

Prof. dr hab. n. med. Katarzyna Szczerbińska
Kierownik Pracowni Badań and Starzejącym się Społeczeństwem
w Katedrze Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej
na Wydziale Lekarskim
Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum
31-066 Kraków, ul. Skawińska 8
e-mail: katarzyna.szczerbinska@uj.edu.pl

Kraków, dn. 1 grudnia 2022

OCENA

osiągnięć naukowych, aktywności naukowej, dorobku dydaktycznego
i popularyzatorskiego oraz współpracy międzynarodowej

doktor nauk medycznych Małgorzaty Chlabicz

w postępowaniu habilitacyjnym w oparciu o osiągnięcie naukowe:

„Metody i implikacje oceny ryzyka sercowo-naczyniowego w populacji ogólnej”

Ocena została wykonana na wniosek Senatu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku w wyniku powołania mnie na recenzenta w prowadzonym na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku postępowaniu w sprawie nadania stopnia doktora habilitowanego nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne dr n. med. Małgorzacie Chlabicz. Ocena została sporządzona z zastosowaniem obowiązującej podstawy prawnej: art. 219 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (tj. Dziennik ustaw z 2022 roku pozycja 574 ze zmianami) na podstawie przedłożonych czterech dokumentów:

- 1) Autoreferat
- 2) Wykaz osiągnięć w pracy naukowo-badawczej – analiza bibliometryczna
- 3) Szczególne osiągnięcia naukowe oraz oświadczenia współautorów
- 4) Wybrane prace z dorobku.

Rozwój zawodowy Habilitantki

Doktor nauk medycznych Małgorzata Chłabcz ukończyła studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Białymstoku w roku 2000, uzyskując tytuł lekarza medycyny. W roku 2007 uzyskała dyplom specjalisty medycyny rodzinnej, a w roku 2015 dyplom specjalisty w dziedzinie kardiologii. W roku 2011 uzyskała stopień doktora nauk medycznych na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku w wyniku obrony rozprawy doktorskiej pt. „Stosowanie antybiotyków w leczeniu ambulatoryjnym w Polsce w latach 2004-2008”, której promotorem był prof. dr hab. n. med. Sławomir Chłabcz.

W latach 2000-2002 Pani Doktor Małgorzata Chłabcz pracowała jako lekarz stażysta, a następnie w okresie od 2003-2007 roku jako rezydent w dziedzinie medycyny rodzinnej w SPSK AMB w Białymstoku. W latach 2008 – 2013 była zatrudniona na Oddziale Kardiologii w SP ZOZ MSW w Białymstoku w ramach rezydentury w dziedzinie kardiologii, a po uzyskaniu dyplomu specjalizacji w kardiologii w 2015 r. - jako starszy asystent w Klinice Kardiologii USK w Białymstoku. Od 2018 roku jest zatrudniona w Klinice Kardiologii Inwazyjnej USK w Białymstoku jako starszy asystent oraz jednocześnie w Uniwersytecie Medycznym – od 2021 r. na stanowisku adiunkta w grupie pracowników badawczo-dydaktycznych w Zakładzie Medycyny Populacyjnej i Prewencji Chorób Cywilizacyjnych, gdzie łączy praktykę lekarską z pracą naukową. Pani dr n. med. Małgorzata Chłabcz od 2010 r. zajmuje się implantacją stymulatorów serca (PM) i kardiowerterów-defibrylatorów (ICD) oraz kontrolą pacjentów po wszczepieniu tych urządzeń. Odbiła liczne szkolenia i kursy doskonalące z zakresu elektrofizjologii. W 2017 r. uzyskała europejski certyfikat sekcji rytmu serca specjalisty elektroterapii, a w 2019 r. certyfikat operatora elektroterapii w zakresie PM, ICD Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Podsumowując, przebieg kariery zawodowej jest spójny z pracą naukową, która zwłaszcza w ostatnich latach dotyczy zagadnień z dziedziny kardiologii, m.in. oceny ryzyka sercowo-naczyniowego w populacji.

Uwaga: Do oceny przedstawiono 4 dokumenty, w których nie podano stron, co utrudniło precyzyjne wskazanie miejsc, do których odnoszę się w recenzji.



Ocena osiągnięcia naukowego

Przedstawione do oceny osiągnięcie naukowe stanowi cykl powiązanych tematycznie artykułów naukowych w liczbie pięciu prac oryginalnych opublikowanych w latach 2020-2021 pod wspólnym tytułem: „**Metody i implikacje oceny ryzyka sercowo-naczyniowego w populacji ogólnej**”, co jest zgodne z art. 219 ust. 1. pkt 2b ustawy. Łączny współczynnik wpływu dla tych prac wynosi **IF=21,348 oraz 700 pkt. MEiN.**

W skład osiągnięcia naukowego wchodzi następujące prace:

1) Chlabicz Małgorzata, Jamiołkowski J., Łaguna W., Sowa P., Paniczko M., Łapińska M., Szpakowicz M., Drobek N., Raczkowski A., Kamiński K.: *A similar lifetime CV risk and a similar cardiometabolic profile in the moderate and high cardiovascular risk populations: a population-based study*, Journal of Clinical Medicine, vol. 10, 2021, 13 pp, DOI:10.3390/jcm10081584, 140 pkt. MEiN, IF(4,242)

2) Chlabicz Małgorzata, Jamiołkowski J., Łaguna W., Dubatowka M., Sowa P., Łapińska M., Szpakowicz A., Zieleniewska N., Zalewska M., Raczkowski A., Kamiński K.: *Effectiveness of lifestyle modification vs. therapeutic, preventive strategies for reducing cardiovascular risk in primary prevention – a cohort study*, Journal of Clinical Medicine, vol. 11, nr 3, 2022, 18 pp, DOI:10.3390/jcm11030688, 140 pkt. MEiN, IF(4,242)

3) Chlabicz Małgorzata, Dubatowka M., Jamiołkowski J., Sowa P., Łapińska M., Raczkowski A., Łaguna W., Moniuszko-Malinowska A., Waszkiewicz N., Kowalska I., Kamiński K.: *Subjective well-being in non-obese individuals depends strongly on body composition*, Scientific Reports, Nature Publishing Group, vol. 11, 2021, 9 pp, DOI:10.1038/s41598-021-01205-6, 140 pkt. MEiN, IF(4,38)

4) Chlabicz Małgorzata, Jamiołkowski J., Paniczko M., Sowa P., Szpakowicz M., Łapińska M., Jurczuk N., Kondraciuk M., Ptaszyńska-Kopczyńska K., Raczkowski A., Szpakowicz A., Kamiński K.: *ECG indices poorly predict left ventricular hypertrophy and are applicable only in individuals with low cardiovascular risk*, Journal of Clinical Medicine, vol. 9, nr 5, 2020, 19 pp, DOI:10.3390/jcm9051364, 140 pkt. MEiN, IF(4,242)

5) Chlabicz Małgorzata, Jamiołkowski J., Paniczko M., Sowa P., Łapińska M., Szpakowicz M., Jurczuk N., Kondraciuk M., Raczkowski A., Sawicka E., Kamiński K.: *Independent impact*

of gynoid fat distribution and free testosterone on circulating levels of N-terminal pro-brain natriuretic peptide (NT-proBNP) in humans, Journal of Clinical Medicine, vol. 9, 2020, Article ID 74, 13 pp, DOI:10.3390/jcm9010074, 140 pkt. MEiN, IF(4,242)

W przedłożonym do oceny osiągnięciu naukowym Pani dr n. med. Małgorzata Chlabicz przedstawiła pięć publikacji oryginalnych. Wszystkie wymienione prace zostały zrealizowane po uzyskaniu stopnia doktora nauk medycznych. We wszystkich Habilitantka jest pierwszym współautorem - niekorespondencyjnym. Uzyskała zgody wszystkich współautorów artykułów, którzy określili charakter swojego udziału w wymienionych publikacjach przyznając procentową wartość udziału Habilitantce powyżej 50%. Zgodnie z wymaganiami Habilitant powinien dokładnie opisać także swoje zaangażowanie w pracach na tyle precyzyjnie, aby umożliwić dokładną ocenę jego udziału i roli w powstaniu każdej pracy. W załączniku nr 4 *Wykaz osiągnięć naukowych albo artystycznych* na stronie Rady Doskonałości Naukowej <https://www.rdn.gov.pl/postepowanie-habilitacyjne.wymagania-dokumentacyjne-wnioskow-w-sprawie-nadania-stopnia-doktora-habilitowanego.html> widnieje zapis: „*W przypadku prac dwu- lub wieloautorskich zaleca się złożenie oświadczenia przez habilitanta oraz współautorów wskazujące na ich merytoryczny (a NIE procentowy) wkład w powstanie każdej pracy [np. twórca hipotezy badawczej, pomysłodawca badań, wykonanie specyficznych badań (np. przeprowadzenie konkretnych doświadczeń, opracowanie i zebranie ankiet, itp.), wykonanie analizy wyników, przygotowanie manuskryptu artykułu, i inne]. Określenie wkładu danego autora, w tym habilitanta, powinno być na tyle precyzyjne, aby umożliwić dokładną ocenę jego udziału i roli w powstaniu każdej pracy.*”

Pani dr med. Małgorzata Chlabicz nie przedstawiła informacji precyzujących sposób jej zaangażowania w przygotowaniu manuskryptów, tym samym na podstawie autoreferatu nie można określić stopnia jej udziału w przedstawionej pracy. Taka informacja została natomiast zamieszczona w opublikowanych tekstach artykułów i na tej podstawie można przyjąć deklarowany udział dr med. Małgorzaty Chlabicz w ich powstaniu.

Wszystkie prace zostały zrealizowane w ramach badania populacyjnego kohortowego „Białystok PLUS” prowadzonego przez prof. dr hab. n. med. Karola A. Kamińskiego, kierownika Zakładu Medycyny Populacyjnej i Prewencji Chorób Cywilizacyjnych Uniwersytetu Medycznego

w Białymstoku i finansowanego przez Urząd Miasta Białystok (grant numer W/UB/DSP/1640/UMBIAŁYSTOK/2017) oraz ze środków statutowych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (Projekt Białystok PLUS, grant numer SUB/1/00/19/001/1201). Pani dr n. med. Małgorzata Chlabicz od 2015 r. brała czynny udział w realizacji tego projektu tj. przygotowała standardowe procedury operacyjne (SPO) badań obrazowych oraz pomiarów antropometrycznych, szkoliła badaczy w echokardiografii, uczestniczyła w realizacji procedur badawczych. Celem projektu „Białystok PLUS” była ocena stanu zdrowia mieszkańców Białegostoku oraz zbadanie wpływu różnorodnych czynników na rozwój chorób przewlekłych. Projekt badawczy został zarejestrowany w rejestrze badań klinicznych (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT03197363) oraz otrzymał zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (zgoda nr: R-I-002/108/2016).

Ocena poszczególnych prac:

1) Pierwsza praca (Chlabicz Małgorzata i in.: *Effectiveness of lifestyle modification vs. therapeutic, preventive strategies for reducing cardiovascular risk in primary prevention – a cohort study*, Journal of Clinical Medicine, vol. 11, nr 3, 2022, 18 pp) dotyczy badania przeprowadzonego w latach 2017–2020 grupy 931 osób (po wykluczeniach z 966) spośród losowo wybranych 2449 mieszkańców Białegostoku w wieku 20-79 lat. Celem tego badania było opisanie populacji ogólnej według klas ryzyka sercowo-naczyniowego zgodnie z wytycznymi ESC/EAS z 2019 r. dotyczącymi postępowania w dyslipidemiach oraz porównanie profilu klinicznego ze szczególnym uwzględnieniem profilu kardiometabolicznego (badania laboratoryjne, parametry echokardiograficzne, pomiary antropometryczne, analiza składu ciała i subiektywna ocena samopoczucia) u osób należących do w tych klas. W wyniku badania określono udział osób należących do poszczególnych klas ryzyka sercowo-naczyniowego w populacji Białegostoku. Stwierdzono ponadto brak istotnej różnicy w zakresie wielu analizowanych parametrów pomiędzy grupami osób o umiarkowanym i wysokim ryzyku sercowo-naczyniowym. Osoby należące do tych dwóch grup mają bardzo podobny, niekorzystny profil kardiometaboliczny, który może skutkować podobnym ryzykiem sercowo-naczyniowym w ciągu całego życia. Na tej podstawie autorzy sugerują potrzebę intensyfikacji działań farmakologicznych i

niefarmakologicznych już w populacji umiarkowanego ryzyka sercowo-naczyniowego oraz włączenie do oceny ryzyka sercowo-naczyniowego parametrów odzwierciedlających insulinooporność. Co więcej, autorzy postulują konieczność ponownej walidacji kalkulatorów ryzyka sercowo-naczyniowego. W artykule nie przedstawiono informacji na temat działań podjętych w celu zapewnienia reprezentatywności próby (tj. sposobu obliczenia minimalnej wielkości próby, analizy porównawczej próby względem populacji Białegostoku), która może wpływać na uzyskane wyniki. Ponadto, bardzo ogólny opis przeprowadzonych analiz statystycznych sprawia, że należy zachować ostrożność w interpretacji rezultatów.

2) Druga praca cyklu (Chlabicz Małgorzata i in.: *Effectiveness of lifestyle modification vs. therapeutic, preventive strategies for reducing cardiovascular risk in primary prevention – a cohort study*, Journal of Clinical Medicine, vol. 11, nr 3, 2022, 18 pp) dotyczyła tej samej populacji co w pracy pierwszej. Celem tego badania było obliczenie potencjalnego zmniejszenia ryzyka sercowo-naczyniowego za pomocą trzech różnych strategii prewencji. Autorzy zaproponowali modele prewencji optymalnej, umiarkowanej, minimalnej i podjęli próbę oszacowania ich efektywności. Stwierdzono, że minimalna interwencja (niefarmakologiczna zmiana stylu życia) w grupie osób obciążonych małym ryzykiem sercowo-naczyniowym może przynieść większe korzyści niż strategia optymalna. Według Habilitantki „stosowanie ogólnych zasad profilaktyki pierwotnej tj. redukcja masy ciała, odpowiednia dieta, zaprzestanie palenia tytoniu i aktywność fizyczna) może być efektywniejsze niż leczenie pacjentów z nadciśnieniem tętniczym i hipercholesterolemią”. Taki wniosek może mieć uzasadnienie w wymiarze populacyjnym, tj. w kontekście promocji zdrowia całej populacji. Nie powinien jednak przesłaniać lub pomniejszać znaczenia leczenia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym i hipercholesterolemią. Niejasne jest zdanie na stronie 5 artykułu o tym, że w populacji w wieku 20–79 lat liczącej 208,303 osób aż 196,184 mieszkańców Białegostoku nie ma choroby sercowo-naczyniowej, co wydaje się mało prawdopodobne w zestawieniu z krajowymi danymi epidemiologicznymi. Sposób wyliczenia hipotetycznego ryzyka sercowo-naczyniowego nie został wystarczająco wyjaśniony. Bardzo skromny opis analizy statystycznej nie daje wglądu w obliczenia i tym samym nie pozwala na ocenę uzyskanych wyników.

3) W kolejnej pracy (Chlabicz Małgorzata i in.: *Subjective well-being in non-obese individuals depends strongly on body composition*, Scientific Reports, Nature Publishing Group, vol. 11, 2021, 9 pp) postawiono hipotezę, że różne parametry składu ciała (m.in. masa mięśniowa, masa tkanki tłuszczowej, dystrybucja tkanki tłuszczowej, masa mięśniowa kończyn dolnych, obwód pasa, WHR) są powiązane z satysfakcją z życia, zależną od zdrowia jakością życia (*health related quality of life*, HRQL) oraz występowaniem objawów depresyjnych. Badanie przeprowadzono na tej samej próbie w ramach projektu „Białystok PLUS”, przy czym z analizy wykluczono osoby z otyłością ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$). Jest to ciekawe badanie wskazujące na to, że zadowolenie z życia ma związek ze składem ciała, przy czym otyłość brzuszna (WHR) wiąże się z niską satysfakcją z życia również po uwzględnieniu wieku, płci i chorób współistniejących. W świetle jego wyników niski dobrostan kobiet związany jest głównie z rozmieszczeniem tkanki tłuszczowej zwłaszcza w jamie brzusznej, a u mężczyzn z niską masą tkanki mięśniowej. Jakość życia związana ze zdrowiem jest odwrotnie proporcjonalna w stosunku do brzusznej dystrybucji tkanki tłuszczowej, a pozytywnie związana jest z większą masą mięśniową. Natomiast wyższy poziom depresji wiąże się z niską masą mięśniową, szczególnie kończyn dolnych. Moja uwaga krytyczna dotyczy jedynie tego, że Pani dr n. med. Małgorzata Chlabicz opisując wyniki wielokrotnie używa słowa „wpływ” sugerując, że skład ciała wywiera wpływ na samopoczucie, chociaż analizy, które przeprowadziła i przekrojowy charakter badania nie upoważniają do takiego stwierdzenia świadcząc jedynie o istotnym związku analizowanych zmiennych.

4) Czwarta praca (Chlabicz Małgorzata i in.: *ECG indices poorly predict left ventricular hypertrophy and are applicable only in individuals with low cardiovascular risk*, Journal of Clinical Medicine, vol. 9, nr 5, 2020, 19 pp) została poświęcona oszacowaniu częstości występowania przerostu lewej komory serca w populacji ogólnej, wyłonieniu parametrów powiązanych z przerostem lewej komory serca oraz ocenie trafności diagnostycznej znanych wskaźników elektrokardiograficznych wykrywających przerost lewej komory serca w kontekście ryzyka sercowo-naczyniowego. Badanie przeprowadzono w tej samej populacji, która po wykluczeniach z dalszej analizy (z powodu braku pełnych danych, czasu trwania zespołu QRS $\geq 120 \text{ ms}$, bloków

pęczka Hisa oraz stymulacji w EKG) ostatecznie liczyła 676 osób. W tej grupie jedynie 32 osoby (wg wskaźnika Sokołowa i Lyona), 17 (wg wskaźnika z Cornell) i 23 (wg wskaźnika Lewisa) miały cechy przerostu lewej komory. W analizie wieloczynnikowej regresji logistycznej wykazano zmienne powiązane z przerostem lewej komory serca tj.: czas trwania zespołu QRS, LAVI, hs-TnT, HbA1c, wskaźnik z Cornell i wskaźnik Lewisa. Analiza krzywej ROC dla wskaźnika Sokołowa i Lyona nie wykazała istotnej zdolności predykcyjnej w diagnozowaniu przerostu lewej komory serca w całej badanej populacji, jak i we wszystkich klasach ryzyka sercowo-naczyniowego. Jednocześnie analiza krzywej ROC dla wskaźników z Cornell i Lewisa wskazała na niewielką, ale statystycznie istotną ich wartość predykcyjną w rozpoznawaniu przerostu lewej komory serca w całej populacji oraz w klasie niskiego ryzyka sercowo-naczyniowego. W klasie wysokiego i bardzo wysokiego ryzyka jedynie wskaźnik z Cornell wykazuje słabą zdolność predykcyjną w diagnozowaniu przerostu lewej komory serca. Obecnie stosowane elektrokardiograficzne wskaźniki przerostu lewej komory serca mają bardzo słabą wartość predykcyjną – to stwierdzenie pozostaje w zgodzie z wynikami innych badań. W związku z tym autorzy postulują konieczność opracowania nowych metod rozpoznawania przerostu lewej komory serca w populacji ogólnej.

5) Piąta praca cyklu (**Chlabicz Małgorzata i in.:** *Independent impact of gynoid fat distribution and free testosterone on circulating levels of N-terminal pro-brain natriuretic peptide (NT-proBNP) in humans*, Journal of Clinical Medicine, vol. 9, 2020, Article ID 74, 13 pp,) dotyczyła badania, którego celem była weryfikacja hipotezy, że istnieje związek między stężeniem NT-proBNP w osoczu a dystrybucją tkanki tłuszczowej w populacji bez ciężkiej choroby sercowo-naczyniowej. Badanie przeprowadzono w latach 2017-2018 w ramach projektu „Białystok PLUS” na reprezentatywnej próbie mieszkańców Białegostoku w wieku od 20 do 77 lat. Do badania zaproszono 600 losowo wybranych mieszkańców z bazy danych, a po wykluczeniach włączono 196 osób. W wyniku analiz stwierdzono, że stężenie peptydów natriuretycznych jest niezależnie powiązane ze składem ciała, zwłaszcza z ilością gynooidalnej tkanki tłuszczowej i biodostępnością testosteronu, co może tłumaczyć wyższe stężenie NT-proBNP w populacji kobiet.

