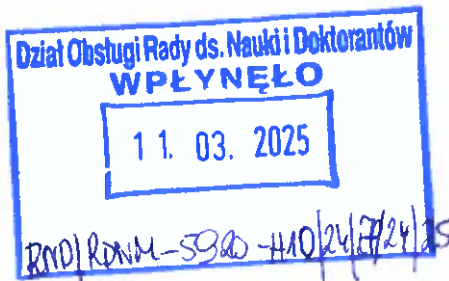


Dr hab. n. med. Marcin Markuszewski
Katedra i Klinika Urologii
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego



Gdańsk 08.03.2025

Ocena osiągnięcia naukowego i istotnej aktywności naukowej dr n. med. Aleksandra Ślusarczyka na podstawie wymagań określonych w art. 219, ust. 1 pkt 2 ustawy z dn. 20.07.2018 r. *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce*.

Dr n. med. Aleksander Ślusarczyk ukończył studia na Wydziale Lekarskim Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w 2020 roku Akademii Medycznej (studia ukończone z wyróżnieniem).

W latach 2020-2021 był zatrudniony w Warszawie w Szpitalu Klinicznym im. Dzieciątka Jezus jako lekarz stażysta oraz jako badacz w granie Sonata Bis Narodowego Centrum Nauki w Zakładzie Immunologii Centrum Biostruktury Warszawskiego. Od 2021 roku pracuje jako lekarz rezydent w trakcie specjalizacji z urologii oraz asystent badawczo - dydaktyczny w Katedrze i Klinice Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.

W 2022 roku obronił z wyróżnieniem rozprawę doktorską i uzyskał stopień doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu na podstawie pracy „Identyfikacja czynników ryzyka oporności na leczenie BCG terapią u pacjentów z nienaciekającym mięśniówki rakiem pęcherza moczowego”. Promotorem był prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski.

Dr n. med. Aleksander Ślusarczyk jest zaangażowanym nauczycielem akademickim. Od 2021 roku prowadzi zajęcia dydaktyczne ze studentami IV, V i VI roku Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (w tym dla studentów English Division) oraz ze studentami Studenckiego Koła Naukowego (SKN Urologii).

Dr n. med. Aleksander Ślusarczyk od początku swojej pracy zawodowej przejawia wybitną aktywność naukową. Jeszcze przed uzyskaniem dyplomu lekarza był autorem i

współautorem trzech prac naukowych w tym jednej opublikowanej w czasopiśmie z Listy Filadelfijskiej (A Ślusarczyk et al Prediction of BCG responses in non-muscle-invasive bladder cancer in the era of novel immunotherapeutics. Urology and Nephrology, 2019 IF 1,843).

Po rozpoczęciu pracy zawodowej kontynuował obszerną i wartościową aktywność naukową. Według zestawienia sporządzonego w Pracowni Bibliograficznej Biblioteki Głównej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego dn. 02.08.2024 roku, na **dorobek powstały przed nadaniem Kandydatowi stopnia doktora nauk medycznych (2022 rok)** składa się 14 publikacji o łącznej punktacji MNiSW 1605 pkt i współczynniku IF 62,931 pkt. Obecnie dorobek naukowy dr n. med. Aleksandra Ślusarczyka stanowi **40** artykułów (wraz z pracami stanowiącymi osiągnięcie naukowe) o łącznej punktacji **3615** punktów ministerialnych i współczynniku wpływu IF **129,431** pkt, uzyskanych za **38 publikacji** w czasopismach z Listy Filadelfijskiej. Należy podkreślić, że w **22** artykułach dr n. med. Aleksander Ślusarczyk jest pierwszym autorem. Punktacja za **publikacje powstałe po uzyskaniu przez Habilitanta stopnia doktora nauk medycznych** wynosi 66,499 punktów IF oraz 2 010 punktów MNiSW. Przytoczone dane świadczą, że dorobek naukowy Habilitanta mierzony w tych systemach uległ w okresie 2 lat, które upłynęły od uzyskania przezeń stopnia naukowego doktora, imponującemu wzrostowi. Ponadto, do całkowitego dorobku naukowego Kandydata należy uwzględnić, że po uzyskaniu stopnia doktora był On pierwszym współautorem jedenastu doniesień krajowych i jednego zagranicznego.

