Republika e Kosovës

Republika Kosova – Republic of Kosovo

Qeveria – Vlada – Government

Ministria e Shëndetësisë – Ministarstvo Zdravstva – Ministryof Health

TRAJTIMI DHE MBIKËQYERJA E RASTIT ME HIV/AIDS

UDHËRRËFYES KLINIK

Udhërrëfyesi Nr 13 PRISHTINË, 2020 Verzioni 1

TRAJTIMI DHE MBIKËQYERJA E RASTIT ME HIV/AIDS

Këshilli Kosovar për udhërrëfyes dhe protokole klinike:

1. Prof. Ass. Dr. Valdet Hashani – Kryesues
2. Prof. Dr. Salih Ahmeti – Anëtar
3. Prof. Ass. Dr. Shemsedin Sadiku – Anëtar
4. Prof. Dr. Lul Raka – Anëtar
5. Dr. Albana Morina – Anëtar
6. Dr. Teuta Qilerxhiu – Anëtar
7. Z. Mentor Sadiku – Anëtar
8. Mr. Ph. Furtuna Thaqi – Anëtar
9. Dr. Nora Krasniqi – Anëtar
10. Dr. Faik Shatri – Anëtar
11. Z. Ylli Hoti – Anëtar

Komisioni për vlerësimin e metodologjisë së hartimit të udhërrëfyesve dhe protokoleve klinike:

1. Prof. Asoc. Dr. Merita Berisha – Kryesuese
2. Prof. Ass. Dr. Shaip Krasniqi – Anëtar
3. Dr. Merita Vuthaj – Anëtar
4. Prof. Ass. Dr. Valbona Zhjeqi – Anëtar
5. Ass. Dr. Labinot Shahini – Anëtar

Grupi punues:

1. Dr. Murat Mehmeti – Kryesues
2. Dr. Sc. Izet Sadiku, anëtar
3. Dr. Laura Shehu, anëtare
4. Dr. MSc. Luljeta Gashi, anëtare
5. Dr. MSc. Rushit Ismajli, anëtar

Përmbajtja

TRAJTIMI DHE MBIKQYRJA E RASTIT ME HIV/AIDS 5

1. Hyrja 5

2. Qëllimi 6

2.1 Objektivat 6

2.2 Audienca e targetuar (e cakut) 6

2.3 Dedikimi i Udhërrëfyesit 7

2.4 Pyetjet 7

3. Metodologjia 8

3.1 Përkufizimet 9

3.1.1 Përkufizimet e përgjithshme 9

3.1.2 Grup-moshat dhe popullata[1] 9

3.1.3 Përkufizimet për Terapi Antiretrovirale[2] 10

3.1.4 HIV Testimi dhe Parandalimi 11

4. Rekomandimet e OBSh-së[3]: 12

4.1 Rekomandimet: Linja e Parë dhe e Dytë e Regjimit të Trajtimit 12

4.2 Rekomandime të Përgjithshme 13

4.3 Pjesa I – Vlerësimi i personave HIV-pozitiv në vizitat fillestare dhe kontrolluse 16

4.4 Pjesa II - Barnat ARV te personat HIV pozitiv / Vlerësimi i personave HIV pozitiv për gatishmërinë e tyre për të filluar terapinë me HIV dhe për të qëndruar në këtë trajtim 24

4.4.1 Rekomandimet për fillimin e terapisë me ARV te personat HIV pozitiv me Infeksion Kronik të cilët s'kanë marrë me parë barna ARV 26

4.4.2 Kombinimi fillestar për personat Adult HIV pozitiv të patrajtuar më parë me terapi ARV 27

4.4.3 Infeksioni primar me HIV 31

4.4.4 Strategjitë ndryshuese (kaluese) të trajtimit për personat virologjikisht të supresuar 34

4.5 Pjesa III - Parandalimi dhe menaxhimi i Ko-morbiditeve te personat HIV pozitiv 43

4.6 Pjesa IV - Menaxhimi dhe trajtimi klinik i personave HIV pozitiv me HBV dhe HCV ko-infeksion 45

4.6.1 Rekomandimet e përgjithshme për personat me hepatitet virale / HIV Ko-Infeksion Ekzaminimi (Skriningu) 45

4.6.2 Trajtimi i Ko-Infeksionit të HBV / HIV 48

4.6.3 Procedurat Diagnostike për HCV tek personat me Ko-infeksion HCV/HIV 49

4.6.4 Trajtimi i HCV tek personat me HCV / HIV Ko–Infeksion....50
4.6.5 HCV Opcionet e Trajtimit në HCV/HIV personat e Ko-infektuar....52
4.7 Pjesa V - Infeksionet Oportune / Preventiva dhe trajtimi i infeksioneve oportune (IO) tek personat HIV-pozitiv....55
4.7.1 Profilaksa primare e IOs bazuar në shkallën e imunodeficiencës....55
4.7.2 Profilaksa primare, mjekimi dhe profilaksa sekondare, mbajtja e mjekimit individual te IOs / Pnemocystis Jirovecii Pneumonia (PcP)....56
4.7.3 Encefaliti me Toxoplasma gondii....57
4.7.4 Meningjiti Kriptokoksik....61
4.7.5 Kandidiaza....62
4.7.6 Ezofagitis....62
4.7.7 Histoplasmosis (Histoplasma capsulatum)....63
4.7.8 Herpes simplex virus (HSV) infeksionet....64
4.7.9 Varicella zoster virus infeksionet (VZV)....64
4.7.10 Citomegalovirus (CMV) infeksionet....65
4.7.11 Leukoencefalopatia progresive multifokale (LPM)....66
4.7.12 Infeksionet me Mycobakterie Jo tuberkulare (NTM) (M. Avium complex, M. Genavense, M. Kansasi)....67
4.7.13 Kriptosporidioza (C.parvum, C.hominis)....68
4.7.14 Cistoisosporiasis (C.Belli)....68
4.7.15 Leishmaniaza....69
4.8 Diagnoza dhe Trajtimi i TB-së tek Personat me HIV pozitiv....71
4.8.1 Tubekulozi Latent....73
5. Aplikimi dhe zbatimi i UPK në rrethanat tona....74
5.1 Procesi i adaptimit të udhërrëfyesit....74
6. Standardet e auditueshme....76
7. Referencat....77
8. Shtojcat....78
8.1 Grupi punues....78

TRAJTIMI DHE MBIKQYRJA E RASTIT ME HIV/AIDS

1. Hyrja

Kosova është një vend me prevalencë të ulët të HIV-it: <1% në mesin e popullatës së përgjithshme dhe <5% në mesin e popullatave kyçe.

Që nga viti 1986, në Kosovë janë regjistruar 122 raste të HIV-it. Përmes hulumtimeve të mbikëqyrjes së integruar biologjike dhe bihejviorale në vitet 2011, 2014 ose 2018 nuk u zbuluan raste në mesin e personave që injektojnë droga (PID) dhe as në mesin e punëtoreve të seksit komercial. Prevalenca e HIV-it është në rritje në mesin e meshkujve që bëjnë seks me meshkuj (MSM) nga 0% (asnjë rast i zbuluar) në vitin 2011 në 2.8% në vitin 2018.

Në aspektin gjinor, 73% janë meshkuj, 27% femra, kurse grup-mosha më e përfshirë është 25-34 vjeç (32 %) dhe 35-44 vjeç (29%).

Qeveria e Kosovës është e angazhuar për t'i dhënë fund epidemisë së AIDS-it, në vend dhe brenda periudhës së ardhshme 2019-2021, me qëllim të përmbushjes së Objektivave të UNAIDS-it të cilat janë:

- Deri në vitin 2020, 90% e të gjithë personave që jetojnë me HIV, do ta dinë statusin e tyre të HIV-it.
- Deri në vitin 2020, 90% e të gjithë personave të diagnostikuar me HIV infeksion, do të marrin terapi të qëndrueshme antiretrovirale.
- Deri në vitin 2020, 90% e të gjithë personave që marrin terapi antiretrovirale do të kenë supresion (rënie) të virusit në gjak.

Sipas UNAIDS, do të jetë e pamundur që t'i jepet fund epidemisë së HIV–it pa trajtimin e të gjithë personave që janë HIV pozitiv.

2. Qëllimi

Ky udhërrëfyes në radhë të parë ka për qëllim të përdoret nga menaxherët kombëtarë të programit të HIV-it, profesionistët shëndetësorë përgjegjës që ofrojnë trajtim dhe mbikëqyrje dhe për të gjitha palët tjera me interes të kësaj fushe.

2.1 Objektivat

Objektivat e këtij udhërrëfyesi janë:

- Të ofrojë rekomandime të përditësuara, të bazuara në dëshmi të cilat përkojnë me qasjen e shëndetit publik për ofrimin e barnave ARV për parandalimin dhe trajtimin e HIV-it, të të gjitha popullatat dhe grup moshat në kontekst të/vazhdimësisë të kujdesit ndaj HIV-it, të fokusuar në ambientet me kapacitete dhe resurse të kufizuara të sistemit shëndetësor;

- Të ofrojë udhëzim në çështjet kyçe të shërbimeve operacionale që kanë nevojë të adresohen, në mënyrë që të rritet qasja në shërbimet e HIVi-t, përforcimi i vazhdimësisë të kujdesit ndaj HIV-it;

- Të ofrojë udhëzim për planifikuesit dhe vendimarrësit në nivel kombëtar për adaptimin, vënien e prioriteteve për implementimin e rekomandimeve klinike dhe operacionale dhe monitorimin e impaktit dhe implementimit të tyre.

2.2 Audienca e targetuar (e cakut)

Udhërrëfyes ka për qëllim të përdoret nga profesionistët shëndetësorë përgjegjës që ofrojnë trajtim dhe mbikëqyrje.

Gjithashtu ky udhërrëfyes ka vlerë për audiencën e mëposhtme:

- personat që jetojnë me HIV dhe organizatat me bazë komunitare.
- menaxheret e shërbimeve laboratorike kombëtare.

2.3 Dedikimi i Udhërrëfyesit

Udhërrëfyesi u dedikohet të gjithë ofruesve të shërbimeve shëndetësore për mbikëqyrje, parandalim, diagnostikim, trajtim dhe monitorim të HIV-it.

2.4 Pyetjet

1. Çka është mbikëqyrja e HIV infeksionit ?
2. Kush e kryen mbikëqyrjen?
3. Çka është trajtimi i HIV infeksionit?
4. Cili është trajtimi që ofrohet?
5. Kush i ofron shërbimet e trajtimit dhe të mbikëqyrjes?
6. Cilat janë parimet e infeksionit primar me HIV?
7. Cilat janë infeksionet oportune të HIV?
8. Cilat janë koinfeksionet me HIV?
9. Kush ka përparësi në trajtim?
10. Cilat janë masat para përgatitore për inicimin e terapisë antiretrovirale të një personi me HIV?

3. Metodologjia

Ky udhërrëfyes është hartuar nga grupi punues multidiciplinar dhe multiprofesional i emëruar nga Ministria e Shëndetësisë-Republika e Kosovës: (Shtojca 1).

Të gjithë anëtarët e grupit punues janë trajnuar paraprakisht për metodologjinë e hartimit të UPK-ve.

Anëtarët e grupit punues para hartimit të këtij udhërrëfyesi kanë deklaruar se nuk kanë ndonjë konflikt të interesi për çka edhe kanë nënshkruar deklaratat e konfliktit të interesit. Ky udhërrëfyes është hartuar në përputhje me metodologjinë standarde të procesit të adaptimit të udhërrëfyesve, duke u shërbyer me dokumentin AGREE, dhe marrja e vendimeve dhe rekomandimeve nga anëtarët e grupit punues është bërë me konsensus (me pëlqim të plotë të të gjithë anëtarëve të grupit punues).

Grupi punues ka rishikuar udhërrëfyesët klinik të publikuar në 3 vitet e fundit, me rekomandime të qëndrueshme dhe me shkallë të lartë të evidencave siç janë: Europen AIDS Clinical Society Versioni 9.1 EACS", WHO, "Managing Advanced, HIV Disease and Rapid Initation of Antiretrovirale Therapy" July 2017/WHO, "The use of Antiretroviral Drugs for treating and preventing HIV infection"2016/WHO.

Përshkrimi i rekomandimeve është bërë sipas literaturës të përzgjedhur.

Rekomandimet e përgjithshme dhe gradimi i evidencave është bërë bazuar në përshkrimin e rekomandimeve të Udhërrëfyesit të Konsoliduar " The Use of Antiretroviral Drugs For Treating and Preventing HIV Infection".

Pas analizimit të Udhërrëfyesve për menaxhim, trajtim për HIV, grupi punues ka përzgjedhur për adaptim "Europen AIDS Clinical Society Versioni 9.1 2018", si dhe janë marrë për bazë rekomandimet më të reja të OBSh-së "Update up recomandations on First and Second Line Antiretroviral Regiments, July 2019", gjithashtu gjatë procesit të punës janë analizuar Udhërrëfyesit: "Managing Advanced, HIV Diseaseand Rapid Initation of Antiretrovirale Therapy", July 2017 dhe Udhërrëfyesit i OBSh-së, "The use of Antiretroviral Drugs for treating and preventing HIV infection" 2016.

Përditësimi i këtij udhërrëfyesi do të bëhet pas tri viteve në rast se nuk ka ndonjë arsye për përditësim më të hershëm.

3.1 Përkufizimet

3.1.1 Përkufizimet e përgjithshme

HIV (Human Immunodeficiency virus) - është virus i imunodeficiencës humane. Ka dy lloje të HIV: HIV-1 dhe HIV-2. HIV-1, është përgjegjës për shumicën dërmuese të infeksioneve të HIV-it, në nivel global.

AIDS [Aquired Immunodeficiency Syndrome (Sindroma e imunodeficiencës së fituar)] - është faza më e avansuar e infeksionit me virusin e imunodeficiencës (HIV).

3.1.2 Grup-moshat dhe popullata[1]

Përkufizimet e mëposhtme për të rriturit, adoleshentët, fëmijët dhe foshnjat janë përdorur në këtë udhërrëfyes me qëllim të zbatimit të rekomandimeve për grup-mosha specifike.

- Një i rritur është një person më i vjetër se 19 vjeç
- Një adoleshent është një person 10-19 vjeçar
- Një fëmijë është një person 1 deri në moshën 10 vjeç
- Një foshnje është një fëmijë më i ri se 1 vjeç.

Popullata kyçe - nënkupton grupe të njerëzve të cilët për shkak të sjelljeve specifike me rrezikshmëri të lartë janë në rrezik të shtuar për infeksionin me HIV, pavarësisht konteksit lokal të tipit të epidemisë (përdoruesit e drogave injektuese, meshkujt që bëjnë seks me meshkuj, punëtoret e seksit).

Popullata e cenueshme - nënkupton grupe të njerëzve të cilat janë në veçanti të cënueshme për infeksionin me HIV, në situata specifike (adoleshentët, fëmijët pa kujdes prindëror, personat me aftësi të kufizuara, të burgosurit etj).

Rreziku i konsiderueshëm i infektimit me HIV - përcaktohet përkohësisht si një incidencë e HIV-it më të lartë se 3 raste të reja për 100 persona/vit në mungesë të profilaksës para ekspozimit (PrEP).

Rreziku individual - variron nga grupet në rrezik të konsiderueshëm të infektimit me HIV varësisht nga sjellja individuale dhe nga karakteristikat e partnerëve seksual.

Çiftet serodiskordante - janë çifte në të cilat një partner jeton me HIV dhe tjetri është HIV-negativ. Një çift i referohet dy njerëzve në një marrëdhënie seksuale të

vazhdueshme, secili prej këtyre njerëzve është referuar si një partner në marrëdhënie. Se si individët përcaktojnë marrëdhëniet e tyre, ndryshon sipas kontekstit të tyre kulturor dhe shoqëror.

3.1.3 Përkufizimet për Terapi Antiretrovirale[2]

ARV (terapia antiretrovirale) - i referohet barnave që përdoren për të trajtuar dhe parandaluar HIV infeksionin.

Trajtimi për HIV - nënkupton kombinimin e tri apo më tepër barnave antiretrovirale me qëllim të arritjes së supresionit viral.

Stabil në ART - i referohet kritereve të mëposhtme: marrja e ART-së së paku 12 muaj; nuk ka efekte anësore të barnave që kërkojnë monitorim të rregullt; pa sëmundje aktuale; dhe të kuptuarit e mirë të aderencës dhe dëshmisë së suksesit të trajtimit: dy vlera të njëpasnjëshme të padetektueshme të ngarkesës virale ose, në mungesë të monitorimit të ngarkesës virale, rritja e numrit të qelizave CD4, ose numërimi i qelizave CD4 që tejkalojnë 200 qeliza / mm3 dhe një matje objektive e aderencës.

Dështimi i trajtimit - i referohet kritereve virologjike aktuale të OBSh-së për dështimin e trajtimit, e që nënkupton dy teste të ngarkesës virale të njëpasnjëshme ≥1000 kopje të HIV ARN kopje/ml.

Supresioniviral - i referohet një ngarkesë virale nën pragun e zbulimit duke përdorur teste virale (<1000 kopje të HIV ARN kopje/ml).

Qasja universale në ART - nënkupton nivelin e përfshirjes me trajtim (80% ose më shumë të të infektuarve) që është e arritshme.

Parandalimi i transmetimit të HIV-it nga nëna tek fëmija - i referohet përdorimit të barnave ARV për të parandaluar transmetimin e HIV-it, nga nëna gjatë shtatzënisë, procesit të lindjes dhe ushqyerjes me gji.

Mbikëqyrja epidemiologjike - është grumbullimi dhe evidentimi i vazhdueshëm i të dhënave, përpunimi, analiza dhe interpretimi i tyre.

Mbikëqyrja e gjeneratës së dytë për HIV dhe AIDS - është grumbullimi i rregullt dhe sistematik, analiza dhe interpretimi i informacionit me qëllim të përcjelljes dhe përshkrimit të ndryshimit të epidemisë së HIV/AIDS gjatë kohës. Mbikëqyrja e gjeneratës së dytë për HIV/AIDS gjithashtu mbledhë informacione mbi sjelljet e rrezikshme, duke i përdorur për të paralajmëruar ose interpretuar ndryshimet në nivelet e infeksionit.

Mbikëqyrja kujdestare (sentinel) - nënkupton, përcjelljen e trendit të infeksionit të HIV përmes studimit transversal ("crosssectional") të prevalencës së HIV në intervale të rregullta për një periudhë kohore, sipas grupit dhe vendit. Është mbikëqyrje që kryhet në vendet e përzgjedhura, në mesin e popullatave me interes të veçantë dhe nënkupton matjen e prevalencës së HIV infeksionit në atë popullatë, për shembull, në klinikën antenatale. Kjo matje bëhet me studim transversal (crosssectional) në periudha të rregullta kohore.

3.1.4 HIV Testimi dhe Parandalimi

Diagnoza e hershme e fëmijës - është testimi i foshnjave për të përcaktuar statusin e tyre të HIV-it, pas ekspozimit të mundshëm ndaj HIV-it, gjatë shtatzënisë, lindjes dhe pas lindjes përmes ushqyerjes me gji.

PEP për HIV - është përdorimi i barnave ARV nga personat të cilët nuk janë të infektuar me HIV por që mund të kenë qenë të ekspozuar ndaj HIV-it, për të penguar infektimin me HIV.

(PrEP) - Oral PrEP për HIV, është përdorimi i barnave ARV nga personat që nuk janë të infektuar me HIV, për të penguar marrjen e HIV-it.

Test i diagnostikimit të shpejtë (Rapid test) - shërben për zbulimin e antitrupave HIV-1/2 dhe/ ose antigjenit HIVp24.

Infeksionet oportune - janë infeksione që shkaktohen nga: bakteret, protozoaret, kërpudhat dhe viruset, që shfaqen në gjendjen e dobësuar të imunitetit, në rastin konkret të shkaktuar nga HIV.

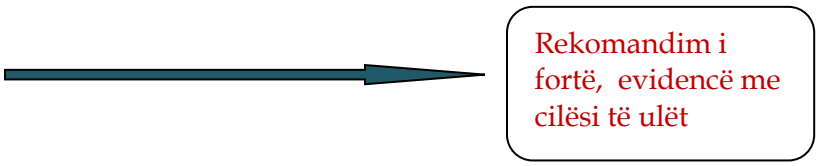
4. Rekomandimet e OBSh-së[3]:

4.1 Rekomandimet: Linja e Parë dhe e Dytë e Regjimit të Trajtimit

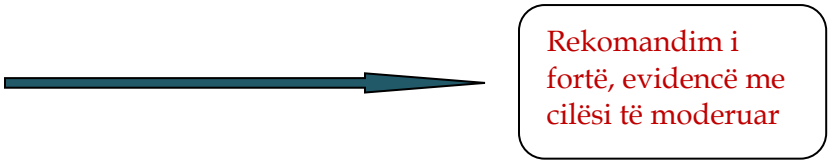
Linja e I-rë e trajtimit
1. Dolutegravir (DTG), në kombinim me një nga inhibitorët nukleozidë/nukleotide të transkriptazës reverze (NRTIs), rekomandohet si regjimi i preferuar i linjës të parë për njerëzit që jetojnë me HIV për fillimin e ARV-së. • Të rriturit dhe adoleshentët (rekomandim i fortë, evidencë me siguri të moderuar). • Foshnjat dhe fëmijët me doza të aprovuar të DTG (rekomandim i kushtëzuar, evidencë me siguri të ulët). 2. Efavirenz në doza të ulta (EFV 400 mg) në kombinim me një nga inhibitorët nukleozidë/nukleotide të transkriptazës reverze (NRTIS), rekomandohet si alternativë për regjimin e linjës të parë për adult dhe adoleshent që jetojnë me HIV që fillojnë ARV (rekomandim i fortë, evidencë me siguri të moderuar). 3. A-Raltegravir (RAL), trajtim bazë mund të rekomandohet si alternativë e linjës të parë, për të posalindurit dhe fëmijët për të cilët doza e aprovuar e DTG nuk është në dispozicion (rekomandim me kusht, evidencë me siguri të ulët). 4. A-RAL trajtimi bazë mund të rekomandohet si regjim i preferuar i linjës të parë për foshnjat, rekomandim, (me kusht), evidencë me siguri shumë të ulët).
Linja e II-të e trajtimit
1. DTG në kombinim me një nga inhibitorë nukleozidë/nukleotide të transkriptazës reverze (NRTIS), të optimizuar mund të rekomandohet si një regjim i linjës të dytë për njerëzit që jetojnë me HIV për të cilët trajtimet - bazë jo-DTG, janë të dështuara. • Të rriturit dhe adoleshentët (rekomandim i kushtëzuar, evidencë me siguri të moderuar). • Fëmijët me dozat e aprovuar të DTG (rekomandim i kushtëzuar, evidencë me siguri të ulët).
2. Frenues i rritur i proteazës në kombinim me një nga (NRTIs) të optimizuar është rekomanduar si një trajtim i preferuar i linjës të dytë për njerëzit që jetojnë me HIV tek të cilët trajtimet e bazuara në DTG po dështojnë (rekomandim i fortë, evidencë me siguri të moderuar).

4.2 Rekomandime të Përgjithshme

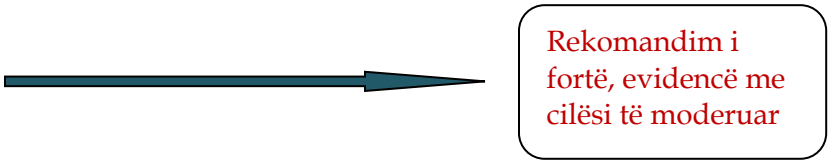
- Të gjithë personat që rezultojnë HIV pozitiv, duhet marrë anamneza në detaje, perfshirë këtu edhe statusin vaksinal, HIV statusin e partnerit, ekzaminimin fizikal, aspektin imunologjik (CD4), aspektin virologjik (ngarkesën virale),testin e rezistencës, testimin në drejtim të ko-infeksioneve i mundshme sikurse edhe komorbiditeteve dhe më pastaj duhet të vlerësohen për gatishmërinë e tyre për të filluar trajtimin dhe për të qëndruar në trajtim me ARV;



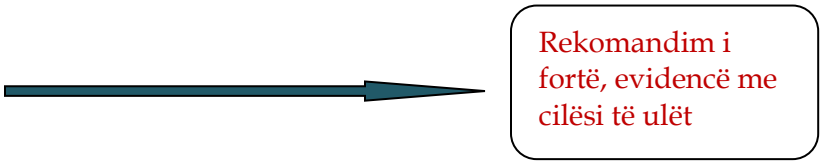
- Të gjithë personave HIV pozitiv, duhet ofruar terapia ARV, pavarësisht statusit të tyre imunologjik, përkatësisht virologjik. Zgjedhja e parë (kombinimi i parë) sipas udhëzuesit të EACS është 2NRTI plus INSTI (ABC/3TC/DTG 600/300/50 mg. 1 tbl. çdo ditë). Në mungesë të kombinimit të tillë në vendin tonë zgjedhja e parë është: TDF/FTC/EFV 300/200/600 mg. 1 tbl. çdo ditë. Alternativa e dytë sipas EACS është: ABC/3TC plus RAL 600/300 mg një tbl. çdo ditë plus RAL 600 mg dy tbl. çdo ditë apo plus RAL 400 mg. 1 tbl. dy herë në ditë.



Të gjitha gratë shtatzëna që janë HIV pozitive duhet trajtuar me ARV me qëllim të supresionit të plotë viral me qëllim të zvogëlimit të transmetimit të infeksionit tek fëmiu. Terapia është e njëjtë sikurse edhe tek ato/gratë që nuk janë shtatzëna.



- Të gjithë personat e ekspozuar në HIV, si te rastet e: shpimit me mjete të mprehta, marrëdhëniet seksuale të pambrojtura, shkëmbimi të shiringave dhe gjilpërave me persona që janë HIV pozitiv duhet dhënë Profilaksa pas Ekspozimit (PEP).



- Personave që mund të kenë rrezik të lartë të marrjes së HIV infeksionit si pasojë e mos përdorimit të kondomit u rekomandohet që të marrin Profilaksën para Ekspozimit (PrEP-TDF/FTC 300/200 mg. një tbl. çdo ditë.

Rekomandim i fortë, evidencë me cilësi të lartë)

- Personat HIV pozitiv që marrin ARV duhet monitoruar në mënyrë permanente për rezistencën e mundshme në barna, efektet anësore të tyre dhe ndërveprimin me barna tjera; gjithashtu duhet bërë monitorimi i vazhdueshëm në aspektin e përgjigjes pozitive imunologjike dhe virologjike duke matur parametrat përkatës (CD4,VL).

Rekomandim i kushtëzuar (evidencë me cilësi shumë të ulët)

- Personave HIV pozitiv duhet bërë skriningu për TB, përkatësisht ekzaminimet përkatëse dhe në rast të infeksionit qoftë latent apo aktiv duhen ofruar barnat preventive përkatësisht terapia adekuate;

Rekomandim i fortë evidencë me cilësi të moderuar

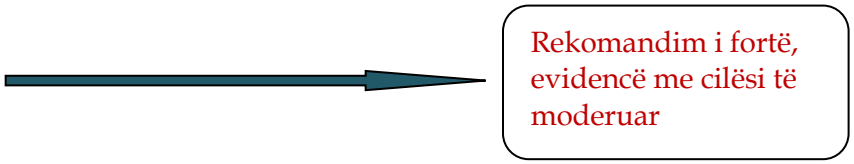
- Të gjithë personave HIV pozitiv duhet dhënë vaksinat sipas udhëzuesve nacional të vaksinimit për popullatën e shëndoshë, më së miri kur të arrihet supresioni viral përkatësisht rekonstituimi imunologjik (CD4 > 200).

Rekomandim i fortë. Cilësia e evidencës variron nga lloji i vaksinës

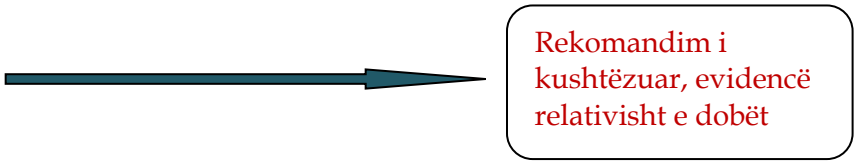
- Të gjithë personave me HCV/HIV ko-infeksion duhet dhënë DAA terapinë me qëllim të eradikimit të HCV.

Rekomandim i fortë, evidencë me cilësi të moderuar

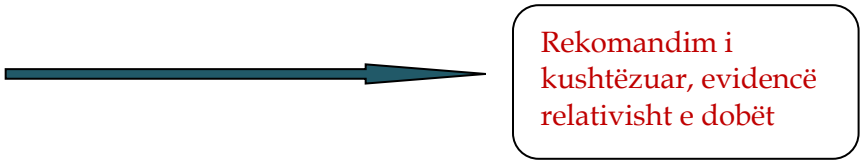
- Të gjithë personave me ko-infeksion HIV/HBV duhet dhënë terapinë ARV përfshirë aty TDF përkatësisht TAF.



- Monitorimi rutinë i ngarkesës virale (viral load-it). mund të bëhet pas 6 muajve, pas 12 muajve dhe më pas çdo 12 muaj dhe më pastaj nëse pacienti është stabil në ART për tu adaptuar me monitorimin rutinor dhe raportimin e evaluimit.



- Në vende ku monitorimi rutinor i viral load-it është i mundur, monitorimi i bazuar në numërimin CD4 qelizave mund të ndërpritet tek personat të cilët janë stabil në ART dhe në aspektin virusal të supresuar.



4.3 Pjesa I – Vlerësimi i personave HIV-pozitiv në vizitat fillestare dhe kontrolluse

Vlerësimi		Me rastin e diagnostikimit me HIV	Para fillimit të ART	Shpeshtësia e vizitave kontrolluese	Komentet	Ref. Kapitujt - përkatës
ANAMNEZA						
Mjekësore	Plotëso anamnezën përfshirë:	+	+	Vizita e parë		
	Anamnezën familjare (p.sh. SKV e hershme, diabeti, hipertensioni, SKR)	+		Vizita e parë		
	Barnat shoqëruese [(i)]	+	+	Çdo vizitë		
	Ko morbiditetet e kaluara & aktuale	+	+	Çdo vizitë		
	Historia e vaksinimit	+		Vjetore	Të maten titrat e antitrupave dhe ofro vaskinimin sipas indikacioneve	
Psiko-Sociale	Stili aktual i jetesës (përdorimi i alkoholit, pirja e duhanit, dieta, ushtrimet, përdorimi i drogës)	+	+	6-12 muaj	Shprehitë negative të jetës duhet të adresohen më shpesh.	
	Punësimi	+	+		Ofroni këshilla dhe mbështetje nëse është e nevojshme.	
	Sociale & Mirëqenia	+	+	Çdo vizitë	Ofroni këshillim nëse është e nevojshme	
	Sëmundjet psikologjike	+	+			
	Partneri & fëmijët	+			Testoni partnerin & fëmijën nëse ka rrezik	
Shëndeti seksual dhe reproduktiv	Anamneza seksuale	+		6-12 muaj	Trajtoni çështjet që kanë të bëjnë me disfunksion seksual.	
	Seks i sigurtë	+			Rreziku i transmetimit seksual duhet të adresohet	
	Statusi i partnerit dhe njohja e partnerit lidhur me statusin	+			Rekomandoni fillimin e ART-së, në rast se partneri është HIV pozitiv	

	Çështjet e mbarësimit	+	+		
	Hypogandizmi, (përfshirë meonopauzën)	+	+	Sipas Indikacionit	Personat me ankesa të disfunksionit seksual
HIV – Sëmundja					
Virologjia	Konfirmim i HIV antitrupave	+			Monitorimi më i shpeshtë i ngarkesës virale (HIV-NV) në fillim të ART-së.
	Plazma e HIV-VL/VL	+	+	**3-6 muaj**	
	Testi i rezistencës të gjenotipizimit, dhe subtipizimi	+	+/-	Te dështimi viral	Kryeni testin e rezistencës para se të filloni ART, nëse nuk është testuar më parë apo nëse ka rrezik të superinfeksionit
	Tropizmi R5 (nëse ka)	+	+/-		Skrino nëse konsideroni R5 antagonist në terapi
Imunologjia	Numërimi absolut, i CD4 dhe%, raporti CD4/CD8 (opcionale: CD8 dhe%)	+	+	**3-6 muaj**	Numërimi vjetor i CD4 nëse është stabil në ART dhe CD4> 350 qeliza/ µL [ii]
	HLA-B*5701 (nëse është në dispozicion)	+	+/_		Skrino para fillimit të ABC në kuadër të ART, nëse nuk është testuar më parë
Ko-Infeksionet					
SST	Serologjia e Sifilisit	+		Vjetor/sipas indikacionit	Konsidero më shpesh skriningun nëse ka rrezik
	Skiningu i IST	+		Vjetor/ sipas indikacionit	Skrino nëse ka rrezik dhe gjatë shtatzanisë
Hepatitet Virale	Skriningu HAV	+		Vjetor/sipas indikacionit	Skrino në risk (psh. MSM vaksino, nëse nuk ka imunitet)
	Skriningu HBV	+	+		Skriningu vjetor te personat e dyshimtë, vaksino nëse nuk ka

					imunitet. Përdor ART që përmban TDF ose TAF te personat pa përgjigje imunologjike të vaksinuar më parë
	Skriningu HCV	+			Skriningu vjetor nëse rreziku vazhdon (MSM, PID). Matni HCV-RNA nëse HCVantitrupat janë pozitiv, ose kur dyshohet në infeksion akut
	Skriningu HEV	+		Sipas indikacionit	Skrino personat me simptoma të hepatit akut, ngritje të pashpjeguesh me të aminotransferazës ose testeve funksionale të mëlçisë amiotrofia neuralgjike, sindroma Guillain-Barre, encefalit ose proteinuria.
Tuberkulozi	Rtg pulmo	+		Ri- skrining nëse ka ekspozim	Konsideroni rtg pulmo rutinore te personat nga popullata me prevalencë të lartë të TB. Përdorimi i PPD / IGRA në rast të infeksionit latent me TB. Shiko diagnostikimin e Infeksionit latent sipas udhërrëfyesit kombëtar.
	PPD	+			
	IGRA në popullatë të përzgjedhur me risk të lartë (nëse ka risk)	+			
	Pa -Interferoni Gama analiza-provë				
Të tjera	Varicela Zoster-serologjia e virusit	+			Ofroni vaksinimin sipas indikacionit
	Serologjia e fruthit/ rubeolës	+			Ofroni vaksinimin sipas indikacionit

	Serologjia e toksoplazmës	+			
	Serologjia e CMV (Citomegallovirusi)	+			
	Cryptococus antigjeni	+/-			Konsideroni shqyrtimin e antigjenin e cryptococcus në serum tek personat me CD4 <100 qeliza /µL
	Serologjia Leishmania	+/-			Skriningu i sipas historisë së udhëtimit/origjinës
	Skriningu tropikal(psh. Serologjia e Schistosomës)	+/-			Skriningu sipas historisë së udhëtimit/origjinës
	Virusi i influencës	+		Vjetore	Në të gjithë personat HIV-pozitivë, shih Vaksinimin
	Streptococcus pneumoniae	+			Nuk ka rekomandime në dispozicion në lidhje me nevojën për një dozë përforcuese (booster), shih Vaksinimi
	Human Papilloma virusi	+		Sipas indikacionit	Vaksinoni të gjithë personat HIV-pozitiv deri në moshën 26 vjeç / 40 vjeç, nëse janë MSM. Nëse ka ndodhur infeksioni me HPV; efikasiteti i vaksinës është i diskutueshëm, shih Vaksinimi
Ko-Morbiditet					
Sëmundjet hemtologjike	Pasqyra e gjakut	+	+	3-12 muaj	
	Hemoglobinopatitë	+			Skriningu te personat në rrezik
	G6PD	+			Skriningu te personat në rrezik

Indeksi i masës trupore	Indeksi i masës trupore	+	+	vjetor	
Sëmundjet Kardio-vaskulare	Vlerësimi i rrezikut (rezultati Framingham (iii))	**+**	**+**	2 vjet	Duhet të kryhet në të gjithë meshkujt> 40 vjet dhe femra> 50 vjet pa SKV
	EKG	**+**	**+/-**	sipas indikacionit	Konsideroni EKG para se të fillohet me ARV që ndikojnë në sistemin konduktiv të zemrës
Hipertensioni	Presioni i gjakut	**+**	**+**	vjetor	
Lipidet	KT, HDL-c, LDL-c, TG(iv)	**+**	**+**	vjetor	
Glukoza	Glikemia	**+**	**+**	vjetor	Konsideroni testin e tolerancës oral të glukozës/HbA 1c nëse niveli i glukozës esëll (prej 5.7-6.9 mmol / L (100-125 mg / dL)
Sëmundjet Pulmonare	Simptomat respiratore dhe faktorët e rrezikut (xii)	**+**	**+**	**vjetor**	Nëse ka pasur dispne spirometria normale (e rruajtur) , atëherë të bëhet echokardiografia për të përjashtuar insuficiencës e zemrës, përkatësisht hipertensionin pulmonar
	Spirometria			Sipas indikacionit	Spirometria duhet të bëhet te të gjithë personat simptomatikë (xii)
Sëmundjet e Mëlçisë	Vlerësimi i rrezikut	+	+	vjetor	
	ALT/AST, ALP, Bilirubin	+	+	3-12 muaj	Monitorimet më të shpeshta para fillimit dhe gjatë trajtimit me terapi/barna hepatotoksike

	Shkalla e fibrozës të mëlçisë			12 muaj	Në HCV dhe /ose te personat e ko-infektuar me HBV (p.sh. Fibroskan, markerët serumik të fibrozë)
	Ultratingulli i mëlçisë			6 muaj	Personat me cirozë të mëlçisë
Sëmundjet e Veshkave	Vlerësimi i rrezikut [(VI)]	+	+	vjetor	
	GFR (SKR-EPI) [(VII)]	+	+	3-12 muaj	Monitorimet më të shpeshta nëse GFR <90mL / min, nëse faktorët e rrezikut SKR janë të pranishëm (vi) dhe / ose para fillimit dhe trajtimit me barna nefrotoksike [(ix)]
	Analiza e urinës me shirita [(VIII)]	+	+	vjetor	Çdo 6 muaj nëse GFR <60 ml / min ose rënie të shpejtë në GFR (xiv), nëse proteinuria ≥ 1+ dhe / ose GFR <60 ml / min kryej UP / C ose UA / C [(viii)]
Sëmundjet e Eshtrave	Profili i kockave: kalcium, PO4, ALP	+	+	6-12 muaj	
Vitamin D	25 (OH) vitaminë D	+		sipas indikacionit	Skrino tek personat në rrezik
Dobësimi neuro-kognitiv	Pyetësori i skriningut	+	+		Skrino të gjithë përsonat që janë lehtësisht konfuz.
Depresioni	Pyetësor	+	+	sipas indikacionit	Skrino personat në rrezik
Kanceri	Mamografia			1-3 vjet	Gratë 50-70 vjeç
	PAP testi (i qafës të mitrës)			1-3 vjet	Gratë HIV-positive> 21 vjeçare ose brenda vitit të parë pas

			fillimit të aktivitetit seksual
	Ekzaminimi rektal&anoskopi	1-3 vjet	Tek MSM dhe personat me displazi që kanë të bëjë me HPV
	Ultratinguj dhe alfa-fetoprotein	6 muaj	Diskutueshme ; personat me cirrozë dhe personat me ko-infeksion të HBV në rrezik të lartë të HCC (xiii)
	Të tjera		Të diskutueshme

I. Rishikoj të gjitha barnat të cilat potencialisht mund të ndërveprojnë me ARV ose në rritjen e ko-morbiditetit, shih:

- Barnat-Barnat ndërveprimi në mes Antipresantëve dhe ARV
- Barnat-Barnat ndërveprimi në mes Antihertenzivëve dhe ARV
- Barnat-Barnat ndërveprimi në mes Analgjetikëve dhe ARV
- Barnat-Barnat ndërveprimi në mes Antikoagulantëve, Antiplateletagent (antiaggregant) dhe ARV
- Barnat-Barnat ndërveprimi në mes Medikamenteve Animalarike dhe ARV
- Barnat-Barnat ndërveprimi në mes Bronkodilatatorëve COPD dhe ARV-vë
- Barnat-Barnat ndërveprimi në mes imunosoupresantëve dhe ARV
- Barnat-Barnat ndërveprimi në mes Antihipertensivëvepulmonar dhe ARV
- Barnat-Barnat ndërveprimi në mes Kortikosteroideve dhe ARV-vë
- Barnat-Barnat ndërveprimi në mes Kontraceptivëve dhe ARV-vë
- Barnat-Barnat ndërveprimi në mes DAAs dhe ARV-vë dhe http://www.hivdruginteractions.org

II. Nëse është i qëndrueshme në ART me numër të pa-detektuar të HIV-VL dhe CD4> 350 qeliza /µL, sugjerohet numërimi vjetor i CD4.

III. Një ekuacion i rrezikut i zhvilluar nga popullatat e HIV-it, është në dispozicion, shih: https://www.chip.dk/Tools-Standards/Clinical-risk-scores. Shënim, nëse një individi merr barna për të kontrolluar dis-lipideminë dhe/ose hipertensionin, vlerësimi duhet të interpretohet me kujdes.

IV. Një llogaritje për kolesterolin LDL në rastet kur TG (Trigliceridet) nuk janë të larta mund të gjendet në https://www.mdcalc.com/ldl-calculated

V. Faktorët e rrezikut për sëmundjet kronike të mëlçisë përfshijnë alkoolin, hepatitin viral, obezitetin, diabetin, rezistencën ndaj insulinës, hiperlipideminë dhe barnave hepatotoksike.

VI. Faktorët e rrezikut për SKR: hipertension, diabet, SKV, historia familjare, etniciteti, hepatiti viral, numërimi i ulët i CD4, pirja e duhanit, moshat e vjetra, barnat shoqëruese nefrotoksike.

VII. eGFR,(vlerësohet shkalla e filtrimit glomerular: përdore formulën SKR-EPI (epidemiologjija e Sëmundjeve kronike renale) bazuar në kreatininën e serumit, gjininë, moshën dhe përkatësia etnike, sepse vërtetimi i eGFR (vlerësimi i shkallës të filtrimit glomerular) është validuar> 60 ml

/min. Modifikimi i shkurtuar i dietës te sëmundjet renale (aMDRD) ose Cockroft-Gault (CG) ekuacioni mund të përdoret si një alternativë, shih https://www.chip.dk/Tools-Standards/Clinical-risk-scores

VIII. Disa ekspertë rekomandojnë UA/K (raporti urinar albumin kreatininës) ose UP (Urein – protein), (raporti proteina kreatininës urinës) si një provë shqyrtimi (skrining) proteinuri në të gjithë personat. UA/K kryesisht zbulon sëmundjet glomerulare. Përdoret te personat me diabet. UP/K, zbulon proteina totale sekondare ndaj sëmundjeve globulare dhe tubulare.

IX. Modele të ndryshme janë zhvilluar për llogaritjen e një rreziku 5-vjeçar SKR (Sëmundja kronike Renale) derisa janë përdorur ARVs nephrotoksike të ndryshëm, duke integruar pavarësisht HIV-in, dhe faktorët e rrezikut lidhur me HIV (6.7.).

X. Faktorët klasik të rrezikut: mosha më e vjetër, gjinia femër, hipogonadizmi, historia familjare për frakturë të kërrdhokes, IMT (indeksi i masës trupore)i ulët (≤ 19 kg/m2), mungesa e vitaminës D, pirja e duhanit, pasiviteti fizik, historia me ndikimit të ulët të frakturave, teprimi i alkoolit (> 3njësi/ditë), ekspozimi ndaj steroideve (minimum 5 mg për > 3 muaj).

XI. OBSh- vlerësimi i rrezikut të frakturë (FRAX®) http://www.shef.ac.uk/FRAX

XII. Simptomet respiratore: frymëzënja, kollë kronike dhe sputum. Faktorët e rrezikut: duhani, profesioni, ndotja brenda/jashtë dhe faktorët pritës përfshirë PCP (të mëparshëm ose TB, pneumoni të përsëritur dhe Alpha-1mungesa e antitripsinës. Duhet të merret parasysh një diagnozë SPOK (Sëmundja Pulmonare Obstruktive Kronike) te personat mbi moshën 35 vjeç që kanë një faktor rreziku (duhanxhi aktual ose ish-duhanxhi), që shfaqen me frymarrje të shpeshta, kollë kronike, prodhim i rregullt i sputumit, bronkit i shpeshtë në dimrit ose frymëzanje.

XIII. Skriningu i HCC indikohet te të gjitha personat e ko - infektuar me HBV cirotik ose HCV (edhe nëse infeksioni i HCV është shëruar dhe replikimi i HBV është i supresuar- mjekësor) në një mjedis ku është i disponueshem trajtimi për HCC. Edhe pse kosto-efektiviteti i skriningu HCC në personat me F3-fibroza * është i pasigurtë, mbikëqyrja mund të konsiderohet në bazë të një vlerësimi individual të rrezikut.

(http://www.easl.eu/research/our-contributions/clinical-practice-guidelines/detail/easl-clinical-practice-guidelines-on-hepatocellular-carcinoma).

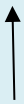
Në HBV-pozitiv jo-cirotik HCC shqyrtimi duhet të ndjekë udhëzimet aktuale të EASL. Faktorët e rrezikut për HCC në popullatë përfshin historinë familjare të HCC, etnicitetin, HDV dhe moshën. Udhëzimet EASL propozojnë përdorimin e rezultatit PAGE-B në Caucasians për të vlerësuar rrezikun HCC, megjithatë kjo pikë nuk ka qenë e vlefshme në personat HIV-pozitivë.

* F4 diagnoza e bërë (kryer) nga matja e përkohshme elastografike duhet të vërtetohen nga një rezultat biomarker, shenjat e cirrozës në mëlçi në sonografi të paktën përsëritja e elastografisë të përkohshme pas 6 muajsh. Diagnoza F3,e bërë nga matja e përkohshme e elastiografisë, matja duhet të konfirmohet nga një matje e dytë pas 6 muajsh.

Prerjet për F4 (cirroza):13.0 kPa, për F3: 10.0 kPa (http://easl.eu/research/our-contributions/clinical-practice-guidelines/detail/easl-recommendations-on-treatment-of-hepatitis-c-2018).

4.4 Pjesa II - Barnat ARV te personat HIV pozitiv / Vlerësimi i personave HIV pozitiv për gatishmërinë e tyre për të filluar terapinë me HIV dhe për të qëndruar në këtë trajtim

Qëllimi: T'i ndihmohet pacientit për të filluar trajtimin dhe për të qëndruar në këtë trajtim	
Trajtimi i sukseshëm me ARV kërkon gatishmëri të pacientit për t'iu përmbajtur trajtimit. Ka 5 faza nga koha kur pacienti vetëdijësohet për problemin, e deri te qëndrimi në këtë regjimi të trajtimit. Të kuptuarit se në cilën nga këto faza gjendet pacienti, i ndihmon profesionistit shëndetësor që t'i përdorë teknikat e përshtatshme në mënyrë që t'i ndihmojë pacientit që të fillojë dhe të qëndrojë në terapi me ARV.	Identifiko fazën në të cilën ndodhet pacienti duke përdorur teknikën WAMS(i) dhe fillo diskutimin me një pyetje/ftesë të hapur: "Do kisha dashur të bisedojmë për trajtimin me barna të HIV-it" (prit!) "çka mendoni ju?" Duke u bazuar në përgjigjen e pacientit ju e vlerësoni se në cilën fazë ndodhet ai (ii). Fillimi i menjëhershëm i trajtimit mund të vijë në konsiderim në rastet si në vijim: – Në qendrat e trajtimit për HIV/AIDS, veçanërisht kur shenjat dhe simptomet sugjerojnë për meningo -encefalit; – Dëshira e pacientit për ta filluar trajtimin; – Në raste kur mundësia e kthimit të pacientit për herët të dytë është e vogël, të fillohet trajtimi me ARV po atë ditë;
Fazat e gatishmërisë për të filluar me ARV	
Faza e parë "Nuk kam nevojë. Nuk më duhet" ↓ "Nuk dua të mendojë për këtë gjë" ↓	Ofro përkrahje: Respekto qëndrimin e pacientit/ Përpiqu të kuptosh bindjet e pacientit për shëndetin e tij / Krijo mirëbesim / Ofro informacion të thukët dhe individual / Cakto vizitën e radhës;
Faza e dytë "Jam duke menduar, por jam në mëdyshje se çfarë të bëj"	Ofro përkrahje: Përpiqu të krijosh ambivalencë/ Përkrah qëndrimet pro dhe kundër /Vlerëso nevojat për informacion dhe ofro përkrahje në kërkim të informacionit/ Cakto vizitën e radhës;
Përgatitja "Dua të filloj. Mendoj se barnat do të më ndihmojnë të kem një jetë normale"	Ofro përkrahje: Përforco vendimin e pacientit./ Merr vendim të përbashkët se cila do ishte mënyra e përshtatshme/Eduko pacientin që të vazhdojë trajtimin dhe informo për efektet anësore./Diskuto për problemet ditore. Vlerëso vetë efikasitetin: Pyet: Sa jeni i besueshëm(konfident) se ju mund t'i merrni barnat sipas asaj që kemi diskutuar?
Fillo ART ↓	

	– ofro trajnim për marrjen e barnave; – merr në konsiderim terapinë nën mbikëqyrje; – përdor alarmin e telefonit për t'ia kujtuar marrjen e barnave;
Veprimi: "Dua ta filloj që tani"	"Mbikëqyrja përfundimtare": Me një plan të përshtatshëm të trajtimit, a është pacienti në gjendje që ta marrë terapinë me ARV dhe se a eshtë terapia e qasshme?
 Të qëndruarit në trajtim "Dua të vazhdoj me trajtim" ose "Nuk po mundem të vazhdojë kaq gjatë me këtë trajtim" VËREJTJE: një person mund të pësojë relaps dhe të kalojë madje nga faza e 'qëndrimit në terapi' në fazën e parë;	Vlerëso: Se a po vazhdohet trajtimi. Vlerëso: aderencë çdo 3-6 muaj; (iv) Për personat me aderencë të mirë trego respekt Pyet: se sa është pacienti konfident që në 3- 6 muajt e ardhëshëm do të vazhdojë me trajtimin, përdor VAS 0-10 (iii) Vlerëso: Perceptimin e vetë personit aftësinë për t'iu përmbajtur dhe vazhduar trajtim. Për një person pa aderim të mjaftueshëm: përdorni teknika të pasqyrimit (v) për problemet, bëni pyetjet e hapura për të diskutuar besimet Vlerëso: fazën e gatishmërisë dhe ofro përkrahje bazike; Vlerëso: barrierat dhe rrethanat lehtësuese; Cakto vizitën e radhës;
Ka disa barriera që ndikojnë në marrjen e vendimit për të vazhduar trajtimin Vlerëso rrethanat lehtësuese	
Konsidero vlerësimin sistematik: - depresionin; - përdorimin e alkoolit, ose të drogave;	Konsidero bisedën për: - përkrahje sociale; - furnizimin me barna; - faktorët që kanë të bëjnë me terapinë
Identifiko, diskuto dhe redukto problemet kudo që është e mundur duke përdorur një qasje multidsiciplinare.	

I. ***WEMS*** *Prit (> 3 sec), duke përsëritur, reflektuar, përmbledhur [2].*

II. Personi që paraqitet në klinikë mund të jetë në faza të ndryshme të gatishmërisë: paracaktim, soditjes ose përgatitje. Hapi i parë është vlerësimi i fazës, dhe pastaj mbështetja/ndërhyrja në përputhje me rrethanat. Në rastin e paraqitjes me vonesë (numërimi CD4 <350 qeliza / µL), fillimi i ART nuk duhet të vonohet. Personi duhet të ndiqet nga afër dhe të mbështetet në mënyrë optimale. Programoni takimin e radhës brenda një kohe të shkurtër, d.m.th. 1-2 javë.

III. VAS (= Shkalla Analogjike Vizuale; shkon nga 0 deri në 10, d.m.th. = 0 nuk do të arrij, 10= jam i sigurt se do të menaxhoj)

Unë nuk do të menaxhojë Unë do të menaxhojë

0_____._____._____._____._____._____._____._____._____.10

IV. Pyetje të sugjeruara për aderimin: «Në 4 javët e kaluara sa shpesh keni humbur një dozë të barnave tuaj për HIV: çdo ditë, më shumë se një herë në javë, një herë në javë, një herë në 2 javë, një herë në muaj, kurrë? "/" A keni humbur më shumë se një dozë rresht? "[3].

V. Pasqyrimi: reflekton pas asaj që ka thënë një person ose demonstruar- joverbalisht (p.sh. zemërimi ose zhgënjimi) **PA** prezantim të materialit të ri duke bërë pyetje ose duke dhënë informacion.

VI. Aderenca e terapive afatgjata [4].

VII. PHQ-2 ose PHQ-9 [5]. Metoda-analiza tregon një marrëdhënie të qëndrueshme midis depresionit dhe mos aderimit të ARV-së, që nuk është i kufizuar vetëm tek ata me depresion klinik, prandaj, vlerësoni dhe ndërhyni synonin në uljen e ashpërsisë të simptomave depresive, madje edhe në nivelin klinik është e rëndësishme. Pyesni: «Gjatë dy javëve të fundit, sa shpesh keni qenë të mërzitur nga ndonjë problem i mëposhtme? 1. Pak interesim ose kënaqësi në bërjen e gjërave; 2. Ndjeheni poshtë, depresion ose pa shpresë. ”Përgjigjet: Jo fare (0)/Disa ditë (1)/.Më shumë se gjysma e ditëve (2)/Pothuajse çdo ditë (3). Nëse personi shënon 2 ose më shumë, shtatë pyetje shtesë, shihni pyetjen e 6.

VIII. Pyetni: "A ndjeheni që keni probleme, që të përqendroheni në jetën tuaj të përditshme? "/"A ndjeheni të ngadalësuar në të menduarit tuaj?"/ "Ndiheni sikur keni probleme me kujtesën tuaj? ”/“A shprehen të afërmit ose miqtë që ata ndjejnë që keni probleme me kujtesën tuaj ose keni vështirësi të përqendroheni? "[7].

IX. PËRDORIM i shpejtë i alkoolit, pyesni: Sa shpesh keni pasur 6 ose më shumë njësi nëse janë femra, ose 8 ose më shumë njësi nëse janë mashkull, në një rast të vetëm në vitin e fundit? Asnjëherë = 0, më pak se mujore = 1, Mujore = 2, Javore = 3, Ditore ose pothuajse ditore = 4. Ndaloni nëse përgjigja është 0 (Asnjëherë). Bëni më shumë pyetje nëse përgjigja është 1, 2, 3 ose 4. Shih [8].

X. Algoritmi i adaptuar nga [9].

4.4.1 Rekomandimet për fillimin e terapisë me ARV te personat HIV pozitiv me Infeksion Kronik të cilët s’kanë marrë me parë barna ARV

Rekomandimet bëhen në bazë të nivelit të prezencës, përkatësisht shkallës të progresionit të HIV sëmundjes dhe prezencës se rrezikut të lartë për t’u zhvilluar ko-morbiditete të ndryshme.

ARV rekomandohet te të gjithë adultët me infeksion kronik të HIV, pa marrë parasysh nivelin e CD4 (i)

(i) ARV duhet të rekomandohet pa marrë parasysh nivelin e CD4, por që sa më e u ulët të jetë vlera e CD4, aq më shumë rritet urgjenca e fillimit të terapisë me ARV. Përdorimi i ARV duhet të rekomandohet pa marrë parasysh vlerave të CD4, me qëllim të shmangjes të transmisionit me anë të aktivitetit seksual, si dhe te gruaja shtatzënë HIV pozitiv, te fëmija (para tremestrit të tretë të shtatzënisë)

- te pacientët me infeksione oportune (IO), rekomandohet fillimi me ARV brenda dy javëve nga momenti i diagnozës. Përjashtim bëjnë infeksioni me meningjit kriptokoksik, për të cilin shtyrja e fillimit të trajtimit me ARV, këshillohet për shkak të rrezikut për zhvillimin e IRIS (Immune reconstitution inflammatory syndrome – Sindroma e përgjigjes inflamatore imune)
- një përjashtim mund të bëjnë pacientët me CD4 të lartë dhe HIV-VL (ngarkesa virale) nën 1000 kopje/mL; edhe pse edhe në këto raste terapia me ARV ka treguar se e rrit vlerën CD4, zvogëlon inflamacionin dhe rrezikun e zhvillimit të infeksioneve tek raste me vlera të larta të VL;
- testi i rezistencës gjenotipike rekomandohet para se të fillohet me ARV, më së miri në momentin e diagnostikimit; përndryshe para se të fillohet me ARV;
- nëse terapia me ARV duhet të fillohet para se testet e rezistencës gjenotipike të jenë në dispozicion rekomandohet të fillohet me një bar me pengesë të lartë gjenetike për zhvillim të rezistencës në linjën e parë të trajtimit (p.sh. PI/r; PI/c; DTG, ose BIC). Do të ishte mirë që të përsëriten vlerat CD4 dhe HIV-VL, para se të fillohet me terapi me qëllim të monitorimit të përgjigjes ndaj ARV.

4.4.2 Kombinimi fillestar për personat Adult HIV pozitiv të patrajtuar më parë me terapi ARV

Për trajtimin e HIV infeksionit nga FDA janë aprovuar më shumë se 25 barna antiretrovirale (ARV) të ndara në 6 klasë sipas mekanizmit të veprimit. Këto 6 klasë përfshijnë: 1) inhibitorët nukleozidë/nukleotide të transkriptazës reverze (NRTIs), 2) inhibitoret jo-nukleozidët të transkriptazës reverze (NNRTIs), 3) inhibitorët e proteazës (PI), 4) inhibitorët e fuzionimit (FI), 5) antagonistëti CCR5 dhe 6) inhibitorët e transferit të integrazes (INSTIs). Pos këtyre, dy barnave ritonavir (RTV ose r) dhe cobocitat (COBI ose c) përdoren vetëm si përforcues farmakokinetik, booste, për të përmirësuar profilin farmakokinetik të disa antiretroviralëve (p.sh., PI dhe INSTI elvitegravir).

4.4.2.1 A) Kombinimet e rekomanduara

Komb. terapeutike	Doza	Vërejtje	Me/pa ushqim
2 NRTI+INSTI			
ABC/3TC/DTG[i,ii,x]	ABC/3TC/DTG 600/300/50 mg një bl. nëditë	Antacidet që përmbajnëAl/Ca/Mg apo multivitaminet duhet marrë të ndara(min.2 orë pas apo 6 orë përpara).	jo
TAF/FTC[iii] ose TDF/FTC[iii]+DTG[x]	TAF/FTC 25/200 mg një tbl. ç.d. apo TDF/FTC 300/200 një tbl. ç.d. +DTG 50 mg 1tbl. ç.d.	DTG 50 mg dy herë me rifampicin	jo
TAF/FTC/BIC[xi]	TAF/FTC/BIC 25/200/50 mg 1 tbl. ç.d.	Antacidet që përmbajnë Al/Ca/Mg duhen marrë 2 orë pas BIC derisa Ca,Mg apo Fe apo multivit. Mund të merren së bashku me ushqim	jo
TAF/FTC[iii] apo TDF/FTC[iii] + RAL[iv]	TAF/FTC 25/200 mg një tbl. ç.d. apo TDF/FTC 300/200 mg një . Tbl. ç.d.+RAL 600 mg 2 tbl. ç.d. apo RAL 400 mg 1 tbl.2 herë në ditë	Antacidet që përmbajnë Al apo Mg nuk rekomandohen. Marrja së bashku e RAL 1200 mg në ditë me antacidet që përmbajnë Ca, Mg, Fe nuk rekomandohet. Të përdoret në këtë rast RAL 400 mg 2x.RAL 400 apo 800 mg 2x me rifampicin	jo
2 NRTI+NNRTI			
TAF/FTC/RPV[iii] apo TDF/FTC/RPV[iii]	TAF/FTC/RPV 25/200/25 mg një tbl.ç.d. apo	Vetem në rast të CD4>200 apo HIV-VL <100.000 c/ml	Me ushqim
	TDF/FTC/RPV 300/200/25 mg njëtbl. ç.d.	PPI (Proton Pomp Ihibitor – Inhibitorët e Pompës Protonike – IPP) të kontraindikuara; H2 antagonistët të merren 12 orë para apo 4 orë pas RPV.	
2 NRTI + PI/r apo PI/c			
TAF/FTC[iii] apo TDF/FTC[iii] +DRV/c[v] apo DRV/r[v]	TAF/FTC 10/200 mg një tbl. ç.d. apoTDF/FTC 300/200 mg një tbl. ç.d. +DRV/c 800/150 mg një tbl. ç.d. apo +DRV 800 mg një tbl. ç.d.+RTV 100 mg një tbl.ç.d. ose TAF/FTC/DRV/c 10/200/800/150 mg një tbl. çdo.ditë.	Të monitorohen personat me alergji të njohur në sulfonamide	Me ushqim

4.4.2.2 B) Kombinimet alternative

Komb. terapeutike	Doza	Vërejtje	Me/pa ushqim
2 NRTI+INSTI			
ABC/3TC[i,ii])+RAL [,iv]	ABC/3TC 600/300 mg një tbl. çdo.ditë.+RAL 600 mg 2 tbl. çdo.ditë. apo RAL 400 mg një tbl. 2x ditë	Antacidet që përmbajnë Al apo Mg nuk rekomandohen. Marrja e njëkohshme e RAL 1200 mg çdo.ditë. me doza të larta të Ca nuk rek.RAL 400 mg apo 800 mg 2x me rifampicin.	Pa ushqim
TAF/FTC/EVG/c[iii,vi] apo TDF/FTC/EVG/c[iii,vi]	TAF/FTC/EVG/c 10/200/150/150 mg një tbl. ç.d. apo TDF/FTC/EVG/c 300/200/150/150 mg një tbl.çdo.ditë.	Antacidet që përmbajnë Al/Ca/Mg apo multivit. (2 orë pas apo 6 orë para)	Me ushqim
2 NRTI+NNRTI			
ABC/3TC[i,ii])+EFV [vii]	ABC/3TC 600/300mg një tbl.ç.d. +EFV 600 mg një tbl. çdo.ditë.	Vetëm nëse HIV-VL < 100.000 c/ml	Para gjumit ose 2 orë para darkës
TDF/FTC/EFV[iii,vii]	TDF/FTC/EFV 300/200/600 mg një tbl çdo.ditë.		
2 NRTI +PI/r apo PI/c			
ABC/3TC[i,ii]+ATV/c[viii,ix])apo ATV/r[viii,ix]	ABC/3TC 600/300 mg një tbl. ç.d. +ATV/c 300/150 mg një tbl. ç.d.ose+ATV 300 mg një tbl. ç.d.+RTV 100 mg një tbl çdo.ditë.	Vetëm nëse HIV-VL < 100.000 c/ml	Me ushqim
ABC/3TC[iii]+DRV/c[v] ose DRV/r[v]	ABC/3TC 600/300mg Një tbl.ç.d. +DRV/c 800/150 mg një tbl.ç.d. ose +DRV 800 mg një tbl.çdo.d.+RTV një tbl.100 mg një tbl. çdo.ditë.	Të monitorohen personat me alergji në sulfonamide	Me ushqim
TAF/FTC [iii], apo TDF/FTC [iii]+ATV/c[vii,ix] apo +ATV/r[vii,ix]	TAF/FTC 10/200 mg një tbl.ç.d. apo TDF/FTC 300/200 mg një tbl.ç.d. +ATV/c 300/150 mg një tbl.ç.d.ose ATV 300 mg një tbl.ç.d.+RTV 100 mg një tbl. çdo.ditë.		Me ushqim
Kombinimet tjera			
DTG[x]+3TC[ii,xii]	DTG 50 mg një tbl.ç.d.+3TC 300 mg një tbl. çdo.ditë..	Antacidet që përmbajnëAl/Ca/Mg apo multivit. duhen marrë të ndara	Jo

		me kohë (min.dy orë pas apo 6 ore para) Vetëm nëse HIV- VL (VL) <500.000 c/ml	
RAL+DRV/c([v]) apo + DRV/r([v,ii])	RAL 400 mg 1 tbl.2x +DRV/c 800/150 mg një tbl.ç.d. ose + DRV 800 mg një tbl.ç.d. +RTV 100 mg një tbl. çdo.ditë.	Vetëm nëse CD4 është> 200 dhe HIV-VL(VL) <100.000 c/ml. Nuk rekomandohet marrja e njëkohshme e antacideve që permbajnë Al apo Mg.	Me ushqim

(i) ABC kundërindikohet nëse HLA-B * 5701 pozitive. Edhe nëse HLA-B * 5701 është negativ, kështillimi për rrezikun e HSR ende është i detyrueshëm. ABC duhet të përdoret me kujdes te personat me një rrezik të lartë CVD (> 20%)

(ii) Përdoreni këtë kombinim vetëm nëse HBsAg-negativ.

(iii) Në disa vende TDF është etiketuar si 245 mg për të pasqyruar përqendrimin e produktit (tenofovir disoproxil). Ekzistojnë forma gjenerike të disponueshme të TDF, të cilat në vend të fumaratit përdorin kripëra fosfati, maleate dhe succinate. Ato mund të përdoren në mënyrë të ndërsjellët. Kur janë në dispozicion, kombinimet që përmbajnë TDF mund të zëvendësohen nga të njëjtat kombinime që përmbajnë TAF. TAF përdoret në 10 mg kur bashkë-administrohet me barna që pengojnë P-gp, dhe në 25 mg, kur bashkë-administrohet me barna që nuk pengojnë P-gp.

Vendim; nëse do të përdorni TDF ose TAF varet nga karakteristikat individuale, si dhe nga disponueshmëria. Deri më tani, ka vetëm të dhëna afatgjata të kufizuara në TAF. Nëse regjimi ART nuk përfshin një përforcues, TAF, dhe TDF kanë një rrezik të ngjashëm afatshkurtër të efekteve anësore të veshkave që çojnë në ndërprerje dhe fraktura të kockave.

TAF *** duhet të konsiderohet si zgjedhja e parë **** mbi TDF në individë:

- rrezik i vendosur ose i lartë i SKR (Sëmundje Kronike Renale), bashkë-mjekimi me barna nefrotoksike ose toksiciteti paraprak i TDF,
- osteoporoza/osteopenia progresive ose faktorët e rrezikut,
- Historia efrakturës së brishtësisë.

*** Ka të dhëna të kufizuara për përdorimin e TAF me eGFR <30 ml /min;

**** Mendimi i ekspertëve në pritje të të dhënave klinike.

(iv) Nuk ka të dhëna për RAL 1200 mg me rifampicinë, bashkë-administrimi nuk rekomandohet; Asnjë të dhënë për RAL 1200 mg, në shtatzani: nuk rekomandohet.

(v) Vetëm një studim ka treguar rritje të rrezikut të SKV (Sëmundje Kardio Vaskular) me përdorimin kumulativ të DRV.

(vi) TDF /FTC/EVG/c dhe TAF/FTC/ EVG/c janë trajtime alternative: brenda klasës INSTI, preferohen regjime pa përforcues me efikasitet të barabartë. TDF/ FTC / EVG / c të përdoret vetëm nëse eGFR ≥ 70 ml / min. Rekomandohet që TDF/FTC/EVG /c të mos fillohet tek personat me eGFR <90 ml / min, përveç nëse ky është trajtimi i preferuar.

(vii) EFV: të mos jepet nëse ka histori të përpjekjeve të vetëvrasjeve ose sëmundjes mendore; jo aktiv kundër HIV-2 dhe HIV-1 të grupit O.

(viii) Bashkë administrimi i PPI është i kundërindikuar. Nëse bashkë-administrimi i PPI vlerësohet si pashmangshëm, merrni parasysh një regjim alternative; nëse jepet, mund të konsiderohet rritje e dozës të ATV në 400 mg qd, rekomandohet monitorim i ngushtë klinik dhe doza e PPI e krahasueshme me omeprazol 20 mg nuk duhet të tejkalohet dhe duhet të merret afërsisht 12 orë para ATV / r. Antagonistët H2 të merren 12 orë para ose 4 orë pas ATV.

(ix) Toksiciteti i mundshëm renal me ATV/r dhe ATV/c.

(x) DTG nuk duhet të përshkruhet për gratë që kërkojnë të mbeten shtatzënë; gratë që mund të mbeten shtatzënë duhet të përdorin kontraceptues efektiv gjatë marrjes të DTG.

(xi) Ekspozimi i zvogëluar i TAF/FTC/BIC me rifampicin, bashkë-administrim nuk rekomandohet. Asnjë të dhënë për TAF/FTC/BIC në shtatzani: nuk rekomandohet.

(xii) 2 RCT (large) në 48 javë kanë treguar jo inferioritet të DTG dhe terapi të dyfishtë 3-varg kundër terapisë trefishtë te trajtimi i personat naivë me virus të tipit të egër. Konsiderohet se nevojitet përcjellje më e gjatë përtej 48 javë para se ky regjim i dyfishtë të zgjidhet si "rekomandohet.

4.4.3 Infeksioni primar me HIV

4.4.3.1 Definicioni i Infeksionit Primar me HIV [i-iv]

- Reziku i lartë i ekspozimit brenda gjashtë muajve të fundit dhe
- Detektimi i virusit në plazëm(Ag 24p ose HIV-ARN) ose/dhe
- Zhvillimi i reaktivitetit të antitrupave anti HIV(negativ, apo intermediar në pozitiv)
- Me(23-92%) ose pa simptome klinike.

4.4.3.2 Klasifikimi i Infeksionit Primar me HIV [i-iv]

- Infeksioni akut: Detektimi i HIV (Ag p24 dhe/apo HIV-ARN) në mungesë të antitrupave
- Infeksioni i freskët: Detektimi i antitrupave për HIV;deri në gjashtë muaj pas infeksionit.

4.4.3.3 Fillimi i trajtimit [v-vi]

Trajtimi i Infeksionit Primar me HIV rekomandohet për të gjithë personat HIV pozitiv. Në rrethana të caktuara indikohet fillimi i trajtimit të menjëhershëm

Rrethanat kur duhet të inicohet trajtimi i menjëhershëm:

- Infeksioni akut
- Simptomet e rënda, ose të zgjatura
- Sëmundjet neurologjike
- Mosha > 50 vjeçare
- Niveli i CD4 < 350 qel/μL
- Shtatzënia

Rekomandimi bazohet në:

- Demonstrimin e përfitimeve virologjike dhe imunologjike dhe parashikimi i përfitimeve klinike nga terapia e hershme[v].
- Redukimi i rrezikut të transmetimit të sëmundjes.
- Zakonisht koha e shkurtë në mes zbulimit të IPH dhe nivelit të CD4<500qel/ µL.
- Reduktimi i ankthit dhe lehtësimi i zbulimit të infeksionit me HIV tek personat e kontaktit
- Personi HIV pozitiv duhet të jetë i gatshëm të marrë terapi dhe këshillimi duhet të nënkuptojë përfitimet e fillimit të trajtimit të hershëm. Personi HIV pozitiv duhet gjithashtu të njoftohet për mangësitë e trajtimit të hershëm.
- Personat asimptomatikë me IPH me një infeksion të sapo diagnostikuar dhe me vlerë të ruajtur të CD4 që vendosin të shtyjnë fillimin e terapisë, duhet të mbeten të mbikëqyrura në vizitat e radhës.
- Pasi të fillohet trajtimi, nuk bën të ndërpritet duhet të vazhdohet. Ndërprerja e terapisë nuk rekomandohet.

Selektimi i trajtimit

- Përdorimi i mëparshëm i profilaksës para dhe pas ekspozimit duhet të identifikohet dhe të merret parasysh me rastin e përzgjedhjes së regjimit fillestar (inicial).
- Testi i rezistencës ndaj barnave rekomandohet në të gjitha rastet sa më shpejt që të jetë e mundur pas diagnozës. Rekomandohet një test gjenotipik (më mirë se fenotipik) përshkak të rritjes së senzitivitetit dhe të pasurit në dispozicion të këtij testi.
- Kur ka indikacione për trajtim të menjëhershëm (shih tabelën), terapia mund të fillojë para se t'i kemi në dispozicion rezultatet e testit të rezistencës. Përderisa evidenca është duke u zhvilluar, udhëzimet e tanishme mbeten që në raste të tilla përparësi t'i jepet këtyre kombinimeve të barnave: PI/r ose PI/c në mënyrë që të rritet barriera ndaj rezistencës të regjimit të përgjithshëm. Një INSTI (integrase strand transfer inhibitor) duhet gjithashtu të përfshihet në mënyrë që të nxisë supresionin e shpejtë të ngarkesës virale. Duhet të merret në konsiderat të një kombinimi TDF ose TAF, FTC dhe/ose DRV ose INSTI, dhe regjimi duhet përshtatur, nëse është e nevojshme, sapo të bëhet testi i rezistencës dhe të arrihet supresioni i ngarkesës virale.

Të tjera

- Të gjithë personat HIV pozitiv duhet nënshtruar ekzaminimeve/hulumtimeve për diagnostikimin e IST (p.sh. sifilis, gonorea, klamidia, HBV dhe HCV). Serokonversioni i antitrupave mund të vonojë dhe në këto raste është i nevojshëm ARN virale me qëlllim të identifikimit të një HCV infeksioni të tanishëm.
- Të gjitha gratë HIV pozitive të moshës reproduktive duhet të testohen për test të shtatzënisë.
- Të gjithë personat HIV pozitiv, duhet këshilluar për rrezikun e lartë të transmetimit të sëmundjes, masat preventive, si dhe rëndësinë e njoftimit të partnerit për infeksionin.

i. HIV-1 ARN bëhet e detektueshme në plazmë rreth ditës të 11-të pas ekspozimit, afërsisht 7 ditë përpara p24 Ag dhe 12 ditë para antitrupave anti-HIV.

ii. Kur janë në dispozicion, Western Blot (WB) Modelet e reaktivitetit ose Immunoblot mund të përdoren për të organizuar infeksionin si më poshtë [12];

   - Faza I: HIV-ARN pozitive vetëm (kohëzgjatja mesatare 5 ditë). Nivelet e HIV-VL janë 2,000 kopje/ml (IQR 300-20,000 kopje / ml), dhe janë <100 kopje/ml në afro 10% të personave me HIV pozitiv. Nivele të ulëta të HIV-VL duhet të interpretohen me kujdes për shkak të rrezikut të pozitivitetit të rremë (p.sh., për shkak të kontaminimit).
   - Faza II: HIV-RNA dhe p24 Ag vetëm pozitive (kohëzgjatja mesatare 5.3 ditë) .NB: Nivelet e HIV-VL janë zakonisht> 10,000 kopje/ml.
   - Faza III: HIV-RNA, p24 Ag dhe antitrupa anti-HIV pozitive nga imuniteti, pa asnjë grup/brez specifik të BB (kohëzgjatja mesatare 3.2 ditë).
   - Faza IV: si Faza III, por modeli i papërcaktuar i BB (5.6 ditë),
   - Faza V: si Faza III, por mungon model reaktiv i BB-së reaktiviteti p31, kohë zgjatja mesatare (kohëzgjatja mesatare 69.5 ditë),
   - Faza VI: si faza e III, por reaktiviteti i plotë BB, përfshinë një brez p31 (i pa pëecaktuar).

iii. Të gjithë me HIV-VL të detektueshëm dhe serologji negative ose të papërcaktuar duhet të marrin konfirmimin e serokonversionit të antitrupave anti-HIV në testimin vijues. Intervali i testimit (deri në fazën V) është një javë.

iv. Disa qendra mund të kenë qasje në shënuesit e sero-incidencës (p.sh., testimi i aviditetit të antitrupave) që identifikojnë një infeksion të fituar brenda 3-6 muajve të mëparshëm. Besueshmëria e vlerësimit ndryshon dhe rezultatet duhet të interpretohen me kujdes kur ato janë treguesit e vetëm të një infeksioni të fundit.

v. Përfitimet e mundshme të trajtimit: zvogëloni ashpërsinë e simptomave akute; ulini pikën e caktuar të HIV-VL dhe madhësinë e rezervuarit viral; të zvogëlojë evolucionin gjenetik viral; zvogëlojnë aktivizimin imunitar dhe inflamacionin; ruajnë funksionin imunitar dhe integritetin e indeve limfoide; ndoshta ushtrojnë mbrojtje neurologjike dhe zorrë; mundësisht të rrisë kontrollin pas trajtimit dhe përgjigjen ndaj strategjive të ardhshme të zhdukjes. Këto efekte kanë më shumë të ngjarë nëse trajtimi fillohet në fazën akute të PHI.

vi. Disavantazhi i mundshëm i trajtimit: dëshmi e fortë, e kontrolluar që trajtimi i PHI rezulton në përfitime klinike për një afat të gjatë (në lidhje me fillimin e terapisë gjatë fazës së PHI) aktualisht mungon. Të dhënat që mbështesin trajtimin e menjëhershëm kryesisht vijnë nga persona me PHI simptomatike.

Mundësia e ulët e kontrollit pas trajtimit; ndërprerja e trajtimit zakonisht çon në kthimin e indikatorëve të HIV-VL dhe inflamacionit; pasoja të mundshme negative të ART-së afatgjatë (toksiciteti, rezistenca ndaj barnave). Një pjesë e vogël e personave me HIV pozitiv mund të kontrollojnë spontanisht infeksionin pa trajtim (kontrolluesit elitar).

Shih. ligjëratat në video Kur të fillohet me ART-Pjesa 1, Kur të filloni ART Part 2, Me cilën ART të fillohet-Pjesën 1 dhe me cilën/çfarë ARTtë fillohet-Pjesa 2 nga kursi në internet EACS mbi Menaxhimin Klinik të HIV-it.

4.4.4 Strategjitë ndryshuese (kaluese) të trajtimit për personat virologjikisht të supresuar

Definicioni i Supresionit Virologjik

Në bazë të eksperimenteve klinike që kanë të bëjnë me ndryshimet (kalimet) e strategjisë të trajtimit është definuar situata e supresionin virologjik, atëherë kur HIV-VL është< se 50 kopje/ml për së paku 6 muaj.

Indikacionet

1. Toksiciteti i dokumentuar, i shkaktuar paraprakisht nga një apo me shumë antiretrovirale të përfshirë në terapinë e dhënë. Si shembuj të arsyes të ndërrimeve të tilla reaktive mund të jenë: Lipoatrofia(d4T,AZT), efekte anësore në nivel të SNQ (EFV), diarea (PI/r), ikteri (ATV), tubulopatia proksimale renale si dhe denzitet i ulët i mineraleve të eshtrave (TDF).
2. Prevenimi i toksicitetit afatgjatë. Shembuj të tillë kemi: Prevenimi i lipo atrofisë tek personat që marrin d4T apo AZT si edhe prevenimi i tubulo patiserenale proksimale me TDF.
3. Shmangia e interaksioneve serioze në mes të dy barnave.
4. Shtatzënia e planifikuar.
5. Mplakja dhe/apo komorbiditeti me mundësi të ndikimit negativ të barnave përkatëse aktuale që merr pacienti si psh.Rreziku i SKV, çrregullime metabolike etj.
6. Thjeshtësimi i terapisë : qëllimi i reduktimit të sasisë të barnave, përmirësimi i adherencës etj.
7. Fillimi i trajtimit të HCV në rast të interaksionit mes të barnave.

Parimet

Klinicistët duhet gjithmonë të shqyrtojnë mundësinë e efekteve anësore përkatësisht çështjen e tolerimit të barnave aktuale antiretrovirale. Nuk do të thotë që, po që se një person HIV pozitiv ka vlera të padetektueshme të HIV-VL(VL) në gjak, ai është adaptuar mjaftueshëm përkatësisht e toleron mirë terapinë aktuale përkatëse.

1. Objektivat e modifikimit të terapisë duhet të jenë eliminimi përkatësisht zvogëlimi i efekteve anësore, lehtësimi i trajtimit të komorbiditetit si dhe të permirësohet kualiteti i jetës.
2. Me rastin e modifikimit të terapisë brenga kryesore duhet të jetë si të mbahet edhe me tutje supresioni virusal dhe te prevenohet rritja e vlerave te HIV-VL. Tek personat të cilët më parë nuk kanë pasur dështim virologjik përkatësisht rezistencë të evidentuar, modifikimi i terapisë

ka gjasa të vogla të shkaktoje dështim virologjik, po që se klinicisti përzgjedhë njërën nga kombinimet e zgjedhjes të parë (First-line therapy).

3. Gjithmonë para se të bëhet modifikimi i terapisë duhet marrë një anamneze e thuktë e terapisë antiretrovirale paraprake, vlerave të HIV-VL,tolerancësndaj barnave, testit të rezistencës etj.
4. Po që se gjatë modifikimit të terapisë duhet hequr nga kombinimi TDF dhe në të njëjtën kohë nuk shtohet TAF atëherë duhet shikuar HBV statusi (të shmanget heqja e TDF tek personat me hepatit kronik B si edhe të vlerësohet HBV statusi vaksinal i personit HIV pozitiv.
5. Pas modifikimit të terapisë, personat HIV pozitiv duhen rishikuar menjëherë pas (psh.4 javësh) në mënyrë që të përcillet mbajtja e mëtutjeshme e supresionit viral si dhe mundësive për efektet toksike të kombinimit të ri.
6. Po që se një person HIV pozitiv përdor dhe njëkohësisht e toleron mirë në kombinim të barnave të cilat nuk janë tani më opsion i preferuar nuk ka nevojë për ndërrim të këtij kombinimi psh.personat të cilët tolerojnë kombinimet që përmbajnë EFV.

4.4.4.1 Dështimi Virologjik

Definicioni	**SUPRESIONI JOKOMPLET**: HIV - VL >200 c/ml 6(muaj [1)] pas fillimit të terapisë tek personat të cilët më parë nuk kanë marrë TAR. Rikthimi (REBOUND): HIV-VL >50 c/ml tek personat të cilët paraprakisht kanë pasë vlera të padetektueshme të HIV-VL	**Në rast të zhvillimit të rezistencës** **rekomandimet e përgjithshme:**	Të përdorën së paku 2 deri ne 3 barëra aktive në regjimin e ri terapeutik (përfshirë këtu Barnat aktive nga grupi i barnave të përdorura me parë) gjithmonë bazuar ne testin e rezistencës.
Masat e përgjithshme	Të rishqyrtohet potenca e kombinimit aktual të terapisë Të vlerësohet adherenca ,toleranca, interaksioni mes barnave, interaksioni barëra- ushqim, çështja psikosociale. Të bëhet testi i rezistencës (zakonisht i disponueshëm po që se vlerat HIV-VL janë >350-500 c/ml Testimi i tropizmit Të rishqyrtohet historiku i TAR paraprake. Të identifikohen opsionet terapeutike, aktive dhe potencialisht aktive (kombinimet) Të konsiderohet Monitorimi direkt terapeutik (MDT)		Cilido regjim i barërave duhet përfshirë së paku 1 PI të sforcuar (psh.DRV/r) plus një bar nga grupi i barnave të cilat nuk janë përdorur më parë si psh.INSTI,FI apo CCR5 antaginst apo një NNRTI.
Menaxhimi i dështimit virologjik	**Po që se HIV-VL është > 50 dhe < 500 c/ml :** Verifiko adherencen,		Të shtyhet modifikimi i terapisë nëse janë në dispozicion me pak se dy barna aktive

	Të matet HIV-VL 1 deri 2 muaj më vonë. Nëse nuk ka mundësi të gjenotipizimit, konsideroni ndërrimin e terapisë duke u bazuar ne trajtimin e kaluar përkatësisht historinë e rezistencës.	bazuar ne testin e rezistencës, përveç në personat me CD4 të ulët (< 100)
	Po që se haset në rezistencë atëherë të modifikohet terapia bazuar në historikun e barërave preferohet diskutimi multidisciplinar i ekspertëve.	Nëse janë janë opcionet e limituara, të konsiderohen Barnat e reja
	Nëse HIV/VL është i konfirmuar, >500 kopje/ml, atëherë: Ndërro kombinimin sa më parë. Se për çfarë kombinimi duhet vendosur do të varet nga rezultati i testit të rezistencës. Nëse nuk ka rezistencë atëherë duhet riverifikuar për adherencë përkatësisht të aplikohet MDT.	Ndërprerja e terapisë nuk rekomandohet
	Po që se haset në rezistencë atëherë të modifikohet terapia bazuar në historikun e barërave; preferohet diskutim multidisciplinar i ekspertëve.	Po që se janë disa opcione në dispozicion, atëherë kriteret e për zgjedhjes perfshijnë: thjeshtësinë e regjimit terapeutik,vlerësimin e riskut, toksicitetit, interaksionin e barërave
	Synimi i kombinimit të ri terapeutik është: HIV-VL < 50 c/ml Brenda 6 muajsh	Tek personat me vlerat shumë të larta bazike të HIV/VL (mbi 100.000 – 500.000 kopje/ml), arritja e supresionit viral mund të marrë kohë deri 6 muaj.

[i] Në personat me vlera fillestare shumë të lartë HIV-VL (> 100,000-500,000 kopje / ml) arritja e shtypjes virale mund të zgjasë më shumë se 6 muaj.

Shih;. ligjëratat në internet Aderimi dhe Parandalimi i Rezistencës të Barnave HIV nga kursi në internet EACS Menaxhimi Klinik i HIV.

4.4.4.2 Trajtimi i grave shtatzëna HIV pozitive

Gratë shtatzëna duhet monitoruar çdo muaj dhe sa më afër që të jetë e mundur në datën e parashikuar të lindjes.

Kriteret e fillimit të ARV-së te gratë shtatzëna	Njejtë sikur tek femrat joshtatzëna.
Qëllimi i trajtimit te gratë shtatzëna	Supresioni i plotë i HIV-VL së paku në tremujorin e tretë dhe në mënyrë specifike në kohën e lindjes. Në këtë rast, rreziku i transmetimit është 0 deri në< 0.5 %.
Testi i rezistencës	I njëjtë si te gratë jo-shtatzëna, dmth. para fillimit të ARV-së dhe në rast të dështimit virologjik.
Skenaret	
1. Gratë që planifikojnë të mbesin shtatzënë derisa janë në ARV	1.Të vazhdohet me ARV, përveç në rastet kur merr një kombinim të barnave të cilat janë kontraindikuar në shtatzëni (DGG në tremestrin e parë, ddl+d4t, kombinimet triple NRTI).
2.Gratë që mbesin shtatzënë derisa janë në terapi	2. Të vazhdohet me ARV, përveç në rastet kur merr një kombinim të barnave të cilat janë të kontraindikuara në shtatzëni (DTG në trimestrin e parë, ddl + D$T, kombinimet triple NRTI).
3. Gratë që janë shtatzënë dhe që nuk janë në terapi	3. Fillimi i trajtimit me ARV rekomandohet sa më parë që është e mundur.
4. Gratë, monitorimi i të cilave fillon vonë në tremujorin e dytë, ose në tremujorin e tretë	4. Filloni me ARV menjëherë dhe merrni në konsideratë RAL si zgjedhjen e preferuar me qëllim të arritjes së rënies së shpejtë të HIV-VL dhe për të siguruar që HIV-VL të jetë i padetektueshëm në kohën e lindjes.
5. Gratë të cilave në tremujorin e tretë vlera e HIV-VL nuk është e padetektueshme, shpejt të HIV-VL dhe për të siguruar që HIV-VL të jetë i padetektueshëm në kohën e lindjes.	5. Të bëhet testi i rezistencës dhe të merret në konsideratë ndërrimi ose shtimi i INSTI (RAL ose DTG) me qëllim të arritjes së shpejtë të rënies së HIV/VL
	Njësoj si për gratë joshtatzënë
Regjimi antiretroviral në shtatzëni	Nëse RAL (400 mg dy herë në ditë) RPV ose DRV/r mund të vazhdohet. Nuk ka të dhëna për RAL 1200 mg çdo ditë; nuk rekomandohet. Gratë në EVG/c duhe të informohen më shumë rreth monitorimit të HIV/VL dhe nivelit të barnave. Gratë në DTG duhe të kalojnë në një bari të tretë të ndryshëm, të paktën për tremujorin e parë (prova e rritjes së rrezikut të defektit të tubit nervor, tek të sa polindurit e ekspozuar ndaj DTG nga një grup i vëzhgimit). Në mesin e PI/r, preferoni ATV/r RTV është nxitës i rekomanduar për gratë në trajtim me PI të rritur gjatë shtatzënisë;

	DRV/c nuk rekomandohet gjatë shtatzënisë për shkak të uljes së konsiderueshme të ekspozimit të DRV dhe COBI në tremujorin e dytët dhe të tretë të shtatzënisë. EFV është një alternative e përshtatshme për gratë shtatzëna që kanë nevojë të fillojnë me trajtim. Mund të vazhdohet nëse ka filluar para shtatzënisë. VLP nuk duhet të inicohet, por vazhdimi është i mundur nëse fillohet para shtatzënisë. Përvojë të kufizuar me TAF në shtatzëni: nuk rekomandohet si terapi iniciale. Nuk ka përvojë me BIC në shtatzëni: nuk rekomandohet.
Barna të kundërindikuara gjatë shtatzënisë	DTG (tremujori i parë), ddI +d4T, kombinimi trefish NRTI
I.v. ZDV gjatë lindjes	Vetëm nëse HIV/VL > kopje/ml në javën e parë 34 -36
Dozë e vetme e VLB gjatë lindjes	Nuk rekomandohet
Prerja cezariane	Vetëm nëse HIV/VL > kopje/ml në javën e 34 – 36
Gjidhënia	Ne këshillojmë mos ushqyerjen me gji. Në rast se një grua këmbëngul në ushqyerjen në gji, ne rekomandojmë përcelljen, me rritjen e monitorimit klinik dhe virologjik të nënës dhe foshnjës.

4.4.4.3 ARV tek Ko-infeksioni TB/HIV

Parimet

- Personat me TB duhet të fillojnë me terapinë standarde të TB me rifampicinë/isoniazid/ pirazinamide/ethambutol 2 muaj , për të vazhduar pas rifampicin /isoniazid 4 muaj (zgjedhja e barnave dhe kohëzgjatja e trajtimit varet nga ndjeshmëria e barnave dhe organi i prekur), **shih** Diagnoza dhe Trajtimi i TB në Personat HIV-pozitivë
- Të gjithë personat me infeksione me TB/HIV duhet të fillojnë ARV pavarësisht nga vlera e CD4. Mbikëqyrja e trajtimit dhe vlerësimi i adherencës janë shumë të rëndësishme.

Koha e sugjeruar e inicimit me ARV me ko-infeksioni TB / HIV bazuar në vlerat të CD4

- <50 qeliza /µL. Sa më parë që trajtimi TB është i tolerueshëm dhe kurdo qoftë herë tjetër brenda 2 javëve.
- ≥ 50 qeliza / µL: mund të shtyhet 8 deri në 12 javë trajtimi me TB, veçanërisht kur ka vështirësi në ndërveprimet e barnave, aderimin dhe toksicitetin

- Megjithëse një hulumtim tregoi se ART-i i hershëm (brenda 2 javëve) nuk e ul vdekshmërinë te meningjiti tuberkular, rekomandimet për inicimet e ARV-së duhet të bazohen në vlerën e CD4 në personat HIV-pozitivë me ko-infeksion me TB.
- Kujdes për reaksionin e IRIS tek personat që fillojnë ART në nivelet e ulëta të CD4 dhe me fillimin e hershëm të ARV. Kortikosteroidet duhet të merren parasysh për trajtimin e IRIS simptomatike, me dozat dhe kohëzgjatjen e përshtatur sipas reagimit ndaj IRIS.

Rekomandimi për linjën e parë ARV me barna anti-TB

- TDF/FTC + RAL ose TDF/FTC/EFV (shih tabelën për rregullimin e dozës me rifamicin).

Alternativat

Kur kombinimet nuk rekomandohet ose përdoren me kujdes ose për shkak të rezistencës/ intolerancës, duhet të kërkohet këshilla për trajtimin special nga specialist për HIV.

- TDF/FTC + PI/ r, duke përdorur rifabutin në vend të rifampicinës (shih tabelën për rregullimin e dozës së rifabutinës). Përdoreni me kujdes.
- TDF/FTC + DTG dy herë në ditë me rifampicin.

Në vendet ku as DTG as rifabutin nuk janë në dispozicion, kombinimet e mëposhtme mund të përfaqësojnë gjithashtu një alternativë afat-shkurtër derisa të përfundojë trajtimi anti-TB.

- Rifampicin plus kombinim i dozës fikse ABC/3TC/ZDV + TDF një herë në ditë (nëse HIV-VL <100,000 kopje / ml).
- Rifampicin plus dozë të dyfishtë LPV/ r ose me RTV dozë shtesë të rritur (400 mg dy herë në ditë) + LPV.
- Për regjime të tjera të bazuara në 2 NRTIs plus VLP, RPV, ETV ose MVC, rekomandohet konsultimi me një specialist të HIV-it.

Interaksionet e rëndësishme bar-bar në mes të ART dhe rifampicin/rifabutin

Barnat ARV	ARV specifike	Ndërveprimet e barnave dhe përshtatja e rekomanduar e dozave së njërës ose të dyja- barnave.
NRTIs		Rifampicin:doza standarde për të gjitha barnat
		Rifabutin: doza standarde për të gjitha barnat
PI/r dhe PI/c		Rifampicin: nuk rekomandohet
PI/r		Rifabutin:150mg /d dhe PI në dozë standarde

PI/c	Monitoroni enzimet e mëlçisë dhe, sa herë të jetë e mundur, të kryeni TDM për PI	Rifabutin:nuk rekomandohet. Nëse duhet të rekomandohet jepet 150mg/d
NNRTIs	EFV	Rifampicin: Nuk kërkohet ndryshim i dozës. EFV: dozë standarde ARV TDM rekomandohet pas 2 javësh.
		Rifabutin: 450 mgqd. EFV: dozë standarde.
	VLP	as rifampicin , as rifabutin nuk rekomandohet.
	RPV	Rifamicina: nuk rekomandohet.
		Rifabutin: dozë standarde: doza RPV duhet të rritet (përdorni me kujdes)
	ETV	Rifampicina: nuk rekomandohet
		Rifabutin: dozë standarde të të dy barnat (disa të dhëna - përdorim me kujdes)
INSTI	EVG/c	Rifampicina: nuk rekomandohet
		Rifabutin: 150 mg]do ditë. EVG: dozë standarde. Të përdoreni me kujdes.
	RAL	Rifampicin: dozë standarde. RAL 400 ose 800 mg 2x dhe të kryejë TDM për RAL. Nuk ka të dhëna me RAL 1200 mg: mos përdorni
		Rifabutin: Doza standarde e të dy barëve
	DTG	Rifampicin: dozë standarde. DTG 50 mg 2x (përdoret vetëm në mungesë të rezistencës INSTI)
		Rifabutin:dozë standandarde e të dy barnave
	BIC	Rifampicin: nuk rekomandohet Rifabutin: nuk ka të dhëna të disponueshme, nuk rekomandohet
ART tjerë	MVC	Rifampicin:MCV 600mg 2x
		Rifabutin: dozë standarde e MVC (300 mg 2x në mungesë të një PI, 150 mg 2x në praninë e një PI)

Profilaksa pas ekspozimi

Risku	Natyra e ekspozimit	Statusi i personit të kontaktit
Gjaku	Penetrim subkutan, ose intramuskular me gjilpëra i.m., ose i.v., ose mjete intravaskulare	HIV pozitiv, ose nuk dihet statusi i HIV-it, por ka faktorë të lartë të rrezikut
	Lëndimi perkutan me instrumente te mprehta (lancetë), gjilpëra i.m. ose s.c., gjilpëra për qepje;	HIV pozitiv

	Kontakti >15 minuta me membranat e mukozës ose lëkurë intakte	
Sekrecionet Gjenitale	Seks anal, ose vagjinal	HIV pozitiv, ose statusi i panjohur, por ka faktorë të lartë të rrezikut për infeksion me HIV. Nëse personi i kontaktit është me ART, PEP duhet të fillohet, HIV-VL duhet të përsëritet, dhe, nëse është i pa-detektueshëm, PEP duhet të ndërpritet
	Seks oral me ejakulim	HIV pozitiv
Përdorues intravenoz i drogave	Shkëmbim i shiringave, gjilpërave, materialit për përgatitje, ose çfarëdo materiali tjetër	HIV pozitiv

- Rekomandohet testimi rapid për HCV dhe HIV te personi i kontaktit (nëse statusi i HIV-it nuk është i njohur);
- Nëse personi i kontaktit HIV pozitiv është në trajtim me ARV, atëherë kërko testin e rezistencës nëse HIV/VL është i detektueshëm;
- Ofro PEP sipas nevojave të individit duke u bazuar në anamnezën e trajtimit të burimit të infeksionit dhe rezistencës në testet e mëparëshme
- PEP të fillohet më së miri më herët se 4 orë nga ekspozimi dhe jo më vonë se 48/78 orë;
- Kohëzgjatja e PEP: 4 javë;
- Kombinimet e rekomanduara te PEP: TDF/FTC (alternative ZDV/3TC) +RAL dy herë në ditë; ose + DRV/r një herë në ditë, ose LPV/r dy herë në ditë; TDF/FTC + DTG një herë në ditë si një alternative
- Skriningu i plotë për sëmundje seksualisht transmisive;
- Kontracepcion emergjent për ekspozim seksual;
- Përcjellja;
- Serologjia e HIV + HBV dhe HCV, testi i shtatzënisë (femrat) brenda 48 orëve të ekspozimit;
- Rivlerësimi se a indikohet PEP bëhet nga ekspertë të HIV brenda 48 – 72 orëve.
- Vlerëso se a është regjimi i PEP i tolerueshëm.
- Transaminazat, serologjia e HIV-PCR dhe HCV në muajin e parë, nëse personi i kontaktit është HCV pozitiv (i observuar, apo i dyshuar).

Profilaksa para ekspozimit (PrPE)

1. PrP E duhet të përdoret te të rriturit me rrezik të lartë për ta kontrolluar infeksionin me HIV, kur kondomët nuk janë përdorur vazhdimisht. Para se të fillohet me PrPE, statusi i Hepatiti B duhet të jetë i dokumentuar.

   - Rekomandohet te meshkujt HIV negative që bëjnë seks me meshkuj (MSM) dhe te personat transgjendër nëse kondomi nuk është përdorur vazhdimisht gjatë seksit me partnerë të rastit, ose me partnerë që janë HIV pozitiv dhe që nuk përdorin terapi.
   - Mund të kosiderohet te gratë heteroseksuale HIV negative dhe te meshkujt që nuk përdorin vazhdimisht kondomë dhe që kanë partnerë të shumët seksualë, disa nga të cilët mund të jenë HIV pozitiv dhe nuk përdorin terapi.

2. PrPE është një intervenim mjekësor që ofron nivel të lartë të mbrojtjes kundër marrjes së infeksonit me HIV, por nuk mbron kundër IST tjera dhe duhet të përdoret në kombinim me mbrojtje tjera preventive. PrPE duhet të mbikëqyret nga një mjek që ka përvojë me shëndetin seksual dhe me përdorimin e barnave të HIV-it. Rekomandohen procedurat vijuese:

   - Dokumentimi se pacienti është negative në testin e HIV-it, të gjeneratës së katërt para se të fillohet me PrPE. GjatëPrPE, ky test duhet të përsëritet çdo muaj dhe PrPE duhet të ndërpritet menjëherë në rast të shenjave të hershme klinike të serokonverzioni , ose të testit pozitiv të HIV dhe të personat që referohen për evaluim në njësinë e HIV.
   - Para se të fillohet me PrPE, statusi serologjik i Hepatiti B duhet të dokumentohet.
   - Të këshillohet se PrPE nuk prevenon IST tjera, prandaj duhet të bëhet skriningu për IST (përfshirë Hepatitin C), kur të fillohet me PrPE dhe rregullisht gjatë përdorimit të PrPE.
   - Të këshillhet që PrPE, mund të ketë ndikim në shëndetin renal dhe në eshtra. Duhet të shikohet funksioni renal dhe densiteti mineral i eshtrave.

3. Regjimi me PrPE

   - TDF/FTC 300*/200 mg 1 tablet çdo ditë. Për MSM me sjellje me rrezik të lartë PrPE mund të dozohet sipas kërkesës (dyfishi i dozës të TDF/FTC 2-24 orë, para secilës marrëdhënie seksuale, e shoqëruar me dy doza të vetme të TDF/FTC, 24 dhe 48 orë pas marrjes së dozës të parë. Nëse dozohet “sipas kërkesës”, doza totale për një javë nuk duhet ti kalojë 7 tableta. Nuk ka të dhëna të kohës të fundit për përdorimin e 3TC ose TAF për PrEP.

- Përdorimi i përbërjes gjenerike të TDF/FTC, nëse është e qasshme, mund të përmirësojë kost-efektivitetin e PrEP, gjë që ka rëndësi esenciale në aspektin e shëndetit publik.
- Për momentin, nuk kemi të dhëna klinike se 3TC dhe TAF mund të përdoren si PrEP.
- Në disa vende TDF është regjistruar me dozimin 245 mg në vend të 300 mg për të refelektuar sasinë e paramedikamentit (tenofovir disproxil) se sa me kriprat e fumarateve (tenofovir disoproxil fumara).

4.5 Pjesa III - Parandalimi dhe menaxhimi i Ko-morbiditeve te personat HIV pozitiv

Vaksinimi bëhet sipas udhërrëfyeseve kombëtare për popullatën e shëndetshme dhe preferohet pasi që është arritur supresioni viral dhe rivendosja imunitare (Vlera CD4> 200 qeliza/µL).

- Duhet të merret parasysh përsëritja përsëritja e vaksinimit që është bërë më parë tek vlera CD4 <200 qeliza/µL (<14%), përkatësisht tek viremia jo e supresuar, atëherë kur kemi rivendosje të imunitetit i cili është arritur (kur HIV/VL është i padetektueshëm dhe vlera e CD4> 200 qeliza / µL)
- Meqë përgjigja ndaj vaksinimit mund të jetë dukshëm më e ulët tek personat me HIV infeksion (dmth. Vlerat e ulëta të serokonvertimit, rënia më e shpejtë e titrit), atëherë duhet te mirën parasysh vlerat e antitrupave për vlerësim të efektivitetit të tyre.
- Duhet me ju shmang vaksinave polisaharide
- Për vaksinat e gjalla të dobësuara [(i)] (përveç kufizimeve për popullsinë e përgjithshme):
- * Fruthi, parotiti, rubeola

Është e kotraindikuar nëse vlera e CD4 <200 qeliza / µL (14%) dhe/ose AIDS.

Mbrojtje e dobët pas vaksinimit me viremi të pa supresuar.

Infeksioni	Arsyeshmeria e vaksinimit tek personat me HIV infeksion	Komenti
Influenza Virus	Shkalla më e lartë e pneumonisë. Rekomandohet në mënyrë të qartë tek personat me HIV.	Vjetore
Human Papilloma Virus (HPV)	Rrezik i përbashkët me persona me HIV infeksion. Shkallë e lartë e kancerit cervikal dhe anal.	Vaksinohen me 3 doza të gjithë personat deri në 26-40 vjeç. Aplikohen vaksina 9-valente (nëse është në dispozicion). Nëse konstatohet infeksion HPV, efikasiteti i vaksinës vihet në pikëpyetje.
Hepatitis B Virus (HBV)	Rrezik i përbashkët me persona me HIV infeksion. HIVinfeksioni pështpejton progredimin e sëmundjes së mëlçisë.	Vaksino nëse është sero negativ. Përsëritet doza derisa anti trupat anti-HBs të arrijnë vlerën ≥ 10 IU / L sipas udhëzimeve kombëtare. Në mënyrë që të arrihet ≥ 100 IU/L në rast të mos përgjigjes imunitare të përsëriten 3 doza nëse anti-HBs< 10IU/L,1dozë nëse anti-HBs< 100 IU(ii); konsideroni dozë të dyfishtë (40 µg) në veçanti tek raste me vlerë të ulët të CD4, përkatësisht me vlerë të lartë HIV-VL.
Hepatitis A Virus (HAV)	Sipas rrezikut të profilit(personat që udhëtojnë shumë, MSM, PID, personat me hepatit aktiv B ose C) IVDU.	Vaksino nëse janë sero negativ. Merrni parasysh kontrollimin e titrave të anti trupave tek personat në risk të lartë. Pritet reagimi i dobët imunitar tek rastet me ko- vaksinim HAV/ HBV.
Neisseria meningitidis	Si tek popullata e përgjithshme.	Përdorni vaksinën e konjunguar (iii) (2doza1-2 muaj në mes) nëse janë në dispozicion. Booster dozë çdo 5 vjet nëse ekspozimi vazhdon. Vaksina polisaharide nuk aplikohet më.
Streptococcus pneumoniae	Shkalla më e lartë e sëmundjes iVLazive. Vaksinë e rekomanduar në mënyrë të qartë tek të gjithë personat me HIV.	Një dozë e vaksinës së konjuguar (iii) vaksinë 13 valente (CPV-13) për të gjithë personat, gjithashtu nëse është vaksinuar më parë me PPV-23 vaksinë polisaharide.Nuk ka rekomandime të përgjithshme për çfarëdo booster doze.

i. Vaksinat e gjalla të jepen njëkohësisht ose me një interval prej 4 javësh

ii. Në rast të mos reagimit, ARV duhet të përmbajë TDF (TenofovirDisoproxilFumarateose) TAF (TenofovirAlafenamide)

iii. Vaksinat e konjuguara janë më imunogjene, indukojnë qelizat e kujtesës, kanë përgjigje të mirë në booster doza dhe në zvogëlimin e kolonizimit të mukozës.

4.6 Pjesa IV - Menaxhimi dhe trajtimi klinik i personave HIV pozitiv me HBV dhe HCV ko-infeksion

Çdo person me ko-infeksion HCV / HIV duhet të marrë terapi DAA (Antiviral me veprim direkt) pa- IFN për të çrrënjosur HCV. DAA arrin nivel të ngjashëm kurimi dhe tolerance tek personat me ko-infeksion HCV/HIV krahasuar me personat vetëm me HCV. Prandaj, indikacioni për trajtim dhe regjimet tjera janë të njëjta si për personat vetëm me HCV. Të gjithë personat me ko-infeksion HBV HIV duhet të marrin ARV duke përfshirë TDF ose TAF, përveç nëse kanë histori të intolerancës në tenofovir. Rekomandohet terapi gjatë gjithë jetës nëse barnat anti-HBV nukleotide/nukleozide jepen si pjesë e ARV. Tek personat HBsAg pozitivë pa HBV aktive, ARV (përfshirë 3TC), duhet të shtohet TDF/TAF si profilaksë pavarësisht niveleve bazë të HBV-ADN në rast kemoterapisë ose imunosupresioni tjetër (p.sh. trajtimi rituximab).

4.6.1 Rekomandimet e përgjithshme për personat me hepatitet virale / HIV Ko-Infeksion Ekzaminimi (Skriningu)

1. Të gjithë personat HIV pozitiv, duhet të ekzaminohen për HCV në kohën e diagnostikimit me HIVdhe ky ekzaminim duhet të kryhet çdo vit. Ekzaminimi duhet të përdorë testin anti-HCV antitrup. Rezultati pozitiv duhet të pasohet nga HCV-ARN dhe përcaktimi i gjenotipit. Si alternativë, testimi HCV (core-antigen) mund të kryhet për të vëtretuar se a ka infeksion kronik të HCV. Personat me faktorë rreziku si PID, "cham sex" (seksi nën ndikimin e barnave rekreative të marra kryesisht intravenoz menjëherë para dhe / ose gjatë kontaktit seksual), seksi traumatik mukozal, marrëdhëniet anale të pambrojtur, (infeksion i transmetueshëm seksual në kohët e fundit) me rritje të pashpjegueshme të transaminazave hepatike dhe test negativ anti-HCV antitrupi duhet të testohet për HCV-ARN me qëllim të zbulimit të hershëm të infeksioni. Testimi i HCV-ARN ose core antigen HCV gjithashtu rekomandohet te personat me faktorë të lartë rreziku për re-infeksion me HCV pas trajtimit të suksesshëm ose eleminimit spontan në intervalin 6-mujor.
2. Personat HIV pozitiv duhet të ekzaminohen për HAV dhe HBV. Personat që janë anti-HBc pozitive dhe HBsAg negativ, veçanërisht ata me transaminaza të rritura të mëlçisë, duhet të ekzaminohen për HBV-ADNdhe HBsAg për të përjashtuar infeksion HBV okult.
3. Antitrupat e hepatitit Delta duhet të kontrollohen në të gjithë personat me HBsAg pozitiv.
4. Skriningu për HCC (hepatocellular carcinoma – karcionoma hepatocelulare) kryhet tek të gjithë personat me cirrozëtë shkaktuar nga HBV ose me ko-infeksionme HCV(madje edhe nëse infeksioni me HCV është shëruar dhe

përsëritja e HBV është e supresuar) në të gjitha institucionet ku trajtimi për HCC është në dispozicion. Tek personat jo-cirrotikë HBV-pozitive, ekzaminimi i HCC, duhet të ndjekë udhërrëfyesit aktuale të EASL. Faktorët e rrezikutpër HCC në këtë popullatë përfshijnë historinë familjare me HCC, HDV dhe moshën.

5. Ekzaminimi rutinë këshillohet edhe për personat me ko-infeksion, të cilët kanë cirrozë të mëlçisë, përkatësisht varikse ezofageale. Vaksinim Shif fq lart.
6. Personave të të cilëve u mungojnë antitrupat anti-HAV-IgG, përkatësisht anti-HBs antitrupat, duhet ofruar vaksinimin pavarësisht vlerave të CD4. Përgjigja ndaj HBV vaksinës është e influencuar nga vlera e CD4, përkatësisht VL.
7. Tek personat HIV pozitiv të vaksinuar kundër hepatit B, me përgjigje të dobët (kur anti-HBs është më e vogël se 10 I.U./l në këto raste duhet konsideruar rivaksinmi. Personat të cilët dështojnë të serokonvertohen pas vaksinimit me hepatit B dhe mbesin në rrezik për infeksion me HBV, duhen testuar çdo vit serologjikisht për HBV infeksion. TDF duhet dhënë si prevencë e HBV infeksionit, sikurse që me rastin e dhënies së ARV duhet përfshirë TDF ose TAF.

4.6.1.1 ARV

8. Inicimi i ARV-së rekomandohet te të gjithë personat HIV pozitiv me HBV dhe / ose HCV, ko-infeksion pavarësisht nga vlera e CD4. ARV duhet të përmbajë TDF ose TAF tek personat me ko-infeksion me HBV. Ndërprerja e ARV-së shpie në rrezik të lartë për AIDSdhe sëmundjet që nuk lidhen me AIDS; në të vërtetë, rreziku për sëmundje që nuk lidhen me AIDS, është veçanërisht i rritur tek personat me ko-infeksion me hepatit. Ndërprerja e anti-HBV që përmban ARV duhet të shmanget te personat me ko-infeksion HIV / HBV për shkak të rrezikut të lartë të pezmatimeve të rënda hepatitike dhe dekompensimit pas riaktivizimit të HBV.

4.6.1.2 Sëmundja e mëlçisë në fazën përfundimtare (ESLD)

9. Personat HIV pozitiv me cirrozë të mëlçisë kërkojnë të njëjtat masa për trajtimin e varikseve ezofagiale, sindromë hepatorenale, encefalopati hepatike ose asciteve sikurse te personat HIV negativ.
10. Personat me ko-infeksion me HIV/HBV/HCV, e që veçanërisht vuajnë nga ESLD kërkojnë vëmendje të posaçme në menaxhimin e insuficiencës të mëlçisë. Sidoqoftë, është e rëndësishme të theksohet se fillimi i ARV-së, te personat cirrotikë, në përgjithësi do të përmirëson mbijetesën dhe prandaj fuqimisht rekomandohet tek këta persona.
11. Komplikimet renale janë të shpeshta.

4.6.1.3 Parandalimi / Mbështetje

12. Mbështetja psikiatrike, psikologjike, sociale dhe mjekësore duhet të jetë në dispozicion për personat të cilët konsumojnë alkoolin me qëllim të ndërprerjes se konsumimit.

13. Terapia zëvendësuese (terapi zëvendësuese me opioide) te personat që përdorin në mënyrë aktive drogë duhet të inkurajohen për ndërprerjen e përdorimit aktiv të drogës. Ndihma e ofruar (p.sh. përmes programit të shkëmbimit të gjilpërave dhe shiringave) zvogëlon rrezikun e ri-infeksionit përfshirë transmetimin viral parenteral (strategjia e zvogëlimit të dëmit).

14. Meqenëse HBV dhe HIV dhe herë pas herë HCV, transmetohet përmes kontaktit seksual, këshillimi adekuat duke përfshirë përdorimin e kondomeve rekomandohet. Informacionet mbi rrezikun e transmetimi te HCV gjatë praktikave seksuale traumatik e mukozale dhe mundësisë të kontaktit me gjak ose te PDI, "cham sexi" (seksi nën ndikimin e drogave rekreative të marra kryesisht intravenoz menjëherë përpara dhe/ose gjatë kontakteve seksuale), duhet t'u ofrohen personave në fjalë me qëllim që të sigurohet ulja e rrezikut të transmetimit të virusit në fjalë.

15. Te gratë në moshën fertile, trajtimi i HCV-së, duhet të fillohet para planifikimit të shtatzënisë me qëllim të zvogëlimit të rrezikut për PMTCT-së, (Prevention Mother-to-Child Transmission – Parandalimi i transmetimit të infeksionit nga Nëna-te-Fëmija) me HCV.

4.6.1.4 Hepatiti Delta

16. Te personat me ko-infeksion me virusin Delta dhe fibrozë të ndjeshme të mëlçisë (≥ F2), trajtimi afatgjatë (> 18 muaj) me PEG-IFN mund të miret parasysh së bashku me TDF-bazë ARV. Për shkak të aktivitetit të tij anti-HBV, TDF/TAF duhet t'i shtohet PEG-IFN me qëllim të zvogëlimit të ngarkesës HBV-ADN. Efektiviteti i trajtimit duhet të monitorohet me matje të HBV-ADN dhe HDV-ARN, kur është e mundur, dhe me përcjellje të vlerave biokimike dhe të fibrozës të mëlçisë. Përdorimi i barërave të reja aktive kundër HDV duhet të inkurajohet tek personat që nuk kanë përgjigje ndaj PEG-IFN. Personat me antitrupa anti-HCV dhe HCV-ARN të detektueshme duhet të ju ordinohet trajtimi anti-HCV në mënyrë që të çrrënjosin ko-infeksionin me HCV

4.6.1.5 Virusi i hepatitit E

17. Skriningu për hepatit E bëhet tek personat me HIV që kanë simptoma të hepatitit akut, rritje të aminotransferazave (edhe nëse dyshohet për dëmtim të mëlçisë të shkaktuar nga barërat), ngritje të vlerave të testeve të funksionit të mëlçisë, amiotrofi neuralgjike, Guillain-Barrè, encefaliti ose proteinuria.

18. Skriningu duhet të përfshijë Ig Ganti-HEV dhe IgM dhe NAT për HEV-ARN në gjak dhe nëse është e mundur në jashtëqitje.
19. Trajtimi me RBV (Ribavirin 600 mg në ditë) mund të ofrohet në raste të HEV akut të rëndë, insuficiencë akute kronike të mëlçisë, sëmundje ekstrahepatike si pasojë e HEV ose tek personat me përsëritje të HEV tre muaj pas detektimit të parë të HEV-ARN. RBV duhet të jepet për një kohëzgjatje prej 12 javësh e përcjellur me matjet HEV-ARN në serum dhe jashtëqitje. Nëse HEV-ARN është e padetektueshme në serum dhe jashtëqitje atëherë RBV mund të ndërpritet. Tek personat në të cilët HEV-ARN është akoma i detektueshëm në serum dhe/ose jashtëqitje, RBV mund të vazhdojë edhe për tre muaj shtesë.

4.6.2 Trajtimi i Ko-Infeksionit të HBV / HIV

1. Të gjithë personat me ko-infeksion HBV/HIV duhet të marrin ART që përfshijnë TDF ose TAF përveç anamnezës të intolerancës në tenofovir.
2. Nëse TDF ose TAF janë të kundërindikuar në mënyrë strikte, entekaviri mund të përshkruhet në personat pa ekspozim paraprak 3TC dhe së bashku me ART tërësisht aktive.
3. Personat me cirrozë të mëlçisë dhe vlerë të ulët CD4 kërkojnë mbikëqyrje të kujdesshme në muajt e parë pas fillimit të terapisë me ART me qëllim të mos anashkalimit të sindromit të rekonstitucionit imun dhe dekompenzimit pasues të mëlçisë, për shkak të ngritjes së përnjëhershme të vlerave të enzimave të mëlçisë.
4. Kohëzgjatja optimale e trajtimit të nukleotideve/nukleozideve analoge me aktivitetin e anti HBV ende nuk është përcaktuar dhe ekspertët rekomandojnë terapi për tërë jetën në qoftë se terapia anti-HBV (nukleotide/nukleozide) jepet dhe është pjesë e ARV.
5. Në rastin e kimioterapisë ose imunosupresionit tjetër (p.sh. trajtimi me rituximab) TDF / TAF duhet të shtohet si profilaksi në personat HBsAg-pozitivë pa ART HBV aktive (duke përfshirë 3TC) pavarësisht niveleve bazë të HBV-ADN.
6. Personat pozitivë anti-HBc të trajtuar me terapi imunosupresive (kimioterapiapër limfomën /leukeminë ose transplantimin e qelizave amë ose të organeve të tëra) duhet të marrin terapi TDF/TAF për të parandaluar riaktivizimin e HBV. Për personat me marker të tjerë të ekspozimit të mundshëm të HBV duke përfshirë personat me anti-HBs pozitiv (pa histori paraprake të vaksinimit për hepatit B) kërkohet monitorim i kujdesshëm për riaktivizim të mundshëm për HBV.
7. Te personat anti-HBC pozitiv të trajtuar me imunosupresivë të tjerë (p.shz Rituximab), monitorimi i kujdesshëm me markerët, si HBV-ADN dhe HBS-Ag është

i nevojshëm për shkak të mundësisë së riaktivizimit të HBV. Po qe se kjo nuk është e mundshme atëherë rekomandohet shtimi i TDF/TAF.

8. Në rast se kemi mos përgjigje ndaj HBV vaksinimit, atëherë ARV duhet të përmbajë përveç tjerash edhe TDF,apo TAF.

4.6.3 Procedurat Diagnostike për HCV tek personat me Ko-infeksion HCV/HIV

Diagnoza e HCV
HCV-At (detektohet 1-6 muaj pas infeksionit, përshkruhen si serokonverzione të vonshme rrallë mund të humbasin për shkak të imunosupresionit).
Nivelet e HCV-RNA
Vlerësimi i shkaqeve të sëmundjes të mëlçisë dhe /ose sëmundjeve ekstra-hepatike HCV
Konsumimi i alkoolit, sëmundjet kardiake, dëmtimi i veshkave, autoimuniteti gjenetik ose sëmundjet metabolike të mëlçisë (p.sh. haemokromatoza gjenetike, diabet melitus /obeziteti) dhe hepatotoksicitetit nga barnat.
Statusi i dëmtimit të mëlçisë
Shkalla e fibrozës (p.sh. FibroScan, biopsi e mëlçisë, markuesit e fibrozës në serum)(ii).
Hemogrami, ALT, AST, GGT, ALP, funksioni sintetik i mëlçisë p.sh.koagulimi, albumina, kolinesteraza).
Ultratingulli çdo 6 muaj, në qoftë se kemi të bëjmë me cirrozë (gastroskopia menjëherë pas diagnozës të cirrozës dhe pastaj çdo 3-4 muaj varësisht nga ecuria e sëmundjes të mëlçisë)
Para trajtimit të HCV pa IFN.
Gjenotipi HCV (GT) (iii), HCV-ARN, testet e funksionit të veshkave dhe të mëlçisë.
Monitorimi i trajtimit të HCV pa IFN
Tek personat me fibrozë të avancuar (≥ F3) hemogrami, kreatinina, enzimet e mëlçisë bilirubina, albumina dhe INR pas 2-4 javëve të terapisë. Tek personat me HBsAg negative me anti-HBc monitorimi i ALT dhe HBV/DNA, rekomandohet në rast të ngritjes të ALT.
HCV-ARN gjatë terapisë, vetëm për ta vlerësuar kompliancën /përparimin te pacientat në marrjen orale të DAAs; HCV-ARN në fund të trajtimit, përsëritet edhe në javën e 12 përkatësisht 24, pas ndërprerjes të trajtimit me qëllim të vlerësimit të SVR.- së.
Tek personat që marrin të gjithë terapinë orale /DAA nuk është gjetur ende të ketë ndonjë lidhje midis ngarkesës virale në ndonjë pikë të caktuar kohore gjatë terapisë dhe SVR.
Nëse përcaktimi i HCV RNA nuk është në dispozicion, SVR mund të përcaktohet me anë të HCV-Ag negativ 24 javë pas përfundimit të trajtimit
Numërimi i CD4 dhe VL/ HIV çdo 12 javë

4.6.4 Trajtimi i HCV tek personat me HCV / HIV Ko–Infeksion

Indikacionet për trajtim

1. Çdo person me infeksion të HCV/HIV duhet të konsiderohet për DAA/AVD (Antiviral me Veprim direkt) e preferueshme pa IFN, përkatësisht RBV) pavarësisht shkallës të fibrozës të mëlçisë.
2. Duke qenë se shkalla e shërimit, përkatësisht tolerabiliteti i trajtimit me DAA/AVD(Antiviral me Veprim direkt), është i ngjajshëm tek personat me koinfeksion HCV/HIV, sikurse tek ata me monoinfeksion me HCV, atëherë indikacioni për trajtim, sikurse edhe regjimet e trajtimit janë të njëjta me HCV monoinfeksion.

Përzgjedhja e Trajtimit

3. Standardi i trajtimit të hepatitit kronik C mbetet DAA/AVD (Antiviral me Veprim direkt) kombinimet pa IFN, përkatësisht pa RBV. Regjimet e trajtimit të HCV që përmbajnë IFN nuk janë më të rekomanduara.
4. Përzgjedhja e kombinimeve DAA bazohet në HCV gjenotipin, stadin e fibrozës të mëlçisë, në historinë paraprake të trajtimit dhe zavendësimet e lidhura me rezistencën(RAS), nëse ka mundësi të testimit të rezistencës.
5. Përdorimi i barnave të gjeneratës së parë,si (boceprevir dhe telaprevir), nuk janë më të rekomanduara për shkak të rritjes të toksicitetit.
6. Për shkak të interaksionit të barnave, PIs, është i rëndësishme, kontrolli paraprak i këtyre kombinimeve të barnave para se të fillohet trajtimi.
7. Për shkak të ndërveprimeve të barnave në veçanti, HIV dhe HCV, PIs, kontrollë e kujdesshme, për ndërveprim Urgjentisht rekomandohet para fillimit të HCV terapi, shih Ndërveprimet e barnave ndërmjet DAA/AVD dhe ARVs ose http://www.hep-druginteractions.org .
8. Kombinimi i trefishtë i SOF/VEL/VOX është trajtimi i zgjedhjes për ri-trajtimin e personave që kanë dështuar pas një PI dhe/ose NS5A inhibitor, përmbajtjës i regjimit. Nëse ky kombinim nuk është i disponueshëm, ri-trajtim, strategjitë duhet të përfshijnë të paktën 2 klasa aktive të barnave, në bazë të rezultateve të testimit të rezistencës me një përdorim preferencial të një bari me pengesë më të lartë gjenetike për rezistencë, me kohë zgjatje të kohës të trajtimit, shtimi i mundshëm i RBV.

Qëllimi i Trajtimit

9. Qëllimi primar i trajtimit të HCV është SVR12 i definuar si i pa detektueshëm. HCV-ARN, 12 javë, pas përfundimit të terapisë (vlerësohet duke përdorur testet molekulare senzitive ose nivelet e antigjenit kryesor të HCV) kur analizat HCV-RNA nuk janë në dispozicion ose nuk janë të përballueshme.

Trajtimi akuti HCV

10. Regjimet HCV, që përmbajnë IFN nuk janë më të rekomanduara. Për diagnostikimin dhe menaxhimin e regjimeve të HCV që përmbajnë IFN ju lutem, shih Udhëzimet e EACS në internet v8.2 në http://www.eacsociety.org/files/guidelines_8.2-english.pdf .
11. Pas diagnozës së HCV akute, HCV-RNA, matjet duhet të bëhen 4 javë më vonë. Trajtimi mund të diskutohet tek personat pa rënie2 log * e HCV-ARN në 4 javë krahasuar me HCV-RNA fillestare dhe në personat me serum HCV-RNA të vazhdueshme 12 javë pas diagnozës të HCV akute, shih Algoritmin për Menaxhimin e HCV Akute në persona me HCV/HIV Ko-infeksion.

Trajtimi i menjëhershëm i personave me rrezik të lartë të transmetimit duhet të merret në konsideratë gjatë diagnozës. Trajtim pa IFN me DAA/AVD rekomandohet si në HCV/HIV jo kronik bashkë-infeksion, shih faqet . Kohëzgjatja më e shkurtër e trajtimit është e mundur në persona me HCV-ARN bazë të ulët (<6 * log IU / mL) 1]. Regjistrimi i personave me infeksione akute të HCV, provat e vazhdueshme duke përdorur pa IFN.

Terapia e kombinuar DAA/AVD inkurajohet fuqimisht.

4.6.5 HCV Opcionet e Trajtimit në HCV/HIV personat e Ko-infektuar

Opsionet e trajtimit të HCV (terapia e preferuar – e theksuar me ngjyrë, regjimi alternativ – jo i theksuar me ngjyrë)				
HCV GT	**Regjimi i Trajtimit**	**Kohëzgjatja e Trajtimit & Përdorimi i Ribavirinës (RBV)**		
		Jo – Cirrotike	Cirrozë e kompensuar	Cirrozë e dekompenzuar CTP klasa B/C
1&4	**EBR/GZR**	**12 javë**[i]		Nuk rekomandohet
	GLE/PIB	**8 javë**	**12 javë**	Nuk rekomandohet
	SOF/LDV+/-RBV	**8 javë pa RBV**[ii]	**12 javë pa RBV**[iii]	
	SOF/VEL	**12 javë**		**12 javë me RBV**
	OBV/PTV/r +DSV	8[iv] -12 javë në GT 1b	12 javë në GT 1b	Nuk rekomandohet
	OBV/PTV/r+DSV+RBV	12 javë në GT 1a	24 javë në GT 1a	Nuk rekomandohet
	OBV/PTV/r +RBV	12 javë në GT 4		Nuk rekomandohet
	SOF+DCV+/-RBV	12 javë +/-RBV[v]	12 javë me RBV[III]	
	SOF+SMP+/-RBV	GT4 vetëm: 12 javë me RBV ose 24 javë pa RBV[vi]		Nuk rekomandohet
	SOF/VEL/VOX	8 javë[vii]	12 javë	Nuk rekomandohet
2	**GLE/PIB**	**8 javë**[viii]	**12 javë**[viii]	Nuk rekomandohet
	SOF/VEL	**12 javë**		12 javë pa RBV
	SOF+DCV	12 javë		12 javë pa RBV
	SOF//VEL/VOX	8 javë[vii]	12 javë	Nuk rekomandohet
3	**GLE/PIB**	**8 javë**[viii]	12 javë[viii]	Nuk rekomandohet
	SOF/VEL+/-RBV	**12 javë=/- RBV[ix] ose 24 javë pa RBV**	**12 javë me RBV ose 24 javë pa RBV**	
	SOF+DCV+/- RBV	12 javë+/- RBV[ix]) ose 24 javë pa RBV	24 javë me RBV	
	SOF/VEL/VOX	8 javë[vii]	12 javë	Nuk rekomandohet
5&6	**GLE/PIB**	8 javë	12 javë	Nuk rekomandohet
	SOF/LDV+/- RBV	12 javë+/- RBV	**12 javë me RBV**[iii]	
	SOF/VEL	**12 javë**		**12 javë me RBV**
	SOF+DCV+/- RBV	12 javë +/-RBV ose 24 javë pa RBV[vi]	12 javë me RBV[iii]	
	SOF/VEL/VOX	8 javë[vii]	12 javë	Nuk rekomandohet

DCV = daclastavir
DSV = dasabuvir
EBR- = elbasvir
GLE = glecaprevir
GZR = grazoprevir
LDV = ledispavir
OBV = ombitasvir
PIB = pibrentasvir
PTV/r = peritaprevir/RTV
RBV = ribavirin
SMO = simeprevir
SOF = sofosbuvir
VEL = velpatasvir
VOX = voxilaprevir
RAS = resistance associated substitions / zëvendësimet të lidhura me rezistencë.

(i) Zgjatja e trajtimit në 16 javë, dhe shtimi i RBV te personat me GT1a me HCV-RNA bazë> 800.000 IU/ mL dhe/ose NS5A RAS duke shkaktuar të paktën 5 herë zvogëlim të aktivitetit të EBV, për të minimizuar rrezikun e dështimit të trajtimit dhe në HCV GT4 persona me përvojë me HCV-RNA> 800.000 IU/ ml. 8 javë në trajtimin GT 1b-naiv me F0-F2.

(ii) Trajtimi 8 javë, pa RBV vetëm te trajtimi i personave-naïve me F <3 dhe bazë HCV-RNA <6 milion IU/mL.

(iii) Në personat jo-tolerant ndaj RBV, trajtimi mund të zgjatet në 24 javë. RBV mund të hiqet nga personat me trajtim naiv ose me përvojëme cirrozë të kompensuar pa bazë RS NS5A.

(iv) Trajtimi 8 javë pa RBV, vetëm tek personat pa cirrozë.

(v) Shtimi i RBV në trajtimin me GT1 te persona me përvojë, por jo tek personat pa RAS NS5A, nëse testimi i RAS është i disponueshëm.

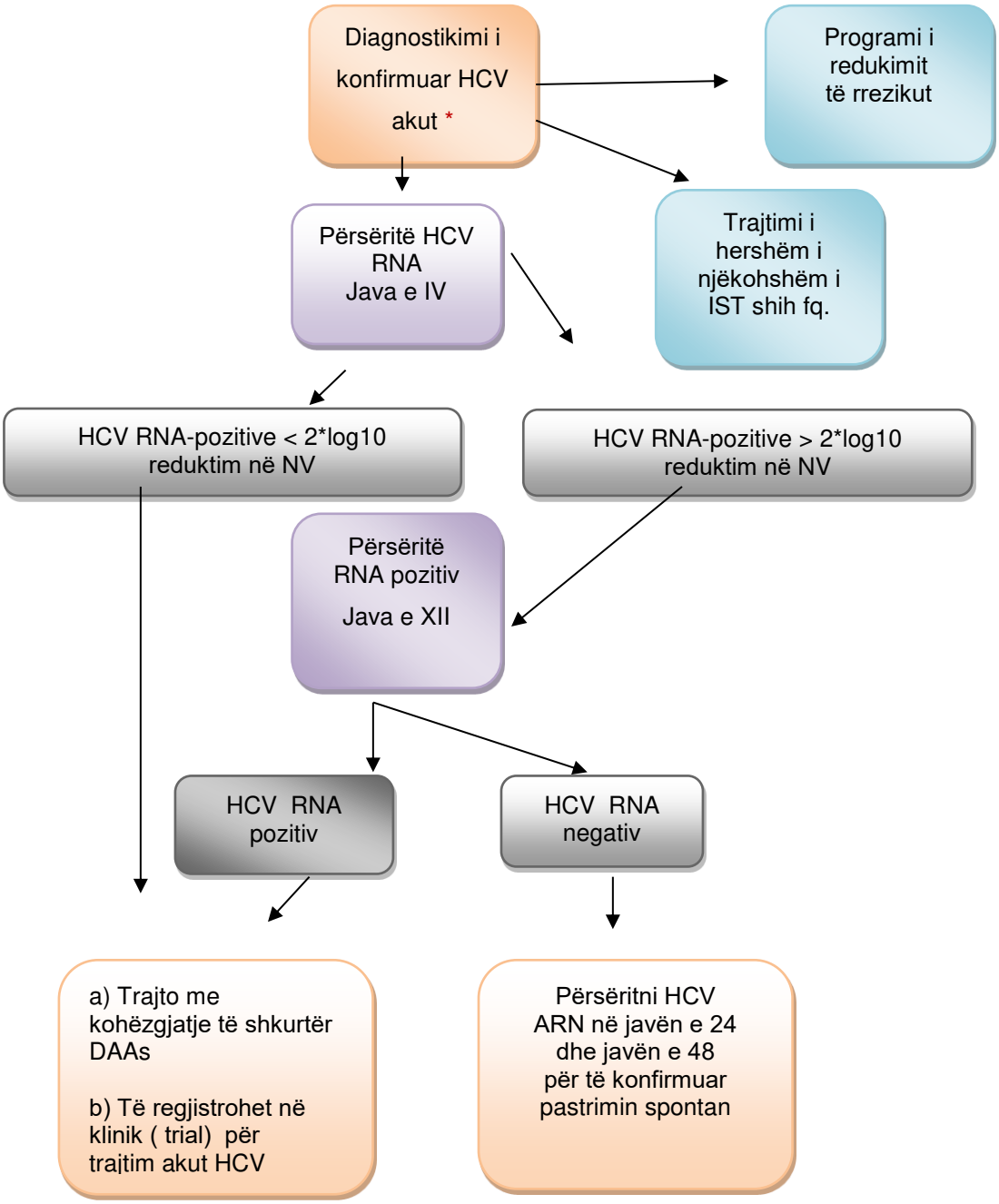
(vi) Në trajtimin e përjetuar (ekspozimi ndaj IFN/RBV/SOF) Trajtimi i personave me RBV për 12 javë ose zgjasni trajtim për 24 javë pa RBV.

(vii) Zgjatja e trajtimit në 12 javë , në trajtim të DAAA te personat me përvojë.

(viii) Kohëzgjatja e trajtimit në HCV GT3 i cili dështoi në trajtimin e mëparshëm me IFN dhe RBV +/- SOF ose SOF dhe RBV duhet të jetë 16 javë.

(ix) Shtimi i RBV vetëm te personat me përvojë të trajtimit me RAS bazë NS5A, nëse testimi RAS është i disponueshëm; nëse këta persona janë jo -tolerant ndaj RBV, trajtimi mund të zgjatet në 24 javë pa RBV.

4.6.5.1Algoritmi për menaxhimin e HCV akut te Personat me HCV/HIV Ko-infeksion



* Kur është e mundur, filloni trajtimin bazuar në DAA, (Antiviral me veprim direkt), menjëherë te personat me rrezik të lartë të vazhdimit të transmetimit.

4.7 Pjesa V - Infeksionet Oportune / Preventiva dhe trajtimi i infeksioneve oportune (IO) tek personat HIV-pozitiv

4.7.1 Profilaksa primare e IOs bazuar në shkallën e imunodeficiencës

Numri i CD4 / indikacionet **CD4 < 200 qeliza/µL, CD4 përqindja < 14%, kandidiazë rekurente e gojës, apo imunosupresion konkomitant relevant**			
Profilaksa kunder Pneumocystis jirovecii Pneumonia (PcP) & Toxoplasma gondii **Ndalet:** Nëse numri i CD4 >200 qeliza/µL pas 3 muajve ose numri i CD4 100-200 qeliza/µL & HIV-VL e padetektueshme pas 3 muajve p.sh. përdorimi i kortikosteroideve>20 mg prednisone ekuivalente për ditë për >2 javë, kemoterapi kundër kancerit, agjensa biologjike siç janë rituximab dhe të tjerë.			
	Barnat	**Doza**	**Koment**
Serologji negative apo pozitive për toksoplasmoz	**TMP-SMX**	1 tbl.dyfishe (df) (800/160 mg) 3x/javë p.os ose një tbl.400/80) 1x/ditë p.os ose 1tbl. (df) .1x/ditë p.os	
Serologji negative për toksoplasmoz	**Pentamidine**	300 mg në 6 mL ujë steril 1x inhalim/muaj	Nuk i prevenon manifestimet e rralla extrapulmonare te P.jirovecii
Serologji negative për toksoplasmozë	**Dapsone**	1 x 100 mg/ditë p.os	Shiko për G6PD-deficiencë
Serologji negative për toksoplasmozë	**Atovaquone suspenzion**	1 x 1500 mg/ditë p.os (me ushqim)	Shiko për G6PD-deficiencë
Serologji pozitive për toksoplasmozë	**Dapsone** **+/- pyrimethamine** **+acid folinik**	200 mg 1 x/javë p.os 75 mg 1 x/javë p.os 25-30 mg 1 x/javë p.os	
Serologji pozitive për toksoplasmozë	**Atovaquone suspension** **+/- pyrimethamine + acid folinik**	1 x 1500 mg/ditë p.os (me ushqim) 75 mg 1 x/javë p.os 25-30 mg 1 x/javë p.os	

Numri i CD4 < 50 qeliza/mikroL			
Profilakse kundër mykobakterieve jotuberkuloze (MTJ) (M.avium complex, M.genavense. M.kansasii) **Të konsiderohet profilaksa vetem nëse nuk ka dyshime klinike MTJ të diseminuar. Profilaksa mund të mbahet (vazhdoj) nëse cART ka filluar brenda 4 javëve.** **Ndalet:** Nëse numri i CD4 > 100 qel/mikroL brenda 3 muajve dhe personi në ART efektive (dhe HIV-VL e padetektueshme në opinionin e disa eksperteve)			
Regjimet e mëposhtme janë alternative	**Azithromycin**	1 x 1200-1250 mg/javë p.os	Shiko për interaksion të mundshëm me ARV
	ose clarithromycin	2 x 500 mg/ditë p.os	
	ose rifabutin	1 x 300 mg/ditë p.os	

4.7.2 Profilaksa primare, mjekimi dhe profilaksa sekondare, mbajtja e mjekimit individual te IOs / Pnemocystis Jirovecii Pneumonia (PcP)

Profilaksa primare			
Fillon: nëse CD4 < 200 qeliza/µL , CD4 përqindja < 14%, kandidiazë rekurente e gojës apo imuno supresion konkomitant relevant **Ndalet:** nëse CD4 është > qeliza/ml gjatë tre muajve apo nëse CD4 është 100-200 qeliza/ml dhe HIV-VL I padetektueshem gjatë tre muajve			
	Barnat	**Doza**	**Koment**
Serologji negative apopozitive për toksoplasmozë	**TMP-SMX**	1 tbl.dyfishe (df) (800/160 mg) 3 x/javë p.os ose 1tbl. (400/80 mg) 1 x/ditë p.os ose 1 tabletë 1x/ditë p.os	
Serologji negative për toksoplasmozë	**pentamidine**	300 mg në 6 mL ujë 1 x inhalim/muaj	Nuk e prevenon mundësinë e manifestimeve të rralla ekstrapulmonare te P. jirovecii
Serologji negative për toksoplasmozë	**dapsone**	1 x 100 mg/ditë p.os	Shiko për G6PD-deficiencë
Serologji negative për toksoplasmozë	**Atovaquone suspension**	1 x 1500 mg/ditë p.os (me ushqim)	
Serologji pozitive për toksoplasmozë	**dapsone**	200 mg 1 x/javë p.os	Shiko për G6PD-deficiencë
	+pyrimethamine	75 mg 1 x/javë p.os	
	+ acid folinik	25-30 mg1 x/javë p.os	
Serologji pozitive për toksoplasmozë	**atovaquone suspension** **+/- pyrimethamine** **+ acid folinik**	1 x 1500 mg/ditë p.os (me ushqim) 75 mg 1 x/javë p.os 25-30 mg 1x/javë p.os	

Profilaksa sekondare / Terapia e mbajtjes			
Ndalet: numri i CD4>200 qeliza/μL dhe HIV-VL e padetektueshme për më shumë se 3 muaj.			
	Barnat	**Doza**	Koment
Serologji negative apopozitive për toksoplasmozë	**TMP-SMX**	1 tabletë df (800/160 mg) 3 x/javë po ose 1 tabletë (400/80) mg 1 x /ditë p.os ose 1 tabletë df 1 x/ditë p.os	
Serologji negative për toksoplasmozë	**Pentamidine**	300 mg në 6 mL ujë të sterilizuar 1 x inhalim / muaj	Mos të përdoret në raste të rralla të manifestimeve extra pulmonare të P. Jirovecii
Serologji negative për toksoplasmozë	**dapsone**	1 x 100mg/ ditë p.os	Të kontrollohet për deficiencë të G6PD
Serologji negative për toksoplasmoze	**atovaquone suspension**	1 x 1500 mg/ditë p.os (me ushqim)	
Serologji pozitive për toksoplasmozë	**Dapsone +pyrimethamine +folinic acid**	200 mg 1 x/javë p.os 75 mg 1 x/javë p.os 25-30 mg 1 x/javë p.os	Të kontrollohet për deficiencë të G6PD
Serologji pozitive për toksoplasmozë	**atovaquone suspension +/- pyrimethamine +folinic acid**	1x 1500 mg /ditë p.os (me ushqim) 75 mg 1 x/javë p.os 25-30 mg 1 x/javë p.os	

4.7.3 Encefaliti me Toxoplasma gondii

Profilakse primare			
Fillon: nese CD4 < 200 qeliza/μL apo CD4 përqindja < 14%, kandidiazë rekurente e gojës, apo imunosupresion konkomitant relevant **Ndalet**: nëse numri i CD4 > 200 qeliza/μL pas 3 muajve ose numri i CD4 100-200 qeliza/μL dhe HIV-VL epadetektueshme pas 3 muajve			
	Barnat	**Doza**	**Koment**
Profilaksa e preferuar	**TMP-SMX**	1 tablet df (800/160 mg) 3 x/jave p.os ose 1 tablet (400/80) mg 1 x /dite p.os ose 1 tablet df 1 x/ditë p.os	Të gjitha regjimet janë efektive kundër PcP
Profilaska alternative	**Suspenzion atovaquone**	1 x 1500 mg/ditë p.os (me ushqim)	

	Dapsone **+pyrimethamine** **+acid folinik**	200 mg 1 x/javë p.os 75 mg 1 x/javë p.os 25-30 mg 1 x/javë p.os	Të kontrollohet për deficience të G6PD
	Suspenzion atovaquone **+pyrimethamine** **+acid folinik**	1x 1500 mg /ditë po (me ushqim) 75 mg 1 x/javë p.os 25-30 mg 1 x/javë p.os	

Trajtimi			
Të trajtohet 6 javë, pastaj të vazhdohet me profilakse sekondare deri sa nr I CD4> 200 qeliza/µL dhe HIV-VL e padetektueshme për 6 muaj **Diagnoza:** **Diagnoze definitive**: simptoma klinike, radiologji tipike e trurit DHE detektimi citologjik Histologjik i shkaktarit **Diagnoza e supozuar:** simptoma klinike, radiologji tipike e trurit si DHE përgjigje ndaj trajtimit empirik. Është standardi në shumicën e mjediseve klinike.			
Terapia	**Barnat**	**Doza**	**Koment**
Terapia e preferuar	**pyrimethamine**	Dita 1: 200mg p.os,**pastaj** Nëse ≥60 kg : 1 x 75 mg/ditë p.os Nëse <60 kg 1 x 50 mg/ditë p.os	Monitoro për mielotoksicitetin e pyrimethamines, më së shumti neutropenin
	+sulfadiazine	Nëse ≥60 kg: 2 x 3000 mg/ditë p.os/i.v. Nëse <60 kg: 2 x 2000 mg/ditë p.os/i.v.	Sulfadiazina është më së shumti e shoqëruar me kristaluri dhe mund të çoj drejt dëmtimit (mosfunksionimit) të veshkëve dhe urolitiazës. Hidratimi i mirë është esencial.
	+acidi folinik	1 x 10-15 mg /ditë p.os	Kontrollo funksionin renal dhe sedimentin e urinës për mikrohematuri apo kristaluri.
Terapia alternative	**Pyrimethamine**	Dita 1: 200mg p.os, **pastaj** Nëse ≥60 kg : 1 x 75 mg/ditë p.os Nëse <60 kg 1 x 50 mg/ditë p.os	Monitoro per mielotoksicitet nga pirimethamina, më së shumti neutropenia.
	+clindamycin **+ acid folinik**	4 x 600-900 mg/ditë i.v/p.os 1 x 10-15 mg /ditë p.os	Profilaksa e PcP shtesë është e nevojshme
	Ose TMP-SMX	2 x 5 mg TMP/kg/ditë i.v./p.os 2 x 25 mg SMX/kg/ditë i.v./p.os	Regjimi intravenoz është i preferueshem nëse rruga orale nuk është e mundur

