

Ocena
osiągnięcia naukowego

„Profilaktyka powikłań zakrzepowo-zatorowych u chorych z migotaniem przedsionków
w praktyce klinicznej”

oraz

pozostałego dorobku naukowego oraz działalności dydaktycznej i organizacyjnej
dr n. med. Iwony Gorczycy

Działalność naukowa i kliniczna dr n. med. Iwony Gorczycy związana jest z I Kliniką Kardiologii i Elektroterapii Świętokrzyskiego Centrum Kardiologii w Kielcach. Dr n. med. med. Iwona Gorczyca ukończyła studia medyczne na I-ym Wydziale Lekarskim Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie i uzyskała dyplom lekarza w 2007 roku. W latach 2007-2008 odbyła staż podyplomowy w Samodzielnym Publicznym Centralnym Szpitalu Klinicznym przy ul. Banacha 1A w Warszawie .

Od 2008 roku od dnia dzisiejszego dr n. med. Iwona Gorczyca pracuje w I Klinice Kardiologii i Elektroterapii Świętokrzyskiego Centrum Kardiologii w Kielcach - w latach 2008-2015 jako młodszy asystent, od 2015 roku jako starszy asystent, a od roku 2019 na stanowisku adiunkta Collegium Medicum, Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach.

W 2013 roku dr n. med. Iwona Gorczyca obroniła pracę doktorską pt. „Ocena zalecanej profilaktyki przeciwzakrzepowej u hospitalizowanych chorych z migotaniem przedsionków” (uzyskała dyplom z wyróżnieniem , promotor: prof. dr hab. n. med. Beata Wożakowska-Kapłon) i otrzymała stopień naukowy doktora nauk medycznych na I Wydziale Lekarskim Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie.

Zgodnie z profilem macierzystej Kliniki, w 2015 roku uzyskała specjalizację z kardiologii (Centrum Egzaminów Medycznych, Łódź , kierownikiem specjalizacji była prof. dr hab. n. med. Beata Wożakowska-Kapłon).

Osiągnięcia naukowe

Tematem zgłoszonego przez dr n. med. Iwonę Gorczycę jest „Profilaktyka powikłań zakrzepowo-zatorowych u chorych z migotaniem przedsionków w praktyce klinicznej” - na osiągnięcie składa się sześć prac o łącznym IF 11,783 i punktacji MNISW 390.

Należy odnotować, że powikłania zakrzepowo-zatorowe są najpoważniejszym następstwem migotania przedsionków (AF), a ryzyko zakrzepowo-zatorowe nie jest jednorodne i zależy od wieku, płci oraz schorzeń współistniejących.

Zgodnie z obecnie obowiązującymi wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) leczenie przeciwkrzepliwe w prewencji powikłań zakrzepowozatorowych jest zalecane dla wszystkich pacjentów z AF, z wyjątkiem chorych prawdziwie niskiego ryzyka (< 65 lat z izolowanym AF) i chorych z przeciwwskazaniami do tej terapii.

W profilaktyce przeciwkrzepliwej u chorych z arytmia stosowane są leki z grupy antagonistów witaminy K (VKA) oraz doustne antykoagulanty nie będące antagonistami witaminy K (NOAC). Leki z grupy NOAC są co najmniej tak samo skuteczne jak VKA w zapobieganiu powikłaniom zakrzepowozatorowym, ale cechują się lepszym profilem bezpieczeństwa.

Profilaktyka przeciwzakrzepowa jest obligatoryjna u chorych poddawanych planowej kardiowersji elektrycznej (ECV) i zgodnie z obowiązującymi wytycznymi ESC regularne stosowanie NOAC przez co najmniej 3 tygodnie przed ECV pozwala na bezpieczne wykonanie zabiegu. Przezprzelykowe badanie echokardiograficzne (TOE) jest alternatywą dla leczenia za pomocą NOAC.

