UNIWERSYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

Katedra i Klinika Geriatrii

Ocena rozprawy doktorskiej lek. Anny Kańtoch „Nadciśnienie tętnicze i niepełnosprawność u rezydentów instytucji opieki długoterminowej – leczenie i czynniki rokownicze"

Podstawę opracowania recenzji stanowi otrzymane przeze mnie pismo P.T. Dziekana Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz manuskrypt rozprawy doktorskiej przygotowanej przez lek. Annę Kańtoch. Badania do omawianej pracy doktorskiej wykonane zostały w Katedrze Chorób Wewnętrznych i Gerontologii CM UJ pod opieką merytoryczną pani profesor Barbary Gryglewskiej. Zgodnie z art. 187 ustęp 3 *Ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym z dnia 20 lipca 2018 roku (Dz.* U. z 2018 r., poz. 1668) rozprawa doktorska lekarz Anny Kańtoch ma formę spójnego tematycznie zbioru artykułów naukowych. Cykl ten składa się z trzech artykułów oryginalnych opublikowanych w roku 2018 i roku 2021. Łączny współczynnik oddziaływania (IF) publikacji wynosi 7,906 i przekłada się na 310 punktów MEiN.

Wykaz publikacji wchodzących w skład cyklu:

1. **Kańtoch A**, Gryglewska B, Wójkowska - Mach J, Heczko P, Grodzicki T. Treatment of Cardiovascular Disease Among Elderly Residents of Long-term Care Facilities. J Am Med Dir Assoc. 2018; 19(5): 428–432. IF: 4.899; MEiN: 140 pkt.
2. **Kańtoch A**, Pac A, Wizner B, Wójkowska - Mach J, Heczko P, Grodzicki T, Gryglewska B. Is treated hypertension associated with a lower 1-year mortality among older multimorbid residents of long-term care facilities? Pol Arch Intern Med. 2021; 131(5): 439–446. IF: 3.007; MEiN: 100 pkt.
3. **Kańtoch A**, Wójkowska - Mach J, Wizner B, Heczko P, Grodzicki T, Gryglewska B. What factors influence the long-term survival of nursing home residents with severe disabilites? Folia Med. Cracov. 2021; 61(1): 67–69. MEiN: 70 pkt.

We wszystkich ww. publikacjach cyklu lek. Anna Kańtoch jest wymieniona jako pierwszy autor, co ewidentnie świadczy o wiodącej roli, jaką Doktorantka odegrała przy formułowaniu koncepcji i podczas realizacji badań, jak również w procesie analizy i interpretacji bazy danych oraz w przygotowaniu publikacji do druku.

Rozprawa doktorska lekarz Anny Kańtoch zawiera kserokopie oryginałów trzech publikacji (Rozdział 13). Immanentną częścią pracy (Rozdział 14) są wymagane *Rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 19 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego trybu i warunków przeprowadzania czynności w przewodzie doktorskim, w postępowaniu habilitacyjnym oraz w postępowaniu o nadanie tytułu profesora* oświadczenia

ul. Marii Skłodowskiej-Curie 66 50-369 Wrocław
tel.: 71 784 24 28 el./faks: 71 327 09 15 kge@usk.wroc.pl

wszystkich współautorów trzech publikacji, zawierające dokładne opisy ich udziału w badaniach i powstawaniu publikacji oraz deklaracje procentowego wkładu pracy, jak również zgodę na wykorzystanie przez lek. Annę Kańtoch omawianych publikacji w jej rozprawie doktorskiej. Indywidualny, możliwy do wyodrębnienia udział własny w kolejnych publikacjach Doktorantka określiła na 35% (pierwsza publikacja - pięciu autorów), 39% (druga publikacja - siedmiu współautorów) oraz 42% (trzecia publikacja - sześciu autorów).

Bardzo ważną częścią pracy doktorskiej jest syntetyczne omówienie cyklu publikacji, składające się z typowych dla rozpraw monograficznych działów zatytułowanych: Wprowadzenie, Cele badania, Materiał i metodyka badań, Podsumowanie wyników publikacji, Omówienie wyników, Wnioski, jak również Wykaz skrótów użytych w pracy, Streszczenie w jęz. polskim i jęz. angielskim oraz Wykaz cytowanego piśmiennictwa w liczbie 92 pozycji w dominującej większości anglojęzycznych, w tym najnowszych z roku 2020.
Drobne uwagi formalne w tym miejscu dotyczą aspektów edytorskich pracy. Na stronie tytułowej widnieje błąd w tytule zawodowym Doktorantki: powinno być lekarz (jak obowiązuje od lat na dyplomie ukończenia studiów na kierunku lekarskim), a nie lekarz medycyny. Zamiast „Podsumowanie wyników publikacji" lepiej brzmiałoby „Podsumowanie wyników badań". Bardziej adekwatnym do zawartości rozdziału nazwanego zbyt skromnie „Omówienie wyników" wydaje się być tytuł „Omówienie wyników i dyskusja" lub „Dyskusja wyników", gdyż zawiera on również, jak powszechnie przyjęto, odniesienia wyników własnych do rezultatów badań innych autorów.

Problematyka podjęta przez Doktorantkę dotyczy zagadnień niezwykle istotnych i nadal słabo rozpowszechnionych w Polsce, a prognostycznie cechujących się rosnącym znaczeniem. Jak powszechnie wiadomo, liczebność populacji senioralnej wykazuje stałą dynamikę wzrostu zarówno w skali globalnej, jak i krajowej. Prognozy demograficzne dla Polski przewidują, że w roku 2035 osoby powyżej 60. roku życia będą stanowiły ok. 30%, a w roku 2050 aż 40% całego społeczeństwa. Co znamienne, najwięcej osób przybywa w grupie najstarszej wiekowo, czyli powyżej 85. roku życia, co określa się mianem „podwójnego starzenia się". W „siwiejącym" w przyspieszonym tempie społeczeństwie polskim nadal utrzymuje się zjawisko feminizacji; obecnie w populacji 85+ kobiety stanowią aż 72%; zwiększać się zatem będzie liczba jednoosobowych gospodarstw domowych prowadzonych przez samotne kobiety.

Nieuchronnie nadciągające zjawisko „tsunami starości" implikuje szereg poważnych wyzwań natury organizacyjnej i finansowej nie tylko dla systemu ochrony zdrowia, ale także w zakresie polityki społecznej państwa. Wśród ludzi w podeszłym wieku siłą rzeczy znajduje się najwięcej osób z wielochorobowością (nawet 82% powyżej 84. r.ż.), zespołem kruchości, zaawansowanym procesem nowotworowym, czy niesprawnością funkcjonalną (somatyczną i mentalną), włączając stale rosnącą liczbę chorych z otępieniem.

Dokonujące się w Polsce na przestrzeni ostatnich dekad zmiany modelu rodziny i rosnące zaangażowanie w pracę i karierę zawodową pokolenia w wieku produkcyjnym, ale także często spotykany „zespół wypalenia" u opiekunów przekładają się na stale rosnące zapotrzebowanie na miejsca w placówkach zinstytucjonalizowanej opieki nad starszymi osobami niepełnosprawnymi, które wymagają medycznych działań diagnostyczno-terapeutycznych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz wsparcia rehabilitacyjnego. W Polsce

funkcjonują dwa główne rodzaje publicznych ośrodków opieki długoterminowej: ZOL-e (zakłady opiekuńczo-lecznicze) oraz DPS-y (domy opieki społecznej).

Dane spoza Polski wskazują na medianę przeżycia pensjonariuszy domów opieki od 23 miesięcy do 2,75 lat, a do najczęstszych czynników ryzyka zgonu w obserwacjach krótkoterminowych należą: wiek, płeć męska, znaczny stopień upośledzenia funkcjonalnego i poznawczego, wielochorobowość oraz polipragmazja.

W Polsce, jak pokazują dane epidemiologiczne, główną przyczynę zgonów (40,5%) stanowią nadal choroby sercowo - naczyniowe, a jednym z najważniejszych czynników ryzyka jest nadciśnienie tętnicze. Wyniki badania PolSenior 2 wykazały, że w populacji polskiej powyżej 60. roku życia nadciśnienie tętnicze występuje aż u 75% osób, z czego 20% chorych nie jest świadomych choroby, a tylko co trzecia osoba jest efektywnie leczona. Według innych danych z piśmiennictwa wśród seniorów żyjących w placówkach opieki długoterminowej nadciśnienie tętnicze dotyczy nawet 70% z nich.

Liczne badania kliniczne wykazały, że efektywna terapia przeciwnadciśnieniowa zmniejsza ryzyko wystąpienia incydentów wieńcowych, udaru mózgu i nagłego zgonu sercowego. Nadal jednak istnieją kontrowersje dotyczące intensywności leczenia nadciśnienia zwłaszcza u osób powyżej 80. roku życia, z zespołem kruchości lub narażonych na wynikające z polipragmazji geriatryczne zespoły jatrogenne. A z takimi właśnie osobami najczęściej mamy do czynienia w placówkach opieki długoterminowej. Niewskazane jest zwłaszcza zbytnie obniżanie wartości ciśnienia skurczowego, tj., poniżej 120 mm Hg, co może pogarszać perfuzję w OUN, nasilać objawy demencji i pogłębiać zaburzenia funkcjonalne osoby starszej.
Powyższe wątki Doktorantka sprawnie i ze znajomością tematu omówiła w części „Wprowadzenie". Pozytywnie odbieram fakt, że treści przedstawione w tym rozdziale faktycznie spełniają funkcję zapoznania czytelnika z ogólnymi informacjami, które ściśle wiążą się z obszarem badań własnych Doktorantki i nie przechodzą w dywagacje daleko odbiegające od meritum pracy, co jest częstym zjawiskiem w dysertacjach młodych badaczy.

Doktorantka sformułowała trzy hipotezy badawcze, których weryfikacja stanowiła zasadniczy cel zrealizowanych badań, oraz trzy szczegółowe cele pracy obejmujące: (1) ocenę przestrzegania wytycznych leczenia nadciśnienia tętniczego wśród starszych rezydentów różnych typów instytucji opieki długoterminowej – **pierwsza publikacja**; (2) określenie zależności między obecnością nadciśnienia tętniczego, jego leczeniem, stanem funkcjonalnym starszych, zinstytucjonalizowanych chorych a roczną śmiertelnością z oszacowaniem czynników predykcyjnych zgonu – **druga publikacja**; (3) zidentyfikowanie czynników rokowniczych w obserwacji wieloletniej u starszych pensjonariuszy instytucji opiekuńczej ze znaczną niepełnosprawnością – **trzecia** publikacja.
Tu drobna uwaga semantyczna: nieco niezręcznie w moim odczuciu brzmią w hipotezie I oraz celu (2) sformułowania „zinstytucjonalizowana populacja" i „zinstytucjonalizowani chorzy", co można odebrać jako niezamierzone uprzedmiotowienie tychże osób. Może lepiej by brzmiało: „chorzy objęci opieką instytucjonalną"?

W rozdziale 5. Omówienia pt. „Materiał i metodyka badań" Autorka wyjaśnia, że przeprowadzone przez nią badania dotyczyły pensjonariuszy trzech instytucji opieki długoterminowej: dwóch domów opieki społecznej (DPS-ów) i jednego zakładu opiekuńczo-

leczniczego (ZOL-u) na terenie Krakowa. Pierwsza z publikacji prezentuje wyniki badania przekrojowego dotyczącego grupy 189 pensjonariuszy w wieku ≥ 60 r.ż., w drugiej przedstawiono wyniki prospektywnej, rocznej obserwacji 168 osób ≥ 65 r.ż., natomiast trzecia publikacja opisuje wyniki retrospektywnych analiz z okresu 9-letniej obserwacji grupy 88 pensjonariuszy ZOL-u w wieku ≥ 65 r.ż. i wynikiem skali Barthel poniżej 40 punktów.

W omawianych badaniach Doktorantka posługiwała się danymi z dostępnej dokumentacji medycznej, pozwalającej wyodrębnić zdiagnozowane u badanych pensjonariuszy choroby chroniczne, ze szczególnym uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego, oraz zażywane przewlekle leki, a także informacje o śmiertelności badanych. Dla nadciśnienia rozpoznanego „de novo" przyjęto standardowe kryteria, tj., powyżej 140/ 90 mm Hg. Innymi narzędziami wykorzystanymi przez Doktorantkę do realizacji badań były wybrane, standardowe elementy Całościowej Oceny Geriatrycznej, a mianowicie: skrócona wersja kwestionariusza *The Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF)*, służąca do oceny stopnia odżywienia z punktem odcięcia dla niedożywienia równym 7/14; Skala Podstawowych Czynności Życia Codziennego (*Activities of Daily Living, ADL*) Katza, gdzie pełną niesprawność rozpoznawano przy wyniku ≤ 2/ 6 pkt; wspomniana już skala Barthel oraz Skrócony Test Sprawności Umysłowej (*The Abbreviated Mental Test Score, AMTS*) z zakresem punktacji 0 – 10, w którym zaburzenia funkcji poznawczych podejrzewa się≤ 6/10 pkt.

Zastosowane przez Doktorantkę do opracowania zgromadzonych danych metody statystyczne odpowiadają przyjętym standardom dla badań medycznych; są adekwatne do założonych analiz oraz zapewniają wiarygodność i czytelność prezentowanych wyników.

Rozdział 6. „Omówienia" zawiera podsumowanie wyników zawartych w poszczególnych publikacjach prezentowanego cyklu. W badaniach przedstawionych **w pierwszej publikacji** przeanalizowano wśród pensjonariuszy placówek opieki długoterminowej przestrzeganie zaleceń towarzystw europejskich, dotyczących metod leczenia chorych z nadciśnieniem tętniczym (HT), z chorobą niedokrwienną serca (CHD) oraz z niewydolnością serca (HF). Zwraca uwagę fakt, że aż 21% badanych pensjonariuszy wykazywało współistnienie wszystkich trzech ww. schorzeń.

Doktorantka tłumaczy skrót CHD („coronary heart disease") jako „choroba niedokrwienna serca", a powinno być „choroba wieńcowa". Choroba niedokrwienna serca („ischemic heart disease", IHD) cechuje się szerszą etiologią, aniżeli miażdżycowa choroba wieńcowa.

Jeśli chodzi o uzyskane wyniki badań, nadciśnienie tętnicze rozpoznano u 52% badanych; w 77% przypadków było ono efektywnie kontrolowane. Porównanie dokonane pomiędzy rezydentami z nadciśnieniem przebywających w różnych placówkach wykazało, że rezydenci ZOL-u byli istotnie starsi, wykazywali gorszy stan funkcjonalny (wg skal ADL i Barthel), ale też mieli niższe wartości ciśnienia, aniżeli badani przebywający w DPS-ach.

Częstość stosowania rekomendowanych w leczeniu nadciśnienia poszczególnych preparatów, takich jak: ACE inhibitory, beta-blokery i blokery kanału wapniowego była porównywalna w obu typach placówek (kolejno: 73% vs 82%; 34% vs 46%; 29% vs 24%), aczkolwiek tiazydy były zdecydowanie rzadziej stosowane u rezydentów ZOL-u, niż DPS-ów (9,1% vs 25,9%).

Pytanie: czym w opinii Doktorantki mogło być spowodowane średnie niższe ciśnienie tętnicze u rezydentów ZOL-u? Brakiem aktywności ruchowej z powodu niesprawności i leżącym trybem życia? Czy z tego samego powodu ograniczano także stosowanie leków moczopędnych?

Jeśli chodzi o osoby z chorobą wieńcową, to stanowiły one 60% analizowanych pensjonariuszy. CHD leczona była w 60,5% przypadkach aspiryną i ACE inhibitorami, a jeszcze rzadziej beta-blokerami (45,6%) i statynami (24,6%).
Przy okazji pytanie: jakie jest zdanie Doktorantki odnośnie do stosowania statyn u starszych, schorowanych, często „kruchych" pensjonariuszy instytucji opiekuńczo-leczniczych?

W odniesieniu do badanych z niewydolnością serca (HF), na którą cierpiało aż 75% pensjonariuszy, w terapii stosowano ACE inhibitory (tyko u 54,7% pacjentów) i beta-blokery (45,3%) oraz diuretyki pętlowe (36%); rzadko podawano leki z grupy sartanów (ARB), jedynie u 21,3% chorych.
W tekście (np. str. 21 i 35) użyto dla leków z grupy ARB niezbyt fortunnego określenia „antagonisty receptora mineralokortykosteroidowego" zamiast „antagonisty receptora AT_1 dla angiotensyny II".

Wyniki powyższych badań ujawniły niewystarczające leczenie chorób układu sercowo - naczyniowego, w tym nadciśnienia tętniczego u seniorów rezydujących w placówkach opieki długoterminowej, co z pewnością należy rozważyć jako potencjalnie niekorzystny czynnik prognostyczny co do czasu przeżycia.
Pytanie: czy Doktorantka ma wiedzę lub przypuszczenia, jakie były najczęstsze przyczyny braku niewystarczającej terapii u tak dużego odsetka pensjonariuszy dotkniętych chorobami sercowo - naczyniowymi?

Druga publikacja stanowi rezultat badań, których założeniem było zweryfikowanie hipotezy stwierdzającej, że efektywna kontrola poziomu ciśnienia tętniczego jest czynnikiem predykcyjnym w odniesieniu do czasu przeżycia obarczonych wielochorobowością rezydentów placówek opieki długoterminowej. Grupa 168 pensjonariuszy po rocznym okresie monitorowania została podzielona w oparciu o dane dotyczące śmiertelności. Okazało się, że obie grupy nie różniły się pod względem wieku, wartości ciśnienia rozkurczowego, liczby schorzeń oraz zażywanych leków, w tym hipotensyjnych. Osoby, które zmarły, cechowały się natomiast znacząco gorszym stanem funkcjonalnym i poznawczym oraz stopniem odżywienia, ale też istotnie niższym ciśnieniem skurczowym. Ciekawa jest obserwacja, że okres roku istotnie częściej przeżyli pensjonariusze wykazujący nadciśnienie tętnicze i z tego powodu leczeni hipotensyjnie (aż 95%) w porównaniu z 78% pensjonariuszy z wielochorobowością.

Metoda wieloczynnikowej analizy regresji logistycznej wykazała, że leczone nadciśnienie tętnicze miało pozytywny wpływ w odniesieniu do długości życia badanych. Powyższe wyniki uzasadniały sformułowanie wniosku, że efektywna terapia hipotensyjna wiąże się istotnie z lepszym rokowaniem co do przeżycia rezydentów placówek opiekuńczych.
W tym miejscu ponownie nasuwa się pytanie, na ile zbyt niskie ciśnienie skurczowe może oddziaływać niekorzystnie nie tylko na stan psychofizyczny starszych osób, ale także finalnie na czas ich przeżycia? Z drugiej strony uzyskane wyniki sugerują, że seniorzy z domów opieki z leczonym nadciśnieniem tętniczym mają większą szansę na dłuższe życie. Czy znaczenie mają nieco wyższe wartości ciśnienia skurczowego? A może stosowane leki, np. ACE inhibitory? Co o tym sądzi Doktorantka?

Trzecia publikacja cyklu dotyczy retrospektywnego badania z 9-letnim okresem obserwacji zależności pomiędzy takimi czynnikami, jak stan odżywienia, poziom funkcji poznawczych i stan funkcjonalny oraz

wielochorobowość i farmakoterapia na przeżycie pensjonariuszy domów opieki ze znacznym stopniem niepełnosprawności (≤ 40 pkt w skali Barthel). Badaną populację podzielono na dwie grupy: z przeżyciem ≤ 3 lat i z przeżyciem ≥ 3 lat. Ciekawą konkluzją tych badań jest fakt, że zarówno stopień niepełnosprawności oceniany w skali Barthel, jak i wiek oraz liczba chorób nie miały znaczącego wpływu na czas przeżycia. Pensjonariusze z dłuższym przeżyciem wykazywali natomiast lepsze wyniki skali AMTS, częściej chorowali na nadciśnienie tętnicze oraz częściej zażywali aspirynę i ACE inhibitory, jednakże w wieloczynnikowej analizie regresji logistycznej tylko stan odżywienia, oceniany skróconym kwestionariuszem MNA, okazał się mieć istotny wpływ na czas przeżycia starszych rezydentów.

Podsumowanie:

Z publikacji tworzących rozprawę doktorską lek. Anny Kańtoch wyłaniają się ważne implikacje praktyczne w odniesieniu do czynników rokowniczych wpływających pozytywnie na przeżycie starszych pensjonariuszy placówek opieki długoterminowej. Ogólnie ujmując, okazały się nimi: właściwe leczenie chorób sercowo-naczyniowych, obecność leczonego nadciśnienia tętniczego oraz lepszy stan odżywienia oceniany skróconym kwestionariuszem MNA.

Wnioski z badań stanowiących osiągnięcie naukowe Doktorantki pozostają w koherencji z postawionymi hipotezami badawczymi, które w rezultacie przeprowadzonych analiz uzyskały wiarygodną weryfikację, oraz z założonymi celami, aczkolwiek wnioski 3. i 4., mówiące o wpływie niedożywienia ocenianego skalą MNA-SF na przeżycie, można by bez straty zawartości merytorycznej skomasować w jeden wniosek. W dyskusji, omawiającej uzyskane w trakcie badań wyniki i porównującej je z dostępnymi danymi literaturowymi, Doktorantka wykazała się dogłębną znajomością tematu, umiejętnością konstruktywnej polemiki naukowej i swobodą lingwistyczną. Uważam, że całe wstępne omówienie rozprawy zostało przedstawione w bardzo przejrzysty sposób, z właściwym uwypukleniem najistotniejszych składowych metodologii badań oraz przystępną prezentacją najważniejszych wyników opublikowanych w artykułach naukowych.

W mojej opinii, w przypadku rozprawy doktorskiej przedstawionej w formie cyklu publikacji, które ukazały się w recenzowanych czasopismach, należy przede wszystkim mieć na uwadze fakt przejścia tychże prac przez tryb *peer-review*, co automatycznie pozostawia recenzentowi tego typu rozprawy wyłącznie rolę wyrażenia subiektywnej oceny znaczenia opisanych wyników dla nauki i praktyki.

Jak wiadomo, istnieje ewidentny niedobór badań klinicznych skoncentrowanych na starszych pacjentach (powyżej 70. roku życia), co przekłada się na dotkliwe luki w rekomendacjach dotyczących terapii częstych chorób wieku podeszłego, jak chociażby niewydolności serca. Jeszcze mniej uwagi badacze poświęcają na zgłębienie stanu psychofizycznego pensjonariuszy placówek opieki długoterminowej. Jest to niewątpliwie poważne wyzwanie ze względu na utrudnienia, jakimi są niepełnosprawność tych seniorów, liczne współistniejące przewlekłe schorzenia, ale także częste problemy z funkcjami poznawczymi i zaburzenia depresyjne. W tym kontekście należy docenić pionierską w Polsce decyzję o podjęciu tak złożonego i trudnego tematu.

Wysoko oceniam zaangażowanie i determinację Doktorantki i pozostałych badaczy Zespołu w realizację badań nad oszacowaniem czynników rokowniczych mających wpływ na czas przeżycia rezydentów domów opieki długoterminowej, dotkniętych niepełnosprawnością fizyczną i intelektualną oraz wielochorobowością, w tym chorobami sercowo-naczyniowymi.

MSob

Znajomość czynników zidentyfikowanych dzięki omawianym badaniom, a następnie adekwatne postępowanie mogą odegrać znaczącą rolę w dostarczeniu seniorom rezydującym w placówkach opiekuńczo-leczniczych zoptymalizowanej terapii i bardziej komfortowych warunków bytowania, zapewniających szansę na dłuższe i lepsze życie.

Wniosek końcowy:

Zgodnie z wymogami Ustawy przedłożona mi do oceny rozprawa doktorskiej stanowi bezsprzecznie oryginalne rozwiązanie problemu naukowego, a także wykazuje ogólną wiedzę teoretyczną Kandydatki w dyscyplinie nauki medyczne oraz umiejętność zaplanowania i prowadzenia badań naukowych. W mojej opinii Doktorantka, lek. Anna Kańtoch, wykazała się bardzo dobrym opanowaniem warsztatu badawczego, dojrzałością i samodzielnością oraz umiejętnością prowadzenia projektu naukowego we współpracy z innymi naukowcami, a także zdolnością do efektywnego zaprezentowania uzyskanych rezultatów własnych badań w postaci publikacji w wysoko punktowanych czasopismach naukowych.

Przedstawiona mi do recenzji rozprawa doktorska lek. Anna Kańtoch spełnia warunki określone w art.13 ust.1 *Ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz stopniach i tytule w zakresie sztuki* (Dz. U. Nr 65, poz. 595, z późn. zm. Dz. U. z 2017 r. poz. 1789) oraz art. 187 Ustawy *Prawo o szkolnictwie wyższym z dnia 20 lipca 2018 roku* (Dz. U. z 2018 r., poz. 1668). W związku z powyższym zwracam się do Rady Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego o przyjęcie pracy pt. „Nadciśnienie tętnicze i niepełnosprawność u rezydentów instytucji opieki długoterminowej – leczenie i czynniki rokownicze" jako rozprawy doktorskiej oraz dopuszczenie jej Autorki, lek. Anny Kańtoch, do dalszych etapów przewodu na stopień doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, w dyscyplinie nauki medyczne.

Biorąc pod uwagę nowatorstwo i praktyczne implikacje wyników badań Doktorantki, wnioskuję jednocześnie o wyróżnienie omawianej rozprawy doktorskiej.

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
KATEDRA I KLINIKA GERIATRII
kierownik
prof. dr hab. Małgorzata Sobieszczańska

Wrocław, 28 sierpnia 2021 roku