PROGRAM KONFERENCJI

wersja wstępna
stan na 18.10.2026

PROGRAM RAMOWY

UROGINEKOLOGIA JEST LOGICZNA.

Każdy objaw ma swoją przyczynę.
Każda pacjentka ma swoją historię.
Każda decyzja powinna mieć swoje uzasadnienie.

MYŚL. BADAJ. DYSKUTUJ. DECYDUJ. WSPÓŁPRACUJ.

Tegoroczne sesje budujemy wokół pacjentki i jej objawów. Na ten sam problem patrzymy oczami **lekarza, fizjoterapeuty, położnej i psychologa**, a każdą dyskusję kończymy konkretną odpowiedzią: co zrobić z tą pacjentką następnego dnia w gabinecie. Znajdziesz tu sesje dla lekarzy i fizjoterapeutów oraz dużo czasu na pytania i wymianę doświadczeń.

Program w wersji wstępnej. Nazwiska wykładowców i tematy wykładów uzupełnimy wkrótce.

DZIEŃ 1 PIĄTEK, 12.03.2027

08:30 – 09:00 Powitanie. Sprawy organizacyjne.

09:00 – 09:30 **Wykład**
szczegóły wkrótce

09:30 – 11:30 SESJA I
BÓL DNA MIEDNICY, PIECZENIE, SUCHOŚĆ, UPŁAWY – CO NAPRAWDĘ DZIEJE SIĘ Z PACJENTKĄ?

09:30 – 09:50 **Punkt widzenia infekcyjny**
„Czy to naprawdę infekcja?”
Co w wywiadzie i badaniu przemawia za infekcją? Kiedy wynik mikrobiologiczny ma znaczenie, a kiedy nie wyjaśnia objawów?

09:50 – 10:10 **Punkt widzenia hormonalny – menopauza a dno miednicy**
„Czy to naprawdę infekcja, czy problem niedoboru estrogenów?”
GSM, suchość, pieczenie, mikrourazy, dyspareunia, objawy moczowe – kiedy myśleć o podłożu hormonalnym?

10:10 – 10:30 **Punkt widzenia vulvodynii**
„Pacjentkę boli, ale nie widzę choroby – co dalej?”
Vestibulodynia, vulvodynia, nadwrażliwość, ból prowokowany i spontaniczny, diagnostyka różnicowa.

10:30 – 10:50	**Punkt widzenia fizjoterapeutyczny** *„Czy problemem są mięśnie dna miednicy?”* Nadaktywność, bolesność, punkty spustowe, zaburzenia relaksacji, wpływ blizn i wzorców ruchowych. **Kiedy fizjoterapia ma sens, a kiedy nie jest odpowiedzią.**
10:50 – 11:30	**Dyskusja** Omówienie przypadków. Od objawu do rozpoznania i decyzji terapeutycznej. > **Ta sama pacjentka – cztery punkty widzenia. Co naprawdę się z nią dzieje?** > Końcowy efekt: co robimy z tą pacjentką jutro rano w gabinecie – krok po kroku?
11:30 – 12:00	**Przerwa kawowa**
12:00 – 12:30	**Wykład** *szczegóły wkrótce*

12:30 – 14:15 SESJA II

CZY TO NAPRAWDĘ JEST POP?

12:30 – 12:55	**Punkt widzenia fizjoterapeuty** Czy obniżenie narządów rzeczywiście tłumaczy objawy pacjentki?
12:55 – 13:20	**Punkt widzenia ginekologa / uroginekologa** Co naprawdę widzę w badaniu? Czy anatomia odpowiada objawom?
13:20 – 13:45	**Punkt widzenia ginekologii estetycznej** „Coś mi wystaje”, „jestem luźna”, „wyglądam inaczej” – czy problemem jest POP, funkcja czy oczekiwania pacjentki?
13:45 – 14:15	**Dyskusja**
14:15 – 15:15	**Lunch**

15:15 – 17:00 SESJA III

GINEKOLOGIA ESTETYCZNA – GDZIE KOŃCZY SIĘ ESTETYKA, A ZACZYNA FUNKCJA?

Pacjentka może przyjść z problemem, który określa jako „estetyczny”, ale za jej oczekiwaniem może kryć się ból, dyspareunia, blizna, dyskomfort, problem po porodzie albo zaburzenie funkcji. **Zanim zaproponujemy zabieg, warto odpowiedzieć na pytanie: co właściwie chcemy poprawić – wygląd, funkcję czy jedno i drugie?**

15:15 – 15:40	**Wargi sromowe** Kiedy asymetria lub przerost jest problemem medycznym, a kiedy przede wszystkim problemem pacjentki? Kiedy nie operować?
15:40 – 16:05	**Blizny poporodowe – kiedy problem anatomiczny staje się problemem funkcjonalnym?** Blizna, ból, dyspareunia – kiedy leczyć i jak? **Czy każda bolesna blizna wymaga jej wycięcia?**
16:05 – 16:30	**Czy istnieje „luźna pochwa”?** Czy pacjentka, która mówi „jestem za luźna”, rzeczywiście ma „luźną pochwę”? **Co pacjentka naprawdę ma na myśli, mówiąc: „jestem tam za luźna”? Kiedy i jak operować?**

16:30 – 17:00 **Podsumowanie wykładów i dyskusja**

Pacjentka 1: „Chcę zmniejszyć wargi sromowe.”

Pacjentka 2: „Po porodzie boli mnie przy współżyciu.”

Pacjentka 3: „Jestem za luźna i chcę poprawić życie seksualne.”

> **Pytanie do wykładowców: co jeszcze chcielibyście wiedzieć, zanim zaproponujecie leczenie? Co wpływa na decyzje terapeutyczne?**

17:00 – 17:30 **Przerwa kawowa**

17:30 – 19:00 SESJA IV

BLACK SESSION – TRUDNE PRZYPADKI Z MOJEJ PRAKTYKI

Pacjentki, które nauczyły mnie najwięcej.

Błędy, wątpliwości, nieoczywiste diagnozy i trudne decyzje.

DZIEŃ 2 SOBOTA, 13.03.2027

08:30 – 09:00 Powitanie. Sprawy organizacyjne.

09:00 – 11:40 SESJA I
BÓL W UROGINEKOLOGII – GDZIE KOŃCZY SIĘ UROGINEKOLOGIA, A ZACZYNA TERAPIA BÓLU?

09:00 – 09:30 **Badanie pacjentki z bólem miednicy – od objawu do diagnozy funkcjonalnej**

09:30 – 10:30 **Wykład**
szczegóły wkrótce

10:30 – 11:00 **Ból w uroginekologii – kompleksowe podejście do pacjentki**

11:00 – 11:40 **Dyskusja**
Pacjentka z bólem – wspólna praca lekarza i fizjoterapeuty.

11:40 – 12:10 **Przerwa kawowa**

12:10 – 13:40 SESJA II
SEKSUALNOŚĆ W UROGINEKOLOGII – TEMAT, KTÓRY WSZYSCY POMIJAJĄ

Czy pytasz pacjentkę o seks? Jak rozmawiać, jak diagnozować i jak pomagać pacjentce?

12:10 – 12:25 **Jak pytać o seks?**

12:25 – 12:55 **„Nie mam libido” – co naprawdę oznacza to zdanie?**
- punkt widzenia ginekologa
- punkt widzenia fizjoterapeuty

12:55 – 13:15 **Uroginekologia a seks**
- POP a seks.
- Kiedy po operacji pacjentka może wrócić do współżycia?
- O czym należy uprzedzić pacjentkę po operacji przed współżyciem?
- Menopauza a seks.

13:15 – 13:40 **Dyskusja**
„Nie mam libido” – co jutro w gabinecie zrobić z tą pacjentką?

13:40 – 14:40 **Lunch**

14:40 – 15:30 **Prawo w praktyce – co powinien wiedzieć lekarz i fizjoterapeuta?**

15:30 – 17:00 SESJA III

„TO NORMALNE PO PORODZIE" – CZY NA PEWNO?

Dno miednicy po porodzie – co naprawdę się zmieniło? Której pacjentki nie powinno się po prostu uspokajać, mówiąc: „to normalne po porodzie"? Kiedy obserwować, kiedy działać i kiedy skierować dalej?

Dolegliwości uroginekologiczne: lekarz + położna + fizjoterapeuta + psycholog.

15:30 – 15:45 Lekarz

- SUI
- nietrzymanie gazów / stolca
- objawy POP
- OASI
- ból i blizna
- uczucie ciężkości

15:45 – 16:00 Fizjoterapeuta

Uszkodzenia w obrębie kompartmentu tylnego.

16:00 – 16:15 Położna

Co może wychwycić już podczas pierwszych kontaktów z pacjentką?

16:15 – 16:30 Psycholog

„To tylko fizjologia po porodzie?" – psychiczne i emocjonalne konsekwencje dolegliwości uroginekologicznych.

16:30 – 17:00 Dyskusja

Czy mamy leczyć anatomię, funkcję czy sposób, w jaki pacjentka odczuwa swoje ciało?

17:00 – 17:30 **Przerwa kawowa**

17:30 – 19:15 SESJA IV

USG UROGINEKOLOGICZNE NA ŻYWO – BADAMY PACJENTKĘ KROK PO KROKU

Pacjentka na żywo. Lekarz i fizjoterapeuta – dwa spojrzenia na tę samą pacjentkę.

17:30 – 19:15

Podczas badania na żywo, na rzeczywistych przykładach, specjaliści pokażą:

- jak wykorzystać USG uroginekologiczne w codziennej diagnostyce;
- jak ocenić anatomię i funkcję dna miednicy;
- jak obraz USG pomaga potwierdzić lub wykluczyć określone przyczyny objawów;
- jak ocenić pracę mięśni dna miednicy podczas napięcia i rozluźnienia;
- jak wykorzystać USG jako narzędzie biofeedbacku i nauczyć pacjentkę prawidłowej aktywacji oraz relaksacji mięśni dna miednicy;
- jak przejść od obrazu USG do konkretnej decyzji klinicznej i terapeutycznej.

> **Nie tylko: co widzimy?**
>
> Ale przede wszystkim: co ten obraz zmienia w postępowaniu z pacjentką?

DZIEŃ 3 NIEDZIELA, 14.03.2027

08:30 – 09:00 Sprawy organizacyjne.

09:00 – 11:45 SESJA I
DNO MIEDNICY KOBIETY AKTYWNEJ FIZYCZNIE – ZAGROŻENIA I PROFILAKTYKA

09:00 – 09:20 **Wysiłkowe nietrzymanie moczu u kobiety aktywnej**

Rola pessarów i tamponów. Kiedy wystarczy fizjoterapia, a kiedy potrzebna jest dalsza diagnostyka lub leczenie zabiegowe? Czy „wzmacnianie mięśni Kegla" rzeczywiście rozwiązuje problem?

09:20 – 09:50 **POP u kobiety aktywnej – czy sport pogarsza wypadanie?**

Fizjoterapeuta, instruktorka sportu

Czy każda pacjentka z POP powinna ograniczyć aktywność fizyczną? Czy stopień POP decyduje o tym, jaki sport może uprawiać? Rola pessarów i tamponów. Jak modyfikować obciążenie, oddech, ciśnienie śródbrzuszne i technikę ćwiczeń?

09:50 – 10:20 **„Czy sport szkodzi dnie miednicy?" – fakty, mity i szara strefa**

- punkt widzenia fizjoterapeuty
- punkt widzenia lekarza

Czy mamy powiedzieć pacjentce „proszę tego nie robić", czy raczej nauczyć ją, jak robić to bezpieczniej?

10:20 – 10:50 **Pessary i tampony u kobiety aktywnej – czy to dobre rozwiązanie dla każdej pacjentki?**

Który pessar wybrać? Jak ocenić dopasowanie? Kiedy pessar może być alternatywą dla operacji? Jak pacjentka powinna funkcjonować z pessarem podczas aktywności? Jak ocenić jego zachowanie podczas ruchu?

10:50 – 11:10 **Po operacji uroginekologicznej – kiedy można wrócić do sportu?**

Po operacji SUI? Po operacji POP? Po sacrocolpopexy? Czy zalecenia powinny być takie same? Kiedy można zacząć stosować fizjoterapię?

11:10 – 11:45 **Dyskusja**

11:45 – 12:15 **Przerwa kawowa**

12:15 – 13:15 SESJA II

PIERWSZY SEKS PO PORODZIE – CZEGO PACJENTCE NIE MÓWIMY, A POWINNIŚMY?

12:15 – 13:15

Punkt widzenia:

- lekarz
- położna
- fizjoterapeuta

Dyskusja

Tematy do wykorzystania podczas dyskusji:

> **Pacjentka 10 tygodni po porodzie. Wszystko „zagojone".**
>
> Mówi: „Próbowałam współżyć. Bardzo boli. Boję się spróbować drugi raz."

> **Po porodzie: co powiedzieć pacjentce przed wypisaniem do domu?**
>
> „10 zdań, które każda kobieta powinna usłyszeć po porodzie"

13:15 – 14:15 SESJA III

NIE KAŻDY BÓL DNA MIEDNICY JEST PROBLEMEM DNA MIEDNICY

Ból, suchość, zanik śluzówki, upławy – co powinien zobaczyć fizjoterapeuta?

13:15 – 13:35 **Zanik śluzówki – jak rozpoznać? Pacjentka po menopauzie i pacjentka po porodzie – co widzimy?**

Upławy – jak je zobaczyć i co mogą oznaczać? Co widzę podczas badania i kiedy powinno mnie to zaniepokoić?

Upławy ≠ infekcja. Kiedy skierować pacjentkę do lekarza.

13:35 – 13:55 **Kiedy fizjoterapeuta powinien odesłać pacjentkę do ginekologa?**

13:55 – 14:15 **Dyskusja**

14:15 **Zakończenie konferencji**

DEBATA SPECJALNA · 14:30–16:30 **NIEDZIELA, 14.03.2027**

14:30 – 16:30 DEBATA SPECJALNA

CIĄŻA I PORÓD BEZ IDEALIZACJI – JAK PRZYGOTOWAĆ KOBIETĘ NA REALNĄ ZMIANĘ?

Ciąża, poród i połóg to nie tylko wyjątkowe momenty w życiu kobiety. To również czas ogromnych zmian w ciele, emocjach i codziennym funkcjonowaniu.

- Jak mówić o tych zmianach uczciwie, ale bez straszenia?
- Jak przygotować kobietę na różne scenariusze porodu i połogu?
- Które dolegliwości są przejściowe, a których nie należy ignorować?
- Kiedy potrzebna jest pomoc specjalisty i gdzie kobieta powinna ją otrzymać?

Podczas specjalnej debaty, która odbędzie się zaraz po zakończeniu Konferencji Uroginekologia 2027, połączymy **głos kobiet i organizacji pacjenckich** z doświadczeniem **lekarzy, położnych, fizjoterapeutów i psychologów**.

Nie chcemy tworzyć kolejnej dyskusji o tym, jak powinien wyglądać idealny poród. Chcemy porozmawiać o tym, jak naprawdę może wyglądać ciąża, poród i pierwsze miesiące po porodzie – oraz jak lepiej przygotować kobiety na to, co może się wydarzyć.

Porozmawiamy m.in. o:

- przygotowaniu kobiet do ciąży, porodu i połogu,
- realnych oczekiwaniach wobec porodu,
- zmianach w ciele po porodzie i sposobach ich rozpoznawania,
- dolegliwościach uroginekologicznych po porodzie,
- bólu, nietrzymaniu moczu, obniżeniu narządów i problemach seksualnych,
- emocjonalnych i psychologicznych konsekwencjach trudnego porodu,
- tym, kiedy mówić „to normalne”, a kiedy rozpocząć diagnostykę i leczenie,
- organizacji dalszej pomocy kobiecie po porodzie.

Od doświadczeń kobiet do konkretnych rozwiązań

Chcemy, aby debata nie zakończyła się jedynie wymianą opinii. Dlatego jej celem będzie sformułowanie **praktycznych rekomendacji** dotyczących przygotowania kobiet do porodu i połogu oraz organizacji opieki po porodzie – dla szkół rodzenia, personelu medycznego i systemu opieki nad kobietą.

Będzie to okazja, aby doświadczenia kobiet i wnioski specjalistów skonfrontować z możliwościami i wyzwaniami systemu ochrony zdrowia.

Współprowadzenie:



mgr
Elena Miś



dr hab. n. med.
Grzegorz Surkont



dr n. med.
Edyta Wlaźlak

Kliknij osobę, aby przeczytać biogram. Pozostali uczestnicy debaty zostaną przedstawieni po potwierdzeniu ich udziału.

WARSZTATY TOWARZYSZĄCE

WARSZTAT STACJONARNY DLA FIZJOTERAPEUTÓW · 9:00–17:30 **PIĄTEK, 12.03.2027**

NIMOC I NOWOCZESNA FIZJOTERAPIA UROGINEKOLOGICZNA – CAŁODNIOWY WARSZTAT Z EKSPERTKAMI Z HOLANDII

Ból kości ogonowej – od diagnostyki do terapii.
Diagnostyka · badanie manualne · NIMOC · terapia · praca w łańcuchu ruchowym · przypadki kliniczne

Warsztat poprowadzą **mgr Sytske Lohof** i **dr med. Marijke Slieker-ten Hove** – doświadczone fizjoterapeutki uroginekologiczne z Holandii, związane m.in. z metodą **NIMOC** (*Non-Invasive Mobilisation of the Coccyx*) – nieinwazyjną mobilizacją kości ogonowej.

Warsztat dla fizjoterapeutów – liczba miejsc ograniczona!
Warsztat stacjonarny, dostępny wyłącznie dla osób zarejestrowanych na konferencję. Ceny udziału znajdziesz w sekcji **Cennik**.

8:30 – 9:00 Rejestracja

9:00 – 12:00

DIAGNOSTYKA PACJENTA Z BÓLEM KOŚCI OGONOWEJ

Wprowadzenie do coccygodynii

- czym jest coccygodynia?
- najczęstsze przyczyny bólu kości ogonowej
- coccygodynia pourazowa i bez urazu
- kiedy ból kości ogonowej może być objawem innego problemu?

Anatomia i funkcja

- anatomia kości guzicznej
- więzadła, mięśnie i struktury sąsiadujące
- związek kości ogonowej z dnem miednicy, miednicą, kręgosłupem i stawem biodrowym

Jak myśleć diagnostycznie?

- schemat procesu diagnostycznego
- czerwone flagi i sytuacje wymagające dalszej diagnostyki
- kiedy fizjoterapia jest właściwym postępowaniem?
- kiedy pacjent wymaga konsultacji lekarskiej lub dalszej diagnostyki?

Wywiad – na co zwrócić uwagę? Omówienie przypadków z praktyki

- ból podczas siedzenia
- ból przy zmianie pozycji
- ból podczas defekacji
- ból podczas aktywności fizycznej
- uraz i jego znaczenie

- objawy współistniejące

Badanie fizykalne – teoria i demonstracja

12:00 – 14:00	**Przerwa obiadowa**

14:00 – 16:30

BADANIE I TERAPIA – CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

Badanie fizykalne – ćwiczenia praktyczne

- ocena pacjenta
- palpacja
- ocena ruchomości
- ocena struktur związanych z kością ogonową
- interpretacja wyników badania

Leczenie – teoria i demonstracja

- podejście manualne
- mobilizacja kości ogonowej
- elementy NIMOC
- dobór interwencji do obrazu klinicznego

Leczenie – praktyka uczestników

Kość ogonowa w łańcuchu ruchowym – zasady i zastosowanie kliniczne, ćwiczenia praktyczne i zastosowanie u pacjenta

- zależności między kością ogonową, miednicą, kręgosłupem i stawem biodrowym
- kiedy problem nie ogranicza się do samej kości ogonowej?
- jak uwzględnić cały łańcuch ruchu w terapii?

Praktyczne zastosowanie – praca w parach

16:30 – 17:00	**Przerwa kawowa**

17:00 – 17:30

ĆWICZ, AŻ ZYSKASZ KONTROLĘ!

- powtórzenie kluczowych elementów badania
- najczęstsze błędy
- pytania i odpowiedzi
- podsumowanie algorytmu diagnostyczno-terapeutycznego

CELE EDUKACYJNE

Po zakończeniu warsztatu uczestnik będzie potrafił:

- Przeprowadzić ukierunkowany wywiad i badanie przesiewowe pacjenta z bólem kości ogonowej oraz rozpoznać objawy wymagające dalszej diagnostyki.
- Podjąć decyzje w sprawie pacjentów ze złożonymi dysfunkcjami stawu biodrowego.
- Ocenić funkcję kości guzicznej oraz struktur związanych z kręgosłupem, miednicą, stawem biodrowym i dnem miednicy.
- Zinterpretować wyniki badania fizykalnego i określić, czy dolegliwości pacjenta mogą być związane z dysfunkcją kości ogonowej.

- Zaplanować postępowanie fizjoterapeutyczne u pacjenta z prostą dysfunkcją kości ogonowej, uwzględniając model biopsychospołeczny oraz wykorzystując system klasyfikacji ICF.
- Zastosować wybrane techniki terapeutyczne, w tym elementy nieinwazyjnej mobilizacji kości ogonowej (NIMOC), oraz dobrać ćwiczenia i strategie samoopieki do indywidualnych potrzeb pacjenta.
- Wykonać interwencje fizjoterapeutyczne, ukierunkowane na ciało, ruch i ćwiczenia behawioralne, w celu osiągnięcia celów terapeutycznych ustalonych wspólnie z pacjentem.
- Ocenić efekty terapii i zdecydować o dalszym postępowaniu, w tym o konieczności rozszerzenia diagnostyki lub skierowania pacjenta do innego specjalisty.

PIŚMIENNICTWO

1. Woon JT, Stringer MD. Anatomia kliniczna kości ogonowej: przegląd systematyczny. Clin Anat. 2012 marzec;25(2):158-67. doi: 10.1002/ca.21216. Epub 2011 7 lipca. PMID: 21739475.
2. Nathan ST, Fisher BE, Roberts CS. Guz ogonowy: przegląd patologii, etiologii, leczenia i wyników leczenia. J Bone Joint Surg Br. 2010 grudzień;92(12):1622-7. doi: 10.1302/0301-620X.92B12.25486. PMID: 21119164.
3. Tetiker H, Koşar MI, Çullu N, Canbek U, Otağ I, Taştemur Y. Szczegółowa ocena anatomii kości ogonowej u dorosłych Turków oparta na rezonansie magnetycznym. Niger J Clin Pract. 2017 luty;20(2):136-142. doi: 10.4103/1119-3077.198313. PMID: 28091426.
4. Woon JT, Perumal V, Maigne JY, Stringer MD. Morfologia i morfometria TK prawidłowej kości guzicznej u dorosłych. Eur Spine J. 2013 kwiecień;22(4):863-70. doi: 10.1007/s00586-012-2595-2. Epub 2012 listopad 29. PMID: 23192732; PMCID: PMC3631051.
5. Hekimoglu A, Ergun O. Ocena morfologiczna kości guzicznej za pomocą wielorzędowej tomografii komputerowej. Surg Radiol Anat. 2019 grudzień;41(12):1519-1524. doi: 10.1007/s00276-019-02325-5. Publikacja elektroniczna 2019, 6 września. PMID: 31493008.
6. Indiran V, Sivakumar V, Maduraimuthu P. Morfologia kości guzicznej w wielorzędowej tomografii komputerowej w szpitalu trzeciego stopnia w Indiach. Asian Spine J. 2017, październik;11(5):694-699. doi: 10.4184/asj.2017.11.5.694. Publikacja elektroniczna 2017, 11 października. PMID: 29093777; PMCID: PMC5662850.
7. Lirette LS, Chaiban G, Tolba R, Eissa H. Ból kości ogonowej: przegląd anatomii, etiologii i leczenia bólu kości ogonowej. Ochsner J. 2014 Wiosna;14(1):84-7. PMID: 24688338; PMCID: PMC3963058.
8. Przybylski P, Pankowicz M, Boćkowska A, Czekajska-Chehab E, Staśkiewicz G, Korzec M, Drop A. Ocena zmienności kości ogonowej, kątów międzyguzicznych i lędźwiowo-krzyżowych u pacjentów bezobjawowych w wielorzędowej tomografii komputerowej. Anat Sci Int. 2013 Wrzesień;88(4):204-11. doi: 10.1007/s12565-013-0181-2. Epub 2013, 23 maja. PMID: 23700101.
9. Kerimoglu U, Dagoglu MG, Ergen FB. Kąt międzyguziczny i typ kości guzicznej u pacjentów bezobjawowych. Surg Radiol Anat. 2007, grudzień;29(8):683-7. doi: 10.1007/s00276-007-0262-9. Epub 2007, 26 września. PMID: 17898922.
10. Postacchini F, Massobrio M. Idiopatyczna kokcygodynia. Analiza pięćdziesięciu jeden przypadków operacyjnych i badanie radiologiczne prawidłowej kości guzicznej. J Bone Joint Surg Am. 1983, październik;65(8):1116-24. PMID: 6226668.
11. Hekimoglu A, Ergun O. Ocena morfologiczna kości guzicznej za pomocą wielorzędowej tomografii komputerowej. Surg Radiol Anat. 2019 grudzień;41(12):1519-1524. doi: 10.1007/s00276-019-02325-5. Epub 2019 wrzesień 6. PMID: 31493008.
12. Maigne JY, Pigeau I, Roger B. Wyniki obrazowania metodą rezonansu magnetycznego w bolesnej kości guzicznej u dorosłych. Eur Spine J. 2012 październik;21(10):2097-104. doi: 10.1007/s00586-012-2202-6. Publikacja elektroniczna z 22 lutego 2012 r. PMID: 22354690; PMCID: PMC3463700.

OPERACJE UROGINEKOLOGICZNE – DECYZJE, KTÓRE ZMIENIAJĄ EFEKT ZABIEGU

WARSZTATY ONLINE

Dwie intensywne soboty po konferencji · 09:30–17:00 · 12 miesięcy dostępu do nagrań · ceny w sekcji Cennik

WARSZTAT I · ONLINE · 9:30–17:00 **SOBOTA, 10.04.2027**

Praktyczne planowanie operacji POP i WNM. Od rozpoznania defektu do wyboru zakresu i techniki operacji.

9:30 – 11:00

CZY NAPRAWDĘ WIEMY, CO OPERUJEMY?

Jak przełożyć diagnostykę POP na plan operacji?

- jak prawidłowo ocenić POP przed operacją?
- POP-Q – które elementy rzeczywiście wpływają na decyzję operacyjną?
- czy należy operować każdy stwierdzony defekt anatomiczny?
- defekt szczytowy – kiedy rzeczywiście istnieje?
- punkt C a rzeczywiste podparcie szczytu
- przedział przedni – cystocele czy konsekwencja niewydolności szczytu?
- jak prawidłowo ocenić przedział tylny?
- rectocele, enterocele – czy i kiedy wymagają korekcji?
- USG dna miednicy – kiedy zmienia decyzję operacyjną?

Konsekwencje nieoptymalnej kwalifikacji:

- niewłaściwa rekonstrukcja przedziału przedniego
- pominięcie problemu szczytu
- nadmierna korekcja
- nawrót POP

11:00 – 11:10 **Przerwa**

11:10 – 12:10

SESJA EUGA

12:10 – 13:40

MACICA – ZOSTAWIĆ CZY USUNĄĆ?

Czy usunięcie macicy jest elementem leczenia POP, czy odrębną decyzją? Histerektomia całkowita, nadszyjkowa czy zachowanie macicy – jakie są rzeczywiste konsekwencje każdej z decyzji?

- histerektomia + pochwowa rekonstrukcja POP z użyciem tkanek natywnych
- rekonstrukcja POP z zachowaniem macicy
- histeropeksja – dla kogo?
- sacrocolpopexy vs sacrocervicopexy vs sacrohysteropexy
- histerektomia całkowita vs nadszyjkowa – różnice istotne dla pacjentki
- konsekwencje pozostawienia szyjki
- jak zaplanować operację u pacjentki, która chce zachować macicę?
- młodsza vs starsza pacjentka – czy sam wiek powinien wpływać na decyzję?
- czy wcześniejsza histerektomia zmienia możliwości leczenia nawrotu?
- konsekwencje ogólne histerektomii i amputacji nadszyjkowej – co rzeczywiście wiemy, a czego nie wiemy?
- plany prokreacyjne, preferencje pacjentki i shared decision-making

13:40 – 13:50 **Przerwa**

13:50 – 15:20

JEDNA OPERACJA CZY LECZENIE ETAPOWE? CZ. 1: POP

Czy podczas jednej operacji powinniśmy naprawić wszystko? Czy „naprawienie wszystkiego” rzeczywiście oznacza lepszy wynik dla pacjentki?

Argumenty za operacją kompleksową vs argumenty za leczeniem etapowym:

- przedział przedni
- szczyt
- przedział tylny
- macica
- zaburzenia opróżniania pęcherza
- nietrzymanie gazów i stolca
- zaburzenia defekacji
- współistniejące patologie ginekologiczne

Operacja kompleksowa vs leczenie etapowe:

- co zyskujemy, wykonując wszystko podczas jednej operacji?
- co zyskujemy, dzieląc leczenie na etapy?
- ryzyko overtreatment
- ryzyko undertreatment
- czy korekcja jednego przedziału może zmienić funkcję innych?
- czy korekcja POP może zmienić objawy ze strony pęcherza?
- anatomiczny sukces vs funkcjonalny sukces
- jak zaplanować możliwość kolejnej operacji?

15:20 – 15:30 **Przerwa**

15:30 – 17:00

JEDNA OPERACJA CZY LECZENIE ETAPOWE? CZ. 2: WNM

Czy WNM operować jednocześnie z POP?

- jawne WNM + POP
- occult SUI
- test kaszlowy z repozycją POP – jak go prawidłowo wykonać?
- znaczenie stopnia wypełnienia pęcherza
- ujemny test – czy wyklucza pooperacyjne WNM?
- kiedy potrzebna jest urodynamika?
- czy każda pacjentka z POP powinna być oceniana pod kątem WNM?
- POP + MUI
- POP + OAB
- kiedy połączyć operację POP z operacją WNM?
- kiedy leczenie WNM odroczyć?
- ryzyko overtreatment
- ryzyko de novo / persistent OAB
- retencja i zaburzenia mikcji

WARSZTAT II · ONLINE · 9:30–17:00 **SOBOTA, 8.05.2027**

9:30 – 11:30

TVT VS TOT VS BURCH

Trzy operacje – jedna pacjentka. Co wybierasz?

TVT – operacja załonowa

- mechanizm
- prawidłowa droga taśmy
- gdzie rzeczywiście powinna znajdować się taśma?
- kiedy TVT jest szczególnie atrakcyjną opcją?

TOT – operacja przezzasłonowa

- mechanizm
- prawidłowa droga taśmy
- gdzie rzeczywiście powinna znajdować się taśma?
- kiedy TOT jest szczególnie atrakcyjną opcją?

TVT vs TOT – czy TOT jest rzeczywiście bezpieczniejszy?

- różnica między TVT a TOT
- droga outside-in vs inside-out
- bóle
- uszkodzenia pęcherza i cewki moczowej
- zaleganie moczu po mikcji
- skuteczność krótko- i długoterminowa
- czy „mniejsze ryzyko perforacji pęcherza" oznacza lepszą operację?

Burch – stara operacja czy nadal potrzebna?

- mechanizm Burcha
- prawidłowe umiejscowienie szwów
- Burch otwarty vs laparoskopowy
- skuteczność
- trwałość efektu
- de novo OAB
- zaburzenia mikcji
- POP po Burchu
- czy Burch jest alternatywą dla TVT?
- Burch u pacjentki z wcześniejszą operacją?
- kiedy rzeczywiście warto o nim pamiętać?

11:30 – 11:40 **Przerwa**

11:40 – 12:40

POWIKŁANIA PO OPERACJI POP – DIAGNOSTYKA, POSTĘPOWANIE

- krwawienie / krwiak
- uszkodzenie pęcherza

- uszkodzenie moczowodu
- zaleganie moczu po mikcji
- de novo OAB
- dyspareunia
- ból pooperacyjny
- ekspozycja siatki i taśmy
- zropienie siatki
- nawrotowy POP
- asymetria pochwy
- skrócenie pochwy

12:40 – 12:50 **Przerwa**

12:50 – 14:50

POWIKŁANIA PO OPERACJI WNM – DIAGNOSTYKA, POSTĘPOWANIE

14:50 – 15:00 **Przerwa**

15:00 – 17:00

NIEZADOWOLONA PACJENTKA

Dlaczego pacjentka nadal ma problem po operacji?

- nawrót POP
- utrzymujące się WNM
- de novo WNM
- de novo OAB
- retencja
- ból
- dyspareunia
- niepełne opróżnianie pęcherza

Nieudane leczenie WNM – co dalej?

- persistent SUI
- recurrent SUI
- mixed urinary incontinence
- sling failure
- kiedy ponowna taśma?
- kiedy bulking?
- kiedy inna metoda?
- czy przed reoperacją potrzebujemy urodynamiki?