

Prüfungsprotokoll DESA Uppsala, Schweden (Mai 2012)

Runde 1:

Eingangsfrage (mit 10 min schriftl. Vorbereitung): Was ist eine respiratorische Insuffizienz? Ursachen, Unterscheidung akut/chronisch (BE!), dann renale Kompensationsmechanismen. Pathophysiologische Veränderungen unter Anästhesie. FRC-Veränderungen, V/Q-Mismatch.

Wie ist das sympathische Nervensystem aufgebaut? Grenzstrang, Afferenzen aus welchen Segmenten, Ganglion stellatum, auf welcher Höhe liegt es anatomisch? Ganglion coeliacum. Welche Neurotransmitter am Effektororgan? Welche Rezeptoren? Signaltransduktion. Dann je einen alpha- und beta- Ago- und Antagonisten nennen.

Dann Wechsel zu: Desfluran. Vor- und Nachteile. Habe zunächst über Löslichkeiten und Steuerbarkeit erzählt und wurde dann aber gebeten, etwas zu den physikalischen Eigenschaften sowie Verdampferbesonderheiten zu erzählen. Desfluran zur Induktion?

Zum Schluß nochmal FRC: Veränderungen im Alter? Closing Volume. Wie ist die FRC bei Kindern? Sie wollten hören, daß FRC relativ zu klein ist und dann kam der Gong.

Runde 2:

Zeichnen Sie den Verlauf der Plasmakonzentration eines (selbst zu wählenden) Induktionsanästhetikums nach Bolusgabe. Habe mich für Propofol entschieden. Dann alpha-, beta-, gamma- Halbwertszeiten bzw. terminale HWZ, Verteilungsvolumina, Clearance, was ist das? Was ist eine HWZ? Wie errechnet man die V_d ? 3-Kompartementmodell. Kennen Sie Modelle für Propofol? (habe dann Schnider + Marsh genannt). Wie rechnen die? (BET-Modell) Wie sieht die Konzentration am Effektororgan aus? Effektorkompartiment/Biophase. Wie müßte man manuell dosieren, um eine konstante Effektorkompartimentkonzentration zu erhalten?

PAK: was ist das? Druckverhältnisse beim Legen, was kann man damit alles messen?

Dann Aortenstenose: pathophysiologische Veränderungen. La Place Gesetz, cardiale Perfusion, anästhesiologisches Vorgehen (Herzfrequenz, Vorlast, Nachlast, Medikamente) und zum Schluß: volatile Anästhetika + Muskulatur. Was mir dazu einfällt. Mir ist nur MH eingefallen, darüber durfte ich dann aber erzählen: Inzidenz, Pathophysiologie, Symptome, anästhesiologisches Management.

Runde 3:

Patient im AWR nach Hemicolektomie bei Perforation. Jetzt oligurisch. Management? Dann Weiterleitung Richtung SIRS/Sepsis, weitere Organversagen. Management? Frage nach Dopamin. Volumengabe nach ZVD? Wollte lieber einen PiCCO legen - war ok. Tests bei ANV? (ich glaube, ich sollte auch noch etwas von fraktionellen Ausscheidungen erzählen. Habe gesagt, daß es das gibt, aber das wir das klinisch nicht machen – wurde akzeptiert) Wann Indikation zur Nierenersatztherapie?
neuer Patient: akzidentielle Kaliuminfusion mit Hyperkaliämie.
Therapieoptionen? (NaBi, Ca, Diuretika, Austauschharze, Glc-Insulin) ggf. extrakorporale Elimination – wie lange dauert das bis zum Start? Was ist hier besser: Dialyse oder Filtration und warum?
Röntgen-Thorax: post op nach Lobektomie? mit Drainagen und Restpneu. Aber strukturiertes Vorgehen war wohl entscheidend.

Runde 4:

Patientin mit über 5 Jahre rezidiv. LEs, Herzinsuff. NYHA III und Arthritis der Hüfte zur OP. Pat nimmt Digitoxin. keine Angabe was für eine OP! Meine Annahme, es sei eine Elektiv-OP, war ok. Welche Voruntersuchungen? Prä-OP Optimierungsversuch der angenommenen PHT (Endothelinantagonisten, PDE-Hemmer,...). Welche Begleitmedikation erwarten sie noch? (Antikoagulation!)
Management dieser Pat: ich habe mit gegen SPA/PDA entschieden wg. therapeutischer Antikoagulation, die ich nicht unterbrechen wollte, war ok. Andere haben sich für SPA/PDA entschieden, war aber auch ok. Dann Monitoring (Art, ZVK, habe in Abhängigkeit vom klinischen Zustand ggf. PAK gesagt und natürlich post op IMC) und PVR-, Vorlast-, Herzfrequenz-Steuerung und Ziele? Dann Medikamente, die Einfluß auf PVR haben. Was machen sie, wenn die Pat. intraop cardial dekompensiert?

EKG: Vorhofflattern mit 4 zu 1 Überleitung.

Dann Myasthenia gravis: Pathophysiologie, Klinik, anästhesiologisches Management. Relaxierung, IMC bzw. ggf. ICU-Bett und warum?

Prämedikation bei MG? Wirkmechanismus Cholinesteraseinhibitoren, andere Therapiemöglichkeiten? (ggf. Thymektomie, Plasmapherese)

neues Thema: Wann geben Sie Blut? Habe zunächst untere Absolutwerte genannt, dann Unsicherheit in Bezug auf KHK-Pat. Zeichen der Hypoxämie. Zu Neonaten (der Prüfer bohrte hier ziemlich nach!) konnte ich nichts mehr sagen – der finale Gong hat mich erlöst.

Dann langes Warten auf Resultat. Danach gabs einen „drink“ („No matter if you pass or fail – at the end of the day you will definitely need a drink!“)

Nettes Anstoßen mit allen Prüfern (die wirklich alle sehr nett waren!!!) und dann völlig platt ins Hotel!