



EACS
European
AIDS
Clinical
Society

UDHËZUES

Versioni 7.1

Nëntor 2014

Shqip

Tabela e Përmbajtjes

Anëtarët e Bordit Drejtues	2
Anëtarët e Panelit	2
Shkurtimet	3

Pjesa I

Vlerësimi i personave të infektuar me HIV në vizitën e parë dhe ato pasuese	4
--	----------

Pjesa II

Terapia Antiretrovirale (ART) te pacientët e infektuar me HIV	6
Vlerësimi i gadishmërisë për të filluar dhe vazhduar ART tek personat HIV pozitivë	6
Rekomandime për iniciimin e ART tek personat HIV-pozitivë të paekspozuar më parë ndaj ART	7
Regjimi fillestar i kombinuar për persona adult HIV pozitivë – naivë ndaj ART	8
Infeksioni akut i HIV	9
Strategjitë e ndryshme të terapisë për pacientët me virologji të supresuar	10
Dështimi Virologjik	11
Trajtimi i grave HIV-pozitive shtatëzëna	12
ART në bashkë-infeksionin TB/HIV	13
Profilaksia pas ekspozimit	14
Efektet e padëshirueshme të ARV-ve dhe klasat e barnave	15
Ndërveprimet midis barnave ARV dhe jo ARV	17
Ndërveprimet midis barnave Anti-depresantë dhe ARV	18
Ndërveprimet midis barnave Anti-hipertensivë dhe ARV	19
Ndërveprimet midis barnave Analgjezikë dhe ARV	20
Ndërveprimet midis barnave Anti-malaria dhe ARV	21
Rregullimi i dozës të ARV-ve për funksione hepatike të dëmtuara	23
Rregullimi i dozës të ARV-ve për funksione të dëmtuara të veshkave	24
Administrimi i ARV-ve tek personat me vështirësi në gjellitje	25

Pjesa III

Parandalimi dhe Menaxhimi i komorbideve tek personat HIV pozitivë	27
Dipendenca nga droga dhe Varësia nga droga	28
Kanceri: Metodët e Skrimit	29
Ndërhyrjet në stilin e jetës	30
Parandalimi i CVD	31
Diagoza e Hipertensionit, Shkallët dhe administrimi	32
Diagoza e Hipertensionit, Shkallët dhe administrimi	33
Ndërveprimi midis barnave Anti-hipertensivë dhe ARV	34
Diabeti i Tipit 2: Diagnoza	35
Diabeti i Tipit 2: Administrimi	36
Dislipidemia	37
Sëmundjet e kockave: Skrimit dhe Diagnoza	38
Defiçenca e Vitaminës D: Diagnoza dhe Administrimi	39
Qasja ndaj reduktimit të frakturave te Personat HIV pozitivë	40
Sëmundjet e Veshkave: Diagnoza dhe Administrimi	41
Nefrotoksiciteti shoqëruar i ARV-ve	42
Indikacionet dhe Testet për Tubulopatinë Renale Proximale (TRP)	43
Rregullimi i dozave të ARV-ve gjatë funksionit renal të dëmtuar	44
Ekzaminimi Work-up dhe Menaxhimi tek Personat HIV-pozitivë me ALT/AST të rritura	45
Ceroza e Mëlçisë: Klasifikimi dhe Mbikqyrja	46
Ceroza e Mëlçisë: Administrimi	47
Diagoza dhe Administrimi i Sindromës Hepatorenale (HRS)	48
Rregullimi i dozave të ARV-ve për Funksion Hepatik të dëmtuar	49

Lipodistrofia: Parandalimi dhe Administrimi	50
Hiperlaktatemia dhe Acidoza laktike: Diagnoza, Parandalimi dhe Administrimi	51
Udhëtimi	52
Ndërveprimet midis barnave Anti-malaria dhe ARV-ve	53
Vaksinimi	55
Shëndeti seksual dhe riprodhues i femrave dhe meshkujve HIV-pozitivë	56
Mosfunksionimi seksual	57
Trajtimi i mosfunksionimit seksual tek meshkujt HIV-pozitivë	58
Depresioni: Depistimi dhe Diagnoza	59
Depresioni: Administrimi	60
Klasifikimi, Dozat, Siguria dhe efektet e padëshirueshme të barnave Antidepresantë	61
Ndërveprimi midis barnave Antidepresantë dhe ARV-ve	62
Algoritmi për Diagnozën dhe Menaxhimin e dëmtimit neurokognitiv të asociuar me HIV-in tek personat pa kondicione të dukshme konfonduese	63

Pjesa IV

Menaxhimi klinik dhe trajtimi i bashkë-infeksioneve HBV dhe HCV tek Personat HIV-pozitivë	64
Rekomandimet e përgjithshme për Personat me Bashkë-infeksion të Hepatitit Viral/HIV	64
Vlerësimi i treguesve të trajtimit për HBV tek Personat me bashkë-infeksion HBV/HIV	65
Trajtimi i HBV kronik tek Personat me bashkë-infeksion HBV/HIV	66
Procedurat e diagnostikimit për HCV tek personat me bashkë-infeksion HCV/HIV	67
Trajtimi i HCV tek Personat me bashkë-infeksion HCV/HIV	68
Menaxhimi i Personave me bashkë-infeksion HCV kronik /HIV	70
Opsionet e trajtimit HCV te personat me bashkë-infeksion HCV/HIV	71
Ndërveprimet midis DAA-ve dhe ARV-ve	72
Propozimi i kohëzgjatjes optimale të terapisë së dyfishtë HCV tek Personat me bashkë-infeksion kronik HCV/HIV,që nuk mund të përfshihen në terapinë e tre-fishtë DAAs kundër HCV	73
Përdorimi i Boceprevir dhe Telaprevir te Personat me bashkë-infeksion HIV/HCV	74
Përkufizimi i reagimit ndaj trajtimit të PEG-IFN dhe RBV	75

Pjesa V

Infeksionet Oportuniste	76
Parandalimi dhe Trajtimi i infeksioneve oportuniste tek personat HIV-Pozitivë	76
Diagoza dhe Trajtimi i TB te personat HIV-pozitivë	82

Referencat

Referencat në të gjitha seksionet	85
--	-----------

Udhëzimet EACS disponohen online në www.eacsociety.org dhe në aplikacionin EACS Guidelines App

Stampimi
Publikues: Shoqata Klinike Europiane për AIDS (EACS)
Pjesëtarë të Panelit: Jens D. Lundgren (Koordinator i Udhëzuesit), Jose M Gatell, Hansjakob Furrer, Jürgen Rockstroh
Koordinatori Asistent i Udhëzuesit: Lene Ryom
Grafik Dizajni: Notice Kommunikation & Design, Zurich
Përkthim: SEVT Ltd., Londër
Versioni 7.1 Nëntor 2014

Këto udhëzime janë hartuar nga Shoqata Klinike Evropiane për AIDS (EACS), një organizatë jo-fitimprurëse, misioni i të cilës është promovimi i standarteve më të mira të kujdesit, kërkimit dhe edukimit në lidhje me infeksionin HIV dhe bashkë-infeksionet e lidhura me të. Gjithashtu, ka për qëllim angazhimin në mënyrë aktive në formulimin e politikave të shëndetit publik për reduktimin e barrës të infeksionit HIV në të gjithë Evropën.

Anëtarët e Panelit

Sekretariati Mjekësor

Sekretariati Mjekësor i EACS është përgjegjës për koordinimin dhe përditësimin e udhëzimeve të EACS bazuar në rekomandimet nga katër panelet e EACS-it.

Kryetari dhe Koordinatori i Udhëzuesit:

Jens D Lundgren **Kopenhagen, Danimarkë**
Koordinatori Asistent: Lene Ryom **Kopenhagen, Danimarkë**

Trajtimi i HIV-it

Kryetar: Jose M Gatell **Barcelonë, Spanjë**
Zv/ Kryetar: Anton Pozniak **Londër, Mbretëri e Bashkuar**
Shkencëtar i ri: Christian Manzardo **Barcelonë, Spanjë**
 Antonella d'Arminio Monforte **Milano, Itali**
 Jose Arribas **Madrid, Spanjë**
 Manuel Battegay **Basel, Zvicër**
 Nathan Clumeck **Bruksel, Belgjikë**
 Nikos Dedes **Athinë, Greqi**
 Anna Maria Geretti **Liverpool, Mbretëri e Bashkuar**
 Anders Horban **Varshav, Poloni**
 Christine Katlama **Paris, Francë**
 Jens D. Lundgren **Kopenhagen, Danimarkë**
 Christina Mussini **Modena, Itali**
 François Raffi **Nantes, Francë**
 Peter Reiss **Amsterdam, Hollandë**
 Hans Jürgen Stellbrink **Hamburg, Gjermani**

Bashk-sëmundshmëritë

Kryetar: Jens D Lundgren **Kopenhagen, Danimarkë**
Zv/Kryetar: Georg Behrens **Hanover, Gjermani**
Shkencëtar i ri: Lene Ryom **Kopenhagen, Danimarkë**
 Manuel Battegay **Basel, Zvicër**
 Mark Bower **Londër, Mbretëri e Bashkuar**
 Paola Cinque **Milano, Itali**
 Simon Collins **Londër, Mbretëri e Bashkuar**
 Juliet Compston **Cambridge, Mbretëri e Bashkuar**
 Gilbert Deray **Paris, Francë**
 Stéphane De Wit **Bruksel, Belgjikë**
 Christoph A. Fux **Aarau, Zvicër**
 Giovanni Guaraldi **Modena, Itali**
 Patrick Mallon **Dublin, Irlandë**
 Esteban Martinez **Barcelonë, Spanjë**
 Catia Marzolini **Basel, Zvicër**
 Sokratis Papapoulos **Leiden, Hollandë**
 Renaud du Pasquier **Lozhan, Zvicër**
 Neil Poulter **Londër, Mbretëri e Bashkuar**
 Peter Reiss **Amsterdam, Hollandë**
 Alessandra Viganò **Milano, Itali**
 Ian Williams **Londër, Mbretëri e Bashkuar**
 Alan Winston **Londër, Mbretëri e Bashkuar**

Bashkë-Infeksionet

Kryetar: Jürgen Rockstroh **Bon, Gjermani**
Zv/Kryetar: Massimo Puoti **Milan, Itali**
Shkencëtar i ri: Christoph Boesecke **Bon, Gjermani**
 Sanjay Bhagani **Londër, Mbretëri e Bashkuar**
 Raffaele Bruno **Pavia, Itali**
 Diego Garcia **Sevilla, Spanjë**
 Maxime Journiac **Paris, Francë**
 Karine Lacombe **Paris, Francë**
 Stefan Mauss **Dusseldorf, Gjermani**
 Lars Peters **Kopenhagen, Danimarkë**
 Vicente Soriano **Madrid, Spanjë**
 Andri Rauch **Bern, Zvicër**
 Cristina Tural **Barcelona, Spanjë**
 Chris Ward **Cardiff, Wales**

Infeksionet oportuniste

Kryetar: Hansjakob Furrer **Bern, Zvicër**
Zv/Kryetar: Jose M Miro **Barcelonë, Spanjë**
Shkencëtar i ri: Valentin Gisler **Bern, Zvicër**
 Luigia Elzi **Basel, Zvicër**
 Paola Cinque **Milano, Itali**
 Gerd Fätkenheuer **Kolonjë, Gjermani**
 Ole Kirk Kopenhagen, Danimarkë
 Amanda Mocroft **Londër, Mbretëri e Bashkuar**
 Philippe Morlat **Bordo, Francë**
 Anton Pozniak **Londër, Mbretëri e Bashkuar**
 Alain Volny-Anne **Paris, Francë**

Anëtarët e Bordit Drejtues

Manuel Battegay (President) **Basel, Zvicër**
 Fiona Mulcahy (Nënkryetare) **Dublin, Irland**
 Anna Maria Geretti (Sekretare) **Liverpool, Mbretëri e Bashkuar**
 Nathan Clumeck (Arkëtar) **Bruksel, Belgjikë**
 Peter Reiss **Amsterdam, Hollandë**
 (ish President)
 Jose Arribas **Madrid, Spanjë**
 Antonella d'Arminio Monforte **Milano, Itali**
 Cristiana Oprea **Bukuresht, Rumani**
 Cristina Mussini **Modena, Itali**
 Jose Gatell **Barcelonë, Spanjë**
 Christine Katlama **Paris, Francë**
 Jens D. Lundgren **Kopenhagen, Danimarkë**
 Anton Pozniak **Londër, Mbretëri e Bashkuar**
 Jürgen Rockstroh **Bon, Gjermani**
 Mike Youle **Londër, Mbretëri e Bashkuar**

Shkurtime:

Shkurtime e ilaçeve Antiretrovirale (ARV)		Shkurtesa të tjera	
3TC	lamivudin	FTRN	frenuesit nukleosid të transkiptazës reverse
ABC	abakavir	NFTRN	frenuesit jo-nukleosid të transkiptazës reverse
ATV	atazanavir	NVP	nevirapinë
COBI	kobikistat	PI	frenuesit proteazës
d4T	stavudinë	PI/r	frenuesit proteazës të përforcuar
ddl	didanozinë		farmakologjikisht me ritonavir
DLV	delavirdinë	RAL	raltegravir
DRV	darunavir	RPV	rilpivirinë
DTG	dolutegravir	RTV	ritonavir (përdorur si shtesë=/r)
EFV	efavirenz	SQV	sakuinavir
EVG	elvitegravir	TDF	tenofovir
ENF	enfuvirtidë	TPV	tipranavir
ETV	etravirinë	ZDV	zidovudinë
FI	Inhibitor fuzioni		
FPV	fosamprenavir		
FTC	emtricitabinë		
IDV	indinavir		
INSTI	frenues të integrazës strand transfer		
LPV	lopinavir		
MVC	maravirok		
ACE	enzimë konvertimi angiotensin	HIVAN	nefropati e asociuar me HIV-in
ALP	fosfatazë alkaline	HPV	Virusi human papilloma
ALT	aminotransferase alanine	HSR	reaksion hipersensitiv
aMDRD	modifikim i shkurtuar i dietës në formulën e sëmundjeve renale	IGRA	interferon-gamma release assay
ART	terapi me antiretrovirale	IHD	sëmundje ishemikezemre
AST	aspartate	IM	intramuskular
BMD	aminotransferase dëndësia minerale kockave	IV	intravenoz
BMI	Indeksi i masës trupore	IVDU	përdorim intravenozdroge
BP	presioni gjakut	LDL-c	LDL-kolesteroli
cART	tTAR e kombinuar	LGV	limfogranuloma venerike
CKD	sëmundje kronike e veshkave	Mg	magnezium
CMV	citomegalovirus	MSM	meshkuj që kanë sëks me meshkuj
CNS	sistemi nervor qendror	PO	për oral
COPD	Semundje pulmonare obstruktive kronike	PAP	testi papanikolaou
CSF	lëngu cerebrospinal	PEG-IFN	pegylated-interferon
CVD	sëmundje kardiovaskulare	PPI	frenuesi proton pump
CXR	X-ray kraharori	PPD	derivat proteinik i purifikuar
DAA	barna me veprim direkt	PSA	antigen specifik prostate
DXA	energji dual X-ray absorptiometri	PTH	hormonet paratiroide
ECG	elektrokardiogram	RBV	ribavirin
eGFR	shkalla e estimuar e filtrimit glomerular	SC	nënlekurë
FBC	numërimin e plotë të gjakut	SVR	përgjigje virologjike qëndrueshme
FDC	kombinim doze fikse	STI	Infeksione seksualisht të transmetueshme
FRAX	Instrument për vlerësimin e rrezikut të frakturës	TC	kolesteroli total
GT	genotipi	TDM	monitorimi terapeutik barnave
HAV	Virusi i Hepatitit A	TG	trigliceridet
HBV	Virusi i Hepatitit B	UA/C	raporti urinë albuminë/kreatininë
HCV	Virusi i Hepatitit C	UP/C	urine protein/kreatininë
HDL-c	HDL-kolesteroli	VL	ngarkesa virale (HIV-RNA)
		WB	western blot
		Zn	zink

Pjesa I Vlerësimi i personave të infektuar me HIV në vizitën e parë dhe ato vijuese

	Vlerësimi	Gjatë diag- nozës HIV	Para fillimit të TAR	Intervalet e ndjekjes	Komente	Shih faqen
HISTORIKU						
Mjeksor	Historiku mjeksor i plotë që përfshin	+	+	Vizita e parë	Transfero për vlerësim për kujdes në vazhdim	
	• Historiku familjar (psh. CVD të parakohshme, diabet, hipertension, CKD)	+		Vizita e parë	CVD të parakohshme: raste kardiovaskulare tek të afërm të shkallës së parë (meshkujt < 55, femrat < 65 vjeç)	31-33
	• Barna shoqëruese ⁽ⁱ⁾	+	+	Në çdo vizitë		
	• Mbivendosja e sëmundjeve të shkuara dhe të tanishme	+	+	Në çdo vizitë		
	• Historiku i vaksinimit	+		Vizita e parë	Matja e antitropave dhe ofrimi i vaksinave atje ku nevojiten	
Psikosocial	Stili aktual i jetesës (përdorimi i alkoolit, pirja e duhanit, dieta, ushtrime, përdorim droge)	+	+	6-12 muaj	Duhet të adresohen më shpesh zakonet negative të jetesës Ofro këshilla dhe mbështetje nëse duhet Siguro këshillim nëse është e nevojshme	30
	Punësimi	+	+	Siç tregohet Në çdo vizitë		
	Mirëqënia Sociale	+	+			
	Problemet Psikologjike	+	+			
Partneri dhe femijët	+			Testoni partnerët dhe fëmijët nëse janë në rrezik		
Shëndeti seksual dhe riprodhues	Historiku seksual	+		6-12 muaj	Adresoni çështjet e mosfunksionimit seksual	56-58
	Seksi i sigurt	+			Adreso rrezikun e transmetimit seksual aty ku nevojitet	
	Statusi i partnerit dhe zbulimi i statusit tek partneri	+			Konsidero fillimin e ART në çiftet serodiskordante	
	Çështjet e konceptimit	+	+			
Sëmundja e HIV-it						
Virologjia	Konfirmimi i HIV Ab pozitiv	+		3-6 muaj Në dështimit virologjik	Monitorimi më i shpeshtë HIV-VL në fillimet e TAR	7-11
	Plazma HIV-VL	+	+		Kryej testin e rezistencës gjenotipike para fillimit të ART nëse nuk është testuar më parë ose në qoftë se ka rrezik për infeksion të lartë	
	Testi gjenotipik; rezistenca dhe nëntipi	+	+/-			
	tropizëm R5 (nëse ka)		+/-		Skrinim nëse konsiderohet antagonizmi i R5 në regjim	
Imunologjia	Vlera absolute e CD4 dhe % (fakultativ: CD8 dhe %)	+	+	3-6 muaj	Merrni parasysht monitorim më pak të shpeshtë për persona në ART me CD4 të lartë ⁽ⁱⁱ⁾	7-11
	HLA B5701 (nëse e mundur)	+	+/-		Skrinim para fillimit të ABC në përbërje të ART, nëse nuk është testuar më parë.	
Bashkë-infeksionet						
IST	Serologji për Sifiliz	+		Vjetor/ siç tregohet	Konsidero skrinim më të shpeshtë nëse ka risk	56
	Skrinim për IST	+		Vjetor/ siç tregohet	Skrinim nëse është në risk	
Hepatitet Virale	Serologji e HAV	+		Vjetor/ siç tregohet	Skrinim për risk; vaksinim nëse është jo-immune	55-56,64
	Skrinim për HCV	+			Skrinim Vjetor për risk të vazhdueshëm Mat HCV-RNA nëse HCV Ab pozitiv ose nëse dyshohet për infeksione akute.	
	Skrinim për HBV	+	+		Skrinim Vjetor tek personat e dyshimtë; vaksinim nëse është jo-immune	
Tuberculozi	CXR	+		Ri-skrinim në se ka ek-spozim	Konsidero CXR rutinë tek personat, nga popullata me prevalencë të lartë TB.	82
	PPD nëse niveli i CD4 >400	+			Shih Diagnoza dhe trajtimi për TB tek personat HIV pozitivë	
	IGRA në popullata të caktuara me risk të lartë (nëse e mundur)	+				
Të tjera	Serologji e virusit Variçela Zoster	+			Ofroni vaksinimin kur nevojitet	55
	Serologjia e Fruth /Rubeolës	+			Ofroni vaksinimin kur nevojitet	
	Serologjia e Toksoplazmozës	+				
	Serologjia e CMV	+				
	Serologjia e Leishmania	+/-			Skrinim sipas historisë/originës së udhëtimit	
	Skrinimi Tropikal (p.sh Serologjia e Skistosomes)	+/-			Skrinim sipas historisë/originës së udhëtimit	

	Vlerësimi	Gjatë diag- nozës HIV	Para fillimit të TAR	Intervalet e ndjekjes	Komente	Shih faqen
Bashkësëmundjet						
Hematologji	FBC	+	+	3-12 muaj		
	Hemoglobinopatia	+			Skrinim për personat në risk	
	G6PD	+			Skrinim për personat në risk	
Përbërja trupore	Indeksi i masës trupore	+	+	Vjetor		30
Sëmundjet Kardiovaskulare	Vlerësimi i rrezikut (rezultati Framingham ⁽ⁱⁱⁱ⁾)	+	+		Duhet të kryhet në të gjithë njerëzit > 40 vjeç dhe femrat > 50 vjeç pa SKV	31
	ECG	+	+/-	Vjetor	Konsidero nivelin fillestar ECG para se të iniciosh ARV-te që asociohen me probleme potenciale në sjellje	
Hipertensioni	Presioni i gjakut	+	+	Vjetor		32-33
Lipidet	TC, HDL-c, LDL-c, TG ^(iv)	+	+	Vjetor	Përsëritni në gjendje perisi nëse përdoret për ndërhyrje mjeksore (p.sh. ≥ 8h pa konsumim kalor-ish)	37
Glukoza	Serum glukoze	+	+	6-12 muaj	Konsideroni testin oral-glukoz të tolerancës të / HbA1c nëse niveli i glukozës është 5.7-6.9 mmol/L (100-125 mg/dL)	35-36
Sëmundjet Pulmonare	CXR	+/-		siç tregohet	Konsideroni CRX nese ka historik paraprak të sëmundjeve pulmonare	
	Spirometri			siç tregohet	Skrinoni për COPD tek personat me rrezik ^(xii)	
Sëmundjet e Mëlçisë	Vlerësimi i rrezikut ^(v)	+	+	Vjetor		45-47
	ALT/AST, ALP, Bilirubina	+	+	3-12 muaj	Monitorimi shumë i shpeshtë para fillimit dhe gjatë trajtimit me barna hepatotoksike	
Sëmundjet Renale	Vlerësimi i rrezikut ^(vi)	+	+	Vjetor	Monitorim i shpeshtë nëse faktorët e rrezikut për CKD janë të pranishëm dhe / ose para nisjes dhe gjatë trajtimit me barna nefrotoksike ^(ix)	41-42
	eGFR (aMDRD ^(vii))	+	+	3-12 muaj		
	Urine dipstick analysis ^(viii)	+	+	Vjetor	Çdo 6 muaj nëse eGFR < 60 mL/min, Nëse proteinuria ≥ 1+ dhe/ose eGFR < 60 mL/min kryej UP/C ose UAC ^(vii)	
Sëmundjet e Kockave	Profili kockor: kalcium, PO4, ALP	+	+	6-12 muaj		38, 40
	Vlerësimi i rrezikut ^(x) (FRAX ^(xi)) tek personat > 40 vjet)	+	+	2 vjet	Konsideroni DXA tek personat specifik	
Vitamina D	25(OH) vitaminë D	+		siç tregohet	Skrinim për personat në risk	39
Dëmtimet Neurokonjitive	Pyetësor Skrinimi	+	+	2 vjet	Skrinim gjithë personave pa kushte konfunduese. Nëse janë jonormal dhe simptomatikë, shih algoritmin faqe 63 për vlerësim të mëtejshëm	63
Depresioni	Pyetësor	+	+	1-2 vjet	Skrinim për personat në risk	59-61
Kanceri	Mamografi			1-3 vjet	Gratë 50-70 vjeçe	29, 47
	PAP Cervikal			1-3 vjet	Femrat seksualisht aktive	
	Anuskopi dhe PAP (MSM)			1-3 vjet	Nuk ka evidenca për përfitimet	
	Ultratinguj dhe alfa-foetoproteina			6 muaj	I diskutueshëm/Persona me cerozë dhe personat me HBV pavarësisht fazës së fibrozës	
	Të tjera				I diskutueshëm	

- i Rishikoni të gjitha medikamentet shoqëruese të cilat potencialisht mund të ndërveprojnë me ARV-te ose rrisin bashkë-infeksionet, shih [Ndërveprimet mes barnave DAAS dhe ARV](#), [Ndërveprimi mes medikamenteve kundër depresionit dhe ARV](#); [Ndërveprimi mes medikamenteve antihipertensivë dhe ARV](#); [Ndërveprimi mes medikamenteve analgjezikë dhe ARV](#); [Ndërveprimi mes medikamenteve antimalarial dhe ARV-ve dhe \[www.hiv-druginteractions.org\]\(#\)](#)
- ii Në rast qëndrueshmërie me ART me NV të pa detektueshme dhe CD4 > 350 / µL, merrni në konsideratë monitorimin e CD4 çdo 6-12 muaj.
- iii Një ekuacion për rrezikun i zhvilluar nga popullatat me HIV është në dispozicion, shih [www.cphiv.dk/tools.aspx](#). Vini re, në qoftë se një individ merr medikamente për të kontrolluar dislipideminë dhe / ose hipertensionin, vlerësimi duhet të interpretohet me kujdes.
- iv Një llogaritje për LDL e kolesterolit në rastet kur TG nuk është e lartë mund të gjendet në [www.cphiv.dk/tools.aspx](#).
- v Faktorët e rrezikut për sëmundjet kronike të mëlçisë përfshijnë alkoolin, hepatitin viral, obezitetin, diabetin, rezistencën ndaj insulinës, hiperlipideminë dhe medikamentet hepatotoksike.
- vi Faktorët e rrezikut për CKD: hipertensioni, diabeti, CVD, historiku familjar, etniciteti i zi Afrikan, hepatiti viral, CD4 aktuale të ulëta, pirja e duhanit, moshë e vjetër, medikamentet shoqëruese nefrotoksike.
- vii eGFR: përdorni modifikim të shkurtuar të dietës në rastin e sëmundjes së veshkave

- (aMDRD) formula e bazuar në serum të kreatininës, gjinisë, moshës dhe përkatësisë etnike; shih [www.cphiv.dk/tools.aspx](#). Ekuacioni Cockcroft-Gault (CG) mund të përdoret si një alternativë.
- viii Disa ekspertë rekomandojnë UA / C (raporti i albuminës kreatininës urinare) ose UP / C (raporti i proteinës kreatininës urinare) si një provë shqyrtimi për proteinurinë të të gjithë individët. UA / C kryesisht zbulon sëmundjen glomerulare. Përdoreni të individët me diabet. UP / C zbulon totalin e proteinave dytësore të sëmundjet glomerulare dhe tubolare. Skrinime shtesë janë të nevojshme për individët që marrin TDF dhe ndoshta për disa PI psh. ATV dhe LPV/r, shih [Nefrotoksiciteti shoqërues i ARV-ve](#)
- x Faktorët klasik të rrezikut: moshë më e vjetër, gjinia femër, hipog-onadizmi, historiku familjar me thyerje hijesh, BMI të ulët (≤ 19 kg / m²), mangësi e vitamins D, duhanpirja, pasiviteti fizik, historik thyerje me impakt të ulët, teprim me alkoolin (> 3 njësi / ditë), ekspozim ndaj steroideve (minimumi 5 mg për > 3 muaj).
- xi Instrument i i OBSH-se për vlerësimin e rrezikut të frakturës (FRAX[®]) shih: [www.shef.ac.uk/FRAX](#).
- xii Një diagnozë e COPD duhet të merret në konsideratë te personat mbi moshën 35, të cilët kanë një faktor rreziku (pi duhan aktualisht ose ish duhanpirës) dhe që shfaqen me frymëmarrje të shpeshtë, kollë kronike, prodhim të rregullt pështyme dhe bronshit të shpeshtë në dimër.

Pjesa II Terapia Antiretrovirale (TAR) e personave HIV-pozitivë

Vlerësimi i gadishmërisë së personave HIV-pozitivë për të Filluar dhe Vazhduar Terapinë Antiretrovirale (TAR)^(x)

Qëllimi: të ndihmojmë personat të fillojnë dhe / ose mbajnë terapinë Antiretrovirale	
<p>TAR e suksesshme kërkon gadishmërinë e një personi për ta filluar dhe përmbajtur regjimin gjatë gjithë kohës. Trajektorja nga ndërgjegjësimi i problemeve deri tek përmbajtja e TAR mund të ndahet në pesë faza. Duke ditur fazën e një personi, shëndetin, ofruarit e kujdesit shëndetsor përdorin teknika të përshtatshme për t'i ndihmuar ata për të filluar dhe mbajtur TAR.</p>	<p>Identifikoni gadishmërinë e personit duke përdorur teknikat WEMS⁽ⁱ⁾ dhe filloni diskutimin me një pyetje të hapur / ftesë: "Unë do të doja të flisnim për barnat e HIV-it." <Prit> "Çfarë mendoni për këtë?"</p> <p>Bazuar në reagimin e personit, identifikoni fazën e tij / saj të gadishmërisë dhe ndërhyri në përputhje me rrethanat⁽ⁱⁱ⁾</p>
Fazat e gadishmërisë për të filluar TAR	
<p>Prekontemplimi : "Unë nuk kam nevojë për të, unë ndihem mirë." "Unë nuk dua të mendoj për këtë."</p>	<p>Mbështetja: Tregoni respekt për qëndrimin e personit./ Mundohuni të kuptoni shëndetin e personit dhe besimet rreth terapisë. / Krijoni besim. / Ofroni informacion konçiz, të individualizuar / Lini takimin tjetër.</p>
<p>Kontemplimi : "Unë jam duke peshuar gjërat dhe ndjehem i shkatërruar në lidhje me ç'duhet të bëj.."</p>	<p>Mbështetja: Lejo ambivalencën. / Mbështet personin duke peshuar të mirat dhe të këqijat. / Vlerësoni nevojat e personit për informacion dhe mbështeteni atë gjatë kërkimit për këtë informacion. / Lini orarin e ardhshëm</p>
<p>Përgatitja: Unë dua të filloj terapinë, besoj se ilaçet do më lejojnë të bëj një jetë normale."</p>	<p>Mbështetja: Fuqizon vendimin e personit. / Vendosni me personin se cili është regjimi më i përshtatshëm. / Edukoni personin mbi adeherencën, rezistencën dhe efektet anësore. / Diskutoni integritimin në jetën e përditshme / Respektoni vetë-vlerësimin e personit. Pyesni: Sa besim keni se mund ti merrni medikamentet siç kemi diskutuar (specifik) në momentin që i keni filluar ato? Përdorni VAS 0-10⁽ⁱⁱⁱ⁾</p> <p>Merrni në konsideratë trajnimin e aftësive:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trajnim mbi marrjen e medikamenteve, mundësisht MEMS • Terapia e vëzhgimit direkt me mbështetjen edukative. • Përdorni ndihmat: alarmin e telefonit celular, kutinë e ilaçeve; • Përfshini mjete mbështetëse / persona kur është e përshtatshme
<p>Veprim: "Unë do të filloj tani,"</p>	<p>Kontrolli i fundit: Me një plan trajtimi të mire-ndërtuar, a është person i aftë të marrë TAR?</p>
<p>Mirëmbajtja: "Unë do të vazhdoj", ose "Unë kam vështirësi në vazhdueshmërinë afat-gjate"</p> <p><i>Kushti: Personi mund të rikthehet në një fazë të parë, madje edhe nga "mirëmbajtja" drejt "zhytjes në mendime"</i></p>	<p>Vlerëso : Adeherencën çdo 3-6 muaj ^(iv)</p> <p>Vlerëso Adeherencën: Për personat me adeherencë të mirë: tregoni respekt për suksesin e tyre. Vlerëso: Perceptimet e vetëpersonit mbi aftësinë për t'u përmbajtur dhe vazhduar trajtimin. Pyet : Në 3-6 muajt e ardhshëm, sa besim keni se do të mund të merrni medikamentet? Përdorni VAS 0-10⁽ⁱⁱⁱ⁾</p> <p>Për një person me adeherencë të pamjaftueshme: përdorni teknikat e^(v) pasqyrit të problemeve, beni pyetje te hapura për të identifikuar mendimet jofunksionale. Vlerëso Fazën e gadishmërisë dhe ofro suportin bazë të fazës Vlerëso Pengesat dhe lehtësimet^(vi) Lini takim tjetër dhe përsëritni mbështetjen</p>
Skrinoni dhe flisni për problemet dhe lehtësimin e tyre	
<p>Konsideroni vlerësimin sistematik të:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresionit^(vii), shih faqet 59-60 • Problemeve konjitive^(viii), shih faqen 63 • Dëmet nga alkooli^(x) apo përdorimi i drogës, shih faqen 28, 30 	<p>Konsideroni të flisni për:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mbështetjen sociale dhe deklarimin • Sigurimin shëndetsor dhe vazhdimësinë e barnave ARV • Faktorë të lidhur me Terapinë
<p>Njihni, diskutoni dhe zvogëloni problemet kudo që të jetë e mundur në një qasje multidisiplinare në grup.</p>	
<p>i. WEMS:Prit (> 3 sekonda), përsërit, pasqyro, përmblihd [1]</p> <p>ii. Personi i paraqitur në klinikë mund të jetë në faza të ndryshme të gadishmërisë: prekontemplimi, kontemplimi ose përgatitje. Hapi i parë është vlerësimi i kësaj faze dhe më pas mbështetja / ndërhyrja në përputhje me rrethanat. Në rastin e prezantimit të vonë (<350 qeliza CD4 / µL), fillimi i TAR nuk duhet vonuar. Personi duhet të ndiqet nga afër dhe gjithashtu mbështetur në mënyrë optimale. Lini orarin e ardhshëm të takimit brenda një kohe të shkurtër, dmth 1-2 javë.</p> <p>iii. VAS (=Shkalla vizuale analoge: shkon nga 0 në 10, dmth 0 = nuk do ta menaxhojë, 10 = jam i sigurt se do të menaxhojë).</p> <p>Nuk do ta menaxhojë Do ta menaxhojë</p> <p>0 ----- 10</p>	<p>një herë në javë, një herë në javë, një herë në çdo 2 javë, një herë në muaj, kurrë" / "A keni humbur më shumë se një dozë rradhazi?" [2].</p> <p>v. Pasqyrimi: reflektimi pas në kohë në lidhje me atë që një person ka thënë ose ka demonstruar jo-verbalisht (p.sh. inat dhe zhgënjim) PA prezantuar materiale të reja duke bërë pyetje ose duke i dhënë informacion.</p> <p>vi. Adeherenca në terapitë afatgjata [3].</p> <p>vii. Pyesni: "Gjatë muajit të kaluar a jeni ndjerë shpesh të shqetësuar, të rënë moralisht apo të pashpresë?" Gjatë muajit të fundit keni ndjerë me pak kënaqësi apo interes në gjërat që keni bërë?" / "A është kjo diçka në të cilën ju do të donit ndihmë?" / Në qoftë se përgjigjet janë pozitive, atëherë ndjeshmëria është 96%, specificiteti 89%[4].</p> <p>viii. Pyesni: "A ndjeheni të shqetësuar për t'u përqëndruar në jetën tuaj të përditshme?" / "A ndiheni të ngadalësuar në procesin e të menduarit?" / "A ndjeni që keni probleme me kujtesën tuaj?" / "A shprehen të afërmit apo miqtë tuaj se ndjehet se ju keni probleme me kujtesën ose vështirësi në procesin e të përqëndruarit?"[5].</p> <p>ix. Ne rekomandojmë AUDIT-Fast mjetin e shpejtë të kontrollit për të përcaktuar përdorimin e demshëm të alkoolit: "Sa shpesh keni pasur 6 ose më shumë njësi (nëse jeni femër), ose 8 dhe më shumë (nëse jeni mashkull), në një rast të vetëm në vitin e fundit?" Nëse përgjigja është çdo javë ose çdo ditë, shqyrtimi është pozitiv dhe ndalet këtu. Nëse përgjigja është më pak se kaq, bëni edhe tre pyetje të tjera. Gjatë shqyrtimit për përdorim të substancave të demshme, hiqni pyetjen e parë sa-siore dhe zëvendësoni fjalën "të pijshëm" me "substancë rekreative"[6].</p> <p>x. Algoritmi i përshtatur nga[7]</p>
<p>iv. Pyetje të sugjeruara në lidhje me adeherencën : "Në 4 javët e fundit sa herë e ke humbur dozën e barnave të tua HIV: Çdo ditë, më shumë se</p>	

Rekomandime për fillimin e terapisë Antiretrovirale tek personat HIV-pozitivë të paekspozuar më parë ndaj ART⁽ⁱ⁾

Rekomandimet janë vlerësuar duke marrë parasysh edhe shkallën e progresionit të sëmundjes HIV dhe praninë, apo rrezikun e lartë për të zhvilluar llojet e ndryshme të kondicioneve për bashkë-infeksione.

Kushtet e pranishme / rrethanat	Numërimin aktual CD4 ^(ii,iii)	
	350-500	> 500
Infeksioni HIV asimptomatik	C	C
Për të reduktuar transmetimin e HIV-it	C	C
Sëmundja simptomatike HIV (CDC B ose C kushtet) duke përfshirë tuberkulozin	R	R
Infeksioni primar HIV	C	C
Shtatzënia (përpara tremujorit të tretë)	R	R
Kushtet (gjasat ose mundësitë) të lidhura me HIV, përveç CDC faza B ose C e sëmundjes :	R	R
• Sëmundje të veshkave lidhur me HIV-in	R	R
• HIV-i i lidhur me dëmtime neurokonjitive	R	R
• Limfoma Hodgkin	R	R
• Kanceret e shoqëruar me HPV	R	R
• Të tjera kancere jo-AIDS që kërkojnë kimio dhe / ose radioterapi	C	C
• Sëmundje autoimune të pashpjegueshme ndryshe	C	C
• Rreziku i lartë për CVD (> 20% e vlerësuar prej riskut 10-vjet.) ose historikut të CVD	C	C
Hepatiti kronik viral:		
• HBV kërkon trajtim anti-HBV	R	R
• HBV nuk kërkon trajtim anti-HBV	R ^(iv)	C
• HCV për të cilin trajtimi anti-HCV është duke u konsideruar ose dhënë	R ^(v)	C
• HCV për të cilin trajtimi anti-HCV është duke u konsideruar ose dhënë	R	C

i,ii ART është gjithmonë e rekomanduar në çdo person HIV pozitiv me një numërim aktual të CD4 më poshtë se 350 qeliza / μ L .

Për personat me vlerë të CD4 më lartë këtij niveli, vendimi për të filluar TAR duhet të individualizohet dhe konsiderohet, veçanërisht në qoftë se një person ka kërkuar TAR dhe është gati për ta filluar terapinë, ka ndonjë nga kushtet e përmendura më lart dhe / ose për ndonjë arsye tjetër personale. Prioritet i duhet dhënë trajtimit të personave me numërim CD4 nën 350 qeliza / μ L dhe për personat me vlerë CD4 me të lartë në qoftë se ata vuajnë nga një prej kushteve të mësipërme para vendosjes në trajtim si parandalim. Koha gjithmonë duhet të merret në konsideratë për ta përgatitur personin, në mënyrë që të optimizoni respektimin dhe adeherencën. Testimi Genotipik i rezistencës është i rekomanduar para fillimit të TAR, idealisht në kohën e diagnozës me HIV; përndryshe para fillimit të TAR. Nëse TAR duhet të fillohet para se rezultatet genotipike të testimit të jenë në dispozicion, është e rekomanduar që të përfshijnë një PI të përforcuar me ritonavir në regjimin e linjës së parë. Para fillimit të trajtimit, niveli HIV-NV dhe matja e CD4 duhet të përsëriten për të marrë një nivel fillestar për të vlerësuar reagimin në vazhdim.

iii. Përdorimi R i TAR është i rekomanduar

Përdorimi C i TAR duhet të konsiderohet dhe në mënyrë aktive të diskutohet me personin HIV-pozitivë; në këto rrethana, disa ekspertë do të rekomandonin fillimin e TAR ndërsa të tjerë do të konsideronin shtyrjen e TAR. Kjo baraspeshë klinike pasqyron se ndërsa të dhëna të caktuara, të tilla si hipoteza mbi patofiziologjinë dhe aktivizimin kronik imunitar, mbështesin fillimin e TAR, kjo duhet të jetë e balancuar kundër rrezikut të reaksioneve të njohura apo të pazbuluara të medikamenteve nga përdorimi i ART dhe kështu raporti rrezik / dobi për përdorim të TAR nën këto rrethana ende nuk është përcaktuar mirë.

iv. Shih figurën në faqen 65 për indikacion të trajtimit HBV në personat me bashkë-infeksion HBV / HIV

v. Fillimi i TAR është i rekomanduar për të optimizuar rezultatet e trajtimit të HCV.

