

Uroginekologia zapewnia kobietom kompleksową opiekę. Powinna być oddzielną specjalnością

O roli uroginekologii, która w Polsce nie została dotąd uznana za specjalizację, wzroście ryzyka NTM u kobiet po porodzie oraz skuteczności zabiegów neuromodulacji nerwów krzyżowych z prof. Ewą Barcz, kierownik Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, rozmawia Tomasz Michałek

Pani Profesor, jestem pod dużym wrażeniem zmian, jakie nastąpiły od czasu naszego pierwszego spotkania w Szpitalu Międzyleskim w Warszawie kilka lat temu. Proszę przybliżyć naszym Czytelnikom, co się zmieniło na oddziale, którym zaczęła Pani kierować w 2018 roku.

Zmieniło się właściwie wszystko. Pierwsza zmiana to oczywiście zmiana kadrowa, ponieważ przeszliśmy do Międzylesia większą grupą specjalistów, z którymi miałam przyjemność i zaszczyt pracować wcześniej. Wokół tej grupy tak naprawdę został zbudowany zespół, zarówno specjalistów ginekologów-położników, jak i bardzo młodych ludzi, rezydentów. W tej chwili mamy dziewięcioro rezydentów, ale również kolegów anestezyjologów, neonatologów którzy z nami pracują i stanowią kluczową część tego oddziału.

Zmiany personalne doprowadziły do tego, że oddział zaczął zupełnie inaczej funkcjonować.

Inny zakres działania wynikał oczywiście z naszych szczególnych zainteresowań i tego, czym zajmowaliśmy się do tej pory, czyli przede wszystkim uroginekologią. Ten oddział stał się może nie referencyjnym, bo nie funkcjonuje coś takiego jak referencyjność oddziałów ginekologicznych czy uroginekologicznych w Polsce, ale na pewno oddziałem, w którym wykonuje się nie tylko największą liczbę procedur uroginekologicznych na Mazowszu, ale myślę, że również w całej Polsce.

Za tymi zmianami poszły kolejne w postaci generalnego remontu oraz wyposażenia w bardzo wysokiej klasy

specjalistyczny sprzęt diagnostyczny i zabiegowy. Mamy bardzo dobre warunki pobytowe dla pacjentek i zapewniamy wysokiej jakości opiekę medyczną – nie tylko dzięki sprzętowi, który posiadamy, ale przede wszystkim dzięki temu, że mamy bardzo dobry, zgrany i odpowiedzialny zespół lekarzy, pielęgniarek i położnych.

Co z Pani perspektywy można uznać za największy sukces?

Zbudowanie zespołu, który nie dość, że spełnia wszystkie kryteria merytoryczne i naukowe, to jeszcze jest fantastyczną grupą ludzi, którzy się po prostu lubią. Przychodzenie tutaj sprawia nam dużą przyjemność. Czasem aż się chce wracać z urlopu, żeby się spotkać z kolegami. Niewątpliwym sukcesem jest również dołączenie do kadry naukowo-dydaktycznej Wydziału Medycznego Collegium Medicum Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego (UKSW). Podnosi to niewątpliwie nasz prestiż, ale też daje szansę kształcenia

młodych ludzi, i to zarówno pod względem merytorycznym, jak i postaw etycznych.

1 kwietnia objęła Pani funkcję prodziekana do spraw klinicznych i rozwoju Wydziału Medycznego Collegium Medicum UKSW. Niedługo potem uniwersytet otworzył uroczyste pierwszą katedrę - Katedrę Ginekologii i Położnictwa w Szpitalu Międzyleskim. To wydarzenie przełomowe zarówno w historii uczelni, jak i szpitala, ale też duże wyzwanie dla Pani. Jakie cele chciałaby Pani realizować jako kierownik tej katedry?



prof. Ewa Barcz

Najważniejszym celem, dla którego w ogóle Wydział Medyczny został powołany, jest cel dydaktyczny. Zależy nam, żeby studenci naszego wydziału wyszli stąd naprawdę dobrze wykształceni. Żeby dobrze sobie radzili w przyszłym życiu zawodowym, dobrze zdawali egzaminy, w tym końcowy egzamin lekarski, i żeby byli wartościowymi kandydatami na rynku pracy. Ponieważ duża część naszego zespołu pracowała wcześniej w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, wiemy, jakich błędów unikać, a jakie obszary wzmacniać, jak się zająć studentami, żeby zapewnić im optymalne kształcenie. Są wśród nas młodzi ludzie, którzy mają mnóstwo zapału do dydaktyki, jest więc duża szansa, że ośrodkowi wystarczy ambicji, zapału i chęci, żeby rzeczywiście tych młodych ludzi kształcić na wysokim poziomie.

Druga rzecz to oczywiście nauka. Niezależnie od tego, czy byliśmy w szeregach akademickich czy nie, to badania naukowe, głównie związane z uroginekologią, były częścią naszej codzienności. Teraz niewątpliwie ta aktywność będzie jeszcze bardziej wzmożona. Obecnie realizowanych jest dziewięć projektów doktorskich, a moją ambicją jest, żeby każdy rezydent wychodził stąd z doktoratem. Złożyliśmy wniosek o stworzenie studenckiego koła naukowego na uniwersytecie, więc pozyskamy jeszcze młodszych ludzi, którzy będą się angażować w prace naukowe. Wydział Medyczny Collegium Medicum UKSW jest młodym i bardzo prężnym wydziałem, co ułatwi nam również nawiązanie współpracy naukowej i międzyośrodkowej z kolegami zajmującymi się naukami podstawowymi, farmakoeconomiką, czy mikrobiologią.

Pobyt na oddziale jest często oceniany przez pacjentki, w tym młode mamy. Chciałbym zapytać Panią o opinię w sprawie rankingu Fundacji „Rodzić po ludzku”, w którym akurat Państwa szpital został wysoko oceniony, ale trudno nie zauważyć, jak wiele innych placówek ma niskie noty. Czy faktycznie na polskich porodówkach jest tak źle, jak wynika z tej publikacji?

Nie znam wyników ostatniego rankingu. Ten, który widziałam, był chyba z zeszłego roku albo sprzed dwóch lat, w związku z tym nasz oddział został oceniony jeszcze przed remontem. Jakość pobytu niewątpliwie była przez to gorzej oceniona, natomiast wysokie noty otrzymaliśmy za podejście do pacjentek, opiekę poporodową, opiekę w czasie cięcia cesarskiego, czy w okresie połogowym. Czy w Polsce jest aż tak źle? Trudno mi oceniać innych, bo jestem tu, gdzie jestem, w związku z czym mogę oceniać tylko siebie. Mogę natomiast zapewnić, że oceny pacjentek to nie jest coś, co nam umyka. Bardzo nam na nich zależy. Mamy swoją stronę na Facebooku - #ginekologiamiedzylesie, i na tej stronie też pojawiają się opinie naszych pacjentek. Są też inne strony w mediach społecznościowych, które również regularnie staramy się śledzić. Pamiętam jedną taką sytuację, opisaną przez

pacjentkę, która narzekała na opiekę po porodzie. O coś prosiła, czegoś nie dostała, i niezależnie od tego, na ile to było obiektywne, to ta jedna opinia poruszyła nas wszystkich. Myślę, że Fundacja „Rodzić po ludzku” jest w tej chwili jednym z wielu miejsc, gdzie pacjentki mogą się wypowiedzieć. Bardzo dobrze, że zamieszczają swoje opinie w Internecie.

Młode mamy coraz częściej skarżą się na problemy urologiczne. Czy ryzyko nietrzymania moczu wśród kobiet, które rodzą dzieci jest rzeczywiście większe, niż u tych, które nie zdecydowały się na macierzyństwo?

Do pewnego stopnia tak, ale nieuprawnione jest twierdzenie, że każda kobieta, która urodziła dziecko, będzie miała nietrzymanie moczu, a ta, która nie urodziła, nie będzie go miała. Jeszcze mniej uprawnione jest stwierdzenie, że cięcie cesarskie chroni przed nietrzymaniem moczu. Etiopatogeneza nietrzymania moczu jest bardzo złożona. Niewątpliwie uraz okołoporodowy ma tutaj znaczenie, ale wiemy również, że ma je też sama ciąża powyżej 24.-28. tygodni. Ciśnienie śródbrzuszne, z samego faktu bycia w ciąży, już potrafi do pewnego stopnia uszkadzać struktury dna miednicy. Samo bycie w ciąży zwiększa ryzyko wystąpienia NTM. Ale mamy mnóstwo pacjentek, które nigdy w ciąży nie były, a również mają nietrzymanie moczu.

Coraz częściej mówi się, że poza czynnikami urazowymi, którymi są ciąża i poród, a także innymi czynnikami, jak wiek, nadwaga i otyłość, czy ciężka praca fizyczna, duże znaczenie ma predyspozycja genetyczna. Podsumowując, brak ciąży nie oznacza, że kobieta nigdy nie będzie cierpiała z powodu nietrzymania moczu, nie wspominając o tym, że są różne typy nietrzymania moczu. Sam poród jest czynnikiem zwiększającym ryzyko wysiłkowej formy nietrzymania moczu.

Czy liczba porodów ma znaczenie dla wzrostu ryzyka wystąpienia NTM?

Na pewno tak.

Wspomniana już wielokrotnie uroginekologia jest dziedziną, w której kierowany przez Panią zespół zdecydowanie wyróżnia się na tle innych placówek medycznych w Polsce. Dlaczego zdecydowaliście się na wprowadzenie uroginekologii?

To jest pytanie, na które mam tylko jedną odpowiedź: przez przypadek (śmiech). Zwykle najważniejsze rzeczy w życiu dzieją się przez przypadek. Na to, że zainteresowałam się uroginekologią, złożyło się kilka okoliczności. Kilka prywatnych znajomości, kilka wyjazdów, zjazdów, kongresów spowodowało, że w którymś momencie doszłam do wniosku, że to jest obszar tak „niezaopiekowany”, że warto byłoby się nim zająć. Za tym poszła nauka i praktyka.

Początki były bardzo trudne. Jeszcze w trakcie pracy w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym zaczęliśmy uczyć się uroginekologii i ją praktykować w spartańskich, poligonowych niemalże warunkach. W związku z tym, że podeszliśmy do tego bardzo poważnie i systemowo, udało się stworzyć pewnego rodzaju wzór opieki. Mówię wzór dlatego, że ta opieka jest bardzo kompleksowa. W czasie opieki nad pacjentką, która do nas trafia, nie pomijamy absolutnie żadnego aspektu, począwszy od pierwszej wizyty i kwalifikacji do postępowania zachowawczego, zabiegowego, operacyjnego, poprzez kwalifikację w oddziale, wykonanie wszystkich badań dodatkowych, obrazowych, badanie jakości życia pacjentki przed operacją, aż po follow-up, który trwa długo. Wszystkie nasze pacjentki, również te, które trafiają do nas z całej Polski, są zapraszane do kontroli, które wykonujemy w szpitalu. Nie każda z tego zaproszenia korzysta, ale większość chętnie przyjeżdża, nawet jeżeli są z Konina, Jeleniej Góry czy Gdańska. Przyjeżdżają do nas, bo mają poczucie, że ta opieka się zakończy, jeżeli będziemy mieć ocenę pół roku, rok czy dwa lata po zabiegu operacyjnym. Ważny jest nie tylko efekt anatomiczny, ale również jakość życia w różnych zakresach potencjalnych dolegliwości.

Opieka pooperacyjna jest ważna nie tylko dla pacjentek, ale również dla nas, bo ciągle się uczymy. Jeżeli mamy poczucie, że jakaś grupa pacjentek mogłaby funkcjonować lepiej w pewnym zakresie, to cofamy się dwa kroki i patrzymy, co można byłoby zrobić inaczej.

Nie przeszkadza Pani, że w naszym systemie nauczania nadal brakuje możliwości formalnego kształcenia w kierunku uroginekologii?

Bardzo mi tego brakuje i jestem tym zbulwersowana. Przez wiele lat próbowałam „dopukać się” do drzwi różnych osób decydujących o tych kwestiach. W pewnym momencie byliśmy już dość blisko w rozmowach z Ministerstwem Zdrowia, ale pojawiła się pandemia i wiele rzeczy zeszło na plan dalszy. Niezwykle bulwersujący jest dla mnie dokument opisujący umiejętności lekarskie, opublikowany przez Ministerstwo Zdrowia. Oczywiście uroginekologia nie jest żadną umiejętnością lekarską, lecz specjalnością, ale nawet tam się to słowo nie pojawiło. To jest, krótko mówiąc, porażające. Specjalizacja w Czechach ma już chyba 40 lat. Ostatnio miałam okazję rozmawiać z kolegami z Uniwersytetu Karola w Pradze i u nich wygląda to zupełnie inaczej. Zupełnie inaczej wygląda to na świecie. Mamy pewną furtkę w europejskiej specjalizacji, więc rzeczywiście postaramy się o certyfikat europejskiego ośrodka referencyjnego. Nie zmienia to jednak faktu, że na polskim rynku ta sprawa jest, jak na razie, pogrzebana. Nie widzę zainteresowania, mimo wielu prób z mojej i mojego środowiska strony.

A czy nie jest problemem publicznie deklarowana przez część środowiska urologicznego niechęć do tej inicjatywy?

Szczerze mówiąc, nie sędzę. Oczywiście bardzo mi zależy i zawsze mi zależało na współpracy z urologami. Na świecie ta specjalność nazywa się uroginekologia. Oczywiście ginekologia jest głównym członem, ale nie jest to ważne. Tam, gdzie były jakieś kłopoty z nazewnictwem, na przykład w Stanach Zjednoczonych, to jest po prostu chirurgia, a dokładniej choroby dna miednicy i chirurgia rekonstrukcyjna. Tak też można to nazwać, ale semantyka nie ma żadnego znaczenia. Ważna jest współpraca, i na tym mi niezmiernie zależy.

To prawda, że w pewnym momencie pojawił się sprzeciw części środowiska urologicznego, ale nie widzę w nim głównego problemu. Myślę, że udałoby nam się porozumieć i wspólnie pracować dla dobra naszych pacjentek, gdyby tylko odpowiednie władze, przede wszystkim Ministerstwo Zdrowia, były tym zainteresowane. Moim zdaniem decydenci nie zdają sobie sprawy z wagi tego problemu.

Nie sposób jednak nie zauważyć, co dostrzegam z perspektywy swojego 20-letniego doświadczenia w opisywaniu rzeczywistości w zakresie uroginekologii czy urologii czynnościowej, jak bardzo kuleje współpraca multidyscyplinarna pomiędzy lekarzami różnych specjalizacji, ale też fizjoterapeutami, którzy w ostatnich latach coraz śmielej wkraczają do uroginekologii. Czym Pani to tłumaczy?

To prawda, że mało jest współpracy, ale po naszej stronie, mówię o ginekologach, niewiele jest ośrodków i niewielu lekarzy, którzy się tym kompleksowo zajmują. Dlatego mało jest osób, które mogłyby ze sobą współpracować. Inną kwestią jest pewnego rodzaju niechęć ze strony urologów. Nie chciałabym tego tak nazywać, ale rzeczywiście zdarzały się sytuacje, że mieliśmy problem w nawiązaniu z nimi współpracy. Jeśli chodzi o mnie, to nigdy takiego problemu nie miałam. Zarówno, kiedy pracowałam w WUM, jak i teraz w Międzyzlesiu, zawsze udaje mi się znaleźć z nimi wspólny język. Umówmy się jednak, że jest to współpraca niesformalizowana, koleżeńska, a powinna być zinstytucjonalizowana.

Jeżeli chodzi o fizjoterapeutów, to fantastycznie, że pojawili się tacy, którzy się tym zajmują. Natomiast ja widzę też pewne zagrożenie, wynikające przede wszystkim z braku standardów postępowania. To nie jest tak, że pacjentkę z problemem uroginekologicznym może wyleczyć tylko fizjoterapeuta, tak samo jak nie jest tak, że może to zrobić tylko chirurg ginekolog. Niepokój, który we mnie budzi zaistniała sytuacja, wynika z tego, że zdarzyło się, i to już niejednokrotnie, że pacjentki, które wymagały ewidentnie interwencji chirurgicznej, trafiały do lekarza po absurdalnie długim czasie. Bywają też sytu-

acje, kiedy pacjentka, która de facto nie ma problemu, jest tak prowadzona, że ten problem pojawia się w jej głowie. Rzeczywiście więc ta współpraca między uroginekologiem a urofizjoterapeutą też powinna być inna. Tak naprawdę powinniśmy pracować w zespołach, bo nikt z nas nie jest omnibusem i nie zajmie się wszystkim oddzielnie.

Szpital Międzyleski jest jedną z dwóch placówek w Polsce, w których pacjentkom na oddziale ginekologiczno-położniczym oferowana jest neuromodulacja nerwów krzyżowych. Kiedy warto skorzystać z tej terapii?

Zgodnie ze wskazaniami ginekologiczno-urologicznymi neuromodulacja jest trzecią i ostatnią linią leczenia nadreaktywności pęcherza moczowego. Jest to terapia, którą stosuje się u pacjentek z takim rozpoznaniem, jak również z rozpoznaniem pęcherza neurogennego, czyli takich patologii czynnościowych w zakresie dolnego odcinka układu moczowego, które wynikają często z chorób neurologicznych, chorób demielinizacyjnych czy pourazowych uszkodzeń. Neuromodulacja jest stosowana w przypadkach, w których inne metody leczenia, czyli przede wszystkim farmakoterapia czy terapia behawioralna, nie przyniosły efektu. Jest stawiana w tej samej linii (trzeciej), co podawanie toksyny botulinowej. Można oczywiście dyskutować, co powinno być pierwsze, co drugie i w jakich sytuacjach, ale niewątpliwie jest to terapia, z której korzysta coraz więcej pacjentek. Jeżeli mówimy o uroginekologii czy chorobach dna miednicy, to trzeba podkreślić, że neuromodulacja jest terapią, którą stosuje się również w nietrzymaniu stolca, czyli ze wskazań proktologicznych, które w Polsce nadal nie są refundowane, a powinny być.

Jak ocenia Pani skuteczność neuromodulacji w oparciu o Państwa dotychczasowe doświadczenia?

Nasze pierwsze doświadczenia były zachłyśnięciem się neuromodulacją. Mieliśmy sukces rzędu 90 proc. stosowania już neuromodulacji docelowej. W tej chwili oczy-

wiście już tak różowo i kolorowo nie jest. Wynika to z tego, że mamy coraz więcej pacjentek trudnych, ze złożonymi patologiami, więc ten odsetek powodzeń ja szacuję na jakieś 75 proc. To jest mniej więcej to, o czym się mówi w literaturze.

A co z robotyką? Czy widzi Pani tutaj potencjał dla waszego oddziału?

Międzyleski Szpital Specjalistyczny posiada robota da Vinci. Pracują na nim koledzy urolodzy. Powiem tak: do operacji robotycznej są dość szczególne wskazania. Oczywiście, jest wiele operacji, szczególnie onkologicznych, ale również z zakresu uroginekologii, które na świecie wykonuje się techniką robotyczną, natomiast nie uważam, żeby to był cel sam w sobie, ponieważ operując laparoskopowo, osiągamy praktycznie te same efekty. Nie ma jednoznacznych dowodów na przewagę robota nad technikami laparoskopowymi w uroginekologii i w ginekologii. Oczywiście, miejsce dla robotyki jest, ale nie stawiałabym jej jako priorytetu, czy jako techniki, która ma cokolwiek zrewolucjonizować. To niczego nie zmieni w sensie medycznym, rozumianym jako zysk dla pacjenta.

Czy często zdarza się, że do ginekologa trafia po bardzo długiej przerwie kobieta, mająca już dorosłe dzieci, bo pojawiły się u niej pierwsze problemy z kontrolą zaburzeń kontynencji?

Bardzo często. Wiele kobiet rodzi dzieci, potem się nimi zajmuje, a siebie stawia na dalszym planie. Niezależnie od świadomości, wykształcenia czy dostępu do lekarza, wizyty u ginekologa siłą rzeczy stają się w takiej sytuacji dużo rzad-

sze. Jest mnóstwo pacjentek, które nie były u ginekologa 20 lat!

Z Pani perspektywy lepiej jest, gdy kobieta trafia do was po wieloletniej nieobecności u jakiegokolwiek lekarza, czy też gdy przychodzi z historią nieudanego leczenia w innych placówkach?



Fot. Materiały własne Katedry Ginekologii i Położnictwa

To przewrotne pytanie. Najlepiej jeśli trafia do nas pacjentka będąca pod regularną kontrolą lekarza, który kieruje ją do nas w momencie, gdy uznaje, że wymaga ona specjalistycznego postępowania uroginekologicznego. Takich pacjentek mamy większość. Źle jest, jeżeli trafia do nas pacjentka po wielokrotnych nieefektywnych próbach leczenia, ale też jeśli trafia po dwudziestu latach. Najlepiej byłoby, gdyby pacjentka była pod kontrolą swojego lekarza i w momencie, kiedy dzieje się coś, co przekracza jego możliwości, kompetencje, umiejętności, była odsyłana do ośrodków referencyjnych, tak w zakresie onkologii, jak i uroginekologii.

Na koniec dwa praktyczne pytania, które często zadają kobiety. Jedno dotyczy tak zwanych brzuszaków. Czy mogą być one potencjalnym czynnikiem ryzyka wystąpienia nietrzymania moczu?

Generalnie każdy wzrost ciśnienia śródbrzusznego jest teoretycznie czynnikiem ryzyka. Wszystko zależy od tego, jak duży jest ten wzrost ciśnienia, jak częsty i jak gwałtowny. Niewątpliwie każdy wykonany „brzuszek” obciąża dno miednicy. Absolutnie nie oznacza to jednak, że nie można ćwiczyć brzuszaków. Często tłumaczę kobietom, że w związku z tym, że ćwiczenia mięśni brzucha są stosunkowo powolne i zawsze zaplanowane, to ciśnienie wzrasta, ale powoli i w sposób kontrolowany. Inaczej niż na przykład skakanie na trampolinie, kiedy są duże uderzenia i gwałtowne wzrosty ciśnienia. Optymalnie byłoby, gdyby fizjoterapeuta nauczył pacjentkę, żeby w czasie

ćwiczenia mięśni brzucha napinała, robiła „kontrę” mięśniami dna miednicy.

Kiedy pacjentki pytają mnie o ćwiczenia fizyczne, to mówię, że absolutnie wolno, tylko świadomie. Nie wolno natomiast skakać na trampolinie. Uderzenie nogami w to miękkie podłoże powoduje tak ogromny i tak szybki wzrost ciśnienia, że nie jesteśmy w stanie mięśni dna miednicy napiąć, w związku z tym każdy podskok jest po prostu urazem. Sprint też jest zły, podobnie jak skakanie przez płotki, czy bieganie po twardym podłożu.

Tu mówimy już o sporcie wyczynowym. A co z siłownią? Czy ona jest bezpieczna dla kobiet?

To zależy, co na tej siłowni robimy. Jeżeli siłownia to jest bieżnia, orbitrek, czy dozorowane ćwiczenia mięśni brzucha, rąk, to do pewnego stopnia tak, ale znowu z taką świadomością dna miednicy. Jeżeli nawet mamy zrobić martwy ciąg, to najpierw napiąć mięśnie na dole i potem pociągnijmy sztangę. Trudno mi powiedzieć jak wielu trenerów personalnych w sposób świadomy tego uczy, ale znam dziewczyny, które ćwiczą siłowo i potrafią to robić. Natomiast trzeba to robić z głową. Większość kobiet, która przychodzi na siłownię, ma karnet na dwa razy w tygodniu, a chodzi dwa razy do roku i to jest OK, nawet jak dźwigają ciężary. Jeżeli jednak ktoś to robi systematycznie i ćwiczy mocno, to trzeba to robić świadomie.

Dziękuję za rozmowę.

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania zabiegów neuromodulacji krzyżowej

MIASTO	PLACÓWKĄ	ADRES	KONTAKT	KIEROWNIK KLINIKI / ODDZIAŁU
Bydgoszcz	Klinika Urologii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza	ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz	tel. 52 585 45 00 tel. 52 585 40 45 www.jurasza.umk.pl	prof. dr hab. n. med. Tomasz Drewa
Chorzów	Śląskie Centrum Urologii „Urovita”	ul. Strzelców Bytomskich 11, 41-500 Chorzów	tel. 32 111 42 42 www.urovita.pl	dr n. med. Andrzej Szurkowski
Kraków	Oddział Kliniczny Urologii i Urologii Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki	ul. Jakubowskiego 2 30-688 Kraków Budynek H, poziom 1	tel. 12 424 79 60 www.su.krakow.pl	prof. dr hab. n. med. Piotr L. Chłosta
Łódź	Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika	ul. Pabianicka 62 93-513 Łódź	tel. 42 689 52 13 tel. 42 689 52 47 www.kopernik.lodz.pl	prof. dr hab. n. med. Waldemar Rózański
Warszawa	Oddział Kliniczny Urologii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego	ul. Czerniakowska 231 00-416 Warszawa	tel. 22 621 71 78 tel. 22 584 11 42 www.szpital-orlowskiego.pl	prof. CMKP dr hab. n. med. Jakub Dobruch
Warszawa	Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie	ul. Bursztynowa 2 04-749 Warszawa	tel. 22 473 53 35 www.mssw.pl	prof. dr hab. n. med. Ewa Barcz
Warszawa	I Klinika Położnictwa i Ginekologii CMKP, Centrum Medyczne „Żelazna”	ul. Żelazna 90 01-004 Warszawa	tel. 22 255 98 07 www.szpitalzelazna.pl	prof. dr hab. n. med. Grzegorz Jakiel
Warszawa	Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	ul. Lindley'a 4 02-005 Warszawa	tel. 22 502 17 02 www.klinikaurologii.edu.pl	prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski