

ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПЕРЕЛОМАМИ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Ризаев Ж.А.¹, Агзамова С.С.², Мадалов Н.И.³

1. Доктор медицинских наук, Ректор Самаркандского медицинского университета, dr.jasur@gmail.com, +998(98)3008368, <https://orcid.org/0000-0001-5468-9403>
2. Доктор медицинских наук, доцент кафедры Офтальмологии, Ташкентский государственный медицинский университет, Национальный медицинский центр, sara2408@yandex.ru, +998(90)9501315, <https://orcid.org/0000-0003-3829-7762>
3. Офтальмохирург, Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического центра микрохирургии глаза, Drnajimiddinmadalov@gmail.com, +998 97 397 68 16

Аннотация. Актуальность. Своевременное оказание необходимой экстренной помощи является профилактикой ухудшения состояния зрительных функций, влияет на лечение и реабилитацию пациента, срок временной утраты трудоспособности, уменьшает инвалидность и слепоту, расходы на лечение и профилактику осложнений как пациента, так и государства. **Цель исследования.** Оценка организации медицинской помощи взрослому населению при травмах органа зрения на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи. **Материалы и методы.** Нами были использованы данные выкопировки сведений из 1654 медицинской документации, из которых 1280 пациентов проходившие стационарное лечение в отделении ЧЛХ Ташкентского государственного стоматологического института с повреждениями средней зоны лица (СЗЛ) в период с 2010 по 2019 года. **Результаты исследования.** Пострадавшим помощь до приезда скорой медицинской помощи (СМП) практически не оказывалась. Основными причинами неготовности населения оказать первую помощь констатированы отсутствие знаний и навыков оказания первой помощи – 81,2%, страх навредить пострадавшему – 66,7%, страх юридической ответственности – 62,7%. **Заключение.** Своевременное оказание необходимой экстренной помощи является профилактикой ухудшения состояния и влияет на лечение и реабилитацию пациента, срок временной утраты трудоспособности, уменьшает инвалидность, расходы на лечение и профилактику осложнений.

Ключевые слова: средняя зона лица, травма органа зрения, медицинская помощь

Для цитирования:

Ризаев Ж.А., Агзамова С.С., Мадалов Н.И. Оценка организации медицинской помощи пациентам с переломами средней зоны лица на догоспитальном этапе. Передовая офтальмология. 2026;16 (1):46-51.

ЮЗ ЎРТА СОҲАСИ СЕНИШЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРГА КАСАЛҲОНАГАЧА БЎЛГАН БОСҚИЧДА КЎРСАТИЛАДИГАН ТИББИЙ ЁРДАМНИ ТАШКИЛ ЭТИШНИ БАҲОЛАШ

Ризаев Ж.А.¹, Агзамова С.С.², Мадалов Н.И.³

1. Тиббиёт фанлари доктори, профессор, Самарқанд давлат тиббиёт университети ректори, dr.jasur@gmail.com, +998(98)3008368, <https://orcid.org/0000-0001-5468-9403>
2. Тиббиёт фанлари доктори, Офтальмология кафедраси доценти, Тошкент давлат тиббиёт университети, Миллий тиббиёт маркази, sara2408@yandex.ru, +998(90)9501315, <https://orcid.org/0000-0003-3829-7762>
3. Офтальможарроҳ, Республика ихтисослаштирилган кўз микрохирургия илмий амалий тиббиёт маркази Самарқанд филиали, Drnajimiddinmadalov@gmail.com, +998(97)3976816

Аннотация. Долзарблиги. Зарур бўлган шошилиш тиббий ёрдамни ўз вақтида кўрсатиш кўриш функциялари ёмонлашишини олдини олади, беморни даволаш ва реабилитациясига таъсир кўрсатади, меҳнат қобилиятининг вақтинчалик йўқотиш муддатини қисқартиради, ногиронлик ва кўрлик ҳолатларини камайтиради, шунингдек, бемор ва давлат учун даволаш ҳамда асоратларнинг олдини олишга кетадиган харажатларни қисқартиради. **Тадқиқот мақсади.** Кўрув аъзоси жароҳатларида катта ёшдаги аҳолига касалҳонагача а бўлган босқичда кўрсатиладиган тиббий ёрдамни ташкил этишни баҳолаш. **Материал ва усуллар.** Тадқиқотимизда 2010–2019 йиллар давомида Тошкент давлат стоматология институтининг юз-жағ жароҳлиги бўлимида стационар даволанган 1654 нафар беморнинг тиббий ҳужжатларининг маълумотлари кўчириб олинди, шулардан 1280 нафари юз ўрта соҳаси шика-

стланишлари билан стационар даволанган. **Натижа ва хулосалар.** Жабрланганларга тез тиббий ёрдам (ТТЁ) етиб келгунга қадар деярли ёрдам кўрсатилмаган. Аҳолининг биринчи ёрдам кўрсатишга тайёр эмаслигининг асосий сабаблари сифатида биринчи ёрдам кўрсатиш бўйича билим ва кўникмаларнинг етишмаслиги – 81,2%, жабрланувчига зарар етказиб қўйишдан қўрқиш – 66,7%, ҳамда ҳуқуқий жавобгарликдан қўрқиш – 62,7% эканлиги аниқланди.

Калит сўзлар: юз ўрта соҳаси, кўрув аъзоси жароҳатлари, тиббий ёрдам

Иқтибос учун:

Ризаев Ж.А., Агзамова С.С., Мадалов Н.И. Юз ўрта соҳаси синишлари бўлган беморларга касалхонагача бўлган босқичда кўрсатиладиган тиббий ёрдамни ташкил этишни баҳолаш. Илғор офталмология. 2026; 16 (1):46-51.

ASSESSMENT OF THE ORGANIZATION OF MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH MIDFACIAL FRACTURES AT THE PREHOSPITAL STAGE

Rizaev Zh.A.¹, Agzamova S.S.², Madalov N.I.³

1. DSc, professor, Rector of Samarkand State Medical University, dr.jasur@gmail.com, +998(98)3008368, <https://orcid.org/0000-0001-5468-9403>

2. DSc, Associate Professor of the Department of Ophthalmology, Tashkent State Medical University, National Medical Center, sara2408@yandex.ru, +998(90)9501315, <https://orcid.org/0000-0003-3829-7762>

3. Ophthalmic surgeon, Samarkand branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Center for Eye Microsurgery, Dnajibiddinmadalov@gmail.com

Annotation. Relevance. Timely provision of necessary emergency care prevents deterioration of visual functions, affects the treatment and rehabilitation of the patient, the duration of temporary loss of ability to work, reduces disability and blindness, and reduces the costs of treatment and prevention of complications for both the patient and the state.

Purpose of the study. Assessment of the organization of medical care for the adult population with eye injuries at the pre-hospital stage of medical care. **Material and methods.** We used data extracted from 1,654 medical records, of which 1,280 patients underwent inpatient treatment in the maxillofacial surgery department of the Tashkent State Dental Institute with midface injuries from 2010 to 2019. **Results and conclusion.** Victims received virtually no assistance before the arrival of emergency medical services. The main reasons cited for the population's reluctance to provide first aid were a lack of knowledge and skills (81.2%), fear of harming the victim (66.7%), and fear of legal liability (62.7%).

Key words: midface, eye injury, medical care

For citation:

Rizaev Zh.A., Agzamova S.S., Madalov N.I. Assessment of the organization of medical care for patients with midfacial fractures at the prehospital stage. Advanced Ophthalmology. 2026;16 (1):46-51.

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире регистрируется приблизительно 55 миллионов случаев травмы органа зрения. Бытовые травматические повреждения орбиты достигают 62,8% от всего количества, на втором месте находятся криминальные травмы – 21,7%, потом производственные – 15,5% [4].

Травмы глаза и структур орбиты достигают пятой части всей патологии глаз, которые вызывают слепоту и снижение зрения у детей и взрослых. Половина случаев повреждения глаза оканчивается слепотой одного глаза, и пятая часть – обоих глаз. В статистике общего травматизма частота травм глаза у взрослых составляет 2-15% [4], а удельный вес травм глаз в общей патологии глаз достигает 20% [12].

Травмы органа зрения в современной эпидемиологии находятся на третьем месте их всей стационарной глазной патологии [Еременко А.И., Каленич Л.А., 2002]. Ежегодно на 10000 человек четверых госпитализируют с травмами глаза [7].

Госпитализации подлежат 5% пациентов кабинета экстренной офтальмологической помощи [Выдров А.С. 2014] [3].

По данным С.С. Агзамовой (2022) общая инвалидность вследствие закрытых травм органа зрения (ЗТОЗ) в Узбекистане за период 2010-2019 гг. увеличилась в 1,1 раз и на 2019 год составила 1047 на 100 тысяч взрослого населения. Первичная инвалидность вследствие ЗТОЗ за этот период также увеличилась в 2 раза и на 2019 год составила 127 на 100 тысяч взрослого населения [1,2]. Своевременное оказание необходимой экстренной помощи является профилактикой ухудшения состояния зрительных функций, влияет на лечение и реабилитацию пациента, срок временной утраты трудоспособности, уменьшает инвалидность и слепоту, расходы на лечение и профилактику осложнений [6,8,9] как пациента, так и государства.

Своевременность диагностики и лечения этих пациентов общепризнана одним из

главных составляющих, предопределяющих исход травмы и эффективность реабилитации. 70,2-75,3% пациентов с травмами органа зрения (ТОЗ) обращаются в кабинет экстренной офтальмологии в первые сутки, из них 59,8% в первые 6 часов [7]. Однако в диагностике повреждений при ЗТОЗ встречаются до 60% диагностических и тактических ошибок (Коновалова Н.А., 2000). Поэтому лечение ТОЗ при травмах лицевого скелета следует проводить в консилиуме нейрохирурга, невропатолога и офтальмолога (Ю.А. Медведев, 1992) [11].

При массовых бедствиях преобладающая тяжелая сочетанная травма и угроза жизни пациента делает второстепенной офтальмологическую помощь, поэтому поражения глаз диагностируются запоздало, что уменьшает эффективность лечения и реабилитации, повышая инвалидность по зрению [10,16].

Более 70% пострадавших с травмами глаза – работающие люди трудоспособного возраста. Каждый пятый пациент с ТОЗ после лечения имеет остроту зрения ниже 0,05, а 5% проводят энуклеацию [13]. 76-80% инвалидов травмировали глаз на производстве в молодом трудоспособном возрасте. В производственных травмах ТОЗ занимают 5-е место и занимают 95%, что непропорционально много, при той небольшой поверхности глазных яблок относительно общей поверхности тела (0,15%) [1].

Однозначно необходим алгоритм совместных действий врачей общей практики (ВОП) и офтальмологов, умение ВОП оказывать элементарные методы первой помощи при травмах глаз, знание и понимание психического статуса пациента, потерявшего зрение, владение мерами профилактики [5,15].

Целью настоящего исследования явилась оценка организации медицинской помощи взрослому населению при травмах органа зрения на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи.

Материалы и методы исследования. В основу исследования положен анализ данных медицинской документации пациентов с ЗТОЗ, находившихся на лечении в амбулаторных и стационарных офтальмологических подразделениях. Использовались клиничко-статистический, аналитический и выкопировочный методы исследования. Оценивались сроки обращения за медицинской помощью, объем и этапность оказания медицинских услуг, применяемые диагностические и лечебные мероприятия, а также частота развития осложнений. Дополнительно анализировались нормативно-правовые документы, регламентирующие порядок оказания медицинской помощи пациентам с травмами органа зрения.

Для проведения ретроспективного анализа нами были использованы данные выкопировки

сведений из 1654 медицинской документации, из которых 1280 пациентов проходившие стационарное лечение в отделении ЧЛХ Ташкентского государственного стоматологического института с повреждениями средней зоны лица (СЗЛ) в период с 2010 по 2019 года. Возраст пациентов варьировался между 18 и 60 годами, средний возраст составил $35 \pm 5,1$ лет, основную массу пациентов с переломами СЗЛ составляют мужчины 83,2% и только 16,8% женщин. Для идентификации заболевания нами использована классификация Рыбальченко Г.Н., предложенная ВОЗ (2009), т.к. орган зрения входит в состав средней зоны лица [14].

Клиническая классификация Рыбальченко Г.Н. соответствует диагностическим критериям МКБ – 10 и представляет [14]: группу А - переломы средней зоны лица и группу В - переломы верхней челюсти.

Результаты исследования. Анализ структуры ТОЗ показал, что наибольшую долю составляют бытовые травмы, преимущественно механического характера. Пострадавшим помощь до приезда скорой медицинской помощи (СМП) практически не оказывалась. Она имела место в 9,1% случаях, ее оказывали сотрудники милиции на месте аварии, другие водители – в 43,5%. пассажиры – в 21,0%, прохожие – 14,0% случаев. Основными причинами неготовности населения оказать первую помощь констатированы отсутствие знаний и навыков оказания первой помощи – 81,2%, страх навредить пострадавшему – 66,7%, страх юридической ответственности – 62,7%. Чаще всего вызвавшие СМП – это участники происшествия – в 45,7%, очевидцы – в 20,2% случаев, родственники дома в 15,4%, остальные вызовы осуществляют представители милиции.

В более чем половине случаев первичная врачебная помощь осуществляется сотрудниками СМП. При изучении анамнестических данных историй болезней пациентов, доставленных бригадами СМП в приемное отделение клиники Ташкентского государственного стоматологического института в 2017 г, была выявлена цель вызова бригады СМП. Главными причинами звонка и вызова СМП констатированы:

1. В 44,2% случаях плохое самочувствие пострадавшего, потеря сознания, кровотечение, нестерпимая боль, затрудненное дыхание и т.п.
2. В 26,1% случаев - не знают, где находится нужное медицинское учреждение.
3. В 22,3% случаях ответы сводятся к тому, что со скорой помощью проблем при госпитализации не будет.
4. В 7,4% случаев – СМП вызвали сотрудники милиции с целью проведения освидетельствования.

Таблица 1. Тяжесть травматических повреждений СЗЛ в зависимости от места ее получения

Место получения травмы	Степень тяжести повреждений			Итого
	легкая	средняя	тяжелая	
Помещение	63,7	25,5	10,8	100
Улица	43,6	35,7	20,7	100
ДТП	38,6	30,1	31,3	100
Производство	17,8	34,2	48,0	100

Таким образом, в результате полученных данных можно сделать вывод, что в 55,8% вызовов СМП нет экстренной необходимости.

По этиологическому фактору возникновения переломов преобладали бытовые травмы (n=1335-95%), из них: травмы в результате нападения (n=803-56,9%), реже причинами являлись дорожно-транспортные происшествия (n=327-23,2%), падение (n=117-8,3%) и спортивная травма (n=88-6,2%). При дорожно-транспортных происшествиях, а также при нападении, у пациентов преобладали множественные и сочетанные повреждения костей челюстно-лицевой области, а также придаточного аппарата глаза.

Тяжесть общего состояния пострадавшего зависит от места получения травмы, самые тяжелые травмы средней зоны лица фиксируются после ДТП и на производстве (Табл. 1).

При изучении организации медицинской помощи при травме органа зрения принципиальный интерес имеет определение лиц/учреждений, которые оказывают первую помощь. Нами проведен ретроспективный анализ, и полученные данные нашли отражение в диаграмме (рис. 1).

зрения для снижения вероятности осложнений и инвалидизации пациентов.

Необходимо отметить весьма низкие показатели оказания первой помощи со стороны службы СМП (5%). Одной из причин этого является низкий уровень подготовленности врачей СМП правилам оказания медицинской помощи при офтальмотравматологической патологии, что ведет к большему проценту перенаправлений пациентов на более высокие уровни оказания помощи. Это, в свою очередь, приводит к отсрочке лечебных мероприятий и отрицательно сказывается на показателях осложненного течения ТОЗ и последующей инвалидизации пациентов.

Таким образом, нужные лечебно-диагностические мероприятия проведены в 6,3% случаев, а в остальных случаях – в недостаточном объеме. Отмечено, что 83,9% нуждающимся их не проводили по причине отсутствия оснащения и на наш взгляд низкой квалификации врачей, в 91,6% случаях не проведена необходимая профилактика столбняка, в 36,8% случаев констатировали неадекватность мер остановки кровотечения.

Медицинскую помощь сотрудников СМП

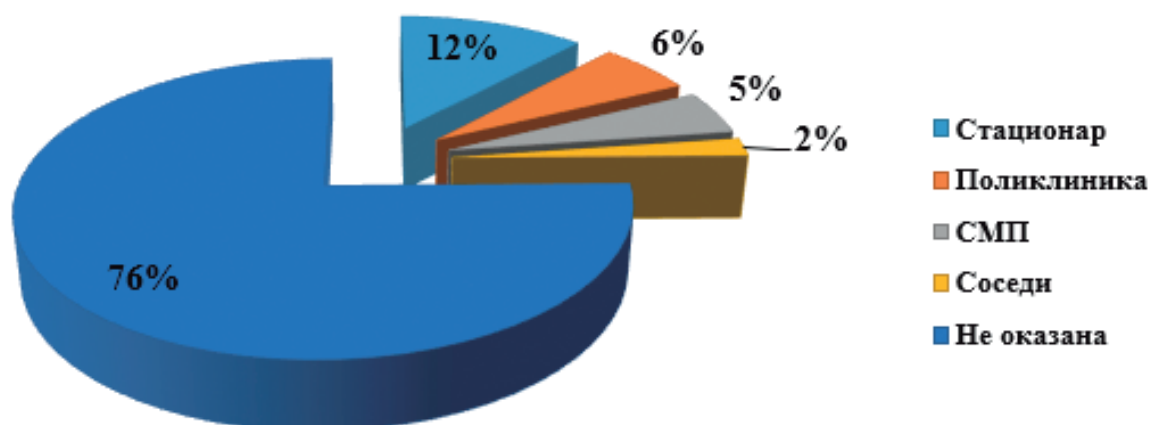


Рис.1. Оказание первой медицинской помощи на догоспитальном этапе

Из данных диаграммы видно, что в подавляющем большинстве случаев (76%) первая медицинская помощь оказана не была.

Таким образом, необходимы положения организации первой помощи при травмах органа

зрения, 89,5% пациентов считали не удовлетворительной, 8,7% – удовлетворительную и 1,6% – хорошую работу.

Анализ отрицательных отзывов о деятельности СМП продемонстрировал:

- 20% отметили длительное ожидание СМП
- 48% отметили конфликт с сотрудниками СМП по поводу отказа СМП доставить пациента в медицинское учреждение
- 32% отметили отсутствие у бригад СМП перевязочных и медикаментозных средств для оказания необходимой помощи.

Из медицинской документации выявлено, что 75% врачей и 94% фельдшеров осознают недостаточность собственных знаний в диагностике переломов средней зоны лица и травм орбиты, 37% врачей не знают классификацию переломов средней зоны лица и верхней челюсти, контузий органа зрения, остальные знают классификацию по Le-Fort. Изъявили желание пополнить свои знания на циклах повышения квалификации без отрыва от производства 83,1% сотрудников.

Важным показателем организации медицинской помощи в приемном отделении считается время проведения диагностики перед госпитализацией в профильное отделение [1].

Максимальное поступление больных с травмами происходит с 00 до 06 часов – 39,5% суточных поступлений, минимум поступающих с 06 до 12 утра – 19% (смотрите Рисунок 2). Констатированы достоверные различия по времени поступления пациентов А и В групп. Максимум поступлений с переломами средней зоны лица констатировано с 18 до 24 часов, а 31,0% переломов верхней челюсти констатируют в ночной период дежурства.

Сложность диагностики травм СЗЛ, ограничение по времени и числу методов исследований, потребность в быстром решении, загруженность врача вызывают диагностические ошибки

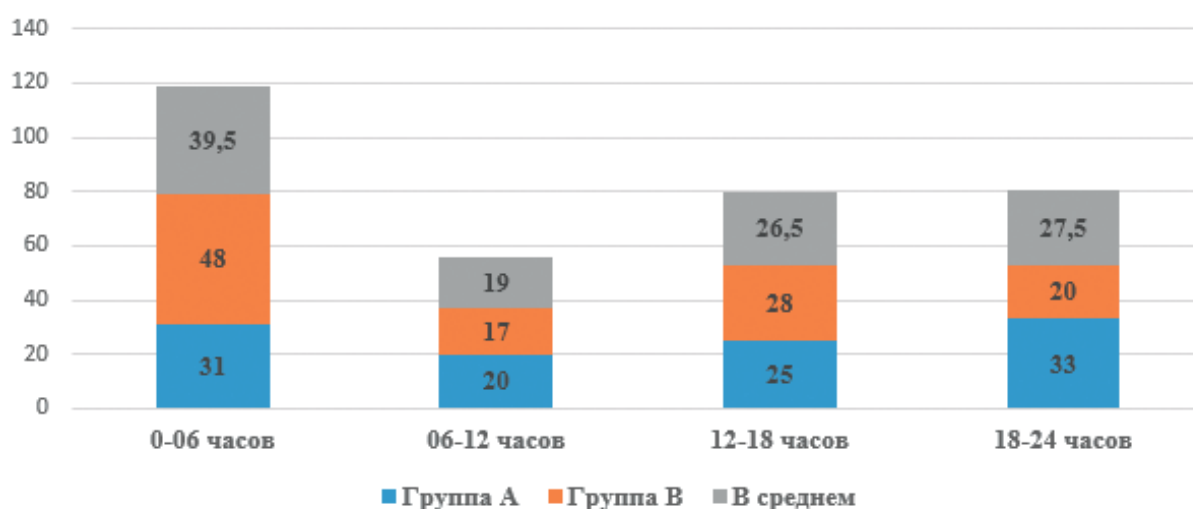


Рис 2. Время поступления пациентов с травматическими повреждениями костей СЗЛ в течение суток.

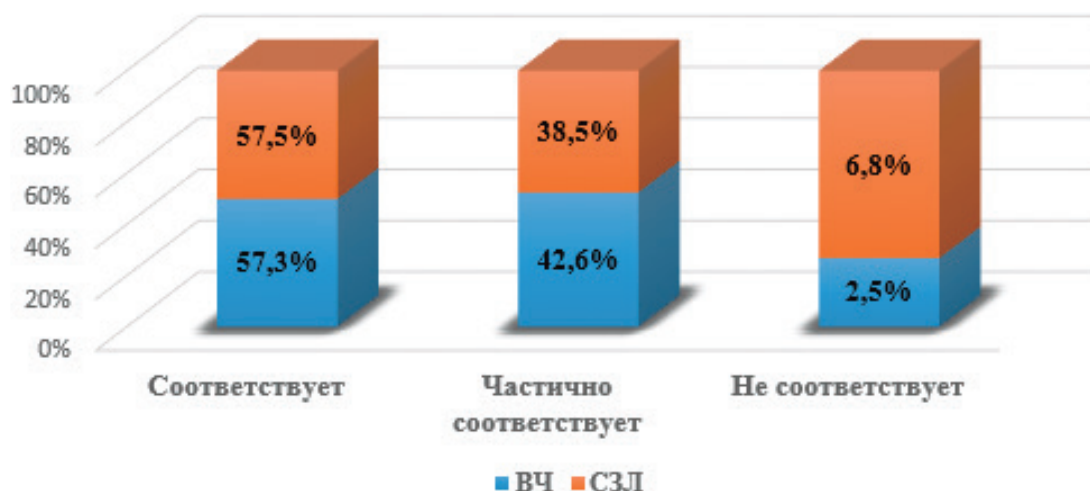


Рис. 3. Несоответствие диагнозов приемного отделения и клинического в группе пациентов с переломами СЗЛ.

и несоответствие диагнозов при поступлении и клинического. По ретроспективному анализу в 57,3% расхождений не было в группе В и в 57,5% в А группе, частично соответствовали 42,6% и 38,5% соответственно – т.е. констатированы неточности локализации переломов, не указаны все переломы костей лицевого скелета, сопутствующая патология и др.; в 9,3% случаев были допущены диагностические ошибки в диагнозе врачом приемного отделения.

В 2,5% случаев в группе В и 6,8% А группы комплекса диагноз полностью не соответствовал клиническому (смотрите Рисунок 3.).

Заключение. Своевременное оказание необходимой экстренной помощи является

профилактикой ухудшения состояния и влияет на лечение и реабилитацию пациента, срок временной утраты трудоспособности, уменьшает инвалидность, расходы на лечение и профилактику осложнений.

Роль СМП в оказании первой медицинской помощи больным крайне мала. Сложность диагностики и многообразие симптоматики переломов средней зоны лица, недостаток времени для диагностики и сбора анамнеза приводят к неверному диагнозу, а значит и позднему обращению в профильные клиники и отделения.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Агзамова С.С. Системный подход к диагностике, тактике ведения и профилактике осложнений при сочетанных скулоорбитальных травмах. // Автореф. дис. доктора мед. наук. – Т., 2022. – 62 с.
2. Агзамова С.С., Янгиева Н.Р., Туйчибаева Д.М., Аббасханова Н.Х. Состояние и динамика инвалидности вследствие закрытых травм органа зрения среди взрослого населения республики Узбекистан. «Офтальмология. Восточная Европа». 2025;15(1):53-59. [Agzamova S.S., Yangieva N.R., Tuychibaeva D.M., Abbaskhanova N.Kh. The state and dynamics of disability due to closed eye injuries among the adult population of the Republic of Uzbekistan. «Ophthalmology. Eastern Europe». 2025;15(1):53-59.] <https://doi.org/10.34883/PI.2025.15.1.017>
3. Выдров А.С. Офтальмопатология в Амурской обл.: структура, длительная динамика, инвалидность. // Автореф. дис. канд-та мед. наук. – М., 2014. – 28 с.
4. Гундорова Р.А., Нероев В.В., Кашников В.В. Травмы глаза. Второе издание Москва издательская группа «ГЭОТАР-Медиа» 2014. С.503.
5. Даниличев, В.Ф. Повреждения глазницы / В.Ф. Даниличев. – Санкт-Петербург: ПИТЕР, 2009. – 480 с
6. Дежурный Л.И., Халмуратов А.М., Лысенко К.И. Факторы, определяющие оказание первой помощи пострадавшим в ДТП водителями транспортных средств. Проблемы управления здравоохранением. 2009;1:81-85. [Dezhurny L.I., Khalmuratov A.M., Lysenko K.I. Factors determining the provision of first aid to drivers injured in road accidents // Problems of Healthcare Management. 2009;1:81-85].
7. Ермолаев В.Г., Ермолаев А.В., Бытовой травматизм органа зрения у городского населения. Оказание первой и специализированной помощи при травмах органа зрения в экстремальных ситуациях и катастрофах: науч.-практ. конф. М., 2006: 8-10.
8. Комаров Б.Д. Организация догоспитального лечения пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях / Б.Д. Комаров, П.А. Елкин, Р.М. Чувашов. Ортопедия, травматология и протезирование. 2006;1:3-9. [Komarov B.D. Organization of pre-hospital treatment of victims of road accidents / B.D. Komarov, P.A. Elkin, R.M. Chuvashov. Orthopedics, traumatology and prosthetics. 2006;1:3-9.]
9. Лебедев Э.Д. Догоспитальный этап медицинской помощи пострадавшим с черепно-мозговой травмой. Здравоохранение Башкортостана. 2000;2:100-101. [Lebedev E.D. Prehospital medical care for victims with traumatic brain injury. Healthcare of Bashkortostan. 2000;2:100-101.]
10. Лепилин А.В. Клинико-статистический анализ травматических повреждений челюстно-лицевой области и их осложнений по материалам работы отделения челюстно-лицевой хирургии за 2008–2012 годы. Саратовский научно-медицинский журнал. 2013;9(3):425–428. [Lepilin A.V. Clinical and statistical analysis of traumatic injuries of the maxillofacial region and their complications based on the work of the maxillofacial surgery department for 2008–2012. Saratov Scientific Medical Journal. 2013;9(3):425–428.]
11. Медведев Ю. А., Шаманаева Л.С. Применение имплантатов из тканевого никелида титана для реконструкции нижней стенки глазницы. Стоматология. 2014; 93(3):35-38. [Medvedev Yu. A., Shamanaeva L. S. Use of tissue nickel-titanium implants for reconstruction of the inferior wall of the orbit. Dentistry. 2014; 93(3):35-38]
12. Мошетова Л.К. Травма орбиты: судебно-медицинская оценка ее исходов. Неотложная медицинская помощь. 2016;1: 30-32. [Moshetova L.K. Orbital trauma: forensic medical assessment of its outcomes. Emergency medical care. 2016;1: 30-32.]
13. Никаноров, Ю.А. Новая классификация переломов костей средней зоны лицевого черепа / Ю.А. Никаноров, И.Н. Матрос-Таранец, Д.К. Калиновский [и др.]. Травма. 2004;5(4): 470-473. [Nikanorov, Yu. A. New classification of fractures of the bones of the middle zone of the facial skull / Yu. A. Nikanorov, I. N. Matros-Taranets, D. K. Kalinovskiy [et al.]. Trauma. 2004;5(4): 470-473]
14. Рыбальченко Г.Н. Клиническая характеристика, диагностика и лечение больных с травмой средней зоны лицевого черепа// дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21/ - М. - 2000. – 132 с.
15. Сандоваль Р.Х. Оптимизация алгоритма медицинской реабилитации больных с переломами скуло-орбитального комплекса: Дис. ...канд. мед. наук. – Москва 2010. – 132 с.
16. Федорова С.В. Ретроспективный анализ клиники, диагностики и лечения больных с посттравматическими дефектами и деформациями нижнего края и дна глазницы// дис. ... канд. мед наук: 14.00.21/ - М. – 2004. – 152 с.