P-HO-1365/30.09.2026

СТАНОВИЩЕ

относно дисертационен труд за придобиване на ОНС „доктор“

от проф. д-р Росен Кирилов Николов, дм , Началник Клиника по гастроентерология, УМБАЛ „Св. Иван Рилски“, МУ-София
(академична длъжност, три имена, научна степен и научна организация)

Професионално направление	7.1. Медицина
Докторска програма	Гастроентерология
Докторант	д-р Константин Иванов Желязков
Форма на обучение	самостоятелна подготовка
Обучаващо звено	Втора катедра по вътрешни болести, Секция „Гастроентерология“, Медицински факултет, Медицински университет – Пловдив
Дисертационна тема	„Оценка на честотата и малигнения потенциал при пациенти с Баретов хранопровод“
Научен ръководител	проф. д-р Владимир Андонов, дм, Медицински университет – Пловдив

1. Общо представяне на процедурата и докторанта

При оценката разграничавам формалната редовност на процедурата от научните качества на представения труд. В първото отношение досието е достатъчно и проследимо: съдържа документите за статута и обучението на докторанта, резултата от докторантския минимум, решенията на катедрените органи, дисертацията, автореферата, публикационния списък и декларацията за оригиналност. Представеният комплект дава основание процедурата да продължи към публична защита.

Д-р Константин Иванов Желязков е обучаван в самостоятелна форма между 15.02.2023 и 15.02.2026 г. Изпитът по специалността е положен на 12.06.2025 г. с оценка Отличен 6,00. На 27.11.2025 г. разширеният катедрен съвет приема дисертационния труд с 24 положителни гласа. Тези данни удостоверяват изпълнението на съществените етапи от подготовката.

Разработката съдържа 151 страници, 15 таблици, 44 фигури и 200 литературни източника. Към нея са представени девет публикации. Клиничната насоченост на темата, съчетана с ендоскопския опит на докторанта, е логично продължение на професионалното му развитие в гастроентерологията.

2. Актуалност на тематиката

Диагнозата Баретов хранопровод не е само морфологичен етикет; тя поражда дългосрочни решения за контролни ендоскопии, биопсии и лечение. Съвременното предизвикателство е двойно: да не бъде пропусната малката група с реален риск от неопластична прогресия и едновременно с това да не се натоварват ненужно пациентите с нисък риск. Именно това прави темата клинично значима.

Честотата на установяване зависи от профила на насочените пациенти, използваната ендоскопска дефиниция и морфологичните изисквания. Поради тези различия местните клинични данни имат собствена стойност, когато са представени с ясно посочена изходна група. Настоящото проучване предлага такава информация за реалната практика в две

лечебни структури и е актуално както за науката, така и за организацията на проследяването.

3. Познаване на проблема

Литературният обзор показва владеене на трите равнища на проблема – клинично, ендоскопско и морфологично. Последователно са разгледани рефлуксното увреждане, възникването на метаплазия, степенуването на дисплазията и връзката с езофагеалния аденокарцином. Отделено е място на рисковите фактори, съвременните образни възможности, биомаркерите, скрининга и ендоскопското лечение.

Съществено качество е разбирането, че различните определения за Баретов хранопровод водят до различни резултати. Докторантът обсъжда ролята на интестиналната метаплазия, начина на биопсиране и необходимостта от надеждна патологична оценка. Литературата е използвана като рамка за вземане на научни решения и за преценка на собствените резултати. Това надхвърля обикновеното рефериране и показва зряло познаване на предмета.

4. Методика на изследването

Методологичното ядро е двустепенно: изходна група от 880 ендоскопирани пациенти и обособена група от 183 случая на Баретов хранопровод за периода 2017–2024 г. Тази конструкция позволява едновременно да се изчисли делът в конкретната ендоскопска кохорта и подробно да се опишат положителните случаи. В анализа са включени демографски данни, симптоми, придружаващи заболявания, ендоскопска картина и хистология.

Процедурите включват прицелно пробовземане от видими изменения, системни четириквадрантни биопсии и описание чрез Пражката C&M класификация. Хистологичната оценка обхваща типа метаплазия и степента на дисплазия. Подбраните статистически средства – описателен анализ, сравняване на пропорции, тестове за категорийни показатели и логистична регресия – съответстват на характера на наличните данни.

Методиката е подходяща за поставените описателни и сравнителни задачи. Тя не позволява причинни заключения, оценка за населението като цяло или точно измерване на риска от прогресия във времето. Това не е дефект на самите резултати, а граница на ретроспективния дизайн, която трябва да присъства при тяхното тълкуване.

5. Характеристика и оценка на дисертационния труд и приносите

Стойността на дисертацията не се състои в предлагането на нова ендоскопска техника, а в дисциплинираното изследване на значителен материал от ежедневната практика. Структурата е подчинена на изследователския въпрос, резултатите са онагледени, а обсъждането търси клиничния смисъл на установените зависимости. За да не преразказвам главите, обобщавам оценката си по четири показателя:

Доказателствена основа	Осемгодишен период, 880 ендоскопирани лица и 183 подробно характеризирани случая; достатъчен материал за описателен анализ.
Диагностична свързаност	Ендоскопските наблюдения са съпоставени с морфологията, дисплазията и клиничните особености, вместо да бъдат разглеждани изолирано.
Интерпретируемост	Използвани са груповите знаменатели при сравненията, а основните числови резултати могат да бъдат проследени до изходната кохорта.

Граници на обобщението	Резултатите са приложими към изследваната болнична група; ретроспективният подбор и различното проследяване ограничават по-широки заключения.

Ключовите резултати са клинично четими. Баретов хранопровод е установен при 183 от 880 пациенти, или 20,8% от изследваната ендоскопска група. При мъжете делът е 87/406, а при жените – 96/474, без значима разлика (p=0,668). Средната възраст е 57 ± 15,81 години, медианата е 59 години, като възрастта се очертава като по-съществен разграничител от пола.

Диспластични изменения са намерени при петима пациенти – четири нискостепенни и едно високостепенно. Регистрирани са единични случаи на езофагеален и стомашен аденокарцином, които коректно следва да се представят като находки в кохортата, а не като автоматично доказана прогресия от Баретов сегмент. Морфологично доминира гастралният тип цилиндрична метаплазия (178 случая), докато специализирана интестинална метаплазия е отчетена при петима пациенти.

Коморбидността е важна част от клиничния профил: 156 пациенти имат поне едно придружаващо заболяване, а 98 – повече от едно. Този резултат насочва към необходимостта решенията за наблюдение да бъдат съобразявани не само с находката в хранопровода, но и с общото състояние на пациента.

Приносна стойност

1. Систематизиран е собствен български клиничен материал, който свързва изходната ендоскопска група с детайлния профил на случаите на Баретов хранопровод.
2. Представено е коректно сравнение по пол чрез използване на броя на всички ендоскопирани мъже и жени, а възрастовите характеристики са анализирани отделно.
3. В единна оценка са обединени метаплазията, дисплазията, установените неоплазии и съпътстващите заболявания, което разширява практическата интерпретация.
4. Очертани са конкретни предпоставки за бъдещ регистър и за по-стандартизирано проспективно наблюдение на тези пациенти.

6. Преценка на публикациите и личния принос на докторанта

Публикационната активност включва девет труда – пет обзорни статии и четири представяния на клинични случаи. Те покриват основните направления на дисертацията: диагностика и проследяване на Баретов хранопровод, рефлуксна болест, карцином на хранопровода, биомаркери, скрининг и редки клинични комбинации. По този начин публикациите не са формално приложение, а свидетелстват за последователно разработване на темата.

Докторантът е първи автор и в деветте труда. Това обстоятелство, заедно с тематичното съответствие и декларацията за оригиналност, подкрепя оценката ми за съществено лично участие в набирането и подреждането на информацията, ендоскопската диагностика, интерпретацията и написването на разработката. Личният принос приемам за ясно разпознаваем и достатъчен за дисертационен труд.

Бележки с оглед бъдещо развитие

На първо място, думата „честота“ следва винаги да бъде придружавана от уточнението, че се отнася до селектирана ендоскопска кохорта. На второ място, наличните дисплазии и неоплазии позволяват описание на малигнения потенциал, но не и числено предвиждане за отделния пациент. За следващо проучване бих препоръчал предварително определен график на наблюдение, еднаква дефиниция на Баретов хранопровод, подробно измерване

на сегмента и втори експертен патологичен прочит при дисплазия. Полезна остава и финална техническа проверка за пълно съвпадение между дисертацията и автореферата.

7. Автореферат

Авторефератът е 35 страници и изпълнява функцията на информативна карта на проведеното изследване. Той представя основанието за темата, целта и задачите, материалите и методите, водещите резултати, изводите и приносите. Списъкът съдържа девет публикации и е съгласуван с отделно представената публикационна документация.

Съотношението между резюме и доказателствен материал е добро: текстът е достатъчно кратък за самостоятелно запознаване, но не пропуска числата, необходими за оценка на заключенията. Авторефератът отразява съдържанието на дисертацията по същество и отговаря на предназначението си.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

След цялостна оценка приемам, че силните страни на разработката убедително преобладават над ограниченията, присъщи на ретроспективния дизайн. Дисертацията съдържа собствени резултати, научно-приложни приноси и ясна практическа насоченост. Направените изводи са подкрепени от представения материал, когато се тълкуват в рамките на изследваната ендоскопска кохорта.

Трудът, авторефератът и публикациите удовлетворяват изискванията на Закона за развитието на академичния състав в Република България, Правилника за неговото прилагане и Правилника на Медицински университет – Пловдив. Д-р Константин Иванов Желязков демонстрира необходимата теоретична подготовка, клинична компетентност и способност самостоятелно да организира и представя научно изследване по гастроентерология.

Давам положителна оценка на дисертационния труд и предлагам на научното жури да присъди на д-р Константин Иванов Желязков образователната и научна степен „доктор“ по докторска програма „Гастроентерология“, професионално направление 7.1. Медицина.

Заличено на основание
Чл.5 §1, б.“В“ Регламент (ЕС)2016/679

30.09.2026 г., гр. София

Изготвил становището: .

Проф. д-р Росен Николов, дм
(акад. дл., име и фамилия, н. ст.)