Badanie dwuręczne — kiedy jest uzasadnione i jak zmniejszyć ból oraz lęk

Co zbadano i jak

Punktem wyjścia jest przegląd systematyczny z metaanalizą (Mignot i wsp., BJOG 2026): 16 RCT, 4641 kobiet, prace z lat 1990–2024, metodyka PRISMA i rejestracja PROSPERO, ocena ryzyka błędu narzędziem RoB2. Interwencje pogrupowano na proceduralne (n=10), środowiskowe (n=2) i poznawcze (n=4). Większość interwencji sprawiających ból była testowana na etapie wziernika (lubrykacja, krem lidokaina-prylokaina, wziernik osłonięty), nie na palpacji dwuręcznej. Zasady przenoszą się na badanie dwuręczne, ale osobnych RCT nad samą palpacją brak.

1. Kiedy badanie dwuręczne jest uzasadnione

Badanie dwuręczne nie jest narzędziem przesiewowym. U bezobjawowej kobiety, niebędącej w ciąży, nie wykrywa raka jajnika ani „subklinicznej" patologii z korzyścią dla przeżycia — jedyny udowodniony przesiew narządu rodnego to cytologia/HPV, a to badanie wziernikiem, nie palpacja. Dlatego ACP odradza rutynowe badanie miednicy jako przesiew (silna rekomendacja), a ACOG (Committee Opinion 754) mówi wprost: wykonuj z indykacji z wywiadu lub objawów, a u bezobjawowej kobiety bez zwiększonego ryzyka — po wspólnej decyzji z pacjentką.

Wskazania, w których palpacja dwuręczna ma wartość kliniczną:

- objawy sugerujące patologię narządu rodnego: ból miednicy lub podbrzusza, dyspareunia, nieprawidłowe krwawienia, upławy, podejrzenie zakażenia przenoszonego drogą płciową lub PID
- podejrzenie albo monitorowanie oporu (guza) w miednicy, powiększenia macicy (mięśniaki), guza przydatków — jako uzupełnienie USG
- ocena zaburzeń statyki (obniżenie, wypadanie), zmiany funkcji pęcherza lub jelita
- kwalifikacja do zabiegu, ocena przed założeniem wkładki lub przed procedurą
- wskazania w ciąży i okołoporodowe
- kobiety z aktualną lub przebytą dysplazją szyjki, nowotworem narządu rodnego

Można odstąpić od rutynowego zakładania wziernika i palpacji u bezobjawowej kobiety po całkowitym wycięciu macicy z przydatkami z przyczyn łagodnych (ocena zewnętrznych narządów płciowych zostaje). I rzecz, o której łatwo zapomnieć: badanie miednicy bywa opisywane jako miejsce „przemocy ginekologicznej" — zgoda, wyjaśnienie każdego kroku i możliwość przerwania badania, zwłaszcza u kobiet z historią przemocy seksualnej.

2. Jak zmniejszyć ból i lęk

Interwencje proceduralne (najtańsze, najlepiej udokumentowane)

Lubrykacja to najczęściej badana strategia — zmniejsza ból i, co ważne dla cytologii, nie pogarsza jakości rozmazu (Hill, Carugno). U nas nawyk z wziernika przenieś na palpację: nawilżenie rękawiczki. Miejscowy krem lidokaina-prylokaina (EMLA) przed badaniem dawał wyraźną redukcję bólu, zwłaszcza u kobiet po menopauzie (Keskin) — w Polsce dostępny, wart rozważenia przy nadwrażliwości sromu i zaniku. Pozycja bez strzemion lub półsiedząca zmniejszała poczucie bezbronności, dyskomfort fizyczny i utratę kontroli (Seehusen). Umożliwienie samodzielnego wprowadzenia wziernika lub samopobrania poprawia doświadczenie (dane jakościowe).

Interwencje środowiskowe (słabsze dowody, tanie, nieszkodliwe)

Dedykowane okrycie lub fartuch, muzyka, zapach lawendy i dźwięki natury zmniejszały lęk, a lawenda również ból (Tugut, Aktas). Efekt niepewny, ale koszt i ryzyko żadne.

Interwencje poznawcze (tu największy pojedynczy efekt)

Najsilniej na dyskomfort działał neutralny język: unikanie słów o negatywnej konotacji (np. „będzie nieprzyjemnie", „proszę się rozluźnić") wyraźnie obniżało odczuwany dyskomfort (Carugno). Informacja przed badaniem i krótkie przygotowanie online zmniejszały lęk (Toptas — efekt po 3 miesiącach; Ulker — niejednoznacznie). Wirtualna rzeczywistość redukowała jednocześnie ból i lęk (Kurt), ale to gadżet, nie warunek dobrego badania.

Sedno: efekt „robi" nie technologia, tylko kilka nawyków — zapowiedź każdego kroku, nawilżenie, tempo i pozycja pod pacjentkę, oddanie kontroli („proszę powiedzieć, kiedy przerwać") i spokojny, neutralny język. To jest istota trauma-informed care, którą ta metaanaliza wprost wspiera.

Mój komentarz

Badanie ginekologiczne, w mojej praktyce, składa się z oglądania sromu i odbytu, wziernikowania pochwy (z ewentualnym pobraniem rozmazu i oceną wydzieliny pochwowej, szyjki i pochwy) oraz z badania dwuręcznego miednicy (Bimanual pelvic examination, BPE).

W trakcie BPE przeprowadzam protokół VAMP dla oceny mięśni dna miednicy (PFMD overactivity), walidacja protokołu https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/17455057251338410, u pacjentek z dolegliwościami na sromie czy bólu przy współżyciu. VAMP nie ma uzasadnienia u kobiet bezobjawowych:
https://www.frontiersin.org/journals/medicine/articles/10.3389/fmed.2024.1289418/full.

Czy BPE ma uzasadnienie skoro można wykonać badanie usg narządu rodnego u pacjentki, na wizycie? Jest wszakże dokładniejsze, w Polsce zazwyczaj istnieje możliwość wykonania usg w gabinecie.

Zdaniem autorów metaanalizy (publikacja na pierwszym miejscu w BJOG 08/2026) BPE nie jest testem przesiewowym u kobiety bez objawów, niebędącej w ciąży. Jest zalecane z określonych wskazań: nieprawidłowe objawy, podejrzenie guza w miednicy lub zapalenia miednicy (PID), ciąża, kwalifikacja do zabiegu, niemniej, badanie należy wykonać po uzyskaniu świadomej zgody, na podstawie wspólnej decyzji z pacjentką. W mojej praktyce mówię jak badanie będzie przebiegać i kończę: jeśli akceptuje Pani scenariusz, zapraszam do badania.

Najtańsze i najlepiej udokumentowane wsparcie t o lubrykacja, neutralny język, informacja przed badaniem, pozycja bez strzemion oraz oddanie pacjentce kontroli — czyli tzw. praktyka uwzględniająca traumatyczne doświadczenia pacjentki (trauma-informed care). Dodam, że badanie przez pochwę zawsze wykonuję jednym palcem, bez trudu oceniam tzw. objaw szyjkowy (ocena bolesności przy poruszaniu na boki szyjki macicy). I ostatecznie, badanie należy prowadzić delikatnie, bez gwałtownych ruchów, bez pośpiechu.

Ciekawa jestem co o tym myślisz. Odstąpienie od BPE to nie nowe podejście, opinia pojawia się w literaturze i stanowiskach opiniotwórczych już od jakiegoś czasu. Zobacz sekwencję: przy zaniechaniu BPE na wizytach follow-up u bezobjawowej pacjentki, przeniesieniu screeningu raka szyjki w formule samopobrania materiału, wizyty przesiewowe u ginekologa stracą uzasadnienie, co najpewniej pojawi się w rekomendacjach towarzystw medycznych (jak do tej pory ACOG zaleca wizyty co rok). Czy może zostanie jakiś obszar, gdzie wizyta i badanie zdrowej, bezobjawowej kobiety będzie miała wartość? Ciekawe czasy dla praktyki ginekologicznej przed nami.

Źródło

Mignot S, Menard JP, Iraola E. Effectiveness of Interventions to Improve Women's Experience of Pelvic Examinations: A Systematic Review and Meta-Analysis. BJOG 2026;133(9):1717–1730. DOI: 10.1111/1471-0528.70227.

Kontekst wskazań: ACOG Committee Opinion No. 754 (2018); Qaseem A i wsp., ACP, Ann Intern Med 2014;161:67–72. PMID/DOI do niezależnego potwierdzenia w PubMed przed drukiem.