

Prof. dr hab. med. Mariusz Kruk
Narodowy Instytut Kardiologii, Warszawa

Warszawa, 15 maj 2024

Recenzja pracy habilitacyjnej (osiągnięcia habilitacyjnego), dorobku naukowego oraz dydaktyczno-organizacyjnego dr n.med. Adama Nowińskiego

Podstawa opracowania

Uchwała nr 13/2024 Rady Naukowej Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc.

Opinia została opracowana na podstawie przedłożonej dokumentacji: autoreferatu, monotematycznego zbioru publikacji pod tytułem: “Wielochorobowość w przewlekłych chorobach układu oddechowego” które składają się na główne osiągnięcie naukowe, oświadczeń współautorów, spisu publikacji wraz z ich kopiami, analizy bibliometrycznej przygotowanej przez Dział nauki i Wsparcia Projektów.

Dane biograficzne i rozwój zawodowy

Dr n med. Adam Nowiński w 1996r. uzyskał dyplom lekarza medycyny wydany przez I Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Warszawie. Habilitant w 1994 r. uzyskał stopień dr n. med. Nadany przez Radę Naukową Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, na podstawie rozprawy pt.: „Wpływ zwężenia dróg oddechowych na strukturę i funkcję mięśni oddechowych”, w 2005r. zdobył tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych a w 2009r. tytuł specjalisty w dziedzinie chorób płuc.

1997 - 2000 młodszy asystent

2000-2004 starszy asystent II Klinika Chorób Płuc, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w
Warszawie

2004-2022 adiunkt II Klinika Chorób Płuc, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc

w Warszawie

2022 do nadal	adiunkt	Zakład Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie
---------------	---------	---

Od 1997 do 2000r. r. pracował w Klinice Chorób Płuc na stanowisku młodszego asystenta, następnie w latach 2000-2004 jako starszy asystent w II Klinice Chorób Płuc, w latach 2004-2022 jako adiunkt w II Klinice Chorób Płuc, i od 2022r jako adiunkt w Zakładzie Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą, w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie.

Osiągnięcie naukowe

Jako główne osiągnięcie naukowe, Habilitant przedstawił monotematyczny cykl sześciu publikacji zatytułowany: *„Wielochorobowość w przewlekłych chorobach układu oddechowego”*. Osiągnięcie zostało udokumentowane 6 pracami opublikowanymi w recenzowanych czasopismach, znajdujących się w bazie Journal Citation Reports (JCR) i/lub na liście Scopus i/lub Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego (KBN/MNISZW/MEiN). Całkowity Impact Factor (IF) cyklu publikacji wynosi 12,042, wg punktacji Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (KBN/MNISZW/MEiN) 285 pkt. Artykuły ukazały się w latach 2011-2023. Wszystkie prace powstały po uzyskaniu stopnia doktora.

Cykl obejmuje następujące publikacje:

Nowinski A., Wesołowski S., Korzeniewska-Koseła M. The impact of comorbidities on tuberculosis treatment outcomes in Poland: a national cohort study. *Front. Public Health* Vol 11 - 2023 | doi: 10.3389/fpubh.2023.1253615

Nowiński A, Stachyra K, Szybińska M, Bednarek M, Pływaczewski R, Śliwiński P. The influence of comorbidities on mortality in bronchiectasis: A prospective, observational study. *Adv Clin Exp Med* 2021; 30: 1315–21. doi: 10.17219/acem/144200.

Nowiński A, Czyżak-Gradkowska A, Jonczak L, Korzybski D, Peradzyńska J, Pływaczewski R, Śliwiński P.: Glomerular filtration rate in patients with obstructive sleep apnea: the influence of cystatin-C-based estimations and comorbidity. *J Thorac Dis.* 2020;12,3:175-183. doi: 10.21037/jtd.2020.02.11.

Nowiński A, Puścińska E, Goljan A, Peradzynska J, Bednarek M, Korzybski D, Kamiński D, Stokłosa A, Czystowska M, Śliwiński P, Górecka D. The influence of comorbidities on

mortality in sarcoidosis: a observational prospective cohort study. Clin Respir J. 2017;11,5:648-656. doi: 10.1111/crj.12398

Nowiński A, Korzybski D, Bednarek M, Goljan-Geremek A, Puścińska E, Śliwiński P.: Does bronchiectasis affect COPD comorbidities? Adv Respir Med. 2019;87,6:214-220. doi: 10.5603/ARM.2019.0059.

Nowiński A, Kamiński D, Korzybski D, Stokłosa A, Górecka D.:The impact of comorbidities on the length of hospital treatment in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Adv Respir Medicine 2011; 79: 388–96.

We wszystkich pracach dr n.med. jest pierwszym współautorem oraz autorem korespondencyjnym, jego udział w opracowaniu ww. publikacji polegał na: opracowaniu koncepcji pracy, zebraniu i interpretacji danych, analizie piśmiennictwa oraz przygotowaniu manuskryptu, prowadzeniu korespondencji z redakcjami i recenzentami oraz korekty ostatecznych wersji manuskryptów. Habilitant szacuje swój udział w powstaniu wszystkich prac cyklu na 75-85%.

Głównym celem naukowym omawianego osiągnięcia naukowego była analiza oddziaływania wielochorobowości na efekty terapeutyczne oraz wskaźniki kliniczne i epidemiologiczne u pacjentów z przewlekłymi chorobami układu oddechowego.

Wielochorobowość jest definiowana jako występowanie dwóch lub więcej chorób przewlekłych u jednej osoby. Wielochorobowość ma znaczący wpływ na dobrostan jednostek, ich bliskich i całe społeczeństwo. Mechanizmy leżące u podstaw wielochorobowości są złożone, związane z procesem starzenia się, oraz szerszymi determinantami zdrowia, takimi jak deprywacja socjoekonomiczna czy organizacja opieki medycznej. Większość wytycznych klinicznych oraz badań interwencyjnych w medycynie skupia się zwykle na pojedynczych chorobach, co utrudnia holistyczne podejście lekarzy do problemów pacjenta. Habilitant podkreśla zatem wagę prowadzenie badań klinicznych dotyczących współwystępowania wielu chorób, w celu zrozumienia interakcji pomiędzy różnymi schorzeniami oraz zbadanie, w jaki sposób te interakcje wpływają na ogólny stan zdrowia pacjenta. Pozwala to wg Habilitanta na bardziej efektywne planowanie leczenia i dostosowywanie terapii do indywidualnych potrzeb chorego. Wielochorobowość, wraz z

determinantami biologicznymi, społecznymi i ekonomicznymi, może istotnie wpływać na jakość życia osób z chorobami płuc. Dlatego też poznanie mechanizmów wielochorobowości jest niezbędne do optymalizacji opieki medycznej. Badania takie dostarczają też cennych informacji na temat potencjalnych czynników ryzyka i metod ich prewencji.

W pracy badawczej Habilitant poszukiwał możliwych związków przyczynowo-skutkowych między chorobami płuc oraz innymi chorobami występującymi u pacjentów pulmonologicznych. W tym celu wykorzystywał współczesne zaawansowane metody diagnostyczne, w tym uczestniczył w pracach międzynarodowych grup badawczych stosował zaawansowane technologie genetyczne; sekwencjonowanie nowej generacji do badania mikrobiomu oraz badania procesów przewlekłego zapalenia w obrębie układu oddechowego. Prowadzone przez Habilitanta badania miały różnorodną konstrukcję, od obserwacyjnych retrospektywnych badań, po wieloletnie prospektywne badania wieloośrodkowe, realizowane we współpracy z ośrodkami w Polsce i za granicą.

Poniżej znajduje się syntetyczne omówienie poszczególnych opracowań składających się na cykl publikacji:

Nowinski A., Wesołowski S., Korzeniewska-Koseła M. The impact of comorbidities on tuberculosis treatment outcomes in Poland: a national cohort study. *Front. Public Health* Vol 11 - 2023 | doi: 10.3389/fpubh.2023.1253615.

