

Autoreferat

1. Imię i nazwisko

Miłosz Jasiński

2. Posiadane dyplomy i stopnie naukowe

Ukończenie studiów na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu w 2006r

Uzyskanie tytułu specjalisty: Urologia w 2014 r

Uzyskanie tytułu doktora nauk medycznych w zakresie medycyny na podstawie rozprawy doktorskiej „Analiza aktywności paraoksonazy, ilości tkanki tłuszczowej i objętości gruczołu krokowego u pacjentów poddanych brachyterapii z powodu raka stercza” w 2016r. Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Promotor: dr hab. Dorota Olszewska-Słonina. Recenzenci: prof. dr hab. Tomasz Drewna, dr hab. Marcin Matuszewski

Ukończenie studiów podyplomowych Master of Business Administration na Wydziale Finansów i Zarządzania w Bydgoszczy Uniwersytetu WSB Merito w Toruniu w 2024r.

3. Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych i leczniczych

Od 2006 do 2016 – Zakład Inżynierii Tkankowej, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu jako wolontariusz

Od 2022 do chwili obecnej – Katedra Urologii i Onkologii Urologicznej, Collegium Medicum, Uniwersytet Zielonogórski, adiunkt

Od 2008 do 2014 – Oddział Kliniczny Urologii Onkologicznej, Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy na stanowisku młodszego asystenta

Od 2014 do 2022 – Oddział Kliniczny Urologii Onkologicznej, Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy na stanowisku starszego asystenta

Od 2022 do chwili obecnej – lekarz urolog, Kliniczny Oddział Urologii, Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze

4. Wskazanie osiągnięcia naukowego

Tytuł: **Diagnostyka i leczenie małych guzów nerek (T1a) – rola biopsji i przezskórnej termoablacji**

Wykaz publikacji wchodzących w skład osiągnięcia naukowego:

Osiągnięcie naukowe będące podstawą do ubiegania się o stopień doktora habilitowanego stanowi cykl pięciu prac oryginalnych, opublikowanych w czasopiśmie znajdujących się w bazie Journal Citation Reports. Sumaryczny Impact Factor publikacji wykazanych w osiągnięciu naukowym wynosi 12,747 a suma punktów MNiSW 440 pkt.

Perioperative and Oncological Outcomes of Percutaneous Radiofrequency Ablation versus Partial Nephrectomy for cT1a Renal Cancers: A Retrospective Study on Groups with Similar Clinical Characteristics. Jasinski M, Wisniewski P, Bielinska M, Siekiera J, Kamecki K, Salagierski M. Cancers. 2024; 16(8):1528.

IF 4,5; MNiSW 140 pkt

Ultrasound-Guided Percutaneous Thermal Ablation of Renal Cancers—In Search for the Ideal Tumour. Jasinski M, Bielinska M, Siekiera J, Kamecki K, Salagierski M. Cancers. 2023; 15(2):518.

IF 4,5; MNiSW 200 pkt

Ultrasound-Guided Renal Mass Biopsy and Its Clinical Utility: A Single-Centre Experience. Jasinski M, Siekiera J, Tworkiewicz M. Urol Int. 2022 Jan 21:1-7.

IF 1,6; MNiSW 70 pkt

Radiofrequency ablation of small renal masses in comorbid patients. Siekiera J, Jasinski M, Mikołajczak W. Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne. 2018;13(2):212-214.

IF 1,147; MNiSW 15 pkt

Radiofrequency ablation of small renal masses as an alternative to nephron-sparing surgery: preliminary results. M. Jasiński, Jerzy Siekiera, P. Chłosta, W. Mikołajczak, T. Drewa. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne*. 2011;6(4):242-245.

IF 1,000; MNiSW 15 pkt

Oświadczenie dotyczące mojego indywidualnego wkładu autorskiego w powstanie poniżej zaprezentowanych prac zamieszczono w załączniku nr 4, w załączniku nr 5 zebrano kopie publikacji stanowiących osiągnięcie naukowe.

Omówienie osiągnięcia naukowego

Wprowadzenie

Nowotwory nerek są jednymi z częstszych zmian nowotworowych – zwłaszcza w krajach rozwiniętych ich wykrywalność wzrasta, co jest związane z powszechnym stosowaniem badań obrazowych [1, 2]. Wzrasta zwłaszcza wykrywalność małych guzów, o średnicy do 4cm. Na określenie takich właśnie zmian został utworzony termin 'small renal mass' (mały guz nerki, SRM) [3, 4]. Choć większość z nich stanowią nowotwory złośliwe, to nawet ponad 20% SRM mogą stanowić zmiany łagodne [4, 5]. Wiele z tych guzów jest wykrywanych przypadkowo u pacjentów w podeszłym wieku, często obciążonych chorobami współistniejącymi. Choć badania obrazowe – rezonans magnetyczny i tomografia komputerowa – stanowią podstawę diagnostyki guzów nerek, to sam obraz radiologiczny zmiany nie zawsze pozwala na wiarygodne określenie jej charakteru [6, 7]. Przełskórna biopsja guza nerki pozwala jednoznacznie określić charakter zmiany, jej rola w diagnostyce guzów nerek nie została jednak dokładnie ustalona – Europejskie Towarzystwo Urologiczne zaleca obecnie wykonywanie biopsji przed leczeniem ablacyjnym oraz u pacjentów, u których rozważana jest obserwacja [8]. Standardem postępowania w leczeniu SRM jest leczenie chirurgiczne – częściowa nefrektomia [8, 9, 10]. Zabieg ten może być wykonywany zarówno jako otwarty zabieg chirurgiczny, jak i endoskopowo – laparoskopowo lub w asyście robota. Jest to zabieg o ugruntowanej pozycji w urologii onkologicznej, skuteczny, o dobrze poznanych wynikach krótkoterminowych i odległych, opisany w licznych publikacjach. Jest to jednak zabieg wymagający znieczulenia ogólnego, inwazyjny (nawet jeśli jest wykonywany endoskopowo) i może stanowić istotne obciążenie dla niektórych pacjentów. Z tego właśnie powodu w ciągu ostatnich lat obserwuje się rosnące zainteresowanie

alternatywnymi sposobami postępowania – technikami ablacyjnymi i obserwacją, zwłaszcza u starszych pacjentów z wielochorobowością [11, 12].

Techniki ablacyjne polegają na niszczeniu tkanki guza za pomocą czynnika fizycznego – wysokiej (termoablacja) i niskiej (krioablacja) temperatury i pola elektrycznego, dostarczanego przy pomocy wprowadzonej do guza sondy igłowej [13]. Mogą one być wykonywane przezskórnie, pod kontrolą ultrasonografii lub tomografii komputerowej, także w analgesodacji, co czyni je szczególnie atrakcyjnymi zwłaszcza w leczeniu pacjentów, którzy ze względu na obciążenie chorobami współistniejącymi nie są dobrymi kandydatami do leczenia chirurgicznego [8, 11, 13]. Z minimalnie inwazyjnym zabiegiem wykonywanym przezskórnie, w analgesodacji wiążą się także inne korzyści – krótszy czas hospitalizacji, mniejsze dolegliwości bólowe oraz szybsza rehabilitacja po zabiegu [13, 14, 15]. Techniki ablacyjne są jednak stosowane dużo mniej powszechnie niż resekcja chirurgiczna – mniej niż 10% guzów nerek T1a jest leczonych w ten sposób [13]. Pomimo stale rosnącej ilości danych potwierdzających bezpieczeństwo i skuteczność ablacji, na przeszkodzie w upowszechnianiu tego sposobu leczenia stać może brak wysokiej jakości badań porównujących go z obecnym standardem – częściową nefrektomią, zwłaszcza brak prospektywnych, randomizowanych badań [13, 16]. Co więcej, istnieją pewne istotne rozbieżności – jedni autorzy opisują porównywalne wyniki leczenia, porównywalne przeżycie i brak różnic w częstości wznów [17-20], podczas gdy inni podają wyższe ryzyko wznowy i gorsze przeżycie u pacjentów leczonych technikami ablacyjnymi [21, 22]. W metaanalizie z 2016 uzyskano gorszą kontrolę onkologiczną u pacjentów leczonych ablacją niż w przypadku częściowej nefrektomii, jednak po uwzględnieniu ponownego zabiegu w razie wznowy wyniki ablacji były porównywalne z zabiegami chirurgicznymi [23]. Te rozbieżności mogą być związane z faktem, że większość dostępnych prac porównujących ablację do częściowej nefrektomii to badania retrospektywne, z istotnymi różnicami między grupami i niejednorodnymi kryteriami kwalifikacji do danego sposobu leczenia, między innymi tendencją do kwalifikowania młodszych, mniej obciążonych pacjentów do częściowej nefrektomii a starszych i bardziej obciążonych do ablacji.

