

Prof. dr hab. med. Robert J. Gil
Klinika Kardiologii Inwazyjnej CMKP
Centralny Szpital Kliniczny MSWiA,
w Warszawie
Tel: +48225081100
E-mail: robert.gil@cskmswia.pl

Ocena dorobku naukowego, osiągnięć dydaktycznych oraz organizacyjnych Dr n. med. Radosława Adama Sierpińskiego z Wydziału Medycznego Collegium Medicum Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, w związku z postępowaniem o nadanie tytułu doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu.

Radosław Adam Sierpiński jest absolwentem I-go Wydziału Lekarskiego na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym w Warszawie, który ukończył w 2013 roku. Już w trakcie swoich studiów zaangażował się w działalność studenckiego ruchu naukowego. Od trzeciego roku studiów, jako Przewodniczący Studenckiego Koła Naukowego Kardiologii Dziecięcej przy Klinice Kardiologii Dziecięcej Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie, miał możliwość uczestniczenia w organizacji i koordynacji zabiegów ablacji podłoża arytmii u dzieci oraz implantacji urządzeń wszczepialnych. Niewątpliwie renoma i prestiż Kliniki Zaburzeń Rytmu Serca Instytutu Kardiologii w Warszawie (kierownik Kliniki: Prof. Franciszek Walczak, zastępca kier.: Prof. Łukasz Szumowski) ale i wysokie umiejętności organizacyjne sprawiły, że w 2010 roku został założycielem i pierwszym przewodniczącym Studenckiego Koła Naukowego Elektrofizjologii Klinicznej przy w/w Klinice. W ramach tej działalności mógł asystować do licznych zabiegów ablacji podłoża arytmii, w tym izolacji żył płucnych oraz implantacji stymulatorów i kardiowerterów-defibrylatorów ,przygotowując się jednocześnie do działalności naukowej w oparciu o powstające w w/w Klinice doniesienia na krajowe i międzynarodowe konferencje kardiologiczne.

Radosław A. Sierpiński po ukończeniu studiów (dyplom nr 51211 z dnia 23.06.2013), a następnie stażu podyplomowego w Międzyzleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie (2013-2014) rozpoczął rezydenturę w ramach specjalizacji z kardiologii w Klinice Zaburzeń Rytmu Serca Instytutu Kardiologii w Warszawie (2015 – 2020), co było naturalną

konsekwencją jego aktywności naukowych i praktycznych w okresie studiów. W trakcie swojej rezydentury Radosław A. Sierpiński obronił (19.06.2018) przed Radą Naukową Instytutu Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie rozprawę doktorską pt.: „Jednoośrodkowe wyniki wieloośrodkowego Rejestru Burz Elektrycznych RECOVERY” (promotor: prof. Ł. Szumowski).

W latach 2018 – 2020 zatrudniony był w Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie w charakterze adiunkta. Aktywnie współuczestniczył w utworzeniu Wydziału Medycznego tejże Uczelni. Obecnie poza bieżącą działalnością naukową uczestniczy w przygotowaniach do pierwszej parametryzacji w/w Wydziału w roku 2021.

Niejako dodatkowo, w lipcu 2019 roku uzyskał tytuł Master of Business Administration (MBA) w Ochronie Zdrowia w ramach studiów w Centrum Kształcenia Podyplomowego, Uczelni Łazarskiego co pozwoliło Mu dynamicznie rozwijać się w zakresie szeroko pojętego zarządzania.

Habilitant jest członkiem Polskiego (PTK) oraz Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC)

Z dostarczonych materiałów wynika, iż wartość wskaźnika oddziaływania (IF) do czasu złożenia wniosku o otwarcie przewodu habilitacyjnego wynosiła 45,035 (z czego 3,873 przed doktoratem, a po nim bez uwzględnienia cyklu prac, będących podstawą habilitacji – 22,797). Liczba cytowań publikacji autorstwa Habilitanta wyniosła 19 (bez autocytowań!), wartość indeksu Hirscha wyniosła 2, a liczba punktów MNiSW - 1120 (85 przed doktoratem).

Prowadzone przez habilitanta badania w okresie przed uzyskaniem stopnia dr nauk medycznych koncentrowały się na dwóch zagadnieniach: leczeniu burz elektrycznych (ES) u pacjentów ze schyłkową niewydolnością serca oraz telemonitoringu zaburzeń rytmu serca ze szczególnym uwzględnieniem migotania przedsionków. Wiadomo, iż pacjenci z ES stanowią grupę chorych ze schyłkową NS, a leczenie przyczynowe choroby podstawowej niejednokrotnie przekłada się na całkowite wyeliminowanie wyładowań z automatycznego kardiowertera-defibrylatora (ICD) wykorzystywanych w ich leczeniu. Stąd nie powinno dziwić, iż dalszy rozwój naukowy dr Radosława A. Sierpińskiego poszedł w kierunku niewydolności serca.

Nie będzie przesadą stwierdzenie, iż niewydolność serca (NS) jest coraz poważniejszym problemem epidemiologicznym nie w dobrze sytuowanych ekonomicznie społeczeństwach. Szacuje się, że w Polsce liczba osób z NS przekracza 750 000. NS stanowi aktualnie w Polsce wiodącą przyczynę hospitalizacji osób po 65. r.ż. Według różnych źródeł liczba hospitalizacji

z powodu NS na 100 tys. mieszkańców w Polsce należy do najwyższych w Europie. Niewątpliwie koszty związane z diagnostyką oraz leczeniem chorych z NS wiążą się z ogromnymi nakładami finansowymi i stanowią ogromny społeczny problem. Do tego w Polsce trudno jest mówić o wiarygodnych danych odnośnie epidemiologii NS. Dlatego opracowanie dr R.A. Sierpińskiego ma bardzo głęboki sens zarówno w aspekcie poszukiwania nowych czynników prognostycznych dla NS jak i w aspekcie ustalenia rzeczywistej sytuacji epidemiologicznej NS w naszym kraju.

Recenzja osiągnięcia naukowego autorstwa R.A. Sierpińskiego

Osiągnięcie naukowe (czyli rozprawa habilitacyjna w dawnej nomenklaturze) dr R.A. Sierpińskiego stanowi cykl powiązanych tematycznie czterech artykułów, dotyczących pewnych aspektów klinicznych niewydolności serca i otrzymało tytuł: "Ocena rokowania w niewydolności serca: współczesne trendy epidemiologiczne w Polsce i nowe czynniki predykcyjne". Przedstawione i skrótowo omówione poniżej prace reprezentują cykl badawczy, który z jednej strony prezentuje aktualne dane odnośnie skali hospitalizacji z powodu NS w Polsce i związanej z nimi śmiertelności wewnątrzszpitalnej, a z drugiej opisuje dwie bardzo interesujące substancje (będące markerami NS), których ocena może stanowić wartość rokowniczą u chorych z NS. Warto podkreślić, iż skumulowany wskaźnik oddziaływania (IF) cyklu wyniósł 22,238, a punktacja MNiSW 350. Wspomniany wyżej cykl artykułów obejmuje:

- trójśrodkowe (polsko-holenderskie) badanie kliniczne, oceniające zachowanie się wysoko rozpuszczalnego receptora transferyny u chorych z niewydolnością serca,
- badanie kliniczne oceniające poziom endoteliny-1 u chorych z ostrą niewydolnością serca,

Ponadto dwie analizy kliniczne oparte o rejestry ogólnopolskie Narodowego Funduszu Zdrowia:

- Analiza 10-letniego trendu hospitalizacji związanych z niewydolnością serca oraz
- Porównawcza analiza klinicznej charakterystyki oraz wyników leczenia chorych po zawale serca z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory.

Otwierająca w/w cykl prac publikacja (**Sierpiński R i wsp.:** High Soluble Transferrin Receptor in Patients With Heart Failure: a Measure of Iron Deficiency And a Strong Predictor of Mortality. *European Journal of Heart Failure*) dowodzi wartości rokowniczej poziomu rozpuszczalnego receptora transferyny mierzonego we krwi obwodowej, odzwierciedlającego

m.in. stan gospodarki żelazowej, u pacjentów z NS. Warto wspomnieć, iż jak dotąd u chorych z NS, niedoboru żelaza (ID) rozpoznawano na podstawie oceny stężenia ferrytyny w surowicy i wysycenia transferyny żelazem (Tsat).

W pracy oceniano częstości występowania bezpośrednio ID w szpiku kostnym u pacjentów z niedokrwinną NS z frakcją wyrzutową lewej komory (LVEF) <45% oraz poszukiwano biomarkera, opisującego stan gospodarki żelazowej o najlepszej precyzji do rozpoznania ID i określenia rokowania u pacjentów z NS. „*Rozpuszczalny receptor transferyny (sTfR) w surowicy charakteryzował się największą dokładnością w przewidywaniu tej nieprawidłowości w szpiku kostnym. Wyznaczono wartość sTfR w surowicy >1,41 mg / l jako punkt odcięcia pozwalający z największą precyzją przewidywać zgon w 3-letniej obserwacji, niezależnie od innych czynników prognostycznych. Na podstawie wieloczynnikowych analiz przeżycia, także z uwzględnieniem metody reklasyfikacji, wykazano, że stężenie sTfR w surowicy poprawiało wartość predykcyjną modelu prognostycznego, a jego addytywna wartość prognostyczna była większa niż stężenia NT-proBNP w osoczu*”. **Uzyskane wyniki pozwalają na postawienie tezy, iż wysokie stężenie sTfR w surowicy odzwierciedla wyczerpane zapasy żelaza w szpiku kostnym u pacjentów z NS z LVEF <45% i pozwala zidentyfikować osoby o wysokim ryzyku zgonu w 3-letniej obserwacji.**

Kolejna publikacja (Zymliński R*, Sierpiński R* i wsp.: Elevated plasma endothelin-1 is related to low natriuresis, clinical signs of congestion and poor outcome in acute heart failure. Elevated plasma endothelin-1 is related to low natriuresis, clinical signs of congestion and poor outcome in acute heart failure. *ESC Heart Failure*) wzbogaca rozważania na temat rokowania pacjentów z NS o rolę endoteliny-1 jako nie mniej ważnej determinanty wyników leczenia chorych z ostrą NS.

Wyniki w/w pracy prowadzą do ciekawych wniosków, które powinny być uwzględniane w procesie leczenia chorych z NS. Pierwszy z nich wiąże się z faktem, „*że wysokie stężenie ET-1 jest związane z klinicznymi objawami przekrwienia obwodowego (przewodnienia) i niskim wydalaniem sodu z moczem, ale nie dusznością i zastojem płucnym*” (!). U pacjentów z klinicznymi objawami przekrwienia obwodowego (wodobrzusze, powiększenie wątroby, obrzęk obwodowy) istotnie wyższe stężenie ET-1 występowało w ciągu pierwszych dwóch dni hospitalizacji. Do tego pacjenci z najwyższymi stężeniami ET-1 mieli znacznie mniejsze wydalanie sodu z moczem, co jest silnym czynnikiem powodującym uporczywe przekrwienie, gorszą odpowiedź moczopędną, a tym samym gorsze wyniki

leczenia. Natomiast „pacjenci z klinicznymi objawami zastoju w płucach, dusznością i podwyższonym skurczowym ciśnieniem tętniczym mieli niższe wartości tego biomarkera”. Co więcej, w grupie z najwyższymi wartościami stwierdzono istotnie wyższe stężenia NTproBNP (od przyjęcia do wypisu), większe zapotrzebowanie na diuretyki (otrzymywali większe dawki dożylnego furosemidu od 2. doby i wymagali leczenia dożylnego przez znacznie dłuższy czas). Uzyskane wyniki przedstawiają związek między ET-1, a czynnością nerek w ostrej NS z nowej perspektywy, potwierdzając hipotezę „dwuwymiarowej oceny funkcji nerek w ostrej NS przez pryzmat natriurezy i eGFR, jako dwóch odrębnych procesów patofizjologicznych”. **Jest dla mnie logiczne, że wyniki tego badania przybliżają możliwości celowanego oraz spersonalizowanego leczenia NS, które powinno uwzględniać oba w/w mechanizmy jak i „dynamikę zmian stężeń ET-1 w fazie aktywnej, aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych”. Z całą pewnością uzyskane wyniki wskazują potrzebę kontynuowania badania tego problemu.**

