NEWSLETTER #11 · ZAŁĄCZNIK 1

Najnowsze doniesienia EBM w ginekologii ambulatoryjnej

Przegląd

Od 15 marca do 23 kwietnia 2026 ukazało się kilka istotnych prac (głównie przeglądowych, metaanaliz i zaleceń) o bezpośrednich konsekwencjach dla praktyki.

Infekcje pochwy i sromu — stan wiedzy w nawracającej kandydozie (RVVC)

Przegląd „State-of-the-Art Review: Managing Vulvovaginal Candidiasis" (Clin Infect Dis 2026). Nazwisko współautora: J. Sobel gwarantuje najwyższy poziom wiedzy.

Obszerna praca przeglądowa z marca 2026 r. syntetyzuje aktualną wiedzę o kandydozie i nawracającej kandydozie sromu i pochwy (RVVC). Autorzy omawiają patofizjologię, rolę mikrobiomu, czynniki ryzyka oraz przyczyny niepowodzeń i nawrotów leczenia.

Najważniejsze wnioski praktyczne:

- Utrzymuje się wyraźny wzrost udziału gatunków innych niż *Candida albicans* (np. *C. glabrata*, *C. krusei*), co powinno skłaniać do myślenia o posiewie/przynajmniej preparacie bezpośrednim u pacjentek z nawrotami lub brakiem odpowiedzi na standardowy flukonazol.
- Nawracająca kandydoza jest chorobą wieloczynnikową — poza leczeniem przeciwgrzybiczym należy zwracać uwagę na: glikemię, otyłość, stosowanie antybiotyków, miejscową immunosupresję, przewlekły stres, stosowanie higieny intymnej „agresywnej" (mydła, irygacje). W mojej opinii (EBR) pewną część nawracających objawów drożdżakowych można przypisać reakcji alergicznej na jakiś czynnik.
- Podkreśla się znaczenie modulacji gospodarza (mikrobiom, bariery nabłonkowej, modyfikacja stylu życia) jako uzupełnienia farmakoterapii, zwłaszcza w RVVC. Na chwilę obecną nie bardzo wiemy co z tego wynika dla praktyki klinicznej (EBR).

Na forum dyskusyjnym ISSVD J. Sobel napisał (dosłownie cytuję, żeby pokazać ekspresję komentarza):

> *„Najważniejszym krokiem jest postawienie pewnej i jednoznacznej DIAGNOZY. Nie ma czegoś takiego jak drożdżyca pochwy z ujemnym wynikiem posiewu (pod warunkiem, że dysponujesz wiarygodnym laboratorium mikrobiologicznym i pobierasz prawidłowe wymazy)!!!!.... Nie należy stosować leczenia (empirycznego przeciwgrzybiczego) bez pewnej diagnozy, w przeciwnym razie wpadniesz w coraz głębszą pułapkę!*
>
> *Różnorodne zespoły objawów mogą przypominać infekcję drożdżakową, a badanie mikroskopowe nie wykryje 50% przypadków drożdżakowego zapalenia pochwy. Nie ma czegoś takiego jak łagodny, nieszkodliwy płyn antybakteryjny. Nic nie jest lepsze niż czysta woda! (Bóg mi to powiedział).*

> *Niestety, szczepy C. albicans oporne na azole stają się coraz powszechniejsze i stanowią poważne wyzwanie. Proponuję kwas borowy 600 mg dziennie przez 21 (!) dni, a jeśli nie jest tolerowany, należy spróbować kapsułek zawierających 300 mg dziennie lub Nystatyna 100 000 jednostek dziennie przez 14 dni, leki robione: czopki z amfoterycyną B (3–10%) albo kombinacja amfoterycyny B i flucytozyny w postaci kremu 17% lub czopków 1 raz dziennie. Możliwa empiryczna próba stosowania miejscowego terkonazolu lub wysokich dawek mikonazolu lub klotrimazolu przez 14 dni. Jeśli pacjentka ma historię nawracających zakażeń VVC i nie reaguje już na flukonazol, będzie potrzebowała schematu podtrzymującego (zwykle codziennego) opartego na tym, co wybierzesz początkowo w schemacie indukcyjnym."*

Ciekawe, nieprawdaż?

Implikacje dla gabinetu:

W nawracających epizodach nie poprzestawaj na flukonazolu — warto:

- potwierdzić diagnozę (badanie ginekologiczne, w razie wątpliwości preparat KOH/posiew);
- rozważyć identyfikację gatunku i lekowrażliwości przy braku odpowiedzi;
- przeanalizować modyfikowalne czynniki ryzyka (antybiotyki, glikemia, BMI, higiena intymna).

U pacjentek z RVVC rozmawiać o realistycznym celu (kontrola objawów, a nie zawsze całkowite wyeliminowanie nawrotów) i konieczności długoterminowej strategii (farmakoterapia + interwencje niefarmakologiczne). Co to oznacza? Zaleć eliminację czynników drażniących (ciemna bielizna, wkładki na stałe noszone, golenie sromu — można wszakże przycinać włosy, nie koniecznie golić, płyny do higieny intymnej, zrezygnuj, choćby na próbę, z prezerwatyw, może niech będą pudrowane zamiast lubrikowane środkiem plemnikobójczym). Usłyszysz „to mam się myć samą wodą?". Dokładnie. Na srom (prócz leków) można stosować to, co jesteś w stanie zjeść. Prosta zasada (EBR).

Ja (EBR) rekomenduję gałkę do pochwy z kwasem bornym (Albivag dostępny jako probiotyk w aptece — to najlepszy miejscowy lek p/drożdżakowy), 1×dz na noc (uwaga! Może być nieskuteczna prezerwatywa, podłoże jest tłuszczowe) przez 14 dni; jak się okazuje, terapia powinna być utrzymana przez 21 dni (z przerwą na miesiączkę). Z zaleceniem eliminacji czynników drażniących sprawdza się w ogromnej większości przypadków.

Słowa kluczowe: *„recurrent vulvovaginal candidiasis", „vaginal microbiome", „non-albicans Candida", „antifungal resistance", „host factors".*

Krótkie uzupełnienie: infekcje pochwowe a ryzyko porodu przedwczesnego u pacjentek z krótką szyjką macicy

Retrospektywne badanie obserwacyjne (Int J Gynaecol Obstet, wydanie kwiecień 2026) oceniło kobiety z krótką szyjką (≤25 mm) i współistniejącą BV/VVC, u których wdrożono standardowe leczenie.

W grupie 220 kobiet z krótką szyjką (SC) 42,7% urodziło przedwcześnie, ale odpowiednio leczone BV i/lub VVC nie zwiększały dodatkowo ryzyka porodu przedwczesnego w analizach regresji Coxa.

Implikacja: w poradni patologii ciąży/ambulatoryjnie u pacjentek z krótką szyjką warto systematycznie badać i leczyć BV/VVC, ale nie poprawia to rokowania w zakresie zmniejszenia

ryzyka porodu przedwczesnego u pacjentek z tej grupy.

Słowa kluczowe: *„short cervix", „bacterial vaginosis", „vulvovaginal candidiasis", „preterm birth".*

Endometrioza — leczenie endometriozy jajników i rola USG

Wytyczne brazylijskiej federacji (FEBRASGO) dotyczące leczenia endometriozy jajników (Rev Bras Ginecol Obstet 2026)

Dokument „Treatment of ovarian endometriosis: Number 1 – 2026" stanowi ustrukturyzowany przegląd i rekomendacje narodowej komisji ds. endometriozy FEBRASGO.

Najważniejsze punkty możliwe do przeniesienia do praktyki ambulatoryjnej:

- **Rola TVUS/MRI:** endometrioma w jajnikach powinna być potwierdzona obrazowo (TVUS przez doświadczonego operatora, ewentualnie MRI).
- **Kiedy operować asymptomatyczne endometrioma:** raczej u kobiet >40 r.ż., przy dużych torbielach, szybkim wzroście lub cechach podejrzenia nowotworu; u młodszych, z małymi torbielami preferowane jest obserwacja i wyczekiwanie.
- **Technika operacyjna:** w razie operacji preferowana jest cystektomia z wycięciem pseudotorebki (stripping), a nie samo drenażowanie i koagulacja, ze względu na niższą częstość nawrotów i lepszą kontrolę bólu.
- **Płodność:** u kobiet z obustronnymi endometriomami lub po wcześniejszym usunięciu endometrioma z jednego jajnika, przed kolejną operacją należy rozważyć metody zachowania płodności (mrożenie oocytów/zarodków).
- **Małe, jednostronne torbiele <4 cm u kobiet planujących IVF:** nie zaleca się rutynowej operacji przed procedurą, ponieważ nie poprawia to wyników IVF, a może pogorszyć rezerwę jajnikową.

Praktyczne przełożenie w poradni:

W rozmowie z pacjentką nacisk kłaść na bilans: ulga bólowo-jakościowa vs. potencjalna utrata rezerwy jajnikowej, zwłaszcza przy zmianach obustronnych i nawracających.

Słowa kluczowe: *„ovarian endometrioma", „fertility preservation", „cystectomy stripping technique", „endometriosis guideline 2026", „FEBRASGO".*

Transwaginalne USG a głęboka endometrioza — walidacja kryteriów SRU (Eur J Radiol 2026)

Choć badanie opublikowano w styczniu 2026 r., jest ono na tyle istotne dla diagnostyki ambulatoryjnej, że warto je znać.

W prospektywnej kohorcie 288 pacjentek z klinicznym podejrzeniem głębokiej endometriozy (DE) TVUS według kryteriów SRU osiągał czułość 87,4%, swoistość 76,8% i ogólną trafność 84,4% w porównaniu ze weryfikacją chirurgiczną.

Niektóre „pośrednie" objawy (stała tyłozgięta macica, „tethering" jelita) istotnie korelowały z lokalizacją ognisk w jelicie, przegrodzie odbytniczo-pochwowej, surowicówce macicy i pochwie (OR 2–6 w zależności od lokalizacji).

Implikacje dla codziennego badania TVUS:

Przy podejrzeniu endometriozy warto systematycznie oceniać i opisywać: ból przy badaniu i „objaw ślizgania" — nie tylko „torbiele endometrialne w jajniku". Kryteria PTGiP (2024 rok) do sprawdzenia: https://journals.viamedica.pl/ginekologia_perinatologia_prakt/article/view/101846

Standardowy opis USG u pacjentek z bólem miednicy może zawierać rubrykę „pośrednie cechy endometriozy głębokiej", co ułatwi kwalifikację do dalszej diagnostyki/leczenia w ośrodku referencyjnym.

Słowa kluczowe: *„deep endometriosis", „transvaginal ultrasound", „SRU criteria", „indirect ultrasound signs".*

Terapia menopauzalna — testosteron i nastrój

Testosteron w menopauzie — retrospektywne badanie obserwacyjne podskórnych implantów (Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X, 2026)

Dziesięcioletni przegląd praktyki jednej poradni ginekologicznej ocenił skuteczność i bezpieczeństwo podskórnych implantów testosteronu u 100 kobiet z objawami niedoboru androgenów; 78 pacjentek miało pełne dane w skalach MRS (Menopause Rating Scale).

- Średni wiek pacjentek wynosił 52 lata; większość była po menopauzie.
- Mediana nasilenia objawów w MRS spadła z 17 do 7 punktów; poprawa była istotna statystycznie we wszystkich 11 kategoriach skali (w tym libido, suchość pochwy, niepokój, zmęczenie, problemy ze snem).
- Najczęstszymi działaniami niepożądanymi były hirsutyzm (74% zgłaszających działania niepożądane) i trądzik; zwykle modyfikacja dawki + ewentualnie spironolakton pozwalały kontynuować terapię.
- W trakcie obserwacji dwie pacjentki zachorowały na raka piersi (stadium 0 i I); autorzy wskazują, że liczba ta nie wydaje się przekraczać oczekiwanej, ale badanie jest zbyt małe i obserwacyjne, by wyciągać wnioski o bezpieczeństwie onkologicznym.

Implikacje praktyczne:

Praca potwierdza, że testosteron (w dość wysokich dawkach) może znacząco łagodzić objawy androgenowego niedoboru (szczególnie dysfunkcję seksualną i objawy neuropsychiczne), ale nie zmienia to faktu, że:

- dowody pochodzą głównie z badań obserwacyjnych,
- brak jest rejestracji preparatów testosteronu dla kobiet w większości krajów (oczywiście też w Polsce, EBR),
- międzynarodowe stanowiska (np. globalny konsensus 2019) wciąż rekomendują ograniczenie wskazania do leczenia zaburzeń libido (HSDD) po wykluczeniu innych

przyczyn, głównie u kobiet po ooforektomii.

W gabinecie warto jasno informować pacjentki o charakterze dowodów, potencjalnych korzyściach („off-label") oraz działaniach niepożądanych (hirsutyzm, trądzik, zmiany profilu lipidowego, możliwe zmiany w piersiach), a także prowadzić udokumentowaną zgodę po rozmowie.

W zakresie suplementacji testosteronem zbiorę obowiązujące opinie, przedstawię własne stanowisko w którymś z kolejnych newsletterów (EBR).

Słowa kluczowe: *„testosterone pellet therapy", „menopause rating scale", „androgen deficiency in women", „HSDD".*

Nastrój okołomenopauzalny a terapia estradiolem ± testosteronem (Br J Psychiatry, 2026)

Retrospektywne badanie kohortowe z największej specjalistycznej poradni menopauzalnej w Wielkiej Brytanii oceniło wpływ różnych schematów terapii menopauzalnej (17-estradiol z progesteronem lub systemem LNG-IUS oraz ewentualnie z testosteronem) na nastrój oceniany kwestionariuszem Meno-D.

W grupie 920 kobiet (ok. połowa w perimenopauzie, połowa po menopauzie) po średnio 107 dniach od włączenia/optymalizacji MHT średni wynik Meno-D zmniejszył się o ok. 45% (istotnie statystycznie), co oznacza poprawę objawów depresyjnych/lękowych.

Poprawa występowała niezależnie od tego, czy stosowano sam estradiol ± progesteron, czy estradiol z dodatkiem testosteronu; różnice między schematami nie były istotne.

Praktyka:

Dla pacjentek z dominującymi objawami nastroju w perimenopauzie można uczciwie powiedzieć, że dobrze dobrana MHT (z uwzględnieniem przeciwwskazań) realnie zmniejsza objawy depresyjne i lękowe; dodatek testosteronu nie jest konieczny, by uzyskać poprawę nastroju.

Praca jest obserwacyjna — nie zastępuje klasycznych badań nad farmakoterapią depresji, ale uzupełnia obraz korzyści MHT i może wspierać rozmowę z psychiatrami/lekarzami rodzinnymi.

Słowa kluczowe: *„menopausal depression", „Meno-D questionnaire", „transdermal estradiol", „testosterone add-back".*

Seksuologia i zaburzenia bólowe

Systematyczny przegląd i metaanaliza leczenia pochwicy (J Sex Med 2026)

Metaanaliza 18 badań z udziałem 863 pacjentek z klinicznie rozpoznanym pochwicy porównywała skuteczność współczesnych metod terapii: CBT, fizjoterapii dna miednicy, stosowania dilatorów, iniekcji toksyny botulinowej oraz podejść łączonych.

- Najwyższy łączny wskaźnik sukcesu terapeutycznego (ok. 86%) uzyskano dla interwencji zintegrowanych (psychoseksualnych z komponentą fizjoterapii/dilatorów).

- Skuteczność CBT oceniano na ok. 82%, botulinum toxin (BTA) — 85%, fizjoterapia dna miednicy — 85%, terapia dilatorami — 78%; definicje „sukcesu" różniły się.

Praktyczne wnioski dla poradni:

Najlepsze wyniki uzyskuje się przy podejściu interdyscyplinarnym: rozpoznanie stawia ginekolog + seksuolog/psycholog + fizjoterapeuta uroginekologiczny; „samodzielne" przepisywanie dilatorów czy benzodiazepin ma mniejsze szanse na trwały efekt.

W kwalifikacji do toksyny botulinowej warto podkreślać, że jest to jedna z kilku skutecznych metod i — według metaanalizy — niekoniecznie przewyższa łączone interwencje psychoseksualne; wskazania powinny być zarezerwowane dla przypadków opornych lub wymagających szybkiej poprawy.

Systematyczny przegląd CBT w pochwicy (Current Women's Health Reviews, kwiecień 2026)

Osobny przegląd systematyczny ocenił wpływ CBT na funkcje seksualne u pacjentek z pochwicą/ZPZzB. W pięciu włączonych badaniach CBT poprawiała satysfakcję seksualną, funkcje seksualne i przystosowanie małżeńskie oraz zmniejszała objawy depresji i lęku.

Implikacje:

U pacjentek z pochwicą w gabinecie ginekologicznym warto już na pierwszej wizycie normalizować trudność („dobrze leczy się przy współpracy kilku specjalistów") i aktywnie proponować skierowanie do CBT/fizjoterapii, a nie ograniczać się do porad „proszę się rozluźnić".

Moja (EBR) rada: ginekolog rozpoznaje zaburzenie, badanie ginekologiczne nie jest konieczne (nie nalegaj!). Referujesz pacjentkę do psychologa — seksuologa (dobrze podać konkretny kontakt) do pracy w zakresie CBT. Jeśli pacjentka poradzi sobie z katastrofizmem, lękiem, badanie ginekologiczne będzie możliwe, próba penetracyjnego seksu bolesna, zaproś pacjentkę do rozpoznania dyspareunii, poszukaj przyczyn (najczęściej wulwodynia prowokowana).

Więcej na ten temat mówię na warsztatach VIPain: https://ewabaszakradomanska.pl/vipain/

Słowa kluczowe: *„vaginismus treatment", „cognitive behavioral therapy", „pelvic floor physiotherapy", „botulinum toxin", „sexual pain disorder".*

Kongresy 2026

W zakresie endometriozy, menopauzy i chorób sromu: w chwili obecnej dostępne są głównie programy i zapowiedzi zjazdów (SEUD 2026, 8th European Endometriosis Congress w Bolonii, ISSVD World Congress, BMS i NAMS meetings), natomiast konkretne „summary statements" z obrad nie zostały jeszcze opublikowane.

Źródła (References)

[1] State-of-the-Art Review: Managing Vulvovaginal Candidiasis. Clin Infect Dis 2026.

[2] Updated Guidance Regarding The Role of Transvaginal Ultrasonography. PubMed.

[3] Treatment of ovarian endometriosis: Number 1 – 2026. PMC/NIH.

[4] Vaginismus treatment: a systematic review and meta-analysis. J Sex Med 2026.

[5] Role of vulvovaginal infection in women with short cervix. Int J Gynaecol Obstet 2026.

[6] Transvaginal ultrasound for deep endometriosis — SRU criteria. Eur J Radiol 2026.

[7] The benefits of testosterone therapy for menopausal symptoms. PMC.

[8] The clinical management of testosterone replacement therapy in menopause.

[9] Transdermal oestradiol and testosterone therapy for menopausal depression. Br J Psychiatry 2026.

[10] Cognitive Behavioral Therapy on Sexual Function in Women with Vaginismus. Curr Womens Health Rev 2026.

[11] Congress schedules: SEUD 2026, EEC2026, ISSVD World Congress, BMS, NAMS meetings.

Newsletter #11 · Kwiecień 2026