Podsumowując, należy podkreślić, że przedstawione do oceny prace stanowiące osiągnięcie naukowe zostały opracowane na podstawie badań prowadzonych w ramach jednego

projektu, dotyczą tej samej próby losowo wybranych mieszkańców średniej wielkości miasta, dotyczą podobnych zagadnień z dziedziny kardiologii skupiając się na ocenie ryzyka sercowo-naczyniowego, a tym samym tworzą spójny monotematyczny cykl publikacji. Na szczególną uwagę zasługuje zastosowanie różnych metod analizy statystycznej, aczkolwiek nie są one wyczerpująco opisane. Podsumowując, przedstawiony cykl publikacji spełnia wymogi „osiągnięcia naukowego”.

Ocena dorobku naukowo-badawczego

Dorobek naukowy Pani dr. n. med. Małgorzaty Chłabcz zgodnie z analizą bibliometryczną obejmuje 24 publikacje pełnotekstowe i 32 streszczenia zjazdowe. Trzy artykuły, w tym 2 oryginalne i 1 opis przypadku oraz 3 streszczenia były przygotowane przed uzyskaniem stopnia doktora. Dorobek po doktoracie stanowi : 21 publikacji pełnotekstowych: tj. 12 oryginalnych opublikowanych w czasopiśmie z IF (w tym 5 stanowi osiągnięcie zgodnie z art. 219 ust. 1pkt.2 Ustawy) i 1 bez IF; 4 opisy przypadków, w tym 2 w czasopiśmie z IF oraz 2 bez IF; 2 prace poglądowe: jedna w czasopiśmie z IF i jedna bez IF oraz 3 rozdziały w polskich monografiach pod redakcją innych autorów.

Współczynnik wpływu dla całości dorobku stanowi IF: 76,328, a punktacja MEiN 1995 pkt.. Dorobek ten znacząco powiększył się po uzyskaniu stopnia doktora tj. IF: 76,328 oraz 1975 pkt. MEiN. Całkowita liczba cytowań w momencie złożenia wniosku wg Web of Science: wynosiła 40 (32 bez autocytowań) wg Core Collection oraz 52 (43 bez autocytowań) wg All Databases, a Indeks Hirscha H=4 wg Core Collection, jak również wg All Databases (na podstawie oceny bibliometrycznej załączonej do opracowania).

Pierwsze trzy prace (przed uzyskaniem stopnia doktora) dotyczyły zagadnień medycyny rodzinnej, co też wiązało się pracą zawodową Habilitantki jako lekarza rodzinnego. Tematyka kolejnych publikacji obejmuje zagadnienia z zakresu kardiologii i jest tematycznie spójna. Należy zaznaczyć, że Pani dr n. med. Małgorzata Chłabcz jest pierwszym autorem w 9 z 21 publikacji wskazanych po uzyskaniu stopnia doktora, przy czym 7 artykułów to prace oryginalne (5 z nich wchodzi w zakres osiągnięcia), jedna stanowi opis przypadku oraz jedna – pracę poglądową.

Podsumowując, przedstawiony do oceny dorobek po wyłączeniu prac składających się na osiągnięcie podlegające ocenie nie jest duży w wymiarze liczby prac, ale charakteryzuje się spójnością, dotyczy zagadnień kardiologicznych ściśle związanych z pracą zawodową Habilitantki, a wyniki badań są opublikowane w recenzowanych czasopismach międzynarodowych.

W dokumencie pn. „Wykaz osiągnięć w pracy naukowo-badawczej - analiza bibliometryczna” w punkcie II.7. Pani dr n. med. Małgorzata Chlabicz przedstawiła wykaz 8 wystąpień na krajowych konferencjach naukowych wymieniając nazwy, daty i miejsca konferencji – wszystkie odbywały się w Polsce. Nie podała jednak tytułów wykładów oraz współautorów tych prezentacji, ani informacji czy i gdzie te prezentacje zostały opublikowane w formie streszczeń lub pełnych tekstów. W autoreferacie (w punkcie 5.A.) Pani dr n. med. Małgorzata Chlabicz wymienia, że jest autorem lub współautorem 32 komunikatów zjazdowych w tym 11 na konferencjach międzynarodowych) nie przedstawiając jednak dokumentacji tych wystąpień. Habilitantka otrzymała główną nagrodę w sesji plakatowej za pracę pt. „Ocena stanu nawodnienia pacjentów kardiologicznych – rola ośrodkowego ciśnienia żylnego i badania echokardiograficznego” podczas V Konferencji Terapii Kardiologicznej – Postępy w intensywnej terapii kardiologicznej – lubię to! w 2017 r. oraz zajęła 1 miejsce w sesji plakatowej podczas XII Konferencji Medycyny Ratunkowej „Kopernik 2019” w kategorii: Kardiologia. Należy docenić aktywność Habilitantki w zakresie rozpowszechniania wyników badań jednakże brak informacji o tematyce wystąpień oraz charakteru udziału Pani Doktor (tzn. czy jest pierwszym autorem, prezentującym pracę) pozwala jedynie na pobieżną ocenę ich znaczenia w dorobku.

W punkcie II.8. na podstawie wykazu udziału w komitetach organizacyjnych i naukowych konferencji można stwierdzić, że Pani dr n. med. Małgorzata Chlabicz aktywnie uczestniczyła w organizacji 8 krajowych konferencji i sympozjów jako członek komitetów organizacyjnych. Ponadto Habilitantka aktywnie działała w trzech polskich towarzystwach naukowych (Punkt II.10.), a obecnie - pełni funkcje w zarządach Oddziału Białostockiego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz w Sekcji Chorób Serca Kobiet Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Na uwagę zasługuje duża aktywność Pani dr n. med. Małgorzata Chlabicz w projektach badawczych. W punkcie II.9., który dotyczy wykazu uczestnictwa w pracach zespołów badawczych realizujących projekty finansowane w drodze konkursów krajowych lub

zagranicznych, z udziałem na projekty zrealizowane i będące w toku realizacji, oraz z uwzględnieniem informacji o pełnionej funkcji w ramach prac zespołów, Habilitantka wymieniła udział w 3 projektach jako:

- 1) Kierownik projektu pt. „INFOTESTER – *Opracowanie i weryfikacja oryginalnych metod wertykalnej sztucznej inteligencji do automatycznego i precyzyjnego wykrywania dezinformacji*” finansowanego ze środków Strategicznego Programu Badań Naukowych i Prac Rozwojowych (budżet projektu 8 782 106,67 zł, w tym środki do dyspozycji UMB 2 191 089,75 zł) uzyskanych w ramach konkursu INFOSTRATEG zorganizowanego przez NCBiR.
- 2) Wykonawca w projekcie pt. „*Analiza mowy narzędziem wczesnego wykrywania i monitorowania chorób cywilizacyjnych – VAMP*” w ramach Działania 4.1 Programu Operacyjnego Inteligentny Rozwój 2014-2020 współfinansowany ze środków Europejskiego Rozwoju Regionalnego.
- 3) Członek zespołu w projekcie pt. „*Stworzenie najwyższej jakości zbioru danych opartych na kohortowych badaniach populacyjnych*” w ramach wymiany bilateralnej naukowców NAWA.

W odniesieniu do tych projektów Habilitantka nie podała informacji o okresie ich realizacji, tzn. które z nich są zakończone lub obecnie realizowane. W autoreferencie Habilitantka wspomina, że była również kierownikiem projektu badawczego pt. „*Związek pomiędzy adipokinami a parametrami biochemicznymi dysfunkcji mięśnia sercowego*” realizowanego w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku (SUB/1/DN/19/002/1201). Aktualnie jest kierownikiem projektu badawczego pt. „*Związek pomiędzy cytokinami a parametrami antropometrycznymi, składem masy ciała oraz parametrami biochemicznymi niewydolności serca*” realizowanego w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku (SUB/1/DN/21/001/1201). Oba projekty finansowane były ze środków uczelnianych. Ponadto Pani dr n. med. Małgorzata Chlabicz w trakcie pracy w Klinice Kardiologii brała czynny udział w kilku badaniach klinicznych dotyczących niewydolności serca w roli badacza.