Kolejna praca (Sierpiński R i wsp.: Ten-year trends in hospitalisation rates due to heart failure and related in-hospital mortality in Poland (2010-2019) ESC Heart Failure) pozwala spojrzeć na problem NS w Polsce z dużo szerszej perspektywy. Dane dotyczące hospitalizacji z powodu NS i śmiertelności wewnątrzszpitalnej pacjentów w wieku powyżej 17 lat w Polsce w latach 2010-2019 uzyskano z centralnej bazy danych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Trzeba przyznać, że prezentowane w w/w pracy dane są niesłychanie interesujące (!). Otóż „w latach 2010-2019 odnotowano 4 259 698 hospitalizacji z powodu NS i 608 577 zgonów wewnątrzszpitalnych (średnio 14% śmiertelności wewnątrzszpitalnej)”. Z danych wynika, że w analizowanym okresie rok rocznie następował systematyczny wzrost liczby hospitalizacji z powodu NS w przeliczeniu na 1000 mieszkańców. Przy czym ten wzrost był bardziej zaznaczony u mężczyzn niż u kobiet (osiągając w 2019 r. : odpowiednio 16 i 13 hospitalizacji z powodu NS na 1000 mieszkańców u mężczyzn i kobiet). Względne ryzyko hospitalizacji z powodu NS było w całym okresie wyższe u mężczyzn niż u kobiet w porównaniu z kobietami, a różnica ta systematycznie wzrastała z 9% w 2010 r. do 25% w 2019 roku (!). Niestety tym parametrom towarzyszył wzrost śmiertelności wewnątrzszpitalnej podczas hospitalizacji z powodu NS w kolejnych latach, która była bardziej widoczna u kobiet niż u mężczyzn (osiągając w 2019 r.: odpowiednio 16% i 14% umieralności wewnątrzszpitalnej kobiet i mężczyzn). Względne ryzyko śmiertelności wewnątrzszpitalnej w czasie hospitalizacji z powodu NS było wyższe u kobiet niż u mężczyzn, a różnica ta systematycznie wzrastała z 8% w 2010 do 18% w 2019 roku. Warto zauważyć, iż najwyższe wartości śmiertelności

wewnątrzszpitalnej sięgały około 19% dla pacjentów w wieku 80 lat i starszych.

Niewątpliwie uzyskane dane powinny zostać wzięte pod uwagę menedżerów i decydentów ochrony zdrowia przy rozdziale środków finansowych na poszczególne części medycyny. Wydaje się oczywiste, że bez właściwego podejścia zabraknie środków na profilaktykę, diagnostykę i leczenie NS. Globalny problem wzrostu hospitalizacji z powodu NS w Polsce wymaga zsynchronizowanych zmian w całym publicznym systemie opieki zdrowotnej. Nie ma co ukrywać, iż proponowany przez PTK program koordynowanej opieki chorych z NS (KONS) doskonale wpisuje się w obecną sytuację.

Publikacja kończąca cykl prac (Trzeciak P, Sierpiński R i wsp.: Comparison of the clinical characteristics, treatment, in-hospital and 12-month outcomes in patients after MI with EF <40% with or without atrial fibrillation. *Arch Med Science*) opublikowana w roku 2020 jest próbą potwierdzenia, że jednym z czynników, mających decydujący wpływ na rokowanie odległe u chorych z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory (LVEF - uznany czynnik prognostyczny u chorych po zawale serca). W w/w pracy przedstawiono wyniki analizy 10222 chorych, wpisanych do trwającego prospektywnego Polskiego Rejestru Ostre Zespoły Wieńcowe (PL-ACS). Podkreślenia wymaga, że w wynikach pracy stwierdzono, że chorzy z AF mieli wyższą śmiertelność z wszystkich przyczyn, hospitalizacje z powodu NS, udar i MACE. W analizie wieloczynnikowej wykazano, że AF jest związane z wyższą śmiertelnością z wszystkich przyczyn.

Analiza wyników pozwala na stwierdzenie, że chorzy po MI z LVEF <40% z AF w porównaniu z osobami bez AF mieli gorszą charakterystykę kliniczną, przy czym rzadziej mieli wykonywaną koronarografię i PCI w trakcie hospitalizacji i zapewne stąd mieli znacznie gorsze wyniki po 12 miesiącach.

Podsumowanie:

Niewątpliwie opisany powyżej cykl prac stanowi ciekawe, a przy tym nowoczesne spojrzenie na etiopatogenezę i epidemiologię NS, uwzględniającej rolę gospodarki żelazowej oraz ET-1. Z całą pewnością uzyskane wyniki pozwalają na bezpośrednie ich przeniesienie do praktyki klinicznej. Nie mam żadnych wątpliwości, że stanowią one wartościowy wkład w nowoczesne podejście do leczenia niewydolności serca. Relacja obniżonej frakcji wyrzucania lewej komory u pacjentów z migotaniem przedsionków przekładająca się na gorsze u nich rokowanie i stan kliniczny również stanowi istotną przesłankę kliniczną do intensyfikacji

leczenia u takich chorych. Nie bez znaczenia pozostają dane dotycząc częstotliwości występowania NS w Polsce. Narastająca liczba hospitalizacji oraz zgonów w Polsce w ostatniej dekadzie z powodu NS musi zostać zauważona i spowodować odpowiednie działania organizacyjne. Pomimo postępu w zakresie terapii NS, rosnące trendy co do częstotliwości występowania oraz wpływu na długość życia powinny stanowić uzasadniony niepokój Państwa jak należy temu przeciwdziałać (!). Powinno to skłaniać do implementacji rozwiązań na poziomie krajowym pozwalającym na systemowe rozwiązania dotyczące całego kraju (m.in. KONS).

Działalność naukowo-badawcza

Trzy ostatnie lata studiów (2010-2013) oraz okres rezydentury (2015-2020) dr Radosław A. Sierpiński bardzo zaangażował się w działalność Kliniki Zaburzeń Rytmu Serca Instytutu Kardiologii w Warszawie, gdzie obok codziennej pracy klinicznej znajdował czas na prace naukową. W tym pierwszym okresie rozwoju naukowego Jego aktywność koncentrowała się na dwóch zagadnieniach: leczeniu burz elektrycznych (ES) u pacjentów ze schyłkową niewydolnością serca oraz telemonitoringu zaburzeń rytmu serca ze szczególnym uwzględnieniem migotania przedsionków. Dowodem efektywności takiej postawy są liczne doniesienia zjazdowe, prezentowane głównie jako wystąpienia ustne, na krajowych i zagranicznych sympozjach naukowych. Jego umiejętności organizacyjne oraz samodzielność naukowa spowodowały, że został głównym badaczem w projekcie finansowanych przez PTK pt. „RECOVERY”. Fakt zebrania największej w Europie bazy danych pacjentów leczonych z powodu ES z całej Polski w oparciu o współpracę naukową z wiodącymi polskimi zespołami elektrofizjologicznymi dowodzi słuszności podjętej wówczas decyzji. Ten wartościowy materiał naukowy legł u podłoża rozprawy doktorskiej (promotor: Prof. dr hab. med. Łukasz Szumowski). Warto podkreślić, że jednym z najważniejszych wniosków z niej płynących było to, że **w grupie pacjentów z ES leczonych ablacją RF stwierdzono istotnie mniejszą śmiertelność wewnątrzszpitalną niż u pacjentów leczonych przy pomocy farmakoterapii** oraz że niezależnymi czynnikami ryzyka zgonu u pacjentów z ES są wiek oraz istotna hemodynamicznie wada zastawkowa.

W okresie swojej rezydentury dr R.A. Sierpiński uczestniczył w charakterze badacza w dwóch wielośrodkowych, międzynarodowych projektach badawczych finansowych w ramach P7 przez Komisję Europejską - TELEMARK oraz eHealthMonitor. W pierwszym z nich we współpracy z Kliniką Kardiologii Centrum Zdrowia Dziecka oraz zespołem Prof. Michaela Hissaguere z ośrodka w Bordeaux podjęto się próby definicji skuteczniejszego sposobu

monitowania napadów migotania przedsionków porównując tradycyjną metodę 24h Holter EKG z wielodobowym (14dni) monitoringiem EKG w trybie rzeczywistym (ang. real-time). Uzyskane wyniki dowiodły, większej skuteczności monitorowania wielodobowego w stosunku do trzykrotnie powtarzanej diagnostyki holterowskiej (!), co zaowocowało międzynarodowymi doniesieniami zjazdowymi. W projekcie eHealthMonitor prowadzonym w ramach współpracy z międzynarodowym konsorcjum składającym się z partnerów z Niemiec, Włoch, Grecji i Austrii, a łączącym informatykę z medycyną poprzez innowacyjne wykorzystanie sztucznej inteligencji udało się skonstruować specjalną platformę „agregującą dane pacjenta i pozwalającą na personalizację jego leczenia, co ujęto w interdyscyplinarnej publikacji”.

Monografia pt. „Ablacje w leczeniu arytmii serca - aspekty kliniczne, ekonomiczne i systemowe” (2016) w tworzeniu której brał udział Habilitant wraz z Instytutem Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego dowodzi pojawienia się nowych zainteresowań związanych poszukiwaniem optymalnych rozwiązań w zakresie systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej w Polsce. Warto wspomnieć, iż prace analityczne wykonane w ramach raportu, który stał się podstawą w/w monografii były możliwe dzięki pozyskaniu danych z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). To zapewne zainteresowanie w/w problemami skłoniło R.A. Sierpińskiego do podjęcia specjalistycznych studiów w Uczelni Łazarskiego zakończonych uzyskaniem tytułu MBA (2019). A że nie było to tylko pozyskanie tegoż, tylko pełne zaangażowanie się w problemy zarządzania nauką i ochrona zdrowia w Polsce świadczy również niedawny cykl publikacji związany z epidemią COVID-19 w Polsce, „który stanowi analizę użyteczności metod diagnostycznych, objawów klinicznych choroby oraz ryzyka epidemiologicznego wynikających z narażenia zawodowego na COVID-19 oraz dynamiki pandemii w kraju.”

Z analizy dorobku naukowego jasno wynika, iż obok konsekwentnego prowadzenia badań w obszarze NS Habilitant poważnie angażuje się w kwestie problematyki organizacji ochrony zdrowia nie tylko w aspekcie naszego kraju ale i w aspekcie ogólnoświatowym. Dowodzi o tym chociażby fakt uczestnictwa w „międzynarodowym składzie współautorów publikacji (*Lancet* 2020) z zakresu *Global Burden of Disease. Global Burden of Disease (GBD) zapewnia narzędzie do ilościowego określania utraty zdrowia spowodowanej setkami chorób, urazów i czynników ryzyka, dzięki czemu można ulepszyć systemy opieki zdrowotnej i wyeliminować różnice. Zebrane i przeanalizowane przez konsorcjum ponad 3600 naukowców w ponad 145 krajach, dane obejmują przedwczesną śmierć i niepełnosprawność z powodu ponad 350 chorób i urazów w 195 krajach, według wieku i płci, od 1990 do chwili obecnej*”. Niewątpliwie ten

materiał powinien być wykorzystywany na poziomie globalnym, krajowym i lokalnym do „zrozumienia trendów zdrowotnych w czasie, podobnie jak dane produktu krajowego brutto są wykorzystywane do monitorowania aktywności gospodarczej kraju.” Ta aktywność dr R.A. Sierpińskiego została dostrzeżona zarówno w kraju jak i zagranicą. Dowodzi tego bardzo liczne aktywne (z prezentacjami) uczestnictwo w latach 2018- 2020 w ważnych konferencjach o zasięgu krajowym i międzynarodowym. Długość listy wystąpień nie pozwala na jej pełne przedstawienie, dlatego tylko wspomnę, że jest na niej 35 pozycji (czyli ponad 10/rok), z których zdecydowana większość to prestiżowe konferencje oraz fora. Warto dodać, że wśród nich są i takie, które zajmują się problematyką istotną dla kardiologii.

W swoim bardzo intensywnym życiu zawodowym i naukowym dr R. A. Sierpiński znajdował czas na działalność kliniczną oraz dydaktyczną. Z analizy dostępnych materiałów wynika, iż działalność kliniczna Habilitanta miała miejsce w okresie Jego współpracy z Instytutem Kardiologii w Warszawie-Aninie. W tamtym okresie zajmował się On wykonywaniem ablacji RF podłoża arytmii oraz implantacją urządzeń wszczepialnych. Wspólnie z przedstawicielami przemysłu współprowadził cykliczne międzynarodowe warsztaty ablacyjne dla szkolących się w elektrofizjologii.

W latach 2019-2021 R.A. Sierpiński prowadził wykłady dla studentów medycyny jako adiunkt w ramach zajęć na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. W latach 2019-2020 prowadził zajęcia dla studentów studiów podyplomowych na Uczelni Łazarskiego w Warszawie w ramach zajęć Master of Business in Medicine.

W roku 2020 był promotorem pomocniczym przewodu doktorskiego lek. Łukasza Wardziak w Instytucie Kardiologii w Warszawie pt. „ Zastosowanie pomiaru cząstkowej rezerwy wieńcowej opartego na tomografii komputerowej tętnic wieńcowych w przewidywaniu wystąpienia dysfunkcji pomostów aortalno-wieńcowych”.