Celem pracy była analiza wpływu chorób współistniejących na umieralność oraz wyniki leczenia chorych na gruźlicę. Przeanalizowano dane z krajowego rejestru chorych na gruźlicę zdiagnozowanych w Polsce między 2011 a 2016 rokiem. Porównano wskaźniki sukcesu leczenia i umieralności u pacjentów z chorobami współistniejącymi i bez nich, aby ocenić wpływ różnych chorób współistniejących na te wskaźniki. Spośród pacjentów uwzględnionych w analizie (n = 19 217), większość (88%) osiągnęła korzystny wynik i została sklasyfikowana jako "sukces leczenia". Niewielki odsetek (0,8%) chorych zmarł z powodu gruźlicy a 2,0% z innych przyczyn niż gruźlica. Inne wyniki niż sukces stwierdzono u 9,2% przypadków. Jeśli chodzi o współistniejące choroby, u 34% przypadków zgłoszono przynajmniej jedną taką chorobę. Najczęściej obserwowano cukrzycę (5,9%), alkoholizm (12%), palenie tytoniu (9%), terapię immunosupresyjną (1,5%) nowotwory (4,2%), HIV (0,4%). Analiza materiału wykazała, że schorzenia współistniejące, takie jak cukrzyca,

alkoholizm, uzależnienie od narkotyków, terapia immunosupresyjna, nowotwory i palenie tytoniu istotnie zwiększały ryzyko niekorzystnego wyniku leczenia gruźlicy.

Na podstawie analizy Habilitant formułuje wniosek, że chorzy na gruźlicę i choroby współistniejące mają wyższe ryzyko niekorzystnych wyników leczenia i zwiększonej umieralności, a także wskazuje na wagę wdrożenia zintegrowanych programów zwalczania gruźlicy, które skupiają się na zarówno gruźlicy jak i chorobach współistniejących. Taka zintegrowane programy (np. jednoczasowy skrining w kierunku przypadków gruźlicy, HIV i cukrzycy) mogą poprawić wskaźniki sukcesu leczenia i przyczynić się do zmniejszenia umieralności.

Nowiński A, Stachyra K, Szybińska M, Bednarek M, Pływaczewski R, Śliwiński P. The influence of comorbidities on mortality in bronchiectasis: A prospective, observational study. *Adv Clin Exp Med* 2021; 30: 1315–21. doi: 10.17219/acem/144200.

Celem pracy była ocena wpływu chorób współistniejących na umieralność w rozstrzeniach oskrzeli. Rozstrzenie oskrzeli są związane z wieloma chorobami wrodzonymi i dziedzicznymi, takimi jak mukowiscydoza, pierwotna dyskineza rzęsek, zespół Mounier-Kuhna, niedobór alfa-1-antytrypsyny, a także pierwotne i wtórne zaburzenia odporności. Ponadto, rozstrzenie oskrzeli mogą współwystępować lub być powikłaniem innych przewlekłych chorób płuc, w szczególności astmy i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). Podobnie jak POChP i astma, rozstrzenie oskrzeli są chorobą zapalną, w której proces zapalny drzewa oskrzelowego może prowadzić do przyspieszonego tworzenia się miażdżycy i w konsekwencji chorób układu sercowo-naczyniowego. Analizy oparto o prospektywne badanie obserwacyjne w grupie chorych z radiologicznym i klinicznym rozpoznaniem rozstrzeni oskrzeli. Grupę tę następnie długotrwale monitorowano, obserwując występowanie chorób współistniejących i ich wpływ na umieralność. Do badania włączono 100 pacjentów przyjmowanych kolejno do Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc, z potwierdzonymi w tomografii komputerowej (TK) rozstrzeniami oskrzeli. Całą grupę obserwowano przez 5 lat. Wszystkich pacjentów starannie monitorowano pod kątem współistniejących chorób, rejestrowano zgony i ich przyczyny. Wskaźnik umieralności w okresie obserwacji wyniósł 16%. Mediana liczby współistniejących chorób była istotnie wyższa w grupie pacjentów, którzy zmarli w okresie obserwacji (5 (IQR 3-5,75)), w porównaniu z pozostałymi pacjentami (3 (IQR 1-4); $p = 0,0100$). Ponadto, obciążenie chorobami współistniejącymi wiązało się ze zwiększonym

ryzykiem zgonu: rozpoznanie 4 lub więcej współistniejących chorób wiązało się z większym ryzykiem zgonu w porównaniu z pacjentami mającymi 2 lub 3 współistniejące choroby (HR = 1,35 (95% przedział ufności (95% CI) [0,41, 4,41]); p = 0,0494). Ciężkość choroby – rozstrzeni oskrzeli (oceniona za indeksu Bronchiectasis Severity Index), nie miała takiego wpływu na ryzyko zgonu jak liczba chorób współistniejących. Na podstawie analizy materiału Habilitant stawia następujące wnioski; sygnalizuje znaczącą liczbę chorób współistniejących u pacjentów z rozstrzeniami oskrzeli, a także wskazuje na związek między chorobami współistniejącymi a umieralnością. Wskazuje również na przydatność wyników pracy do zastosowania w praktyce klinicznej.

Nowiński A, Czyżak-Gradkowska A, Jonczak L, Korzybski D, Peradzyńska J, Pływaczewski R, Śliwiński P.: Glomerular filtration rate in patients with obstructive sleep apnea: the influence of cystatin-C-based estimations and comorbidity. J Thorac Dis. 2020;12,3:175-183. doi: 10.21037/jtd.2020.02.11.

Celem pracy była ocena narzędzi stosowanych do wykrywania i diagnozowania przewlekłej choroby nerek u chorych na obturacyjny bezdech senny. Badanie miało pomóc w zidentyfikowaniu właściwego sposobu wykrywania chorób nerek współistniejących z obturacyjnym bezdechem sennym. Habilitant we współpracy z zespołem zaprojektował badanie przekrojowe, którego celem było określenie przydatności oceny GFR w oparciu o cystatynę C w diagnozowaniu CKD u pacjentów z OBS. Do badania przekrojowego zakwalifikowano pacjentów z nowo zdiagnozowanym OBS. U wszystkich pacjentów oszacowany GFR (eGFR) został obliczony za pomocą równań CKD-EPI, z wykorzystaniem kreatyniny oraz cystatyny C. Wszyscy pacjenci byli oceniani pod względem obecności chorób współistniejących. W badanej grupie zaobserwowano istotne różnice między ocenami GFR opartymi na kreatyninie a tymi opartymi na cystatynie C: eGFR uzyskany na podstawie kreatyniny zależnej od masy mięśniowej był wyższy niż eGFR niezwiązany z masą mięśniową, oparty na pomiarze cystatyny C. Analiza materiału pozwoliła na sformułowanie wniosków, iż u chorych na OBS można rutynowo monitorować GFR przy użyciu oszacowań bazujących na kreatyninie (eGFR_{creat}), a w grupie pacjentów z OBS o BMI powyżej 30 kg/m² zaleca się dodatkowe wykorzystanie cystatyny C do oceny eGFR.

Nowiński A, Puścińska E, Goljan A, Peradzynska J, Bednarek M, Korzybski D, Kamiński D, Stokłosa A, Czystowska M, Śliwiński P, Górecka D. The influence of comorbidities on mortality in sarcoidosis: a observational prospective cohort study. Clin Respir J. 2017;11,5:648-656. doi: 10.1111/crj.12398

Badanie miało na celu określenie częstości i rozpowszechnienia chorób współwystępujących u chorych na sarkoidozę oraz ocenę ich wpływu na ogólną umieralność wśród pacjentów z tą chorobą. Na podstawie analizy stwierdzono, iż liczba chorób współwystępujących znacząco wpływa na umieralność u chorych na sarkoidozę. Choroby tarczycy są częściej diagnozowane u osób z sarkoidozą niż wśród osób z grupy kontrolnej. Wyniki badań mają znaczenie dla praktyki klinicznej, podkreślając znaczenie wielochorobowości w szacowaniu ryzyka leczenia sarkoidozy. Stwierdzenie zwiększonej częstości występowania chorób tarczycy u chorych na sarkoidozę, może sugerować konieczność rutynowej diagnostyki obrazowej oraz badań biochemicznych tarczycy u chorych na sarkoidozę.