W praktyce klinicznej przed ECV u części chorych leczonych NOAC wykonywane jest TOE w celu potwierdzenia skuteczności leczenia przeciwkrzepliwego.

Głównym celem badań dr n. med. Iwony Gorczyca wchodzących w skład rozprawy habilitacyjnej jest ocena profilaktyki przeciwzakrzepowej w polskiej populacji chorych z AF oraz próba identyfikacji czynników wpływających na wybór określonego postępowania w profilaktyce przeciwkrzepliwej u hospitalizowanych chorych z AF.

Celem pierwszej pracy obejmującej 4099 hospitalizowanych chorych z AF w latach 2004-2012 była ocena czynników predysponujących do niestosowania leczenia przeciwkrzepliwego (wówczas VKA) u chorych wysokiego ryzyka powikłań zakrzepowozatorowych. Wykazano, że leczenie przeciwkrzepliwe zastosowano u 2/3 badanych - w ciągu 9 lat odsetek chorych z AF wysokiego ryzyka powikłań zakrzepowozatorowych leczonych przeciwkrzepliwie wzrósł z 62% do 72%.

Ponadto wyodrębniono czynniki, których obecność wpływała na niestosowanie leczenia przeciwkrzepliwego: hospitalizacja w latach 2004-2006 w porównaniu do późniejszych lat, wysokie ryzyko krwawienia, choroba naczyniowa, wiek ≥ 80 lat, krwawienie w przeszłości oraz napadowa postać AF.

Dr n. med. Iwona Gorczyca podkreśliła we wnioskach fakt, iż nie wszyscy chorzy z AF wysokiego ryzyka zakrzepowozatorowego otrzymywali doustne leki przeciwkrzepliwe, co jest zgodne z dostępnymi danymi. Habilitantka zaakcentowała również fakt, jak istotnie zmieniła się profilaktyka przeciwzakrzepowa u chorych z AF - odsetek chorych leczonych doustnymi antykoagulantami znacząco zwiększyła się, a odsetek chorych leczonych

kwasem acetylosalicylowym zmniejszył się stanowi to dowód na wdrażanie zaleceń ekspertów.

Celem drugiej pracy była ocena częstości stosowania NOAC i VKA w grupie pacjentów z AF hospitalizowanych w latach 2012-2013, czyli w pierwszych latach stosowania NOAC.

Wykazano, że w grupie chorych leczonych przeciwkrzepliwie NOAC zastosowano u 19,4% badanych. Najczęściej zalecanym NOAC był riwaroksaban, który u większości pacjentów stosowano w zredukowanej dawce, natomiast dabigatran u większości pacjentów zastosowano w pełnej dawce.

Chorzy leczeni NOAC i VKA nie różnili się ryzykiem powikłań zakrzepowo-zatorowych (według skali CHA₂DS₂-VASc) ani ryzykiem powikłań krwotocznych (według skali HASBLED).

W grupie chorych leczonych NOAC w porównaniu do chorych leczonych VKA odnotowano wyższy odsetek kobiet, mieszkańców miast, osób starszych, z napadowym AF, po przebytych powikłaniach krwotocznych i z anemią.

Czynnikami predykcyjnymi zastosowania NOAC były: przebyte powikłania krwotoczne, hospitalizacja z powodu AF, wiek \geq 80 lat, napadowa postać AF oraz zamieszkanie w mieście. Najistotniejszym wnioskiem z powyższej pracy jest zidentyfikowanie czynników predysponujących do wyboru NOAC w profilaktyce powikłań zakrzepowo-zatorowych u chorych z AF. Czynniki tj. wiek i przebyte powikłania krwotoczne są istotnymi czynnikami zwiększającymi ryzyko ponownego krwawienia, zatem NOAC postrzegane były jako leki bezpieczne i stosowano je w grupach chorych najwyższego ryzyka krwawienia.

Celem trzeciej pracy była analiza profilaktyki przeciwkrzepliwiej u chorych w podeszłym wieku, ocena zgodności tej profilaktyki z wytycznymi, a także poszukiwanie czynników predykcyjnych zastosowania NOAC u chorych leczonych przeciwkrzepliwie.

Badaniem objęto 1236 pacjentów z AF w wieku \geq 75 lat i wykazano, że doustne leki przeciwkrzepliwie otrzymało 90,1% badanych, a 59,8% chorych leczonych przeciwkrzepliwie otrzymywała NOAC. Przeciwwskazania do leczenia przeciwkrzepliwego stwierdzono u 4% chorych z AF w podeszłym wieku.

Jest godne odnotowania, że u co dziesiątego chorego w podeszłym wieku profilaktyka przeciwzakrzepowa była stosowana niezgodnie z wytycznymi, najczęściej pacjenci byli niedostatecznie leczeni przeciwkrzepliwie.

Czynniki predysponujące do wyboru NOAC wśród leczonych przeciwkrzepliwie były następujące: AF inne niż napadowe, wiek oraz wyższy współczynnik przesączania kłębuszkowego (GFR, glomerular filtration rate). We wnioskach prezentowanej pracy podkreśliłam fakt, że wysoki odsetek chorych w podeszłym wieku jest leczony przeciwkrzepliwie, głównie z zastosowaniem NOAC i u większości chorych jest to postępowanie zgodne z wytycznymi. Interesującym okazał się fakt, że zaledwie 4%

badanych miało określone szczegółowo w metodologii badania przeciwwskazania do stosowania leczenia przeciwkrzepliwego. Habilitantka wykazała, że wiek i postać AF są czynnikami predysponującymi do wyboru NOAC.

W czwartej pracy dr n. med. Iwona Gorczyca oceniała czynniki predykcyjne zastosowania NOAC u chorych z AF po przebytych powikłaniach zakrzepowo-zatorowych.

W badanej grupie 93% badanych otrzymywało leczenie przeciwkrzepliwe, a u 58,7% pacjentów zastosowano NOAC, najczęściej dabigatran. Odsetek chorych leczonych NOAC zwiększał się w kolejnych latach obserwacji, od 34,2% w 2014 roku do 75% w 2017 roku.

Pacjenci leczeni NOAC w porównaniu do chorych leczonych VKA rzadziej mieli nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, rzadziej byli po zawałach serca, odnotowano u nich także niższy średni wynik w skali CHA₂DS₂-VASc i HASBLED.

Ponadto niższy odsetek chorych leczonych NOAC w porównaniu do chorych leczonych VKA miał poszerzoną jamę lewego przedsionka i obniżoną frakcję wyrzutową lewej komory. We wnioskach omawianej pracy dr n. med. Iwona Gorczyca podkreśliła fakt, że większość chorych z AF po powikłaniach zakrzepowo-zatorowych otrzymywało leczenie przeciwkrzepliwe, głównie NOAC.

Najważniejszym wnioskiem wypływającym z tej pracy, jest fakt, że NOAC we wtórej prewencji powikłań zakrzepowo-zatorowych stosowano głównie u osób z mniejszą liczbą chorób współistniejących.

Celem piątej pracy była ocena częstości stosowania poszczególnych NOAC, a także określenie predyktorów zastosowania każdego z nich.

Do wieloośrodkowego, ogólnopolskiego rejestru hospitalizowanych chorych z AF (rejestr Pol-AF) włączono w ciągu roku 3999 chorych. NOAC zastosowano u 2971 chorych (74,3%): u 40,4% chorych riwaroksaban, u 32% chorych apiksaban, a u 27,6% chorych dabigatran.

Czynnikami predysponującymi do zalecania apiksabanu był podeszły wiek, przebyte krwawienia, upośledzona funkcja nerek i niewydolność serca. Wiek podeszły istotnie zmniejszał szanse na zastosowanie zarówno dabigatranu, jak i riwaroksabanu. Ponadto upośledzona funkcja nerek i płeć żeńska były czynnikami zmniejszającymi szanse na zastosowanie dabigatranu, a przebyte krwawienie i choroba naczyniowa na zastosowanie riwaroksabanu.

Wnioski wypływające z tego wieloośrodkowego badania wskazują, że riwaroksaban był najczęściej wybieranym NOAC, ale to apiksaban najczęściej wybierano u szczególnie obciążonych chorych.

Szósta praca wynikała z faktu braku jednolitego schematu postępowania odnośnie wykonywania TOE przed ECV u chorych leczonych NOAC – dlatego Habilitantka wraz z klinicystami z Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie zaplanowała badanie, którego celem była ocena czynników predysponujących do wykonywania TOE przed ECV.

W badaniu obejmującym 668 chorych TOE przed ECV wykonano u 54% badanych. Chorzy, u których wykonywano TOE częściej niż chorzy, u których nie wykonywano TOE, lečení byli dabigatranem (50% vs 44,2%), a rzadziej apiksabanem (1,7% vs 10,8%).

Odsetek chorych leczonych zredukowaną dawką NOAC był wyższy w grupie chorych, u których TOE wykonano, niż u tych, u których odstąpiono od tej procedury (11,3% vs 6,5%).

Dr n. med. Iwona Gorczyca wraz z zespołem wykazała, że czynnikami predysponującymi do wykonania TOE przed ECV były: choroba wieńcowa, przebyte krwawienie oraz przebyte powikłanie zakrzepowo-zatorowe. Co ciekawe, stosowanie zredukowanej dawki NOAC nie było niezależnym czynnikiem wpływającym na zlecenie TOE przed ECV.

We wnioskach badania podkreślono, że połowa chorych leczonych NOAC przed ECV miała wykonane TOE, a choroba wieńcowa, przebyte krwawienie i powikłanie zakrzepowo-zatorowe były czynnikami, które wpływały na kierowanie chorych na to badanie.

Podsumowując, w cyklu sześciu prac Habilitantka wykazała :

- Profilaktyka powikłań zakrzepowo-zatorowych u chorych z AF istotnie zmieniła się w ostatnich latach, co wynika z rejestracji NOAC w prewencji powikłań zakrzepowo-zatorowych u chorych z AF.
- Leczenie przeciwkrzepliwe otrzymywało większość chorych z AF, u których jest ono wskazane. Odsetek chorych nieleczonych był wyższy niż chorych z przeciwwskazaniami do tej terapii, co świadczy o szerszych niż powszechnie uznane ograniczeniach tego leczenia.
- Przebyte krwawienie było istotnym czynnikiem, który wpływał na odstąpienie od leczenia przeciwkrzepliwego chorych z AF wysokiego ryzyka powikłań zakrzepowo-zatorowych, preferowanie NOAC oraz determinował wybór między poszczególnymi NOAC.
- Wiek podeszły był ważnym czynnikiem, który decydował o niestosowaniu leczenia przeciwkrzepliwego u chorych, u których było ono wskazane, preferowaniu NOAC i wyborze danego NOAC. W grupie chorych w podeszłym wieku obserwowano wysoki odsetek pacjentów, u których profilaktyka przeciwkrzepliwa stosowana była zgodnie z wytycznymi.
- W profilaktyce powikłań zakrzepowo-zatorowych u chorych z AF polscy lekarze najczęściej wybierali riwaroksaban, ale to apiksaban stosowano u chorych cechujących się wysokim ryzykiem wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych i krwotocznych.
- U chorych poddawanych planowej ECV o kwalifikacji do TOE nie decydował rodzaj ani dawka NOAC, ale obecność schorzeń zwiększających zarówno ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych jak i krwotocznych.

Prezentowany cykl publikacji dotyczący oceny profilaktyki przeciwzakrzepowej u hospitalizowanych chorych z AF obejmuje badania, do których włączono chorych z AF hospitalizowanych w latach 2004-2019, dwa z nich były badaniami wieloośrodkowymi, zatem uzyskane wyniki szeroko obrazują realia leczenia przeciwkrzepliowego w populacji polskich pacjentów z AF, uzupełniając istotnie stan wiedzy na temat profilaktyki przeciwkrzepliowej. Zasady leczenia przeciwkrzepliowego określają wytyczne towarzystw naukowych i stanowiska ekspertów. W zakresie tej terapii w ostatnich latach dokonał się przełom polegający na wprowadzeniu leków z grupy NOAC. Zgodnie z trendami światowymi w prezentowanych badaniach Habilitantka wykazała wzrastający odsetek chorych leczonych NOAC w poszczególnych latach.

W literaturze światowej, w publikowanych od lat rejestrach chorych z AF przedstawiano spójne wyniki, pokazujące brak pełnej zgodności stosowanej profilaktyki przeciwkrzepliowej z wytycznymi. Dane dotyczące tego zagadnienia w polskim piśmiennictwie były nieliczne.

W pierwszej pracy przedstawiono czynniki, których obecność decydowała o zaniechaniu leczenia przeciwkrzepliowego pacjentów z AF w tej szczególnie zagrożonej grupie chorych. Jest to niezwykle istotne, ponieważ pozwala zrozumieć na jakiej podstawie lekarze praktycy podejmują decyzje niezgodne z wytycznymi i nadaje to kierunki przyszłym procesom doskonalenia zawodowego.

Prewencja wtórna powikłań zakrzepowo-zatorowych u chorych z AF była tematem badanym w czwartej pracy, w której wykazano wysoki odsetek chorych leczonych przeciwkrzepliwie, głównie z zastosowaniem NOAC. Zaskakujący był fakt, że NOAC częściej wybierano u chorych mniej obciążonych. Wydaje się, że leczenie przeciwkrzepliwie chorych po powikłaniach zakrzepowo-zatorowych wymaga przeprowadzenia kolejnych badań, a w trakcie procesu kształcenia lekarzy należy silnie akcentować konieczność preferowania NOAC u pacjentów po udarze mózgu, co jest zgodne z aktualnie obowiązującymi wytycznymi.

Zarówno wiek, jak i przebyte krwawienie były czynnikami, które predysponowały do zaniechania stosowania VKA u chorych wysokiego ryzyka zakrzepowo-zatorowego, jak i zwiększającymi szanse na zastosowanie NOAC zamiast VKA.

Polscy lekarze bardzo dobrze implementowali wyniki badań z NOAC, pokazujące ich lepszy niż VKA profil bezpieczeństwa, czego następstwem jest stosowanie NOAC u chorych, u których przed rejestracją NOAC nie zastosowano by leczenia przeciwkrzepliowego.

Bardzo ważnych informacji dostarczyła piąta praca w której wskazano predyktory zastosowania poszczególnych NOAC na podstawie wyników wieloośrodkowego, prospektywnego rejestru POL-AF. Zarówno wiek, płeć, jak i schorzenia współistniejące uwzględniane są przy wyborze NOAC.

Natomiast wyniki szóstej pracy mogą posłużyć do opracowania schematu postępowania u chorych z AF leczonych NOAC przed ECV. Wytyczne jednoznacznie wskazują, że TOE jest alternatywą dla chorych leczonych NOAC przed ECV. W większości ośrodków jednak nadal wykonuje się TOE u części chorych przed ECV, co wynika z obawy o brak skuteczności leczenia przeciwkrzepliwego, który może wynikać chociażby z omyłkowego pominięcia dawki leku. Jasno sprecyzowane wytyczne, dotyczące zasad kwalifikacji do TOE u chorych leczonych NOAC przed ECV, byłyby niezwykle użyteczne klinicznie.

Przedstawiając główny kierunek działalności kliniczno - naukowej Habilitantki należy zatem wskazać na profilaktykę przeciwzakrzepową u chorych z migotaniem przedsionków .

Należy podkreślić , że dr n. med. Iwona Gorczyca prowadzi rejestr pacjentów z AF hospitalizowanych w I Klinice Kardiologii i Elektroterapii Świętokrzyskiego Centrum Kardiologii w Kielcach obejmujący 9 659 chorych hospitalizowanych w latach 2004-2019.

Ponadto jest koordynatorem wieloośrodkowego rejestru chorych z AF (Pol-AF), do którego włączono 3 999 chorych w dziesięciu polskich ośrodkach. Kilka prac oryginalnych opracowanych na bazie tego rejestru jest obecnie w procesie recenzowania w punktowanych pismach naukowych. Dr n. med. Iwona Gorczyca brała udział w następujących międzynarodowych, wieloośrodkowych rejestrach dotyczących migotania przedsionków: GLORIA-AF, EORP-AF oraz RE-SONANCE.

Dorobek Habilitantki uzupełnia monografia Dabigatran w pytaniach i odpowiedziach , której jest współautorem wraz z Prof. dr hab. n. med. Zbigniewem Krasińskim i Prof. dr hab. n.med. Beatą Wożakowską-Kapłon - została wydana w 2016 roku, liczy 114 stron i składa się z 25 rozdziałów.

Niezależnie od prac zawartych w osiągnięciu , dr n. med. Iwona Gorczyca jest współautorem szeregu prac poświęconych zagadnieniom terapii NOAC.

Innym kierunkiem zainteresowań kliniczno-naukowych jest ocena predyktorów występowania skrzeplin w uszku lewego przedsionka. Dr n. med. Iwona Gorczyca brała udział w badaniu wieloośrodkowym, w którym oceniono częstość występowania skrzeplin w uszku lewego przedsionka (LAAT) u chorych z AF, u których wykonywano TOE przed ECV lub ablacją. Ocena była przeprowadzona retrospektywnie, a obecnie biorę udział w wieloośrodkowym badaniu prospektywnym, rejestrze LATTEE, który także ma na celu ocenę predyktorów występowania LAAT.

Na odnotowanie zasługuje cykl prac poświęconych zagadnieniu oceny czynników wpływających na utrzymanie rytmu zatokowego u chorych po kardiowersji elektrycznej. Habilitantka jest badaczem w jednoośrodkowym, prospektywnym badaniu z obserwacją długoterminową dotyczącym poszukiwaniu predyktorów utrzymania rytmu zatokowego u chorych po ECV.

Oceniono morfologię i funkcję lewego przedsionka w aspekcie utrzymania rytmu zatokowego po ECV. Wykazano, że ciśnienie napelniania lewej komory oceniane za pomocą współczynników E/A i E/e' pozwala przewidzieć nawrót arytmii.

Ważnym etapem działalności naukowej Habilitantki są badania w dziedzinie nadciśnienia tętniczego, między w dziedzinie zastosowania i interpretacji metody całodobowego monitorowania ciśnienia tętniczego, powiązania patofizjologicznego i klinicznego nadciśnienia tętniczego z migotaniem przedsionków i niewydolnością serca oraz farmakoterapią nadciśnienia tętniczego.

Spośród kilku monografii poświęconych nadciśnieniu tętniczemu dr n. med. Iwona Gorczyca jest współredaktorem wraz z Prof. dr hab. n. med. Beatą Wożakowską-Kapłon wydanej w 2011 roku monografii dotyczącej leczenia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym i niewydolnością serca.

Ponadto jest współredaktorem wraz z Prof. dr hab. n.med. Beatą Wożakowską-Kapłon wydanej w 2015 roku monografii dotyczącej całodobowego monitorowania ciśnienia tętniczego krwi.

Podsumowując, dorobek naukowy dr n. med. Iwona Gorczyca obejmuje:

- 52 pełnotekstowe prace oryginalne, w tym 26 prac w pismach z IF,
- 3 pełnotekstowe prace oryginalne z udziałem w badaniach wielośrodkowych w pismach z IF,
- 29 prac poglądowych, w tym 7 prac w pismach z IF,
- 27 opisów przypadków, w tym 8 prac w pismach z IF,
- 5 monografii i 18 rozdziałów w podręcznikach.

Sumaryczny Impact Factor wszystkich publikacji: 73,98, w tym po doktoracie 69. Łączna punktacja IF po wyłączeniu listów do redakcji i publikacji z udziałem autora w badaniach wielośrodkowych: 62,577, w tym po doktoracie 59,908. Sumaryczna punktacja MNiSW wszystkich publikacji: 2329, w tym po doktoracie 2227. Liczba cytowań: 98, bez autocytowań 89 (baza Scopus z dn.19.11.2020). Indeks Hirscha: 5 (baza Scopus z dn. 19.11.2020).

W ocenie dorobku dr n. med. Iwona Gorczyca należy uwzględnić jej udział w blisko 13-u międzynarodowych projektach badawczych i 8-u krajowych projektach badawczych, realizowanych zwłaszcza z Kliniką Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, w Warszawie, Kliniką Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Kliniką Kardiologii i Interwencji Sercowo-Naczyniowych Uniwersyteckiego Szpitala w Krakowie,

Podsumowując ocenę osiągnięcia naukowego i pozostałej działalności naukowej stwierdzam, że dr n. med. Iwona Gorczyca posiada znaczący dorobek naukowy o wyraźnie zdefiniowanym profilu. Należy podkreślić, że działalność naukowa Habilitantki jest w dużej mierze realizowana zgodnie z Jej indywidualnymi, oryginalnymi pomysłami badawczymi

oraz zagadnieniami prowadzonymi w ramach współprac o zasięgu krajowym . Opublikowane prace , których jest autorem lub współautorem posiadają bardzo duży walor poznawczy , jak również posiadając cechy znaczącej oryginalności mają przeniesienie do praktyki klinicznej .

Działalność dydaktyczna

Działalność dydaktyczna dr n. med. Iwony Gorczycy stanowi ważną część pracy zawodowej. Od 2019 roku Habilitantka pracuje na stanowisku naukowo-dydaktycznym adiunkta Collegium Medicum Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, gdzie prowadzi zajęcia praktyczne oraz seminaria z zakresu chorób wewnętrznych i kardiologii dla studentów III i IV roku Wydziału Lekarskiego oraz zajęcia z kardiologii dla studentów Ratownictwa Medycznego i Zdrowia Publicznego.

Dr n. med. Iwona Gorczyca prowadzi również warsztaty dla studentów dotyczące pisania prac naukowych w ramach studenckich kół naukowych. Była opiekunem naukowym 14 prac magisterskich studentów kierunku zdrowia publicznego , uczestniczy ponadto w przygotowywaniu i przeprowadzaniu zaliczeń i egzaminów.

W ramach działalności dydaktycznej dr n. med. Iwona Gorczyca przeprowadza szkolenia dla rezydentów kardiologii i chorób wewnętrznych z diagnostyki echokardiograficzne, j jest także opiekunem naukowym prac badawczych prowadzonych przez lekarzy rezydentów w I Klinice Kardiologii i Elektroterapii Świętokrzyskiego Centrum Kardiologii oraz Świętokrzyskim Centrum Neurologii w Kielcach.

Habilitantka jest wykładowcą na konferencjach naukowych oraz prowadzi warsztaty z całodobowego monitorowania ciśnienia tętniczego oraz z zakresu echokardiografii.

Dr n. med. Iwona Gorczyca jest autorem szeregu doniesień zjazdowych prezentowanych na konferencjach zagranicznych (m.in. European Meeting on Hypertension and Cardiovascular Protection, European Heart Rhythm Association Congress) oraz 18 doniesień zjazdowych prezentowanych na konferencjach krajowych (m.in. Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Zjazd Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, Warszawskie Dni Kardiologii Akademickiej).

Dr n. med. Iwona Gorczyca jest między innymi członkiem Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego , Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego , Członkiem Zarządu i sekretarzem Sekcji Farmakoterapii Sercowo-Naczyniowej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego , Przewodniczącą-Elekt Sekcji Farmakoterapii Sercowo-Naczyniowej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego , Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. Od 2013 roku Habilitantka pełni funkcję sekretarza redakcji oraz jest członkiem Rady Naukowej pisma Folia Cardiologica.

Podsumowanie

Występując w roli recenzenta oceny osiągnięcia naukowego , pozostałego dorobku naukowego , działalności organizacyjnej i dydaktycznej dr n. med. Iwony Gorczycy wyrażam przekonanie , że rozpatrywany całościowo odzwierciedla znaczące osiągnięcia Kandydatki. Uważam , że dokonania dr n. med. Iwony Gorczycy składają się na prawdziwie akademicki dorobek , który spełnia wymogi dla uznania Habilitantki za utalentowanego klinicystę, doświadczonego dydaktyka, wykładowcę i organizatora wielu wspomnianych powyżej obszarów działalności I Kliniki Kardiologii i Elektroterapii Świętokrzyskiego Centrum Kardiologii w Kielcach.

Rozpatrując osiągnięcia Kandydata we wszystkich wymienionych obszarach należy podkreślić, że wpisują się one w bogatą i różnorodną działalność Kierownika Kliniki Prof. dr hab. n. med. Beaty Wozakowskiej-Kapłon należącej do wybitnych ekspertów w dziedzinie kardiologii i nadciśnienia tętniczego w naszym kraju i twórcy nowoczesnego Ośrodka kardiologii w Polsce.

Całość dorobku dr n. med. Iwony Gorczycy zawiera wątki oryginalnej i bardzo interesującej pracy klinicznej ściśle realizowanej we współpracy z wiodącymi Ośrodkami krajowymi - zwłaszcza z Kliniką Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie , kierowaną przez Profesora Grzegorza Opolskiego. Jak już wspomniano , znalazło to przełożenie na ważne cykle publikacyjne . Realizowana praca naukowa ma wreszcie przełożenie na działalność kliniczną i praktyczną ocenę chorego w ramach profilaktyki powikłań zakrzepowo-zatorowych u chorych z migotaniem przedsionków.

Wreszcie Habilitantka w swojej pracy kliniczno-naukowej wciąż poszerza swe horyzonty badawcze współtworząc nowe kliniczne programy w omawianej dziedzinie i przez cały czas swej działalności naukowo-klinicznej uczestnicząc w prestiżowych programach klinicznych w wymiarze krajowym i międzynarodowym. Tak rozbudowaną aktywność , jak już wspomniano, łączy z talentami wykładowcy , dydaktyka i nauczyciela akademickiego.

Dlatego zatem , mając możliwość obserwacji rozwoju Kandydatki z blisko perspektywy dekady - również w dziedzinie nadciśnienia tętniczego - uważam , że powinien być szczególnie odnotowany i oceniony w bardzo wysokich kategoriach jako autorski .

Po szczegółowym zapoznaniu się z dorobkiem naukowym i przedstawionym osiągnięciem naukowym stwierdzam , że dr n. med. Iwona Gorczyca posiada znaczący dorobek naukowy o wyraźnie zdefiniowanym profilu i w pełni spełnia warunki wymagane do ubiegania się o stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych . Dlatego zwracam się z wnioskiem o dopuszczenie do dalszych etapów postępowania habilitacyjnego .

Kierownik
Kliniki Nadciśnienia Tętniczego

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Januszewicz

