

До: Отдел „Кариерно развитие“
При Медицински университет – Варна

РЕЦЕНЗИЯ

на доц. д-р Пламен Милчев Чернополски, д.м.н.

Във връзка с обявен конкурс за заемане на Академична длъжност **„Професор“**, област висше образование 7. „Здравеопазване и спорт“ по професионалното направление **7.1. Медицина** и научна специалност **„Хирургия“** за нуждите на Катедра Хирургични болести на МФ, Клиника по хирургия към УМБАЛ „Св. Марина - ЕАД при МУ – Варна.

от проф. д-р Росен Евгениев Маджов, д.м.н.

Втора клиника по хирургия, УМБАЛ „Св. Марина” - Варна

Катедра по хирургически болести, МУ – Варна

1. Сведения за процедурата:

След решение на ФС и АС на МУ – Варна конкурсът за АД **„Професор“** по специалност **„Хирургия“**, Професионално направление **7.1. Медицина**, област на висше образование 7. Здравеопазване и спорт, е обявен в ДВ – бр. 15 / 21.02.2025 год.

С решение на ФС на МФ (протокол №37/31.03.2025) и Заповед на Ректора на МУ - Варна (№ Р-109-196 от 16.04.2025) съм определен като вътрешен член на Научното жури за МУ-Варна.

С Протокол № 1 от 30.04.2025 от заседание на НЖ съм определен да изготвя официална рецензия.

За участие в конкурса за АД **„Професор“** са подадени документите само на един кандидат – доц. д-р Пламен Милчев Чернополски, д.м.н.

Получих всички необходими документи за изготвяне на рецензията.

Рецензията ми е съобразена със Закона за развитието на академичния състав в Р. България (ЗРАСРБ), Правилника за приложението му и Правилника на МУ – Варна.

2. Професионални данни на кандидата:

Доц. д-р Пламен Милчев Чернополски е роден на 17.01.1980 г.

Завършва медицина с отличен успех във МУ - Варна през **2005** г. – Диплома № 6851/1998 г.

2006 - 2011 – специализант по хирургия във Втора клиника по хирургия, УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна.

От **2008** - избран за асистент в Катедрата по Хирургически болести, МФ на МУ – Варна.

2011 - придобива специалност по *хирургия*.

2012 – магистър по *здравен мениджмънт* – МУ Варна

2015 - защитава дисертационен труд „Палиативни интервенции при малигнен иктер“, МУ – Варна, за което му е присъден Диплом за ОНС „Доктор“ (№102 от 17.05.2013 г.), по научна специалност **03.01.37** – „Обща хирургия“.

2016 - заема АД "*Доцент*" по хирургия, към КХБ, МУ-Варна (№0132/16.12.2016)

2023 (Ноември) – Началник Втора клиника по хирургия

2024 - защитава успешно дисертационен труд за придобиване на НС „Доктор на науките“.

2024 - Ръководител на УС по Коремна хирургия към КХБ, МУ-Варна

Доц. Д-р Пламен Чернополски, д.м.н. има множество следдипломни квалификации и курсове във водещи Европейски центрове:

2017 - Chirurgia Generale e del Pancreas Policlinico “G.B. Rossi” Verona, Italy

2017 - 11-th European digestive surgery postgraduate course Budapest, Hungary

2017 - Laparoscopic suturing course Herceghalom, Hungary.

2020 - Department of Colorectal Surgery, Beaujon Hospital, Clichy, and University of Paris, France

2023 - Global Surgeon Summit Third Convention of Surgery Meril Academy, Gujarat, India

2023 - IASGO Pre-congress course - IOUS & ablations in liver tumors. Verona, Italy

2023 - International postgraduate course: “Hepatocellular carcinoma - multidisciplinary approach” - Military Medical Academy – Sofia, Bulgaria

2024 - Core Skills in Laparoscopic Surgery course – Surgical Skill Center, Ninewell Hospital, Dundee, Scotland

2024 - THD Endo-Anal, Endo-Rectal & Pelvic Floor Ultrasound Course Webinar – Rome, Italy

2024 - New perspectives in Hepatobiliary and Pancreatic surgery advanced course – IRCAD, Strasbourg

2025 - Balkans Gi Summit in Hepatobiliary&Gastic cancers Zagreb, Croatia

2025 - Emergency Surgery course (ESC) – Graz, Austria

Доц. д-р Пламен Чернопольски, д.м.н. е член на:

- Българското хирургическо дружество - член на Управителния съвет.
- Член на ред. колегията на списание „Хирургия“
- СУБ – Варна
- БЛС
- IASGO (Int. Association of Surgeons, Gastroenterologists & Oncologists)
- European Digestive Surgery
- European Association for Endoscopic Surgery

Доц. д-р Пламен Чернопольски, д.м.н. владее писмено и говоримо – английски и френски.

3. Оценка на количествените и качествените научни показатели:

Наукометрични показатели

(за участие в конкурса за АД „Професор“)

- | | |
|---|------|
| • Дисертационен труд за ОНС „доктор“ | - 1 |
| • Дисертационен труд за д.м.н. | - 1 |
| • Публикации в реферирани и индексирани
в световно известни база данни научни списания | - 23 |
| • Публикации в нереферирани научни списания | - 19 |
| • Участия в световни и международни конгреси | - 24 |
| • Участия в национални конгреси и конференции | - 26 |

т.е. общо 94

Д-р П. Чернопольски е защитил дисертационен труд *„Палиативни интервенции при малигнен иктер“*, МУ – Варна, за което му е присъден Диплом за ОНС *„Доктор“* (№ 102/20.05.2015 г.) по научна специалност 03.01.37 – *„Обща хирургия“*.

Доц. д-р П. Чернопольски защитава успешно дисертационен труд *„Интраабдоминални абсцеси“* за придобиване на НС *„Доктор на науките“*. Диплома № 636 от 21.05.2024 г. Дисертацията е оценена по достойнство от официалните рецензенти и е с изразена тежест и ниво, има научен и научно-приложен характер.

От реалните **42** публикации за участието в конкурса на доц. д-р Пламен Чернопольски разпределението е съответно:

- първи автор	- 8 (19%)
- втори автор	- 20 (48%)
- трети/пореден	- 14 (33 %)

Публикациите в международни медицински списания са в:

Surgery, Gastroenterology and Oncology; Surgical Endoscopy; International Case Reports Journal; International Clinical and Medical Case Reports Journal; International Journal of Gastroenterology; Journal of IMAB–Annual Proceeding Scientific Papers; Trakia Journal of Sciences, което има важно значение и допринася за популяризирането на постиженията на българските хирурзи по света.

Резултатите от научно-изследователската дейност на кандидата са докладвани на **50** научни форума в България и в чужбина.

4. Съответствие с минималните национални изисквания

Съгласно данните от Академичната справка на доц. д-р Пламен Чернопольски, д.м.н. изготвена от библиотеката на МУ – Варна / №133 от 01.04.2025/ и съответствието съобразно минималните национални критерии в Област 7. Здравеопазване и спорт, *Професионално направление 7.1 Медицина – Медико-клинична област* – Общият брой точки по всички показатели от представената справка надвишава значително критериите.

Тринадесет от научните публикации за покриване на минималните национални изисквания за АД „Професор“ са индексирани в световни бази данни (Scopus, Web of Science) (Г7.1-Г7.13) – **272 т.** при минимални изисквания **80 т.** за клиничните дисциплини, а 19 са в не-реферирани списания с научно рецензиране (Г8.1-Г8.19) **103,54 т.** при общ брой точки **375,54 т.** при задължителен минимум за МУ-Варна – **200 т.**

При показател **Е** / придобита научна степен, обучение на стажанти, специализанти и докторанти, придобита специалност – общо показатели **Е13-Е22 – 150 т.**

Цитираност:

Цитиранията отразяващи научната активност на кандидата за АД „Професор“ по справката от Медицинска библиотека – Варна /показател **Д 10-12** - с представен списък цитации на трудовете на доц. Пламен Чернопольски / са **22 (195 т.)**

Представената научна продукция е абсолютно достатъчна по обем за участие в конкурса и отговаря на критериите приети в МУ - Варна.

Преобладаваща тежест имат теми от областта на: жлъчно-чернодробната и панкреатична хирургия, заболяванията на тънкото и дебелото черво, спешната хирургия, стомашната хирургия, меланом, невроендокринните тумори, което съответства и на основната дейност в клиниката, в която работи кандидата.

5. Оценка на приносите в научно-приложната и лечебна дейност:

Заболявания на хепатобилиарната система:

- **Лечение на пациенти с чернодробен абсцес (В4.6)** - Чернодробният абсцес и неговите усложнения са едни от често срещаните проблеми в хирургичната практика. Анализирани са резултатите от лечението на 26 п. с чернодробен абсцес. УЗД е използвана за определяне броя, размера и местоположението на абсцесите и за евентуална перкутанна аспирация. Използвани са три вида дренажни техники: перкутанен дренаж под УЗВ или КТ контрол (със или без поставянето на катетър) (9 п.), хирургичен дренаж (16 п.) и дренаж чрез ERCP (един). Ранното диагностициране и лечение е решаваща стъпка в лечението. Правилният избор на хирургичната тактика, доброто познаване на проблема и анатомичните особености, както и наличието на висококвалифициран екип са основните предпоставки за благоприятни терапевтични резултати. Статията е с научна и практико-приложна стойност.

- **Постхолецистектомичен синдром (В4.7, В4.9)** - Представят се диагностично-терапевтични стратегии и методи на лечение при пациенти с ПХС с оглед оптимизиране на крайните резултати и намаляване на усложненията и смъртността. Увеличаването на броя на лапароскопските холецистектомии в световен мащаб доведе до увеличаване на броя на пациентите с ПХС, което изисква нов подход към този проблем. Най-честите жлъчни прояви на ПХС са: увреждания на жлъчните пътища (УЖП) и билиоми или холедохолитиаза, субтотална холецистектомия и остатък от ductus cysticus. Диагностиката и лечението на ПХС изискват интердисциплинарен подход и трябва да се извършват в центрове, специализирани в лечението на жлъчната патология.

- **Хеморагичен холецистит (Г7.1)** – представени са 2 случая на хеморагичен холецистит установени интраоперативно на фона на рак на

жлъчния мехур. Хемобилията е описана за първи път през 1948 г. Рисквите фактори включват билиарни неоплазии, системни заболявания, коагулопатии. Често се установява прием на антикоагуланти. Хемобилията трябва да се им предвид при пациенти с болка в десен горен коремен квадрант, жълтеница и кървене от ГИТ (триада на Quinckie).

- **Ятрогенни лезии при лапароскопска холецистектомия (Г7.10)** – представена е серия от 69 п. за периода между 2001 и 2021 г. При всички пациенти е извършена реконструктивна операция на жлъчните пътища. Доброто познаване на анатомията и правилната хирургична техника са в основите на превенцията, ранното диагностициране и адекватна корекция.

- **Постоперативни пиогенни чернодробни абсцеси – стратегия за поведение (Г8.3)** – представена е серия от 47 случая на ПОЧА за период от 15 г. (2001-2016). Установена е връзката между билирагията и формирането на ПОЧА – наличието на жлъчни стриктури, исхемия на билиодигестивната анастомоза, инфектирана жлъчка, големи чернодробни резекции. Установен е алгоритъм на лечение включващ перкутанен или хирургичен дренаж, комбиниран с антибиотично лечение.

- **Съвременен диагностичен и терапевтичен подход при пациенти с билиодигестивни фистули и билиарен илеус (Г8.4).** Анализирани са диагностично-терапевтичния подход при пациентите с билиодигестивни фистули и билиарен илеус, с оглед подобряване на постоперативните резултати и снижаване на морбидитета и морталитета на тази група болни. Хоспитализирани и оперирани са 26 пациенти. БДФ и БИ са сериозен гериатричен проблем на съвременната билиарна хирургия и то най-често в порядъка на спешност. Основната причина за възникване на БДФ е холестазата в съчетание с деструктивен възпалителен процес. Предоперативната диагностика остава много трудна, поради липсата на специфични клинични и лабораторни показатели. Видът на оперативната интервенция при БДФ трябва да бъде строго индивидуализиран – в зависимост от етиологията, локализацията на фистулата и степента на изменение на органите участващи в образуването ѝ.

- **Усложнена чернодробна ехинококоза (Г8.7).** Анализирани са 12 г. период (2005-2017) с 121 п. с УЧЕ. Билирагия в постоперативния период е установена при 5 п-ти (4 мъже на възраст от 25 до 62 г. и жена на 15 г.). При всички пациенти е извършена отворена оперативна интервенция с извършване на ехинококектомия. При всички е установена комуникация

между кистата и билиарното дърво. При един от пациентите се е наложила релапаротомия.

- **Миниинвазивен подход при лечението на пациенти с пиогенен чернодробен абсцес (Г8.8)** – представена е серия от 36 п. лекувани само чрез миниинвазивни методи. Установени са основните симптоми – болка в дясно подребрие и фебрилитет – при 97,2%, иктер и палпираща се маса – при 30,6%. При 25 п. е извършен перкутанен дренаж, при 6 перкутанна аспирация, а при 6 лапароскопски дренаж. Използването на миниинвазивните методи за лечение на ПЧА е метод на избор, което позволява намаляване на броя на отворените операции, намаляване на следоперативните усложнения и намаляване на болничния престой.

- **Билио-бронхиални фистули – лечебна стратегия и постоперативно поведение (Г8.11)** – рядко усложнение, характеризиращо се с експекторация на жлъчка. Представена е серия от 11 пациента за период от 9 години, като при всички пациенти е налице анамнеза за ехинококоза или е установена такава при хоспитализацията. Установени са основните симптоми от страна на гръдния кош и билиарната система. Представен е алгоритъм за поведение включващ едно и двуетапен достъп, като мнението на авторите е едноетапен достъп в гръдната и коремната кухина – води до скъсяване на лечебния период и едновременно третиране на проблема и усложненията.

- **Флуоресцентна холангиография (Г8.13)** – съвременен метод позволяващ по –добра визуализация на екстрахепаталните жлъчни пътища (ЕХЖП), безопасен метод с препоръка за рутинно ползване от международни асоциации. Флуоресцентната холангиография значително повишава безопасността по време на ЛХ. Дисекцията в триъгълника на Calot е ключов момент при извършването на ЛХ – лошата визуализация на структурите е предпоставка за усложнения или конверсия. Подобряването на метода го превръща в рутинен и златен стандарт при извършването на ЛХ, но все още липсват достатъчно рандомизирани проучвания за времето на приложението му спрямо оперативната интервенция.

Заболявания на тънкото и дебелото черво:

- **Невроендокринни тумори на колон и ректум (В 4.8, Г7.7)** – представено е ретроспективно кохортно проучване при 32 пациенти (19 жени и 13 мъже) с диагноза NETs, на които са извършени хирургични интервенции във Втора клиника по хирургия в периода 2010 - 2022 г. Локализациите на са: дебело черво и ректум - 9 п., тънко черво - 6 п.,

стомах - 4 п., панкреас - 7 п., надбъбречни жлези - 2 п., чернодробни метастази - 4 п. Хистологичният тип е: невроендокринен тумор - 27, инсулином - 3, феохромоцитом - 2. Високодиференцираните тумори на ректума (< 2 см) са показани за ендоскопска резекция. Тумори с размери над 2 см се предлагат за хирургична резекция с по-висок риск за далечни метастази. Най-добрите резултати при лечението на НЕТ се постигат във високоспециализирани центрове, с участието на ендоскописти и хирурзи.

- **Усложнена дивертикулоза на дебелото черво (Г7.4, Г8.14)** - Усложнените форми на дивертикулит могат да се проявят с флегмон, сформирани абсцес, фистула, чревна непроходимост или перфорация. Само 5% от п-тите развиват симптоми на дивертикулит. Повечето възпалителни епизоди са неусложнени, но при 15-20% от случаите се усложняват с оформен абсцес. Извършен е ретроспективен анализ на пациенти с дивертикулоза на дебелото черво. Анализирани са демографските данни, тежестта на заболяването, хирургичните резултати: времето до интервенцията, възстановяване на пасажа, храненето, продължителността на хоспитализацията, усложненията, повторните интервенции и леталния изход. Дивертикулитът се класифицира като усложнен или неусложнен въз основа на: данни от анамнеза, тежест на клиничните симптоми и данни от образната диагностика. Въпреки че съществува консенсус за много леките и много тежките форми на дивертикулит, лечението на случаите със средна тежест често не се основава на доказателства, а се разчита на интуитивна преценка и субективни препоръки. Честотата на рецидивите при усложнен дивертикулит с абсцес изисква по-ясна оценка за екзактно лечение. Въпреки че наличните данни в литературата са ограничени, те все пак показват, че усложнен дивертикулит с абсцес е свързан с висока вероятност за оперативно лечение, докато консервативният подход може да доведе до хронични или рецидивиращи симптоми на дивертикулит.

- **Малигнена дебелочревна обструкция (Г7.5)** – извършен е анализ на клиничната характеристика, диагностично-лечебните процедури и изхода при пациенти с малигнен дебелочревен илеус. Идентифициране на рисковите фактори, свързани с усложнения и лоша прогноза. Ретроспективен анализ на 676 п. за период от 20 г. Оперативна интервенция с радикална резекция е извършена при 506 п. - 74,8% (в 24 % разширена чревна резекция). Палиативни интервенции са извършени при 170 п. (25,2%) – резекция на тумора + стома или само стома. Консервативно са лекувани 32 п. Направен алгоритъм за оперативно

лечение: при десностранна локализация на туморния процес се предпочита извършването на радикална хирургична резекция и първична анастомоза. Първична анастомоза при левостранен дебелочревен илеус трябва да се прилага при строго селектирани пациенти. Резултатите показват, че при напреднала обструкция и високорискови пациенти трябва да се предпочита операцията на Hartmann

- **Чревна инвагинация при възрастни (Г7.9, Г7.11)** - рядко заболяване, което се различава значително по етиология от същото заболяване при деца. При възрастни хора представлява около 5 % от всички случаи на инвагинации и е причина за около 1 % от всички пациенти с чревна непроходимост. При всички пациенти е установено подлежащо заболяване на червата причинило инвагинацията – най-често аденокарцином, голям полип, метастатични лезии. В представените серии съответно от 27 и 32 пациента са установени както тънкочревни, така и дебелочревни инвагинации. Всички са подложени на хирургична интервенция – резекция с анастомоза при тънкочревните и резекция с анастомоза или резекция с оформяне на колостома при дебелочревните.

- **Тънкочревни тумори (Г7.13, Г8.12)** – доброкачествените тънкочревни тумори са 3-6 %, а злокачествените 1-3 % от всички тумори на ГИТ. Обхваната е серия от 23 п. за период от 14 г. Хистологичният вид на тумора е – аденокарцином (56,5 %), ГИСТ (17,4 %), сарком – (9,3%), НЕТ – (8,7%) и лимфом – (8,1%). Диагностиката на тънкочревните тумори е трудна, поради атипично развиващата се клинична картина. Използването рутинно на КТ и ЯМР значително подобряват диагностиката на тези тумори. Операцията е единственият метод, позволяващ радикално лечение. Химиотерапия се препоръчва при малигнените тумори.

- **Чревни фистули. (Г8.6)** Повечето чревни фистули (75-80%) се появяват като усложнение на предходна коремна хирургия. Спектърът им варира от спонтанно затваряща се дебелочревна фистула до значително секретиреща ентерокутанна фистула, изискваща продължително лечение, парентерално хранене и сложна реконструктивна хирургия. Хоспитализирани са 26 п. с фистули на червата. Диагнозата е поставена с помощта на клиничната симптоматика, физикалния статус и образни изследвания (ултразвук, КТ и МРИ). Хирургичното лечение извършено при пациентите включва резекция на червата, последвана от латеро-латерална или край – в – край анастомоза, извеждане на стома и в някои случаи реконструкция на коремна стена с платно.

- **Периапендикуларни абсцеси (Г8.15, Г8.16).** Периапендикуларните абсцеси принадлежат към групата на усложнените интраабдоминални инфекции. Те са част от невисцералните интраабдоминални абсцеси и по своята същност представляват локални, ограничени форми на вторичен перитонит. Представени 46 п. с периапендикуларен абсцес за период от 2016-2020, с извършена апендектомия и дренаж. Изведен е алгоритъм за лечение – контрол на източника и ефективна антимикробна терапия. Според резултатът от микробиологичното изследване и е проведена антимикробна терапия със Цефалоспорини – втора и трета генерация, карбапенеми, флуорхинолони и Метронидазол за пет дни. Оперативните методи са утвърдени по отношение на адекватност и радикалност, рехоспитализации, локални и системни усложнения.

Херниология

- **Избор на оперативен метод за лечение при болни със следоперативни хернии (Г8.9).** Оперативното лечение на следоперативните хернии (инцизионни вентрални хернии) остава предизвикателство в настоящето на модерната хирургия с широки граници на документираните рецидиви, които според редица автори достигат честота до 45 % от случаите. Целта на изследването е да се обобщят и анализират резултатите от различните подходи при оперативното лечение на следоперативните хернии за 5-годишен период (2013-2017) Оперирани са 281 следоперативни хернии (93 мъже, 188 жени), от които рецидивните са 38 (мъже:жени – 0.41-1). В клиничната картина на планово оперираните водещи са били оплакванията от: различно изразена тежест, дискомфорт или интермитентни болки в областта на дефекта, горен диспептичен синдром. Реконструктивните операции на предна коремна стена при следоперативни хернии чувствително повишават качеството на живот. При избора на оперативна техника хирургът трябва да се стреми към индивидуализиране на подхода, вземайки под внимание множество фактори, свързани с възрастта и коморбидитета, пластичните възможности и собствения си клиничен опит.

- **Рецидивни постоперативни хернии (Г8.10).** Рецидивните постоперативни хернии са чест проблем в съвременната хирургична практика, възникващ в до 40 % от случаите след преходна пластика на коремната стена, като проблемът е свързан не само с хирургичната техника и използваните протезни материали, но и с множество пациент-свързани предразполагащи фактори. За 5-годишен период (2013-2017г.) са

оперирани 38 пациенти с рецидивни постоперативни хернии (мъже:жени-0.41-1), като повече от една трета от болните (14) са на възраст над 70 години. Най-голяма е групата на пациентите с рецидивна евентрация след първична операция на билиарния тракт - 5 след ЛХ, 5 след отворена холецистектомия и 1 след билиарен перитонит. Те са голямо предизвикателство пред хирурга, тъй като за 18 % от изследваната група това е поредна (>2) пластика на предна коремна стена. Реконструктивните операции на постоперативните вентрални хернии представляват значим и все още дискутабилен въпрос в съвременната херниология със сериозни медицински, но и социално-икономически последици. Пациентите с по-висок риск за рецидивизиране са тези със затлъстяване, лош гликемичен контрол, ексцесивни размери на тъканния дефект и развиващи локални усложнения по време на ранния следоперативен период.

Клинични случаи, включително и редки патологии:

- **Фелиноза на слезката (В4.1)** - представя рядък случай на пациентка оперирана по повод на абсцес на слезката. Анамнестично – данни за домашен любимец – котка. Хистологичен резултат – абсцес на слезката причинен от *B. Bourgdorferi* - рядко срещана патология.

- **Тумор на Frantz (В 4.2)** - представят се три случая на изключително рядък тумор на панкреаса, оперирани в клиниката. Описани са: анамнезата, клиничната картина, образните методи, интраоперативната находка и хистологичните резултати. Извършен е преглед на световната литература – изключително рядък вид неоплазма на панкреаса. Дадени препоръки за лечение на този тип патология.

- **Малигнен меланом (В4.3, Г8.2)** - касае се за пациенти постъпили с клинична картина на тънкочревен илеус, или кървене от ГИТ, налична анамнеза за меланом – провеждали лечение, оперирани, извършена резекция с последваща анастомоза.

- **Абдоминална актиномикоза (В 4.4)** – представена е казуистика в коремната патология. Интрамуралната стомашна актиномикоза е изключително рядка клинична нозологична единица и обикновено първоначалният източник на инфекцията е неизвестен. Тази хронична инфекция има склонност да имитира злокачествени заболявания. Когато се установи клинично, това е доста трудна диагноза, която трябва да се направи преди получаването на хирургична проба. Въпреки че находките са неспецифични, актиномикозата трябва да се включи в диференциалната диагноза, когато КТ показва инфилтративна маса с необичайна

агресивност и плътно усилване с нехомогенен контраст, особено при пациенти с левкоцитоза, треска или продължителна употреба на вътрематочни контрацептиви. Принос с практико –приложен характер – предложен диагностично-лечебен алгоритъм.

- **Тънкочревен илеус на мястото на троакар (В 4.10)** – представен е клиничен случай на илеус причинен от „вмъкване“ на тънкочревна бримка на мястото на троакар от извършено няколко дни преди това лапароскопско отстраняване на миомен възел. Пациентката е оперирана по спешност. Извършена е резекция и анастомоза. Направен е преглед на световната литература и се заостря вниманието върху различен тип патология, резултат от масовото навлизане в хирургичната практика на лапароскопската хирургия и последващите рискове.

- **Хетеротопичен панкреас (Г7.2) (Г7.3) (Г8.1),** – случаи при пациенти с локализация в пилоро-антралната част (причиняващ непроходимост) и ектопичен панкреас в Мекелов дивертикул с картина на тънкочревен илеус. Описани са симптоматологията, проведените образни изследвания, оперативното лечение и е извършен преглед на световната литература.

- **Гастроинтестинални стромални тумори (GIST), (Г7.6, Г7.8)** – тумори представляващи 80 % от мезенхимните гастроинтестинални тумори. Представени са серии от пациенти с този тип тумори за периодите 2003 – 2014 – 41 пациента и 2003 – 2017 – 59 пациента. Изходът при този тип тумори силно зависи от размера на тумора и митотичната активност.

Други:

- **Ретроперитонеални мекотъканни саркоми (Г7.12)** – малигнени тумори с висока честота на рецидив, от които около 10-20 % са локализирани в ретроперитонеума. Извършен анализ на лечението на 51 п. с първичен или рецидивен сарком. Препоръчана агресивна хирургия във всички случаи. Установени фактори за добра прогноза – пълна резекция (ен блок) на туморната формация и нисък малигнен потенциал.

- **Остра коремна болка при пациенти в напреднала възраст (Г8.5)** – острата коремна болка при пациенти в напреднала възраст се различава значително от тази при млади пациенти. Анализирани са серия от 100 пациента – 59 мъже и 41 жени, анализирани са честотата на фебрилитета, повръщането, левкоцитозата и придружаващите заболявания. Откроена е диагностичната стойност на образните изследвания. Установени са специфичните особености на острата коремна болка в напреднала възраст, поради мезентериална тромбоза, остър панкреатит или остър апендицит.

- **Показания за оперативно лечение на острия панкреатит (Г8.17)** – необходимостта от оперативно лечение при острия панкреатит (ОП) е дискутабилна в продължение на повече от 100 години. През последните години диагностично-терапевтичната стратегия динамично се променя, съобразно критериите и системите за оценка на тежестта (Ranson, APACHE II, Glasgow, Marshall). Персистирането на мултиорганната недостатъчност на фона на консервативно лечение, се приема за индикация за оперативно лечение. Днес почти общоприето е, че оперативната интервенция трябва да се предприеме в колкото се може по-късен етап. Видовете извършвани интервенции са: отворена некректомия и мини-инвазивни процедури и дренаж. Усложненията включват фистули на панкреаса (50%), панкреасна недостатъчност (екзо- и ендокринна), чревни фистули и продължителна хоспитализация.

- **Първичен вторичен и третичен перитонит (Г8.18)** – перитонитът представлява остро възпаление на перитонеума. За първичен се приема дифузен бактериален перитонит, при който отсъства нарушаване на целостта на кух коремен орган, източникът на инфекция е екстра-перитонеален – спонтанен бактериален, туберкулозен, грануломатозни перитонити. Вторичен – възпалително или механично увреждане на целостта на ГИТ, разделя се на локализиран (абсцес), дифузен и тотален. Третичен – рецидивираща интраабдоминална инфекция при пациенти в критично състояние, след оперативни интервенции, често резистентна бактериална флора, получава се след първичен или вторичен перитонит. Извършен анализ на клиничните стадии – първи до 24 часа, втори – 24-72 часа и трети след 72 часа. Дадени препоръки за лечение - комплексно – хирургично, борба с шока, антибактериална терапия, адекватна нутриция.

- **Ликвидиране на източника на перитонита (Г8.19)** – като действие за контрол на източника “source control” е определена всяка интервенция насочена към елиминиране на септичния фокус, отстраняване на некротичните тъкани и възстановяване на оптималната анатомична функция. Важен детайл е времето – закъснялата интервенция често има за последиствие повишен морбидитет или леталитет. Основен принцип е тотален контрол над източника, колкото е възможно по-рано. Определен е комплекс от мерки включващ 1. Саниране и дренаж; 2. Дебридман и лаваж; 3. Възстановяване на нормалната анатомия и функция. Контролът се осъществява чрез хирургични и нехирургични (перкутанни пункция, евакуация и дренаж под УЗВ или КТ контрол) процедури. Разгледани са

процедурите за ликвидиране на източника според анатомичната локализация – горен ГИТ, долен ГИТ, хепатобилиарна система, панкреаса, след коремни травми и малкотазови абсцеси. Установено е, че чрез прилаганите принципи се постига не само минимизиране на рисковете за пациента, но благоприятства обстоятелствата за последваща реконструкция и възстановяване на оптималното качество на живот.

6. Учебно-преподавателска дейност:

Съгласно предоставената справка от МУ-Варна доц. д-р П. Чернопольски има преподавателски стаж от 15 г. 2 мес. и 22 дни към датата на подаване на документите. Той изнася лекции, води семинари и упражнения със студенти медици, специализанти и докторанти. Има участие в изпитни комисии: - студенти по медицина; държавен изпит по хирургия; колоквиуми на специализанти по хирургия; докторанти по хирургия; признаване на специалност по хирургия.

Освен това обучава специализанти, разработва учебни планове и програми. Участва в академични, научни и учебни съвети, оказва методична помощ на периферни лечебни заведения.

Учебната натовареност на доц. д-р Пламен Чернопольски съгласно представеното удостоверение (№ 112-45 от 28.02.2025 г.) от Учебният отдел на МУ-Варна е:

Учебна година	Лекции БЕО	Лекции АЕО	Упражнения БЕО	Упражнения АЕО	Общо аудиторна заетост
2020 - 2021	6 уч. ч.	2 уч. ч.	94 уч. ч.	389 уч. ч.	491 уч. ч.
2021 - 2022	14 уч. ч.	2 уч. ч.	38 уч. ч.	306 уч. ч.	360 уч. ч.
2022 - 2023	6 уч. ч.	0 уч. ч.	0	344 уч. ч.	350 уч. ч.
2023 - 2024	6 уч. ч.	0 уч. ч.	0	349 уч. ч.	355 уч. ч.

т.е. учебната му натовареност отговаря на всички критерии и е напълно достатъчна в контекста на участието му в настоящия конкурс за АД „Професор“.

7. Лечебно-диагностична дейност:

Д-р Пламен Чернопольски има АД „Доцент“. Той е Ръководител на УС „Коремна хирургия“ към КХБ, МФ на МУ – Варна, с постоянно работно място към Втора клиника по хирургия към УМБАЛ „Св. Марина“.

На базата на извлечение от оперативните журнали е изготвена справка за оперативната активност на доц. д-р Пламен Чернопольски за периода 2022-2024 г. - общо **1383** оперативни интервенции, от които **1029** като оператор. Анализът показва, че доц. д-р Пл. Чернопольски е извършвал основно хирургични интервенции с голям и много голям обем на сложност, като е извършвал и интраоперативни консулти.

Заклучение:

Доц. д-р Пламен Чернопольски, д.м.н. е утвърден хирург и преподавател, с натрупан опит - общо 18 г. и шест месеца стаж по специалността. От научните му трудове се извеждат важни практически и научни приноси на базата на проучен дългогодишен материал от диагностицирани и лекувани от него пациенти, въведени оперативни методики, разработени алгоритми за диагностика и терапевтично поведение.

Като Ръководител УС по Коремна хирургия участва в приемането и утвърждаването на учебни планове и програми. Той притежава опит в управлението на медицинската дейност – началник на Втора клиника по хирургия. Организира и контролира провеждането на учебната дейност и трудовата дисциплина. Следи и активно подпомага професионалното развитие на академичния състав и целия медицински персонал. Има стажанти, специализанти и докторанти под негово ръководство.

Всички посочени факти от професионалната биография, научната продукция, диагностично-лечебната и учебно-преподавателска дейност на доц. д-р Пламен Милчев Чернопольски, д.м.н., изцяло съответстващи на законовите изисквания в ЗРАСРБ, Правилника за приложението му, както и Правилника на МУ - Варна, ми дават достатъчно категорично основание да препоръчам на Научното жури да гласува **положително** и да му бъде **присъдена АД „Професор“** по научната специалност **„Хирургия“** за нуждите на Катедрата по Хирургични болести на МФ при МУ - Варна, на база Втора клиника по хирургия към УМБАЛ „Св. Марина" - Варна.

04.06.2025 г.
гр. Варна

Рецензент:

проф. д-р Р. Маджов, д.м.н.

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