Sumarycznie dorobek Habilitanta obejmuje **40 artykułów** (w 22 jest pierwszym autorem) oraz **12 doniesień** zjazdowych.

Współczynnik wpływu (IF) wynosi : **129,431**

Liczba punktów ministerialnych: **3615**

Liczba cytowań z bazy Web of Science (bez autocytowań) – 122

Liczba cytowań z bazy Scopus (bez autocytowań) – 146

Indeks Hirscha z bazy Web of Science – 7

Indeks Hirscha z bazy Scopus - 8

Zasadnicze osiągnięcie naukowe (spełniające kryteria określone w art. 219 Ustawy pn. „Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce” z dnia 20 lipca 2018 r.) wyznaczone przez dr n. med. Aleksandra Ślusarczyka jako podstawa do ubiegania się o nadanie stopnia doktora habilitowanego stanowi spójny tematycznie zbiór dziewięciu oryginalnych artykułów opublikowanych w latach 2023–2024 w recenzowanych czasopismach naukowych z Listy Filadelfijskiej. Tytuł osiągnięcia: **„Ocena wartości rokowniczej czynników kliniczno-patologicznych oraz molekularnych u pacjentów leczonych operacyjnie z powodu raka urotelialnego pęcherza moczowego oraz górnych dróg moczowych”**. Wymiar bibliometryczny tych artykułów wynosi: **1010 punktów MNiSW oraz IF = 30,0**. Habilitant jest pierwszym współautorem we wszystkich dziewięciu artykułach. Z oświadczeń wydanych na piśmie przez pierwszego współautora wynika, że wkład dr med. Aleksandra Ślusarczyka, w powstanie rzeczonych publikacji był autentycznie istotny. Należy stwierdzić, że osiągnięcie naukowe wskazane przez Habilitanta **spełnia pod względem formalnym kryteria określone w wymienionej wyżej Ustawie**.

Pierwsza spośród należących do osiągnięcia naukowego prac, zatytułowana: **„Cancer-Specific Survival of Patients with Non-Muscle-Invasive Bladder Cancer: A Population-Based Analysis”** [Ślusarczyk A, et al. Annals of Surgical Oncology, 2023] omawia w oparciu o dane populacyjne rzeczywiste odległe wyniki przeżycia swoistego dla nowotworu u pacjentów z nienaciekającym mięśniówki rakiem pęcherza moczowego. Do wykonania

analizy Kandydat użył amerykańskiej bazy danych Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) prowadzonej przez National Cancer Institute (Narodowy Instytut Badań nad Rakiem, USA). Populacja objęta badaniem liczyła 98 238 amerykańskich pacjentów z NMIBC. Uzyskane wyniki ujawniają istotne rozbieżności w śmiertelności swoistej dla raka (tzw. CSM – ang. cancer-specific mortality) w różnych stadiach NMIBC. Autor zauważył w swojej analizie, że rak w stadium T1HG i rak in situ (tzw. CIS – carcinoma in situ) były związane z najwyższymi wskaźnikami CSM osiagającymi odpowiednio 19,52% i 15,56% w długim okresie obserwacji o medianie 124 miesięcy. Badanie podkreślało również relatywnie wysokie ryzyko CSM dla rzadziej diagnozowanych guzów T1LG i TaHG, wynoszące około 10%. W tej publikacji dr n. med. Aleksander Ślusarczyk opracował nomogram prognostyczny wykorzystując wieloczynnikową analizę regresji proporcjonalnych hazardów Cox'a. Stworzony model ryzyka zawiera szereg czynników, takich jak stopień zaawansowania T i stopień złośliwości histologicznej guza, wiek pacjenta, rozmiar guza, typ histologiczny, lokalizacja guza w pęcherzu moczowym, wywiad poprzedniego NMIBC, przynależność rasowa, status społeczno-ekonomiczny. W ocenie Habilitanta rzetelne długoterminowe wyniki przeżycia swoistego dla raka i jego oszacowania oparte na zidentyfikowanych czynnikach ryzyka mogą pomóc w rozmowie z pacjentami na temat rokowania i możliwego leczenia, a ponadto wykazał, że czynniki socjodemograficzne również wpływają na CSM, co podkreśla brak równości w dostępie do opieki onkologicznej i powinno zaniepokoić organizatorów opieki zdrowotnej oraz decydentów.

Celem kolejnego, prospektywnego badania „**Changes in the Urinary Microbiome After Transurethral Resection of Non-muscle-Invasive Bladder Cancer: Insights from a Prospective Observational Study.**” [Ślusarczyk A, et al. *Annals of Surgical Oncology*. 2024], było scharakteryzowanie mikrobiomu pęcherza moczowego u pacjentów z NMIBC

przed i po przezcewkowej resekcji guza pęcherza. Celem drugorzędowym było porównanie mikrobiomu moczu oraz guza pęcherza moczowego. To jednoośrodkowe prospektywne badanie pilotażowe obejmowało 26 próbek od jedenastu pacjentów z rakiem urotelialnym pęcherza w stadium Ta o niskim stopniu złośliwości (TaLG). Próbkę moczu zostały pobrane podczas TURBT oraz podczas cystoskopii kontrolnej w rok po TURBT. Wszystkie próbki moczu zostały pobrane bezpośrednio z pęcherza moczowego. Posiewy moczu były jałowe. Bakterie *Actinomyces*, *Candidatus cloacimonas*, *Sphingobacterium*, *Sellimonas*, *Fusobacterium* i *Roseobacter* były najistotniej wzbogaconymi taksonami w moczu podczas obserwacji w porównaniu z TURBT. Według Autora u pacjentów z NMIBC niskiego stopnia złośliwości, mikrobiom pęcherza moczowego ulega zmianom po usunięciu guza. Mikrobiom wykryty w tkankach guza jest bardziej filogenetycznie zróżnicowany niż w sparowanych próbkach moczu pobranych podczas TURBT. Nowatorskim aspektem tego badania było prospektywne stwierdzenie po raz pierwszy, że mikrobiom pęcherza moczowego po TURBT zmienia się.

W kolejnej pracy „Assessing the Predictive Accuracy of EORTC, CUETO and EAU Risk Stratification Models for High-Grade Recurrence and Progression after Bacillus Calmette-Guérin Therapy in Non-Muscle-Invasive Bladder Cancer.”

[Ślusarczyk A, et al. Cancers 2024] celem była walidacja dostępnych modeli ryzyka, opracowanych przez EORTC, UETO oraz rekomendowane przez Europejskie Towarzystwo Urologii (EAU) i zidentyfikowanie dodatkowych czynników ryzyka dla wznowy wysokiego stopnia złośliwości oraz progresji u pacjentów z NMIBC leczonych BCG-terapią.

W tym jednoośrodkowym retrospektywnym badaniu włączono pacjentów, którzy przeszli przezcewkową resekcję guza pęcherza (TURBT) i otrzymali adjuwantową terapię BCG.

Spośród 171 pacjentów włączonych do badania, 73 pacjentów (42,7%) doświadczyło wznowy, a 29 (17%) uległo progresji do stadium raka naciekającego mięśniówkę.

Zastosowane modele ryzyka wznowy EORTC 2006, EORTC 2016 i CUETO charakteryzowały się niską dokładnością w przewidywaniu HG RFS (C-indeks odpowiednio 0,63/0,55/0,59). We wnioskach Autor uznał że dostępne modele ryzyka nie są wystarczająco dokładne w przewidywaniu przeżycia wolnego od wznowy wysokiego stopnia złośliwości i przeżycia wolnego od progresji u pacjentów z NMIBC leczonych BCG terapią. Stwierdzono, że spośród różnych modeli ryzyka, punktacja ryzyka progresji EORTC 2006 miała najwyższą dokładność w przewidywaniu HG RFS. Konieczne jest wprowadzenie korekty do istniejących modeli ryzyka dla pacjentów z NMIBC leczonych BCG z uwzględnieniem dodatkowych czynników ryzyka.

W pracy „**The Prediction of Cancer-Specific Mortality in T1 Non-Muscle-Invasive Bladder Cancer: Comparison of Logistic Regression and Artificial Neural Network: A SEER Population-Based Study**” [Ślusarczyk A, et al. International Urology and Nephrology, 2023] poruszono zagadnienie wykorzystania sztucznej inteligencji i uczenia maszynowego w postaci sieci neuronowych w przewidywaniu przeżycia swoistego dla raka pęcherza moczowego. Dokonując analizy retrospektywnej z wykorzystaniem bazy danych Surveillance, Epidemiology, and End Results zidentyfikowano 32 060 pacjentów z rakiem pęcherza moczowego w stadium naciekającym błonę podśluzową (pT1) którzy przeszli przezcewkową resekcję guza (TURBT) w latach 2004–2015. W grupie tej określono czynniki prognostyczne dla 5-letniego przeżycia swoistego dla raka (CSS) oraz przeżycia całkowitego (OS) oraz porównanie dokładności predykcji przy pomocy regresji logistycznej (LR – ang. logistic regression) i sztucznych sieci neuronowych (ANN – ang. artificial neural network). We wnioskach potwierdzono wskazania do wyboru bardziej radykalnego leczenia u

pacjentów z mnogimi czynnikami ryzyka. Dokładność przewidywań przeżycia pozostaje umiarkowana nawet z wykorzystaniem sztucznej inteligencji w postaci sieci neuronowych.

Publikacja „**The Impact of Smoking on Recurrence and Progression of Non-Muscle Invasive Bladder Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis**” [Ślusarczyk A, et al. Journal of Cancer Research and Clinical Oncology 2023] jest przeglądem systematycznym i meta-analizą badań oceniających wpływ palenia papierosów na ryzyko wznowy i progresji raka pęcherza moczowego nienaciekającego mięśniówki po przezcewkowej resekcji guza pęcherza moczowego. Przeszukano bazy danych PubMed (Medline), Web of Science i Scopus celem identyfikacji oryginalnych artykułów pełnotekstowych dotyczących wpływu palenia tytoniu na wznowy i progresję NMIBC. Włączono 64 badania obejmujące 28 617 pacjentów z NMIBC z dostępnymi danymi na temat palenia papierosów. Dokonując odpowiedniej analizy statystycznej Habilitant udowodnił, że palenie papierosów zwiększa ryzyko wznowy i progresji w raku pęcherza moczowego nienaciekającym mięśniówki. Pacjenci z NMIBC i wywiadem palenia papierosów mają gorsze rokowanie w zakresie przeżycia wolnego od wznowy i progresji w porównaniu z pacjentami niepalącymi.

W kolejnej pracy „**Can We Go beyond Pathology? The Prognostic Role of Risk Scoring Tools for Cancer-Specific Survival of Patients with Bladder Cancer Undergoing Radical Cystectomy**” [Ślusarczyk A, et al. Biomedicines 2024] retrospektywnie oceniono w badaniu dwuśrodkowym dokładność różnych modeli oszacowania ryzyka śmiertelności związanej z rakiem (CSM) po radykalnej cystektomii dążąc do większej personalizacji dostępnych narzędzi klinicznych służących do oceny ryzyka. W podsumowaniu Autorzy wykazali że dokładność klasyfikacji American Joint Committee on Cancer (AJCC) w przewidywaniu CSM jest niska i mogłaby zostać poprawiona poprzez uwzględnienie innych

danych patologicznych, wskaźnika współchorobowości Charlsona, historii palenia tytoniu oraz wskaźników zapalnych. Dodatkowe dane patologiczne, które powinny być włączone do modeli ryzyka, obejmują liczbę usuniętych węzłów chłonnych, obecność towarzyszącego CIS oraz typ histologiczny, przy czym histologia nieurotelialna jest czynnikiem ryzyka niekorzystnych wyników.

W następnej pracy cyklu zatytułowanej **“Upper Urinary Tract Urothelial Cancer After Radical Cystectomy for Bladder Cancer: Survival Outcomes After Radical Nephroureterectomy”**[Ślusarczyk A, et al. Annals of Surgical Oncology 2024] Habilitant zbadał mało znany wpływ metachronicznego raka urotelialnego w górnych drogach moczowych na rokowanie po radykalnej cystektomii. Na podstawie bazy danych Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) zidentyfikowano 102 pacjentów, którzy przeszli RC z powodu raka pęcherza moczowego, a następnie RNU z powodu raka górnych dróg moczowych. Ważną obserwacją wynikającą z powyższej analizy jest stwierdzenie, że większość RNU była wykonywana z powodu zaawansowanych miejscowo UTUC. Sugeruje to, że nadzór onkologiczny nad pacjentami po cystektomii jest suboptymalny. Autor zauważa, że dotychczasowe dane literaturowe pozostają bardzo ograniczone.

W kolejnej pracy **“The Association between Lymph Node Dissection and Survival in Lymph Node-Negative Upper Urinary Tract Urothelial Cancer”** [Ślusarczyk A, et al. Cancers 2023] Kandydat podniósł ważne zagadnienie roli limfadenektomii (usunięcia węzłów chłonnych) u pacjentów z rakiem urotelialnym górnych dróg moczowych (UTUC) w stadium o ujemnych węzłach chłonnych (N0). Również i w tej analizie Autorzy wykorzystali bazę danych Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER). Jako materiał włączono 4649

pacjentów z cN0/pNx lub pN0 UTUC, w tym 909 (19,55%) poddanych LND. We wnioskach Autor zauważa że wskazane jest wykonywanie limfadenektomii podczas nefroureterektomii, szczególnie w przypadku UTUC w stadium T2-T4. Podkreśla że limfadenomektomia pozostaje nadal rzadko wykonywanym elementem radykalnej nefroureterektomii.

Celem ostatniej pracy w cyklu stanowiącego osiągnięcie - „**Oncologic Outcomes of Patients Treated with Kidney-Sparing Surgery or Radical Nephroureterectomy for Upper Urinary Tract Urothelial Cancer: A Population-Based Study**” [Ślusarczyk A, et al. Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations 2024] było porównanie wyników onkologicznych radykalnej nefroureterektomii (RNU) i operacji oszczędzających nerkę (KSS) u pacjentów z rakiem urotelialnym górnych dróg moczowych (UTUC). Habilitant ponownie oparł się na bazie danych SEER identyfikując pacjentów operowanych z powodu pierwotnego, nieprzerzutowego UTUC którzy byli poddani RNU lub KSS. Włączono do analizy 6659 pacjentów z pierwotnym, nieprzerzutowym UTUC którzy byli leczeni operacyjnie. Konkludując Habilitant zauważa że powyższa analiza, z racji na dość dużą grupę badaną, stanowi kolejną istotną przesłankę do rozważenia szerszego wykorzystania technik nerkooszczędzających w przypadkach guzów moczowodu. Powyższa praca wskazuje także na wysoką śmiertelność swoistą dla raka w guzach miejscowo zaawansowanych niezależnie od zakresu operacji. Konieczne są zatem dalsze badania szczególnie dotyczące systemowego leczenia uzupełniającego aby zwiększyć skuteczność leczenia chirurgicznego w stadiach lokalnego zaawansowania UTUC.

W publikacjach składających się na osiągnięcie naukowe Habilitant zasadniczym poruszonym zagadnieniem zgodnym z tytułem osiągnięcia jest określenie i ocena czynników

ryzyka wznowy i progresji raka urothelialnego górnych dróg moczowych i pęcherza. Szczególnym zainteresowaniem Badacza była rola i wpływ nikotynizmu, znaczenie wskaźnika współchorobowości Charlsona, wskaźników przewlekłego stanu zapalnego oraz zmian mikrobiomu pęcherza po operacjach endoskopowych. Dla praktyki klinicznej ważne jest wykazanie istotnej roli lymphadenomektomii w zmniejszenie ryzyka niekorzystnego rokowania dotyczącego przeżycia całkowitego i swoistego dla raka górnych dróg moczowych. Również w tym aspekcie ważne było wykazanie że segmentalna ureterektomia zapewnia równoważne odległe wyniki przeżycia całkowitego i swoistego dla raka w porównaniu z radykalną nefroureterektomią. Habilitant w jednej z prac pojął się stworzenia nomogramu identyfikującego czynniki ryzyka raka nienaciekającego mięśniówkę pęcherza mogącego stanowić pomocne narzędzie w udzieleniu rzetelnej informacji pacjentom. Wszystkie składowe osiągnięcia naukowego Habilitanta zasługują na wysoką ocenę. Cechuje je rzetelny warsztat badawczy, klarowność narracyjna, a także oryginalność oraz duża wartość naukowa i poznawcza.

Analiza **pozostalego dorobku naukowego** Habilitanta daje asumpt do uznania, że jest On pracowitym i ambitnym członkiem interdyscyplinarnych zespołów badaczy działających na polu badań klinicznych i podstawowych. Wykazał się współpracą z takimi ośrodkami między innymi jak North Academic Hospital (Marsylia, Francja), The Jikei University School of Medicine (Tokio, Japonia), Śląski Uniwersytet Medyczny (Zabrze, Polska), Medical University of Vienna (Wiedeń, Austria), Instytut IRCCS Ospedale San Raffaele (Mediolan, Włochy). Współpraca ta zaowocowała licznymi publikacjami dotyczącymi raka gruczołu krokowego, raka nerki, raka pęcherza moczowego, mechanizmów działania immunoterapii i oporności na nią w modelach in vitro. O pasji naukowo-badawczej Kandydata świadczy aktywne członkostwo w zespole Young Academic Urologist 'Urothelial' Working Group. W

ramach działalności naukowej Kandydat zrealizował **trzy granty badawcze** z użyciem technik molekularnych z zakresu nauk podstawowych oraz **dwa granty pilotażowe** pokazujących rolę czynników molekularnych takich jak ekspresja genów immunosupresorowych w rokowaniu raka urotelialnego oraz różnicę pomiędzy mikrobiotą moczu u pacjentów z RCC a grupą kontrolną. W ramach działalności naukowej z zakresu nauk podstawowych prowadzonej w zespole badawczym Zakładu Immunologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wykonywał eksperymenty naukowe z zakresu biologii molekularnej i opanował sztukę analizy i publikowania wyników prac badawczych. Tak aktywne zaangażowanie świadczy o pasji badawczej Kandydata oraz o Jego umiejętności harmonijnego uczestniczenia w badaniach realizowanych we współpracy z innymi badaczami, w tym także – co godne podkreślenia – badaczami z dziedzin nauk podstawowych.

Dr med. Aleksander Ślusarczyk odbył w trakcie studiów dwa staże zagraniczne. W 2017-2018 staż badawczy z zakresu hemato-onkologii molekularnej w Heidelbergu (Niemcy) w tym roczny staż w laboratorium molekularnym Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Charité, Berlin, Niemcy. W 2018 roku odbył trzymiesięczny staż badawczy w Medical School, University of Sheffield w Sheffield (Wielka Brytania) który zaowocował artykułem w Medical Sciences Forum „Preclinical Investigation of Inhibition of the DNA Damage Response as a Targetted Therapy in Myeloproliferative Neoplasms Shows Synergism of ATR Inhibitors with Standard-of-Care Treatment” którego był pierwszym współautorem.

Działalność dydaktyczną dr med. Aleksandra Ślusarczyka oceniam pozytywnie. W aktywność edukacyjną wpisują się prowadzone przezeń w latach 2021-2024 nauczanie

(seminaria i ćwiczenia) dla studentów IV, V i VI roku wydziału lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (w tym English Division).

Dr med. Aleksander Ślusarczyk wyróżnia się **aktywnością organizacyjną** w środowisku urologicznym. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Urologicznego (PTU) i Europejskiego Towarzystwa Urologicznego (EAU). Dwukrotnie był członkiem Komitetu Naukowego na Kongresach Polskiego Towarzystwa Urologicznego i recenzentem prac oraz trzykrotnie był współprzewodniczącym na sesjach tych kongresów. Podczas cyklicznych konferencji dla lekarzy urologów „Konferencje szkoleniowe w ramach szkolenia podyplomowego - Debaty Zdrowie” wygłosił siedem wykładów.

Jest aktywnym recenzentem w międzynarodowych czasopismach naukowych indeksowanych współczynnikiem wpływu Impact factor, uwzględnionych w bazie Journal Citation Reports. Liczba 56 recenzji artykułów naukowych dla 16 czasopism o zasięgu międzynarodowym posiadających współczynnik wpływu Impact factor jest faktycznie imponująca i dowodzi nadzwyczajnej umiejętności zarządzania swoim czasem. Pełnił także funkcje gościnnego redaktora pomocniczego (tzw. Guest Associate Editor) w indeksowanych czasopismach naukowych - Frontiers in Urology (Recent Advances in the Treatment of Upper Urinary Tract and Bladder Cancers) oraz Frontiers in Pharmacology.

Dr med. Aleksander Ślusarczyk jest laureatem szeregu **wyróżnień i nagród naukowych**. Już w trakcie studiów został wyróżniony kilkoma nagrodami za wybitne osiągnięcia naukowe. Po uzyskaniu dyplomu lekarza otrzymał trzykrotnie nagrodę przyznaną przez JM Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz nagrodę za najlepszą pracę wygłoszoną podczas 53 Kongresie Polskiego Towarzystwa Urologicznego w 2023 roku w

Krakowie za pracę "The association between lymph node dissection and survival in lymph node-negative upper urinary tract urothelial cancer".

Wartość całego dorobku dr med. Aleksandra Ślusarczyka oceniam nadzwyczaj wysoko. Poznawszy cykl prac wskazanych przezeń jako Jego „osiągnięcie naukowe” oraz pozostałe publikacje i dokonania stanowiące o Jego „istotnej aktywności naukowej” wyrażam przekonanie, że Habilitant jest nie tylko zapowiadającym się świetnym klinicystą, ale także aktywnym badaczem, potrafiącym umiejętnie korzystać z możliwości współpracy z innymi specjalistami i badaczami. Dotychczasowe dokonania naukowe Kandydata, wskazują niewątpliwie, że jest On badaczem, którego cechuje pracowitość, sumienność i dociekliwość naukowca, a także umiejętność planowania i realizowania oryginalnych badań. Mogę zatem z przekonaniem uznać, że dokonania Habilitanta były istotnym przyczynkiem do rozwoju i postępu urologii, zwłaszcza uroonkologii.

Wobec bardzo pozytywnej oceny „osiągnięcia naukowego” oraz wobec uznania dla pozostałego dorobku naukowego dr med. Aleksandra Ślusarczyka, a także wobec korzystnej opinii o Jego osiągnięciach na polu dydaktyki i wobec aprobaty dla Jego dokonań organizatorskich stwierdzam, że Habilitant spełnia wymogi stawiane samodzielnym pracownikom nauki w myśl przepisów zawartych w Ustawie pn.: „Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce” z dnia 20 lipca 2021 r. zapisanej w Dzienniku Ustaw z 2021 roku pod pozycją 478 z późniejszymi zmianami.

Przedstawiam zatem Radzie Dyscyplin Nauk Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wniosek o dopuszczenie dr med. Aleksandra Ślusarczyka do dalszych etapów przewodu habilitacyjnego.

Oświadczam, że nie miałem i nie mam żadnych związków zawodowych ani naukowych (współautorstwo publikacji, współpraca badawcza) ani wcześniej nie byłem recenzentem jakichkolwiek dokonań zawodowych lub naukowych Habilitanta.

Dr hab. n. med. Marcin Markuszewski, urolog

A handwritten signature in black ink, reading "Marcin Markuszewski". The script is cursive and fluid, with the first name "Marcin" and the last name "Markuszewski" clearly distinguishable.