Celem prac składających się na przedstawiony cykl publikacji było ustalenie:

1) czy przezskórna termoablacja pod kontrolą USG może być metodą z wyboru w leczeniu guzów nerek T1a,

- 2) wyodrębnienie grupy pacjentów, u których termoablacja pozwala na uzyskanie efektów onkologicznych porównywalnych do częściowej nefrektomii, oraz
- 3) ustalenie roli biopsji w postępowaniu z pacjentami z guzem nerki.

Bibliografia:

1. Bukavina L, Bensalah K, Bray F, Carlo M, Challacombe B, Karam JA, Kassouf W, Mitchell T, Montironi R, O'Brien T, Panebianco V, Scelo G, Shuch B, van Poppel H, Blosser CD, Psutka SP. Epidemiology of Renal Cell Carcinoma: 2022 Update. *Eur Urol*. 2022;82(5):529-542.
2. Capitanio U, Bensalah K, Bex A, Boorjian SA, Bray F, Coleman J, Gore JL, Sun M, Wood C, Russo P. Epidemiology of Renal Cell Carcinoma. *Eur Urol*. 2019;75(1):74–84.
3. Finelli A, Ismaila N, Bro B, Durack J, Eggener S, Evans A, et al. Management of small renal masses: American Society of clinical oncology clinical practice guideline. *J Clin Oncol* 2017;35:668–80.
4. Sanchez A, Feldman AS, Hakimi AA. Current management of small renal masses, including patient selection, renal tumor biopsy, active surveillance, and thermal ablation. *J Clin Oncol* 2018;36:3591–600.
5. Bhindi B, Lohse CM, Mason RJ, Westerman ME, Cheville JC, Tollefson MK, et al. Are we using the best tumor size Cut-points for renal cell carcinoma staging? *Urology* 2017;109:121–6.
6. Ambani SN, Wolf JS Jr. Renal mass biopsy for the small renal mass. *Urol Oncol*. 2018;36(1):4–7.
7. Millet I, Doyon FC, Hoa D, Thuret R, Merigeaud S, Serre I, et al. Characterization of small solid renal lesions: can benign and malignant tumors be differentiated with CT? *AJR Am J Roentgenol*. 2011;197(4):887–96.
8. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Paris 2024. ISBN 978-94-92671-23-3.
9. Campbell S, Uzzo RG, Allaf ME, Bass EB, Cadeddu JA, Chang A, Clark PE, Davis BJ, Derweesh IH, Giambarresi L et al. Renal Mass and Localized Renal Cancer: AUA Guideline. *J. Urol*. 2017;198:520–529.
10. Jiang P, Ali SN, Peta A, Arada, RB, Brevik A, Xie L, Okhunov Z, Clayman RV, Landman J. A Review of the Recommendations and Strength of Evidence for Clinical Practice Guidelines on the Management of Small Renal Masses. *J. Endourol*. 2023;37:903–913.

11. Woskowiak P, Lewicka K, Bureta A, Salagierski M. Active surveillance and focal ablation for small renal masses: A better solution for comorbid patients. *Arch. Med. Sci.* 2019;16:1111–1118.
12. Hu X, Shao, YX, Wang, Y, Yang ZQ, Yang, WX, Li X. Partial nephrectomy versus ablative therapies for cT1a renal masses: A Systematic Review and meta-analysis. *Eur. J. Surg. Oncol.* 2019;5:1527–1535.
13. Cazzato RL, Garnon J, De Marini P, Auloge P, Koch G, Dalili D, Buy X, Palussiere J, Rao PP, Tricard T, Lang H, Gangi A. Is percutaneous image-guided renal tumour ablation ready for prime time? *Br J Radiol.* 2020;93(1114):20200284.
14. Castle SM, Gorbatiy V, Avallone MA, Eldefrawy A, Caulton DE, Leveillee RJ. Cost comparison of nephron-sparing treatments for cT1a renal masses. *Urol. Oncol.* 2013;31:1327–1332.
15. Pandolfo SD, Beksac AT, Derweesh I, Celia A, Schiavina R, Bianchi L, Costa G, Carbonara U, Loizzo D, Lucarelli G, et al. Percutaneous Ablation Vs Robot-Assisted Partial Nephrectomy for Completely Endophytic Renal Masses: A Multicenter Trifecta Analysis with a Minimum 3-Year Follow-Up. *J. Endourol.* 2023;37(3):279-285.
16. Abu-Ghanem Y, Fernández-Pello S, Bex A, Ljungberg B, Albiges L, Dabestani S, Giles RH, Hofmann F, Hora M, Kuczyk MA, et al. Limitations of Available Studies Prevent Reliable Comparison Between Tumour Ablation and Partial Nephrectomy for Patients with Localised Renal Masses: A Systematic Review from the European Association of Urology Renal Cell Cancer Guideline Panel. *Eur. Urol. Oncol.* 2020;3:433–452.
17. Chung DJ, Hwang H, Sohn DW. Radiofrequency ablation using real-time ultrasonography-computed tomography fusion imaging improves treatment outcomes for T1a renal cell carcinoma: Comparison with laparoscopic partial nephrectomy. *Investig. Clin. Urol.* 2022;63:159–167.
18. Lian H, Guo H, Zhang G, Yang R, GanW, Li X, Ji C, Liu J. Single-center comparison of complications in laparoscopic and percutaneous radiofrequency ablation with ultrasound guidance for renal tumors. *Urology* 2012;80:119–124.
19. Andrews JR, Atwell T, Schmit G, Lohse CM, Kurup AN, Weisbrod A, Callstrom MR, Chevile JC, Boorjian SA, Leibovich BC, et al. Oncologic Outcomes Following Partial Nephrectomy and Percutaneous Ablation for cT1 Renal Masses. *Eur. Urol.* 2019;76:244–251.

20. Xing M, Kokabi N, Zhang D, Ludwig JM, Kim HS. Comparative Effectiveness of Thermal Ablation, Surgical Resection, and Active Surveillance for T1a Renal Cell Carcinoma: A Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER)-Medicare-linked Population Study. *Radiology*. 2018;288:81–90.
21. Park BK, Gong IH, Kang MY, Sung HH, Jeon HG, Jeong BC, Jeon SS, Lee HM, Seo SI. RFA versus robotic partial nephrectomy for T1a renal cell carcinoma: A propensity score-matched comparison of mid-term outcome. *Eur. Radiol*. 2018;28:2979–2985.
22. Aveta A, Iossa V, Spena G, Conforti P, Pagano G, Dinacci F, Verze P, Manfredi C, Ferro M, Lasorsa F, et al. Ablative Treatments for Small Renal Masses and Management of Recurrences: A Comprehensive Review. *Life*. 2024;14:450.
23. Pierorazio PM, Johnson MH, Patel HD, Sozio SM, Sharma R, Iyoha E, Bass EB, Allaf ME. Management of Renal Masses and Localized Renal Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *J. Urol*. 2016;196:989–999.

Omówienie poszczególnych prac wchodzących w skład cyklu publikacji stanowiących osiągnięcie naukowe

1) Radiofrequency ablation of small renal masses as an alternative to nephron-sparing surgery: preliminary results. M. Jasiński, Jerzy Siekiera, P. Chłosta, W. Mikołajczak, T. Drewa. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne*. 2011;6(4):242-245.

W pracy dokonano retrospektywnej analizy pacjentów poddanych przezskórnej termoablacji pod kontrolą USG z powodu guza nerki T1a. Przeanalizowano 129 przypadków, spośród tej grupy wyodrębniono 23 pacjentów spełniających następujące kryteria: wiek do 70 lat, prawidłowa wydolność nerek i obecność drugiej nerki oraz brak istotnych obciążeń mogących stanowić przeciwwskazanie do leczenia chirurgicznego. Oceniono efekty onkologiczne leczenia, obecność radiologicznych cech wznowy, dalsze postępowanie a także wyniki przezskórnej biopsji guza pod kontrolą USG wykonywanej podczas zabiegu termoablacji. W czasie średnio 2-letniego okresu obserwacji nie odnotowano żadnego przypadku rozsiewu choroby a przeżycie w tej grupie wynosiło 100%. W 6 przypadkach odnotowano natomiast radiologiczne cechy wznowy nowotworu, wszyscy ci pacjenci jednak, po poddaniu dodatkowemu leczeniu, pozostali wolni od nowotworu przez okres obserwacji. Autorzy wykazali, że przezskórna termoablacja guza nerki pod kontrolą USG jest metodą bezpieczną i może być stosowana także w grupie

pacjentów zazwyczaj kwalifikowanych do resekcji chirurgicznej, może być jednak związana z wyższym ryzykiem wznowy wymagającej dodatkowego leczenia.

2) Radiofrequency ablation of small renal masses in comorbid patients. Siekiera J, Jasinski M, Mikołajczak W. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne*. 2018;13(2):212-214.

W pracy dokonano oceny odległych efektów leczenia u pacjentów poddanych przezskórnej termoablacji pod kontrolą USG z powodu guza nerki T1a, obciążonych chorobami współistniejącymi. Kryteriami włączenia było istotne obciążenie chorobami współistniejącymi oraz potwierdzony w biopsji rak nerki. Przeanalizowano 103 przypadki, oceniono odległe efekty leczenia – przeżycie całkowite oraz przeżycie charakterystyczne dla nowotworu, a także obecność istotnych powikłań (Clavien-Dindo grade >2). Średni okres obserwacji wynosił 46 miesięcy. Przeżycie całkowite 1-, 3- i 5-letnie wynosiło odpowiednio 97%, 90% i 75%, przeżycie specyficzne dla nowotworu wynosiło natomiast 100%. Nie zaobserwowano powikłań Clavien-Dindo grade >2. W pracy wykazano, że przezskórna termoablacja guzów nerek jest bezpieczną metodą leczenia, nawet w populacji pacjentów obciążonych poważnymi chorobami współistniejącymi. Metoda pozwala na osiągnięcie dobrych wyników onkologicznych przy niewielkim ryzyku istotnych powikłań.

3) Ultrasound-Guided Renal Mass Biopsy and Its Clinical Utility: A Single-Centre Experience. Jasinski M, Siekiera J, Tworjewicz M. *Urol Int*. 2022 Jan 21:1-7.

W pracy dokonano analizy wyników biopsji guzów nerek pod kontrolą USG. Przeanalizowano 387 przypadków guzów nerek, w których wykonano biopsję, w tym 247 guzów do 4cm, 64 guzy ponad 4cm i 76 przypadków nowotworów rozsianych. Biopsji poddano 56% guzów do 4cm i 8% guzów ponad 4cm leczonych w okresie objętym badaniem. Stwierdzono jeden przypadek powikłania Clavien-Dindo grade 3. Odsetek biopsji niediagnostycznych wynosił 14,9%. W 27% przypadków guzów T1a stwierdzono zmiany łagodne, w przypadku kiedy wynik biopsji był niediagnostyczny a dokonano weryfikacji histopatologicznej zmiany (ponowna biopsja, resekcja chirurgiczna) odsetek zmian łagodnych w tej grupie wynosił 18%. Pacjenci z nowotworem złośliwym potwierdzonym w biopsji byli istotnie częściej kwalifikowani do aktywnego leczenia, natomiast ci ze zmianami łagodnymi do obserwacji. Uzyskane wyniki wskazują, że wynik biopsji guza nerki ma wpływ na wybór sposobu postępowania. Biopsjowanie guzów T1a, z których dość istotny odsetek (ponad 20%) mogą stanowić zmiany łagodne, pozwala na

kwalfikację większej liczby pacjentów, zwłaszcza tych obciążonych i w podeszłym wieku, do obserwacji. Ze względu na znaczny odsetek zmian złośliwych niediagnostyczne wyniki biopsji należy powtarzać lub traktować jak zmiany złośliwe. W pracy potwierdzono, że biopsja guza nerki pod kontrolą USG jest procedurą, która może być bezpiecznie wykonywana w znieczuleniu miejscowym w ramach chirurgii jednego dnia z minimalnym ryzykiem istotnych powikłań.

4). Ultrasound-Guided Percutaneous Thermal Ablation of Renal Cancers—In Search for the Ideal Tumour. Jasinski M, Bielinska M, Siekiera J, Kamecki K, Salagierski M. Cancers. 2023; 15(2):518.

W pracy przeanalizowano wyniki przezskórnych termoablacji 191 guzów nerek wykonanych pod kontrolą USG. Do badanej grupy włączono wyłącznie nowotwory złośliwe nerki potwierdzone w biopsji. Na podstawie wykonanego badania obrazowego ustalono rozmiar oraz lokalizację guza. Stwierdzono trzy przypadki powikłania Clavien-Dindo grade >2. W trakcie obserwacji trwającej średnio ponad 2 lata wykonywano badania obrazowe w celu wykrycia ewentualnej przetrwałej choroby nowotworowej lub wznowy. Stwierdzono istotne zależności między rozmiarem i lokalizacją guza a skutecznym wyleczeniem nowotworu po jednym zabiegu termoablacji – skuteczne wyleczenie po jednym zabiegu uzyskano w przypadku 72,7% guzów, 87,6% guzów do 25mm, 79,1% guzów 26-30mm oraz 94,6% i 84,4% dla guzów egzofitycznych odpowiednio do 25mm i 26-30mm. Łącznie 91,6% pacjentów pozostało wolnych od choroby nowotworowej – w tym 36 po dodatkowym leczeniu (ponowna termoablacja lub resekcja chirurgiczna). W szczególnej podgrupie 29 pacjentów z wydolną drugą nerką oraz bez istotnych obciążeń mogących stanowić przeciwwskazanie do leczenia chirurgicznego skuteczne wyleczeniem po jednym zabiegu termoablacji uzyskano w 89,6% przypadków. **Na podstawie uzyskanych wyników ustalono, że szansa na skuteczne wyleczenie po jednym zabiegu przezskórnej termoablacji pod kontrolą USG jest największa (ponad 92%) w przypadku guzów egzofitycznych do 25mm oraz guzów egzofitycznych 26-30mm, zlokalizowanych w środkowej i dolnej części nerki.** Ponownie potwierdzono także że przezskórna termoablacja guzów nerek pod kontrolą USG jest bezpieczną metodą leczenia, obarczoną niskim ryzykiem powikłań, skuteczną i w wybranych przypadkach pozwala na uzyskanie wyników porównywalnych do opisywanych w literaturze dla resekcji chirurgicznej, przy krótszym czasie hospitalizacji i mniejszym ryzyku powikłań. Wyniki pracy pozwalają też przypuszczać, że

przezskórna termoaablacja małych guzów nerek może w wybranych przypadkach stać się metodą z wyboru, także u chorych z guzami nerki pT1a z nieobciążającym wywiadem chorobowym.

5) Perioperative and Oncological Outcomes of Percutaneous Radiofrequency Ablation versus Partial Nephrectomy for cT1a Renal Cancers: A Retrospective Study on Groups with Similar Clinical Characteristics. Jasinski M, Wisniewski P, Bielinska M, Siekiera J, Kamecki K, Salagierski M. Cancers. 2024; 16(8):1528.

W tej retrospektywnej analizie porównano okołooperacyjne i onkologiczne wyniki przezskórnych termoaablacji guzów nerek pod kontrolą USG i częściowych nefrektomii. Spośród 271 pacjentów poddanych przezskórnej termoaablacji i 396 poddanych częściowej nefrektomii do badania włączono chorych spełniających następujące kryteria: rak nerki potwierdzony w biopsji, wiek do 67 lat, prawidłowa czynność nerek i obecność drugiej nerki oraz brak istotnych obciążeń mogących stanowić przeciwwskazanie do leczenia chirurgicznego. Przeanalizowano badania obrazowe takich pacjentów w celu znalezienia następujących guzów: egzofityczny i spełniający jedno z trzech kryteriów – do 30mm i zlokalizowany w środkowej części nerki, do 30mm i zlokalizowany w dolnej części nerki, do 25mm. W publikacji nr 4 wykazano, że takie zmiany dają największe prawdopodobieństwo skutecznego wyleczenia przy zastosowaniu przezskórnej termoaablacji pod kontrolą USG. Dzięki zastosowaniu takich kryteriów włączenia uzyskano grupę 44 pacjentów poddanych częściowej nefrektomii oraz 41 poddanych przezskórnej termoaablacji pod kontrolą USG. Grupy te, w przeciwieństwie do grup w wielu innych pracach porównujących częściową nefrektomię i termoaablację, nie różniły się istotnie pod względem wieku pacjentów, obciążenia chorobami współistniejącymi, stężenia kreatyniny, rozmiaru ani lokalizacji guza. Nie zaobserwowano powikłań Clavien-Dindo grade >2 w żadnej z grup. W trakcie obserwacji trwającej średnio 29 miesięcy zaobserwowano po dwa przypadki niekompletnej ablacji lub wznowy miejscowej w obu grupach, wszyscy ci pacjenci po zastosowaniu dodatkowego leczenia (termoaablacja lub resekcja chirurgiczna) byli wolni od nowotworu. Zaobserwowano natomiast istotne różnice pod względem czasu trwania zabiegu, długości hospitalizacji, utraty krwi i zużycia leków przeciwbólowych – wszystkie na korzyść termoaablacji. **Wykazano, że w wyselekcjonowanej grupie pacjentów przezskórna termoaablacja guzów nerek pod kontrolą USG może być metodą leczenia dająca równie dobre efekty onkologiczne co**

częściowa nefrektomia, przy jednoczesnych istotnych korzyściach dla pacjenta i systemu opieki zdrowotnej poprzez obniżenie kosztów leczenia.

Podsumowanie przeprowadzonych badań

Przezkórna termoablacja pod kontrolą USG jest skuteczną i bezpieczną minimalnie inwazyjną metodą leczenia nowotworów nerek w stadium zaawansowania T1a. Metoda ta może być z powodzeniem stosowana w leczeniu zarówno pacjentów starszych i obciążonych chorobami współistniejącymi, jak i takich, którzy są wolni od obciążeń mogących stanowić przeciwwskazanie do leczenia chirurgicznego. **Skuteczność tej metody jest zależna od rozmiaru i lokalizacji guza i przy stosowaniu odpowiednich kryteriów kwalifikacji można uzyskać efekt onkologiczny zbliżony do częściowej nefrektomii, przy mniejszym obciążeniu dla pacjentów i krótszym okresie hospitalizacji.** Biopsja guzów nerek odgrywa istotną rolę w kwalifikacji do leczenia- rozszerzenie wskazań do biopciowania guzów T1a umożliwia skuteczną diagnostykę zmian łagodnych/o niewielkim potencjale złośliwości i szerszą kwalifikację takich zmian do obserwacji.

5. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo-badawczych

Wpływ uszkodzenia niedokrwienno-reperfuzyjnego na reaktywność śródbłónka i mięśniówki gładkiej tętnic

We współpracy z Zakładem Farmakologii i Terapii CM UMK w Bydgoszczy, cykl prac poświęconych badaniu zjawiska poreperfuzyjnego uszkodzenia ściany tętnic. W ramach projektu powstały artykuły oraz doniesienia zjazdowe.

1. Guanylate cyclase activators influence reactivity of human mesenteric superior arteries retrieved and preserved in the same conditions as transplanted kidneys. M. Słupski, L. Szadujkis-Szadurski, G. Grzešk, R. Szadujkis-Szadurski, K. Szadujkis-Szadurska, Z. Włodarczyk, M. Masztalerz, I. Piotrowiak, M. Jasiński.

Transplant. Proc. 2007 Vol. 39 s. 1350-1353.

2. The role of the endothelium in the regulation of vascular smooth muscle cell contraction induced by angiotensin II after ischemia and reperfusion. K. Szadujkis-Szadurska, M. Słupski, R. Szadujkis-Szadurski, L. Szadujkis-Szadurski, M. Jasiński, R. Kołodziejska. Arch. Pharm. Res. 2010 Vol. 33 nr 7 s. 1019-1024.

3. Modulation of the reaction of vascular smooth muscle cells to angiotensin II induced by catalase and aminotriazol during ischemia-reperfusion. Autorzy: K. Szadujkis-

Szadurska, M. Słupski, R. Szadujkis-Szadurski, M. Jasiński, G. Grzešek, G. Matusiak. Transplant. Proc. 2010 Vol. 42 s. 1614-1617.

4. Rho-kinase inhibitor reduces hypersensitivity to ANG II in human mesenteric arteries retrieved and conserved under the same conditions as transplanted organs. R. Szadujkis-Szadurski, M. Słupski, K. Szadujkis-Szadurska, L. Szadujkis-Szadurski, M. Jasiński, G. Grzešek, E. Grzešek, A. Woderska, Z. Włodarczyk. Postępy Hig. Med. Dośw. 2014 T. 68 s. 1022-1027.

Wyniki leczenia chirurgicznego przerzutów raka jelita grubego do wątroby

We współpracy z Katedrą Chirurgii Ogólnej i Wątroby CM UMK w Bydgoszczy. W tych pracach porównano wyniki jedno i dwuetapowej resekcji raka jelita grubego z synchronicznymi przerzutami do wątroby.

1. Outcomes of simultaneous and delayed resections of synchronous colorectal liver metastases. Maciej Słupski, Z. Włodarczyk, M. Jasiński, M. Masztalerz, J. Tujakowski. Can. J. Surg. 2009 Vol. 52 nr 6 s. E241-E244.

2. Long-term results of simultaneous and delayed liver resections of synchronous colorectal cancer liver metastases. Słupski M, Jasinski M, Pierscinski S, Wicinski M. ANZ J Surg. 2020;90(6):1119-1124.

Aktywność paraoksonazy u pacjentów poddanych radioterapii z powodu raka stercza

Projekt realizowany we współpracy z Katedrą Patobiochemii i Chemii Klinicznej CM UMK w Bydgoszczy, w jego ramach powstały artykuły

1. Serum Paraoxonase-1 Activity and the Risk of Prostate Cancer Recurrence in Patients Treated with Radiotherapy. Jasinski M, Olszewska-Slonina D. Antioxidants. 2022; 11(2):346.

2. Serum Paraoxonase-1 Activity in Prostate Cancer Patients Treated with Brachytherapy as a Measure of Irradiation Efficacy. Olszewska-Słonina D, Jasinski M. Antioxidants. 2023; 12 (2):212.

Projekty i prace w ramach wolontariatu w Zakładzie Inżynierii Tkankowej CM UMK w Bydgoszczy:

Synteza, charakterystyka, badania kinetyczne i aktywność biologiczna kompleksów chromu(III)

Projekt realizowany we współpracy z Katedrą Chemii Nieorganicznej i Koordynacyjnej UMK w Toruniu, w jego ramach powstały artykuły

1. Chromium(III)-isocinchomeronato and quinolinato complexes: kinetic studies in NaOH solutions and effect on 3T3 fibroblast proliferation. E. Kita, H. Marai, M. Jasiński, T. Drewa. *Transit. Met. Chem.* 2008 Vol. 33 s. 585-591.

2. Mixed-ligand chromium(III)-oxalate-pyridinedicarboxylate complexes: potential biochromium sources: kinetic studies in NaOH solutions and effect on 3T3 fibroblasts proliferation. E. Kita, H. Marai, M. Lisiak, M. Jasiński, T. Drewa. *Transit. Met. Chem.* 2010 Vol. 35 s. 177-184.

Porównanie wzrostu fibroblastów 3T3 na rusztowaniu z alginianu i kwasu poliasparaginowego. Badanie in vitro i in vivo. Tomasz Drewa, M. Jasiński, J. Polaczek, J. Pielichowski, C. Kierzenkowska-Mila, J. Łysik-Miśkowska, A. Krawczyk.

Polim. w Med. 2008 T. 38 nr 2 s. 21-31.

Is botulinum toxin type A intraprostatic injections really effective in patients with urinary retention? M. Jasiński, T. Drewa, J. Tyloch, Z. Wolski. *Acta Pol. Pharm.* 2011 Vol. 68 nr 5 s. 765-768.

Pozostałe publikacje:

1. Unexpected response to systemic chemotherapy in case of primarily nonresectable advanced disseminated intrahepatic cholangiocarcinoma, M. Slupski, C. Szczyluk, C. Jasinski M. *World J Surg Oncol.* 2007 Mar 21;5:36.

2. Prostate cancer which affects an elderly man is a feature of senescence (cellular) - a biology phenomenon. T. Drewa, M. Jasiński, A. Marszałek, P. Chłosta. *Exp. Oncol.* 2010 Vol. 32 nr 4 s. 228-232.

3. Lymph node dissection during laparoscopic (LRC) and open (ORC) radical cystectomy due to muscle invasive bladder urothelial cancer (pT2-3, TCC). P. Chłosta, Tomasz Drewa, J. Siekiera, J. Jaskulski, A. Petrus, K. Kamecki, W. Mikołajczak, M. Obarzanowski, A. Wronczewski, M. Jasiński. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne.* 2011;6(3):127-131.

4. A brain dead woman, giving birth in the 23rd week of pregnancy, used as an organ donor: A case report. A. Woderska, M. Jasiński, D. Arszyńska-Łopatka, Maciej Słupski, T. Janiszewska, Z. Włodarczyk. *Ann. Transplant.* 2012 Vol. 17 nr 1 s. 113-116.

5. Can we rely on PET in the follow-up of advanced seminoma patients? J. Siekiera, Bogdan Małkowski, Wojciech Jóźwicki, M. Jasiński, A. Wronczewski, T. Pietrzak, E. Chmielowska, A. Petrus, K. Kamecki, W. Mikołajczak, K. Kraśnicki, P. Chłosta, T. Drewna. Urol. Intern. 2012 Vol. 88 nr 4 s. 405-409.

7. Resveratrol in prostate diseases - a short review. M. Jasiński, L. Jasińska, M. Ogrodowczyk. Cent European J Urol. 2013;66(2):144-9. DOI: 10.5173/cej.2013.02.art8

8. Inosine monophosphate dehydrogenase 2 as a marker of aggressive and advanced prostate cancer. Wieczorek P, Bałut-Wieczorek M, Jasinski M, Szabłoński W, Antczak A. Cent European J Urol. 2018;71:399-403.

6. Dorobek dydaktyczny i popularyzatorski

Od 2022 roku jestem zatrudniony w Katedrze Urologii i Onkologii Urologicznej Uniwersytetu Zielonogórskiego na stanowisku adiunkta. Prowadzę zajęcia ze studentami kierunku lekarskiego z zakresu urologii. Swoje doświadczenia przekazuje także młodym lekarzom będąc kierownikiem specjalizacji. W latach 2012-2022 uczestniczyłem w organizacji kursów i szkoleń prowadzonych przez Oddział Kliniczny Urologii Onkologicznej Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Brałem też udział w opracowaniu pozycji: "Atlas innowacyjnych technik w onkologii. Urologia onkologiczna. Techniki małoinwazyjne w leczeniu guzów nerek." Oddział Kliniczny Urologii Onkologicznej Centrum Onkologii w Bydgoszczy, 2014. Miłosz Jasiński, Jerzy Siekiera, Andrzej Wronczewski, Krzysztof Kamecki, Krzysztof Kraśnicki, Witold Mikołajczak, Bartosz Misterek, Andrzej Petrus, Łukasz Pokrywka, Bartłomiej Małkowski. oraz uczestniczyłem w opracowywaniu rozdziałów w książkach "Wybrane zagadnienia onkologiczne wieku podeszłego. Tom II." pod redakcją Kornelii Kędziory-Kornatowskiej, Katarzyny Porzych, M. Porzycha i "Stany nagłe w urologii. Podręcznik dla studentów i adeptów urologii." pod redakcją M. Salagierskiego. W roku 2023 zostałem zaproszony do uczestnictwa w opracowaniu materiału wideo "Co nowego w uroonkologii? Diagnostyka i leczenie nowotworu nerki" powstającego pod patronatem Stowarzyszenia Mężczyzn z Chorobami Prostaty Gladiator. (<https://youtu.be/6wRUA8KQuCA>)

7. Konferencje i zjazdy naukowe

Doniesienia, wystąpienia i referaty na zjazdach:

1. 3T3 feeder layer is essential for establishing the primary culture of cornea's epithelium, a rabbit. M. Nowacki, M. Futyma, M. Pokrywczyńska, A. Jundziłł, M. Jasiński, Eur. J. Med. Res. 2007 Vol. 12 suppl. 4 s. 82.

Uwagi: 18th European Students' Conference. Promising Medical Scientists Willing to Look Beyond. Berlin, 7-11 X 2007. Abstract Book.

2. Warstwa odżywcza fibroblastów 3T3 jest niezbędna do zakładania hodowli pierwotnej nabłonka rogówki królika. M. Nowacki, M. Futyma, M. Pokrywczyńska, A. Jundziłł, M. Jasiński.

Źródło: W: I Konferencja Studenckich Kół Naukowych Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu: Bydgoszcz, 30 marca 2007. [B.m., 2007] nr 13.

3. Changes in the contractility of the vascular smooth muscle cells in reaction to ANG II induced by catalase and aminotriazole during ischemia/reperfusion. M. Słupski, K. Szadujkis-Szadurska, R. Szadujkis-Szadurski, G. Grzešek, M. Jasiński. Transplantation 2008 Vol. 86 nr 2S s. 738.

Uwagi: XXII International Congress of the Transplantation Society. Sydney, Australia, 10-14 VIII 2008. Congress abstracts.

4. The influence of ischemia-reperfusion injury on the effect of Rho-kinase inhibitory-27632 on contractile activity induced by ANG II in human mesenteric arteries retrieved and conserved under the same conditions as transplanted organs. M. Słupski, R. Szadujkis-Szadurski, K. Szadujkis-Szadurska, L. Szadujkis-Szadurski, M. Jasiński, Z. Włodarczyk. Transplantation 2008 Vol. 86 nr 2S s. 738.

Uwagi: XXII International Congress of the Transplantation Society. Sydney, Australia, 10-14 VIII 2008. Congress abstracts.

5. The influence of ischemia/reperfusion (I/R) injury on the reactivity of arteries induced by angiotensin II (ANG II) and phenylephrine (PHE). M. Słupski, K. Szadujkis-Szadurska, R. Szadujkis-Szadurski, L. Szadujkis-Szadurski, M. Jasiński. Transplantation 2008 Vol. 86 nr 2S s. 738.

Uwagi: XXII International Congress of the Transplantation Society. Sydney, Australia, 10-14 VIII 2008. Congress abstracts.

6. The role of calcium (Ca^{2+}) in modulation of smooth muscle cells reactivity to angiotensin II (ANG II) during ischemia/reperfusion (I/R).

M. Słupski, K. Szadujkis-Szadurska, R. Szadujkis-Szadurski, M. Jasiński, G. Grzešek. Transplantation 2008 Vol. 86 nr 2S s. 736.

Uwagi: XXII International Congress of the Transplantation Society. Sydney, Australia, 10-14 VIII 2008. Congress abstracts.

7. The role of endothelium in contraction of the vascular smooth muscle cells during ischemia/reperfusion. M. Słupski, K. Szadujkis-Szadurska, R. Szadujkis-Szadurski, L. Szadujkis-Szadurski, M. Jasiński. Transplantation 2008 Vol. 86 nr 2S s. 737.

Uwagi: XXII International Congress of the Transplantation Society. Sydney, Australia, 10-14 VIII 2008. Congress abstracts.

8. The role of G protein and calcium (Ca²⁺) in the reactivity of arteries during ischemia/reperfusion (I/R) injury. M. Słupski, K. Szadujkis-Szadurska, R. Szadujkis-Szadurski, M. Jasiński, G. Grzešek. Transplantation 2008 Vol. 86 nr 2S s. 737.

Uwagi: XXII International Congress of the Transplantation Society. Sydney, Australia, 10-14 VIII 2008. Congress abstracts.

9. Does the number of prostatic epithelial progenitors depend on age? Ł. Pokrywka, M. Jasiński, A. Kaźnica, P. Chłosta, T. Drewa, Z. Wolski. Eur. Urol. Suppl. 2009 Vol. 8 nr 8 s. 587.

Uwagi: EAU 3rd North Eastern European Meeting (NEEM). Szczecin, Poland, 11-12 IX 2009. Abstracts.

10. Is botulinum toxin type A intraprostatic injections effective in patients with urinary retention? M. Jasiński, T. Drewa, J. Tyloch, Z. Wolski. Eur. Urol. Suppl. 2009 Vol. 8 nr 8 s. 587-588.

Uwagi: EAU 3rd North Eastern European Meeting (NEEM). Szczecin, Poland, 11-12 IX 2009. Abstracts.

11. The effect of calcium, acetylcholine and Y-27632 on reactions of the smooth muscle cells induced by angiotensin II.

R. Szadujkis-Szadurski, M. Tafil-Klawe, K. Szadujkis-Szadurska, M. Słupski, G. Grzešek, G. Matusiak, M. Gajdus, I. Glaza, M. Jasiński.

XXIII International Congress of The Transplantation Society. Vancouver, Canada, 15-19 VIII 2010. [B.m., 2010] P39.04.

12. The influence of various relaxing agents on perfusion pressure induced by angiotensin II after reperfusion.

R. Szadujkis-Szadurski, M. Tafil-Klawe, K. Szadujkis-Szadurska, M. Słupski, G. Grzešek, G. Matusiak, M. Gajdus, I. Glaza, M. Jasiński.

XXIII International Congress of The Transplantation Society. Vancouver, Canada, 15-19 VIII 2010. [B.m., 2010] P39.05.

13. Modulation of vascular contraction induced by angiotensin II and Bay K8644 during ischemia/reperfusion. K. Szadujkis-Szadurska, M. Słupski, R. Szadujkis-Szadurski, G. Grzešek, G. Matusiak, M. Gajdus, I. Glaza, M. Jasiński.

XXIII International Congress of The Transplantation Society. Vancouver, Canada, 15-19 VIII 2010. [B.m., 2010] P39.03.

14. Radiotermoablacja w leczeniu nowotworów nerek. M. Jasiński, J. Siekiera, A. Wronczewski, A. Petrus, W. Mikołajczak, K. Kamecki, K. Kraśnicki, W. Jóźwicki, T. Drewa.

Central Eur. J. Urol. 2011 Vol. 64 suppl. 1.

Uwagi: 41st Scientific Congress of the Polish Urological Association. Gdańsk, Poland, 8-10 IX 2011.

15. Wartość diagnostyczna PET-FDG w ocenie przerzutów seminoma - monitorowanie chorych z zaawansowanym guzem jądra. A. Wronczewski, M. Jasiński, A. Petrus, W. Mikołajczak, K. Kamecki, K. Kraśnicki, J. Siekiera, T. Drewa, B. Małkowski, W. Jóźwicki. Central Eur. J. Urol. 2011 Vol. 64 suppl. 1 s. 70.

Uwagi: 41st Scientific Congress of the Polish Urological Association. Gdańsk, Poland, 8-10 IX 2011.

16. Wyniki limfadenektomii w czasie cystektomii radykalnej laparoskopowej oraz otwartej, wykonywanej z powodu raka pęcherza moczowego. K. Kamecki, W. Mikołajczak, K. Kraśnicki, A. Petrus, A. Wronczewski, Tomasz Drewa, J. Siekiera, M. Jasiński, J. Jaskulski, M. Obarzanowski, P. Chłosta, M. Bryczkowski, M. Mikulska-Jovanovic, Z. Wolski. Central Eur. J. Urol. 2011 Vol. 64 suppl. 1 s. 46-47.

Uwagi: 41st Scientific Congress of the Polish Urological Association. Gdańsk, Poland, 8-10 IX 2011.

17. CD25+CD4+ and FOXP3+ regulatory T cells - a marker of tumor malignancy in renal cell cancer patients. W. Jóźwicki, A. Brożyna, J. Siekiera, E. Łukaszewska, C. Jochymski, M. Jasiński. International Centre for Genetic Engineering and Biotechnology Workshop 2011. Theme: Cancer Stem Cells and Tissue Engineering. Qiqihar, China, 11-14 VII 2011. [B.m., 2011] s. 054.

18. Can we relay on FDG-PET during follow up in advanced seminoma patients? A. Wronczewski, B. Małkowski, M. Jasiński, A. Petrus, W. Mikołajczak, K. Kamecki, K. Kraśnicki, W. Jóźwicki, J. Siekiera, T. Drewa. Eur. Urol. Suppl. 2011 Vol. 10 nr 2

s. 319. 26th Annual Congress of the European Association of Urology - Abstract Book. Vienna, Austria 18-22 III 2011.

19. FDG-PET - wiarygodna metoda diagnostyczna, stosowana w trakcie obserwacji chorych z zaawansowanym nasieniakiem. M. Jasiński, J. Siekiera, B. Małkowski, W. Jóźwicki, A. Wronczewski, T. Pietrzak, A. Petrus, K. Kamecki, W. Mikołajczak, K. Kraśnicki, P. Chłosta, T. Drewa. Central Eur. J. Urol. 2012 Vol. 65 suppl. 1 s. 66-67.

Uwagi: 42nd Scientific Congress of the Polish Urological Association. Łódź, Poland, 13-15 IX 2012.

20. Limfocyty regulatorowe CD25+CD4+FOXP3+ - potencjalny marker ryzyka rozsiewu u chorych na raka nerki. M. Jasiński, W. Jóźwicki, Brożyna, E. Łukaszewska, J. Siekiera, Tomasz Drewa, W. Mikołajczak, A. Petrus, A. Wronczewski, K. Kamecki, K. Kraśnicki. Central Eur. J. Urol. 2012 Vol. 65 suppl. 1 s. 40-41.

Uwagi: 42nd Scientific Congress of the Polish Urological Association. Łódź, Poland, 13-15 IX 2012.

21. Śródoperacyjna termoablacja w przypadkach mnogich obustronnych guzów nerek. M. Jasiński, J. Siekiera, A. Wronczewski, A. Petrus, W. Mikołajczak, K. Kamecki, K. Kraśnicki, B. Misterek, Ł. Pokrywka, P. Niwiński. Cent European J Urol. 2013 Vol. 66 suppl. 1 s. 59-60. Uwagi: 43rd Scientific Congress of the Polish Urological Association. Jachranka, Poland, 5-7 IX 2013.

22. Zastosowanie termoablacji w leczeniu guza miedniczki nerkowej. M. Jasiński, A. Petrus, J. Siekiera, K. Kamecki, K. Kraśnicki, B. Małkowski, W. Mikołajczak, B. Misterek, Ł. Pokrywka, A. Wronczewski. Cent European J Urol. 2014 Vol. 67 suppl. 1 s. 65.

Uwagi: 44th Scientific Congress of the Polish Urological Association. Warsaw, Poland, 4-6 IX 2014.

23. Aktywność paraoksonazy u chorych poddanych brachyterapii z powodu raka stercza. M. Jasiński, J. Siekiera, D. Olszewska-Słonina, R. Makarewicz. Cent European J Urol. 2014 Vol. 67 suppl. 1 s. 96-97.

Uwagi: 44th Scientific Congress of the Polish Urological Association. Warsaw, Poland, 4-6 IX 2014.

24. Zastosowanie biopsji przezkroczowej pod kontrolą systemu Biopsee w diagnostyce raka stercza - doświadczenia Centrum Onkologii w Bydgoszczy. M. Jasiński, A. Wronczewski, J. Siekiera. Cent. Eur. J. Urol. 2015 Vol. 68 suppl. 1 s. 39.

The 45th Scientific Congress of the Polish Urological Association. Warsaw, Poland, 17-19th VI 2015.

25. Zastosowanie bypassu Detour w zaopatrzeniu zwężeń moczowodu spowodowanych chorobą lub leczeniem onkologicznym. Doświadczenia własne. W. Mikołajczak, J. Siekiera, B. Małkowski, M. Jasiński. Cent. Eur. J. Urol. 2015 Vol. 68 suppl. 1 s. 39.

Uwagi: The 45th Scientific Congress of the Polish Urological Association. Warsaw, Poland, 17-19th VI 2015.

26. Ogniskowe leczenie raka stercza - propozycja sposobu kwalifikacji i przeprowadzenia zabiegu. A. Wronczewski, M. Jasiński, J. Siekiera

Uwagi: The 45th Scientific Congress of the Polish Urological Association. Warsaw, Poland, 17-19th VI 2015.

27. Zastosowanie nieodwracalnej elektroporacji (IRE) – NanoKnife w leczeniu wznowy miejscowej urotelialnego raka stercza. A. Wronczewski, M. Jasiński, J. Siekiera

Uwagi: The 45th Scientific Congress of the Polish Urological Association. Warsaw, Poland, 17-19th VI 2015.

28. Radiofrequency ablation with selective artery embolization in treatment of kidney tumors. Jasiński M, Wroński P, Siekiera J, Bartoszewski P, Kamecki K, Kraśnicki K, Małkowski B, Petrus A, Tworkiewicz M, Wiśniewski P, Wronczewski A.

Uwagi: The 46th Scientific Congress of the Polish Urological Association. Katowice, Poland, 22-24th VI 2016.

29. Radiofrequency ablation in treatment of small renal masses in comorbid patients – material from Oncology Centre in Bydgoszcz. Jasinski M, Siekiera J, Mikołajczak W, Wronski P.

Uwagi: The 47th Scientific Congress of the Polish Urological Association. Katowice, Poland, 19-21st VI 2017.

30. The rare case of nephroblastoma in adult with chronic kidney disease. Jasiński M, Wroński P, Wiśniewski P, Bartoszewski P, Kraśnicki K, Kamecki K, Tworkiewicz M, Wronczewski A, Skimina P, Małkowski B, Siekiera J.

Uwagi: The 47th Scientific Congress of the Polish Urological Association. Katowice, Poland, 19-21st VI 2017.

31. Primary adrenal carcinoma – treatment standards and own observations. Wiśniewski P, Wroński P, Paweł Bartoszewski P, Kraśnicki K, Kamecki K, Tworkiewicz M, Jasiński M, Wronczewski A, Skimina P, Małkowski B, Siekiera J.

Uwagi: The 48th Scientific Congress of the Polish Urological Association. Katowice, Poland, 11-14th VI 2018.

32. Zero-ischemia partial nephrectomy after superselective transarterial tumour embolization in complex kidney tumours. Jasiński M, Ładziński M, Bartoszewski P, Skimina P, Wisniewski P, Wronczewski A, Siekiera J.

Uwagi: The 48th Scientific Congress of the Polish Urological Association. Katowice, Poland, 11-14th VI 2018.

33. Can percutaneous radiofrequency ablation become the standard of care in selected small renal masses? Jasiński M., Siekiera J.

Uwagi: The 49th Scientific Congress of the Polish Urological Association. Katowice, Poland, 12-15th VI 2019.

Wykłady na zaproszenie:

1. Rak nerki: diagnostyka i leczenie.

Szkoła Onkologii – Aktualne Zasady Postępowania Diagnostyczno-Terapeutycznego, 15-16.06.2018, Toruń, Polska

2. Leczenie zabiegowe raka pęcherza moczowego.

Lubuska Jesień Onkologiczna, 14-15.10.2022, Lubniewice, Polska

Udział w konferencjach naukowych:

VIII Kongres Naukowy Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, 2008, Bydgoszcz, Polska

EAU 3rd North-Eastern European Meeting, 2009, Szczecin, Polska

XLI Kongres Polskiego Towarzystwa Urologicznego, 2011, Gdańsk, Polska

XLII Kongres Polskiego Towarzystwa Urologicznego, 2012, Łódź, Polska

X Kongres Naukowy Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, 2012, Kazimierz Dolny, Polska

XLIII Kongres Polskiego Towarzystwa Urologicznego, 2013, Jachranka, Polska

XI Kongres Naukowy Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, 2013, Bydgoszcz, Polska

XLIV Kongres Polskiego Towarzystwa Urologicznego, 2014, Warszawa, Polska

XLV Kongres Polskiego Towarzystwa Urologicznego, 2015, Warszawa, Polska

13th Meeting of the EAU Section of Oncological Urology, 2016, Warszawa, Polska

XLVI Kongres Polskiego Towarzystwa Urologicznego, 2016, Katowice, Polska

14th Meeting of the EAU Section of Oncological Urology, 2017, Barcelona, Spain

V Wielkopolska Konferencja Uro-Onkologiczna, 2017, Poznań, Polska

XLVII Kongres Polskiego Towarzystwa Urologicznego, 2017, Katowice, Polska

European Lower Urinary Tract Symptoms Meeting, 2017, Berlin, Germany

15th Meeting of the EAU Section of Oncological Urology, 2018, Amsterdam, Netherlands

Szkola Onkologii – Aktualne Zasady Postępowania Diagnostyczno-Terapeutycznego, 2018, Toruń, Polska

XLVIII Kongres Polskiego Towarzystwa Urologicznego, Katowice, Polska

16th Meeting of the EAU Section of Oncological Urology, 2019, Prague, Czech Republic

XLIX Kongres Polskiego Towarzystwa Urologicznego, 2019, Katowice, Polska

17th Meeting of the EAU Section of Oncological Urology, 2020, Dublin, Ireland

LI Kongres Polskiego Towarzystwa Urologicznego, 2021, Warszawa, Polska

Lubuska Jesień Onkologiczna, 2022, Lubniewice, Polska

UROonco23 Meeting, 2023, Gothenburg, Sweden

LIV Kongres Polskiego Towarzystwa Urologicznego, 2024, Łódź, Polska

8. Udział w kursach i szkoleniach

Diagnostyka ultrasonograficzna jamy brzusznej – kurs praktyczny. Zamość, Polska, 2011

Diagnostyka ultrasonograficzna w urologii – kurs praktyczny. Zamość, Polska, 2011

Thermal ablation masterclass. IRCAD, Strasbourg, France, 2018

Ponadto, w latach 2022-2024 odbyłem studia podyplomowe w zakresie Master of Business Administration na Wydziale Finansów i Zarządzania w Bydgoszczy Uniwersytetu WSB Merito w Toruniu. Studia zostały ukończone z wyróżnieniem za oryginalny projekt dyplomowy pt. "Zastosowanie wybranych narzędzi zarządzania

jakością w diagnostyce czynników organizacyjnych w jednostkach ochrony zdrowia na przykładzie dawstwa narządów i tkanek do przeszczepienia – projekt pilotażowy".

W oparciu o pracę dyplomową opracowano projekt pt. "Application of quality management tools in the diagnosis of organisational factors in organ and tissue donation and transplantation programmes", który został zgłoszony przez Ministerstwo Zdrowia i Poltransplant w ramach FUTURE EDQM/EU CO-FUNDED PROJECTS for years 2025-2027. Propozycja projektu została przyjęta na posiedzeniu Europejskiego Komitetu ds. Transplantologii (European Committee - partial agreement - on Organ Transplantation - CD-P-TO), podczas którego projekt został zakwalifikowany do realizacji przez European Committee on Organ Transplantation (CD-P-TO) European Directorate for the Quality of Medicines & Healthcare (EDQM). Jest to pierwszy projekt zgłoszony przez delegatów z Polski, który został zaakceptowany do realizacji.

9. Działalność lecznicza

Przedmiotem moich zawodowych zainteresowań jako lekarza jest urologia onkologiczna. W latach 2008-2022 pracowałem w Oddziale Klinicznym Urologii Onkologicznej Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Tam, początkowo pod kierownictwem dr Jerzego Siekiery, następnie samodzielnie, opanowałem technikę minimalnie inwazyjnego leczenia guzów nerek przy pomocy technik ablacyjnych. Tam też zajmowałem się rolą badań obrazowych w diagnostyce nowotworów układu moczowo-płciowego oraz uczestniczyłem we wprowadzaniu biopsji guzów nerek do rutynowej praktyki klinicznej. Jako jeden z pierwszych ośrodków w Polsce wprowadziliśmy także przekroczową biopsję fuzyjną jako element diagnostyki raka stercza.

Od roku 2022 pracuję w Klinicznym Oddziale Urologii Szpitala Uniwersyteckiego w Zielonej Górze. Korzystając ze zdobytych doświadczeń wprowadziłem w tym ośrodku termoablację oraz wspólnie z dr Bartoszem Żabickim krioablację jako opcję leczenia guzów nerek u wybranych pacjentów. Wprowadziłem też biopsję guzów nerek do rutynowej praktyki, co zaowocowało znaczną redukcją resekcji chirurgicznych w łagodnych guzach nerek. Zajmuję się także wprowadzaniem multiparametrycznego rezonansu magnetycznego i skali VIRADS do diagnostyki nowotworów układu moczowego.

10. Członkostwo w organizacjach naukowych

Jestem członkiem Polskiego Towarzystwa Urologicznego (od 2009) oraz recenzentem 34 artykułów naukowych dla czasopism: Cancers, Central European Journal of Urology i Clinical and Translational Oncology. W latach 2014-2023 byłem też osobą współodpowiedzialną za zarządzanie wersją elektroniczną Central European Journal of Urology.

Recenzowane manuskrypty:

1. Discharge Against Medical Advice in Cancer Patients: Insights from a Multicenter Study in Germany

Cancers

2. Efficacy and toxicity of prostate low dose rate brachytherapy for 2 prostate cancer treatment in Jewish and non-Jewish populations

Cancers

3. A National Study of the Rate of Benign Pathology after Partial Nephrectomy for T1 Renal Cell Carcinoma: Should We Be Satisfied?

Cancers

4. AI-assisted cystoscopy image analysis for detecting urological pathologies: a novel approach

Central European Journal of Urology

5. Outcomes and predictors of clinically significant prostate cancer detection by transperineal computer fusion biopsy during active surveillance

Central European Journal of Urology

6. Patient experience after transperineal template prostate biopsy compared to prior transrectal ultrasound guided prostate biopsy

Central European Journal of Urology

7. Pathological report and prognostic meaning of Bosniak IV cysts: results from a contemporary cohort

Central European Journal of Urology

8. Urogenital cancer epidemiology in Poland (1980-2020): A narrative review

Central European Journal of Urology

9. Radiotherapy for non-metastatic castration-resistant prostate cancer: a review

Central European Journal of Urology

10. Outcomes of Cryoablation for Small Renal Masses – a Single-Institution Study

Central European Journal of Urology

11. Prospective long-term experience in the treatment of renal tumors with cryotherapy. Follow up with CT scan and contrast-enhanced ultrasound
Central European Journal of Urology
12. The Comprehensive Complication Index (CCI) – Proposed Modification to Improve Estimates of Perioperative Morbidity After Radical Cystectomy. Pilot study.
Central European Journal of Urology
13. The time from diagnosis of bladder cancer to radical cystectomy in Polish urological centres – results of CysTiming Poland study
Central European Journal of Urology
14. Is Magnetic Resonance Imaging necessary to evaluate haemospermia? A singleinstitutional, observational retrospective study in a UK hospital
Central European Journal of Urology
15. Risk assessment of developing urinary tract neoplasms using the IDENTIFY calculator
Central European Journal of Urology
16. The impact of the different adjuvant intravesical therapy methods on tumor biology in patients with high risk nonmuscle-invasive bladder cancer
Central European Journal of Urology
17. Robot-assisted, Laparoscopic, and Open Radical Cystectomy: Surgical data of 1400 patients from The Italian Radical Cystectomy Registry (RIC) on intraoperative outcomes
Central European Journal of Urology
18. Diagnosis of clinically significant prostate cancer after negative mpMRI
Central European Journal of Urology
19. A modified surgical technique by using cyanoacrylate glue and parenchymal restoration sutures without tissue approximation in patients with renal tumors whom underwent open partial nephrectomy
Central European Journal of Urology
20. Impact of surgical approaches on post-operative renal function preservation after nephron sparing surgery for kidney cancer: a critical review
Central European Journal of Urology
21. The use of indocyanine green in partial nephrectomy: A systematic review
Central European Journal of Urology

22. Partial nephrectomy and positive surgical margin, oncologic outcomes and predictors: a 15-year single institution experience
Central European Journal of Urology
23. Off-clamp robotic-assisted partial nephrectomy: surgical experience from a single center
Central European Journal of Urology
24. Feasibility and accuracy of prostate cancer risk calculators in prediction of prostate cancer, extraprostatic extension as well as the risk of lymph nodes metastasis
Central European Journal of Urology
25. Surgical and Functional Outcomes of Radical Retropubic Prostatectomy After Biopsy-Related Acute Prostatitis
Central European Journal of Urology
26. Changes in the quality of life of a population of Polish men undergoing radical prostatectomy: a 12-month longitudinal observational study
Central European Journal of Urology
27. Quality of life and urine incontinence 3 months after radical prostatectomy - comparison of robotic and laparoscopic methods
Central European Journal of Urology
28. Comprehensive analysis of factors affecting postpartial nephrectomy steady renal global function
Central European Journal of Urology
29. Risk-adapted treatment strategies in upper urinary tract urothelial tumors
Central European Journal of Urology
30. Exploring the Enigma of not macroscopically detectable urothelial carcinoma (NMDUC): A Scoping Review on the Definition, Prevalence, Diagnosis, and Management of Positive Urinary Cytology with Absent Macroscopic Disease
Central European Journal of Urology
31. Vitamin D and urological cancers
Central European Journal of Urology
32. The survival benefit of different lymph node yield in radical prostatectomy for pN1M0 prostate cancer patients: implications from a population based study
Clinical and Translational Oncology
33. Oncologic outcomes of nephron sparing surgery in patients with T1 multifocal renal cell Carcinoma

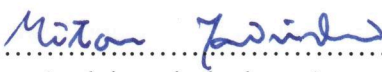
Clinical and Translational Oncology

34. Prognostic factors for the survival of patients with papillary renal cell carcinoma after surgical management

Clinical and Translational Oncology

11. Parametryzacja dorobku naukowego

W skład mojego dorobku naukowego wchodzi 24 artykuły, 31 doniesień zjazdowych oraz współautorstwo 2 książek. Opublikowane artykuły zostały zacytowane wg Web of Science 206 razy (bez autocytowań: 194), wg SCOPUS 270 razy (bez autocytowań: 257). Wskaźnik Hirscha wynosi odpowiednio 7 i 8. Sumaryczny Impact Factor wg Journal Citation Reports (zgodnie z rokiem publikacji) wynosi 38,356 a suma punktów MNiSW 990 pkt. Sumaryczny Impact Factor publikacji wykazanych w osiągnięciu naukowym wynosi 12,747 a suma punktów MNiSW 440 pkt.


.....
(podpis wnioskodawcy)