

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 excitație, 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*),

deviație ulnară a mâinii, lipsa eminentei capului ulnar pe partea dorsală. După un examen imagistic (figura 1), fractura oaselor articulației mâinii nu a fost depistată. Cu scop de cupare a durerilor, în regiunea sindesmozei distale radioulnare au fost introduse 6 ml de sol. lidocaină 2%, cu efect analgic pozitiv imediat și dispariția încordării musculare. A fost efectuată reducerea capului osului radial luxat anterior, prin tracția după axă cu presiune asupra capului osului ulnar în direcție dorsală. Controlul imagistic (figura 2) a arătat restabilirea anatomiei normale a articulației mâinii. Dereglări neurovasculare periferice ireversibile în dinamică nu s-au dezvoltat. Au fost indicate preparate pentru îmbunătățirea hemocirculației segmentului traumatizat. S-a recomandat imobilizarea ghipsată mai sus de cot, în poziție neutră, pentru 6 săptămâni.

**Rezultate obținute.** A fost diagnosticat și rezolvat ortopedic un caz de luxație anterioară a capului osului ulnar. În varianta descrisă, noi am observat clinica afecțiunii traumatiche asupra nervului radial, în timp ce în literatura științifică sunt prezente date despre complicații, ce pot surveni la presiunea capului ulnei luxate asupra nervului ulnar [6]. Un diagnostic veridic trebuie stabilit pe baza unor radiografii standard, corect efectuate, și poate fi confirmat prin scanarea tomografică (figura 3) comparativă a încheieturilor afectate și normale [8].

**Discuții și concluzii.** Este descris un caz clinic de luxație anterioară a capului osului ulnar. Specificul traumatismului, raritatea lui [3], rezultatele examinării subiective a pacientului, în concordanță cu tabloul imagistic primar efectuat în pozițiile strict standard cu controlul posibil tomografic [6], necesită o atenție adăugătoare a medicilor traumatologi de urgență.



*Figura 1.* Radiografii standard posteroanterioare și laterală a articulației mâinii demonstrează dislocarea palmară a cubitusului



*Figura 2.* Radiografii de control după reducerea luxației

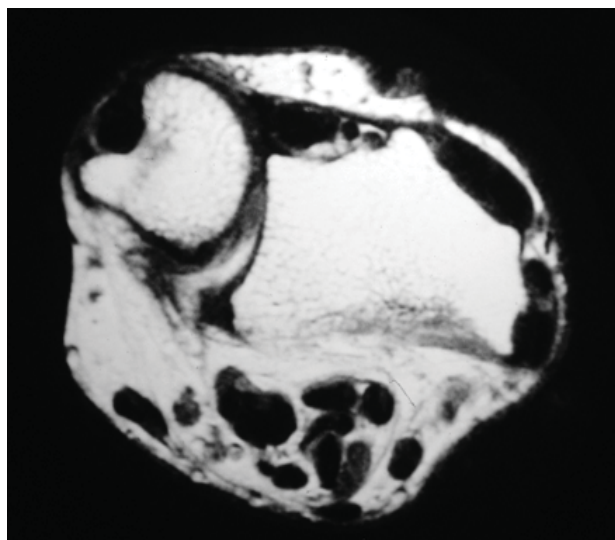


Figura 3. Tomografia computerizată a articulației mâinii

#### Referințe bibliografice

1. Acosta R, Hnat W, Schecker LR. Distal radio-ulnar ligament motion during supination and pronation. *J Hand Surg Br.* 1993; 18: 502-505.
2. Berger Richard A., Weiss Arnold-Peter C., *Hand Surgery. Volume 1- 2004; By Lippincott Williams & Wilkins. USA p.2800.*
3. Bruckner J.D., Alexander. A H., and Lichtman D.M., Acute Dislocations of the Distal RU Joint. *JBJS.* 1995; Vol 77-A No 6.
4. Garcia-Elias M, Dobyns JH. Dorsal and palmar dislocations of the distal radioulnar joint. In: Cooney WP, Dobyns JH, Linscheid RL, editors. *The wrist: diagnosis and operative treatment.* St. Louis: Mosby; 1998; 768 .
5. Heiple KG, Freehafer AA, Van't Hof A. Isolated traumatic dislocation of the distal end of the ulna or distal radio-ulnar joint. *J Bone Joint Surg Am.* 1962; 44: 1387 -94.
6. Szabo, Robert M. MD, MPH. Distal Radioulnar Joint Instability *The Journal of Bone and Joint Surgery (American).* 2006; 88: 884-894.
7. Ward LD, Ambrose CG, Masson MV, Levaro F. The role of the distal radioulnar ligaments, interosseous membrane, and joint capsule in distal radioulnar joint stability. *J Hand Surg Am.* 2000; Mar; 25 (2): 341-51.
8. Wechsler RJ, Wehbe MA, Rifkin MD, Edeiken J, Branch HM. Computed tomography diagnosis of distal radioulnar subluxation. *Skeletal Radiol.* 1987; 16:1 -5.

#### Rezumat

Este descris un caz clinic de luxație anterioară a capului osului ulnar. Specificul traumatismului și rezultatele examinării subiective a pacientului, în concordanță cu tabloul imagistic, necesită o atenție adăugătoare a medicilor traumatologi de urgență.

#### Summary

The article describes a clinical case of an anterior twist of the ulnae bone. The specific of the trauma and the results of the subjective examination of the patient, in accordance with the primary imagistic picture, need an additional attention of the emergency orthopedic doctors.