Nowiński A, Korzybski D, Bednarek M, Goljan-Geremek A, Puścińska E, Śliwiński P.: Does bronchiectasis affect COPD comorbidities? Adv Respir Med. 2019;87,6:214-220. doi: 10.5603/ARM.2019.0059.

Celem pracy była odpowiedź na pytanie, czy obecność rozstrzeni oskrzeli u chorych na POChP zwiększa ryzyko wystąpienia innych chorób. Zarówno POChP jak i rozstrzenie oskrzeli charakteryzują się występowaniem przewlekłego stanu zapalnego drzewa oskrzelowego. Jedną z teorii wyjaśniających mechanizm współwystępowania wielu chorób w POChP i rozstrzeniach, jest koncepcja możliwości "przelewania się" mediatorów zapalnych z pęcherzyków płucnych do krwiobiegu, co w konsekwencji może prowadzić do nasilania się miażdżycy i pojawiania się chorób układu sercowo-naczyniowego związanego z miażdżycą. Na podstawie analizy habilitant wnioskuje, że rozstrzenie oskrzeli są stosunkowo częstą chorobą współistniejącą u chorych na POChP (10,1%). Chorzy na POChP z obecnością rozstrzeni oskrzeli są bardziej narażeni na kolonizację przez *P. aeruginosa* niż chorzy na POChP bez rozstrzeni oskrzeli. Badanie nie potwierdziło koncepcji, iż dodatkowe występowanie rozstrzeni oskrzeli u chorych na POChP generuje zwiększone ryzyko pojawiania się dodatkowych chorób współistniejących. Z praktycznego punktu widzenia, badanie podkreśliło znacznie rutynowego wykonywania badania tomografii komputerowej

wysokiej rozdzielczości u chorych na POChP, w celu poszukiwania współwystępowania rozstrzeni oskrzeli, co ma znaczenie m.in. w doborze antybiotyków.

Nowiński A, Kamiński D, Korzybski D, Stokłosa A, Górecka D.: The impact of comorbidities on the length of hospital treatment in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Advances in Respiratory Medicine* 2011; 79: 388–96.

Celem analizy była ocena związku między częstością występowania chorób współistniejących z POChP a długością hospitalizacji z powodu zaostrzenia POChP. Habilitant wykazał, że obniżenie stężenia hemoglobiny we krwi, hiperkapnia i podwyższone stężenie mocznika są czynnikami związanymi z przedłużającą się hospitalizacją u chorych na przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Chorzy z cięższą obturacją oskrzeli i hiperkapnią mają również większe ryzyko kolejnego przyjęcia do szpitala. Bardziej zaawansowane POChP, obecność rozstrzeni oskrzeli są związane z wydłużeniem hospitalizacji. Wyniki badania wskazują na znaczenie obecności rozstrzeni oskrzeli u chorych na POChP i wskazują na potrzebę diagnostyki rozstrzeni.

Podsumowując, osiągnięcie naukowe pod postacią cyklu publikacji, w których Habilitant wykazał swoją wiodącą rolę jako główny autor, dotyczy ważnych zagadnień związanych z wielochorobowością w przewlekłych chorobach układu oddechowego. .

Warto podkreślić, że potencjalnie praktycznym zastosowaniem wyników uzyskanych w trakcie realizowanych badań jest wykorzystanie opracowanych parametrów w dalszych badaniach a także w zastosowaniach praktycznych. Przedstawiony cykl publikacji spełnia kryterium znacznego wkładu autora w rozwój określonej dziedziny naukowej.

Wszystkie badania, będące podstawą cyklu publikacji zostały starannie zaplanowane i zrealizowane, a uzyskane wyniki dobrze udokumentowane. Dyskusja i omówienie wyników badań wskazuje na twórcze podejście do tematyki badawczej i gruntowną znajomość przedmiotu. Dr Adam Nowiński określił swój udział autorski w poszczególnych publikacjach, również wszyscy współautorzy prac złożyli odpowiednie oświadczenia.

Dorobek naukowy

Według przedstawionej analizy bibliograficznej dr n.med. Adam Nowiński jest autorem lub współautorem 30 prac oryginalnych, w tym 18 pełnotekstowych publikacji w czasopismach

posiadających współczynnik oddziaływania (IF=163,951, KBN/MNiSW = 1178). W 4 przypadkach prac oryginalnych z i 6 bez IF Habilitant jest ich pierwszym autorem. W dorobku Habilitanta znalazło się też 6 prac poglądowych (2,5 pkt. KBN/MNiSW) oraz 5 opisów przypadków (KBN/MNiSW = 24 pkt) a także 5 publikacji z udziałem Habilitanta w badaniach wieloośrodkowych (IF=108,621, KBN/MNiSW = 700). Dr n.med. Adam Nowiński jest także autorem lub współautorem 1 rozdziału w podręczniku międzynarodowym oraz 1 krajowego. Ponadto, oceniając dorobek Habilitanta łączna punktacja wynosi: IF=163,951, MNiSW1287,5. Liczba cytowań w oparciu o bazę Web of Science wynosi 481 bez autocytowań, a indeks Hirscha 12, co pozwala stwierdzić, że dorobek naukowy Habilitanta jest bardzo znaczący.

W publikacjach składających się na pozostały dorobek naukowy Habilitanta można wyróżnić poszerzenie zagadnień będących przedmiotem omawianego osiągnięcia, publikacje te dotyczą diagnostyki i leczenia przewlekłych chorób układu oddychania. Wśród innych badań zbliżonych tematycznie do cyklu publikacji przedstawianych jako osiągnięcie naukowe, należy wymienić badania mikrobiomu drzewa oskrzelowego w przewlekłych chorobach układu oddechowego (doi: 10.1371/journal.pone.0180859). Cytowane badanie jest jednym z pionierskich badań mikrobiomu płuc, w którym analizowano próbki z układu oddechowego. Wartością badania była jego metodyka. Próbkę do badań były pobierane z drzewa oskrzelowego w ściśle kontrolowany sposób (w trakcie bronchoskopii) nie tylko od chorych na POChP, ale również od zdrowych ochotników.

Zwraca uwagę intensywna, międzynarodowa współpraca naukowa Habilitanta w ramach projektów wieloośrodkowych, skutkująca autorstwem wysoko cytowanych prac. Większość aktywności naukowej Habilitanta wiąże się ze współpracą międzynarodową. Prowadził wspólne prace i badania oraz przygotowywał publikacje naukowe z badaczami z ośrodków z Wielkiej Brytanii, Niemiec i innych krajów, uczestnicząc w komitetach sterujących n. in, konsorcjum naukowego EvA, AirProm (finansowane ze środków na naukę Unii Europejskiej), czy EPIC 1 i EPIC2 (finansowanie ze środków WHO). Habilitant odbył zagraniczne staże naukowych w uznanych się ośrodkach naukowych m.in.: na Katholieke Universiteit Leuven, Belgia, w szpitalu uniwersyteckiego w Bolonii, Włochy, w North West Lung Center

Wythenshawe Hospital w Manchesterze, Wielka Brytania oraz na Wydziale Bioinżynierii Uniwersytetu w Mediolanie, Włochy.

Istotnym elementem dorobku Habilitanta jest także aktywność w obszarze rozwoju biotechnologii medycznej - nanobioanalityki. Efektem aktywności Habilitanta były publikacje oraz zgłoszenia patentowe opracowanych technologii diagnostyki laboratoryjnej.

Działalność organizacyjna, dydaktyczna i popularyzatorska

Dr n.med. Adam Nowiński jest członkiem European Respiratory Society, Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc oraz Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej. W latach 2004-2023 wygłosił kilkadziesiąt wykładów na konferencjach naukowych i kursach dla lekarzy różnych specjalności: pneumonologów, internistów, lekarzy rodzinnych. Jest autorem 118 prezentacji ustnych i plakatowych na konferencjach naukowych, w tym 36 polskich i 82 zagranicznych oraz 2 zgłoszeń patentowych.

Od 2004 r. Habilitant uczestniczył w licznych badaniach naukowych finansowanych ze źródeł zewnętrznych (konkursowych):

Markers for emphysema versus airway disease in COPD (EvA), Projekt konsorcjalny finansowany z EU, Grant agreement ID: 200605. 7 Program Ramowy, 1 October 2008 - 31 March 2012.

Koordynator części polskiej projektu.

Airway Disease PRedicting Outcomes through Patient Specific Computational Modelling, Projekt konsorcjalny finansowany z EU. Grant agreement ID: 270194 7 Program Ramowy 1 March 2011 -30 June 2016

Koordynator części polskiej projektu.

Platform for European Preparedness Against (Re-)emerging Epidemics PREPARE, MERMAIDS-ARI: Acute respiratory infections (ARI), finansowany z EU, Grant agreement ID: 602525, 7 Program Ramowy 1 February 2014 -31 January 2021. Koordynator części polskiej projektu.

Opracowanie konstrukcji i technologii wytwarzania miniaturowych urządzeń diagnostycznych do szybkiego oznaczania biomarkerów w płynach fizjologicznych i innych

próbkach biologicznych. Numer grantu POIR.04.01.04-00-0027/17. Finansowany przez NCBiR, zakończony.

Zastępca kierownika.

Opracowanie konstrukcji i technologii wytwarzania miniaturowych urządzeń diagnostycznych do szybkiego wykrywania wirusa SARS-CoV-2 w trybie POCT. Numer grantu POIR.01.01.01-00-0638/20 Finansowany przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju, w trakcie.

Kierownik.

Program pilotażowy leczenia gruźlicy lekoopornej w warunkach ambulatoryjnych. Program finansowany ze źródeł MZ/NFZ (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 września 2022) . 28/09/2023 - w trakcie

Kierownik/Koordynator.

Emergency People-centered MDR-TB Response-1 (EPIC 1). Projekt finansowany ze źródeł Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) 09.2022 – w trakcie.

Kierownik.

Emergency People-centered MDR-TB Response-2 (EPIC 2). Projekt finansowany ze źródeł Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) 12.2022 – w trakcie.

Kierownik.

A także występował jako członek zespołu badawczego w innych zadaniach badawczych takich jak:

2 projekty konsorcjalne finansowane źródeł 6 Projekt Ramowego EU

Członek zespołów badawczych kilkudziesięciu zadań badawczych Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc.

Ponadto, dr n.med. Adam Nowiński jest członkiem grupy badawczej koordynowanej przez Uniwersytet Oksfordzki – ISARIC (International Severe Acute Respiratory and Emerging Infection Consortium), która regularnie publikuje badań naukowe oparte o zgromadzone dane.

Za swoją działalność naukową i rozwojową Habilitant otrzymał znaczące nagrody i wyróżnienia: m.in. Wyróżnienie Ministra Zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej, Nagrodę

Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny oraz odznaczenie od Ministerstwa Zdrowia Republiki Uzbekistanu.

Podsumowanie

Podsumowując, osiągnięcie wskazane przez dr n. med. Adama Nowińskiego, jak i pozostała część dorobku naukowego Habilitanta stanowią indywidualny, znaczący i nowatorski wkład w postęp wiedzy na temat wielochorobowości w przewlekłych chorobach płuc, a także w szerszym zakresie patologii układu oddechowego. Pozostały dorobek oraz aktywności Habilitanta związane z działalnością naukową spełniają kryterium „istotnej aktywności naukowej”. Zatem, Habilitant spełnia wymogi ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o Szkolnictwie Wyższym i Nauce.

W mojej opinii cykl prac składający się na wskazane osiągnięcie naukowe, jak i pozostały dorobek naukowo-badawczy dr n.med Adama Nowińskiego , wysoki wskaźnik oddziaływania i wysoka punktacja MNiSW oraz znaczna liczba cytowań ze wskaźnikiem Hirscha 12, a także działalność Habilitanta na polu dydaktycznym oraz w zakresie transferu technologii, spełniają kryteria pozytywnej oceny w postępowaniu o nadanie stopnia doktora habilitowanego.

Niniejszym, wnoszę o przyznanie dr n.med. Adamowi Nowińskiemu stopnia doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu.

Warszawa, 2024-05-15

prof. dr hab.n.med. Mariusz Kruk