

Rezumat

Marcherii cardiaci au devenit un element esențial și indispensabil, de o importanță majoră în evaluarea pacienților cu sindroame coronariene acute.

Utilitatea clinică a determinărilor biochimice la pacienții cu sindrom coronarian acut este dată, pe de o parte, de diagnosticarea infarctului miocardic acut la pacienții cu electrocardiogramă fără modificări sugestive sau cu electrocardiogramă dificil de interpretat, datorită unor blocuri ventriculare preexistente sau pasing ventricular; pe de altă parte, de confirmarea precoce a infarctului miocardic acut la pacienții cu electrocardiograma sugestivă pentru infarct miocardic acut și stratificarea riscului.

Summary

Cardiac marchers have become an essential and indispensable, of great importance in evaluating patients with acute coronary syndromes.

Clinical usefulness of biochemical determinations in patients with ACS is once a part of diagnosis in patients with MI without ECG changes suggestive or when initial ECG is difficult to interpret, because of ventricular blocks or pasing ventricular, the other early confirmation of AMI patients with ECG suggestive of AMI and risk stratification.

BRONȘIOLITA ACUTĂ – EXPERIENȚA SECȚIEI DE REANIMARE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ PEDIATRICĂ A ICȘDOSM ȘI C

Liubovi Vasilos, dr. hab. în medicină, prof. univ., **Ana Oglinda**, dr. în medicină, asist. univ., **Natalia Golub**, medic pediatru, **Nelea Romanova**, medic reanimatolog anesteziolog pediatru, **Elena Gherman**, medic reanimatolog anesteziolog, **Vasile Nedenco**, medic reanimatolog anesteziolog pediatru, **Victoria Lupu**, medic reanimatolog anesteziolog pediatru

Actualitatea temei. În ultimii ani, în literatura de specialitate statisticile arată o frecvență crescută a maladiilor bronhopulmonare, în special a bronșiolitei [6, 12, 8]. Incidența înaltă a formelor severe ale bronșiolitei acute, dificultățile în managementul maladiei date denotă actualitatea problemei, în special pentru medicii practicieni [3, 6, 7, 15]. De remarcat, formele severe ale bronșiolitei, complicate prin insuficiență respiratorie, detresă respiratorie, apnee, situații care pun viața în pericol, necesită o intervenție promptă în salvarea vieții copilului [5, 7].

Formele severe ale bronșiolitei, mai ales la copilul sugar, în ultimii ani impun o revedere a managementului acestei patologii, care pune în pericol viața copilului. După datele statistice ale SUA, din 100 de copii care se adresează la camera de gardă, 2/3 dintre ei prezintă o suferință respiratorie acută. Studiile arată că 3% din totalul de nou-născuți și sugari cu infecții respiratorii, îl reprezintă bronșiolitele [1, 3, 17], iar în R. Moldova incidența bronșiolitelor este de 2,3% din totalul de copii cu maladii ale aparatului respirator.

Definiție. Bronșiolita acută este caracterizată ca o inflamație, edem și necroză acută a epitelului căilor respiratorii mici, cu hiperproducție de mucus, care se manifestă prin bronhospasm sever, wheezing, dispnee [1, 10, 12].

Bronșiolita acută se întâlnește în toate zonele geografice de pe mapamond, după datele literaturii [1, 4, 9, 15], iar etiologia bronșiolitei este predominantă marcat de virusuri, în special în 50-90%, virusul respirator sincițial (VRS) și foarte rar este inițiată de alte specii de virusi. De obicei, VRS este eliminat de către pacienții simptomatici și asimptomatici timp de 5-9 zile. VRS este înalt contagios și se transmite prin contactul direct cu picături mari din secreții și prin autoinoculare cu mâinile contaminate [4, 9, 11].