Regjimi i kombinuar fillestar për personat adult HIV-pozitivë naivë ndaj terapisë

TAR

Regjimet e Rekomanduara^(*)

Një ilaç nga kolona A duhet të jetë i kombinuar me ilaçet e listuara në kolonën B^(**)

A	B	Mbani Parasysh
NNRTI		
EFV ⁽ⁱ⁾ RPV ⁽ⁱⁱ⁾	ABC/3TC ^(vii) ose TDF/FTC	ABC/3TC bashkë-formulim TDF/FTC bashkë-formulim EFV/TDF/FTC bashkë-formulim RPV/TDF/FTC bashkë-formulim
FP/r		
ATV/r ^(iv) DRV/r ^(iv)	ABC/3TC ^(vii) ose TDF/FTC	ATV/r: 300/100 mg s/d (sasi ditore) DRV/r: 800/100 mg s/d
INSTI		
EVG + COBI	TDF/FTC	TDF/FTC/EVG/COBI bashkë-formulim ^(ix)
DTG	ABC/3TC ose TDF/FTC	DTG 50 mg TDF/FTC sd bashkë-formulim ABC/3TC/DTG bashkë-formulim
RAL	ABC/3TC ose TDF/FTC	RAL: 400 mg (dy herë në ditë)

Komponentët e Regjimeve Alternative

NNRTI	Mbani Parasysh
NVP ⁽ⁱⁱⁱ⁾	
FP/r	
LPV/r ^(v)	
FTRN	
TDF/3TC ZDV/3TC	ZDV/3TC bashkë-formulim
Frenuesi CR5	
MVC ^(vi)	Vetëm nëse CCR5 tropik i HIV-it ^(viii) i paliçensuar në Europë për personat naivë HIV pozitivë
Kombinimet Alternative	
DRV/r + RAL	Vetëm nëse CD4 > 200 cells/µL dhe HIV-NV < 100,000 kopje/mL
LPV/r + 3TC	Vetëm një studim i randomizuar në dispozicion

- * Vetëm barnat aktualisht të licensuara për fillimin e terapisë nga EMA, janë marrë në konsideratë (sipas rendit alfabetik).
- ** Barnat xhenerike të HIV-it janë bërë më të disponueshme dhe mund të përdoren për aq kohë sa ato zëvendësojnë të njëjtat ilaçe dhe nuk shkelin rekomandimet për dozat fikse të kombinuara.
- i EFV: nuk rekomandohet të fillohet tek gratë shtatëzëna ose tek gra pa kontracëpsion të sigurtë dhe konsistent; vazhdimi është i mundur nëse EFV tashmë ka filluar para shtatëzënisë; jo aktiv ndaj HIV-1 dhe HIV-2 të shtameve grupi O.
- ii RPV: vetëm nëse CD4 > 200 qel/µL dhe HIV-NV < 100,000 kopje/mL; PPI e kundërrindikuar, H2 antagonist të merren 12 orë para ose 4 orë pas RPV.
- iii NVP: Përdoren me shumë kujdes tek femrat me nivelin të CD4 > 250 qel/µL dhe meshkujt me nivel të CD4 > 400 qel/µL dhe vetëm nëse përfitimet e tejkalojnë riskun; jo aktiv ndaj HIV-1 dhe HIV-2 të shtameve grupi O.
- iv Studimi Castle (LPV/r vs. ATV/r) tregoi tolerancë më të mirë të ATV/r; [7]. Bashkëkombinimi me PPI është i kundërrindikuar tek personat me eksperiencë trajtimi. Nëse bashkëkombinimi gjykohej si i pashmangshëm, rekomandohet monitorimi i afërt klinik dhe dozat e PPI të të krahasueshme me omeprazol 20mg nuk duhet të tejkalohen dhe duhet të merren rreth 12 orë para marrjes së ATV/r. Studimi Artemis (LPV/r vs. DRV/r) tregoi efikasitet dhe tolerancë më të mirë të DRV/r [8].
- v Studimi ACTG 5142 tregoi efikasitet virologjik më të ulët të LPV/r përkundërs EFV. Nuk u shfaqën mutacione të PI me LPV/r + 2 NRTI të dështuara. Mutacionet e PI janë vërejtur me LPV/r + dështimet e EFV. LPV të përdoret në rastet kur përthithja nga goja është e vetmja alternativë, veçanërisht në kujdesin intensiv [9].
- vi Jo i liçensuar në Europë për personat naivë.
- vii Kundër- indikacion i ABC-se nëse HLA B*5701 është pozitive. Edhe nëse HLA B*5701 është negative, këshillimi për riskun e HSR ende i de tyrueshëm. ABC duhet të përdoret me kujdes në personat me rrezik të lartë CVD dhe/ose personat me ngarkesë virale > 100,000 kop-je/µL.
- viii Vetëm në rast padisponueshmërie ose intolerance ndaj NRTI të tjera të rekomanduara
- ix Nuk duhet të fillohet tek personat me eGFR < 70 mL/min. Rekomandohet që EVG/COBI/TDF/FTC të mos fillohet tek personat me eGFR < 90 mL/min, përveç rasteve që ky është trajtimi i preferuar.

Infeksioni Akut i HIV-it

Përkufizimi i Infeksionit Akut primar i HIV-it

Ekspozim me rrezik të lartë brenda 2-8 javëve të mëparshme, dhe

- NV-HIV në plazmë e dedektueshme (p24 Ag dhe/ose NV-HIV > 1000 kopje/mL) dhe/ose
- Testi serologjik negativ ose i papërcaktuar (ELISA negativ ose pozitiv i dobët, dhe WB ≤ 1 band) plus NV-HIV
- Rekomandim: të konfirmohet infektimi me HIV nëpërmjet kryerjes së testit për anti-trupa (WB) 2 javë më vonë

Trajtimi

- Trajtimi duhet të konsiderohet tek të gjithë personat. Shih faqen 7
- Nëse trajtimi merret në konsideratë, personi HIV pozitiv duhet me preferencë, të përfshihet në një studim klinik
- Disa ekspertë rekomandojnë mjekimin si mjet për parandalimin e transmetimit të HIV-it

Testimi për Rezistencën

- Rekomandohet në të gjitha rastet, menjëherë sapo kemi një diagnozë të infeksionit akut të HIV-it, edhe nëse trajtimi nuk ka filluar
- Në rast se nuk mund të kryhet, të ruhet një mostër plazme për testim

Transmetimi

- Të identifikohen IST-t, përfshirë sifilizin, gonorrenë, klamidian (uretritit dhe LGV), HPV, HBV dhe HCV, shih faqen 56
- Këshilloni personin e diagnostikuar rishtazi mbi rrezikun e lartë të transmetimit dhe masave parandaluese (kondomet), duke përfshirë njoftimin dhe testimin e partnerve

Strategjitë e ndryshme për personat me virologji të supresuar

Përkufizimi i virologjisë së supresuar

NV për HIV e konfirmuar < 50 kopje/mL

Treguesit

Ndryshoj për toksicitetin

- Toksicitet i dokumentuar
- Menaxhimi i ndërveprimeve të mundshme të ilaçeve
- Efektet anësore
- Shtatzëni e planifikuar

Ndryshoj për parandalimin e toksicitetit afatgjatë

- Parandalimi i toksicitetit afatgjatë (kalim i hershëm në parandalim)
- Plakja dhe / ose bashkë-sëmundshmëria me një ndikim të mundshëm negativ të ilaçit-eve në regjimin aktual, p.sh. në rrezikun për CVD, parametrat metabolikë.

Ndryshoj për thjeshtësimin e regjimit

Duam të lehtësojmë regjimin

Regjimi aktual nuk është më i rekomanduar

Parimet

1. Një PI/r mund të ndërpritet për thjeshtësimin, parandalimin apo përmirësimin e anomalive metabolike ose lehtësimin e adeherencës për dozë fikse ATV, një NNRTI, RAL ose EVG + COBI vetëm nëse aktiviteti i plotë i 2 NRTI të mbetur në regjim mund të jetë i garantuar
2. Thjeshtimi i një regjimi kompleks shumë-medikamentoz në personat me përvojë antiretrovirale me 1) zëvendësimin e barnave të vështira për t'u administruar (ENF) dhe /ose me aktivitet të dobët (NRTI në rast të rezistencës së shumfishtë të NRTI) dhe / ose të tolerancës së dobët dhe 2) shtimin e barnave të reja, të tolerueshme më mirë, të thjeshtë dhe agjent(ve) aktivë.
3. Ofronet kalimi në doza ditore NRTI ose PI/r për thjeshtim, parandalim të toksiciteve afat-gjatë
4. Bëhet kalimi në klasa të ndërmjetme për barna specifike në qoftë se ka ngjarje të ngjashme të pafavorshme.
5. Rishikimi i historikut të plotë të ARV-ve dhe vihen në dispozicion rezultatet e testimit të rezistencës.
6. Shmangni kalimin tek një ilaç me barrierë të ulët gjenetike, në prani të një skeleti të kompromentuar për shkak të një rezistence të depozituar.

Strategji që nuk rekomandohen

- a. Terapi me ndërprerje, ndërprerje të shkurtra ose të zgjatura të mjekimit.
- b. Kombinim me 2-ilaçe, psh. 1 NRTI + 1 NNRTI ose 1 NRTI + 1 PI pa RTV-in ose 1 NRTI + RAL, ose 2 NRTI .
- c. Kombinim i trefishtë i NRTI-ve.

Strategji të tjera

Monoterapia me PI/r me sasinë ditore të DRV/r, apo me dhënie dy herë në ditë të LPV/r, mund të përfaqësojë një opsion të mirë për personat jo tolerantë ndaj NRTI-ve ose për thjeshtimin e trajtimit ose tek përdoruesit e drogave të paligjshme me ndërprerje të dokumentuar dhe të shpeshtë të TAR-it të kombinuar. Strategji të tilla aplikohen vetëm tek personat pa historik dështimi në terapi të mëparshme me PI dhe që kanë pasur NV < 50 k/mL për të paktën gjatë 6 muajve të kaluar dhe që nuk kanë HepB kronik. LPV / r + 3TC ose ATV / r + 3TC mund të jenë mundësi më të mira.

Dështimi Virologjik

Përkufizimi	Nivel i konfirmuar i HIV-VL > 50 kopje/mL, 6 muaj pas fillimit të terapisë (fillim ose modifikim) në persona që vazhdojnë terapinë me Antiretrovirale (TAR). Në varësi të ecurisë së NV, ky limit kohor mund të jetë më i lartë ose më i ulët.
Masa të përgjithshme	<p>Rishikim i virilitetit të prishëm të regjimit të mjekimit</p> <p>Vlerësim i adeherencës, përputhjes, tolerancës, ndërveprimit midis medikamenteve, ndërveprimit midis medikamenteve dhe ushqimit, çështjeve psiko-sociale.</p> <p>Kryerja e testeve të rezistencës në rastin e dështimit të terapisë (zakonisht të disponueshëm për nivele HIV /VL> 350-500 kopje/mL dhe në laboratorë të specializuar për nivele të ulëta viremie) dhe marrja e historikut mjekësor mbi analizat e mëparshme të rezistencës mbi mutacionet e dokumentuara.</p> <p>Testi i Tropizmit</p> <p>Të konsiderohet monitorimi terapeutik i medikamenteve (TDM)</p> <p>Të rishikohet historia e terapisë Antiretrovirale</p> <p>Identifikoni mundësitë e trajtimit, si dhe bar-nat/kombinimet aktive dhe potencialisht aktive</p>
Menaxhimi i dështimit virologjik (DV)	<p>Nëse HIV-VL > 50 dhe <500-1000 kopje/mL</p> <p>Kontrollo për adeherencën</p> <p>Kontrollo nivelin e HIV-VL pas 1 deri në 2 muaj</p> <p>Nëse testi i genotipit nuk është i mundur, merret në konsideratë ndryshimi i regjimit, bazuar në historikun e mëparshëm të trajtimit dhe rezistencës.</p> <p>Nëse HIV-VL> 500/1000 kopje/mL, të ndryshohet menjëherë trajtimi: ndryshimet do të jenë në varësi të rezultateve të testeve të rezistencës:</p> <p>Nuk janë gjetur ndryshime (mutacione) të rezistencës; rikontrolloni për adeherencën, të kryhet TDM</p> <p>Janë gjetur ndryshime (mutacione) të rezistencës: të kalohet në një regjim të supresuar bazuar në historinë e mjekimit; këshillohet diskutimi me ekspertë nga fusha të ndryshme.</p> <p>Synimi i regjimit të ri: HIV-VL < 400 k/mL pas 3 muajsh, HIV-VL< 50 k/mL pas 6 muajsh.</p>

Në rast të shfaqjes së ndryshimeve (mutacioneve) të rezistencës	<p>Rekomandime të përgjithshme:</p> <p>Të përdoren 2 ose më mirë 3 medikamente aktive në regjimin e ri (përfshirë medikamentet aktive të klasave të përdorura më parë)</p> <p>Në çdo skemë mjekimi duhet të përdoret të paktën 1 PI/r plotësisht aktiv(e.g. DRV/r) plus 1 ilaç nga një klasë e papërdorur më parë p.sh frenues të fuzionimit, frenues të integrazës ose CCR5 antagonist (nëse testi për tropizëm tregon vetëm virusin R5) ose 1 NNTRI (psh. ETV), të vlerësuara nga testet mbi genotipet.</p> <p>Ndryshimi të shtyhet për më vonë nëse janë në dispozicion < 2 medikamente aktive, bazuar në të dhënat mbi rezistencën, përveç personave me numër të ulët CD4 (<100cell/μL) ose me rrezik të lartë të përkeqësimit klinik, synimi për të cilët është ruajtja e funksionit imun, nëpërmjet frenimit të pjesshëm të HIV-VL(>1*log10 reduktim) nëpërmjet riciklimit.</p> <p>Nëse mundësitë janë të kufizuara, shqyrtoni përdorimin e medikamenteve të reja dhe eksperimentale, duke favorizuar studimet klinike (por shmangni monoterapinë funksionale)</p> <p>Nuk rekomandohet ndërprerja e trajtimit.</p> <p>Merrni në konsideratë vazhdimin e 3TC apo FTC në veçanti, edhe nëse është dokumentuar një mutacion i rezistencës (M184V/I).</p> <p>Nëse keni shumë mundësi në dispozicion, kriteret për zgjedhjen e parapëlqyer përfshijnë: thjeshtësi të skemës së regjimit, vlerësimin e rrezikut toksik, ndërveprimit midis medikamenteve dhe skemat mjekuese shpëtuese për të ardhmen.</p>
--	---

Trajtimi i grave shtatzëna HIV pozitive

Gratë shtatzëna duhen kontrolluar çdo muaj dhe sa më shpesh e mundur afër datës së pritshme të lindjes

Kriteret për nisjen e TAR-it tek gratë shtatzëna (shiko variantet e ndryshme)	Të njëjta si për jo-shtatzënat
Objektivi i trajtimit për gratë shtatzëna	Frenim i plotë i HIV-VL gjatë tremujorit të tretë dhe veçanërisht në momentin e lindjes.
Testimi i rezistencës	E njëjtë si për jo-shtatzënat, d.m.th para se të fillohet TAR dhe në rastin e dështimit virologjik.
VARIANTET	
1. Gratë planifikojnë të ngelen shtatzëna ndërsa janë në TAR.	1. Nëse janë nën EFV, kaloni tek një tjetër NNTRI ose dozë të plotë PI për shkak të rrezikut të keqformimeve të tubit neural
2. Gratë ngelen shtatzëna ndërsa janë në TAR.	2. Vazhdimi i TAR vetëm nëse është nën efektin e EFV: kaloni në një tjetër agjent (NVP ose PI/r) nëse është e mundur para javës së tetë të shtatzënisë, (për shkak të rrezikut të keqformimeve të tubit neural)
3. Gratë ngelen shtatzëna dhe nuk kanë marrë më parë mjekim (naive) pavarësisht nëse plotësojnë kriteret (CD4) për fillimin e TAR	3. Fillimi i TAR-it në fillim të tremujorit të 2-të është shumë i rekomanduar
4. Gratë tek të cilat ndjekja fillon pas javës së 28-të të shtatzënisë.	4. Fillohet TAR menjëherë dhe konsiderohet shtimi i RAL për të arritur sa më shpejtë rënien e NV, në raste të niveleve të larta të NV.
5. Gratë tek të cilat NV nuk është e padedektueshme në tremujorin e tretë të shtatzënisë	5. Kryhet testi i rezistencës dhe konsiderohet shtimi i RAL-it për të arritur sa më shpejtë uljen e NV
Trajtimi me Antiretroviralë gjatë shtatzënisë	E njëjtë si për jo-shtatzënat; Të mos fillohet NVP, por mund të vazhdohet në rast se e kanë filluar para shtatzënisë. Përdorimi i EFV duhet të shmanget gjatë tremujorit të parë të shtatzënisë për shkak të rrezikut të keqformimeve të tubit neural* Midis PI/r, preferohen LPV/r, SQV/r ose ATV/r Nëse RAL, DRV/r: mund të vazhdohen
Kundër indikacionet e barnave gjatë shtatzënisë	ddI + d4T, në kombinime treshe të NRTI
Zidovudinë intra venoze gjatë procesit të lindjes	Përfitimi është i paqartë nëse niveli i NV < 50 kopje/mL
Një dozë e vetme NVP gjatë lindjes	Nuk rekomandohet
Seksion çezarian	Përfitimi është i paqartë nëse niveli i NV < 50 kopje/mL gjatë javës së 34-36. Në këtë rast, merret në konsideratë vetëm lindja vaginale

* Sipas studimeve prospektive [10-11]

TAR në Bashkë-Infeksionet HIV/TB

Parimet

Personat me TB duhet të fillojnë me terapi standarde të mjekimit të TB-s me 2 muaj Rifampicin/Isoniazid/Pyrazinamide +/- Ethambutol e ndjekur nga 4 muaj Rifampicin/Isoniazid (zgjedhja e barnave dhe kohëzgjatja e mjekimit varet nga ndjeshmëria e barnave dhe vendi i sëmundjes), shih [Diagoza dhe Mjekimi i tuberkulozit në personat HIV-pozitiv](#)

Të gjithë personat me bashkë-infeksion të HIV-it me TB duhet të fillojnë TAR pavarësisht nga niveli i CD4. Mbikëqyrja e trajtimit dhe vlerësimi i adeherencës janë shumë të rëndësishme.

Koha e sugjeruar për fillimin e TAR tek bashkë-infeksionet HIV/TB sipas nivelit të CD4

< 100 qel/ μ L(*) Sapo trajtimi për TB tolerohet dhe kurdo që të jetë e mundur brenda 2 javësh

> 100 qel/ μ L(**) Mund të shtyhet deri në mes të javës së 8 dhe 12 të trajtimit të tuberkulozit, veçanërisht kur ekzistojnë vështirësi me ndërveprimet midis barnave, adeherimin dhe toksicitetin

Edhe pse studimet RCT tregojnë se TAR i hershëm (brenda 2 javësh) nuk e redukton vdekshmërinë në meningjitet e TB-s, rekomandimet për fillimin e TAR duhet të bazohen në nivelin e qelizave CD4 të personave HIV-pozitivë me bashkë-infeksion të TB-s.

* Tregoni kujdes ndaj reagimeve IRIS tek personat që fillojnë TAR në nivele të ulëta të CD4 dhe me fillimin e hershëm të ARV-ve. Kortikosteroidet duhet të merren në konsideratë për trajtimin e simptomave IRIS, me dozat dhe kohëzgjatjen të përshtatura sipas përgjigjes.

** Edhe pse të dhënat sugjerojnë një nivel 50 qel/ μ L, për shkak të variabilitetit të përditshëm të CD4, një nivel i 100 qel/ μ L, mund të jetë më i përshtatshëm.

Rekomandime për linjën e 1-rë të kombinimeve të ARV-ve me mjekimet kundër-TB-s

TDF/FTC/EFV, ABC/3TC/EFV ose TDF/FTC/RAL

Mjekime Alternative

- Nëse NV< 100,000 kopje/mL, kombinim me dozë fikse e ABC/3TC/ZDV dy herë në ditë +/- TDF mund të përfaqësoj gjithashtu një alternativë afatshkurtër derisa trajtim anti-TB të ketë përfunduar.
- Rifampicin plus dozë dyfishë LPV/r ose me RTV në dozë të rritur (400 mg dy herë në ditë) + LPV Kur kombinimet nuk janë të rekomanduara ose që duhet të përdoren me kujdes, apo për shkak të rezistencës / intolerancës, duhet të kërkohet këshilla e specialistit për trajtimin e HIV-it.

- PI/r + TDF/FTC, duke përdorur rifabutin në vend të Rifampicinës
- Përdoreni me kujdes

Ndërveprime të rëndësishme midis barnave ARV dhe Rifampicin / Rifabutin

Klasa e Barnave ARV	ARV Specifike	Ndërveprimet midis barnave dhe rekomandimet e rregullimit të dozave i disa ose të gjitha barnave
NRTI-të		Rifampicin: Doza standarde për të gjitha barnat Rifabutin: Doza standarde për të gjitha barnat
	FP/r	Rifampicin: nuk rekomandohet
NNRTI-të	ATV/r, DRV/r, LPV/r ose SQV/r	Rifabutin: doza 150 mg x 3/javë(i). PI/r; në dozë standarde
	Monitorimi i enzimeve të melcisë dhe sa herë është e mundur, të kryhet TDM për PI/r	
	EFV	Rifampicin: Nuk kërkohet ndryshimi i dozës. EFV: dozë standarde (disa rekomandojnë 800 mg nëse nuk është Afrikan); ARV TDM rekomandohet pas 2 javësh Rifabutin: 450 mg në ditë. EFV: dozë standarde
	NVP	Nuk rekomandohet as Rifampicin as Rifabutin
INSTI	RPV	Rifampicin: Nuk rekomandohet Rifabutin: dozë standarde. Doza e RPV duhet rritur (përdoreni me kujdes)
	ETV	Rifampicin: Nuk rekomandohet Rifabutin: dozë standarde e të dyja barnave (të dhëna të pakta – përdoreni me kujdes)
	EVG	Rifampicin: Nuk rekomandohet Rifabutin: 150 mg x 3/javë. EVG: dozë standarde
INSTI	RAL	Rifampicin: dozë standarde. RAL 800 mg dy herë në ditë dhe rekomandohet TDM për RAL (doza standarde gjithashtu mund të funksionoj) Rifabutin: dozë standarde për të dyja barnat

i Studime fillestare farmakokinetike tek vullnetarë të shëndetshëm treguan se përqëndrimet e Rifabutinës dhe metabolitet e saja aktive rriten dukshëm kur kombinohen me PI / r. Kështu, një reduktim i dozës së Rifabutinës me 150 x3 mg / javë rekomandohet për të zvogëluar rrezikun e toksicitetit të lidhur me Rifabutinën. Megjithatë, të dhënat më të fundit farmakokinetike të ardhura nga personat me bashkë-infeksion HIV / TB tregojnë se dhënia e kombinuar e LPV / r apo ATV / r me Rifabutin (150 x3 mg / javë) rezultoi në përqëndrime të Rifabutinës më të ulëta se ato të vëzhguara me Rifabutin 300 mg x1 / ditë pa përdorur PI / r, duke sugjeruar kështu që dozimi i Rifabutinës mund të jetë i pamjaftueshëm. Rastet e relapsit me TB Rifamycin-rezistente, janë gjetur të përshkruara tek personat me bashkë-infeksion, të trajtuar me Rifabutin 150 x3 mg / javë dhe LPV / r apo ATV / r. Udhëzimet e SHBA-së për trajtimin e HIV-it rekomandojnë administrimin e Rifabutinës në sasinë 150 x1 mg / ditë me PI / r. Për shkak të të dhënave të kufizuara rreth sigurisë me këtë dozë dhe kombinim, personat që trajtohen me Rifabutin 150 x1 mg / ditë me PI / r duhet të monitorohen nga afër për toksicitetin e lidhur me Rifabutinën (dmth uveitis ose neutropenia).

Profilaksia Pas-ekspozimit

Profilaksia Post-ekspozimit (PEP) rekomandohet në rastet e

Rezikulu	Natyra e ekspozimit	Statusi i personit infektues (burimi)
Gjaku	Penetrim subkutan ose intramuskular me aqë intra venoze (IV) ose, intra muskulare (IM) ose me pajisje intravaskulare	HIV pozitiv, ose serostatusi i panjohur, por me prezencë të faktorëve të riskut për HIV
	Dëmtim perkutan me instrument të mprehtë (bisturi), aqë IM ose sub kutane, aqë për suturë Kontakt > 15 min me membranën mukoze ose lëkurën e padëmtuar	HIV-pozitiv
Sekrecione gjenitale	Seks anal ose vaginal	HIV-pozitiv ose serostatusi i panjohur por me prezencë të faktorëve të riskut për HIV
	Seks oral receptiv me ejakulim	HIV-pozitiv
Përdorues intravenoz droge	Shkëmbim i shiringave, gjilpërave, pajisjeve përgatitore ose pajisjeve të tjera	HIV-pozitiv

- Rekomandohet bërja e testit të shpejtë për HCV dhe HIV për pacientin burim (në rast se nuk dihet statusi HIV).
- Në rast se pacienti burim është HIV pozitiv dhe është në terapi me ARV, të bëhet testi gjenotipik i rezistencës nëse HIV-VL është e dedektueshme.
- Individualizoni PEP sipas historikut të mjekimit të burimit dhe testet e mëparshme të rezistencës
- PEP idealisht duhet të fillohet < 4 orë pas ekspozimit dhe jo më vonë se 48 orë.
- Kohëzgjatja e profilaksisë pas ekspozimit: 4 javë.
- Skema standarde e PEP: TDF/FTC (alternative: ZDV/3TC); tableta LPV/r 400/100 mg dy herë në ditë
- Skrinim i plotë i shëndetit seksual në rast të ekspozimit seksual
- Ndjekje e mëtejshme:
 - Serologji për HIV + HBV dhe HCV, testi i shtatzanisë (tek gratë) brenda 48 orëve pas ekspozimit
 - Rivlerësimi i indikacioneve të PEP nga eksperti i HIV brenda 48-72 orëve
 - Vlerësim i tolerancës së barnave ARV të skemës së PEP
 - Transaminazat, HCV-PCR dhe serologji për HCV në muajin e 1-rë nëse burimi i ekspozimit ishte HCV pozitiv (i konstatuar ose i dyshuar)
 - Përsëritje e serologjisë për HIV pas 2 dhe 4 muajsh, serologji për sifiliz pas 1 muaji në rast të ekspozimit seksual.

Efektet negative të ARV-ve & Klasat e Barnave

E zezë e theksuar: Efekte të Shpeshta

E Kuqe: Efektet e rënda

E zezë: As të shpeshta as të rënda⁽ⁱ⁾

	Lëkurë	Tretja	Mëlçia	KV	Muskuj-skeleti	Gjenito-urinare	Nervat	Yndyra e Trupit	Metabolizmi	Të tjera	
NRTI											
ABC	Utrikarie (Skuqje e lëkurës)*	Të përzjera* Diarreja*		SIZ						* Sindromë tepërndjeshmërie sistemike (HLA B*5701 e varur)	
ZDV	Ngjyrosja E thonjëve	Të përzjera	Steatoza		Miopati, Rabdomiolizës			Lipoatrofi	Dislipidaemia, Hiperlactaemia	Anemi	
d4T		Pankreatit	Steatoza				Neuropati periferike		Dislipidaemia, Hiperlactaemia		
ddl			Steatoza, Fibrozë e Mëlçisë	SIZ					Hiperlactaemia		
3TC											
FTC											
TDF					↓ BMK, Dobësim I Kockave Osteomalacia ↑ Risk për fraktura	↓ SHFG, Sindroma Fankoni					
NNTRI											
EFV	Utrikarie		Hepatit				Marrje mendsh, Shqetësime të gjumit, Depresion		Dislipidaemia, Gjinekomaestia	↓ plasma 25(OH) vitamin D, Teratogjen-eza	
ETV	Utrikarie										
NVP	Utrikarie*		Hepatit							* Supërndjeshmërie sistemike (CD4- dhe varësisë gijjore)	
RPV	Utrikarie		Hepatit			↓ eGFR	Depresion, Shqetësimet e gjumit, dhimbje koke				
FP											
ATV		Të përziera dhe Diarre ⁽ⁱⁱ⁾	Verdhëz Gurë në tëmth			↓ eGFR, Gurë në veshka			Dislipidaemia		
DRV	Utrikarie						Gurë në veshka			Dislipidaemia	
FPV	Utrikarie				SIZ					Dislipidaemia	
IDV	Tharje lëkure, Distrofi të thonjëve			Verdhëz	SIZ		Gurë në veshka		↑ Yndyrës në Zonën e barkut	Dislipidaemia, Diabet mellitus	
LPV					SIZ		↓ eGFR			Dislipidaemia	
SQV										Dislipidaemia	
TPV				Hepatit				Hemorragji Intracraniale		Dislipidaemia	

IL										
ENF	Dhimbje kyçesh									Hiperndjeshmëri
INT										
RAL		Të përzjera			Miopati, Rabdomiolizës		Prishje humori			
DTG	Utrikarie		Të përzjera			↓ eGFR ⁽ⁱⁱⁱ⁾	Dhimbje koke			Sindromë Supërndjeshmërie sistemike (<1%)
EVG/COBI		Të përzjera, Diarreja	Hyperbilirubinemi			↓ eGFR ⁽ⁱⁱⁱ⁾	Dhimbje koke			
CCR5 inhibitors										
MVC			Hepatit	IHD						↑Risk infeksionesh

- i Me të zezën e theksuar "Efekte të shpeshta" (ngjarje që priten në të paktën 10% të personave HIV-pozitivë të trajtuar), Me të kuqe "Efektet e rënda" (ngjarjet që mund të vënë në rrezik jetën e një personi dhe përfaqësojnë një urgjencë mjekësore), Me të zezë; Efekte as të shpeshta dhe as të rënda,**
- ii** Frekuenca dhe rëndësia ndryshon për çdo ARV.
- iii** Për shkak të frenimit të sekretimit tubular renal të kreatininës, pa ndikuar vetë filtrimin glomerular.
- * I referohet efekteve të para në lidhje me rritjen e reaksioneve të hiperndjeshmërisë.

Shënim: efektet anësore të përfshira në tabelën e mësipërme nuk janë të vetmet, por përfaqësojnë efektet më të rëndësishme me një lidhje të mundshme kauzale. Të vjellat, diarreja dhe iritimet e lëkurës janë vërejtur shpesh tek personat nën TAR, dhe këto simptoma janë treguar në tabelën për barnat, ku eksperiencia klinike sugjeron një lidhje të mundshme shkakësore.

Ndërveprimi midis Barnave ARV-e dhe Jo-ARV-e⁽ⁱ⁾

Barna Jo-ARV	ATV/r	DRV/r	LPV/r	EFV	ETV	NVP	RPV	MVC	DTG	EVG/c	RAL	ABC	FTC	3TC	TDF	ZDV	
Barna kardiovaskulare	atorvastatin	↑	↑	↑490%	↓43%	↓37%	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
	fluvastatin	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
	pravastatin	↔	↑81%	↔	↓44%	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
	rosuvastatin	↑213%	↑48%	↑107%	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↑38%	↔	↔	↔	↔	↔	
	simvastatin	↑	↑	↑	↓68%	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
	amlodipine	↑ ⁱⁱⁱ	↑	↑ ⁱⁱⁱ	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	
	diltiazem	↑ ⁱⁱⁱ	↑	↑ ⁱⁱⁱ	↓69%	↓E	↓	E	E	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	
	metoprolol	↑ ⁱⁱⁱ	↑	↑ ⁱⁱⁱ	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	
	verapamil	↑ ⁱⁱⁱ	↑	↑ ⁱⁱⁱ	↓	↓E	↓	E	E	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	
	warfarin	↑ or ↓	↓	↓	↑ or ↓	↑	↑ or ↓	↔	↔	↔	↑ or ↓	↔	↔	↔	↔	↔	
SNQ barna	diazepam	↑	↑	↑	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
	midazolam (po)	↑	↑	↑	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
	triazolam	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
	citalopram	↑ ⁱⁱⁱ	↑	↑ ⁱⁱⁱ	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	
	mirtazapine	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	
	paroxetine	↑↓?	↓39%	↑↓?	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑↓?	↔	↔	↔	↔	↔	
	sertraline	↓	↓49%	↓	↓39%	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	
	bupropion	↓	↓	↓57%	↓55%	↔	↓	↔	↔	↔	↑?	↔	↔	↔	↔	↔	
	pimozide	↑ ⁱⁱⁱ	↑	↑ ⁱⁱⁱ	↑	↓	↓	↔ ^{iv}	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	
	carbamazepine	↑D	↑	↑D	↓27%D36%	D	↓D	D	D	D	D	D	↑	↔	↔	↔	↑ ^{ix}
lamotrigine	↓39% ⁱⁱ	↓ ⁱⁱ	↓50%	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
phenytoin	↓D	↓D	↓D	↓D	D	↓D	D	D	D	D	D	D	↔	↔	↔	↓	
anti infektive	clarithromycin	↑ ⁱⁱⁱ	↑	↑ ⁱⁱⁱ	↓	↓E	↓	E	E	↔	↑E	↔	↔	↔	↔	D	
	fluconazole	↔	↔	↔	↔	E86%	E100%	E	↔	↔	↑?	↔	↔	↔	↔	E74%	
	itraconazole	↑E	↑E	↑E	↓	↓E	↓61%	E	E	↔	↑E	↔	↔	↔	↔	↔	
	rifabutin	↑	↑E50%	↑	↓38%	D37%	↑17%	D	*	↔	↑D	↔	↔	↔	↔	↔	
	rifampicin	D72%	D	D	D26%	D	D58%	D80%	D	D54% ^x	D	D40%	D	↔	↔	↔	D47%
	voriconazole	↓	↓	↓	↓E	↑E	↓E	E	E	↔	↑E	↔	↔	↔	↔	↔	
Të tjera	antiacidet	D	↔	↔	↔	↔	↔	D	↔	D	D	D	↔	↔	↔	↔	
	PPIs	D	↔	↔	↔	↔	↔	D	↔	↔	E	↔	↔	↔	↔	↔	
	H2 bllokues	D	↔	↔	↔	↔	↔	D	↔	↔	E	↔	↔	↔	↔	↔	
	alfuzosin	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	
	beclometasone inhal.	↑? ^v	↓11%	↑? ^v	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑? ^v	↔	↔	↔	↔	↔	
	buprepjorpine	↑67%	↑ ^{vi}	↔	↓50%	↓25%	↔	↔	↔	↔	↑35%	↔	↔	↔	↔	↔	
	budesonide inhal.	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	
	ergot derivatives	↑	↑	↑	↑	↑	↓	E	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
	ethinylestradiol	↓ ^{vii}	↓	↓	↔ ^{viii}	↔	↓	↔	↔	↔	↓	↔	↔	↔	↔	↔	
	fluticasone inhal.	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	
	metadon	↓ ^{ii, iii}	↓16%	↓53% ⁱⁱⁱ	↓52%	↑6%	↓≈50%	↓16%	↔	↔	↔	↓	↔	↔	↔	E29-43%	
	salmeterol inhal.	↑ ⁱⁱⁱ	↑	↑ ⁱⁱⁱ	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	
	sildenafil (disfunktshion erektil)	↑	↑	↑	↓	↓37%	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	
	lule gjaku	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	↔	↔	↔	↔	↔	
varenicline	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔		

Komente

ⁱ Kjo tabelë përmbledh ndërveprimet midis barnave; atyre të terapive të HIV-it dhe barnave të tjera, zakonisht të përshkruara si mjekime Bashkë-shoqëruese, si edhe disa ndërveprime të mundshme me rëndësi të veçantë nga pikëpamja klinike. Kjo tabelë nuk është tërësisht e plotësuar, për ndërveprime të tjera midis barnave dhe për ndërveprime farmakokinetike më të detajuara, të dhënat e ndërveprimit dhe për rregullimet e dozave, shih; www.hiv-druginteractions.org (Universiteti i Liverpool-it).

Ngjyrat e Legjendës

- Nuk pritet ndërveprim klinikisht i rëndësishëm.
- Këto barna nuk duhet të bashkë administrohen.
- Ndërveprim i mundshëm që mund të kërkojë një rregullim të dozave ose monitorim nga afër.
- Ndërveprim i mundshëm që parashikon të ketë intesitet të dobët (< 2 linja ↑ZNK or < 50% ↓ZNK). Një rregullim i dozës apriori nuk rekomandohet.

Shënim: Simboli (jeshil, qelbar, i kuq) i përdorur për rangun e rëndësisë klinike të ndërveprimit të barnave është bazuar në: www.hiv-druginteractions.org

Legjenda:

- ↑ Ekspozim i mundshëm i rritur për barnat jo-ARV
- ↓ Ekspozim i mundshëm i ulur për barnat jo-ARV
- ↔ Efekt jo sinjifikant
- E Ekspozimi i mundshëm i rritur i ARV-ve
- D Ekspozim i mundshëm i ulur i ARV-ve
- ⁱ Numrat ulur/ritur u referohen AUC të barnave jo-ARV ashtu siç vërehet në studimet për ndërveprimin e barnave.
- ⁱⁱ Jo ndryshime në PK me rritje të dozave të PI
- ⁱⁱⁱ Monitorimi me anë të ECG-s rekomandohet
- ^{iv} Prodhuesi i Rilpivirinës rekomandon përdorimin me kujdes kur ajo bashkë administrohet me barna të tjera të ndjeshme që mund të zgjasin intervalin QT.
- ^v Rritje e përqendrimit të metabolitit aktiv e vërejtur me RTV 100mg dy herë në ditë, por pa efekt të rëndësishëm në funksionin adrenal
- ^{vi} Përqendrimi i ilaçeve të përafërta i pandryshuar, por përqendrimi i metabolitit në rritje Rritje në etinilestradiol me ATV të pashtuar
- ^{vii} Nuk ka efekt mbi etinilestradiol por ↓ progestin
- ^{viii} Toksicitet potencial hematologjik
- * Asnjë rregullim doze për MVC në mungesë të PI. Me PI (përveç TPV/r; FPV/r), jepet MVC 150 mg dy herë në ditë.

Ndërveprimi midis Barnave ARV dhe Antidepresantëve

Antidepresantët	ATV/r	DRV/r	LPV/r	SQV/r	EFV	ETV	NVP	RPV	MVC	DTG	EVG/c	RAL	
SSRI	citalopram	↑ ^a	↑	↑ ^a	↑ ^a	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔
	escitalopram	↑ ^a	↑	↑ ^a	↑ ^a	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔
	fluvoxamine	↑	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔
	fluoxetine	↑	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔
	paroxetine	↑↓?	↓39%	↑↓?	↑↓?	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑↓?	↔
	sertraline	↓	↓49%	↓	↓	↓39%	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔
SNRI	duloxetine	↑↓	↑↓	↑↓	↑↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔
	venlafaxine	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↔	D	↔	↔	↑	↔
TCA	amitriptyline	↑	↑	↑	↑ ^b	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔
	clomipramine	↑	↑	↑	↑ ^b	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔
	desipramine	↑	↑	↑5%	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔
	doxepin	↑	↑	↑	↑ ^b	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔
	imipramine	↑ ^a	↑	↑ ^a	↑ ^a	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔
	nortriptyline	↑ ^a	↑	↑ ^a	↑ ^{ab}	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔
	trimipramine	↑	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔
TeCA	maprotiline	↑	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔
	mianserine	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔
	mirtazapine	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔
Të tjerë	bupropion	↓	↓	↓57%	↓	↓55%	↔	↓	↔	↔	↔	↑?	↔
	lamotrigine	↓32%	↓	↓50%	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	nefazodone	↑	↑	↑	↑	↓	↓E	↓	E	E	↔	↑	↔
	lule gjaku	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D ^c	D	↔
	trazodone	↑	↑	↑	↑ ^b	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔

Legjenda

- ↑ Ekspozimi i mundshëm i rritur i antidepresantëve ↓ Ekspozimi i mundshëm i ulur i antidepresantëve
- ↔ Efekt jo sinjifikant
- D Ekspozim i mundshëm i ulur i barnave ARV
- E Ekspozim potencial i lartë i barnave ARV
- ^a Rekomandohet monitorimi me ECG
- ^b Bashkëadministrimi nuk indikohet në SPC Europiane. Gjithsesi, SHBA në informacionin për përshkrimin e recetave rekomandon TDM për antidepresantët. Grafikët pasqyrojnë mundësinë më të mirë. Numrat i referohen uljes së AUC të antidepresantëve siç vërehet në studimet për ndërveprimet midis barnave.

- SSRI** frenuesit Reuptake Serotonin Selektiv
- SNRI** frenuesit Reuptake Serotonin norepinephrine
- TCA** antidepresantë triciclik
- TeCA** antidepresantë tetraciklik

Ngjyrat e Legjendës

- Nuk pritet ndërveprim klinikisht i rëndësishëm.
- Këto barna nuk duhet të bashkë administrohen
- Ndërveprim i mundshëm që mund të kërkoj një rregullim të dozave ose monitorim nga afër
- Ndërveprim i mundshëm që parashikohet të ketë intensitet të dobët (< 2-fishtë ↑AUC or < 50% ↓AUC). Një rregullim i dozës apriori nuk rekomandohet.

Koment

Simboli (jeshil, qelbar, i kuq) i përdorur për rangun e rëndësisë klinike të ndërveprimit të barnave është bazuar në: www.hiv-druginteractions.org (Universiteti i Liverpool-it). Për ndërveprime të tjera të barnave dhe për të dhëna të detajuara të ndërveprimit farmakokinetik dhe rregullimet e dozimit, referohuni në faqen e mësipërme të internetit.

Ndërveprimi midis Barnave ARV dhe Barnave të hipertensionit Arterial

Antihipertensivëve		ATV/r	DRV/r	FPV/r	IDV/r	LPV/r	SQV/r	EFV	ETV	NVP	RPV	MVC	DTG	EVG/c	RAL	ABC	FTC	3TC	TDF	ZDV
ACE Frenuesit	cilazapril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	enalapril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	lisinopril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	perindopri	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	quinapril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	ramipril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	trandolapril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
antagonistët angiotensin	candesartan	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	irbesartan	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	losartan	↓ ^a	↓ ^a	↓ ^a	↓ ^a	↓ ^a	↓ ^a	↑ ^b	↑ ^b	↔	↔	↔	↔	↓ ^a	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	olmesartan	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	telmisartan	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	valsartan	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
β blokuesit	atenolol	↔ ^d	↔	↔	↔	↔ ^d	↔ ^d	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	bisoprolol	↑ ^d	↑	↑	↑	↑ ^d	↑ ^d	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	carvedilol	↑↓ ^d	↑↓	↑↓	↑↓	↑↓ ^d	↑↓ ^d	↑↓	↑↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	metoprolol	↑ ^d	↑	↑	↑	↑ ^d	↑ ^d	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	propranolol	↑ ^d	↑	↑	↑	↑ ^d	↑ ^d	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	Bilokuesit e kanalit të kalciumit	amlodipine	↑ ^c	↑	↑	↑80%	↑	↑ ^c	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
diltiazem		↑ ^c	↑	↑	↑	↑	↑ ^c	↓69%	↓E	↓	E	E	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
felodipine		↑ ^c	↑	↑	↑	↑	↑ ^c	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
lacidipine		↑ ^c	↑	↑	↑	↑	↑ ^c	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
lercanidipine		↑	↑	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
nicardipine		↑ ^c	↑	↑	↑	↑	↑ ^c	↓	↓E	↓	E	E	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
nifedipine		↑ ^c	↑	↑	↑	↑	↑ ^c	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
nisoldipine		↑ ^c	↑	↑	↑	↑	↑ ^c	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
verapamil		↑ ^c	↑	↑	↑	↑	↑ ^c	↓	↓E	↓	E	E	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
diuretikët		amiloride	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	bendroflumethiazide	?	?	?	?	?	?	?	?	?	↔	↔	↔	?	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	chlortalidone	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	furosemide	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	E	↔
	indapamide	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	torasemide	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↓	↔	↔	↔	↔	↔
Të tjerë	doxazosin	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	spironolactone	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔

Legjenda

- ↑ Ekspozimi i mundshëm i rritur i anti-hipertensivëve
- ↓ Ekspozimi i mundshëm i ulur i anti-hipertensivëve
- ↔ Pa efekt domethënës
- D Ekspozim i mundshëm i ulur i barnave ARV
- E Ekspozim potencial i lartë i barnave ARV
- a [Barna të përafërta] ulet por [metabolitet aktive] rritet
- b [Barna të përafërta] rritet por [metabolitet aktive] ulet
- c Rekomandohet monitorimi me ECG
- d Rrezik i zgjatjes së intervalit PR

Numrat i referohen uljes së AUC të anti-hipertensivëve siç vërehet në studimet mbi ndërveprimet e barnave.

Ngjyrat e Legjendës

- Nuk pritet ndërveprim klinikisht i rëndësishëm.
- Këto barna nuk duhet të bashkë administrohen.
- Ndërveprim i mundshëm që mund të kërkojë një rregullim të dozave, ose monitorim nga afër.
- Ndërveprim i mundshëm që parashikon të ketë intensitet të dobët (< 2-fishtë ↑AUC or < 50% ↓AUC). Një rregullim i dozës apriori nuk rekomandohet.

Shënim: Edhe pse disa ndërveprime midis barnave janë parashikuar për rregullim doze potencialisht i bazuar në rrugët metabolike të barnave, eksperiencia klinike me anti-hipertensivë të veçantë dhe barnave ARV, tregojnë se rregullimet e dozave nuk janë një kërkesë a priori.

Koment

Simboli (jeshil, qelibar, i kuq) i përdorur për rangun e rëndësisë klinike të ndërveprimit të barnave është bazuar në: www.hiv-druginteractions.org (Universiteti i Liverpool-it). Për ndërveprime të tjera të barnave dhe për të dhëna të detajuara të ndërveprimit farmakokinetik dhe rregullimet e dozimit, referohuni në faqen e mësipërme të internetit.

Ndërveprimi midis Barnave ARV dhe Qetësuesve (Analgjezikëve)

Analgjezikët	ATV/r	DRV/r	FPV/r	IDV/r	LPV/r	SQV/r	EFV	ETV	NVP	RPV	MVC	DTG	EVG/c	RAL	ABC	FTC	3TC	TDF	ZDV				
analgjezikë Jo opioid	aspirin	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	J	↔			
	celecoxib	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑ ^a	↑ ^a	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	J	↔		
	diclofenac	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑ ^a	↑ ^a	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
	ibuprofen	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑ ^a	↑ ^a	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
	mefenamic acid	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑ ^a	↑ ^a	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
	naproxen	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑ ^a	↑ ^a	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	nimesulide	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑ ^a	↑ ^a	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	paracetamol	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	piroxicam	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑ ^a	↑ ^a	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
analgjesik opioid	alfentanil	↑	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔		
	bupreorphine	↑67%	↑ ^d	↔	↑	↔	↑	↓50%	↓25%	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
	codeine	↑ ^g	↑ ^g	↑ ^g	↑ ^g	↑ ^g	↑ ^g	↑ ^g	↑ ^g	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
	dihydrocodeine	↓↑	↓↑	↓↑	↓↑	↓↑	↓↑	↓↑	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
	fentanyl	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
	metadon	↓ ^e	↓16%	↓18%	↓	↓53% ^e	↓19% ^{ef}	↓52%	↑6%	↓≈50%	↓16% ^e	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
	morphine	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
	oxycodone	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
	pethidine	↓ ^h	↓ ^h	↓ ^h	↓ ^{c,h}	↓ ^h	↓ ^h	↓ ^h	↔	↓ ^h	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
	sufentanil	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
	tramadol	↑ ^g	↑ ^g	↑ ^g	↑ ^g	↑ ^g	↑ ^g	↓ ⁱ	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	

Legjenda

- ↑ Ekspozimi i mundshëm i rritur i analgjezikëve
- ↓ Ekspozimi i mundshëm i ulur i analgjezikëve
- ↔ Pa efekte domethënëse
- D Ekspozim i mundshëm i ulur i barnave ARV
- E Ekspozim potencial i lartë i barnave ARV
- a Domethënia klinike e panjohur. Përdorni dozat më të ulta të rekomanduara veçanërisht tek personat me faktorë risku për sëmundje kardiovaskulare, ata në rrezik të zhvillimit të komplikimeve gastrointestinale, personat me dëmtime të mëlçisë apo të veshkave, dhe tek personat e moshuar.
- b Toksicitet potencial hematologjik i shtuar
- c Rekomandim i prodhuesit
- d Barna të përafërta pa ndryshim por [metabolit] të rritur
- e Te dyja barnat potencialisht mund të zgjasin intervalin QT; Rekomandohet monitorimi me ECG
- f Bashkëadministrimi kundë rindikohet nga SPC Europiane. Gjithsesi, udhëzimet e SHBA-së këshillojnë kujdes në përshkrimin e recetave. Grafikët pasqyrojnë mundësitë më të mira.
- g Zvogëlim i mundshëm i efektit analgjezik për shkak të konvertimit të reduktuar të metabolitit aktiv.
- h [Barna të përafërta] ulin dhe ngrejnë [metabolitin neurotoksik]
- i [Barna të përafërta] ulin por nuk ndryshojnë [metaboliti më aktiv]
- j Rreziku potencial i toksicitetit të veshkave, i cili është rritur nëse NSAID përdoret për një kohë të gjatë, në qoftë se personi ka një mosfunksionim para-ekzistues renal, ka një peshë të ulët trupore ose merr barna të tjera që mund të rrisin ekspozimin ndaj TDF. Përdorimi simultan i NSAID-ve me TDF garanton monitorimin e funksionit të veshkave. Numrat i referohen AUC të ulëta apo të larta të analgjezikëve sikurse vërehet në studimet mbi ndërveprimet e barnave.

Ngjyrat e Legjendës

- Nuk pritet ndërveprim klinikisht i rëndësishëm.
- Këto barna nuk duhet të bashkë administrohen.
- Ndërveprim i mundshëm që mund të kërkojë një rregullim të dozave, ose monitorim nga afër.
- Ndërveprim i mundshëm që parashikon të ketë intensitet të dobët (< 2 fishtë ↑AUC ose < 50% ↓AUC). Një rregullim i dozës apriori nuk rekomandohet.

Koment

Simboli (jeshil, qelibar, i kuq) i përdorur për rangun e rëndësisë klinike të ndërveprimit të barnave është bazuar në: www.hiv-druginteractions.org: www.hiv-druginteractions.org (Universiteti i Liverpool-it). Për ndërveprime të tjera të barnave dhe për të dhëna të detajuara të ndërveprimit farmakokinetik dhe rregullimet e dozimit, referohuni në faqen e mësipërme të internetit.

Ndërveprimi midis Barnave ARV dhe Barnave kundër Malarjes

Efekti i ARV-ve tek barnat kundër Malarjes dhe metabolit kyç

Legjenda:

Shigjetat tregojnë efektin e medikamenteve antiretrovirale mbi barnat antimalarjes / metabolitet kyçe

E Gjelbër Pa domethënie klinike ka bashkëveprim

Portokalli Ndërveprim i mundshëm (konsideroni trajtimin përpara udhëtimit dhe MT të barnave)

E Kuqe Ndërveprim klinikisht relevant, mos përdorim ose përdorim me kujdes

Mefloquine (M)		
Metabolitet Kyçe Treguesit	CYP 3A4 Profilaksitë Trajtimi	Rëndësia
NNTRI (EFV, NVP, ETV)	↓	Jo
RPV, RAL, MVC, DTG	→	Jo
PI, COBI	↑ M mund të ulë FP/C (RTV rreth 35%)	I mundur

Artemisinin (A)		
Artemisinin dhe metabolitet e saj kyçe, dihydroartemisinin, janë përbërësit aktivë		
Metabolitet Kyçe Treguesit	CYP 2B6, 3A4, 2C19 Trajtimi	Rëndësia
NNTRI (EFV, NVP, ETV)	↓ A & dihydroartemisin; A & metabolites redukon NVP, por jo EFV/ETR	Mos e përdor ose përdore me kujdes
RPV, RAL, MVC, DTG	→ A mund të ulë RPV, MVC	I mundur
PI, COBI	↑ Rrit A: monitoro toksicitetin (Mëlçi)	I mundur

Lumefantrin (L)		
Metabolitet Kyçe Treguesit	CYP 3A4 Trajtimi	Rëndësia
NNTRI (EFV, NVP, ETV)	↓	I mundur
RPV, RAL, MVC, DTG	→	Jo
PI, COBI	↑ LPV Rrit L 2-3x	Mos e përdor ose përdore me kujdes

Atovaquone (A), Proguanil		
<ul style="list-style-type: none"> Atovaquone rrit nivelet e ZDV me 35% Sinergjia me atovaquone është e lidhur me proguanil, jo metabolitet e saj aktive; prandaj mesa duket nuk ka efekt përfundimtar në induksion / frenim 		
Metabolitet Kyçe Treguesit	CYP 2C19 Profilaksitë Trajtimi	Rëndësia
NNTRI (EFV, NVP, ETV)	↓ ETV është i rritur	I mundur
RPV, RAL, MVC, DTG	→	Jo
PI, COBI	↓ At & P E marrë me vakte të bollshme, konsidero rritjen e dozës	I mundur

Doksiciklin		
Metabolitet Kyçe Treguesit	N/A Profilaksitë	Rëndësia
NNTRI (EFV, NVP, ETV)	ndoshta ↓	I mundur
RPV, RAL, MVC, DTG	→	Jo
PI, COBI	→	Jo

Chloroquine		
Metabolitet Kyçe Treguesit	CYP 3A4, 2D6 Trajtimi	Rëndësia
NNTRI (EFV, NVP, ETV)	→	Jo
RPV, RAL, MVC, DTG	→	Jo
PI, COBI	→	Jo

Quinine (Q)		
Metabolitet Kyçe Treguesit	CYP 3A4, 2D6 Trajtimi	Rëndësia
NNTRI (EFV, NVP, ETV)	↓ Konsidero rritjen e dozës	I mundur
RPV, RAL, MVC, DTG	→	Jo
PI, COBI	↑ RTV rrit Q 4 herë: Konsidero reduktim doze, monitoro toksicitetin (tinnitus). CAVE: PI & Q zgjasin QT	I mundur

Primaquine		
Metabolitet Kyçe Treguesit	CYP 1A2, 2D6, 3A4 (Profilaksitë) Trajtimi	Rëndësia
NNTRI (EFV, NVP, ETV)	N/A	I mundur
RPV, RAL, MVC, DTG	→	Jo
PI, COBI	N/A	

Rregullimi i Dozave të ARV-ve për Funkzion Hepatik të dëmtuar

NRTI-të	
ABC	Rezultati Child-Pugh 5–6: 200 mg dy herë në ditë (përdorim solucion oral)
	Rezultati Child-Pugh > 6: I kundëringduar
ddl	I kundëringduar
	Nëse përdoret asnjë rregullim doze
d4T	I kundëringduar
	Nëse përdoret asnjë rregullim doze
FTC	Nuk ka rregullim doze
3TC	Nuk ka rregullim doze
TDF	Nuk ka rregullim doze
TDF/FTC	Nuk ka rregullim doze
ZDV	Ulni dozën me 50% ose dyfishoni intervalin mes dozave nese Child-Pugh > 9
NNRTI-të	
DLV	Ulni dozën me 50% ose dyfishoni intervalin mes dozave nese Child-Pugh > 9
EFV	Nuk ka rekomandim doze; përdoreni me kujdes në personat me dëmtime hepatike
TDF/FTC/EFV	
ETV	Rezultati Child-Pugh < 10: Nuk ka rregullim doze
NVP	Rezultati Child-Pugh > 6: I kundëringduar

FPs	
ATV	Rezultati Child-Pugh 7–9: 300 mg një herë në ditë Rezultati Child-Pugh > 9: nuk rekomandohet RTV i shtuar nuk rekomandohet në persona me dëmtim hepatic(Rezultati Child-Pugh > 7)
DRV	Dëmtim hepatic lehtësisht i moderuar: nuk nevojitet rregullim doze. Dëmtim hepatic i rëndë: nuk rekomandohet
FPV	Vetëm personat PI-naivë: Rezultati Child-Pugh 5–9: 700 mg dy herë në ditë Rezultati Child-Pugh 10–15: 350 mg dy herë në ditë Personat me përvojë PI: Rezultati Child-Pugh 5–6: 700 mg dy herë në ditë + RTV 100 mg sasi ditore Rezultati Child-Pugh 7–9: 450 mg dy herë në ditë + RTV 100 mg sasi ditore Rezultati Child-Pugh 10–15: 300 mg dy herë në ditë + RTV 100 mg sasi ditore
IDV	Pamjaftueshmëri hepatike e lehtë deri e moderuar : 600 mg çdo 8orë
LPV/r	Nuk ka rekomandim doze; përdoreni me kujdes në personat me dëmtime hepatike
NFV	Dëmtim i lehtë hepatic: Pa rregullim doze Për dëmtim hepatic të moderuar deri të rëndë: nuk rekomandohet
RTV	Referojuni rekomandimit për PI primar
SQV	Dëmtim hepatic i lehtë deri i moderuar.: Përdoreni me kujdes Dëmtim serioz hepatic: Nuk indikohet
TPV	Rezultati Child-Pugh < 7: Përdoreni me kujdes Rezultati Child-Pugh > 6: Kundëringduar
FI	
ENF	Nuk ka rregullim doze
Frenuesit CCR5	
MVC	Nuk ka rekomandim doze. Përqendrimet ka të ngjarë të rriten në personat me dëmtime hepatike
INSTI	
RAL	Nuk ka rregullim doze

Shënim: Mosfunksionimi i mëlçisë është një tregues i mirë për TDM pasi përvoja klinike me këto rregullime dozash është shumë e kufizuar

Përshtatja e Dozave të ARV-ve për Funkcion Renal të Dëmtuar

	eGFR ⁽ⁱ⁾ (mL/min)					Hemodializat
	≥ 50	30-49	10-29	< 10		
NRTI-të						
ABC	300 mg çdo 12orë	Nuk kërkohet rregullim doze	Nuk kërkohet rregullim doze	Nuk kërkohet rregullim doze		
ddl⁽ⁱⁱ⁾	≥ 60 kg	400 mg sasi/24orë	200 mg sasi/24orë	150 mg sasi/24orë	> 60 kg: 100 mg/24orë	
	< 60 kg	250 mg sasi/24orë	125 mg sasi/24orë	100 mg sasi/24orë	< 60 kg: 75 mg/24orë	
d4T	> 60 kg	30 mg sasi/12orë	15 mg sasi/24orë	15 mg sasi/24orë	15 mg sasi/24orë	15 mg sasi/24orë AD ^(iv)
	< 60 kg	40 mg sasi/12orë	20 mg sasi/12orë	20 mg sasi/24orë	20 mg sasi/24orë	20 mg sasi/24orë AD ^(iv)
FTC		200 mg sasi/24orë	200 mg sasi/48orë	200 mg sasi/72orë	200 mg sasi/96orë	200 mg s/96orë
3TC		300 mg sasi/24orë	150 mg sasi/24orë	100 mg sasi/24orë ⁽ⁱ⁻ⁱⁱ⁾	50-25 mg sasi/24orë ⁽ⁱⁱⁱ⁾	50-25 sasi/24orë ⁽ⁱⁱⁱ⁾ AD ^(iv)
TDF^(vii)		300 mg sasi/24orë	300 mg sasi/48orë	Nuk rekomandohet (300 mg sasi 72-96orë, nëse nuk ka alternativë)	Nuk rekomandohet (300 mg sasi 7ditë, nëse nuk ka alternativë)	300 mg sasi 7 ditë AD ^(iv)
ZDV		300 mg sasi/12orë	Nuk kërkohet rregullim doze		100 mg çdo 8orë	100 mg çdo 8orë
ABC/3TC	Përdor barnat individualisht					
ZDV/3TC						
ABC/3TC/ZDV						
TDF/FTC	sasi/24orë	q48h	Përdor barnat individualisht			
FTRJNs						
EFV	600 mg sasi/24orë					Nuk kërkohet rregullim doze
ETV	200 mg sasi/12orë					Nuk kërkohet rregullim doze
NVP	200 mg sasi/12orë					Nuk kërkohet rregullim doze

	vSHFG ⁽ⁱ⁾ (mL/min)				Hemodializat
	≥ 50	30-49	10-29	< 10	
FPs					
ATV/r	300/100 mg sasi/24orë	Nuk kërkohet rregullim doze ^(v,vi)			
DRV/r	800/100 mg sasi/24orë 600/100 mg sasi/12orë	Nuk kërkohet rregullim doze ^(v)			
FPV/r	700/100 mg sasi/12orë	Nuk kërkohet rregullim doze ^(v)			
LPV/r	400/100 mg sasi/12orë	Nuk kërkohet rregullim doze ^(v)			
SQV/r	1000/100 mg sasi/12orë	Nuk kërkohet rregullim doze ^(v)			
TPV/r	500/200 mg sasi/12orë	Nuk kërkohet rregullim doze ^(v)			
ARV të tjera					
RAL	400 mg sasi/12orë	Nuk kërkohet rregullim doze ^(v) (dose AD ^(iv))			
TDF/FTC/EVG/COBI	Mos e fillo nëse vSHFG < 70 mL/min	Ndërprite nëse eGFR < 50 mL/min			
MVC: bashkëadministrimet pa frenuesin CYP3A4^(viii)	300 mg sasi/12orë	Nuk kërkohet rregullim doze			
MVC: co-administruar me CYP3A4 inhibitorë^(viii)	Nëse vSHFG < 80 mL/min 150 mg sasi/24orë ^(viii) Përveç: 150 mg sasi/12orë nëse bashkë-administrohet me FPV/r				

i eGFR sipas formulës së shkurtuar të MDSV (Modifikimi Dietik në Sëmundjet e Veshkave). Ekuacioni Cockcroft-Gault (CG) mund të përdoret si një alternativë.

ii Reduktim doze nëse kombinohet me TDF

iii 150 mg doza e ngarkuar

iv AD: pas dializës

v Të dhëna të pakta në dispozicion për personat me veshka të dëmtuara: Analiza farmakokinetike nuk sugjeron përshtatje doze.

vi Shoqërohet me toksicitet të veshkave; konsideroni një PI alternativ nëse personi është i diagnostikuar me CKD.

vii Shoqërohet me toksicitet të veshkave; konsidero ART alternativ nëse personi është i diagnostikuar me CKD.

viii Shih përmbledhjen e karakteristikave të produktit për rekomandime specifike; përdoreni me kujdes nëse eGFR < 30 mL / min

Menaxhimi i ARV-ve tek Personat me Vështirësi në Gëlltitije

Barnat	Lloji i Preparatit	Shtyp tabletat	Kapsula të hapura	Komente
NRTI				
ABC	tableta (300 mg) Likuid 20 mg/mL	Po		shije të hidhur
ddl	kapsulë (125, 200, 250, 400 mg)	jo	jo	Përdor pluhur: përmban antacide Ca dhe Mg, trete në ≥ 30 mL ujë (shto lëng molle), merret me stomakun bosh
d4T	kapsulë (20, 30, 40 mg) Likuid nga goja 1 mg/mL	jo	po	merret me stomakun bosh
FTC	kapsulë (200 mg) likuid 10 mg/mL	jo	po	Trete në ≥ 30 mL ujë, përmbajnë Na 460 µmol/mL Bioekuivalenca: 240 mg likuid = 200 mg kapsulë rregullo dozen në përputhje me rrethanat
3TC	tableta(150, 300 mg) likuid 10 mg/mL	po		
TDF	tableta(245 mg)	po		përmirësohet: trete në ≥ 1 dL ujë/lëng portokalli ose rrushi (shije të hidhur)
ZDV	kapsulë (250 mg) shurup 10 mg/mL	jo	jo	ngjitet, shije të hidhur përmirësohet: përdor shurup ose iv 6 mg/kg në ditë në glukozë 5%
TDF/FTC	tableta(200/245 mg)	po		përmirësohet: trete në ≥ 1 dL ujë/ lëng portokalli ose rrushi (shije të hidhur)
ABC/3TC	tableta(300/600 mg)	jo		përdorni likuid të përbërësve individuale
ZDV/3TC	tableta(150/300 mg)	po		Treteni në ≥ 15 mL ujë, alternativë: përdor likuid të përbërësve individuale
ABC/3TC/ZDV	tableta(150/300 mg)	jo		përdorni likuid të përbërësve individuale
NNRTI				
EFV	kapsulë (150, 200, 300 mg)	po		E vështirë për t'u tretur; likuidi ka bioavailabilitet të ulët; nëse > 40 kg përdor 720 mg
	kapsulë (50, 100, 200 mg)	jo	po	
	likuid 30 mg/mL			
ETV	tableta(200 mg)	jo		shpërndajeni në ≥ 5 mL ujë
NVP	tableta(200, 400 mg ⁽¹⁾) suspension 10 mg/mL	po ⁽¹⁾		treteni në ujë
TDF/FTC/EFV	tableta(200/245/600 mg)	jo		
TDF/FTC/EPV	tableta(200/245/25 mg)	jo		
FP				
ATV	kapsulë (150, 200, 300 mg)	jo	po	E vështirë të hapet; merret me ushqim
DRV	tableta(400, 600 mg) likuid 100 mg/mL	po		Merret me ushqim
FPV	tableta(700 mg) suspension 50 mg/mL			shije të hidhur; të rriturit e administrojnë me stomakun bosh
IDV	kapsulë (200, 400 mg)	jo	jo	
LPV/r	tableta(200/50 mg) likuid 80, 20 mg/mL	jo		42% alkool, mos e holloni me ujë (risk precipitimi), pijeni me qumësht (jo ujë); merreni me ushqim, shije të hidhur: hollonjeni me çokollate me qumësht
NFV	tableta(250 mg)	po		vështirë të tretet; e përmirësuar: përdore pluhur
RTV	tableta(100 mg) likuid 80 mg/mL	jo		43% alkool, mos e hollo në likuid (risk precipitimi), pije me qumësht (jo ujë); shije të hidhur; merret me ushqim
SQV	tableta(500 mg)	jo		
	kapsulë (200 mg)	jo	po	
TPV	kapsulë (250 mg) likuid 100 mg/mL	jo	jo	bioavailabilitet të lartë i solucionit oral: nuk ka rekomandim doze për të rriturit
Të tjera				
MVC	tableta(150, 300 mg)	po		
RAL	tableta(400 mg)	po		shije të hidhur

Barnat	Lloji i Preparatit	Shtyp tabletat	Kapsula të hapura	Komente
TDF/FTC EVG/COBI	tableta(200/245/150/150 mg)	jo		
Profilaksia/trajtimi i Infeksioneve Oportuniste				
Azithromycin	tableta(250 mg) Përzjerje 40 mg/mL	jo		
Cotrimoxazole	tableta(400/80 mg, i fortë 800/160 mg) likuid 40/8 mg per mL	po; i fortë I vështirë		Hollojeni në lëng 3-5 herë me ujë (përqëndrim i lartë)
Fluconazole	kapsulë (50-200 mg) Përzjerje 40 mg/mL	jo	po	
Pyrimethamine	tableta(25 mg)	po		Merret me ushqim
Valganciclovir	tableta(450 mg)	jo	jo	Tretet me vështirësi
Rifampicin	tableta(450, 600 mg) kapsulë (150, 300 mg) Përzjerje 20 mg/mL	po jo	po	Merret me stomak bosh
Rifabutin	kapsulë (150 mg)	jo	po	Tretet në ujë
Isoniazid	tableta(100, 150, 300 mg)	po		Merret me stomak të boshatisur
Pyrazinamide	tableta(500 mg)	po		
Ethambutol	tableta(100, 400 mg)	po		Tretet me vështirësi E përmirësuar: përdorim intravenoz
Rifampicin/Isoniazid	tableta(150/100, 150/75 mg)	po		Merret me stomak të boshatisur
Rifater (Rifampicin, Isoniazid, Pyrazinamide)	tableta(120/50/300 mg)	po		Merret me stomak të boshatisur
Rimstar (Rifampicin, Isoniazid, Pyrazinamide, Ethambutol)	tableta(120/50/300 mg)	po		Merret me stomak të boshatisur
Ribavirin	kapsulë (200 mg)	jo	po	Tretet në lëng portokalli; merret me ushqim

- i Shtrirja e zgjatur në kohë e humb efektin. Shënim: NVP 400 mg një herë në ditë (çlirim i menjëhershëm) mund të çojë në nivele të ulëta nën-terapeutike në individë me peshë të lartë trupore (≥ 90 kg) në krahasim me NVP-ën 200 mg dy herë në ditë. Prandaj, administrimi dy herë në ditë i NVP-s duhet preferuar në individë me peshë më të madhe të trupit

Pjesa III Parandalimi dhe Administrimi i Sëmundjeve Bashkë-shoqëruese tek personat HIV-pozitivë

Bashkë- infeksionet përfshijnë patologjitë kardiovaskulare, renale, hepatike, metabolike, neoplastike dhe të kockave, si dhe çrregullime të sistemit nervor qendror dhe paaftësinë seksuale. Edhe pse HIV dhe infeksionet e tjera mund të jenë të përfshirë në patogenezën e tyre, ky seksion i udhëzimit të EACS fokusohet në parimet e parandalimit dhe / ose parime administrimi të tjera përveç përdorimit të antiviralëve dhe agjentëve të tjere anti-infektivë tek personat e rritur dhe adoleshentë HIV-pozitivë. Këto bashkë- infeksione janë duke u bërë gjithnjë e më të rëndësishme për personat HIV pozitivë si pasojë e rritjes së jetëgjatësisë, e cila rezulton nga veprimi i efektshëm i ARV-ve. Disa faktorë të rrezikut të lidhur me HIV-in, të demonstruar dhe të propozuar, mund të kontribuojnë në zhvillimin e tyre, të cilët përfshijnë; imunodeficiençën e mbetur, aktivizimin imunitar, inflamacionin dhe koagulimin, bashkë- infeksionet (p.sh. HCV, CMV) që mund të vazhdojnë, pavarësisht kontrolleve për replikimin e HIV-it, si dhe të efekteve anësore të ARV-ve.

Profesionistët e kujdesit shëndetësor të përfshirë me kujdesin ndaj personave HIV-pozitivë që nuk kanë njohuritë e duhura për përdorimin e TAR, duhet të këshillohen me specialistët e HIV-it para fillimit apo ndryshimit të çdo lloj ilaçi për bashkë-sëmundshmëritë në një person HIV pozitiv. Nga ana tjetër, shumë mjekë të HIV-it nuk janë specialistë të bashkë-infeksioneve, dhe duhet të kërkojnë këshilla të ekspertëve kur nevojitet, në parandalimin dhe administrimin e situatave të tilla. Situatat kur konsultimi është përgjithësisht i rekomanduar, tregohen në këtë dokument.

Parandalimi apo administrimin i këtyre bashkë-infeksioneve me HIV- in shpesh kërkon përdorimin e shumë medikamenteve, që rrit rrezikun e adeherencës nën-optimale dhe rrjedhimisht mund të kompromentojë përfitimet e mëtejshme të TAR-it. Përveç kësaj, mundësia e ndërveprimit të barnave me ARV-të gjithmonë duhet të administrohet me kujdes para fillimit ilaçi tjetër, shih faqen 17, www.hiv-druginteractions.org dhe dokumentet online të referuara në tekst.

Këto rekomandime kanë për qëllim të sigurojnë udhëzimet më të mira në menaxhimin klinik, dhe është e ditur se niveli i provave për të mbështetur rekomandimet mund të ndryshojë ndjeshëm. Në të vërtetë, ekzistojnë fakte të kufizuara nga kerkimet e randomizuara për menaxhimin më të mirë të bashkë-infeksioneve të HIV-it. Si rezultat, menaxhimi aktual rrjedh kryesisht nga udhëzimet e përgjithshme mjekësore. Prandaj këto rekomandime përfaqësojnë mendimin dhe konsensusin kolektiv të një paneli ekspertësh në fushën e HIV-it dhe gamën përkatëse të bashkë-infeksioneve, dhe nuk është bërë asnjë përpjekje për të vlerësuar evidencat ekzistuese dhe forcën e rekomandimeve të panelit.

Në varësi të rezultateve të hulumtimeve klinike të ardhshme, këto rekomandime do të përditësohen rregullisht ashtu siç kërkohet. Versioni online në www.eacsociety.org dhe Aplikacioni Udhëzimet EACS përmbajnë informacione më të detajuara dhe links me faqet e tjera përkatëse të internetit; këto do të përditësohen rregullisht. Rekomandimet aktuale theksojnë bashkë-infeksionet që janë parë shpesh gjatë kujdesit rutinë të personave HIV pozitivë dhe ato për të cilat çështje specifike duhen marrë parasysh.

Dipendenca e drogës dhe Varësia nga droga

Karakteristikat e barnave që përdoren si terapi zëvendësuese me opioid (OST)⁽ⁱ⁾

Tiparet	Metadon	Buprenorfinë
Doza e nevojshme për të parandaluar simptomat e tërheqjes sipas shkallës së di-pendencës nga opioidi	Shtirija lineare (nga 10-300 mg në ditë)	Shtirije lineare për personat me pak dipendencë ndaj opioidit-efekt tavan (maksimumi i dozës ditore 24 mg)
Ndërveprimi me ARV-të	Metadon koncentrimi i plasmës ulet nëse kombinohet me NNRTI ose FP: <ul style="list-style-type: none"> • NVP & EFV: ↓ 50% • ETV: ↓ < 10% • LPV/r: ↓ 50% • SQV/r, DRV/r, FPV/r: ↓ 15-25% • ATV, IDV: ↓ < 10% 	Koncentrimet e plasmës Buprenorfinë (B) dhe metabolitet aktive norbuprenorfine (N) ulen nëse kombinohen me NNRTI dhe rriten nëse kombinohen me disa PI <ul style="list-style-type: none"> • EFV: ↓ ul deri 50% (B) dhe 70% (N) • ATV/r, IDV, SQV/r: ↑ 50-100% (B&N) • DRV/r: ↑ 50% (N) • CAVE: B ulet ATV; mos të përdoret pa ritonavir ose formulim të kobicistat
	CAVE: Simptoma të tërheqjes nëse kombinohen me ARV që zvogëlojnë përqëndrimin e plazmës dhe rrezikun e toksicitetit nga barnat nëse këto lloj ARV ndërpriten- e kundërta nëse ARV-të rrisin përqëndrimin e plazmës.	
Risku i mbidozës	Po	Jo nëse përdoret në bashkë-formulim me naloxone
Shkakton zgjatjen e QT në EKG-e	Po (lidhja dozë-përgjigje) ⁽ⁱⁱ⁾	Jo
Risku i kapsllëkut	I lartë	I lartë
Tipi i administrimit	Tabletaor liquid	Tableta vendosur poshtë gjuhës
Risku i përkeqsimi të mëtejshëm tek personat me dëmtime ekzistuese të mëlçisë	Po	Po

ⁱ Shih Ndërveprimi midis Barnave ARV dhe Qetësuesve (Analgjektivëve)

ⁱⁱ Rekomandohet kontrolli me EKG për doza ditore metadoni që tejkalojnë 50 mg; kujdes i veçantë me përdorimin e barnave të tjera shoqëruese që mund të shkaktojnë zgjatjen e intervalit QT (p.sh. PI të caktuar si SQV/r, si edhe albuteroli (USAN) ose salbutamoli (INN), amiodarone, amitriptyline, astemizole, chloroquine, clomipramine dhe moxifloxacin).

Kanceri: Mënyrat e Skrinimit ⁽ⁱ⁾

Problemet	Personat	Procedura	Evidenca e përfitimit	Intervali i Skrinimit	Komente shtesë
Kanceri Anal	Meshkujt homoseksualë	Ekzaminim Digital i zorrës së trashë ± PAP test	E panjohur; këshilluar nga disa ekspertë	1-3 vjet	Nëse PAP test jo normal, Anus skopi
Kanceri i Gjirit	Gratë 50-70 vjeç	Mamografi	↓ Vdekshmëria nga Kanceri i gjirit	1-3 vjet	
Kanceri i qafës së mitrës	Femrat seksualisht aktive	PAP test	↓ Vdekshmëria nga Kanceri i qafës së mitrës	1-3 vjet	Të paktën duhet përfshirë Grupmosha Target 30 deri 59- vjeç shqyrtimi në interval më të gjatë nëse testet në shqyrtime paraprake kanë qene negative
Kanceri i kolonrektalit	Personat 50-75 vjeç	Testi fekal okult i gjakut	↓ vdekshmëria e kancerit kolorektal	1-3 vjet	Përfitimi është i pakët
Kanceri i mëlçisë	Personat me cirozë & Personat me HepB pavarësisht nga faza e fibrozës	Ultratinguj dhe al-pha-foetoprotein	Diagnoza e hershme lejon përmirësimin e aftësisë për asgjësimin (heqjen) kirurgjikal.	çdo 6 muajs	
Kanceri i Prostatës	Meshkujt > 50 vjeç	Ekzaminim Digital i zorrës së trashë ± antigeni specifik i prostatës(ASP)	Perdorimi i PSA është i diskutueshëm	1-3 vjet	Përfitimet: ↑ diagnozë e hershme Pasojat: Mbi trajtim ↓ vdekshmëria nuk lidhet me kancerin.

ⁱ Rekomandimet për skrinimin derivuan nga popullata e përgjithshme.

Këto skrinime preferohet të bëhen si pjesë e programeve të përgjithshme kombëtare të skrinimit të popullsisë. Edhe pse Limfoma e non-Hodgkin ka një incidencë më të lartë tek personat HIV-pozitivë se sa në popullatën e përgjithshme, aktualisht është e panjohur nëse mund të skrinohet. Skrinimi i kujdesshëm i lëkurës duhet të kryhet rregullisht për të zbuluar kancer të tillë si sarkoma Kapozi, kanceri i lëkurës dhe melanoma malinje.

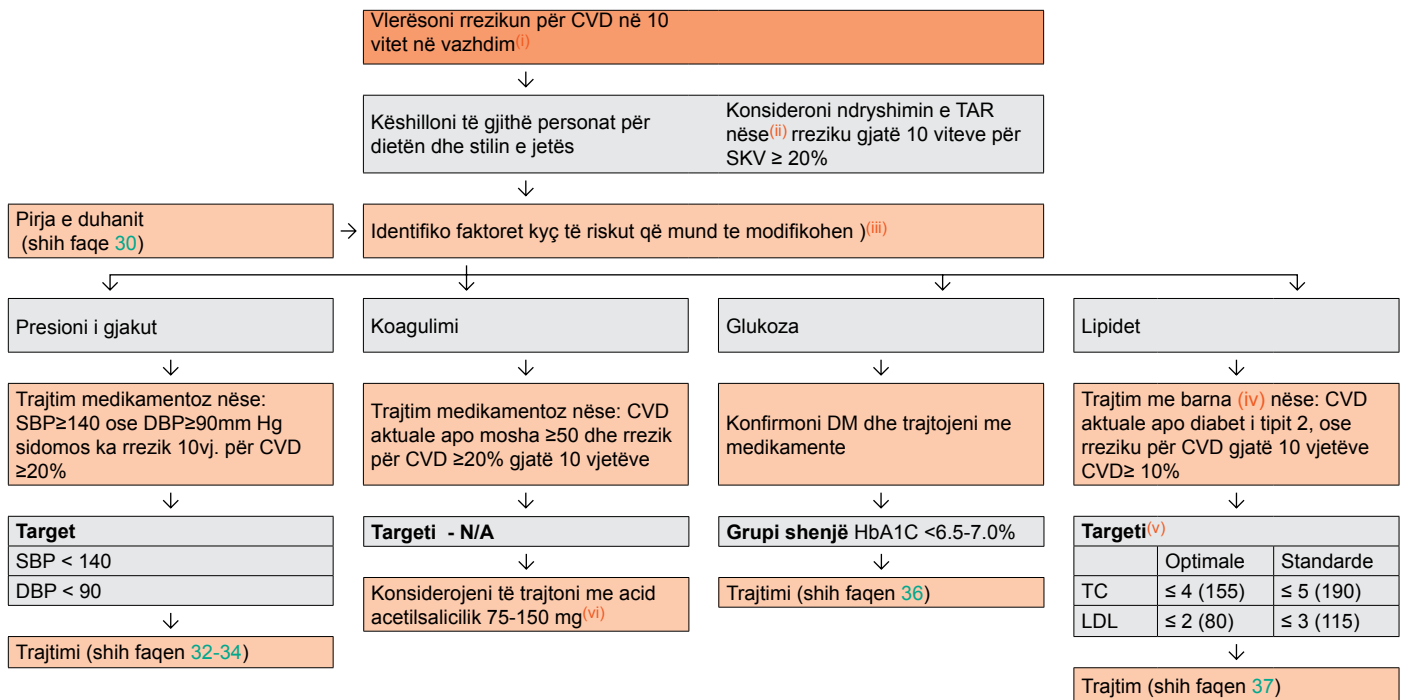
Ndërhyrjet në Stilin e jetesës⁽ⁱ⁾

<p>Ndërprerja e duhanpirjes</p>	<ul style="list-style-type: none"> Thënie të shkurtra dhe të qarta rreth nevojës për të ndaluar pirjen e duhanit Nëse personi nuk po merr në konsideratë apo mendon, mundohuni t'a motivoni dhe të theksoni aspektet pozitive afat shkurtra (më shumë para për gjëra më të mira, shije më e mirë për ushqimin, lëkurë më e mirë, më pak vështirësi në frymëmarrje si pasojë e kushteve të tjera shëndetësore), dhe përfitimet afatgjata (parandalim i COPD, IHD, goditjeve cerebrale, kancerit të mushkërive). Nëse personi po merr në konsideratë apo mendon përpquni të caktoni një datë fikse për të ndërprerë pirjen e duhanit dhe ngrini një sistem shpërblyes. Përdorni zëvendësues të nikotinës (ngjitësa, çimçakëz, spruco), vareniklinë ose bupropion gjatë fazës së ndërprerjes të duhanit, nëse është e nevojshme. Vini re: të dy barnat mund të shkaktojnë efekte anësore të sistemit nervor qendror përfshirë vetëvrasjen; bupropioni mund të bashkëvprojë me PI-të dhe NNRTI-të) Shih faqen 17. Merrni parasysh të rreferoni personat në klinika të specializuara për ndërprerjen e duhanit. Parapirni relapsët, shpjegohini dhe konsideroni ato si pjesë të procesit të shkëputjes dëri në abstinencën përfundimtare të nikotinës 	<ul style="list-style-type: none"> Pyetjet e mëposhtme janë të dobishme për të përcaktuar konsumin mesatar të alkoolit 1. Sa shpesh pini alkool: kurrë, ≤ 1/ muaj, 2-4 h / muaj, 2-3 h / javë, > 4 h / javë 2. Nëse pini alkool, sa shpesh në kohë: 1-2, 3-4, 5-6, 7-9, >10 pije. 3. Sa herë keni 6 ose më shumë pije alkoolike në një rast: kurrë, <1h / muaj, 1h / muaj, 1h / javë, më shumë ose më pak çdo ditë. Marrja e alkoolit duhet të kufizohet në jo më shumë se një pije në ditë për femrat dhe dy pije në ditë për meshkujt (<20-40 g /ditë). Në veçanti, personat me sëmundje hepatike, probleme adeherence, rritje të pamjaftueshme të qelizave CD4, tumore, tuberkuloz në të kaluarën, diarree dhe kushte të tjera që lidhen me konsum të lartë të alkoolit duhet të jenë të motivuar për të ulur ose të ndaluar konsumin e alkoolit.
<p>Këshillim për dietën ushqimore</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ndërhyrjet në ditën ushqimore nuk duhet të pengojnë nevojat dietike të kërkuara për përthithjen e përshtatshme të ARV -ve Ruani balancën midis marrjes së kalorive dhe shpenzimit të energjive Kufizoni marrjen e yndyrave të saturuara, kolesterolit dhe karbohidrateve të rafinuara Kufizoni marrjen totale të yndyrave në < 30% dhe dietën e kolesterolit në <300mg/ditë Theksoni marrjen dhe konsumimin e perimeve, frutave produkteve të drithrave me fibra. Ndalni përdorimin e pijeve dhe ushqimeve me sheqer të shtuar. Zgjidhni dhe përgatisni ushqie me pak ose pa kripë. Synoni të hani me pak se 1.500 mg sodium në ditë. Theksoni konsumimin e peshkut, mishit të shpendëve (pa lëkurë) dhe mishin pa dhjamë Merrni parasysh referimin tek ndonjë dietolog, mbani ditarin e ushqimit dhe pijeve për një javë për të zbuluar kaloritë e fshehura Shmangni të ngrënit pa limit ('dietat yo-yo). Te personat me humbje peshe si pasojë e HIV dhe dislipidemisë, adresoni në fillim humbjen e peshës dhe më pas konsideroni referimin tek ndonjë dietolog. Personat mbi peshë duhet të motivohen të bien nga pesha. Nuk rekomandohen dietat që të lënë pa ngrënë (mekanizmat mbrojtës imunitarë mund të kenë rrënë në mënyrë të ndjeshme në këto momen-te). Kequshqyerja duhet të adresohet atje ku vihet re. Indeksi normal i trupit varion: 18.5-24.9; Mbipesha: 25.0-29.9, Obeziteti: > 30.0 kg/m2 Konsumimi i alkoolit duhet të kufizohet në <20-40g/ditë <20-40g/ditë 	<p>Sugjerime Për ushtrime fizike</p> <p>Reklamoni një stil aktiv jetese për të parandaluar dhe trajtuar obezitetin, hipertensionin dhe diabetin • Inkurajoni aktivitetet fizike të moderuara dhe të vetë drejtuara (ngjisni shkallët, shkoni me këmbë në punë ose me biçikletë, notoni, bëni ngjitje në mal, etj.)</p> <ul style="list-style-type: none"> Inkurajoni kryerjen e ushtrimeve të rregullta me intensitet mesatar se sa ushtrime të vullshme dhe të forta Arrini përshtatshmërinë kardiovaskulare (psh. 30 minuta ecje të shpejtë >5 ditë në javë) Ruani forcën muskulare dhe fleksibilitetin e kyçeve të trupit

ⁱ i Bazuar në rekomandimet nga Task Forca e Shërbimeve Parandaluese të SHBA-së

Parandalimi i sëmundjeve kardiovaskulare (CVD)

Principet: Intensiteti i përpjekjeve për të parandaluar CVD varet nga rreziku për CVD, i cili mund të vlerësohet⁽ⁱ⁾. Përpjekjet parandaluese janë të llojeve të ndryshme dhe kërkojnë përfshirjen e një specialisti relevant, veçanërisht nëse rreziku për CVD është i lartë dhe gjithmonë tek personat me historik CVD.



- i. Përdorni ekuacionin e Framinghamit, ose çdo sistem lokal të rekomanduar nga Udhëzuesit Kombëtar; një ekuacion rreziku i zhvilluar nga popullatat me HIV është i disponueshëm : shih www.cphiv.dk/tools.aspx Ky vlerësim dhe gjetjet që e shoqërojnë të theksuara në këtë figurë duhet të përsëriten çdo vit tek të gjithë personat që janë nën kujdes shih faqet 4-5, për t'u siguruar se ndërhyrjet e ndryshme janë filluar në kohë.
- ii. Mundësitë për ndryshimin e trajtimit me ARV përfshijnë:
 - (1) zëvendësoni PI/r me NNRTI, RAL ose një PI/r tjetër, veprimi i të cilit dihet se shkakton më pak shqetësime metabolike, shih faqet 15-17
 - (2) zëvendësoni d4T dhe konsideroni zëvendësimin e ZDV apo ABC me TDF ose përdorni një regjim pa NRTI.
- iii. Nga faktorët e rrezikut të ndryshueshëm dhe të theksuar, trajtimi me medikamente është i kufizuar për disa nëngrupe tek të cilat përfitimet konsiderohen se tejkalojnë dëmtimet e mundshme. Për t'u mbajtur mend: ka një përfitim të kombinuar të disa ndërhyrjeve të ndryshme në target grupet e identifikuar. Për 10 mmHg reduktim të presionit sistolik të gjakut, për 1 mmol/L (39 mg/dL) reduktim të TC dhe me përdorimin e acidit acetilsalicilik, secila redukton rrezikun e IHD deri në 20-25%; efekti është shtesë. Studimet e bazuara në vëzhgime sugjerojnë se ndërprerja e pirjes së duhanit rezulton në reduktimin të rrezikut për IHD deri në 50% - dhe kjo është në shtesë të ndërhyrjeve të tjera.

- iv. Shiko diskutimet mbi trajtimin medikamentoz të personave me rrezik më të ulët të CVD në www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3_rpt.htm
- v. Nivelet e përcaktuara janë për t'u përdorur si udhëzues dhe nuk janë përfundimtare – janë shprehur si mmol/L me mg/dL në kllapa. Në rastet kur LDL nuk mund të përllogaritet për shkak të nivelit të lartë të triglicerideve, targeti i non-HDL-c (TC minus HDL-c) duhet të përdoret, i cili është 0.8 mmol/L (30 mg/dL) më i lartë se niveli target korrespondues i LDL-c. Niveli target për TG nuk është i listuar sepse kontributi i pavarur nga TG drejt rrezikut për CVD nuk është i sigurt dhe nëse ky kusht duhet të trajtohet, shih faqen 37.
- vi. Evidencat e benefiteve kur janë përdorur tek personat pa ndonjë historik të CVD (përfshirë edhe diabetikët), janë më pak imponuese. Presioni i gjakut duhet të kontrollohet në mënyrë të arsyeshme para se të përdorni aspirinë në një mjedis të tillë.

Hipertensioni: Diagnoza, Shkallët dhe Administrimi

Faktorë të tjerë rrisht, dëmtim asimptomatik i organeve ose sëmundje	Presioni i gjakut (mmHg)	Presioni i gjakut (mmHg)	Presioni i gjakut (mmHg)	Presioni i gjakut (mmHg)
	Më e lartë se normalja SBP 130-139 ose DBP 85-89	Shkalla 1e hipertensionit PSGj 140-159 ose PDGj 90-99	Shkalla 2 e hipertensionit SBP 160-179 ose DBP 100-109	Shkalla 3 e hipertensionit SBP ≥ 180 ose DBP ≥ 110
Nuk ka faktorë të tjerë rrisht	• Nuk ka ndërhyrje të Presionit të Gjakut	• Ndryshime në stilin e jetës ⁽¹⁾ për disa muaj • Pastaj jep barna të BP me qëllim < 140/90	• Ndryshime në stilin e jetës ⁽¹⁾ for disa javë • Pastaj jep barna të BP me qëllim < 140/90	• Ndryshime në stilin e jetës ⁽¹⁾ • Menjëherë barna të BP me qëllim < 140/90
1-2 faktorë rrisht	• Ndryshime në stilin e jetës ⁽¹⁾ • Nuk ka ndërhyrje të Presionit të Gjakut BP	• Ndryshime në stilin e jetës ⁽¹⁾ për disa javë • Pastaj jep barna të BP me qëllim < 140/90	• Ndryshime në stilin e jetës ⁽¹⁾ for disa javë • Pastaj jep barna të BP me qëllim < 140/90	• Ndryshime në stilin e jetës ⁽¹⁾ • Menjëherë barna të BP me qëllim < 140/90
≥ 3 faktorë rrisht	• Ndryshime në stilin e jetës ⁽¹⁾ • Nuk ka ndërhyrje të Presionit të Gjakut	• Ndryshime në stilin e jetës ⁽¹⁾ për disa javë • Pastaj jep barna të BP me qëllim < 140/90	• Ndryshime në stilin e jetës ⁽¹⁾ • Barna të BP me qëllim < 140/90	• Ndryshime në stilin e jetës ⁽¹⁾ • Menjëherë barna të BP me qëllim < 140/90
Dëmtim i Organeve, shkalla CKD 3 ose diabet	• Ndryshime në stilin e jetës ⁽¹⁾ • Nuk ka ndërhyrje të Presionit të Gjakut PGJ	• Ndryshime në stilin e jetës ⁽¹⁾ • Pastaj jep barna të BP me qëllim 140/90	• Ndryshime në stilin e jetës ⁽¹⁾ • Barna të BP me qëllim < 140/90	• Ndryshime në stilin e jetës ⁽¹⁾ • Menjëherë barna të BP me qëllim < 140/90
Symptomatike CVD, shkalla CKD ≥ 4 ose diabet me dëmtim orga-nesh /faktorë rrisht	• Ndryshime në stilin e jetës ⁽¹⁾ • Nuk ka ndërhyrje BP	• Ndryshime në stilin e jetës ⁽¹⁾ • Barna të BP me qëllim <140/90	• Ndryshime në stilin e jetës ⁽¹⁾ • Barna të BP me qëllim <140/90	• Ndryshime në stilin e jetës ⁽¹⁾ • Menjëherë barna të BP me qëllim < 140/90

PGJ Presioni i gjakut

PUGJ Presioni diastolik i gjakut

PLGJ Presioni sistolik i gjakut

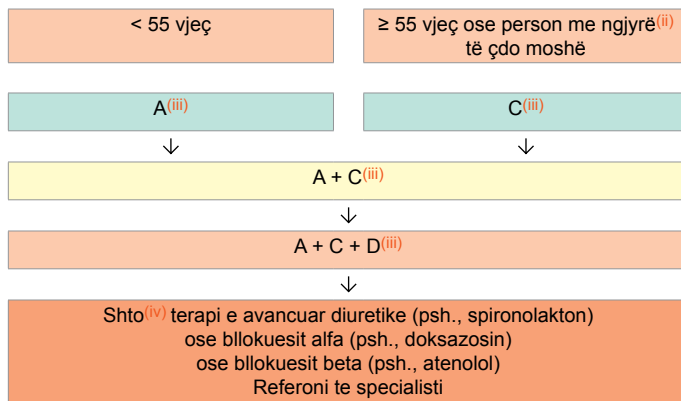
Matje të përsëritura të tensionit të gjakut duhen përdorur për shkallëzim.

ⁱ Rekomandohen ndryshime në stilin e jetës, shih faqen 29

Tabela përshtatur nga [1].

Hipertensioni: Administrimi Rendor i Barnave

Zgjedhja e Barnave⁽ⁱ⁾ për personat e diagnostikuar së fundmi me hipertension



Shkurtime + detaje

- A Frenues ACE (p.sh. Perindopril, Lisinopril ose Ramipril) ose bllokues receptorësh angiotensin me kosto të lire (ARB) (p.sh. Losartan, Kandesartan)
 - C Dihidropiridine kalcium- bllokues të kanaleve (p.sh. Amlodipine). Nëse nuk tolerohet ose nëse konsiderohet me rrezik të lartë për zemrën, mund të përdoren ilaçet 'D'. Kur një medikament C është i preferuar por nuk tolerohet, Verapamil ose Diltiazem mund të përdoret (Shënim: dozojeni me kujdes me PI sepse mund të rrisë përqendrimin e plazmës të këtyre kalcium- bllokues të kanaleve, qe potencialisht çojnë në reagjime toksike)
 - D Diuretik i llojit tiazide * psh. Indapamide ose Klortalidone
- i. Disa kalcium-bllokues të kanaleve bashkëveprojnë pak me farmakokinetikët e ARV-ve, shih [Ndërveprimi midis Barnave ARV dhe Tensionit arterial](#)
 - ii. Personat me ngjyrë janë pasardhës të Afrikanëve apo popullit të Karibeve dhe jo ata të racave mikse, personat Aziatikë apo Kinezë.
 - iii. Prisi 2-6 javë për të vlerësuar nëse është arritur targeti i duhur (shih faqen 31) – nëse jo, kaloni në hapin tjetër
 - iv. Menaxhimi i 4-5 medikamenteve për hipertensionin kërkon tranjim të specializuar.
- * Kjo përjashton thiazidet (p.sh. HCTZ, Bendroflumethiazide etj)

Ndërveprimi midis Barnave ARV dhe Barnave të Tensionit Arterial

Anti-hipertensivët		ATV/r	DRV/r	FPV/r	IDV/r	LPV/r	SQV/r	EFV	ETV	NVP	RPV	MVC	DTG	EVG/c	RAL	ABC	FTC	3TC	TDF	ZDV	
Blokuesit ACE	cilazapril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
	enalapril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
	lisinopril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
	perindopril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
	quinapril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
	ramipril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	trandolapril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
antagonistët angiotensin	candesartan	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
	irbesartan	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
	losartan	↓ ^a	↓ ^a	↓ ^a	↓ ^a	↓ ^a	↓ ^a	↑ ^b	↑ ^b	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
	olmesartan	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	telmisartan	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	valsartan	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
β blokues	atenolol	↔ ^d	↔	↔	↔	↔ ^d	↔ ^d	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	bisoprolol	↑ ^d	↑	↑	↑	↑ ^d	↑ ^d	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	carvedilol	↑↓ ^d	↑↓	↑↓	↑↓	↑↓ ^d	↑↓ ^d	↑↓	↑↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	metoprolol	↑ ^d	↑	↑	↑	↑ ^d	↑ ^d	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	propranolol	↑ ^d	↑	↑	↑	↑ ^d	↑ ^d	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	Kalcium kanal-blokues	amlodipine	↑ ^c	↑	↑	↑80%	↑	↑ ^c	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
diltiazem		↑ ^c	↑	↑	↑	↑	↑ ^c	↓69%	↓ ^E	↓	E	E	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
felodipine		↑ ^c	↑	↑	↑	↑	↑ ^c	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
lacidipine		↑ ^c	↑	↑	↑	↑	↑ ^c	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
lercanidipine		↑	↑	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
nicardipine		↑ ^c	↑	↑	↑	↑	↑ ^c	↓	↓ ^E	↓	E	E	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
nifedipine		↑ ^c	↑	↑	↑	↑	↑ ^c	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
nisoldipine		↑ ^c	↑	↑	↑	↑	↑ ^c	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
verapamil		↑ ^c	↑	↑	↑	↑	↑ ^c	↓	↓ ^E	↓	E	E	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
diuretiktë	amiloride	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	bendroflumethiazid	?	?	?	?	?	?	?	?	?	↔	↔	↔	↔	?	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	chlortalidone	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	furosemide	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	E	↔
	indapamide	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	torasemide	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Të tjerë	doxazosin	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	spirojolactone	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔

Legjenda

- ↑ Ekspozim i mundshëm i rritur i barnave të tensionit
- ↓ Ekspozim i mundshëm i ulur i barnave të tensionit
- ↔ Pa efekte domethënëse
- F Ekspozim i mundshëm i ulur i barnave ARV
- G Ekspozim potencial i lartë i barnave ARV
- a [Barna të përafërta] ulet por [metabolit aktiv] rritet
- b [Barna të përafërta] rritet por [metabolit aktiv] ulet
- e Rekomandohet monitorimi me ECG
- f Rrezik i zgjatjes së intervalit PR

Numrat i referohen zbritjes së AUC të anti-hipertensivëve siç vërehet në studimet mbi ndërveprimet e barnave.

Ngjyrat e Legjendës

- Nuk pritet ndërveprim klinikisht i rëndësishëm.
- Këto barna nuk duhet të bashkë administrohen
- Ndërveprim i mundshëm që mund të kërkojë një rregullim të dozave, ose monitorim nga afër
- Ndërveprim i mundshëm që parashikon të ketë intensitet të dobët ose (< 2 fishtë ↑AUC or < 50% ↓AUC). Një rregullim i dozës apriori nuk rekomandohet.

Shënim: Edhe pse disa ndërveprime midis barnave janë parashikuar që mund të kërkojnë një përshtatje doze potencialisht të bazuar në rrugët metabolike të barnave, eksperiencat klinike me anti-hipertensivë të veçantë dhe barna ARV, mund të tregojnë se rregullimet e dozave nuk janë një kërkesë a priori

Koment

Simboli (jeshil, qelbar, i kuq) i përdorur për rangun e rëndësisë klinike të ndërveprimit të barnave është bazuar në: www.hiv-druginteractions.org (Universiteti i Liverpool-it). Për ndërveprime të tjera të barnave dhe për të dhëna të detajuara të ndërveprimit farmakokinetik dhe rregullimet e dozimit, referohuni në faqen e mësipërme të internetit.

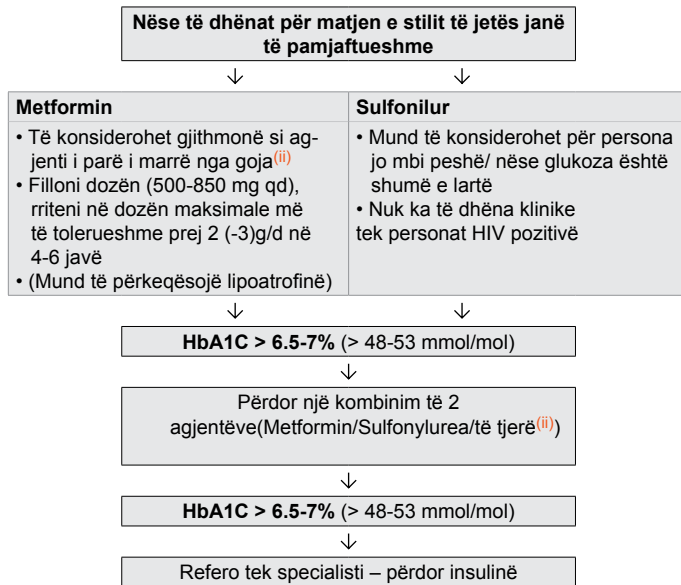
Diabeti i Tipit 2: Diagnoza

Kriteret e diagnostikimit⁽ⁱ⁾

	Glukoza e plazmës esëll mmol/L (mg/dl) ⁽ⁱⁱ⁾	Testi i tolerancës orale të glukozës (TTOG) vlera 2-orë mmol/L (mg/dl) ⁽ⁱⁱⁱ⁾	HbA1c ^(iv) (mmol/mol)
Diabeti	≥ 7.0 (126) APO→	≥ 11.1 (200)	≥ 6.5% (≥ 48)
Tolerancë e dobët e glukozës (IGT)	< 7.0 (126) DHE→	7.8 – 11.0 (140-199)	Para-diabet 5.7-6.4% (39-47)
Glukozë esëll e dobët (IFG)	5.7– 6.9 DHE (100-125)	< 7.8 (140)	

- i Sikundër është përcaktuar nga OBSH-ja [2]
- ii Një gjetje jo normale duhet të përsëritet para konfirmimit të diagnozës
- iii Rekomandohet tek personat me glukozë të gjakut esëll 5.7 - 6.9 mmol/L (100 – 125 mg/dL) sikundër mund të identifikojë personat me diabet të zbuluar tashmë.
- iv Mos përdorni HbA1c në prani të hemoglobinopatisë, rritjen e qar-kullimit të eritrociteve dhe mëlçisë së rënduar ose mosfunksionim të veshkave. Vlerat e larta fallco janë të matura me suplemente me hekur, vitaminë C dhe E, si dhe në moshë të vjetër (mosha > 70: HbA1c +0,4%). Vlerat HbA1c në trajtimin e personave HIV pozitivë, veçanërisht kur janë nën ABC, priren të nënvlerësojnë tipin 2 të diabetit. Të dyja, IGT dhe IFG rrisin sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë CVD si dhe rrisin rrezikun e zhvillimit të diabetit nga 4-6 herë. Këta persona duhet të mbahen parasysh për ndryshime në stilin e jetës dhe faktorët e tyre CVD të rrezikut duhet të vlerësohen dhe të trajtohen.

Diabeti i Tipit 2⁽ⁱ⁾: Administrimi



Qëllimi i Trajtit:

Parandalimi i hiper/hipoglicemisë, kontrolli i glukozës (HbA1c < 6.5-7.0% pa hipoglicemi, plazmë e glukozës esëll 4-6 mmol/l (73-110 mg/dl); parandalon komplikimet afatgjata.

- Lipidet normale të gjakut shih faqen 31, dhe presioni i gjakut nën 130/80 mmHg, shih faqen 32.
- Acidi acetilsalicilik (75-150mg/d) konsiderohet të përdoret për personat diabetikë me faktorë rreziku të theksuar për CVD, shih faqen 31.
- Skrinimi për nefropati, polineuropati dhe retinopati duhet të kryhet si për personat diabetikë që nuk janë të infektuar me HIV.
- Rekomandohet konsultimi me një specialist në fushën e diabetologjisë.
- i** Diabeti i Tipit 1 duhet të trajtohet në bazë të Udhëzuesve Kombëtar.
- ii** Të dhëna shumë të kufizuara për agjentët oral antidiabetikë në drejtim të parandalimit të CVD, dhe ska të dhëna tek personat HIV pozitivë. Inkrinat (frenuesit DDP4 [p.sh. Saxagliptin, Sitagliptin] dhe GLP-1 agonistët [p.sh. Liraglutide & Eksenatide] janë duke u vlerësuar në disa studime të mëdha të sëmundshmërisë / vdekshmërisë (rezultatet janë neutrale deri më sot); Nuk priten ndërveprime klinike të rëndësishme midis barnave apo efekte negative në nivelin e qelizave CD4; përdorimi klinik i Pioglitazonit është me pikëpyetje për shkak të efekteve të tij anësore; Targetet e HbA1c deri në 7,5% mund të konsiderohen për persona të moshuar me diabet të tipit 2 dhe evidencë të CVD.

Dislipidemia

Principet: Nivele më të larta të LDL-c rrisin rrezikun për CVD dhe si pasojë reduktimi e ul rrezikun (shih tabelën më poshtë për barnat e përdorura në këtë indikacion); e kundërta është ndoshta e vërtetë për HDL-c por të dhënat e studimeve janë më pak bindëse. Implikimet e rrezikut CVD si rezultat i niveleve më të larta të TG janë akoma më pak të qarta, sepse TG nuk ka treguar në mënyrë konstante që mund të parashikojë e pavarur rrezikun për CKD. Për më tepër, dobia klinike e trajtimit të hiper-trigliceridemisë së moderuar është e pasigurt; TG shumë të lartë (>10 mmol / L ose > 900 mg / dL) rrisin rrezikun e pankreatitit.

Dieta (më shumë peshk), ushtrime, mbajtja e peshës normale trupore, reduktimi i alkoolit dhe ndalimi i pirjes së duhanit kanë tendencën e përmirësimit të HDL dhe nivelin e triglicerideve. Reduktimet e yndyrnave të saturuara në dietë përmirëson nivelet e LDL-s; nëse nuk është efektive, merrni në konsideratë ndryshimin e TAR dhe më pas mund të konsideroni përdorimin e barnave që ulin lipidet, shih faqen 31. Statinat duhet të përdoren nga të gjithë personat me sëmundje vasculare të vjetër dhe tek ata me diabet të tipit 2 ose në rrezik të lartë për CVD, pavarësisht nga nivelet e lipideve.

Medikamentet që reduktojnë LDL-c

KLASA E BARNAVE	BARNAT	DOZAT	EFEKTET ANËSORE	Këshilloni përdorimin e statinës së bashku me ARV	
				Përdoreni me FP/r	Përdoreni me FTRJN
Statin ⁽ⁱ⁾	Atorvastatin ⁽ⁱⁱ⁾	10-80 mg Sasia ditore	Simptoma gastrointestinale dhimbje koke, pagjumësi, rabdomiolizë (rrallë) dhe hepatite toksike	Filloni me dozë të ulët ^(v) (max: 40 mg)	Konsideroni doza më të larta ^(vi)
	Fluvastatin ⁽ⁱⁱⁱ⁾	20-80 mg Sasia ditore		Konsideroni doza më të larta ^(vi)	Konsideroni doza më të larta ^(vi)
	Pravastatin ⁽ⁱⁱⁱ⁾	20-80 mg Sasia ditore		Konsideroni doza më të larta ^(vi,vi)	Konsideroni doza më të larta ^(vi)
	Rosuvastatin ⁽ⁱⁱ⁾	5-40 mg Sasia ditore		Filloni me doza të ulët ^(v) (maksimumi: 20 mg)	Filloni me doza të ulët ^(v)
	Simvastati ⁽ⁱⁱ⁾	10-40 mg Sasia ditore		Kundëringkacion	Kon-sideroni lartë ^(vi)
Rritje e Kolesterolit ↓ ⁽ⁱ⁾	Ezetimibe ^(iv)	10 mg Sasia ditore	Simptomat Gastrointestinale	Nuk njihen ndërveprimet e barnave me ARV-të	

- i** Statina preferohet si terapi e linjës së parë; statina të ndryshme kanë aftësi të ndryshme të brëndshme për uljen e LDL-c.
- ii, iii, iv** Nivelet e targetuara për LDL -c, shih faqen 31. Në personat ku targetet LDL-c është vështirë për t'u arritur, konsultohuni/referojini tek specialisti.
- ii, iii, iv** Amplitudat e pritshme të reduktimit të LDL-c: **ii** 1.5-2.5 mmol/L (60-100 mg/dL), **iii** 0.8-1.5 mmol/L (35-60 mg/dL), **iv** 0.2-0.5 mmol/L (10-20 mg/dL)
- v, vi** ARV-të mund **v** të frenojnë (toksicitetin e statinës, ↓ doza) ose **vi** shkaktajnë (=më pak efekte të statinës, ↑ dozim gradual për të arritur përfitimin e pritshëm **ii, iii**) sekretimi i statinave.
- vii** **Perjashtimi:** Nëse është përdorur me DRV/r, filloni me doza më të ulta të Pravastatin.

Sëmundjet e kockave: Skrinimi dhe Diagnostikimi

KONDISIONI	KARAKTERISTIKAT	FAKTORËT E RREZIKUT	TESTET DIAGNOSTIKUESE									
<p>Osteopenia</p> <ul style="list-style-type: none"> Femrat në periudhën pas menopauzës dhe meshkujt në moshën ≥ 50 vjeç pikët-T -1 deri-2.5 <p>Osteoporoza</p> <ul style="list-style-type: none"> Femrat në periudhën pas menopauzës dhe meshkujt në moshën ≥ 50 vjeç pikët T ≤ -2.5 Femrat në periudhën para menopauzës dhe meshkujt e moshës <50 vjeç pikët Z ≤ -2 dhe me fraktura të brishta 	<ul style="list-style-type: none"> Reduktimi i masës së kockave Rritje e prevalencës së frakturave tek personat me HIV Pa simptoma derisa ndodhin fraktura <p>Të zakonshme në HIV</p> <ul style="list-style-type: none"> Më shumë se 60% prevalenca e osteopenisë Më shumë se 10-15% prevalenca e osteoporozës Etiologji multi faktoriale Humbja e BMD e vërejtur me inicimin e antiretroviralëve Humbje më e madhe e BMD me inicimin e disa ARV-ve të caktuara⁽ⁱ⁾ 	<p>Marrja në konsideratë e faktorëve klasikë të rrezikut⁽ⁱⁱ⁾</p> <p>Konsidero DXA tek çdo person me ≥ 1:⁽ⁱⁱⁱ⁾</p> <ol style="list-style-type: none"> Femrat në periudhën pas menopauzës Meshkujt ≥ 50 vjeç Historik frakture me ndikim të ulët Me risk të lartë për rrëzim^(iv) Hipogonadizëm Klinik(simptomatik, shih Mosfunksionim Seksual) Përdorim oral i glukokortikoideve (min 5 mg/d prednisone ekuiva-lentë për> 3 muaj) <p>Preferohet kryerja e DXA tek ata persona që shfaqin faktorët e mësipërm të riskut para fillimit të TAR. Vlerëso efektin e faktorëve të riskut në riskun e frakturave duke përfshirë rezultatet e DXA në FRAX® (www.shef.ac.uk/FRAX)</p> <ul style="list-style-type: none"> Përdoret vetëm nëse > 40 vjeç Mund të nënvlerësojnë riskun tek personat HIV-pozitivë Konsidero HIV-in si shkak të osteoporozës dytësore^(v) 	<p>Skanimi i DXA</p> <p>Përrjashto shkaqe dytësore të osteoporozës nëse BMD anormal^(vi)</p> <p>Radio grafi laterale e shpinës (lumbar dhe thorakik) nëse BMD e shpinës i ulët, osteoporozë në DXA, ose humbje gjatësie ose zhvillim i kifozis.</p> <p>(Vlerësimi DXA i bazuar në fraktura vertebrale [VFA] mund të përdoret si alternativë për lateral me reze X të shpinës).</p>									
<p>Osteomalacia</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mineralizim i dëmtuar i kockave Risk i rritur i frakturave dhe dhimbje kockash. Mungesa e Vitaminës D mund të shkaktoj dobësi të muskujve proksimal. Prevalencë e lartë (> 80%) e pamjaftueshmërisë së Vitaminës D në disa kohorte me HIV. 	<ul style="list-style-type: none"> Lëkurë e errët Defiçence dietike Shmangia e ekspozimit në diell Keq përthithje Obezitet Humbje renale e fosfateve^(vii) 	<p>Matje 25(OH)e vitaminës D tek të gjithë personat gjatë prezantimit</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ng/ml</th> <th>nmol/L</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Defiçencë</td> <td>< 10</td> <td>< 25</td> </tr> <tr> <td>Insufiçencë</td> <td>< 20</td> <td>< 50</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nëse është defiçente ose e pamjaftueshme, kontrolloni për nivelet e PTH-së. Konsideroni zëvendësimin e Vitaminës D nëse in-dikohet klinikisht, shih faqen 39</p>		ng/ml	nmol/L	Defiçencë	< 10	< 25	Insufiçencë	< 20	< 50
	ng/ml	nmol/L										
Defiçencë	< 10	< 25										
Insufiçencë	< 20	< 50										
<p>Osteonekroza</p>	<ul style="list-style-type: none"> Infarkt i membranës epifizeale të kockave të gjata që rezulton në dhimbje akute të kockave E rrallë por prevalencë e lartë tek personat HIV pozitivë 	<p>Faktorët e rrezikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel i ulët i CD4 Ekspozim ndaj glukokortikoideve Përdorim intravenoz i drogave 	<p>MRI</p>									

- i Humbje më e madhe e BMD vërehet me fillimin e TAR-ve që përmbajnë TDF dhe disa PI. Humbje shtesë dhe rritje në BMD vërehen në rastet kur regjimet e ARV-ve respektivisht përmbajnë ose jo TDF. Relevanca klinike e rrezikut për frakturë e pa përcaktuar.
- ii Faktorët klasikë të rrezikut: moshë e madhe, gjinia femërore, hipogonadizmi, historik familjar i frakturave të këllkut, BMI i ulët (≤19 kg/m²), defiçencë e vitaminës D, pirja e duhanit, pasiviteti fizik, historik i frakturave me efekte të ulta, mbi-konsumim i alkoolit (>3 njësi/ditë), ekspozimi ndaj steroideve (minimumi 5mg prednisone apo i barazvlefshëm për >3 muaj)
- iii Nëse T-ja janë normale, përsëriteni pas 3-5 vjetësh për grupet 1 dhe 2, nuk ka nevojë për riskrimin me DXA në grupet 3 & 4 vetëm nëse faktorët e rrezikut ndryshojnë dhe riskroni vetëm grupin 5 nëse përdorimi i steroideve vazhdon.
- iv Mjeti për Vlerësimin e Rrezikut të Rrënies FRAX® www.health.vic.gov.au/agedcare/maintaining/falls/doenloads/ph_frat.pdf

- v Megjithëse përdorimi i HIV-it si faktor dytësor rreziku në FRAX® nuk është vërtetuar, përfshirja e HIV-it si shkak dytësor në vlerësimin e rrezikut do të ndihmojë në identifikimin e riskut tek personat me faktorë risku për fraktura dhe me BMD të ulët.
- vi Shkaqet e osteoporozës sekundare përfshijnë hiperparatiroidizmin, hipertiroidizmin, keqpërthithjen, hipogonadizmin / amenorean, diabetet mellitus dhe sëmundjet kronike të mëlçisë.
- vii Për diagnostikimin dhe menaxhimin e humbjes së fosfatit renal, shih [Të dhënat dhe Testet për Tubulopatitë Renale Proximale \(TRP\)](#)

Mungesa e Vitaminës D: Diagnostikimi dhe Administrimi

Vitamina D	Testi	Mjekimi ⁽ⁱ⁾
Mungesa: < 10 ng/mL (< 25 nmol/L) ⁽ⁱⁱ⁾ Pamjaftueshmëri: < 20 ng/mL (< 50 nmol/L)	25 hidroksid vitamine D (25(OH) vitamine D) Nëse ka mangësi, konsideroni skriningun për hormonet paratiroide (PTH), Ca, fosfatet ⁽ⁱⁱⁱ⁾ , fosfatazat alkaline	Nëse ka mungesë vitamine D, rekomandohet zëvendësimi. Sugjerohen regjime të Ndryshme suplementesh ^(iv) Konsideroni ri skriningun e nivelit 25(OH) të vitaminës D 3 muaj pas kurës. Pas rikuperimit, mbajeni me 800-2000 IU vitamine D në ditë.
Mungesa e Vitaminës D prevalente tek të dy popullatat si HIV+ dhe HIV- – mund të mos lidhet direkt me HIV-in. Faktorët që lidhen me nivelin e ulët të vitaminës D: • Lëkurë e errët • Mungesat në dietë • Shmangia e ekspozimit në diell • Keq përthithje • Obeziteti • Sëmundjet kronike të veshkave • Disa ARV ^(v)	Skriningu për vitaminën D tek personat me historik: • Densiteti të ulët të mineraleve në kockë dhe/ose me fraktura • Me risk të lartë për fraktura Konsideroni vlerësimin e statusit të vitaminës D në personat me faktorë të tjerë që lidhen me nivelet e ulëta të vitaminës D (shih kolonën e majtë)	Rekomandohet zëvendësimi dhe/ose dhënia e suplementeve të vitaminës D 25(OH) për personat me pamjaftueshmëri të vitaminës D ^(vi) dhe me: • osteoporozë • osteomalaci • PTH të lartë (sapo shkaku të jetë identifikuar) Konsideroni rritimin pas 6 muajsh të sasisë së vitaminës D.

- i Mund të ofrohet sipas rekomandimeve kombëtare / disponueshmërisë së preparateve (formulime orale dhe parenterale (venoze)). Të kombinohet me kalcium kur ka pamjaftueshmëri të kalciumit nga marrja e dietës ushqimore. Konsideroni se në disa vende ushqimi është artificialisht i fortifikuar me vitaminë D.
- ii Disa ekspertë konsiderojnë vlerat ≤ 30 ng/mL si mangësi të vitaminës D. Niveli i ulët i vitaminës D ka një prevalencë prej deri në 80% në kohortet e HIV-it dhe është e lidhur me rritjen e rrezikut për osteoporozën, diabetin e tipit 2, vdekshmërinë dhe situata të tjera të AIDS-it. Konsideroni ndryshimet sezonale (në dimër përafërsisht 20% më e ulët sesa në verë).
- iii Konsideroni se hipofosfatemia mund të shoqërohet me terapinë me TDF. Kjo humbje e fosfatit përmes tubulopatisë proksimale të veshkave mund të jetë e pavarur nga sasia e ulët e vitaminës D, shih faqen 42. Një kombinim i ulët i kalciumit + fosfat i ulët +/- fosfatozë e lartë alkaline mund të tregojë osteomalaci dhe mangësi të vitaminës D.

- iv Prisni që 100 IU vitamine D e përditshme çon në një rritje në serum 25 (OH) të vitaminës D përafërsisht 1 ng / mL. Disa ekspertë preferojnë një dozë fillestare p.sh 10.000 IU vitaminë D në ditë për 8-10 javë në personat me mangësi të vitaminës D. Qëllimi kryesor është për të arritur një nivel serum > 20 ng/ml (50 nmol / L) dhe për të mbajtur nivele normale serumi të PTH. Kombinohen me kalcium kur nuk ka mundësi për konsum të mjaftueshëm kalciumi në dietë. Qëllimi terapeutik është për të ruajtur shëndetin skeletik; suplementi i vitaminës D nuk është provuar të parandaloj bashkë-infektimet e tjera tek personat HIV-pozitivë.
- v Roli i terapisë së HIV-it apo barnave të veçanta mbetet i paqartë. Disa studime sugjerojnë lidhje të EFV me reduktime në 25 (OH) D por jo 1,25 (OH) D. PI-të gjithashtu mund të ndikojnë në statusin e vitaminës D duke inhibuar konvertimin e 25 (OH) D në 1.25 (OH) D.
- iv Implikimet e niveleve të vitaminës D që janë nën kufirin fiziologjik të referencës, por nuk janë reduktuar dukshëm dhe vlera e suplementit nuk është plotësisht e kuptueshme.

Qasja për Reduktimin e Frakturave tek Personat HIV pozitivë

Reduktimi i risikut të frakturave	<ul style="list-style-type: none">• Synoni të reduktoni rëniet (rëzimet) duke adresuar rreziqet e rënieve⁽ⁱ⁾• Siguroni dietë të mjaftueshme me kalcium (1-1,2 g të përditshme) dhe marrjen e vitaminës D (800-2,000 IU/ sasi ditore) ⁽ⁱⁱ⁾• Ku nevojitet, skrini për osteoporozën⁽ⁱⁱⁱ⁾ dhe referojuni udhëzimeve kombëtare / rajonale për trajtimin e osteopo-rozës. -Nëse nuk ka udhëzime në dispozicion, konsideroni trajtimin bisfosfonat^(iv) tek të gjitha gratë osteoporotike në periudhën pas menopauzës dhe burrat > 50 vjeç (BMD T-rezultati ≤ -2,5) dhe ata me një historik fragiliteti frakturor. Konsideroni trajtimin të bazuar në BMD së bashku duke marrë në konsideratë faktorë të tjerë të rrezikut për frakturë, veçanërisht moshën. -Përdorni bisfosfonat dhe sugjeroni sasi kalciumi të mjaftueshëm dhe marrje të vitaminës D. -Nuk ka ndërveprime të konsiderueshme midis bisfosfonateve dhe medikamenteve antiretrovirale. - Në rast personi naiv me antiretrovirale, konsideroni mundësitë për TAR që ruajnë BMD^(v) - Nëse është diagnostikuar me osteoporozë dhe kërkohet terapi, konsideroni optimizimin e TAR për të ruajtur apo përmirësuar BMD.^(vi)• Në raste të ndërlikuara (p.sh. të rinjtë, gra para menopauzës, thyerje të përsëritura, pavarësisht trajtimit për mbrojtjen e kockave) referojeni tek specialisti i osteoporozës.• Nëse është në trajtim me bisfosfonate, përsërisni DXA pas 2 vitesh dhe rivlerësoni nevojën për trajtim të vazhdueshëm pas 3-5 vjetësh.	<ul style="list-style-type: none">i Instrumentat e Vlerësimit të Rrezikut të Rëzimit (FRAT), shih: www.health.vic.gov.au/age-dcare/maintaining/falls/downloads/ph_frat.pdfii Shih faqen 39 për diagnozën dhe administrimin e mungesës së Vitaminës D.iii Shih faqen 38 për skriningun dhe diagnozën e sëmundjeve të kockave në personat HIV pozitiv.iv Trajtimi i bisfosfonateve me secilin prej: Alendronate 70 mg një herë në javë po; Risedronate 35 mg një herë në javë po; Ibandronate 150 mg oral mujore, ose intravenoze 3 mg çdo 3 muaj; Zoledronik acid 5 mg intravenoze një herë në vit.v Humbja e BMD është më e madhe në vitin e parë pas fillimit të TAR-it, me më shumë humbje në BMD me regjime ARV që përmbajnë TDF dhe disa PI. Konsideroni rrezikun relativ/përfitimin e përdorimit të këtyre agjentëve tek personat me rrezik të lartë frakture.vi Në personat me ARV efektivë, një ndryshim me TDF mund të çojë në humbjen e mëtejshme të BMD ndërsa një trajtim pa TDF (së bashku me optimizimin e statusit të vitaminës D) siç vërehet në një studim të njerëzve të moshuar me BMD të ulët, rezultoi në rritjen e BMD.
--	--	--

Sëmundjet e Veshkave: Diagnostikimi dhe Administrimi

Diagnoza e Sëmundjeve të Veshkave.

		eGFR ⁽ⁱ⁾		
		≥ 60 mL/min	30-59 mL/min	< 30 mL/min
Proteinuria ⁽ⁱⁱ⁾	UP/C ⁽ⁱⁱⁱ⁾ < 50	Regular folloë-up		<ul style="list-style-type: none"> • Skrino faktorët e riskut për CKD dhe barnat nefrotoksikë • përfshi TAR^(iv) • Ndërprisni apo përshtasni dozat e barnave kur është e nevojshme^(v) • Kryeni Eko renale • Referoni urgjentisht tek nefrologu
	UP/C ⁽ⁱⁱⁱ⁾ 50-100	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolloni faktorët e rrezikut për CKD dhe medikamente nefrotoksike^(iv) • përfshirë TAR • Ndërprisni apo përshtasni dozat e medikamenteve kur është e nevojshme^(v) • Kryeni Eko renale • Nëse ka hematuritë prezente, pavarësisht nivelit të proteinurisë, referoni tek nefrologu • Referoni tek nefrologu nëse ka një CKD të re ose rënie progresive në eGFR 		
	UP/C ⁽ⁱⁱⁱ⁾ > 100			

Administrimi i Sëmundjes së Veshkave që asociohet me HIV-in^(vi)

Parandalimi i sëmundjes progressive të veshkave	Komente
1. Terapia me antiretrovirale	Filloni menjëherë Terapinë me ARV kur HIV shoqërohet me nefropati (HIVAN) ^(vii) apo dyshime të forta për sëmundje komplekse imune të lidhura me HIV. Terapia immunosupresive mund të ketë një rol në sëmundjet komplekse imunitare. Rekomandohet biopsi renale për të konfirmuar diagnozat histologjike.
2. Filloni frenuesit ACE ose an-tagonistët recep tor ë angiotensinë-II nëse ka: a. Hipertension, dhe/ose b. Proteinuria	Monitorim i afërt i eGFR dhe nivelit të K + për fillimin e trajtimit apo rritjen e dozave a. Vlerat e presionit të gjakut: <130/80 mmHg.
3. Masa të përgjithshme: a. Shmangni barnat nefrotoksike b. Matjet e stilit të jetës (pirja e duhanit, pesha, dieta) c. Trajtoni dislipideminë ^(viii) dhe diabetin ^(ix) d. Përshtasni dozën e medikamenteve kur është e nevojshme	CKD dhe proteinuria janë faktorë rreziku të pavarur për CVD

- i. eGFR: Përdorni MDRD e shkurtuar të bazuar në serum të kreatininës, gjinisë, moshës dhe përkatësisë etnike. Ekuacioni Cockcroft- Gault (CG) mund të përdoret si alternative. Nëse më parë nuk njihet të ketë patur CKD, konfirmoni eGFR patologjike brenda 2 javësh. Përdorimi i COBI, DTG dhe PI të fuqizuara, është i lidhur me një rritje në serum të kreatininës /zvogëlimin e eGFR për shkak të frenimit të transportuesve proksimal tubular të kreatininës pa dëmtuar filtrimin glomerular aktual: konsideroni një pikë të re pas 1-2 muajsh.
- ii. Urina analiza: përdorni analizën urinare për të skrinuar hematurinë. Për të skrinuar proteinurinë, përdorni matjet e urinës dhe nëse ≥ 1+ kontrolloni proteinat urinare / kreatininës (UP / C), ose skrinoni me UP / C. Proteinuria përcaktohet si persistente nëse konfirmohet në ≥ 2 raste > 2-3 javë diferencë. Nëse UP/C nuk është në dispozicion, përdorni urinë albumin / kreatininë (UA/C), shih shënimin⁽ⁱⁱⁱ⁾
- iii. UP/ C në urinë është me e preferuar se UA/C sepse detekton proteinën totale urinare dytësore për sëmundjen glomerulare tubulare. UA/ C në masë të madhe zbulon sëmundjen glomerulare dhe mund të përdoret për skrinimin e sëmundjes së veshkave asociuar me HIV-in kur UP/C nuk është në dispozicion, por nuk është e përshtatshme për skrinimin e proteinurisë tubulare dytësore të nefrotoksicitetit të barnave (p.sh. TDF). Nëse të dyja UP/ C dhe UA/ C maten, UP /C> UA/ C sugjeron proteinuri tubulare. Vlerat e skrinimit për UA / C janë: <30, 30-70 dhe > 70. UA/ C duhet të monitorohet në personat me diabet. Raporti UPC është llogarit si protein e urines (mg / L) / kreatinina e urinës (mmol / L); gjithashtu mund të shprehet si mg / mg. Faktori i konvertimit për mg në mmol kreatininë është x 0.000884.
- iv. Përsërisni eGFR dhe analizat e urinës siç përshkruhet në tabelë, shih faqen 5
- v. Shih Përshtatja e Dozave të ARV-në për Dëmtimet e Funkcionit Renal
- vi. Menaxhim së bashku me një nefrolog.
- vii. Dyshohet për HIVAN nëse bëhet fjalë për ndonjë entitet zezak & UP/C >100 mg/mmol & nuk ka hematuritë.
- viii. Shih faqen 37
- ix. Shih faqet 35-36

Nefrotoksiciteti shoqërues i ARV-ve

Anomalitë e veshkave*	ARV	Administrimi ^(vi)
Tubulopati proksimale me ndonjë kombinim të: 1. Proteinuri: matja e urinës ≥ 1 , ose rritje e konfirmuar në UP/C > 30 mg/mmol ⁽ⁱ⁾ 2. Rënie progresive në eGFR dhe eGFR < 90 mL/min ⁽ⁱⁱ⁾ 3. Fosfaturia ⁽ⁱⁱⁱ⁾ : Hipofosfatemi e konfirmuar sekondare ndaj rrjedhjes së rritur të fosfatit në urinë	TDF	Vlerësime: <ul style="list-style-type: none"> • Testet për tubulopati proksimale renale /Sindroma renale Fanconi⁽ⁱⁱⁱ⁾ • Konsideroni sëmundjen renale kockore nëse ka një hipofosfatemi me origjinë renale: masni 25(OH) vitaminës D,PTH, DEXA Konsidero ndërprerjen e TDF nëse: <ul style="list-style-type: none"> • Rënie progresive në eGFR dhe ska shkaqe të tjera • Hipofosfatemi me origjinë renale e konfirmuar dhe ska shkaqe të tjera • Osteopenia/osteoporozë me prezencën e rrjedhjes së lartë të fosfatit në urinë
Gurët në veshka: 1. Kristaluria 2. Haematuria ^(iv) 3. Leukocituria 4. Dhimbje e fortë 5. Pamjaftueshmëri renale akute	IDV ATV (DRV)	Vlerësime: <ul style="list-style-type: none"> • Analiza e urinës për gurë dhe kristale • Përfshij faktorë të tjerë për gurët në veshka • Eko e veshkave, përfshirë edhe skanimin me Ultra tinguj Konsidero ndërprerjen e IDV/ATV nëse: <ul style="list-style-type: none"> • Konfirmohen gurë në veshka • Dhimbje periodike të forta +/- hematuria
Kanalet urinare të Veshkave: 1. Rënie progresive në eGFR ⁽ⁱⁱ⁾ 2. Proteinuria tubolare ⁽ⁱⁱⁱ⁾ / haematuria 3. Eosinofilia (nëse është akute)	IDV ATV ^(v)	Vlerësime: <ul style="list-style-type: none"> • Ultratinguj të veshkave • Referoni tek nefrologu Konsideroni ndërprerjen e IDV/ATV nëse: <ul style="list-style-type: none"> • Rënie progresive në eGFR dhe ska shkaqe të tjera

- * Përdorimi i COBI, DTG, RPV, por edhe PI, është i lidhur me një rritje në serumit e kreatininës/zvogëlimin e eGFR për shkak të frenimit të transportuesve proksimal tubular të kreatininës pa dëmtuar filtrimin glomerular aktual: konsideroni një pikë të re të caktuar pas 1-2 muajsh.
- i UP/ C në spot urine detekton proteinën totale urinare duke përfshirë proteina të origjinës glomerulare ose tubulare. Analiza e urinës kryesisht zbulon albuminurinë si një shënues të sëmundjes glomerulare dhe është e pamjaftueshme për të zbuluar sëmundjet tubulare.
- ii eGFR: sipas formulës së shkurtuar MDRD (Modifikimi i dietës në sëmundjen e veshkave). Ekuacioni Cockcroft- Gault (CG) mund të përdoret si alternativë.
- iii Shih [Indikacionet dhe Testet për Proksimal Renale Tubulopati \(PRT\)](#)
- iv Hematuria mikroskopike është zakonisht e pranishme.
- v ATV mund të shkaktoj rënie të eGFR - edhe pa zbuluar shenjat klinike të gurëve në veshka - por patologjia e saktë dhe domethënia klinike mbeten të paqarta.
- vi Instrumentat për të parashikuar rrezikun e sëmundjeve të veshkave gjatë përdorimit të ARV-ve me nefrotoksicitet të ndryshëm janë aktualisht duke u zhvilluar.

Indikacionet dhe Testet për Tubulopatinë Proximale Renale (PRT)

Testet treguese për tubulopatinë proximale renale	Testet për tubulopatinë proximale renale ^(iv) , përfshirë	Konsidero ndalimin e TDF nëse ka
<ul style="list-style-type: none"> Rënie progresive në eGFR⁽ⁱ⁾ & eGFR < 90 mL/min & jo shkaqe të tjera dhe/ose Hipofosfatemi e konfirmuar⁽ⁱⁱ⁾ dhe/ose Rritje në UP/C e konfirmuar⁽ⁱⁱⁱ⁾ Insufiçencë Renale edhe nëse është stabilë (eGFR < 60 mL/min) Proteinuri Tubolare^(v) 	<ul style="list-style-type: none"> Sekretim Fosfat gjaku dhe fosfati urinar^(vi) Glukozës në gjak dhe glukosuri Serum Bikarbonati dhe pH urinare^(vii) Niveli i acidit urik në gjak dhe acidit urik ne sekretimin e urinës^(viii) Sekretim kaliumi serum dhe kaliumi urinar 	<ul style="list-style-type: none"> Tubulopati proximale renale të konfirmuar pa shkaqe të tjera

- i. eGFR sipas formulës së shkurtuar MDRD (Modifikimi i dietës në sëmundjen e veshkave). Ekuacioni Cockcroft- Gault (CG) mund të përdoret si alternativë.
- ii. Serum fosfati < 0.8 mmol/L ose sipas kufijve lokalë; konsideroni sëmundjet renale dhe kockore, veçanërisht nëse fosfatazat alkaline janë rritur qysh prej nivelit fillestar; mat 25(OH) vitaminën D, PTH
- iii. UP/ C në spot urine detekton proteinën totale urinare duke përfshirë proteina të origjinës glomerulare ose tubulare. Analiza e urinës kryesisht zbulon albuminurinë si një shënues të sëmundjes glomerulare dhe është e pamjaftueshme për të zbuluar sëmundjet tubulare.
- iv. Është e paqartë se cila teste dallojnë më mirë toksicitetin renal të TDF. Tubulopatia proximale karakterizohet nga: proteinuria, hipofosfatemia, hipourikemia, acidoza renale, glukosuria me nivel normal të glukozës së gjakut. Defiçenca renale dhe poliuria mund të asociohen bashkë. Shume shpesh, vetëm disa nga këto anomali vihen re.
- v. Testet për proteinuri tubulare përfshijnë proteinat retinol, α 1- ose β 2 -mikroglobulinuri, cistatin C, aminoaciduri.
- vi. I kuantifikuar sekretimi i pjesshëm i fosphateve (FEPHos): (PO₄ (urinë) / PO₄ (serum)) / (Kreatininë (urinë)/Kreatininë (serum)) në një mostër matje të urinës të mbledhur në mëngjes në gjëndje esëll (urina e parë). Jonormale > 0,2 (> 0,1 me fosfat serum <0,8 mmol / L).
- vii. S-bikarbonat <21 mmol / L dhe pH urinar > 5.5 sugjeron acidozë renale tubulare.
- viii. Sekretim i pjesshëm i acidit urik (FEUricAcid): (UricAcid (urina) / UricAcid (serum)) / (Kreatininë (urinë) / Kreatininë (serum)) në një mostër matje urine të mbledhur në mëngjes në gjëndje esëll (urina e parë) ; jonormal > 0,1.

Rregullimi i Dozave të ARV-ve për Funkcion Renal të dëmtuar

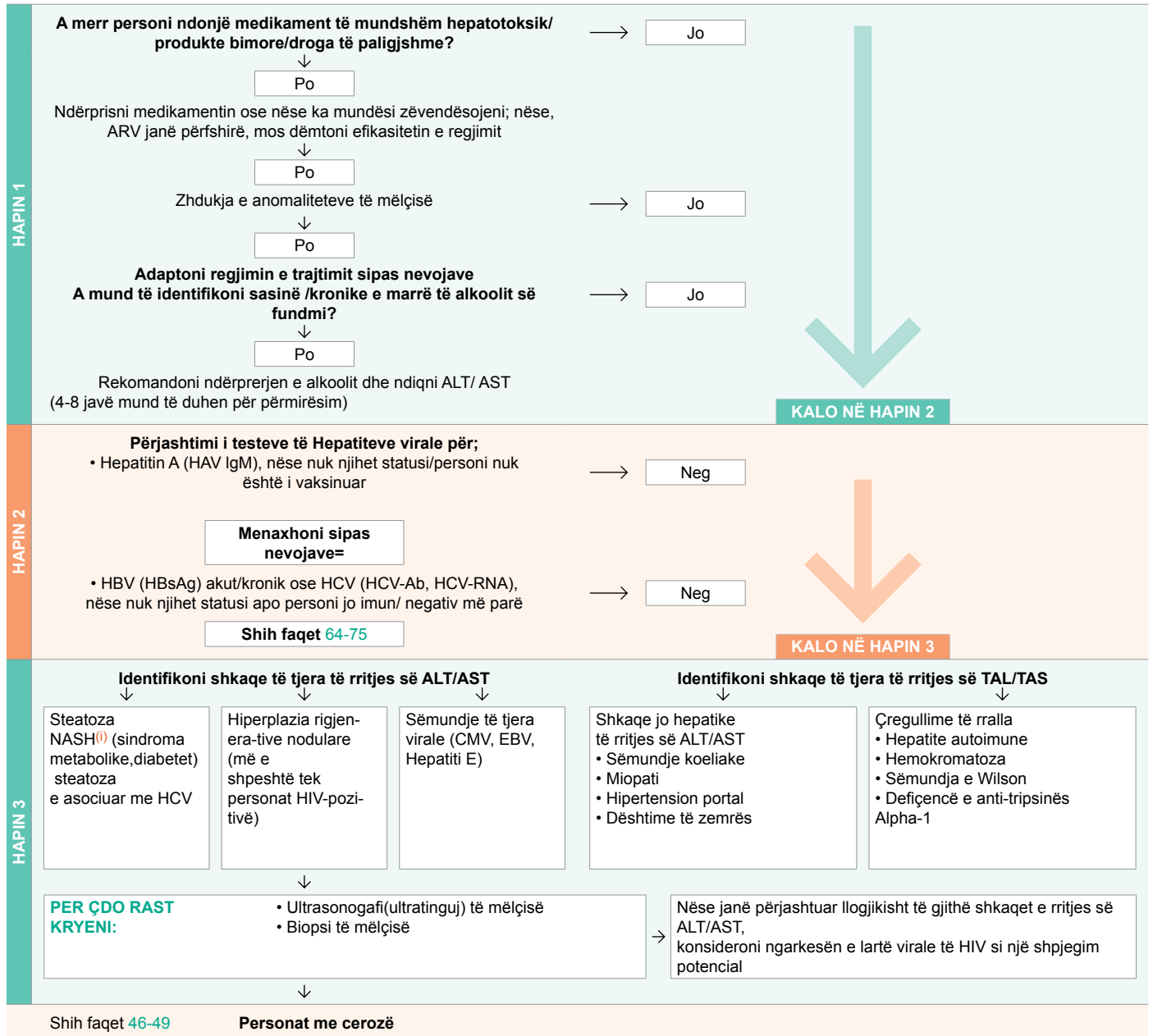
		eGFR ⁽ⁱ⁾ (mL/min)				Haemodializa	
		≥ 50	30-49	10-29	< 10		
FTRN							
ABC	300 mg sasi ¹² or	Nuk kërkohet rregullim doze	Nuk kërkohet rregullim doze	Nuk kërkohet rregullim doze			
ddl⁽ⁱⁱ⁾	≥ 60 kg	400 mg sasi ²⁴ orë	200 mg sasi ²⁴ orë	150 mg sasi ²⁴ orë	> 60 kg: 100 mg//24orë		
	< 60 kg	250 mg sasi ²⁴ orë	125 mg sasi ²⁴ orë	100 mg sasi ²⁴ orë	< 60 kg: 75 mg//24orë		
d4T	> 60 kg	30 mg sasi ¹² orë	15 mg sasi ¹² orë	15 mg sasi ²⁴ orë	15 mg sasi ²⁴ orë	15 mg sasi ²⁴ orë PD ^(iv)	
	< 60 kg	40 mg sasi ¹² orë	20 mg sasi ¹² orë	20 mg sasi ²⁴ orë	20 mg sasi ²⁴ orë	20 mg sasi ²⁴ orë PD ^(iv)	
FTC		200 mg sasi ²⁴ orë	200 mg sasi ⁴⁸ orë	200 mg sasi ⁷² ore	200 mg sasi ⁹⁶ orë	200 mg q96h	
3TC		300 mg sasi ¹² orë	150 mg sasi ²⁴ orë	100 mg sasi ²⁴ ore ⁽ⁱⁱⁱ⁾	50-25 mg sasi ²⁴ orë ⁽ⁱⁱⁱ⁾	50-25 mg sasi ²⁴ orë ⁽ⁱⁱⁱ⁾ PD ^(iv)	
TDF^(vii)		300 mg sasi ²⁴ orë	300 mg sasi ⁴⁸ orë	Nuk rekomandohet (300 mg sasi ⁷²⁻⁹⁶ orë, nëse ska alternativë)	Nuk rekomandohet (300 mg çdo7ditë, nëse ska alternativë)	300 mg çdo7ditë PD ^(iv)	
ZDV		300 mg sasi ¹² orë	Nuk kërkohet rregullim doze		100 mg çdo 8 orë	100 mg çdo 8 orë	
ABC/3TC	(300 mg sasi ⁷²⁻⁹⁶ orë, nëse ska alternativë)						
ZDV/3TC							
ZDV/3TC/ABC							
TDF/FTC		Sasi 24 orë	Sasi 48orë	Përdorim individual i barnave			
FTRJN							
EFV		600 mg Sasi 24 orë	Nuk kërkohet rregullim doze				
ETV		200 mg sasi ¹² orë	Nuk kërkohet rregullim doze				
NVP		200 mg sasi ¹² orë	Nuk kërkohet rregullim doze				

		eGFR ⁽ⁱ⁾ (mL/min)				Haemodializat	
		≥ 50	30-49	10-29	< 10		
FP							
ATV/r	300/100 mg Sasi 24 orë			Nuk kërkohet rregullim doze ^(v,vi)			
DRV/r	800/100 mg Sasi 24 orë 600/100 mg sasi ¹² orë			Nuk kërkohet rregullim doze ^(v)			
FPV/r	700/100 mg sasi ¹² orë			Nuk kërkohet rregullim doze ^(v)			
LPV/r	400/100 mg sasi ¹² orë			Nuk kërkohet rregullim doze ^(v)			
SQV/r	1000/100 mg sasi ¹² orë			Nuk kërkohet rregullim doze ^(v)			
TPV/r	500/200 mg sasi ¹² orë			Nuk kërkohet rregullim doze ^(v)			
ARV të tjerë							
RAL	400 mg sasi ¹² orë			Nuk kërkohet rregullim doze ^(v) (dozë PD ^(iv))			
TDF/FTC/COBI/EVG	Mos e fillo nëse vSHFG < 70 mL/min			Ndërprite nëse vSHFG < 50 mL/min			
MVC: bashkë-administruar pa frenuesit CYP3A4^(viii)	300 mg sasi ¹² orë			Nuk kërkohet rregullim doze			
MVC: bashkë-administruar pa frenuesit CYP3A4^(viii)	Nëse vSHFG < 80 mL/min 150 mg sasi ²⁴ orë ^(viii) Përveç: 150 mg sasi ¹² orë nëse bashkë-administrohet me FPV/r						

- i eGFR sipas formulës së shkurtuar të MDRD (Modifikimi Dietik në Sëmundjet e Veshkave). Ekuacioni Cockcroft-Gault (CG) mund të përdoret si një alternativë.
- ii Reduktim doze nëse kombinohet me TDF
- iii 150 mg doza e caktuar
- iv AD: pas dializës
- v Të dhëna të kufizuara në dispozicion për personat me dëmtim të veshkave; Analiza farmakokinetike sugjeron që nuk kërkohet përshtatje doze.
- vi Shoqërohet me toksicitet të veshkave; konsideroni një PI alternativ nëse është i diagnostikuar me CKD.
- vii Shoqërohet me toksicitet të veshkave; konsidero ART alternativ nëse është i diagnostikuar me CKD.
- viii Shih përmbledhjen e karakteristikave të produktit për rekomandimet specifike; përdoreni me kujdes nëse eGFR <30 mL / min

Puna dhe Administrimi i Personave me HIV që kanë ALT/AST të rritur

Identifikimi i shkaqeve potenciale për rritjen e enzimave të mëlçisë, duke përdorur hapat e mëposhtëm:



ⁱ Steatohepatit jo alkolik

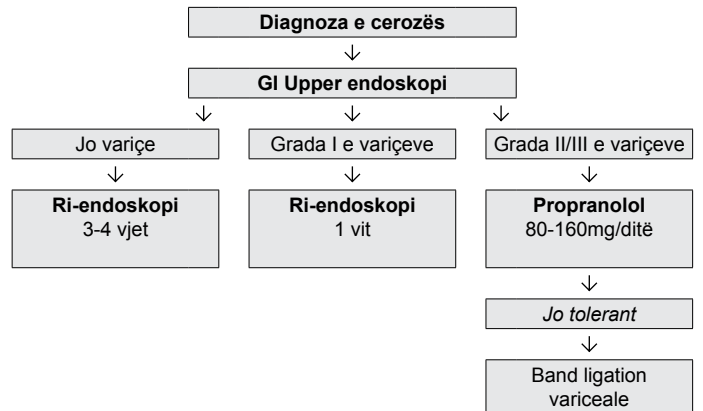
Ceroza e Mëlçisë: Klasifikimi dhe Mbikqyrja

Klasifikimi Child-Pugh i seriozitetit të cerozës

	Pikët*		
	1	2	3
Totali i bilirubinës, mg/dL (µmol/L)	< 2 (< 34)	2-3 (34-50)	> 3 (> 50)
Serum albumine, g/L (µmol/L)	> 35 (> 507)	28-35 (406-507)	< 28 (< 406)
INR	< 1.7	1.71-2.20	> 2.20
Ascitet	Asnjë	I butë / I moderuar (reagues ndaj diuretikëve)	E rëndë (diuretik i përforcuar)
Encefalopati hepatike	Asnjë	Grada I-II (ose mbajtur me mjekim)	Grada III-IV (ose i përforcuar)

* 5-6 pikë: Klasa A
 7-9 pikë: Klasa B
 10-15 pikë: Klasa C

Algoritmi për mbikqyrje të variceve dhe profilaksia fillestare



Ceroza e Mëlçisë: Menaxhimi

Menaxhimi i personave HIV-pozitivë me cerozë duhet të bëhet në bashkëpunim me ekspertë të sëmundjeve të mëlçisë. Për më shumë udhëzimi i menaxhimit të përgjithshëm është përshkruar më poshtë.

Për rregullimin e dozave të ARV-ve, shih [Rregullimi i Dozave të ARV-ve për Paafhtësinë Funktionale të Mëlçisë](#).

Në fazën e fundit të sëmundjes së mëlçisë (ESLD), përdorimi i EFV mund të rris rezikun e simptomave të CNS.

ART ofron përfitim neto për personat me cerozë, me përjashtim të rasteve që indikohet ndryshe.

Shih [Diagnoza dhe Menaxhimi i Sindromës Hepatorenale \(SHR\)](#).

Menaxhimi i hipernatremisë hipervolaemike	Strategjia e Menaxhimit të encefalopative hepaticke (HE)
<p>1. Kufizimi i lëngjeve: 1000-1500 mL / ditë (konsumi i lëngut lejohet vetvetiu)</p> <p>2. Nëse kufizimi i lëngjeve nuk është i efektshëm konsidero përdorimin nga goja të Tolvaptanit.</p> <p>a. Duhet filluar në spital me 15 mg/ditë për 3-5 ditë, pastaj titrohet në 30-60 mg/ditë deri s-Na normal; Kohëzgjatja e trajtimit e panjohur (efikasiteti / siguria bazohet vetëm në studimet me afat të shkurtër (1 muaj)</p> <p>b. S-Na duhet të monitorohet nga afër, veçanërisht pas fillimit, modifikimit të dozës ose nëse ndryshon gjendja klinike.</p> <p>c. Rritjet e shpejta të përqendrimit të s-Na (> 8 mmol / ditë) duhet të shmangen për të parandaluar sindromën e shpërberjes osmotike d. Personat mund të dehospitalizohen pasi nivelet s-Na janë të qëndrueshme dhe pa nevojën për të përshtatur më tej dozën</p>	<p>Administrim i përgjithshëm.</p> <p>1. Identifikoni dhe trajto faktorin nxitës (hemorragji GI, infeksionet, azoteminë para-renale, kapsllëkun, qetësuesit)</p> <p>2. Afatshkurtër (< 72 orësh) kufizimi i proteinave mund të konsiderohet nëse HE është e rëndë.</p> <p>Terapitë Specifike</p> <p>Lactulose 30 cm³ nga goja çdo 1-2 orë deri pastrim të zorrëve, pastaj të rregulluar në një dozë që rezultojn në 2-3 pastrim zorrësh në ditë (zakonisht 15-30 cm³ nga goja 2 herë/ditë)</p> <p>Enema lactulose (300 cm³ për 1L ujë) për persona të cilët nuk janë në gjendje për ta marrë atë nga goja. Lactulose mund të ndërpritet kur faktori precipitativ është zgjidhur</p>

Strategjia e Menaxhimit në ascite pa komplikacione	
Menaxhim i përgjithshëm	<ul style="list-style-type: none"> Trajto Ascitetë sapo komplikacionet e tjera të jenë trajtuar Shmangni NSAIDs Profilaksi me Norfloxacin (400 mg nga goja, s/d) tek personat me 1) nivelin e proteinës ascite < 1.5 mg/dL, 2) funksion të dëmtuar renal (niveli i kreatinës në serum > 1.2 mg/dL, BUN > 25 mg/dL), 3) niveli i s-Na < 130mEq/L, ose 4) dëmtim të rëndë të mëlçisë (Matje Child Pugh > 9 pikë me nivelin e s-bilirubinës > 3 mg/dL)
Menaxhime specifike	<ul style="list-style-type: none"> Kufizim i kripës: 1-2 g / ditë. Liberalizo nëse rezultojn kufizimi në konsum të dobët të ushqimit. Vëllim i madh i paracentezës si terapi fillestare vetëm në personat me ascitet të tensionuar Administro albuminë intravenoze (= 6-8 g për litër ascitet të hequra)
Ndjekja dhe qëllimet	<ul style="list-style-type: none"> Rregullo dozimin diuretik për çdo 4-7 ditë Peshojeni personin të paktën çdo javë dhe mat BUN, s-kreatininën, dhe elektrolitet çdo 1-2 javë ndërsa kryeni rregullimin e dozës Dozim të dyfishtë të diuretikëve nëse: humbje peshe <2 kg në javë dhe BUN, kreatinina dhe elektrolitet janë të qëndrueshme. Përgjysmo dozën e diuretikëve ose ndërpriti nëse: humb peshë ≥ 0,5 kg / ditë ose nëse ka anomali në BUN, kreatininë ose elektrolite. Doza maksimale diuretike: spironolaktonë (400 mg sasi/ditore) dhe Furosemide (160 mg sasi/ditore)

Ushqyerja tek personat me cerozë	
<p>Kërkesat Kalorike</p> <ul style="list-style-type: none"> 25-30 Kcal/Kg/ditë për peshë normale trupore <p>Kërkesat për Proteina</p> <ul style="list-style-type: none"> Frenimi Proteinik nuk rekomandohet (shih më lartë për përjashtime nëse HE) 	<ul style="list-style-type: none"> Lloji: amino acide të pasura në zinxhir të degëzuar (jo aromatike) Disa studime mbështesin se proteinat prindërore bartin më pak risk për encefalopati pasi nuk konvertohen nga kolonitë e baktereve në NH₃ <p>Mikroushqyesit</p> <ul style="list-style-type: none"> Mg dhe Zn

Analjezi për personat me dështim hepatic	
<ul style="list-style-type: none"> Acetaminofeni mund të përdoret; kujdes në doza ditore (max 2 g / ditë). NSAIDs përgjithësisht shmangen, predispozojnë personat me cerozë të zhvillojnë gjakderdhje GI. Personat me cerozë të dekompenzuar janë në rrezik për insufiçencë renale të shkaktuar nga NSAID. 	<ul style="list-style-type: none"> Analgeziket narkotik nuk janë të kundëriindikuar por duhet të përdoren me kujdes tek personat me encefalopati ekzistuese hepaticke.

Kontrolli për tumoret hepatocelulare
<ul style="list-style-type: none"> Ultratinguj (UT) çdo 6 muaj Alpha-foetoprotein është një mjet jo shumë optimal për mbikqyrjen për shkak të sensitivitetit dhe specifikitetit të ulët. Në rast të lezioneve të dyshimta në UT, kryeni CT scan (+ faza arteriale) ose MRI të perforcuar me kontrast dinamik. - Konfirmimi diagnostik me aspirim me agje ose biopsi në rastin që CT scan ose MRI nuk janë përfundimtare

Kur të referoni për Transplant të Mëlçisë
<p>Më mirë të referohet sa më herët sepse sëmundja përparon shpejt</p> <p>Rezultati MELD⁽ⁱⁱ⁾ 10-12 (listohet tek 15)</p> <p>Cerozë e dekompenzuar (të paktën një nga komplikacionet e mëposhtme)</p> <ul style="list-style-type: none"> Ascitet Encefalopati e mëlçisë Variçela me gjakderdhje Peritonit bakterial spontan Sindromi Hepatorenal Sindromi Hepatopulmonar Karkinoma hepatocelulare

- Alfa-foetoproteina githashtu mund të shprehet në µg/L (vlera limit 400 është e njëjtë)
- Njësia për të dyja S-kreatininën dhe S-bilirubinën është mg/dL. Rezultati MELD = 10 {0,957 Ln (serum kreatinine (mg/dL)) + 0.378 Ln (total bilirubine (mg/dL)) + 1.12 Ln (INR) + 0.643}. Shih www.mdcalc.com/meld-score-model-for-end-stage-liver-disease-12-and-older/

Diagnostikimi dhe Administrimi i Sindromës Hepatorenale (HRS)

Diagnoza	<p>Konsidero HRS në një person me cerozë dhe ascites dhe nivel kreatinine > 1,5 mg / dL. Kjo është një diagnozë përjashtimi, para se të japim diagnozën, të mëposhtmet nevojitet të përjashtohen dhe të trajto-hen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sepsis (personi duhet të bëjë pan kulturë) • Volumi i boshatisjes (hemorragji, diarre, mbiurininim) • Zgjerimi i enëve të gjakut • Dëmtimi organik i veshkave (sedimenti urinës; ultratinguj të veshkave) <p>Diuretikët duhet të ndërpriten dhe volumi intravaskular të zgjerohet me albuminë intravenoze. Nëse mosfunksionimi i veshkave vazhdon pavarësisht nga lart, diagnos-tiko HRS.</p>		
Mjekimi i Rekomanduar	<p>Transplanti i mëlçisë (prioriteti varet nga rezultati MELD). Nëse personi është në listën e transplantit, rezultati MELD duhet të rifreskohet çdo ditë dhe të ketë komunikime të përditshme me qendrën e transplantit.</p>		
Alternative (terapi ngushtimi)	Vasokonstriktorët	Oktreotide	100-200 mcg nënlëkurë td
		+ Midodrine	→ Qëllimi të rris presionin mesatar arterial 15 mm HG
		ose Terlipressin ⁽ⁱ⁾	5-15 mg nga goja td
	dhe albumin intravenoze (të dyja për të paktën 7 ditë)		ose Terlipressin ⁽ⁱ⁾
			50-100 g sasi ditore intravenoze

ⁱ Tesamorelina (faktor që liron zhvillimin hormonal) është provuar që zvogëlon volumin e indit dhjamor të organeve të brendshme, por ky efekt humbet me ndërprerjen e tij; Ky medikament nuk është aktualisht i liçensuar në Evropë

Rregullimi i Dozave të ARV-ve në rast Funkzioni Hepatik të Dëmtuar

NRTI-të	
ABC	Matja e Child-Pugh 5–6: 200 mg bd (përdor solucion oral)
	Matja e Child-Pugh > 6: Kundëringacion
ddl	Kundëringacion
	Nëse përdoret; Nuk kërkohet rregullim doze
d4T	Kundëringacion
	Nëse përdoret; Nuk kërkohet rregullim doze
FTC	Nuk kërkohet rregullim doze
3TC	Nuk kërkohet rregullim doze
TDF	Nuk kërkohet rregullim doze
TDF/FTC	Nuk kërkohet rregullim doze
ZDV	Redukto dozën me 50% ose dyfisho intervalin midis dozave nëse Child-Pugh > 9
NNRTI-të	
DLV	Nuk rekomandohet dozimi; përdoreni me kujdes tek personat me dëmtim hepatic
EFV	Nuk kërkohet rregullim doze; përdore me kujdes tek personat me dëmtim hepatic
TDF/FTC/EFV	Nuk kërkohet rregullim doze; përdore me kujdes tek personat me dëmtim hepatic
ETV	Matja e Child-Pugh < 10: Nuk kërkohet rregullim doze
NVP	Matja e Child-Pugh > 6: Kundëringacion

PI-të	
ATV	Matja e Child-Pugh 7–9: 300 mg një herë në ditë Matja e Child-Pugh > 9: nuk rekomandohet RTV i shtuar nuk rekomandohet tek personat me dëmtim hepatic (Matja e Child-Pugh > 7)
DRV	Dëmtim hepatic i butë deri i moderuar: Nuk kërkohet rregullim doze Dëmtim i rëndë hepatic: Nuk rekomandohet
FPV	Vetëm tek personat PI-naive: Matja e Child-Pugh 5–9: 700 mg dy herë në ditë Matja e Child-Pugh 10–15: 350 mg dy herë në ditë Personat me eksperiencë në PI-: Matja e Child-Pugh 5–6: 700 mg dy herë në ditë + RTV 100 mg kater herë në ditë Matja e Child-Pugh 7–9: 450 mg dy herë në ditë + RTV 100 mg sasia ditore Matja e Child-Pugh 10–15: 300 mg dy herë në ditë + RTV 100 mg kater herë në ditë
IDV	Pamjaftueshmëri hepaticke e butë deri e moderuar: 600 mg çdo 8 orë
LPV/r	Nuk rekomandohet dozim; përdoreni me kujdes tek personat me dëmtim hepaticke
NFV	Dëmtim hepatic i butë: Nuk kërkohet rregullim doze Dëmtim hepatic i moderuar deri serioz: Nuk rekomandohet
RTV	Refero për rekomandime për PI primare
SQV	Dëmtim hepatic i butë deri i moderuar: përdoreni me kujdes Dëmtim i rëndë hepatic: Kundëringacion
TPV	Matja e Child-Pugh < 7: përdoreni me kujdes Matja e Child-Pugh > 6: Kundëringacion
FI	
ENF	Nuk kërkohet rregullim doze
Frenuesit CCR5	
MVC	Nuk rekomandohet dozim. Përqendrimet me gjasa do të rriten në personat me dëmtim hepaticke.
INSTI	
RAL	Nuk kërkohet rregullim doze

Shënim: Mosfunksionimi i mëlçisë është një tregues i mirë për TDM përderisa përvoja klinike me këto rregullime dozash është shumë e kufizuar

Lipodistrofia: Parandalimi dhe Administrimi

LIPOATROFI	LIPOHIPERTROFI
<p>Parandalimi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Shmangni d4T dhe ZDV ose me përparësi i anashkaloni ato • Regjimet që përmbajnë PI me ritonavir të perforcuar çojnë në më shumë inde dhjamore të gjymtyrëve se sa ato që përmbajnë NNRTI. • Regjimet që nuk përmbajnë NRTI çojnë në më shumë inde dhjamore se sa ato që përmbajnë NRTI • CCR5 dhe INSTI nuk janë shoqëruar me lipoatrofi në studime rregjistruese, sado qe kjo nuk ka rezultuar ne studime formale komparative. 	<p>Parandalimi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuk ka një strategji të provuar • ATV / r është asociuar me më shumë dhjamë qendror të fituar se sa EFV • Pritet rritje në peshë me TAR efektive që reflekton përgjigje “rikthim në shëndet” • Rënie në peshë ose shmangia e shtimit në peshë mund të ulë indet dhjamore të organeve të brendshme. • Shmangni përdorimin e Fluticasone (dhe kortikosteroide të tjera potencialisht përmes thithjes) me PI RTV të perforcuar pasi mund të shkaktojë sindromën Cushing ose insufiçencë të veshkave.
<p>Administrimi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modifikimi i Terapisë me ARV – Kaloni nga d4T apo ZDV në ABC ose TDF: – Vetëm modifikimi i Terapisë me ARV ka rezultuar në riparimin e pjesës së dhjamit subkutan; rritja në total e dhjamit të gjymtyrëve ~400-500 g/vit – Rreziku i toksicitetit nga barnat e reja, shih Efektet negative të ARV-ve & Klasave të Barnave. – Kaloni në regjimin që nuk përmban NRTI – Rritje totale e dhjamit të gjymtyrëve ~400-500 g/vit – Mund të rris riskun për dislipidemi • Ndërhyrje Kirurgjikale – E ofruar vetëm për lehtësimin e lipoatrofisë faciale. 	<p>Administrimi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dieta dhe ushtrimet mund të reduktojnë indet dhjamore të organeve të brendshme; – Të dhëna të kufizuara, por reduktim i mundshëm i indeve dhjamore të organeve të brendshme dhe përmirësim në ndjeshmërinë e insulinës dhe lipideve në gjak, veçanërisht në rastet e obezitetit të shoqëruara me lipohipertrofi – Nuk ka studime prospektive te personat HIV-pozitivë për të treguar përfundimisht shkallën e dietës dhe/apo ushtrimeve të nevojshme për të mbajtur të ulët dhjamin në organet e brendshme – Mund të përkeqësojë lipoatrofinë subkutane • Ndërhyrjet farmakologjike për trajtimin e lipohipertrofisë nuk kanë rezultuar të ofrojnë efekte afatgjata dhe mund të shfaqin komplikacione të reja; • Hormoni i rritjes – Redukton indet dhjamore në organet e brendshme. – Mund të përkeqësojë lipoatrofinë subkutane dhe mund të përkeqësojë rezistencën e insulinës • Tesamorelin⁽¹⁾ • Metformin – Redukton indet dhjamore të organeve të brendshme tek personat me rezistencë ndaj insulinës – Mund të përkeqësojë lipoatrofinë subkutane. • Terapia kirurgjikale mund të konsiderohet për lipomat e loka-lizuara/buffalo humps – Kohëzgjatja e variabëlës së efektit

i Shih [Diagnoza dhe Menaxhimi i Sindromës së Heptatorenale \(SHR\)](#)

Hiperlaktatemia dhe Acidozat Laktike: Diagnostikimi, Parandalimi dhe Administrimi

Faktorët e Riskut	Parandalimi/Diagnoza	Simptomat
<ul style="list-style-type: none"> Përdorimi i ddl > d4T > ZDV Bashkëinfeksionet e HCV/HBV Përdorimi i ribavirinës Sëmundja e Mëlçisë Nivel i ulët i qelizave CD4 Shtatëzania Seksi femëror Obeziteti 	<ul style="list-style-type: none"> Shmang kombinimet me d4T + ddl Nuk rekomandohet monitorimi rutin i niveleve të laktatës – nuk parashikon rrezikun e acidozave laktike. Matja e serumit laktate, bikarbonateve & gjakut arterial + pH të indikuara në raste të simptomave sugjestive të hiperlaktatemisë Monitorim i kujdesshëm dhe i shpeshtë për simptomat nëse faktori i riskut > 1 	<ul style="list-style-type: none"> Hiperlaktatemi: të përzjera të pashpjegueshme, dhimbje abdominale, hepatomegali, ALT e rritur dhe/ose AST, humbje në peshë Acidemia: astenia, dispnea, aritmi Sindroma të ngjashme me atë të Guillain-Barré

Administrimi

Serum Laktate (mmol/L)	Simptomat	Action
> 5 ⁽ⁱ⁾	Po/Jo	<ul style="list-style-type: none"> Përsërisni testin nën kushte të standartizuara për të konfirmuar dhe arritur pH arterial dhe bikarbonatet⁽ⁱ⁾ Nëse konfirmohet, përjashtoni shkaqet e tjera <ul style="list-style-type: none"> pH arterial ↓ dhe/ose bikarbonate ↓⁽ⁱ⁾: Ndërprisni NRTI-të. pH arterial dhe/ose bikarbonate normale: konsideroni të kaloni nga NRTI me rrezik të lartë në ato me rrezik të ulët & monitoroni me kujdes OSE ndërprisni NRTI-të.
2-5	Po	Përjashtoni shkaqe të tjera; nëse nuk është gjetur asnjë: ndiqni me shumë kujdes OSE konsideroni kalimin në NRTI me rrezik të lartë në ato me rrezik të ulët OSE ndërprisni NRTI-të.
2-5	Jo	Përsërisni testin Nëse konfirmohet, ndiqeni me shumë kujdes
< 2		Asnjë

ⁱ Acidoza laktike është situatë e rrallë por kërcënuese për jetën, zakonisht shoqërohet me simptoma; rrezik i lartë nëse serumi i laktatës > 5 dhe veçanërisht > 10 mmol/L.

Menaxhimi i acideve laktike (pavarësisht nga niveli i serumit të laktatës):

Prano personin. Ndërprit NRTI-të. Ofroni lëngje intravenoze. Mund të përdoret suplementi me vitamina (vitaminë B komplekse e fortë 4 ml dy herë në ditë, riboflavin 20 mg dy herë në ditë; tiaminë 100 mg dy herë në ditë; L-carnitine 1000 mg dy herë në ditë), megjithëse përfitimet nuk janë të provuara.

Udhëtimi

Masa Paraprake të Përgjithshme	<ul style="list-style-type: none"> • Vonojeni nisjen e udhëtimit derisa të arrihet një gjëndje klinikisht e qëndrueshme dhe është arritur trajtimi • Ofroni recetë barnash me përshkrim dhe letër referimi për çdo emergjencë. • Siguro certifikatë mjekësore për importin e ilaçeve personale / shiringave • Mbajini ARV-të të ndara midis valixhes dhe çantës së dorës • Kujdes nga barnat e rreme.
ART	<ul style="list-style-type: none"> • Mbani orarin e marrjes së barnave (p.sh. 23:00 ora lokale) kur ndërroni orën zonale, duke shkurtuar intervalin e dozës së ardhshme kur fluturoni në lindje
Rritja e njohurive për vulnerabilitetin e personave HIV-pozitivë ⁽ⁱ⁾	<p>1. Vëzhgoni higjenën e Ushqimit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enterocolitis bakteriale p.sh. Salmonella, Shigella, Campylobacter • Parazitizat e zorrëve Cyclospora, Cryptosporidium, Isospora, Microsporidia <p>2. Parandaloni pickimin e insekteve</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ilaç kundër insekteve (DEET ≥ 30%, Permethrin) • Malarja <p>Chemoprophylaxis /Trajtim Emergjent / ⁽ⁱⁱ⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ethet e verdha, shih faqen 55 • Leishmanjoza <p>Kujdes nga mizat e rërës (qentë)</p>

Këshilla mbi kufizimet e udhëtimit – shih www.hivtravel.org

- i Vulnerabilitet i lartë për shkak të shkatërrimit të GALT e lidhur me HIV-in, CD4 të ulëta
- ii Sipas rrezikut të malaries në destinacionet e udhëtimit dhe udhëzuesve kombëtarë; Këshillimi i adeherencës është veçanërisht i rëndësishëm për personat që vizitojnë miqtë dhe të afërmit. Shih [Nërveprimi midis barnave ARV-le dhe Barnave kundër Malaries](#).

Ndërveprimi midis Barnave Kundër Malarjes dhe ARV-ve

Efekti i ARV-ve tek barnat kundër malarjes dhe metabolitet kyç

Legjenda:

Shigjetat Tregojnë efektin e medikamenteve antiretrovirale mbi barnat antimalarjes / metabolitet kyçë

E Gjelbër Pa domethënie klinike ka bashkëveprim

Portokalli Ndërveprimi i mundshëm (konsideroni trajtimin përpara udhëtimit dhe MT të barnave)

E Kuqe Ndërveprimi klinikisht relevant, mos përdorim ose përdorim me kujdes

Mefloquine (M)		
Metabolitet Kyçe Tregusit	CYP 3A4 Trajtimi Profilaktik	Rëndësia
FTRJN (EFV, NVP, ETV)	↓	Jo
RPV, RAL, MVC, DTG	→	Jo
FP, COBI	↑ M mund të ulë FP/COBI (RTV 35%)	I mundur

Artemisinin (A)		
Artemisinin dhe metabolitet e saj kyçe, dihydroartemisinin, janë përbërës aktivë		
Metabolitet Kyçe Tregusit	CYP 2B6, 3A4, 2C19 Trajtimi	Rëndësia
NNRTI (EFV, NVP, ETV)	↓ A & dihydroartemisinin; A & ul metabolitet NVP, por jo EFV/ETR	Mos e përdor ose Përdore me kujdes
RPV, RAL, MVC, DTG	→ A mund të ulë RPV, MVC	I mundur
FP, COBI	↑ Rrit A: monitoro toksicitetin (mëlçi)	I mundur

Lumefantrin (L)		
Metabolitet Kyçe Tregusit	CYP 3A4 Trajtimi	Rëndësia
NNRTI (EFV, NVP, ETV)	↓	I mundur
RPV, RAL, MVC, DTG	→	Jo
FP, COBI	↑ LPV e rritur L 2-3x	Mos e përdor ose Përdore me kujdes

Atovaquone (A), Proguanil		
<ul style="list-style-type: none"> Atovaquone rrit nivelet ZDV me 35% Sinergjia me atovaquone është e lidhur me proguanil, jo me metabolitin e saj aktiv; prandaj me sa duket nuk ka efekt neto induksioni / frenimi 		
Metabolitet Kyçe Tregusit	CYP 2C19 Trajtimi Profilaktik	Rëndësia
NNRTI (EFV, NVP, ETV)	↓ ETV është rritur	I mundur
RPV, RAL, MVC, DTG	→	Jo
FP, COBI	↓ At & P Merre me ushqim të bollshëm, konsidero rritjen e dozës	I mundur

Doxycycline		
Metabolitet Kyçe Tregusit	N/A Profilaksia	Rëndësia
NNRTI (EFV, NVP, ETV)	E mundur ↓	I mundur
RPV, RAL, MVC, DTG	→	Jo
FP, COBI		Jo

Kloroquine		
Metabolitet Kyçe Tregusit	CYP 3A4, 2D6 Trajtimi	Rëndësia
NNRTI (EFV, NVP, ETV)	→	Jo
RPV, RAL, MVC, DTG	→	Jo
FP, COBI	→	Jo

Quinine (Q)		
Metabolitet Kyçe Tregusit	CYP 3A4, 2D6 Trajtimi	Rëndësia
NNRTI (EFV, NVP, ETV)	↓ Konsidero rritjen e dozës	I mundur
RPV, RAL, MVC, DTG	→	Jo
FP, COBI	↑ RTV rrit Q 4x: konsideroni uljen e dozës, monitoroni toksicitetin (tinnitus). CAVE: PI & Q zgjat QT	I mundur

Primaquine		
Metabolitet Kyçe Tregusit	CYP 1A2, 2D6, 3A4 (Profilaksia) Trajtimi	Rëndësia
NNRTI (EFV, NVP, ETV)	N/A	I mundur
RPV, RAL, MVC, DTG	→	Jo
FP, COBI	N/A	

Vaksinimi

<ul style="list-style-type: none"> • Vaksinoni sipas udhëzimeve kombëtare për popullsinë e shëndetshme • Vononi vaksinimin polisakharide deri CD4 ≥ 200 qel/μL • Konsideroni përsëritjen e vaksinimeve të kryera në CD4 < 200 qel/μL (CD4% < 14) duke ndjekur rikonstituimin adekuat imunitar. • Sikurse përgjigjet ndaj vaksinimit mund të jenë dukshëm më të ulta tek personat HIV-pozitivë konsideroni titrimin e antitropave për të vlerësuar efektivitetin e tyre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Për vaksinat e gjalla të atenuara⁽ⁱ⁾ (përveç kufizimeve për popullatën e përgjithshme): <ul style="list-style-type: none"> • Variçela, fruthi, shytat, rubeola, ethet e verdha të kundërlindikuara nëse CD4 < 200 qel/mm³ (14%) dhe/ose AIDS-i • Tifoide oral, poliomeiliti oral (OPV) të kundërlindikuara janë në dispozicion si vakcina inaktive
---	--

Infeksioni	Arsyeja e Vaksinimit tek personat HIV +	Komente
Virusi i Gripit	Shkallë më e lartë e pneumonisë	Çdo vit
Virusi Papilomës Humane (HPV)	Rreziku ndarë midis kontraktimit të infeksionit HIV. Shkallë më e lartë për kancerin e qafës së mirës dhe kancerin anal.	Nëse infeksionin HPV është prezent, efikasiteti i vaksinës është i diskutueshëm
Virusi i Hepatitit B (HepB)	Rreziku i ndarë midis kontraktimit të infeksionit HIV. HIV përshpejton progresin e sëmundjeve të mëlcisë	Vaksinoni nëse është seronegativ. Konsideroni dozë të dyfishtë (40 μg) dhe vaksinim intradermal në rast mos reagimi, në veçanti me CD4 të ulët dhe viremi të lartë. Përsërisni deri sa antitropat HBs ≥ 10 IU / L / ≥ 100 IU / L sipas udhëzuesve kombëtare. Shih faqen 64
Virusi Hepatitit A (HepA)	Sipas profilit të rrezikut (udhëtimit, MSM PDIV, infeksion aktiv i hepatitit B ose C)	Vaksinoni nëse është seronegativ. Kontrolloni titrat e antitropave tek individët me profil rreziku. Shih faqen 64
<i>Meningjiti Neisseria</i>	Si për popullatën e përgjithshme	Përdorni vaksinë çift (2 doza) nëse është e mundur, pastaj vazhdoni me vaksinën polisakharide
<i>Pneumonia nga Streptokoku</i>	Shkallë më e lartë dhe ashpërsia përhapëse e sëmundjes	Përdorni vaksinë çift (2 doza) nëse është e mundur, pastaj vazhdoni me vaksinën polisakharide ⁽ⁱⁱ⁾ Konsideroni një përforcues të vetëm me PPV-23 pas 5 vjetësh ⁽ⁱⁱⁱ⁾
Virusi i Variçella Zoster (VZV)	Shkallë më e lartë dhe ashpërsia e të dyjave- lisë së dheneve dhe variçelës	Vaksinoni nëse është seronegativ për kundër-indikacionet, shih*
Virusi Etheve të Verdha	I detyrueshëm për të udhëtuar në vendet e zgjedhura (të sigurohet letër përjash-tuese nëse ska risk të vërtetë ekspozimi)	Kundër-indikohet nëse ekziston neoplasi hematologjike në të kaluarën ose aktualisht ose heqje / rrezatim të thimusiit Kundër-indikohet relativisht në moshën > 60 vjeç për kundër-indikacionet e tjera, shih*

- i Administroni vaksinat e gjalla në të njëjtën kohë ose me një interval prej 4 javësh
- ii Vakcina e konjuguar 13-valente mund të zëvendësojë vaksinën polysakharide 23-valente si më imunogjenike.
- iii Përforcimi i përsëritur mund të zgjas përgjigjen imune

Shëndeti Seksual dhe Riprodhues i Femrave dhe Meshkujve HIV-pozitivë

Pyetje skrinue në lidhje me shëndetin seksual dhe riprodhues si dhe funksionimin seksual duhet të bëhen në mënyrë rutine në çdo konsultim për HIV-in.

Transmetimi Seksual i HIV-it

Masat efektive për të reduktuar transmetimin seksual të HIV-it përfshijnë:

Masat	Koment
Përdorimi i Kondomit mashkullor ose kondomit femëror	• Efektive në personat e trajtuar dhe patrajtuar HIV pozitiv
Profilaksia Pas-ekspozimit (PPE)	• Konsideroni pas situatave të marrëdhënieve të pambrujtura anale ose vaginale, nëse një partner ka HIV-VL të detektueshme dhe personi tjetër është negativ. • Filloni sa më shpejt që të jetë e mundur PPE dhe brenda 72 orëve.
ARV për Partnerët e personave HIV-pozitive	• Konsidero plotësisht efektive TAR për 6 muaj suppressive nëse nuk ka IST aktive. • Konsideroni p.sh. në çiftet serodiskordant ⁽ⁱ⁾ personi tjetër është negativ

i Shih faqen 7

Skrinimi dhe Trajtimi i IST-ve

Skrinimi i STI duhet t'u ofrohet të gjithë personave HIV-pozitivë seksualisht aktivë në kohën e diagnozës së HIV-it, çdo vit pas kësaj ose në çdo kohë kur raportohen simptomat e IST-ve. Procedurat e Diagnozës duhet të ndjekin udhëzuesit lokal apo kombëtarë. Këshilla më gjithëpërfshirëse mund të gjenden në www.iusti.org/regions/Europe/euroguidelines.htm

Konsideroni IST e mëposhtme me trajtimin universal tek personat HIV-pozitiv dhe partnerët e tyre seksual (s):

	Terapia	Koment
Infeksioni Klamidia	Konsidero Doksiciklinën (100 mg 2në ditë për 7-10 ditë) ose Ofloksacin (200 mg 2në ditë), Eritromicin (500 mg sasi/ditë për 7 ditë) ose Azitromicin (1 g njëherësh). për <i>Limfogranuloma venerike</i> konsidero Doksiciklinën (100 mg 2në ditë për së paku 3 javë)	• Mund të shkaktojë proktit rezistent ndaj terapisë tek MSM HIV-pozitivë • Konsideroni bashkë-infeksionet me <i>gonorrenë Neisseria</i>
Gonorea	Terapia e rekomanduar sipas profileve gjeografike të rezistencës. Cefriakson 500mg im si një dozë e vetme së bashku me azitromicin 2 g si një dozë e vetme po. Intravenoze për të paktën 2 javë).	• Mund të shkaktojë Proktit, prostatitis dhe epididymitis • Në gratë shpesh asimptomatike • Rezistenca Fluoroquinolone është e gjerë
Infeksioni me HepB Infeksioni me HepC	Shih Tabelën bashkëinfeksionet në HIV / HCV apo HIV / HBV, faqe 64, 66-79	• Ndërprerja e TDF, 3TC ose FTC mund të çojë në riaktivizimin e HPV • Grupimeve të infeksionit akut HCV në MSM HIV-pozitiv në Evropë
Infeksioni HPV	Trajtimi i lythaëve gjenitale është sfidues. Konsidero heqjen operative me anë të kirurgjisë me lazer, infra të kuqe koagulimit, krioterapi etj. Menaxhimi i të dy lezimeve pre-invazive qafës së mitrës si dhe lezionet peri- dhe brenda-anale duhet të ndjekin udhëzimet lokale ose kombëtare	• Infeksioni është asimptomatik kryesisht; rikthimi i lythave gjenitale i shpeshtë • PAP Testi qafës mitrës rekomandohet në të gjitha gratë HIV-pozitive • Skrinimi HPV anale dhe PAP testi duhet të konsiderohet tek të gjithë Pozitiv që kanë praktikuar seks anal. • Konsideroni anoscopi relikuid në raste të dyshimtë citologjike Përfundim (prekjet rektale apo inspektimet e jashtme nuk janë të mjaftueshme)
Infeksioni HSV2	Infeksion Primar: Aciklovir (400–800 mg po td) ose Valaciclovir (500 mg 2 në ditë) për 5 ditë	• Trajtimi i HSV 2 i vetëm nuk parandalon transmetimin e HIV- it dhe vetëm Në mënyrë modeste pengon përparimin e sëmundjes HIV
Sifiliz	Sifilizi Primar / dytësor: Benzathine Penicilinë G (2.4 milion IU intramuskulare si dozë e vetme). Sifilizi latent i vonshëm dhe sifilizi i panjohur Kohëzgjatja: Benzathine Peniciline (2,4 mil. I im javë në ditë 1, 8 dhe 15); alternativa të tilla si Doksiciklina (100 mg dy në ditë), ose Eritromicin (2 g / ditë) për 2 javë konsiderohen më pak efektive. Neurosiphilizi: Penicilina G (6 x 3-4.000.000 IU Intravenoze për të paktën 2 javë)	• Serologjia atipike e prishme dhe kurset klinike • Konsideroni testimin e lëngut cerebral kurrizor (CSF) në personat me simptoma neurologjike (evidenca për prodhim itratekallin, antitropa specifike, pleocitosis etj) • Terapia e suksesshme eliminon simptomat klinike dhe / ose ul testin VDRL me të paktën 2 nivele titre • Serologjia nuk mund të dallojë ri-infeksionin nga riaktivizimi.

Shëndeti Riprodhues

Çështjet e shëndetit riprodhues duhet të diskutohen me preferencë me të dy partnerët, veçanërisht në çiftet serodiskordant. RAL, RPV dhe FTRNs nuk kanë treguar ndërveprim me kontraceptivët oral.

Qasjet për çiftet serodiskordante që duan të kenë fëmijë

Kontrolli për IST (dhe trajtimi, nëse kërkohet) i të dy partnerëve është i detyrueshëm. Për gratë HIV-pozitive që dëshirojnë shtatëzani: (1) të shmangjet përdorimi i ddl, kombinimi d4T ose NRTI i trefishtë, të shmangjet EFV në tremujorin e parë; ndër PI / r, preferohet LPV / r, SQV / r apo ATV / r, nëse tashmë ka filluar NVP, RAL ose DRV / r mund të vazhdohet, shih faqen 12; (2) të konsiderohet trajtimi i partnerit HIV-pozitiv për të zvogëluar rrezikun e transmetimit të HIV-it tek partneri HIV-negativ

Asnjë metodë e vetme nuk është plotësisht mbrojtëse kundër transmetimit të HIV-it; Lista e mëposhtme paraqet masa të zgjedhura me rritjen e sigurisë për çiftet serodiskordante pa IST aktive:

- Kryerja e marrëdhënieve të pambrujtur gjatë kohës së fertilitetit maksimal (e përcaktuar nga monitorimi ovulacionit), nëse partneri HIV-pozitiv ka HIV-LV të padetektueshme
- Injeksion vaginal me shiringë i lëngut seminal gjatë kohës së fertilitetit maksimal, në qoftë se partneri mashkull është HIV-negativ.
- Larje Sperme, me ose pa injeksion Intracitoplasmik të spermës, në qoftë se partneri mashkull është HIV-pozitiv

Keqfunksionimi Seksual

Udhëzime për trajtimin e mosfunksionim seksual në popullatën e përgjithshme janë të vlefshme për meshkujt, por jo për femrat. Referoni tek specialisti kur është e nevojshme. Shih [Keqfunksionimi seksual](#) dhe [Trajtimi i Keqfunksionimi Seksual tek Meshkujt HIV-pozitiv](#)

Mosfunksionimi Seksual

Kur ekzistojnë ankesat seksuale:	Cila është natyra e saktë e problemit? Në cilat fazë/ (a) të ciklit të përgjigjes seksuale mund të ndodhë problemi?	<p>1. Dëshira (mungesa e dëshirës seksuale apo epshit; mospërputhje dëshirash me partnerin; neveri të aktivitetit seksual)</p> <p>2. Eksitimi (vështirësi me eksitim fizik dhe / ose subjektiv seksual, - vështirësi, ose paaftësi për të arritur apo mbajtur një ereksion me ngurtësi të mjaftueshme për marrëdhënie seksuale (M) p.sh mosfunksionim erektil; mungesë ose paaftësi erektive natën (M); Vështirësi lubrif-ikuese(F); Vështirësi në vazhdimin e eksimit)</p> <p>3. Orgazma (vështirësi për të përjetuar orgazmë)</p> <p>4. Dhimbja (aktivitet seksual me dhimbje; vështirësi me penetrimin vaginal / anal ,ankth, tension i muskujve; mungesa e satisfaksionit dhe kënaqësisë seksuale)</p>	
Identifiko shkaqet:	Probleme psikologjike ose sociologjike?	Stigma, ndryshim i imazhit të trupit, depresioni, frika e infektimit të partnerit HIV-negativ?	<i>Referojeni tek një psikolog klin-ik</i>
	Bashkë-sëmundshmëri relevante?	CVD (shënim: nëse është i mundur reagimi i plotë seksual – p.sh. me një tjetër partner, me masturbim apo nokturn – Atehere nuk janë të përfshirë pjesa madhore e faktorëve so-ma-tike)	<i>Referojeni tek një urolog, androlog, kardiolog.</i>
	Faktorët relevantë të mjekimit, barnat, stili i jetës?	Barnat që lidhen me mosfunksionimin seksual: 1) psikotropikët (barnat kundër depresionit, anti-epileptikët, anti-psikotikët, benzodiazepinat), 2) Barnat për uljen e lipideve (statinat, fi-bratet), 3) anti-hipertensivët (frenuesit-ACE, bllokuesit beta, bllokuesit alfa) 4) të tjerët (Omeprazol, Spironolactone, Metoclopramide, Finasteride, Cimetidinë); Kontributi nga ARV-të është i diskutueshëm dhe përfitimet nga studimet e kaluara nuk janë provuar.	<i>Referojeni tek një farmacist klinik</i>
	Shenjat e hipogonadizmit tek meshkujt?	Shenjat e pamjaftueshmërisë së testostosteroneve(eksitim seksual dhe epsh i reduktuar; ulja e frekuencës së mendimeve dhe fantazive seksuale; zvogëlimi ose mungesa e ereksioneve nokturnale; ulje e ndjeshmërisë gjenitale; humbja e vitalitetit; lodhje; humbje e masës muskula re dhe forcës së muskujve dhe rënie e qimeve në trup)	<i>Referojeni tek një endokrinolog</i>

Trajtimi i Mosfunksionimit Seksual tek Meshkujt HIV-pozitivë

Trajtimi i mosfunksionimeve Erektive	Trajtimi i ejakulimit të parakohshëm
<p>Fillimisht PDE5-I orale (Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil).</p> <ul style="list-style-type: none">• Të gjitha të paktën 30 minuta para fillimit të aktivitetit seksual• Përdorni dozë më të ulët në qoftë se jeni nën PI / r– Sildenafil (25 mg çdo 48 orë)– Tadalafil 5 mg dozë fillestare me dozën maksimale 10 mg në 72 orë– Vardenafil 2.5 mg Doza maksimale në 72 orë• Tadalafil lejohet gjithashtu për përdorim si një terapi e përditëshme e vazhdueshme	<ul style="list-style-type: none">• Konsideroni ndërhyrjet në sjellje dhe / ose këshillimin psikoseksual, SSRI-të, barnat triciklike kundër depresionit, Clomipramine dhe anestetikët topikalë.• Përdorni dozë të ulët të Clomipramine dhe barna të tjera triciklike kundër depresionit nëse pacienti është nën PI / r• Dapoksetina, një SSRI me veprim të shkurtër, është i vetmi medikament i miratuar me-kërkesë për trajtimin e ejakulimit të parakohshëm në Evropë.• Trajtimi duhet të mbahet pasi përsëritja ka shume gjasa të ndodh pas mosmarrjes së ilacit.

Depresioni: Skriminimi dhe Diagnoza

Rëndësia

- Prevalenca e lartë e depresionit e raportuar në personat HIV-pozitivë (20-40% kundrejt 7% në popullatën e përgjithshme)
- Aftësia e kufizuar e konsiderueshme dhe rezultate të dobëta të trajtimit janë të lidhura me depresionin

Skriminimi dhe Diagnoza

Kush?	Si të Skriminohet	Si të Diagnostikohet
Popullatat në Risk <ul style="list-style-type: none">• Histori pozitive e depresionit në familje• Episode depresive në historinë personale• Moshat e mëdhaja• Adoleshenca• Personat me histori adiksioni ndaj drogave, psikiatrike, neurologjike ose prania e komorbiditeve të rënda somatike.• Përdorimi i EFV dhe neu-rotropikeve të tjerë përfshirë barnat rekreative• Si pjesë e hetimit njohës të dëmtimeve neurokonjitive nëse ndonjë nga 3 pyetjet skrinuese fillestare janë pozitive, shih faqen 61	<ul style="list-style-type: none">• Të depistohen personat çdo 1-2 vjet• Dy pyetje kryesore:<ol style="list-style-type: none">1. A jeni ndjerë shpesh të depresuar, të trishtuar dhe të pashpresë gjatë muajve të fundit?2. A keni humbur interesin në aktivitete që zakonisht ju gëzojnë?• Simptoma të veçanta tek meshkujt:<ul style="list-style-type: none">– Të stresuar, të lodhur në punë, me shpërthime zemërimi, përballon situatat duke punuar shumë apo nëpërmjet alkoolit• Përrjashtoni shkaqet organike si (hipotiroidizëm, hypogonadizëm, sëmundjen e Addison-it, barna që nuk lidhen me HIV, mungesë të vitaminës B12)	Simptomat – vlerësoni rregullisht <p>A. Të paktën 2 javë me gjendje humori depresive OSE</p> <p>B. Humbje e interesit OSE</p> <p>C. Zvogëlim i ndjenjës së kënaqësisë</p> <p>PLUS praninë e 4 prej 7 pikave në vazhdim:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ndryshime në peshë >5% brenda një muaji apo një ndryshim i qëndrueshëm i oreksit.2. Pagjumësi apo gjumë i tepërt për shumicën e ditës,3. Ndryshimet në shpejtësinë e mendimit dhe lëvizjes4. Lodhje5. Ndjenja fajësie dhe pa vlefshmërie6. Zvogëlim i përqëndrimit dhe vendosmërisë7. Ide për vetëvrasje apo përpjekje për vetëvrasje

Depresioni: Administrimi

Shkalla e depresionit	Numri i simptomave (shih faqen 59: A,B or C + 4/7)	Trajtimi	Konsultimi me Ekspertë
Jo	< 4	Jo	
E Lehtë	4	<ul style="list-style-type: none"> • Konsultim i fokusuar tek problemi • Konsidero trajtimin me antidepressant⁽ⁱ⁾ • Rekomandohet aktiviteti fizik 	<ul style="list-style-type: none"> • Gjithmonë nëse mjeku kurues është i panjohur me përdorimin e antidepressantëve • Nëse depresioni nuk i përgjigjet trajtimit • Nëse personi ka ide për vetëvrasje • Në rast të situatave komplekse të tilla si varësia nga droga, çrregullime të ankthit, çrregullime të personalitetit, demenca, ngjarjet e rënda akute ne jetë
E ndërmjetme	5-6	Fillo trajtimin me antidepressantë ⁽ⁱ⁾	
E rëndë	> 6	Refero tek specialisti (esenciale)	

ⁱ Shih [Ndërveprimi midis barnave Antidepressante dhe ARV-ve](#)

Nëse një person është diagnostikuar me depresion rekomandohet ndalimi i EFV dhe kalimi në një tjetër medikament të linjës së tretë të ARV-ve sipas rregullave të rekomanduara të ndryshimit.

Klasifikimi, Dozat, Efektet e Sigurta dhe Anësore të Anti-depresantëve

Mekanizmat & Klasifikimi	Doza fillim-it	Doza standarde	Vdekshmëria nga mbidoza	Pagjumësia axhitimi	Qetësimi	Përzjerje ose efektet GI	Mos funksionim seksual	Shtim në peshë
mg/ditë								
Selective serotonin-reuptake inhibitors (SSRIs)⁽ⁱ⁾								
Paroksetinë	10-20	20-40	E ulët	+	- / +	+	++	++
Sertralinë	25-50	50-150	E ulët	+	- / +	+	+	+
Citalopram	10-20	20-40	E ulët	+	- / +	+	+	+
Eskitalopram	5-10	10-20	E ulët	+	- / +	+	+	+
Mixed or dual-action reuptake inhibitors								
Venlafaxinë	37.5-75	75-225	E moderuar	++	- / +	+	+	- / +
Mixed-action newer agents								
Mirtazapinë	30	30-60	E ulët	- / +	++	- / +	- / +	++

- asnjë

+ E moderuar

++ E rëndë

- i. Për shumë persona, induksioni SSRI mund të shoqërohet me efekte negati ve (trakti GI, marrje mendsh, ankth, kriza paniku). Duke filluar në doza më të ulëta (dmth 10, 25 dhe 10 mg përkatësisht për Paroksetinen, Sertralinën dhe Citalopramin,) dhe duke i rritur dozat e mësipërme pas 4 deri 7 ditësh, nëse tolerohet, mund t'i reduktoj efekte të tilla.

Ndërveprimi midis Barnave Antidepresantë dhe ARV-ve

Antidepresantët	ATV/r	DRV/r	LPV/r	SQV/r	EFV	ETV	NVP	RPV	MVC	DTG	EVG/c	RAL	
SSRI	citalopram	↑ ^a	↑	↑ ^a	↑ ^a	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔
	escitalopram	↑ ^a	↑	↑ ^a	↑ ^a	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔
	fluvoxamine	↑	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔
	fluoxetine	↑	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔
	paroxetine	↑↓?	↓39%	↑↓?	↑↓?	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑↓?	↔
	sertraline	↓	↓49%	↓	↓	↓39%	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔
SNRI	duloxetine	↑↓	↑↓	↑↓	↑↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔
	venlafaxine	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↔	D	↔	↔	↑	↔
TCA	amitriptyline	↑	↑	↑	↑ ^b	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔
	clomipramine	↑	↑	↑	↑ ^b	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔
	desipramine	↑	↑	↑5%	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔
	doxepin	↑	↑	↑	↑ ^b	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔
	imipramine	↑ ^a	↑	↑ ^a	↑ ^a	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔
	nortriptyline	↑ ^a	↑	↑ ^a	↑ ^{a,b}	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔
	trimipramine	↑	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔
TeCA	maprotiline	↑	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔
	mianserine	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔
	mirtazapine	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔
Të tjerë	bupropion	↓	↓	↓57%	↓	↓55%	↔	↓	↔	↔	↔	↑?	↔
	lamotrigine	↓32%	↓	↓50%	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	nefazodone	↑	↑	↑	↑	↓	↓E	↓	E	E	↔	↑	↔
	lule gjaku	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D ^c	D	↔
	trazodone	↑	↑	↑	↑ ^b	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔

Legjenda

- ↑ Ekspozimi i mundshëm i rritur i barnave antidepresantë
- ↓ Ekspozimi i mundshëm i ulur i barnave antidepresantë
- ↔ Pa efekte domethënëse
- H Ekspozim i mundshëm i ulur i barnave ARV
- D Ekspozim potencial i lartë i barnave ARV
- a Rekomandohet monitorimi me ECG
- b Dhënia e kombinuar kundër-indikohet nga SPC Evropiane Megjithatë, informacionet e SHBA për përshkrimin e recetave rekomandojnë TDM për barnat kundër depresionit. Grafikët pasqyrojnë mundësitë më të mira. Numrat i referohen AUC të ulur të antidepresantëve siç është vërejtur në studimet për ndërveprimet e barnave.

SSRI Selective serotonin reuptake selective inhibitors
SNRI Serotonin dhe norepinephrine reuptake inhibitors
TCA antidepresantë triciklikë
TeCA antidepresantë tetraciklikë

Ngjyra e legjendës

- Nuk pritet ndërveprim klinikisht i rëndësishëm
- Këto barna nuk duhet të bashkë administrohen.
- Ndërveprim i mundshëm që mund të kërkojë një rregullim të dozave, ose monitorim nga afër.
- Ndërveprim i mundshëm që parashikohet të ketë intensitet të dobët ose (<2 fishtë ↑AUC ose < 50% ↓AUC). Një rregullim i dozës apriori nuk rekomandohet.

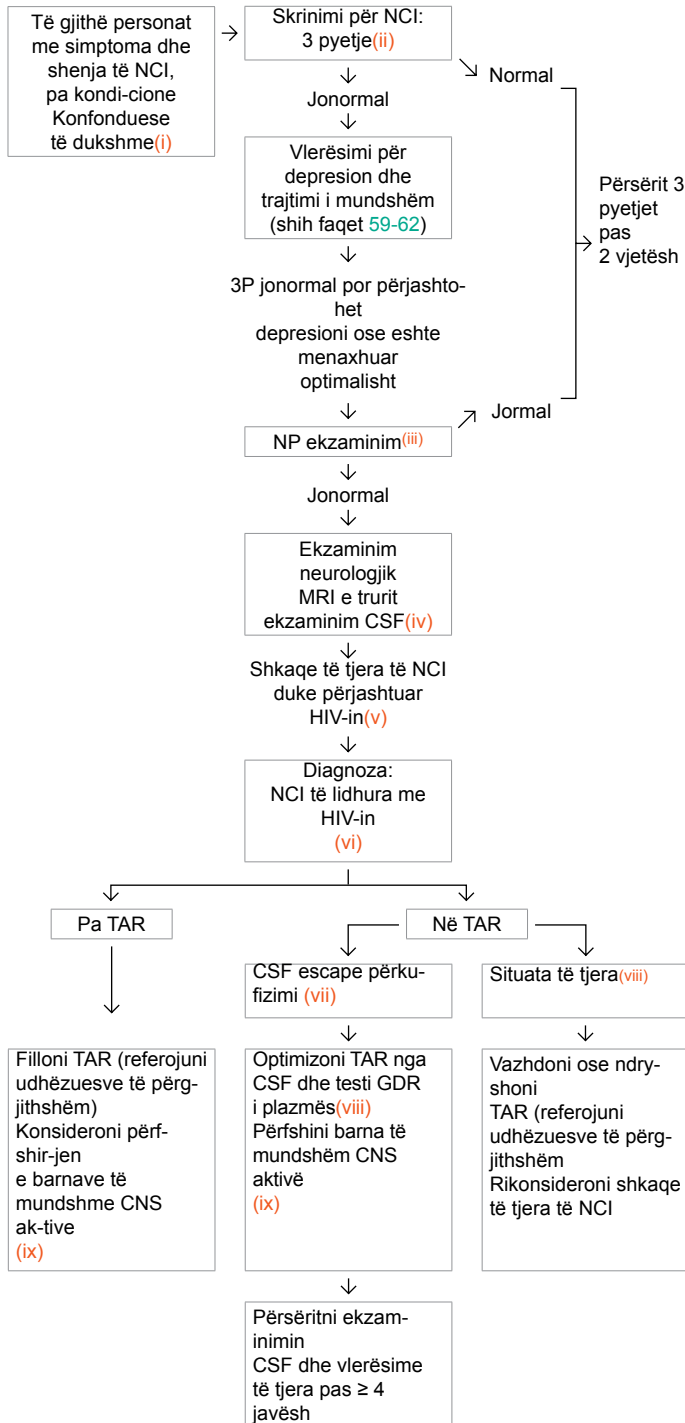
Koment

Simboli (jeshil, qelbar, i kuq) i përdorur për rangun e rëndësisë klinike të ndërveprimit të barnave është bazuar në: www.hiv-druginteractions.org (Universiteti i Liverpool-it). Për ndërveprime të tjera të barnave dhe për të dhëna të detajuara të ndërveprimit farmakokinetik dhe rregullimet e dozimit, referohuni në faqen e mësipërme të internetit.

Algoritmi për Diagnozën dhe Menaxhimin e Dëmtimeve Neurokonjitive të Lidhura me HIV-in (NCI) tek persona pa kondicione konfunduese të Dukshme

Shkurtesat

CSF	Lëngu cerebrospinal
GDR	Testi genotip i rezistencës së barnave
HAD	Demencë e asociuar me HIV-in
MND	Çrregullime neurokonjitive të lehta
MRI	Rezonancë magnetike e imazheve të Trurit
NP	Neuropsikologjike



- i Personat me kushte konfunduese të dukshme nuk duhet të konsiderohen në këtë algoritm.
- Kushtet konfunduese të dukshme përfshijnë:**
1. Kushte të rënda psikiatrike
 2. Abuzimi me barnat psikotrope
 3. Abuzimi me Alkoolin
 4. Situata të mbartura nga sëmundjet e mëparshme CNS-OI ose sëmundje të tjera neurologjike
 5. Sëmundjet e tanishme CNS-OI ose sëmundje të tjera neurologjike
- ii **3 Pyetjet [3]**
1. Përjetoni shpesh humbje të kujtesës (p.sh. harroni ndodhitë e ngjarjeve të veçanta për më shumë ato të kohëve të fundit, takimet, etj)?
 2. A mendoni se u është ngadalësuar arsyetimi, planifikimi i aktiviteteve, apo zgjidhja e problemeve?
 3. A keni vështirësi përqëndrimi (p.sh. gjatë një bisede, lexim libri apo gjatë shikimi të një filmi)? Për çdo pyetje, përgjigjet mund të jenë: a) kurrë, b) thuajse kurrë, ose c) po, definitivisht. Personat HIV-pozitivë konsiderohet të kenë një rezultat "jonormal" kur përgjigjen "po, patjetër", në të paktën një pyetje.
- iii Ekzaminimi NP duhet të përfshijë teste eksploruese të këtyre fushave konjitive : rrjedhshmëri, funksione drejtuese, shpejtësinë e përpunimit të informacionit, vëmendje / memoria në punë, të mësuarit verbal dhe vizual, kujtesën verbale dhe vizuale, aftësitë motorike [4] plus vlerësimin të funksioneve të përditshme.
- iv **Ekzaminimet MRI dhe CSF të trurit**
Këto janë të nevojshme për të përjashtuar patologji të tjera dhe për të karakterizuar mëtej NCI të asociuar me HIV-in, duke përfshirë vlerësimin e nivelit të CSF dhe HIV-RNA edhe, kur është e përshtatshme, evidencën për rezistencën genotipike të barnave (GDR) në një mostër dyshe CSF dhe plazma.
- v Për diagnozat diferencuese shih www.aidsetc.org/aidsetc?page=cg-802_dementia
- vi Përfshin përkufizimet HAD dhe MND [4]. - HAD përkufizohet në prezencë të:
- 1) Dëmtimit të fituar të dukshëm në funksionin konjitiv që përfshin të paktën 2 fusha të njohura konjitive, siç dokumentohet nga performanca e të paktën 2 SD poshtë mesatares të moshës-arsimit sipas normave të duhura në testet NP.
 - 2) ndërhyrje e dukshme në funksionimin e përditshëm;
 - 3) nuk ka evidencë për shkak të mëparshëm të demencës
 - 4) Nuk ka evidencë për arsye të tjera të mëparshme për demencën.
- MND përcaktohet në praninë e:
- 1) Dëmtimit të fituar të dukshëm në funksionimin konjitiv që përfshin të paktën 2 fusha të njohura konjitive, siç dokumentohet nga performanca e të paktën 1 SD poshtë mesatares të moshës-arsimit sipas normave të duhura në testet NP.
 - 2) Interferencë e lehtë në funksionimin e përditshëm
 - 3) Nuk ka evidencë për arsye të tjera të mëparshme për MND
- vii CSF escape përkufizimi: ose CSF VL > 50 dhe plazma VL < 50 c/mL-ose bashkë CSF dhe plazma VL > 50 c/mL, me CSF VL > 1 log10 me e lartë se NV e plazmës.
- viii Duke përfshirë të gjitha situatat që nuk plotësojnë përkufizimin e CSF escape
- ix **Përkufizimi i barnave potencialisht CNS aktive:**
Barna ARV me depërtim CSF që është demonstruar qartë kur janë studiuar në popullata HIV-pozitive (përqëndrimi mbi IC90 në> 90% e të anketuarve) ose me efikasitet afatshkurtër të provuar (3-6 muajsh) në funksionet konjitive ose përqëndrimin e CSF VL kur vlerësohet si agjent i vetëm ose në studimet e kontrolluara në peer reviewed papers.
- Agjentë me depërtim të demonstruar qartë CSF:
 - NRTI-të: ZDV, ABC*
 - NNRTI-të: EFV, NVP
 - PI të përforcuar: IDV/r, LPV/r, DRV/r*
 - Klasa të tjera: MVC
 - Barna me efikasitet klinik të provuar:
 - NRTI-të: ZDV, d4T, ABC
 - PI të përforcuar: LPV/r
- * Kur administrohen dy herë në ditë. Administrimi një herë në ditë i këtyre barnave, edhe pse i shpeshtë në praktikën klinike, nuk është studiuar gjerësisht në lidhje me efektet CNS / depërtimin e CSF dhe mund të ketë veprime të ndryshme të CNS.

Pjesa IV Menaxhimi klinik dhe trajtimi i bashkë-infeksi- oneve HBV dhe HCV tek Personat HIV-pozitivë- pozitiv

Rekomandime të përgjithshme për Personat me bashkë-infeksion Hepatit viral/ HIV

Depistimi

1. Të gjithë personat e infektuar me HIV duhet të skrinohej për Hepatitin C në momentin e diagnostikimit dhe më pas një herë në vit. Skriningu për HCV në personat e infektuar me HIV duhet të kryhet nëpërmjet përdorimit të testeve të antitropave për anti-HCV. Një rezultat pozitiv i këtij testi duhet të ndiqet nga vlerësimi për prezencën e HCV-RNA si dhe duhet të përcaktohet genotipi. Personave me faktorë rrisht (përdorues aktualë të drogave me injektim intravenoz, marrëdhënie seksuale me trauma të mukozës; marrëdhënie të vazhdueshme anale të pambrojtura, infeksione seksualisht të transmetueshme të kohëve të fundit), me rritje të shprehjes së transaminazave hepatike dhe rezultat negativ të testit për antitropa HCV u duhet ofruar një test për HCV-RNA për kapjen e hershme të një infeksioni aktual.
2. Personat e infektuar me HIV duhet të skrinohej për Hepatitet A dhe B. Personat që janë anti-HBc-pozitivë dhe HBsAg-negativë, veçanërisht ata me transaminaza të larta të mëlçisë duhet të kontrollohen për HBV-DNA krahas testimit për HBsAg për të përjashtuar infeksionin e fshehur të HBV-së (infeksioni okult).
3. Antitropat e hepatitit delta duhet të kërkohen tek të gjithë personat HBsAg+.
4. Personat me cerozë të mëlçisë të klasës Child Pugh A ose B dhe të klasës Child Pugh C që presin transplantim të mëlçisë dhe personat me HBV pavarësisht të fazës së fibrozës duhet të depistohen me ultratinguj të mëlçisë në intervale 6-mujore (CT mund të përdoren gjithashtu, në rast të nodules- alfa-foetoproteinë por vlera e saj mbetet e diskutueshme) për përhapjen e karcinomës hepatocelulare (HCC). Kontrolli rutinë këshillohet edhe për praninë apo jo të varicelës të ezofagut në kohën e diagnostikimit dhe kryesisht kur ka prova të hipertensionit portal dhe më pas në intervale 3-4-vjeçare pas kësaj edhe nëse fillimisht nuk është i pranishëm, shih faqen 46. Për sa i përket shqyrtimit HCC, shih faqen 47. Në prani të një nodule të mëlçisë ose një mase të mëlçisë, duhet të kujtohen dhe të ndiqen udhëzimet dhe politikat e EASL/EORTC. Menaxhimi i HCC duhet të përcaktohet për secilin rast nga një ekip multi-disiplinarë përfshirë kirurgun transplantit, radiologun intervencional dhe hepatologun. Në personat e trajtuar me Sorafenib, toksiciteti i ARV-ve dhe Sorafenib duhet të monitorohen në mënyrë strikte.

Vaksinimi shih faqen 55

5. Personat që nuk kanë antitropa anti-HAV IgG apo antitropa anti-HBs u duhet ofruar vakcina për viruset respektive për parandalimin e infektimit pavarësisht nivelit të tyre të CD4. Përgjigjja ndaj vaksinës së HBV ndikohet nga niveli i CD4 dhe niveli i HIV -VL. Tek personat që kanë nivel të ulët të CD4 (<200/μL) dhe replikim të vazhdueshëm të HIV-it, ART duhet të fillohet menjëherë para vaksinave përkatëse. Për shkak të mungesës së të dhënave për ndikimin e imunizimit në raste të izoluar të personave pozitivë ndaj anti-HBc IgG (me profil HbsAg negativ, anti-HBc pozitiv dhe anti-HBs negativ), vaksinimi aktualisht nuk rekomandohet në këtë grup popullatë. Ky udhëzues mund të rishikohet kur më shumë të dhëna do të jenë në dispozicion nga trajtimet aktuale. Okult HBV (HBsAg negativ dhe HBV-DNA pozitiv) duhet përjashtuar tek të gjithë personat me anti-HBc të izoluar.
6. Në personat HIV-pozitivë të vaksinuar për HBV me përgjigje të pamjaftueshme (anti-HBs <10 IU / L), ri-vaksinimi duhet të merret parasysh. Doza dyfishë (40 mg) në 3-4 momente kohore (muajt 0, 1, 6 dhe 12) mund të ndihmojnë për të përmirësuar shkallën e përgjigjes së vaksinës së HBV-së. Personat të cilët dështojnë në serokonvertim pas vaksinimit me HBV dhe janë në rrezik për HBV duhet të kenë teste serologjike vjetore për të evidentuar infeksionin HBV. TAR i kombinuar me bazë TDF është i lidhur me parandalimin e infeksionit HBV tek këto persona.

TAR

7. Personat me bashkë-infeksione të hepatiteve B dhe/ose C përfitojnë nga fillimi i hershëm i TAR sepse zhvillimi i fibrozës së mëlçisë kufizohet me rikëmbjen e sistemit imun dhe supresionin e HIV-VL. Kështu, fillimi i TAR me një regjim me bazë TDF rekomandohet në të gjithë personat me HBV që kanë nevojë për terapi anti-HBV pavarësisht nga numri i qelizave CD4, dhe në të gjithë personat HBsAg pozitivë me më pak se 500 qeliza CD4 pavarësisht nga statusi i sëmundjes HBV për të parandaluar kalimin në një gjendje më aktive të sëmundjes HBV për shkak të supresionit imunitar.
8. Në personat me HCV kronik, fillimi i TAR rekomandohet kur niveli i qelizave CD4 bie nën 500 cells/μL). Ndërprerja e TAR ka qenë e lidhur

me rrezikun e shtuar për ngjarje të lidhura apo jo me AIDS-in; rreziku për ngjarje që në të vërtetë nuk kanë lidhje me AIDS-in, është rritur veçanërisht për personat me bashkë-infeksionin hepatitit. Ndërprerja e anti-HBV që përbajnë TAR duhet të shmanget tek personat me bashkë-infeksionin HIV / HBV për shkak të rrezikut të lartë të shpërthimeve të rënda të hepatitit dhe dekompensimit të mëlçisë që ndjek riaktivizimi i HBV-së.

Faza e Fundit e Sëmundjes së mëlçisë (FFSM)

9. Personat HIV pozitivë kanë nevojë për të njëjtat ndërhyrje për trajtimin e varicelës të ezofagut, sindromës hepatorenale, encefalopatisë hepatike, apo ascitit sikundër personat HIV-negativë, shih faqet 46-48 dhe [Diagnoza dhe Menaxhimi i Sindromit Hepatorenal \(SHR\)](#).
10. Personat e infektuar me HIV dhe bashkë-infeksionin e hepatitit viral që vuajnë nga ESLD kanë nevojë për vëmendje të veçantë për të menaxhuar insuficiencën hepatike; shih [Përshtatja e Dozave të ARV-në në dëmtimet e funksioneve hepatike](#). Megjithatë, është e rëndësishme të tthekohet se tek personat me cerozë ART përgjithësisht përmirëson mbijetesën e përgjithshme dhe për këtë arsye është shumë i rekomanduar fillimi i TAR në këta persona kur indikohet.
11. Komplikacionet renale janë të shpeshta, shih faqen 47 dhe [Diagnoza dhe Menaxhimi i Sindromit Hepatorenal \(SHR\)](#).
12. Personat me HCC ose një nivel pikësh MELD > 15*, sasia e qelizave të

CD4 > 100/μL dhe opsione për TAR efikase dhe jetëgjatë duhet të vlerësohen për transplantim të mëlçisë (OLT). Rezultatet e OLT tek personat me bashkë-infeksionin HIV/HBV janë tepër premtuese, megjithatë mbijetesja pas transplantit për personat me bashkë-infeksione HIV/ HCV ka qenë disi më e ulët se sa për personat e infektuar vetëm me HCV, kjo kryesisht për shkak të ecurisë së komplikuar të ri-infektimit me HCV pas kryerjes së transplantit.

* Llogaritja e MELD, shih faqen 47

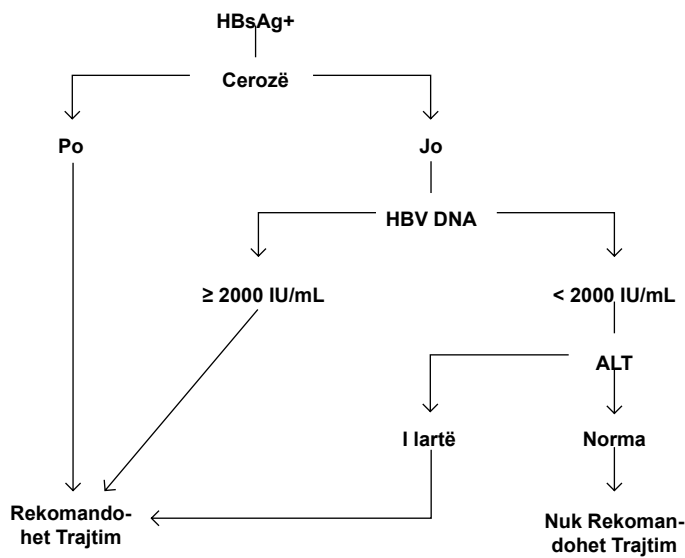
Parandalimi/Mbështetja

13. Për personat që konsumojnë shumë alkool duhet të ofrohet mbështetja psikiatrike, psikologjike, sociale dhe mjekësore, në mënyrë që të ndihmohen të ndërpresin apo kufizojnë sa më shumë konsumimin e alkoolit.
14. Për personat që janë abuzues aktivë të drogave duhet të merret në konsideratë terapia zëvendësuese (terapia zëvendësuese për opiatet), si një hap drejt ndërprerjes të përdorimit aktiv të drogave. Ndihma e ofruar (për shembull, nëpërmjet programeve të shkëmbimit të shiringave dhe ageve) redukton rrezikun e ri-infektimit përfshirë këtu edhe transmetimin viral parenteral (strategjia e reduktimit të dëmit). Shih [Varësia e drogës dhe varësisë nga droga](#).
15. Përderisa HBV dhe HIV dhe më rrallë HCV transmetohen seksualisht, këshillohet të ofrohet këshillim i përshtatshëm, duke përfshirë edhe përdorimin e kondomit. Duhet të ofrohet informacion mbi rrishtin e transmetimit të HCV përmes praktikave seksuale me trauma të mukozës që shoqërohen me një mundësi të lartë të kontaktit me gjakun dhe të diskutohet reduktimi i rrishtit.

Virusi Delta

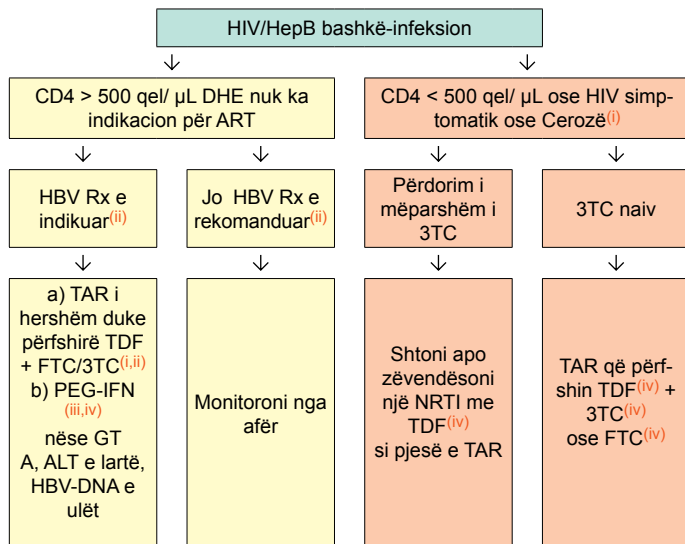
16. Tek personat me bashkëinfeksionin Delta virus dhe fibrozë të rëndësishme të mëlçisë (≥F2), trajtimi afatgjatë (>18 muaj) me PEG-IFN mund të konsiderohet në lidhje me TAR me bazë TDF. Për shkak të veprimtarisë së tij anti-HBV, TDF duhet të shtohet në PEG-IFN për të zvogëluar ngarkesën HBV-DNA. Efikasiteti i trajtimit duhet të monitorohet me matjet HBV-DNA dhe HDV-RNA, kur janë në dispozicion, dhe me ndjekjen e të dhënave dhe vlerësimeve biokimike të fibrozës së mëlçisë. Personat me prani të antitropave të HCV dhe HCV-RNA të detektueshme u duhet ofruar trajtimi anti-HCV me qëllim që të nxitet një përgjigje e qëndrueshme virologjike për bashkë-infeksionin HCV. Edhe pse mund të arrihen vetëm në një numër të pakët personash, negativiteti i vazhdueshëm jashtë trajtimit i HDV-RNA dhe serokonversioni anti-HBs janë qëllimet ideale të trajtimit antiviral për hepatitin Delta. Lehtësimi histologjik i sëmundjes së mëlçisë është më pak ambicioz, por me shumë gjasa që qëllimi të arrihet. Tek personat me virusin Delta dhe ESLD ose HCC, transplantimi i mëlçisë nga dhurues HBsAg negativë duhet të konsiderohet fort veçanërisht në mungesë të bashkëinfeksionit HCV aktiv. Transplantimi me kura profilaksie anti-HBV post-OLT shëron HBV dhe infeksionin e virusit Delta.

Vlerësimi i treguesve të Mjekimit për HBV tek Personat me bashkë-infeksion HBV / HIV



Shënim: Tek personat me fibrozë të përparuar të mëlçisë (F2-F4), trajtimi kundër HBV mund të konsiderohet edhe kur serumi HBV-DNA është nën 2.000 IU / mL dhe enzimat e mëlçisë nuk janë të rritura.

Trajtimi i HBV kronik tek Personat me bashkë- infeksion HBV / HIV



- i** Për menaxhimin e personave me cerozë, shih faqet 46–49. Personat me cerozë të mëlçisë dhe nivel të ulët të CD4 kërkojnë ndjekje të kujdesshme gjatë muajve të parë pas fillimit të TAR në mënyrë që të evidentohet sindroma e rikonstituonit imun si dhe përkeqësimi pasues i mëlçisë si pasojë e luhatjes së enzimave të mëlçisë (flares).
- ii** Shih faqen 65 për vlerësimin e indikacioneve të HBV Rx. Disa ekspertë mendojnë se çdo person i infektuar me HBV dhe që kërkon të jetë nën TAR duhet të marrë TDF + 3TC apo FTC, përveç rasteve kur ka historik të mos tolerancës së TDF, veçanërisht tek personat me fibrozë të avancuar të mëlçisë (F3/F4). Administrimi i TDF duhet të përshtatet me eGFR nëse është e nevojshme. Tek personat që nuk kanë historik në trajtimin me 3TC dhe përdorimi i TDF është rreptësisht i kundraindikuar, Entecaviri mund të përdoret si shtesë e TAR plotësisht supresive pa FTC ose 3TC.
- iii** Personat TAR-naivë aziatikë, HBe-Ag pozitivë, persona me bashkë-infeksion HIV që kanë filluar TAR me TDF apo TDF+FTC kanë arritur nivele të larta dhe të papritura serokonversioni të HBe (qoftë edhe të HBs), duke forcuar kështu argumentin për fillimin e hershëm të TAR. Në persona me HBV GT A, ALT të lartë dhe HBV-DNA të ulët, PEG-IFN mund të përdoret për një afat kohor prej 48 javësh. Shtimi me një regjim anti-HBV të bazuar në NRTI nuk është vërtetuar se rrit efikasitetin e PEG-IFN. Të dhëna të fundit marrë nga persona me mono-infeksion HBV sugjerojnë se kuantifikimi nën-mjekim i HBSAG në persona me HBV kronik HBeAg-negativë të kuruar me PEG-IFN mund të ndihmojë në identifikimin e atyre që mund të kurohen nga kjo terapi dhe të optimizoj strategjitë e trajtimit. Kjo është observuar gjithashtu dhe për strategjitë e bazuara në NRTI akoma dhe në rastet që përqindja e serokonversionit në keto raste ka qenë shumë e ulët. Kohëzgjatja e trajtimit optimal për nukleos(t)ide analoge me aktivitet anti-HBV nuk është përcaktuar akoma dhe ekspertët rekomandojnë terapi afat-gjatë nëse anti-HBV nukleos(t)idet jepen si pjesë e TAR. Personat që nuk kërkojnë terapinë ART dhe janë në trajtim me Telbivudine +/- Adefovir, apo ata që janë nën terapi ART dhe ku boshhti i nukleozideve të tyre ka nevojë për ndryshim, terapia anti-HBV mund të ndërpritet me kujdes tek personat HBeAg pozitivë që kanë arritur prodhimin e antitropave HBe (serokonvertimi HBe) për të paktën gjashtë muaj, ose pas serokonversionit të konfirmuar të HBs në ata persona që janë HBeAg negativë. Tek personat me cerozë të mëlçisë nuk rekomandohet ndërprerja e trajtimit efektiv anti-HBV për të shmangur dekompozimin hepatic si rezultat të shpërthimit të enzimave të mëlçisë (flares).

- iv** Në disa raste që nuk tolerojnë TDF (p.sh sëmundjet renale shih faqen 42), mund të këshillohen doza të përshtatura të TDF sipas klirensit renal të kombinuara me TAR të efektshme (shih faqen 44). Nëse TDF është i ndaluar rreptësisht, mund të përdoren Entecavir + Adefovir. Tek personat që nuk kanë ekspozim të mëparshëm ndaj 3TC, Entecavir mund të përdoret i vetëm. Zëvendësimet e NRTI duhet të kryhen vetëm në qoftë se janë të realizueshme dhe të përshtatshme nga pikëpamja e mbajtjes nën kontroll të HIV-it. Duhet të tregohet kujdes në kalimin nga një skemë trajtimi me TDF në medikamente me barrierë gjenetike më të ulët, p.sh FTC ose 3TC, veçanërisht në personat me cerozë të trajtuar më parë me 3TC sepse mund të ndodhin shpërthime (replikime) virale si pasojë e mutacioneve YMDD të arkivuara. Kjo është përshkruar edhe tek individët me rezistencë të mëparshme të HBV ndaj 3TC të cilët kanë kaluar nga TDF në Entecavir. Shtimi i Entecavir-it tek TDF në personat me replikim HBV të ulët nuk është vërtetuar statistikiisht si eficient dhe si pasojë duhet të shmanget. Rezultatet e kërkimeve janë në pritje.

Proçedurat diagnostike për HCV tek Personat me Bashkë- infeksion HCV / HIV

Diagnoza e HCV	
HCV-Ab (del pozitiv 1-6 muajsh pas infektimit, pasi serokonverzione të vona janë përshkruar, shumë rrallë mund të mos kapen për shkak të imunosupresionit)	
Nivelet e RNA-HCV ⁽ⁱ⁾ (veçanërisht te rëndësishme për parashikimin e përgjigjes ndaj terapisë IFN)	
Statusi i Dëmtimit të Mëlçisë	
Grada e fibrozës (p.sh. FibroScan, biopsia e mëlçisë, markuesit e fibrozës në serum ⁽ⁱⁱ⁾)	
Funksioni i sintezës hepatike (p.sh. koagulimi, albumina, CHE)	
Ekografia me UT çdo 6 muaj në personat me cerozë (gastroskopi në momentin e diagnozës së cerozës më pas një herë në çdo 1 deri 2 vjet) shih faqen page 46	
Para Trajtimit për HCV	
HCV GT dhe HCV-RNA	
Autoantitruapat (ANA, LKM1) ⁽ⁱⁱⁱ⁾	
TSH, autoantitruapat tiroide (rrezik nga hipertiroidismi bazuar në terapinë e IFN)	
Monitorimi i Trajtimit të HCV	
Analize Diferenciale gjakudhe enzimave të mëlçisë çdo 2-4 javë	
HCV-RNA në javën e 4-të (për të vlerësuar përgjigjen e shpejtë virologjike) (RVR) nën regjimet HCV e bazuara në IFN dhe për të siguruar përputhshmërinë, në fund të trajtimit dhe në javën e 12 dhe 24 pas ndërprerjes së trajtimit (për të vlerësuar SVR).	
Niveli i CD4 dhe NV të HIV-it çdo 12 javë	
TSH çdo 12 javë nën terapinë bazë me IFN	

i HCV-RNA e ulët është përcaktuar nëse është më pak se 400,000 – 600,000 IU/mL kur përdoret PegINF+RBV. Nuk ka një formulë standarde për konvertimin e nivelit të raportuar të HCV-RNA në kopje/mL kundrejt vlerës së raportuar në IU/mL. Faktori i konvertimit varion nga rreth një në pesë kopje HCV-RNA për IU/ml.

ii Markuesit e fibrozës në serum përfshijnë APRI, FIB-4, acidin Hialuronik, Fibrometër, Fibrotest, Forns, Hepascore dhe tregues të tjerë; testet e fundit më komplekse siç janë Fibrometer, Fibrotest dhe Hepascore kanë treguar parashikime më të sakta të fibrozës së mëlçisë se sa testet e thjeshta biokimike të tilla si APRI, FIB-4 apo Forns.

iii Personat me anti LKM pozitive ose ANA me modele homogjene duhet të vlerësohen për hepatit autoimun bashkë ekzistues, veçanërisht në prezencën e rritjes së ALT gjatë trajtimit me bazë INF.

Trajtimi i Personave me bashkë- infeksion HCV/HIV

Treguesit e trajtimit

1. Trajtimi HCV ofron mundësinë e zhdukjes së HCV brenda një periudhe të caktuar mjekimi e cila përkthehet në kurim të HCV. Ky fakt është një avantazh potencial për menaxhimin në vazhdim të personave me HIV, kështu që çdo person me bashkë-infeksion duhet konsideruar për trajtim kur përfitimet e terapisë tejkalojnë rreziqet. Kjo duhet të shihet edhe në kontekstin e progresionit më të shpejtë të fibrozës së mëlçisë tek personat me bashkë-infeksion HIV/HCV dhe me rezultate më të mira nga trajtimi i HCV si rrjedhojë e përdorimit të antiviralëve me veprime direkte (DAAs) në këa persona. Për më tepër, arritja SVR lidhet gjithashtu me mbijetesën e përmirësuar edhe në fazat më të ulëta të fibrozës (F2) që sugjerojnë përfitime nga terapia e HCV përtej kurimit të HCV dhe parandalimin e përparimit të mëtejshëm të sëmundjes së mëlçisë. Përqindjet e ngjashme të kurimit të HCV në personat me bashkë-infeksion HCV / HIV si edhe në personat me mono-infeksion HCV nën terapi DAAs kanë vënë në pikëpyetje ndarjen e mëtejshme të personave me bashkë-infeksion HIV-i si grup më vete pacientësh me pretendimin që treguesit e trajtimit dhe regjimet e mjekimit të jenë të njëjtë si në mono-infeksionin me HCV.
2. Nëse HCV kronik zbulohet gjatë fazave të hershme të infeksionit HIV (para fillimit TAR), këshillohet mjekimi për HCV kronik në praninë e treguesve të menjëhershëm të trajtimit të HCV (> F2). Për personat me nivel të CD4 <500 cells/ μ L, rekomandohet fillimi i hershëm i TAR për të optimizuar përfitimet nga trajtimi i HCV.
3. Informacioni mbi stadin e fibrozës së mëlçisë është i rëndësishëm, për marrjen e vendimeve të trajtimit në personat me bashkë-infeksion. Megjithatë, një biopsi e mëlçisë nuk është më e detyrueshme për të konsideruar mjekimin e HCV kronik.
4. Në rast se biopsia e mëlçisë ose FibroScan® janë të disponueshme dhe tregojnë mungesë ose fibrozë minimale të mëlçisë (F0-1), pavarësisht nga HCV GT, trajtimi mund të shtyhet. Kjo mund të jetë veçanërisht e rëndësishme për vendet ku deri tani nuk ka ose janë në dispozicion burime të kufizuara të DAAs apo ku çështjet e kostove të rimbursimit ende nuk janë sqaruar. Në këto raste, vlerësimi i fibrozës duhet të kryhet periodikisht, për të monitoruar përparimin e fibrozës (shih faqen 70).

Trajtimi i HCV kronik në personat me bashkë-infeksion HCV / HIV

5. Me studimet e para pilote për personat naivë dhe personat me përvojë ndaj trajtimit HCV që shfaqin bashkë-infeksion HCV / HIV, u demonstruan norma të konsiderueshme të SVR 12-24 më të larta me terapinë me bazë DAAs. Gjithashtu, kombinimi e DAA pa IFN duhet të konsiderohen si standard kujdesi për HCV kronik, në veçanti për fibrozën e avancuar. Kombinimi i Sofosbuvir 400 mg në ditë dhe një doze RBV e bazuar në peshën prej 1000 (p <75 kg) -1200 (p >75Kg) mg / ditë (e administruar dy herë në ditë) për 12 javë është bërë terapia e re e artë standarde për të gjithë personat HCV GT2 duke premtuar kurë për HCV në > 90% të rasteve. Personat me cirozë mund të trajtohen për një periudhë të zgjatur prej 16 javësh. Në vendet ku Sofosbuvir nuk është në dispozicion, trajtimi i kombinuar me PEG-IFN dhe RBV për 24 javë (nëse RVR psh. HCV-RNA negative në javën e 4-të pas fillimit të terapisë së HCV) ose 48 javë përfaqëson një zgjedhje trajtimi alternativ për HCV GT2. Doza standarte per PEG-IFN 2a është 180 mg një herë në javë dhe për PEG-IFN 2b 1.5 mg / kg peshë trupore një herë në javë.
6. Miratimi i mëtejshëm i DAA ka ofruar mundësinë e kombinimit të regjimeve të DAA pa IFN dhe RBV të cilat për shkak të tolerancës së përmirësuar dukshëm dhe normave më të larta në kurimin e HCV duhet të konsiderohen si opsioni i preferuar kur janë në dispozicion dhe të rimbursueshme. Në mënyrë të veçantë rekomandohen kombinimet e Sofosbuvirit (të gjitha GT1-4) dhe Simeprevirit (vetëm GT1 ose 4), ose Sofosbuvir dhe Daklatasvir (të gjitha GT1-4), Shih [Opsionet e Trajtimit të HCV me IFN](#). Në raste të kufizimit të disponueshmërisë të DAA ose çështjeve të rimbursimit Sofosbuviri në kombinim me PEG-IFN dhe RBV do të jetë opsioni tjetër më i mirë i trajtimit (për GT1, 3-6), Shih [Opsionet e Trajtimit me IFN të HCV Për fibrozë Fazat deri në CHILD A](#). Simeprevir në kombinim me PEG-INF dhe RBV gjithashtu mund të jetë një alternativë (për GT1 ose 4, por me kohëzgjatje të trajtimit më të gjatë për IFN), por mungesa e mutacionit Q80K duhet të dëshmohej para fillimit të trajtimit. Përdorimi i vjetër, gjenerata e parë e trajtimit të HCV FP (Boceprevir dhe Telaprevir; e treguar vetëm në GT1) rekomandohen vetëm kur DAAs të tjera nuk janë në dispozicion aktualisht dhe në të ardhmen.

7. Përdorimi i PI për HCV është i lidhur me toksicitete të tjera: Boceprevir shkakton anemi, Teleprevir skuqje të lëkurës dhe Simeprevir hiperbilirubinemi dhe reagime / fotodjeshmëri të lëkurës.
8. Lutemi të mbahet parasysh se fusha e DAAs po evolon me shpejtësi me prirjen e miratimit European për kombinim dozash fikse të Sofosbuvir / Ledipasvir pa IFN dhe RBV në Nëntor 2014, si dhe kombinim pa IFN të Paritaprevir / RTV / Ombitasvir, 150mg / 100mg / 25mg sasi/ditë dhe Dasabuvir në fillim të 2015 që do të shtojnë edhe këto opsione trajtimi në arsenalin e trajtimit të HCV. Është e qartë se këto mundësi trajtimi pa IFN së bashku me ato tashmë në dispozicion do të jenë zgjedhjet e preferuara në trajtim, dhe inkurajese për të mos përdorur më IFN si bazë në terapitë për HCV.
9. Për shkak të ndërveprimit të barnave në veçanti HIV dhe HCV, duhet kontrolli i kujdesshëm për ndërveprime i FPs rekomandohen urgjent fillimi i tyre para terapisë të HCV, shih www.hep-druginteractions.org ose [Ndërveprimi midis barnave të ARV-ve dhe DAAs](#). Gjatë terapisë PEG-IFN-RBV, nuk rekomandohet ddl tek personat me cirozë dhe duhet të shmanget në personat me sëmundje më pak të rënda të mëlçisë. Duhet të shmangen gjithashtu D4T dhe ZDV nëse është e mundur.

Qëllimi i trajtimit

10. Qëllimi kryesor i trajtimit të HCV është përcaktimi i SVR si HCV-RNA e padedektueshme 12-24 javë pas përfundimit të terapisë, vlerësimi behet duke përdorur teste të ndjeshme molekulare.

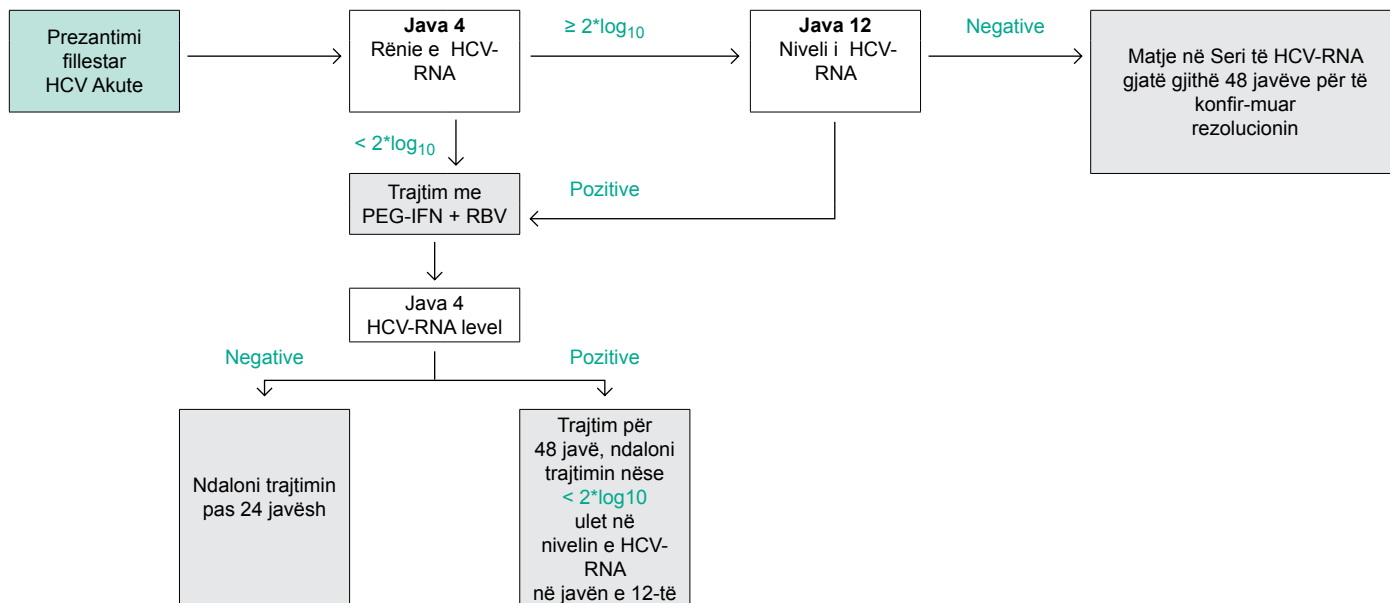
Rregullat e Ndalimit

11. Në rast se nuk arrihet një përgjigje e hershme virologjike (rënie prej të paktën 2* log10 reduktim të HCV-RNA në javën e 12 krahasuar me nivelin fillestar) gjatë trajtimit të infeksionit HCV me PEG-IFN dhe RBV, trajtimi duhet të ndërpritet, shih faqen 73. Rregulla të ndryshme aplikohen për ndërprerjen e terapisë kur përdoren DAAs në kombinime me PEG-IFN dhe RBV dhe janë përmbledhur shih faqen 74. Rregullat e padobishmërisë për Simeprevir në kombinim me PEG-IFN dhe RBV janë që HCV-RNA > 25 IU / mL pas 4, 12 ose 24 javësh duhet të ndërpritet terapia e HCV. Në rastin e terapisë të suksesshme HCV me bazë Telaprevir-in në javën e 4 (HCV-RNA <1.000 IU / ml), Telaprevir duhet të vazhdojë deri në javën e 12-të, shih faqen 74. Nëse HCV-RNA në javën e 12-të është ende <1.000 IU / mL, terapia e dyfishtë me PEG-IFN-RBV duhet të vazhdojë deri në javën e 24-të. Nëse HCV-RNA është e padedektueshme në javën e 24-të, terapia e dyfishtë me PEG-IFN-RBV duhet të vazhdohet për edhe 24 javë të tjera që rezultojnë në një kohëzgjatje të përgjithshme prej 48 javësh trajtimi. Rregullat në lidhje me padobishmërinë e terapisë HCV që përmban Boceprevir janë që në rast të HCV-RNA > 100 IU / mL në javën e 12-të apo HCV-RNA e detektueshme në javën e 24-të, të gjithë terapitë për HCV duhet të ndërpritet dhe të interpretohet si mungesë e reagimit dhe rrezik të lartë rezistence ndaj Boceprevirit. Në PEG-IFN dhe Sofosbuvir ose terapi pa bazë IFN-arsyet individuale për të ndaluar trajtimin mund të jetë mungesa e adeherencës ose toksicitetet.

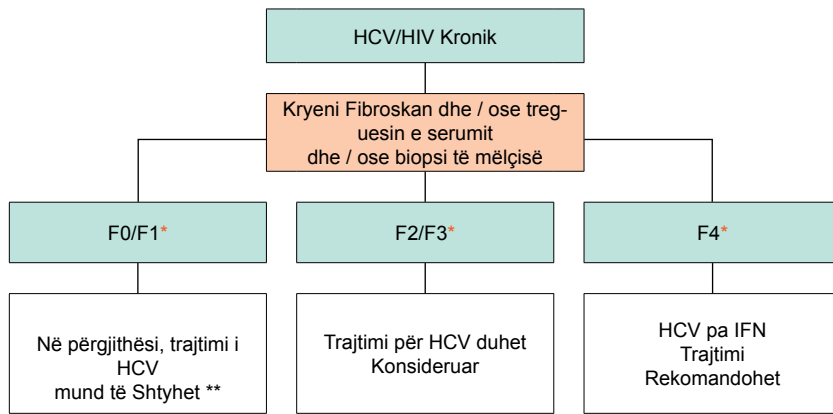
Trajtimi i HCV Akut

12. Identifikimi i personave me HCV akut është i rëndësishëm pasi trajtimi në fazën akute të çon në norma më të larta SVR se sa trajtimi i HCV kronik. Në personat me HCV akut, HCV-RNA duhet të matet me paraqitjen fillestare dhe 4 javë më vonë. Trajtimi duhet të ofrohet tek personat pa një rënie prej 2 * log10 të HCV-RNA në 4 javë krahasuar me HCV-RNA fillestare dhe për personat me serum HCV-RNA persistent 12 javë pas diagnozës së HCV akut. Kohëzgjatja e trajtimit duhet të bazohet në RVR pavarësisht GT. Personat që nuk kanë arritur të kenë një rënie az 2*log10 në nivelin e HCV-RNA pas 12 javësh duhet të ndërpresin terapinë. Për fat të keq, rezultatet nga studimet e deritanishme të randomizuara nuk janë të disponueshme që të mund të lejojnë në këtë pikë një rekomandim më të saktë mbi kohëzgjatjen e trajtimit, ose rolin e RBV në trajtimin e HCV akut. Gjithashtu vetëm të dhëna të pakontrolluara në 19 persona HIV-pozitivë që morën 12 javë Telaprevir, PEG-IFN dhe RBV janë aktualisht në dispozicion. Gjithsesi, duke marrë parasysh normat e larta të kurimit me PEG-IFN-RBV vetëm në HCV akut, DAAs nuk rekomandohen aktualisht po të mos ekzistonte një mungesë e përgjigjes virologjike (në javën e 12 <2 * log10 rënie në HCV-RNA), një situatë në të cilën intensifikimi i trajtimit me DAAs mund të diskutohet mbi baza individuale.

Algoritmi për Menaxhimin e HCV Akut tek Personat me bashkë-infeksion HCV/HIV



Menaxhimi i Personave me bashkë-infeksion HCV kronik / HIV



* Rezultati i fibrozës Metavir: F0 = jo fibrozë; F1 = fibrozë portale, jo septae; F2 = fibrozë portale, pak septae, F3 = bridging fibrozë, F4 = cerozë.

** Monitoroni fazën e fibrozës çdo vit, mundësisht me dy metodat e përcaktuara. Konsideroni Mjekimin, nëse ka progresion të shpejtë.

Opsionet e Trajtit të HCV tek Personat me bashkë-infeksion HCV / HIV

IFN-i lirë HCV Opsionet e Trajtit		
HCV GT	Trajtimi	Kohëzgjatja e Trajtit
1 & 4	SOF + RBV	24 javë*
	SOF + SMP	12 javë**
	SOF + DCV	12 javë në jo cirrotik, 24 javë cirrotike Të kompesuara
2	SOF + RBV	12 javë***
3	SOF + RBV	24 javë
	SOF + DCV + RBV	24 javë në cerotikë të kompozuar dhe/ose me përvojë në trajtim
5 & 6	Në mungesë të të dhënave klinike në DAAs në HCV GT 5 dhe 6 personat e infektuar duhet të trajtohen njësoj me Infektimin e HCV GT 1 dhe 4	

RBV Ribavirina

SOF Sofosbuviri

SMP Simepreviri

DCV Daklatasviri

- * Liçencuar vetëm për personat të cilët nuk janë të përshtatshëm për terapi me përmbajtje IFN
- ** Zgjatje e mundshme deri në 24 javë në cerotikët me përvojë në trajtim dhe / ose shtimin me RBV
- *** Zgjatje e mundshme deri në 16 javë në trajtimin e cerotikëve -naivë ose që kanë shfaqur rilaps; deri në 24 javë për personat që janë trajtuar më parë.

IFN- përmban Opsionet e Trajtit të HCV (Për Fazat e Fibrozës deri në CHILD		
HCV GT	Trajtimi	Kohëzgjatja e Trajtit
1 & 4	SOF + PEG-IFN/RBV	12 javë (Zgjatje e mundshme deri në 24 javë të cirrotikeve)
	SMP* + PEG-IFN/RBV	24 javë** (48 javë në cirrotike dhe në përvojën me trajtimin)
	DCV + PEG-IFN/RBV/***	24 javë nëse RVR, 48 javë nëse ska-RVR
2	PEG-IFN/RBV	IFN- rekomandohet trajtim Nëse SOF jo në dispozicion: PR 24 javë nëse RVR, 48 javë nëse ska-RVR
3	SOF + PEG-IFN/RBV	12 javës (Zgjatje e mundshme deri në 24 javë të cirrotikeve)
5 & 6	Në mungesë të të dhënave klinike në DAAs në HCV GT 5 dhe 6 Personat e infektuar duhet të trajtohen njësoj me me GT 1 dhe 4 për Infeksionin HCV	

PEG-IFN/RBV Pegilat-Interferon + Ribavirin

RBV Ribavirina

SOF Sofosbuviri

SMP Simepreviri

DCV Daklatasviri

* SMP për vetëm 12 javë

** Gjithashtu në personat që kanë shfaqur rilaps

*** Vetëm GT4, DCV për vetëm 24 javë

Ndërveprimet midis barnave DAAs dhe ARV-ve

Barnat e HCV	ATV/r	DRV/r	LPV/r	EFV	ETV	NVP	RPV	MVC	DTG	EVG/c	RAL	ABC	FTC	3TC	TDF	ZDV	
DAA	Boceprevir	D35%	↓32%D44%	↓45%D34%	↓19%E20%	↑10%D23%	↓E	E	E	↔	↓D	↔	↔	↔	↔	↔ ⁱ	
	Daclatasvir	↑110% ⁱⁱ	↑ ⁱⁱⁱ	↑ ⁱⁱⁱ	↓32% ^{iv}	↓ ^{iv}	↓ ^{iv}	↔	↔	↔	↑ ⁱⁱⁱ	↔	↔	↔	↔	↑10%E10%	↔
	Simeprevir	↑	↑	↑	↓71%D10%	↓	↓	↑6%E12%	↔	↔	↑	↓11%E8%	↔	↔	↔	↓14%E18%	↔
	Sofosbuvir	↔	↑34%	↔	↓6%D4%	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↓13%D27%	↔	↔	↓6%	↔	↔
	Telaprevir	↓20%E17%	↓35%D40%	↓54%	↓26%D7%	↓16%	↓?	↓5%E	E	E25%	↑13%D16%	E31%	↔	↔	↔	E30%	↔ ⁱ

Legjenda

↑ Ekspozimi i mundshëm i lartë i DAA ↓ Ekspozimi i mundshëm i ulët i DAA

↔ Pa efekte domethënëse

D Ekspozim i mundshëm i ulët i barnave ARV

E Ekspozim potencial i lartë i barnave ARV

Shifrat që u referohen AUC të ulëta / të larta të DAAs dhe ARV-ve siç është vërejtur në studimet mbi ndërveprimet e barnave

ⁱ Toksicitet hematologjik potencial

ⁱⁱ Daclatasvir duhet të reduktohet në 30 mg një herë në ditë me ATV/r. Jo reduktim doze me ATV të pa-shtuar

ⁱⁱⁱ Daclatasvir duhet të reduktohet në 30 mg një herë në ditë

^{iv} Daclatasvir duhet të rritet në 90 mg një herë në ditë.

Ngjyrat e Legjendës

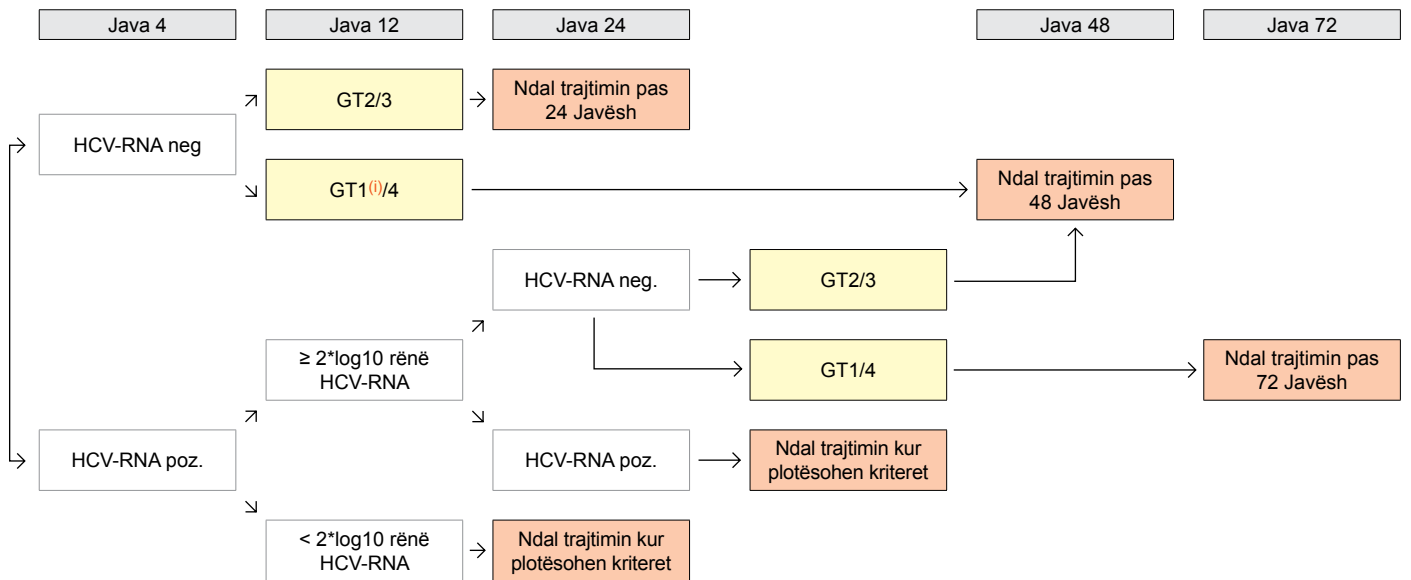
Nuk pritet ndërveprim klinikisht i rëndësishëm.

Këto barna nuk duhet të bashkë-administrohen.

Ndërveprim i mundshëm që mund të kërkojë një rregullim të dozave, ose monitorim nga afër.

Shënim: Simboli (jeshil, qelbar, i kuq) i përdorur për rangun e rëndësisë klinike të ndërveprimit të barnave është bazuar në: www.hep-druginteractions.org

Kohëzgjatja e Propozuar Optimale e Terapisë së Dyfishtë HCV në Personat me Bashkë-infeksion HCV kronik / HIV që nuk plotesojnë kushtet për Terapinë Treshe e cila Përfshin DAAs kundër HCV



i Ku nuk ka akses ndaj DAAs të disponueshme apo shanse të larta për kurim edhe me terapi të dyfishtë (i favorshëm IL28B GT, HCV-RNA e ulët dhe fibrozë jo e avancuar).

Përdorimi i Boceprevir, Telaprevir, Simeprevir ose Sofosbuvir me PEG-IFN + RBV tek Personat me bashkë-infeksion të HIV/HCV



↓
Nëse ≥ 100 IU/mL, ndaloni çdo trajtim

↓
Nëse e dedektueshme, ndalo çdo trajtim

HCV-RNA



↓
Nëse > 1000 IU/mL, ndaloni çdo trajtim

↓
Nëse > 1000 IU/mL, ndalo çdo trajtim

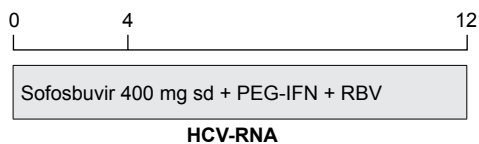
HCV-RNA



↓
Nëse > 25 IU/mL, ndalo çdo trajtim

HCV-RNA

Terapia duhet të ndalet në qoftë se ka një rritje të konfirmuar në HCV-RNA nga $1^* \log_{10}$ e ndjekur nga një rënie në çdo fazë.



HCV-RNA

Nuk aplikohen rregullat e ndalimit: kohëzgjatja fikse e 12 javëve pavarësisht rënies së HCV-RNA.

Përkufizimi i Përgjigjes së Mjekimit të PEG-IFN dhe RBV

	Koha	HCV-RNA
Përgjigje e Shpejtë Virologjike PSV	4 Javë në terapi	E padedektueshme (< 50 IU/mL)
Përgjigje virologjike e hershme (PVH)	12 Javë në terapi	E padedektueshme (< 50 IU/mL)
Përgjigje virologjike e vonuar (PVV)	12 Javë në terapi	> 2*log10 ulje nga niveli fillestar, por jo e padedektueshme
Përgjigje Nul (NR)	12 Javë në terapi	< 2*log10 ulje nga niveli fillestar
Pjesërisht pa-përgjigje (PR)	12 Javë and 24 Javë në terapi	> 2*log10 ulje në javën e 12-të por e detektueshme në javën e 12 dhe 24-të
Përgjigje virologjike e qëndrueshme (SVR)	24 Javë post pas terapisë	E padedektueshme (< 50 IU/mL)
Përthithja	Çdo herë gjatë trajtimit	Rishfaqja e HCV-RNA në çdo kohë gjatë trajtimit pas përgjigjes virologjike
Rikthim (RR)	Fund i Trajtimit 24 Javë pas terapisë	Rishfaqja e HCV-RNA në çdo kohë gjatë trajtimit pas përgjigjes virologjike

Përshtatur nga [3]

Shih www.easl.eu/assets/application/files/4a7bd873f9çcbf_file.pdf

Pjesa V Infeksionet Oportuniste

Parandalimi dhe Trajtimi i Infeksioneve Oportuniste tek Personat HIV-pozitivë

Profilaksia Primare

Sëmundja	Mjekimi	Doza	Komentet
<i>Jiroveci Pneumocistis (PcP) & Toksoplasma gondii</i>			Indikacione: CD4 < 200 qel/ mm ³ , CD4 përqindja < 14%, or oral thrush Ndalo: nëse CD4 > 200 qel/ mm ³ gjatë 3 muajve ose CD4 100-200 qel/mm ³ dhe HIV/VL padedektueshme për 3 muaj
Serologji Pozitive ose Negative për Toksoplazmozë	TMP-SMX	1 tableta dyshe e fortë(dd) (800/160 mg) 3 x /javë po ose 1 e vetme e fortë tableta(dv) (400/80 mg)/ditë po ose 1 ds tablet/ditë po	
Serologji Negative për Toksoplazmozë	Pentamidine	300 mg në 6 mL Ujë 1 x inhal./muaj	
Serologji Negative për Toksoplazmozë	Dapsone	1 x 100 mg/ditë po	Kontrollo për deficiencë të G6PD-s
Serologji Pozitive ose Negative për Toksoplazmozë	Atovaquone suspension	1 x 1500 mg/ditë po (me ushqim)	
Serologji Pozitive për Toksoplazmozë	Dapsone + Pirimetaminë + Acid Folik	200 mg 1x/javë po 75 mg 1x/javë po 75 mg 1x/javë po	Kontrollo për deficiencë të G6PD-s
Serologji Pozitive për Toksoplazmozë	Atovaquone suspension + Pirimetaminë + Acid Folik	1 x1500 mg/ditë po (me ushqim) 75 mg/javë po 25 mg/javë po	
<i>Jo- Mykobakteria e Tuberkulozit (M. avium kompleks, M. genavense, M. kansasii)</i>			Indikacione: CD4 < 50 qel/ mm ³ Ndalo: nëse CD4 > 100 qel/ mm ³ gjatë 3 muajve
Regjimet e listuara janë alternative	Azitromicin	1 x 1200-1250 mg/javë po	Kontrollo për ndërveprime me ARV-të
	ose Klaritromicin	2 x 500 mg/ditë po	
	ose Rifabutin	300 mg/ditë po	

Profilaksia Dytësore, Terapia Mbjaltëse

Sëmundja	Sëmundja	Doza	Komentet
<i>Jiroveci Pneumocistis (PcP)</i>			Ndalo: nëse CD4 > 200 qel/ mm ³ gjatë 3 muajve
Serologji Pozitive ose Negative për Toksoplazmozë	TMP-SMX	1 ds tableta800/160 mg 3x/javë po ose 1 ds tableta400/80 mg 1x/ditë po ose 1 tableta1x/ditë po	
Serologji Negative për Toksoplazmozë	Pentamidine	300 mg në 6 mL Ujë 1 x inhal. /muaj	
Serologji Negative për Toksoplazmozë	Dapsone	1 x 100 mg/ditë po	Kontrollo për deficiencë të G6PD-s
Serologji Pozitive ose Negative për Toksoplazmozë	Atovaquone suspension	1 x 1500 mg/ditë po (me ushqim)	
Serologji Pozitive për Toksoplazmozë	Dapsone + Pirimetaminë + Acid Folik	1 x 200 mg/javë po 75 mg/javë po 75 mg/javë po	Kontrollo për deficiencë të G6PD-s
Serologji Pozitive për Toksoplazmozë	Atovaquone suspension + Pirimetaminë + Acid Folik	1 x 1500 mg/ditë po (me ushqim) 75 mg/javë po 25 mg/javë po	

Profilaksia Dytësore, Terapia Mbajtëse

Sëmundja	Sëmundja	Doza	Komentet
<i>Toksoplasma gondii</i> <i>Encefaliti</i>			Ndalo: nëse CD4 > 200 cells/μL gjatë 6 muajve
Regjimet e listuara janë alternative	Sulfadiazine + Pirimetaminë + Acid Folik	2-3 g/ditë po (në 2-4 doza) 1 x 25-50 mg/ditë po 1 x 25-50 mg/ditë po	
	ose Clindamycin + Pirimetaminë + Acid Folik	3 x 600 mg//ditë po 1 x 25-50 mg//ditë po 1 x 10 mg//ditë po	Profilaksia PCP shtesë është e nevojshme
	ose Atovaquone suspension + Pirimetaminë + Acid Folik	2 x 750-1500 mg/ditë po (me ushqim) 1 x 25-50 mg/ditë po 1 x 10 mg/ditë po	
	ose Atovaquone suspension	2 x 750-1500 mg/ditë po (me ushqim)	
	ose TMP-SMX	2 x 800/160mg/ditë po	
Meningjiti kriptokoksik			Së paku 12 muaj. Konsidero ndërprerjen nëse CD4 > 100 cells/μL për min. 3 muaj
	Fluconazole	1 x 200 mg/ditë po	
<i>Citomegalovirus (CMV) i Retinës</i>			Stop: nëse CD4 > 100 qel/ mm ³) gjatë 3 muajve
Regjimet e listuara janë alternative	Valganciklovir	1 x 900 mg/ditë po (me ushqim)	
	ose Ganciklovir	5 x 5 mg/kg/javë intravenoze	
	ose Foskarnet	5 x 5 mg/kg/javë intravenoze	
	ose Cidofovir + NaCl + Probenecid	5 mg/kg every 2 javës intravenoze	cidofoviri mund të mos jetë i disponueshëm në të gjithë vendet Europiane
<i>Infeksion Mykobacteri</i>			Ndalo: nëse CD4 > 100 cells/μL gjatë 6 muajve dhe pas trajtimit MAC për të paktën 12 muaj
Regjimet e listuara janë alternative	Klaritromicin + Etambutol	2 x 500 mg/ditë po 1 x 15 mg/kg/ditë po	
	ose Azitromicin + Etambutol	1 x 500 mg/ditë po 1 x 15 mg/kg/ditë po	
<i>Leishmanjoza</i>			Konsidero ndalimin: nëse CD4 > 200-350 cells/μL) gjatë 3 muajve, jo rikthim për min. 6 muaj dhe PCR negative në gjak ose antigen urinar negativ
	Liposomal Amfotericin B	4 mg/kg çdo 2-4 javës intravenoze	
	ose Lipidkompleks Amfotericin B	3 mg/kg çdo 3 javë intravenoze	

Profilaksia Dytësore, Terapia Mbajtëse

Sëmundja	Sëmundja	Doza	Komentet
Terapitë Alternative	Kripërat Pentavalente an-tinom (Glucantine®)	20 mg/kg çdo 4 javë intravenoze /intramuskulore	
	ose Miltefosine	1 x 100 mg/ditë po	
	ose Pentamidine	300 mg çdo 3 deri 4 javë intravenoze	

Trajtimi i Infeksioneve Oportuniste

<i>Pneumocystis jirovecii</i> Pneumonia (PcP)			
Terapia e Preferuar	TMP-SMX	3 x 5 mg/kg/day TMP iv/po + 3 x 25 mg/kg/day SMX iv/po	21 ditë, pastaj profilaksi dytësore derisa niveli i qel CD4. > 200 cells/ μ L) për > 3 muaj
	+ Prednisone nëse PaO ₂ <10 kPa ose <70 mmHg ose alveolar/arterial O ₂ gradient > 35 mmHg. Fillo Prednisone 15-30 min para TMP/SMX	2 x 40 mg/ditë po 5 ditë 1 x 40 mg/ditë po 5 ditë 1 x 20 mg/ditë po 10 ditë	Përfitimi i kortikosteroideve nëse fillohet para 72 orësh
Terapitë Alternative për PcP të Moderuara deri të Rënda	Primaquine + Klindamicin ose	1 x 30 mg (basë)/ditë po 1 x 600-900 mg intravenoze /po	
	Pentamidine ose	1 x 4 mg/kg/ditë intravenoze (shpërndarë gjatë 60 min.)	Kontrollo për mangësi të G6PD-s
	Kaspofungin Për çdo regjim + Prednisone ,nëse PaO ₂ <10 kPa ose <70 mmHg, ose alveolar/arterial O ₂ gradient > 35 mmHg. Fillo Prednisone 15-30 min para TMP/SMX	70 mg/ ditën e 1 e ndjekur nga 50 mg/ditë intravenoze	Mund të shtohet në terapi në rastet më të rënda
Terapitë Alternative për PcP të Moderuara-të Rënda	Primaquine + Klindamicin ose	1 x 30 mg (bazë)/ditë po 1 x 600-900 mg/ditë po	Kontrollo për deficiençë të G6PD-s
	Atovaquone suspension ose	2 x 750 mg/ditë po (me ushqim)	
	Dapsone + Trimetoprim	1 x 100 mg/ditë po 1 x 100 mg/ditë po	Kontrollo për deficiençë të G6PD-s Në rast irritimi lëkure: ulni dozën e TMP (50%), të antihistaminës
<i>Toxoplasma gondii</i> Encefalitet			
Terapia e Preferuar	Pirimetaminë + Sulfadiazine + Acid Folik	Ditë 1: 200 mg po, pastaj • Nëse \geq 60 kg; 1 x 75 mg/ditë po • Nëse < 60 kg: 1 x 50 mg/ditë po • Nëse \geq 60 kg: 2x 3000 mg/ditë po/ intravenoze • Nëse < 60 kg: 2 x 2000 mg/ditë po/ intravenoze 1 x 10 mg/ditë po	6 javë, pastaj Profilaksi Dytësore derisa niveli i qel CD4. > 200 cells/ μ L) për > 6 muaj

Sëmundja	Mjekimi	Doza	Komentet	
Trajtimi i Infeksioneve Oportuniste				
Terapitë Alternative	Pirimetaminë	Ditë 1: 200 mg/ditë po, pastaj • Nëse ≥ 60 kg: 1 x 75 mg/ditë po • Nëse < 60 kg: 1 x 50 mg/ditë po	Profilaksia shtesë PcP është e nevojshme	
	+ Klindamicin	4 x 600-900 mg/ditë po/ intravenoze		
	+ Acid Folik	1x 10 mg/ditë po		
	ose TMP-SMX	2 x 5 mg TMP/kg/ditë po/ intravenoze 2 x 25 mg SMX/kg/ditë po		
	ose Pirimetaminë	Ditë 1: 200 mg po, then Nëse ≥ 60 kg; 1 x 75 mg/ditë po Nëse < 60 kg: 1 x 50 mg/ditë po		
+ Atovaquone	2 x 1500 mg/ditë po (me ushqim)			
+ Acid Folik	1 x 10 mg/ditë po			
ose Sulfadiazin	• Nëse ≥ 60 kg: 4 x 1500 mg/ditë po/ intravenoze • Nëse < 60 kg: 4 x 1000 mg/ditë po/intravenoze			
+ Atovaquon	2 x 1500 mg/ditë po (me ushqim)			
ose Pirimetaminë	DDitë 1: 200 mg po, pastaj • Nëse ≥ 60 kg; 1 x 75 mg/ditë po • Nëse < 60 kg: 1 x 50 mg/ditë po			
+ Azitromicin	1 x 900-1200 mg/ditë po			
+ Acid Folik	1 x 10 mg/ditë po			
Meningjiti kriptokokal				
Terapia e Induktuar	Liposomal Amphotericin B + Flukitosinë		3 mg/kg/ditë intravenoze 4 x 25 mg/kg/ditë po	14 ditë Pastaj performo LP: nëse kultura e CSF sterile → kalo në regjimin nga goja. • Liposomal Amfotericin B shoqërohet në mënyrë të konsiderueshme nga efekte më pak negative • Presioni i hapjes duhet të matet gjithmonë kur kryhet një matje e LP. LP-të e përsëritura ose devijimet CSF janë thelbësore për të menaxhuar efektivisht rritjen e presionit intrakranial i cili është i lidhur me mbijetesë më të mirë. • Dozimi i Flukitosinës duhet t'i përshtatet funksionit të veshkave. • Trajto për min. 14 ditë, pastaj mat LP: nëse kultura CSF sterile → kalo në trajtimin e konsoliduar nga goja. • Shtyje fillimin e TAR për min. 4 javë. • Shtyje fillimin e TAR për min. 4 javë.
	ose Amfotericin B Deoksikolate + Flukutodin		0,7 mg/kg/ditë intravenoze 4 x 25mg/kg/ditë po	
Terapi e Konsoliduar	Flukonazolë	1 x 400 mg/ditë po (loading dose 1 x 800 mg 1st ditë)	8 Javës, pastaj profilaksi dytësore LP e përsëritur derisa presioni i hapjes < 20 cm H2O ose 50% e vlerës fillestare	
Kandidozat				
Orofaringeale	Flukonazolë	1x 150-200 mg/ditë po	Një herë ose - në përmirësim (5-7 ditës)	
	ose Itrakonazole	1-2 x 100-200 mg/ditë po (likuid nga goja esëll)	7-14 ditë. Kujdes ndërveprimin me ARV-t shih Ndërveprimi midis Barnave ARV-ve dhe Jo ARV-ve.	
	ose Amfotericin B	3-6 bustina në 10 mg/ditë ose Përdorim nga goja 1-2g/ditë (në 2-4 doza)	7-14 ditë	

Sëmundja	Sëmundja	Doza	Komente
Trajtimi i Infeksioneve Oportuniste			
Ezofagitet	Flukonazol	1 x 400 mg/ditë po ose 400 mg dozë ngarkimi, pastaj 200 mg/ditë po	3 ditë 10-14 ditë. Kujdes ndërveprimit me ARV't, shih Ndërveprimi midis Barnave ARV-ve dhe Jo ARV-ve
	ose Itrakonazol	1-2 x 200 mg/ditë po (likuid nga goja esëll)	10-14 ditë
Rastet e rënda / rezistenca azole	Kaspofungin	1 x 70 mg ditën e1'r, pastaj 50 mg/ditë intravenoze	14 ditë
Infeksionet e virusit Herpes simpleks (HSV)			
Mukotozat Fillestare gjenitale / HSV	Valaciklovir	2 x 1000 mg/ditë po	7-10 ditë ose deri sa të shërohen lezionet
	ose Famciclovir	2 x 500 mg/ditë po	7-10 ditë ose deri sa të shërohen lezionet
	ose Aciklovir	3 x 400 mg/ditë po	7-10 ditë ose deri sa të shërohen lezionet
Mukotozat Rekurrente gjenitale / HSV (> 6 episode/vit)	Valaciklovir	2 x 500 mg/ditë po	Terapi kronike suppressive. Përndryshe fillohet trajtimi i hershëm i rifshaqjes si më sipër.
Lezione të Rënda mykotike	Aciklovir	3 x 5 mg/kg/ditë intravenoze	Pasi lezionet fillojnë regresin kaloni në trajtimin nga goja ose derisa lezionet të shërohen.
Encefalitet	Aciklovir	3 x 10 mg/kg/ditë intravenoze	14-21 ditë
Infeksionet Mykotike rezistente Aciklovir HSV	Foscarnet	80-120 mg/kg/ditë intravenoze 2-3 ndarje doze	Deri në një përgjigje Klinike
	ose Kidofovir + Probenecid + Hidration	1 x 5 mg/kg/javë intravenoze	Kidofoviri mund të mos jetë i disponueshëm në të gjithë vendet Europiane
Infeksionet nga virusi variçella zoster (VZV)			
Infeksionet Primare të Variçellës(Lia e dhëve)	Valaciklovir	3 x 1000 mg/ditë po	5-7 ditë
Herpes Zoster (Shigela): Jo Të Përhapura	Valaciklovir	3 x 1000 mg/ditë po	10 ditë
	ose Famciclovir	3 x 500 mg/ditë po	10 ditë
	ose Aciklovir	3 x 5 mg/kg/ditë intravenoze	10 ditë
Herpes Zoster: E Përhapur	Aciklovir	3 x 10 mg/kg/ditë intravenoze	10-14 ditë
Infesionet Citomegalovirus (CMV)			
Retines, Lezione të menjëhershëm Kërcënuese-shikimit	Ganciklovir	2 x 5 mg/kg/ditë intravenoze	3 javë, pastaj profilaksinë dytësore
	ose Foscarnet	2 x 90 mg/ditë intravenoze	3 javë, pastaj profilaksinë dytësore
Retinitis, Lezionet e vogla periferike Retinale	Valganciclovir	2 x 900 mg/ditë po (me ushqim)	
	ose Foskarnet	2 x 90 mg/kg/ditë intravenoze	
	ose Kidofovir + Probenecid + Hidration	1 x 5mg/kg/javë intravenoze	Kidofoviri mund të mos jetë i disponueshëm në të gjithë vendet Europiane
Ezofagotitet/Kolitet	Ganciklovir	2 x 5 mg/kg/ditë intravenoze	
	ose Foskarnet	2 x 90 mg/kg/ditë intravenoze	
	ose Valganciclovir	2 x 900 mg/ditë po (me ushqim)	Në shfaqje më të butë të sëmundjes nëse trajtimi nga goja tolerohet

Trajtimi i Infeksioneve Oportuniste

Encefalitet / mielitet	Ganciklovir	2 x 5 mg/kg/ditë intravenoze	Konsidero kombinimin e Ganciclovir dhe Foscarnet në rastet e rënda
	ose Foscarnet	2 x 90 mg/kg/ditë intravenoze	
Sëmundja	Mjekimi	Doza	Komente
<i>Angiomatosis Bacillary (Bartonella henselae, Bartonella Quintana)</i>			
	Doksicikline	2 x 100 mg/ditë po	Deri në përmirësim (deri në 2 muaj)
	ose Klaritromicin	2 x 500 mg/ditë po	Deri në përmirësim (deri në 2 muaj)
<i>Mykobakteri avium komplekse-intraqelizore (MAC)</i>			
	Klaritromicin + Etambutol	2 x 500 mg/ditë po 1 x 15 mg/kg/ditë po	12 muaj, pastaj profilaksi dytësore
	Ev. + Rifabutin	1 x 300 mg/ditë po	
	Ev. + Levofloksacin	1 x 500 mg/ditë po	Konsideroni Rifabutin nëse dyshohet për rezistencë ndaj Macrolides ose Etambutolit, deficiencë në imunitet (CD4 < 50 cells/μL), ngarkesë e lartë bakteriale (> 2 L i CFU / ml në gjak), jo cART.
	Ev. + Amikacin	1 x 10-15 mg/kg/ditë intravenoze	Barnat e gradës 4 të merren në kon-sideratë për sëmundjen e përhapur
	ose Azitromicin + Etambutol	1 x 500 mg/ditë po 1 x 15 mg/kg/ditë po	Barnat e gradës 4 të merren në kon-sideratë për sëmundjen e përhapur
<i>Mykobakteri kansasii</i>			
	Rifampicin + Isoniazid + Etambutol	1 x 600 mg/ditë po (ose Rifabutin 300mg/ditë po) 1 x 300 mg/ditë po 1 x 20 mg/kg/ditë po	15-18 muaj
	ose Rifampicin + Klaritromicin + Etambutol	1 x 600 mg/ditë po (ose Rifabutin 300 mg/ditë po) 2 x 500 mg po 1 x 15-20 mg/ditë po	
<i>Leishmanjoza</i>			
Trajtime të preferuar	Liposomal Amfotericin B	1 x 2-4 mg/kg/ditë intravenoze Për 10 ditë pandërprerë	pastaj profilaksinë dytësore
	ose Liposomal Amfotericin B	1 x 4 mg/kg/ditë intravenoze në ditë 1-5, 10, 17, 24, 31 dhe 38	
Terapitë Alternative	Lipidkompleks Amfotericin B	1 x 3 mg/kg/ditë intravenoze	10 ditë
	ose Amfotericin B Deoksikolat	1 x 0.5-1 mg/kg/ditë intravenoze (total dosës 1.5-2 g)	Amfotericin B Deoksilate mund të mos jenë të disponueshëm në të gjitha vendet Europiane
	ose Kripërat Pentavalente antinom (Glucantime®)	1 x 20 mg/kg/ditë intravenoze ose intramuskulare	4 javë
	ose Miltefosine	1 x 100 mg/kg/ditë po	4 javë

Diagnoza dhe Trajtimi i TB tek Personat HIV-pozitivë

Trajtimi i TB tek Personat HIV-pozitivë

Për trajtim standard të TB në personat HIV-pozitivë, duke përfshirë zgjedhjen e AR-ve të duhura, shih tabelën më poshtë dhe [ARV në bashkëinfeksionet TB/HIV](#)

Sëmundja	Mjekimi	Doza	Komentet
Mycobakteri i prekshëm i Tuberkulozit			
Faza Fillestare	Rifampicin + Isoniazid + Pyrizinamide + Ethambutol	Në bazë të peshës	Faza Fillestare (Rifampicin+Isoniazid+Pyrizinamide+Ethambutol) për 2 muaj, pastaj Faza Vazhduese (Rifampicin+Isoniazid) sipas tipit të TB.
Alternative	Rifabutin + Isoniazid + Pyrizinamide + Ethambutol	Në bazë të peshës	Faza Fillestare (Rifabutin+Isoniazid+Pyrizinamide+Ethambutol) për 2 muaj, pastaj Faza Vazhduese (Rifabutin + Isoniazid) sipas tipit të TB.
Faza Vazhduese	Rifampicin/Rifabutin + Isoniazid sipas tipit të TB		Kohëzgjatja e Terapisë: 1. TB pulmonare, e ndjeshme ndaj bar-nave: 6 muaj 2. TB pulmonare & kulturë pozitive në javën e 8 të trajtimit të TB: 9 muaj 3. TB extrapulmonare me përfshirjen e CNS ose TB e përhapur: 9-12 muaj. 4. TB extrapulmonare me përfshirjen e kockave /kyçeve: 9 muaj 5. TB extrapulmonare në pjesë të tjera të trupit : 6-9 muaj

Diagnoza e TB Rezistente ndaj shumë barnave (MDR TB) / TB me rezistencë të gjerë ndaj barnave (XDR TB)

MDR TB/XDR TB duhet të dyshohen në rast:

- Trajtimi të mëparshëm të TB
- Kontakti me rast MDR/XDR TB
- Lindjes, udhëtimit ose punës në një zonë endemike për MDR TB
- Historik të një adeherence të ulët
- Nuk ka përmirësime klinike me terapitë standarde dhe / ose matja e përshtymës pozitive pas 2 muaj terapi për TB ose kulturë pozitive në 3 muaj
- Eshhtë i pastrehë/jeton në hostel dhe është burgosur në disa shtete aktualisht ose gjatë kohëve të fundit
- Në zona me prevalencë shumë të lartë të MDR TB / XDR TB

MDR TB: Rezistencë ndaj Isoniazidit dhe Rifampicin.

XDR TB: Rezistencë ndaj Isoniazidit dhe Rifampicin dhe Kuinolones dhe të paktën një nga barnat e injektueshme të mëposhtme: Kanamicin, Capreomicin ose Amikacin

Zbulimi i shpejtë

Gene Expert ose teknologji të ngjashme kanë avantazhin e zbulimit të shpejtë të rezistencës ndaj barnave. Testimi për ndjeshmërinë e barnave është i rëndësishëm në optimizimin e trajtimit. Disa vende / rajone nuk kanë asnjë nga më sipër dhe duhet të përdorin një qasje empirike.

Trajtimi i TB-s Rezistente

TB rezistente ndaj INH

- RIF ose RFB + EMB + PZA për 7 muaj

Çdo dozë e regjimit të MDR/XDR TB duhet të jepet si DOT gjatë gjithë trajtimit.

Regjimet e trajtimit duhet të konsistojnë me së paku katër barna aktive bazuar në:

- Testet e ndjeshme për Isoniazid, Rifampicin, Rifabutin, Fluorokuinolones, agjentët e injektueshëm dhe barna të tjera të disponueshme
- Historikun e trajtimit
- Të dhënat e survejancës lokale
- Barnat që nuk janë pjesë e regjimeve të përdorura në atë zonë

Duhet të fillohet me më shumë se katër barna nëse modeli i ndjeshmërisë (sensibilitetit) është i panjohur apo efektiviteti i një ose më shumë agjentëve është i diskutueshëm.

Zgjedhja e Mjekimit

Regjimet përmbajnë shpesh 5-7 barna

Përfshini barna nga grupet 1-5 (shih më poshtë) në rend hierarkik sipas fuqisë së tyre

1. Përdorni ndonjë nga agjentët e linjës së parë nga goja (grupi 1) që ka të ngjarë të jetë efektive
2. Përdorni një aminoglukozid efektiv ose polipeptid me injeksion (grupi 2)
3. Përdorni një Fluorokuinolone (grupi 3)
4. Përdorni Grupin e mbetur 4 të barnave për të përfunduar një regjim me të paktën katër barna efektive
5. Për regjimet me më pak se katër barna efektive, konsideroni shtimin e dy barnave nga grupi 5.

Regjimi duhet të ri-vlerësohet dhe të modifikohet nëse është e nevojshme sapo rezultatet e ndjeshmërisë të barnave vihen në dispozicion.

Grupi 1: Agjentët nga goja të vijës së parë	<ul style="list-style-type: none">• Pirazinamide (Z)• Etambutol (E)• Rifabutin (RFB)
Grupi 2: Agjentët e injektueshëm	<ul style="list-style-type: none">• Kanamicin (Km)• Amikacin (Am)• Kapreomicin (CM)• Streptomycin (S)
Grupi 3: Fluorokuinolonet	<ul style="list-style-type: none">• Levofloksacin (LFX)• Moksifloksacin (MFX)• Ofloksacin (OFX)• Gatifloksacin (G)
Grupi 4: Agjentët e dytë oral të linjës bakteriostatik	<ul style="list-style-type: none">• Para-amijosalicilic acid (PAS)• Cycloserine (CS)• Terizidone (TRD)• Etionamide (ETO)• Protionamide (PTO)
Grupi 5: Agjent me rol të paqartë në trajtimin e rezistencës së barnave TB	<ul style="list-style-type: none">• Clofazimin (CFZ)• Linezolid (LZD) / Tedizolid (TZD)• Amoksisillin/Clavulanate (Amx/CLV)• Tioacetazone (THZ)• Imipenem/Cilastatin (IPM/CLN)• Dozë e lartë Isoniazid (dozë e lartë H-16–20 mg/kg/ditë)• Klaritromicin (CLR)• Konsidero, Bedaquiline, Delamanid dhe agjentët e rinj anti-TB për MDR/XDR TB

Kohëzgjatja e Trajimit MDR/XDR

8 muaj fazë intensive duke përdorur 5 ose më shumë barna, e ndjekur nga 12 muaj me 3 barna në varësi të reagimit.

Psh . 8 muaj me Z, Km, OFX, PTO dhe CS, e ndjekur nga 12 muaj me OFX, PTO dhe CS.

Ndërveprimi i barnave të regjimeve ART dhe MDR/XDR

Nëse nuk është duke u përdorur RBT, përdorni doza normale por me kujdes, sepse pak të dhëna janë të disponueshme për ndërveprimet e mundshme të barnave, shih [ART në bashkëinfeksionet TB/HIV](#)

Tuberkulozi i fshehur

Treguesit: TST > 5 mm ose IGRA pozitive ose kontakte të ngushta me tuberkuloz të hapur

Regjimi	Komente
Isoniazid (INH) 5 mg/kg/ditë (max. 300 mg) po + Pyridoxin (Vit B6) 25 mg/ditë po	6-9 muaj
Rifampicin 600 mg/ditë po ose Rifabutin po (doza sipas TAR-veaktuale)	4 muaj, kontrolloni ndërveprimet me cART
Rifampicin 600 mg/ditë po ose Rifabutin po (doza sipas TAR-veaktuale) + Isoniazid (INH) 5 mg/kg/ditë (max 300 mg) po + Pyridoxin (Vit B6) 25 mg/ditë po	3 muaj, kontrolloni ndërveprimet me cART
Rifampicin 600mg 2x/javë po + INH 900 mg 2x/javë po + Pyridoxin (Vit B6) 300mg 1x/javë po	3 muaj, kontrolloni ndërveprimet me cART

Referencat

Ngjyra e gjelbër referon referenca të veçanta të përdorura në çdo seksion
Ngjyrë e zezë referon referenca të përgjithshme që përdoren në çdo seksion

PJESA I Vlerësimi i personave HIV-pozitivë në Vizitat fillestare dhe të mëpasshme

Ju lutem shikoni referencat për PJESA III

PJESA II Trajtimi me ARV për Personat HIV-pozitiv

- 1 Langewitz W et al. Biseda Spontane në kohën e fillimit të konsultimeve në klinikën ambulatorë: studim cohort. *BMJ* 2002;325: 682-683.
- 2 Glass TR et al. *Terapia Antivirale* 13(1):77-85. 2008.
- 3 *OBSH* 2003 p.95-107.
- 4 Arroll B et al. *BMJ* 327:1144-1146. 2003.
- 5 Simioni S, Cavassini M, Anjoni JM, et al. Mosfunksionim njohës në personat HIV pavarësisht afat-gjatë shtypje të viremisë. *AIDS*. 2010 *Qershor* 1;24(9):1243-50.
- 6 Testet seleksionuese të shpejta të Alkoolit, Alkooli dhe alkoolizmi (2002) 37 (1): 61-66.7. Castle, *Lancet* 2008;372:646-55.
- 7 J. Fehr, D. Niça, W. Langewitz, D. Haerry, M.Battegay, rishikuar 2013
- 8 *Artemis, AIDS* 2008, Vol 22 Jo 12: 1389 – 1397.
- 9 ACTG 5142 study, *N Engl J Med* 2008;358:2095-106.
- 10 Brogly S. *Gazeta Ped. Sëmundjeve Infekt.* 2010.
- 11 French Perinatal Cohort, 20th CROI2013, Atlanta, abstrakt 81.

PJESA III Parandalimi dhe Menaxhimi i Bashkënfeksioneve tek Personat HIV-pozitiv

- 1 EHS 2013 Udhëzues, J.Hypertens; 2013;7:1281-1357
- 2 Federata ndërkombëtare e Diabetit. Përkufizim IDF konsensus në të gjithë botën e sindromit metabolik 2005.
- 3 Simioni S, Cavassini M, Anjoni JM, Rimbault AA, Bourquin I, Schiffer V, et al. Mosfunksionim njohës në personat HIV pavarësisht afat-gjatë shtypje të viremisë. *AIDS* 2010 *Qershor* 1;24(9):1243-50.
- 4 Antijori A, Arendt G, Becker JT, Brew BJ, Byrd DA, Cherner M, et al. Përditësuar hulumtim nosologjik për çrregullime neurokognitive të lidhura me HIV-in. *Neurologji* 2007 *Tetor* 30;69(18):1789-99.

Peters B, Post F, Wierzbicki AS et al. Screening for chronic comorbid disease in people with HIV: the need for a strategic approach. *HIV Med.* 2013 Jan;14 Suppl 1:1-11.

El-Sadr WM, Lundgren JD, Neaton JD et al. CD4+ count-guided interruption of antiretroviral treatment. *N Engl J Med* 2006;355:2283-2296.

Silverberg MJ, Chao C, Leyden WA et al. HIV infection and the risk of cancers with and without a known infectious cause. *AIDS*. 2009 Nov 13;23(17):2337-45.

Clifford GM, Polesel J, Rickenbach M et al. Cancer risk in the Swiss HIV Cohort Study: associations with immunodeficiency, smoking, and highly active antiretroviral therapy. *J Natl Cancer Inst.* 2005 Mar 16;97(6):425-32.

De Wit S, Sabin CA, Weber R et al. Incidence and risk factors for new onset diabetes mellitus in HIV infected patients: the D:A:D study. *Diabetes care* 2008 Jun;31(6):1224-9.

Tien PC, Schneider MF, Cox C et al. Association of HIV infection with incident diabetes mellitus: impact of using hemoglobin A1C as a criterion for diabetes. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2012 Nov 1;61(3):334-40.

Freiberg MS, Chang CC, Kuller LH et al. HIV infection and the risk of acute myocardial infarction. *JAMA Intern Med.* 2013 Apr 22;173(8):614-22.

Worm SW, Sabin S, Weber R et al. Risk of Myocardial Infarction in Patients with HIV Infection Exposed to Specific Individual Antiretroviral Drugs from the 3 Major Drug classes: The Data Collection on Adverse Events of Anti-

HIV Drugs (D:A:D) Study. *J Infect Dis.* 2010 Feb 1;201(3):318-30.

Triant VA, Lee H, Hadigan C et al. Increased acute myocardial infarction rates and cardiovascular risk factors among patients with human immunodeficiency virus disease. *J Clin Endocrinol Metab* 2007;92:2506-2512.

Islam FM, Wu J, Jansson et al. Relative risk of cardiovascular disease among people living with HIV: a systematic review and meta-analysis. *HIV Med.* 2012 Sep;13(8):453-68.

Grunfeld C, Delaney JA, Wanke C et al. Preclinical atherosclerosis due to HIV infection: carotid intima-medial thickness measurement from the FRAM study. *AIDS*. 2009 Sep 10;23(14):1841-9

Friis-Moeller N, Thibébaud R, Reiss P et al. for the D:A:D study group. Predicting the risk of cardiovascular disease in HIV-infected patients: the Data Collection on Adverse Effects of Anti-HIV Drugs Study. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2010 Oct;17(5):491-501

Rothman MS, Bessesen MT. HIV infection and osteoporosis: pathophysiology, diagnosis and treatment options. *Curr Osteoporos Rep.* 2012 Dec;10(4):270-7.

Ryom L, Mocroft A, Kirk O et al. on behalf of the D:A:D study group. Association Between Antiretroviral Exposure and Renal Impairment Among HIV-positive Persons with Normal Baseline Renal Function: the D:A:D study. *J Infect Dis.* 2013 May;207(9):1359-1369.

Alsauskas ZC, Medapalli RK, Ross MJ. Expert opinion on pharmacotherapy of kidney disease in HIV-infected patients. *Expert Opin Pharmacother* 2011;12:691-704.

Mocroft A, Kirk O, Reiss P et al. for the EuroSIDA Study Group. Estimated glomerular filtration rate, chronic kidney disease and antiretroviral drug use in HIV-positive patients. *AIDS* 2010 Jul 17;24(11):1667-78.

Bonjoch A, Bayes B, Riba J, et al. Validation of estimated renal function measurements compared with the isotopic glomerular filtration rate in an HIV-infected cohort. *Antiviral Res* 2010;88:347-354.

Chang HR, Pella PM. Atazanavir urolithiasis. *N Engl J Med* 2006;355:2158-2159.

Gaspar G, Monereo A, Garcia-Reyne A et al. Fanconi syndrome and acute renal failure in a patient treated with tenofovir: a call for caution. *AIDS* 2004;18:351-352.

Gupta SK, Eustace JA, Winston JA, et al. Guidelines for the management of chronic kidney disease in HIV-infected patients: recommendations of the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2005;40:1559-1585.

Benhamou Y, Di Martino V, Bochet M et al. Factors affecting liver fibrosis in human immunodeficiency virus-and hepatitis C virus-coinfected patients: impact of protease inhibitor therapy. *Hepatology* 2001;34:283-287.

Kovari H, Ledergerber B, Peter U et al. Association of noncirrhotic portal hypertension in HIV-infected persons and antiretroviral therapy with didanosine: a nested case-control study. *Clin Infect Dis* 2009;49:626-635.

Weber R, Sabin CA, Friis-Moeller N et al. Liver related deaths in persons infected with the human immunodeficiency virus: The D:A:D study. *Arch Intern Med* 2006 Aug 14-28;166(15):1632-1641.

Qurishi N, Kreutzberg C, Lüchters G et al. Effect of antiretroviral therapy on liver-related mortality in patients with HIV and hepatitis C virus coinfection. *Lancet* 2003 Nov 22;362(9397):1708-13.

PJESA IV Menaxhimi klinik dhe trajtimi i bashkëinfeksioneve HBV dhe HCV kronike tek Personat HIV-pozitiv

- 1 Acute hepatitis C in HIV-infected individuals: recommendations from the European AIDS Treatment Network (NEAT) consensus conference. *AIDS* 2011 Feb 20;25(4):399-409.
- 2 Ingiliz P, Rockstroh JK. HIV-HCV co-infection facing HCV protease inhibitor licensing: implications for clinicians. *Liver Int* 2012 Sep;32(8):1194-9.
- 3 EASL Clinical Practice Guidelines: management of hepatitis C virus infection. *J Hepatol* 2011 Aug;55(2):245-64.

Thomson EC, Nastouli E, Main J, et al. Delayed anti-HCV antibody response in HIV-positive men acutely infected with HCV. *AIDS*. 2009;23:89-93.

Lacombe K, Rockstroh J. HIV and viral hepatitis coinfections: advances and challenges. *Gut* 2012;61(Suppl 1):i47-i58.

Qurishi N, Kreuzberg C, Luchters G, et al. Effect of antiretroviral therapy on liver-related mortality in patients with HIV and hepatitis C virus coinfection. *Lancet*. 2003;362:1708-13.

Torriani FJ, Rodriguez-Torres M, Rockstroh JK, et al. Peginterferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection in HIV infected patients. *N Engl J Med* 2004;351:438-50.

Núñez M, Miralles C, Berdún MA, et al. PRESCO Study Group. Role of weight-based ribavirin dosing and extended duration of therapy in chronic hepatitis C in HIV-infected patients: the PRESCO trial. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2007;23:972-82.

Rodriguez-Torres M, Slim J, Bhatti L, et al. Peginterferon alfa-2a plus ribavirin for HIV-HCV genotype 1 coinfecting patients: a randomized international trial. *HIV Clin Trials* 2012;13:142-52.

Sulkowski MS, Sherman KE, Dieterich DT, et al. Combination Therapy With Telaprevir for Chronic Hepatitis C Virus Genotype 1 Infection in Patients With HIV: A Randomized Trial. *Ann Intern Med*. 2013;159:86-96.

Sulkowski M, Pol S, Mallolas J et al. P05411 study investigators. Boceprevir versus placebo with pegylated interferon alfa-2b and ribavirin for treatment of hepatitis C virus genotype 1 in patients with HIV: a randomised, double-blind, controlled phase 2 trial. *Lancet Infect Dis*. 2013;13:597-605.

Cotte L, Braun J, Lascoux-Combe C, et al. ANRS HC26 Study Group. High Early Virological Response with Telaprevir-Pegylated-Interferon-Ribavirin in Treatment-experienced Hepatitis C Virus Genotype 1/HIV Co-infected Patients: ANRS HC26 Telaprevir Study. 20th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, March 3-6, 2013;abstract 36.

Poizot-Martin I, Bellissant E, Piroth L, et al. ANRS-HC27 BOCEPREVIH Study Group. ANRS-HC27 BocepreVIH Interim Analysis: High Early Virologic Response with Boceprevir + Pegylated Interferon + Ribavirin in Hepatitis C Virus/HIV Co-infected Patients with Previous Failure to Pegylated Interferon + Ribavirin. 20th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, March 3-6, 2013

Berenguer J, Alvarez-Pellicer J, et al. GESIDA 3603/5607 Study Group. Sustained virological response to interferon plus ribavirin reduces liver-related complications and mortality in patients coinfecting with human immunodeficiency virus and hepatitis C virus. *Hepatology*. 2009 Aug;50(2):407-13.

Berenguer J, Rodríguez E, Miralles P, et al. GESIDA HIV/HCV Cohort Study Group. Sustained virological response to interferon plus ribavirin reduces non-liver-related mortality in patients coinfecting with HIV and Hepatitis C virus. *Clin Infect Dis*. 2012 Sep;55(5):728-36.

Hézode C, Fontaine H, Dorival C, et al. CUPIC Study Group. Triple therapy in treatment-experienced patients with HCV-cirrhosis in a multicentre cohort of the French Early Access Programme (ANRS CO20-CUPIC) - NCT01514890. *J Hepatol*. 2013 May 10. doi:pii: S0168-8278(13)00290-0. 10.1016/j.jhep.2013.04.035. [Epub ahead of print]

Miro JM, Montejó M, Castells L, et al. Spanish OLT in HIV-Infected Patients Working Group investigators. Outcome of HCV/HIV-coinfecting liver transplant recipients: a prospective and multicenter cohort study. *Am J Transplant*. 2012;12:1866-76.

Terrault NA, Roland ME, Schiano T, et al. Solid Organ Transplantation in HIV: Multi-Site Study Investigators. Outcomes of liver transplant recipients with hepatitis C and human immunodeficiency virus coinfection. *Liver Transpl*. 2012;18:716-26.

Sonneveld MJ, Rijckborst V, Boucher CA, et al. Prediction of sustained response to peginterferon alfa-2b for hepatitis B e antigen-positive chronic hepatitis B using on-treatment hepatitis B surface antigen decline. *Hepatology*. 2010;52:1251-1257.

Neukam K, Camacho A, Caruz A, et al. Prediction of response to pegylated interferon plus ribavirin in HIV/hepatitis C virus (HCV)-coinfecting patients using HCV genotype, IL28B variations, and HCV-RNA load. *J Hepatol*. 2012;56:788-794.

PJESA V Infeksionet Oportuniste

DHHS: Udhëzime për parandalimin dhe trajtimin e infeksioneve oportune në të rriturit e infektuar me HIV dhe adoleshentët. Korrik 2013. www.aidsinfo.nih.gov