

dr hab. n. med. Tomasz Jastrzębski, prof. nadzw. GUMed  
Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej

Gdańsk, 30.08.2022 r.

## OCENA

osiągnięcia naukowego

**dr n. med. Hanny Kosela-Paterczyk**, będącego podstawą ubiegania się o nadanie stopnia doktora habilitowanego na podstawie cyklu sześciu publikacji zatytułowanego:  
*„Postępy w leczeniu skojarzonym miejscowo zaawansowanych mięsaków tkanek miękkich”*  
w postępowaniu o nadanie stopnia doktora habilitowanego w dziedzinie nauk nauki medyczne i nauki o zdrowiu, w dyscyplinie: nauki medyczne.

### Przebieg pracy zawodowej i podstawowe dane o Kandydatce

Dr med. Hanna Kosela-Paterczyk w roku 2008 ukończyła naukę na Wydziale Lekarskim Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Tytuł lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej uzyskała w roku 2016. Specjalizacja realizowana była w ramach rezydentury w Klinice Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków; Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

W styczniu 2016 roku uzyskała stopień doktora nauk medycznych - w dyscyplinie naukowej medycyna na podstawie pracy doktorskiej pt. „Skuteczność i bezpieczeństwo hipofrakcjonowanej radioterapii przedoperacyjnej w leczeniu pacjentów z rozpoznaniem miejscowo zaawansowanych mięsaków tkanek miękkich kończyn i tułowia” nadany uchwałą Rady Naukowej Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. (Praca uzyskała wyróżnienie Rady Naukowej Instytutu).

Od grudnia 2009 roku do chwili obecnej pracuje w Klinice Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków; Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie. Od 2017 roku zatrudniona jest na stanowisku Adiunkta a od 2018 roku pełni funkcję Kierownika Oddziału Zachowawczego Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków.

### Ocena osiągnięcia naukowego w postaci cyklu prac

Osiągnięcie naukowe dr n. med. Hanny Kosela-Paterczyk stanowi cykl 6-ciu prac (5 prac oryginalnych i 1 praca pogładowa), opublikowanych w recenzowanych czasopismach naukowych w latach 2016 – 2021 i zatytułowany: *Postępy w leczeniu skojarzonym miejscowo zaawansowanych*



*mięsaków tkanek miękkich*". Łączna wartość współczynnika Impact Factor (IF) wymienionych pracy wynosi IF: 24,336 ; natomiast liczba punktów Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (MEiN) wynosi: 430 pkt.

#### **Szczegółowe omówienie osiągniętych wyników:**

1. *Efficacy of neoadjuvant hypofractionated radiotherapy in patients with locally advanced myxoid liposarcoma*

**H Kosela-Paterczyk**, A Szumera-Ciećkiewicz, M Szacht, R Haas, T Morysiński, W Dziewirski, M Prochorec-Sobieszek, P Rutkowski

Eur J Surg Oncol 2016 Jun;42(6):891-8.

IF: 3,522 MEiN: 30

Celem badania była ocena skuteczności hipofrakcjonowanej przedoperacyjnej radioterapii, po której następuje natychmiastowy zabieg chirurgiczny, oraz analiza odpowiedzi w obrębie tkanek na to leczenie u pacjentów z rozpoznaniem miejscowo zaawansowanych pierwotnych MLPS. Łącznie 32 pacjentów z pierwotnym MLPS poddano 2 różnym harmonogramom hipofrakcjonowanej radioterapii przedoperacyjnej i operacji. Najczęstszą lokalizacją guza było udo (84%). Mediana średnicy guza w chwili rozpoznania wynosiła 10,5 cm (zakres 3-27). Żaden z pacjentów nie otrzymał chemioterapii adjuwantowej.

Schemat radioterapii obejmował 4 Gy (w latach 1999-2005) lub 5 Gy (w latach 2008-2014) na frakcję dostarczoną w ciągu pięciu kolejnych dni do dawki całkowitej 20/25 Gy. Szerokie wycięcie miejscowe wykonano w ciągu 3-7 dni od zakończenia radioterapii. U dwóch pacjentów uzyskano jedynie marginalne wycięcie, u jednego pooperacyjnie zastosowano radioterapię uzupełniającą.

Wszystkich 32 chorych ukończyło zaplanowaną terapię. Wznowę miejscową (LR) po leczeniu badanym rozpoznano u 3 pacjentów (9,3%). 5-letni wskaźnik miejscowego przeżycia wolnego od nawrotu choroby (LRFS) wyniósł 90%, bez dalszego spadku w kolejnych latach u pacjentów z dłuższym okresem obserwacji; mediana LRFS nie została osiągnięta. Podczas obserwacji u 11 chorych (34%) rozpoznano przerzuty, najczęściej do płuc, ale także do kości i przestrzeni zaotrzewnowej. W momencie analizy zmarło 9 pacjentów, wszyscy z powodu przerzutów odległych choroby. Wskaźnik 5-letniego przeżycia całkowitego (OS) wyniósł 68%, mediana OS nie została osiągnięta. Leczenie wiązało się z umiarkowanym odsetkiem powikłań wynoszącym 22%. W próbkach po radioterapii wykryto istotnie wyższą ekspresję TP53 w porównaniu z biopsją pierwotną (odpowiednio 84% vs 40%;  $p < 0,001$ ). Badanie wykazało dobre wskaźniki wyleczenia miejscowego i przeżycie całkowite, porównywalne z wynikami obserwowanymi u chorych leczonych frakcjonowaną konwencjonalnie przedoperacyjną radioterapią. W badaniu analizowano zmiany zachodzące wcześniej po radioterapii w MLPS w jednej z najliczniejszych, opisanych dotychczas grup pacjentów.



2. *Dermatofibrosarcoma protuberans and gastrointestinal stromal tumor as models for targeted therapy in soft tissue sarcomas*

**Kosela-Paterczyk H.**, Rutkowski P.

Expert Review of Anticancer Therapy, vol. 17, nr 12, 2017, ss. 1107- 1116

IF: 2,347 MEiN: 20

W tej pracy poglądowej omówiono podłoże molekularne i leczenie dwóch podtypów mięsaków tkanek miękkich, które stały się modelem terapii celowanej – nowotworu podścieliskowego przewodu pokarmowego (GIST) i włókniakomięsaka guzowatego skóry (DFSP). W publikacji pokazano analogie terapii i perspektywy leczenia GIST i DFSP.

Pierwszą skuteczną terapią systemową wprowadzoną do praktyki klinicznej w GIST i DFSP był imatynib – inhibitor kinazy tyrozynowej działający na KIT i PDGFR alfa/beta. Stosowanie leku zrewolucjonizowało leczenie przypadków nieoperacyjnych i/lub przerzutowych i wykazało spektakularną aktywność w przypadkach miejscowo zaawansowanych. Przeżycie całkowite (OS) u pacjentów z zaawansowanym GIST wynosi obecnie około 5 lat, co stanowi około 4-krotny wzrost w porównaniu z danymi historycznymi (mediana przeżycia: 12-15 miesięcy). Mediana czasu przeżycia bez progresji choroby (PFS) pacjentów leczonych imatynibem wynosi 2-3 lata. Terapia ta także poprawia rokowanie chorych leczonych uzupełniająco po resekcji guza o wysokim ryzyku nawrotu. Leczenie adjuwantowe pacjentów z GIST z wysokim ryzykiem nawrotu imatynibem przez 3 lata zwiększa przeżycie bez nawrotu (RFS) i OS w porównaniu z terapią jednoroczną.

3. *Differences in recurrence and survival of extremity liposarcoma subtypes*

M Vos, **H Kosela-Paterczyk**, P Rutkowski, G J L H van Leenders, M

Normantowicz, A Lecyk, S Sleijfer, C Verhoef, D J Grünhagen

Eur J Surg Oncol 2018 Sep;44(9):1391-397.

IF: 3,379 MEiN: 30

Praca ta jest efektem współpracy z Erasmus MC Cancer Institute w Rotterdamie, dzięki której możliwe było zebranie do analizy unikalnej grupy chorych na tłuszczakomięsaki, co dało możliwość poszerzenia wiedzy na temat tych rzadkich nowotworów.

Celem pracy było zbadanie różnic w częstości nawrotów i w przeżyciu w różnych podtypach LPS, w tym określenie wpływu różnych czynników kliniczno-patologicznych. Analizowana kohorta pacjentów była największą z dotychczas opisanych kohort chorych z rozpoznaniem LPS o lokalizacji kończynowej.

Do analizy włączono pacjentów leczonych z powodu pierwotnego LPS o lokalizacji kończynowej w latach 1986-2015 w Erasmus MC Cancer Institute (kohorta rotterdamaska) oraz w latach 1990-2015 w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie (kohorta warszawska).



Dane zostały zebrane retrospektywnie. W sumie zidentyfikowano 456 pacjentów: 229 w kohorcie rotterdamskiej i 227 w kohorcie warszawskiej, z medianą czasu obserwacji 61 miesięcy. W kohorcie rotterdamskiej było 113 pacjentów z WDLPS (49,3%), 77 pacjentów z MLPS (33,6%), 13 pacjentów z DDLPS (5,7%), 20 pacjentów z PLPS i 6 pacjentów z innymi podtypami LPS (2,6%). W kohorcie warszawskiej obserwowano bardziej agresywne podtypy: MLPS był najczęstszym podtypem (u 95 pacjentów, 41,9%), następnie WDLPS, u 79 pacjentów (34,8%), PLPS (u 34 pacjentów, 15,0%), DDLPS (u 10 pacjentów, 4,4%) i inne podtypy LPS (u 9 pacjentów, 4,0%). W kohorcie warszawskiej zaobserwowano znacznie więcej guzów o wysokim stopniu złośliwości. W kohorcie rotterdamskiej ogółem 34,5% otrzymało radioterapię neoadjuwantową/adjuwantową, natomiast w kohorcie warszawskiej 78,9% wszystkich pacjentów otrzymało radioterapię neoadjuwantową/adjuwantową ( $p < 0,001$ ). Co więcej, w kohorcie warszawskiej było znacznie więcej resekcji R0 (radykałnych) (84,1%) w porównaniu z kohortą rotterdamską (41,0%,  $p < 0,001$ ); pacjenci z kohorty rotterdamskiej częściej doświadczali wznowy miejscowej (Rotterdam: 26 % vs Warszawa: 11,9%,  $p < 0,001$ ).

Pomiędzy ośrodkami zaobserwowano istotną różnicę w 5-letnim LRFS dla wszystkich podtypów (Rotterdam: 73,1% vs Warszawa: 85,5%,  $p < 0,030$ ). Analizując podgrupy, różnicę tę prawie w całości można przypisać różnicy w 5-letnim LRFS u pacjentów z WDLPS (Rotterdam: 65,0%, SE 5,9% vs Warszawa: 94,1%, SE 3,4%,  $p < 0,001$ ), natomiast w innych podtypach nie stwierdzono istotnej różnicy między ośrodkami w 5-letnim LRFS. Nie było istotnej różnicy między dwoma ośrodkami w 5y-DMFS ani w 5y-OS.

Badanie to prezentuje największą opisaną dotychczas w literaturze kohortę pacjentów z LPS o lokalizacji kończynowej pokazując wyraźne różnice we wzorcach nawrotów i przeżycia między różnymi podtypami LPS. Radioterapia może zmniejszyć ryzyko nawrotu miejscowego w WDLPS, ale jej korzyści należy starannie wyważyć z jej wadami. Pomimo różnic w nawrotach i leczeniu, pięcioletnie (specyficzne dla choroby) przeżycie nie różniło się istotnie między dwoma ośrodkami eksperckimi. Te wzorce przebiegu choroby i cechy prognostyczne mogą być wykorzystane do dalszej optymalizacji leczenia w zakresie chirurgii i neoadjuwantowej/adjuwantowej radioterapii.

#### 4. Signatures of circulating microRNA in four sarcoma subtypes

**Kosela-Paterczyk H**, Paziewska A, Kulecka M, Balabas A, Kluska A, Dabrowska M, Piatkowska M, Zeber-Lubecka N, Ambrozkiwicz F, Karczmarski J, Mikula M, Rutkowski P, Ostrowski J

J Cancer. 2020 Jan 1;11(4):874-882.