Habilitantka nie uczestniczyła w europejskich lub międzynarodowych grantach badawczych (Punkt II.14.). Natomiast współpracowała z zespołami badawczymi (Punkt II.15.):

- z Uniwersytetu Medycznego w Utrechcie (Holandia) w ramach projektu pn. „*Regional recalibration of the SMART risk-score for recurrent cardiovascular disease*”;
- z Uniwersytetu Medycznego w Greifswaldzie (Niemcy) w ramach projektu pn. „*A novel LVH B+ score improves the probability of left ventricular hypertrophy in general population*”; oraz
- z Uniwersytetu w Greifswaldzie (Niemcy) w ramach badania populacyjnego „Białystok PLUS” prowadzonego przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.

Ponadto podjęła współpracę z Polsko-Japońską Akademią Technik Komputerowych w Warszawie w zakresie oceny wiarygodności treści medycznych.

W roku 2007 Pani dr n. med. Małgorzata Chlabicz odbyła miesięczny staż w ramach projektu Leonardo da Vinnci Project: “*Improvement and widening of clinical skills of patient’s care and competences in the area of General Practice Management*” w University of Sheffield, w Wielkiej Brytanii (Punkt II.11.). Habilitantka wykazała ponadto przygotowanie 10 recenzji manuskryptów przedłożonych do 6 czasopism międzynarodowych i jednego polskiego (Punkt II.13.).

Działalność dydaktyczna

Latach 2010-2018 Pani dr n. med. Małgorzata Chlabicz prowadziła zajęcia w języku angielskim z medycyny rodzinnej dla studentów VI roku na Wydziale Lekarskim z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim. Aktualnie prowadzi zajęcia w języku polskim i angielskim z przedmiotów „Podstawy medycyny prewencyjnej z elementami telemedycyny” (dla studentów I roku) oraz „Praktyczne rozwiązywanie problemów klinicznych” dla studentów VI roku na Wydziale Lekarskim z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim). Recenzowała jedną pracę licencjacką i jedną pracę magisterską.

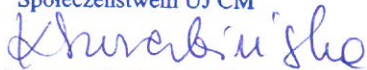
Należy dodać, że Pani dr n. med. Małgorzata Chlabicz jest promotorem pomocniczym pracy doktorskiej Pani Natalii Anny Zieleniewskiej pt. „*Czynniki ryzyka choroby wieńcowej – ze szczególnym uwzględnieniem roli procesu zapalnego, cukrzycy oraz biomarkerów*”, która jest realizowana w Zakładzie Medycyny Populacyjnej i Prewencji Chorób Cywilizacyjnych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

W latach 2019 i 2020 otrzymała kolejno Nagrodę naukową III stopnia i I stopnia Rektora Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku za osiągnięcia naukowe.

Wniosek końcowy

Należy podkreślić, że Pani dr. n. med. Małgorzata Chlabicz jest czynnym lekarzem i bardzo dobrze łączy praktykę zawodową z pracą naukową. Przedstawiony monotematyczny cykl prac spełnia kryteria osiągnięcia naukowego. Pozytywnie oceniam zaprezentowany dorobek, jak również aktywność w zakresie prowadzenia badań, udziału i kierowania projektami oraz działalność w towarzystwach naukowych, pomimo wymienionych zastrzeżeń co do sposobu prezentacji tych osiągnięć.

Uwzględniając obecnie obowiązujące kryteria Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce, tj. art. 219 ustawy z dnia 20 lipca 2018r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (tj. Dz. U. z 2022 r., poz. 574 ze zm.), na podstawie przedłożonej do oceny dokumentacji obejmującej: osiągnięcie naukowe, dorobek naukowy, aktywność badawczą, organizacyjną i dydaktyczną oraz współpracę krajową i międzynarodową, a stanowiącej podstawę postępowania o nadanie Pani dr. n. med. Małgorzacie Chlabicz stopnia naukowego doktora habilitowanego, zwracam się do Senatu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku o dopuszczenie dr. n. med. Małgorzaty Chlabicz do dalszych etapów przewodu habilitacyjnego.

Pracownia Badań nad Starzejącym się
Społeczeństwem UJ CM

prof. dr hab. n. med. Katarzyna Szczerbińska
kierownik

