

Kraków, 12 lipca 2021 roku

Recenzja dorobku naukowego

dr n. med. Anna Jeznach-Steinhagen

w związku z postępowaniem o nadanie tytułu naukowego doktora habilitowanego

w dziedzinie nauki medyczne i nauki o zdrowiu

Dziękując Radzie Dyscypliny Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego za wyróżnienie oraz wybór mojej osoby jako recenzenta w postępowaniu o nadanie tytułu naukowego doktora habilitowanego w dziedzinie nauki medyczne i nauki o zdrowiu w dyscyplinie nauki o zdrowiu **dr n. med. Anna Jeznach-Steinhagen** składam moją kompleksową ocenę.

Dane bibliograficzne

Dr n. med. Anna Jeznach-Steinhagen uzyskała tytuł inżyniera żywienia człowieka w 2001 roku, dyplom lekarza w 2002 roku, dyplom specjalisty w zakresie choroby wewnętrzne w 2011 roku i diabetologii w 2014 roku, a pracę doktorską obroniła w 2009 roku. Pracuje na stanowisku adiunkta w Zakładzie Dietetyki Klinicznej WUM od 2002 roku, dodatkowo jest pracownikiem Szpitala Klinicznego im. Ks. Anny Mazowieckiej i Instytucie Matki i Dziecka. Życiorys Kandydatki pełen jest dokonań związanych nie tylko z leczeniem żywieniowym, ale poradnictwem diabetologicznym i polityką zdrowotną z jednej strony oraz działalnością naukowo-dydaktyczną z drugiej.

Ocena osiągnięć, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 Ustawy

Tytuł osiągnięcia naukowego:

‘Wpływ stanu odżywienia pacjentów na przebieg choroby i występowanie powikłań’

Podstawą do ubiegania się o stopień doktora habilitowanego jest cykl siedmiu tematycznie powiązanych publikacji naukowych, wszystkie są oryginalnymi pracami doświadczalnymi.

Zostały one opublikowane w latach 2007-2020:

1. Jeznach-Steinhagen A., Okręglińska K., Nitsch-Osuch A., Czerwonogrodzka-Senczyna A., Barnaś M. Nutritional Status and dietary patterns in adults with severe obstructive sleep apnea. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 2020, 1279: 71-79 DOI: 10.1007/5584_2020_507 Impact factor 2,45 pkt, MNiSW 5 pkt.
2. Jeznach-Steinhagen A, Ostrowska J, Boniecka I, Czerwonogrodzka-Senczyna A. Nutritional status, Il-6 serum concentration and cardiovascular complications prediction of hemodialysed patients with end-stage chronic renal disease. *Journal of Elementology*, 2019; 24(3): 977-986 Impact factor 0,71 pkt, MNiSW 40 pkt.
3. Jeznach-Steinhagen A, Ostrowska J, Czerwonogrodzka-Senczyna A. Evaluation of conducting a screening assessment of nutritional status of hospitalized patients. Presentation of main goals and objectives of the global health project „Nutrition Day”. *Przegląd Epidemiologiczny*. 2016;70:71-75. Impact factor, MNiSW 12 pkt
4. Jeznach-Steinhagen A, Bobilewicz D, Słotwiński R, Czerwonogrodzka-Senczyna A, Kulicki P. Prealbumina w ocenie powikłań u chorych ze schyłkową niewydolnością nerek leczonych hemodializami. *Diagnostyka Laboratoryjna*. 2013; 49(2):107-111. Impact factor, MNiSW 3 pkt.
5. Jeznach-Steinhagen A, Słotwiński R, Szczygieł B. Malnutrition, inflammation, atherosclerosis in hemodialysis patients. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*. 2007; 58(1): 83-88. Impact factor, MNiSW 9 pkt.

6. Rymarz A., Zajbt M., Jeznach-Steinhagen A., Woźniak-Kosek A., Niemczyk S. Body Composition and Biochemical Markers of Nutrition in Non-dialysis-Dependent Chronic Kidney Disease Patients. *Advances in Experimental Medicine and Biology*. 2020, 1251: 81-89. DOI: 10.1007/5584_2019 Impact factor 2,45 pkt, MNiSW 5 pkt.
7. Ostrowska J, Szostak-Węgierek D, Jeznach-Steinhagen A. Nutrition status in patients aged 65 years and its influence on the quantity and type of complications occurring 3, 6 and 12 months after hospitalization: a clinical prospective study. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2019; 32(1): 119-127. Impact factor 3,146 pkt, MNiSW 100 pkt.

Dr n. med. Anna Jeznach-Steinhagen pełniła w pięciu pracach rolę głównego autora, w dwóch kolejnych była drugim i trzecim autorem, wkład w przygotowanie prac w każdym przypadku był znaczący.

Sumaryczna wartość współczynnika Impact Factor dla czterech prac wynosi 8,756, a wartość sumaryczna punktów MNiSW = 174.

W swojej monografii Autorka przedstawia zagadnienia związane z niedożywieniem, jego wykrywaniem i konsekwencjami. Słusznie zauważa, że zaburzenia stanu odżywienia są olbrzymim problemem pogarszającym wyniki leczenia pacjentów.

Celem jednotematycznego cyklu publikacji pt.: „Znaczenie prognostyczne wybranych markerów stanu odżywienia u pacjentów hospitalizowanych” była ocena wpływu stanu odżywienia pacjentów przewlekle chorych na przebieg choroby, rozwój powikłań oraz rokowanie. Wpływ stanu odżywienia na przebieg chorób obserwuje się u kobiet i mężczyzn w każdym wieku. Nasilenie wpływu związane jest z wiekiem i u osób powyżej 65 roku życia jest szczególnie wyraźne.

W pierwszej publikacji Autorka zauważa, że wraz z rozwojem medycyny stale zwiększają się możliwości leczenia nerkozastępczego powodując z jednej strony wzrost

liczby pacjentów, a z drugiej pojawianie się nowych problemów klinicznych, takich jak zespół MIA (niedożywienie, zapalenie, miażdżyca) oraz rosnąca liczba powikłań. Do istotnych czynników wpływających negatywnie na długość życia chorych z przewlekłą chorobą nerek zalicza się zaburzenia stanu odżywienia oraz utrzymujący się stan zapalny. U chorych rozpoczynających leczenie dializami stwierdza się: zmniejszenie grubości fałdu skórno-tłuszczowego nad mięśniem trójgłowym ramienia, redukcję obwodu mięśni ramienia, wzrost ilości całkowitej wody w ustroju, obniżenie „suchej masy ciała” i tkanki tłuszczowej, niską zawartość białka w mięśniach szkieletowych, tkance łącznej, obniżone stężenie albumin, transferyny, C3 dopełniacza, immunoglobulin. W badaniach składu ciała u polskich niedożywionych pacjentów hemodializowanych wykazano, że u kobiet utrata tkanki tłuszczowej jest proporcjonalnie większa niż tkanki mięśniowej, podczas gdy u mężczyzn zachodzi odwrotne zjawisko. Przy właściwym leczeniu dializami parametry te ulegają częściowej poprawie. Nadal jednak u 18 - 75% pacjentów występują cechy niedożywienia. Niedożywienie występuje w przybliżeniu u 1/3 chorych leczonych zarówno hemodializami, jak i dializą otrzewnową. Zgodnie z danymi piśmiennictwa stwierdza się je u 20 – 76% całej grupy pacjentów dializowanych. Trudności w interpretacji wyników pochodzących z różnych ośrodków wynikają przede wszystkim z różnic populacyjnych chorych, ale także z zestawu stosowanych metod oceniających stan odżywienia i przeżycie pacjentów leczonych hemodializami oraz przyjętych kryteriów wyników badań. Zjawisko niedożywienia u pacjentów leczonych HD występuje na skutek niedostatecznej podaży składników pokarmowych, utraty białek oraz/lub zwiększonego katabolizmu białek.

W drugiej pracy Autorka zajmuje się wynikami akcji „NutritionDay”. Badanie obejmowało analizę historii chorób pacjentów hospitalizowanych w okresie 6 miesięcy (n=26375). Analizowano obecność prawidłowo przeprowadzonego kwestionariusza przesiewowej oceny stanu odżywienia (ankieta NRS 2002), obecność informacji o masie ciała

pacjentów oraz uzyskane wyniki oceny stanu odżywienia. Stwierdzono obecność ankiety NRS jedynie w 67,14% historii chorób, z czego w 49,24% była ona niewypełniona, co rozumiane było jako brak przeprowadzonej przesiewowej oceny stanu odżywienia. Uzyskany wynik niskiego stopnia wypełnienia kwestionariusza NRS 2002 w jednym z warszawskich szpitali klinicznych zwraca uwagę na konieczność przeprowadzania edukacji personelu szpitali z zakresu istotności przesiewowej oceny stanu odżywienia oraz jej regulacji prawnych. W trzeciej publikacji oceniano zaburzenia stanu odżywienia u pacjentów z obturacyjnym bezdechem sennym (OBS). Na podstawie uzyskanych wyników wysunięto wnioski: Większość pacjentów z OBS to osoby otyłe. Otyłość koreluje z nasileniem OBS mierzonym za pomocą AHI (apnea-hypopnea index). Większość pacjentów z OBS popełnia wiele błędów żywieniowych. Mężczyźni i kobiety mają zupełnie inne parametry antropometryczne, które można wykorzystać do przewidywania OBS. Wśród kobiet stosunek talii do bioder (WHR) może być lepszym predyktorem OBS. Jednak u mężczyzn najważniejszymi czynnikami ryzyka rozwoju OBS są: obwód szyi, obwód talii i bioder, zawartość tkanki tłuszczowej w organizmie oraz BMI. W czwartej pracy Autorka zbadła skład ciała pacjentów z przewlekłą chorobą nerek (w stadiach 3b do 5). Do badania włączono 149 pacjentów w okresie leczenia zachowawczego o średnim wieku $65,5 \pm 16,5$ lat, wskaźniku masy ciała (BMI) $29,4 \pm 5,6$ kg / m² i oszacowanym współczynniku przesączania kłębuszkowego (eGFR) $23,2 \pm 9,3$ / min / 1,73 m². Na podstawie wyników badań wysunięto wniosek, iż częstość występowania otyłości u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek w okresie przeddializacyjnym jest wyższa niż w populacji ogólnej. Wcześniejsze stadia (3b) przewlekłej choroby nerek są związane z częstszym występowaniem otyłości.

W piątej pracy Autorka zbadła znaczenie określenia stężenia prealbuminy w ocenie powikłań u chorych ze schyłkową niewydolnością nerek leczonych hemodializami. Stwierdziła, że monitorowanie wybranych wskaźników antropometrycznych i

biochemicznych umożliwia ocenę stanu odżywienia chorych hemodializowanych oraz ma znaczenie we wczesnej diagnostyce powikłań sercowo-naczyniowych i ocenie ryzyka zgonu. U niedożywionych chorych hemodializowanych stężenie prealbuminy jest bardziej czułym wskaźnikiem ryzyka zgonu niż stężenie albuminy.

W szóstej pracy przebadano związek między mediatorami stanu zapalnego (stężeniem prozapalnych cytokin) i stopniem nasilenia miażdżycy oraz rozwojem powikłań sercowo-naczyniowych, a także rozwojem niedożywienia białkowo-energetycznego, również skorelowanego z nasileniem miażdżycy (zespołem MIA). Celem pracy była ocena związku między stanem odżywienia i stężeniem IL-6 w surowicy a częstością powikłań sercowo-naczyniowych w grupie pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek leczonych hemodializą. Wyniki badań sugerowały, że monitorowanie wybranych pomiarów antropometrycznych i biochemicznych daje nie tylko możliwość oceny stanu odżywienia pacjentów hemodializowanych, ale może mieć również kluczowe znaczenie we wczesnej diagnostyce powikłań sercowo-naczyniowych.

Celem ostatniej publikacji było określenie częstości występowania nieprawidłowego stanu odżywienia pacjentów powyżej 65. roku życia ze zdiagnozowanymi schorzeniami układu sercowo-naczyniowego, jak również sprawdzenie jego związku z długością hospitalizacji oraz częstością występowania powikłań w okresie 3, 6 i 12 miesięcy obserwacji. Badaniem objęto 76 pacjentów powyżej 65. roku życia ze zdiagnozowanymi schorzeniami układu sercowo-naczyniowego. Nieprawidłowy stan odżywienia stwierdzono u 78% uczestników. Odnotowano, że niedożywienie rozpoznane na podstawie wyników badań laboratoryjnych, a także na podstawie kryteriów ESPEN uwzględniających wartość indeksu beztłuszczowej masy ciała, miało istotną wartość predykcyjną dla wydłużonego okresu hospitalizacji oraz zwiększonej częstości wystąpienia powikłań. Wyniki testu MNA – SF wykonanego na początku badania okazały się nie mieć związku z wystąpieniem powikłań na pierwszym

etapie badania (w ciągu pierwszych 3 miesięcy), natomiast wyniki tego testu wykonanego na każdym kolejnym etapie badania miały istotny związek głównie ze zwiększoną częstością hospitalizacji oraz powikłań, które wystąpiły w ciągu ostatnich 3 miesięcy przed wykonaniem badania.

Najważniejszym atutem opisanego wyżej cyklu publikacji stanowiących osiągnięcie w postępowaniu habilitacyjnym jest fakt kompleksowego przedstawienia wpływu stanu odżywienia na przebieg i powikłania chorób przewlekłych, takich jak przewlekła choroba nerek, schorzenia sercowo-naczyniowe czy obturacyjny bezdech senny oraz analiza częstości występowania zaburzeń stanu odżywienia u pacjentów w wieku starszym oraz ocenę wpływu stanu odżywienia na długość i częstość hospitalizacji, oraz ryzyko powikłań.

Ze swoich badań Autorka wyciągnęła następujące wnioski:

1. Profilaktyka i leczenie zaburzeń stanu odżywienia ma na celu zmniejszenie ryzyka rozwoju powikłań i postępu choroby zasadniczej.
2. Istotne metody oceny stanu odżywienia obejmują proste testy antropometryczne oraz przesiewowe skale oceny stanu odżywienia wykonywane powszechnie.
3. Zaburzenia stanu odżywienia w chorobach przewlekłych, takich jak przewlekła choroba nerek, obturacyjny bezdech senny i choroby sercowo-naczyniowe skutkują powikłaniami, częstszymi hospitalizacjami i gorszym rokowaniem.
4. Otyłość wiąże się z nasileniem obturacyjnego bezdechu sennego mierzonym za pomocą AHI (apnea-hypopnea index). W grupie kobiet z obturacyjnym bezdechem sennym wartość wskaźnika WHR (stosunek obwodu talii do obwodu bioder) jest lepszym predyktorem rozwoju choroby niż u mężczyzn. W grupie mężczyzn najważniejszymi czynnikami ryzyka rozwoju obturacyjnego bezdechu sennego są:

obwód szyi, obwód talii i bioder, poziom tkanki tłuszczowej oraz wartość wskaźnika BMI.

5. W grupie pacjentów z przewlekłą chorobą nerek w okresie leczenia zachowawczego stwierdzono zaburzenia stanu odżywienia. Otyłość występowała częściej w stadium 3b przewlekłej choroby nerek niż w stadium 4–5. Otyłość występowała częściej u kobiet i u osób w wieku starszym (powyżej 65. rż). Dodatkowo stwierdzono występowanie ubytku masy mięśniowej, co wskazuje na występowanie otyłości sarkopenicznej.
6. Częstość występowania nieprawidłowego stanu odżywienia pacjentów powyżej 65. roku życia ze zdiagnozowanymi schorzeniami układu sercowo-naczyniowego, jest większa, co skutkuje wydłużeniem okresu hospitalizacji oraz zwiększoną częstością występowania powikłań. Najsilniejszym predyktorem wydłużenia czasu hospitalizacji osób starszych są nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych stanu odżywienia (Alb i/lub CLL) oraz wartość indeksu beztłuszczowej masy ciała.
7. Wskaźnik śmiertelności pacjentów hemodializowanych jest wyższy niż w populacji ogólnej. Do istotnych czynników wpływających negatywnie na długość życia chorych z przewlekłą chorobą nerek zalicza się zaburzenia stanu odżywienia oraz utrzymujący się stan zapalny. Obecność zespołu MIA (niedożywienie, zapalenie, miażdżyca) u pacjentów dializowanych jest przyczyną zjawiska odwróconej epidemiologii chorób sercowo-naczyniowych.
8. Monitorowanie wybranych wskaźników antropometrycznych i biochemicznych umożliwia ocenę stanu odżywienia chorych hemodializowanych oraz ma znaczenie we wczesnej diagnostyce powikłań sercowo-naczyniowych i ocenie ryzyka zgonu. Obniżona grubość fałdu skórno-tłuszczowego nad mięśniem trójgłowym ramienia u chorych hemodializowanych jest istotnym czynnikiem ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych.

9. Stężenie albuminy i prealbuminy w surowicy krwi są istotnym czynnikiem prognostycznym śmiertelności oraz zachorowalności wśród pacjentów leczonych dializami. Stwierdzono związek pomiędzy niskim stężeniem prealbuminy w surowicy a ryzykiem zgonu chorego. U niedożywionych chorych hemodializowanych stężenie prealbuminy może być bardziej czułym wskaźnikiem ryzyka zgonu niż stężenie albuminy.
10. Stwierdzono również zależność między stężeniem cytokin prozapalnych a ryzykiem powikłań, w tym pomiędzy stężeniem IL-6 w surowicy a ryzykiem powikłań sercowo-naczyniowych w grupie chorych hemodializowanych.
11. Należy zwracać uwagę na konieczność wczesnej identyfikacji pacjentów z nieprawidłowym stanem odżywienia i podkreślać konieczność wykonywania prostych badań antropometrycznych i wypełniania przesiewowych kwestionariuszy oceny stanu odżywienia, takich jak (SGA, NRS 2002, MNA- SF).
12. Inicjatywa „NutritionDay” jest ciekawą formą zwrócenia uwagi na problem zaburzeń stanu odżywienia, a jej ogólnościowy zasięg dodatkowo zachęca do współdziałania.
13. Monitorowanie wybranych pomiarów antropometrycznych, biochemicznych i immunologicznych daje nie tylko możliwość oceny stanu odżywienia pacjentów przewlekle chorych, ale może mieć również kluczowe znaczenie we wczesnej diagnostyce powikłań i rokowaniu.

Całość cyklu publikacji należy ocenić bardzo wysoko. Część prac ma charakter całkowicie nowatorski, a wnioski mają dużą wartość praktyczną.

Aktywność naukowa realizowana w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury, w szczególności zagranicznej.

1. Grant Młodego badacza WUM w 2007 NZF/WB1/07 „Wpływ stanu odżywienia na funkcje układu immunologicznego pacjentów przewlekle hemodializowanych ze szczególnym uwzględnieniem cytokin prozapalnych” oraz kontynuacja tematu: Grant Młodego badacza WUM 2008 NZF/WB1/08
2. Grant międzynarodowy (Polska, Litwa, Łotwa) finansowanie NCBiR zrealizowany w ramach projektu EUREKA, E! 4449 AKTINIDIA. Temat zadania „Zachowania konsumentów wobec innowacyjnych wyrobów czekoladowanych”. Opracowanie nowej technologii produkcji wyrobów czekoladowanych. Realizacja 1.07.2009-30.11.2011, współwykonawca
3. Grant „Występowanie niedożywienia wśród hospitalizowanych pacjentów oraz jego wpływ na wyniki leczenia szpitalnego. Analiza porównawcza wyników badania „NutritionDay” przeprowadzonego w Polsce na tle innych krajów biorących udział w badaniu” NZV/PM1/18, opiekun grantu.

UCZESTNICTWO W MIĘDZYNARODOWYCH BADANIACH NAUKOWYCH

- Grant międzynarodowy (Polska, Litwa, Łotwa) finansowanie NCBiR zrealizowany w ramach projektu EUREKA, E! 4449 AKTINIDIA. Temat zadania „Zachowania konsumentów wobec innowacyjnych wyrobów czekoladowanych”. Opracowanie nowej technologii produkcji wyrobów czekoladowanych. Realizacja 1.07.2009-30.11.2011, współwykonawca.
- Polskie Centrum Pomocy Międzynarodowej (PCPM) – członek zespołu lekarzy pracujących i organizujących metodycznie i technicznie prace ośrodka pomocy

medycznej przy Szpitalu WHO dla uchodźców syryjskich stacjonujących na terenie Libanu – grudzień 2019.

Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę

Kandydatka jest członkiem Rady Programowej Kierunku Dietetyka WUM. Jest koordynatorem przedmiotów:

- Żywnienie kliniczne dla Kierunku Dietetyka
- Dietetyka dla Kierunku Fizjoterapia

Prowadzenie zajęć z niżej wymienionych przedmiotów:

- Podstawy dietetyki klinicznej (wykłady, seminaria i ćwiczenia) dla II i III roku Dietetyki, studia I stopnia, stacjonarne.
- Ćwiczenia z dietetyki klinicznej (zajęcia praktyczne ze studentami w Klinice Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii), dla III roku dietetyki, studia I stopnia.
- Fizjologia żywienia człowieka, I rok dietetyki, studia stacjonarne i niestacjonarne, II stopnia (wykłady, seminaria).
- Dietetyka kliniczna (leczenie dietetyczne chorób niezakaźnych, alergię i nietolerancje) I rok dietetyki, studia uzupełniające II stopnia (wykłady i seminaria).
- Żywnienie kobiet ciężarnych, karmiących i niemowląt I rok, studia uzupełniające II stopnia (wykłady, seminaria).
- Dietoprofilaktyka i leczenie dietetyczne chorób niezakaźnych i żywieniowo zależnych II rok dietetyki, uzupełniające II stopnia (wykłady, seminaria).
- Żywnienie Kliniczne II rok, studia uzupełniające II stopnia.
- Dietetyka dla studentów kierunku Fizjoterapia (studia magisterskie, Wydział Medyczny).

- W ramach szkoleń prowadzonych przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wykłady podczas kursu specjalizacyjnego z diabetologii „Zasady żywienia chorego na cukrzycę” oraz kurs specjalistyczny „Żywienie osób starszych”.

Działalność popularyzująca wiedzę

- Wykład dla lekarzy diabetologów na zlecenie firmy NovoNordisk „Zastosowanie nowych insulin – opisy przypadku” czerwiec 2020.
- Wykład w trakcie Szkoły Pompowej Medtronic pt. „Zasady żywienia osób z cukrzycą” czerwiec 2020.
- Aktywny członek programu „Warszawski Uniwersytet Medyczny – Moda na zdrowie”.
- Aktywny uczestnik letnich pikników „Warszawski Uniwersytet Medyczny mieszkańcom Warszawy” odbywających się na Rynku Nowego Miasta, w trakcie którego mieszkańcy mogli uzyskać konsultacje specjalistyczne, porady dietetyczne, dokonać pomiarów składu ciała itp.
- 2014-2018 Współpraca z Polską Federacją Producentów Żywności Związek Pracodawców. Wykłady pt. Niskokalorycznych substancji słodzących na licznych Konferencjach .
- Współpraca z Narodowym Funduszem Zdrowia w ramach Norway Grants – wsparcie merytoryczne przy tworzeniu aplikacji mobilnej dla pacjentek z cukrzycą ciążową Sweet Pregna.
- Webinary dla pacjentów nagrane dla firmy Alab: pt. „Cukrzyca”, „Insulinooporność”.
- Uczestnik 28 eksperckich wystąpień telewizyjnych dotyczących problematyki zdrowia