IF: 4,207 MEiN: 70

Celem tego badania była identyfikacja profili krążących miRNA (c-miRNA) w surowicy lub osoczu u czterech grup osób z mięsakami kości i tkanek miękkich: kostniakomięsak (OS), mięsak maziówkowy (SySy), mięsak Ewinga (ES) oraz nowotwór podścieliskowy przewodu pokarmowego



(GIST). W momencie rozpoznania pobrano próbki krwi od 86 pacjentów: 36 z miejscowo zaawansowanym/nieoperacyjnym/przerzutowym nowotworem podścieliskowym przewodu pokarmowego (GIST), którzy otrzymali leczenie pierwszego rzutu imatynibem; 16 z miejscowo zaawansowanym kostniakomięsakiem (OS); 26 z miejscowo zaawansowanym mięsakiem maziówkowym (SS); i osiem z miejscowo zaawansowanym mięsakiem Ewinga (ES). Grupę kontrolną stanowiły osoby zdrowe.

Porównania parami zidentyfikowały 156 unikalnych c-miRNA (skorygowana wartość  $P < 0,05$ ) wykazujących znaczną dysregulację między osobami z grupy kontrolnej a pacjentami; z nich 24, 36, 42 i 99 różniły się kontrolą odpowiednio od OS, SySy, ES i GIST. Dziesięć c-miRNA było powszechnie zmienione w co najmniej trzech typach mięsaków. Krzywe ROC i analizy pola pod krzywą (ROC-AUC) wykazały, że klasyfikator diagnostyczny z czterema miRNA był w stanie odróżnić osoby z grupy kontrolnej od ES, GIST, OS i SySy, z wartościami AUC-ROC wynoszącymi 1,0; 0,97; 0,95 i odpowiednio 0,94.

W badaniu zidentyfikowano nieprawidłową ekspresję sygnatur miRNA w próbkach surowicy od pacjentów z czterema różnymi podtypami mięsaków. Różnice w profilach ekspresji miRNA między chorymi a zdrowymi ochotnikami sugerują, że miRNA odgrywają kluczową rolę w rozwoju mięsaków. Pokazano, że miRNA stanowią obiecujący przedmiot dalszych badań nad terapią mięsaków.

5. *Hypofractionated Radiotherapy in Locally Advanced Myxoid Liposarcomas of Extremities or Trunk Wall: Results of a Single Arm Prospective Clinical Trial.* **Kosela-Paterczyk H**, Spalek M, Borkowska A, Teterycz P, Wągrodzki M, Szumera- Ciećkiewicz A, Morysiński T, Castaneda-Wysocka P, Cieszanowski A, Zdzienicki M, Goryń T, Rutkowski P.

J Clin Med. 2020 Aug 1;9(8):2471

IF: 4,242 MEiN: 140

W publikacji przedstawiono wyniki prospektywnego badania klinicznego drugiej fazy, którego dr n. med. Hanna Kosela-Paterczyk była pomysłodawcą, autorem protokołu i głównym badaczem. Celem badania była ocena skuteczności i bezpieczeństwa przedoperacyjnej hipofrakcjonowanej radioterapii, a następnie odroczonej operacji u pacjentów z miejscowo zaawansowanym MLPS.

Przeprowadzono nierandomizowane, prospektywne eksploracyjne badanie kliniczne fazy II (NCT03816475). Do badania włączono pacjentów z pierwotnymi, miejscowo zaawansowanymi tłuszczakomięsakami słuźowatymi zlokalizowanymi na kończynach lub tułowiu, o wielkości równej lub większej niż 5 cm w największym wymiarze. Wszyscy pacjenci mieli co najmniej 18 lat i stan sprawności według Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) od 0 do 2. Kryteria wykluczenia obejmowały rozsiew odległy choroby, planowaną chemioterapię neoadjuwantową lub adjuwantową, wcześniejszą RT na napromieniany obszar oraz aktywne leczenie drugiego nowotworu złośliwego. Wszystkie diagnozy MLPS zostały ocenione centralnie w naszym ośrodku przez patologów doświadczonych w diagnostyce mięsaków tkanek miękkich i potwierdzone badaniami molekularnymi



pod kątem rearanżacji DDIT3. Pierwszorzędownym punktem końcowym badania był odsetek poważnych powikłań rany.

Zastosowano hipofrakcjonowaną radioterapię 5 Gy przez pięć kolejnych dni. Szerokie wycięcie miejscowe wykonano po średnio 7 tygodniach (zakres 5–10 tygodni) od zakończenia radioterapii. Do analizy skuteczności włączono 27 pacjentów. U wszystkich pacjentów z wyjątkiem dwóch wykonano resekcję guza R0, dwóch pacjentów (7,4%) miało resekcję R1. Żaden z pacjentów nie miał miejscowego nawrotu choroby. W trakcie obserwacji u 4 pacjentów (14,8%) rozpoznano przerzuty, a wszyscy ci pacjenci mieli guzy o wysokim stopniu złośliwości. W momencie analizy dwóch pacjentów zmarło z powodu zmian przerzutowych. Jedynymi czynnikami mającymi istotny wpływ na przeżycie wolne od nawrotu choroby były stopień złośliwości ( $p < 0,00074$ , w teście log-rank) guza i odsetek RCC ( $p = 0,009$ ; HR = 1,270 na 1% zmiany; 95% CI 1,063–1,518).

Leczenie było dobrze tolerowane z niskim odsetkiem późnych powikłań. Badanie osiągnęło pierwszorzędowny punkt końcowy. U żadnego z pacjentów nie stwierdzono znaczących problemów z gojeniem się ran wymagających dodatkowej interwencji chirurgicznej. Późną toksyczność leczenia stwierdzono u 4 pacjentów (13,8%).

W podsumowaniu Autorka stwierdza, że badanie to może służyć jako podstawa do modyfikacji obecnie stosowanej terapii skojarzonej u pacjentów z rozpoznaniem MLPS. Dzięki przedoperacyjnemu schematowi hipofrakcjonowanej radioterapii 5 × 5 Gy z opóźnionym leczeniem chirurgicznym osiągnięto doskonały wskaźnik kontroli miejscowej. Schemat hipofrakcjonowania jest opłacalny i wygodny do stosowania w codziennej praktyce klinicznej zarówno dla pacjenta, jak i zespołu leczącego. Odległe nawroty wystąpiły u pacjentów z MLPS o wysokim stopniu złośliwości, co wskazuje na potrzebę stosowania bardziej agresywnej terapii w tej grupie osób. Wyniki tego badania uwzględniono w wytycznych ESMO w kontekście możliwości stosowania niższych niż standardowe dawek hipofrakcjonowanej radioterapii w leczeniu przedoperacyjnym MLPS.

6. *Efficacy and Safety of Hypofractionated Preoperative Radiotherapy for Primary Locally Advanced Soft Tissue Sarcomas of Limbs or Trunk Wall*

**Kosela-Paterczyk H**, Teterycz P, Spalek MJ, Borkowska A, Zawadzka A, Wądrodzki M, Szumera-Ciećkiewicz A, Morysiński T, Świtaj T, Ługowska I, Castaneda-Wysocka P, Zdzienicki M, Goryń T, Rutkowski P.

Cancers (Basel). 2021 Jun 14;13(12):2981.

IF: 6,639 MEiN: 140

Badanie miało na celu pokazanie odległych wyników leczenia przedoperacyjnego 5 × 5 Gy w podgrupie pacjentów mających tylko rozpoznanie pierwotnych mięsaków tkanek miękkich. Do badania włączono 311 pacjentów leczonych w okresie od lutego 2010 r. do grudnia 2017 r.

Chemioterapia neoadjuwantowa była stosowana przed radioterapią u wybranych pacjentów z wysokim ryzykiem wznowy odległej, z rozpoznaniem podtypów chemowrażliwych (30% chorych). Radioterapia składała się z 5 Gy na frakcję dostarczoną przez pięć kolejnych dni do całkowitej dawki 25 Gy. Operację



wycięcia guza pierwotnego przeprowadzano w ciągu 2–4 dni od ostatniego dnia radioterapii. Mediana wieku wyniosła 57 lat (zakres 18–91). Mediana maksymalnego wymiaru guza wynosiła 10 cm (zakres 2–31). U większości pacjentów guzy były zlokalizowane na kończynach dolnych (224; 72% wszystkich zmian), przy czym zdecydowana większość na udzie (160; 71% wszystkich zmian kończyn dolnych).

U 260 pacjentów (84%) uzyskano mikroskopowo ujemne marginesy chirurgiczne (R0). Łącznie 18 pacjentów otrzymało pooperacyjny boost z powodu dodatnich marginesów chirurgicznych. Wznowę miejscową stwierdzono u 43 (13,8%) pacjentów. 5-letni czas przeżycia wolny od nawrotu miejscowego choroby (LRFS) wyniósł 81%. Czynnikiem, które miały istotny wpływ na LRFS, były podtyp histologiczny ( $p = 0,017$ ), marginesy resekcji (0,01) oraz stopień zaawansowania guza według klasyfikacji TNM według 8. edycji AJCC (0,04). W analizie wieloczynnikowej czynnikami mającymi istotnie gorszy wpływ na LRFS było rozpoznanie podtypów MPNST i LMS w porównaniu z innymi podtypami histologicznymi. Łącznie 107 pacjentów nie żyło w momencie analizy, a progresja choroby była najczęstszą przyczyną zgonów. Jedenastu pacjentów zmarło z innych przyczyn niezwiązanych z ich pierwotną diagnozą. Wskaźnik 5-letniego przeżycia całkowitego wyniósł 63%. Szacowana mediana OS wyniosła 90,4 miesiąca (95% CI 73,8 – nieosiągnięta). Czynnikiem mającymi istotny wpływ na OS były wiek ( $p < 0,025$ ), wielkość guza ( $p < 0,0001$ ) i stopień zaawansowania nowotworu ( $p < 0,0047$ ). W analizie wieloczynnikowej czynnikami mającymi istotnie gorszy wpływ na OS były wiek powyżej 60 lat ( $p < 0,004$ ), wyższy stopień złośliwości guza ( $p < 0,001$ ) oraz większy rozmiar guza ( $p < 0,001$ ). W leczonej grupie 96 pacjentów (30,8%) doświadczyło zdarzeń niepożądanych, związanych z leczeniem. Łącznie 7,3% (23) z nich wymagało chirurgicznego leczenia powikłań rany, zwykle jej powtórnego zamknięcia. U żadnego pacjenta nie było konieczności amputacji kończyny ze względu na powikłania rany. Większe ryzyko powikłań stwierdzono u pacjentów z guzami zlokalizowanymi na kończynach dolnych.

Badanie to przedstawia wyniki uzyskane w dużej zbiorowości pacjentów z rozpoznaniem pierwotnych, miejscowo zaawansowanych mięsaków tkanek miękkich leczonych przedoperacyjną hipofrakcjonowaną radioterapią. Wykazano, że ta skojarzona metoda leczenia jest bezpieczna i skuteczna, bez istotnie częstszych działań niepożądanych.

#### **Na podstawie uzyskanych wyników ze wszystkich sześciu prac stanowiących osiągnięcie naukowe sformułowano następujące wnioski**

- Tuszczakomięsaki śluzowate (MLPS) na tle innych mięsaków tkanek miękkich charakteryzują się wyjątkową wrażliwością na radioterapię przedoperacyjną. Tę wrażliwość widać także w unikalnych zmianach w obrazie histopatologicznym po leczeniu.
- Postępy wiedzy na temat molekularnych mechanizmów patogenezy GIST i DFSP zaowocowały opracowaniem podejścia terapeutycznego, które stało się modelem terapii celowanej w onkologii.
- Cztery podtypy tłuszczakomięsaków mają różne wzorce wznowy miejscowej, powstawania przerzutów odległych i różne rokowanie; przy czym podtyp tłuszczakomięsaka jest jednym z



najważniejszych czynników prognostycznych. Te jednostki chorobowe powinny być leczone w wielospecjalistycznych, doświadczonych ośrodkach medycznych, świadomych znaczenia różnic między podtypami, ponieważ „tłuszczakomięsak o lokalizacji kończynowej” nie jest jednolitym rozpoznaniem.

- Identyfikacja wzorców miRNA unikalnych dla poszczególnych typów nowotworów może dostarczyć nowych biomarkerów przydatnych w diagnostyce mięsaków.
- Hipofrakcjonowana radioterapia przedoperacyjna z odroczonym leczeniem chirurgicznym jest skuteczną i bezpieczną metodą leczenia u pacjentów z rozpoznaniem miejscowo zaawansowanych tłuszczakomięsaków śluzowatych.
- Hipofrakcjonowanie to innowacyjny sposób przedoperacyjnego leczenia mięsaków, który zdecydowanie skraca całe leczenie i sprawia, że jest ono bardziej dogodne zarówno dla pacjenta, jak i ośrodka leczącego.

#### **Ocena pozostałego dorobku naukowego oraz aktywności naukowej**

Całkowity dorobek naukowy dr n. med. Hanny Kosela-Patwrczyk posiada łączną punktację Impact Factor **IF 122,168** ( z tego **IF 105,337** uzyskanych po doktoracie) oraz **3430 punktów MEiN** (w tym **3187** po doktoracie)

Dorobek ten obejmuje:

- 40 oryginalnych prac naukowych (w tym 7 jako pierwszy autor ) o łącznym IF 114,548 i 2718 punktów MEiN
- 5 opisów przypadków (w tym 1 jako pierwszy autor) o łącznym IF 3.001 i 113 punktów MEiN
- 14 prac poglądowych (w tym 5 jako pierwszy autor) o łącznym IF 4,619 i 599 punktów MEiN
- 13 rozdziałów w podręcznikach (w tym 5 jak pierwszy autor)
- 96 streszczeń/wystąpień zjazdowych: 34 ze zjazdów krajowych i 62 międzynarodowych
  - Indeks Hirscha moich prac wynosi H=9 (Web of Science) I Index H=9 (Scopus)
  - Liczba moich cytowań wynosi 381 - autocytywania 13- na podstawie bazy Web of Science.
  - Liczba cytowań –372- autocytywania 15- na podstawie bazy Scopus.

#### **Ocena działalności dydaktycznej oraz organizacyjnej**

Dr n. med. Hanna Kosela-Paterczyk wykazuje się znaczną aktywności dydaktyczną i organizacyjną, polegającą m.in. na:




- Prowadzeniu zajęć dydaktycznych na kursach do specjalizacji (onkologia kliniczna i chirurgia onkologiczna) prowadzonych przez CMKP;
- Jest kierownikiem specjalizacji lekarzy odbywających specjalizację w ramach rezydentury z onkologii klinicznej;
- Prowadzi zajęcia dla studentów Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego;
- Współpracuje z Onkologicznym Studenckim Kołem Naukowym;
- Pełni rolę promotora pomocniczego w trzech przewodach doktorskich.
- Prowadzi wykłady na konferencjach i szkoleniach z zakresu leczenia chorych na mięsaki tkanek miękkich i kości, czerniaki i inne złośliwe nowotwory skóry.

### **Podsumowanie i wniosek końcowy**

Na podstawie oceny osiągnięcia naukowego w postaci cyklu publikacji Dr n. med. Hanny Kosela-Patrczyk pt.: „*Postępy w leczeniu skojarzonym miejscowo zaawansowanych mięsaków tkanek miękkich*” z uwzględnieniem całokształtu dorobku w postępowaniu habilitacyjnym w dziedzinie nauki medycze i nauki o zdrowiu w dyscyplinie: nauki medyczne, uznaję osiągnięcia naukowe, dydaktyczne i organizacyjne za znaczące i w pełni spełniające wszystkie zarówno formalne jak i zwyczajowe wymogi stawiane kandydatom ubiegającym się o stopień naukowy doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych.<sup>[1]</sup>

Na podstawie analizy całokształtu dorobku naukowego Kandydatki wnioskuję do Wysokiej Rady Wydziału o wyróżnienie, motywując decyzję wysokimi osiągnięciami własnymi stanowiącymi cykl publikacji, wysoką liczbą publikacji powstałych w ramach pracy w zespołach badawczych realizujących wiele projektów krajowych oraz wynikających ze współpracy z ośrodkami zagranicznymi.

Biorąc powyższe pod uwagę, zwracam się do Wysokiej Rady Naukowej Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu z wnioskiem o dopuszczenie Dr n. med. Hanny Kosela-Patrczyk do dalszych etapów postępowania habilitacyjnego.

  
 dr hab. n. med. Tomasz Jastrzębski  
 prof. nadzw. GUMed