

Садыев Р.К.

СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ (обзор литературы)

Sadyev R.K.

THE STATE OF ORAL CAVITY ORGANS AND TISSUES IN PATIENTS WITH TUBERCULOSIS (review of literature)

В обзоре приводятся литературные данные о связи заболеваний органов полости рта с различными формами туберкулеза, и обосновывается необходимость разработки рекомендаций по совершенствованию стоматологической помощи больным туберкулезом в Кыргызстане.

Ключевые слова: туберкулез, заболевания полости рта, стоматологическая помощь.

The review presents the literature data regarding the connection of diseases of oral cavity organs with various forms of tuberculosis and substantiates the necessity of developing recommendations pertaining to updating stomatological aid to patients with tuberculosis in Kyrgyzstan.

Key words: tuberculosis, oral cavity diseases, stomatological aid.

Туберкулез – одно из наиболее распространенных инфекционных заболеваний на земном шаре. Медико-социальная значимость проблемы борьбы с туберкулезом и в настоящее время определяется его большой распространенностью и сохраняющейся тенденцией к дальнейшему увеличению числа больных, а также появлением форм заболевания, трудно поддающихся лечению из-за развившейся резистентности возбудителя туберкулеза к противотуберкулезным лекарственным препаратам [Пунга В.В. и соавт., 1997; WHO, 1997; ВОЗ, Женева, 2004; Шилова М.В., Хрулева Т.С., 2005; Руководство по программному ведению лекарственно-устойчивого туберкулеза, ВОЗ, 2007; Алишеров А.Ш. и соавт., 2008].

В 1993 году ВОЗ объявила чрезвычайную ситуацию по туберкулезу во всем мире, которая не отменена по сей день. Хоменко А.Г. и Чуканов В.И. [1999] подчеркивают, что рост заболеваемости туберкулезом идет не только в слаборазвитых, но и в индустриально развитых странах. При этом во многих регионах основной проблемой является распространенность лекарственно-устойчивых форм заболевания [Гольянова К.И. и соавт., 2003].

В Кыргызской Республике эпидемиологическая ситуация по туберкулезу остается неблагоприятной. Наша страна занимает второе место по уровню заболеваемости среди Центральноазиатских республик, входящих в состав СНГ. Самый высокий темп прироста заболеваемости туберкулезом в Кыргызстане отмечался в 1995 - 1996 годах (21,7 и 20,0% соответственно).

Принятие Национальных противотуберкулезных программ («Туберкулез – I» на 1996-2000 годы, «Туберкулез – II» на 2001-2005 годы, «Туберкулез – III» на 2006-2010 годы) и Закона Кыргызской Республики «О защите населения от туберкулеза» (1998 год), внедрение стратегии DOTS обеспечили некоторое снижение уровня заболеваемости и смертности от туберкулеза.

В 2004 году в Кыргызской Республике было зарегистрировано 5756 впервые выявленных больных туберкулезом, в 2008 году – 5333 (в системе ГУИН МЮ КР среди спецконтингента зарегистрировано 731 и 250 случаев соответственно). В 2008 году показатель заболеваемости туберкулезом среди населения в республике по сравнению с 2004 годом уменьшился с 113,6 до 101,6 на 100 тыс. населения (на 10,6%). Заболеваемость туберкулезом с учетом впервые выявленных больных пенитенциарной системы в 2008 году снизилась по сравнению с 2004 годом с 128,1 до 106,3 на 100 тыс. населения (на 17,0%) [Руководство по борьбе с туберкулезом в Кыргызской Республике, 2008].

В 2004-2008 годы оставался высоким показатель заболеваемости туберкулезом в г. Бишкек и Чуйской области. Так, в 2004 году он составлял в г. Бишкек 130,9 на 100 тыс. населения, в Чуйской области - 145,8 на 100 тыс. населения, а в 2008 году 111,6 и 151,3 соответственно [Сб. стат. Материалов РМИЦ МЗ КР, 2007].

Показатель заболеваемости туберкулезом среди детей по республике в 2008 году составил 39,6 на 100 тыс. детского населения против 53,8 в 2004 году, т.е. снизился на 26,4%. При снижении республиканского показателя остается высоким уровень заболеваемости туберкулезом среди детей в г. Бишкек (94,2 на 100 тыс. детского населения 2004 году и 79,0 - в 2008 году), г. Ош (99,7 на 100 тыс. детского населения 2004 году и 51,6 - в 2008 году), Чуйской области. (69,2 на 100 тыс. детского населения 2004 году и 76,6 - в 2008 году). [Галиева Р.Ш. и соавт., 2008; <http://www.24.kg/community/2008/02/04/75645.html>].

В 2008 году по сравнению с 2004 годом в республике снизился и показатель смертности от туберкулеза с 11,2 до 9,2 на 100 тыс. населения (на 17,8%). Анализ контингента умерших от туберкулеза больных выявил, что из общего

числа умерших 75-80% составляли больные хроническими формами туберкулеза; около 10% - больные, не состоящие на учете (БОМЖи, бывшие заключенные и др.); 10-15% - впервые выявленные больные [Сб. стат. Материалов РМИЦ МЗ КР, 2007].

Однако, несмотря на снижение показателя заболеваемости по туберкулезу за последние 3 года, в Кыргызской Республике по критериям ВОЗ он до сих пор превышает эпидемиологический порог - отметку 10,0 случаев на 100 тысяч населения.

В последнее время эпидемиологическая обстановка по туберкулезу вновь ухудшается во многих странах мира. Ситуация в России в 2000 г.: численность впервые выявленных больных туберкулезом по сравнению с 1991 г. увеличилась более чем в 2,5 раза и составляет 90,4 на 100 тыс. населения. [Ерохин В.В., Пунга В.В., 2001; Муслимов С., 2002].

Российские исследователи считают, что во многих регионах России создались условия для увеличения резервуаров туберкулезной инфекции и, в конечном итоге, роста новой популяции микобактерий туберкулеза – устойчивых к противотуберкулезным препаратам [Гветтадзе Н.Ш., 2000; Капков Л.П., 2000; Содиков Ж.С., Стояновский Э.А., 2000].

По мнению Главного фтизиатра России, академика РАМН М. Перельмана, через полгода - год кривые заболеваемости и смертности от туберкулеза опять начнут свой подъем, и если в последнее десятилетие Российской Федерации удалось стабилизировать ситуацию по заболеваемости туберкулезом, то в 2008 году она резко ухудшилась (http://www.euro.who.int/tuberculosis/publications/20071204_1language=Russian).

В 2008 году Европейское региональное бюро ВОЗ приступило к реализации плана «Остановить туберкулез». Его выполнение рассчитано до 2015 года и охватывает 18 стран - Азербайджан, Армению, Беларусь, Болгарию, Грузию, Казахстан, Кыргызстан, Латвию, Литву, Молдову, Россию, Румынию, Таджикистан, Туркменистан, Турцию, Узбекистан, Украину и Эстонию. В целом на реализацию плана потребуется 14,8 млрд. долларов США ([The Global Plan to Stop TB, 2006-2015. Geneva. Stop TB Partnership, 2007](http://www.who.int/global_plan_to_stop_tb)).

Из приведенных выше данных следует, что мировое сообщество в целом и службы здравоохранения каждой отдельной страны огромное внимание уделяют борьбе с туберкулезом. В литературе имеются данные о том, что туберкулез способствует развитию ряда стоматологических заболеваний. В работах многих исследователей отмечено, что при туберкулезе легких наблюдаются высокий процент поражаемости зубов и тканей пародонта, нарушение биоценоза полости рта, существенные

изменения в слизистой оболочке полости рта [Просверяк Г.К. и соавт., 1981; Куракбаев К.К. и соавт., 1985; Авдонина Л.И. и соавт., 1986; Яблоков Д.Д., Галибина А.И., 1990; Зазулевская Л.Я. и соавт., 1999; Тулеуова Д.К. и соавт., 2004 и др.].

У всех больных туберкулезом, независимо от формы заболевания, полость рта, как правило, несанированная, отсутствует должный гигиенический уход. Развитие патологического процесса обусловлено снижением местного иммунитета слизистой оболочки рта под действием процессов, происходящих в организме. При этом ряд авторов особо подчеркивают роль стоматолога в ранней диагностике и лечении туберкулеза [Favia G. et al., 1990; Валиев Р.Ш. и соавт., 2000].

Состояние твердых тканей зубов у больных туберкулезом. Исследователи, изучавшие состояние зубов у больных туберкулезом, отмечают низкий уровень гигиенического состояния полости рта, высокую распространенность и интенсивность кариеса, множественное поражение зубов, острое клиническое течение. У них часто выявляется хроническая одонтогенная инфекция (85,5%), отмечается гиперестезия твердых тканей зубов [Просверяк Г.И., 1980, 1981; Куракбаев К.К. и соавт., 1985; Валиев Р.Ш. и соавт., 2000; Дитятков А.Е. и соавт., 2008].

По данным Рахматуллаева Ф.Т. и соавторов [2000], у больных легочным туберкулезом распространенность поражения зубов кариесом составляет 87,2 % при КПУ 8,2. Авторы отмечают множественное поражение зубов, снижение болевой чувствительности пульпы.

При изучении локализации и интенсивности кариеса зубов у 140 больных костно-суставным туберкулезом от 30 до 65 лет было показано, что индекс КПУ у больных туберкулезом был в 2,6 раза выше относительно контроля. Авторами также установлена связь кариесогенной ситуации с активностью течения туберкулезного процесса [Липунова М.В., Саввиди Г.Л., 2004].

Скребцов Б.А. и соавторы [2005], изучая уровень и характер неспецифических заболеваний полости рта и зубов у больных туберкулезом легких, показали, что распространенность кариеса у них составляет 88,58%, а у пациентов с фиброзно-кавернозной формой заболевания достигает 100%. Распространенность болезней пародонта достигает 80,5%, в меньшей степени выявлялись воспалительные процессы в слизистой оболочке полости рта (в среднем 11,3%) и некариозные заболевания зубов (17,09%).

В поражаемости зубов кариесом у больных туберкулезом важная роль принадлежит несбалансированности питания, недостаточному уходу за полостью рта и постоянной инфицированности полости рта мокротой, низкой

доступности стоматологической помощи ввиду их «самоизолированности».

Состояние пародонтальных тканей у больных туберкулезом. При тяжелых формах туберкулеза в тканях пародонта наблюдаются глубокие изменения, и степень тяжести пародонтита находится в прямой зависимости от давности туберкулезного процесса. Хроническая туберкулезная интоксикация способствует выраженному развитию заболеваний пародонта, скоплению зубных отложений как у взрослых, так и у детей [Рахматуллаев Ф.Т., Адылов К.К., 1988; Рахматуллаева Ф.Т. и соавт., 2000; Стадник У.О., 2001].

Среди больных туберкулезом в большинстве случаев распространены воспалительно-деструктивные заболевания пародонта, где основным резервуаром инфекции по своей анатомо-морфологической структуре является пародонтальный карман [Тулеуова Д.К., 2005]. Отмечены также нарушения микроциркуляции, изменения структуры миелинизированных аксонов ткани десны, которые приводили к нарушению трофики и нервной регуляции в околозубных тканях [Авдоница Л.И. и соавт., 1986].

При изучении биоптатов десны больных туберкулезом выявлены изменения деструктивного и воспалительного характера, которые клинически проявляются гингивитом или периодонтитом [Стадник У.О., 1999]. Результаты исследований, проведенных Д.К. Тулеуовой и соавторами [2004], показали, что наряду с исследованием мокроты, необходимо проводить бактериоскопические исследования содержимого пародонтальных карманов, т.к. чем массивнее было бактериовыделение у больных, тем чаще обнаруживались микобактерии туберкулеза в пародонтальных карманах.

Ортопедические стоматологические вмешательства у больных туберкулезом. По мнению С.А. Зуфарова [1986] малая эффективность зубного протезирования, высокая частота побочного воздействия зубных протезов у больных туберкулезом обусловлены тем, что при оказании ортопедической стоматологической помощи таким больным не учитываются в полной мере особенности состояния полости рта. По данным ряда авторов зубочелюстные аномалии и деформации встречаются у 80,16±1,1% больных туберкулезом и у 70,37±1,57% детей без клинических проявлений туберкулеза, но с положительными туберкулиновыми пробами, что соответственно на 25,2% и на 15,4% больше, чем у здоровых детей [Демнер Л.М., 1981; Зуфаров С.А. и соавт., 2001; Wilkins E.M., 1998].

У больных туберкулезом легких отмечается наиболее выраженная степень деформации зубочелюстной системы, по сравнению с пациентами не больными туберкулезом [Рахматуллаев Ф.Т., 1990]. Согласно данным

Рахматуллаева Ф.Т. и соавторов [2000], одной из наиболее встречающихся причин протезных стоматитов у больных туберкулезом легких являются кандидозы слизистой оболочки протезного ложа. По данным Ф.Т. Рахматуллаева и Ф.А. Шамухамедовой [2005] наиболее распространенными среди зубочелюстных аномалий у больных туберкулезом легких были аномалии прикуса.

Состояние слизистой оболочки полости рта у больных туберкулезом. Развитие патологического процесса у больных туберкулезом приводит к снижению как общей резистентности организма, так и местного иммунитета полости рта, что делает её более ранимой [Сарсенбаева М.З. и соавт., 2005]. У больных с различными формами легочного туберкулеза часто встречаются признаки очагового хронического воспаления в виде отека и набухания слизистой оболочки, диагностируются дистрофические изменения слизистой оболочки полости рта в виде лейкоплакии, заед рта и трещин красной каймы губ, выявляются парестезия слизистой оболочки полости рта, глоссалгия, извращение вкуса [Авдоница Л.И. и соавт., 1993; Валиев Р.Ш. и соавт., 2000].

У значительной части больных туберкулезом наблюдается нарушение секреторной, кислотообразовательной и моторной функции ЖКТ, что и обуславливает у них большую частоту острых и хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта [Мишин В.Ю. и соавт., 2003]. У больных туберкулезом легких наблюдается высокая поражаемость слизистой оболочки полости рта хейлитами (44,1%), кератозами (21,05%), заболеваниями языка (54,12), протезными стоматитами (86,4%) [Рахматуллаев Ф.Т. и соавт., 2000].

Отмечается значительное увеличение количества больных туберкулезом, у которых развиваются различные формы микотической инфекции, чаще всего обусловленной грибами рода *Candida*. Переходу грибов рода *Candida* в организме человека от сапрофитического состояния к паразитическому способствуют как определенные факторы патогенности грибов, так и недостаточность функции общей и местной резистентности организма [Реброва Р.Н., 1989; Богомолова Т.С., Горшкова Г.И., 1991; Хуан Альбина, Ли Райхман, 1999].

Уразгалиевой Н.Т. и соавторами [2003, 2004], у больных туберкулезом на фоне проводимой химиотерапии выявлены качественные изменения микрофлоры полости рта, которые были более выражены у больных, получающих повторные курсы лечения антибактериальными препаратами. Уразгалиевой Н.Т. [2004] в 58,4% случаев у обследованных больных туберкулезом легких был выявлен дисбактериоз слизистой оболочки полости рта, а наиболее часто грибы рода *Candida*

обнаруживались у больных с распространенными формами туберкулеза [Сарсенбаева М.З. и соавт., 2004].

Заключение. Приведенные выше литературные данные позволяют утверждать, что связь заболеваний органов полости рта с различными формами туберкулеза несомненна. В тоже время видно, что далеко не все аспекты болезней полости рта у больных туберкулезом в условиях современного патоморфоза заболевания изучены в достаточной степени. Однако рекомендации по рациональной стоматологической помощи больным туберкулезом в Кыргызстане на сегодня не разработаны. Это указывает на необходимость совершенствования форм и методов оказания стоматологической помощи больным туберкулезом в Кыргызской Республике с обязательным осуществлением мер по первичной профилактике стоматологических заболеваний у этого контингента больных.

Литература:

1. Авдонина Л.И., Хомутовский О.А., Сирота Г.И. Ультроструктурные изменения десны у больных туберкулезом легких // стоматология. – 1986. - №2. – С.16-18.
2. Авдонина Л.И., Гедымина Л.Е., Ерохин В.В. Туберкулезный периодонтит // Проблемы туберкулеза. – 1993. - №2. – С.4-7.
3. Алишеров А.Ш., Токтогонова А.А., Бердников М. Возможность прогнозирования лекарственно-устойчивого туберкулеза в Кыргызской Республике с 2009 по 2013 г. // ЦАМЖ. – 2008. – том XIV, №4. – С. 275-279.
4. Алишеров А.Ш., Сытина Л.И., Мырзалиева Б.Б. и др. Динамика основных эпидемиологических показателей по туберкулезу в Кыргызской Республике в 2005-2007 гг. // ЦАМЖ. – 2008. – том XIV, №4. – С. 271-274.
5. Богомоллова Т.С., Горшкова Г.И. Признаки, характеризующие вирулентность *Candida albicans* // Материалы 2 международного микологического симпозиума. – Ленинград, 1991. – С. 27-37.
6. Валиев Р.Ш., Хитров В.Ю., Горшенина Н.У. Профилактика внутрибольничной туберкулезной инфекции в стоматологических поликлиниках // Большой целевой журнал о туберкулезе. – 2000. - №11-12. – С. 37-41.
7. Галиева Р.Ш., Курманова Н.К., Субанбеков М.Дж. и др. Проблемы туберкулеза у детей в условиях напряженной эпидемиологической ситуации в Кыргызстане // ЦАМЖ. – 2008. – том XIV, №4. – С. 277-278.
8. Гветтадзе Н.Ш. Тенденции динамики эпидемиологической ситуации по туберкулезу на Северном Кавказе // Большой целевой журнал о туберкулезе (БЦЖ). – 2000. - №11-12. – С. 42-44.
9. Гольянова К.И., Жерненко В.В., Малмыгина О.И. и др. Влияние лекарственной устойчивости МБТ на эффективность лечения больных в стационаре // В сб. Материалы 7 Российского съезда фтизиатров. - М., 2003.-С.243.
10. Демнер Л.М. Клиника и лечение зубочелюстных аномалий. – Казань, 1981. – 127с.
11. Дитятков А.Е., Мишин В.Ю., Митронин А.В. и др. Кариес зубов у больных туберкулезом легких // Медицинская сестра. – 2008. - №1. – С. 23-26.
12. Зазулевская Л.Я., Есембаева С.С., Абильдина Г.М. и др. Клинико-морфологические особенности проявлений туберкулеза в полости рта // Экспериментальная и клиническая стоматология (Алма-Ата), 1999.- С.66-69.
13. Зуфаров С.А., Рахматуллаев Ф.Т., Нигматов Р.Н., Зуфаров А.С. Взаимодействие съемного зубного протеза с тканями протезного ложа у больных туберкулезом легких // Стоматология. - , 2001. - №1. – С.21-24.
14. Ерохин В.В., Пунга В.В. Проблемы борьбы с туберкулезом в России // Большой целевой журнал о туберкулезе. - 2001. - №15. – С. 22-24.
15. Капков Л.П. Значение показателей резервуара туберкулезной инфекции в оценке проводимых в России противотуберкулезных мероприятий // Большой целевой журнал о туберкулезе (БЦЖ). – 2000. - №11-12. – С. 10-13.
16. Куракбаев К.К., Штатнова Г.М. Нургужаева Б.Н. Заболеваемость зубов у больных туберкулезом // В сб. «Профилактика и лечение стоматологических заболеваний». – Алма-Ата, 1985. – С.24-27.
17. Липунова М.В., Саввиди Г.Л. Характер локализации и интенсивность кариеса зубов у больных костно-суставным туберкулезом // Стоматология. – 2004. - №4. – С.16-20.
18. Мишин В.Ю., Григорьев Ю.Г., Завражнов С.П. и др. Туберкулез полости рта и костей лицевого черепа. Учебно-методическое пособие для студентов и врачей – стоматологов МГМСУ. – Москва: МГМСУ, 2003. – С.63-65.
19. Муслимов С. Читая между строк, или туберкулез и маркетинг // Медтехника и медизделия. – 2002. - №3. – С.17-19.
20. Просверяк Г.И. Клиника, лечение и профилактика кариеса зубов у больных туберкулезом легких: Автореф. дисс. ...канд. мед наук. – Минск, 1980. – 21с.
21. Просверяк Г.И. Особенности клинического проявления кариеса зубов у больных туберкулезом легких // Проблемы туберкулеза. – 1981. - №1. – С.48.
22. Пунга В.В., Хоменко А.Г., Стоютин М.Б. Медико-социальные аспекты выявления и лечения больных туберкулезом в современных условиях // Проблемы туберкулеза - 1997. - №6 - С.15-17.
23. Рахматуллаев Ф.Т. Состояние зубных рядов и нуждемости в зубном протезировании больных туберкулезом легких. / Теория и практика стоматологии. – Ташкент, 1990. – С. 114.
24. Рахматуллаев Ф.Т., Адылов К.К. Состояние полости рта у больных с впервые выявленным туберкулезом легких // Сб. научных трудов «Клиническая стоматология». – Ташкент, 1988. - С. 72-76.
25. Рахматуллаев Ф.Т., Ирсалиев Х.И., Нигматов Р.Н., Холманов Б.А. Особенности изменения тканей протезного ложа у больных туберкулезом легких // STOMATOLOGIA. – 2000. - №2. – С.41-43.
26. Рахматуллаев Ф.Т., Шамухамедова Ф.А. Состояние зубов и прикуса у больных туберкулезом легких // Стоматология. – 2005. - №3-4. – С. 29-30.

27. Реброва Р.Н. Грибы рода *Candida* при заболеваниях негрибковой этиологии. – М.: Медицина, 1989. – 123с.
28. Руководство по программному ведению лекарственно-устойчивого туберкулеза / Под ред. Рич М., Цигельски П., Джарамилло Э., Ламбертс К. – ВОЗ, Женева, 2007. – С.223.
29. Руководство по борьбе с туберкулезом в Кыргызской Республике / Под ред. проф. Алишерова А.Ш. – Бишкек, 2008. – 380с.
30. Садилов Ж.С. Клинико-функциональное состояние полости рта у больных туберкулезом легких // Медицинский журнал Узбекистана. – 1975. - №1. – С. 44-47.
31. Сарсенбаева М.З., Уразгалиева Н.Т., Тулеуова Д.К., Абеуова Б.А. Частота выделения грибов рода *Candida* в ассоциации с аэробной микрофлорой у больных туберкулезом // Сб. материалов I конгресса фтизиатров Казахстана. – Алматы, 2004. – С. 280-284.
32. Сарсенбаева М.З., Уразгалиева Н.Т., Гуннер А.П. Оценка неспецифической резистентности слизистой оболочки полости рта у больных туберкулезом // Здоровье и болезнь. – 2005. - №4. – С. 57-58.
33. Сборник статистических материалов РМИЦ МЗ КР «Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 2005 году». – Бишкек, 2007. – С.287.
34. Скребцов Б.А., Альжанов А.А., Ботбайбекова М.К. Заболевания полости рта и зубов у взрослых, больных туберкулезом легких // Dentist Казахстана. – 2005. - №2. – С. 19-21.
35. Содиков Э.С., Стояновский Э.А. Полирезистентность микобактерий туберкулеза и её эпидемиологическая опасность // Вестник Ассоциации пульмонологов Центральной Азии. – 2000. - №1-4. – С.55-57.
36. Стадник У.О. Ультроструктурные изменения слизистой оболочки десен у детей при туберкулезе // Вестник стоматологии. – 1999. - № 2. – С. 38-40.
37. Стадник У.О. Особенности клинического хода и лечение заболеваний пародонта на фоне первичного туберкулеза у детей: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.21. - Львов, 2001. - 19 с.
38. Туберкулез. Выявление, лечение и мониторинг по К. Томену. Вопросы и ответы. - ВОЗ, Женева, 2004. – С. 27-64.
39. Тулеуова Д.К. Антибактериальные пленки с содержанием абактала в комплексном лечении заболеваний пародонта у больных туберкулезом легких // Dentist Казахстана. – 2005. - №2 (21). – С. 71-73.
40. Тулеуова Д.К., Копбаева М.Т., Белова Е.С. и др. Особенности течения генерализованного пародонтита у больных туберкулезом легких // Сб. материалов I конгресса фтизиатров Казахстана. – Алматы, 2004. – С. 195-197.
41. Уразгалиева Н.Т. Дисбактериоз слизистой оболочки полости рта // Сб. материалов научно-практической конференции «Стоматология Астаны: вчера, сегодня, завтра. Развитие стоматологической помощи в г. Астане и внедрение новых технологий» – Астана, 2004. – С. 164-165.
42. Уразгалиева Н.Т., Жусупова Р.Ж., Исакова А.Ш. Изменение состава микрофлоры полости рта у больных туберкулезом легких // В сб. материалов Конгресса (III съезда) стоматологов Казахстана. – Алматы, 2003. – С.430-432.
43. Уразгалиева Н.Т., Сарсенбаева М.З. Видовая характеристика грибов рода *Candida*, высеваемых из слизистой оболочки ротовой полости у больных туберкулезом // Проблемы стоматологии. – 2004. - №4(26). – С. 34-36.
44. Хоменко А.Г., Чуканов В.И. Туберкулез возвращается // Медицина и жизнь. – 1999. - №1. – С. 14-21.
45. Хуан Альбина, Ли Райхман Лечение туберкулеза // Большой целевой журнал о туберкулезе. – 1999. - №5. – С.1-7.
46. Шилова М.В., Хрулева Т.С. Эффективность лечения больных туберкулезом на современном этапе // Проблемы туберкулеза. – 2005. - №3. – С3-11.
47. Яблоков Д.Д., Галибина А.И. Туберкулез легких в сочетании с внутренними болезнями. – Томск, 1990. – С.121.
48. Favia G., Chiaravalle G., Lacaíta V.G. et al. // La tubercolosi oro-faciale. Analisi generale ed anatomoclinica di 35 casi // Minerva Stomatol. – 1990. – Vol.39, №4. – P. 261-266/
49. http://www.euro.who.int/tuberculosis/publications/20071204_1language=Russian
50. http://www.euro.who.int/tuberculosis/publications/20071204_1language=Russian
51. [The Global Plan to Stop TB, 2006-2015. Geneva, Stop TB Partnership, 2007.](#)
52. Wilkins E.M. Clinical practice of the Dental Hygienist ed Philadelphia, Pa: Lea and Febiger, 1998. – P. 326-327.
53. World Health Organization. Global tuberculosis control. - Geneva: WHO, 1997. - 66p.