

ՎՈՒԼՎՈՎԱԳԻՆԱԼ ԿԱՆՌԻՂՈՉԻ ՎԱՐՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

Ամփոփում

Նպատակ

Սույն ուղեցույցի նպատակն է տրամադրել ապացույցների վրա հիմնված տեղեկություններ և ապացուցողական խորհուրդներ վուլվոզիտի վանդիդոզի վերաբերյալ, և բարելավել տվյալ խմբի պացիենտների վարման ելքերը:

Մեթոդաբանություն

Սույն կլինիկական ուղեցույցը մշակվել է Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից: Ուղեցույցի գրականական աղբյուր է հանդիսացել Կանադայի գինեկոլոգների և մանկաբարձների կազմակերպության (SOGC, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada) կողմից 2015թ. հրապարակված ուղեցույցը (Vulvovaginitis: Screening for and Management of Trichomoniasis, Vulvovaginal Candidiasis, and Bacterial Vaginosis), ինչպես նաև PubMed, EMBASE, Cochrane Library, National Guideline Clearinghouse և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթերում, հիմք է ընդունվել Կանադայի գինեկոլոգների և մանկաբարձների կազմակերպության (SOGC) կողմից առաջարկվող դասակարգումը (Տես Հավելված 1): Ուղեցույցի տեղայնացման գործընթացը իրականացվել է համաձայն միջազգային ADAPTE մեթոդաբանության: Բոլոր խորհուրդները քննարկվել և հավանության են արժանացել Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից (արձանագրությունը կցվում է): Սույն փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց: Ուղեցույցը նախատեսված է վուլվոզիտի վանդիդոզի վարման մեջ ներառված մասնագետների համար՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգներ, մաշկավեներաբաններ, ընտանեկան բժիշկներ:

Արդյունքներ

Սույն ուղեցույցում ներկայացված են վուլվոզիտի վանդիդոզի վարման վերաբերյալ ապացուցողական խորհուրդներ, որոնք օգնում են կլինիկական գործունեությունում որոշումներ կայացնելիս:

Հետևություններ

Ապացույցների վրա հիմնված կլինիկական խորհուրդները կօգնեն բարելավել վուլվոլագինալ կանդիդոզի վարման ելքերը:

Բանալի բառեր

Ապացուցողական բժշկություն, ուղեցույց, ցուցումների ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգ, վուլվոլագինալ կանդիդոզ, հակասնկային դեղորայք

Պատասխանատու համակարգող

Աբրահամյան Ռ.Ա., ՀՀ ԳԱԱ ակադեմիկոս, բ.գ.դ., պրոֆ., ՀՀ ԱՆ գլխավոր մանկաբարձ գինեկոլոգ, ՎԱՊՄԳՀԻ տնօրեն

Աշխատանքային խմբի անդամներ

- Աբրահամյան Լ.Ռ., բ.գ.դ., ԵՊԲՀ Մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի թիվ 2 ամբիոնի պրոֆեսոր
- Գրիգորյան Վ.Ֆ., բ.գ.թ., դոց., ՎԱՊՄԳՀԻ Ծննդաբերական բաժանմունքի վարիչ
- Գյուլխասյան Վ.Մ. բ.գ.թ., դոց., ՎԱՊՄԳՀԻ Օպերատիվ գինեկոլոգիայի բաժանմունքի վարիչ
- Հարությունյան Ա.Գ. MD, MPH., Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի Առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և զարգացման կենտրոնի ավագ գիտաշխատող

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Պատասխանատու համակարգողը հայտարարում է շահերի բախման բացակայության վերաբերյալ: Սույն փաստաթղթի մշակման աշխատանքները ֆինանսավորվել են ՀՀ

ԱՆ կողմից: Ֆինանսավորող կազմակերպությունը չի ունեցել որևէ ազդեցություն փաստաթղթի պարունակության կամ ձևավորման վրա:

Շնորհակալական խոսք

Աշխատանքային խումբը իր երախտագիտությունն է հայտնում ուղեցույցների մշակման աշխատանքներին իրենց աջակցությունը, խորհրդատվությունը և մասնագիտական գնահատականը տրամադրած գործընկերներին:

Ուղեցույցը չի կարող փոխարինել բժշկի որոշումները ընդունելու հմտություններին անհատ պացիենտի վարման դեպքում և տվյալ կլինիկական իրավիճակի պայմաններում:

Բովանդակություն

Նախաբան

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Հարուցիչը և կլինիկական դրսևորումը

Ախտորոշում

Բուժում

Հղիություն

Խորհուրդներ

Ներդրման հնարավորություններ և աուդիտի ցուցանիշներ

Գրականության ցանկ

Հավելված 1

Հավելված 2

Հապավումներ

ՄԻԱՎ՝ մարդու իմունային անբավարարության վիրուս

ՎՎԿ՝ վուլվովագինալ կանդիդոզ

Նախաբան

Վուլվովագինալ կանդիդոզը շատ հաճախ հանդիպող վիճակ է, որն ախտահարում է կանանց մինչև 75%-ին կյանքի ընթացքում առնվազն մեկ անգամ [1]: Վուլվովագինալ կանդիդոզի ռիսկի գործոնները ներառում են սեռական ակտիվությունը, հակաբիոտիկների վերջերս կիրառումը, հղիությունը և իմունոսուպրեսիան այն վիճակներից, ինչպիսին են ՄԻԱՎ վարակը և շաքարային դիաբետը [2,3]:

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Սույն կլինիկական ուղեցույցը մշակվել է Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից: Ուղեցույցի գրականական աղբյուր է հանդիսացել Կանադայի գինեկոլոգների և մանկաբարձների կազմակերպության (SOGC, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada) կողմից 2015թ. հրապարակված ուղեցույցը (Vulvovaginitis: Screening for and Management of Trichomoniasis, Vulvovaginal Candidiasis, and Bacterial Vaginosis), ինչպես նաև PubMed, EMBASE, Cochrane Library, National Guideline Clearinghouse և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Տեղեկատվության որոնումը կատարվել է անգլերեն լեզվով մինչև 2017թ. հրապարակված փաստաթղթերի միջև, բանալի բառերի միջոցով (“yeast”, “vulvovaginal candidiasis”, “treatment”): Որոնման փաստաթղթերի տեսակը սահմանվել է՝ համակարգային վերանայումներ, պատահական բաշխմամբ վերահսկվող

փորձարկումներ և դիտորդական հետազոտություններ: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթերում, հիմք է ընդունվել Կանադայի գինեկոլոգների և մանկաբարձների կազմակերպության (SOGC) կողմից առաջարկվող դասակարգումը (Տես Հավելված 1): Ուղեցույցի տեղայնցաման գործընթացը իրականացվել է համաձայն միջազգային ADAPTE մեթոդաբանության: Բոլոր խորհուրդները քննարկվել և հավանության են արժանացել Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից (արձանագրությունը կցվում է): Սույն փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց: Ուղեցույցը նախատեսված է վուլվոլագինալ կանդիդոզի վարման մեջ ներառված մասնագետների համար՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգներ, մաշկավեներաբաններ, ընտանեկան բժիշկներ:

Հարուցիչը և կլինիկական դրսևորումը

ՎՎԿ-ն ամենից հաճախ առաջանում է *Candida albicans* խմորասնկով [4], սակայն *Candida* ցեղի այլ տեսակները, ինչպիսիք են *glabrata*, *parapsilosis* և *tropicalis* տեսակները, գնալով ի հայտ են գալիս [5]:

Candida-ի հիմնական ռեզերվը համարվում է ուղիղ աղին, սակայն հեշտոցային կոլոնիզացիան նույնպես հաճախ է: Կոլոնիզացիայից սիմպտոմատիկ վարակի զարգացման հետ ասոցացված գործոնները բազմաթիվ են և ներառում են տիրոջ ընկալունակությունը և բորբոքային պատասխանը և կանդիդային վիրուլենտության գործոնները: Ախտանշաններն առաջանում են խմորասնկերի առատությունից և վուլվոլագինալ էպիթելիալ բջիջների մեջ նրանց ներթափանցումից [6]:

Չբարդացած ՎՎԿ-ի նշանները և ախտանշանները ներառում են հաստ կաթնաշոանման արտադրությունը՝ ասոցացված հեշտոցի և վուլվայի քորի, ցավի, այրոցի, էրիթեմայի և/կամ այտուցի հետ: Կարող է դիտվել նաև արտաքին դիզուրիա և դիսպարեունիա:

Բարդացած ՎՎԿ-ն կարող է սահմանվել այն, որը կրկնվող է (4 կամ ավել էպիզոդ 12 ամսվա ընթացքում), ասոցացված է ծանր ախտանշանների հետ, առաջացել է ոչ-ալբիկանսային տեսակներից կամ տիրոջ օրգանիզմն ընկճված է [7]: Այս վիճակն ավելի հաճախ է հանդիպում իմունաճնշված, շաքարային դիաբետով կամ երկու վիճակների համակցմամբ պացիենտների շրջանում [8]: Այս իրավիճակներում կարող է արդարացված լինել հավելյալ հետազոտումը ՄԻԱՎ-ի [9] և շաքարային դիաբետի համար:

Ախտորոշում

ՎՎԿ-ի ախտորոշումը պահանջում է կոնքի հետազոտում: Ախտորոշման համար հաստ սպիտակ արտադրությունը և վուլվայի քորը միասին չունեն ոչ զգայունություն, ոչ սպեցիֆիկություն:

Վուլվայի և հեշտոցի հյուսվածքների էրիթեման և այտուցը համակցված հաստ, սպիտակ, կուտակումներ գոյացնող հեշտոցային արտադրության հետ, աջակցում են ախտորոշմանը: ՎՎԿ-ի դեպքում հեշտոցային արտադրուն ունի <4.5 pH, և խմորասնկերի բողբոջումը և պսևդոհիֆերը կարող են երևալ թաց քսուքում: Հոտային թեստը բացասական է և գրամ ներկումով կարող են բացահայտվել պոլիմորֆոնուկլեար բջիջներ, բողբոջող խմորասնկեր և պսևդոհիֆեր:

Երբ առկա են բարդացած ՎՎԿ-ի մասին խոսող տվյալներ, հեշտոցային հեղուկի հավաքումը ցանքսի և խմորասնկի տեսակավորման համար կարող է օգնել ուղղորդել բուժումը, որովհետև նման դեպքերում մեծ է ոչ-ալբիկանսային տեսակների հավանականությունը [10]:

Բուժում

ՎՎԿ-ի բուժումն անհրաժեշտ է անցկացնել միայն ախտանիշների առկայության դեպքում: Խմորասնկի հայտնաբերումը թաց քսուկում, գրամ ներկման

ճանապարհով/ցանքում կամ Պապ սկրինինգով, ախտանշանների բացակայության դեպքում բուժում չի պահանջում: Ավելի քան 20% կանայք կարող են ունենալ խմորասունկը որպես իրենց հեշտոցային բնական միկրոբիոմի բաղկացուցիչ մաս և մեծամասնությունը լինելու է անախտանիշ [11]: Բուժումը և դեղաչափման տարբերակները չբարդացած, կրկնվող և ոչ-ալբիկանսային ՎՎԿ-ների դեպքում ներկայացված է Հավելված 2-ում [12-17]:

Հղիություն

Հղիության ժամանակ ՎՎԿ-ն կարող է լինել երկարացած և ասոցացվել ավելի ծանր ախտանշանների հետ, և ախտանշանների անցումը պահանջում է բուժման ավելի երկար կուրսեր: Հղիության ժամանակ խորհուրդ է տրվում միայն տեղային ազդիներ: Արտաքին իմիդազոլային նրբաքսուկներով և ներհեշտոցային օվուլներով բուժումը կարող է պահանջել մինչև 14 օր: Հնարավոր է նաև կրկնակի բուժման կարիք լինի: Հղիության ժամանակ պետք է խուսափել բերանացի ֆլուկոնազոլի կիրառումից, քանի որ այն կարող է բարձրացնել Ֆալոյի տետրադայի առաջացման ռիսկը [18]: Բերանացի ֆլուկոնազոլի անվտանգությունը հղիության երկրորդ և երրորդ եռամսյակերում ուսումնասիրված չէ: Ներհեշտոցային բորաթթվի կիրառումն ասոցացված է եղել բնածին արատների 2 անգամից ավել բարձր ռիսկի հետ, երբ այն կիրառվել է հղիության առաջին 4 ամիսների ընթացքում [19], ուստի այս ժամանակահատվածում պետք է խուսափել բորաթթվի կիրառումից:

Խորհուրդներ

Վուլվովագինալ կանդիդոզն ախտահարում է 75% կանանց առնվազն մեկ անգամ: Տեղային և բերանացի հակասնկային ազդիային դեղորայքը հավասարապես արդյունավետ են: (խորհուրդի ուժը՝ I)

Կրկնվող վուլվովագինալ կանդիդոզը սահմանվում է որպես 4 կամ ավել էպիզոդ մեկ տարվա ընթացքում: *(խորհուրդի ուժը՝ II-2)*

Կրկնվող վուլվովագինալ կանդիդոզի բուժական արդյունավետությունը բարձրացվում է թողարկող բուժումից հետո պահպանողական թերապիայի իրականացմամբ՝ շաբաթական բերանացի ֆլուկոնազոլի կիրառում մինչև 6 ամիս: *(խորհուրդի ուժը՝ II-2A)*

Տեղային ազդվերով բուժվող ախտանշանային վուլվովագինալ կանդիդոզի առողջացման համար կարող է պահանջվել բուժական ավելի երկար կուրսեր: *(խորհուրդի ուժը՝ I-A)*

Ներդրման հնարավորություններ և աուդիտի ցուցանիշներ

Առաջարկվող աուդիտի ցուցանիշներն են՝

- 4 կամ ավել էպիզոդով ներկայացող վուլվովագինալ կանդիդոզով պացիենտների քանակը

Գրականության ցանկ

1. Sobel JD. Management of patients with recurrent vulvovaginal candidiasis. *Drugs* 2003;63:1059–66.
2. Ohmit S, Sobel J, Schuman P, Duerr A, Mayer K, Rompalo A, et al.; HIV Epidemiology Research Study (HERS) Group. Longitudinal study of mucosal *Candida* species colonization and candidiasis among human immunodeficiency virus (HIV)-seropositive and at-risk HIV-seronegative women. *J Infect Dis* 2003;188:118–27.
3. De Leon E, Jacober SJ, Sobel JD, Foxman B. Prevalence and risk factors for vaginal *Candida* colonization in women with type 1 and type 2 diabetes. *BMC Infect Dis* 2002;2:1.

4. Odds FC. Candidosis of the fenitalia. In: Odds FC. *Candida and candidosis: a review and bibliography*, 2nd ed. London: Bailliere Tindal; 1988, p.124.
5. Vermitsky JP, Self MJ, Chadwick SG, Trama JP, Adelson ME, Mordechai E, et al. Survey of vaginal-flora *Candida* species isolates from women of different age groups by use of species-specific PCR detection. *J Clin Microbiol* 2008;46:1501–3.
6. Sobel JD. Vulvovaginal candidosis. *Lancet* 2007;369:1961–71.
7. Public Health Agency of Canada. Canadian guidelines on sexually transmitted infections—updated January 2010. Ottawa: PHAC; 2010. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/index-eng.php>. Accessed on November 6, 2013.
8. Nyirjesy P, Sobel JD. Genital mycotic infections in patients with diabetes. *Postgrad Med* 2013;125:33–46.
9. Watts DH, Springer G, Minkoff H, Hillier SL, Jacobsen L, Moxley M, et al. The occurrence of vaginal infections among HIV-infected and highrisk uninfected women: longitudinal findings of the Women’s Interagency HIV Study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006;43:161–8.
10. Sobel JD, Kapernick PS, Zervos M, Reed BD, Hooton T, Soper D, et al. Treatment of complicated *Candida* vaginitis: comparison of single and sequential doses of fluconazole. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:363–9.
11. Pirotta MV, Garland SM. Genital *Candida* species detected in samples from women in Melbourne, Australia, before and after treatment with antibiotics. *J Clin Microbiol* 2006;44:3213–7.
12. Nurbai M, Grimshaw JM, Watson M, Bond CM, Mollison J, Ludbrook A. Oral versus intra-vaginal imidazole and triazole anti-fungal treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis (thrush). *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(4):CD002845.
13. Sobel JD, Wiesenfeld HC, Martens M, Danna P, Hooton TM, Rompalo A, et al. Maintenance fluconazole therapy for recurrent vulvovaginal candidiasis. *N Engl J Med* 2004;351:876–83.

