

Prof. dr hab. n.med. Hanna Bachórzewska-Gajewska
Klinika Kardiologii Inwazyjnej z OIOK
i Pracownią Hemodynamiczną
Uniwersytecki Szpital Kliniczny
15-276 Białystok
Ul. M. Skłodowskiej – Curie 24 A

Białystok, 1.03.2023r.



Recenzja

dorobku naukowo-badawczego, osiągnięć w zakresie działalności dydaktyczno-organizacyjnej dr n. med. Ewy Wojtaszek w postępowaniu o nadanie stopnia doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne

Recenzja sporządzona została w związku z decyzją Rady Dyscypliny Nauk Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z dnia 21.12.2022 roku o powołaniu Komisji habilitacyjnej w celu przeprowadzenia postępowania habilitacyjnego dr n. med. Ewy Wojtaszek.

Posiadane dyplomy i stopnie naukowe

1994 tytuł lekarza

Wydział Lekarski, Akademia Medyczna w Lublinie

2000 I stopień specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych

2003 stopień naukowy doktora nauk medycznych

I Wydział Lekarski, Akademia Medyczna w Warszawie (obecnie Warszawski Uniwersytet Medyczny)

Tytuł rozprawy doktorskiej: „Wpływ leczenia erytropoetyną na wydajność hemodializy”

2008 specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych,

Centrum Egzaminów Medycznych, Łódź

Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych

1996-1998 wolontariat w Klinice Chorób Wewnętrznych i Nefrologii Akademii Medycznej w Warszawie;

etat lekarza w SP ZOZ Warszawa - Śródmieście

1998-2002 studia doktoranckie w Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych i Nefrologii Akademii Medycznej w Warszawie

2003-2005 etat wykładowcy w Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych i Nefrologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

2005-2009 asystent w Katedrze i Klinice Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

2009- adiunkt w Katedrze i Klinice Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Ocena osiągnięć naukowo-badawczych

Oceny osiągnięcia naukowego, składającego się z cyklu powiązanych tematycznie opublikowanych prac, dokonano zgodnie z art. 219 ust. 1 pkt. 2b Ustawy Prawo o nauce i szkolnictwie wyższym z dnia 20 lipca 2018 roku.

Jako osiągnięcie naukowe Habilitantka przedstawiała 3 oryginalne publikacje oraz 1 pracę poglądową o łącznej wartości Impact Factor (IF) 9.523 i 310 punktów MEiN. We wszystkich publikacjach Habilitantka jest pierwszym autorem.

Tytuł osiągnięcia:

„Dializa otrzewnowa w zintegrowanym leczeniu nerkozastępczym pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek”

Publikacje wchodzące w skład osiągnięcia naukowego:

Wojtaszek E, Matuszkiewicz - Rowińska J, Żebrowski P, Głogowski T, Małyszko J. Influence of formalized Predialysis Education Program (fPEP) on the chosen and definitive renal replacement therapy option. *Advances in Clinical and Experimental Medicine* 2022, 1 - 10; doi 10.17219/acem/147106 IF 1.727, MEiN 70 pkt

Wojtaszek E, Grzejszczak A, Grygiel K, Małyszko J, Matuszkiewicz - Rowińska J. Urgent-start peritoneal dialysis as a bridge to definitive chronic renal replacement therapy: short- and long-term outcomes. *Frontiers in Physiology* 2019; 9: 1 -10; doi: 10.3389/fphys.2018.01830 IF 3.367, MEiN 100 pkt

Wojtaszek E, Małyszko J, Matuszkiewicz - Rowińska J. Peritoneal ultrafiltration in end-stage congestive heart failure, *Cardiology Journal* (d. *Folia Cardiologica*) 2014; 21(2): 115 - 120 IF 1.062, MEiN 40pkt

Wojtaszek E, Grzejszczak A, Niemczyk S, Małyszko J, Matuszkiewicz - Rowińska J. Peritoneal ultrafiltration in the long-term treatment of chronic heart failure refractory to pharmacological therapy, *Frontiers in Physiology* 2019; 10: 1 - 7; doi: 10.3389/fphys.2019.00310 IF 3.367, MEiN 100 pkt

Przewlekła choroba nerek we współczesnym świecie stanowi poważny problem epidemiologiczny i społeczny. Dotyczy dużego odsetka osób w różnych stadiach niewydolności nerek, a ok. 6-8% osób rocznie wymaga rozpoczęcia dializoterapii. Przyczyny są wielorakie, począwszy od chorób cywilizacyjnych takich jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze czy inne choroby sercowo-naczyniowe, rzadziej choroby dotyczące samych nerek jak kłębuszkowe zapalenie nerek, śródmiąższowe zapalenie nerek, wielotorbielowatość nerek, wady wrodzone.

Wczesna diagnostyka tej grupy i właściwe leczenie stanowi pierwszy etap w koncepcji zintegrowanej opieki nefrologicznej. Kolejne etapy obejmują edukację przeddializacyjną i leczenie nerkozastępcze. Przeszczep nerki (TX), hemodializy (HD) i dializa otrzewnowa (DO) to trzy rodzaje leczenia nerkozastępczego. Pacjent i jego rodzina powinni otrzymać pełną informację dotyczącą tych trzech metod leczenia. Wybór rodzaju metody w danym okresie powinien być optymalny dla danego pacjenta. Dużą część wstępu w autoreferacie zajmuje opis korzyści wynikających z leczenia dializą otrzewnową, ale też ograniczenia i wady tej metody. Dominującym problemem chorych w ostatnim stadium niewydolności nerek są choroby układu krążenia, a rokowanie odległe w tej grupie pacjentów jest złe. Najbardziej optymalną metodą leczenia jest przeszczepienie nerki. W Polsce zarówno przeszczepianie w okresie wyprzedzającym dializy, jak i od dawców żywych, dotyczy w populacji dorosłej tylko kilku procent pacjentów. Przyczyny tego są wielorakie, ale niewątpliwie jedną z nich, o której pisze też Habilitantka, jest niewystarczająca wiedza pacjentów co do istnienia takiej możliwości.

W cyklu publikacji dr n. med. Ewa Wojtaszek przedstawiła opracowane i wdrożone w trakcie badań strategie mające na celu realizację koncepcji zintegrowanego leczenia nerkozastępczego, w tym w szczególności zwiększenia udziału DO w leczeniu nerkozastępczym. Oceeniła też możliwości wykorzystania ultrafiltracji otrzewnowej w leczeniu ciężkiej niewydolności serca w grupie pacjentów w różnych okresach niewydolności nerek. Badania zostały zrealizowane w Klinice Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych WUM kierowanej przez Profesor dr hab. Joannę Matuszkiewicz - Rowińską, a obecnie przez Profesor dr hab. Jolantę Małyszko.

W pierwszej pracy opublikowanej w Adv Clin Exp Med. 2022;31(7):739-748 oceniono wpływ wprowadzonego w 2005 roku w Klinice Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych Programu Edukacji Przed dializacyjnej (PEP) na wybranie przez pacjenta docelowej metody leczenia nerkozastępczego. Było to jednoośrodkowe, długoterminowe

badanie w grupie 435 pacjentów, będących w 4 i 5 stadium CKD, którzy w dalszym etapie wymagali leczenia nerkozastępczego. Wykazano, że udział w fPEP w istotny sposób wpłynął na zwiększenie wiedzy pacjentów na temat metod leczenia nerkozastępczego w porównaniu do osób bez tego typu edukacji. Uzyskana wiedza poprawiała gotowość większości (86%) pacjentów do podejmowania świadomej decyzji o wyborze preferowanej przez niego metody leczenia. Spośród nich 32% wybrało DO, 40% HD i 18% Tx. W trakcie trwania badania 94% pacjentów rozpoczęło leczenie dializami - 70% HD i 30% DO. Nie wszyscy, którzy wybrali DO mogli z różnych przyczyn być leczeni zgodnie z wyborem metody. Wśród osób które wybrało DO 69% rozpoczęło takie leczenie, a 24% było leczonych HD. W grupie tych pacjentów, którzy wskazali Tx jako preferowaną metodę 2,7% otrzymało wyprzedzający przeszczep nerki, a 47% było zgłoszonych do transplantacji w chwili rozpoczynania dializoterapii.

Przedstawione przez Habilitantkę i Współautorów wyniki, pokazały, że wdrożenie rozszerzonej opieki nefrologicznej w okresie przeddializacyjnym przynosi korzyść w postaci zwiększenia liczby pacjentów leczonych DO i bardziej zrównoważonego udziału obu metod dializoterapii w leczeniu nerkozastępczym. Przeprowadzona w odpowiednim czasie edukacja może też poprawić dostęp do przeszczepienia nerki i zwiększyć liczbę transplantacji w okresie wyprzedzającym dializy.

W ocenie recenzenta badania wymagały od autorów dużego wkładu pracy i przygotowania. Programy edukacyjne na odpowiednim poziomie i późniejsza ich analiza z oceną efektu końcowego są trudne do realizacji w codziennej praktyce klinicznej. Autorzy wywiązali się z tego zadania znakomicie. Duża zasługa w tym Habilitantki, która opracowała koncepcję i założenia badania, opracowała plan realizacji, dokumentację oraz nadzorowała wykonanie badań. Uzyskane wnioski i implikacje kliniczne wnoszą cenne informacje dotyczące poprawy leczenia nerkozastępczego i są potwierdzeniem, że Program Edukacji Przeddializacyjnej opracowany i prowadzony w Klinice Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych WUM, przynosi oczekiwane korzyści. Należy podkreślić, że publikacja była poprzedzona prezentacją wyników na 2 krajowych i 3 międzynarodowych konferencjach. Pierwszym autorem wszystkich prezentacji była dr n. med. Ewa Wojtaszek. Wyniki zaproponowanego sformalizowanego Programu Edukacji Przeddializacyjnej były też wzięte pod uwagę w wydanym Stanowisku Konsultanta Krajowego w dziedzinie Nefrologii prof. Bolesława Rutkowskiego w sprawie edukacji pacjentów nefrologicznych. Wybrane wyniki z badania były opublikowane w Forum Nefrologicznym 2011; 4(1):51-57, Habilitantka była pierwszym autorem. Problemy edukacji przeddializacyjnej i koncepcja zintegrowanego

leczenie nerkozastępczego również były opisane z udziałem dr n med. Ewy Wojtaszek w 6 artykułach poglądowych, w 4 z nich była pierwszym autorem.

Przedstawione dane pokazują, duże zaangażowanie Habilitantki we wprowadzanie do codziennej praktyki lekarskiej sformalizowanego Programu Edukacji Przeddializacyjnej. Edukacja jest jej bliska i włożyła nie tylko wiele pracy, ale również serca, by pokazać jej potrzebę przynoszącą korzyści dla pacjenta. Związana jest od wielu lat z prowadzeniem chorych leczonych przy pomocy dializ otrzewnowych.

W drugiej pracy opublikowanej w *Frontiers in Physiology* 2019; 9: 1 -10 Autorzy przedstawiają dane mówiące, że około 50% pacjentów ze SNN rozpoczyna dializoterapię w trybie pilnym, bez docelowego dostępu do dializy (przetoki tętniczo-żylny do HD lub cewnika Tenckhoffa do DO). Jak wynika z poprzedniej pracy byli to pacjenci bez wcześniejszej właściwej edukacji. Rozpoczęcie dializy w trybie pilnym, zwykle HD jak wynika z powszechnej praktyki, bez odpowiedniego przygotowania jest źródłem powikłań, które wpływają na krótko- i długoterminowe wyniki leczenia. Chorzy ci rzadko mają też możliwość wyboru metody dializoterapii i bardzo rzadko zmieniają metodę na DO, co stanowi barierę w zwiększaniu udziału DO w leczeniu nerkozastępczym. W 2004 roku w Klinice Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych WUM stworzono program "ostrego startu DO" dla pacjentów ze SNN wymagających pilnego rozpoczęcia dializoterapii, którzy nie mieli przeciwwskazań do DO i wyrazili świadomą zgodę na leczenie tą metodą.