Pytanie na śniadanie TVP 1, Telewizja Republika „Cukrzyca”, Dzień dobry TVN
„Światowy dzień Cukrzycy”, TVN „Wiem co jem, wiem co kupuję” Program o cukrze
w diecie, TVN „Dieta czy cud”- udział w dwóch odcinkach programu: Mity
dietetyczne i program o dietach niskowęglowodanowych.

Za swoją działalność Kandydatka została wielokrotnie odznaczona:

- „Kryształowy Lancet”. Nagroda Samorządu Studenckiego Nauczyciel Roku Wydział
Nauki o Zdrowiu 2014 dla najlepiej ocenionego nauczyciela akademickiego w
ankiecie studenckiej.
- Nagroda Rektora WUM indywidualna III stopnia za osiągnięcia naukowe –
październik 2010.
- III nagroda w Konkursie na najlepszą pracę o problemach żywienia w chorobach
nerek organizowanym przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego
oraz firmę Fresenius-Kabi. Białystok 2004- Gellert R, Jeznach-Steinhagen A.
Bezpieczna dieta niskobiałkowa. Nefrologia i dializoterapia polska 2004, 8 (4); 137-
140.

Ocena punktowa dorobku naukowego

Dr Anna Jeznach-Steinhagen jest autorem lub współautorem 53 publikacji, w tym 21 prac
oryginalnych (w tym 12 opublikowanych w czasopiśmie znajdujących się w bazie Journal
of Citation Reports JCR, IF=20,727), 32 prac poglądowych (w tym 2 opublikowane w bazie
JCR, IF=1,915). Jest też autorem lub współautorem 2 publikacji znajdujących się w
suplementach oraz 19 rozdziałów w podręcznikach, w tym 1 rozdział w podręczniku
międzynarodowym. Jest redaktorem naukowym 1 podręcznika.

Łączna punktacja: Impact factor – 22,642 pkt, MNiSW 702 pkt.

W osiągnięciach pozostałych poza głównym: Impact Factor – 13,886 pkt, MNiSW – 509 pkt.

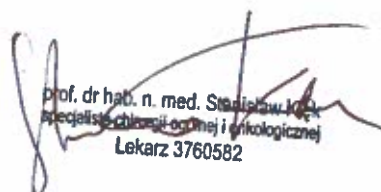
Liczba cytowań bez autocytowań z dnia 10.12.2020 z bazy Web of Science 20 (Indeks Hirscha 3), z bazy Scopus 46 cytowań (Indeks Hirscha 4)

Podsumowanie

Podsumowując, dr n. med. Anna Jeznach-Steinhagen to w pełni ukształtowany, samodzielny pracownik naukowy, wszechstronny lekarz, sprawny organizator, doświadczony badacz i ceniony dydaktyk. W mojej ocenie Kandydatka spełnia wszelkie wymogi formalne i merytoryczne wynikające z art. 219 ust. 1. pkt 2b ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce* (Dz. U. z 2018 r. poz. 1668 ze zm.).

Wobec powyższego z pełnym przekonaniem popieram starania dr n. med. Anna Jeznach-Steinhagen o nadanie tytułu naukowego doktora habilitowanego w dziedzinie nauki medyczne w dyscyplinie nauki medyczne.

Kraków, 12 lipca 2021 roku



prof. dr hab. n. med. Stanisław Kozłowski
specjalista chorób ogólnych i onkologicznej
Lekarz 3760582