

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИМУЛЬТАНТНЫХ ОПЕРАЦИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ДАКРИОЦИСТИТА В СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУР

¹ШАМСИДИНОВ Б.Н., ²ШОДИЕВ Н.Ш., ³КУРБАНОВА Ф.И.

¹Кафедра оториноларингологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²Международная клиника «Ибн Сино»

³ГУ «Городской центр здоровья №7» УЗ г. Душанбе

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения хронического дакриоцистита в сочетании с различной патологией полости носа методом симультантной хирургии.

Материал и методы. Обследованы 17 больных (25 глаз) с хроническим дакриоциститом в сочетании с различной патологией полости носа и околоносовых пазух. Возраст больных - от 19 лет до 51 года, средний возраст $38 \pm 2,5$. Сопутствующая патология полости носа и околоносовых пазух: искривление носовой перегородки - 6, гипертрофия средних носовых раковин - 4, сочетание искривления носовой перегородки с гипертрофией средней носовой раковины - 3. На рентгенографии околоносовых пазух у 11 больных обнаружено затемнение верхнечелюстных и решетчатых пазух различной интенсивности.

Результаты. Всем больным с деформацией носовой перегородки и гипертрофией носовых раковин оперативное вмешательство начато с их устранения в виде септопластики, конхотомии или латеропозиции средних носовых раковин. Вмешательство на слезоотводящих канальцах начато после предварительной анемизации 0,1% адреналином под контролем эндоскопа KarlStors 0 и 30°. Операция проведена по методике, предложенной авторами исследования. С целью предупреждения развития синехий перегородки носа с латеральной стенки с обеих сторон в полости носа вводили пленки и закрепляли их сквозными швами на перегородку сроком до 10 дней. В области сформированной дакриоцисториностомы и в полость носа вставляли рыхлые мазевые тампоны, которые удаляли через 1-2 суток.

В послеоперационном периоде назначали системную антибактериальную терапию в течение 5-7 дней, антигистаминные препараты, носовые и глазные капли с содержанием антибиотиков, кортикостероидов и ежедневный туалет полости носа в течение 7-10 дней. Стенты удаляли через 3 месяца. У 1 больного через год отмечен рецидив, ему проведена повторная операция.

Заключение. Тщательная предоперационная подготовка, проведение сочетанных симультантных операций, предупреждающих развитие синехий, с применением современных технологий и хороший послеоперационный уход являются основными факторами эффективности лечения данной патологии.

Ключевые слова: хронический дакриоцистит, дакриоцисториностомия, симультантные операции, синехии, внутриносовые структуры

EFFICIENCY OF SIMULTANEOUS OPERATIONS OF CHRONIC DACRYOCYSTITIS IN COMBINATION WITH PATHOLOGY OF INTRA-NASAL STRUCTURES

¹SHAMSIDINOV B.N., ²SHODIEV N.SH., ³KURBANOVA F.I.

¹Department of Otorhinolaryngology of State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

²International Clinic «Ibn Sino»

³State Establishment «City health center №7», Dushanbe

Aim. To increase the efficiency of surgical treatment of chronic dacryocystitis in combination with various pathologies of the nasal cavity by the method of simultaneous surgery.

Material and Methods. 17 patients (25 eyes) with chronic dacryocystitis in combination with various pathologies of the nasal cavity and paranasal sinuses were examined. The age of the patients was from 19 to 51 years, the average age was $38 \pm 2,5$. From a concomitant pathology of the nasal cavity and paranasal sinuses, 6 patients had a nasal septum curvature, 4 nasal turbinate hypertrophy, a nasal septum hypertrophy and a combination of the middle turbinate hypertrophy, in 3 patients. Darkening of various severities of the maxillary sinuses was revealed on X-ray of the paranasal sinuses. and ethmoid sinuses.

Results. For all patients with nasal septum deformation and turbinate hypertrophy, surgical intervention was started with their elimination in the form of septoplasty, conchotomy, or lateral position of the middle turbinate. Intervention on the tear ducts began after preliminary anemization with 0.1% adrenaline under the control of the Karl Storz 0 and 30 ° endoscope. The operation was performed according to the method proposed by the authors. In order to prevent the development of synechia of the nasal septum from the lateral wall, films were introduced from both sides of the nasal cavity and fixed with through sutures to the nasal septum for up to 10 days. In the area of the formed dacryocystorhinostomy and in the nasal cavity, loose ointment swabs were inserted, which were removed after 1-2 days.

In the postoperative period, systemic antibiotic therapy was prescribed for 5-7 days, antihistamines, nasal and eye drops containing antibiotics, corticosteroids and a daily toilet of the nasal cavity for 7-10 days. Stents were removed after 3 months. In 1 patient, a relapse was noted after a year, and he underwent a second operation.

Conclusion. Careful preoperative preparation, combined simultaneous operations that prevent the development of synechia using modern technologies and good postoperative care are the main factors in the effectiveness of the treatment of this pathology.

Key words: chronic dacryocystitis, dacryocystorhinostomy, simultaneous operations, synechia, intranasal structures

Актуальность

Частота заболеваний слёзного мешка и носослёзного канала среди патологии глаз остаётся высокой и составляет от 2% до 7,6%. Дисфункция дренажной системы слёзных каналов может возникнуть вследствие нарушения как физиологических, так и анатомических причин, которые способствуют частичной или полной обструкции носослезного канала с развитием хронического дакриоцистита [1, 9, 10].

Состояние внутриносовых структур во многом определяет течение заболевания приграничных соседних органов, в том числе и глаз, и в определенной степени без восстановления полной проходимости полости носа достичь желаемого результата при хирургическом лечении невозможно. При деформациях перегородки носа, которые составляют до 22,4% от общей назальной патологии [2], и их последствий, в том числе хронических гипертрофических ринитов, хроническом воспалении околоносовых пазух, в слизистой оболочке развивается вазомоторное нарушение, происходит угнетение двигательной активности мерцательного эпителия, которое сопровождается нарушением проницаемости. Это, в свою очередь, благоприятствует более длительному контакту слизистой с осевшими на ней различными агентами и веществами, которые могут оказать отрицательное воздействие. С другой стороны, отмечается снижение содержания иммуноглобулинов и лизоцима в секрете слизистой оболочки полости носа, это свидетельствует о снижении местного иммунитета и способствует развитию воспалительных процессов [4, 5]. Отсюда вопросы одномоментного хирургического вмешательства на перегородке носа и носовых раковинах с целью восстановления физиологического состояния внутриносовых структур имеет существенное значение для предотвращения воспа-

лительных осложнений и формирования послеоперационных синехий [4, 8, 10].

В настоящее время разработано множество эндоскопических эндоназальных хирургических методик и модификаций дакриоцисториностомии, позволяющих максимально сохранить анатомические структуры слёзного мешка и его функциональное состояние [6, 7]. Применение щадящей функциональной ринопластики, эндоскопической технологии с максимальным сохранением анатомических структур во многом повысит результаты оперативного вмешательства и качество жизни больного в послеоперационном периоде. Однако без устранения сопутствующей патологии полости носа, такой как искривление носовой перегородки и гипертрофия средних носовых раковин, предотвратить послеоперационных осложнений, особенно вторичного послеоперационного рубцевания и достичь желаемого результата невозможно [3, 6, 8, 10].

Таким образом, несмотря на существование десятка способов оперативного вмешательства, даже с применением современных технологий (лазер, электрокаутер, радиохирургическая аппаратура), проблема хирургического лечения хронического дакриоцистита до сих пор остаётся до конца нерешённой и требует поиска новых подходов для совершенствования тактики ведения больных в послеоперационном периоде и предотвращения рецидивов заболевания.

Цель исследования

Повышение эффективности хирургического лечения хронического дакриоцистита в сочетании с различной патологией полости носа методом симультантной хирургии.

Материал и методы исследования

Нами обследовано 17 больных (25 глаз) с хроническим дакриоциститом в сочетании с различной патологией полости носа и околоносовых пазух. Мужчин было 6 (35,3%), женщин – 11 (64,7%) в возрасте от 19 лет до 51

года, средний возраст $38 \pm 2,5$ лет. С односторонним поражением было 9 больных (мужчины - 3, женщины - 6), с двухсторонним – 8 (мужчины - 3, женщины - 5).

Всем пациентам в период пребывания в стационаре проведены общеклинические, оториноларингологические, офтальмологические и рентгенологические методы исследования. В зависимости от наличия сопутствующей патологии, как организма в целом, так и состояния внутриносовых структур, определен перечень предоперационной подготовки, тактика устранения сопутствующей патологии полости носа и околоносовых пазух, чтобы максимально щадяще восстановить проходимость слёзных канальцев.

Из сопутствующей патологии полости носа и околоносовых пазух искривление носовой перегородки диагностировано у 6 больных, гипертрофия средних носовых раковин - у 4, сочетание искривления носовой перегородки с гипертрофией средней носовой раковины - у 3. На рентгенографии околоносовых пазух у 11 больных обнаружено затемнение различной выраженности верхнечелюстных и решетчатых пазух: из них у 3 пациентов выявлен двухсторонний гнойный гайморозтмоидит, у 2 – левосторонний гемисинусит и у 6 больных на рентгенографии околоносовых пазух обнаружено пристеночное утолщение слизистой оболочки верхнечелюстных пазухи.

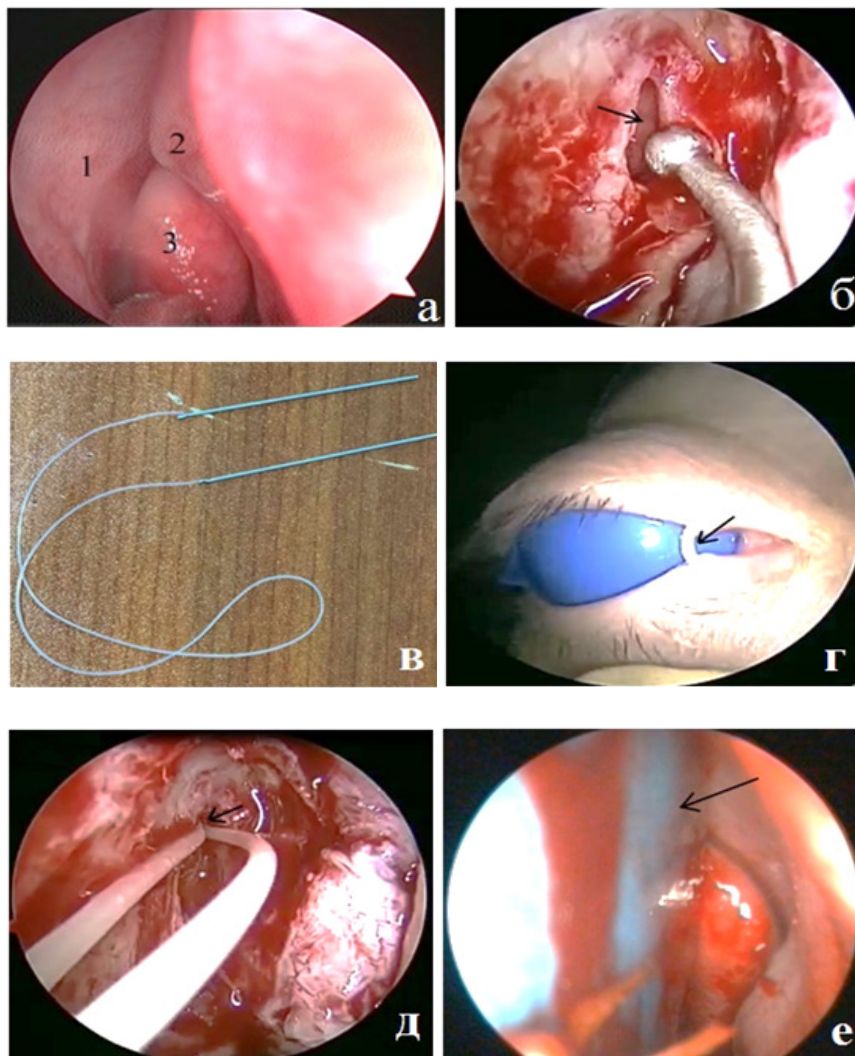
Всем нуждающимся больным с целью профилактики послеоперационных осложнений за неделю до госпитализации проведена амбулаторная комплексная консервативная терапия, при необходимости для коррекции сопутствующей патологии назначены консультации других специалистов. Все оперативные вмешательства произведены под общим эндотрахеальным наркозом.

Результаты и их обсуждение

Всем больным с деформацией носовой перегородки и гипертрофией носовых раковин оперативное вмешательство начато с их устранения в виде септопластики, конхотомии или латеропозиции средних носовых раковин. Так, пятерым больным из 13 с сопутствующей патологией полости носа оперативное лечение начато с септопластики, троим пациентам произведена септопластика с конхотомией средних носовых раковин, двоим - только конхотомия с латеропозицией средней носовой раковины, одному больному выполнена конхотомия средней носовой раковины и ультразвуковая дезинтеграция нижней носовой раковины.

Устранение деформации носовой перегородки проведено в зависимости от типа и степени искривления с применением способов, предложенных В.И. Воячком: «мобилизация», «циркулярная резекция», «редрессация», «частичная подслизистая резекция», которые позволяют практически полностью сохранить опорную функцию носовой перегородки и физиологическое состояние внутриносовых структур. Конхотомия или сочетание ее с латеропозицией или ультразвуковой дезинтеграцией средних носовых раковин проведены при выраженной гипертрофии их передних концов, когда она соприкасалась с носовой перегородкой именно в проекции расположения слёзного мешка. При небольшой гипертрофии средних раковин произведены либо латеропозиция носовых раковин, либо щадящая конхотомия. Во всех случаях учитывалось, что в послеоперационном периоде не происходит тесного соприкосновения носовой перегородки с латеральной стенкой полости носа на месте расположения слёзного мешка, что является основным для профилактики развития послеоперационных синехий.

Вмешательство на слезоотводящих канальцах начато после предварительной анемизации 0,1% адреналином под контролем эндоскопа Karl Storz 0 и 30°. После Г-образного разреза распатором отсепарована слизистая оболочка в проекции лобного отростка и слезной кости. Бор-машинной или долотом резецирована часть лобного отростка верхней челюсти, удалена тонкая слезная кость и обнажена медиальная поверхность слёзного мешка. Введением зонда Боумена в слёзные точки производили их дилатацию, затем осторожно, через слезные канальцы, войдя в слезный мешок, создавали натяжение его медиальной стенки. Далее при помощи серповидного ножа производили вскрытие слезного мешка и создавали небольшое «окошечко» на его медиальной стенке. Далее осуществляли биканаликулярную интубацию слёзных путей силиконовым стентом и в носовой полости завязывали их концы 10-ю непрерывными узлами. С целью предупреждения развития синехий перегородки носа с латеральной стенки с обеих сторон полости носа вводили пленки и закрепляли их сквозными швами на перегородке носа сроком до 10 дней (рис.). В области сформированной дакриоцистириностомы и в полость носа вставляли рыхлые мазевые тампоны, которые удаляли через 1-2 суток.



*Техника операции: а) эндоскопическая картина полости носа:
1 - проекция лобного отростка на латеральной стенке полости носа;
2 - носовая перегородка;
3 - средняя носовая раковина;
б) вскрытый слёзный мешок;
в) устройство для биканаликулярной интубации;
г) интубация слёзных канальцев (вид снаружи);
д) интубация слёзных канальцев (вид изнутри);
е) закреплённая плёнка на носовой перегородке.*

В послеоперационном периоде назначали системную антибактериальную терапию в течение 5-7 дней, антигистаминные препараты, носовые и глазные капли с содержанием антибиотиков, кортикостероидов и ежедневный туалет полости носа в течение 7-10 дней. Стенты удаляли через 3 месяца. У 1 больного через год был отмечен рецидив, ему произведена повторная операция.

Из вышеизложенного следует, что хотя вопросы комплексного лечения (проведение симультанных операции и консервативная терапия) данной патологии на сегодня оцениваются более эффективными, но для

дальнейшего усовершенствования требуют тесного сотрудничества оториноларингологов и офтальмологов.

Заключение

Тщательная предоперационная подготовка, проведение сочетанных симультанных операций, предупреждающих развитие синехий, с применением современных технологий и хороший послеоперационный уход являются основными факторами эффективности лечения данной патологии.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Исаев Э.В., Свистушкин В.М., Егоров В.И., Исаев В.М., Мустафаев Д.М. Эндоскопическая эндоназальная дакриоцисториностомия с применением радиочастотной хирургии // Рос.оториноларингология.- 2016.- №4.- С.14-21.
2. Гаращенко Т.И. Современные подходы к лечению риносинуситов и отитов как осложнений острых заболеваний верхних дыхательных путей у детей // Рос. оториноларингология.- 2010.- №1(44).- С.168-172.
3. Красножан В.Н. Применение коблации в лечении хронического дакриоцистита // Рос.оториноларингология.- 2016.- №2.- С.134-136.
4. Махмудназаров М.И., Муродов Ш.Д., Шоев М.Д., Назаров З.Х., Туйдиев Ш.Ш. Современное состояние лечения и деформаций носовой перегородки, сочетанных с аллергическим ринитом // Здоровоохранение Таджикистана.- 2019.- №1.- 74-83.
5. Панкова В.Б., Федина И.Н., Серебряков П.В., Преображенская Е.А., Гришин О.Н. Методические подходы к оценке риска формирования патологии верхних дыхательных путей у работников пылеопасных производств // Вестник оториноларингологии.- 2014.- №3.- С.28-31.
6. Тулебаев Р.К., Байменов А.Ж. Эффективность современных методов функциональной эндоскопической дакриоцисториностомии // Рос.оториноларингология.- 2015.- №3.- С.137-140.
7. Abu-Ghamen S. et al. Outcomes of endonasal endoscopic dacryocystorhinostomy after maxillectomy in patients with paranasal sinus and skull base tumors // Eur. Arch. Otorhinolaryngol.- 2013.- Vol. 20.
8. Beloglazov V.G. et al. Prevention of ostial obstruction after microendoscopic endonasal dacryocystorhinostomy // Vestn. Oftalmol.- 2013.- Vol. 129(2).- P. 20-23.
9. Meyer-Rusenbergh H.W., Emmerich K.H. Modern lacrimal duct surgery from the ophthalmological perspective // Dtsch. Arztebl. Int.- 2010.- Vol. 107(14).- P. 254-258.
10. Sameh M., Ragab., Mona S., el-Koddousy., Mohammed Badr. Endocanalicular, high-Pressure balloon catheter, endoscopic dacryocystorhinostomy: a randomized controlled trial // Otolaryngology Heat and Neck Surgery.- 2011.- Vol. 145(4).- P. 683-688.

REFERENCES

1. Isaev E. V., Svistushkin V. M., Egorov V. I., Isaev V. M., Mustafaev D. M. Endoskopicheskaya endonazalnaya dakriotsistorinostomiya s primeneniem radiochastotnoy khirurgii [Radiofrequency surgery-aided endoscopic endonasal dacryocystorhinostomy]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya [Russian Otorhinolaryngology]*. 2016; 4: 14-21.
2. Garashchenko T. I. Sovremennye podkhody k lecheniyu rinosinusitov i otitov kak oslozhneniy ostrykh zabolevaniy verkhnikh dykhatelnykh putey u detey [Modern conception of pediatric acute upper respiratory tract diseases treatment]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya [Russian Otorhinolaryngology]*. 2010; 1 (44): 168-172.
3. Krasnozhan V.N. Primenenie koblatsii v lechenii khronicheskogo dakriotsistita [Coblation in chronic dacryocystitis treatment]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya [Russian Otorhinolaryngology]*. 2016.- №2.- S.134-136.
4. Makhmudnazarov M. I., Murodov Sh. D., Shoev M. D., Nazarov Z. Kh., Tuydiev Sh. Sh. Sovremennoe sostoyanie lecheniya i deformatsiy nosovoy peregorodki, sochetannykh s allergicheskim rinitom [Current approaches to combination treatment for allergic rhinitis in children]. *Zdravookhranenie Tadjikistana [Healthcare of Tajikistan]*. 2019; 1: 74-83.
5. Pankova V. B., Fedina I. N., Serebryakov P. V., Preobrazhenskaya E. A., Grishin O. N. Metodicheskie podkhody k otsenke riska formirovaniya patologii verkhnikh dykhatelnykh putey u rabotnikov pyleopasnykh proizvodstv [Methodological approaches to assessing the risk of upper respiratory tract pathology in employees of dust-hazardous industries]. *Vestnik otorinolaringologii [Herald of Otorhinolaryngology]*. 2014; 3: 28-31.
6. Tulebaev R. K., Baymenov A. Zh. Effektivnost sovremennykh metodov funktsionalnoy endoskopicheskoy dakriotsistorinostomii [Effective modern methods of functional endoscopic dacryocystorhinostomy]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya [Russian Otorhinolaryngology]*. 2015; 3:137-140.
7. Abu-Ghamen S. et al. Outcomes of endonasal endoscopic dacryocystorhinostomy after maxillectomy in patients with paranasal sinus and skull base tumors. *[European Archives of Oto-Rhino-Laryngology]*. 2013; 20.
8. Beloglazov V. G. et al. Prevention of ostial obstruction after microendoscopic endonasal dacryocystorhinostomy. *Vestnik oftalmologii [Bulletin of ophthalmology]*. 2013; 129(2): 20-23.
9. Meyer-Rusenbergh H. W., Emmerich K. H. Modern lacrimal duct surgery from the ophthalmological perspective. *[Deutsches Arzteblatt International]*. 2010; Vol. 107(14): 254-258.
10. Sameh M., Ragab., Mona S., el-Koddousy., Mohammed Badr. Endocanalicular, high-Pressure balloon catheter, endoscopic dacryocystorhinostomy: a randomized controlled trial. *[Otolaryngology Heat and Neck Surgery]*. 2011; Vol. 145(4): 683-688.

Сведения об авторах:

Шамсидинов Бобоназар Насридинович – зав. кафедрой оториноларингологии ИПОвСЗ РТ, к.м.н., доцент; тел.: (+992) 917441744; e-mail: bobonazar_67@mail.ru

Шодиев Нозим Шокирович – врач-оториноларинголог Международной клиники «Ибн Сино»; тел.: (+992) 918428805

Курбанова Фируза Искандаровна – врач-офтальмолог Городского центра здоровья №7; тел.: (+992) 934529762

Information about authors:

Shamsidinov Bobonazar Nasridinovich – Head of the Department of Otorhinolaryngology of the State Educational Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan", Candidate of Medical Sciences; Associate Professor; tel.: (+992)917 44 17 44; e-mail: bobonazar_67@mail.ru

Shodiev Nozim Shokirovich – otorhinolaryngologist of the International Clinic «Ibni Sino»; tel. +7 (992) 918 42 88 05

Kurbanova Firuza Iskandarovna – ophthalmologist at the City Health Center №7; tel. +7 (992) 93452 97 62

**САМАРАНОКИИ ҶАРРОҶИҶОИ СИМУЛТАНТӢ ҶАНГОМИ
ДАКРИОТСИСТИ МУЗМИН ДАР ҶАМҶОЯГӢ БО ПАТОЛОГИЯИ
СОХТОРҶОИ ДОХИЛИБИНИГӢ**

¹ШАМСИДИНОВ Б.Н., ²ШОДИЕВ Н.Ш., ³ҚУРБОНОВА Ф.И.

¹Кафедра оториноларингологии МДТ «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии ҶТ»

²Клиникаи байналмилалӣ «Ибни Сино»

³Маркази саломатии шаҳрии №7 -и РТ ш.Душанбе

Мақсади тадқиқот. Баланд бардоштани самаранокии табобати ҷарроҳии дакриотсистити музмин дар ҷамҷоягӣ бо патологияҳои мухталифи ковокии бинӣ бо истифодаи усулҳои ҷарроҳии симулантӣ.

Мавод ва усулҳо. 17 нафар беморон (25 ҷашм) бо дакриотсистити музмин дар ҷамҷоягӣ бо патологияи мухталифи ковокии бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ мавриди таҳқиқ қарор ирифтанд. Синни соли беморон аз 17 то 51 ва синну соли миёна ба $38 \pm 2,5$ баробар буд. Аз бемориҳои ҷамҷоягӣ ковокии бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ – қачшавии миёндевори бинӣ дар 6 нафар, гипертрофияи садафаҳои миёнии бинӣ дар 4, ҷамҷоягии қачшавии миёндевори бинӣ бо гипертрофияи садафаҳои миёнии бинӣ дар 3 нафар беморон ташиҳис гардид. Дар рентгенографияи ҷавфҳои наздибинигӣ дар 11 нафар беморон тираиғии намоёниашон гуноғуни ҷавфҳои қоғи фавқонӣ ва ғалберӣ дарёфт шуд.

Натиҷаҳо. Ба ҳамаи беморони деформатсияи миёндевори бинӣ ва гипертрофияи садафаҳои бинидошта амалиёти ҷарроҳӣ бо бартарифсозии онҳо дар намуди септопластика, конхотомия ё латеропозитсияи садафаҳои миёнии бинӣ оғоз карда шуд. Амалиёт дар маҷроҳои ашқрон баъди анемизатсияи пешақӣ бо маҳлули 0,1% адреналин зерӣ назорати эндоскопи Karl Storz 0 ва 30° оғоз гардид. Ҷарроҳӣ бо усули анъанавӣ гузаронида шуд. Бо мақсади пешгирии инкишофи илтисоқи миёндевори бинӣ бо девораи латералӣ аз ҳарду тарафи ковокии бинӣ пленка гузошта, бо дарзҳои гузаранда ба миёндевори бинӣ ба муддати 10 рӯз тасбит гардид. Дар минтақаи дакриотсисториностомаи эҷодгардида ва ковоқиҳои бинӣ фатилаҳои нозичи малҳами гузошта, баъди 1-2 шабонарӯз бардошта шуданд.

Дар давраи баъдиҷарроҳӣ маҷмӯи табобати антибактериалӣ ба муддати 5-7 рӯз, маводҳои антигистаминӣ, қатраҳои бинигӣ ва ҷашмӣ, ки дар таркибашон антибиотикҳо, кортикостероидҳо доранд таъин карда, поксозии ҷамҷоягӣ ковокии бинӣ дар муддати 7-10 рӯз гузаронида шуд. Стентҳо баъди 3 моҳ бағирифта шуданд. Дар 1 нафар бемор баъди 1 сол ретседив ба қайд гирифта шуд, ки ба ӯ ҷарроҳии такрорӣ гузаронида шуд.

Хулоса. Тайёрии бодикқати пешазҷарроҳӣ, гузаронидани ҷарроҳии ҷамҷояи симулантӣ бо истифодаи технологияи муосир, ки инкишофи илтисоқҳоро пешгирӣ менамоянд ва нигоҳубини хуби баъдиҷарроҳӣ омили асосии табобати самаранокии патологияи мазкур мебошад.

Калимаҳои асосӣ: Дакриотсистити музмин, дакриотсисторинотомия, ҷарроҳии симулантӣ, илтисоқ, сохторҳои дохилибинигӣ