

# EACS

European AIDS Clinical Society

# Udhërrëfyes

Versioni 6 - Tetor 2011



Shoqata Klinike Evropiane për AIDS-in (EACS) është një grup jo fitimprurës i mjekëve, klinicistëve dhe kërkuesve evropianë në fushën e HIV/AIDS-it. Qëllimi i saj është të bashkojë shkencëtarët nga e gjithë Evropa për të ndihmuar

shkëmbimin e njohurive më të fundit mjekësore dhe shkencore në lidhje me aspektet klinike të HIV/AIDS-it dhe komplikacionet që lindin prej tij.

---

## Anëtarët e Komitetit Ekzekutiv

---

Peter Reiss ( <b>President</b> )	Amsterdam, <i>Holandë</i>
Manuel Battegay ( <b>Zëvendës President</b> )	Bazel, <i>Zvicër</i>
Nathan Clumeck ( <b>Ekonomist</b> )	Bruksel, <i>Belgjikë</i>
Fiona Mulcahy ( <b>Sekretare</b> )	Dublin, <i>Irlandë</i>

---

José Arribas	Madrid, <i>Spanjë</i>
Antonella d'Arminio Monforte	Milano, <i>Itali</i>
José Gatell	Barcelonë, <i>Spanjë</i>
Anna Maria Geretti	Londër, <i>Mbretëria e Bashkuar</i>
Christine Katlama	Paris, <i>Francë</i>
Jens D. Lundgren	Kopenhagë, <i>Danimarkë</i>
Anton Pozniak	Londër, <i>Mbretëria e Bashkuar</i>
Jürgen Rockstroh	Bon, <i>Gjermani</i>
Mike Youle	Londër, <i>Mbretëria e Bashkuar</i>

# Tabela e përmbajtjes

▪ Anëtarët e Komitetit Ekzekutiv .....	2	▪ TAR: Nefrotoksiciteti i lidhur me medikamentet .....	38	
▪ Anëtarët e panelit .....	4	- Përshtatja e dozave të antiretroviraleve për funksionin e dëmtuar renal (Shtojcë)		
▪ Shkurtime të përdorura në këtë dokument .....	5	- Indikatorët dhe testet për tubulopatine renale proksimale (TRP) (Shtojcë)		
<b>Pjesa I Vlerësimi i pacientëve të infektuar me HIV në vizitën e parë dhe ato vijuese .....</b>		▪ Puna dhe menaxhimi i pacientëve me HIV që kanë ALT/AST të rritur .....	39	
<b>Pjesa II Trajtimi me ARV tek pacientët e infektuar me HIV .....</b>		▪ Menaxhimi i pacientëve HIV-pozitivë me cirrozë .....	40	
▪ Vlerësimi i gadishmërisë së pacientëve për fillimin e TAR-it .....	10	- Rekomandimet e dozimit antiretroviral te pacientët me insufiçencë hepatike (Shtojcë)		
▪ Komentet për tabelën "Vlerësimi i gadishmërisë e pacientëve për fillimin e TAR-it" .....	11	- Diagnoza dhe menaxhimi i sindromës hepatorenale (HRS) (Shtojcë)		
▪ Rekomandimet për fillimin e terapisë me antiretrovirale TAR tek personat HIV pozitivë, të pa ekspozuar më parë ndaj TAR .....	12	▪ Lipodistrofia: diagnostikimi dhe menaxhimi .....	42	
▪ Regjimet e kombinimeve fillestare për pacientët që nuk kanë marrë më parë terapi antiretrovirale .....	13	▪ Udhëtimi .....	43	
▪ Infeksioni akut HIV .....	14	▪ Vaksinimi .....	44	
▪ Ndryshoni strategjitë për pacientët virologjikisht të supresuar .....	15	- Medikamentet antimalarike dhe cTAR (Shtojcë)		
▪ Dështimi virologjik .....	16	▪ Hiperlaktataemia: diagnostikimi, parandalimi dhe menaxhimi .....	45	
▪ Trajtimi i grave shtatzëna me HIV .....	17	- Menaxhimi i hiperlaktatemisë dhe menaxhimi i acidozës laktike (Shtojcë)		
▪ Terapia Antiretrovirale (TAR) në bashkëinfeksionin TB/HIV .....	18	▪ Vlerësimi i disfunksionit seksual tek personat me HIV .....	46	
▪ Profilaksia pas ekspozimit .....	19	▪ Trajtimi i disfunksionit seksual tek meshkujt e prekur nga HIV .....	47	
▪ Ilaçet antiretrovirale dhe kategoritë e medikamenteve: efekte anësore të shpeshta/të rënda .....	20	▪ Çrregullimet neurokonjitive: diagnoza dhe menaxhimi .....	48	
▪ Ndërveprimet ndërmjet medikamenteve anti-HIV dhe jo anti-HIV .....	22	- Shkalla IADL (Aktivitetet Instrumentale të Jetesës së Përditshme) (Shtojcë)		
- Ndërveprimet mes antidepressantëve dhe agjentëve antiretroviralë (Shtojcë)		<b>Pjesa IV Menaxhimi klinik dhe trajtimi i hepatitëve kronike B dhe C në bashkëinfeksion me HIV-in tek të rriturit .....</b>		
- Rekomandimet e dozimit antiretroviral te pacientët me insufiçencë hepatike (Shtojcë)		▪ Rekomandime të përgjithshme për pacientët me bashkëinfeksion HIV dhe hepatite .....	50	
- Përshtatja e dozave të antiretroviraleve për funksionin e dëmtuar renal (Shtojcë)		▪ Vlerësimi i indikacioneve të trajtimit për infeksionin HBV te personat HIV-pozitivë .....	52	
<b>Pjesa III Parandalimi dhe menaxhimi i pranisë së disa sëmundjeve jo infektive te pacientët me HIV .....</b>		24	▪ Trajtimi i infeksionit kronik HBV në personat HIV-pozitivë .....	53
▪ Çështje të veçanta të HIV-it që duhen marrë në konsideratë në menaxhimin e pranisë së disa sëmundjeve "joiinfektive" .....	24	▪ Rekomandimet e trajtimit për terapinë e hepatitit C te personat me bashkëinfeksion HIV .....	54	
- Vartësia ndaj drogës dhe adiksiioni ndaj drogës (Shtojcë)		▪ Procedurat diagnostikuese për hepatitin C në bashkëinfeksionin me HIV .....	56	
▪ Metodat për depistimin e kancerit .....	25	▪ Kohëzgjatja optimale e propozuar për terapinë e HCV-së te pacientët me bashkëinfeksione HCV/HIV .....	57	
- Ndryshimet dhe adaptimet në stilin e jetës (Shtojcë)		▪ Algoritmi për menaxhimin e HCV akut tek individët e infektuar me HIV .....	58	
▪ Parandalimi i sëmundjeve kardiovaskulare .....	26	▪ Përkufizimi i përgjigjes së trajtimit me Peg-IFN dhe ribavirin .....	59	
▪ Hipertensioni: diagnoza dhe menaxhimi .....	27	▪ Klasifikimi dhe ndërhyrjet për pacientët me bashkëinfeksion HCV/HIV që nuk i përgjigjen terapisë/bëjnë relapse ndaj terapive të mëparshme të bazuara tek interferoni .....	60	
▪ Lloji i 2-të i diabetit: diagnostikimi dhe menaxhimi .....	29	<b>Shtojcë</b>		
▪ Ndërhyrjet për trajtimin e diabetit .....	30	▪ Ndryshimet dhe adaptimet në stilin e jetës .....	I	
▪ Dislipidemia: menaxhimi .....	31	▪ Ndërveprimi midis antidepressantëve dhe agjentëve antiretroviralë ..	II	
▪ Hipertensioni: diagnoza dhe menaxhimi .....	32	▪ Përshtatja e dozave të antiretroviraleve për funksionin e dëmtuar renal .....	III	
▪ Klasifikimi, dozimi, siguria dhe efektet anësore të antidepressantëve .....	34	▪ Indikatorët dhe testet për tubulopatine renale proksimale (TRP) .....	V	
- Ndërveprimet mes antidepressantëve dhe agjentëve antiretroviralë (Shtojcë)		▪ Rekomandimet e dozimit antiretroviral te pacientët me insufiçencë hepatike .....	VI	
▪ Sëmundje të kockave: diagnostikimi, parandalimi dhe menaxhimi .....	35	▪ Diagnoza dhe menaxhimi i sindromës hepatorenale (HRS) .....	VIII	
▪ Mungesa e vitaminës D: diagnostikimi dhe menaxhimi .....	36	▪ Medikamentet antimalarike dhe cTAR .....	IX	
▪ Sëmundjet e veshkave: diagnostikimi .....	37	▪ Vartësia ndaj drogës dhe adiksiioni ndaj drogës .....	X	
		▪ Menaxhimi i hiperlaktatemisë dhe menaxhimi i acidozës laktike .....	XI	
		▪ Shkalla IADL (Aktivitetet Instrumentale të Jetesës së Përditshme) ..	XII	
		▪ Menaxhimi i pacientëve HIV-pozitivë me cirrozë të mëlgjisë .....	XIV	
		▪ Referencat .....	XVI	
		▪ Konfliktet e interesit .....	XVII	

---

## Anëtarët e Panelit

---

### Trajtimi i HIV

---

<b>Kryetar: Nathan Clumeck</b>	Bruksel, <i>Belgjikë</i>
Antonella d'Arminio Monforte	Milano, <i>Itali</i>
José Arribas	Madrid, <i>Spanjë</i>
Manuel Battégay	Bazel, <i>Zvicër</i>
Nikos Dedes	Athinë, <i>Greqi</i>
José Gatell	Barcelonë, <i>Spanjë</i>
Anna Maria Geretti	Londër, <i>Mbretëria e Bashkuar</i>
Christine Katlama	Paris, <i>Francë</i>
Jens D. Lundgren	Kopenhagë, <i>Danimarkë</i>
Anton Pozniak	Londër, <i>Mbretëria e Bashkuar</i>
François Raffi	Nante, <i>Francë</i>

### Sëmundjet

---

<b>Kryetar: Jens D. Lundgren</b>	Kopenhagë, <i>Danimarkë</i>
Manuel Battégay	Bazel, <i>Zvicër</i>
Georg Behrens	Hanovër, <i>Gjermani</i>
Mark Bower	Londër, <i>Mbretëria e Bashkuar</i>
Paola Cinque	Milano, <i>Itali</i>
Simon Collins	Londër, <i>Mbretëria e Bashkuar</i>
Juliet Compston	Kembrixh, <i>Mbretëria e Bashkuar</i>
Gilbert Deray	Paris, <i>Francë</i>
Stéphane De Wit	Bruksel, <i>Belgjikë</i>
Christoph A. Fux	Bernë, <i>Zvicër</i>
Giovanni Guaraldi	Modena, <i>Itali</i>
Patrick Mallon	Dublin, <i>Irlandë</i>
Esteban Martinez	Barcelonë, <i>Spanjë</i>
Socrates Papapoulos	Leiden, <i>Holandë</i>
Renaud du Pasquier	Lausanne, <i>Zvicër</i>
Neil Poulter	Londër, <i>Mbretëria e Bashkuar</i>
Peter Reiss	Amsterdam, <i>Holandë</i>
Alessandra Vigano	Milano, <i>Itali</i>
Ian Williams	Londër, <i>Mbretëria e Bashkuar</i>
Alan Winston	Londër, <i>Mbretëria e Bashkuar</i>

### Bashkëinfeksionet

---

<b>Kryetar: Jürgen Rockstroh</b>	Bon, <i>Gjermani</i>
Sanjay Bhagani	Londër, <i>Mbretëria e Bashkuar</i>
Raffaele Bruno	Pavia, <i>Itali</i>
Diego García	Alicante, <i>Spanjë</i>
Maxime Journiac	Paris, <i>Francë</i>
Karine Lacombe	Paris, <i>Francë</i>
Stefan Mauss	Dyseldorf, <i>Gjermani</i>
Lars Peters	Kopenhagë, <i>Danimarkë</i>
Massimo Puoti	Breshia, <i>Itali</i>
Vicente Soriano	Madrid, <i>Spanjë</i>
Cristina Tural	Barcelonë, <i>Spanjë</i>

Falënderime: Paneli që ka hartuar këtë udhërrëfyes ka marrë komente dhe sugjerime të vlefshme nga personat e mëposhtëm: T Brown, D Burger dhe C Marzolini

# Shkurtime e përdorura në këtë dokument

## SHKURTESAT ARV

- 3TC = lamivudine
- ABC = abacavir
- ATV = atazanavir
- d4T = stavudinë
- ddl = didanosinë
- DRV = darunavir
- EFV = efavirenz
- ENF = enfuvirtide
- ETV = etravirinë
- FDC = kombinim me dozë fikse
- FP = frenuesit e proteazës
- FP/r = frenuesit e proteazës së fuqizuar farmakologjikisht me ritonavir
- FPV = fosamprenavir
- FTC = emtricitabine
- FTRJN = frenuesit e transkriptazave reverse jo nukleoside
- FTRN = frenuesit e transkriptazave reverse nukleos(t)ide
- IDV = indinavir
- LPV = lopinavir
- MVC = maraviroc
- NFV = nelfinavir
- NVP = nevirapine
- RAL = raltegravir
- RTV = ritonavir (i përdorur si fuqizues = /r)
- SQV = saquinavir
- TDF = tenofovir
- TPV = tipranavir
- ZDV = zidovudinë

## SHKURTESA TË TJERA

- ALT = alaninë aminotransferaza
- ASP = antigjeni specifik i prostatës
- AST = aminotransferaza aspartate
- BMI = indeksi i masës trupore
- CMV = citomegalovirus
- CXR = grafi e kraharorit
- DMK = dendësia e mineraleve të kockës
- DXA = grafi absorptiometri me rreze X me energji dyfishe (mjete për matjen e dendësinë e mineraleve në kockë)
- ECG = elektrokardiogram
- EKA = enzimë konvertuese angiotensine
- FAL = fosfataza alkaline
- FBC = gjak komplet
- FI = frenues i integrazës
- FRAX = mjete i vlerësimit të rrezikut për fraktura
- HBV = virusi i hepatitit B
- HCV = virusi i hepatitit C
- HDL-c = HDL-kolesterol
- HPV = papiloma virusi human
- HPT = hormonet paratiroide
- HSR = reaksion hipersensitiviteti
- IGRA = prova e çlirimit të gama-interferonit
- IST = infeksionet seksualisht të transmetueshme
- IV = intravenoz
- KT = kolesteroli total
- LCS = lëngu cerebrospinal
- LDL-k = LDL-kolesterol
- LGV = limfogramuloma venerike
- Mg = magnezium
- MSM = meshkuj që kryejnë seks me meshkuj
- MTM = monitorimi terapeutik i medikamenteve
- NSHHIV = nefropati të shoqëruar me HIV
- NV = ngarkesa virale
- PPD = derivati i pastër i proteinës (Testi i Mantusë)
- RBV = ribavirin
- shNDSR = shkurtime për ndryshimin e dietës në formulën e sëmundjeve renale
- SIZ = sëmundje ishemike të zemrës
- SK = sëmundje kardiovaskulare
- SKV = sëmundje kronike e veshkave
- SNQ = sistemi nervor qendror
- SPOK = sëmundje pulmonare obstruktive kronike
- TAR = terapi me antiretrovirale
- TG = trigliceride
- UA/K = raporti albuminë/kreatininë në urinë
- UP/K = raporti proteinë/kreatininë në urinë
- vSHFG = vlerësimi i shkallës së filtrimit glomerular
- WB = western blot (testi imunoblot, test për dallimin e proteinave specifike tek pacientët me HIV)
- Zn = zink

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

	Vlerësimi	Gjatë diag- nostikimit të HIV	Para se të fillohet TAR e kombinuar	Frekuenca e ndjekjes	Komente	Shikoni faqen
<b>HISTORIA</b>	Historia/anamneza e plotë mjekësore përfshirë <ul style="list-style-type: none"> <li>Histori familjare (psh., sëmundje kardiovaskulare (SK) premature, diabet, hipertension, sëmundje kronike të veshkave (SKV))</li> <li>Medikamente bashkëhoqëse <sup>(1)</sup></li> <li>Prani e disa sëmundjeve të kaluara dhe prezente</li> <li>Anamneza e vaksinimit</li> </ul>	+	+		Gjatë transferimit të kujdesit përsërisni vlerësimin	
<b>Mjekësore</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stili aktual i jetesës (përdorimi i alkoolit, pirja e duhanit, dijeta, ushtrime aerobike, përdorimi i drogës)</li> <li>Punësimi</li> <li>Mjedisi social dhe mirëqenia</li> <li>Sëmundshmëria psikologjike</li> <li>Partneri/ja dhe fëmijët</li> <li>Anamneza seksuale</li> <li>Seks më i sigurt</li> <li>Statusi i partnerit/es dhe zbulimi i diagnozës</li> <li>Çështjet e konceptimit</li> </ul>	+	+	Çdo vizitë	<p>Konsideroni një grafi të kraharorit CXR nëse ka anamnezë për sëmundje pulmonare</p> <p>Matni titrat e antitropave dhe ofroni vaksinim sipas indikacionit</p>	<p><b>26</b></p> <p><b>22</b></p> <p><b>44</b></p>
<b>Mjedisi psikosocial</b>		+	+	6-12 muaj	Zakonet e dëmshme të stilit të jetesës duhet të adresohen më shpesh	Shtojcë: Ndryshimet dhe adaptimet në stilin e jetës
<b>Shëndeti seksual dhe riprodhues</b>		+	+	Siç indikohet	Ofroni mbështetje dhe këshillim nëse është e nevojshme	
		+	+	Çdo vizitë	Siguroni këshillim nëse nevojitet	
		+	+	6-12 muaj	Testoni partnerin/en dhe fëmijët nëse janë në rrezik	
		+	+	Siç indikohet	Merruni me çështje të lidhura me disfunkcionin seksual	<b>46</b>
		+	+	Siç indikohet	Kur indikohet, duhet ti kushtoni vëmendje riskut për transmetim seksual	
		+	+	Siç indikohet		
<b>SËMUNDJA E HIV</b>						

	Vlerësimi	Gjatë diag- nostikimit të HIV	Para se të fillohet TAR e kombinuar	Frekuenca e ndjekjes	Komente	Shikoni faqen
<b>Virologjia</b>	• Konfirmimi i testit HIV Ab+	+				
	• HIV ARN në plazmë	+	+	3-6 muaj	Monitorim më i shpeshtë i HIV ARN në fillim të trajtimit me antiretrovirale TAR	
	• Testi i rezistencës genotipike dhe nën-tipi	+	+	Në rast pam-jaftueshmë-rie virologjike	Kryeni testin e rezistencës genotipike para fillimit të TAR, nëse nuk është bërë më parë, ose nëse ka risk për mbi-infeksion	<u>12-21</u>
	• Përcaktimi i Tropizmit R5 (nëse është i disponueshëm)	+/-	+		Depistoni nëse konsideroni përfshirjen e antagonistit R5 në regjim	
<b>Imunologjia</b>	• Numri absolut i CD4 dhe % (opsionale: CD8 dhe përqindja)	+	+	3-6 muaj <sup>(ii)</sup>	Konsideroni monitorim më të rrallë për pacientët e stabilizuar me trajtim me antiretrovirale dhe me numër të lartë CD4 <sup>(ii)</sup>	<u>12-21</u>
	• HLA B5701 (nëse është e mundshme)	+	+/-		Bëni testet e nevojshme para fillimit të terapisë me antiretrovirale që përmban abacavir, nëse nuk është testuar më parë	
<b>BASHKË INFEKSIONEVE</b>						
<b>IST</b>	• Serologjia e sifilizit	+		Vjetore /siç indikohet	Konsideroni depistim më të shpeshtë, nëse ka risk	
	• Monitorim i IST	+		Vjetore /siç indikohet	Monitorimi nëse ka risk	
<b>Hepatiti Viral</b>	• Serologjia e Hepatitit A	+			Monitorim nëse ka risk, vaksino nëse nuk është imun	<u>44</u>
	• Monitorim për Hepatit C	+		Vjetore /siç indikohet	Monitorim vjetor nëse ka risk të vazhdueshëm Matni HIV ARN, nëse dyshoni për HCV Ab+ ose për infeksion akut Nëse HIV ARN pozitive	<u>46</u>
	• Monitorim për Hepatit B	+	+		Vaksinoni nëse nuk është imun Monitorim vjetor për pacientët e prekshëm Nëse Hep B sAg pozitiv	<u>52</u>
<b>Tuberkulozin</b>	• Grafi e kraharorit CXR	+			Konsideroni CXR rutinë tek pacientët nga popullata me prevalencë të lartë	
	• PPD (Derivat proteinik i purifikuar) nëse numri i CD4 > 400	+		Ri-monitoroni nëse ka ekspozim		
	• IGR tek popullatat e përzgjedhura me risk të lartë (nëse është e mundur)	+				

	Vlerësimi	Gjatë diag- nostikimit të HIV	Para se të fillohet TAR e kombinuar	Frekuenca e ndjekjes	Komente	Shikoni faqen
Të tjerë	• Serologjia e virusit Varicella zoster (lila e dheneve)	+			Ofroni vaksinim kur indikohet	<u>44</u>
	• Serologjia e Fruthit / Rubeolës	+			Ofroni vaksinim kur indikohet	<u>44</u>
	• Serologjia e Toksoplazmozës	+				
	• Serologjia e CMV citomegalovirusit	+				
	• Serologjia e Leishmaniozës	+/-			Monitoroni në përputhje me anamnezën e udhëtimit / origjinës	
	• Parazitët tropikalë: p.sh. shistosomiazis, serologjia e stronglioidëve	+/-			Monitoroni në përputhje me anamnezën e udhëtimit / origjinës	
<b>SËMUNDJEVE JO INFEKTIVE</b>						
Hematologji	• Gjak komplet FBC	+	+	3-12 muaj		
	• Hemoglobinatitë	+			Depistoni pacientët në rrezik	
	• G6PD Glukozë-6-fosfat dehidrogjenaza	+			Depistoni pacientët në rrezik	Shtojcë: Ndryshimet dhe adaptimet në stilin e jetës
Përbërja e trupit	• Indeksi i masës trupore	+	+	Vjetore		<u>26</u>
Sëmundje kardiovaskulare	• Vlerësim i rrezikut (Pikët e Framingham <sup>(iii)</sup> )	+	+	Vjetore	Duhet e kryer tek të gjithë meshkujt > 40 dhe femrat > 50 vjet pa sëmundje kardiovaskulare Sk	
	• ECG (elektrokardiogram)	+	+/-		Konsideroni EKG para fillimit të FP të lidhur me probleme të mundshme të përçimit	
Hipertensioni	• Presioni i gjakut	+	+	Vjetore		<u>27</u>
Lipidet	• KT, HDL-k, LDL-k, TG <sup>(iv)</sup>	+	+	Vjetore	Të përsëritet në gjendje esëll nëse përdoret për ndërhyrje mjekësore (d.m.th. ≥ 8 orë pa marrë kalori)	<u>31</u>
Glukoza	• Glukoza plazmatike	+	+	6-12 muaj	Merrni në konsideratë testin e tolerancës orale të glukozës nëse nivelet e përsëritura të glukozës në gjendje esëll janë prej 5,7-6,9 mmol/L (100-125 mg/dL)	<u>29</u>
Sëmundje të mëlçisë	• Vlerësimi i rrezikut <sup>(v)</sup>	+	+	Vjetore	Monitorim më i shpeshtë para se të fillohet dhe gjatë trajtimit me medikamente hepatotoksike	<u>39</u>
	• ALT/AST, FAL, Bilirubina	+	+	3-12 muaj		



	Vlerësimi	Gjatë diag- nostikimit të HIV	Para se të fillohet TAR e kombinuar	Frekuenca e ndjekjes	Komente	Shikoni faqen
<b>Sëmundje renale</b>	• Vlerësimi i rrezikut <sup>(vi)</sup>	+	+	Vjetore	Monitorim më i shpeshtë nëse paraqiten faktorët e rrezikut të sëmundjeve kronike të veshkave dhe/ose para fillimit apo gjatë trajtimit me medikamente nefrotoksike <sup>(ix)</sup>	<u>37</u>
	• vSHFG (shNDSR) <sup>(viii)</sup>	+	+	3-12 muaj		
	• Analizat me shirit të urinës <sup>(viii)</sup>	+	+	Vjetore	Çdo 6 muaj nëse shkalla e filtrimit glomerular vRFG < 60 mL/min; nëse proteinuria ≥ 1+ dhe/ose vRFG < 60 mL/min, kryeni UP/K (raporti proteinë në urinë/kreatininë) ose UA/K (raporti acid urik/kreatininë) <sup>(viii)</sup>	
<b>Sëmundje të kockave</b>	• Profili kockor: kalçium, PO4 fosfatidilinozitol, ALP fosfataza alkaline	+	+	6-12 muaj		<u>35</u>
	• Vlerësimi i rrezikut <sup>(x)</sup> (FRAX® <sup>(xi)</sup> ) në pacientët > 40 vjeç	+	+	2 vjet	Konsideroni DXA tek pacientët në risk	
<b>Vitamina D</b>	• 25-OH Vitamina D	+		Siç indikohet	Depistoni pacientët në rrezik	<u>36</u>
<b>Dëmtim Neurokonjitiv</b>	• Pyetje depistimi	+	+	2 vjet	Ekzaminoni të gjithë pacientët pa rrethana tepër ngatëruese. Nëse janë anormale ose asimptomatikë, referojuni faqes së algoritmit për vlerësim të mëtejshëm	<u>48</u>
<b>Depresion</b>	• Pyetje depistimi	+	+	1-2 vjet	Depistoni pacientët në rrezik	<u>32</u>
<b>Kanceri</b>	• Mamografi			1-3 vjet	Femrat 50-70 vjeç	<u>25</u>
	• PAP test cervical			1-3 vjet	Femrat seksualisht aktive	
	• Anoskopi dhe PAP (MSM)			1-3 vjet	Të dhëna mbi përfitimet	
	• Fetoprotein alfa (α FP) dhe eko			6 m	Personat me cirrozë	<u>40</u>
	• Të tjerë				I diskutueshëm	

i Rishqyrtoni të gjitha mjekimet e njëkohshme, të cilat mund të ndërveprojnë potencialisht me medikamentet antiretrovirale ose të rrisin bashkë-sëmundshmëritë.

ii Nëse është i qëndrueshëm ndaj TAR me NV ngarkesë virale të padallueshme dhe numër të CD4 > 350x10<sup>6</sup>/L, konsideroni monitorim të numrit të CD4 më të rrallë, çdo 6-12 muaj.

iii Një ekuacion rreziku i zhvilluar nga popullata me HIV është në zhvillim e sipër (shikoni: [www.cphiv.dk/tools.aspx](http://www.cphiv.dk/tools.aspx)). Për t'u pasur parasysh, nëse pacientët marrin medikamente për të kontrolluar dislipideminë dhe/ose hipertensionin, çdo vlerësim i rrezikut duhet të interpretohet me kujdes.

iv Logaritmi i LDL-kolesterolit në rastet kur TG nuk janë të larta mund të gjenden në [www.cphiv.dk/tools.aspx](http://www.cphiv.dk/tools.aspx).

v Faktorët e rrezikut për sëmundjet kronike të mëlçisë përfshijnë: alkoolin, hepatitin viral, obezitetin, diabetin, rezistencën ndaj insulinës, hiperlipideminë, medikamentet hepatotoksike.

vi Faktorët e rrezikut për sëmundjet kronike të veshkave përfshijnë: hipertensionin, diabetin, sëmundjet kardiovaskulare, histori të familjes, etninë e afrikanëve të zinj, hepatitet virale, medikamentet nefrotoksike shoqëruese

vii vRFG: përdorimi i modifikimit të shkurtuar të dietës në formulën e sëmundjes renale (aMDRD) duke u bazuar te kreatinina plazmatike, gjinia, moshë dhe etnia (shih: [www.cphiv.dk/tools.aspx](http://www.cphiv.dk/tools.aspx)).

viii Disa ekspertë rekomandojnë UA/K apo UP/K si teste depistuese për proteinurinë tek të gjithë pacientët. UA/K: raporti i kreatinës/albuminës në urinë (mg/mmol) zbulon dukshëm sëmundjet glomerulare. Përdoren te pacientët me diabet. UP/K: raporti total i proteinave/kreatinës në urinë (mg/mmol) vë në dukje totalin e proteinave dytësore në sëmundjet glomerulare dhe tubulare.

ix Depistim i mëtejshëm kërkohet për pacientët që marrin tenofovir (shikoni 1.38).

x Faktorët klasikë të rrezikut: moshë e madhe, gjinia femërore, hipogonadizmi, historiku familiar me frakturë të këllukut (vitheve), BMI (Indeksi i Masës Trepore) e ulët (≤ 19 kg/m<sup>2</sup>), mungesa e vitaminës D, pirja e duhanit, pasiviteti fizik, historiku i frakturave nga përplasja të lehta, konsumimi i tepërt i alkoolit (> 3 njësi/ditë), ekspozimi ndaj steroideve (minimumi 5 mg për më shumë se 3 muaj)

xi pajisja e krijuar nga OBSH për vlerësimin e riskut të frakturës (FRAX®): ([www.shef.ac.uk/FRAX](http://www.shef.ac.uk/FRAX)).

# Pjesa II Trajtimi me ARV tek pacientët e infektuar me HIV

## Vlerësimi i gadishmërisë pacientëve për fillimin e TAR-it <sup>(i)</sup>

Qëllimi: Lehtësimi i marrjes së vendimeve dhe të fillimit të TAR për pacientët që kualifikohen sipas udhërrëfyesve ndërkombëtare

### Përpara fillimit të TAR, depisto për pengesat në marrjen e vendimit dhe për aderencën:

Faktorët e lidhur me pacientin: Depresioni <sup>(ii)</sup> A. Përdorimi i dëmshëm i alkoolit apo i drogave narkotike <sup>(iii)</sup> B. Probleme në fushën konjitive <sup>(iv)</sup> C. Njohuri të pakta në fushën e shëndetit	Faktorët e lidhur me sistemin: D. Sigurimet shëndetësore dhe furnizimi me medikamente E. Vazhdimësia e furnizimit me medikamente F. Mbështetja sociale dhe shpallja e diagnozës
---	--

Njihni, diskutoni dhe reduktoni problemet sa herë të jetë e mundur!

Vlerësoni gatishmërinë e pacientit dhe mbështesni përparimin midis fazave të procesit: <sup>(v)</sup>

“Do të doja të flisja rreth medikamenteve për HIV-in” <prisni> “Çfarë mendoni në lidhje me to?” <sup>(vi)</sup>

Mbani mend:

- Caktoni axhendën përpara çdo interviste
- Përdorni pyetje të hapura kudo që është e mundur
- Përdorni teknikën PMPP <sup>(vii)</sup>

**Faza para meditim:** "Nuk kam nevojë për të, ndihem mirë" "Nuk dua të mendoj për të"

**Mbështetja:** Tregoni respekt për qëndrimet e pacientit / Mundohuni të kuptoni besimet mbi shëndetin dhe terapinë / Formoni besimin / Ofroni informacion të shkurtër sipas nevojave të personit / Caktoni takimin e radhës

Rifilloni përsëri

**Meditimi:** Mendime:

**Mbështetja:** Lejoni ambivalencën / Mbështetni avantazhet dhe dizavantazhet e peshës bashkë me pacientin / Vlerësoni nevojat për informacion dhe mbështetni kërkimin e informacionit / Planifikoni takimin tjetër

JO



Rifilloni përsëri

**Përgatitja:** "Dua të filloj, mendoj se medikamentet do të më japin mundësinë të bëj një jetë normale"

**Mbështetja:** Ritorconi vendimin / Merrni vendime të përbashkëta në situatat më të përshtatshme / Edukoni: aderencën, rezistencën, efektet anësore / Diskutoni integrimin në jetën e përditshme / Vlerësoni efikasitetin vetjak

JO



**Pyesni:** Mendoni se mund ta menaxhoni marrjen e cTAR në mënyrë të vazhdueshme pasi të keni filluar?

**Përdorimi:** VAS 0-10 <sup>(viii)</sup>

0 ..... 5 ..... 10

Pacientët që vijnë në klinikë mund të jenë në fazë të ndryshme të gatishmërisë: në fazën e para meditim, atë të meditim ose të përgatitjes [Modeli Transteorik; Prochaska JO. Am Psychol 47:1102-1114, 1992]. Hapi i parë është të vlerësoni këtë fazë dhe më pas të mbështetni/ ndërhyni sipas nevojave. Përfundimisht përbën rasti kur pacienti vjen vonë, apo shumë vonë, d.m.th. niveli i CD4 është < 200 ose < 50 qel/μL. Në këtë rast, fillimi i TAR-it nuk duhet të shtyhet; klinici duhet të mundohet të identifikojë pengesat më të rëndësishme të aderencës që mund të jenë të pranishme dhe të mbështesë pacientin për të qenë i gatshëm për fillimin e menjëhershëm të TAR-it.

### Merrni në konsideratë trajnimin e aftësive:

- Marrja e trajnimeve mbi mjekimin, mundësisht MEMS (2-4 javë) <sup>(ix)</sup>
- Terapi e vëzhguar direkt më mbështetje të dhënies së informacionit dhe edukimit
- Përdorni mjete ndihmëse: Kuti me ilaçe, alarm i celularit, përfshirje e personave të kontaktit aty ku mundet

### FILLONI DHE MBANI ADERENCËN

**Depistoni:** Për problemet e aderencës në çdo takim <sup>(x)</sup>

**Mbështetja:** Diskutoni efektet anësore, edukoni për indikatorët zëvendësues, diskutoni kohën e marrjes së medikamenteve të integruara

**Fuqizoni:** Jepni opinion pozitiv

## Komente për tabelën "Vlerësimi i gadishmërisë pacientëve për fillimin e TAR-it"

- i Kjo tabelë duhet të lehtësojë fillimin e TAR-it. Pikat e rëndësishme për t'u marrë parasysh, të renditura në këtë tabelë, si marrja e vendimit, apo pengesat për aderencën, duhet të gjykojnë klinikisht në kontekstin ku ndodhin. Për shembull, mjeku duhet të gjykojë nëse TAR duhet të fillohet menjëherë, pavarësisht zbulimit të pengesave të mundshme në aderencë ose nëse justifikohet vonesa e nisjes. Merrni në konsideratë mjedisin kulturor të pacientit.
- ii Pyesni: *"Gjatë muajve të mëparshëm, a jeni ndierë shpesh pa humor, të dëshpëruar apo të pashpresë?" "Gjatë muajve të mëparshëm, a jeni ndierë shpesh pa interes ose pa kënaqësi për të bërë gjëra?" "A ka diçka me të cilën mund t'ju ndihmojmë?"* Nëse përgjigjet janë pozitive, atëherë ndjeshmëria është 96 %, specifikiteti 89 % (Arroll B et al. BMJ 327:1144-1146. 2003).
- iii Pyesni: *"A keni menduar rreth reduktimit të konsumimit të alkoolit?"; "A jeni bezdisur ndonjëherë kur njerëzit flasin në lidhje me zakonet tuaj të konsumimit të alkoolit?"; "A jeni ndierë ndonjëherë fajtor për sa i përket përdorimit të alkoolit?"; "A është pirja e alkoolit gjëja e parë që bëni sa zgjoheni në mëngjes (për të hapur sytë)?"*. Nëse më shumë se dy pyetje- RBFS marrin përgjigje pozitive, do të thotë se shkalla e sensibilitetit dhe specifikitetit për personat problematikë në lidhje me përdorimin e alkoolit është më shumë se sa 90 % (Kitchens JM. JAMA 272(22): 1782-1787. 1994). Bëni pyetje të ngjashme për përdorimin e drogës për argëtim.
- iv Pyesni: *"A mendoni se keni probleme përqendrimi gjatë ditës?"; "A ndieni se keni vështirësi në të menduar?"; "A ndieni se keni probleme me kujtesën?"; "A janë shprehur të afërmit apo miqtë se ndiejnë që ju keni problem me kujtesën apo vështirësi në përqendrim?"*
- v Pacientët që vijnë në klinikë mund të jenë në faza të ndryshme të gatishmërisë: në fazën e para meditimit, atë të meditimit ose të përgatitjes [Modeli Transteorik; Prochaska JO. Am Psychol 47:1102-1114, 1992]. Hapi i parë është të vlerësoni këtë fazë dhe më pas të mbështetni/ndërhyni sipas nevojave. Përrjashtim përbën rasti kur pacienti vjen vonë, apo shumë vonë, d.m.th. niveli i CD4 është < 200 ose < 50 qel/μL. Në këtë rast, fillimi i TAR-it nuk duhet të shtyhet; klinicisti duhet të mundohet të identifikojë pengesat më të rëndësishme të aderencës që mund të jenë të pranishme dhe të mbështesë pacientin për të qenë i gatshëm për fillimin e menjëhershëm të TAR-it.
- vi Kjo është një pyetje hyrëse që sugjerohet për të vlerësuar fazën e gatishmërisë së pacientit. Diskutimet e mëtejshme do të tregojnë se cilën nga tre fazat fillestare ka arritur pacienti: ai/ajo mund edhe të jetë gati për terapinë.
- vii PMPP: Prisni (> 3 sek), Mendoni thellë, Pasqyroni, Përmbliidhni (Langewitz W et al. BMJ 325:682-683. 2002).
- viii SHAV (= Shkalla Analoge Vizuale; Varion nga 0 në 10 d.m.th. 0 = Unë nuk do ta t'ia dal, 10 = Jam i/e sigurt që do t'ia dal).
- ix Trajnime mjekësore / Trajnimet MEMS mund të bëhen me vitamina para se të fillohet TAR-i.
- x Pyetje të sugjeruara për aderencën: *"Sa herë nuk e keni marrë një dozë të medikamenteve për HIV-in gjatë 4 javëve të shkuara: çdo ditë, më shumë se një herë në javë, një herë në javë, një herë në çdo dy javë, një herë në muaj, asnjëherë?" "A keni lënë pa marrë më shumë se një dozë njëra pas tjetrës?"* (Glass TR et al. Antiviral Therapy 13(1):77-85. 2008).
- Përshtatur nga: J. Fehr, D. Nicca, F. Raffi, R. Spirig, W. Langewitz, D. Haerry, M. Battegay, NEAT, 2008.

## Rekomandimet për fillimin e terapisë me antiretrovirale TAR tek personat HIV pozitivë, të pa ekspozuar më parë ndaj TAR <sup>(i)</sup>

Rekomandimet klasifikohen ndërsa merren parasysh si shkalla e progresionit të sëmundjes nga HIV, ashtu dhe prania ose risku i lartë për zhvillimin e sëmundjeve apo situatave të ndryshme bashkë-shoqëruese

Gjendja	Numri aktual i limfociteve CD4+ <sup>(ii,iii)</sup>	
	350-500	> 500
Infeksion HIV asimptomatik	C	D
Sëmundje nga HIV simptomatike (CDC Qendrat për Kontrollin e Sëmundjes, kategorizimi B ose C) përfshi tuberkulozin	R	R
Infeksioni Primar HIV	C	C
Shtatëzani (para tremujorit të tretë)	R	R
Gjendjet (e ngjashme ose të mundshme) të shoqëruara me HIV, përveç sëmundjes së stadi B ose C sipas CDC:		
Sëmundja e veshkave e lidhur me HIV	R	R
Dëmtim neurokonjitiv i lidhur me HIV	R	R
Limfoma Hodgkin	R	R
Kanceret e lidhur me HPV	R	R
Kancere të tjerë jo-SIDA-përcaktues që kërkojnë kimio dhe/ose radioterapi	C	C
Sëmundje autoimune – ndryshe të pashpjegueshme	C	C
Risk i lartë për sëmundje kardiovaskulare (> 20 % me risk 10 vjeçar) ose anamnezë për sëmundje kardiovaskulare (SK)	C	C
Hepatit viral kronik		
Hepatit viral B HBV që kërkon trajtim me anti-HBV	R	R
Hepatit viral B HBV që nuk kërkon trajtim me anti-HBV	C/R <sup>(iv)</sup>	D
Hepatit kronik C HCV për të cilin është konsideruar ose aplikuar trajtimi me anti-HCV	R <sup>(v)</sup>	D <sup>(vi)</sup>
Hepatit kronik C HCV për të cilin trajtimi me anti-HCV nuk është i mundshëm	R	C

i Gjykimi për të filluar trajtimin me antiretrovirale TAR mund të individualizohet, pavarësisht numrit të CD4 dhe nivelit plazmatik të HIV ARN, veçanërisht nëse një pacient po kërkon terapisë me TAR dhe është i gatshëm për ta filluar, dhe/ose për ndonjë arsye tjetër personale. **Tek çiftet diskordante (njëri pozitiv dhe tjetri negativ), duhet konsideruar dhe diskutuar në mënyrë aktive, fillimi i hershëm i TAR, si një aspekt i strategjisë së përgjithshme për reduktimin e transmetimit të HIV tek partnerët seronegativ.**

Pacienti duhet të përgatitet për aq kohë sa ka nevojë për të përmirësuar dhe maksimizuar pajtimin me regjimin e mjekimit dhe aderencën.

Testimi për rezistencën genotipike dhe përcaktimin e nën-tipit, rekomandohet para fillimit të terapisë me TAR; ideale në kohën e diagnostimit me HIV, përndryshe para fillimit të TAR. Nëse testimi genotipik nuk është i mundshëm, rekomandohet të përfshihet FP e përforcuar me ritonavir, si regjim i linjës së parë.

Para fillimit të trajtimit, duhet të përsëriten matja e nivelit të HIV ARN dhe numrit të CD4, për të përfutur një bazë për vlerësimin e përgjigjes pasuese.

ii **Terapia me antiretrovirale TAR rekomandohet gjithmonë tek çdo pacient HIV-pozitiv me një numër aktual CD4 nën 350 qeliza/μL.**

iii **C**=përdorimi i TAR duhet konsideruar; për pacientët nën këto rrethana, disa ekspertë do të rekomandonin fillimin e terapisë me TAR, ndërkohë që të tjerë do të rekomandonin shtyrjen e terapisë me TAR; kjo baraspeshë klinike reflekton se ndonëse disa evidenca të caktuara mbështesin fillimin e terapisë me antiretrovirale, kjo ka nevojë të ekuilibrohet ndaj riskut prej reaksioneve të padëshiruara të njohura dhe të panjohura të medikamentit, prej përdorimit të antiretroviraleve, prandaj dhe raporti risk/përfitim për përdorimin e antiretroviraleve nuk është mirë përcaktuar akoma.

**D**=shtyni fillimin e terapisë me antiretrovirale TAR.

**R**=rekomandohet përdorimi i TAR.

iv Fillimi i TAR rekomandohet tek pacientët HBeAg-pozitivë.

v Fillimi i TAR rekomandohet për të optimizuar rezultatin e trajtimit të HCV.

vi Duhet ti jepni prioritet trajtimit të HCV për të arritur çrënjosjen e HCV dhe të shtyni terapisë me antiretrovirale TAR.

## Regjimet e kombinimeve fillestare për pacientët që nuk kanë marrë më parë terapi antiretrovirale

### Regjimet e rekomanduara (\*)

Një medikament nga kolona A duhet të kombinohet me medikamentet e renditura në kolonën B (\*\*)

A	B	Shënime
<b>FTRJN</b>	<b>FTRN</b>	
• EFV (i)	ABC/3TC (vi) ose TDF/FTC	• TDF/FTC bashkë-formulim • ABC/3TC bashkë-formulim • EFV/TDF/FTC bashkë-formulim
• NVP (iii)	TDF/FTC	• TDF/FTC bashkë-formulim
<b>FP i përforcuar me ritonavir</b>		
• ATV/r (iii) • DRV/r (iii) • LPV/r (iv)	ABC/3TC (vi) ose TDF/FTC	• ATV/r: 300/100 mg një herë në ditë • DRV/r: 800/100 mg një herë në ditë • LPV/r: 400/100 mg dy herë në ditë ose 800/200 një herë në ditë
<b>FI</b>		
• RAL	TDF/FTC	• RAL: 400 mg dy herë në ditë

### Përbërës të regjimit alternativ

FP i përforcuar me ritonavir	Shënime
• SQV/r	1000/100 mg dy herë në ditë
• FPV/r	700/100 mg dy herë në ditë ose 1400/200 mg një herë në ditë
<b>FTRN</b>	
• TDF-3TC • ZDV/3TC • ddl/3TC ose ddl/FTC (vii)	ZDV/3TC bashkë-formulim
<b>Frenues i CCR5</b>	
MVC (v)	Vetëm nëse HIV tropik CCR5 (vii)

\* Merren në konsideratë vetëm medikamentet e licencuara aktualisht për fillim terapie nga EMA-ja evropiane.

\*\* Medikamentet gjenerike për HIV-in po bëhen gjithnjë e më të disponueshme dhe mund të përdoren për aq kohë sa ato zëvendësojnë të njëjtin medikament, por mos ndërpriten kombinimet e rekomanduara të dozave të caktuara.

i EFV: nuk rekomandohet në gra shtatzëna ose në gra që nuk përdorin kontracepsion të sigurt dhe të vazhdueshëm; jo aktiv ndaj HIV-2 dhe HIV-1 grupi O.

ii NVP: Të përdoret me shumë kujdes te femrat me CD4 > 250 dhe te meshkujt me CD4 > 400 µL, dhe kjo vetëm nëse përfitimet janë më të mëdha sesa rreziku; jo aktiv ndaj HIV-2 dhe HIV-1 grupi O.

iii Studimi i Castle (LPV/r përkundrejt ATV/r) ka treguar tolerancë më të mirë të ATV/r dhe studimi i Artemis (LPV/r përkundrejt DRV/r) ka treguar efikasitet dhe tolerancë më të mirë të DRV/r.

iv ACTG 5142, studime të rastësishme kanë treguar efikasitet virologjik më të ulët të LPV/r kundrejt EFV, ndërkohë që nuk është vënë re asnjë mutacion i infeksionit primar në dështimet e LPV/r plus dy nukleoside. Megjithatë, janë vënë re mutacione të infeksionit primar në LPV/r + EFV.

v E palicencuar në Europë për pacientët për herë të parë nën trajtim.

vi ABC nuk rekomandohet nëse HLA B\*5701 është pozitiv. Edhe në rast se HLA B\*5701 është negativ, këshillimi mbi rrezikun e reaksionit të mbindjeshmërisë është akoma i detyrueshëm. ABC duhet të përdoret me kujdes në pacientët me rrezik të lartë të sëmundjeve kardiovaskulare dhe/ose pacientët me ngarkesë virale më të lartë se 100 000 kopje/mL.

vii Vetëm në rastet kur FTRN-të e rekomanduara nuk gjenden apo nuk tolerohen.

# Infeksioni akut HIV

## Përkufizimi i infeksionit akut primar HIV

- Ekspozim me rrezik të lartë brenda 2-8 javëve,
- dhe simptomat klinike
- si dhe virusi i pranishëm në plazmë (Antigjeni p24 Ag dhe/ose HIV ARN > 10 000 k/mL)
- dhe analiza serologjike negative ose e papërcaktuar (ELISA negative ose pozitive e dobët dhe WB ≤ 1 bandë)
- Rekomandime: të konfirmohet infeksioni HIV nëpërmjet kryerjes së analizës së antitropave HIV (WB) 2-6 javë më vonë

## Trajtimi:

- Trajtimi indikohet nëse:
  - ka sëmundje që përcautojnë AIDS
  - Konfirmohet CD4 < 350 k/μL në muajin e 3-të ose më tej.
- Trajtimi duhet marrë në konsideratë në rast të:
  - Sëmundjes së rëndë/simptomave të zgjatura (veçanërisht simptoma të SNQ-së)
- Nëse merret në konsideratë trajtimi i infeksionit primar HIV, pacienti duhet të futet mundësisht në një studim klinik.
- Trajtim opsional, nëse bazohet vetëm në konsiderata teorike. Në shumicën e situatave, prisni deri në muajin 6 (me monitorim të CD4 dhe plazmës HIV-ARN) dhe zbatoni kriteret për fillimin e trajtimit në infeksionin kronik me HIV. Disa ekspertë rekomandojnë trajtimin si mjet parandalues për transmetimin e virusit HIV.
- Kohëzgjatja duhet të jetë gjithë jetën.
- Në rast ndërprerjeje të mjekimit, ndiqeni pacientin më shpesh.

## Testimi i rezistencës:

- Rekomandohet në të gjitha rastet kur është diagnostikuar infeksioni akut me HIV, edhe po të mos ketë filluar mjekimi
- Në rast se nuk mund të kryhet, të ruhet një kampion gjaku për analizim.

## Transmetimi:

- Të kontrollohet për IST, përfshirë sifilizin, gonorrenë, klamidian (Uretritin dhe Limfogramulomën venerum (LGV), HPV-në, hepatitin B dhe hepatitin C
- Të këshillohen pacientët e diagnostikuar rishtazi në lidhje me rrezikun e lartë të transmetimit dhe masat parandaluese (prezervativët) duke përfshirë informimin dhe testimin e partnerëve.

# Strategjitë e ndërrimit të terapisë për pacientët virologjikisht të frenuar (ngarkesa virale e konfirmuar në plazëm < 50 k/mL)

## Indikatorët:

### 1. Ndërrim për arsye toksiciteti

- Histori toksiciteti e dokumentuar
- Menaxhim i bashkëveprimeve të mundshme midis medikamenteve
- Efektet anësore
- Shtatzëni e planifikuar

### 2. Ndryshimi për parandalim të toksicitetit afatgjatë

- Parandalimi i toksicitetit afatgjatë (ndërrimi parandalues)
- Moshë e madhe dhe/ose bashkë-sëmundshmëri me një ndikim negativ të mundshëm të medikamentit(eve) në regjimin aktual p.sh., në rrezikun për CVS, parametrat metabolikë

### 3. Ndryshimi për thjeshtim

- Dëshira për të thjeshtësuar regjimin
- Regjimi aktual nuk rekomandohet më

## Parimet:

1. Për arsye të thjeshtimit, të parandalimit ose të përmirësimit të çrregullimeve metabolike, një FP e fuqizuar duhet të ndryshohet në një Atazanavir jo të fuqizuar, në një FTRJN ose në Raltegravir, vetëm atëherë kur mund të garantohet aktiviteti i plotë i 2 FTRN-ve të tjera në regjimin aktual të trajtimit.
2. Thjeshtimi i regjimit kompleks shumëmedikamentoz në pacientët të cilët kanë shumë kohë që marrin antiretrovirale me **1**) zëvendësimin e medikamenteve të vështira për t'u administruar (enfuvirtide) dhe/ose me aktivitet të dobët (FTRN në rastin e rezistencës shumëfishe të FTRN-së) dhe/ose me tolerancë të vakët dhe **2**) shtimin e medikamenteve të reja dhe të tolerueshme, të thjeshta dhe aktive.
3. Ofrohet kalimi në doza ditore FTRN për thjeshtim, parandalim të toksiciteve afatgjatë
4. Kalimi brenda klasës së medikamenteve nëse shfaqen efekte të padëshirueshme me medikamente specifike
5. Kalimi nga FP/r në FTRJN për thjeshtim, parandalim ose përmirësim të çrregullimeve metabolike, lehtësim të aderencës. NVP-ja ka avantazhin e profilit të saj metabolik. EFV-ja ka avantazhin e mundshëm të kombinimit në një dozë fikse me 3 medikamente (Atripla).
6. Rishqyrtoni anamnezën e plotë për ARV dhe rezultatet e mundshme të testeve të rezistencës.
7. Shmangni kalimin tek një medikament me barrierë gjenetike të ulët, në praninë e një boshti nukleozidesh të kompromentuar nga mundësia e rezistencës të klasës të arkivuar.

## Strategji që nuk rekomandohen:

- a. Terapia e ndërprerë, ndërprerjet e trajtimit të vazhduar ose të zgjatur
- b. Kombinimi i dy medikamenteve, d.m.th. 1 FTRN + 1 FTRJN ose 1 FTRN + 1 FP pa ritonavir ose 1 FTRN + RAL, ose 2 FTRN
- c. Kombinimi i tre FTRN-ve

## Strategji tjetër:

Monoterapia me FP/r me dhënie LPV/r dy herë në ditë ose DRV/r një herë në ditë, mund të jetë një mundësi e mirë për pacientët jotolerantë ndaj FTRN-ve ose për thjeshtimin e trajtimit. Kjo strategji aplikohet vetëm te pacientët pa histori të dështimit të terapisë së mëparshme të bazuara në FP dhe ata që kanë pasur ngarkesën virale < 50 k/mL për të paktën gjatë 6 muajt e kaluar.

## Dështimi virologjik

<b>Përkufizimi</b>	Nivel i konfirmuar i HIV ARN-së në plazmës > 50 kopje/mL 6 muaj pas fillimit të terapisë (filluar ose ndryshuar) në pacientë që vazhdojnë terapinë me antiretrovirale (TAR) <sup>(i)</sup>
<b>Masa të përgjithshme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rishikimi i fuqisë së pritur të regjimit</li> <li>• Vlerësimi i aderencës, përputhshmëria, toleranca, ndërveprimi mes ilaçeve, ndërveprimi ilaç-ushqim, çështjet psikosociale</li> <li>• Të kryhen testet e rezistencës në rastin e dështimit të terapisë (zakonisht e arritshme në rrugë rutinë për nivelet NV &gt; 350-500 kopje/mL dhe në laboratorë të specializuar për nivelet e ulëta të viremisë) dhe të merret historia mjekësore mbi analizat e mëparshme të rezistencës për mutacionet e dokumentuara</li> <li>• Testimi i tropizmit</li> <li>• Konsideroni TDM</li> <li>• Shqyrtoni historinë antiretrovirale</li> <li>• Identifikoni opsionet e trajtimit, ilaçet/kombinimet aktive dhe potencialisht aktive</li> </ul>
<b>Menaxhimi i dështimit virologjik (VF)</b>	<p>Nëse HIV ARN në plazmë është &gt; 50 dhe &lt; 500-1000 kopje/mL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontrolloni për aderencën</li> <li>• Kontrolloni HIV ARN të plazmës 1 deri në 2 muaj më vonë</li> </ul> <p>Nëse genotipi nuk është i mundur, konsideroni ndryshimin e regjimit duke u bazuar në trajtimin e mëparshëm dhe historinë për rezistencë.</p> <p>Nëse HIV ARN në plazmë &gt; 500/1000 kopje/mL, të ndryshohet menjëherë trajtimi. Ndryshimet do të jenë në varësi të rezultateve të testeve të rezistencës:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuk u gjetën mutacione rezistence: kontrolloni sërish për aderencë, kryeni TDM</li> <li>• U gjetën mutacione rezistence: kaloni në një regjim supresiv bazuar në historinë e ilaçeve; këshillohet diskutim me ekspertë të shumë disiplinave</li> </ul> <p>Synimi i regjimit të ri: niveli plazmatik i HIV ARN-së &lt; 400 k/mL pas 3 muajsh, HIV ARN në plazmë &lt; 50 k/mL pas 6 muajsh</p>
<b>Në rast të shfaqjes së mutacioneve të rezistencës</b>	<p><b>Rekomandime të përgjithshme:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Të përdoren 2 ose më mirë 3 medikamente aktive në regjimin e ri (përfshirë medikamentet aktive të klasave të përdorura më parë)</li> <li>• Çdo regjim mjekimi duhet të përdorë të paktën 1 FP/r plotësisht aktiv (p.sh. Darunavir/r) plus 1 medikament nga një kategori të papërdorur më parë, p.sh. antagonist të fuzionimit, të integrazës ose të CCR5 (nëse testi i tropizmit tregon vetëm virusin R5) ose 1 FTRJN (e.g. Etravirinë), të vlerësuar nga testet mbi gjenotipet.</li> <li>• Ndryshimi të shtyhet për më vonë nëse disponohen më pak se dy medikamente aktive, bazuar në të dhënat mbi rezistencën, përveç pacientëve me numër të ulët CD4 (&lt; 100 qeliza/μL) ose me rrezik të lartë të përkeqësimit klinik, synimi për të cilët është ruajtja e funksionit imun nëpërmjet frenimit të pjesshëm të HIV ARN-së në plazmë (&gt; 1 log reduktim) nëpërmjet riciklimit.</li> <li>• Nëse mundësitë janë të kufizuara, të shqyrtohet mundësia e përdorimit të medikamenteve të reja dhe eksperimentale, duke u bazuar në të dhënat nga studimet klinike (por shmangni terapinë funksionale me vetëm një medikament)</li> <li>• Nuk rekomandohet ndërprerje e trajtimit</li> <li>• Merrni në konsideratë vazhdimin e 3TC-së ose FTC-së edhe nëse është dokumentuar një mutacion i rezistencës (M184V/I)</li> </ul> <p>Nëse keni shumë mundësi në dispozicion, kriteret për zgjedhjen e parapëlqyer përfshijnë: thjeshtësinë e skemës së trajtimit, vlerësimin e rrezikut toksik, ndërveprimin midis medikamenteve, skemat mjekuese shpëtuese të ardhshme</p>

<sup>i</sup> Në varësi të provës së ngarkesës virale, ky limit mund të jetë më i lartë ose më i ulët.



## Trajtimi i grave shtatzëna me HIV

Gratë shtatzëna duhet të monitorohen çdo muaj dhe sa më pranë datës së parashikuar të lindjes që të jetë e mundur.

Kriteret për nisjen e TAR-it në gratë shtatzëna (shikoni variantet e ndryshme)	Të njëjta si për joshtatzënat
Qëllimi i trajtimit të grave shtatzëna	Supresim i plotë i HIV ARN të plazmës në tremujorin e tretë dhe veçanërisht në kohën e lindjes
Testimi i rezistencës	I njëjtë si për joshtatzënat, d.m.th para se të fillohet TAR-i dhe në rast të dështimit virologjik
<b>SITUATA</b>	
1. Gratë ngelen shtatzëna duke qenë nën TAR	1. Të vazhdohet TAR-i por të ndryshohen medikamentet që janë potencialisht teratogjenike
2. Gratë ngelen shtatzëna dhe nuk kanë marrë më parë mjekim, dhe plotësojnë kriteret (CD4) për fillimin e TAR-it	2. Më e mira është të fillohet TAR-i në fillim të tremujorit të dytë
3. Gratë ngelen shtatzëna dhe nuk kanë marrë më parë mjekim, dhe nuk plotësojnë kriteret (CD4) për fillimin e TAR-it	3. Të fillojë TAR-i në fillim të javës së 28 të shtatzënisë (afati i fundit 12 javë para lindjes); të fillojë më herët në rast të ngarkesës së lartë virale të plazmës ose rrezikut të lartë të lindjes së parakohshme
4. Gratë tek të cilat ndjekja ka filluar pas javës 28 të shtatzënisë	4. Të fillojë menjëherë TAR-i
Regjimi antiretroviral në shtatzëni	<b>Të njëjta si për joshtatzënat</b>
	• Shmangni EFV
	• NVP nuk duhet të fillohet, por vazhdimi mund të bëhet nëse është nisur para shtatzënisë
	• Mes FP/r, preferohet LPV/r ose SQV/r ose ATV/r
	• RAL, DRV/r: pak të dhëna disponohen për gratë shtatzëna
	• Nëse mundet, ZDV duhet të jetë pjesë e regjimit
Ilaçet që kundërrindikohen gjatë shtatzënisë	Efavirenz, ddl + d4T, kombinimet treshe të FTRN-së
Zidovudine intravenoze gjatë procesit të lindjes	Përfitimi është jo i qartë nëse niveli i HIV ARN-së plazmatike < 50 k/mL
Dozë e vetme e nevirapinës gjatë procesit të lindjes	Nuk rekomandohet
Prerje cezariane	Përfitimet janë jo të qarta nëse HIV ARN në plazmë < 50 k/mL në javën e 34-36 Në këtë rast, konsideroni vetëm lindjen vaginale

# Terapia Antiretrovirale (TAR) në bashkë-infeksionin TB/HIV

Koha e sugjeruar për të filluar TAR-in në rastet me bashkë-infeksione TB/HIV sipas nivelit të CD4

NIVELI I CD4, QELIZA/ $\mu$ L	KUR DUHET TË FILLOHET TAR-I
< 100	Sa më shpejt të jetë e mundur dhe idealisht brenda 2 javësh <sup>(i)</sup>
100-350	Sa më shpejt që të jetë e mundur, por mund të pritet derisa të ketë përfunduar trajtimi 2 mujor për TB, veçanërisht kur ka vështirësi me bashkëveprimin e medikamenteve, aderencën dhe toksicitetin.
> 350	Sipas rekomandimit dhe përshkrimit të mjekut

## Përdorim i njëkohshëm i mjekimeve kundër TB dhe antiretroviraleve

- **FTRN-të:** nuk kanë bashkëveprim që duhet marrë në konsideratë me rifampicinën ose rifabutinën
- **FTRJN-të:**
  - EFV dhe rifampicin: EFV 800 mg një herë në ditë nëse peshë > 60 kg, 600 mg një herë në ditë < 60 kg; rifampicin në dozë standarde. Disa mjekë preferojnë që të mos e përshtatin dozën e efavirenzit sepse informacionet janë kundërshtuese. Në çdo rast, TDM rekomandohet pas 2 javësh
  - EFV dhe rifabutina: EFV në dozë standarde; rifabutina 450 mg në ditë
  - NVP: nuk rekomandohet
  - Etravirina: nuk rekomandohet
- **FP-të:**
  - dhe rifampicina: nuk rekomandohen
  - dhe rifabutina: rifabutinë 150 mg x 3 në javë me ATV/r, DRV/r, LPV/r ose SQV/r; FP/r në dozë standarde; monitoroni testet e enzimës së mëlçisë dhe kryeni TDM për FP sa herë që të mundeni
- **Raltegravir:**
  - dhe rifampicin: të përdoret me kujdes (vetëm kur nuk ka alternativë) nëse përdoret: raltegravir 800 mg dy herë në ditë
  - dhe rifabutin: mund të jepet me raltegravir, të dyja në doza normale
- **Maravirok:**
  - dhe rifampicinë: përdoreni me kujdes në dozë të dyfishtë 600 mg maravirok çdo ditë
  - dhe rifabutinë: doza standarde
- **Enfuvirtide:** nuk kanë bashkëveprim që duhet marrë në konsideratë me rifampicinën ose rifabutinën

i Kini kujdes nga reaksionet IRIS Sindroma e Rindërtimit Imun tek pacientët që fillojnë terapinë me antiretrovirale në nivel të ulët të CD4 dhe në fillimin e hershëm. Kortikoidet duhen konsideruar si trajtim i IRIS në disa situata

Aty ku nuk rekomandohen kombinime, duhet të ndiqni këshillat e specialistit për trajtimin e HIV-it. TDM e FTRJN dhe FP duhet të kryhen kur regjimet e medikamenteve përbajnë një nga këto medikamente. Nivelet e medikamentit në medikamentet kundër tuberkulozit duhet të maten kur ka shqetësime klinike rreth marrjes ose reagimit ndaj terapisë kundër tuberkulozit.

## Rekomandohet kombinimi i ARV-së së linjës së parë te pacientët që marrin mjekim kundër tuberkulozit

Mes regjimeve të rekomanduara për pacientët që nuk janë trajtuar më parë me antiretrovirale, duhet t'i jepet prioritet EFV/TDF/FTC me përshtatje doze të EFV nëse nevojitet (shihni më lart).

## Alternativë

- Rekomandohet FP/r + TDF/FTC duke përdorur rifabutinë në vend të rifampicinës
- Përdoreni me kujdes
  1. Raltegravir 800 mg dy herë në ditë + TDF/FTC me rifampicinë
  2. Nëse ngarkesa virale e plazmës është < 100 000 k/mL kombinimi me dozë fikse ZDV/ABC/3TC dy herë në ditë +/-tenofovir, mund të përfaqësojë edhe një alternativë afatshkurtër derisa të ketë mbaruar trajtimi për TB

Nëse nuk është e mundur t'i përdorni këto medikamente për shkak të rezistencës/intolerancës, kërkoni ndihmën e specialistëve.

## Profilaksia pas ekspozimit

	REKOMANDOHET PROFILAKSIA PAS EKSPOZIMIT (PPE) NË QOFTË SE	
	Natyra e ekspozimit	Gjendja e pacientit burim
<b>Gjaku</b>	Depërtim subkutan ose intramuskulor me gjilpërër IV ose IM ose me pajisje intravaskulare	HIV + Ose serostatus i panjohur por prani e faktorëve të rrezikut të HIV-it
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lëndim perkutan me instrument të mprehtë (bisturi), gjilpërë IM ose SC, gjilpërë suture</li> <li>Kontakt &gt; 15 min me membranën mukoze ose lëkurën e dëmtuar</li> </ul>	HIV +
<b>Sekrecionet gjinitale</b>	Seks anal ose vaginal	HIV + Ose serostatus i panjohur por prani e faktorëve të rrezikut të HIV-it
	Marrje e seksit oral me ejakulim	HIV +
<b>Përdorimi intravenoz i drogave</b>	Shkëmbim i shiringave, gjilpërave, pajisjeve përgatitore ose pajisjeve të tjera	HIV +

- Rekomandohet testim i shpejtë i pacientit burim për HCV dhe HIV (nëse nuk njihet gjendja e HIV-it)
- Nëse pacienti burim ka HIV+ në terapinë TAR, kërkoni testimin për rezistencë nëse ka NV të diktueshme
- Individualizoni PPE sipas historikut të trajtimit të burimit dhe testeve të mëparshme të rezistencës
- Profilaksia pas ekspozimit idealisht duhet të fillohet < 4 orë pas ekspozimit dhe jo më vonë se 48 orë
- Kohëzgjatja e profilaksisë pas ekspozimit: 4 javë
- Regjim standard PPE: TDF/FTC (alternativa: ZDV/3TC) + tableta LPV/r 400/100 mg dy herë në ditë
- Depistim i plotë i shëndetit seksual në rast të ekspozimit seksual
- Ndjekja:
  - Serologji HIV + HBV dhe HCV, test shtatzënie (te gratë) brenda 48 orësh nga ekspozimi
  - Rivlerësim i indikimit të PPE nga eksperti i infeksionit HIV brenda 48-72 orësh
  - Vlerësoni tolerancën e regjimit PPE
  - Transaminaza, HCV-PCR dhe serologji HCV për 1 muaj nëse burimi i ekspozimit ishte HCV+ (i vëzhguar ose i dyshuar)
  - Përsërisni serologjinë e HIV-it pas 2 dhe 4 muajsh, serologjinë e sifilizit pas 1 muaji nëse ka ekspozim seksual

## Medikamentet antiretrovirale & klasat e medikamenteve: efektet anësore më të shpeshta/rënda <sup>(i)</sup> 1/2

	Lëkura	Aparati tretës	Mëlçia	Kardio-vaskulare	Muskolo-skeletore	Sistemi gjenito-urinar	Nervor	Yndyrat në trup	Metabolike	Të tjera
<b>FTRN</b>										
ZDV	Ngjyrosja e thonjve	Të përziera	Steatozat		Miopatia			Lipoatrofia	Dislipidemia Hiperlaktatemi	Anemi
d4T		Pankreatitis	Steatozat				Neuropatia periferike		Dislipidemia Hiperlaktatemi	
ddl		Pankreatitis	Steatozé, fibrozë mëlçie	SIZ					Hiperlaktatemi	
3TC										
FTC										
ABC	Skuqje e lëkurës*			SIZ						*: Ndjeshmëri e lartë e gjithë sistemit (vartës i HLA B*5701)
TDF					↓ DMK, Osteomalacia	↓ SHFG	Sindroma Fankoni			
<b>FTRJN</b>										
EFV	Skuqje e lëkurës		Hepatit				Depresion, ide vetëvrasëse		Dislipidemia	Teratogjenezë
NVP	Skuqje e lëkurës		Hepatit				Marrje mendsh, çregullime të gjumit		Gjinekomastia (zhvillimi i tepërt i gjëndrave mamale tek meshkujt që rezultojn me zhvillimin e gjoksit)	Niveli i reduktuar i vitaminës D
ETV	Skuqje e lëkurës		Hepatit							Mbindjeshmëri sistemike (CD4, gjinia, e varur nga eksperiencia me TAR)

## Medikamentet antiretrovirale & klasat e medikamenteve: efektet anësore më të shpeshta/rënda <sup>(i)</sup> 2/2

	Lëkura	Aparati tretës	Mëlçia	Kardio-vaskulare	Muskolo-skeletore	Sistemi gjenito-urinar	Nervor	Yndyrat në trup	Metabolike	Të tjera
<b>FP</b>										
IDV	Lëkurë e thatë		Verdhëz	SIZ		Nefrolitiazat		↑ yndyra abdominale	Dislipidemia	
	Distrofi thonjsh								Diabet mellitus	
SQVI									Dislipidemia	
LPV				SIZ					Dislipidemia	
FPV		Të përziera dhe diarre <sup>(ii)</sup>		SIZ					Dislipidemia	
ATV	Skuqe e lëkurës		Verdhëz			Nefrolitiazat		↑ yndyra abdominale	Dislipidemia	
DRV	Skuqe e lëkurës								Dislipidemia	
TPV			Hepatit				Hemorragji intrakraniale		Dislipidemia	
<b>Inhibitorët e fuzionit</b>										
ENF	Reaksione në vendin e infektimit									Ndjeshmëri e lartë, ↑ e rrezikut për pneumoni
<b>Frenuesit e Integrazës (një klasë medikamentesh ARV që bllokojnë veprimin e integrazës)</b>										
RAL		Të përziera			Miopatia			Dhimbje koke		
<b>Inhibitorët të CCR5</b>										
MVC			Hepatit	SIZ						↑ e rrezikut për infektim

i "Ngjarjet e rënda" (ngjarjet, të cilat mund të vënë në rrezik jetën e pacientit dhe përfaqësojnë një urgjencë mjekësore) janë të shënuar në ngjyrë të kuqe. "Ngjarjet e shpeshta" (ngjarjet që priten në të paktën 10 % të pacientëve të trajtuar) janë shënuar me të zezë.

ii Shpeshtësia dhe ashpërsia ndryshojnë dhe varen nga faktorët individualë.

# Ndërveprimet ndërmjet medikamenteve anti-HIV dhe jo anti-HIV <sup>(i)</sup>

	Medikamentet jo anti-HIV	ATV	DRV	LPV	RTV <sup>(ii)</sup>	EFV	ETV	NVP	MVC	RAL
<b>MEDIKAMENTET KARDIOVASKULARE</b>	atorvastatin	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓*	↔	↔
	fluvastatin	↔*	↔*	↔*	↔*		↑*		↔*	↔*
	pravastatin	↔*	↑	↔	↔	↓	↓*	↔*	↔	↔
	rosuvastatin	↑	↑*	↑	↑	↔	↑*	↔	↔	↔
	simvastatin	↑	↑	↑	↑	↓	↓*	↓*	↔	↔
	amlodipinë	↑* <sup>(iii)</sup>	↑*	↑*	↑*	↓*	↓*	↓*	↔*	↔
	diltiazem	↑ <sup>(iii)</sup>	↑*	↑	↑	↓	↓*	↓	E*	↔
	metoprolol	↑*	↑*	↑*	↑*	↔*	↔*	↔*	↔*	↔*
	verapamil	↑* <sup>(iii)</sup>	↑*	↑*	↑*	↓*	↓*	↓*	E*	↔*
	Varfarin	↑ ose ↓*	↓	↓	↓	↓	↑ ose ↓*	↑*	↑ ose ↓*	↔*
<b>MEDIKAMENTET E SISTEMIT NERVOR QENDROR SËN</b>	Diazepam	↑*	↑*	↑*	↑*	↓*	↑*	↓*	↔*	↔*
	Midazolam	↑	↑	↑	↑	↑			↔	↔
	Triazolam	↑	↑	↑	↑	↑			↔*	↔*
	citalopram	↑*	↑*	↑*	↑*	↓*	↑*	↓*	↔*	↔*
	mirtazapinë	↑*	↑*	↑*	↑*	↓*	↓*	↓*	↔*	↔*
	paroksetinë	↑*	↓	↑*	↑	↔	↔	↔*	↔*	↔*
	sertralinë	↑*	↓	↑*	↑	↓	↓*	↓*	↔*	↔*
	Pimozide	↑	↑	↑	↑	↑			↔*	↔*
	Karbamazepine	↑D	↑	↑D	↑	↓D	D	↓D	D	D
	lamotrigine	↔**	↔*	↓	↓	↔*	↔*	↔*	↔*	↔*
Fenitoin	D	D	D	↓	↓D	D	↓D	D	D	
<b>ANTIINFEKTIVE</b>	Klaritromicina	↑E	↑	↑	↑	↓	↓E	↓	E	↔*
	Flukonazoli	↔	↔*	↔	↔	↔	E	E	↔	↔
	Itrakonazoli	↑E	↑E	↑E	↑	↓	↓E	↓	E	↔
	rifabutina	↑	↑E	↑	↑	↓	D			↔
	rifampicina	D	D	D	D	D	D	D	D	D
	Vorikonazoli	↓	↓	↓	↓	↓E	↓E	↓E	E	↔
<b>TË NDRYSHME</b>	Antiacidet	D	↔	↔		↔	↔*	↔	↔*	E
	PPI Frenuesit e pompës proteinike	D	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔*	E
	H2 bllokuesit	D	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔*	E
	Alfuzosina	↑	↑	↑	↑	↓*	↓*	↓*	↔*	↔*
	Buprenorfine	↑	↑	↔	↑	↓	↓*	↓*	↔	↔
	budesonide i inhaluar	↑	↑	↑	↑	↔*	↔*	↔*	↔*	↔*
	derivatet e ergotaminës	↑	↑	↑	↑	↑	↑*		↔*	↔*
	ethinilestradiol	↑**	↓	↓	↓		↔	↓	↔	↔
	flutikason i inhaluar	↑	↑	↑	↑	↔*	↔*	↔*	↔*	↔*
	Metadon	↔	↓	↓	↓	↓	↔	↓	↔*	↔
	salmeterol i inhaluar	↑	↑	↑	↑	↔*	↔*	↔*	↔*	↔*
	Sildenafil	↑*	↑	↑	↑	↓*	↓	↓*	↔*	↔
Lulja e balsamit (kantaroni)	D	D	D	D	D	D	D	D	↔	

## Komente:

- i Kjo tabelë përmbledh ndërveprimet ndërmjet medikamenteve ndërmjet terapisë ndaj HIV dhe disa medikamenteve më të zakonshëm që përshkruhen njëkohësisht, si dhe ndërveprimet ndërmjet medikamenteve me një lidhje të veçantë klinike. Kjo tabelë nuk ka fund; për ndërveprime ndërmjet medikamenteve shtesë dhe për të dhëna më të detajuara të ndërveprimit farmakokinetik dhe përshtatjet e dozës, referojuni [www.hiv-druginteractions.org](http://www.hiv-druginteractions.org).
- ii Ritonavir i dozuar si një përforcues farmakokinetik ose si një agjent antiretroviral.
- iii Rekomandohet monitorimi me EKG

## Legjenda:

- ↑ = Ekspozim i shtuar ndaj medikamenteve jo anti-HIV  
↓ = Ekspozim i ulur ndaj medikamenteve jo anti-HIV  
↔ = Asnjë efekt domethënës  
E = Ekspozim i shtuar ndaj medikamenteve anti-HIV  
D = Ekspozim i ulur ndaj medikamenteve anti-HIV  
\* = Parashikim i bazuar vetëm në profilet metabolike të medikamenteve, asnjë e dhënë klinike nga ndonjë studim ndërveprimi, mungesë e \* tregon se të dhënat klinike janë të disponueshme  
\*\* = Efekt me ATV të papërfortuar. ATV i përforcuar ↓ la-motrigine dhe ethinilestradiol

## Legjenda e ngjyrave:

- e kuqe = këto medikamente nuk duhen administruar njëkohësisht  
e verdhë = ndërveprim i mundshëm që mund të kërkojë monitorim të rreptë ose ndryshim të dozës së medikamentit ose të kohës së administrimit  
e gjelbër = nuk pritet ndonjë ndërveprim klinikisht domethënës

**Shënim:** "semafori" i përdorur për të kategorizuar domethënien klinike të ndërveprimit të medikamentit i referohet [www.hiv-druginteractions.org](http://www.hiv-druginteractions.org)

# Pjesa III Parandalimi dhe menaxhimi i pranisë së disa sëmundjeve joinfektive te pacientët me HIV

## Çështje të veçanta të HIV-it që duhen marrë në konsideratë në menaxhimin e pranisë së disa sëmundjeve “jo infektive”

Gjendja e pranisë së disa sëmundjeve jo infektive përfshin sëmundjet kardiovaskulare, renale, hepatike, metabolike, neoplastike, patologjitë e kockave, çrregullime të sistemit nervor dhe disfunkcion seksual. Megjithëse HIV dhe infeksione të tjera mund të përfshihen në patogjenezën e tyre, këto udhërrëfyes fokusohen në parimet e parandalimit dhe/ose të menaxhimit sesa në përdorimin e medikamenteve antivirale apo agjentëve të tjerë kundër infeksioneve të personat e rritur dhe adoleshentët e infektuar me HIV.

Prania e këtyre sëmundjeve së bashku me infeksionin HIV sa vjen dhe po bëhet tepër e rëndësishme për personat e infektuar me HIV, si pasojë e rritjes së jetëgjatësisë si rezultat i terapisë të suksesshme antiretrovirale (TAR). Për më tepër, disa faktorë rreziku të treguar dhe propozuar, që shoqërohen me HIV-in mund të kontribuojnë në zhvillimin e tyre, përfshirë këtu edhe aktivizimin e imunitetit, inflamacionin dhe koagulimin e shoqëruar me shumëfishimin (e pakontrolluar) të HIV-it, praninë e disa bashkë infeksioneve (p.sh. HCV), vetë TAR-in dhe imunodeficiencën e vazhdueshme.

Punonjësit e shëndetësisë të përfshirë në kujdesin e personave të infektuar me HIV që nuk janë të familjarizuar me përdorimin e TAR-it, duhet të konsultohen me specialistët që merren me HIV para se të prezantojnë apo ndryshojnë çdo lloj trajtimi që marrin pacientët e infektuar me HIV.

Nga ana tjetër, shumë mjekë që merren me çështjet e HIV-it nuk janë specialistë në lidhje me praninë e disa sëmundjeve joinfektive, dhe për këtë shkak duhet të kërkojnë këshillat të ekspertëve sa herë që është e nevojshme për parandalimin dhe menaxhimin e këtyre kushteve. Situatat ku zakonisht rekomandohet konsultim tregohen në këto udhërrëfyes.

Parandalimi ose menaxhimi i këtyre sëmundjeve me HIV përfshin shpesh polifarmacinë, që rrit rrezikun e aderencës suboptimale dhe si rrjedhojë mund të rrezikojë përfitimin e vazhdueshëm të TAR-it. Në shtesë të kësaj, duhet shqyrtuar me kujdes mundësia e ndërveprimit midis medikamenteve për trajtimin e këtyre gjendjeve joinfektive me TAR-in, përpara se të prezantohet ndonjë trajtim i ri. Për këtë qëllim, referojuni [www.hiv-druginteractions.org](http://www.hiv-druginteractions.org).

Këto udhërrëfyes kanë për qëllim të ofrojnë këshillat më të mira për menaxhimin klinik dhe njëkohësisht është vërtetuar se niveli i provave që mbështesin këto këshilla ndryshon. Në të vërtetë, të dhënat që rrjedhin nga evidencat e kontrolluara mbi menaxhimin më të mirë të pranisë së disa sëmundjeve joinfektive të personat e infektuar me HIV, janë të kufizuara. Si rezultat, menaxhimi aktual vjen kryesisht nga udhërrëfyeset e përgjithshme mjekësore. Si rrjedhojë, këto udhërrëfyes përfaqësojnë opinionin e përbashkët konsensual të një paneli ekspertësh në fushën e HIV-it dhe shkallën përkatëse të bashkë-sëmundshmërive dhe nuk është bërë asnjë përpjekje për të vlerësuar provat e fshehura dhe fuqinë e rekomandimeve të panelit.

Në varësi të gjetjeve të reja klinike në të ardhmen, këto udhërrëfyes do të përditësohen me informacion të ri, sikundër kërkohet. Versioni elektronik, që gjendet në faqen e internetit [www.europeanidsclinicalociety.org](http://www.europeanidsclinicalociety.org), përmban informacion më të detajuar, lidhje me faqe të tjera interneti që kanë lidhje me çështjet dhe informacioni në to do të përditësohet rregullisht.

Udhëzuesi aktual nënvizon praninë e disa sëmundjeve jo infektive që janë parë më shpesh në kujdesin rutinë për personat e infektuar me HIV dhe ata për të cilët duhet të merren në konsideratë çështje specifike. Kushte të tjera të ngjashme në menaxhimin e sëmundjes HIV që nuk janë diskutuar gjerësisht, por që mund të përfshihen në versionet e ardhshme janë:

- Çështjet shëndetësore të grave nuk janë mbuluar
- Neuropati që mund të shkaktohet nga infeksionet (p.sh. HIV), disa ARV (shikoni f. 20), medikamente të tjera neuropatike dhe sëmundje metabolike (p.sh. diabeti)



## Metodat për depistimin e kancerit <sup>(i)</sup>

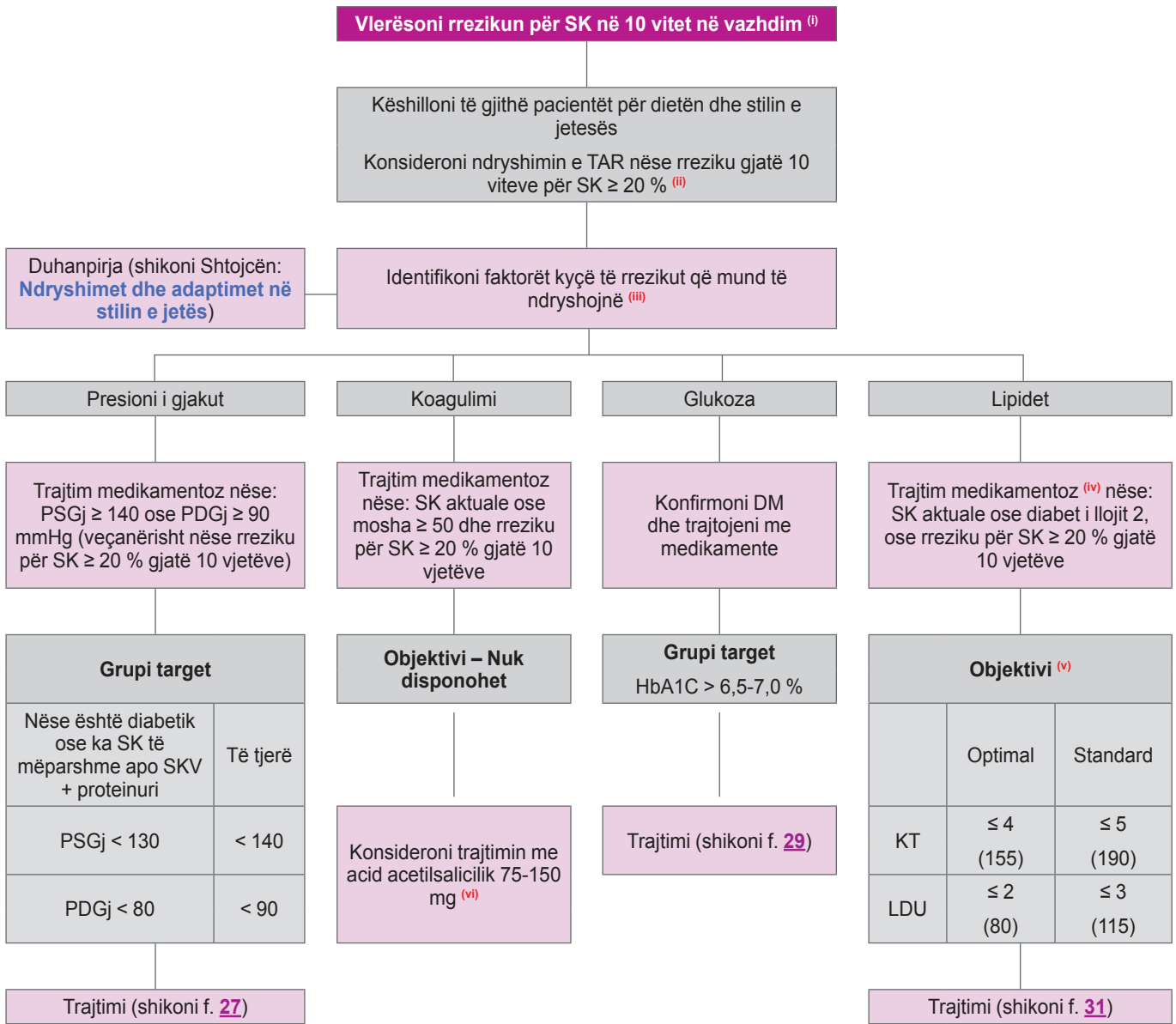
Problemi	Pacientët	Procedura	Të dhëna mbi përfitimet	Intervali i depistimit	Komente shtesë
Kanceri anal	Burra homoseksualë	Ekzaminim dixhital i rektumit ± Testi i Papanikolaut	I panjohur – i mbrojtur nga disa ekspertë	1-3 vjet	Nëse PAP testi rezulton jonormal, kryeni anoskopi
Kanceri i gjirit	Femrat 50-70 vjeç	Mamografi	↓ Vdekshmëria nga kanceri i gjirit	1-3 vjet	Grupi i moshës së synuar duhet të përfshijë të paktën moshën 30 deri në 59 vjeç.
Kancer cervical	Femrat seksualisht aktive	Test papanikolau	↓ Vdekshmëria nga kanceri cervical	1-3 vjet	Interval më i gjatë depistimi nëse testet e mëparshme të depistimit kanë rezultuar vazhdimisht negative
Kanceri kolorektal	Personat 50-75 vjeç	Testi i gjakut fekal okult	↓ Vdekshmëria nga kanceri kolorektal	1-3 vjet	Përfitimi është marxhinal
Karcinoma hepatoqelizore	Personat me cirrozë	Fetoprotein alfa (α FP) dhe eko	Diagnostikimi i hershëm lejon për aftësi të përmirësuar për çrënjësje kirurgjikale	Çdo 6 muaj	
Kanceri i prostatës	Meshkujt > 50 vjeç	Ekzaminim dixhital i rektumit ± antigeni specifik për prostatën (ASP)	Përdorimi i PSA Antigeni Prostatë specifik është kontroversial	1-3 vjet	<b>Avantazhet:</b> ↑ diagnostikimi i hershëm <b>Disavantazhet:</b> Trajtim i tepërt, asnjë e vdekshmërisë që lidhet me kancerin

i Rekomandimet për depistimin kanë ardhur nga popullata e përgjithshme. Këto depistime preferohen që të kryhen si pjesë e programeve kombëtare të përgjithshme të depistimit të popullatës. Megjithatë limfoma jo-Hodgkin ka incidencë më të madhe në pacientët e infektuar me HIV sesa në popullatën e përgjithshme, aktualisht është i panjohur fakti nëse mundet të depistohet apo jo.

Ekzaminimi i kujdesshëm i lëkurës duhet të kryhet rregullisht për të identifikuar kancerë të tillë, si sarkoma Karposi, karcinoma e qelizave bazale dhe melanoma malinje.

# Parandalimi i SK-së

**Parimet:** Intensiteti i përpjekjeve për të parandaluar SK varet nga marrja parasysh e rrezikut për SK, i cili mund të vlerësohet <sup>(i)</sup>. Përpjekjet parandaluese janë të llojeve të ndryshme dhe kërkojnë përfshirjen e specialistëve përkatës, veçanërisht nëse rreziku për SK është i lartë dhe prezent te pacientët me histori të SK.



i Përdorimi i ekuacionit të Framinghamit; një ekuacion rreziku i zhvilluar nga popullata me HIV është në zhvillim e sipër (shikoni: [www.cphiv.dk/tools.aspx](http://www.cphiv.dk/tools.aspx)). Ky vlerësim si dhe konsideratat e tjera të dhëna në këtë figurë duhet të përsëriten cdo vit në të gjithë pacientët që janë nën kujdes (shikoni f. 6) për tu siguruar se ndërveprime të ndryshme kanë filluar në bazë kohore.

ii Mundësitë për ndryshimin e trajtimit me ARV përfshijnë: (1) zëvendësoni FP/r me FTRJN, RAL ose me FP/r tjetër që njihet se shkakton më pak shqetësime metabolike (shikoni f. 20); (2) konsideroni zëvendësimin e d4T, ZDV ose ABC me TDF ose përdorni një regjim rezervë FTRN.

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 pasur parasysh, ka një përfitim të kombinuar të ndërhyrjeve të ndryshme në grupet e synuara të identifikuara. Për 10 mmHg reduktim të presionit sistolik të gjakut, për 1 mmol/L (39 mg/dL) reduktim të KT dhe me përdorimin e acidit acetilsalicilik, secila redukon rrezikun e SIZ deri

në 20-25 %; efekti është shtesë. Studimet e bazuara në vëzhgime sugjerojnë se ndërprerja e pirjes së duhanit rezulton në reduktim më të madh të rrezikut për SIZ deri në 50% - dhe kjo është përveç ndërhyrjeve të tjera.

iv Shikoni diskutimet mbi trajtimin medikamentoz të pacientëve me rrezik më të ulët të SK, në faqen e internetit [www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3\\_rpt.htm](http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3_rpt.htm).

v Nivelet e përcaktuara duhen përdorur si udhëzime dhe nuk janë përfundimtare – janë shprehur si mmol/L me mg/dL në kllapa. Nëse LDL-ja nuk mund të llogaritet për shkak të niveleve të larta të triglicerideve, duhet të përdoret synimi jo-HDL-c (TC minus HDL-c) që është 0,8 mmol/L (30 mg/dL) më i lartë se synimi përkatës LDL-c. Nivelet e synuara për TG nuk janë listuar për arsyen se një kontribut i pavarur nga TG në një rrezik SK nuk është i sigurt dhe për pasojë nëse ky kusht duhet të trajtohet ose jo (shikoni f. 31).

vi Kur janë përdorur te personat pa ndonjë histori në SK (përfshirë edhe diabetikët), të dhënat e përfitimeve janë më pak imponuese.

## Hipertension: diagnostikimi dhe menaxhimi - 1/2

BLOOD PRESSURE (mmHg) <sup>(i)</sup> NIVELET + DIAGNOSTIKIMI DHE SHKALLËZIMI I HIPERTENSIONIT					
Faktorë të tjerë rreziku dhe histori të sëmundjeve	Normal: PSGj 120-129 ose PDGj 80-84	Më e lartë se normalja: PSGj 130-139 ose PDGj 85-89	Shkalla 1: PSGj 140-159 ose PDGj 90-99	Shkalla 2: PSGj 160-179 ose PDGj 100-109	Shkalla 3: PSGj > 180 ose PDGj > 110
Asnjë faktor tjerë rreziku	Rreziku mesatar	Rreziku mesatar	Rrezik pak i shtuar	Rrezik mesatar i shtuar	Rrezik i shtuar i lartë
1-2 faktorë rreziku <sup>(iv)</sup>	Nuk ka ndërrhyje BP	Nuk ka ndërrhyje BP	Stili i jetesës ndryshon për disa muaj <sup>(ii)</sup> , më pas terapi e mundshme me medikamente <sup>(iii)</sup>	Stili i jetesës ndryshon për disa muaj <sup>(ii)</sup> , më pas terapi me medikamente <sup>(iii)</sup>	Terapi e menjëhershme me medikamente <sup>(iii)</sup> dhe ndryshime të stilit të jetesës <sup>(ii)</sup>
3 ose më shumë faktorë rreziku <sup>(iv)</sup> ose sëmundje e organeve të caktuara <sup>(v)</sup> ose diabet	Rrezik pak i shtuar	Rrezik pak i shtuar	Rrezik mesatar i shtuar	Rrezik mesatar i shtuar	Rrezik i shtuar shumë i lartë
	Ndryshime të stilit të jetesës <sup>(ii)</sup>	Ndryshime të stilit të jetesës <sup>(ii)</sup>	Stili i jetesës ndryshon për disa muaj <sup>(ii)</sup> , më pas terapi e mundshme me medikamente <sup>(iii)</sup>	Stili i jetesës ndryshon për disa muaj <sup>(ii)</sup> , më pas terapi me medikamente <sup>(iii)</sup>	Terapi e menjëhershme me medikamente <sup>(iii)</sup> dhe ndryshime të stilit të jetesës <sup>(ii)</sup>
	Rrezik mesatar i shtuar	Rrezik i shtuar i lartë	Rrezik i shtuar i lartë	Rrezik i shtuar i lartë	Rrezik i shtuar shumë i lartë
	Ndryshime të stilit të jetesës <sup>(ii)</sup>	Terapi e menjëhershme me medikamente <sup>(iii)</sup> dhe ndryshime të stilit të jetesës <sup>(ii)</sup>	Terapi e menjëhershme me medikamente <sup>(iii)</sup> dhe ndryshime të stilit të jetesës <sup>(ii)</sup>	Terapi me medikamente <sup>(iii)</sup> dhe ndryshime të stilit të jetesës <sup>(ii)</sup>	Terapi e menjëhershme me medikamente <sup>(iii)</sup> dhe ndryshime të stilit të jetesës <sup>(ii)</sup>
Kushtet klinike shoqëruese <sup>(vi)</sup>	Rrezik i shtuar i lartë	Rrezik i shtuar shumë i lartë	Rrezik i shtuar shumë i lartë	Rrezik i shtuar shumë i lartë	Rrezik i shtuar shumë i lartë
	Terapi e menjëhershme me medikamente <sup>(iii)</sup> dhe ndryshime të stilit të jetesës <sup>(ii)</sup>	Terapi e menjëhershme me medikamente <sup>(iii)</sup> dhe ndryshime të stilit të jetesës <sup>(ii)</sup>	Terapi e menjëhershme me medikamente <sup>(iii)</sup> dhe ndryshime të stilit të jetesës <sup>(ii)</sup>	Terapi e menjëhershme me medikamente <sup>(iii)</sup> dhe ndryshime të stilit të jetesës <sup>(ii)</sup>	Terapi e menjëhershme me medikamente <sup>(iii)</sup> dhe ndryshime të stilit të jetesës <sup>(ii)</sup>

i PSGj = presioni sistolik i gjakut; PDGj = presioni diastolik i gjakut. Matjet e përsëritura të gjakut duhet të përdoren për stratifikim (shtresëzim).

ii Ndërrhyrjet e rekomanduara për stilin e jetës - shikoni Shtojcën: **Ndryshimet dhe adaptimet në stilin e jetës**. Tabela është adaptuar nga J. Hipertensioni 2003; 21:1779-86

iii **Shikoni faqen tjetër**

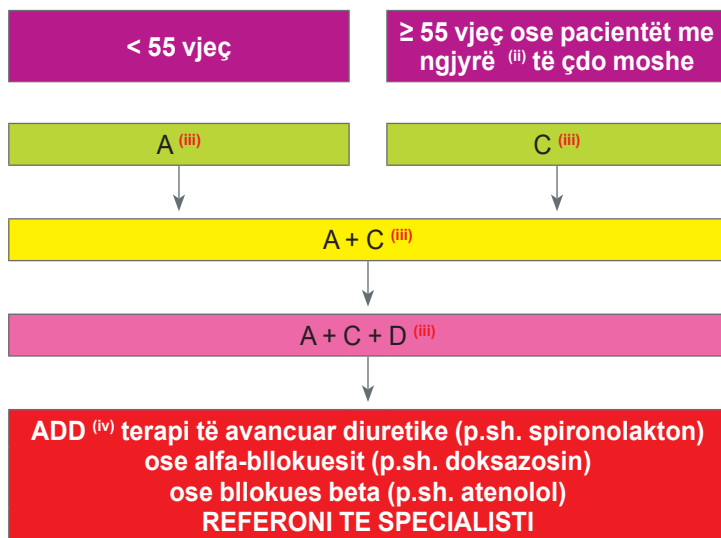
iv Faktorë e rrezikut përfshijnë moshën (> 45 vjeç për meshkujt; > 55 vjeç për femrat), prirjen e duhanit, historit familjare për SK premature.

v Sëmundje e organeve të caktuara: hipertrofi ventikulare e anës së majtë, të dhëna nga ekot me ultratinguj mbi trashjen e mureve arteriale, mikroalbuminuria.

vi Kushtet klinike shoqëruese: SK, SIZ, sëmundje renale, sëmundje vaskulare periferike, retinopati e avancuar.

**Paralajmërim:** Kujdesi në lidhje me ndërveprimet mes medikamenteve me medikamentet antihipertensive dhe TAR.

### Përzgjedhja e medikamenteve <sup>(i)</sup> për pacientët e diagnostikuar së fundmi me hipertension



#### Shkurtime + të dhëna:

- A ACE inhibitorët (p.sh. perindopril, lisinopril ose ramipril) ose bllokuesit e receptorëve të angiotensinës me kosto të ulët (ARB) (p.sh. losartan, candesartan)
- C Bllokues dihidropiridinë i kanalit të kalciumit (p.sh. amlodipinë). Nëse nuk tolerohet, verapamil (shënim: dozimi të bëhet me kujdes me FP-në, i cili mund të rrisë përqëndrimin e plazmës, duke çuar kështu në reaksione toksike) ose mund të përdoret diltiazem.
- D Diuretikët tiazidikë p.sh. indapamide ose klortalidoni

i Disa medikamente anti-hipertensive ndërveprojnë me farmakokinetikën e ARV – gjithmonë kontrolloni për ndërveprimin midis medikamenteve.

ii Pacientë me ngjyrë janë pasardhësit e afrikanëve apo popullit të Karaiibeve dhe jo ata të racave të përziera, pacientët aziatikë apo kinezë.

iii Prisi 2-6 javë për të vlerësuar nëse është arritur synimi (f. 26) – nëse jo, kaloni në hapin tjetër

iv Kërkesa e 4-5 medikamenteve për të menaxhuar hipertensionin kërkon trajnimin nga specialisti

## Lloji i 2-të i diabetit: diagnostikimi dhe menaxhimi

Kriteret e diagnostikimit <sup>(i)</sup>

	Glukoza e plazmës në gjendje esëll mmol/L (mg/dL) <sup>(ii)</sup>	Testi i tolerancës orale të glukozës (TTOG) vlera 2-orë mmol/L (mg/dL) <sup>(iii)</sup>	HbA1c <sup>(iv)</sup>
<b>Diabeti</b>	≥ 7,0 (126) OSE →	≥ 11,1 (200)	≥ 6,5 %
<b>Tolerancë e dëmtuar ndaj glukozës (TDG)</b>	< 7,0 (126) DHE →	7,8 – 11,0 (140 – 199)	Paradiabetikët
<b>Glicemi esëll e dëmtuar (GED)</b>	5,7– 6,9 (100 – 125)	< 7,8 (140)	5,7-6,4 %

i Siç përcaktohet nga OBSH-ja dhe Federata Ndërkombëtare e Diabetit (2005)

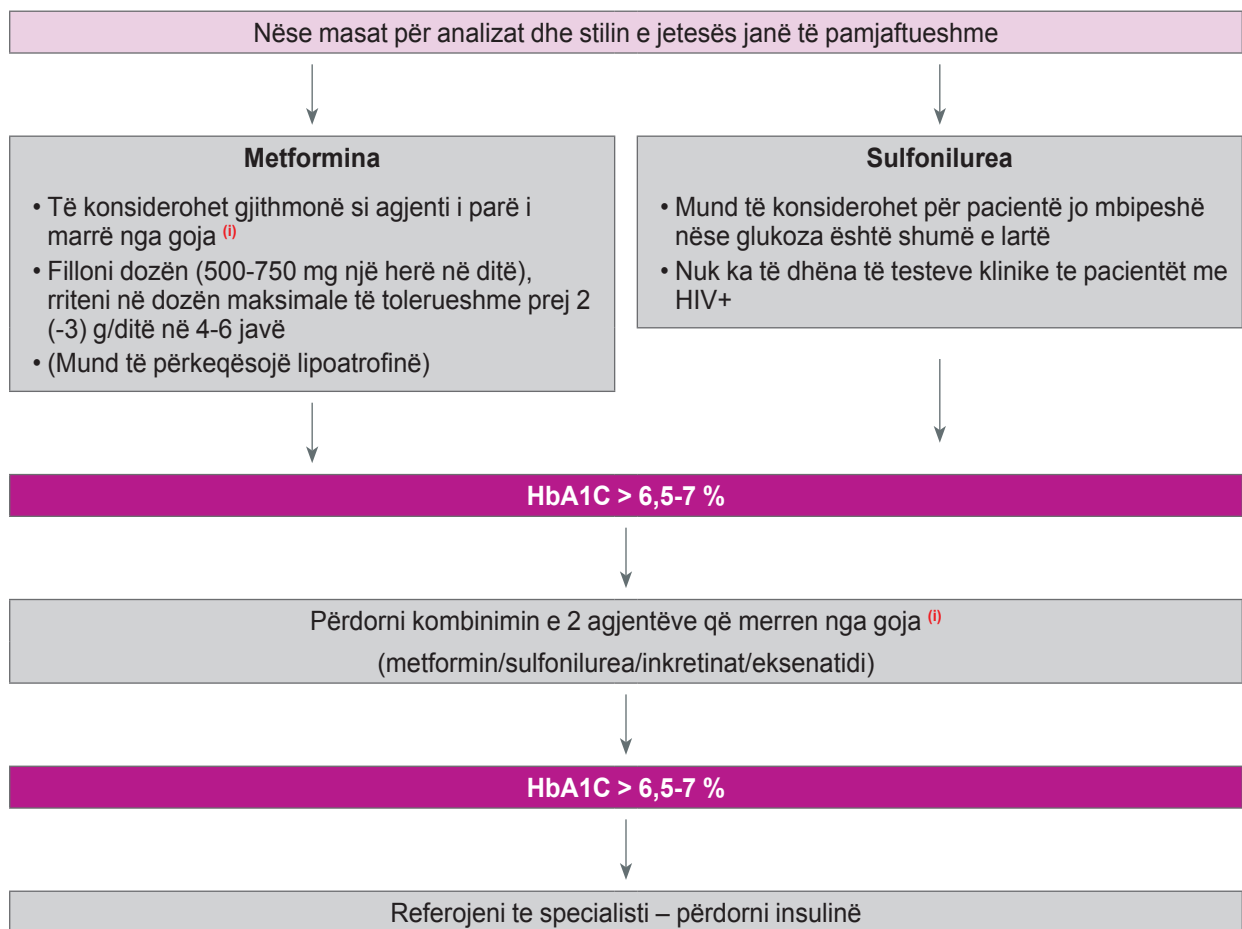
ii Gjetjet jo normale duhet të përsëriten para konfirmimit të diagnozës

iii Rekomandohet te pacientët me glukozë të gjakut esëll 5,7 - 6,9 mmol/L (100 - 125 mg/dL), sepse mund të identifikojë pacientët me diabet të zbuluar tashmë

iv Mos përdorni HbA1c Hemoglobina e glukozuar, në prani të hemoglobinopative, qarkullim të shtuar eritrocitar dhe disfunkcion të rëndë të mëlçisë ose veshkave. Janë matur vlera false të rritura, kur merren suplemente me hekur, vitaminë C dhe E si dhe në moshat e thyera (moshat > 70: HbA1c +0,4 %)

Edhe TDG, edhe GED, rrisin sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë kardiovaskulare, si dhe rrisin rrezikun e zhvillimit të diabetit nga 4-6 herë. Këta pacientë duhet të kihet parasysh për ndryshime në stilin e jetesës dhe faktorët e tyre të rrezikut kardiovaskular duhet të vlerësohen dhe të trajtohen.

## Ndërhyrjet për trajtimin e diabetit



i Të dhëna tepër të kufizuara për inkretinat (p.sh. liraglutide, saksagliptine, sitagliptine, vildagliptine) dhe eksenatidit tek pacientët me HIV; nuk pritet ndonjë ndërveprim ndërmjet medikamenteve klinikisht domethënës; përdorimi klinik i pioglitazonit në mëdyshje për shkak të efekteve anësore të tij

## Menaxhimi i pacientëve me diabet

Qëllimi i trajtimit: kontrolli i glukozës (HbA1c < 6,5-7 %) pa hipoglicemi, glukozja e plazmës esëll 4-6 mmol (73-110 mg/dL)

- Lipide normale të gjakut (shikoni f. 31) dhe presioni i gjakut < 130/80 mmHg (shikoni f. 27)
- Acidi acetilsalicilik (75-150 mg/d) konsiderohet të përdoret për pacientët diabetikë me faktorë rreziku të theksuar për sëmundje kardiovaskulare (shikoni f. 26)
- Duhet të kryhet depistimi për nefropati, polineuropati dhe retinopati, ashtu si për pacientët diabetikë që nuk janë të infektuar me HIV
- Rekomandohet konsultimi me një specialist në fushën e diabetologjisë

# Dislipidemia: menaxhimi

## Parimet:

Nivelet e larta të LDL-k rrisin rrezikun për SK dhe reduktimi i tyre rrjedhimisht redukton këtë rrezik; e kundërta është e vërtetë për HDL-k. Anasjelltas, ndërlikimet e rreziqeve për SK si rezultat i niveleve më të larta sesa ato normale të TG janë më pak të qarta, sikundër është përfitimi klinik i trajtimit mesatar të hipertrigliceridemisë; nivele shumë të larta të TG (> 10 mmol/L ose > 900 mg/dL) mund të rrisin rrezikun e

pankreatiteve, megjithëse të dhënat direkte për këtë mungojnë. Dieta, ushtrimet, ruajtja e peshës normale trupore dhe ndalimi i pirjes së duhanit kanë tendencën e përmirësimit të dislipidemisë; nëse nuk është e efektshme, merrni në konsideratë ndryshimin e terapisë me antiretrovirale dhe më pas mund të konsideroni mjekimin për uljen e lipideve te pacientët me rrezik të lartë (shikoni f. 26).

## Medikamentet që përdoren për të ulur LDL-k

KLASA E MEDIKAMENTEVE	MEDIKAMENTI	DOZA	EFEKTET ANËSORE	KËSHILLONI PËRDORIMIN E STATINËS SË BASHKU ME ARV	
				Përdorimi me FP/r	Përdorimi me FTRJN
Statin <sup>(i)</sup>	Atorvastatin <sup>(iii)</sup>	10-80 mg një herë në ditë	Simptoma gastrointestinale, dhimbje koke, pagjumësi, rabdomioliozë (rrallë) dhe hepatite toksike	Filloni me doza të ulëta <sup>(v)</sup> (maks.: 40 mg)	Konsideroni doza më të larta <sup>(vi)</sup>
	Fluvastatin <sup>(iii)</sup>	20-80 mg një herë në ditë		Konsideroni doza më të larta <sup>(vi)</sup>	Konsideroni doza më të larta <sup>(vi)</sup>
	Pravastatin <sup>(iii)</sup>	20-80 mg një herë në ditë		Konsideroni doza më të larta <sup>(vi, vii)</sup>	Konsideroni doza më të larta <sup>(vi)</sup>
	Rosuvastatin <sup>(iii)</sup>	5-40 mg një herë në ditë		Filloni me doza të ulëta <sup>(v)</sup> (maks.: 20 mg)	Filloni me doza të ulëta <sup>(v)</sup>
	Simvastatin <sup>(ii)</sup>	10-40 mg një herë në ditë		<b>Kundërrindikohet</b>	Konsideroni doza më të larta <sup>(vi)</sup>
↓ e absorbimit të kolesterolit <sup>(i)</sup>	Ezetimibe <sup>(iv)</sup>	10 mg një herë në ditë	Simptoma gastrointestinale	Nuk ka ndërveprime të njohura mes medikamenteve me TAR	

i Statina preferohet si terapi e linjës së parë; statina të ndryshme kanë aftësi të ndryshme të brendshme për uljen e LDL-k **ii, iii, vi**. Nivelet e përcaktuara për LDL-k: shikoni f. 26. Në personat ku niveli i duhur i LDL-k është i vështirë për t'u arritur, konsultohuni/drejtijoni te mjeku specialist

ii, iii, iv Kufiri i pritshëm i reduktimit të LDL-k: **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 Medikamentet antiretrovirale mund **v** të frenojnë (toksicitet i statinës, ↓ dozën) ose **vi** të shkaktojnë (=më pak efekte të statinës, ↑ dozën gradualisht për të arritur përfitimin e pritshëm **ii, iii**) ekskretimin e statinës.

vii **Përgjashtim:** Nëse përdoret me **DRV/r**, filloni me doza më të ulëta të **pravastatinës**

# Depresioni: diagnostikimi dhe menaxhimi

## Rëndësia

- Prevalencë më e madhe depresioni te pacientët e infektuar me HIV (20-40% krahasuar me 7% të popullatës së përgjithshme), për shkak të paragjytimeve, keqfunksionimit seksual, efekteve anësore të c-TAR dhe bashkë-sëmundjeve
- Paaftësi e ndjeshme e shoqëruar me depresion

## Depistimi dhe diagnostikimi

Kush?	Si të depistohet	Si të diagnostikohet
<b>Popullata e rrezikuar</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Historik pozitiv i depresionit në familje</li><li>• Episod depresioni në historikun personal</li><li>• Moshë më e rritur</li><li>• Adoleshencë</li><li>• Pacientë me historik të varësisë ndaj drogës, bashkë-sëmundje psikiatrike, neurologjike ose somatike të rëndë</li><li>• Përdorimi i EFV dhe neurotropikëve të tjerë – përfshi medikamentet rekreative</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bëni depistim çdo 1-2 vjet</li><li>• Dy pyetje kryesore:<ol style="list-style-type: none"><li>1. A jeni ndjerë vazhdimisht të dëshpëruar, të trishtuar dhe të pashpresë gjatë muajve të fundit?</li><li>2. A keni humbur interesin për aktivitete të cilat ju kënaqnin më parë?</li></ol></li><li>• Simptoma të veçanta te meshkujt:<ul style="list-style-type: none"><li>- Stres, lodhje, shpërthime nervash, vështirësi në punë ose me alkoolin</li></ul></li><li>• Përrjashtoni shkaqet organike (hipotiroidizmin, sëmundjen e Addison-it, medikamentet që nuk lidhen me HIV, mungesën e vitaminës B12)</li></ul>	<b>Simptomat – vlerësoni rregullisht</b> <p>Të paktën 2 javë me gjendje shpirtërore të dëshpëruar, OSE</p> <ol style="list-style-type: none"><li>A. Humbje të interesit OSE</li><li>B. Zvogëlim i ndjenjës së kënaqësisë</li></ol> <b>PLUS praninë e 4 prej 7 pikave në vazhdim:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ndryshime në peshë <math>\geq 5\%</math> brenda një muaji ose një ndryshim i qëndrueshëm i oreksit</li><li>2. Pagjumësi apo gjumë i tepërt për shumicën e ditëve</li><li>3. Ndryshime në shpejtësinë e mendimit dhe lëvizjes</li><li>4. Lodhje</li><li>5. Ndjenja fajësie dhe të qenit i padobishëm</li><li>6. Zvogëlim i përqendrimit dhe vendosmërisë</li><li>7. Ide për vetëvrasje ose përpjekje për vetëvrasje</li></ol>



## Menaxhimi

Shkalla e depresionit	Numri i simptomave (shikoni diagnostikimin: A-C + 1-7)	Trajtimi	Referoni te ekspertët
Jo	< 4		
E lehtë	4	Konsultim i fokusuar të problemi, konsideroni trajtimin me antidepressantë <sup>(i)</sup> , rekomandoni aktivitet fizik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresionin e rëndë</li> <li>• Depresion që nuk reagon nga trajtimi</li> <li>• Ideim vetëvrasjeje</li> <li>• Situatat komplekse si varësia ndaj drogës, çrregullimet e ankthit, çrregullimet e personalitetit, dementia, ngjarjet akute dhe të rënda të jetës</li> </ul>
Mesatare	5-6	Filloni trajtimin me antidepressantë <sup>(i)</sup> , konsideroni referimin te mjeku	
E rëndë	> 6	Referoni te ekspertët	

i Efektiviteti maksimal arrihet pas 10 javësh, një episod zakonisht kërkon 6 muaj trajtim. Optimizoni trajtimin, d.m.th. rrisni dozën ose ndërroni medikamentet nëse ka efekte anësore. Përgjigje e pjesshme ose nuk ka asnjë përgjigje pas trajtimit me doza të përshtatshme me antidepressantë për 4-6 javë: rivlerësoni diagnozën. Depresioni te personat ≥ 65 vjeç zakonisht kërkon doza relativisht të ulëta me medikamente antidepressante. Medikamentet antidepressante të preferuara për personat e infektuar me HIV: sertralin, paroksetin, venlafaksinë, citalopram, mirtazapin, por mund të jepen edhe antidepressantë të tjerë. Citaloprami mund të preferohet për shkak të ndërveprimit të ulët. Për klasifikimin, dozimin, sigurinë dhe efektet anësore të antidepressantëve, shikoni f. 34

Për ndërveprime me antidepressantë, shikoni [www.hiv-druginteractions.org](http://www.hiv-druginteractions.org) dhe [Interactions between antidepressants and antiretroviral agents](#)

## Klasifikimi, dozimi, siguria dhe efektet anësore të antidepressantëve

Mekanizmi i veprimit dhe klasifikimi	Doza e fillimit	Doza standarde mg/ditë	Vdekshmëria me mbidozë	Pagjumësia dhe axhitimi	Qetësimi	Të vjellët dhe efektet gastro-intestinale	Keqfunjionimi seksual	Rritja në peshë
<b>Inhibitorët e përzgjedhur të rritur të serotoninës (IPRS)</b>								
Paroksetinë	20	20-40	e ulët	+	- ose +	+	+	+
Sertralinë	50	50-150	e ulët	+	- ose +	+	+	+
Citalopram	20	20-40	e ulët	+	- ose +	+	+	+
<b>Inhibitorët e rritur me veprim të kombinuar ose veprim dyfish</b>								
Venlafaksinë	37-75	75-225	mesatare	+	- ose +	+	+	- ose +
<b>Veprim i kombinuar i agjentëve më të rinj</b>								
Mirtazapinë (5-HT2 plus 5-HT3 plus $\alpha$ 2--receptorët adrenergjik)	30	30-60	e ulët	- ose +	++	- ose +	- ose +	++

- = asnjë; + = mesatare; ++ = e ashpër

## Sëmundje të kockave: diagnostikimi, parandalimi dhe menaxhimi

GJENDJA	KARAKTERISTIKAT	FAKTORËT E RREZIKUT	TESTET DIAGNOSTIKUESE								
<p><b>Osteopenia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pikëzimi T -1 deri <math>\geq -2,5</math> te femrat në periudhën pas menopauzës dhe meshkujt në moshën <math>\geq 50</math> vjeç</li> </ul> <p><b>Osteoporozë</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pikëzimi T <math>&lt; -2,5</math> te femrat në periudhën pas menopauzës dhe meshkujt në moshën <math>\geq 50</math> vjeç</li> <li>Pikëzimi Z <math>\leq -2</math> te femrat në periudhën pas menopauzës dhe meshkujt në moshën <math>&lt; 50</math> vjeç dhe fraktura të kollajshme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reduktimi i masës së kockave</li> <li>Rrezik i rritur i frakturave</li> <li>Pa simptoma densita të ndodhin fraktura</li> </ul> <p><b>E zakonshme në HIV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prevalencë osteopenie deri në 60%</li> <li>Prevalencë osteoporozë deri në 10-15 %</li> <li>Aetiologji shumëfaktorëshe</li> <li>Humbje e BMD Densitetit të masës kockore, e vërejtur me fillimin e antiretroviralëve</li> </ul>	<p>Marrja në konsideratë e faktorëve klasikë të rrezikut <sup>(i)</sup></p> <p>Konsideroni përdorimin e DXA në çdo pacient me <math>\geq 1</math> te: <sup>(ii)</sup></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Femrat pas menopauzës</li> <li>Meshkujt <math>\geq 50</math> vjeç</li> <li>Historitë e frakturave nga goditje të lehta ose rreziku i lartë për t'u rrrëzuar <sup>(iii)</sup></li> <li>Hipogonadizmi klinik (simptomatik – shih tabelën mbi disfunktionin seksual, f. 47)</li> <li>Përdorim oral i glukokortikoidëve (minimumi 5 mg për <math>&gt; 3</math> muaj)</li> </ol> <p>Më mirë performoni DXA tek personat me faktorë rrishtës të lartpërmendur para fillimit të TAR.</p> <p>Vlerësoni efektin e faktorëve të rrishtës ndaj faktorit të frakturës, duke përfshirë rezultatet e DXA sipas pikëve të FRAX<sup>®</sup> (modele të përpiluara nga OBSH, për vlerësimin e rrishtës së frakturës) (<a href="http://www.shef.ac.uk/FRAX">www.shef.ac.uk/FRAX</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Përdoreni vetëm nëse <math>&gt; 40</math> vjeç</li> <li>Mund të nënvlerësojë rrezikun te pacientët me HIV</li> <li>Konsideroni të përdorni HIV si shkakun dytësor të osteoporozës <sup>(iv)</sup></li> </ul>	<p><b>Skaner DXA</b></p> <p><b>Përjashtoni shkaqet dytësore nëse dendësia e mineraleve të kockave është <sup>(v)</sup></b></p> <p><b>Radiografi laterale e shpinës me rreze X</b></p> <p>(lubar dhe torakal) nëse BMD sugjeron osteoporozë, ose humbje domethënëse të gjatësisë ose zhvillim të kifozës</p>								
<p><b>Osteomalacia</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mineralizim i kockës defektive</li> <li>Rrezik i rritur i frakturave dhe dhimbje e kockave</li> <li>Deficienca e vitaminës D mund të shkaktojë dobësim të muskullit proksimal</li> <li>Në disa grupe të personave HIV pozitivë ka prevalencë të madhe (<math>&gt; 80\%</math>) të mungesës së vitaminës D</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mungesa në dietë</li> <li>Mungesë e ekspozimit në diell</li> <li>Lëkura e errët</li> <li>Malabsorbimi</li> <li>Humbje e fosfatit të veshkave</li> </ul>	<p>Matje e 25-Hidroksi e vitaminës D tek të gjithë pacientët</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ng/mL</th> <th>nmol/L</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Defiçencë</td> <td><math>&lt; 10</math></td> </tr> <tr> <td>Insufiçencë</td> <td><math>&lt; 20</math></td> </tr> <tr> <td></td> <td><math>&lt; 50</math></td> </tr> </tbody> </table> <p>Nëse është i pamjaftueshëm, kontrolloni nivelet e hormonit paratroidien PTH</p> <p>Konsideroni zëvendësimin e vitaminës D në indikohet klinikisht (shih tabelën e vitaminës D, f. 36)</p>	ng/mL	nmol/L	Defiçencë	$< 10$	Insufiçencë	$< 20$		$< 50$
ng/mL	nmol/L										
Defiçencë	$< 10$										
Insufiçencë	$< 20$										
	$< 50$										
<p><b>Osteonekrozat</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infarkt i pllakës epifizeale të kockave të gjata që shkaktojnë dhimbje akute të kockës</li> <li>Prevalencë e rralë por e rritur e HIV-it</li> </ul>	<p><b>Faktorët e rrezikut:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sëmundje e avancuar e HIV-it (numër i ulët qelizash CD4 + T)</li> <li>Ekspozim glukokortikoid</li> <li>Përdorimi intravenoz i drogave</li> </ul>	<p><b>MRI</b></p>								

- i Faktorët klasikë të rrezikut: moshë e madhe, gjinia femërore, hipogonadizmi, historiku familjar me frakturë të këllëkut (vitheve), BMI (Indeksi i Masës Ttrupore) e ulët ( $\leq 19$  kg/m<sup>2</sup>), mungesa e vitaminës D, pirja e duhanit, pasiviteti fizik, historiku i frakturave nga përplasja të lehta, konsumimi i tepërt i alkoolit ( $> 3$  njësi/ditë), ekspozimi ndaj steroidëve (minimumi 5 mg prednison ose i barasvlerëshëm për më shumë se 3 muaj)
- ii Nëse pikëzimi T është normal, përsëriteni pas 3-5 vjetësh për grupet 1 dhe 2, nuk ka nevojë për ri-depistim me DXA në grupet 3 & 4 po të mos ndryshojnë nëse faktorët e rrezikut dhe ri-depistoni vetëm grupin 5 nëse përdorimi i steroidëve vazhdon.
- iii Mjeti për Vlerësimin e Rrezikut të Rënies (MVRR) ([www.health.vic.gov.au/agedcare/maintaining/falls/downloads/ph\\_frat.pdf](http://www.health.vic.gov.au/agedcare/maintaining/falls/downloads/ph_frat.pdf))
- iv Hiperparatroidizmi, hipertroidizmi, malabsorbimi, hipogonadizmi / amenorea, sëmundjet autoimune, diabetet melitus, sëmundje kronike të mëlçisë

## Mungesa e vitaminës D: diagnostikimi dhe menaxhimi

Vitamina D	Test	Terapi <sup>(i)</sup>
<p><b>Defiçencë:</b> &lt; 10 ng/mL (&lt; 25 nmol/L) <sup>(ii)</sup></p> <p><b>Insufiçencë:</b> &lt; 20 ng/mL (&lt; 50 nmol/L)</p>	<p>25-hidroksivitamin D (25[OH]D)</p> <p>Nëse është i pamjaftueshëm, konsideroni kontrollimin e hormonit paratiroidien PTH, kalçiumit, fosfatit <sup>(iii)</sup>, fosfatazës alkaline</p>	<p>Nëse vitamina D është e pamjaftueshme, rekomandohet zëvendësimi. Sugjerohen regjime të ndryshme <sup>(iv)</sup></p> <p>Pas zëvendësimit, dozë mbajtëse me 800-2000 IU vitaminë D në ditë</p>
<p><b>Faktorët e lidhur me vlera të ulta të vitaminës D:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lëkura e errët</li> <li>• Mungesa në dietë</li> <li>• Shmangia e ekspozimit në diell</li> <li>• Malabsorbimi</li> <li>• Obeziteti</li> <li>• Sëmundje kronike e veshkave</li> <li>• Disa antiretroviralë <sup>(v)</sup></li> </ul>	<p>Kontrolloni statusin e vitaminës D tek pacientët me anamnezë për:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Densitet të ulët kockor dhe/ose fraktura</li> <li>• risk të lartë për fraktura</li> <li>• sëmundjet kronike e veshkave</li> </ul> <p>Konsideroni vlerësimin e statusit të vitaminës D tek pacientët me faktorë të tjerë të lidhur me nivele të ulëta të vitaminës D (shih kolonën e majtë)</p>	<p>Konsideroni zëvendësimin tek pacientët me pamjaftueshmëri të vitaminës D <sup>(vi)</sup> dhe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• osteoporozë</li> <li>• osteomalacia</li> <li>• PTH të rritur (sapo të jetë identifikuar shkak)</li> </ul> <p>Konsideroni rritimin 6 muaj pas marrjes së vitaminës D</p>

i Mund të ofrohet sipas rekomandimeve kombëtare / disponueshmërisë së preparative (formulime orale dhe parenterale (venoze)) Të kombinohet me kalçium kur ka pamjaftueshmëri të kalçiumit nga marrja e dietës ushqimore. Kini parasysh se në disa vende, ushqimi është përforcuar artificialisht me vitaminë D.

ii Disa ekspertë, konsiderojnë si pamjaftueshmëri të vitaminës D, vlerat ≤ 30 ng/mL. Vitamina D e ulur ka një prevalencë deri në 80 % tek grupet kohort me HIV dhe shoqërohet me risk të shtuar për osteoporozë, diabet tip 2, vdekshmëri dhe SIDA. Konsideroni ndryshimet sezonale (afërsisht 20% më të ulta gjatë dimrit se në verë).

iii Kini parasysh se hipofosfatemia mund të shoqërohet me terapi TDF. Kjo humbje e fosfatit nëpërmjet tubulopatisë renale proksimale mund të jetë e pavarur nga vitamina D e ulët (shih tabelën "[Nefrotoksiciteti i lidhur me medikamentin](#)"). Një kombinim i kalçiumit të ulët + fosfatit të ulët +/- fosfatazës alkaline të lartë mund të indikojë për osteomalaci dhe mungesë të vitaminës D.

iv Prisi që 100 IU vitaminë D në ditë, të japë një rritje prej 1 ng/mL. Disa ekspertë preferojnë një dozë ngarkese prej p.sh. 10 000 IU vitaminë D në ditë për 8-10 javë, tek pacientët me pamjaftueshmëri të vitaminës D. Qëllimi kryesor është arritja e nivelit plazmatik > 20 ng/mL dhe ruajtja e niveleve plazmatike normale të PTH. Synimi terapeutik është ruajtja e shëndetit kockor; suplementet me vitaminë D nuk janë provuar të parandalojnë bashkë-sëmundshmëritë e tjera tek pacientët me HIV.

v Roli i terapisë anti-HIV ose medikamenteve specifike mbetet i paqartë. Disa studime sugjerojnë një lidhje midis efavirenzit dhe reduktimit të vitaminës D.

vi Implikimet e niveleve të vitaminës D që janë nën diapazonin e referencave fiziologjike, por jo të reduktuara dukshëm, dhe vlerës së suplementit nuk janë plotësisht të kuptueshme.

## Sëmundje e veshkave: diagnoza

		vRFG <sup>(i)</sup>		
		≥ 60 mL/min	30-59 mL/min	< 30 mL/min
Proteinuria <sup>(ii)</sup>	UP/K <sup>(iii)</sup> < 50	Ndjekje e rregullt		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontrolloni faktorët e rrezikut për SKV dhe mjekimin nefrotoksik duke përfshirë TAR <sup>(iv)</sup></li> <li>• Ndërprisni ose përshtasni dozat e medikamenteve kur është e nevojshme <sup>(v)</sup></li> <li>• Kryeni eko renale</li> <li>• Nëse ka haematuri prezente, pavarësisht nivelit të proteinurisë, referoni pacientin te nefrologu.</li> <li>• Referoni pacientin për tek mjeku nefrolog nëse ka sëmundje të re kronike të veshkave SKD ose një ulje progresive të shkallës së filtrimit glomerular vRFG</li> </ul>
	UP/K <sup>(iii)</sup> 50-100			
	UP/K <sup>(iii)</sup> > 100			

## Menaxhimi i sëmundjes renale të lidhur me HIV <sup>(vi)</sup>

Parandalimi i sëmundjes renale që avanco	Komente
<b>1. Terapia me antiretrovirale</b>	Filloni menjëherë terapinë me ARV kur ka nefropati të shoqëruar me HIV (NSHHIV) <sup>(vii)</sup> ose dyshime të forta për sëmundje komplekse imune të lidhura me HIV. Rekomandohet biopsi renale për të konfirmuar diagnozat histologjike.
<b>2. Filloni frenuesit e EKA (inhibitorët ACE) ose antagonistët e receptorëve të angiotensinës-II nëse ka:</b> a. Hipertension, dhe/ose b. Proteinuria	<b>Monitoroni nga afër vSHFG dhe nivelin e K + për fillimin e trajtimit ose rritjen e dozave</b> a. Objektivi i presionit të gjakut: < 130/ 80 mmHg
<b>3. Masa të përgjithshme:</b> a. Shmangni medikamentet nefrotoksike b. Masat e stilit të jetesës (pirja e duhanit, pesha, dieta) c. Trajtoni dislipideminë <sup>(viii)</sup> dhe diabetet <sup>(ix)</sup> d. Përshtasni dozën e medikamenteve kur është e nevojshme	Sëmundjet kronike të veshkave dhe proteinuria janë faktorë rreziku të pavarur për sëmundje kardiovaskulare

i vRFG: përdorni shNDSR me bazë serum kreatininën, moshën, gjininë dhe etnicitetin. Nëse nuk dihet nëse ka pasur SKV më parë, ri-vlerësoni situatën brenda 2 javësh

ii Analizat e urinës: Përdorni shufrën e urinës për të depistuar për hematurinë. Për të depistuar për proteinuri, përdorni analizën e urinës me anë të fishave dhe nëse ≥ 1+ kontrolloni UP/K ose depistoni me UP/K. Proteinuria përcaktohet si e qëndrueshme nëse konfirmohet në ≥ 2 raste > 2-3 javë nga njëra-tjetra Nëse UP/K nuk është i mundshëm, përdorni UA/K (shih shënimin iii)

iii UP/K si gjurmë në urinë (mg/mmol): raporti total i proteinave/kreatininës në urinë (mg/mmol) vë në dukje totalin e proteinave dytësore në sëmundjet glomerulare dhe tubulare. UA/K dallon gjerësisht sëmundjen glomerulare dhe mund të përdoret për të depistuar për sëmundje renale të shoqëruar me HIV, atëherë kur UP/K nuk është e disponueshme, por nuk është e përshtatshme për depistimin e proteinurisë tubulare sekondare nga nefrotoksiciteti prej medikamenteve (p.sh. tenofovir).

Vlerat e depistimit për UA/K janë: < 30, 30-70 dhe > 70. UA/K duhet monitoruar tek pacientët me diabet mellitus. Raporti UPC llogaritet si proteina në urinë (mg/L) / kreatinina në urinë (mmol/L), mund të shprehet gjithashtu edhe në mg/mg. Faktori i konversionit për mg në mmol kreatininë është x 0,000884.

iv Kontrolloni faktorët e rrezikut për SKV dhe përsërisni vSHFG dhe analizat e urinës sipas tabelës depistuese (shikoni f. 6)

v Modifikimi i dozës së antiretroviraleve ARV në rastin e funksionit renal të dëmtuar: shikoni Shtojcën për "Indikacionet dhe testet për tubulopatinë proximale renale"

vi Menaxhim së bashku me një nefrolog

vii Dyskohet për NSHHIV nëse bëhet fjalë për ndonjë etni me ngjyrë & UP/K > 100 mg/mmol & nuk ka hematuri

viii (Shikoni p. 31)

ix (Shikoni p. 29)

## TAR: Nefrotoksiciteti i lidhur me medikamentet

Anormaliteti renal	Medikament antiretroviral	Menaxhimi
<b>Tubulopatia proksimale:</b> 1. Proteinuria: vlera > 1, ose rritje e dukshme e konfirmuar klinikisht e UP/K <sup>(i)</sup> 2. Rënie progresive e vRFG dhe vRFG < 90 mL/min <sup>(ii)</sup> 3. Fosfaturia <sup>(iii)</sup> : hipofosfatemi e konfirmuar sekondare nga humbja e shtuar e fosfatit në urinë	<b>Tenofovir</b>	<b>Vlerësimi:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Testet për tubulopatinë renale proksimale / Sindroma renale e Fanconit <sup>(iii)</sup></li> <li>• Skaner DEXA të kockës nëse ka hipofosfatemi me fosfaturi</li> </ul> <b>Konsideroni të ndaloni tenofovirin nëse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rënie progresive e vRFG dhe nuk ka shkak tjetër</li> <li>• Konfirmohet hipofosfatemi domethënëse me origjinë renale dhe nuk ka shkak tjetër</li> <li>• Osteopeni domethënëse në prani të fosfaturisë/ tubulopatisë renale</li> </ul>
<b>Nefrolitiazat:</b> 1. Kristaluri 2. Haematuria <sup>(iv)</sup> 3. Leukocituri 4. Dhimbje e ijeve 5. Pamjaftueshmëri renale akute	<b>Indinavir Atazanavir</b>	<b>Vlerësimi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizë urine për kristaluri/analizë gurësh</li> <li>• Përjashtoni shkaqe të tjera për nefrolitiazën</li> <li>• Imazheri të traktit renal, përfshi dhe skaner CT</li> </ul> <b>Konsideroni ndërprerjen e atazanavir/indinavir nëse:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ka gurë renalë të konfirmuar.</li> <li>• Dhimbje ijesh rekurente +/- hematuri</li> </ul>
<b>Nefriti intersticial:</b> 1. Rënie progresive e vRFG <sup>(ii)</sup> 2. Proteinuria/hematuria 3. Eozinofili (nëse është akute)	<b>Indinavir (atazanavir) <sup>(v)</sup></b>	<b>Vlerësimi:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ekografi e veshkave</li> <li>• Referoni pacientin te nefrologu</li> </ul> <b>Konsideroni të ndaloni indinavirin nëse:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rënie progresive e vRFG dhe nuk ka shkak tjetër</li> </ul>

i UP/K si gjurmë në urinë: UP/K si gjurmë në urinë: raporti në mg/ mmol i kreatinës/proteinës urinare, identifikon proteinat totale urinare përfshirë këtu edhe proteinat me origjinë glomerulare apo tubulare. Analizat matëse të urinës fillimisht identifikojnë albuminurinë si shenjë të sëmundjeve glomerulare dhe nuk janë të përshtatshme për identifikimin e sëmundjeve tubulare.

ii vRFG: raporti i vlerësuar i filtrimit glomerular, sipas shkurtimit të formulës NDSR (ndryshimi i dietës në sëmundjen renale)

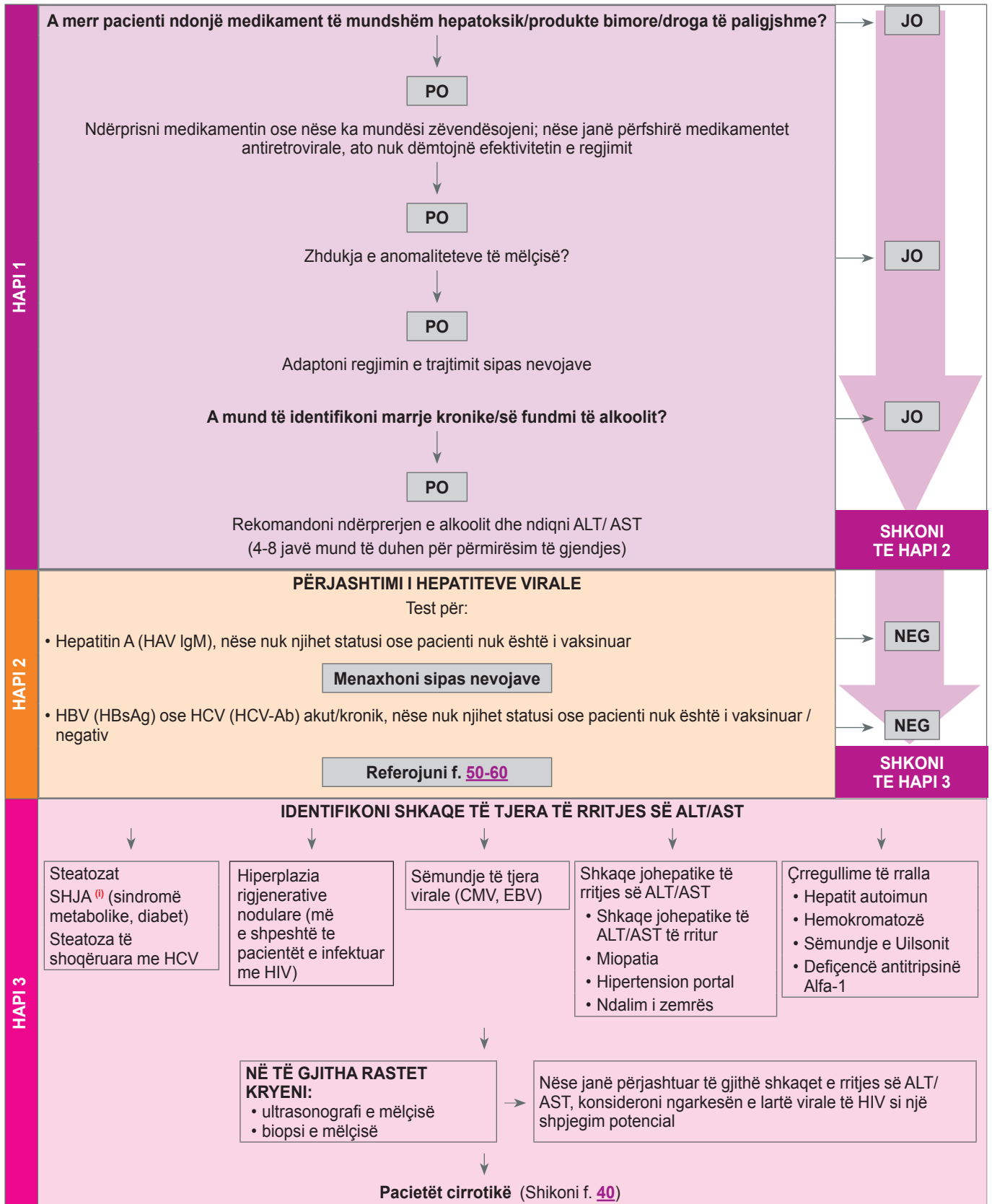
iii Shikoni Shtojcën për “Indikacionet dhe testet për tubulopatinë proksimale renale”

iv Hematuria mikroskopike është zakonisht e pranishme

v Atazanavir mund të shkaktojë ulje të vRFG – gjithashtu pa nefrolitiazë të dalluar klinikisht – por patologjia dhe domethënia klinike ekzakte mbeten të paqarta

# Puna dhe menaxhimi i pacientëve me HIV që kanë ALT/AST të rritur

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



i Steatoza hepatike jo alkoolike

## Menaxhimi i pacientëve HIV-pozitivë me cirrozë

Menaxhimi i pacientëve me cirrozë duhet bërë në bashkëpunim me ekspertë të sëmundjes së mëlçisë. Një udhëzim më i përgjithshëm menaxhimi është përshkruar më poshtë – për menaxhimin e komplikacioneve nga cirroza, shikoni Shtojcën: **Menaxhimi i pacientëve HIV-pozitivë me cirrozë të mëlçisë**

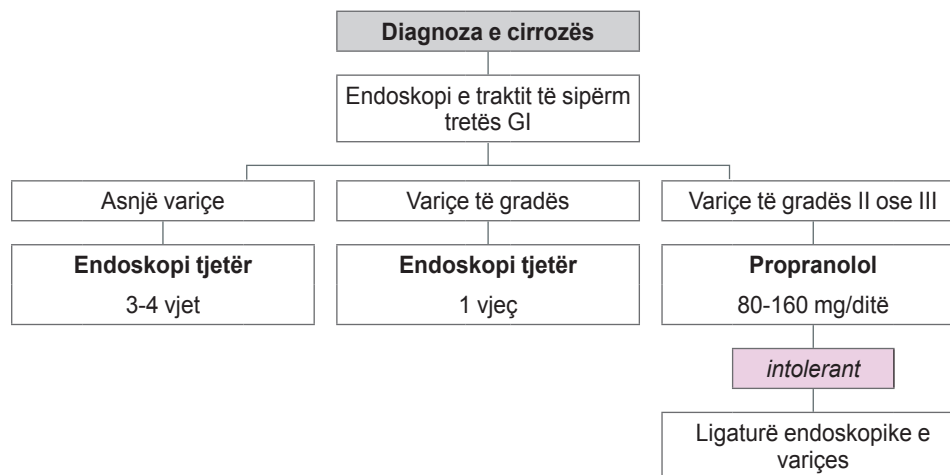
Antiretroviralë të caktuar me risk të shtuar për hepatotoksicitet, të tillë si tipranavir ose nevirapine, preferohet të mos

përdoren në këtë popullatë të veçantë pacientësh. Në ESLD sëmundjen e mëlçisë në fazën përfundimtare, është përshkruar të hasen nivele të larta të medikamentit Efavirenz dhe mund të rrisin riskun për toksicitet të SNQ sistemit nervor qendror. Megjithatë, është e rëndësishme të theksohet se fillimi i terapisë me ARV tek pacientët cirrotikë, ka treguar se përmirëson mbijetesën e përgjithshme dhe prandaj është tepër e rekomandueshme tek këta pacientë kur indikohet.

Klasifikimi Child-Pugh për ashpërsinë e cirrozës			
	Pika (*)		
	1	2	3
Bilirubina totale, mg/dL (µmol/L)	< 2 (< 34)	2-3 (34-50)	> 3 (> 50)
Albumina plazmatike, g/L (µmol/L)	> 35 (> 507)	28-35 (406-507)	< 28 (< 406)
INR	< 1,7	1,71-2,20	> 2,20
Ascit	Asnjë	E lehtë/Mesatare (reagon ndaj diuretikëve)	E rëndë (nuk reagon ndaj diuretikëve)
Encefalopatia hepatike	Asnjë	Grada I-II (ose frenohet me mjekim)	Grada III-IV (ose refraktare)

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

## Algoritmi për mbikqyrjen për variçe dhe profilaksinë primare



## Ushqyerja e pacientit cirrotik

### Kërkesat kalorike

- 25-30 Kcal/Kg/ditë të peshës trupore normovolemike

### Kërkesat proteinike

- Kufizimi proteinik është kontroversial por gjithsesi implementohet rutinë (veçanërisht tek pacientët me TIPSS) <sup>(i)</sup>
- Sasia: 40-60 g/ditë ose 0,8 g/Kg.ditë (të peshës trupore normovolemike)
- Tipi: i pasur me aminoacide me varg të degëzuar (jo-aromatike)

- Disa studime mbështesin se proteinat parentale bartin më pak risk për encefalopati, duke qenë se nuk konvertohen nga bakteriet koloniale në NH<sub>3</sub>.

### Mikronutrientët

- Tiamina, acidi folik, Mg, Zn.

(i) TIPSS = Shunti Portosistemik Transjugular Intrahepatik



## Analgezia tek pacientët me pamjaftueshmëri hepatike

- Megjithëse **paracetamoli** në doza të larta njihet për hepatotoksicitet, shumica e mjekëve hepatologë lejojnë përdorimin e tij tek pacientët cirrotikë në doza deri 2 g/d.
- Përdorimi i **NSAID** antiinflamatorëve josteroidë mund ti predispozojë pacientët me cirrozë për të zhvilluar hemoragji gastrointestinale GI. Pacientët me cirrozë të dekompensuar janë në risk për pamjaftueshmëri renale të induktuar nga NSAID antiinflamatorët jo steroid, për shkak të inhibimit të prostaglandinave dhe përkeqësimit të rrjedhjes së gjakut në veshka.
- Analgjezikët **Opiate** nuk janë të kundraindikuara por duhen përdorur me kujdes tek pacientët me encefalopati hepatike paraekzistuese.

## Mbikqyrja për karcinomë hepatoqelizore

- Ekografi + alfa fetoproteina <sup>(i)</sup> çdo 6 muaj
- Në rast të dëmtimeve të dyshimta në ekografi, performoni tomografi të kompjuterizuar (faza arteriale) ose rezonancë imazherike magnetike MRI
- Konfirmoni diagnozën me aspirim me age të hollë ose biopsi)
- Në rast se alfa FP > 400 mg/mL <sup>(i)</sup> dhe ka lesion hipervaskular, nuk nevojitet ekzaminimi histologjik

## Kur të rekomandoni transplant të mëlçisë <sup>(ii)</sup>

**Më e mira është të rekomandoni sa më herët, sepse sëmundja përparon me shpejtësi** = MELD <sup>(ii)</sup> 10-12 (nga 15 të listuara)

- Cirroza e dekompensuar
  - Ascit
  - Encefalopati
  - Hemoragji nga variçet
- Karcinomë hepatoqelizore e hershme

i Alfafetoproteina (alfa FP) mund të shprehet gjithashtu në µg/L (e njëjta vlerë me 400)

ii Njësia për S-creatininën dhe S-bilirubinën është mg/dL (shikoni f. 40 për konvertim nga µmol/L). Rezultati MELD =  $10 \{0,957 \text{ Ln (kreatinina plazmatike (mg/dL))} + 0,378 \text{ Ln (bilirubina totale (mg/dL))} + 1,12 \text{ Ln (INR)} + 0,643\}$

## Lipodistrofia: diagnostikimi dhe menaxhimi

LIPOATROFIA	LIPOHIPERTROFIA
<p><b>Parandalimi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Shmangni d4T dhe ZDV ose largohuni nga ato për t'i parandaluar</li> <li>• Regjimet që përmbajnë FP të përforcuara me ritonavir, rezultojnë në shtim më të madh të masës dhjimore në gjymtyrë se regjimet që përmbajnë FTRJN</li> <li>• Regjimet që nuk përmbajnë FTRN rezultojnë në shtim më të madh të masës dhjimore se regjimet që përmbajnë FTRN</li> <li>• CCR5 dhe inhibitorët e integrasës nuk janë shoqëruar me lipoatrofi në studimet regjistronale, megjithatë jo në studime formale krahasuese.</li> </ul> <p><b>Menaxhimi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modifikimi i TAR</li> <li>- Ndërroni d4T ose ZDV në ABC ose TDF:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vetëm nëse modifikimi i terapisë me ARV ka rezultuar në riparimin e pjeshëm të yndyrave subkutane; rrit në total yndyrat e gjymtyrëve ~400-500 g/vit</li> <li>▪ Rreziku i toksicitetit nga medikamentet e reja (shikoni f. 20)</li> </ul> </li> <li>- Kalimi në regjimin që nuk përmban FTRJN             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rritje e dhjimit total të gjymtyrëve ~400-500 g/vit</li> <li>▪ Mund të rrisë rrezikun e dislipidemisë</li> </ul> </li> <li>• Ndërryje kirurgjikale</li> <li>- E ofruar vetëm për lehtësimin e lipoatrofisë faciale</li> </ul>	<p><b>Parandalimi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuk ka një strategji të provuar.</li> <li>• ATV është shoqëruar me shtim më të madh të masës dhjimore qendrore se EFV</li> <li>• Pritet rritje në peshë duke qenë se terapia me ARV është efektive duke reflektuar përgjigje “të shëndetshme”</li> <li>• Rënia në peshë ose shmangia e shtimit në peshë mund të ulë adipozitetin e organeve të brendshme</li> <li>• Shmangni flutikasonin e inhaluar (dhe kortikosteroidët e tjerë të inhaluar potencialë) me FP të përforcuar me ritonavir, sepse mund të shkaktojë sindromën Cushing ose pamjaftueshmëri adrenale.</li> </ul> <p><b>Menaxhimi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta dhe ushtrimet mund të reduktojnë adipozitetin visceral</li> <li>- Të dhëna të kufizuara, por reduktim i mundshëm i indit adipoz visceral dhe përmirësim i sensitivitetit të insulinës dhe lipideve të gjakut, veçanërisht tek obeziteti i shoqëruar me lipohipertrofi</li> <li>- Nuk ka prova të ardhshme të pacientët e infektuar me HIV për të përcaktuar përfundimisht shkallën e dietës dhe/ose ushtrimeve që nevojiten për të ruajtur uljen e yndyrës visceralë</li> <li>- Mund të përkëqesojë lipoatrofinë subkutane</li> <li>• Ndërryje farmakologjike që trajtojnë lipohipertrofinë nuk janë provuar që ofrojnë efekte afatgjata dhe mund të sjellin komplikacione të reja</li> <li>- Hormoni i rritjes             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Redukton indet dhjimore në organet e brendshme</li> <li>▪ Mund të përkëqesojë lipoatrofinë subkutane dhe rezistencën ndaj insulinës</li> </ul> </li> <li>- Tesamorelin <sup>(i)</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Metformina</li> <li>▪ Ul indin adipoz visceral te personat që i rezistojnë insulinës</li> <li>▪ Mund të përkëqesojë lipoatrofinë subkutane</li> </ul> </li> <li>- Terapia kirurgjikale mund të merret në konsideratë për lipomat e lokalizuara/gungat             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kohëzgjatja e efektit ndryshon</li> </ul> </li> </ul>

<sup>i</sup> Tesamorelin (faktori i çlirimit të hormonit të rritjes) është vërtetuar se redukton volumin e indeve dhjimore të organeve të brendshme; ky medikament aktualisht nuk është licencuar në Evropë

## Udhëtimi

<p><b>Përkujdesje të përgjithshme</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Shtyni udhëtimin derisa gjendja klinike dhe trajtimi të stabilizohen</li> <li>• Siguroni receta medikamentesh dhe letër rekomandimi për urgjenca</li> <li>• Siguroni certifikatë mjekësore për import mjekimesh/shiringash personale</li> <li>• Mbani ndarje për antiretrovirale nëpër valixhe dhe bagazhet e dorës</li> <li>• Kini kujdes nga medikamentet e falsifikuara</li> </ul>
<p><b>Trajtimi me antiretrovirale</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruani të njëjtën orë për marrjen e mjekimit (p.sh. 23.00) kur ndryshoni zonat kohore, duke shkurtuar intervalin për dozën e radhës kur fluturoni në lindje.</li> </ul>
<p><b>Pranoi rritjen e prekshmërisë <sup>(i)</sup> of HIV+</b></p>	<p><b>1. Observoni higjienën e ushqimit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enterokoliti bakterial</li> <li>• Parazitoza intestinale</li> </ul> <p><b>2. Parandaloni pickimet nga insektet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Malaria</li> <li>• Ethja e verdhë</li> <li>• Leishmanioza</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• p.sh. Salmonella, Shigella, Kampilobakter</li> <li>• Ciklospora, Kriptosporidium, Izospora, Mikrosporidia</li> <li>• Produkte kundër insekteve (DEET ≥ 30 %, Permetrina)</li> <li>• Kimioprofilaksia/trajtimi i urgjencës <sup>(ii)</sup></li> <li>• cf. tabela e vaksinimit</li> <li>• Kini kujdes nga mizat e vogla (qentë)</li> </ul>

Këshillim për kufizim udhëtimi – shih: [www.hivtravel.org](http://www.hivtravel.org)

i Prekshmeri më e lartë për shkak të shkatërrimit GALT (indi limfatik në zorrë) të lidhur me HIV, CD4 të ulët

ii Akordim me riskun për malarie në destinacionin e udhëtimit dhe udhërrëfyesit kombëtare; këshillim aderimi, i rëndësishëm për pacientët që vizitojnë miqtë apo të afërmit e tyre

## Vaksinimi

- Vaksinoni në përputhje me udhërrëfyest kombëtare për popullatë të shëndetshme
- Ndërsa përgjigja ndaj vaksinës mund të jetë dukshëm më e ulët tek HIV pozitivët, titri i antitropave duhet marrë në konsideratë për të vlerësuar indikacionin dhe efektshmërinë e vaksinimit.
- Konsideroni vaksinimin e përsëritur të kryer për CD4 < 200/μL (14 %) pas rivendosjes së imunitetit
- Për vaksinat me virus të gjallë të dobësuar <sup>(i)</sup> (përveç kufizimeve për popullatën e përgjithshme):
  - **Lia e dhenve, fruthi, parotitis, rubeola, ethja e verdhë** kundraindikuara nëse CD4 < 200/μL (14 %) dhe/ose ka SIDA
  - **Tifoid nga goja, polio nga goja (OPV)** janë të kundraindikuara sepse janë të disponueshme vaksina të inaktivizuara

	Arsyetimi për vaksinimin tek HIV pozitivët	Komente
<b>Lia e dhenve</b>	Përçindje dhe ashpërsi më e lartë e lisë së dhenve dhe e herpesit	Vaksinoni nëse nuk është imun.
<b>Streptokok pneumonie</b>	Përçindje dhe ashpërsi më e lartë e sëmundjes invazive	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Përdorni vaksinën polisakaride PPV-23 tek të rriturit <sup>(ii)</sup></li> <li>• Konsideroni shtyrjen e vaksinimit derisa CD4 ≥ 200/μL</li> <li>• Konsideroni dozën e kujtesës (e vetme) pas 5 vjetësh <sup>(iii)</sup></li> </ul>
<b>Influenca</b>		Vjetore
<b>Papiloma virusi human</b>	Risk i përbashkët me HIV për infeksionin e marrë. Përçindje më e lartë për kancer të qafës së mitrës dhe të anusit	Vaksinimi i femrave dhe meshkujve sipas direktivave kombëtare
<b>Hepatiti B</b>	Risk i përbashkët me HIV për infeksionin e marrë. HIV përshpejton progresionin e sëmundjes së mëlçisë	Konsideroni dyfishim të dozës (40 μg) dhe vaksinim intradermal tek pacientët që nuk përgjigjen, në veçanti ata me CD4 të ulët dhe viremi të lartë. Përsërisni dozat derisa antitropat HBs ≥ 10 IU/L / ≥ 100 IU/L sipas direktivave kombëtare
<b>Hepatiti A</b>	Sipas profilit të riskut (udhëtim, MSM, IVDU, infeksion aktiv për hepatit B ose C)	Kontrolloni titrat e antitropave tek popullata në risk të lartë
<b>Ethja e verdhë</b>	E detyrueshme për udhëtim në vendet e përzgjedhura (siguroni letër përjashtuese nëse nuk ka risk real për ekspozim)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• E kundërintikuar nëse ka neoplazi hematologjike aktuale apo të mëparshme ose prekje të timusit</li> <li>• Relativisht e kundërintikuar tek moshat &gt; 60 vjeç</li> </ul>

i Administroni vaksina të gjalla njëherësh, ose me një interval prej 4 javësh

ii Vaksina e konjuguar 13-valente mund të zëvendësojë vaksinën polisakaride 23-valente si më imunogenike

iii Përforcimi i përsëritur (dozat e kujtesës) mund të dobësojë përgjigjen immune

## Hiperlaktatemia: diagnoza, parandalimi dhe menaxhimi <sup>(i)</sup>

Faktorët e rrezikut	Parandalimi/ Diagnostikimi	Simptoma
<ul style="list-style-type: none"><li>• Përdorimi i ddl &gt; d4T &gt; ZDV</li><li>• Bashkëinfeksionet HCV/HBV</li><li>• Përdorimi i ribavirinës</li><li>• Sëmundje të mëlçisë</li><li>• Numër të ulët qelizash CD4</li><li>• Shtatzënia</li><li>• Gjinia femërore</li><li>• Obeziteti</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Shmangni kombinimin d4T + ddl</li><li>• Nuk rekomandohet monitorimi rutinë i niveleve të laktatit - nuk parashikon rrezikun e acidozave laktike</li><li>• Matja e laktatit, bikarbonateve dhe e gazeve të gjakut arterial + të dhëna të pH në raste të simptomave sugjестive të hiperlaktatemisë</li><li>• Monitorim i kujdesshëm dhe i shpeshtë për simptoma nëse ka &gt; 1 faktorë rreziku</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hiperlaktatemia: të përziera të pashpjegueshme, dhimbje abdominale, hepatomegali, ALT dhe/ose AST e rritur, humbje në peshë</li><li>• Acidemia: asteni, dispnoe, aritmi</li><li>• Sindroma e ngjashme me atë të Guillain-Barré</li></ul>

<sup>i</sup> Për menaxhimin e acidozës laktike, shikoni Shtojcën: [Menaxhimi i hiperlaktatemisë dhe menaxhimi i acidozës laktike](#).

## Vlerësimi i disfunkcionit seksual tek personat me HIV

Disfunzioni seksual është raportuar si një problem i zakonshëm tek meshkujt (M) dhe femrat (F) HIV-pozitive. Gjithashtu, reduktimi i cilësisë së jetës, ka gjasa të nën diagnostikohet. Udhërrëfyes për trajtimin e disfunkcionit seksual

për popullatën e gjerë janë të disponueshme për meshkujt por jo për femrat. Kur është e nevojshme, këshillohet rekomandimi te mjeku endokrinolog, mjeku klinikist, mjeku kardiolog, farmakologu klinik.

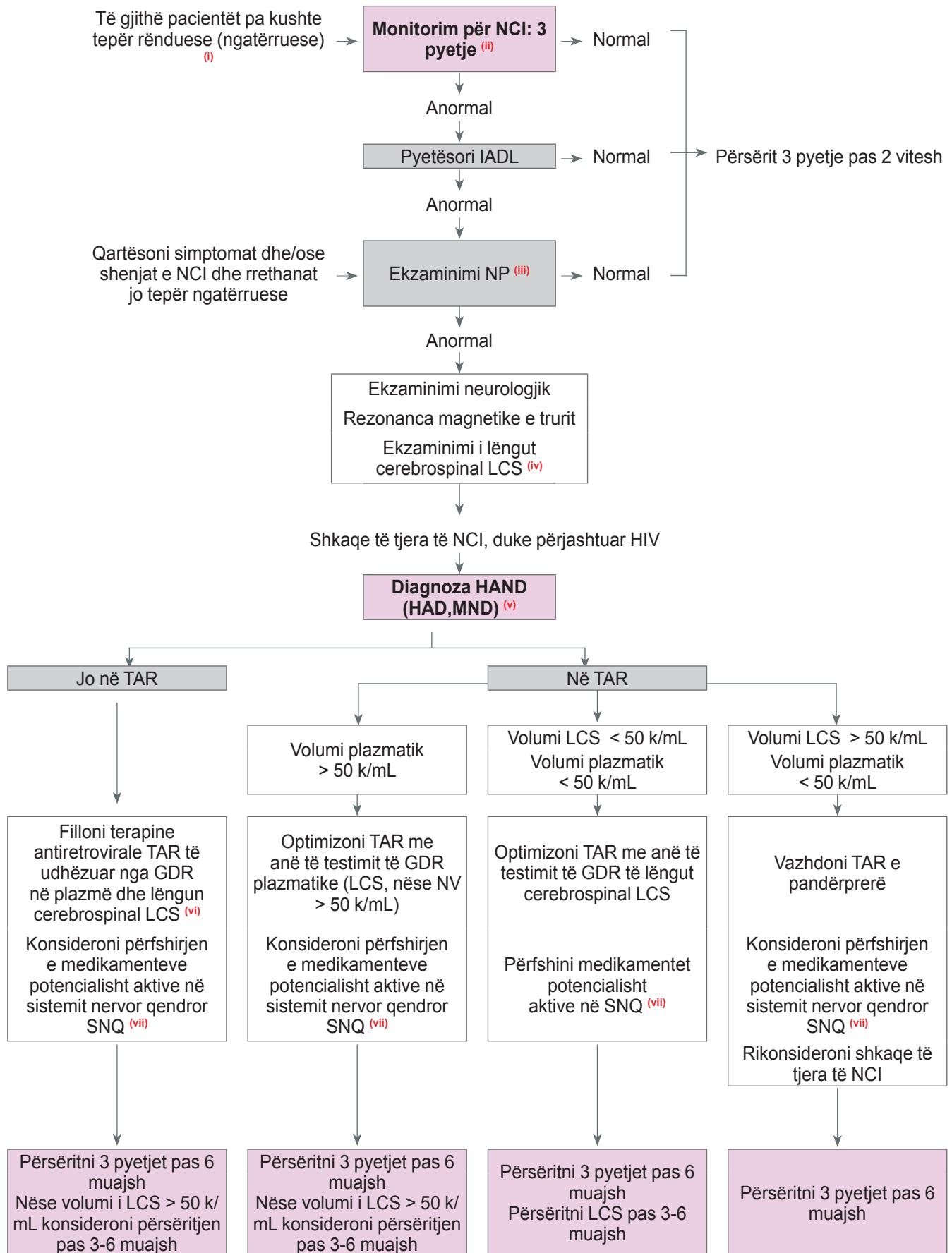
<b>HAPI 1</b>	<b>Marrja e anamnezës seksuale të përgjithshme:</b>	Pyetje depistuese për të gjithë personat HIV+ :	<i>Sa të kënaqur jeni me jetën tuaj seksuale? A keni ndonjë vështirësi seksuale që kërkon vëmendje mjekësore? Nevojë për parandalim të SST (sëmundje seksualisht të transmetueshme)? Kontracepsion? Shpresa për të krijuar një familje?</i>	
<b>HAPI 2</b>	<b>Kur ankesa seksuale ekziston:</b>	<i>Cila është natyra ekzakte e problemit? Në cilën (cilat) fazë (faza) të ciklit të përgjigjes seksuale haset problem?</i>	<p><b>1. Dëshira</b> (mungesa e dëshirës seksuale (libido); mospërputhja e dëshirës me partnerin; aversion në aktivitetin seksual)</p> <p><b>2. Eksitimi</b> (vështirësi në eksitim fizik dhe/ose subjektiv seksual; vështirësi ose pamundësi për të arritur një ereksion mjaftueshëm të fortë për marrëdhënie seksuale (<b>M</b>) – (i.e. disfunkcion ereksioni); ereksione të munguara ose të rralla natën (<b>M</b>); vështirësi në lubrifikim (<b>F</b>); vështirësi në mbajtjen e eksitimit</p> <p><b>3. Orgazma</b> (vështirësi për të arritur orgazëm)</p> <p><b>4. Dhimbje</b> (dhimbje gjatë aktivitetit seksual; vështirësi gjatë penetrimit vaginal/anal (ankth, tensionim muskular); mungesë e përmbushjes dhe kënaqësisë seksuale</p>	
<b>HAPI 3</b>	<b>Identifikoni shkaqet</b>	<i>Probleme psikologjike ose sociale?</i>	Stigma, alterim të imazhit trupor, depresion? Frikë nga infektimi i një partneri HIV – negativ?	<b>Rekomandim tek mjeku klinikist</b>
		<i>Sëmundje tjetër aktuale e lidhur?</i>	Sëmundje kardiovaskulare (shënim: nëse është e mundshme një përgjigje seksuale e plotë– p.sh. me një partner tjetër, me masturbim ose nocturne – atëherë asnjë faktor somatik madhor nuk është i përfshirë)	<b>Rekomandim tek mjeku urolog, mjeku androlog, mjeku kardiolog</b>
		<i>Mjekimi përkatës, medikamentet, stili i jetesës?</i>	Medikamentet e shoqëruara me disfunkcion seksual: <b>(1)</b> psikotropët (antidepresantët, antiepileptikët, antipsikotikët, benzodiazepinat), <b>(2)</b> medikamentet që ulin lipidet (statinat, fibratat), <b>(3)</b> antihipertensivët (ACE-inhibitorët, betablokuesit, alfablokuesit), <b>(4)</b> të tjerë (omeprazol, spironolakton, metoklopramid, finasterid, cimetidin); <b>(5)</b> kontribuimi nga medikamentet antiretrovirale është kontroversial dhe përfitimi nga studimet switching (ndryshim mjekimi) nuk është provuar.	<b>Rekomandim tek farmakologu klinik</b>
<i>Shenja të hipogonadizmit tek meshkujt?</i>	Shenja të pamjaftueshmërisë së testosteronit (eksitueshmëri dhe libido seksuale e reduktuar; frekuencë e ulur e mendimeve dhe fantazive seksuale; ulje ose mungesë e ereksioneve nocturne; ndjeshmëri genitale e ulur; humbje e vitalitetit; lodhje; humbje e masës muskulare dhe fuqisë muskulare dhe rënie e qimeve trupore)	<b>Rekomandim tek mjeku endokrinolog</b>		

## Trajtimi i disfunkcionit seksual tek meshkujt e prekur nga HIV

Trajtimi i disfunkcionit erektil	Trajtimi i ejakulacionit prematur
<p>PDE5-I nga goja (sildenafil, tadalafil, vardenafil).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Të gjithë, të paktën 30 minuta para inicimit të aktivitetit seksual</li><li>• Përdorni doza më të ulta nëse merrni FP<ul style="list-style-type: none"><li>- sildenafil (25 mg çdo 48 orë)</li><li>- tadalafil 5 mg dozë fillestare, me dozë maksimale 10 mg në 72 orë</li><li>- vardenafil 2.5 mg dozë maksimale në 72 orë</li></ul></li><li>• Doza më të larta mund të nevojiten nëse merrni EFV</li><li>• Tadalafil është gjithashtu i licencuar për t'u përdorur si një terapi ditore e vazhdueshme</li></ul>	<p>Merrni në konsideratë ndërhyrjet biheviore dhe/ose këshillimin psikoseksual.</p> <p>SSRI—të, antidepressantët triciklikë, klomipramina, dhe anestetikët lokalë.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Përdorni doza më të ulta të klomipraminës dhe antidepressantëve të tjerë triciklikë nëse merrni FP</li><li>• Dapoksetina, SSRI me veprim të shkurtër, i vetmi medikament i aprovuar për trajtimin on-demand të ejakulacionit prematur në Europë</li><li>• Trajtimi duhet ruajtur, sepse me ndërprerjen e mjekimit, mund të ketë rekurrenca</li></ul>

# Çrregullimet neurokonjitive: diagnoza dhe menaxhimi

Algoritmi për diagnozën dhe menaxhimin e Dëmtimit Neurokonjitiv (NCI) shoqërues të HIV





- ANI = dëmtim neurokonjitiv asimptomatik
- GDR = testi i rezistencës genotipike të medikamentit
- HAD = dementia e shoqëruar me HIV
- HAND = çrregullim neurokonjitiv i shoqëruar me HIV
- IADL = aktivitetet instrumentale të jetës së përditshme
- LCS = lëngu cerebrospinal
- MND = çrregullimet neurokonjitive të lehta
- MRI = rezonanca imazherike magnetike e trurit
- NP = neuropsikologjike

### i Rrethana tepër rënduese (ngatërruese)

1. Gjendje të rënda psikiatrike
2. Abuzim i medikamenteve psikotrope
3. Abuzim i alkoolit
4. Pasoja nga IO të SNQ të mëparshme ose sëmundje të tjera neurologjike
5. IO të SNQ aktuale ose sëmundje të tjera neurologjike

### ii 3 pyetje (ref. Simioni et al., AIDS 2009)

1. A keni shpesh humbje të memories (p.sh. a harroni ndodhinë e ngjarjeve të veçanta, edhe ato më të fundit, takimet etj)?
2. A mendoni se jeni më të ngadalshëm kur arsyetoni, planifikoni aktivitetet, ose zgjidhni probleme?
3. A keni vështirësi të përqendrohni (p.sh. në një bisedë, një libër, ose një film)?

Për secilën pyetje, pacientët mund të përgjigjen: a) asnjëherë, b) ndonjëherë, ose c) po, patjetër.

Pacientët konsiderohen të kenë rezultat "anormal" kur përgjigjen "po, patjetër" për të paktën një pyetje.

### iii Ekzaminimi NP do të përfshijë teste që eksplorojnë domeinet konjitive të mëposhtme: rrjedhshmërinë, funksionet ekzekutive, shpejtësinë e procesimit të informacionit, memorien vëmendje/punë, të mësuarit verbal dhe vizual, aftësitë motore (ref. Antinori et al., Neurologjia 2007).

### iv Rezonanca e Trurit dhe ekzaminimi i LCS

Këto kërkohen për të përjashtuar më tej patologji të tjera dhe për të karakterizuar më tej HAND, duke përfshirë dhe vlerësimin e nivelit të HIV-ARN në lëngun cerebrospinal LCS dhe, ku është e përshtatshme, evidencë për rezistencë genotipike të medikamentit (GDR) në një mostër lëngu cerebrospinal LCS dhe plazme.

### v Përkufizimet e HAD dhe MND (ref. Antinori et al., Neurologjia 2007).

- **HAD përcaktohet në prani të 1)** dëmtim i dukshëm i fituar i funksionimit konjitiv që përfshin të paktën 2 domeine, siç dokumentohen nga performanca e të paktën 2 SD (deviacioneve standarde) nën mesataren për normat e duhura të moshë-edukimit në testet NP; **2)** interferencë e dukshme në funksionimin e përditshëm; **3)** asnjë evidencë për ndonjë shkak tjetër para ekzistues për dementian.
- **MND përcaktohet në praninë e 1)** dëmtim i dukshëm i fituar i funksionimit konjitiv që përfshin të paktën 2 domeine, siç dokumentohen nga performanca e të paktën 1 SD (deviacioni standarde) nën mesataren për normat e duhura të moshë-edukimit në testet NP; **2)** interferencë e lehtë në funksionimin e përditshëm; **3)** asnjë evidencë për ndonjë shkak tjetër para ekzistues për MND

### vi Nëse GDR në LCS dhe/ose plazmë nuk është e disponueshme, ruani mostrat për përdorim të mundshëm në të ardhmen

### vii Përkufizimi i medikamenteve 'potencialisht aktive të SNQ'

Medikamentet antiretrovirale ARV, me penetrim në lëngun cerebrospinal LCS, të demonstruar qartë, gjatë studimeve tek popullata e shëndetshme e infektuar me HIV (përqendrimi mbi **IC90** në > 90 % e pacientëve të ekzaminuar), ose me efikasitet afat shkurtër (3-6 muaj) të provuar mbi funksionin konjitiv ose me rënie të ngarkesës virale kur vlerësohen si agjent të vetëm, ose në studime të kontrolluara tek botime të hapura për diskutim:

- Agjentët me penetrim në lëngun cerebrospinal, të demonstruar qartë:
  - FTRN-të: ZDV, ABC
  - FTRJN-të: EFV, NVP
  - FP të fuqizuar: IND/r, LPV/r, DRV/r
  - Klasa të tjera: MAR
- Medikamentet me "efikasitet" të provuar:
  - FTRN-të: ZDV, d4T, ABC
  - FP të fuqizuar: LPV/r

# Pjesa IV Menaxhimi klinik dhe trajtimi i hepatiteve kronike B dhe C në bashkëinfeksion me HIV-in tek të rriturit

Këto udhërrëfyes europiane janë rezultat i pohimeve të shkurtra nga Konferenca e parë e Marrëveshjes Europiane mbi trajtimin e hepatiteve kronike B dhe C te pacientët me bashkëinfeksion HIV (J Hepatol 2005;42:615-624),

rekomandimet e përditësuara nga Paneli Ndërkombëtar mbi HCV-HIV (Soriano V, Puoti M, Sulkowski M, Cargnel A, Benhamou Y, Peters M, Mauss S, Bräu N, Hatzakis A, Pol S, Rockstroh J: Care of patients coinfecting with HIV and hepatitis C virus: AIDS 2007; 21:1073-1089),

rekomandimet e mëparshme nga paneli mbi Hepatitet i Shoqatës Klinike Europiane për AIDS (JK Rockstroh, S Bhagani, Y Benhamou, R Bruno, S Mauss, L Peters, M Puoti, V Soriano, C Tural) dhe Komiteti Ekzekutiv i Shoqatës Klinike Europiane për AIDS: Shoqata Evropiane për AIDS-in (EACS) Udhëzues për Menaxhimin Klinik dhe Trajtimin e Hepatiteve kronike B dhe C në bashkëinfeksion me HIV-in tek të Rriturit. HIV Medicine 2008; 9, 82–88)

si dhe versioni i rishikuar i faqes së internetit nga viti 2009 dhe nga diskutimi me panelin për bashkëinfeksionin.

## Rekomandime të përgjithshme për pacientët me bashkëinfeksion HIV dhe hepatite

### DEPISTIMI

1. Të gjithë pacientët e infektuar me HIV duhet të skrinohen për hepatitin C në momentin e diagnostikimit dhe më pas një herë në vit. Depistimi për HCV te pacientët e infektuar me HIV duhet të kryhet duke përdorur një test me antitrupa kundër HCV-së. Rezultati pozitiv duhet të ndiqet me vlerësim për praninë e HCV-ARN dhe duhet të përcaktohet gjenotipi. Pacientët me faktorë rreziku (IVDU e vazhdueshme, seks traumatik mukozal, marrëdhënie të vazhdueshme të pambrojtura anale, infeksion seksualisht i transmetuar para pak kohësh) me rritje të pashpjegueshme të transaminazave hepatike dhe test negativ HCV me antitrupa, duhet t'i ofrohet një test HCV-ARN për zbulimin në kohë të një infeksioni të kaluar së fundmi.
2. Pacientët e infektuar me HIV duhet të skrinohen për hepatit A dhe B. Pacientët nga shtetet me prevalencë të lartë HBV-je, në veçanti ata me transaminaz të rritur të mëlçisë duhet të skrinohen për HBV-DNA përveç HBs AG për të eliminuar mundësinë e infeksionit okult nga HBV.
3. Antitrupe të hepatitit delta duhet të skrinohen tek të gjithë pacientët HBsAg+.
4. Pacientët me cirrozë të mëlçisë duhet të skrinohen intervale kohore prej 6 muajsh për alfa-fetoproteinën serike dhe eko hepatike me ultratinguj për praninë e karcinomës hepatoqelizore. Depistimi rutinë këshillohet gjithashtu për variçet oesofageale në kohën e diagnozës dhe më pas në intervale 1-2 vjet. Për pacientët jocirotikë të bashkëinfektuar me HBV, skrinimi për HCC me ultratinguj cdo për 6-12 muaj mund të jetë i këshillueshëm për pacientët afrikanë mbi moshën 20 vjeç, për pacientët aziatikë mbi moshën 40 vjeç me histori të familjes me HCC dhe te pacientët me nivele HBV-DNA (> 2 000 IU/mL).

### VAKSINIMI

5. Pacientëve që nuk kanë antitrupa anti-HAV IgG ose antitrupa anti-HBs duhet t'u ofrohet vaksinim për viruset përkatëse për parandalimin e infektimit pavarësisht nivelit të tyre të CD4-ës. Reagimi ndaj vaksinës HBV influencohet nga numri i CD4 dhe niveli i HIV-ARN. Te pacientët që kanë nivel të ulët të CD4 (<200/μL) dhe replikim të vazhdueshëm të HIV-it, terapia antiretrovirale (TAR) duhet të fillohet menjëherë para vaksinave përkatëse. HBsAg negative, anti-HBc vetëm pozitive duhen testuar për anti-HBs, anti-HBe dhe HBV-DNA. Personave pa markues të konfirmuar për infeksione të mëparshme HBV, ose infeksione aktive okulte, iu duhet ofruar vaksinimi kundër HBV. Përgjigja anti-HBs duhet matur 2-4 javë pas vaksinimit të parë për HBV dhe nëse anti-HBs < 10 IU/L, konsideroni një seri të plotë vaksinimi.

Në raste të përgjigjes së pamjaftueshme (anti-HBs < 10 IU/L) duhet marrë në konsideratë rivaksinimi. Rivaksinimi me doza dyfishe (40 μg) në 3-4 doza vaksinimi (muaji 0, 1, 6 dhe 12) mund të ndihmojë në përmirësimin e shkallës së përgjigjes së vaksinës së HBV-së. Pacientët që dështojnë në prodhimin e antitropave për luftimin e infeksioneve pas vaksinimit për hepatitin B dhe janë akoma të rrezikuar për t'u infektuar me HBV, duhet të kryejnë teste serologjike për praninë ose jo të infeksionit HBV.

6. Pacientët me bashkëinfeksione të hepatiteve B dhe/ose C përfitojnë nga fillimi i hershëm i terapisë antiretrovirale (TAR), sepse zhvillimi i fibrozës së mëlçisë kufizohet me rimëkëmbjen e sistemit imun dhe shtypjen e HIV-ARN-së. Prandaj, fillimi i TAR me një regjim të bazuar në TDF rekomandohet për të gjithë pacientët e bashkëinfektuar me HBV, që kanë nevojë për terapi anti-HBV, pavarësisht nga vlerat e CD4, dhe tek të gjithë pacientët HBs-Ag pozitivë me më pak se 500 qeliza CD4, pavarësisht nga statusi i sëmundjes së HBV, për të parandaluar tranzicionin në një fazë tjetër më aktive të sëmundjes HBV, për shkak të supresimit imun. Tek pacientët me hepatit kronik C, inicimi i TAR rekomandohet kur vlerat e CD4 bien nën 500/μL. Ndalimi i terapisë antiretrovirale (TAR) është shoqëruar me rritjen e rrezikut për AIDS dhe patologji të tjera që nuk kanë lidhje me AIDS-in, sikundër ka rezultuar nga studimi SMART dhe ky rrezik rritej për pacientët me bashkëinfeksione të hepatiteve. Kujdes i veçantë duhet treguar për pacientët me bashkëinfeksione të HIV/HBV, të cilët kanë ndërprerë marrjen e terapisë antiretrovirale (TAR) me aktivitet anti-HBV.

## FAZA E FUNDIT E SËMUNDJES SË MËLÇISË (FFSM)

Shikoni "Menaxhimi i pacientëve HIV-pozitivë me cirrozë" - f. [40](#)

## PARANDALIMI/MBËSHTETJA

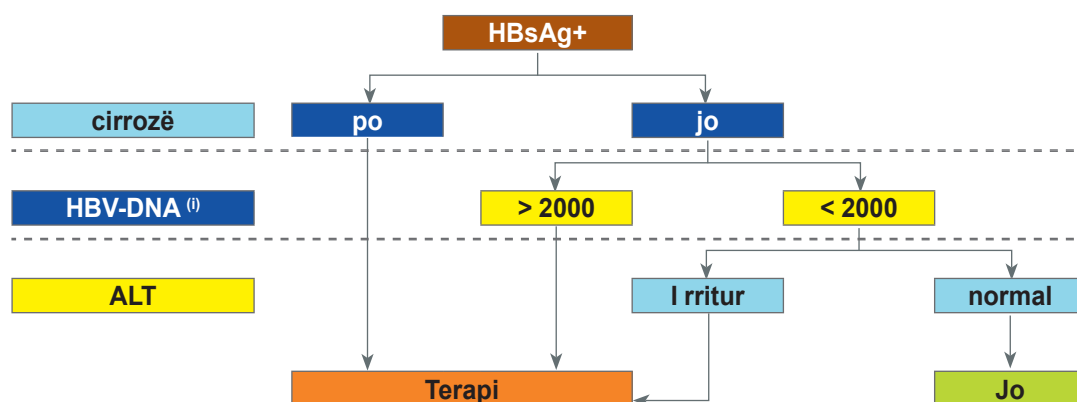
7. Për pacientët që konsumojnë shumë alkool duhet të ofrohet mbështetje psikiatrike, psikologjike, sociale dhe mjekësore, në mënyrë që të ndihmohen të ndërpresin ose të kufizojnë sa më shumë konsumin e alkoolit.
8. Terapia zëvendësuese (terapia zëvendësuese e opioideve, shikoni Shtojcën: **Për pacientët që janë abuzues aktivë të drogave**) duhet të merret në konsideratë terapia zëvendësuese (terapia zëvendësuese për opioidet), 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).
9. Meqenëse HBV dhe HIV dhe më rrallë HCV transmetohen seksualisht, këshillohet të ofrohet këshillim i përshtatshëm, duke përfshirë edhe përdorimin e prezervativëve. Duhet të ofrohet informacion mbi riskun e transmetimit të HCV përmes praktikave seksuale me trauma të mukozës që shoqërohen me një mundësi të lartë të kontaktit me gjakun. Gjithashtu duhet të diskutohen mundësitë e reduktimit të riskut.

Tek pacientët e bashkëinfektuar me virusin Delta dhe fibrozë hepatike të theksuar (> F2) mund të konsiderohet trajtimi afat gjatë (> 18 muaj) me peginterferon, të shoqëruar me TAR të bazuar në TDF. TDF ka treguar një efikasitet, veçanërisht tek pacientët me HBV-DNA të dallueshme në serum. Efikasiteti i trajtimit duhet monitoruar me: Matje të HBV-DNA dhe HDV-ARN, kur është e mundur, dhe me ndjekje të vlerësimit biokimik dhe fibrozës hepatike.

Pacientëve me reaktivitet anti-HCV Ab dhe HCV-ARN, iu duhet ofruar trajtimi anti-HCV, në mënyrë që të induktohet një përgjigje virologjike e pandërprerë për bashkëinfeksionin me HCV. Trajtimi anti-HDV me peginterferon duhet ndërprerë në përputhje me tolerancën e pacientit dhe më pas të rifillohet në rast të përkeqësimit të sëmundjes së mëlçisë. Një negativitet i qëndrueshëm i HDV-ARN jashtë mjekimit dhe serokonversioni anti-HBs janë synimet ideale të trajtimit antiviral, madje edhe nëse ato do të arrihen tek një minorancë pacientësh.

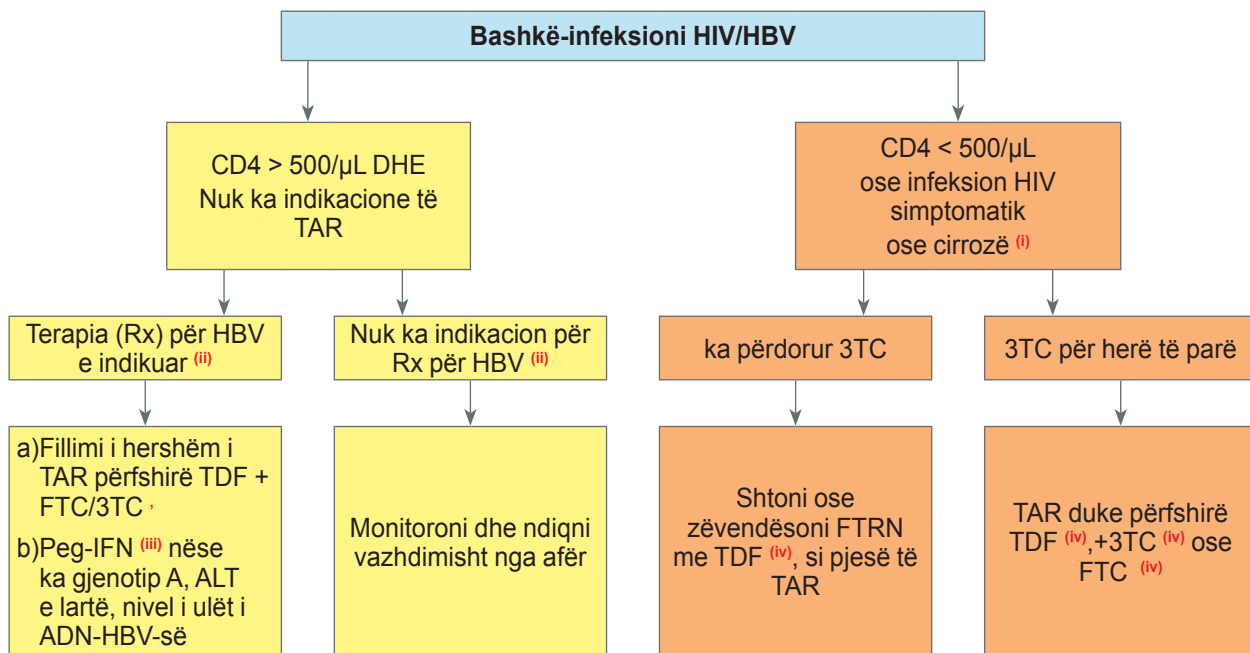
Remisioni histologjik i sëmundjes së mëlçisë është një synim më pak ambicioz por me më shumë gjasa për tu arritur. Tek pacientët me ESLD (sëmundje e mëlçisë në fazën e fundit) ose HCC (karcinoma hepatoqelizore), transplantimi i mëlçisë duhet marrë në konsideratë, veçanërisht në mungesë të koinfektimit aktiv me HCV.

## Vlerësimi i indikacioneve të trajtimit për infeksionin HBV te personat HIV-pozitivë



**Shënim:** Tek pacientët me fibrozë hepatike të theksuar (F2-F3), mund të konsiderohet trajtimi anti-HBV, edhe kur HBV-DNA plazmatike është nën 2 000 IU/mL dhe enzimata hepatike nuk janë të rritura.

# Trajtimi i infeksionit kronik HBV në personat HIV-pozitivë



i Pacientët me cirrozë duhet të referohen për kontroll të varçeve, të monitorohen rregullisht për HCC dhe duhet të referohen sa më shpejt për vlerësim të nevojës për transplant. Pacientët me cirrozë të mëlçisë dhe nivel të ulët të CD4 kërkojnë mbikëqyrje të kujdesshme gjatë muajve të parë pas fillimit të terapisë antiretrovirale (TAR) në mënyrë që të mos anashkalohen sindroma e rimëkëmbjes imune, si dhe përkeqësimi i vazhduar i mëlçisë si pasojë e shpërthimit të enzimave të mëlçisë.

ii Shikoni f. 50 për vlerësimin e indikimit të HBV Rx. Disa ekspertë mendojnë se çdo pacient i infektuar me HBV dhe që kërkon terapi TAR duhet të marrë TDF + 3TC ose FTC, përveç rasteve kur ka histori të intolerancës ndaj TDF-së, veçanërisht te pacientët me bashkëinfeksione HIV/HBV dhe që kanë fibrozë të avancuar të mëlçisë (F3/F4). Administrimi i TDF-së duhet të përshtatet me klirensin e kreatinës nëse është e nevojshme. Pacientët aziatikë HBe-Ag+ dhe me bashkëinfeksion me HIV që s'kanë përdorur më parë antiretrovirale dhe që kanë filluar terapi antiretrovirale (TAR) me TDF ose TDF+FTC kanë arritur nivele të larta dhe të papritura serokonversioni të HBe (dhe madje edhe të HBs), duke forcuar kështu argumentin për fillimin e hershëm të TAR.

iii Nëse pacienti nuk ka dëshirë të fillojë TAR në një fazë të hershme, atëherë si alternativë mund të përdoret adefovir dhe telbivudine për të kontrolluar vetëm HBV-në. Raportimi i rezultateve të një rasti, sugjeroi për aktivitet të mundshëm anti-HIV të telbivudines. Të dhënat nga një studim in-vitro ku u përdor një metodë që mundësonite diktimin e aktivitetit anti HIV të entecavirit, nuk mundën të demonstironin një influencë të telbivudines mbi kapacitetin replikues të HIV-1. Tek pacientët me genotip A të HBV, ALT të rritur dhe HBV-DNA të ulët, Peg-IFN mund të përdoret për një kohëzgjatje prej 48 javësh. Të dhëna të fundit sugjerojnë se matja gjatë mjekimit e HBsAg në pacientët me hepatit kronik B me HBeAg-negative që janë nën trajtim me Peg-IFN, mund të ndihmojë në identifikimin e atyre që mund të kurohen nga kjo

terapi dhe të optimizojë strategjitë e trajtimit. Kohëzgjatja optimale e trajtimit me analoget e nukleos(t)ideve me aktivitet anti-HBV nuk është përcaktuar akoma dhe ekspertët rekomandojnë terapinë afatgjatë për gjithë jetën nëse nukleos(t)idet anti-HBV janë dhënë si pjesë e terapisë TAR. Te pacientët që nuk kërkojnë terapinë TAR dhe janë në trajtim me telbivudine +/- adefovir, ose ata që janë nën terapi TAR dhe ku boshti i nukleosideve të tyre ka nevojë për ndryshim, terapia anti-HBV mund të ndërpritet me kujdes tek ata HBeAg-pozitivë që kanë arritur prodhimin e antitropave HBe (serokonvertimi HBe) për të paktën gjashtë muaj ose pas serokonversionit të konfirmuar HBs tek ata pacientë që janë HBeAg-negative. Tek pacientët me cirrozë të mëlçisë nuk rekomandohet ndërprerja e trajtimit efektiv anti-HBV, për të shmangur dekomensimin hepatic si rezultat i shpërthimit të enzimave të mëlçisë.

iv Në disa raste që nuk tolerojnë tenofovirin (p.sh. në sëmundje renale), mund të këshillohet entecavir + adefovir ose tenofovir në doza të përshtatura sipas klirensit renal të kombinuara me TAR të efektshme. Nëse TDF është rreptësisht i kundraindikuar, mund të provohet entecavir + adefovir, duke monitoruar rregullisht efikasitetin, ose këshillohet TDF në doza të përshtatura me klirensin renal, në kombinim me TAR efektive. Zëvendësimi i FTRN duhet të bëhet vetëm nëse mbajtja e shtypur e HIV-it është e realizueshme dhe e përshtatshme. Duhet të ketë kujdes në kalimin nga një skemë trajtimi me tenofovir në medikamente me barrierë gjenetike më të ulët, p.sh. FTC/3TC, veçanërisht në pacientët me cirrozë të trajtuar më parë me lamivudinë, sepse janë vërejtur shpërthime virale si pasojë e mutacioneve YMDD të arkivuara. Kjo është përshkruar edhe tek individët me rezistencë të mëparshme HBV ndaj 3TC, të cilët kanë kaluar nga trajtimi me tenofovir në atë me entecavir. Shtimi i entecavir tek TDF në pacientët me replikim me persistencë të ulët të HBV, nuk është provuar të jetë statistikisht efektiv, prandaj duhet evituar. Priten rezultatet e testeve.

# Rekomandimet e trajtimit për terapinë e hepatitit C te personat me bashkëinfeksion HIV

1. Trajtimi për HCV-ën ofron mundësinë e zhdukjes së HCV-së brenda një periudhe të përcaktuar trajtimi. Ky është një avantazh thelbësor për menaxhimin në vazhdim të pacientëve me HIV, kështu që çdo pacient me bashkëinfeksion duhet marrë në konsideratë të trajtohet në rast se përfitimet e terapisë tejkalojnë rreziqet që mund të vijnë nga ajo. Kjo duhet të shihet gjithashtu në kontekstin e progresit më të shpejtë të fibrozës së mëlçisë te bashkëinfeksioni HIV/HCV dhe me rezultat më të mirë të trajtimit të HCV-së me menaxhim të përmirësuar te këta pacientë.
2. Në pacientët me bashkëinfeksion, të dhënat në lidhje me stadet e fibrozës së mëlçisë janë të rëndësishme për marrjen e vendimeve terapeutike. Megjithatë, kryerja e biopsisë së mëlçisë nuk është e detyrueshme për të marrë në konsideratë trajtimin e hepatitit kronik C. Terapia e tanishme rekomandohet veçanërisht për pacientët me probabilitet të lartë për arritjen e përgjigjes të qëndrueshme virologjike (SVR): gjenotipi 2 ose 3 dhe pacientët e infektuar me gjenotipin 1 nëse ngarkesa virale është e ulët (< 600 000 IU/mL) dhe/ose nëse gjenotipi IL28B-CC është i pranishëm <sup>(i)</sup>.
- Duke u bazuar në 4 variabellet themelore (HCV-ARN plazmatike, genotipi HCV, stacionimi i fibrozës hepatiske duke përdorur elastometrinë, dhe genotipizimi IL28B), është zhvilluar së fundmi indeksi i Prometheut dhe mund të përdoret në mënyrë opsionale si një llogaritës risku për të parashikuar gjasat për SVR duke përdorur terapinë Peg-IFN-ribavirin tek pacientët e koinfektuar me HIV-HCV. Është e disponueshme falas në internet (<http://ideasydesarrollo.com/fundacion/prometheusindex.php>), ashtu si rezultati Framingham për parashikimin e riskut kardiovaskular.
- Rezistenca e insulinës (e cila mund të përcaktohet duke përdorur vlerësimin e modelit të homeostazës të rezistencës së insulinës HOMA IR) është raportuar si një parashikuese negative e arritjes së SVR. Gjithashtu nivelet e vitaminës D mund të maten, dhe në rast të deficiencës së vitaminës D, të korrigjohet me suplemente përkatëse para fillimit të trajtimit për HCV.
3. Pavarësisht gjenotipit të HCV-së, trajtimi mund të shtyhet, në rastet e pasjes së mundësisë për kryerjen e biopsisë së mëlçisë ose të FibroScan-it - që tregon stade të ulëta të fibrozës së mëlçisë (F0-F1). Kjo mund të konsiderohet gjithashtu për pacientët me stade të hershme të fibrozës dhe shanse të pakta për SVR, nën opsionet aktuale të trajtimit (d.m.th IL28B gjenotip TT) për të cilët opsione trajtimi të përmirësuara do të jenë të disponueshme gjatë viteve të ardhshme. Në këto raste, vlerësimi i fibrozës mund të kryhet në intervale të shpeshta për të monitoruar avancimin e fibrozës.
4. Trajtimi i përzgjedhur për infeksionin HCV është kombinimi i Peg-IFN alfa dhe ribavirin (RBV). Doza standarde për Peg-IFN 2a është 180 µg një herë në javë, dhe për Peg-IFN 2b është 1,5 µg/kg të peshës trupore, një herë në javë. Për të gjitha gjenotipet e HCV-së në rastet me bashkëinfeksion HIV, rekomandohet doza e RBV e përshtatur sipas peshës trupore nga 1000 mg/ditë (pesha trupore < 75 kg) deri në 1200 mg/ditë (pesha trupore > 75 kg). Me regjistrimin e prishëm të antiviralëve të parë nga goja, me veprim direkt (DAA) telaprevir dhe boceprevir, gjatë mesit të 2011 në SH.B.A dhe diçka më vonë në Europë, rekomandimet e trajtimit për pacientët me hepatit C gjenotip 1 do të ndryshojnë në varësi të disponibilitetit të agjentëve respektivë. Meqenëse deri tani, janë të mundshme vetëm të dhëna të përkohshme (të dhëna për përgjigje të një trajtimi 12 javor) me telaprevir, nuk mund të bëhen rekomandime trajtimi me boceprevir derisa rezultatet e para nga provat pilot tek pacientët e bashkëinfektuar HIV/HCV të jenë të disponueshme. Për pacientët me infeksion HCV genotip 1, telapreviri mund t'i shtohet trajtimit standard me Peg-IFN/RBV për 12 javë, në doza 750 mg çdo 8 orë. Në rast të një përgjigjeje të suksesshme ndaj trajtimit në javën e 4-t (HCV-ARN < 1000 IU/mL), telapreviri duhet vazhduar deri në javën e 12-të. Nëse HCV-ARN në javën e 12-të është akoma < 1000 IU/mL, terapia e dyfishtë me Peg-IFN/RBV duhet vazhduar deri në javën e 24-t. Nëse HCV-ARN është < 20 IU/mL në javën e 24-rt, terapia e dyfishtë me Peg-IFN/RBV duhet vazhduar për një periudhë tjetër 24 javore, duke rezultuar në një trajtim me kohëzgjatje totale prej 48 javësh. Për shkak të ndërveprimeve ndërmjet medikamenteve dhe studimeve të kufizuara mbi ndërveprimet e medikamentit, telaprevir, aktualisht mund të kombinohet me siguri me ATV ose EFV të rritur (me EFV, doza e telaprevirit nuk është e nevojshme të rritet në 1125 mg çdo 8 orë) në kombinim me TDF ose ABC dhe FTC ose 3TC. Të dhëna mbi kombinimin me RAL do të publikohen së shpejti (ju lutemi kontrolloni gjithashtu [www.hep-druginteractions.org](http://www.hep-druginteractions.org)).

i Kohët e fundit, një polimorfizëm genetik pranë genit IL28B, që inkodon interferon-lambda-3 (IFN-lambda-3), është shoqëruar me një ndryshim gati dyfish të përgjigjes ndaj trajtimit me peginterferon-ribavirin. Për arsye se ky rezultat i genotipit CC në një përgjigje më të mirë, është dukshëm më i shpeshtë tek popullata Evropiane sesa Afrikane, ky polimorfizëm genetik shpjegon gjithashtu pothuajse gjysmën e diferencës së vlerave të përgjigjes ndërmjet pacientëve Afrikano-Amerikanë dhe pacientëve me paraardhës Evropianë.

5. Qëllimi primar i trajtimit anti-HCV është arritja e përgjigjes virologjike të qëndrueshme e përcaktuar si nivel i padiktueshëm i HCV-ARN-së, 24 javë pas mbarimit të terapisë, e vlerësuar kjo nëpërmjet përdorimit të testeve të ndjeshme molekulare.
6. Nëse hepatiti kronik C është kapur herët në ecurinë e infeksionit HIV (para se fillimi i TAR të jetë i nevojshëm), këshillohet bërja e trajtimit për infeksionin HCV kronik. Për pacientët me vlera të CD4 < 500/μL, rekomandohet fillimi i hershëm i TAR për të optimizuar rezultatin e trajtimit të HCV. Megjithatë, nëse një pacient me bashkëinfeksion ka pamjaftueshmëri imunitare të theksuar (niveli i CD4 < 350 qeliza/μL), niveli i CD4 duhet të përmirësohet nëpërmjet përdorimit të terapisë antiretrovirale (TAR) para fillimit të trajtimit anti-HCV. Pacientët me CD4 me përqindje relative > 25 % kanë më shumë gjasa të arrijnë një përgjigje të qëndrueshme virologjike (SVR) krahasuar me ata me përqindje më të ulët të CD4.
7. Nëse nuk arrihet një përgjigje virologjike e hershme (reduktim me të paktën 2 log<sub>10</sub> të HCV-ARN-së në javën e 12-të krahasuar me vlerat e fillimit), trajtimi duhet të ndërpritet (shikoni f. 57). Mund të aplikohen rregulla të ndryshme të ndërprerjes kur përdoret DAA si terapi për HCV; megjithatë është shumë shpejt për të dhënë rekomandime për pacientët e bashkëinfektuar me HIV/HCV. Në kuadrin e përdorimit të një inhibitori të proteazës së HCV, do të haset një risk i rritur për emergjencë të rezistencës me replikimin persistent të HCV dhe presion selektiv medikamenti me aplikim të vazhdueshëm të medikamentit.
8. Gjatë terapisë me Peg-IFN plus ribavirin, ddi është e kundërindikuar te pacientët me cirrozë dhe duhet të shmanget te pacientët me sëmundje më pak të rëndë të mëlçisë. D4T dhe ZDV duhet të shmangen gjithashtu, nëse është e mundur. ABC mund të përdoret me siguri me terapi të njëkohshme për HCV, nëse përdoren doza të përshtatshme të ribavirinës (të përshtatura sipas peshës shih pikën 4).
9. Identifikimi i pacientëve me hepatit C akut është i rëndësishëm, duke qenë se trajtimi në fazën akute, çon në vlera të SVR më të larta se për trajtimin e infeksionit kronik HCV. Tek pacientët me infeksion akut HCV, duhet matur HCV-ARN në prezantimin fillestar dhe pas 4 javësh. Trajtimi iu duhet ofruar pacientëve pa një ulje prej 2 log<sub>10</sub> të HCV-ARN në 4 javë, krahasuar me HCV-ARN fillestare, dhe pacientëve me HCV-ARN plazmatike persistence për 12 javë, pas diagnostikimit me HCV akut. Kohëzgjatja e trajtimit duhet bazuar mbi përgjigjen e shpejtë virologjike (RVR), pavarësisht gjenotipit (shikoni f. 58). Pacientët të citët nuk arrijnë një ulje ≥ 2 log<sub>10</sub> të nivelit të HCV-ARN në javën e 12-të, duhet të ndërpresin terpinë. Fatkeqësisht, deri tani nuk janë të disponueshme, rezultate nga provat prospektive rastësore të trajtimit, për të na lejuar një rekomandim më preciz mbi kohëzgjatjen e trajtimit ose rolin e ribavirinës në trajtimin e hepatitit C akut.

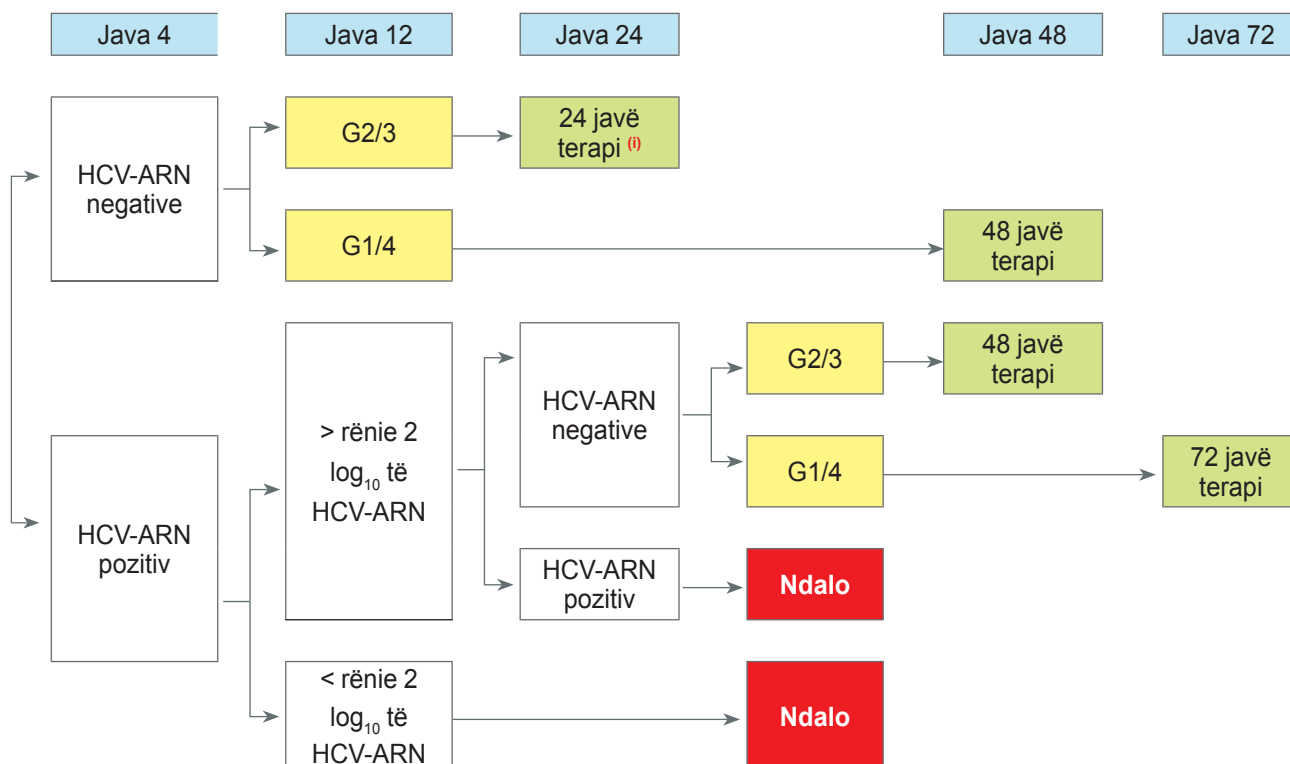
## Procedurat diagnostikuese për hepatitin C në bashkë-infeksionin me HIV

<b>Diagnoza e hepatitit C</b>
HCV-Ab (pozitiv 1-5 muaj pas infeksionit, rrallë mund të humbasë me imunosupresion)
Nivelet e HCV-ARN-së <sup>(i)</sup> (veçanërisht e rëndësishme për parashikimin e përgjigjes ndaj terapisë)
<b>Statusi i dëmtimit të mëlçisë</b>
Grada e fibrozës (p.sh., FibroScan, biopsia e mëlçisë, markuesit e fibrozës në serum <sup>(ii)</sup> )
Funksioni i sintezës hepatike (p.sh., koagulimi, albumina, CHE)
Shikoni "Menaxhimi i pacientëve HIV-pozitivë me cirrozë" - f. <a href="#">40</a>
<b>Para trajtimit për HCV</b>
Gjenotipi HCV dhe HCV-ARN në serum
IL28B
Autoantitruapat (ANA, LKM1) <sup>(iii)</sup>
TSH, autoantitruapat tiroide
<b>Monitorimi i trajtimit të HCV</b>
Gjak komplet/formule leukocitare dhe enzimat e mëlçisë çdo 2-4 javë
HCV-ARN në javën e 4-t (për të vlerësuar përgjigjen e shpejtë virologjike), dhe javën e 12, 24 dhe 48 (javën e 72-të nëse aplikohet) dhe 24 javë pas ndërprerjes së terapisë për HCV
Numri CD4 çdo 12 javë
Numri TSH çdo 12 javë

- i Ngarkesa e ulët virale është përcaktuar nëse është më pak se 400 000 - 500 000 IU/mL kur përdoret Peg-IFN+RBV. Nuk ka një formulë standarde të konvertimit për konvertimin e nivelit të raportuar të HCV-ARN-së në kopje/mL kundrejt vlerës së raportuar në IU/mL. Faktori i konvertimit varion rreth një deri në pesë kopje HCV-ARN për IU/mL.
- ii Markuesit e fibrozës në serum përfshijnë APRI (APRI -indeksi i raportit të trombociteve dhe aminotransferazave aspartate), FIB-4, acidin cialuronik, Fibrometer, 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 sesa testet e thjeshta biokimike të tilla, si APRI, FIB-4 ose Forns.
- iii Pacientët me anti LKM ose ANA pozitive me modele homogjene duhet të vlerësohen për hepatit autoimun bashkëshoqërues, veçanërisht në prezencë të rritjes së ALT-ës gjatë trajtimit.

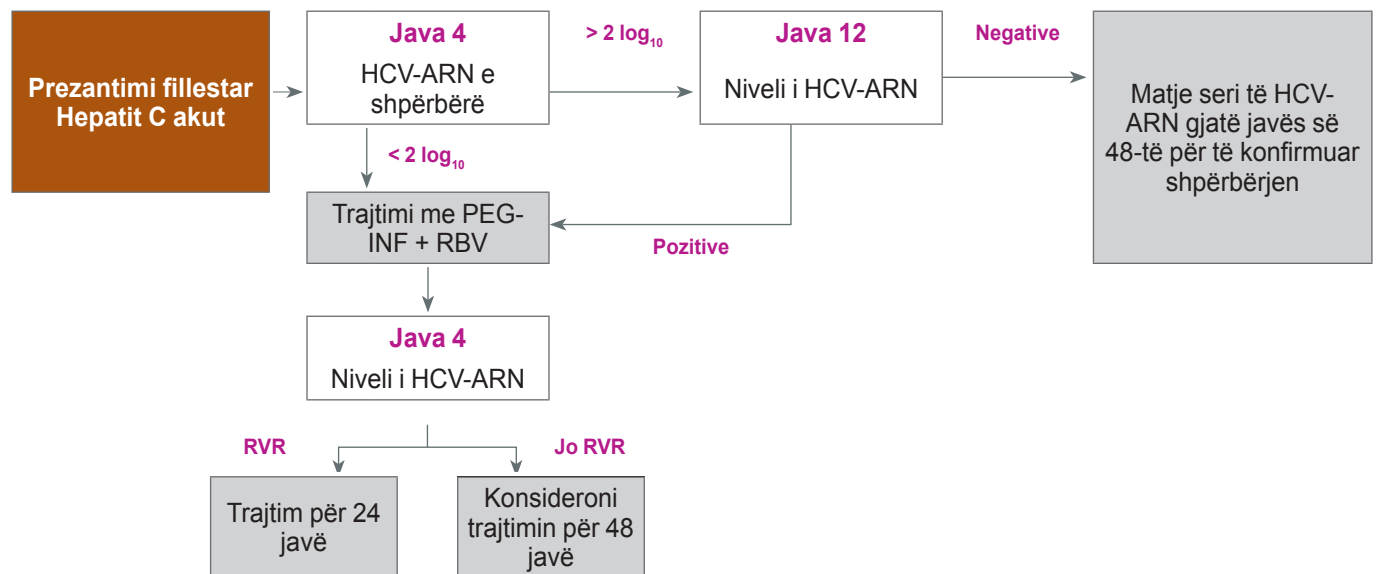


## Kohëzgjatja optimale e propozuar për terapinë e HCV-së te pacientët me bashkëinfeksione HCV/HIV



i Në pacientët me ngarkesë të ulët virale në vlerësimin fillestar ( $< 600\,000$  IU/mL) dhe fibrozë minimale të mëlçisë.

## Algoritmi për menaxhimin e HCV akut tek individët e infektuar me HIV



## Përkufizimi i përgjigjes së trajtimit me Peg-IFN dhe ribavirin

	Koha	HCV ARN
<b>Përgjigja Virologjike e Shpejtë (RVR)</b>	Java e 4-të nën trajtim	E padallueshme (< 50 IU/mL)
<b>Përgjigja Virologjike e Hershme (EVR)</b>	Java e 12-të nën trajtim	E padallueshme (< 50 IU/mL)
<b>Përgjigja Virologjike e Vonuar (DVR)</b>	Java e 12-të nën trajtim	Ulje > 2 log <sub>10</sub> nga norma, por jo e padallueshme
<b>Asnjë përgjigje (NR)</b>	Java e 12-të nën trajtim	Ulje < 2 log <sub>10</sub> nga norma
<b>Mos përgjigje e pjesshme (PR)</b>	Java e 12-të dhe java e 24-të nën trajtim	Ulje > 2 log <sub>10</sub> në javën e 12-të por e dallueshme në javën e 12-të dhe 24-të
<b>Përgjigje Virologjike e Qëndrueshme (SVR)</b>	24 javë pas trajtimit	E padallueshme (< 50 IU/mL)
<b>Shpërthime</b>	Çdo kohë gjatë trajtimit	Rishfaqje e HCV ARN në çdo kohë gjatë trajtimit pas përgjigjes virologjike
<b>Relaps (RR)</b>	Përfundim i trajtimit dhe java e 24-rt pas trajtimit	HCV ARN e padallueshme në fund të trajtimit, e dallueshme rreth javës së 24-rt pas terapisë

Përshtatur nga EASL HCV CPG 2011 ([www.easl.eu/assets/application/files/d0df9f948c85a72\\_file.pdf](http://www.easl.eu/assets/application/files/d0df9f948c85a72_file.pdf)  
- hyrë më 07/05/2011)

## Klasifikimi dhe ndërhyrjet për pacientët me bashkëinfeksion HCV/HIV që nuk i përgjigjen terapisë/bëjnë relapse ndaj terapive të mëparshme të bazuara tek interferoni

KATEGORIA	NËNGRUPI	NDËRHYRJA E SUGJERUAR
Trajtimi jooptimal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Skemë jooptimale</li> <li>• Interferon (monoterapi ose me ribavirinë)</li> <li>• Dozë e ulët ribavirine</li> <li>• Kohëzgjatje e vogël e terapisë</li> </ul>	Ritrajtimi, nëpërmjet terapisë së kombinuar me Peg-IFN plus doza të ribavirinës të përshtatura sipas peshës trupore
	Kufizimi i toksiciteteve dhe aderenza e ulët	Mbështetje optimale (SSRI, paracetamol/ medikamente josteroidale antiinflamatore, mbështetje për aderencën, përdorimi i faktorëve rritës hematopoietik <sup>(i)</sup> )
Trajtimi optimal me dështim virologjik	Relaps	Ri-trajtim nëpërmjet përdorimit të terapisë së kombinuar me Peg-IFN plus doza të ribavirinës të përshtatura sipas peshës trupore (merrni në konsideratë kohëzgjatjen më të madhe të trajtimit)
	Mospërgjigje (jo negativizim të HCV-ARN gjatë trajtimit)	Prisni derisa të keni në dispozicion antivirale të tjerë nëpërmjet studimeve klinike ose kur të licencohen

i) Të dhënat mbi përdorimin e faktorëve rritës hematopoietik në bashkëinfeksionet HIV/HCV janë të kufizuara deri tani, për sa i përket përmirësimit të cilësisë së jetës, por jo për sa i përket efektivitetit të antiviraleve; trajtimi me faktorët rritës është aktualisht pothuajse i paaprovuar në Evropë



# Shtojcë

Udhërrëfyest EACS

---

## Tabela e përmbajtjes

---

▪ Ndryshimet dhe adaptimet në stilin e jetës.....	I
▪ Ndërveprimi midis antidepressantëve dhe agjentëve antiretroviralë.....	II
▪ Përshtatja e dozave të antiretroviralëve për funksionin e dëmtuar renal.....	III
▪ Indikatorët dhe testet për tubulopatinë renale proksimale (TRP).....	V
▪ Rekomandimet e dozimit antiretroviral te pacientët me insufiçencë hepatike.....	VI
▪ Diagnoza dhe menaxhimi i sindromës hepatorenale (HRS).....	VIII
▪ Medikamentet antimalarike dhe cTAR.....	IX
▪ Vartësia ndaj drogës dhe adiksioni ndaj drogës.....	X
▪ Menaxhimi i hiperlaktatemisë dhe menaxhimi i acidozës laktike.....	XI
▪ Shkalla IADL (Aktivitetet Instrumentale të Jetesës së Përditshme).....	XII
▪ Menaxhimi i pacientëve HIV-pozitivë me cirrozë të mëlçisë.....	XIV
▪ Referencat.....	XVI
▪ Konfliktet e interesit.....	XVII

## Ndryshimet dhe adaptimet në stilin e jetës <sup>(i)</sup>

<p><b>Ndalimi i pirjes së duhanit</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Thënie të shkurtra dhe të kuptueshme rreth nevojës për të ndaluar pirjen e duhanit</li> <li>• Nëse pacienti nuk e mendon diçka të tillë, mundohuni të motivoni dhe të theksoni aspekte pozitive afatshkurtra (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 SPKP-së, SIZ,-së goditjeve cerebrale, kancerit të mushkërive)</li> <li>• Nëse pacienti e mendon diçka të tillë, përpiquni të caktoni një datë fikse për të ndërprerë pirjen e duhanit dhe ngrini një sistem shpërblyes</li> <li>• Përdorni zëvendësues të nikotinës (ngjitës, çamçakëz, spërkatës), vareniklinë apo bupropion (vini re: të dyja medikamentet mund të shkaktojnë efekte anësore të sistemit nervor qendror përfshirë vetëvrasjen; bupropioni mund të bashkëveprojë me FP dhe FTRJN) gjatë fazës së ndërprerjes të duhanit, nëse është e nevojshme</li> <li>• Merrni në konsideratë faktin që t'i drejtoni pacientët në klinika të specializuara për ndërprerjen e duhanit</li> <li>• Paraprijuni rikthimeve në zakonin e mëparshëm (recedivizëm), shpjegoni dhe konsiderojini ato si pjesë të procesit të shkëputjes deri në abstinencën përfundimtare të nikotinës</li> </ul>
<p><b>Këshillim për dietën ushqimore</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ndërhyrjet në dietën ushqimore nuk duhet të pengojnë nevojat dietike të kërkuara për përthithjen e përshtatshme të medikamenteve antiretrovirale</li> <li>• Ruani balancën midis marrjes së kalorive dhe shpenzimit të energjive</li> <li>• Kufizoni marrjen e yndyrave të ngopura, të kolesterolit dhe të karbohidrateve të rafinuara</li> <li>• Kufizoni marrjen totale të yndyrave në &lt; 30% dhe dietën e kolesterolit në &lt; 300 mg/ditë</li> <li>• Theksoni marrjen dhe konsumimin e perimeve, frutave dhe produkteve të drithërave me fibra</li> <li>• Theksoni konsumimin e peshkut, mishit të shpendëve (pa lëkurë) dhe mishit pa dhjamë</li> <li>• Merrni parasysh referimin te ndonjë dietolog, dietën e ushqimit dhe pijeve për një javë për të zbuluar kaloritë e “fshehura”</li> <li>• Shmangni të ngrënit pa kriter (‘cikli i peshës’- humbja dhe rifitimi i peshës si pasojë e dietës të fryrë me shumë kalori)</li> <li>• Te pacientët me humbje peshe si pasojë e HIV-it dhe dislipidemisë, trajtoni në fillim humbjen e peshës dhe më pas konsideroni referimin te ndonjë dietolog</li> <li>• Pacientët që janë dukshëm mbi peshë duhet të motivohen të bien nga pesha. Nuk rekomandohen dietat që të lënë pa ngrënë (mekanizmat mbrojtës imunitarë bien në mënyrë të ndjeshme në këto momente). Kequshqyerja duhet të adresohet atje ku vihet re. Indeksi normal i trupit: 18,5-24,9; mbipesha: 25,0-29,9, obeziteti: &gt; 30,0 kg/m<sup>2</sup></li> <li>• Konsumi i alkoolit duhet të kufizohet në &lt; 20-40 g/ditë. Në veçanti, pacientët me sëmundje hepatike, probleme aderençe, rritje të papërshtatshme të qelizave CD4T, tumore, tuberkuloz të mëparshëm, diarre dhe probleme të tjera, të shoqëruara me marrje të madhe alkooli, duhen motivuar për të reduktuar ose ndërprerë konsumimin e alkoolit.</li> </ul>
<p><b>Nxitja e ushtrimeve fizike</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nxisni një stil jetese aktiv për të parandaluar dhe trajtuar obezitetin, hipertensionin dhe diabetin</li> <li>• Inkurajoni aktivitetet fizike në nivel të moderuar dhe të vetëdrejtuar (ngjisni dhe zbrisni shkallët, shkoni në këmbë në punë, ecni me biçikletë, notoni, bëni ngjitje në mal, etj.)</li> <li>• Inkurajoni kryerjen e ushtrimeve të rregullta me shpeshësi mesatare sesa ushtrime të vullshme dhe të forta</li> <li>• Arrini përshtatshmërinë kardiovaskulare (p.sh. 30 minuta ecje të shpejtë &gt; 5 ditë në javë)</li> <li>• Ruani forcën muskulare dhe fleksibilitetin e kyçeve të trupit</li> </ul>

i Bazuar në rekomandimet e Task-Forcës Amerikane të Shërbimeve për Parandalimin e Sëmundjeve

## Ndërveprimi midis antidepressantëve dhe agjentëve antiretroviralë

Medikamentet ndërvepruese	ARV	Efektet e ndërveprimit	Rekomandime
<b>Sertralinë</b>	EFV	Ulje deri në 39% të sertralinës PVK (Përlogaritja e Vlerës nën Kurbë)	Përcakto dozën për të arritur efektin e duhur
	DRV	Ulje deri në 49% të sertralinës PVK (Përlogaritja e Vlerës nën Kurbë)	
<b>Paroksetinë</b>	FPV	Ulje deri në 50% të paroksetinës PVK (Përlogaritja e Vlerës nën Kurbë)	Përcakto dozën për të arritur efektin e duhur
	DRV	Ulje deri në 40% të paroksetinës PVK (Përlogaritja e Vlerës nën Kurbë)	
	RTV	Mund të rrisë nivelin e paroksetinës	
<b>Venlafaksinë</b>	RTV	Mund të rrisë nivelin e venlafaksinës	Përcakto dozën për të arritur efektin e duhur
<b>Citalopram</b>	RTV	Mund të rrisë nivelin e citalopramit	Përcakto dozën për të arritur efektin e duhur
<b>Mirtazapinë</b>	FP-të	Mund të rrisë nivelin e mirtazapinës	Përcakto dozën për të arritur efektin e duhur

Metabolizmi i antidepressantëve (rruga kryesore dhe më kurajoze): **Sertralinë**: Citokromet proteinike **2B6**, 2C9, 2C19, 2D6, 3A4 (inhibitorë të dobët të citokromit proteinik 2D6, 3A4); **Paroksetinë**: Citokromi proteinik **2D6** (inhibitor i citokromit proteinik 2D6); **Venlafaksinë**: Citokromi proteinik **2D6**, 3A4 (inhibitor i dobët i citokromit proteinik 2D6); **Citalopram**: Citokromi proteinik **2C19**, 2D6, **3A4** (inhibitor i dobët i 2D6); **Mirtazapinë**: Citokromi proteinik **2D6**, **3A4**, 1A2.

Antidepressantët nuk modifikojnë përqendrimin e FP-së (inhibitorët e proteazës) dhe FTRJN-se. Agjentët antiretroviralë mund të ndryshojnë nivelin e antidepressantëve sikundër është përmendur më parë. Nuk janë parashikuar ndërveprime ndërmjet antidepressantëve dhe raltegravirit. Venlafaxina (dhe deri diku mirtazapina) shoqërohet me Q-T të zgjatur. Kjo mund të jetë e përshtatshme te pacientët nën IP dhe/apo metadon të cilët kanë nevojë dhe kërkojnë antidepressantë.



## Përshtatja e dozave të antiretroviralëve për funksionin e dëmtuar renal

		vRFG <sup>(i)</sup> (mL/min)			Hemodializa
		≥ 50	30-49	10-29	
<b>FTRN-të</b>					
<b>Didanosinë EC <sup>(ii)</sup></b>	≥ 60 kg	400 mg çdo 24 orë	200 mg çdo 24 orë	150 mg çdo 24 orë	> 60 kg: 100 mg/24h
	< 60 kg	250 mg çdo 24 orë	125 mg çdo 24 orë	100 mg çdo 24 orë	< 60 kg: 75 mg/24h
<b>Emtricitabinë</b>		200 mg çdo 24 orë	200 mg çdo 48 orë	200 mg çdo 72 orë	200 mg çdo 96 orë
<b>Tenofovir <sup>(vi)</sup></b>		300 mg çdo 24 orë	300 mg çdo 48 orë	Nuk rekomandohet	Nuk rekomandohet
				(300 mg çdo 72-96 orë, nëse nuk ka tjetër)	(300 mg çdo 7 orë, nëse nuk ka tjetër)
<b>Lamivudinë</b>		300 mg çdo 24 orë	150 mg çdo 24 orë	100 mg çdo 24 orë <sup>(iii)</sup>	50-25 mg çdo 24 orë <sup>(iii)</sup> PD <sup>(iv)</sup>
<b>Zidovudinë</b>		300 mg çdo 12 orë	Nuk nevojitet përshtatje e dozës	100 mg çdo 8 orë	100 mg çdo 8 orë
<b>Stavudinë &lt; 60 kg</b>		30 mg çdo 12 orë	15 mg çdo 12 orë	15 mg çdo 24 orë	15 mg çdo 24 orë PD <sup>(iv)</sup>
<b>Stavudinë &gt; 60 kg</b>		40 mg çdo 12 orë	20 mg çdo 12 orë	20 mg çdo 24 orë	20 mg çdo 24 orë PD <sup>(iv)</sup>
<b>Abacavir</b>		300 mg çdo 12 orë	Nuk nevojitet përshtatje e dozës	Nuk nevojitet përshtatje e dozës	Nuk nevojitet përshtatje e dozës
<b>Abacavir/lamivudinë</b>					
<b>Zidovudinë/lamivudinë</b>					
<b>Zidovudinë/lamivudinë/abacavir</b>					
<b>Emtricitabinë/tenofovir</b>		çdo 24 orë	çdo 48 orë		përdorni medikamente individuale
<b>FTRJN-të</b>					
<b>Nevirapinë</b>		200 mg çdo 12 orë			Nuk nevojitet përshtatje e dozës
<b>Efavirenz</b>		600 mg çdo 24 orë			Nuk nevojitet përshtatje e dozës <sup>(v)</sup>
<b>Etravirinë</b>		200 mg çdo 12 orë			Nuk nevojitet përshtatje e dozës <sup>(v)</sup>

FP-të		
Lopinavir/ritonavir	400/100 mg çdo 12 orë	Nuk nevojitet përshtatje e dozës <sup>(v)</sup>
Darunavir/ritonavir	800/100 mg çdo 24 orë	Nuk nevojitet përshtatje e dozës <sup>(v)</sup>
Atazanavir/ritonavir	300/100 mg çdo 24 orë	Nuk nevojitet përshtatje e dozës <sup>(v,vi)</sup>
Saquinavir/ritonavir	1000/100 mg çdo 12 orë	Nuk nevojitet përshtatje e dozës <sup>(v)</sup>
Fosamprenavir/ritonavir	700/100 mg çdo 12 orë	Nuk nevojitet përshtatje e dozës <sup>(v)</sup>
Tipranavir/ritonavir	500/200 mg çdo 12 orë	Nuk nevojitet përshtatje e dozës <sup>(v)</sup>
TAR tjetër		
Raltegravir	400 mg çdo 12 orë	Nuk nevojitet përshtatje e dozës <sup>(v)</sup> (dozë PD <sup>(iv)</sup> )
Maravirok: e administruar njëkohësisht me inhibitorë të CYP3A4 <sup>(vii)</sup>	300 mg çdo 12 orë	Nuk nevojitet përshtatje e dozës
Maravirok: e administruar njëkohësisht me inhibitorë të CYP3A4 <sup>(viii)</sup>	Nëse shkalla e filtrimit glomerular vRFG < 80 mL/min, nevojitet reduktim i dozës <sup>(viii)</sup>	

- i vRFG: raporti i vlerësuar i filtrimit glomerular, sipas shkurtimit të formulës NDSR (ndryshimi i dietës në sëmundjen renale)
- ii Reduktim i dozës nëse kombinohet me TDF
- iii 150 mg dozë e ngarkuar
- iv PD: pas dializës
- v Të dhëna të limituara të disponueshme tek pacientët me dëmtim renal, analizat farmakokinetike nuk sugjerojnë përshtatje të dozës.
- vi Kur shoqërohet me nefrotoksicitet, konsideroni Inhibitorë të Proteazës alternative, nëse ka sëmundje kronike të veshkave SKD para-ekzistuese
- vii Kur shoqërohet me nefrotoksicitet, konsideroni TAR alternative, nëse ka sëmundje kronike të veshkave SKD para-ekzistuese
- viii Shih përmbledhjen e karakteristikave të produktit për rekomandime specifike, të përdoret me kujdes nëse vRFG < 30 mL/min

## Indikatorët dhe testet për tubulopatinë renale proksimale (TRP)

Indikatorët për testet mbi tubulopatinë renale proksimale	Testet mbi tubulopatinë renale proksimale <sup>(iv)</sup> , përfshijnë	Merrni në konsideratë të ndaloni tenofovirin nëse
<ul style="list-style-type: none"> <li>• pka rënia progresive e vRFG <sup>(i)</sup> dhe vRFG &lt; 90 dhe nuk ka shkaqe të tjera dhe/ose</li> <li>• hipofosfatemia të konfirmuar <sup>(ii)</sup> dhe/ose</li> <li>• rritje të konfirmuar në UP/K <sup>(iii)</sup></li> <li>• insufiçenca renale edhe nëse është e stabilizuar (vRFG &lt; 60)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• proteinuria tubulare <sup>(v)</sup></li> <li>• fosfati i gjakut dhe sekretimi i fosfatit urinar <sup>(vi)</sup></li> <li>• glukozja në gjak dhe glukosuria</li> <li>• serumi bikarbonate dhe pH-i urinar <sup>(vii)</sup></li> <li>• niveli i acidit urik në gjak dhe sekretimi i acidit urik urinar <sup>(viii)</sup></li> <li>• serumi potasium dhe sekretimi i potasiumit urinar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• konfirmohet tubulopati renale proksimale pa shkak tjetër</li> </ul>

i vRFG: raporti i vlerësuar i filtrimit glomerular, sipas shkurtimit të formulës NDSR (ndryshimi i dietës në sëmundjen renale)

ii Serum fosfat < 0,8 mmol/L ose sipas kufirit vendas të përdorur; merrni në konsideratë osteodistrofinë renale veçanërisht nëse fosfatazat alkaline janë rritur që prej matjes së parë: matni 25(OH) vitaminën D, HTP.

iii UP/K si gjurmë në urinë: raporti në mg/mmol i kreatinës/proteinës urinare, identifikon proteinat totale urinare përfshirë këtu edhe proteinat me origjinë glomerulare apo tubulare. Analizat matëse të urinës fillimisht identifikojnë albuminurinë si shenjë të sëmundjeve glomerulare dhe nuk janë të përshtatshme për identifikimin e sëmundjeve tubulare.

iv Akoma është e paqartë se cilat teste përcaktojnë më mirë tenofovirin që shkakton toksicitet renal. Tubulopatia proksimale karakterizohet nga: proteinuria, hipofosfatemia, hipokalemia, hipourikemia, acidozat renale, glukosuria me nivele normale të glukozës në gjak. Mund të shoqërohet me insufiçencë renale dhe poliuri. Shpesh, vetëm disa nga këto anomalitete mund të vihen re.

v Testet për proteinuri tubulare përfshijnë proteinën lidhëze retinol, 1- ose 2 - mikroglobulinurinë, cistinën C, aminoacidurinë.

vi Të kualifikuara si sekrecion i pjesshëm i fosfateve (SP<sub>fos</sub>): (PO<sub>4</sub><sub>(urine)</sub> / PO<sub>4</sub><sub>(serum)</sub>) / (Kreatininë<sub>(urine)</sub> / Kreatininë<sub>(serum)</sub>) në një pikë mostër urine e mbledhur në mëngjes në gjendje esëll. Jonormal > 0,2 (> 0,1 me serum fosfat < 0,8 mmol/L).

vii Serum bikarbonat < 21 mmol/L dhe pH-i urinar > 5,5 sugjerohet acidoza renale tubulare.

viii Sekretim i pjesshëm i acidit urik (SP<sub>AcidUrik</sub>): (AcidUrik<sub>(urine)</sub> / AcidUrik<sub>(serum)</sub>) / (Kreatininë<sub>(urine)</sub> / Kreatininë<sub>(serum)</sub>) në një pikë mostër urine e mbledhur në mëngjes në gjendje esëll; jonormale > 0,1

## Rekomandimet e dozimit antiretroviral te pacientët me insufiçencë hepatike

### Frenuesit e transkriptazave reverse nukleoside

<b>Abacavir</b>	<b>Rezultati Child-Pugh 5–6:</b> 200 mg dy herë në ditë (përdor solucion oral)
	<b>Rezultati Child-Pugh &gt; 6:</b> Kundëringkohet
<b>Didanosinë</b>	Kundëringkohet
	Nëse nuk ka përshtatje doze
<b>Emtricitabinë</b>	Nuk ka përshtatje doze
<b>Lamivudinë</b>	Nuk ka përshtatje doze
<b>Stavudinë</b>	Kundëringkohet
	Nëse nuk ka përshtatje doze
<b>Tenofovir</b>	Nuk ka përshtatje doze
<b>Emtricitabinë (FTC) + tenofovir (TDF)</b>	Nuk ka përshtatje doze
<b>Zidovudinë</b>	Reduktoni dozën me 50% ose dyfishoni intervalin ndërmjet dozave

### Frenuesit e transkriptazave reverse jo nukleoside

<b>Delavirdinë</b>	Asnjë rekomandim dozimi; të përdoret me kujdes tek pacientët me dëmtim hepatic
<b>Efavirenz</b>	Asnjë rekomandim dozimi; të përdoret me kujdes tek pacientët me dëmtim hepatic
<b>Efavirenz (EFV) + emtricitabinë (FTC) + tenofovir (TDF)</b>	
<b>Etravirinë</b>	<b>Rezultati Child-Pugh &lt; 10:</b> nuk ka përshtatje doze
	<b>Rezultati Child-Pugh &gt; 9:</b> nuk ka rekomandim doze
<b>Nevirapinë</b>	<b>Rezultati Child-Pugh &gt; 6:</b> kundëringkohet

## Frenuesit e proteazës

<b>Atazanavir</b>	Rezultati Child-Pugh 7-9 300 mg një herë në ditë
	Rezultati Child-Pugh > 9: nuk rekomandohet
	Rritja e RTV-së nuk rekomandohet tek pacientët me dëmtim hepatic (Rezultati Child-Pugh > 7)
<b>Darunavir</b>	Dëmtim hepatic i lehtë deri mesatar: asnjë përshtatje dozimi
	Dëmtim hepatic i rëndë: nuk rekomandohet
<b>Fosamprenavir</b>	<b>Vetëm pacientët që nuk janë trajtuar ndonjëherë me FP:</b>
	Rezultati Child-Pugh 5-9 700 mg dy herë në ditë
	Rezultati Child-Pugh 10-15 350 mg dy herë në ditë
	<b>Pacientët që kanë përjetuar FP:</b>
	Rezultati Child-Pugh 5-6 700 mg dy herë në ditë + RTV 100 mg një herë në ditë
	Rezultati Child-Pugh 7-9 450 mg dy herë në ditë + RTV 100 mg një herë në ditë
	Rezultati Child-Pugh 10-15 300 mg dy herë në ditë + RTV 100 mg një herë në ditë
<b>Indinavir</b>	Pamjaftueshmëri hepatike e lehtë deri mesatare: 600 mg çdo 8 orë
<b>Lopinavir/ritonavir</b>	Asnjë rekomandim dozimi; të përdoret me kujdes tek pacientët me dëmtim hepatic
<b>Nelfinavir</b>	Dëmtim hepatic i lehtë: asnjë përshtatje dozimi
	Dëmtim hepatic mesatar deri i rëndë: nuk rekomandohet
<b>Ritonavir</b>	Referim për rekomandim për FP primare
<b>Saquinavir</b>	Dëmtim hepatic i lehtë deri mesatar: të përdoret me kujdes
	Dëmtim hepatic i rëndë: i kundërandikuar
<b>Tipranavir</b>	Rezultati Child-Pugh < 7: të përdoret me kujdes
	Rezultati Child-Pugh > 6: kundërandikohet

## Inhibitori i fuzionit

<b>Enfuvirtide</b>	Nuk ka përshtatje doze
--------------------	------------------------

## Antagonist i CCR5

<b>Maravirok</b>	Asnjë rekomandim dozimi. Tek pacientët me dëmtim hepatic, përqendimet do të rriten
------------------	--

## Frenuesit e Integrazës

<b>Raltegravir</b>	Pamjaftueshmëri hepatike e lehte deri mesatare: asnjë përshtatje dozimi. Pamjaftueshmëri hepatike e rëndë: asnjë rekomandim
--------------------	---

Shënim: Disfunzioni hepatic është një indikacion i mirë për Monitorimin Terapeutik të Medikamentit (TDM), duke qenë se eksperiencia klinike me këto përshtatje dozash është tepër e limituar

## Diagnoza dhe menaxhimi i sindromës hepatorenale (HRS)

<b>Diagnoza</b>	<p>Konsideroni HRS-në tek një pacient me cirrozë dhe ascit dhe nivel kreatinine &gt; 1,5 mg/dL. Është një diagnozë përjashtuese – para vendosjes së diagnozës, duhet përjashtuar dhe trajtuar sa më poshtë:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sepsis (është e nevojshme që pacientit t'i bëjë kulturë)</li> <li>• Zbrazja e volumit (hemoragji, diarre, mbidiurezë)</li> <li>• Vazodilatatorët</li> <li>• Pamjaftueshmëri renale organike (sedimenti në urinë; eko e veshkave)</li> </ul> <p>Diuretikët duhen ndërprerë dhe të shtohet volumi intravaskular me albuminë intravenoze</p> <p>Nëse disfunksioni renal persiston pavarësisht masave të mësipërme, vendoset diagnoza e HRS-së</p>		
<b>Terapia e rekomanduar</b>	<p>Transplanti i mëlçisë (prioritet i varur nga rezultati MELD). Nëse pacienti është në listën e transplantit, rezultati MELD duhet përditësuar dhe komunikuar në qendrën e transplantit.</p>		
<b>Terapi alternative</b>	Vazokonstriktorët	<b>Oktreotidi</b>	100-200 mcg nën lëkurë dy herë në ditë → Qëllimi për të rritur presionin arterial mesatar me 15 mm HG
		<b>+ Midodrin</b>	5-15 mg nga goja dy herë në ditë
		<b>ose Terlipresina <sup>(1)</sup></b>	0,5-2,0 mg intravenoz çdo 4-6 orë
	dhe albuminë intravenoze (të dyja për të paktën 7 ditë)		50-100 g intravenoz një herë në ditë

## Medikamentet antimalarike dhe cTAR

**Shigjeta:** indikojnë efektin e antiretroviraleve mbi medikamentet antimalarike/metabolitët kyçë

**E gjelbër:** nuk pritet ndonjë ndërveprim klinikisht domethënës

**E verdhë:** ndërveprim i mundshëm (konsideroni trajtimin para udhëtimit dhe monitorimin terapeutik të medikamentit)

**E kuqe:** ndërveprim i lidhur klinikisht, të mos përdoret ose të përdoret me kujdes

Antimalarikët	Indikacion <sup>(i)</sup>	FTRJN	FP
<b>Meflokina (M)</b> CYP 3A4	P/T	↓	↑ M mund të reduktojë FP (RTV afërsisht 35%)
<b>Artemisininat (A) <sup>(ii)</sup></b> CYP 2B6, 3A4, 2C19	T	↑↓ Rrit A (EFV) ose metabolitin kyç (NVP)	↑ Rrit A: monitoro toksicitetin (mëlçi)
<b>Lumefantrin (L)</b> CYP 3A4	T	↓	↑ <b>LPV rrit L 2-3x</b>
<b>Atovakuon (A) <sup>(iii)</sup></b> <b>Proguanil <sup>(iv)</sup></b> CYP 2C19	P/T	→	↓ RTV/ATV/LPV redukton A: konsidero rritjen e dozës
<b>Doksiciklina</b>	P	→	→
<b>Klorokina</b> CYP 3A4, 2D6	T	→	→
<b>Kinina(Q)</b> CYP 3A4, 2D6	T	↓ Konsidero rritjen e dozës	↑ RTV rrit Q 4x: konsidero reduktimin e dozës, monitoro toksicitetin (tinitus)
<b>Primakina</b> CYP 1A2, 2D6, 3A4	(P)/T	NA	NA

i P: të përdoret si profilaksi, T: të përdoret si trajtim

ii A dhe metaboliti i saj kyç, dihidroartemisinina, janë përbërje aktive

iii A rrit nivelet e AZT-së me 35%

iv Sinergjia me A është e lidhur me P, jo me metabolitin e saj aktiv; prandaj mos parashikoni asnjë efekt neto të induktimit/inhibimit

## Vartësia ndaj drogës dhe adiksioni ndaj drogës

### Karakteristikat e medikamenteve të përdorur si terapi zëvendësuese të opioideve (OST):

Tipari	Metadoni	Buprenorfina
<b>Dozimi nevojitet për të parandaluar simptomat e vartësisë, sipas shkallës së dependencës së opioidit</b>	Marrëdhënia lineare (nga 10-300 mg në ditë)	Marrëdhënia lineare për personat me vetëm pak vartësi nga opioidet – (doza ditore maksimale 24 mg)
<b>Ndërveprimet me ARV-të</b>	<p>Përqendrimet plazmatike të metadonit reduktohen nëse përdoret së bashku me FTRJN-të ose FP-të:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NVP &amp; EFV: ↓ 40-50%</li> <li>• ETV: ↓ &lt; 10%</li> <li>• LPV/r: ↓ 50%</li> <li>• SQV/r, DRV/r, FPV/r: ↓ 10-25%</li> <li>• ATV, IDV: ↓ &lt; 10%</li> </ul>	<p>Përqendrimet plazmatike të buprenorfinës (B) dhe metabolitit aktiv norbuprenorfinës (N) reduktohen nëse kombinohen me FTRJN-të dhe ulen nëse kombinohen me disa FP.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NVP &amp; EFV: ↓ deri 50% (B) dhe 70% (N)</li> <li>• ATV/r, IDV, SQV/r: ↑ 50-100% (B&amp;N)</li> <li>• DRV/r: ↑ 50% (N)</li> <li>• LPV/r: ↑ &lt; 10% (B&amp;N)</li> <li>• BËNI KUJDES: B redukton ATV, mos e përdorni pa r/</li> </ul>
	BËNI KUJDES: Simptoma vartësie nëse kombinohet me ARV, e cila ul përqendrimin plazmatik dhe riskun e toksicitetit të medikamentit nëse ARV të tilla ndërpriten - ndryshojeni nëse përqendrimi plazmatik i ARV rritet	
<b>Risku i mbidozimit</b>	Po	Jo nëse përdoret si bashkë-formulim me naloksonin
<b>Shkakton zgjatje të segmentit QT në EKG</b>	Po (marrëdhënie dozë-reagim) <sup>(i)</sup>	Jo
<b>Risku për obstipacion</b>	I lartë	I lartë
<b>Tipi i administrimit</b>	Tabletë ose likid	Tabletë e vendosur nën gjuhë
<b>Risku për dëmtim të mëtejshëm tek personat me dëmtim ekzistues të mëlçisë</b>	Po	Po

i Rekomandohet EKG për dozat ditore të metadonit mbi 50 mg; kujdes i veçantë me përdorimin e njëkohshëm të medikamenteve të tjera, të cilat dihet se shkaktojnë zgjatje të QT (p.sh. FP të caktuara, të tilla si SQV/r, si dhe albuteroli (USAN) ose salbutamoli (INN), amiodaroni, amitriptilina, astemizoli, klorokina, klomipramina dhe moksifloksacina).



## Menaxhimi i hiperlaktatemisë dhe menaxhimi i acidozës laktike

Faktorët e rrezikut	Parandalimi/ Diagnostikimi	Simptoma
<ul style="list-style-type: none"> <li>Përdorimi i ddl &gt; d4T &gt; ZDV</li> <li>Bashkëinfeksionet HCV/HBV</li> <li>Përdorimi i ribavirinës</li> <li>Sëmundje të mëlçisë</li> <li>Numër i ulët i qelizave CD4</li> <li>Shtatzënia</li> <li>Gjinia femërore</li> <li>Obeziteti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Shmangni kombinimin d4T + ddl</li> <li>Nuk rekomandohet monitorimi rutinë i niveleve të laktatit - nuk parashikon rrezikun e acidozave laktike</li> <li>Matja e laktatit, bikarbonateve dhe e gazeve të gjakut arterial + të dhëna të pH në raste të simptomave sugjestive të hiperlaktatemisë</li> <li>Monitorim i kujdesshëm dhe i shpeshtë për simptoma nëse ka &gt; 1 faktorë rreziku</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hiperlaktataemia: të përziera të pashpjegueshme, dhimbje abdominale, hepatomegali, ALT dhe/ose AST e rritur, humbje në peshë</li> <li>Acidemia: asteni, dispnoe, aritmi</li> <li>Sindroma e ngjashme me atë të Guillain-Barré</li> </ul>

### Menaxhimi

Laktati në serum (mmol/L)	Simptoma	Veprimi
> 5 <sup>(i)</sup>	Po/Jo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Përsërisni testet në kushte të standardizuara për të konfirmuar dhe për të marrë pH arterial dhe bikarbonatet <sup>(i)</sup></li> <li>Nëse konfirmohet, përjashtoni shkaqet e tjera               <ul style="list-style-type: none"> <li>- pH arterial ↓ dhe/ose bikarbonate ↓ <sup>(i)</sup>: Ndërprisni FTRN-të</li> <li>- pH arterial dhe/ose bikarbonate normale: Konsideroni të kaloni nga FTRN me rrezik të lartë në ato me rrezik të ulët &amp; monitoroni me kujdes OSE ndërpritni FTRN-të</li> </ul> </li> </ul>
2-5	Po	Përjashtoni shkaqet e tjera; nëse nuk është gjetur asgjë: ndiqni me shumë kujdes OSE konsideroni kalimin nga FTRN me rrezik të lartë në ato me rrezik të ulët OSE ndërpritni FTRN-të
2-5	Jo	Përsërisni testin Nëse konfirmohet, ndiqni me shumë kujdes
< 2		Asnjë

### Menaxhimi i acidozës laktike (pavarësisht nga niveli i laktatit në serum)

Pranoni pacientin. Ndërpritni FTRN. Ofroni lëngje intravenoze. Mund të përdoret shtimi 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-carnitinë 1000 mg dy herë në ditë), megjithëse përfitimet nuk janë aprovuar.

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

## Shkalla IADL (Aktivitetet instrumentale të jetesës së përditshme)

<b>A. Aftësia për të përdorur telefonin</b>		
1.	Operon telefonin me iniciativë vetjake; shikon dhe telefonon numrat, etj...	1
2.	Telefonon pak numra shumë të njohur	1
3.	U përgjigjet telefonatave por nuk telefonon	1
4.	Nuk përdor fare telefon	0
<b>B. Të bërit pazar</b>		
1.	Kujdeset në mënyrë të pavarur për të gjitha nevojat për pazar	1
2.	Bën pazar në mënyrë të pavarur për blerje të vogla	0
3.	Ka nevojë të shoqërohet për të dalë në pazar	0
4.	Plotësisht i paaftë për të bërë pazar	0
<b>C. Përgatitja e ushqimit</b>		
1.	Planifikon, përgatit, dhe shërben vaktet e duhura të ushqimit në mënyrë të pavarur	1
2.	Përgatit vaktet e duhura ushqimore, nëse furnizohet me përbërësit	0
3.	Ngroh dhe shërben ushqime të përgatitura, ose përgatit ushqime por nuk ruan dietën e duhur	0
4.	Ka nevojë t'ia përgatisin dhe t'ia shërbejnë ushqimet	0
<b>D. Përkujdesja për shtëpinë</b>		
1.	Mirëmban vetëm shtëpinë ose ndonjëherë me ndihmë (p.sh., "ndihmë për punët shtëpiake të rënda")	1
2.	Kryen punët e lehta të përditshme të tilla si larja e enëve, rregullimi i shtratit	1
3.	Kryen punët e lehta të përditshme por nuk mund të ruajë një nivel të pranueshëm pastërtie	1
4.	Ka nevojë për ndihmë për të gjitha punët e mirëmbajtjes së shtëpisë	1
5.	Nuk merr pjesë në punët e shtëpisë	0
<b>E. Larja e rrobave</b>		
1.	Realizon plotësisht larjen e rrobave personale	1
2.	Lan artikuj të vegjël; shpëlan çorape etj...	1
3.	Të gjitha larjet duhen bërë nga të tjerët	0
<b>F. Mënyra e transportit</b>		
1.	Udhëton në mënyrë të pavarur me mjetet e transportit publik ose drejton automjetin personal	1
2.	Rregullon vetë udhëtimin me taksì, por nuk përdor transportin publik	1
3.	Udhëton me mjete të transportit publik kur ndihmohet ose shoqërohet nga dikush	1
4.	Udhëton në mënyrë të kufizuar me taksì ose automjet me ndihmën e dikujt tjetër	0
5.	Nuk udhëton fare	0

<b>G. Përgjegjshmëria për mjekimet vetjake</b>		
1.	Është i përgjegjshëm për marrjen e mjekimeve në dozat e duhura në kohën e duhur	1
2.	Merr përgjegjësinë, nëse mjekimi është përgatitur më përpara në doza të ndara	0
3.	Nuk është i aftë për të marrë mjekimet vetjake	0
<b>H. Aftësia për të mbajtur llogaritë</b>		
1.	Menaxhon çështjet financiare në mënyrë të pavarur (buxhete, firmosje çeqesh, paguan qira dhe fatura, shkon në bankë), mbledh dhe mban në kontroll të ardhurat	1
2.	Menaxhon blerjet e përditshme, por ka nevojë për ndihmë për veprimet bankare, blerjet e mëdha, etj.	1
3.	I paaftë për të mbajtur llogaritë	0

**Burimi:** Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9(3):179-186.

## Pyetje të mëtejshme mbi performancën në punë

<b>I.</b>	I paaftë për të performuar disa aspekte të punës së mëparshme (jo për shkak të simptomave mjekësore)	0
<b>L.</b>	Efikasitet ose produktivitet i reduktuar; ose më tepër gabime apo vështirësi për të realizuar pritshmëritë; ose përpjekje më e madhe për të performuar të njëjtat aktivitete	0

**Rezultati (TOTAL):** Nëse pacienti arrin një rezultat 0 për të paktën dy prej artikujve të mësipërm (A-L), atëherë ai/ajo konsiderohet të jetë funksionalisht i dëmtuar.

**Burimi:** Antinori A, Arendt G, Becker JT, et al. [Updated research nosology for HIV-associated neurocognitive disorders](#). Neurology. 2007 Oct 30;69(18):1789-99.

## Menaxhimi i pacientëve HIV-pozitivë me cirrozë të mëlçisë

Menaxhimi i hiponatremisë hipervolemike	Strategjia menaxhuese e encefalopatisë hepatike (HE)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Kufizimi i likideve deri në 1000-1500 mL/ditë</li> <li>2 Nëse kufizimi i likideve nuk është efektiv, mund të përdoret tolvaptan nga goja; ai duhet filluar në spital, në dozë prej 15 mg/ditë. Kjo dozë duhet të jepet vetëm për ditët e para, pastaj doza duhet titruar deri në 30 dhe 60 mg/ditë, derisa të arrihen vlera normale të natriumit në plazëm</li> <li>3 Përqendrimi plazmatik i natriumit duhet monitoruar rregullisht, veçanërisht gjatë ditëve të para të trajtimit dhe sa herë që doza e medikamentit rritet ose ka ndryshime të gjendjes klinike të pacientit.</li> <li>4 Rritjet e shpejta të përqendrimit plazmatik të natriumit ( më tepër se 8 mmol/ditë) duhen shmangur për të parandaluar shfaqjen e mundshme të sindromës osmotike demielinizuese</li> <li>5 Pacientët mund të dalin nga spitali, atëherë kur nivelet plazmatike të natriumit janë të qëndrueshme dhe kur nuk nevojitet rritje e mëtejshme e dozës së medikamentit</li> <li>6 Trajtimi me medikamente që janë ose inhibitorë të fuqishëm ose induktorë të CYP3A duhet evituar</li> <li>7 Kohëzgjatja e trajtimit me tolvapan nuk dihet ende, duke qenë se efikasiteti dhe siguria e tij është përcaktuar vetëm në studime afatshkurtra (1 muaj)</li> </ol>	<p><b>Menaxhimi i përgjithshëm</b> Identifikoni dhe trajtoni faktorin precipitues (hemoragji gastrointestinale, infeksion, azotemi pre-renale, konstipacion, sedativë)</p> <p>Kufizimi proteinik afatshkurtër (&lt; 72h) mund të merret në konsideratë për HE-të e rënda</p> <p><b>Terapia specifike</b> Klizmat me laktulozë (300 cm<sup>3</sup> in 1 L ujë) tek pacientët që nuk mund ta marrin atë nga goja ose</p> <p>Laktulozë 30 cm<sup>3</sup> nga goja çdo 1-2 orë, derisa të arrihet jashtëqitje, pastaj doza të përshtatet për të pasur rreth 2-3 jashtëqitje të formuara në ditë (zakonisht 15-30 cm<sup>3</sup> nga goja, dy herë në ditë)</p> <p>Laktuloza mund të ndërpritet sapo të vendoset faktori precipitues</p>

## Strategjia e menaxhimit në ascitet e pakomplikuara

<b>Menaxhimi i përgjithshëm</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trajtoni ascitin menjëherë sapo të jenë trajtuar komplikacionet e tjera</li> <li>• Shmangni anti inflamatorët jo steroidë NSAID</li> <li>• Profilaksia me norfloksacin (400 mg nga goja, një herë në ditë) tek pacientët me <b>1</b>) nivel proteinik ascitesh &lt; 1,5g/dL, <b>2</b>) funksion renal të dëmtuar (niveli i kreatininës plazmatike = 1,2 mg/dL, BUN = 25 mg/dL, <b>3</b>) niveli i natriumit plazmatik = 130 mE g/L ose <b>4</b>) pamjaftueshmëri hepatike e rëndë (rezultati Child-Pugh = 9 pikë me nivel të bilirubinës plazmatike = 3 mg/dL)</li> </ul>
<b>Menaxhimi specifik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kufizimi i kripës 1-2 g/ditë</li> <li>• Të liberalizohet nëse frenimi rezulton në marrje të varfër të ushqimit</li> <li>• Paracentezë me vëllim të lartë si terapi fillestare vetëm te pacientët me ascit të tendosur</li> <li>• Administroni albuminë humane (6-8 g/L të ascitit të hequr)</li> </ul>
<b>Ndjekja dhe qëllimi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Përshtatja e dozimit diuretik duhet performuar çdo 4-7 ditë</li> <li>• Pacientët duhen peshuar të paktën një herë në javë dhe azotemia, kreatinina, dhe elektrolitet të maten çdo 1-2 javë, ndërsa bëhet përshtatja e dozës.</li> <li>• Dyfishoni dozën, nëse keni: Rënie në peshë &lt; 2 kg në javë dhe azotemia; kreatinina dhe elektrolitet janë të qëndrueshme</li> <li>• Përgjysmoni dozën e diuretikëve ose ndërpritini, nëse keni: Rënie në peshë ≥ 0,5 kg/ditë ose nëse ka anomali të azotemisë, kreatininës, ose elektroliteve</li> <li>• Dozimi diuretik maksimal është spironolaktoni (400 mg, një herë në ditë) dhe furosemide (160 mg një herë në ditë).</li> </ul>

## Diagnoza dhe menaxhimi i peritonitit bakterial spontan (SBP)

<b>Diagnoza</b>	<p>Konsideroni SBP-në dhe performoni paracentezën diagnostike nëse ka:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Simptoma (dhimbje abdominale, temperaturë, ethe)</li><li>- Pacienti është në urgjencë ose i shtruar në spital</li><li>- Funkcion renal ose encefalopati e përkeqësuar</li></ul> <p>SBP është prezent nëse numri i leukociteve polimorfonukleare PMN &gt; 250 qeliza/<math>\mu</math>L (nëse likidi ka gjak, hiqni 1 PMN per 250 rruaza të kuqe/<math>\mu</math>L)</p>
<b>Menaxhimi i përgjithshëm</b>	<p>Evitoni paracentezën terapeutike gjatë infeksionit aktiv</p> <p>Albuminë intravenoze (1 g/kg peshë trupore) nëse azotemia &gt; 30 mg/dL, kreatinina &gt; 1 mg/dL, bilirubina &gt; 4 mg/dL,</p> <p>Të përsëritet në ditën e 3-të, nëse disfunksioni renal persiston</p> <p>Evitoni aminoglikozidet</p>
<b>Menaxhimi specifik</b>	<p>Cefotaksime (2 g i.v. çdo 12 orë) ose</p> <p>Ceftriakson (2 g çdo 24 orë) ose</p> <p>Ampicillin/sulbaktam (2 g/1g i.v. çdo 6 orë)</p>
<b>Ndjekja</b>	<p>Vazhdoni terapinë për 7 ditë</p> <p>Përsëritni paracentezën diagnostike në ditën e 2-të</p> <p>Nëse numri i PMN-së në ascit, ulet me të paktën 25% në ditën e 2-të, terapia intravenoze mund të ndryshohet në terapi nga goja (kinolonet, të tilla si ciprofloksacina ose levofloksacina 250 mg nga goja, dy herë në ditë) për të plotësuar terapinë 7-ditore.</p>

# Referencat

## Referenca kyçe për më shumë informacion

### Fillimi i TAR-it

- The HIV-CAUSAL Collaboration Ann Intern Med. 2011;154:509-515
- Severe et al. N Engl J Med 2010;363:257-65

### Metodat për depistimin e kancerit

- Chin-Hong PV et al. Clin Infect Dis 2002;35:1127-1134.
- Lam JM et al. AIDS 2011, 25 (5): 635-642
- Sigel K, et al. Curr HIV/AIDS Rep. 2011 Sep;8(3):142-52.

### Ndryshimet dhe adaptimet në stilin e jetës

- Seksioni Udhëzues i Shoqatës Evropiane të Kardiologjisë: [www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines](http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines)
- U.S. Preventive Services Task Force. Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. Ann Intern Med. 2009 Apr 21;150(8):551-5.
- Graham I, et al. European Society of Cardiology (ESC); European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (EACPR); Council on Cardiovascular Nursing; European Association for Study of Diabetes (EASD); International Diabetes Federation Europe (IDF-Europe); European Stroke Initiative (EUSI); Society of Behavioural Medicine (ISBM); European Society of Hypertension (ESH); WONCA Europe (European Society of General Practice/ Family Medicine); European Heart Network (EHN); European Atherosclerosis Society (EAS). Udhërrëfyest evropiane mbi parandalimin e sëmundjeve kardiovaskulare në praktikën klinike: teksti i plotë. Lidhja e Katërt e Task Forcës së Shoqatës Evropiane të Kardiologjisë dhe shoqatave të tjera mbi parandalimin e sëmundjeve kardiovaskulare në praktikën klinike (i përbërë nga përfaqësues të nëntë shoqatave dhe nga ekspertë të ftuar). Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2007 Sep;14 Suppl 2:S1-113.
- Fields-Gardner C and Campa A; J Am Diet Assoc. 2010 Jul;110(7):1105-19.
- Seagle HM et al. J Am Diet Assoc. 2009 Feb;109(2):330-46.

### Parandalimi i Sëmundjeve Kardiovaskulare

- PILL Collaborative Group. PLoS ONE May 2011; 6(5):e19857
- Friis-Møller et al. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2010 Oct;17(5):491-501.
- Nilsson. N Engl J Med 2010 Apr 29;362(17):1628-30

### Hipertensioni: diagnoza dhe menaxhimi

- Sever P. J Renin Angiotensin Aldosterone Syst. 2006 Jun;7(2):61-3.
- Lima et al. Atherosclerosis. 2009 May;204(1):229-32.
- Worm et al. Diabetes Care. 2009 Mar;32(3):474-80
- NICE clinical guideline 127 – Hypertension: clinical management of primary hypertension in adults. August 2011. [www.nice.org.uk/guidance/CG127](http://www.nice.org.uk/guidance/CG127)

### Lloji i 2-të i diabetit: diagnostikimi dhe menaxhimi

- [www.easd.org](http://www.easd.org)
- [www.who.int/diabetes/publications](http://www.who.int/diabetes/publications)

### Dislipidemia: menaxhimi

- Aberg. Endocrinol Metab Clin North Am. 2009 Mar;38(1):207-22.
- Ray. Cardiol Rev. 2009 Jan-Feb;17(1):44-7.
- Kotler. J Acquir Immune Defic Syndr. 2008 Sep 1;49 Suppl 2:S79-85.
- ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). Autorët: Anëtarët e Task Force European Heart Journal (2011) 32, 1769-1818 (doi:10.1093/eurheart/ehr158).
- Management of osteoporosis and vitamin D deficiency.
- Womack JA et al. PLoS One. 2011 Feb 16;6(2):e17217.
- Overton ET and Yin MT. Curr Infect Dis Rep. 2011 Feb;13(1):83-93.
- McComsey GA et al. Clin Infect Dis. 2010 Oct 15;51(8):937-46. Review.
- Arora S et al. J Curr Osteoporos Rep. 2010 Dec;8(4):219-26. Review.

### Depresioni: diagnostikimi dhe menaxhimi

- Pence BW et al. J Acquir Immune Defic Syndr 2007; 44:159.
- Mann JJ. N Engl J Med 2005; 353:1819.
- Mitchell AJ. Lancet 2006; 367:2041.
- NICE. Depression: management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23. Londër: National Institute for Clinical Excellence 2004.
- Thompson A et al. Clin Infect Dis 2006; 42:1305.

### Sëmundje të mëlçisë

- Cárdenas and Ginès. Gut 2011;60:412-421
- Jelic & Sotiropoulos. Annals of Oncology 21 (Supplement 5): v59-v64, 2010
- Dong and Saab. Gastroenterology & Hepatology. March 2009; 5(3):191-197

### Hiperlaktataemia: diagnostikimi, parandalimi dhe menaxhimi

- Van Griensven. Clin Inf Dis. 2007 Aug 15;45(4):514-7.
- Stead et al. Antivir Ther. 2008;13(7):937-43.
- Arenas-Pinto et al. Sex Transm Infect. 2003 Aug;79(4):340-3.

### Monitorim për shkakton toksicitet renal

- Alsaukas et al. Expert Opin. Pharmacother. 2011 12(5):691-704
- James et al. Lancet 2010; 375:1296-309
- Mocroft et al. AIDS 2010, Jul 17;24(11):1667-78

### Lipodistrofia: diagnostikimi dhe menaxhimi

- Calmy et al. Antivir Ther. 2009;14(2):165-79.
- Wohl et al. J Acquir Immune Defic Syndr. 2008 49 Suppl 2:S93-S100.
- Guaraldi et al. AIDS 2011, Jan 2;25(1):1-12

### Çrregullimet neurokonjitive: diagnoza dhe menaxhimi

- Heaton et al. Neurology 2010; 75:2087
- Samioni et al. AIDS 2010, 24:1243-1250
- McArthur and Brew. AIDS 2010, 24:1367-1370
- Schouten et al. AIDS 2011, 25:561-575
- Letendre et al. Anti-Inflammatory & Anti-Allergy Agents in Medicinal Chemistry, 2009, 8:169-183

### Vartësia ndaj drogës dhe adiksioni ndaj drogës

- Strang et al. BMJ 2010;341:c4851
- Metha et al. J Infect Dis 2011 Mar 1;203(5):587-94
- Wedam et al. Arch Intern Med. 2007;167(22):2469-2475

### Keqfunksionimi seksual

- Hatzimouratidis K et al. European Association of Urology. Eur Urol. 2010;57:804-14. (Lidhje te [www.uroweb.org/fileadmin/tx\\_eauguidelines/2010/Trans/2010\\_Guidelines\\_on\\_Male\\_Sexual\\_Dysfunction.pdf](http://www.uroweb.org/fileadmin/tx_eauguidelines/2010/Trans/2010_Guidelines_on_Male_Sexual_Dysfunction.pdf))
- Montorsi F et al. J Sex Med. 2010;7:3572-3588. (Lidhje te [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21040491](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21040491))
- Fakoya A, Lamba H, Mackie N, et al. British HIV Association, BASHH and FSRH guidelines for the management of the sexual and reproductive health of people living with HIV infection 2008. HIV Med. 2008;9:681-720. (Lidhje te [www.bhiva.org/documents/Guidelines/Sexual%20health/Sexual-reproductive-health.pdf](http://www.bhiva.org/documents/Guidelines/Sexual%20health/Sexual-reproductive-health.pdf))

---

## Konfliktet e interesit

---

### Anëtarët e mëposhtëm të panelit kanë raportuar që kanë marrë mbështetje:

---

- Sanjay Bhagani
- Mark Bower
- Raffaele Bruno
- Nathan Clumeck
- Simon Collins
- Juliet Compston
- Antonella d'Arminio Monforte
- Stéphane De Wit
- Nikos Dedes
- Christoph Fux
- José Gatell
- Giovanni Guaraldi
- Maxime Journiac
- Karine Lacombe
- Jens D. Lundgren
- Esteban Martinez
- Socrates Papapoulos
- Lars Peters
- Neil Poulter
- Anton Pozniak
- Massimo Puoti
- François Raffi
- Vicente Soriano
- Cristina Tural
- Alessandra Vigano
- Alan Winston

### Anëtarët e mëposhtëm të panelit nuk kanë konflikte interesi për të raportuar:

---

- José Arribas
- Manuel Battegay
- Georg Behrens
- Paola Cinque
- Gilbert Deray
- Renaud du Pasquier
- Diego García
- Anna Maria Geretti
- Christine Katlama
- Patrick Mallon
- Stefan Mauss
- Peter Reiss
- Jürgen Rockstroh
- Ian Williams

Deklaratat e konflikteve të interesit që jepen nga anëtarët e panelit disponohen për konsultim sipas kërkesës nga [info@eacsparis.org](mailto:info@eacsparis.org)





# EACS

European AIDS Clinical Society

Hôpital Pitié-Salpêtrière  
Pavillon Laveran  
47, boulevard de l'hôpital  
75651 - Paris Cedex 13  
T. 33 1 44 24 17 96 - F. 33 1 53 61 13 97

E-mail: [info@eacsparis.org](mailto:info@eacsparis.org)  
[www.europeanidsclinicalociety.org](http://www.europeanidsclinicalociety.org)

Udhërrëfyesi i Shoqatës Klinike Evropiane për  
AIDS (EACS) mund të shkarkohet lirisht në  
faqen e internetit  
[www.europeanidsclinicalociety.org](http://www.europeanidsclinicalociety.org).  
Në të njëjtën adresë mund të gjendet një  
deklaratë e konfliktit të mundshëm të interesit e  
anëtarëve të panelit.

Versioni në shqip

Përkthimi nga: Albaglobal Ltd  
Edituar nga: Arjan Harxhi