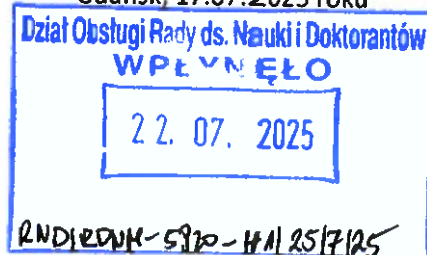


Akceptuję

[Signature]

Dr hab. n. med. Arkadiusz Szarmach
II Zakład Radiologii
Gdański Uniwersytet Medyczny

Gdańsk, 17.07.2025 roku



OCENA

dorobku i aktywności naukowej, działalności dydaktycznej oraz osiągnięcia p.t:

Skuteczność i bezpieczeństwo małoinwazyjnych zabiegów wykonywanych pod kontrolą tomografii komputerowej

dr n.med. Grzegorza Rosiaka

Zgodnie z decyzją Rady Dyscypliny Nauk Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z dnia 21 maja 2025 roku, na podstawie art. 221 ustęp 5 ustawy z dnia 20.07.2018 roku zostałem powołany na recenzenta w komisji habilitacyjnej dr n.med. Grzegorza Rosiaka ubiegającej się o stopień doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, dyscyplina nauki medyczne

Przebieg pracy zawodowej

Dr n.med. Grzegorz Rosiak ukończył studia medyczne na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie (obecnie warszawski Uniwersytet Medyczny) w 2000 roku.

Egzamin specjalizacyjny zdał w 2014 roku zdobywając tytuł specjalisty w zakresie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej.

W 2019 roku otrzymała stopień doktora nauk medycznych na podstawie rozprawy doktorskiej „Ocena skuteczności rezonansu magnetycznego w rozpoznawaniu raka wątrobowokomórkowego według aktualnych wytycznych” (promotor rozprawy: profesor Andrzej Cieszanowski).

Doktor Rosiak swoją pracę zawodową związaną z diagnostyką obrazową rozpoczął w 2008 roku w II Zakładzie Radiologii Klinicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Od 2022 roku pracuje również w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc. Natomiast w 2023 roku nawiązał współpracę z Narodowym Instytutem Onkologii.

Dorobek naukowy

Dorobek naukowy doktora Grzegorza Rosiaka (według załącznika sporządzonego przez Bibliotekę Uczelnianą Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego) składa się z prac oryginalnych, poglądowych, opisów przypadków oraz rozdziałów w podręcznikach o łącznym współczynniku oddziaływania (ang. *Impact Factor*, IF) równym 126.714, całkowita liczba punktów MNiSW to 3244; liczba cytowań wg. *Web of Science* wynosi 215, indeks Hirscha 7, liczba cytowań wg. *Scopus* 226, indeks

Hirscha 7. Zdecydowana większość wyżej wymienionego dorobku naukowego powstała po obronieniu pracy doktorskiej.

Celem cyklu publikacji prac włączonych do dorobku habilitacyjnego doktora Grzegorza Rosiaka było wykazanie przydatności technik małoinwazyjnych wykonywanych pod kontrolą tomografii komputerowej ze szczególnym uwzględnieniem ich bezpieczeństwa i skuteczności klinicznej.

Ocena osiągnięcia naukowego

Przedstawione mi do oceny osiągnięcie naukowe zatytułowane **"Skuteczność i bezpieczeństwo małoinwazyjnych zabiegów wykonywanych pod kontrolą tomografii komputerowej"** stanowi cykl publikacji składający się z 9 artykułów oryginalnych, w których Habilitant jest pierwszym autorem, a sumaryczny IF czasopism, w których prace zostały wydrukowane wynosi 12.50 (punktacja MNiSW to 920).

W skład cyklu publikacji habilitacyjnych weszły następujące prace:

1. *Computed tomography-guided percutaneous biopsy of pancreatic masses.* Rosiak G, Franke J, Milczarek K, Konecki D, Bielecki DK, Januszewicz M. *Pol Arch Intern Med.* 2024 Apr 12;16727. doi: 10.20452/pamw.16727.

IF=3,8, MNiSW = 200 Q1

2. *Real-time measurement of radiation exposure in interventional radiologists during CT-guided intrathecal injections of nusinersen.* Rosiak G; Franke J; Milczarek K; Konecki D; Frączek-Kozłowska A; Potulska-Chromik A; Kostera-Pruszyk A; Łusakowska A. *Neuroradiology* (2024). <https://doi.org/10.1007/s00234-024-03496-8>

IF 2,4 MNiSW 100 Q2

3. *T1a renal cancer cryoablation – first experiences in Poland.* Rosiak G, Franke J, Konecki D, Milczarek K, Ostrowski T, Nowakowski R, Demkow T, Gałqzka Z. *Pol J Radiol.* 2024; 89: 453-456. DOI: <https://doi.org/10.5114/pjr/191839>.

IF 0,9 MNiSW 70 Q4

4. *Effectiveness and safety of CT-guided drainage of abdominal abscesses with small and extra-small-bore drains: a single-centre observational study.* Rosiak G, Franke J, Milczarek K, Konecki D, Wnuk E. *Pol J Radiol.* 2024 Mar 19;89:e156-e160. doi: 10.5114/pjr.2024.136420. eCollection 2024.

IF = 0,9, MNiSW =70 Q4

5. *Microwave ablation of colorectal cancer lung metastases — the first experience in Poland.* Rosiak, G., Krzakowski, M., Milczarek, K., Konecki, D., Rowiński, O. *Oncology in Clinical Practice*, 2023, 19(2), pp. 86–89.

IF 0,3 MNiSW = 140 Q4

6. An X-ray lead screen may be used to reduce an interventional radiologist's radiation exposure during CT-guided procedures. Rosiak G, Podgórska J, Milczarek K, Konecki D, Rowiński O. *Pol J Radiol.* 2022 Nov 18;87:e622-e625. doi: 10.5114/pjr.2022.121450. eCollection 2022.

IF 1,2 MNiSW = 70 Q4

7. Radiation dose in CT-guided microwave liver tumor ablation. Rosiak G, Podgórska J, Pasicz K, Milczarek K, Konecki D, Rowiński O. *Nowotwory - Journal of Oncology* 2022;72(1):16-19. DOI: 10.5603/NJO.a2021.0076.

MNiSW = 100 poza Q

8. Ultra-low radiation dose protocol for CT-guided intrathecal nusinersen injections for patients with spinal muscular atrophy and severe scoliosis. Rosiak G, Lusakowska A, Milczarek K, Konecki D, Fraczek A, Rowiński O, Kostera-Pruszczyk A. *Neuroradiology.* 2021 Apr;63(4):539-545. doi: 10.1007/s00234-021-02643-9. Epub 2021 Jan 29.

IF=2,995, MNiSW = 100 Q2

9. Percutaneous Bilateral Adrenal Radiofrequency Ablation in Severe Adrenocorticotrophic Hormone-dependent Cushing Syndrome. Rosiak G, Milczarek K, Konecki D, Otto M, Rowiński O, Zgliczyński W. *J Clin Imaging Sci.* 2020 Oct 3;10:60. doi: 10.25259/JCIS_98_2020. eCollection 2020. MNiSW = 70 Q3

Rozwój technik obrazowania, w szczególności tomografii komputerowej (TK), umożliwił istotne postępy w zakresie małoinwazyjnych procedur diagnostycznych i terapeutycznych. Zabiegi przeprowadzane pod kontrolą TK są obecnie integralnym elementem praktyki klinicznej w radiologii interwencyjnej, onkologii oraz chirurgii małoinwazyjnej. Ich zastosowanie obejmuje m.in. biopsje zmian, drenaż patologicznych zbiorników płynowych, termoablacje guzów nowotworowych, cementoplastykę oraz procedury przezskórne w leczeniu powikłań zakaźnych czy też urazowych.

Bezsprzeczną zaletą zabiegów prowadzonych pod kontrolą TK jest ich wysoka precyzja w lokalizacji zmian patologicznych, możliwość planowania bezpiecznej trajektorii dostępu w czasie rzeczywistym oraz minimalizacja ryzyka uszkodzenia okolicznych tkanek. W porównaniu do metod chirurgicznych, procedury te cechuje niższy odsetek powikłań, krótszy czas hospitalizacji, mniejsze obciążenie dla pacjenta oraz niższe koszty. Jednocześnie, pomimo rosnącej liczby wskazań i szerokiej dostępności technik małoinwazyjnych niezbędna jest krytyczna ocena ich skuteczności klinicznej oraz profilu bezpieczeństwa i to zarówno w kontekście powikłań bezpośrednich, jak i długoterminowych następstw, w tym ekspozycji na promieniowanie jonizujące.

W cyklu swoich publikacji Habilitant podjął się próby oceny skuteczności i bezpieczeństwa wybranych małoinwazyjnych zabiegów wykonywanych pod kontrolą tomografii komputerowej. Szczególną uwagę poświęcił On procedurom o ugruntowanej pozycji w praktyce klinicznej, takim jak przeszskórna biopsja i ablacja zmian ogniskowych zlokalizowanych w klatce piersiowej oraz jamy brzusznej, dokanałowej podaży leków czy wreszcie drenażowi ropni wewnątrzbrzusznych, gdzie oceniał skuteczność procedur, częstość występowania powikłań, czynniki warunkujące ich przebieg oraz realne narażenie pacjenta i personelu na promieniowanie jonizujące.

Celem pierwszej publikacji cyklu habilitacyjnego dr Rosiaka (*Computed tomography-guided percutaneous biopsy of pancreatic masses*) była ocena wyników biopsji gruboigłowej guzów trzustki wykonanych pod kontrolą TK. Do badania włączono 102 pacjentów, u których EUS nie był skuteczny lub nie było możliwości jego wykonania. Dokładność diagnostyczna biopsji wykonanych pod kontrolą TK była bardzo wysoka i wyniosła 90.20 %. Czułość zaś sięgała 89.60 %, a swoistość 100 %. Nie odnotowano poważniejszych powikłań po zabiegu, a ogólny profil bezpieczeństwa został oceniony jako bardzo dobry. Choć technika biopsji zmian ogniskowych wykonywanych pod kontrolą tomografii komputerowej nie jest nowa, Autor udowodnił jej wysoką przydatność oraz bezpieczeństwo, zwłaszcza w przypadkach po niepowodzeniach innych metod diagnostycznych. Praca dostarcza interesujących danych dotyczących biopsji guzów trzustki w polskiej populacji, jednocześnie stanowi rekomendację dla szerszego stosowania tej metody.

Rdzeniowy Zanik Mięśni (SMA) oraz bezpieczeństwo radiacyjne personelu medycznego podczas iniekcji Nusinersenu było inspiracją do badań, które zaowocowały pracą zatytułowaną *“Real-time measurement of radiation exposure in interventional radiologists during CT-guided intrathecal injections of nusinersen.”* Aktualny schemat leczenia SMA opiera się na dokanałowej podaży leku w trzymiesięcznych interwałach. Częstokroć nakłucie jest bardzo trudne ze względu na wady wrodzone kręgosłupa, nabytą skoliozę, czy też elementy metalowe po przebytej stabilizacji transpenderalnej lub międzytrzonowej. Zdarza się, że dostępność do tej metody leczenia jest ograniczona nie tylko z powodu trudności technicznych, ale także za przyczyną obaw radiologów interwencyjnych związanych ze zbyt wysoką ekspozycją na promieniowanie. Doktor Rosiak dokonał analizy rzeczywistej dawki promieniowania jakie dociera do ciała radiologa w trakcie wykonywanego zabiegu. Mediana dawki wyniosła 0.20 μ Sv. Co istotne, była ona znamienne wyższa przy zabiegach wykonanych u pacjentów z elementami metalowymi stabilizującymi kręgosłup. Nowatorskim aspektem tej pracy jest udowodnienie przez Habilitanta, że dokanałowe podawanie Nusinersenu wiąże się z realnie niższymi dawkami dla personelu niż podczas tak szeroko stosowanych zabiegów biopsji czy drenażu zbiorników płynowych.

Natomiast w publikacji *“T1a renal cancer cryoablation – first experiences in Poland”* Autor

przedstawia pierwsze w Polsce doświadczenia z przezskórną krioterapią raka nerkowokomórkowego w stadium T1a na podstawie zabiegów wykonanych u 25 pacjentów wykluczonych z leczenia chirurgicznego z powodu przeciwwskazań (wiek, obciążenia chorobami współistniejącymi i nefrektomia). Okres obserwacji po wykonanym zabiegu wynosił średnio 12 miesięcy, a w tym czasie nie zaobserwowano wznowy miejscowej ani generalizacji procesu nowotworowego u żadnego z pacjentów. W wyniku przeprowadzonego badania wykazano, że zespół bez doświadczenia w wykonywaniu ablacji guzów nerki, ale z wieloletnim doświadczeniem w zakresie wykonywania innych zabiegów inwazyjnych pod kontrolą TK (np: termoablacje wątroby, biopsje, drenaże) może osiągnąć dobre wyniki leczenia przy jednoczesnym wysokim bezpieczeństwie dla pacjenta.

Celem czwartej, oryginalnej publikacji cyklu habilitacyjnego doktora Rosiaka *"Effectiveness and safety of CT-guided drainage of abdominal abscesses with small and extra-small-bore drains: a single-centre observational study"* była ocena skuteczności przezskórnych drenaży ropni jamy brzusznej wykonanych pod kontrolą TK za pomocą drenów o małej średnicy (6F i 9F) założonych metodą trokarową. Do badania włączono 135 pacjentów. U 40 zastosowano dren o grubości 6F, a u 95 – 9F. We wszystkich przypadkach uzyskano prawidłowe umieszczenie drenu w ropniu. Wyniki badania potwierdzają, że cienkie dreny mogą być z powodzeniem stosowane w leczeniu pacjentów z ropniami w jamie brzusznej i miednicy. Uzyskano wysoką (94.8%) skuteczność kliniczną przy niewielkim odsetku powikłań (2.2%). Publikacja stanowi ważny wkład kliniczny i praktyczny, dokumentując wysoką skuteczność i bezpieczeństwo zaproponowanej techniki drenażu ropni w jamie brzusznej.

W pracy zatytułowanej *"Microwave ablation of colorectal cancer lung metastases — the first experience in Poland"* przedstawił pierwsze w Polsce doświadczenia dotyczące przezskórnej termoablacji guzów płuc, które wykonanie były pod kontrolą TK. Do badania włączono 6 chorych z przerzutami raka jelita grubego do płuc, zdyskwalifikowanych z leczenia operacyjnego ze względu na współistniejące choroby lub stan ogólny. Średni okres kontroli wynosił 15 miesięcy. W tym czasie u żadnego z pacjentów nie pojawiła się wznowa miejscowa. Praca wskazuje iż termoablacja zmian płucnych jest bezpieczną i skuteczną metodą lokalnego leczenia małych przerzutów do płuc u pacjentów niekwalifikujących się do operacji. Choć sama technika ablacji zmian płucnych była już opisana w literaturze wcześniej, pracę Habilitanta stanowi cenny wkład kliniczny i regionalny, dokumentując pierwsze w Polsce skuteczne i bezpieczne zastosowanie termoablacji do leczenia przerzutów w płucach. Jej znaczenie polega także na potwierdzeniu praktycznego zastosowania tej metody w realnych warunkach klinicznych, a także może być potraktowana jako program pilotażowy do większych badań.

Skuteczność mobilnych osłon ołowiowych podczas zabiegów wykonywanych pod kontrolą tomografii komputerowej *"An X-ray lead screen may be used to reduce an interventional radiologist's*

radiation exposure during CT-guided procedures” była tematem kolejnej pracy cyklu habilitacyjnego. Podczas różnych zabiegów radiologii interwencyjnej Habilitant badał radiację przed i za parawanem oraz w odległości 2 i 3 metrów z boku skanera. Badacz wykazał, że dawka promieniowania przy zastosowaniu parawanu jest zbliżona do dawki odczytywanej na dozymetrze zlokalizowanym w odległości 2 metrów od skanera. Jednocześnie zastosowane osłony nie wpłynęły negatywnie na komfort pracy lekarza ani na dokładność wykonywanych zabiegów. Było to pierwsze badanie oceniające skuteczność mobilnego ekranu ołowianego podczas wykonywania procedur pod TK. Jednocześnie Autor potwierdził zasadność użycia barier mobilnych w codziennej praktyce.

Zagadnienia ochrony radiologicznej są tematem kolejnej pracy *“Radiation dose in CT-guided microwave liver tumor ablation”* cyklu habilitacyjnego doktora Rosiaka. W badaniu Habilitant mierzył realne dawki promieniowania jonizującego na jakie narażony jest pacjent podczas termoablacji guzów wątroby wykonywanej pod kontrolą TK. Ponadto szacował ryzyko karcynogenezy związane z wykonaną procedurą. Otrzymane wyniki potwierdzają tezę, że dawki promieniowania i zwiększenie ryzyka powstania kolejnego nowotworu związanych z termoablacją guzów wątroby wykonywanych pod kontrolą TK są niewielkie. Zaobserwował również, że na dawkę nie wpływa wielkość guza. Natomiast termoablacja zmian mnogich wiąże się z realnie wyższym narażeniem radiacyjnym. Jest to pierwsza w Polsce tak szczegółowa analiza czynników wpływających na dawkę promieniowania podczas procedury ablacji zmian ogniskowych w wątrobie wykonywanych z wykorzystaniem tomografii. Jednocześnie Autor zwraca uwagę jak ważna jest dokładna identyfikacja ilości ognisk metastatycznych jako kluczowego czynnika pozwala planować zabiegi w sposób ograniczający ekspozycję.

Także praca *“Ultra-low radiation dose protocol for CT-guided intrathecal nusinersen injections for patients with spinal muscular atrophy and severe scoliosis”* jest kolejną publikacją związaną z zainteresowaniami naukowymi Habilitanta. W pracy tej dokonał On analizy możliwości istotnego obniżenia dawki promieniowania u pacjentów z rdzeniowym zanikiem mięśni (SMA) i współistniejącą ciężką skoliozą, podczas cyklicznie powtarzanych zabiegów dokanałowej iniekcji Nusinersenu pod kontrolą tomografii komputerowej stosując protokół ultra-niskiej dawki bez strat dla efektywności i bezpieczeństwa procedury. Badanie obejmowało analizę retrospektywną 18 pacjentów z ciężką skoliozą lub po operacyjnej stabilizacji kręgosłupa, u których trudne warunki anatomiczne uniemożliwiały wykonanie standardowego (bez udziału TK) nakłucia lędźwiowego. W zaproponowanym nowym protokole zastosowano niższe wartości prądu lampy rentgenowskiej (10 mA vs 100 mA) oraz ograniczono wielkość obszaru skanowania. Na podstawie przeprowadzonych badań Autor udowodnił, że protokół ultra-low dose pozwala na redukcję dawki o ponad 80% w porównaniu do protokołu standardowego (spadek madiany z 248 do 27 mGy·cm) co ma kluczowe znaczenie przy wielokrotnie powtarzanych zabiegach, zwłaszcza u młodych pacjentów.

W ostatniej pracy cyklu habilitacyjnego *"Percutaneous Bilateral Adrenal Radiofrequency Ablation in Severe Adrenocorticotrophic Hormone-dependent Cushing Syndrome"* Autor badał skuteczność i bezpieczeństwo obustronnej, przezskórnej termoablacji nadnerczy u pacjentów z ciężką, ACTH-zależną postacią zespołu Cushinga, którzy nie mogli być poddani zabiegowi adrenalectomii z powodu otyłości lub braku zgody. Procedury wykonywano pod kontrolą TK co umożliwiło precyzyjne umiejscowienie igieł ablacyjnych i bezpieczne wykonanie zabiegów. U wszystkich pacjentów osiągnięto techniczny sukces (destrukcja co najmniej 80% objętości nadnerczy) i istotną poprawę w wynikach laboratoryjnych. Długa obserwacja (do 24 miesięcy) wykazała, że efekt termoablacji w chorobie Cushinga jest trwały. Choć technicznie użyto standardowej metody ablacyjnej, to praca stanowi ważny, innowacyjny wkład kliniczny pokazujący, że obustronna termoablacja z wykorzystaniem nawigacji pod kontrolą TK jest bezpieczną i skuteczną alternatywą w leczeniu ciężkich przypadków zespołu Cushinga zwłaszcza u tych chorych, u których inne opcje terapeutyczne były nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania.

Podsumowując, przedstawiony cykl publikacji stanowi zwartą całość tematyczną, w której uzyskano interesujące poznawczo i ważne klinicznie wyniki dotyczące skuteczności i bezpieczeństwa zabiegów przezskórnych wykonywanych pod kontrolą tomografii komputerowej.

Cykl artykułów dotyczących bezpieczeństwa radiacyjnego wykazał, że możliwe jest przeprowadzanie tych procedur przy zastosowaniu niskich dawek promieniowania, bezpieczniejszych zarówno dla pacjentów, jak i personelu medycznego. Jednym z kluczowych czynników zniechęcających radiologów do wykonywania zabiegów pod kontrolą TK jest właśnie obawa związana z narażeniem radiacyjnym. Habilitant w swoich pracach zaproponował nowatorskie metody ograniczania ekspozycji na promieniowanie, przez co redukcja dawek może stanowić istotny argument przemawiający za większym zaangażowaniem lekarzy radiologów w radiologię interwencyjną. Natomiast w opublikowanych artykułach poświęconych procedurom małoinwazyjnym wykonywanym pod kontrolą tomografii komputerowej Kandydat udowodnił, że zabiegi te charakteryzują się wysoką skutecznością oraz bardzo niskim odsetkiem powikłań, i to zarówno w przypadku procedur mniej złożonych, takich jak biopsje czy drenaże, jak i bardziej zaawansowanych technicznie, jak choćby termoablacje.

Uważam, że prace naukowe Kandydata w sposób istotny przyczynią się do zwiększenia użytecznej wiedzy wśród radiologów zajmujących się powyższymi zagadnieniami, a przez to przełożą się na zwiększanie dostępności pacjentów do procedur małoinwazyjnych wykonywanych z wykorzystaniem tomografii komputerowej.

Należy zatem uznać, że całościowy dorobek naukowy opisany wyżej wymienionymi wskaźnikami bibliograficznymi oraz wartość merytoryczna przedstawionych prac spełnia kryteria potrzebne do uzyskania tytułu doktora habilitowanego.

Udział w projektach badawczych

Kandydat był wykonawcą badania *"System wspomagający niszczenie zmian nowotworowych w jamie brzusznej technikami małoinwazyjnymi"*- realizowany w Ramach Programu Operacyjnego Inteligentny Rozwój, 2014-2020 Priorytet I: WSPARCIE PROWADZENIA PRAC B+R PRZEZ PRZEDSIĘBIORSTWA Działanie 1.2: Sektorowe programy B+R, Program sektorowy: „INNOMED - Program badań naukowych i prac rozwojowych dla sektora gospodarki w obszarze medycyny innowacyjnej”.

Pobyty w zagranicznych ośrodkach naukowych oraz współpraca z ośrodkami zewnętrznymi

Habilitant pogłębiał swoją wiedzę naukową oraz doskonalił swój warsztat w zagranicznych placówkach naukowych:

Montefiore Medical Center, Nowy Jork, USA, 2000

Washington Hospital Center, Waszyngton, USA, 2004

Conquest Hospital, Hastings, UK, 2006

Churchill Hospital, Oxford, UK, 2016

Gustave Roussy Institute, Paryż, Francja, 2024

Kandydat od 2020 roku aktywnie uczestniczy w pracach grupy badawczej międzynarodowego zespołu zajmującego się radiologiczną klasyfikacją raka wątrobowokomórkowego LI-RADS i jest współautorem 8 publikacji w prestiżowych czasopismach naukowych dotyczących tego zagadnienia.

Habilitant może wykazać się popartą licznymi publikacjami współpracą z międzynarodowymi i krajowymi ośrodkami badawczymi (King's College Hospital w Londynie, Uniwersytet Medyczny w Magdeburgu, Narodowy Instytutem Onkologii w Warszawie, Politechnika Śląska).

Działalność edukacyjna i organizacyjna

Habilitant była/jest:

1. Był jednym z inicjatorów prac nad zwiększeniem dostępności polskich pacjentów do procedury termoablacji guzów wątroby i nerki oraz wprowadzeniem do koszyka świadczeń gwarantowanych krioablacji guzów nerki oraz termoablacji i krioablacji guzów płuc, kości i nadnerczy. Ponadto przez 5 lat pilotował proces wdrażania w/w. procedur.
2. Jest współautorem analiz Health Technology Assessment dotyczących wprowadzonych procedur i wniosków refundacyjnych
3. Jest inicjatorem prac nad rozdzieleniem w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych biopsji gruboigłowych i cienkoigłowych płuca w celu zwiększenia dostępności pacjentów do biopsji

gruboigłowych, które pozwalają na uzyskanie większej ilości materiału do badań histopatologicznych i molekularnych

4. Jest ekspertem radiologii interwencyjnej w ramach prac zespołu Narodowej Strategii Onkologicznej
5. Jest jednym z głównych autorów standardów organizacyjnych radiologii interwencyjnej w onkologii stworzonych w ramach Sekcji Zabiegowej PLTR na zlecenie Biura Narodowej Strategii Onkologicznej
6. Jest współtwórcą pracowni tomografii zabiegowej w Centralnym Szpitalu Klinicznym WUM przy ul. Banacha w Warszawie
7. Prowadzi zajęcia dydaktyczne oraz staże kierunkowe w Zakładzie Radiologii Klinicznej WUM
8. Prowadzi wykłady dla lekarzy w ramach kursów specjalizacyjnych z radiologii i diagnostyki obrazowej, chirurgii onkologicznej i onkologii klinicznej (CMKP)
9. Zorganizował i prowadził warsztaty dotyczące radiologii interwencyjnej dla kilku organizacji pacjentów onkologicznych w 2023 roku.
10. Aktywnie działa na rzecz popularyzacji radiologii interwencyjnej, w szczególności w zakresie zabiegów u pacjentów onkologicznych.

Inne

Ponadto, Habilitant jest członkiem:

1. sekcji zabiegowej Polskiego Towarzystwa Radiologicznego (PLTR),
2. European Society of Radiology (ECR),
3. Cardiovascular and Interventional Radiology Society of Europe (CIRSE)

Podsumowując, uważam że dorobek naukowy, organizacyjny, popularyzatorski i dydaktyczny doktora Grzegorza Rosiaka spełnia wymogi ustawowe (o których mowa w art. 219, ust. 1, pkt. 1-3 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce) i zwyczajowe stawiane pracownikom habilitacyjnym. W związku z tym, wnoszę do Wysokiej Rady Kolegium Nauk Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego o nadanie Panu doktorowi nauk medycznych Grzegorzowi Rosiakowi tytułu doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, dyscyplina nauki medyczne.

Dr hab.n.med. Arkadiusz Szarmach