Realizacja tego programu była możliwa dzięki stworzeniu zespołu odpowiedzialnego za jego prowadzenie: chirurga z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej WUM oraz pielęgniarek i lekarzy z Kliniki Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych WUM. W przedstawionej pracy wykazano, że rozpoczynanie leczenia DO w trybie pilnym może być bezpieczną i skuteczną alternatywą do HD dla pacjentów ze SNN nie przygotowanych do rozpoczęcia przewlekłego programu dializ. W tej grupie obserwowano wprawdzie więcej wczesnych powikłań mechanicznych dializy, ale u żadnego chorego nie było konieczności czasowej czy docelowej zmiany metody na HD. Wystąpienie wczesnych powikłań nie miało wpływu na ryzyko wystąpienia późnych powikłań mechanicznych ani na odległe przeżycie pacjenta i techniki. Częstość powikłań infekcyjnych DO była taka sama w obu grupach chorych zarówno we wczesnym jak i odległym czasie od wszczęcia cewnika. W ciągu pierwszych 90 dni przeżycie chorych w grupie "ostrego startu" było istotnie gorsze niż w grupie "planowego startu" (86 vs 99%, $p < 0.0001$), ale jedynym istotnym predyktorem wczesnego zgonu okazała się współchorobowość (mierzona wskaźnikiem Charlsona).

Przeżycie techniki po 90 dniach, po roku i na zakończenie obserwacji w grupach "ostrego" i "planowego" startu było takie samo. Najczęstszą przyczyną zakończenia leczenia DO w grupie "ostrego" i "planowego" startu było przeszczepienie nerki, zgon oraz przeniesienie na HD.

Najistotniejszym wnioskiem z badania jest wykazanie, że zastosowanie "pierwszej DO" u pacjentów rozpoczynających dializoterapię w trybie pilnym jest bezpieczną procedurą, bez wpływu na przeżycie pacjenta, techniki czy dostęp do przeszczepienia nerki i sprzyja zwiększeniu liczby pacjentów korzystających z tej metody dializoterapii. Wymaga to jednak odpowiedniej edukacji pacjenta, aby dać możliwość świadomego wyboru optymalnej metody leczenia przez dobrze zorganizowany, doświadczony zespół nefrologów i chirurgów oraz innych lekarzy zakładających cewniki otrzewnowe. W codziennej praktyce lekarskiej pacjentowi nieprzygotowanemu a kwalifikującemu się do przewlekłego leczenia nerkozastępczego, który wymaga pilnej dializy, zwykle leczenie rozpoczynamy od hemodializy. Przedstawione przez Habilitantkę badania pokazują, że DO również można rozpoczynać w trybie pilnym. Ma ona swoje wady i zalety. Jest bezpieczną metodą, wpływającą w dalszym etapie na wybór rodzaju przewlekłej dializoterapii. Jednak wymaga referencyjnej jednostki dializ, aby zmniejszyć ryzyko powikłań. Dr n. med. Ewa Wojtaszek była współautorką koncepcji i założeń badania. W mojej ocenie ważne jest to, że poza zebraniem danych klinicznych i przygotowaniem, i napisaniem manuskryptu, była ona zaangażowana w bezpośrednią opiekę nad chorymi na każdym etapie badania. Połączenie praktyki, co ma miejsce w przypadku Habilitantki z teorią jest tą wartością dodaną do przedstawionej publikacji. Należy podkreślić, że publikacja była poprzedzona prezentacją wyników na zjeździe krajowym i zagranicznym, w obu doniesieniach dr n. med. Ewa Wojtaszek była pierwszym autorem.

Trzecia praca opublikowana w *Cardiology Journal* (d. *Folia Cardiologica*) 2014; 21(2): 115 – 120, którą dołączono do przedstawionego cyklu prac jako osiągnięcie naukowe, jest pracą poglądową obejmującą szczegółową analizę piśmiennictwa dotyczącą ciężkiej niewydolności serca z różnym stopniem zaawansowania niewydolności nerek (bez wskazań do rozpoczęcia dializoterapii) oraz zastosowania ultrafiltracji jako jednej z metod leczenia w tej grupie pacjentów. Z dokonanego przeglądu ważnym był przekaz, że DO dzięki ciągłemu charakterowi oraz dużej elastyczności w dawce i przepisie dializy może być z powodzeniem wykorzystana do leczenia tej grupy chorych, jako składowa leczenia odwadniającego. Praca została dołączona do cyklu prac wchodzących w skład doniesienia naukowego, ponieważ była podstawą do zaplanowania późniejszych badań i stanowi spójną całość z pracą oryginalną dotyczącą

zastosowania ultrafiltracji otrzewnowej przy pomocy małej dawki DO u pacjentów z niewydolnością serca bez SNN.

W czwartej pracy opublikowanej w *Frontiers in Physiology* 2019; 10: 1 – 7 przedstawiono wyniki zastosowania ultrafiltracji otrzewnowej (PUF) z wykorzystaniem małej dawki dializy otrzewnowej u chorych z ciężką niewydolnością serca, z opornością na leczenie, przeciwwskazaniami do transplantacji serca i wywiadem co najmniej 3 hospitalizacji z powodu niewydolności serca w ciągu ostatnich 12 miesięcy. W przeciągu pierwszych 6 miesięcy po rozpoczęciu PUF uzyskano poprawę stanu klinicznego chorych (ocenianej wg klasy NYHA), poprawę funkcji nerek, zwiększenie diurezy, zwiększenie reaktywności na diuretyki z możliwością zmniejszenia ich dawek a także innych modyfikacji leczenia farmakologicznego (ponownego włączenia lub zwiększenia dawek ACEi/ARB i antagonistów receptora mineralokortykoidowego). Najważniejszą korzyścią z rozpoczęcia PUF była ponad 80% redukcja częstości hospitalizacji z powodu niewydolności serca (zarówno liczby jak i czasu pobytu w szpitalu). Po roku leczenia, u większości pacjentów obserwowano stopniowe pogorszenie czynności nerek, co wiązało się z koniecznością stopniowej modyfikacji dializy i zwiększenia jej dawki tak aby zapewnić odpowiednią ultrafiltrację i klirens cząstek. Częstość powikłań dializy (infekcyjnych i nieinfekcyjnych) w tej grupie chorych była podobna jak w typowej sytuacji leczenia DO pacjentów ze SNN.

Przedstawione wyniki pokazują, że dializa otrzewnowa w formie PUF może być zasadną strategią postępowania jako "terapia ratunkowa" u pacjentów z ciężką niewydolnością serca przynoszącą korzyść kliniczną w postaci istotnego zmniejszenia częstości hospitalizacji i poprawie jakości życia tych chorych. Jednocześnie wykorzystanie takiego wskazania sprzyja zwiększeniu liczby pacjentów leczonych DO, ponieważ wraz z pogarszaniem się czynności nerek chorzy wymagają zastosowania typowej dawki i przepisu DO.

Publikacja powyższej pracy była poprzedzona prezentacją wyników podczas 2 krajowych i 1 międzynarodowej konferencji. We wszystkich doniesieniach naukowych dr n. med. Ewa Wojtaszek była pierwszym autorem. Oceniam, że praca ta jest ważna z klinicznego punktu widzenia i stwarza możliwości skorzystania z małej dawki dializy otrzewnowej u pacjentów z ciężką niewydolnością serca i niewydolnością nerek (nie wymagających leczenia nerkozastępczego). Efekty takiego postępowania w obserwacji rocznej są korzystne. Dodatkowym plusem jest zwiększenie liczby chorych leczonych dializą otrzewnową. Jest to kolejna ciekawa praca z pogranicza nefrologii i kardiologii.

Potencjalne wykorzystanie wyników prac przedstawione przez dr n. med. Ewę Wojtaszek

Habilitantka w swoich publikacjach podjęła się zadania przedstawienia możliwości szerszego wykorzystania dializy otrzewnowej w leczeniu pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek oraz wykorzystania dializy otrzewnowej w zmodyfikowanej formie w leczeniu ciężkiej niewydolności serca w grupie chorych z niewydolnością nerek, co przynosi nie tylko korzyści kliniczne, ale też przy konieczności leczenia nerkozastępczego, częstsze wykorzystanie dializy otrzewnowej. Poprawy leczenia, jak wynika z przeprowadzonych badań, upatruje w konieczności wdrożenia refundowanej edukacji przeddializacyjnej dla pacjentów z PChN. Umożliwiłoby to podjęcie przez pacjentów w pełni świadomej decyzji o metodzie leczenia nerkozastępczego i odpowiednio wczesnego przygotowania do ich planowego rozpoczęcia. To z kolei, powodowałoby zmniejszenie liczby rozpoczynanych, nieplanowych dializ z poprawą krótko- i długoterminowych wyników leczenia oraz obniżenia kosztów leczenia. I co jest ważne, weryfikacja na tym etapie możliwości przeszczepienia nerki przede wszystkim od dawcy żywego w okresie wyprzedzającym dializy sprzyjałaby zwiększeniu liczby transplantacji, co przekładałoby się na poprawę przeżycia tych chorych. Dodatkowym, ale ważnym elementem, jest przekazanie choremu informacji o możliwości alternatywnego do hemodializy leczenia dializą otrzewnową, w tym również o możliwości ewentualnego przekazania pacjenta do ośrodka nefrologicznego prowadzącego DO z doświadczeniem rozpoczynania dializy otrzewnowej, o ile w danym ośrodku nie ma takiej możliwości. Zwiększenie wykorzystania DO może też, jak pisze Habilitantka, wymagać rozszerzenia wskazań do jej zastosowania w tym u pacjentów z niewydolnością serca bez SNN. Tym bardziej, że z upływem czasu część chorych ma typowe wskazania do dializoterapii. Jednocześnie zastosowanie DO u pacjentów z niewydolnością serca stanowiłoby rodzaj leczenia paliatywnego w warunkach domowych, a co za tym idzie zmniejszenia liczby hospitalizacji z powodu niewydolności serca i redukcją związanych z tym kosztów. Rozwiązania wymaga organizacja takiego leczenia i określenie ścisłych kryteriów kwalifikacji pacjentów z niewydolnością serca do leczenia DO i przeprowadzenie analizy koszt-efektywności. Przełożenie powyższych strategii na praktykę kliniczną wymaga dalszej edukacji środowiska medycznego odnośnie korzyści ze zintegrowanego leczenia nerkozastępczego, ale przede wszystkim zmian systemowych w organizacji opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek i preferencji refundacyjnej dla dializy otrzewnowej.

Jako recenzentka uważam, że cykl prac przedstawionych przez dr n. med. Ewę Wojtaszek jako osiągnięcie naukowe jest spójny tematycznie. Dotyczy poszukiwania

rozwiązań problemów chorych z niewydolnością nerek z przedstawieniem korzyści w różnych sytuacjach klinicznych płynących z dializ otrzewnowych. Habilitantka cel swój osiągnęła. Pokazała wartość i korzyści płynące ze zintegrowanej opieki nefrologicznej ze szczególnym uwzględnieniem edukacji w okresie przeddializacyjnym w przygotowaniu (we właściwym czasie) pacjenta do wyboru metody leczenia nerkozastępczego. Pokazała też w swoich pracach jak można zwiększyć udział dializy otrzewnowej w leczeniu niewydolności nerek. Przedstawiła również możliwości poprawy życia pacjentów z ciężką niewydolnością serca przy pomocy ultrafiltracji otrzewnowej. Wszystkie prace zasługują na wysoką ocenę ze względu na wartość merytoryczną, elementy nowatorskie, jak też użyteczność kliniczną.

Informacja o wykazywaniu się istotną aktywnością naukową w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej, w szczególności zagranicznej.

Udział w międzynarodowych badaniach:

Głównym obszarem zainteresowania Habilitantki są zagadnienia związane z dializą otrzewnową. Jest członkiem międzynarodowej Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Dializy Otrzewnowej - EuroPD Leadership Initiative zajmującej się opracowaniem i wdrożeniem strategii stymulujących rozwój domowych metod dializy (dializy otrzewnowej i hemodializy domowej). Efektem dotychczasowej współpracy są 2 publikacje w *Peritoneal Dialysis International* 2021; 41(6): 542 – 551 i 2021; 41(6): 533 – 541

Udział w krajowych wieloośrodkowych badaniach:

-Współpraca międzyośrodkową w ramach Grupy Roboczej Dializy Otrzewnowej Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego: 1 praca opublikowana w czasopiśmie z IF: *Urology and Nephrology* 2019; 51(2): 335 - 341

