

## **ОТЗЫВ ОФИЦИАЛЬНОГО ОППОНЕНТА**

**заведующего кафедрой физической и реабилитационной медицины с курсом клинической психологии и педагогики ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, доктора медицинских наук, доцента Гусаковой Елены Викторовны на диссертационную работу Костенича Виктора Сергеевича на тему «Восстановительное лечение пациентов с недержанием мочи после радикальной простатэктомии», представленную в диссертационный совет 24.2.318.11 при Федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.33 Восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия, медико-социальная реабилитация (медицинские науки).**

### **Актуальность темы диссертации**

Современная онкоурология сталкивается с важным клиническим парадоксом: чем успешнее становится ранняя диагностика и радикальное лечение локализованного рака предстательной железы, тем более значимыми для пациента оказываются функциональные последствия выполненного лечения. Радикальная простатэктомия позволяет решать ключевую онкологическую задачу, однако для значительной части пациентов послеоперационное недержание мочи становится самостоятельной медико-социальной проблемой, напрямую влияющей на качество жизни, повседневную активность и психологическое состояние.

В этом контексте представленная диссертационная работа имеет выраженную реабилитационную значимость, поскольку направлена на решение практически важной задачи: ускорение восстановления функции удержания мочи у пациентов после радикальной простатэктомии с использованием комплексной, персонализированной и технологически воспроизводимой программы восстановительного лечения.

В диссертационной работе обоснована высокая медико-социальная значимость восстановительного лечения пациентов с недержанием мочи после радикальной простатэктомии. Автор показывает, что в структуре заболеваемости раком предстательной железы сохраняется тенденция роста доли локализованных форм, что сопровождается увеличением числа выполняемых радикальных простатэктомий. Как следствие, закономерно возрастает и численность пациентов с послеоперационными осложнениями, среди которых недержание мочи занимает ведущее место.

В диссертации подчеркнуто, что недержание мочи после радикальной простатэктомии оказывает выраженное негативное влияние на качество жизни

и социальную реинтеграцию пациентов. При этом более раннее восстановление континенции ассоциировано с меньшим ущербом для повседневного функционирования пациентов, снижением тревожности и более быстрым возвращением к активности, тогда как длительное сохранение недержания мочи (более 3–6 месяцев) сопряжено с риском социальной дезадаптации и ростом экономических затрат, а также чаще требует в дальнейшем инвазивного лечения.

Автор рассматривает восстановительное лечение, как самостоятельный управляемый компонент маршрутизации пациента, что соответствует принципам пациент-ориентированной медицинской помощи. Достижение онкологического контроля должно сочетаться с восстановлением функции удержания мочи, повседневной активности и качества жизни пациента.

### **Степень обоснованности научных положений, выводов и практических рекомендаций**

Обоснованность положений диссертации обеспечена корректно выбранным дизайном: проведено проспективное, рандомизированное, контролируемое, одноцентровое, простое слепое клиническое исследование, направленное на оценку эффективности комплекса мероприятий восстановительного лечения у пациентов с недержанием мочи после радикальной простатэктомии.

Логика формирования выборки отражает практическую реализуемость протокола и прозрачность отбора: в итоговый анализ эффективности «по протоколу» включены 142 пациента (79 - группа стандартного восстановительного лечения, 63 - группа модифицированного восстановительного лечения). Случайная последовательность распределения формировалась с использованием генератора случайных чисел в Microsoft Excel. Выполнен чувствительный расчёт мощности, согласно которому при  $\alpha=0,05$  и численности групп  $n=79$  и  $n=63$  исследование обеспечивает мощность порядка 80% для выявления снижения частоты недержания мочи.

Критерии включения/невключения/исключения сформулированы детально и ориентированы на клиническую однородность когорты (в частности, включались мужчины после радикальной простатэктомии по поводу локализованной аденокарциномы предстательной железы, операция выполнялась одной хирургической командой, регламентированы возрастные рамки, предусмотрены условия соблюдения протокола и наличие информированного добровольного согласия, определены ограничения, связанные с тяжёлой сопутствующей патологией, противопоказаниями к методам лечения, развитием биохимического рецидива/прогрессирования и др.).

Важным аспектом обоснованности выводов является использование стандартизированного набора критериев эффективности и сопоставимых контрольных точек наблюдения (1, 3, 6 и 12 месяцев), а также

последовательная подача результатов по клинической логике: объективные показатели удержания мочи (включая 1-часовой тест с прокладками и оценку по системе ICS (International Continence Society - Международное общество по континенции), функциональные характеристики мышц тазового дна (перинеометрия) и показатели качества жизни (по опросникам EORTC QLQ-C30/QLQ-PR25), дополненные анализом времени до достижения континенции (кривые Каплана–Мейера).

#### **Достоверность и научная новизна исследования, полученных результатов**

Достоверность результатов подтверждается использованием рандомизированного контролируемого дизайна, регламентированных критериев отбора, контролируемых сроков наблюдения и применением стандартизированных инструментов оценки исходов. К числу значимых элементов обеспечения достоверности относится стандартизация хирургического фактора (операции выполнялись одной хирургической командой)

Научная новизна диссертационной работы обусловлена уточнением предоперационных предикторов развития недержания мочи в послеоперационный период и определением их пороговых значений, пригодных для стратификации риска на этапе предоперационного планирования. К таким факторам отнесены возраст пациента, индекс коморбидной патологии, а также морфометрические характеристики мембранозной части уретры по данным магнитно-резонансной томографии.

В диссертационном исследовании показано, что к началу восстановительного лечения у большинства пациентов сохранялись проявления недержания мочи, сопровождающиеся снижением показателей качества жизни, при этом исходно группы пациентов не различались по основным клинико-функциональным параметрам, что подтверждает их сопоставимость на этапе включения в исследование.

К числу новых результатов относится клиническая верификация преимуществ модифицированной программы восстановительного лечения, включающей тренировки мышц тазового дна с биологической обратной связью, электростимуляцию мышц тазового дна и скандинавскую ходьбу. Показано, что уже через 3 месяца доля пациентов без недержания мочи была выше в группе модифицированного лечения (74,6% в сравнении с 48,1%), а к 6 месяцам преимущество по восстановлению континенции сохранялось (84,1% в сравнении с 60,8%).

Дополнительно установлено, что медианное время достижения полной континенции составило 3 месяца в группе модифицированного лечения и 6 месяцев в группе стандартного лечения.

В более отдалённые сроки наблюдения межгрупповые различия по частоте недержания мочи нивелировались, что согласуется с представлением

автора о преимущественном влиянии предложенной программы на ускорение восстановления континенции в раннем послеоперационном периоде.

Безопасность разработанной программы подтверждена отсутствием серьёзных нежелательных явлений, связанных с проведением восстановительного лечения. Отмеченные отдельные эпизоды дискомфорта носили кратковременный характер и не требовали прекращения реабилитационных мероприятий.

#### **Значимость для науки и практики полученных автором результатов**

Теоретическая значимость исследования сформулирована автором как уточнение и развитие представлений восстановительной медицины о закономерностях формирования и регресса постпростатэктомического недержания мочи в раннем послеоперационном периоде, а также развитие принципов построения комплексного персонализированного немедикаментозного воздействия. Существенным вкладом является интеграция объективных и субъективных критериев исходов (тест с прокладками, перинеометрия, онкоурологические опросники качества жизни, анализ времени до достижения континенции), что повышает сопоставимость исследований и корректность сравнительной оценки эффективности восстановительного лечения.

Практическая значимость диссертации заключается в разработке прикладного комплекса восстановительного лечения, технологически адаптированного для амбулаторного и санаторно-курортного этапов (с определением сроков старта, структуры вмешательств, очередности процедур и контуров мониторинга). Клиническое значение результатов проявляется в ускорении восстановления континенции на горизонте 3–6 месяцев после радикальной простатэктомии и улучшении показателей качества жизни при благоприятном профиле безопасности, что имеет прямую ценность для маршрутизации пациентов и рационального распределения ресурсов реабилитационной службы.

#### **Соответствие диссертации паспорту специальности**

Представленная диссертационная работа соответствует паспорту научной специальности 3.1.33 – Восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия, медико-социальная реабилитация (медицинские науки).

По своему содержанию диссертация соответствует пунктам 1 и 2 направлений исследований паспорта специальности, предусматривающим разработку и применение немедикаментозных технологий медицинской реабилитации, а также изучение предикторов и критериев эффективности восстановительного лечения при реализации персонализированного подхода.

#### **Полнота освещения результатов в печати и личный вклад автора**

В диссертации указано, что по теме исследования опубликовано 7 научных работ, включая 1 статью, индексируемую в Scopus, 5 статей в изданиях, рекомендованных ВАК РФ, и 1 публикацию в базе РИНЦ. Также отражены результаты интеллектуальной и методической апробации: разработана база данных от 26.11.2024 г. RU2024625498, получена приоритетная справка от 24.11.2025 г. № 2025132727, подготовлены методические рекомендации по восстановительному лечению пациентов с недержанием мочи после радикальной простатэктомии.

#### **Личный вклад автора**

Автором лично разработан дизайн исследования, выполнены поиск и анализ литературы, отбор пациентов, проведение анкетирования и клинико-функционального обследования, инструктирование пациентов по применению комплекса восстановительного лечения, формирование базы данных и статистическая обработка результатов, анализ полученного материала, написание диссертации и подготовка публикаций.

#### **Структура диссертации, автореферат и организационные аспекты выполнения работы**

Диссертация имеет традиционную структуру, изложена на 130 страницах, включает введение, 4 главы, заключение, выводы и практические рекомендации; список литературы содержит 169 источников (33 отечественных и 136 зарубежных). Работа включает 19 таблиц и 4 рисунка.

Содержательно главы выстроены по логике решения поставленной цели: первая глава - обзор литературы (эпидемиология, этиопатогенез, клинические аспекты и подходы к восстановительному лечению). Вторая - материалы и методы (дизайн исследования, критерии отбора, методы обследования и лечения, статистическая обработка полученных результатов). Третья - характеристика пациентов и анализ предоперационных факторов как предикторов раннего недержания мочи. Четвёртая - оценка эффективности программы восстановительного лечения в контрольные сроки наблюдения, включая объективные и субъективные показатели, анализ времени достижения континенции и переносимость вмешательств.

#### **Соответствие содержания автореферата основным положениям и выводам диссертации**

Автореферат по своей структуре и содержанию соответствует диссертационной работе и отражает её основные положения. В нём представлены актуальность и степень разработанности проблемы, сформулированы цель и задачи исследования, изложены научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы, методология и методы исследования, а также основные результаты, полученные при сравнительной оценке стандартной и модифицированной программ восстановительного лечения пациентов с недержанием мочи после радикальной простатэктомии в различные сроки наблюдения. В автореферате приведены выводы и

практические рекомендации, сведения о публикациях по теме диссертации и обозначены направления дальнейшего развития исследования.

### **Связь работы с планом научно-исследовательской работы организации**

Исследование выполнено в рамках плановых научных работ Крымского федерального университета имени В. И. Вернадского по теме «Разработка методов комплексного диагностического сопровождения в лечебно-восстановительном процессе при инвалидизирующих заболеваниях» (№125040104662-7).

### **Рекомендации по использованию результатов и выводов диссертационной работы**

С учётом полученных результатов и предложенных практических рекомендаций, целесообразно рекомендовать внедрение разработанной комплексной программы восстановительного лечения в деятельность подразделений медицинской реабилитации, ЛФК и физиотерапии (амбулаторный и санаторно-курортный этапы), с акцентом на раннее начало и регулярный мониторинг эффективности по стандартизированным критериям.

В диссертации обосновано начало восстановительного лечения через 1 месяц после радикальной простатэктомии: при наличии недержания мочи после удаления катетера пациентам следует предлагать курс комплексной реабилитации. Подчёркивается, что первые 3–6 месяцев являются периодом максимальной эффективности. Рекомендуется комплексный подход (тренировки мышц тазового дна под контролем биологической обратной связи, кожная электростимуляция тазового дна и аэробные нагрузки умеренной интенсивности - скандинавская ходьба), ежедневное выполнение упражнений с сочетанием домашних тренировок и периодических занятий под наблюдением специалиста. Предложены контрольные точки мониторинга (1-часовой тест с прокладками, перинеометрия, дневники и опросники качества жизни).

Отдельным перспективным направлением практического применения является использование предоперационных предикторов для риск-стратификации (возраст, индекс коморбидности, морфометрические параметры уретры) как управленческого инструмента, позволяющего заранее выделять пациентов, нуждающихся в наиболее интенсивном и непрерывном реабилитационном сопровождении.

### **Достоинства и недостатки в содержании и оформлении диссертации**

К несомненным достоинствам работы следует отнести:

1. Актуальность исследуемой проблемы и её чёткую клиническую направленность на пациент-ориентированные исходы (континенция и качество жизни), а также на своевременную социальную реинтеграцию пациентов.

2. Методологически обоснованный дизайн исследования (проспективное рандомизированное контролируемое одноцентровое простое слепое исследование), наличие регламентированных критериев включения/исключения, стандартизированных контрольных точек наблюдения и комплексной оценки эффективности (объективные, функциональные и субъективные контуры результата).

3. Практическую применимость разработанной программы, включающей доступные немедикаментозные методики и сопровождаемой благоприятным профилем безопасности.

4. Наличие обоснованного инструментария риск-стратификации на этапе предоперационного планирования, позволяющего выстраивать более персонализированное восстановительное лечение для пациентов с недержанием мочи после радикальной простатэктомии.

Существенных замечаний по диссертационной работе Костенича В.С. не выявлено. Отмечаемые отдельные стилистические неточности и редакционные погрешности имеют технический характер и не снижают научной ценности представленного исследования.

При ознакомлении с диссертационной работой возник вопрос, имеющий преимущественно дискуссионный характер:

С учётом выявленных автором предоперационных предикторов раннего послеоперационного недержания мочи (возраста пациента, индекса коморбидности Чарльсона и морфометрических параметров мембранозной части уретры) планируется ли в дальнейшем использовать эти показатели не только для прогнозирования риска недержания мочи, но и для выбора интенсивности, длительности и состава программы восстановительного лечения?

В целом отмеченные замечания имеют характер направлений для дальнейшего совершенствования и развития предложенной программы и не влияют на итоговую положительную оценку диссертационной работы.

### **Заключение**

Диссертационная работа Костенича Виктора Сергеевича «Восстановительное лечение пациентов с недержанием мочи после радикальной простатэктомии» является завершённой научно-квалификационной работой, в которой решена актуальная научно-практическая задача повышения эффективности комплексного восстановительного лечения пациентов с постпростатэктомическим недержанием мочи за счёт разработанной и клинически апробированной программы, включающей немедикаментозные методы с доказанной клинической результативностью в ранние сроки наблюдения.

По актуальности, уровню методологической проработки, объёму выполненных исследований, научной новизне и практической значимости

полученных результатов представленная диссертация соответствует требованиям, предъявляемым к кандидатским диссертациям, а её автор заслуживает присуждения учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.33 - Восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия, медико-социальная реабилитация (медицинские науки).

Официальный оппонент,  
заведующий кафедрой физической и  
реабилитационной медицины с курсом клинической  
психологии и педагогики ФГБУ ДПО «Центральная  
государственная медицинская академия» Управления  
делами Президента Российской Федерации, доктор  
медицинских наук, доцент Гусакова Елена  
Викторовна

121359, Российская Федерация, г. Москва, ул.  
Маршала Тимошенко, д. 19, стр. 1а.

Адрес электронной почты: gusakova07@mail.ru;

Телефон: +7(916) 969-98-96.

Гусакова Елена Викторовна

07.05.2026

(подпись)

Подпись Гусаковой Елены Викторовны заверяю.

Ученый секретарь ФГБУ ДПО «Центральная  
государственная медицинская академия» Управления  
делами Президента Российской Федерации



(подпись)

Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного  
профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия»  
Управления делами Президента Российской Федерации (ФГБУ ДПО «ЦГМА»)

121359, Москва, улица Маршала Тимошенко, дом 19, стр. 1А Филиалы образовательной  
организации

Тел.: +7 499 149-58-27, e-mail: info@cgma.su, сайт: https://cgma.su/