3 pav.).

Daugiausia veido ir žandikaulių srities pūlinių ir pūlynų buvo gydyta VUL Žalgirio klinikoje stacionare – 2624 pacientai per 2009-2013 metus, tai yra 38,6 proc. visoje Lietuvoje suteiktą ana-



1 pav. Pacientų, gydytų ambulatoriškai dėl žandikaulių uždegiminių būklių, skaičius skirtingais metais



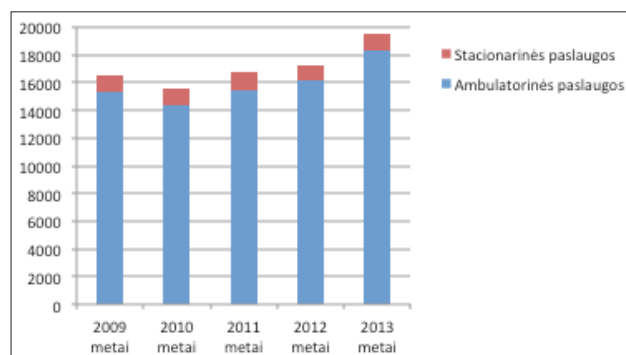
2 pav. Pacientų, 2009-2013 m. gydytų stacionare dėl žandikaulių uždegiminių būklių, skaičius

logiškų stacionariųjų paslaugų (4 pav.).

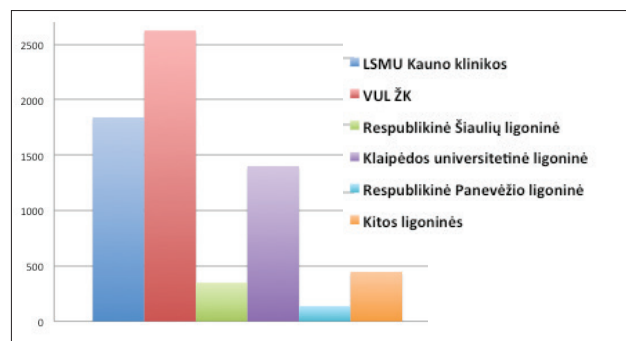
2009-2013 metais Lietuvoje registruoti 150 254 nagrinėjamų odontogeninių infekcijų atvejai. Tai sudaro 1 proc. Lietuvos gyventojų. Odontogeninės kilmės infekcijų paplitimas nagrinėjamu laikotarpiu didėjo: 2009 metais registruoti 29 362 atvejai, kas sudaro 0,9 proc. Lietuvos gyventojų, 2010 metais – 27 937 (0,9 proc.), 2011 metais – 30 390 (1 proc.), 2012 metais – 30 058 (1 proc.) ir 2013 metais – 32 057 (1,1 proc.).

Skirtingų odontogeninės kilmės infekcijų paplitimo standartizuotas indeksas (OIPSI) nagrinėjamu laikotarpiu, visose keturiose gydymo institucijų grupėse, pavaizduotas 1 lentelėje.

Palyginus skirtingų metų odontogeninės kilmės infekcijų paplitimą, stebimas statistiškai reikšmingas susirgimų uždegiminėmis žandikaulių būklėmis (K10.2) daugėjimas, alveolito (K10.3) atvejų sumažėjimas didžiųjų miestų poliklinikose, o veido celiulito (L03.2) atvejų daugėjimas ligoninėse bei mažesniųjų miestų PASPI. Privačiose odontogeninės sveikatos priežiūros įstaigose gydoma mažiau odontogeninės kilmės infekcijų nei valstybinėse. Sunkių odontogeninės kilmės infekcijų pūlynų ir pūlinių gydymas



3 pav. Uždegiminių veido ir žandikaulių srities susirgimų (K10.2), gydytų Lietuvos gydymo įstaigose, skaičius



4 pav. Pacientų, gydytų dėl veido ir žandikaulių sričių pūlynų ir pūlinių, skaičius 2009-2013 metais

koncentruotas didžiųjų miestų poliklinikose ir ligoninėse. Pirmoje lentelėje esantys duomenys rodo, kad padidėjo privačių odontologinių įstaigų, gydančių odontogeninės kilmės veido ir žandikaulių srities pūlynus, skaičius, tačiau OIPSI šiose klinikose nedidelis. Padaugėjo regioninių ligoninių, kuriose gydomos sunkios odontogeninės kilmės infekcijos pūlynai (K12.2), skaičius (nuo 32 iki 54).

Diskusija

Lietuvos gyventojai serga ūmiomis odontogeninės kilmės veido ir žandikaulių srities infekcijomis santykinai dažnai. Suserga vidutiniškai 1 iš 100 gyventojų, nepaisant to, kad gydytojų odontologų Lietuvoje ypač daug – 10 000 gyventojų tenka 12 gydytojų odontologų (22) palyginus su Jungtine Karalyste, kur 10 000 šalies gyventojų teko 5,3 gydytojai odontologai, Vokietijoje – 7,9, Lenkijoje – 3,2, Latvijoje – 6,6 (23).

Tiriamuoju laikotarpiu, 2009-2013 metais, ūmių odontogeninės kilmės infekcijų gydymo paslaugas Lietuvoje teikė viešosios įstaigos: miestų poliklinikos (priklausančios valstybinio reguliavimo sektoriui); regioninės ligoninės (priklausančios valstybinio reguliavimo sektoriui);

mažų miestų ir miestelių ambulatorijos (priklausančios valstybinio reguliavimo sektoriui) ir pirminės sveikatos priežiūros centrai (priklausantys valstybinio arba privataus reguliavimo sektoriui); privačios odontologinės klinikos ir kabinetai, Pastarieji šalies teritorijoje išsidėstę netolygiai – didžiausia privačių klinikų dalis koncentruojasi Lietuvos didžiuosiuose miestuose, greičiausiai dėl to, kad gydytojai odontologai, baigę studijas Vilniaus universitete ar Lietuvos sveikatos mokslų universitete Kaune, vengia vykti į atokesnius ar mažesnius miestelius (24). Pastebėta, kad privačiose klinikose gydoma itin nedidelė ūmių veido ir žandikaulių srities uždegimų dalis, lyginat su poliklinikomis, Tai galėtų būti dėl to, kad apmokėjimas iš TLK už skubią pagalbą yra nedidelis (~74 Lt), todėl privačiose klinikose gauti šias paslaugas yra brangu daugeliui šalies gyventojų, ir jie verčiau renkasi valstybinio reguliavimo gydymo įstaigas, kur skubi pagalba nemokama. Dar viena priežastis galėtų būti ta, kad gydytojai odontologai, dirbantys tik privačiose klinikose ir retai susiduriantys su ūmiais komplikuotais odontogeninės kilmės veido ir žandikaulių srities uždegimais, neturi pakankamai patirties gydant tokius ligonius, todėl siunčia juos į valstybines poliklinikas. Odontologinės sveikatos priežiūros paslaugos Lietuvoje teikiamos: valstybinėse poliklinikose ir ambulatorijose, kur prisiregistravusiems gyventojams paslaugos nemokamos; privačiose klinikose, kur gyventojai už paslaugas moka patys, bei privačiuose pirminės sveikatos priežiūros centruose, sudariusiuose sutartis su TLK, kur odontologinės paslaugos iš dalies kompensuojamos PSDF biudžeto lėšomis.

Vadovaujantis Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 8 d. įsakymu Nr. V-208 „Dėl būtinosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr. 55-1915) odontogeninės kilmės veido ir žandikaulių srities pūliniai ir pūlynai priskiriami skubios pagalbos reikalaujantiems susirgimams ir pagalba susirgusiajam privalo būti suteikta nedelsiant. Toks sveikatos priežiūros sistemos modelis užtikrina sergantiesiems nemokamą neatidėliotiną sveikatos priežiūros pagalbą.

Esant dantų skausmui ar veido, žandikaulių srities patinimui, Lietuvos gyventojai gali kreiptis į bet kurią odontologinės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančią gydymo įstaigą (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas: „Dėl būtinosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr. 55-1915) ir gauti reikiamą pagalbą. Privačios gydymo įstaigos, taip pat kaip ir viešosios įstaigos, gali sudaryti sutartis su Teritorinėmis ligonių kasomis (TLK) bei gauti privalomojo sveikatos draudimo (PSD) fondo lėšų suteiktoms būtinosios pagalbos paslaugoms apmokėti. Tai užtikrintų odontologinių paslaugų prieinamumą bet kurioje Lietuvos vietoje;

galimybę rinktis parankesnę - arčiau gyvenamosios vietos, darbovietės ar mokslo institucijos esančią gydymo įstaigą (25), tačiau tik 20 proc. privačių odontologinės sveikatos priežiūros įstaigų Lietuvoje turi sudarę sutartis su TLK.

Per tiriamąjį laikotarpį ir valstybinių pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų (PASPI), ir privačių odontologinių klinikų, teikiančių ūmių odontogeninės kilmės infekcijų gydymo paslaugas, skaičius padidėjo, tačiau ūmių odontogeninių infekcijų paplitimas nemažėja – kasmet ūmiais odontogeninės kilmės veido ir žandikaulių srities infekcijomis suserga apie 1 proc. Lietuvos gyventojų. Galima teigti, kad gydymo įstaigų skaičius neturėjo įtakos ūmių odontogeninės kilmės veido ir žandikaulių srities infekcijų paplitimui.

Literatūra

1. Igoumenakis D, Gkinis G, Kostakis G, Mezitis M, Rallis G, Severe odontogenic infections: causes of spread and their management, *Surg Infect (Larchmt)* 2014 Feb;15(1):64-8.
2. Shweta, Prakash SK, Dental abscess: A microbiological review, *Dent Res J (Isfahan)* 2013 Sep;10(5):585-91.
3. Bahl R, Sandhu S, Singh K, Sahai N, Gupta M, Odontogenic infections: Microbiology and management, *Contemp Clin Dent* 2014 Jul;5(3):307-11.
4. Chi TH, Tsao YH, Yuan CH, Influences of Patient Age on Deep Neck Infection: Clinical Etiology and Treatment Outcome, *Otolaryngol Head Neck Surg* 2014 Jul 18.
5. Ellison SJ, An outcome audit of three day antimicrobial prescribing for the acute dentoalveolar abscess, *Br Dent J* 2011 Dec;211(12):591-4.
6. Osunde OD, Akhiwu BI, Efunkoya AA, Adebola AR, Iyogun CA, Arotiba JT, Management of fascial space infections in a Nigerian teaching hospital: A 4-year review, *Niger Med J* 2012 Jan;53(1):12-5.
7. Robertson D, Smith AJ, The microbiology of the acute dental abscess, *J Med Microbiol* 2009 Feb;58(Pt 2):155-62.
8. Sanchez R, Mirada E, Arias J, Pano JR, Burgueno M, Severe odontogenic infections: epidemiological, microbiological and therapeutic factors, *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011 Aug;16(5):e670-e676.
9. Sobottka I, Wegscheider K, Balzer L, Boger RH, Hallier O, Giersdorf I, et al, Microbiological analysis of a prospective, randomized, double-blind trial comparing moxifloxacin and clindamycin in the treatment of odontogenic infiltrates and abscesses, *Antimicrob Agents Chemother* 2012 May;56(5):2565-9.
10. Akinbami BO, Akadiri O, Gbujie DC, Spread of odontogenic infections in Port Harcourt, Nigeria, *J Oral Maxillofac Surg* 2010 Oct;68(10):2472-7.
11. Markowski J, Dziubdziała W, Wardas P, Piotrowska A, Sowinska-Krzyzanowska I, Gierek T, et al, [Head and neck phlegmons - diagnosis and treatment - own observations], *Otolaryngol Pol* 2012 May;66(3):207-13.

12. Mathew GC, Ranganathan LK, Gandhi S, Jacob ME, Singh I, Solanki M, et al, Odontogenic maxillofacial space infections at a tertiary care center in North India: a five-year retrospective study, *Int J Infect Dis* 2012 Apr;16(4):e296-e302,
13. Walia IS, Borle RM, Mehendiratta D, Yadav AO, Microbiology and antibiotic sensitivity of head and neck space infections of odontogenic origin, *J Maxillofac Oral Surg* 2014 Mar;13(1):16-21.
14. Ahmad N, Abubaker AO, Laskin DM, Steffen D, The financial burden of hospitalization associated with odontogenic infections, *J Oral Maxillofac Surg* 2013 Apr;71(4):656-8.
15. Allareddy V, Kim MK, Kim S, Allareddy V, Gajendrareddy P, Karimbux NY, et al, Hospitalizations primarily attributed to dental conditions in the United States in 2008, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2012 Sep;114(3):333-7.
16. Zhang C, Tang Y, Zheng M, Yang J, Zhu G, Zhou H. et al, Maxillofacial space infection experience in West China: a retrospective study of 212 cases, *Int J Infect Dis* 2010 May;14(5):e414-e417.
17. Goncalves L, Lauriti L, Yamamoto MK, Luz JG, Characteristics and management of patients requiring hospitalization for treatment of odontogenic infections, *J Craniofac Surg* 2013 Sep;24(5):e458-e462,
18. Hwang T, Antoun JS, Lee KH, Features of odontogenic infections in hospitalised and non-hospitalised settings, *Emerg Med J* 2011 Sep;28(9):766-9.
19. Carter LM, Layton S, Cervicofacial infection of dental origin presenting to maxillofacial surgery units in the United Kingdom: a national audit, *Br Dent J* 2009 Jan 24;206(2):73-8.
20. Kim MK, Allareddy V, Nalliah RP, Kim JE, Allareddy V, Burden of facial cellulitis: estimates from the Nationwide Emergency Department Sample, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2012 Sep;114(3):312-7.
21. Shah AC, Leong KK, Lee MK, Allareddy V, Outcomes of hospitalizations attributed to periapical abscess from 2000 to 2008: a longitudinal trend analysis, *J Endod* 2013 Sep;39(9):1104-10.
22. Lietuvos statistikos departamentas, Prieiga per internetą <http://db1.stat.gov.lt/statbank/default.asp?w=1440> (2014, 12-4-0014).
23. Odontologų skaičius pasaulyje, <http://www.quandl.com/health/dentistry-personnel-density-density-per-1000-population-by-country>, 2014, Ref Type: Internet Communication
24. Janulyte V, Puriene A, Petrauskiene J, Peciuliene V, Benzian H, International migration of Lithuanian oral health professionals: a survey of graduates, *Int Dent J* 2011 Aug;61(4):224-30.
25. Zaleckas L., Rasteniene R., Rimkuviene J., Seselgyte R. Retrospective analysis of cellulitis of the floor of the mouth, *Stomatologija*. 2010;12(1):23-7.

INCIDENCE OF ACUTE ODONTOGENIC MAXILLOFACIAL INFECTIONS IN LITHUANIA

R. Rasteniėnė, A. Pūriėnė, J. Aleksejūnienė

Key words: Odontogenic infections, distribution, incidence.

Summary

Despite achievements in Lithuanian health care system and good accessibility to medical service, life threatening infections of odontogenic origin are still prevalent in Lithuania,

Aim of the study: To analyse the prevalence of odontogenic maxillofacial infections and to examine distribution of treatment facilities accepting patients with acute odontogenic infections in Lithuania.

Methods: A five-year (2009-2013) retrospective study included information about all patients treated in outpatient (N=482) or inpatient (N=61) treatment facilities in Lithuania, Adjusted Incidence Ratios of acute odontogenic maxillofacial infections were calculated separately for each type of infection and for each year, and each type of treatment facility.

Results: High annual incidence of acute odontogenic maxillofacial infections, i.e. ~1% of a total population was diagnosed.

Correspondence to: rasteniene.ruta@gmail.com

Gauta 2014-12-04