-Badania dotyczące zaburzeń gospodarki mineralnej w PChN, efektem są 2 doniesienia w czasopismach posiadających IF: *Bone* 2020; 133: 1 – 9, *Osteoporosis International* 2018; 29(5): 1105 – 1115 oraz jedna w czasopiśmie krajowym: *Nefrologia i Dializoterapia Polska*. 2015; 19(3): 116 - 121

Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo – badawczych

Analiza bibliometryczna:

Łączna punktacja IF: 62.277, w tym po doktoracie: 62.277. Oryginalne pełnotekstowe prace naukowe IF 31.722. Prace poglądowe IF 23.444. Opisy przypadków IF 7.111

Łączna punktacja MEiN: 1708 pkt, w tym po doktoracie: 1708 pkt. Liczba cytowań:

Scopus: 114 (113 bez autocytowań); Web of Science 89 (w tym bez autocytowań 88)

Indeks Hirscha: 6.

Dorobek naukowy Habilitantki nie wchodzący w skład osiągnięcia naukowego można podzielić na kilka części tematycznych.

1) Powikłana dializa otrzewnowej – 4 prace: w dwóch Habilitanka jest pierwszym i w 2 drugim autorem w tym publikacje dotyczące rzadkiego powikłania DO - otorbiającego stwardnienia otrzewnej (encapsulating peritoneal sclerosis EPS). Podkreślenia wymaga fakt utworzenia w Klinice Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych WUM, we współpracy z Kliniką Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej ośrodka referencyjnego leczenia zachowawczego i chirurgicznego tego rzadkiego powikłania dializy otrzewnowej dla pacjentów z całej Polski.

2) Przewlekła choroba nerek – łącznie 24 prac, w tym dr n med. Ewa Wojtaszek jest w 9 pracach pierwszym, a 4 pracach drugim autorem. Publikacje związane są z zaburzeniami metabolicznymi i powikłaniami przewlekłej choroby nerek:

-dwie prace dotyczą gospodarki żelazowej w PChN- obie opublikowane w czasopismach z IF. Habilitanka w jednej jest pierwszym (Frontiers in Medicine 2020;7:7-11) w drugiej (International Urology and Nephrology 2021; 53(5): 935 - 944) drugim autorem.

-dwie prace w czasopiśmie o IF 6.543, w z nich jednej jest pierwszym autorem (Oxidative Medicine and Cellular Longevity 2021; 2021: 1 – 15) obie dotyczą toksyn mocznicowych, stresu oksydacyjnego w PChN.

3) Dziewięć prac związanych z zaburzeniami gospodarki mineralnej w PChN (w tym 3 wymienione wcześniej we współpracy z ośrodkami krajowymi)

4) Cztery prace związane z przeszczepieniem nerki, w dwóch jest pierwszym autorem, jedna z nich opublikowana w czasopiśmie z IF (PAMW 2019;129(7-8): 551-553

5) Siedem artykułów poglądowych dotyczących różnych zagadnień związanych z PChN,

publikowanych w czasopismach krajowych. W 4 publikacjach dr n med. Ewa Wojtaszek jest pierwszym autorem, a w 3 drugim.

6) Dwanaście prac o różnej tematyce, publikowane głównie w czasopismach o zasięgu krajowym, w 7 pracach Habilitantka jest pierwszym autorem, w 2 drugim (w tym jedna w czasopiśmie z IF Journal of Nephrology 2020;33(5)879-881).

Uzupełnieniem dorobku naukowego jest czynny udział w 32 konferencjach i zjazdach, w 13 prezentacjach jest pierwszym autorem, w tym w 6 na konferencjach międzynarodowych: Turcja (2 wystąpienia), Portugalia, Meksyk, USA (2 wystąpienia- San Diego, Filadelfia). Jako pierwszy autor opublikowane ma 3 abstrakty w indeksowanych czasopismach.

Działalność dydaktyczna i organizacyjna

Dr n. med. Ewa Wojtaszek prowadzi zajęcia ze studentami Wydziału Lekarskiego WUM w ramach obowiązującego pensum przypisanemu etatowi akademickiemu. Była też opiekunem prac magisterskich i licencjackich. Podkreślenia wymaga jej wieloletnia działalność dydaktyczna prowadzona dla lekarzy i pielęgniarek na kursach specjalizacyjnych z nefrologii, chirurgii naczyniowej z zakresu dializy otrzewnowej, jak też kursach dla lekarzy i pielęgniarek prowadzących leczenie dializą otrzewnową. Do działalności dydaktycznej zaliczam również 18 wykładów wygłoszonych na konferencjach krajowych oraz dwa rozdziały w monografii (jako pierwszy autor).

Dr n. med. Ewa Wojtaszek była członkiem komitetu organizacyjnego ogólnokrajowych Konferencji Naukowo-Szkoleniowych Warszawskie Spotkania Nefrologiczne w kolejnych edycjach od 2004 do 2020 roku, jak też członkiem komitetu organizacyjnego XVIII Konferencji Naukowo-Szkoleniowej PTN w 2009 roku. Ponadto jest członkinią w towarzystwach naukowych: Polskie Towarzystwo Nefrologiczne (PTN), w tym Grupa Robocza Dializy Otrzewnowej. I Grupa Robocza ADPKD, Europejskie Towarzystwo Dializy Otrzewnowej (EuroPD) w tym EuroPD Leadership Initiative, Międzynarodowe Towarzystwo Dializy Otrzewnowej (International Society for Peritoneal Dialysis, ISPD), Amerykańskie Towarzystwo Nefrologiczne (American Society of Nephrology, ASN) oraz recenzentką w czasopismach: Clinical Kidney Journal, International Urology and Nephrology, Therapeutic Apheresis and Dialysis, Frontiers in Medicine, Kardiologia Polska, Wiadomości Lekarskie, Terapia.

Podsumowując, dr n. med. Ewa Wojtaszek przedstawiła (poza pracami o dużej wartości merytorycznej i klinicznej, wskazanymi jako osiągnięcie naukowe), szereg osiągnięć w tym doniesień naukowych, w których w dużej części jest pierwszym lub drugim autorem. Prace głównie dotyczyły przewlekłej choroby nerek, diagnostyki, powikłań i możliwości leczenia. Wykazała się umiejętnością współpracy z ośrodkami w kraju i zagranicą. Dowodem są publikacje, w których była współautorem. Jest członkiem międzynarodowej Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Dializy Otrzewnowej oraz Grupy Roboczej Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego. Podkreślić należy Jej udział w zagranicznych i krajowych konferencjach. W większości prezentacji jest pierwszym autorem. Głównym zainteresowaniem Habilitantki jest dializa otrzewnowa. Wynika to z wieloletniego zajmowania się tą grupą pacjentów. Z tego też tematu prowadziła wiele lat szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek. Prowadzi zajęcia ze studentami wydziału lekarskiego. Recenzowała wiele prac w renomowanych czasopismach zagranicznych i krajowych. Jest członkiem wielu towarzystw naukowych. Oceniam, że czas, choć długi, od doktoratu, został w pełni wykorzystany.

WNIOSEK KOŃCOWY

Doktor nauk medycznych Ewa Wojtaszek jest dojrzałym pracownikiem naukowym. Jej dorobek jest znaczący, jest autorem lub współautorem wielu publikacji naukowych z zakresu leczenia nerkozastępczego. Pracuje od wielu lat w Klinice Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych zajmując się chorymi dializowanymi otrzewnowo, stąd tak duża praktyczna wartość prac. Szczególną wartość posiadają dane dotyczące korzyści z edukacji pacjentów. Jej publikacje znacznie poszerzyły naszą wiedzę z zakresu wykorzystania dializy otrzewnowej nie tylko w leczeniu nerkozastępczym, ale też w leczeniu skrajnej niewydolności serca. Dr n. med. Ewa Wojtaszek sprawdziła się jako wieloletni dydaktyk. Należy do wielu towarzystw naukowych, jest recenzentem w wielu czasopismach zagranicznych i krajowych.

Biorąc pod uwagę całokształt dorobku naukowego, dydaktycznego i organizacyjnego uważam, że dr n. med. Ewa Wojtaszek spełnia wymagania określone w art. 219 ust. 1 pkt 2. Ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce z dnia 20 lipca 2018 roku, stawiane kandydatom do stopnia naukowego doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne.

W związku z tym, zwracam się do Rady Dyscypliny Nauk Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego o dopuszczenie dr n. med. Ewy Wojtaszek do dalszego etapu postępowania habilitacyjnego.