Bronșiolita decurge cu atât mai sever, cu cât vârsta copilului este mai mică de 6 luni, uneori fiind fatală pentru nou-născut. Aproximativ o jumătate din nou-născuții cu bronșiolită acută dezvoltă consecutiv wheezing. După datele literaturii uneori apneea poate fi primul semn clinic al bronșiolitei la nou-născut [2, 9, 15]. După clasificarea internațională [1, 4, 15, 16], se disting 3 forme de gravitate:

ușoară, medie și severă. În forma ușoară, wheezingul este moderat, detresa respiratorie este absentă sau minoră, copilul primește lichide per os suficient, saturația cu oxigen este la limitele normale, nu este prezentă apneea; în forma medie, este prezent tirajul, bătăi ale aripioarelor nazale, semne de hipoxemie, care sunt corectabile prin administrare de oxigen, sunt prezente perioade scurte de apnee, alimentația per os este dificilă. În forma severă a bronșiolitei acute, se urmărește tiraj intercostal și sternal marcat, geamăt respirator, hipoxemie severă, necorectabilă prin administrare de oxigen, sunt posibile perioade frecvente de apnee [3, 5], la acești copii, alimentația per os fiind imposibilă. Forma severă a bronșiolitei este indusă de următorii factori de risc: prematuritatea, aglomerația, expunerea la fumatul pasiv, îngrijirea zilnică precară. Un rol aparte în evoluția formelor grave ale bronșiolitei acute revine copiilor cu malformații congenitale de cord, pulmonare ș.a. [1, 12].

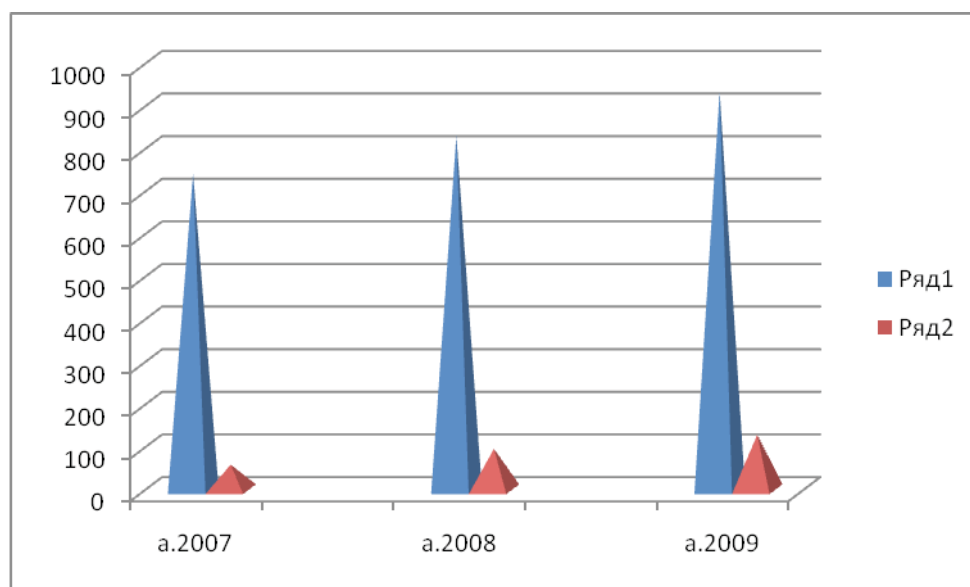
Scopul studiului. Evaluarea clinico-evolutivă a particularităților cazurilor cu bronșiolită la copii, orientată spre eficiența și optimizarea tratamentului în dependență de severitatea evoluției.

Materiale și metode. În realizarea scopului au fost supuși studiului copii cu clinica bronșiolitei acute, internați pe parcursul ultimilor 3 ani în Secția Reanimare pediatrică a IMSP ICȘDOSM și C. În total, pe parcursul a 3 ani, s-au internat 281 de copii cu bronșiolită, ce au constituit 11,2 la sută din totalul de copii (2504: 741-830-933, respectiv aa. 2007-2009) internați. Vârsta copiilor a fost următoarea: până la o lună, 13 copii (4,6%); 1-3 luni, 91 de copii (32,3%), 3-6 luni, 68 de copii (24,1%), 6-9 luni, 64 de copii (22,7%), 9-12 luni, 24 de copii (8,5%), mai mari de 1 an, 21 de copii (7,4%).

Conform analizei, incidența maximă a bronșiolitei s-a înregistrat la copiii de la 2 luni și până la 6 luni, valorile fiind cuprinse între 32,3% și 24,1%, respectiv.

Schema 1

Ponderea spitalizării copiilor cu bronșiolită pe parcursul anilor 2007- 2009



Legendă: 1 – număr total pacienți internați; 2 – pacienți cu bronșiolită

Lotul de copii studiați, divizați în trei subgrupuri, a fost supus unui management diferențiat în dependență de forma clinico-evolutivă a bronșiolitei. Toți copiii cu bronșiolită acută, internați în secția de reanimare pediatrică, au fost supuși examenului clinic, cu examinarea obligatorie a hemoleucogramei, a gazelor sanguine, examinări biochimice, examinarea virusologică, examinări imagistice.

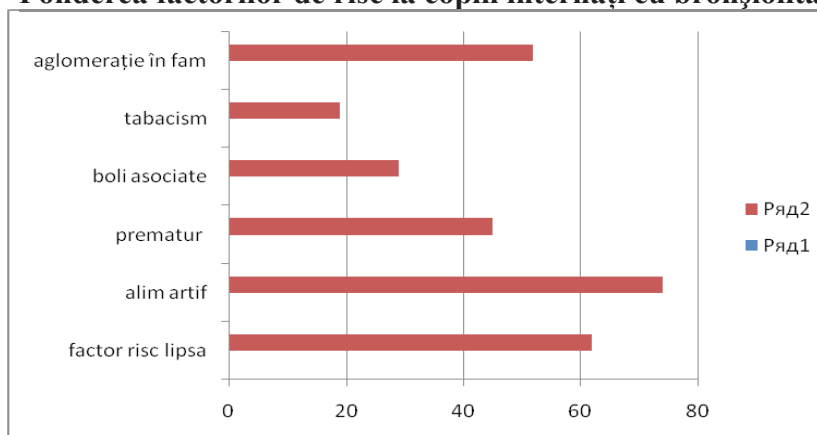
Rezultate și discuții. Analiza de ansamblu a cazurilor de bronșiolită a remarcat că ponderea spitalizării copiilor internați cu bronșiolită a fost următoarea: în total 281 (a. 2007 – 58 de copii; a. 2008 – 95 de copii; a. 2009 – 128 de copii), date elucidate în schema 1.

Studiind datele anamnestice ale copiilor internați, am constatat, la 2/3 din copii, 2 sau 3 factori de risc asociați. Astfel, în grupul de studiu s-a dovedit că 45 (16,6%) de copii au fost născuți prematuri; 74 (26,3%) de copii s-au alimentat artificial; 52 (18,5%) de copii – din familii numeroase sau cu starea materială precară; tabagismul pasiv s-a înregistrat în 19 (6,7%) cazuri; prezența patologiei con-

genitale, MCC în 27 (9,6%) de cazuri; boli pulmonare cronice în 2 cazuri (0,5%), iar în 62 (22,0%) de cazuri nu s-a izbutit decelarea nici unui factor favorizant în terenul constituțional gazdă (schema 2).

Schema 2

Ponderea factorilor de risc la copiii internați cu bronșiolită



Studiul după sex a arătat o incidență aproape identică 1:1,2 – fete/băieți

Incidența sezonieră a cazurilor copiilor internați cu bronșiolită acută a denotat următoarele: în total, în lunile ianuarie au fost internați 88 (31,3%) de copii, în februarie, 61(21,7%), în martie, 35 (16,8%), în aprilie, 11 (3,9%), în mai, 5 (1,7%), în noiembrie, 15 (5,3%), în decembrie, 66 (23,4%) de copii. Putem constata, că în lunile decembrie-februarie, numărul de copii a atins cifre maxime, între 61 și 88 de copii, date care corespund și cu statisticile literaturii de specialitate [2, 8].

Modul de internare a copiilor cu bronșiolită acută în secția de reanimare pediatrică a fost următorul: 68 de copii (51,9%), internați prin intermediul asistenței medicale de urgență, 58 de copii (20,4%), transferați pe linia aviației sanitare din secțiile de pediatrie sau reanimare a spitalelor raionale, 27 (12,3%), transferați din secțiile patologie a nou-născutului sau pneumologie a ICȘDOSM și C, 28 (9,6%) de copii, conduși de părinți sau tutele, cauza fiind persistarea stării foarte grave a copilului, după inițierea tratamentului ambulatoriu sau la domiciliu.

Criteriile de internare în terapia intensivă au fost determinate de simptomele clinice, prezentate în tabelul 1, de multe ori fiind prezente asocierea a 3-4 dintre ele.

Conform clasificării bronșiolitei acute, copiii internați au fost apreciați în următoarele stări de gravitate: forma ușoară, medie, și forma severă a manifestărilor clinice [4, 5, 9], fiind divizați în trei subgrupe, după forma clinico-evolutivă.

Astfel, copiii care prezentau la momentul internării stare generală grav medie, cu tahipnee moderată, conștiența păstrată, cu semne de bronhospasm ușor, dar rețineau volumul hidric peroral, au fost clasași în forma ușoară a bronșiolitei, total 78 (27,7%).

Copiii în stare gravă, cu tahipnee, wheezing, fâlfâit al aripioarelor nazale, tiraj intercostal și sternal, propulsia ritmică a capului în timpul respirației, dispnee expiratorie, inspirul prescurtat, expirul prelungit, au fost în forma medie de gravitate, total 112 copii (39,8%).

Iar copiii internați în stare generală foarte gravă, uneori apreciată ca extrem gravă, determinată de wheezing marcat, detresă respiratorie, tiraj intercostal și sternal, prezentă apneea prelungită, situații care au impus susținere ventilatorie în regim CPAP (ventilație non-invazivă cu presiune pozitivă) sau intubația orotraheală cu ventilație artificială pulmonară, din momentul internării sau în primele ore de la inițierea tratamentului. La unii copii cu forma severă a bronșiolitei, s-a remarcat agitație marcată, ulterior în 9 cazuri s-a instalat sindromul convulsiv, conștiența dereglată până la sopor – coma gr I. Tegumente cianotizate, mramorate – semne clinice ale hipoxemiei severe, am urmărit în 7 cazuri, respirație paradoxală, torace blocat în inspir. Auscultativ se decelau – zone de „plămân mut”. Zgomotele cardiace: tahicardie, pulsul paradoxal, hipertensiune arterială, iar la 11 copii în forma severă a bronșiolitei am înregistrat hipotensiune. Inapetență, refuzul de la alimentație a impus alimentația prin sondă. Astfel, în forma severă a bronșiolitei au fost internați în secția reanimare și terapie intensivă 91 de copii (32,3%).

Criteria și semne clinice ale copiilor cu bronșiolită acută internăți în secția de reanimare pediatrică (n=281)

Criteria și semne clinice	N 281	%
Apnee	74	26,3
Tuse	175	62,2
Tiraj inter și subcostal	109	
Utilizarea mușchilor auxiliari în actul respirației	164	58,2
Cianoză periorală, acrocianoză	123	43,7
Semne de bronhospasm, whhezing	129	45,9
Sindromul neurotoxic: agitație psihomotorie, convulsii	79	28,1
Vomă, semne de deshidratare	56	19,9
Alimentația dificilă per os	112	39,8

Examinarea rezultatelor hemoleucogramei în momentul internării a evidențiat următoarele: la marea majoritate a copiilor – anemie gr.I, în 16 cazuri, Ht mărit cu 10% față de normă, leucocitoză moderată, cu ușoară deviere spre stânga a formulei leucocitare, în 67 de cazuri (17,5%) am depistat prezența de mielociți și metamielociți, în aceste cazuri evoluția bronșiolitei era severă, iar copiii au necesitat ulterior susținere ventilatorie artificială pulmonară și infuzie cu scop de dezintoxicare. În 11 (13,5%) cazuri indicii hemoleucogramei au fost fără schimbări esențiale.

Examinarea copiilor la prezența virală a fost posibilă în 78 (20,4%) de cazuri. Rezultatul obținut a fost următorul: la 14 (17,9%) pacienți s-a depistat virusul VRS, la 11(14,2%) – virusul paragripal, 9 (11,5%) copii – adenovirus, la 2 (2,5%) copii – candida albicans, iar la 42 (53,8%) – rezultatele au fost negative.

Examinarea biochimică a sângelui a remarcat o diselectrolitemie moderată, transaminaze mărite, hipoproteinemie, fie în urma lipsei de aport alimentar sau lichidian, fie din cauza stării foarte grave, fie din pricina factorului cauzal al declanșării bronșiolitei.

Examinarea echilibrului acido-bazic decila o hipoxemie, hipercapnie marcată, cu acidoză sau alcaloză mixtă decompensată.

În organism mecanismele de reglare a echilibrului acido-bazic sunt asigurate de sistemele fiziologice ale homeostaziei, de activitatea fiziologică a plămânilor, a căror funcție este dezechilibrată în bronșiolită, sau din cauza schimbului gazos inadecvat. Astfel, examinarea echilibrului acidobazic în momentul internării și pe parcursul tratamentului ne-a permis să constatăm următoarele: în 51 de cazuri am remarcat hipoxemie cu acidoză respiratorie decompensată, iar în 18 cazuri – hipoxemie, hipercapnie, cu acidoză mixtă decompensată (tabelul 2), în 12 cazuri s-a constatat alcaloză mixtă decompensată.

Oscilarea indicilor BAB sub acțiunea tratamentului (109 copii)

	La momentul internării	După 6 ore din momentul internării	După 24 de ore de tratament	P
1	2	3	4	5
pH	7,21 ± 0,05	7,23 ± 0,04	7,31 ± 0,05	2-3 >0,01
AB	8,0 ± 0,32	11 ± 0,76	16,9 ± 0,65	3-4 < 0,05
SB	15,8 ± 0,76	19 ± 0,87	17,0 ± 0,06	2-3 <0,05
BB	25,0 ± 0,98	31 ± 0,54	35,6 ± 0,78	2-3 >0,01
BE	- 11,5±0,11	-7± 0,03	-7,5 ± 0,01	2-3 >0,01

Dinamica gazelor sanguine sub acțiunea tratamentului

	La internare	După 6 ore din momentul inițierii tratamentului	După 24 de ore din momentul inițierii tratamentului
pO ₂	48,3±1,7	60,9±0,45	68,3±3,8
pCO ₂	56±0,96	44,8±0,76	38,0±1,3

Examinarea radiologică a cutiei toracice a fost necesară la marea majoritate a pacienților, din cauza suspectării realizării bronhopneumoniei. Radiografia cutiei toracice a fost efectuată în 125 de cazuri la copiii la care persista febra, fiind prezent sindromul toxic, auscultativ, zone de matitate. La 46 de copii, radiografia se efectuase în spitalele raionale, iar alți 10 copii nu au necesitat examinare radiologică. În cele 171 de examinări radiologice ale cutiei toracice, am determinat prezența bronhopneumoniei pe dreapta în 32 de cazuri, a bronhopneumoniei complicate cu component atelectatic în 56, iar în 5 cazuri – hiperinflație pulmonară.

La ECG se decilau tulburări de ritm, uneori semne de hipertensiune ventriculară dreaptă.

Toți copii sugari care manifestă clinica bronșiolitei acute, forma medie și severă, au necesitat internare în unitatea de terapie intensivă pediatrică, care a impus o monitorizare a copilului, prin instalarea postului individual cu examinarea clinică și gazometrică specială permanentă, așa ca: monitorizarea stării generale a copilului, involuția intensității wheezingului, a distresei respiratorii a suferinței cerebrale, prezența sindromului de anxietate, cât și aprecierea stării de gravitate, până la obținerea unui efect benefic al tratamentului. Totodată, au fost urmăriți indicii saturației cu oxigen prin pulsoximetrie continuă.

Datele literaturii [8, 13, 14, 18], cât și obiectivele principale ale managementului copilului în formele moderate și severe utilizate de către noi au constat următoarele: dezobstruarea căilor respiratorii, oxigenoterapia, accesul abordului venos, medicația pentru combaterea obstrucției bronșice bronhodilatatoare (inhalator și i.v.), corticosteroizi, reechilibrarea hidroelectrolitică.

Astfel, cei 78 de copii clasați în forma ușoară au primit bronhodilatatoare inhalator: sol. adrenalină (1:10 000) 0,3-0,5/kg/doză inhalator; salbutamol 1 puf x 3-4 prize; inhalații cu sol. NaCl 3%.

Copiii cu bronșiolită în forma medie au primit bronhodilatatoarele inhalator, copilul cooperant 1-2 puff-uri/ fiecare 6 ore, la copilul sugar, prin intermediul dispozitivului babyhaler, dozarea fiind următoarea: sugar – ședința de 10-15 secunde, 3-4 prize, 1-2 ani – 15-20 secunde, 3-4 prize. De remarcat, că după tratamentul sus-indicat, la 32 de copii cu forma medie mai persista wheezingul, situații care au necesitat administrarea de prednisolon 5 mg/kg/zi sau dexametason 0,15 mg/kg, la fiecare 6 ore.

Cu scop de ameliorare a oxigenării sângelui, s-a efectuat oxigenoterapie, prin administrarea de oxigen încălzit și umidificat prin cateter nazal 1L/min., sau prin masca de oxigen 4-6 L/min.

Concomitent cu cele prescrise mai sus, copiii au primit și inhalații cu sol. de NaCl 3% (3,0 – ședință 5 min.).

De remarcat, că din totalul de copii cu bronșiolită acută, forma severă, cu apnee prelungită, suplimentarea oxigenului prin cateter nazal sau masca de oxigen nu a dat rezultatele scontate. Astfel, 56 dintre ei au necesitat intubație oro-traheală cu ventilație artificială pulmonară. Durata medie a respirației artificiale pulmonare a fost de 2,8 zile. Concomitent cu suplimentarea oxigenului, copiii au primit și corticosteroizi i.v.: dexametazon 0,15-0,2 mg/kg sau prednisolon 6-8 mg/kg fiecare 6-8 ore.

Reechilibrarea hidroelectrolitică și acidobazică în formele severe și cu risc vital s-a realizat în funcție de valorile ionogramei și ale parametrilor BAB, prin administrare de infuzie în volum de 30-50 ml/kg 24h, în dependență de severitatea bronșiolitei și semnificația scorului de gravitate. Soluțiile utilizate au fost clorura de sodiu 0,9% și sol. glucoză 10%.

Cu scop de profilaxie și tratament a bronhopneumoniei și a infecțiilor cronice, au fost utilizate antibiotice: cefalosporine, generația a II sau a III, în doză de 80-100 mg/kg. În urma aplicării tratamentului complex a bronșiolitei, după 24-48 de ore s-a îmbunătățit starea generală la 78 de copii (27,7%) prin micșorarea intensității bronhospasmului, s-a micșorat intensitatea cianozei, s-a restabilit

expectorația, s-a îmbunătățit apetitul, iar la alți 148 de copii (52,6%), ameliorarea stării a survenit la a 3-4-a zi din momentul inițierii tratamentului, în 33 (11,7%) din cazuri mai persista wheezingul de o intensitate moderată, îmbunătățindu-se starea generală, iar în 22 (7,8%) din cazuri, starea fără dinamică, situații în care a fost utilizat xantine 6-8 mg/kg 24h.

La 56 de copii (19,9%), am urmărit prezența distresei respiratorii marcate, semne de hipoxemie severă cu perioade prelungite de apnee, situații în care copiii au necesitat suplimentarea oxigenului prin intubare orotraheală cu ventilație artificială pulmonară.

De remarcat, că în 76 din cazuri, a fost necesară intubația orotraheală cu ventilație artificială pulmonară. Acești copii au manifestat clinica detresei respiratorii în ciuda terapiei intensive, se mențineau semnele hipoxemiei, situații care au necesitat intubație orotraheală, cu conectarea la respirația artificială pulmonară.

Concluzii. În urma studiului efectuat, am constatat:

1) Bronșiolita acută se dezvoltă preponderent la copiii sugari, iar la 2/3 dintre copii s-a constatat asocierea a 2 sau 3 factori de risc.

2) Experiența Secției Reanimare și Terapie Intensivă confirmă necesitatea respectării standardelor internaționale de management al bronșiolitei acute la copil: terapia cu oxigen, rehidratarea, și recomandă implementarea în practica largă. De asemenea, este recomandată terapia inhalatorie cu sol. NaCl 3%, în special în forma ușoară și medie, corticosteroizii de administrat doar la pacienții cu bronșiolită în forma severă.

3) Internarea în Secția Terapie Intensivă și inițierea corectă a managementului bronșiolitei acute favorizează micșorarea bronhospasmului, normalizarea gazelor sanguine, îmbunătățirea stării generale și însănătoșirea copilului. Pe parcursul a 3 ani, nici un copil nu a decedat cu diagnostic de bronșiolită acută.

Referințe bibliografice

1. Amy C. Plint, M.D., M.Sc., David W. Johnson, M.D., hema patel, M.D., M.Sc, Natasha Wiebw, et all. *Epinephrine and Dexamethasone in Children with Bronchiolitis*. The New ENGLAND JOURNAL of MEDICINE, p. 2079-2089.

2. Al Jumaah S.A., Wang E.E. *Aerosolized ribavirin in the treatment of RSV infection in children: a meta-analysis*. Ann Saudi Medicine 1997; 17: 527-532.

3. Agency for healthcare Research and Quality. Management of Bronchiolitis in infant and Children. Evidence Report/technology Assesment No.69. Rockville,MD: 2003. AHRQ Publication No 03-E014.

4. Behrendt C.E., Decker M.D., Burch D.J., Watson P.H. *International variation in the management of infants hospitalized with respiratory syncytial virus*. International RSV Study Group. Eur J Pediatr. 1998; 157(3): 215-220.

5. Călin Mitre. Particularități în anestezia și terapia intensivă pediatrică. Bronșiolita severă. Editura Medicală Universitară Iuliu Hațieganu, Cluj-Napoca, 2003, pag. 389-397.

6. David G. Nichols et al. *Rogers Textbook of Pediatric Intensive Care. Bronchiolitis and Pneumonia 716-731*. Fourth Edition. USA, 2008, 1839 p.

7. Dawson K.R., Long A., Kennedy J., Mogrige N. *The chest radiograph in acute bronchiolitis*. J Pediatr Child Health. 1990; 26: 209-211.

8. Hartling L., Wiebe N., Russel K., Patel H., Klassen T.P. *Epinephrine for bronchiolitis*. Cochrane Database Syst Rev 2004; (1)CD003123.

9. Lazăr Dorin. *Patologie pediatrică*. Vol.I. Editura Național. Bronșiolita acută. 209-213, 1997.

10. Lowell D.L., Lister G., Von Koss H., McCarhy P. *Wheezing in infants: the response to epinephrine pediatrics*. 1987; 79: 939-945.

11. Millins J.A., Lamonte A.C., Bresee J.S., Anderson L.J. *Substantial variability in community respiratory syncytial virus season timing*. Pediatr Infect Dis J 2003; 22(10): 857-862.

12. Man C. Sorin, Nanulescu V. Mircea. *Pediatric practică*. Bronșiolita acută. 81-83. Cluj-Napoca: Risoprint, 2006.

13. Patel H., Platt R., Lozano J.M., Wang E.E. *Glucocorticoids for acute viral bronchiolitis in infants and young children*. Cochrane Database Syst Rev. 2004; (3)CD004878.

14. Spurling G.K.P., Fonseka K., Doust J., del Mav C. *Antibiotics for bronchiolitis in children*. Cochrane Database Syst Rev, 2007; (1): CD005189.

15. Turner T., Wilkinson F., Harris C., Mazza D. *Evidence based guideline for the management of bronchiolitis*. Aust Fam Physician. 2008; 37(6) SPECIAL ISSUE, p.6-13.
16. Kellner J.D., Ohlsson A., Godonski A.M., Wang E.E. *Efficacy of bronchodilator therapy in for bronchiolitis. A meta-analysis*. Arch Pediatr Adolesc Med. 1996; 150(11), p.1166-1172.
17. Kellner J.D., Ohlsson A., Gadonski A.M. Wang E.E. *Bronchodilators for bronchiolitis*. Cochrane Database Syst Rev. 2000; (2)CD001266.
18. Klassen T.P., Rowe P.C., Sutcliffe T., Ropp L.J., McDowell I.W., Li M.M. *Randomized trial of salbutamol in acute bronchiolitis*. Pediatr Rev Commun. 1990;5:121-129.

Rezumat

În urma studiului efectuat, am constatat:

- 1) Bronșiolita acută se dezvoltă preponderent la copiii sugari, iar la 2/3 dintre copii s-a constatat asocierea a 2 sau 3 factori de risc.
- 2) Experiența Secției Reanimare și Terapie Intensivă confirmă necesitatea respectării standardelor internaționale de management al bronșiolitei acute la copil: terapia cu oxigen, rehidratarea și recomandă implementarea în practica largă. De asemenea, este recomandată terapia inhalatorie cu sol. NaCl 3%, în special în forma ușoară și medie, corticosteroizii de administrat doar la pacienții cu bronșiolită în forma severă.
- 3) Internarea în Secția de Terapie Intensivă și inițierea corectă a managementului bronșiolitei acute favorizează micșorarea bronhospasmului, normalizarea gazelor sanguine, îmbunătățirea stării generale și însănătoșirea copilului. Pe parcursul a 3 ani, nici un copil nu a decedat cu diagnoză de bronșiolită acută.

Summary

Owing to the carried out research we established:

- 1) Acute bronchiolitis develops predominantly at nurselings, and at 2/3 of children was established an association of 2 or 3 risk factors.
- 2) Experience of the resuscitation and intensive care unit confirms the necessity of compliance with the international standards of acute bronchiolitis management, for child: therapy with oxygen and rehydration is recommended to be implemented in wide practice. Also is recommended inhalation therapy with solution of NaCl 3% in light and medium form, to administer corticosteroids only to patients with severe form of bronchiolitis.
- 3) Admittance to the intensive care unit and proper initiation of acute bronchiolitis management favors the decrease of bronchospasm, normalization of sanguine gases, improvement of general state and recovery of a child. During 3 years not a child deceased with the diagnosis of acute bronchiolitis.

LUXAȚIA ANTERIOARĂ A CAPULUI OSULUI ULNAR

Borovic Eduard, dr. în medicină, secretar științific CNȘPMU,
Borovic Ecaterina, studentă USMF „Nicolae Testemițanu”

Introducere. Luxația pură a capului osului ulnar în partea palmară este o leziune rar întâlnită [6]. Baza mecanismului traumatic o constituie căderea sau liftingul forțat al mâinii în poziție de supinație, însoțit de leziunea ligamentului radioulnar dorsal și a complexului fibrocartilagenos triunghiular (TFCC) [7]. Luând în considerare specificul tabloului imagistic, care depinde de poziția corectă a membrului traumatizat în timpul examinării [5] (poziționarea este îngreunată de prezența durerilor pronunțate și, uneori, a stării excitate a pacientului), ea poate rămâne nediagnosticată de ortopezii cu experiență mică. Este descris un caz clinic, cu scopul sporirii vigilenței specialiștilor traumatologi de urgență asupra acestor patologii rare.

Material și metode: Bolnavul B., 34 de ani, în stare de ebrietate și excitate, s-a adresat cu plângeri de dureri insuportabile în regiunea antebrățului cu iradiere în braț, până la fosa axilară. Mecanismul traumatismului: încercarea de a menține o greutate cu membrul superior în poziție de flexie în articulația cotului și supinația antebrățului. Examinarea obiectivă: încordarea mușchilor dorsali ai antebrățului pe partea ulnară (*m. extensor carpi ulnaris (n.radialis)* și *m. extensor digiti minimi*),