	Ose **Pyrimethamine** **+atovaquone** **+acidi folinik**	Dita e 1: 200 mg p.os, pastaj Nëse ≥60 kg : 1 x 75 mg/ditë p.os Nëse <60 kg 1 x 50 mg/ditë p.os 2 x 1500 mg/ditë p.os (me ushqim) 1 x 10-15 mg/ ditë p.os	Monitoro për mielotoksicitetin e pyrimethamines, më së shumti neutropenin
	Apo sulfadiazine **+ atovaquone**	Nëse ≥60 kg: 2 x 3000 mg/ditë p.os/i.v. Nëse <60 kg 2 x 2000 mg / ditë p.os /i.v. 2 x 1500 mg/ditë p.os (me ushqim)	Sulfadiazina është më së shumti e shoqëruar me kristaluri dhe mund të çoj drejt dëmtimit (mosfunksionimit) të veshkëve dhe urolitiazës. Hidratimi i mirë është esencial.
	Ose pyrimethamine **+azithromycin** **+ acid folinik**	Dita 1: 200mg p.os, pastaj Nëse ≥60 kg : 1 x 75 mg/ditë p.os Nëse ≥60 kg 1 x 50 mg/ditë p.os 1x900-1200 mg/ditë/p.os 1 x 10-15 mg/ ditë p.os	Monitoro për mielotoksicitetin e pyrimethamines, më së shumti neutropenin

Profilaksa sekondare / Terapia e mbajtjes			
Ndalet: numri i CD4>200 qeliza/µLdhe HIV-VL e padetektueshme për më shumë se 6 muaj.			
Regjimet e radhitura janë alternative	**Sulfadiazine** **+pyrimethamine** **+acid folinic**	2-3 g/ditë p.os (në 2-4 doza) 1 x 25-50 mg/ ditë p.os 1 x 10-15 mg/ ditë p.os	
	Apo clindamycin **+pyrimethamine** **+acid folinic**	3 x 600 mg/ ditë p.os 1 x 25-50 mg/ ditë p.os 1 x 10-15 mg/ditë p.os	Profilaksë PcP shtesë është e domosdoshme
	Ose atovaquone suspension **+pyrimethamine** **+acid folinic**	2 x 750-1500 mg/ ditë p.os 1 x 25-50 mg/ ditë p.os 1 x 10-15 mg/ditë p.os	
	Apo atovaquone suspension	2 x 750-1500 mg/ ditë p.os (me ushqim)	
	Apo TMP-SMX	1 tabletë df (800/160 mg) 2 x/dite p.os	

Terapia	Barnat	Doza	Koment
Terapia Parandaluese	**fluconazole**	1 x 800 mg/ditë p.os për dy javë e ndjekur nga 1 x 400 mg/ditë p.os per 8 javë	Në rast të: -Antigjenit pozitiv në serumin për kriptokok -pacientit asimptomatik -Meningjit kriptokoksik i përjashtuar nga ekzaminimi I LTSH
Terapia induktive	**liposomal amphotericin B** **+flucytosine**	3 mg/kg/ditë i.v. 4 x 25 mg/kg/ditë p.os	**14 ditë** -Pastaj të bëhet punksion lumbal (PL) Nëse kultura në LTSH është sterile, të kalohet në terapi orale -Presioni fillestar duhet të jetë gjithmonë i matur -PL-të përsëritura ose shuntimi i LTSH është esenciale për menaxhimin efektiv të presionit të rritur intrakranial. -Kortikosterioidet nuk kanë efekt në uljen e presionit kranial të rritur, mund të jenë të dëmshme dhe janë të kundër indikueshme -Doza e flucytosines duhet të adaptohet me funksionin renal. -Shtyrja e cART për së paku 4 javë -Amphotericin B deoxycholate mund të mos jetë e disponueshme në të gjitha shtetet Europiane. -Flucytosine mund të mos jetë e mundshme në të gjitha shtetet Europiane. Sugjerohet të zavendësohet me fluconazole 2x 400mg/ditë gjatë fazës të induksionit. -Në vende me të ardhura të ulëta, një numër i madh i RCT sugjeron se një javë e amphotericin B + flucytosine ose dy javë e fluconazole 1200mg/d plus flucytosine mund të jetë regjim induktiv i pranueshëm
	ose amphotericin B deoxycholate **+ flucytosine**	0.7 mg/kg/ditë i.v. 4 x 25 mg/kg/ditë p.os	
Terapia konsoliduese	**fluconazole**	1 x 400 mg/ditë p.os(doza ngarkuese 1 x 800 mg dita e parë)	8 Jave. PL i përseritur deri ne presionin hyrës <20 cm H2O

4.7.4 Meningjiti Kriptokoksik

Meningjiti Kriptokoksik
Trajtimi
14 ditë terapia induktive, pastaj 8 javë terapi konsoliduese, pastaj profilaksa sekondare për më së paku 12 muaj. **Stop:** **Nëse numri i CD4>100** qeliza/µL **dhe HIV-VL e padetektueshme për më shumë se 3 muaj.** **Diagnoza**: Mikroskopi pozitive, APO gjetje e antigjenit, APO kulturë prej LTSH **Manifestimet e tjera**: Infeksioni kriptokoksik gjithashtu mund të shkaktojë pneumonitis që mund të jetë veshtirë i dallueshëm nga Pneumocystis pneumonia. Infeksioni gjithashtu mund të përfshijë edhe organe të tjera apo mundet edhe të diseminohet. **Profilaksa primare**: Një RCT (reality trial) i gjërë në Afrikë tregoi se një profilakse e sforcuar te personat me imunosupresion të rënduar (<50 CD4 cel/mikroL) përfshirë këtu INH,12 javë, fluconoazole 100mg/ditë për 12 javë, azithromycin 500mg/ditë për 5 ditë dhe albendazole 400 mg dozë e vetme mund të ulet në përgjithësi te infeksionet opportune (përfshirë meningjitin kriptokokcik) dhe vetë mortalitetin. Edhe pse këto gjetje mund të jenë të ekstrapoluara te shtetet Europiane me diagnozë rapide te kriptokokozes sub klinik dhe TB latent, TB të ulët dhe prevalencë parazitare dhe nisja rapide e cART është e diskutueshme. **Terapia parandaluese**: Fazat e hershme të infeksionit kriptokokal të diseminuar mund të jenë,Oligo simptomatike. Të dhëna të reja nga vendet e varfëra mbështesin determinimin e antigjenit të serumit kriptokokal në të gjitha rastet e reja HIV- pozitiv, me numër CD4 < 100 qeliza/mikroL. Nese antigjeni kriptokokal detektohet, CSF duhet të ekzaminohet për të përjashtuar meningjitin kriptokokal. Nëse meningjiti përjashtohet, terapia parandaluese me fluconazol 800 mg/ditë për dy jave është e rekomanduar para fillimit të cART për të ulur rrezikun e demaskimit të IRIS-it.

Profilaksa sekondare			
Se paku 12 muaj **Sugjerohet te ndalet**: nëse nr I CD4>100 qeliza/µL dhe HIV-VL i padetektueshem pas më shumë se 3 muajve			
	Barnat	**Doza**	**Koment**
	fluconazole	1 x 200 mg/ditë p.os	

4.7.5 Kandidiaza

Diagnoza: Pamja tipike klinike			
	Barnat	**Doza**	**Koment**
Alternativat e preferuara	**Fluconazole**	1 x 150-200 mg/ditë p.os	Një herë ose deri në përmirësim (5-7 ditë)
	Itraconazole	1-2 x 100-200 mg/ditë p.os (solucion oral)	7-14 ditë
	Nystatin	3-6 tableta të 400000 njësive (përafërsisht 4-6 mL)/ditë	7-14 ditë
	Ose amphotericin B	3-6 tableta në 10mg/ditë ose suspension oral 1-2 g/ditë (në 2-4 doza)	

4.7.6 Ezofagitis

Diagnoza definitive: inspektim makroskopik me endoskopi, APO histologjia nga biopsia, APO citologji e mostrës nga sipërfaqja e mukozës. **Diagnoza e supozuar**: nëse 1.Shfaqje e vonshme e disfagisë dhe 2. Kandidaze orofaringeale			
	Barnat	**Doza**	**Koment**
Alternativat e preferuar	**fluconazole**	1 x 400 mg/ditë Ose 400mg dozë goditëse, pastaj 200 mg/ditë p.os	3 ditë 10-14 ditë
	Te konsiderohet **Itraconazole** **Ose posaconazole** **Ose voriconazole** **Ose caspofungin**	1-2 x 100-200 mg/ditë p.os (solucion oral) 2 x 400 mg/ditë p.os 2 x 200 mg/ditë p.os 1 x 70 mg i.v./ditë, pastaj 1 x 50 mg/ditë/i.v.	10-14 ditë.Të ketë kujdes me interaksionin e ARV-ve. Në rast të sëmundjes refraktore, të trajtohet bazuar ne testimin e rezistencës.

4.7.7 Histoplasmosis (Histoplasma capsulatum)

Trajtimi			
Diagnoza: detektimi i antigjenit në gjak, urinë apo në lëngun bronko-pulmonar, APO me mikroskopi pozitive, APO me kulturë mikologjike të gjakut, urinës apo të lëngut bronko-pulmonar, LTSH apo biopsia e indit **Shenim:** LTSH, i cili flet për pleocitoze limfatike, është zakonisht mikroskopikisht dhe nga ana e kulturës negative. Detektimi i antigjenit apo antitrupit te Histoplasma është shumë me senzitiv. Sidoqoftë, një diagnozë klinike është e mundshme në raste të antigjenit apo antitrupit negativ të Histoplasma në LTSH nëse kemi histoplazmoze të diseminuar dhe në të njëjten kohë infeksioni i SNQ nuk është i shpjeguar nga një tjetër shkak. Kërko këshillë nga ekspertet për perdorimin e fluconazole, voriconazole apo posaconazole, nëse itraconzole nuk është i tolerueshem. Duhet pasur parasysh interaksioni i azoleve me ARV			
	Barnat	**Doza**	**Koment**
Diseminim i rëndë i histoplasmozës	**Terapia induktive:** liposomal amphotericin B **Terapia konsoliduese:** itraconazole	3 mg/kg/ditë i.v. 3 x 200 mg/ditë p.os per 3 ditë, pastaj 2x 200 mg/ditë p.os	Për 2 javë ose deri në përmirësim klinik Së paku 12 muaj
Diseminim i moderuar i histoplasmozës	**Itraconazole**	3 x 200 mg/ditë p.os per 3 ditë, pastaj 2x 200 mg/ditë p.os	Se paku 12 muaj
Histoplazma meningitis	**Terapia induktive:** liposomal amphotericin B. **Terapia konsoliduese:** itraconazole	5 mg/kg/ditë i.v. 2 x ose 3 x 200 mg/ditë p.os	Per 4-6 javë Për së paku 12 muaj dhe deri ne përmirësimin e LTSH abnormale. Të matet koncentrimi i itraconazole në plazme

Profilaksa sekondare		
Ndalet: nëse nr CD4> 150 cel/mikroL dhe HIV-VL e padetektueshme pas 6 muajve, kulturë negative e gjakut për fungje, antigjeni I Histoplazmes < 2 mikro g/L dhe > 1 vit terapi **Të konsiderohet si terapi supresive afatgjate** në raste të rënda me meningjit dhe në raste të relapsit pavarësisht trajtimit adekuat.		
Itraconazole	1x200 mg/ditë p.os	
Ose fluconazole	1x400 mg/ditë p.os	

4.7.8 Herpes simplex virus (HSV) infeksionet

Trajtimi			
Diagnoza: testim i antigjenit/ PCR/ kulturë me strisho/ LTSH/ biopsia. Paraqitjet klinike të lezioneve të lëkurës nuk janë të besueshme.			
	Barnat	**Doza**	**Komente**
	Valaciclovir	2 x 1000 mg/ditë p.os	7-10 ditë ose deri te shërohen lezionet
	Ose famciclovir	2 x 500 mg/ ditë p.os	7-10 ditë ose deri te shërohen lezionet
	Ose acyclovir	3 x 400-800 mg/ ditë p.os	7-10 ditë ose deri te shërohen lezionet
	Valaciclovir	2 x 500 mg/ ditë po	Terapia kronike supresive.Në mënyre alternative filloni me terapi të hershme si më sipër nëse ndodhin përsëritje.
	Acyclovir	3 x 5 mg/kg/ditë i.v.	Pasi që lezionet fillojnë të tërhiqen, të vazhdohet me terapinë orale derisa lezionet të jenë shëruar plotësisht
	Acyclovir	3 x 10 mg/kg/ditë i.v.	14-21 ditë
	Foscarnet	2 x 90 mg/kg/ditë i.v.	Deri në përgjigjje klinike

4.7.9 Varicella zoster virus infeksionet (VZV)

Trajtimi			
Diagnoza: Manifestimi klinik i zakonshem me apo pa testim te antikorpeve, OSE testim te antigjenit /PCR / kultura nga strishoja/ LTSH/ Biopsia			
	Barnat	**Doza**	**Komente**
Varicela primare	**Valaciclovir**	3 x 1000 mg/ditë p.os	5-7 ditë
Herpes Zoster , Jo e diseminuar	**valaciclovir**	3 x 1000 mg/ditë p.os	7-10 ditë
	apo famciclovir	3 x 500 mg/ditë p.os	7-10 ditë
Herpes Zoster: I Diseminuar	**aciclovir**	3 x 10 mg/kg/ditë i.v.	10-14 ditë
Encefalitis (përfshirë vaskulitin)	**aciclovir**	3 x 10-15 mg/kg/ditë	14-21 ditë

4.7.10 Citomegalovirus (CMV) infeksionet

Trajtimi			
Diagnoza e retinitit: Paraqitje klinike për lezione retinale tipike DHE që u përgjigjen terapisë. PCR e lëngut vitral është opcionale. **Diagnoza e ezofagitisit/kolitit**: prezenca endoskopike e ulçerave DHE pamje tipike histopatologjike (truptha inkluziv celulare/nukleare) **Diagnoza e encefalitit/ mielitit**: Pamje klinike DHE PCR pozitive në LTSH.			
	Barnat	**Doza**	**Koment**
Retiniti, lezione me rrezik të menjëhershëm të humbjes së shikimit.	**Ganciclovir**	2 x 5 mg/kg/ditë i.v.	21 ditë, me pas profilaksa sekondare
	Apo foscarnet	2 x 90 mg/kg/ditë i.v.	
Retinitis, lezione retinale periferike të vogla	**Valganciclovir**	2 x 900 mg/kg/ditë i.v.	14-21 ditë, me pas profilaksa sekondare
	Ose foscarnet	2 x 90 mg/kg/ditë i.v.	
	Ose cidofovir **+probenecid** **+NaCl 0.9 hidrim**	1 x 5 mg/kg/javë i.v.	2 javë pastaj çdo dy javë.
Ezofagitis/ Kolitis	**Ganciclovir**	2 x 5 mg/kg/ditë I,v.	Trajto 3-6 javë, përkatësisht derisa të kemi tërheqje te simptomave
	Ose foscarnet	2 x 90 mg/kg/ditë i.v.	
	Ose valganciclovir	2 x 900 mg/kg/ditë i.v.	Në raste më të lehta nëse është i tolerueshem trajtimi p.os
Encefaliti/ Mieliti	**Ganciclovir dhe/apo** **Foscarnet**	2 x 5 mg/kg/ditë i.v. 2 x 90 mg/kg/ditë i.v.	Trajto deri ne terheqjen e simptomave dhe derisa të negativizohet PCR në LTSH. Trajtimi është i individualizuar bazuar në simptomat klinike dhe përgjijgen ne terapi.

4.7.11 Leukoencefalopatia progresive multifokale (LPM)

Trajtimi i LPM	
Diagnoza definitive (laboratorike): evidencë e JCV-ADN në LTSH dhe kompatibiliteti kliniko-radiologjik. **Diagnoza definitive (histologjike):** gjetje histologjike tipike me evidencë in situ te JCV-ADN antigjenit ose JCV-DNA dhe kompatibilitetit kliniko-radiologjik. **Diagnoza e supozuar**: Manifestime kliniko-radiologjike nese JCV-ADN në LTSH negative ose e pa realizuar JCV-ADN në plazmë mund të plotësoje LPM diagnozën, veçanërisht nëse LTSH nuk është i disponueshem. Mund të jetë gjithashtu tregues i progredimit të sëmundjes.	
Personi pa-ART	Të fillohet cART menjëherë (duke ndjekur udhëzuesit (Guidelines) INSTI mund të jetë mjaft e preferuar, duke pasur parasysh rëndesinë e rikonsolidimit rapid të imunitetit në LPM. Duhet ti kushtohet rëndësi mundësisë të zhvillimit të IRIS.
Person në-ART, dështim i HIV-VL	Përmirëson cART, INSTI mund të jetë mjaft i preferuar, duke pasur parasysh rëndesinë e rikonsolidimit rapid të imunitetit në LPM. Duhet ti kushtohet rëndësi mundësisë të zhvillimit të IRIS.
Person në-ART, i trajtuar per disa javë-muaj ose ne cART efektive	E vazhdon cART aktuale.
Shënim: Nuk ka trajtim specifik lidhur me infeksionin JCV që është treguar efektiv në LPM, pa përfshirë raste të rralla të pabazuara, prandaj nuk egziston ndonjë rekomandim në lidhje me përdorimin e barnave në vijim të cilët më përpara shpesh herë janë përdorur në PML; Alpha-IFN, cidofovir, kortikosteroide, (përveç trajtimit të IRIS-PML), cytarabine, iv imunoglobulinat, mefloquine, mirtazapine dhe topotecan	

Trajtimi i Sindromit te Rekonstituimit Imun (IRIS)
Diagnoza: **IRIS-LPM Paradoksale**: keqësim paradoksal i simptomave të LPM në kuptimin e imuno-rekonsolidimit të indukuar të cART dhe ne asocijim me inflamacion tek MRI (edema, efekti masë dhe/ose perforcim me kontrast) ose tek biopsia e trurit. **IRIS-LPM e demaskuar**: shfaqja e LPM në kuptimin e imuno-rekonsolidimit të indukuar me cART DHE në asocijim me inflamacion tek MRI (edema, efekti masë dhe/ose përforcim me kontrast) ose tek biopsia e trurit. **Trajtimi:** Kortikosteroide, p.sh dozë e lartë e methylprednisolone i.v. (p.sh 1g/ditë për 3-5 ditë) ose i.v. dexamethasone (p.sh 0.3 mg/kg/ditë për 3-5 ditë), për të vazhduar pastaj me terapi orale (p.sh duke filluar me 1mg/kg/ditë dhe zvogëlim pas 1-6 javësh). Shënim: Përdorimi i kortikosteroideve nuk është i arsyeshëm te personat pa shenja të inflamacionit. Nuk ka terapi të tjera që janë provuar të jenë efektive në IRIS-LPM jashtë rasteve të pa bazuara.

Trajtimi i Angiomatosa bacilare (Bartonella henselae, Bartonella Quintana)			
Diagnoza: Histologji tipike			
	Barna	**Doza**	**Koment**
	Doxycycline	2 x 100 mg/ditë p.os	Deri në përmirësim (deri në 2 muaj). Interaksion i mundshëm me ARV
	Ose clarithromycin	2 x 500 mg/dite p.os	

4.7.12 Infeksionet me Mycobakterie Jo tuberkulare (NTM) (M. Avium complex, M. Genavense, M. Kansasi)

Profilaksa primare			
Profilaksa të merret parasysh vetëm nëse nuk ka dyshime klinike NTM të diseminuar. Profilaksa mund të mbahet nëse cART ka filluar brenda 4 javëve. **Ndalet**: nëse nr I CD4> 100 qel/mikroL pas 3 muajve dhe personi është në ART efektive (dhe HIV-VL e padetektueshme në opinionin e disa eksperteve).			
Regjimet në vijim janë alternativa	**Azithromycin**	1 x 1200-1250 mg/javë p.os	Të shiqohet mundësia e interaksionit me ARV.
	Ose clarithromycin	2 x 500 mg/ditë p.os	
	Ose rifabutin	1 x 300 mg/ditë p.os	

Diagnoza: Paraqitja klinike dhe kultura e gjakut, nodit limfatik, palcës eshtrore dhe mostrave të tjera të zakonshme. Për çdo regjim të trajtimit të shikohet mundësia e intereaksionit me ARVs			
Mycobacterium avium intracelulare complex (MAC)			
E preferuar	Clarithromycin +Ethambutol +Rifabutin Rifabutini mund të zëvendësohet nga: +Levofloxacin ose +Amicacin	2x500 mg/ditë p.o. 1x15 mg/kg/ditë p.o. 1x300 mg/ditë p.o. 1x500 mg/ditë p.o. 1x10 – 15 mg/kg/ditë i.v.	12 muaj, pastaj profilaksa sekondare Rifabutin është i rekomanduar veçanërisht nëse dyshohet për rezistencë për makrolide, ose Ethambutolit, imudeficiencë e rëndë (numri i CD4 < 50 qeliza/µL), sasi e lartë bakteriale (> 2 *log e CFU/mL e gjakut), nëse nuk ka cARV, të konsiderohet bari i katërt te format e diseminuara të sëmundjes
	Azythromycin +Ethambutol	1x500 mg/ditë p.o. 1x15 mg/kg/ditë p.o.	Të merren parasysh barnat shtesë si ato të më sipërme
Mycobacterium Kansasi			
	Rifampicin + Izoniazid + Ethambutol	1x600 mg/ditë p.o. (ose Rifabutin 1x300 mg/ditë p.o.) 1x300 mg/ditë p.o. 1x15 mg/ditë p.o.	12 muaj pas kulturës negative
	Ose Rifampicin + Clarythromycin + Ethambutol	1x600 mg/ditë p.o. (ose Rifabutin 1x300 mg/ditë p.o.) 2x500 mg/ditë p.o. 1x15 mg/ditë p.o.	12 muaj pas kulturës negative

Profilaksa sekondare / Terapia mbajtëse per MAC infeksione		
Ndalet: Nëse merret CD4 > 100 cel/mikroL dhe HIV-VL e padetektueshme pas 6 muajve dhe terapia MAC për së paku 12 muaj		
Mycobaterium avium (MAC) infeksion	**Clarithromycin** **+ Ethambutol**	2x500 mg/ditë p.os 1x15 mg/kg/ditë p.os
Regjimet në vijim janë alternativa	**Ose** **Azythromycin** **+ Ethambutol**	 1x500 mg/ditë p.os 1x15 mg/kg/ditë p.os

4.7.13 Kriptosporidioza (C.parvum, C.hominis)

Trajtimi			
Diagnoza e cryptospoidiosis AIDS-definuese mund të bëhet vetëm në raste të imunodeficiences të rëndë (nr. CD4 < 100 qeliza/µL) DHE diare kronike (më shumë se 4 javë) nga imunofluoroshenca ose njollë e shpejtë acide nga fecesi apo indi. Baza e terapisë është kyçja e ART që të rikthejë kompetencën imune me numër të CD4 > 100 qeliza/µL Masat shtesë janë trajtimi simptomatik, rehidrimi dhe menaxhimi i elektroliteve. Të gjitha terapitë antiprotozoale mund të përdoren si terapi shtesë te format e rënda së bashku me cART, por nuk janë të mjaftueshme për të arritur zhdukje të protozoave pa këndelljen imunologjike.			
	Barna	**Doza**	**Koment**
	Nitazoxanide	2 x 500-1000 mg/ditë p.os	14 ditë
	Ose paromomycin	4 x 500 mg/ditë p.os	14-21 ditë

4.7.14 Cistoisosporiasis (C.Belli)

Trajtimi			
Diagnoza e cystoisosporiasis AIDS-definuese mund të behet vetëm në raste të diaresë kronike (me shumë se 4 javë) me anë UV fluoroshencës apo mikroskopia e fecesit, aspiratit nga duodenumi apo biopsia e indit të zorrëve. Përveç trajtimit antiprotozoal, masa shtesë janë trajtimi simptomatik, rehidrimi dhe menaxhimi i elektrolitëve.			
	Barnat	**Doza**	**Koment**
Terapia e preferuar	**TMP-SMX**	2 x 2 tableta dyfishe (800/160 mg) ditë p.os Ose 2 x 1 tablet dyfishe (800/160 mg) ditë p.os	Të trajtohet së paku 10 ditë, të rritet kohë zgjatja deri në 3-4 javë nëse simptomat përkeqësohen apo nuk tërhiqen. Të trajtohet së paku 10 ditë, të rritet doza në 2x2 tableta dyfishe/ditë, nëse simptomat

			përkeqësohen apo nuk tërhiqen.
Terapia alternative, nëse TMP-SMX nuk është e tolerueshme	**Pyrimethamine** **+ acid folinik** **Ose ciprofloxacin**	1 x 50-75 mg/ditë p.os 1 x 10-15 mg/ditë p.os 2 x 500 mg/ditë p.os	10 ditë të monitorohet për mielotoksicitet, më së shumti neutropeni, për pyrimethamine 7 ditë.
Profilaksa sekondare/terapia mbajtëse			
Ndalet: Nëse numri i CD4>200 qeliza/µLdhe HIV-VL e pa detektueshme për më shumë se 6 muaj dhe nuk ka shenja të cystoisosporiasis së qëndrueshme			
Terapia e preferuar	**TMP-SMX**	1 tabletë dyfishe (800/160 mg) 3 x/ javë p.os ose 1 tabletë dyfishe/ditë p.os ose 2 tableta dyfishe 3 x/javë p.os	
Terapia alternative, nëse TMP-SMX nuk është e tolerueshme	**Pyrimethamine** **+ folinic acid**	1 x 25 mg/ditë p.os 1 x 10-15 mg/ditë p.os	Monitoro për mielotoksicitet, më së shpeshti neutropenia si pasojë e pyrimethamines

4.7.15 Leishmaniaza

Trajtimi			
Diagnoza: mikroskopi ose PCR në strisho, lëngje trupore apo ind			
	Barnat	**Doza**	**Koment**
Terapia e preferuar	**amphotericin B Liposomale**	1 x 2-4 mg/kg/ditë i.v. për 10 ditë pa ndërprerë	Më pas profilaksa sekondare
	Ose Liposomal amphotericin B	1 x 4 mg/kg/ditë i.v. në ditët 1-5, 10, 17, 24, 31 dhe 38.	
Terapia alternative	**Lipidcomplex amphotericin B**	1 x 3 mg/kg/ditë i.v.	10 ditë
	Ose Amphotericin B deoxycholate	1 x 0.5-1 mg/kg/ditë i.v. (doza totale 1.5-2 g)	Amphotericin B deoxycholate mund të mos jetë i qasshëm në të gjitha shtetet Europiane
	Ose kripa e antimonumit pentavalent (Glucantime)	1 x 20 mg/kg/ditë i.v. ose i.m.	4 javë
	Ose miltefosine	1 x 100 mg/kg/ditë p.os	4 javë

Profilaksa sekondare			
Të konsiderohet ndërprerja: nëse nr I CD4 > 200-350 qel/microL dhe HIV-VL e pa detektueshme pas 3 muajsh, asnjë përsëritje për së paku 6 muaj dhe PCR negative në gjak apo antigjen urinar negativ			
Terapia e preferuar	**Liposomal amphotericin B**	4 mg/kg çdo 2-4 javë i.v.	
	Ose Lipidcomplex amphotericin B	3 mg/kg çdo 3 javë i.v.	
Terapia e preferuar	**Pentavalent anitmonium salt (Glucantime)**	20 mg/kg çdo 4 javë i.v./i.m.	
	Ose miltefosine	1x 100 mg/ditë p.os	
	Ose pentamidine	300 mg çdo 3 deri 4 javë i.v.	

Rekomandime për monitorimin rutinor të pacienteve nën ARV

Monitorimi rutin i viral load-it, mund të bëhet pas 6 muajve,12 muajve dhe më pas çdo 12 muaj dhe më pastaj nëse pacienti është stabil në ART, për tu adaptuar me monitorimin rutinor dhe në raportimin e evaluimit (rekomandim i kushtëzuar, evidencë relativisht e dobët).

Në vende ku monitorimi rutinor i viral load-it është i mundur, monitorimi i bazuar në numërimin e CD4 qelizave mund të ndërpritet tek personat të cilët janë stabil në ART dhe në aspektin virusal të supresuar (rekomandim i kushtëzuar, evidencë relativisht e dobët).

Përmbledhje e linjes të parë dhe të dytë të ART regjimeve të rekomanduara për fëmijë		
Fëmijë (përfshirë adoleshent)	Linja e parë e ART regjimit	Linja e dytë e ART regjimit
Më të vegjël se 3 vjet	ABC + 3TC + LPV/r AZT + 3TC + LPV/r	AZT ose ABC + 3TC + RAL
3 vjet e më shumë	ABC + 3TC + LPV/r AZT + 3TC + LPV/r	AZT + 3TC + EFV or RAL ABC ose TDF + 3TC + EFV ose RAL
Të gjitha moshat	ABC + 3TC + EFV (ose VLP) TDF + 3TC (ose FTC) + EFV (ose VLP) ABC + 3TC + EFV (ose VLP)	AZT + 3TC + ATV/r ose LPV/r ABC ose TDF + 3TC (ose FTC) + ATV/r ose LPV/r

4.8 Diagnoza dhe Trajtimi i TB-së tek Personat me HIV pozitiv

Trajtimi i TB-së, te personat HIV pozitiv. Për trajtimin standard të TB-së, tek personat HIV pozitiv, për të bërë zgjedhjen e duhur të ARV-të, shiko tabelën dhe ART te Co-infeksionet TB/ HIV.

Shih. në internet on line- ligjëratat TB dhe HIV Ko-infeksion -Pjesa 1 dhe TB dhe HIV-Ko-infeksion-Pjesa 2 nga kursi në internet EACS Menaxhimi Klinik i HIV-it..

Sëmundja	Barnat	Doza	Komentet *
	Ndijeshmëria e Mycobacterium tuberculosis - Faza fillestare		
Faza inicale / fillestare	**Rifampicin** **+ isoniazid** **+ pyrazinamide** **+ ethambutol**	Bazuar në peshë	Faza fillestare për 2 muaj, pastaj Faza e vazhdimit (rifampicin + izoniazid) sipas llojit të TB-së (shiko më poshtë) Mundësia për të hequr etambutolin, nëse dihet që M.Tuberkulozi është plotësisht i ndjeshëm ndaj barnave. Mund të konsiderohet terapi parandaluese steroide për të shmangur IRIS.
Alternative	**Rifabutin** **+ isoniazid** **+ pyrazinamide** **+ ethambutol**	Bazuar në peshë	Faza fillestare për 2 muaj, pastaj Faza e vazhdimit sipas llojit të TB (Shiko më poshtë) Mundësia për të hequr etambutolin, nëse dihet që M. Tuberkulozi është plotësisht i ndjeshëm ndaj barnave.
Faza vazhduese	**Rifampicin / rifabutin** **+ isoniazid** sipas llojit të TB		Kohëzgjatja totale e terapisë: 1. TB e prekshme pulmonare, e drogës: 6 muaj 2. TB pulmonar & kulturë pozitive në 8 javë të trajtimit të TB: 9 muaj 3. TB ekstrapulmonare me përfshirje të CNS ose shpërndarje TB: 9-12 muaj. 4. TB ekstrapulmonare me përfshirje të kockave / nyjeve:9 muaj 5. TB ekstrapulmonare në vendet e tjera: 6-9muaj

* Regjimet me ndërprerje (2 ose 3 herë në javë) janë të kundërindikuar te personat me HIV pozitiv. Dozat e humbura mund të çojnë në dështim të trajtimit, rikthim ose rezistencë të fituar ndaj barnave.12].

Diagnoza e TB rezistent në shumë barna (MDR-TB)/ TB rezistent në terapi të zgjeruar (XDR-TB)

MDR-TB/XDR-TB duhet të dyshohet në rast të:

- Trajtimit të mëparshëm të TB;
- Kontaktit me MDR-TB/XDR-TB
- Lindja, udhëtimi ose puna në vendet endemike për MDR-TB/XDR-TB
- Të dhënat për aderencë të ulët
- Mos përmirësim klinik në terapi standarde dhe/ose baciloskopia positive pas 2 muajsh trajtimi me terapi antibuerkulare, ose kultura pozitive pas 3 muajsh trajtimi
- Të pastrehët dhe, në disa vende, të burgosurit
- Në vende me prevalence shumë të lartë të MDR-TB/XDR-TB

MDR-TB: Rezistencë në isoniazid dhe rifampicin

XDR-TB: Rezistencë në isoniazid, rifampicin dhe kinolone dhe të paktën në njërën nga barnat injektuese: kanamycin, capreomycin ose amikacin

Detektimi i shpejtë

Gene Xpert ose teknologjitë e ngjashme kanë avansuar detektimin e shpejtë të rezistencës në rifampicin. Testimi i ndjeshmërisë në barna është i rëndësishëm për të pasur një rezultat optimist.

Disa vende/regjione nuk kanë asnjërën nga testet, prandaj çasja e trajtimit është empirike.

Trajtimi i TB rezistent

TB rezistent në INH

- RIF ose RFB + Z + E për 2 muaj dhe RIF ose RFB + E për 10 muaj

Disa ekspertë rekomandojnë të shtohet një FQ në fazën intensive dhe të zëvendësohet E me FQ në fazën e mbajtjes

Çdo dozë e regjimit të trajtimit të MDR/XDR-TB duhet të jepet si DOTS gjatë tërë trajtimit

- Nëse personat janë rezistent në rifampicin ose MDR-TB, një regjim i trajtimit me të paktën pesë barna efektive të TB rekomandohet të bëhet, gjatë fazës intensive, përfshirë pyrazinamide dhe katër barna të linjës së dytë: një i zgjedhur nga grupi A, një nga grupi B dhe një nga grupi C
- Nëse minimumi i barnave efektive nuk mund të kombinohet si më lart, atëherë një agjent nga grupi D2 dhe një tjetër nga grupi D3 mund të shtohen në totalin prej pesë barnash.
- Te personat rezistent në rifampicin ose MDR-TB rekomandohet që regjimi të përforcohet me doza të larta të isoniazidit dhe/ose ethambutolit

Zgjedhja e barit

Çdo regjim i trajtimit emperik duhet të rivlerësohet dhe, nëse ka nevojë, të modifikohet sapo të sillet rezultati në sensitivitet

Grupi A: Flurokinolonet	• Levofloxacin (LFX) • Moxifloxacin (MFX) • Gatifloxacin (G)
Grupi B: Barnat injektuese	• Amikacin (Am) • Capreomycin (Cm) • Kanamycin (Km) • Streptomycin (S): përdore vetëm nëse sensitiviteti është provuar dhe kur nuk ka qasje në barnat tjera
Grupi C: Medikamentet e linjës së dytë	• Ethionamide (ETO) ose prothionamide (PTO) • Cycloserine (CS) ose terizidone (TRD) • Linezolid (LZD) • Clofazimine (CFZ)
Grupi D1: Medikamente shtesë	• Pyrazinamide (Z) • Ethambutol (E) • Dozë e lartë e INH
Grupi D2:	• Beaquiline (BED) • Delamanid (DLM)

Grupi D3:	• Acidi p-aminosalicilik (PAS) • Cilastatin-imipenem (IPM/CLN) • Meropenem (MPM) • Amoxicillin clavulanate (Amx/CLV) • Thioacetazone 9THX)
Kohëzgjatja e trajtimit të MDR/XDR	
Faza intensive 8 muaj me 5 apo më shumë barna, e përcjellur me 12 muaj me 3 barna, varësisht nga përgjigja P.sh. 8 muaj Z, MFX, Km, OFX, PTO dhe CS, e përcjellur me 1 muaj me MFX, PTO dhe CS. Te personat rezistent në rifampicin ose MDR-TB të cilët nuk kanë qenë më parë të trajtuar me barna të linjës të dytë dhe te të cilët rezistenca në fluorokinolone dhe barnat injektuese të linjës të dytë janë përjashtuar, një regjim më i shkurtër i trajtimit me MDR-TB për 9-12 muaj mund të përdoret në vend të trajtimit koVLencional	
Intereaksioni i ARV dhe MDR/XDR	
Deri sa nuk përdoret RFB, përdor dozë normale por me kujdes, pasi që pak ka të dhëna për interaksion potencial në mes të këtyre barnave	

4.8.1 Tubekulozi Latent

Indikacionet: Mantu Prova > 5 mm ose IGRA pozitiv, ose kontakti i ngushtë me persona që kanë baciloskopi positive. Disa udhërrëfyes marrin parasysh etnicitetin, vlerën e CD4 dhe përdorimin e ARV për të përcaktuar indikacionin e trajtimit e tuberkulozit latent	
Regjimi i trajtimit*	**Komente**
Izoniazid 5 mg/kg/ditë (maksimum 300 mg) per os + **Pyridoxine** (Vit B6) 25 mg/ditë per os	6 – 9 muaj Konsidero kohëzgjatjen prej 9 muajsh në vendet me prevalence të lartë të TB
Rimfampicin 600 mg/ditë per os Ose rifabutin per os	4 muaj, shiko intereaksionin me ARV (Aneksi 1)
Rifampcin 600 mg/ditë per os Ose rifabutin per os + **Isoniazid** 5 mg/kg/ditë (maksimum 300 mg) per os + **Pyridoxine** (Vit b6) 25 mg/ditë per os	3 muaj, shiko intereaksionin me ARV (Aneksi 1)
Rimfampicin 600 mg 2x/javë per os + **Izoniazid** 900 mg 2x/javë per os + **Pyridoxine** (Vit B6) 300 mg 1x/javë per os	3 muaj, shiko intereaksionin me ARV (Aneksi 1)
Rifapentine 900 mg 1x/javë per os + **Izoniazid** 900 mg 1x/javë per os	3 muaj, shiko intereaksionin me ARV (Aneksi 1)
Rifapentine 450 mg (<45 kg) ose 600 mg (>45 mg)/ditë per os + **Izoniazid** 300 mg/ditë per os + **Pyridoxine** (Vit B6) 25/ditë per os	4 javë , shiko intereaksionin me ARV

* Regjimet tjera të trajtimit mund konsiderohen te infeksionet latente me rrezik të lartë te tuberkulozi rezistent në shumë barna.

** Rifabutina nuk rekomandohet nga OBSH në regjimin e trajtimit.

5. Aplikimi dhe zbatimi i UPK në rrethanat tona

Udhërrëfyesi u dedikohet ofruesve(profesionistëve shëndetësor) dhe shfrytëzuesve të shërbimeve shëndetësore me qëllim të marrjes së vendimit më të mirë të mundshëm për parandalimin, diagnostikimin dhe fillimin e trajtimit për HIV.

Udhërrëfyesi në formë të shtypur dhe online, do të jetë në dispozicion për të gjithë profesionistët shëndetësor në institucione shëndetësore në Kosovë.

Përparësi në zbatimin e këtij udhërrëfyesi janë resurset e mjaftueshme njerëzore, materiale infrastruktura, rastet shqyrtohen nga konziliumi mjekësore dhe që shumica e barnave që nevojiten dhe rekomandohen nga ky udhërrëfyes janë të përfshira në listën esenciale të barnave.

Ministria e Shëndetësisë është përgjegjëse për sigurimin e Terapisë Antiretrovirale.

Nevojat për ARV, përcaktohen nga Klinika Infektive e SHSUK-së, si qendër referente për trajtimin e personave me HIV/AIDS. (Udhëzimi Administrativ Nr.01/2019).

Klinika Infektive vendos për mënyrën e menaxhimit të shpërndarjes dhe përdorimit të medikamenteve specifike për trajtimin e HIV/AIDS.

5.1 Procesi i adaptimit të udhërrëfyesit

Gjatë procesit të analizës dhe shqyrtimit të disa Udhërrëfyesve grupi i ekspertëve është përcaktuar në udhërrëfyesin e EACS version 9, 1 October 2018, si dhe në rekomandimet më të reja të OBSh-së, 2019.

Procesi i adaptimit të Udhërrëfyesit është realizuar përmes mbajtjes të takimeve të rregullta të grupit punues. Mbajtja e takimeve është dokumentuar me procesverbalet e takimeve të mbajtura.

Udhërrëfyesi i është nënshtruar vlerësimit nga komisioni recensent në përbërje të Prof. Dr. Ilir Tolaj, Infektolog dhe Ass. Dr. Xhevat Jakupi, Mikrobiolog.

Sa i përket komenteve të recensentëve nga ana e Prof. Dr. Ilir Tolaj është vlerësuar pozitivisht pa ndonjë vërejtje shtesë, ndërsa Ass. Dr. Xhevat Jakupi, Mikrobiolog, ka dhënë komente në çështje strukturale të Udhërrëfyesit, ndërkohë që ka rrjedh si propozim që pjesa në të cilën fillimisht është inkorporuar sistemi i mbikqyrjes të HIV-it, të mbetet si Udhërrëfyes i veçantë.

Drafti final i Udhërrëfyesit i është dërguar Shoqatës të personave që jetojnë me HIV/AIDS/ KAPHA, gjithashtu drafti është përcjellur në Qendrën për Zhvillimin e Grupeve Sociale (CSGD), të cilët nuk kanë dhënë ndonjë koment.

Udhërrëfyesi është dorëzuar për shqyrtim në Këshillin Kosovar për Udhërrëfyes dhe Protokole Klinike(KKUPK), të përcaktuar nga MSH. Pas vlerësimit nga Komisioni Vlerësues (KV), grupi punues i ka bërë plotësimet, ndryshimet e UPK-së, sipas rekomandimeve të përcaktuara nga Komisioni Vlerësues dhe është dorëzuar drafti final.

Formatimi/dizajni i këtij udhërrëfyesi është punuar nga MSc.Niman Bardhi, PhDc., Zyrtar për Cilësi dhe Siguri të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor, MSh.

6. Standardet e auditueshme

- Përqindja e të rriturve dhe fëmijëve që jetojnë me HIV që dihet të jenë në terapi ARV, 12 muaj pas fillimit.
- Numri dhe përqindja e personave që jetojnë me HIV që e kanë ulur ngarkesën viral në fund të periudhës raportuese
- Përqindja e personave që jetojnë me HIV me (matjen) numërim fillestar të CD4 <200 cells/mm3 and <350 cells/mm3 gjatë periudhës raportuese.
- Numri i personave që jetojnë me HIV, të sapo regjistruar në kujdesin për HIV dhe që e kanë filluar terapinë parandaluese për TB.
- Përqindja e personave që jetojnë me HIV, që dinë statusin e tyre HIV, në fund të periudhës raportuese.

7. Referencat

1. EACS guidelines version 9, 1 October 2018.
2. Managing advanced HIV Disease and rapid initation of Antiretroviral Therapy.
3. Raporti vjetor « Situata epidemiologjike me HIV dhe AIDS në Kosovë 2018 », IKShPK, Departamenti i Epidemiologjisë
4. Sëmundjet Infektive, Ilir Q. Tolaj me bashkë-autor 2018.
5. The use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV Infection second Edition 2016 WHO.
6. Update up recomandations on First line and Second Line Antiretroviral regiments, post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV: interim guidelines: supplement to the 2016 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/277395 , accessed 10 July 2019). Fq.3

8. Shtojcat

8.1 Grupi punues

Ky udhërrëfyes është hartuar nga grupi punues multidiciplinar dhe multiprofesional i emëruar nga Ministria e Shëndetësisë - Republika e Kosovës:

- Dr. Murat Mehmeti, kryesues i grupit punues,
- Dr. Izet Sadiku, anëtar,
- Dr. Laura Shehu, anëtare,
- Dr. Luljeta Gashi, anëtare,
- Dr. Rushit Ismajli, anëtar.

9. Shkurtesat

9.1 Shkurtesat për ARV

3TC	Lamivudine
ABC	Abacavir
ARV	Terapia anti-retrovirale;
ATV	Atazanavir
BIC	Bictegravir
COBI	Cobocitat
DDA/AVD	Antiviral me Veprim Direkt
DRV	Darunavir
DTG	Duletegravir
EFV	Efavirenz
ETV	Etravirin
EVG/c	Elvitegravir – cobicistat
FTC	Emtricitabine
LPV	Lopinavir
MVC	Maraviroc
RAL	Raletegravir
RPV	Rilpivirine
RTV	Ritonavir
TAF	Tenofovir Alafenamide
TDF	Tenofovir Disproxil Fumara
VLP	Nevirapine

9.2 Shkurtesat tjera

ACE inhibitor	Inhibitiorët e ACE
ALT	Alanine Aminotransferase
CMV	Citomegalovirus
COC	Combined oral contraceptives (Kontraceptivët oralë të kombinuar – KOK)
COPD	Sëmundje Pulmonare Obstrukive Kronike /SPOK
EC	Emergency Contraception (Kontraceptivët emergjentë)
HSV	Herpes simplex virus
HVA	Hepatitis A
HVB	Hepatitis B Virus /Hepatit B
HVC	Hepatitis C Virus /Hepatit C
HVD	Hepatit D
HVE	Hepatit E
IF/FI	Inhibitorët e fuzionimit
INSTI	Inhibitorët e transferit të integrazes (INSTIs).
IPH	Infeksioni Primar me HIV
IRIS	Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome (*Sindroma inflamatore* e *rikonstitucionit imunitar.*
IST	*Infeksionet Seksualisht të Transmetueshme*
LAMA	Long acting muscarinic antagonists antagonists (antagonistët me veprim afgjat të receptorëve antagonist – AVAM.
LPM	Leukoencefalopatia progresive multifokale
MAC	Mycobaterium avium
MSM	Meshkujt që bëjnë seks me Meshkuj
MX	Methyl-Xanthine
NNRTIs	Inhibitoret jo-nukleozidët të transkriptazës reverze
NRTIs	Inhibitorët nukleozidë/nukleotide të transkriptazës reverze (INTRs)
PDE4	Inhibitorët e fosfo diesterazës – IFD4
PEP	Postexposure Prophylaxis (Profilaksa pasekspozimit – PPE)
PI	Protease Inhibitors /Inhibitorët e Proteazës
PID	Përdoruesit injektues të drogave.
POP	Progesterone only pills (Kontraceptivët vetëm me progesteron – KVP).

PPI/IPP	Frenues i pompës proton/ Inhibitorët e Pompës Protoinike
PrEP	Prexposure Prophylaxis (Profilaksa paraekspozimit – PPE)
SABA	Short acting beta agonists (agonistët me veprim të shkurtër të receptorëve beta)
SAMA	Short acting muscarinic antagonists (antagonistët e me veprim aftat shkurtër të receptorëve muscarinik)
SKR	Sëmundje Kronike Renale
SKV	Sëmundje Kardio Vaskulare (CVD-Cardio Vascular Disease)
SNRI	Serotin norepinephrine reuptake inhibitors (inhibitor i rimarrjes së serotoninës dhe të norepinefrinës – IRSN).
SSRI	Selective serotonin reuptake inhibitors (inhibitor selektiv i rimarrjes se serotoninës - ISRS).
SVR	Sustained Virological Response /Reagim i qëndrueshëm viral
TCA	Tricyclic antidepressants (antidepressantët treciklikë – ADT)
TDM	Therapeutic Drug Monitoring/Monitorimi Terapeutik i Barërave
TeCA	Tetracyclic antidepressants (antidepressantët tetraciklikë)
VL	Ngarkesë Virale
VZV	Varicella zoster virus infeksionet