Pozycja dr R. A. Sierpińskiego w środowisku polskiej nauki jest wysoka stąd nie jest przypadkiem, iż reprezentuje ją w licznych przedsięwzięciach i wydarzeniach. Wydaje mi się, iż najbardziej prestiżowe z nich to:

- od roku 2020 Członek grupy eksperckiej Komisji Europejskiej w zakresie badań klinicznych.
- od roku 2020 Reprezentant Polski w grupie Mission Cancer przy Komisji Europejskiej.
- 12-20.06.2020 r. - Przewodniczący delegacji naukowej przedstawicieli RP do Stanów Zjednoczonych Ameryki - wymiana „know-how” dot. badań klinicznych, optymalizacji systemu opieki zdrowotnej oraz wdrażania innowacji, nawiązanie współpracy Polski i USA w ramach wspólnych badań klinicznych,

- 15-19.07.2019 r. - Przewodniczący delegacji naukowej przedstawicieli RP do Izraela - wymiana doświadczeń dot. badań klinicznych, wizyty w Sheba Medical Center.
- 22-23.08.2019 r. - Przewodniczący delegacji naukowej przedstawicieli RP do Wielkiej Brytanii, wizyty studyjne w Medical Research Council oraz Great Ormond Hospital.
- 24-29.03.2019 r. - Przewodniczący delegacji naukowej do Stanów Zjednoczonych Ameryki - podpisanie memorandum o współpracy z MD Anderson Cancer Center.

PODSUMOWANIE

Dr nauk med. Radosław Adam Sierpiński jest autorem bądź współautorem 20 pełnotekstowych, oryginalnych prac naukowych opublikowanych w czasopismach naukowych (16 w czasopismach z IF). Jego łączny IF wynosi 45,035 (przed doktoratem wynosił 3,873), a punktacja wg MNSiW 1120; wskaźnik Hirscha 2, wskaźnik cytowań w sumie: 19 wg Web of Science Core Collection.

Analiza osiągnięć naukowych, w odniesieniu do minimalnych dopuszczających do otwarcia przewodu habilitacyjnego w najlepszych polskich Uczelniach jasno wykazuje, iż dr n. med. R.A. Sierpiński istotnie je przekroczył. Dość powiedzieć, iż na wymaganych 10 prac oryginalnych z IF/MNiSW posiada 16, w sześciu których jest pierwszym autorem (minimum wynosi zazwyczaj 5), a do tego 4 z nich zostały opublikowane w czasopismach o IF >2,5 (zazwyczaj wymóg dot. 3-ch). O wartości naukowej prac Kandydata świadczy ilość punktów IF zdobyta po uzyskaniu stopnia doktora nauk medycznych – 41,162.

Szczegółowa analiza dorobku naukowo-badawczego dr n. med. Radosława A. Sierpińskiego świadczy o stabilności oraz prawidłowości jego rozwoju naukowego. Osiągnięcie kolejnych jej etapów, tj. do doktoratu oraz przed habilitacją szło w parze z systematyczną pracą naukową ale też oparte było o solidną pracę kliniczną zwłaszcza w pierwszym etapie.

Analiza dorobku dr n. med. R.A. Sierpińskiego dowodzi, że Jego działalność naukowa opiera się na systematycznej pracy w ramach interesujących Go wątkach naukowych, które są planowane długofalowo. W Jego działalności zwraca uwagę umiejętność konsekwentnego prowadzenia badań naukowych przy jednoczesnym rozwoju aktywności w zarządzaniu problemami ochrony zdrowia oraz nauki.

Wniosek końcowy

Podsumowując, pragnę podkreślić, iż w moim przekonaniu dotychczasowy dorobek naukowy dr n. med. R.A. Sierpińskiego jest bardzo wartościowy oraz dowodzi Jego

umiejętności samodzielnego prowadzenia badań naukowych. Uważam, iż z racji powyższego oraz dodatkowo: wysokich kwalifikacji zawodowych oraz osiągnięć organizacyjnych spełnia On wymogi stawiane przed osobą ubiegającą się o stopień doktora habilitowanego nauk medycznych.

W związku z tym, opierając się art. 221 ust. 4 Ustawy z dnia 20 lipca 2019r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. z 2020 r. poz. 85z póź.zm.), wnoszę zatem wniosek do Wysokiej Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu o dopuszczenie dr nauk med. Radosława A. Sierpińskiego do dalszych etapów procesu uzyskiwania stopnia doktora habilitowanego nauk medycznych.

Prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil

KIEROWNIK
KLINIKI KARDIOLOGII INWAZYJNEJ
prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil