



UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Děkanát, Hněvotínská 3, 779 00 Olomouc

V Olomouci 15. února 2021

**Zápis o konání obhajoby disertační práce v oboru Chirurgie**

**MUDr. Tomáš Řezáč**, lékař I. chirurgické kliniky LF UP a FNOL, student kombinované formy doktorského studijního programu *Chirurgie* na LF UP v Olomouci.

Téma práce: „Lokální výkony u tumoru rekta a diagnostika komplikací“

Obhajoba se konala v Olomouci dne 8. března 2021 ve 13:30 hod.

**Komise:**

předseda: prof. MUDr. Čestmír Neoral, CSc. .... ✓

místopředseda: prof. MUDr. Vladimír Král, CSc. .... ✓

členové: doc. MUDr. Igor Penka, CSc. .... *onluren*

doc. MUDr. Lubomír Martínek, Ph.D. .... ✓

prof. MUDr. Kamil Vysloužil, CSc. .... ✓

**Oponenti:** doc. MUDr. Igor Penka, CSc. .... *onluren*  
Chirurgická klinika FNUSA

prof. MUDr. Kamil Vysloužil, CSc. .... ✓  
I. chirurgická klinika LF UP a FNOL

**Školitel:** MUDr. Pavel Zbořil, Ph.D. .... ✓

Předseda komise přednesl stručnou charakteristiku uchazeče, hodnocení školitele a vedoucího školicího pracoviště. Poté uchazeč vyložil podstatný obsah své disertace. Oponenti přednesli své posudky. Ve vědecké rozpravě vystoupili: viz příloha – zápis o diskusi.

Hlasování se účastnilo 4... členů komise. Kladně hlasovalo 4... členů, záporně 0... členů, neplatných lístků bylo odevzdáno 0...

**Usnesení:**

Přítomní členové komise tajným hlasováním rozhodli, že **MUDr. Tomáš Řezáč** obhájil/~~neobhájil~~\* disertační práci a doporučili/~~nedoporučili~~\* udělení akademického titulu doktor ve zkratce Ph.D. dle § 47 Zákona o vysokých školách č. 111/98 Sb.

.....  
prof. MUDr. Čestmír Neoral, CSc.  
předseda komise

\*nehodící se škrtněte

## Otázky oponentů + vědecká rozprava

**Otázka:** Komplikace v anastomóze jsou většinou diagnostikovány 5-7 den. Ale existují časné dehiscence zjištěné již 2-3 den, které dle mých zkušeností bývají fatální. Měl jste v sestavě nemocných časné dehiscence? Pokud ano jak reagoval CRP?

**Odpověď:** Časnou dehiscenci jsme v sestavě neměli, dehiscence byla 4-6 pooperační den, je ale předpoklad zhoršení klinického stavu, vzestup teplot, CRP a dále pak patologický odpad do drénu – vzduch, hnis, stolice.

**Otázka:** V minulosti byl k endoskopické transanální resekci indikován tumor stádia T2 pokud byl dobře diferencovaný a byl menší než 4 cm. Co si myslíte o změně indikace pouze na tumory T1? Jsou statisticky významné rozdíly v přežívání nemocných T2 operovaných klasicky proti operovaným operačním rektoskopem?

**Odpověď:** Každá metoda se vyvíjí a časem se zajistí správná a vhodná indikace, dle mého je důležité zejména riziko metastazování do lymfatických uzlin, 4-8% T1 tumory, 18.5% T2 tumory, 42% T3 tumory, a 50% T4 tumory. Tedy změna indikace z hlediska radikality onkochirurgického výkonu je správná. Rozdíl u T2 tumoru je přítomný, u lokálního výkonu bývá vyšší rekurence a kratší DFS, tedy u tumoru T2 a vyšší je nutno nemocnému nabídnout radikálnější výkon – pokud ho ale z jakéhokoli důvodu nezvládne je možno akceptovat i výkon lokální, s přiměřenou mírou rizika.

**Otázka:** Opravdu považujete obavu z perforace střeva při indikaci ke koloskopickému vyšetření za neoprávněnou (str. 38). Nikdy jste se s perforací nesetkal, a jestli ano, vždy měla naprosto nekomplikovaný a hladký průběh?

**Odpověď:** ano, riziko je asi 0,09 % všech koloskopií, u léčebných výkonů je toto riziko vyšší cca 0,7 %. Průběh záleží od časového faktoru, u časné perforace je výkon menší, střevo je připraveno a výkon může být od prosté sutury / zde je ale riziko termického poranění okrajů během koloskopie a následné nekrózy / až po výkon v rozsahu onkochirurgické radikality když endoskopista potvrdí pravděpodobně nádorový charakter léze. Pozdější diagnostika je spojena se septickým stavem u již doma realimentovaného nemocného s purulentní nebo sterkorální peritonitidou, výkon spočívá v toaletě dutiny břišní, ošetření defektu a vyvedení pojistné ileostomie.

**Otázka:** Ve 14 % pacientů vašeho souboru uvádíte provedení primární střevní anastomózy u akutních případů. Na základě jakých kritérií se pro založení primární anastomózy u akutních případů rozhodujete.

**Odpověď:** na základě nitrobřišního nálezu, u pravého kolon, pokud není dilatace tračníku tak i v oblasti levého kolon, poruchy vitality střeva – různé rotace, inkarcerace, adheze, dále pak i u pokročilé apendicitidy řešené IC resekci.

**Doc. Martínek** – názor na rozsah výkonu u nemocného po radioterapii s complete response, odpovědi bylo, že dle mého názoru by se mělo postupovat v rozsahu TME tedy radikální výkon protože část nádorových buněk může zůstat a že sledování nebo lokální výkon je indikován jenom pro vysoce rizikové nemocné kteří by rozsáhlý výkon nezvládli.

Zde prof. Král poznamenal názor patologu na řídnutí nádoru a to že by se mělo resekovat ve stejném rozsahu na což prof. Vysloužil oponoval, že je to z důvodu zmenšení nádoru, že se resekuje cca 2 cm pod tumor a že nejsou prokázány vyšší recidivy.