14. Pappas PG, Rex JH, Sobel JD, Filler SG, Dismukes WE, Walsh TJ, et al.; Infectious Diseases Society of America. Guidelines for treatment of candidiasis. *Clin Infect Dis* 2004;38:161–89.
15. Guaschino S, De Seta F, Sartore A, Ricci G, De Santo D, Piccoli M, et al. Efficacy of maintenance therapy with topical boric acid in comparison with oral itraconazole in the treatment of recurrent vulvovaginal candidiasis. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:598–602.
16. Sobel JD. Recurrent vulvovaginal candidiasis. A prospective study of the efficacy of maintenance ketoconazole therapy. *N Engl J Med* 1986;315:1455–8.
17. Roth AC, Milsom I, Forssman L, Wahlen P. Intermittent prophylactic treatment of recurrent vaginal candidiasis by postmenopausal application of a 500 mg clotrimazole vaginal tablet. *Genitourin Med* 1990;66:357–60.
18. Molgaard-Nielsen D, Pasternak B, Hviid A. Use of oral fluconazole during pregnancy and the risk of birth defects. *N Eng J Med* 2013;369:830–9.
19. Acs N, Banhidy F, Puho E, Czeizel AE. Teratogenic effects of vaginal boric acid treatment during pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 2006;93:55–6

**Կանադայի գինեկոլոգների և մանկաբարձների կազմակերպության (SOGC)
կողմից առաջարկված ապացույցների դասակարգման համակարգ**

Ապացույցների որակը	Խորհուրդների դասակարգումը
I. Ապացույցները ստացվել են առնվազն մեկ պատշաճ կատարված պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկումից:	A. Առկա է լավ որակի ապացուցողականություն տվյալ կլինիկական գործողությունը խորհուրդ տալու համար:
II-1. Ապացույցները ստացվել են ոչ-պատահական բաշխմամբ պատշաճ մշակված փորձարկումից:	B. Առկա է արդար ապացուցողականություն տվյալ կլինիկական գործողությունը խորհուրդ տալու համար:
II-2. Ապացույցները ստացվել են պատշաճ մշակված կոհորտային (առաջահայաց կամ հետահայաց) կամ դեպք-ստուգիչ հետազոտություններից՝ իրականացված նախընտրելիորեն մեկից ավել կենտրոններում կամ հետազոտական խմբերի կողմից:	C. Առկա ապացույցները վիճահարույց են և թույլ չեն տալիս տվյալ կլինիկական գործողությանը դեմ խորհուրդ տալ, սակայն այլ գործոնները կարող են ազդել որոշում կայացնելու վրա:
II-3. Ապացույցները ստացվել են ժամանակահատվածների կամ տարածությունների միջև համեմատություններից՝ միջամտությամբ կամ առանց: Այս կատեգորիայում կարող են նաև ներառվել չվերահսկվող փորձարկումներից ստացված դրամատիկ արդյունքները (ինչպես օրինակ 1940-ականներին կիրառված պենիցիլինի արդյունքները):	D. Առկա է արդար ապացուցողականություն տվյալ կլինիկական գործողությանը դեմ խորհուրդ տալու համար:
	E. Առկա է լավ որակի ապացուցողականություն տվյալ կլինիկական գործողությանը դեմ խորհուրդ տալու համար:
III. Հարգված հեղինակությունների կարծիքներ հիմնված կլինիկական փորձի, նկարագրական հետազոտությունների կամ էքսպերտ հանձնաժողովների հրապարակումների	L. Ապացույցներն անբավարար են (քանակապես կամ որակապես) որևէ խորհուրդ տալու համար, սակայն այլ գործոնները կարող են ազդել որոշում կայացնելու վրա:

վրա:	
------	--

Հավելված 2

Վուլվոլագինալ կանդիդոզի բուժման տարբերակներ

Թերապիա	Դեղորայք	Դեղաչափ
<i>Չբարդացած ՎՎԿ^a</i>		
Իմիդազոլային հակասնկայիններ	Կլոտրիմազոլ նրբաքսուր/քսուր	1% օրը մեկ անգամ, 7 օր, կամ 2% օրը մեկ անգամ, 3 օր, կամ 10% օրը մեկ անգամ
	Ներդիր/օվուլ/մոմիկ	200 մգ՝ օրը մեկ անգամ, 3 օր, կամ 500 մգ՝ օրը մեկ անգամ
	Միկոնազոլ նրբաքսուր/քսուր	2% օրը մեկ անգամ, 7 օր, կամ 4% օրը մեկ անգամ, 3 օր
	Ներդիր/օվուլ/մոմիկ	100 մգ՝ օրը մեկ անգամ, 7 օր, կամ 400 մգ՝ օրը մեկ անգամ, 3 օր, կամ 1200 մգ՝ օրը մեկ անգամ
Տրիազոլային հակասնկայիններ	Ֆլուկոնազոլ (բերանացի)	150 մգ՝ օրը մեկ անգամ
	Տերկոնազոլ նրբաքսուր	0.4%՝ օրը մեկ անգամ 7 օր
<i>Կրկնվող ՎՎԿ^b</i>		
Թողարկող	Իմիդազոլային նրբաքսուր	10-14 օր, ինչպես չբարդացած ՎՎԿ-ի համար [12]
	Ֆլուկոնազոլ (բերանացի)	150 մգ՝ 3 դեղաչափ, 72 ժամ ընդմիջումով [11]
	Բորաթթվի ներդիր	300-600 մգ օրական, 14 օր [13]
	Կլոտրիմազոլ ներդիր	500 մգ՝ ամսական մեկ անգամ, 6 ամիս [15]
Պահպանողական ^c	Ֆլուկոնազոլ (բերանացի)	150 մգ՝ շաբաթական մեկ անգամ [11]
	Բորաթթվի ներդիր	300 մգ օրական, 5 օր յուրաքանչյուր դաշտանային ցիկլի սկզբում
	Կետոկոնազոլ	100 մգ օրական մեկ անգամ [14]

	(բերանացի) ^d	
<i>Ոչ-ալբիկանսային ՎՎԿ</i>		
	Բորաթթվի ներդիր ^e	300-600 մգ գիշերը, 14 օր
	Ֆլուցիտոզին նրբաքսուք ^e	5 գ օրական մեկ անգամ, 14 օր
	Ամֆոտերիցին B մոմիկ ^e	50 մգ օրական մեկ անգամ, 14 օր
	Նիստատին մոմիկ	100 000 միավոր օրական մեկ անգամ, 3-6 ամիս [1]

^a - այս հակասնկային սխեմաները հավասարապես արդյունավետ են և բերում են ախտանշանների անցման մինչև 90% դեպքերում [10]; ^b - կրկնվող ՎՎԿ-ի բուժումը պահանջում է թողարկող թերապիա, որին անմիջապես հաղորդում է պահպանողական բուժումը; ^c - պահպանողական թերապիան պետք է շարունակել մինչև 6 ամիս: Ամբողջական թերապիայի ավարտից հետո կրկնումների դեպքում պետք է կրկնել թողարկող և պահպանողական թերապիաները: Պահպանողական թերապիայի ժամանակ կրկնումները ցածր են, բայց կարող են հասնել մինչև 50%-ի բոլոր թերապիաների դեպքում; ^d - խորհուրդ է տրվում հազվադեպ հանդիպող հեպատոտոքսիկության համար երկարատև կիրառման և դեղորայքային փոխազդեցության դեպքում; ^e - բորաթթվի ներդիրը, ֆլուցիտոզինի նրբաքսուքը և ամֆոտերիցին B-ն կարող են կիրառվել համակցված: