



# *HIV – Çfarë duhet të dini*

*një udhëzues bazë klinik*

*për profesionistët jo-specialistë të kujdesit shëndetësor  
dhe studentët e mjekësisë*

**JUSTRI** është një organizatë jo fitimprurëse me bazë në Mbretërinë e Bashkuar e dedikuar në sigurimin e burimeve dhe edukimin për ata që punojnë me HIV,hepatite virale dhe tuberkuloz. Shih punën tonë tek [www.justri.org](http://www.justri.org)

**justri.**  
[www.justri.org](http://www.justri.org)

**Informacione të mëtejshme** për HIV janë të disponueshme në:  
[www.aidsmap.com](http://www.aidsmap.com) | [www.bhiva.org](http://www.bhiva.org) | [www.eacsociety.org](http://www.eacsociety.org) | [www.hiv-druginteractions.org](http://www.hiv-druginteractions.org) |  
[www.i-base.info](http://www.i-base.info) | [www.natap.org](http://www.natap.org)

**I shkruar dhe hartuar** nga Dr Mike Youle

**Kontribute të tjera** nga Dr Tristan Barber, Dr Sanjay Bhagani, Dr Fiona Burns, Abhishek Katiyar, Dr Tabitha Mahungu dhe Leonie Swaden

**Figura e mbulimit** HIV in view, Shutterstock/ViiV

**Disenjuar nga** Geoff Sheridan, [www.premonition.co.uk](http://www.premonition.co.uk)

**Falenderime të vecanta** për Brent Nicholls

# Përmbajtja

<b>Seksioni 1: Hyrje</b> .....	<b>4</b>
HIV dhe stigma .....	5
HIV në shekullin e 21-të .....	7
<b>Seksioni i dytë : HIV për jo-specialistët</b> .....	<b>8</b>
Bazat e infeksionit HIV .....	9
Tre fazat e infektimit me HIV .....	10
Polifarmacia dhe ndërveprimet e barnave .....	20
Ndërveprime të rëndësishme medikament-medikament të HIV .....	21
Testet e monitorimit të HIV .....	28
Sëmundjet e zakonshme bashkëshoqëruese në HIV .....	29
<b>Seksioni i tretë : Mos e humbisni HIV-in si një diagnozë të re</b> .....	<b>36</b>
Nevoja për të diagnostikuar HIV në mënyrë efektive .....	37
Kush duhet të testohet për HIV? .....	39
Si të zbatohet testimi? .....	40
<b>Shtojca 1: Përkufizimet e gjëndjeve indikuese dhe rekomandimet për testim të HIV</b> .....	<b>44</b>
<b>Shtojca 2: Gjëndje indikuese sipas specialiteteve</b> .....	<b>46</b>

# Hyrje

**Mirë se vini në udhëzuesin JUSTRI për profesionistët e kujdesit shëndetësor (PKSH) dhe studentët e mjekësisë, i cili jep një përmbledhje të thjeshtë të asaj që duhet të dini kur ndesheni me dikë me HIV në praktikën tuaj specifike klinike.**

Në të kaluarën, sëmundja HIV që çon në sindromën e imunodeficiencës së fituar (AIDS) dhe vdekje, shkaktonte sëmundshmëri dhe vdekshmëri serioze, me shumicën dërrmuese të diagnostikuar në vitet 1980 dhe 90 që vdisnin brenda pak viteve. Megjithatë, terapia efektive antiretrovirale (TAR), e cila kontrollon në mënyrë efektive infektionin HIV, dhe përparime të tjera mjekësore kanë ndryshuar gjithçka.

Jetëgjatësia për njerëzit që jetojnë me HIV (PJHIV) është përmirësuar ndjeshëm dhe në disa aspekte i afrohet normales. Tani, fokusi është zhvendosur, në monitorimin, trajtimin dhe përkujdesjen për të menaxhuar mbivendosjen midis patologjive të lidhura me HIV dhe sëmundjeve nga shkaqe të tjera. Mesazhi bazë është se

sëmundja HIV nuk është më komplekse dhe fatale, por në shumicën e rasteve relativisht e thjeshtë për t'u menaxhuar.

Qëllimi i këtij udhëzuesi është të ofrojë këshilla praktike për profesionistët e kujdesit shëndetësor që trajtojnë PJHIV për patologji të tjera. Është shkruar me të dhëna nga profesionistët e kujdesit shëndetësor të HIV dhe specialitete të tjera, si dhe ata që jetojnë me këtë infektion kronik.

Shpresojmë që ky udhëzues do t'ju ndihmojë të keni një kuptim më të qartë të çështjeve dhe se duke ndarë informacionin me kolegët tuaj profesionistë, cilësia e kujdesit për PJHIV do të përmirësohet në të gjitha mjediset.

## Si të përdorni këtë udhëzues

Udhëzuesi është i ndarë në tre seksione. Pas një hyrje ku jepen çështjet kryesore, pjesa e dytë mbulon bazat e HIV-it dhe ofron informacionin e nevojshëm për këdo që njihë PJHIV, por që mund të ketë njohuri të kufizuara për HIV-in klinik dhe trajtimin e tij. E treta thekson nevojën për të konsideruar HIV-in si një diagnozë të mundshme në çdo pacient dhe diskuton se si të lehtësohet testimi dhe referimi i shpejtë të shërbimet e specializuara të HIV-it.

HIV është një fushë e fundit dhe dinamike e informacionit në zhvillim të vazhdueshëm, kështu që ne nuk kemi referuar gjatje specifike shkencore në

tekst. Megjithatë, ka shumë burime në internet që ofrojnë një mori informacionesh rreth përparimeve në këtë fushë. Ka shumë prezantime, me akses të lirë, për të gjitha aspektet e HIV-it në portalin tonë në internet, [www.justrislide.com](http://www.justrislide.com). Ashtu si me të gjitha informacionet e shtypura, ju lutemi kontrolloni për përditësimet e udhëzuesit, veçanërisht nëse e lexoni këtë pas dhjetorit 2025; versioni i fundit do të jetë gjithmonë i disponueshëm në [www.justri.org](http://www.justri.org).

Mirëpresim komente, korrigjime dhe ide ose sugjerime për përfshirje në botimet e ardhshme; ju lutemi dërgojini ato në [home@justri.org](mailto:home@justri.org).

## HIV dhe stigma

**Që nga fillimi i epidemisë së AIDS-it, HIV-i gjithmonë është stigmatizuar shumë në pjesën më të madhe të shoqërive. Fillimisht nxitur nga frika e infektimit dhe në pjesën më të madhe për shkak të atyre që u prekën fillimisht si homoseksualët, përdoruesit e drogës me injektim, emigrantët dhe grupet e tjera të rrezikuara.**

Megjithatë, stigma ka mbetur e lartë edhe pse trajtimi efektiv është i disponueshëm dhe pse dihet se transmetimi është i ulët tek ata që janë nën terapi. Një ton sensibilist, moralist u përhap gjerësisht në shtyp fillimisht, ndërsa frika dhe urrejtja ende përhapet nga shumë seksione fetare dhe konservatore të shumë shoqërive. Në mënyrë unike, HIV mbetet sot, 30 vjet më vonë, një infeksion shumë i stigmatizuar në shumë vende dhe komunitete. Ky nuk është një problem që mund ta diskutoni lehtësisht hapur dhe mund ta mbani të fshehtë nga familja, partnerët

dhe madje edhe profesionistët e kujdesit shëndetësor jo-HIV.

Positive Voices, një sondazh i vitit 2017 me 4,400 njerëz, që përfaqësonin rreth 5 për qind të të gjithë PJHIV në Angli dhe Uells, tregoi se përvoja e stigmës është qartësisht ende një realitet për shumë njerëz me HIV, madje edhe brenda shërbimit shëndetësor në Mbretërinë e Bashkuar. Një në dymbëdhjetë (8 përqind) mendonin se ishin trajtuar ndryshe nga pacientët e tjerë dhe një në njëzet (5 përqind) mendonin se u ishte refuzuar kujdesi shëndetësor ose u ishte vonuar trajtimi ose procedura mjekësore.

Perceptimet e stigmës mund të jenë gjithashtu të dëmshme. Një në gjashtë (16 përqind) raportuan se ndjeheshin të shqetësuar se do të trajtoheshin ndryshe nga pacientët e tjerë për shkak të HIV-it, ndërsa një në dhjetë (10 përqind) kishin shmangur kujdesin shëndetësor kur kanë patur nevojë për të.

**“Tek mjeku i përgjithshëm, gastroenterologu dhe departamenti i endoskopisë, duket se fajësojnë HIV-in për çdo gjë, edhe nëse mjeku i HIV-it e ka përjashtuar atë kur kam pasur probleme të tjera mjekësore.”**

Shumë shembuj të diskriminimit të përjetuar nga pjesëmarrësit e anketës shpesh nxjerrin në pah prova të keqkuptimit dhe komunikimit të dobët nga stafi dhe jo aq diskriminim të qëllimshëm ose keqdashës.

**“Kur shkoja për ndonjë operacion... çdo herë jam vendosur në fund të listës... për mua nuk duhet të ketë dallim se si pastrohet një sallë operacioni nëse një pacient është HIV pozitiv, Hepatit C pozitiv apo një pacient krejtësisht i shëndetshëm pa infeksione.”**

Një në katër persona me HIV të anketuar menduan se mjeku i përgjithshëm i tyre nuk dinte mjaftueshëm për gjendjen

e tyre. Mungesa e ekspertizës është e kuptueshme në një mjedis ku shihen pak njerëz me HIV, por shumica e pacientëve që marrin ilaçe për HIV duhet të presin që çështjet e tjera të kujdesit shëndetësor të menaxhohen në kujdesin parësor, ose të drejtohen në shërbimin e duhur të specializuar, në vend që gabimisht shqetësimet ti atribuohen HIV-it si shkak i paracaktuar.

**“Mjeku im i përgjithshëm më pyet nëse marr droga të paligjshme, nëse kam partnerë të shumtë etj, edhe pasi i thashë se kam një të dashur prej 10 vitesh, jam monogame dhe as nuk pi alkool.”**

Çdo vit, unë jam ende i shokuar, por jo i befasuar kur gjej pacientë që tregojnë shembuj të qartë të diskriminimit të HIV-it në kujdesin e tyre klinik, madje edhe në spitalin tim të mësimdhënies universitare. Kjo shërben si një kujtesë se të gjithë profesionistët e kujdesit shëndetësor nuk janë të imunizuar ndaj stigmatizimit të individëve, shpesh pa dashje, dhe që ne të gjithë të përballemi me të kur ai lind nëpërmjet informacionit dhe edukimit.

# HIV në shekullin e 21-të

## Këtu janë disa pika të rëndësishme:

1. HIV është një infeksion totalisht i trajtueshëm në shumicën e njerëzve
2. Një individ me një ngarkesë virale HIV të padetektueshme (zakonisht <50 kopje/mL) nuk mund të transmetojë HIV-in seksualisht (i padetektueshëm është i patransmetueshëm ; U=U)
3. Në UK, 95% e njerëzve të diagnostikuar me HIV kanë një ngarkesë virale të padetektueshme nën trajtim
4. Risku i transmetimit profesional të HIV-it është jashtëzakonisht i ulët
5. Nëse jeni të ekspozuar ndaj HIV-it në punë (p.sh. nga një shpim nga gjilpëra), duhet të kontaktoni menjëherë kujdesin shëndetësor në punë për të parë nëse indikohet profilaksia pas ekspozimit (PEP).
6. Pacientët me HIV duhet të kenë të njëjtin nivel kujdesi dhe respekti si ata pa infeksion
7. Gratë shtatzëna me HIV kanë një risk të papërfillshëm për të transmetuar HIV tek foshnjat e tyre, nëse mbështeten dhe ndiqen udhëzimet
8. Mos supozoni se të gjitha çështjet mjekësore janë të lidhura me HIV-in , tek individët e trajtuar gjërat e zakonshme janë të zakonshme, kështu që mos ua referoni një mjeku të HIV-it , por merrni parasysh rekomandimet tek specialistët e tjerë së bashku me të dhënat nga ekipi i HIV-it
9. Diskutimi me ekipin e kujdesjes së pacientëve HIV(infermieri, mjeku, farmacisti, ekipi më i gjerë multidisiplinar) mund të jetë i dobishëm dhe zakonisht janë të lehtë për t'u kontaktuar
10. Ndërveprimet e padëshiruara medikament-medikament midis disa preparateve të HIV dhe barnave të tjera janë një problem madhor, por i thjeshtë për t'u shmangur. Është vërtet e rëndësishme të kontrolloni të gjitha medikamentet e reja përpara se t'i përshkruani ato në [www.hiv-druginteractions.org](http://www.hiv-druginteractions.org)

**Një gamë e gjerë udhëzimesh klinike dhe informacione të përditësuara mbi të gjitha aspektet e trajtimit dhe kujdesit për HIV mund të aksesohen në faqet e internetit të Shoqatës Britanike për HIV (BHIVA), [www.bhiva.org](http://www.bhiva.org) dhe Shoqatës Klinike Evropiane për AIDS, [www.eacsociety.org](http://www.eacsociety.org) .**

SEKSIONI I DYTË

# HIV për jo-specialistët



## Bazat e infeksionit HIV

**HIV hyri për herë të parë te njerëzit rreth vitit 1920 në Afrikën Qendrore, si një infektion i kryqëzimit të specieve nga primatë të caktuar. Ekzistojnë dy viruse të dallueshme, HIV-1 që përbën mbi 95% të infeksioneve dhe HIV-2, i gjetur fillimisht në Afrikën perëndimore, i cili përfaqëson një ngjarje të dytë të kryqëzimit të specieve dhe duket të jetë më pak patogjen.**

Epidemia e sëmundjes klinike së AIDS-it, që dallohet nga imunodeficit i rëndë, infeksionet oportuniste dhe tumoret, që çojnë me shpejtësi në vdekje, filloi në mesin e viteve 1970. Rastet e para klinike të pneumonisë nga *Pneumocystis carinii* (PCP) dhe sarkomës Kaposi (SK) u raportuan në 1981 dhe dy vjet më vonë u identifikua HIV-1. Testet serologjike të antitropave HIV u zhvilluan menjëherë pas kësaj, ndërsa matja e ngarkesës aktuale virale, duke përdorur HIV PCR, u bë e mundur disa vite më vonë.

Shenja dalluese e infeksionit HIV është limfopenia e qelizave CD4+ dhe matja e numrit të qelizave CD4 mbeti shtylla kryesore e monitorimit derisa testet e ngarkesës virale u bënë të disponueshme në mesin e viteve 1990.

Këto dy parametra janë ende mjetet thelbësore për të vlerësuar agresivitetin e sëmundjes dhe ngarkesën e infeksionit.

# Tre fazat e infektimit me HIV

## 1 Infeksioni akut HIV (Serokonvertimi)

Sëmundja e serokonvertimit zakonisht zhvillohet brenda 2 deri në 4 javë pas infektimit me HIV. Gjatë kësaj periudhe, disa individë kanë simptoma të ngjashme me gripin, si temperaturë, dhimbje koke dhe dhimbje të fytit, ndërsa të tjerët janë asimptomatikë. Disa mund të zhvillojnë ënjtje të nyjeve limfatike dhe/ose skuqje të lëkurës (rash); një pjesë e vogël shfaqin simptoma neurologjike, të cilat mund të jenë të rënda. Në këtë fazë, nivelet e HIV-it në gjak janë shumë të larta, duke rritur ndjeshëm rrezikun e transmetimit të mëtejshëm të HIV-it.



*Rashi nga serokonvertimi*

## 2 Infeksioni HIV kronik

Gjatë kësaj faze individët mund të mos kenë simptoma të lidhura me HIV, por derisa të trajtohen shumica mbeten infektues.

Pa TAR, sëmundja kronike e HIV-it zakonisht kalon në AIDS në rreth 5-10 vjet, megjithatë në disa njerëz progresioni është më i shpejtë. Me rënien e imunitetit, mund të zhvillohen simptoma apo patologji të zakonshme të lidhura me HIV, si kandidoza orale ose leukoplakia me qime, herpes zoster, folikuliti dhe infeksione të vazhdueshme mykotike dhe këto kushte duhet të nxisin kryerjen e një testi HIV në të gjithë individët.



*Folikuliti*



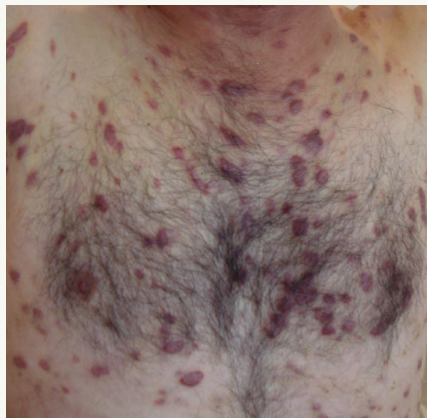
*Leukoplakia orale me qime*



*Herpes zoster*

### 3 AIDS

AIDS, faza më e rëndë e infeksionit HIV, diagnostikohet kur niveli i qelizave CD4 bie nën një numër më pak se 200 qeliza/mm<sup>3</sup> ose kur ndodhin disa infeksione oportuniste dhe tumore. Pa TAR, njerëzit me AIDS mbijetojnë rreth 3 vjet.



*Sarkoma Kaposi*



*Retinit nga CMV*

Pas infeksionit HIV, një rritje fillestare e viremisë shkakton një përgjigje imune pjesërisht efektive, e cila më pas zbehet me kalimin e kohës në një ritëm të varur nga niveli (ose pika e vendosjes) i virusit gjatë periudhës latente (kronike) [Figura 1].

Ka një ekuilibër të thjeshtë midis nivelit të virusit dhe shpejtësisë së rënies së qelizave CD4. Nëse HIV ARN-ja është <10,000 kopje/mL, përparimi i sëmundjes është i ngadalshëm, nëse është >100,000 kopje/mL, përparimi është shumë më i shpejtë.

Numri i qelizave CD4 lidhet, megjithëse në mënyrë të pasaktë, me shfaqjen e sëmundjes klinike të HIV. Midis 500 dhe 200 qeliza/mm<sup>3</sup> këto shenja bëhen më të zakonshme dhe më të rënda, me infeksione serioze të lidhura me AIDS-in dhe tumoret që ndodhin kryesisht pasi

numri bie nën 200 qeliza/mm<sup>3</sup>, duke u rritur me shpejtësi në frekuencë dhe agresivitet ndërsa nivelet e qelizave CD4 bien në zero, e shoqëruar me një rritje të theksuar të vdekshmërisë.

Megjithatë, nëse jepet një TAR supresive e suksesshme dhe e cila merret me sukses nga individi, ngarkesa virale bëhet e padetektueshme, numri i CD4 rritet, ndodh remisioni klinik dhe mbi të gjitha pacienti nuk është më infektues.

Seksioni tjetër trajton terapinë e HIV-it, mënyrën se si përdoret, efektet anësore të rëndësishme të secilit medikament dhe ndërveprimet e mundshme të medikamente me ilaçe të tjera, të cilat mund të jenë të rënda dhe të çojnë në dështimin e TAR ose të ndikojnë në efikasitetin e bashkë-mjekimit.

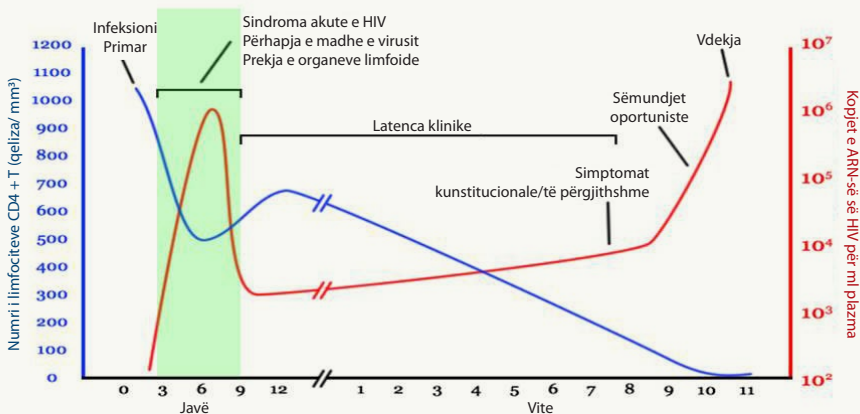


Figura 1 : Fazat e infektimit me HIV

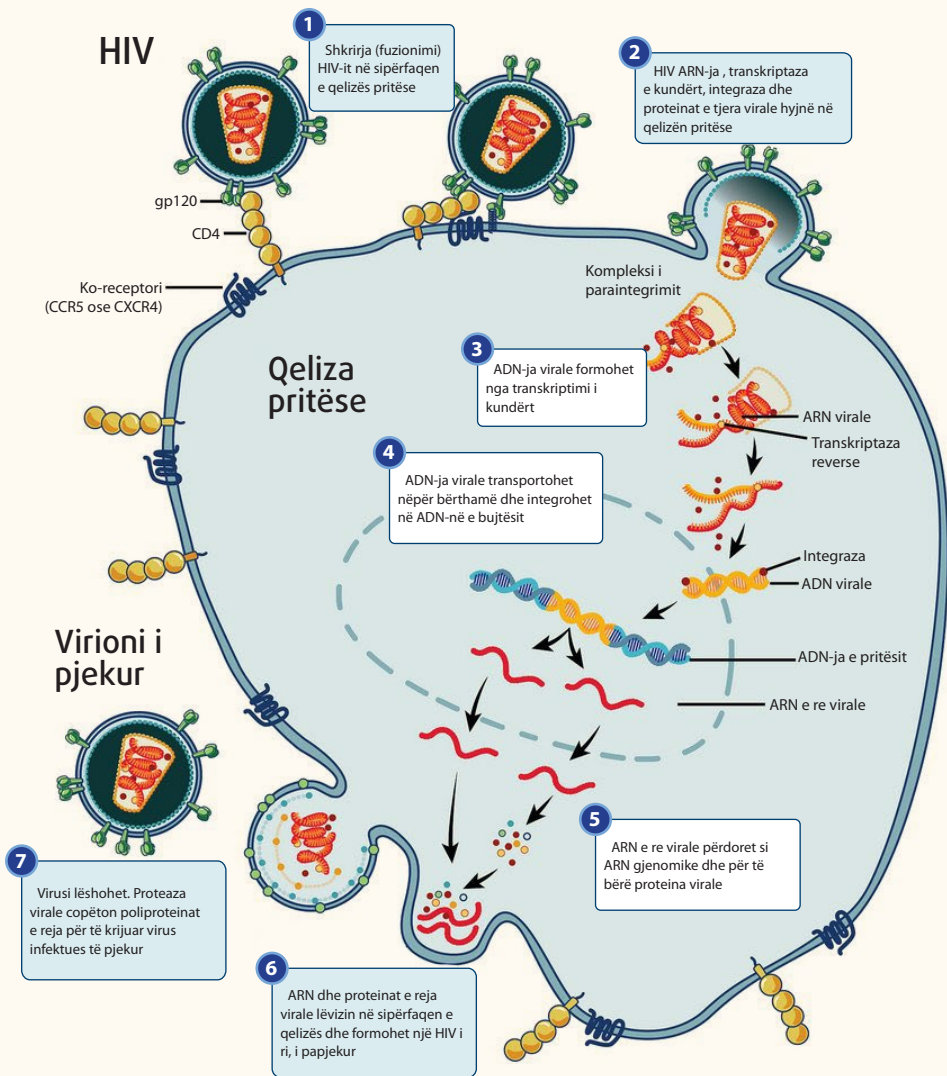


Figura 2 : **Cikli jetësor i HIV brenda një qelize**

# Trajtimi i HIV - një udhëzues i thjeshtë

**Që nga dhënia e antiretroviralit të parë - zidovudine (AZT) në 1986, tabloja e terapisë së HIV-it është transformuar nga një gamë gjithnjë e më e madhe e agjentëve antiviralë.**

Tani ekzistojnë 5 klasa barnash, që veprojnë në faza të ndryshme të ciklit jetësor të HIV në qelizë [Figura 2]; ato përfshijnë rreth njëzet e pesë medikamente të përdorur aktualisht, shumica të kombinuar në një formulim të vetëm në një tablete. Shumica e regjimeve përbëhen nga kombinime prej tre barnash, megjithatë, skemat me dy barna po bëhen gjithnjë e më të përdorshme, ndërsa disa pacientë me rezistencë ndaj barnave të HIV-it do të marrin skema më komplekse.

Në ditët e sotme, të gjithë njerëzit e diagnostikuar me HIV fillojnë menjëherë TAR, megjithëse terapia mund të vonohet përkohësisht në rastin e disa infeksioneve të caktuara, përfshirë meningitin tuberkular dhe meningitin nga kriptokoku, për të zvogëluar rrezikun shfaqes së sindromave të rimëkëmbjes së imunitetit IRIS.

Pasi një pacient fillon TAR, ngarkesa e tij virale bie në nivele të padetektueshme (zakonisht më pak se 20, 40 ose 50 kopje/mL, në varësi të analizës së përdorur) dhe numri i CD4 do të rritet, kështu që ata kanë shumë më pak gjasa të zhvillojnë simptoma serioze të lidhura me HIV-in.

Në shumicën e rasteve, mbi 90% e individëve në trajtim do të kenë një ngarkesë virale të padetektueshme, e cila mbahet nëse ata janë të rregullt me TAR; tani shumë pak individë nën trajtim dështojnë në terapi. Rrjedhimisht, shumica e ndryshimeve në trajtim bëhen për të reduktuar ose shmangur toksicitetin, për të minimizuar ndërveprimet medikamentoze ose për të thjeshtuar skemen e mjekimit.

Tabela 1 **Barnat antiretrovirale: një përmbledhje**

## Antiretroviralët si një bar i vetëm

<b>1</b>	<b>Frenuesit e hyrjes</b>
<b>1A</b>	<b>Frenues te fusionimit</b>
<b>Enfuvirtide</b> [ Fuzeon , T20]	I përdorur rrallë tani, T20 është një ARV injektues që parandalon lidhjen e HIV me receptorin CD4. Efekti kryesor anësor i T20 janë reaksionet në vendin e injektimit; mund të jetë kufizuese e trajtimit. Jepet me injeksion nënëlkuror në një dozë prej 90 mg dy herë në ditë.
<b>1B</b>	<b>Frenuesi i hyrjes CCR5</b>
<b>Maraviroc</b> [ Celsentri , MVC]	MVC bllokoi co-receptorin CCR5 që lehtëson hyrjen virale në qeliza dhe është aktiv vetëm kundër virusit që përdor CCR5 ("CCR5 tropik"). HIV mund të jetë i disa llojeve, duke përdorur vetëm receptorët CCR5 (R5), vetëm receptorët CXCR4 (X4), të jetë 'i përzier' (duke përdorur R5 ose X4) ose të jetë 'i dyfishtë' (i aftë për të përdorur të dy). Pra, para përdorimit të MVC duhet të bëhet një test gjaku i tropizmit. Efekti kryesor anësor i MVC është hipotensioni, por kjo është e pazakontë. Në varësi të ARV-ve të tjerë të dhënë, jepet e dozuar në 150/300/600 mg një ose dy herë në ditë .
<b>2</b>	<b>Frenuesit e transkriptazës reverse</b>
<b>2A</b>	<b>Frenuesit nukleozidike të transkriptazës reverse [NRTIs]</b>
<b>Lamivudine</b> [ Epivir , 3TC]	Një nga ARV-të më të përdorura, 3TC është gjithashtu aktiv kundër virusit të hepatitit B (HBV). Në përgjithësi, i toleruar mirë, një efekt anësor i pazakontë është neuropatia periferike (PN). Dozohet në 300 mg një herë në ditë ose 150 mg dy herë.
<b>Abacavir</b> [ Ziagen , ABC]	Zakonisht bashkë-formulohet me 3TC si Kivexa (shih më poshtë). Mund të shkaktojë një reaktion të mbindjeshmërisë (HSR) te individët e ndjeshëm dhe rekomandohet testimi gjenetik për alelin HLAB5701 përpara përdorimit të këtij ilaçi. Pozitiviteti HLAB5701 nënkupton një rrezik më të lartë të HSR dhe ABC nuk duhet dhënë. Efektet anësore të zakonshme të ABC përfshijnë nauze dhe dhimbje koke, disa zgjedhin të shmangin ilaçin për shkak të shqetësimeve për rrezikun kardiovaskular. Jepet i dozuar në 600 mg një herë në ditë ose 300 mg dy herë.
<b>Emtricitabine</b> [ Emtriva , FTC]	Megjithëse jo plotësisht i njëjtë, ky NRTI është klinikisht i krahasueshëm me 3TC dhe zakonisht kombinohet me Tenofovir si Truvada ose Descovy (shih më poshtë). Në përgjithësi, efektet anësore të toleruara mirë, të pazakonta përfshijnë PN dhe pigmentimin e lëkurës. Agjent i vetëm jepet i dozuar në 200 mg një herë në ditë .

<b>Tenofovir</b>	Ky ARV përdoret gjerësisht dhe është aktiv kundër HIV dhe HBV dhe është antivirali kryesor që përdoret për trajtimin e këtij të fundit. E disponueshme në dy forma molekulare:
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Tenofovir Disoproxil Fumarat [Viread , TDF]</b></li> </ul>	Zakonisht bashkë-formulohet me FTC si Truvada (shih më poshtë). Efektet anësore janë renale (tubulopati proksimale dhe rrallë sindroma Fanconi) dhe humbja e densitetit mineral kockor (BMD). Në praktikë, toksiciteti serioz ndaj TDF ndodh rrallë. Agjent i vetëm jepet i dozuar në 245 mg një herë në ditë.
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Tenofovir Alafenamide [TAF]</b></li> </ul>	I disponueshëm vetëm i bashkë-formuluar me FTC si Descovy (shih më poshtë), duket se ka më pak toksicitet renal dhe kockor sesa TDF. Dozohet në 10 mg një herë në ditë me regjime ARV që përmbajnë ritonavir ose cobicistat dhe 25 mg një herë në ditë me të gjithë të tjerët.
<b>Zidovudine [Retrovir, AZT]</b>	Ky ARV tani përdoret rrallë për shkak të toksicitetit të konsiderueshëm (anemi, nauze dhe ndryshime të formës së trupit). Mund të përdoret për arsye specifike (p.sh. shtatëzani, rezistenca ndaj TAR ose depërtimi i sistemit nervor qendror). Dozohet në 250 mg, dy here në ditë.
<b>Stavudine [ Zerit , D4T] Didanozina [ Vided , DDI]</b>	Këto janë dy NNRTI më të vjetra, të cilat tani nuk duhet të përdoren për shkak të ngjarjeve të padëshiruara, duke përfshirë PN të rëndë, dëmtimin e mëlçisë dhe pankreasit.
<b>2B</b>	<b>Frenuesit jo-nukleozide të transkriptazës reverse [NNRTIs]</b>
<b>Efavirenz [ Sustiva , EFV]</b>	Edhe pse efektiv, EFV ka shumë efekte anësore duke përfshirë skuqjen (herë pas here sindromën Stevens-Johnson), ndryshimin e humorit, psikozën, problemet konjitive, shqetësimin e gjumit (pagjumësi, ëndrrat jo normale), marramendje, nauze, hipotiroidizëm, gjinekomasti dhe mungesë të vitaminës D. Shumica e tyre janë afatshkurtër, por mund të vazhdojnë në një pjesë të konsiderueshme të përdorimit. Disa efekte mund të jenë subklinike me përmirësim në ato që ndalojnë ilaçin. Dozohet në 600 mg një herë në ditë .
<b>Nevirapine [ Viramune , NVP]</b>	NVP është efektiv, por ka toksicitet të mundshëm serioz brenda javëve të para të përdorimit. Këto përfshijnë nekrolizën epidermale toksike dhe insuficiencën fulminante të mëlçisë, më të zakonshme në ato me origjinë afrikane dhe gratë, veçanërisht kur janë shtatzënë. Kur njerëzit janë të qëndrueshëm në NVP, tolerohet shumë mirë. Dozohet në 200 mg dy herë ose 400 mg një herë në ditë si një formulim me veprim të zgjatur.
<b>Rilpivirina [ Edurant , RPV]</b>	RPV përgjithësisht tolerohet mirë. Skuqja dhe shqetësimi i humorit raportohen më rrallë se me EFV, por ende ndodhin. Dozohet në 25 mg një herë në ditë dhe duhet të merret me ushqim.
<b>Etravirina [ Inteligjenca , ETR]</b>	ETR është aktiv kundër shumicës së virusëve rezistente ndaj NNRTI. Edhe pse përgjithësisht tolerohet mirë, ai ka një formulim si shkumës, të cilin shumë e shohin të papëlqyeshëm dhe përdorimi i tij është i rrallë. Dozohet në 200 mg dy herë, megjithëse shpesh jepet si 400 mg një herë në ditë.
<b>Dor avirine [ Pifeltro , DOR]</b>	DOR është aktiv kundër shumë virusëve rezistente ndaj NNRTI dhe tolerohet mirë, megjithëse jep shqetësim të SNQ. Dozohet në 100 mg një herë në ditë. Përdoret më së shpeshti i bashkë-formuluar me 3TC dhe TDF, si Delstrigo (shih më poshtë).



<b>Raltegravir</b> <b>[ Isentress , RAL]</b>	RAL është një ilaç i toleruar mirë, megjithëse transaminazemia e moderuar është parë në fillimet e terapisë dhe ndodhin çrregullime të humorit dhe gjumit. Dozohet në 400 mg dy herë (formulimi origjinal), ose tani më shpesh në një formulim më të ri në 1200 mg një herë në ditë ( si dy tableta 600 mg).
<b>Elvitegravir [EVG]</b>	EVG nuk disponohet si një agjent i pavarur dhe jepet vetëm në regjimet e një tablete të bashkë-formuluar me një agjent përforcues (shih më poshtë).
<b>Dolutegravir</b> <b>[ Tivicay , DTG]</b>	DTG është një INSTI i fuqishëm dhe përgjithësisht tolerohet mirë, megjithëse mund të shkaktojë shqetësime të gjumit, dhimbje koke dhe të përziera. Çrregullimi i humorit dhe efektet anësore neuropsikiatrike ndodhin në një pakicë përdoruesish. Është gjithashtu bashkë-formuluar me 3TC si Dovato , ABC dhe 3TC si Triumeq dhe rilpivirine si Juluca (shih më poshtë). Agjent i vetëm i dozuar në 50 mg një herë në ditë (50 mg dy herë në ato me rezistencë ndaj INSTI).
<b>Bictegravir [BIC]</b>	BIC nuk disponohet si agjent i pavarur, por vetëm i bashkë-formuluar me Descovy si Biktarvy (shih më poshtë). Ka një profil të ngjashëm të efekteve anësore si DTG.

<b>Agjentë përforcues</b>	<p>Frenuesit e proteazës së HIV zakonisht bashkë-formulohen me një agjent nxitës me dozë të ulët, i cili bllokton citokromin p450 duke rritur nivelin plazmatik të PI të dhënë. Vini re se të gjitha PI-të e fuqizuara rrisin nivelet e lipideve në serum në një shkallë të ndryshme dhe nga shoqërimi mund të rrisin rrezikun kardiovaskular. Ekzistojnë dy agjentë nxitës në dispozicion:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Ritonavir</b> [ Norvir , RTV ]</li> </ul>	<p>Tolerohet mirë, por mund të shkaktojë diarre dhe të vjella. Dozohet, si përforcues, ose si 100 mg një herë në ditë ose 100 mg dy herë (në varësi të PI) dhe përshkruhet si '/r'.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Cobicistat</b> [ Tybost , cob ]</li> </ul>	<p>Cobi nuk është aktiv në mënyrë të pavarur kundër HIV-it dhe ka një profil efektiv anësor që është si RTV. Dozohet në 150 mg një herë në ditë ose dy herë dhe përshkruhet si '/c'.</p>
<b>Atazanavir</b> [ Reyataz , ATZ ]	<p>ATZ zakonisht tolerohet mirë, por në shumicën e njerëzve çon në një hiperbilirubinemi të pakonjuguar klinikisht të parëndësishme. Kjo mund të shfaqet si verdhëz e lëkurës dhe sklerës, e cila mund të shqetësojë pacientin dhe të shqetësojë në mënyrë të panevojshme mjekun jo-HIV. Më seriozisht, por më pak të zakonshme, janë gurët në veshka, gurët e tëmthit dhe llumrat në fshikëzën e tëmthit, të gjitha për shkak të kristaleve të medikamentit. Dozohet në 300 mg një herë në ditë i përforcuar ose me 100 mg RTV një herë në ditë (tableta të veçanta) ose cob (150 mg të bashkë-formuluar, shih më poshtë). ATZ mund të jepet gjithashtu i papërforcuar (më pak i zakonshëm) në 400 mg një herë në ditë .</p>
<b>Darunavir</b> [ Prezista , DRV ]	<p>DRV është një PI i fuqishëm dhe përgjithësisht i toleruar mirë. Është me bazë sulfonamide dhe kështu skuqja mund të jetë problem, veçanërisht nëse dihet alergjia ndaj sulfonamidit, kur është kundërindikuar; shkakton gjithashtu diarre dhe shtim në peshë te disa individë. Dozohet në 800 mg në ditë ose tani rrallë 600 mg dy herë në ditë (përforcuar ose me RTV (100 mg, tabletë të veçantë me secilën dozë) ose me cob (150 mg të bashkë-formuluar, shih më poshtë).</p>
<b>Lopinavir /ritonavir</b> [ Kaletra , LPV/r ]  <b>Fosamprenavir /ritonavir</b> [ Telzir , FPV/r ]  <b>Saquinavir /ritonavir</b> [ Invirase, SQV/r ]  <b>Tipranavir /ritonavir</b> [ Aptivus , TPV/r ]	<p>Këto janë PI më të vjetra që tani përdoren më rrallë. Të gjitha mund të shkaktojnë diarre dhe hiperlipidemi si efektet kryesore anësore të tyre.</p>

## Bashkë-formulim

1

### Skemat në një tabletë të vetme (STR)

Këto përfshijnë regjime të tëra ARV. Efektet anësore janë të parashikueshme duke parë përbërësit individualë të listuar më sipër.

**Atripla** : EFV/TDF/FTC

**Odefsey** : RPV/FTC/TAF

**Eviplera** : RPV/TDF/FTC

**Delstrigo** : DOR /TDF/3TC

**Genvoya** : EVG/c/TAF/FTC

**Simtuza** : DRV/c/TAF/FTC

**Stribild** : EVG/c/TDF/FTC

**Dovato** : DTG/3TC

**Triumeq** : DTG/ABC/3TC

**Juluca** : DTG/RPV

*(vetëm pacientët me ndërrim; jo terapi e linjës së parë)*

**Biktarvy** : BIC/TAF/FTC

2

### Kombinimet me dozë fikse (FDC)

Këto zakonisht jepen me ARV të tjerë. Efektet anësore janë si për komponentët individualë të listuar më sipër. Të gjithë janë të dozuar një herë në ditë përveç Combivir dhe Trizivir të cilat janë dhënë me dy herë por tani përkruhen rrallë.

#### NRTI-të

**Truvada** : TDF/FTC

**Kivexa** : ABC/3TC

**Descovy** : TAF/FTC

**Kombivir** : AZT/3TC

**Trizivir** : AZT/3TC/ABC

#### PI

**Evotaz** : ATZ/c

**Rezolsta** : DRV/c

# Polifarmacia dhe ndërveprimet e barnave

**Polyfarmacia në HIV është një problem i rëndësishëm. Pra, është e rëndësishme që jo vetëm të trajtoni me patjetër çdo simptomë që diagnostikoni por të marrni parasysh edhe problemet që mund të lindin nga ndërveprimet medikament-medikament (DDI).**

Komunikimi i qartë i vazhdueshëm midis të gjithë profesionistëve të kujdesit shëndetësor rreth asaj se çfarë dhe pse u përshkruhet personave që jetojnë me HIV (PJHIV) është shumë i rëndësishëm, pasi ndryshimet mund të ndodhin shpesh dhe kjo rrit rrezikun e ndërveprimeve me ilaçet , që perben një shkak kryesor të sëmundshmërisë dhe shtrimit në spital.

Kontrollet e rregullta me pacientin për të gjitha medikamentet, se për çfarë shërben secili dhe si t'i merren ato, duhet të kryhen nga të gjithë profesionistët e kujdesit shëndetësor , nëse është e mundur në bashkëpunim me një farmacist të HIV-it . Kjo siguron dozimin e saktë, i cili mund të ulë efektet anësore të mundshme dhe të shmangë ndërveprimet e mundshme medikamentoze.

**Burimi më i mirë i informacionit të përditësuar mbi ndërveprimet me barnat e HIV-it është faqja e internetit e Universitetit të Liverpool-it për ndërveprimet me ilaçet HIV, [www.hiv-druginteractions.org](http://www.hiv-druginteractions.org).**

The screenshot displays the HIV Drug Interactions website interface. It features a search bar for HIV Drugs and Co-medications. Under HIV Drugs, Abacavir (ABC) is selected. Under Co-medications, Acarbose is selected. The Drug Interactions section shows 'No Interaction Expected' for the combination of Abacavir (ABC) and Acarbose.

Është i thjeshtë për t'u përdorur, online ose si aplikacion dhe është një mjet i domosdoshëm në monitorimin e terapisë me ilaçe tek PJHIV. Ai përmban informacion të përditësuar vazhdimisht për:

- **Tabelat e ndërveprimeve:** ofron një përmbledhje të ndërveprimeve midis barnave të HIV dhe një listë të gjerë të bashkë-medikamenteve, duke përfshirë suplementet.
- **Tabelat e përzgjedhjes së trajtimit:** të cilat tregojnë ndërveprimet midis antiretroviralëve kryesorë dhe barnave të përdorura për të trajtuar një sërë patologjish të zakonshme (p.sh. kanceret) ose popullata specifike të pacientëve (p.sh. kontracesioni).
- **Fletët e të dhënave:** që përmbajnë informacion mbi farmakokinetikën, metabolizmin dhe disponimin e barnave për HIV.

## Ndërveprime të rëndësishme medikament- medikament të HIV

Ndërkohë që asnjë klasë barnash për HIV nuk është tërësisht pa DDI të rëndësishme, ato më të rëndësishmet ndodhin me disa ilaçe NNRTI dhe barnave të fuqizuara me kobicistat ose ritonavir, p.sh. inhibitoreve të fuqizuar të proteazës dhe elvitegravirit ( Stribild / Genvoya ).

Medikamentet e zakonshme që ndërveprojnë me disa antiretrovirale përfshijnë statina të caktuara, medikamente të përshkruara dhe ilaçe

pa recetë që ulin aciditetin e stomakut, warfarina dhe antikoagulantët direkt oral (DOACs) dhe shumë preparate steroide të tilla si spraj për hundët [Tabela 2]. Është e rëndësishme të kontrollohen ndërveprimet e mundshme përpara se të përshkruhen këta agjentë pasi disa ndërveprime rezultojnë në sëmundshmëri serioze dhe /ose dështim të terapisë për shkak të uljes së niveleve të barit.



Tabela 2 **Ndërveprimet më të zakonshme të mundshme serioze medikament-medikament me ARV**

Droga	Pl të fuqizuar, Stribild, Genvoya	NNRTI-të	Të pa fuqizuar INSTIs
<b>Antiacidet</b>			
PPI-të	<b>Kundërrindikuar me ATZ</b> Asnjë ndërveprim me PI-të e tjerë të rritur	<b>Kundërrindikuar me RPV</b> Asnjë ndërveprim me EFV, NVP, ETR ose DOR	Asnjë ndërveprim
Ranitidine	Përdorni ATZ me 12 orë diferencë Asnjë ndërveprim me PI-të e tjerë	Përdorni RPV me 12 orë diferencë Asnjë ndërveprim me EFV, NVP, ETR ose DOR	Asnjë ndërveprim
<b>Antikolinergjikët</b>			
Oksibutininë	Nivelet rriten	Nivelet ulen me EFV, NVP dhe ETR Asnjë ndërveprim me RPV ose DOR	Asnjë ndërveprim
Solifenacina	Nivelet e rritura Doza maksimale 5mg një herë në ditë	Nivelet ulen me EFV dhe NVP; rriten me ETR Asnjë ndërveprim me RPV ose DOR	Asnjë ndërveprim
Tolterodina	Nivelet rriten	Nivelet ulen me EFV, NVP dhe ETR ; kujdes me RPV pasi të dyja zgjasin intervalin QTc Asnjë ndërveprim me DOR	Asnjë ndërveprim

## CELËSI

**E kuqe - ndërveprim serioz - përdorimi i kundërrindikuar**

Portokalli - nivelet e barit të ndikuara, mund të kërkohen ndryshime në dozë

E gjelbër - nuk ka ndërveprim klinikihtë të rëndësishëm

**ATZ:** atazanavir  
**DOR:** doravirine  
**RAL:** raltegravir

**BIC:** bictegravir  
**EFV:** efavirenz  
**RPV:** rilpivirina

**COBI:** cobicistat  
**ETR:** etravirine  
**RTV:** ritonavir

**DTG:** dolutegravir  
**NVP:** nevirapine

Droga	PI të fuqizuar, Stribild, Genvoya	NNRTI-të	Të pa fuqizuar INSTIs
<b>Antikoagulantët/DOAC</b>			
Warfarin	Nivelet mund rriten ose ulen; monitoroni INR	Nivelet mund të rriten ose uler me EFV, NVP dhe ETR; monitoroni INR Asnjë ndërveprim me RPV ose DOR	Asnjë ndërveprim
Heparina me peshë të ulët molekulare	Asnjë ndërveprim	Asnjë ndërveprim	Asnjë ndërveprim
Edoksaban	Nivelet rriten	Asnjë ndërveprim	Asnjë ndërveprim
Rivaroxaban	<b>Kundërrindikuar</b>	Nivelet ulen me EFV, NVP dhe ETR Asnjë ndërveprim me RPV ose DOR	Asnjë ndërveprim
Apixaban	<b>Kundërrindikuar</b>	Nivele ulen me EFV, NVP dhe ETR Asnjë ndërveprim me RPV ose DOR	Asnjë ndërveprim
Dabigatran	<b>Kundërrindikuar me COBI</b> Mund të përdoret me RTV 100 mg	Nivelet rriten me ETR dhe RPV Asnjë ndërveprim me EFV , NVP ose DOR	Asnjë ndërveprim
<b>Agjentë kundër të përzierave</b>			
Metoklopramid dhe ciklizin	Asnjë ndërveprim	Asnjë ndërveprim	Asnjë ndërveprim
Ondansetron	Asnjë ndërveprim	Asnjë ndërveprim me EFV, NVP dhe ETR Kujdes me RPV pasi të dyja zgjasin intervalin QTc Asnjë ndërveprim me DOR	Asnjë ndërveprim
Domperidone* <i>*Domperidoni nuk rekomandohet te pacientët me rrezik të lartë kardiovaskular</i>	<b>Kundërrindikuar</b>	Nivelet ulen me EFV, NVP dhe ETR ; kujdes me RPV pasi të dyja zgjasin intervalin QTc Asnjë ndërveprim me DOR	Asnjë ndërveprim

Tabela 2 Ndërveprimet më të zakonshme të mundshme serioze medikament-medikament me ARV

Droga	PI të fuqizuar, Stribild, Genvoya	NNRTI-të	Të pa fuqizuar INSTIs
<b>Anti-trombocitet</b>			
Klopidogreli	<b>Kundërrindikuar</b>	<b>Kundërrindikuar me EFV, NVP dhe ETR</b> Asnjë ndërveprim me RPV ose DOR	Asnjë ndërveprim
Ticagrelor	<b>Kundërrindikuar</b>	Zvogëlimi i ekspozimit me EFV, NVP dhe ETR Asnjë ndërveprim me RPV ose DOR	Asnjë ndërveprim
Prasugrel	Asnjë ndërveprim	Asnjë ndërveprim	Asnjë ndërveprim
<b>Kortikosteroidet</b>			
Prednizoloni dhe metilprednizoloni	Nivelet rriten	Nivelet u ulën me EFV, NVP dhe ETR Asnjë ndërveprim me RPV ose DOR	Asnjë ndërveprim
Fluticasone, triamcinolone dhe mometasone	<b>Kundërrindikuar</b>	Nivelet ulen me EFV, NVP dhe ETR Asnjë ndërveprim me RPV ose DOR	Asnjë ndërveprim
Dexamethasone	Nivelet rriten	<b>Kundërrindikuar me RPV</b> Nivelet u ulën me EFV, NVP , ETR dhe DOR	Asnjë ndërveprim
<b>Ilaçet e diabetit</b>			
Metformina	Asnjë ndërveprim	Asnjë ndërveprim	Nivelet rriten me DTG dhe BIC Asnjë ndërveprim me RAL
Gliclazidi	Nivelet ulen me RTV Asnjë ndërveprim me COBI	Nivelet rriten me EFV dhe ETR Asnjë ndërveprim me NVP , RPV ose DOR	Asnjë ndërveprim
Sitagliptin	Asnjë ndërveprim	Nivelet ulen me EFV, NVP dhe ETR Asnjë ndërveprim me RPV ose DOR	Asnjë ndërveprim

Tabela 2 Ndërveprimet më të zakonshme të mundshme serioze medikament-medikament me ARV



<i>Droga</i>	<i>PI të fuqizuar, Stribild, Genvoya</i>	<i>NNRTI-të</i>	<i>Të pa fuqizuar INSTIs</i>
<b>Antagonistët e dopaminës</b>			
<b>Haloperidol</b>	Nivelet rriten	Nivelet ulen me EFV, NVP dhe ETR ; kujdes me RPV pasi të dyja zgjasin intervalin QTc Asnjë ndërveprim me DOR	Asnjë ndërveprim
<b>Olanzapina</b>	Nivelet ulen me RTV Asnjë ndërveprim me COBI	Nivelet ulen me EFV Asnjë ndërveprim me NVP, ETR , RPV ose DOR	Asnjë ndërveprim
<b>Kuetiapina</b>	<b>Kundëriindikuar</b>	Nivelet ulen me EFV, NVP dhe ETR ; kujdes me RPV pasi të dyja zgjasin intervalin QTc Asnjë ndërveprim me DOR	Asnjë ndërveprim
<b>Risperidoni</b>	Nivelet rriten	Nivelet uln me EFV, NVP dhe ETR Asnjë ndërveprim me RPV ose DOR	Asnjë ndërveprim
<b>Disfunzioni erektil (ED)</b>			
<b>Sildenafil</b>	<b>Kundëriindikuar për hipertensionin pulmonar</b> ED - doza maksimale 25 mg çdo 48 orë	Nivelet ulen me EFV, NVP dhe ETR Asnjë ndërveprim me RPV ose DOR	Asnjë ndërveprim
<b>Tadalafil</b>	ED - doza maksimale 10 mg çdo 72 orë	Nivelet ulen me EFV, NVP dhe ETR Asnjë ndërveprim me RPV ose DOR	Asnjë ndërveprim
<b>Vardenafil</b>	<b>Kundëriindikuar</b>	Nivelet ulen me EFV, NVP dhe ETR Asnjë ndërveprim me RPV ose DOR	Asnjë ndërveprim
<b>Suplemente Minerale</b>			
<b>Hekur, kalcium, zink, magnez, alumin dhe selen</b>	Asnjë ndërveprim	Asnjë ndërveprim	administrimi i vecantë për të paktën 6 orë

Tabela 2 Ndërveprimet më të zakonshme të mundshme serioze medikament-medikament me ARV

<i>Droga</i>	<i>PI të fuqizuar, Stribild, Genvoya</i>	<i>NNRTI-të</i>	<i>Të pa fuqizuar INSTIs</i>
<b>NSAIDs</b>			
<b>Ibuprofeni</b>	Asnjë ndërveprim	<b>Nivelet rriten me EFV dhe ETR</b> Asnjë ndërveprim me NVP , RPV ose DOR	Asnjë ndërveprim
<b>Diklofenak*</b> <i>*Diklofenaku nuk rekomandohet te pacientët me rrezik të lartë kardio-vaskular</i>	Asnjë ndërveprim	<b>Nivelet rriten me EFV dhe ETR</b> Asnjë ndërveprim me NVP , RPV ose DOR	Asnjë ndërveprim
<b>Naproskeni</b>	Asnjë ndërveprim	<b>Nivelet rriten me EFV dhe ETR</b> Asnjë ndërveprim me NVP , RPV ose DOR	Asnjë ndërveprim
<b>Opiatet</b>			
<b>Morfina</b>	<b>Nivelet rriten, monitoroni për toksicitet nga opiatet</b>	<b>Nivelet rriten me EFV dhe ETR, monitorim për toksicitet nga opiatet</b> Asnjë ndërveprim me NVP , RPV ose DOR	Asnjë ndërveprim
<b>Kodeina dhe dihidrokodeina</b>	Asnjë ndërveprim	Asnjë ndërveprim	Asnjë ndërveprim
<b>Tramadol</b>	<b>Nivelet rriten</b>	<b>Nivelet ulen me EFV dhe NVP</b> Asnjë ndërveprim me ETR , RPV ose DOR	Asnjë ndërveprim
<b>Oksikodoni</b>	<b>Nivelet rriten</b>	<b>Nivelet u ulën me EFV, NVP dhe ETR</b> Asnjë ndërveprim me RPV ose DOR	Asnjë ndërveprim

Tabela 2 **Ndërveprimet më të zakonshme të mundshme serioze medikament-medikament me ARV**

<i>Droga</i>	<i>PI të fuqizuar, Stribild, Genvoya</i>	<i>NNRTI-të</i>	<i>Të pa fuqizuar INSTIs</i>
<b>Qetësues</b>			
<b>Diazepam dhe benzodiazepina të tjera</b>	<b>Nivelet rriten</b>	<b>Nivelet ulen me EFV dhe NVP; ekspozim i rritur me ETR Asnjë ndërveprim me RPV ose DOR</b>	<b>Asnjë ndërveprim</b>
<b>Temazepam</b>	<b>Asnjë ndërveprim</b>	<b>Asnjë ndërveprim</b>	<b>Asnjë ndërveprim</b>
<b>Zopiklon</b>	<b>Nivelet rriten</b>	<b>Nivelet ulen me EFV, NVP dhe ETR Asnjë ndërveprim me RPV ose DOR</b>	<b>Asnjë ndërveprim</b>
<b>Statinat</b>			
<b>Simvastatin</b>	<b>Kundërrindikuar</b>	<b>Kundërrindikuar me EFV, NVP, ETR, dhe RPV Asnjë ndërveprim me DOR</b>	<b>Asnjë ndërveprim</b>
<b>Rosuvastatin</b>	<b>Nivelet e rritura Doza maksimale 10mg od</b>	<b>Asnjë ndërveprim</b>	<b>Asnjë ndërveprim</b>
<b>Atorvastatin</b>	<b>Nivelet e rritura Doza maksimale 20mg od</b>	<b>Nivelet ulen me EFV, NVP dhe ETR Asnjë ndërveprim me RPV ose DOR</b>	<b>Asnjë ndërveprim</b>

Tabela 2 Ndërveprimet më të zakonshme të mundshme serioze medikament-medikament me ARV

## MOHIM PËRGJEGJËSIE

Vini re se tabela e mësipërme nuk përfshin të gjitha ndërveprimet medikamentoze.

Informacione të mëtejshme janë në dispozicion në faqet e mëposhtme të internetit:

- [www.hiv-druginteractions.org](http://www.hiv-druginteractions.org)
- [www.eacsociety.org/guidelines/eacs-guidelines/eacs-guidelines.html](http://www.eacsociety.org/guidelines/eacs-guidelines/eacs-guidelines.html)

Për shkak të ndryshimit të shpejtë të natyrës së informacionit në lidhje me trajtimin dhe terapitë e HIV-it, lexuesit këshillohen që të rishikojnë informacionin që përmban ky botim me faqet e mësipërme të internetit përpara se ta aplikojnë atë në kujdesin ndaj pacientit. Nëse keni nevojë për informacione të mëtejshme për ndërveprimet medikamentoze, ju lutemi kërkoni ndihmë nga një farmacist lokal specialist për HIV.

# Testet e monitorimit të HIV

**Të gjithë pacientët me HIV duhet t'i nënshtrohen testeve të rregullta për të monitoruar gjendjen e tyre HIV dhe për të vlerësuar dështimin e trajtimit, toksicitetet e barnave dhe sëmundjet e mundshme shoqëruese. Gama dhe frekuenca e testeve mund të ndryshojnë sipas udhëzimeve lokale:**

## Teste gjashtë mujore

- Ngarkesa virale e HIV
- Kontrolli i gjakut komplet
- Enzimata hepatike dhe funksioni i veshkave
- Sifilizi dhe infeksionet e tjera seksualisht të transmetueshme (IST)
- Testet që lidhen me kushte të tjera që kërkojnë trajtim të vazhdueshëm
- Raporti proteine/ kreatininë i urinës ( uPCR ) nëse merrni tenofovir disoproksil (TDF)

## Testet vjetore

- Numri i CD4
- Nivelet e lipideve në serum
- Statusi i hepatitit B dhe C (ky i fundit vetëm tek ata në rrezik)
- Ekzaminimi i kancerit të qafës së mitrës dhe anal tek gratë
- Ekzaminimi i kancerit anal te meshkujt që bëjnë seks me meshkuj (MSM)

Teste të tjera dhe programet e skrinitimit duhet të jenë si për popullatën e përgjithshme.

# Sëmundjet e zakonshme bashkëshoqëruese në HIV

## GOJA, LËKURA DHE FLOKËT

Infeksioni HIV mund të shkaktojë sëmundje orale, veçanërisht kur numri i CD4 është <500. Këto përfshijnë, kandidoza orale (thrush) dhe keiliti angular që reagon ndaj kremit të klotrimazolit/hidrokortizonit, leukoplakia me qime e cila mund të trajtohet me aciklovir 800 mg 3 herë në ditë për 3 javë dhe ulçera në gojë. Gingiviti, atrofia e mishrave të dhëmbëve dhe reduktimi i pështymës hasen zakonisht në HIV. Të gjitha procedurat dentare, duke përfshirë zëvendësimin e dhëmbëve, janë të sigurta për t'u kryer te njerëzit me infektion HIV. Megjithatë, nëse kërkohet një anestezi e përgjithshme, është e rëndësishme që dentisti të jetë i vetëdijshëm për TAR, pasi ekzistojnë disa ndërveprime të rëndësishme.

Problematikat e lëkurës të lidhura me HIV, të tilla si folikuliti, ekzema seborrhoeike, psoriasis dhe infeksionet bakteriale të lëkurës priren të përmirësohen sapo të rritet numri i CD4 me terapinë antiretrovirale, por mund

të kërkojnë dhe trajtime standarde. Herpes zoster është i zakonshëm në të gjitha fazat e sëmundjes HIV dhe duhet të trajtohet në mënyrë agresive. Disa infeksione virale, të tilla si lythar dhe molluscum contagiosum, mund të përkeqësohen me fitimin e imunitetit. Shumë barna antiretrovirale (ARV) mund të rezultojnë në raste alergjike nga ilaçet dhe herë pas here në sindromën Stevens Johnson [Tabela 1]. Kanceret e lëkurës ndodhin më shpesh në HIV dhe trajtohen si për popullatën e përgjithshme.

Patologjitë e këmbëve të lidhura me HIV përfshijnë neuropatinë periferike, infeksionet mykotike dhe verruket, të cilat mund të jenë mjaft rezistente ndaj trajtimit.

Alopecia shfaqet me humbje të pjesshme ose totale të flokëve dhe si në formë pllakash në rastin e sifilizit, një infektion i zakonshëm seksualisht i transmetueshëm në MSM me HIV.

## ZEMRA DHE ENËT E GJAKUT

Sëmundjet kardiovaskulare në HIV mund të shfaqen në një moshë më të hershme sesa te individët jo të infektuar me HIV. Është e rëndësishme të trajtohen faktorët e rrezikut të modifikueshëm, veçanërisht hipertensioni dhe pirja e duhanit, të cilët janë më të zakonshëm tek ata me HIV. Mjetet e vlerësimit të rrezikut kardiovaskular si Q-risk 3 dhe Framingham mund të nënvlerësojnë rrezikun te pacientët me HIV, por janë ende të vlefshme.

Duhet treguar shumë kujdes për të zgjedhur statinat ose agjentët

antitrombocitozë që nuk ndërveprojnë me TAR [Tabela 2], pasi këto janë disa nga ndërveprimet më të zakonshme serioze medikamentoze që shihen tek individët e trajtuar me HIV.

Hipertensioni është i lidhur me infeksionin HIV, veçanërisht nëse ngarkesa virale është e lartë, personi është me origjinë afrikane dhe/ose ka diabet. Si hipertensioni ashtu edhe diabeti trajtohen si për popullatën e përgjithshme duke iu referuar ndërveprimeve të mundshme medikamentoze [Tabela 2].

## MUSHKËRITË

Trajtimi i HIV-it ka çuar në një reduktim mbresëlënës të infeksioneve të rënda ose fatale të mushkërive, si pneumonia nga Pneumocystis Carini (PCP), kështu që tani shumica e infeksioneve pulmonare në PJHIV janë të fituara në komunitet. Individëve me numër të qelizave CD4 <200 zakonisht do t'u jepet profilaksi orale me kotrimoksazol ose pentamidine inhaluese kundër PCP.

PJHIV kanë shkallë të lartë të sëmundjes kronike obstruktive të rrugëve të frymëmarrjes (COPD). Faktorë, të tillë si predispozicioni ndaj infeksioneve të përsëritura pulmonare dhe normat më të larta të pirjes së duhanit tek individët e infektuar me HIV luajnë një rol, siç luan edhe aktivizimi imunitar i lidhur me HIV. Ndërveprime të rënda dhe të shmangshme medikamentesh mund të ndodhin midis disa ARV-ve dhe disa inhalatorëve steroide [Tabela 2].

Influenza (gripi) duket se shkakton sëmundje më të rënda te njerëzit me

HIV, veçanërisht tek ata me numër të ulët të CD4 dhe vaksinimi i gripit në HIV parandalon më shumë vdekje dhe sëmundje se në çdo grup tjetër. Vaksina e inaktivizuar e gripit jepet me injeksion për pacientët me HIV, pavarësisht nga numri i CD4 ose moshë, por nuk duhet të përdoret vaksina me spraj nazal me virus të gjallë të dobësuar.

Infeksionet pneumokoksike janë më të zakonshme në pacientët me HIV sesa në popullatën e përgjithshme, veçanërisht tek ata me numër të ulët të CD4 edhe pse me TAR. Vaksinimi kundër pneumokokut rekomandohet për të gjithë njerëzit me HIV, pavarësisht nga moshë; funksionon më mirë te njerëzit me numër CD4 >200. Politikat aktuale te vaksinimit të BHIVA mund të gjendet në [www.bhiva.org/vaccination-guidelines](http://www.bhiva.org/vaccination-guidelines).

Infeksioni HIV rrit gjasat e zhvillimit të sëmundjes së tuberkulozit (TB) dhe rreziku për t'u sëmurë është më i madh tek ata me numër shumë të ulët të

CD4. TAR ul ndjeshëm rrezikun e TB-së aktive, por mbetet e rëndësishme të ekzaminohen njerëzit nga vendet endemike të TB-së dhe ata me numër të ulët CD4. Trajtimi është si për popullatën e përgjithshme, por kujdesi është i rëndësishëm në lidhje me ndërveprimet medikamentoze me disa ARV [Tabela 2].

Kanceri i mushkërive është 2-3 herë më i zakonshëm tek njerëzit që jetojnë

me HIV dhe normat rriten me moshën. Duke qenë se pirja e duhanit është e lidhur fort, është e paqartë nëse ky rrezik i rritur është për shkak të vetë HIV-it apo shkallëve më të larta të pirjes së duhanit. Masat ose hijet patologjike të mushkërive në PJHIV mund të shkaktohen nga patologji të tjera përveç kancerit të mushkërive dhe duhet të hetohen menjëherë.

## VESHKAT

Sëmundja e veshkave në HIV është si ajo që haset në popullatën e përgjithshme, me disa përjashtime. HIV i patrajtuar mund të shfaqet, veçanërisht në ato të trashëgimisë afrikane, me nefropati të lidhur me HIV (HIVAN) e cila duhet të trajtohet duke filluar terapinë e HIV-it. Disa ARV shkaktojnë gurë në veshka,

të përbërë nga kristale medikamentoze dhe të tjerë tubulopati proksimale dhe ndonjëherë sindromën Fanconi [Tabela 1].

Kushdo me HIV dhe sëmundje serioze të veshkave duhet të konsultohet me një nefrolog. HIV, kur trajtohet, nuk është pengesë për transplantim.

## KOCKAT DHE KYÇET

HIV mund të shoqërohet me osteopeni dhe osteoporozë, me fraktura që ndodhin në një moshë më të hershme se zakonisht. Arsyeja për këtë është e paqartë, por sa më shumë kohë të ketë një person i infektuar aq më i madh është rreziku. Gratë me HIV mund të kenë menopauzë të hershme, duke rritur rrezikun e tyre për osteoporozë, dhe burrat me hipogonadizëm, që zakonisht shihet në infeksionin HIV, janë gjithashtu në risk të rritur të humbjes kockore. Vlera e rezultateve të FRAX dhe sa shpesh duhet të kryhen skanimet DEXA tek ata me HIV është e paqartë, megjithëse udhëzimet nga studimet e popullsisë së pa infektuar me HIV sugjerojnë se duhet të bazohet në ashpërsinë e osteoporozës kur matet për herë të parë. Trajtimi është si për popullatën e përgjithshme.

Kërkimet kanë treguar se pothuajse një e treta e pacientëve me HIV pozitiv kanë mungesë të vitaminës D, e shoqëruar me numër të ulët të qelizave CD4, si dhe ekspozim të dobët ndaj dritës së diellit dhe/ose lëkurë më të errët. Disa antiretrovirale janë të implikuar në këtë mangësi [Tabela 1]. Këshillohet terapi zëvendësuese.

Problemet e kyçeve të infeksionit HIV janë të zakonshme dhe lidhen me inflamacionin dhe infeksionin. Diagnoza dhe trajtimi është si për popullatën e përgjithshme. Megjithatë, është e rëndësishme që ndërveprimet e mundshme të barnave me ARV-të të merren parasysh kur jepen steroidë, qoftë orale, intraokularë apo të injektuar [Tabela 2].

## ÇRREGULLIMET E GJAKUT DHE KANCERET

Anemia dhe trombocitopenia janë të zakonshme në HIV dhe mund të jenë të lidhura me ko-trimoxazolin që përdoret për trajtimin ose parandalimin e PCP.

HIV ul sistemin imunitar, duke e bërë atë më pak të aftë për të monitoruar dhe vrarë qelizat kancerogjene, për rrjedhojë, rreziku i zhvillimit të shumë llojeve të kancerave rritet dhe ato ndodhin shpesh në një moshë më të hershme. Në të kaluarën, njerëzit me infektion HIV dhe një sistem imunitar shumë të dëmtuar zakonisht kishin tre lloje kanceri: sarkoma e Kaposit (KS), limfoma jo-Hodgkin dhe kanceri invaziv i qafës së mitrës tek gratë. Këta quhen kancere të lidhura me AIDS-in dhe të gjitha janë të ndërmjetësuar nga virusi. KS shpesh nuk diagnostikohet ose diagnostikohet gabim, shikoni imazhet në [www.hiv.va.gov/provider/image-library/ks-hhv-8.asp](http://www.hiv.va.gov/provider/image-library/ks-hhv-8.asp).

Disa kancere që nuk përkufizojnë AIDS-in duken më të zakonshme në

HIV, megjithëse kjo mund të lidhet me shkallën më të lartë të pirjes së duhanit dhe bashkë-infeksionit me herpesin onkogenik ose viruset e hepatitit. Ato përfshijnë: kancerin e mushkërive; Limfoma Hodgkin; kanceri anal, si te meshkujt ashtu edhe te femrat dhe kanceri i mëlçisë (karcinoma hepatocelulare) veçanërisht tek ata të bashkëinfektuar me hepatitin B dhe hepatitin C. Kanceri i veshkave dhe i lëkurës, si dhe leucemia dhe kanceri i kokës dhe qafës, janë dy herë më të shpeshta tek ata me Infeksionin HIV.

PJHIV duhet të ndjekin programet e skrinimit të kancerit në Mbretërinë e Bashkuar përmes mjekut të përgjithshëm dhe, nëse është e mundur, të aksesojë shërbimet e shqyrtimit të neoplazisë intraepiteliale anale (AIN) përmes klinikës së tyre HIV.



## SËMUNDJET E MËLÇISË DHE HEPATITI VIRAL

Sëmundja e mëlçisë shihet shpesh tek pacientët që jetojnë me HIV. Infeksionet kronike virale me hepatitin B dhe C janë shkaqet më të zakonshme, por medikamentet (ARV-të dhe jo-ARV-të, duke përfshirë ilaçet pa recetë dhe ato bimore), keqpërdorimi i alkoolit, përdorimi i ilaçeve rekreative dhe sëmundja e dhjamosjes së mëlçisë jo-alkoolike e lidhur me obezitetin po njihen gjithnjë e më shumë si shkaktarë të rëndësishëm të sëmundshmërisë së mëlçisë. Disa infeksione oportuniste (p.sh. infeksionet mykobakteriale, leishmanioza viscerale dhe CMV e diseminuar) dhe trajtimi i tyre mund të shkaktojnë gjithashtu sëmundje të mëlçisë.

Çdo rritje e enzimave të mëlçisë duhet të kërkojë hetim të shpejtë, në bashkëpunim me ekipin lokal të hepatologjisë, për të përcaktuar shkakun dhe për të përcaktuar shkallën e inflamacionit dhe fibrozës së mëlçisë. Në shumicën e rasteve kjo mund të arrihet me një test joinvaziv (elastografi hepatiche, APRI, FIB-4), por herë pas here mund të kërkohet një biopsi e

mëlçisë. Në rastin e dëmtimit të mëlçisë të shkaktuar nga medikamentet, ilaçet përgjegjëse duhet të ndërpriten.

- **Hepatiti A (HAV)** është i zakonshëm në MSM të infektuar me HIV, nëse antitrupat nuk janë të pranishëm, atëherë vaksinimi për të parandaluar infeksionin e ardhshëm është i rëndësishëm.
- Individet me **hepatit B (HBV)** duhet të ndiqen së bashku me një hepatolog, nëse është e mundur. Të gjithë pacientët me HBV duhet të testohen për HIV pasi disa antivirale të përdorura për HBV gjithashtu kanë aktivitet anti-HIV dhe vetëm përdorimi i tyre mund të rezultojë në supresion jo optimal të HIV-it [Tabela 1]. Vaksinimi kundër HBV duhet të bëhet për ata që nuk kanë imunitet.
- **Hepatiti C (HCV)** : nëse ka antitrupe, duhet të kryhet një ngarkesë virale e RNA HCV dhe nëse zbulohet, individi i referohet për trajtim kurativ një hepatologu me ekspertizë HIV.

## HORMONET DHE LIPODISTROFIA

Çrregullimet e tiroides nuk duket të jenë dukshëm më të shpeshta në HIV, megjithëse hipotiroidizmi është shoqëruar me disa ARV [Tabela 1].

Gratë me infeksion HIV mund të përjetojnë çrregullime në ciklet e tyre dhe janë në rrezik për një menopauzë të hershme (nën 45 vjeç). Ka kërkime të kufizuara në përdorimin e terapisë së zëvendësimit të hormoneve (HRT) në gratë HIV-pozitive dhe format e përdorura zakonisht mund të ndërveprojnë me ARV; shih informacionin në [liverpool-hiv-hep.s3.amazonaws.com/prescribing\\_resources/pdfs/000/000/028/original/TS\\_HRT\\_2019\\_Oct.pdf?1571043505](https://www.liverpool-hiv-hep.s3.amazonaws.com/prescribing_resources/pdfs/000/000/028/original/TS_HRT_2019_Oct.pdf?1571043505).

Ato gra që vazhdojnë të jenë seksualisht aktive, gjatë dhe përtej menopauzës, duhet të inkurajohen të praktikojnë seks më të sigurt dhe të kontrollohen për infeksionet seksualisht të transmetueshme. Të gjitha gratë duhet të vazhdojnë të kenë kontroll të rregullt të qafës së mitrës deri në moshën 65 vjeçare dhe të jenë të kujdesshme në kontrollin për gjirin në të gjitha moshat. HIV dhe disa ARV mund të shkaktojnë ndryshime në gjoks, duke i bërë ato më të mëdha dhe më të grumbulluara; këto gunga janë zakonisht ciste beninje të indit të gjirit.

Tek burrat e infektuar me HIV, mungesa e testosteronit ndodh shpesh në moshë të hershme dhe është më e zakonshme në një numër të ulët CD4, ose tek ata që kanë marrë steroid androgjenik (suplemente testosteroni); terapia zëvendësuese funksionon në shumicën

e rasteve. Gjinekomastia e dhimbshme mund të ndodhë te meshkujt me HIV, e shkaktuar nga disa ARV [Tabela 1], përdorimi rekreativ i steroideve anabolike ose disekuilibri i hormoneve. Duhet të bëhet një ekografi dhe të referohet tek një endokrinolog.

Frekuenca dhe interesi për seksin ulet me moshën në shkallë të ndryshme në PJHIV të ndryshëm; konkretisht, tek femrat mund të ndodhë papritur me fillimin e menopauzës. Tek meshkujt, disfunzioni erektil (ED), mund të shfaqen probleme me ejakulacionin dhe paaftësinë për të arritur orgazmën, si me plakjen ashtu edhe me infeksionin HIV, dhe lidhet me disa medikamente të HIV-it, veçanërisht frenuesit e proteazës, disa antidepressivë dhe ilaçe antihipertensive.

Përveç ndryshimeve të formës së trupit të lidhura me moshën, lipodistrofia e lidhur me HIV paraqitet si lipoatrofi (humbje dhjamore) ose lipohipertrofi (fitim dhjami), ndonjëherë që shihen së bashku në të njëjtin individ; shikoni imazhet në [www.hiv.va.gov/provider/image-library/lipodystrophy.asp](http://www.hiv.va.gov/provider/image-library/lipodystrophy.asp). Faktorët që mendohet se kontribuojnë janë: disa ARV (përfshirë disa që nuk përdoren më), numri i CD4, dieta e dobët, historia familjare dhe pirja e duhanit. Lipoatrofia e fytyrës e dhjamit të faqeve dhe zonës së tëmthave tani shihet, nga disa, si një shenjë dalluese e infeksionit HIV dhe mund të çojë në stigmë dhe humbje të vetëbesimit. Lipoatrofia e lidhur me HIV mund të imitojë humbjen e yndyrës që ndodh me plakjen në krahë, këmbë, këmbë dhe të ndenjura.

Lipohipertrofia është akumulimi i yndyrës që ndodh brenda trupit rreth organeve të brendshme dhe, më qartë, në gjoks dhe rreth belit të burrave dhe grave. Mund të jetë e vështirë të dallosh lipohipertrofinë nga shtimi i thjeshtë në peshë dhe nuk ka asnjë test të vetëm për ta përcaktuar këtë. Fillimi i TAR çon në një 'kthim në shëndet' dhe kjo shpesh rezulton në shtim në peshë, jo gjithmonë në vendet e duhura. Dëshmitë se cilat ilaçe janë më të mira ose më të këqija për lipodistrofinë po

shfaqen vazhdimisht me të dhëna të reja të publikuara.

Trajtimet kozmetike (mbushësit e lëkurës) për lipoatrofinë e fytyrës në HIV mund të përdoren me sukses për të reduktuar shenjat e dukshme të humbjes së yndyrës së fytyrës. Lipoatrofia që përfshin të pasmet mund t'i bëjë disa pozicione të qëndrimit ulur të pakëndshme dhe gjumi apo dushi mund të jenë të vështira. Lipoatrofia e tepërt tek gratë mund të kërkojë zvogëlimin e gjoksit.

---

## NERVAT DHE TRURI

Vetë HIV mund të prekë si sistemin nervor qendror ashtu edhe atë periferik, ndërsa infeksionet oportuniste si toksoplazmoza cerebrale, encefaliti nga CMV, meningiti kriptokoksik ose tuberkular dhe limfoma primare e trurit janë shpesh prezantimi fillestar i sëmundjes HIV. Ashpërsia e sëmundjes së trurit është më e keqe dhe mund të jetë fatale në HIV të patrajtuar dhe në ata me numër të ulët të qelizave CD4.

Që nga fillimi i TAR-së, prevalenca e demencës HIV ka rënë. Megjithatë, disa çrregullime neurokonjutive mbeten tek ata, HIV-i i të cilëve nuk është i kontrolluar mirë ose që kanë sëmundje të mëparshme të trurit.

Neuropatia periferike, e zakonshme në PJHIV, mund të shkaktohet drejtpërdrejt nga disa ARV [Tabela 1], medikamente të tjera, mungesa të vitaminave, diabeti dhe alkooli i tepërt.

---

## SYTË

Pasi sistemi imunitar të jetë rikuperuar me TAR, nuk ka kushte specifike okulare që duket se lidhen me vetë HIV-in. Zverdhja e sklerës dhe/ose e lëkurës mund të shkaktohet nga atazanavir dhe Evotaz për shkak të hiperbilirubinemisë

së pakonjuguar, e cila nuk ka asnjë pasojë, megjithëse duhet të merren parasysh arsye të tjera për verdhëzën. Monitorimi dhe trajtimi i patologjive të syrit duhet të jetë si për popullatën e përgjithshme.

SEKSIONI I TRETË

# Mos e humbisni HIV-in si një diagnozë të re

# Nevoja për të diagnostikuar HIV në mënyrë efektive

**Testimi i HIV-it është i thjeshtë dhe thelbësor për të arritur qasje në parandalimin, trajtimin, kujdesin dhe mbështetjen e HIV. Është thelbësore që të ekzistojnë rrugët klinike për të përmirësuar testimin e HIV-it dhe që të gjithë profesionistët e kujdesit shëndetësor të dinë se kur është e mundur një diagnozë e HIV-it dhe më pas të ofrojnë testimin.**

Në Evropë vlerësohet se një e treta e HIV-it nuk është diagnostikuar dhe rreth 50% e individëve HIV-pozitiv të sapodiagnostikuar i nënshtrohen kujdesit me vonesë (dmth. me një numër CD4 <350 qeliza/uL), duke rezultuar shpesh në sëmundje të rënda klinike të shmangshme dhe rritje të rrezikut të vdekjes.

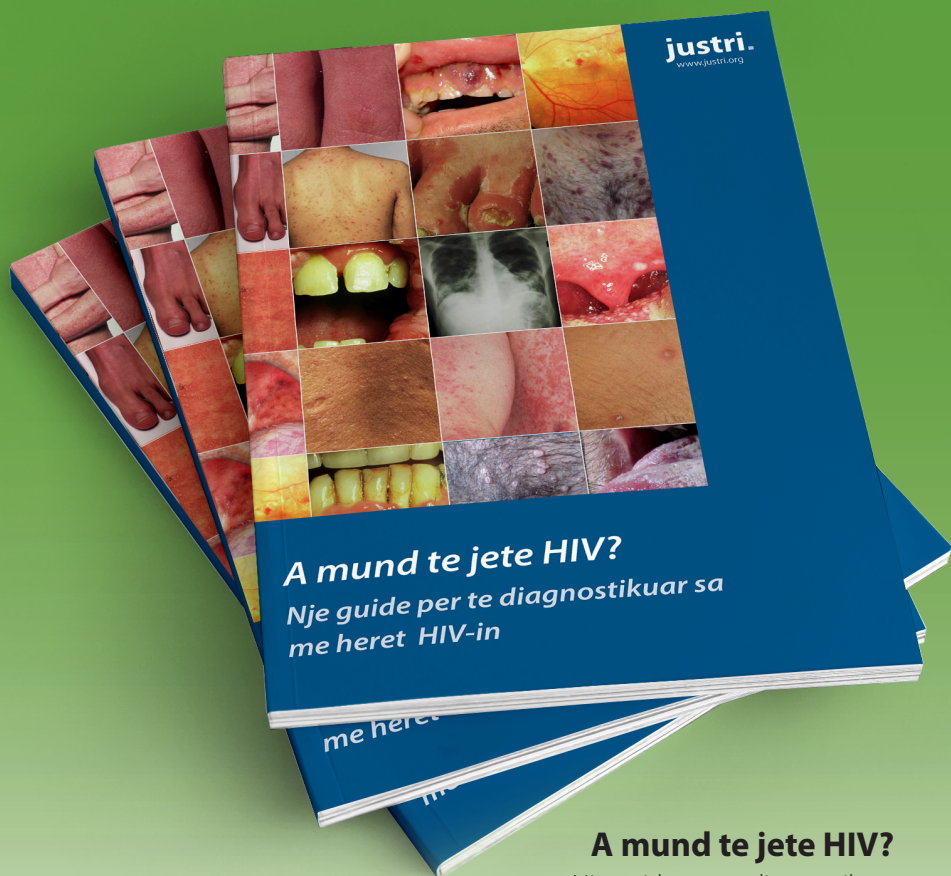
Ky seksion është për përdorim praktik nga mjekët dhe infermierët, duke u ofruar kujdes individëve që mund të kenë infeksion HIV të padiagnostikuar, duke përfshirë mjekët e përgjithshëm (MP), stafin në repartet Pranimi dhe Urgjencës dhe personelin e përgjithshëm mjekësor dhe infermieror në specialitete jo-HIV. Ai siguron bazën për diagnostikimin e HIV-it në një gamë të gjerë mjedisesh, kështu që jo të gjitha aspektet do të jenë të rëndësishme për praktikën tuaj të veçantë.

Pavarësisht nga rruga e marrjes së HIV-it, përdorimi i pakët i testeve rezulton në diagnozë të vonuar dhe rrezikun e patologjive të rënda, ndoshta të pakthyeshme dhe vdekjeve të cilat

mund të ishin shmangur. Diagnoza e hershme zvogëlon transmetimin e mëtejshëm dhe përmirëson rezultatet shëndetësore, duke ulur kështu sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë nga sëmundjet e lidhura me HIV.

Barrierat në testim përfshijnë perceptimin e ulët e të qenurit në risk, vështirësinë në zbulimin e riskut nga frika e stigmës ose diskriminimit dhe dështimin e profesionistëve të kujdesit shëndetësor për të ofruar testimin e HIV-it si pjesë e kujdesit rutinë, ose për të vlerësuar ose kuptuar faktorët e riskut ose paraqitjet klinike të rasteve të dyshuara për HIV-it.

Një pjesë e konsiderueshme e personave që janë diagnostikuar me HIV shpesh janë paraqitur në mjediset e kujdesit shëndetësor, të tilla si repartet e pranimi dhe urgjencës ose tek mjeku i përgjithshëm, shumë herë me simptoma dhe shenja që sugjerojnë për infeksionin HIV. Pikërisht ky grup është fokusi veçanërisht në këtë seksion për të përmirësuar kujdesin e tyre mjekësor duke ofruar teste të hershme për HIV.



## **A mund te jete HIV?**

Nje guide per te diagnostikuar  
sa me heret HIV-in

[www.justri.org/could-this-be-hiv](http://www.justri.org/could-this-be-hiv)

# Kush duhet të testohet për HIV?

Perqindjet e testimit të HIV janë më të lartat në mjediset ku testet paraqiten si pjesë e kujdesit rutinë, si shëndeti seksual ose klinikat e kujdesit të paralindjes. Kërkimet kanë treguar vazhdimisht se pavarësisht se ku ofrohet, njerëzit nuk e kanë problem që t'u ofrohet një test HIV. Një ofertë proaktive e një testi HIV duhet gjithmonë të merret parasysh sa herë që dikush bën një test gjaku dhe patjetër kur sheh njerëz në rrezik më të lartë të HIV-it. Kjo perfshin:

1. Partnerët seksualë ose fëmijët e atyre që njihen si HIV pozitiv
2. Personat me një infektion seksualisht të transmetueshëm
3. Meshkujt që kryejnë marrëdhënie seksuale me meshkuj
4. Prejardhja nga një vend me prevalencë të lartë të HIV-it (>0.1%) si e gjithë Afrika Sub-Sahariane dhe Londra Jugore
5. Personat me histori të përdorimit të drogërave intravenoze
6. Të kesh një histori si punonjëse seksi
7. Personat që kërkojnë testim për HIV
8. Shpim me age të përdorur ose ekspozimi ndaj gjakut
9. Paraqitja me një gjendje apo patologji indikuese (*shih më poshtë*)

## GJENDJET/PATOLOGJITE INDIKUESE

Ekzistojnë dëshmi të forta se është e dobishme të përdoren gjendjet indikuese (Shtojcat 1 dhe 2) për të synuar pacientët të cilëve duhet t'u ofrohet testimi. Tre grupe të gjendjeve indikuese janë identifikuar nga HIV në Evropë [www.hiveurope.eu/Portals/0/Guidance.pdf](http://www.hiveurope.eu/Portals/0/Guidance.pdf) (Shtojca 1) si të rëndësishme për të marrë në konsideratë testimin e individëve me::

1. **patologjitë që përkufizojnë AIDS-in** (mos testimi është dukshëm praktikë e keqe klinike)
2. **Gjendjet e shoqëruara me një prevalencë të pa diagnostikuar prej >0.1%** (testimi duhet të rekomandohet fuqimisht)

3. **Gjendjet në të cilat mos identifikimi i pranisë së infektionit HIV do të ishte i dëmshëm për menaxhimin klinik të individit**, siç është përdorimi i terapisë imunosupresive (rekomandohet testimi)

Deri kohët e fundit, nevoja për këshillim të gjerë para testimit dhe pëlqimi (aprovimi) me shkrim ka qenë një pengesë për gatishmërinë e disa ofruesve për të ofruar teste. Eksperienat kanë treguar se sa më i ri të jetë një mjek, aq më shumë ka gjasa që ai të ofrojë testimin për HIV. Infermierët shpesh janë në pozicionin më të mirë për të vlerësuar nevojat për informacion, për të siguruar burime për transmetimin,

parandalimin, trajtimin dhe mbështetjen dhe për të diskutuar testimin e HIV.

Një përfitim i rëndësishëm i identifikimit të një gjendjeje indikuese është se mund të nxisë ofruesin të rekomandojë

testimin e HIV-it, duke ndihmuar kështu në normalizimin e procesit, megjithëse testimi për HIV duhet t'u ofrohet të gjithë pacientëve kur të shihet për herë të parë në praktikën e përgjithshme dhe klinikat e specializuara.

## Si të zbatohet testimi?

**Mënyra se si kryeni testimin për HIV do të jetë specifike sipas vendit tuaj të punës dhe disponueshmërisë së shërbimeve lokale. Më poshtë janë disa çështje të përgjithshme që duhen marrë parasysh.**

Është e rëndësishme që të keni një plan se si të silleni me një individ që paraqitet në shërbimin tuaj me një situatë indikative për HIV-it. Nëse jeni në një spital, ju mund të dëshironi t'i referoheni shërbimit tuaj të brendshëm të HIV-it ose nëse jeni në kushte ambulatorie ta referoni tek ofruesit e testimit për HIV lokal ose spitalor). Megjithatë, cilido

qoftë plani, duhet të ketë një algoritëm të qartë për të ofruar teste, për të vlerësuar rezultatet dhe për të vepruar sipas rastit. Sigurisht, do të ishte më mirë nëse mund të ofroni teste të menjëhershme në shërbimin tuaj dhe më pas të lidheni menjëherë me shërbimin tuaj lokal për HIV, por kjo mund të mos jetë gjithmonë e mundur.

---

### TESTET PËR HIV

Llojet e testeve të HIV-it që përdorni për diagnostikim do të variojnë dhe është më mirë të diskutoni se cilat janë më të përshtatshmet për përdorim në laboratorin diagnostik lokal.

---

### EDUKIMI DHE TRAJNIMI

Nëse ofroni teste në shërbimin tuaj, është e rëndësishme që stafi që ofron testimin të jetë i trajnuar mirë dhe i aftë në diskutimin e testimit dhe kryerjen e tij. Ky trajnim zakonisht mund të ofrohet

nga shërbimet lokale të HIV. Duhet të jetë në kompetencën e çdo mjeku ose infermieri të trajnuar që të ofrojë një test HIV dhe sa më shumë të testoni aq më e lehtë dhe më rutinë bëhet për stafin.



# Ofrimi i testimit të HIV

Planifikoni paraprakisht mënyrën e ofrimit të testimit, i cili duhet të kryhet në një mjedis konfidencial. Tregohuni të qartë në gjuhën tuaj kur ofroni testin. Një shembull i mirë do të ishte të thuash: "Ju jeni diagnostikuar me [emërtoni patologjinë indikuese] dhe ne bëjmë në mënyrë rutinë disa teste, që përfshin

një për HIV-in, tek të gjithë ata që e kanë këtë shqetësim. Jeni dakort?" Duhet të jenë të disponueshme informacione të shkruara mbi testimin dhe pacientit duhet t'i jepet kohë e mjaftueshme për të bërë pyetje dhe për të diskutuar problematikat.

## PYETJET E BËRA SHPESH:

**P**yetje *A mendoni se kam HIV?*

**A** nuk e di, por ne rekomandojmë në mënyrë rutinë testimin për HIV për të gjithë personat me këtë situatë.

**P**yetje *Kush do ta dijë që jam testuar?*

**A** Si me të gjitha testet që bëjmë, testi për HIV është konfidencial dhe vetëm ekipi klinik që kujdeset për ju do ta dijë se jeni testuar.

**P**yetje *Nuk jam i rrezikuar nga HIV – pse më duhet një test?*

**A** Shumë njerëz janë në rrezik të infektimit pa e ditur këtë; nëse nuk e keni testuar kohët e fundit, ne do t'u rekomandonim të gjithëve me këtë gjendje të bëni një test HIV për të zbuluar se çfarë nuk shkon me shëndetin tuaj.

## KUR NJË PACIENT REFUZON

Nëse pacienti refuzon testimin, duhet të hulumtohen arsyet për tu siguruar që kjo nuk bazohet në besime të gabuara për virusin ose pasojat e testimit. Risku i mundshëm përsa i përket komplikacioneve të gjendjes shëndetësore që kanë duhet tu shpjegohet. Atyre nuk duhet tu

ushtrohet presion për t'u testuar, por nuk duhet të humbasin mundësinë për tu testuar në data të tjera dhe/ose të bëhet referimi në shërbimet lokale të shëndetit seksual ose HIV, nëse shqetësimet dhe dyshimet tuaja janë të larta. Zakonisht ata që refuzojnë testimin e dinë se tashmë janë pozitivë.

## **DISKUTIM PAS TESTIT:**

*Kjo do të varet nga rezultati.*

### **Nëse testi për HIV është negativ :**

...diskutimi do të duhet të mbulojë periudhën dritare nëse HIV është shumë i dyshuar, si p.sh. me një sëmundje serokonversion-ngjasuese, ku referimi i menjëhershëm për vlerësim dhe testimi i ARN-së HIV është më i miri. Ekziston një mundësi për promovimin e shëndetit dhe niveli i kësaj do të përcaktohet nga vendi i testimit. Duhet të bëhen plane për informimin dhe për mbështetjen e mëtejshme të pacientëve dhe ofrimin e burimit të informacionit (p.sh. faqet e internetit ose profesionistë të tjerë të kujdesit shëndetësor).

### **Nëse testi për HIV është pozitiv:**

...është thelbësore që qendrat e kujdesit shëndetësor të kenë një politikë të qartë të shkruar për mënyrën e menaxhimit të rasteve HIV-pozitive. Çështjet e rëndësishme për t'u marrë parasysh janë, si do të jepet rezultati i testit , ku dhe nga kush. Ashtu si çdo komunikim i rëndësishëm në lidhje me shëndetin, dhënia e një rezultati HIV pozitiv duhet të trajtohet me empati dhe një plan të qartë se çfarë do të ndodhë më pas. Menaxhimi për referim të shpejtë ose transferim në shërbimet e përshtatshme të HIV-it, siç do të ishte rasti për çdo gjendje të rëndë shëndetësore, duhet të jenë të paracaktuara dhe të qarta. Individit duhet të informohet për domosdoshmërinë për të mbrojtur partnerët seksual aktualë dhe të ardhshëm dhe/ose partneret që shkembejnë shiringat dhe duhet të diskutohet njoftimi i partnerit.

SHTOJCAT

# Gjendje indikuese

# Shtojca 1: Përkufizimet e gjëndjeve indikuese dhe rekomandimet për testim të HIV

## REKOMANDIM I FORTË PËR TESTIM PËR:

### Gjëndjet që janë AIDS përkufizuese\*

#### Neoplazi:

- Kancer cervikal
- Limfoma Non-Hodgkin
- Sarkoma Kaposi

#### Infeksione virale

- Retiniti nga Cytomegalovirus
- Cytomegalovirus, të tjera (përvec mëlci, shpretkë, gjëndra )
- Herpes simplex, ulcera >1 muaj/ bronchitis/pneumonitis
- Leukoencefalopatia progresive multifocale

#### Infeksione Parazitare

- Toxoplasmosis cerebrale
- Cryptosporidiosis >1 muaj
- Isosporiasis >1 muaj
- Leishmaniasis e diseminuar atipike
- Riaktivizim i trypanosomiasis amerikan (meningoencephalitis ose myocarditis)

#### Infeksione Bakteriale

- Mycobacterium tuberculosis, pulmonare ose extrapulmonare
- Mycobacterium avium complex (MAC) ose Mycobacterium kansasii, e diseminuar ose extrapulmonare
- Mycobacterium, specie të tjera extrapulmonare/ diseminuar
- Pneumonia, rekurente (2 ose me shumë episode në një vit)
- Septicemia nga salmonella, rekurente

#### Infeksione fungale

- Pneumonia nga Pneumocystis carinii
- Kandidozë ezofageale
- Kandidozë pulmonare
- Cryptococcosis extra-pulmonare
- Histoplasmosis, e diseminuar/ extra pulmonare
- Coccidioidomycosis, e diseminuar/ extra pulmonare
- penicilliosis e diseminuar

\* Bazuar në sistemin e klasifikimit të CDC dhe WHO

## REKOMANDIM I FORTË PËR TESTIM PËR HIV PËR

### Gjëndjet e lidhura/me shumë mundësi që të kenë prevalenë për HIV të padiagnostikuar >0.1%

- Sëmundje seksualisht të transmetueshme
- Limfoma malinje
- Displasia/Kancer anal
- Displasia cervikale
- Herpes Zoster
- Hepatitis B ose C (akute ose kronike)
- Sëmundje mononukleozë ngjasuese
- Leukopeni /trombocitopeni >1 muaj
- Dermatitis seborrheic/exanthema
- Sëmundje pneumokoksike invazive
- Temperaturë e pashpjegueshme
- Kandidemia
- Leishmaniozë viscerale
- Shtatëzani (risiku për fëmijën e porsa lindur)
- Kancer primar pulmonar
- Meningiti limfocitar
- Leukoplakia orale me qime
- Psoriasis sever dhe atipik
- Sindromi Guillain-Barré
- Mononeuritis
- Demenca Subkortikale
- Sëmundje e ngjashme me sklerozën multiple
- Neuropati periferike
- Hepatitis A
- E pashpjeguar:
  - » renie në peshë
  - » limfadenopati
  - » kandidozë orale
  - » diarre kronike
  - » prekje renale kronike
- Pneumoni e fituar në komunitet
- Candidiasis

## SUGJERO TESTIM PËR:

### Gjëndjet ku mos identifikimi i infeksionit HIV mund të ketë implikime të konsiderueshme negative për menaxhimin e gjëndjes klinike të individit pavarësisht se prevalenca e përlloritur e HIV është më e mundshme më pak se 0.1%

- Gjëndje që kërkojnë terapi imunosupresive agresive:
  - » Kanceri
  - » Transplantim
  - » Sëmundje autoimune të trajtuar me terapi imunosupresive.
- Lezione primare hapësirëzënëse të trurit
- Purpura trombotike trombotocitopenike idiopatike

## Shtojca 2: Gjëndje indikuese sipas specialiteteve

### KEY:

- ➔ AIDS-përkufizuese
- ⇒ Gjëndje të lidhura/me shumë mundësi kanë prevalencë për HIV të padiagnostikuar >0.1% – Rekomandim i forte për testim
- Gjëndje në të cilat mosidentifikimi i pranishë së infeksionit HIV mund të kete pasoja të rëndësishme për menaxhimin klinik të individit

### ONKOLOGJI

- ➔ Limfoma non-Hodkgjin
- ➔ Sarcoma Kaposi
- ⇒ Kancer pulmonar primar
- ⇒ Kancer/displazi anale
- Kancer që kërkon terapi imunosupresive agresive

### REUMATOLOGJI

- Sëmundje autoimune e trajtuar me terapi agresive imunosupresive

### RESPIRATORE/PULMONARE

- ➔ Tuberculosis
- ➔ Pneumonia nga Pneumocystis carinii
- ➔ Pneumonia rekurente
- ➔ MAC sëmundje pulmonare
- ➔ Histoplasmosis, e diseminuar/extra pulmonare
- ➔ Herpes simplex bronchitis/pneumonitis
- ➔ Candidiasis bronkiale/pulmonare
- ⇒ Pneumonia e fituar në komunitet

### STOMATOLOGJI

- ➔ Kandidozë orale dhe ezofageale
- ➔ Sarkoma Kaposi
- ⇒ Leukoplakia orale me qime

### VESHË, HUNDË DHE FYTI

- ➔ kandidozë trakeale/ezofageale
- ⇒ Sëmundje mononukleozë ngjasuese

### NEUROLOGJI DHE NEUROKIRURGJI

- ➔ Toxoplasmosis cerebrale
- ➔ Cryptococcosis, extrapulmonare
- ➔ Leukoencefalopati progresive multifokale
- ➔ Riaktivizim I trypanosomiasis amerikane (meningoencephalitis ose myocarditis)
- ⇒ Sindromi Guillain-Barré
- ⇒ Mononeuritis
- ⇒ Demenca subkortikale
- ⇒ Sëmundje Skleroze Multiple ngjasuese
- ⇒ Neuropati periferike
- Lezione primare ne tru Hapësirezënëse

## GJINEKOLOGJI/ OBSTETRI

- ➔ Kancer cervikal
- ⇒ Infeksione seksualisht të transmetueshme
- ⇒ Hepatitis B ose C (akut ose kronik)
- ⇒ Shtatëzani (problematika per femijen ne bark)
- ⇒ Displazi cervikale

## DERMATOLOGJI / DERMATOVENEREOLOGJI / APARATI GENITOURINAR

- ⇒ Dermatitis seborrhoic /exanthema
- ⇒ Herpes zoster
- ⇒ Infeksione seksualisht të transmetueshme
- ⇒ Hepatitis B ose C (akut ose kronik)
- ⇒ Psoriasis recalcitrant ose sever
- ⇒ kandidemia
- ⇒ kandidozë

## OKULISTIKË

- ➔ Retinitis nga cytomegalovirus

## NEFROLOGJI

- ⇒ Dëmtim renal kronik i pashpjeguar

## GASTROENTEROLOGJI/HEPATOLOGJI

- ➔ Diarrea nga Cryptosporidiosi, >1 muaj
- ➔ Microsporidiosis, >1 muaj
- ➔ Isosporiasis, >1 muaj
- ➔ Kandidozë ezofageale
- ⇒ Hepatitis B ose C (akut ose kronik)
- ⇒ Diarre kronike e pashpjegueshme

## HEMATOLOGJI

- ➔ Limfoma, non-Hodgkin
- ⇒ Limfoma malinje
- ⇒ Leukopeni e pashpjeguar/  
thrombocytopenia >4 javë
- ⇒ Limfadenopati e pashpjeguar
- Purpura trombotike  
Trombocitopenike

## PRAKTIKA E PËRGJITHSHME & MJEKESIA E URGJENCËS

Simptomatologji që perputhet me këdo nga gjëndjet e listuara

## SËMUNDJE INFEKTIKE/MJEKËSIA INTERNE

- ➔ Tuberkulozi
- ➔ Mycobacterium Tuberculosis, pulmonare ose extrapulmonare
- ➔ Mycobacterium avium complex (MAC) ose Mycobacterium kansasii, diseminuar ose extrapulmonare
- ➔ Mycobacterium, specie të tjera ose specie të paidentifikuara, të diseminuara ose extrapulmonare
- ➔ Pneumonia, rekurente (2 ose me shumë episode në 12 muaj)
- ➔ Pneumonia nga Pneumocystis carinii
- ➔ Cryptococcosis, extrapulmonare
- ➔ septicemia nga salmonella
- ➔ Cytomegalovirus, të tjera (pervec mëlci, shpretkë, gjëndra )
- ➔ Herpes Simplex ulcer(a) >1 muaj/ bronchitis/pneumonitis
- ➔ Candidiasis :
  - ➔ kandidozë bronchiale / trakeale / mushkëri.
  - ➔ kandidozë ezofageale
- ➔ Leishmaniasis atipike e diseminuar
- ➔ Histoplasmosis, e diseminuar/e diseminuar extrapulmonare
- ➔ Coccidioidomycosis, e diseminuar/ extra pulmonare
- ➔ Riaktivizim i trypanosomiasis Amerikan (meningoencefalitis ose myocarditis)
- ➔ Penicilliosis, i diseminuar
- ⇒ Infeksione seksualisht të transmetueshme
- ⇒ Hepatitis B ose C (akute ose kronike)
- ⇒ Sëmundje Mononukleoze ngjasuese
- ⇒ Sëmundje pneumokoksike invazive
- ⇒ Herpes zoster
- ⇒ Meningiti Limfocitar
- ⇒ Leishmanioza viscerale
- ⇒ Rënie në peshë e pashpjegueshme
- ⇒ Temperaturë e pashpjegueshme
- ⇒ Diarre kronike e pashpjegueshme



**justri.**  
[www.justri.org](http://www.justri.org)

me falënderime për sponsorët tanë

