

Informații despre tratamentul HIV/SIDA

- curs de formare pentru activiști –

Secțiunile 1- 8: Informații de bază despre HIV

- Sistemul imunitar și numărul de CD4
- Virologie, HIV și încărcătura virală
- Introducere în ARV
- Efecte secundare ale ARV
- IO și co-infecții
- HIV și sarcina
- Consumatorii de droguri și ARV
- Aspecte științifice



Curs de formare pe probleme de tratament pentru persoanele implicate în *advocacy*

Secțiunile 1 – 8



Acest manual a fost publicat cu sprijinul financiar al Comisiei Europene (DG SANCO – Contract 2004302, pentru proiect AIDS ACTION AND INTEGRATION). Opiniile exprimate în acest material aparțin exclusiv autorilor și nu reprezintă poziția oficială a Comisiei Europene.

Manual scris și editat de: Simon Collins, Polly Clayden, Svilen Kolev Konov, Roman Dudnik, Ben Cheng, Siphon Mthathi.

**HIV i-Base: 3rd Floor East, Thrale Hse, 44-46 Southwark St, London SE1 1U. Tel+44 (0)20 7407 8488 admin@i-Base.org.uk www.i-Base.info
octombrie 2004**

Cuprins

Introducere

Informații cu privire la modul de utilizare al cursului

Secțiunea 1: Sistemul imunitar și numărul de CD4

1.1 Introducere

1.2 Obiectivele Secțiunii 1

1.3 Definiția SIDA (AIDS)

1.4 Cele mai importante organe ale corpului uman

1.5 Cum funcționează sistemul imunitar

1.6 Cum interacționează HIV cu sistemul imunitar

1.7 Numărul de CD4 – „marker surogat”

1.8 Cât de rapid progresează HIV

1.9 Interpretarea rezultatelor CD4: numărul de CD4 și procentajul CD4

1.10 Diferențe între adulți și copii

1.11 Diferite stadii ale infecției

1.12 Limite ale nivelurilor de CD4 pentru infecții oportuniste

1.13 Utilizarea numărului de CD4 în luarea deciziei cu privire la începerea terapiei

1.14 Glosar: Secțiunea 1

1.15 Întrebări: Secțiunea 1

1.16 Evaluarea Secțiunii 1

Secțiunea 2: Virusologie, HIV și încărcătură virală

2.1 Introducere

2.2 Obiectivele Secțiunii 2

2.3 Definiția HIV

2.4 Alte cauze de îmbolnăvire

2.5 HIV și infectarea

2.6 Dinamica virală a infectării timpurii și cornice

2.7 Reinfectarea cu HIV

2.8 Ce înseamnă testarea încărcăturii virale

2.9 Istoria tehnologiei încărcăturii virale

2.10 Impactul co-infecțiilor asupra încărcăturii virale

2.11 Compartimente și sanctuare

2.12 Importanța încărcături virale în timpul tratamentului și în afara lui

2.13 Ciclul de viață al virusului, rezistența și aderența la medicamente

2.14 Care este legătura dintre CD4 și încărcătura virală

2.15 Glosar: Sesiunea 2

2.16 Întrebări pentru Secțiunea 2: Virusologie, HIV și încărcătura virală

2.17 Evaluarea cursului pentru Secțiunea 2

Secțiunea 3: Introducere la terapia cu ARV

3.1 Introducere la Secțiunea 3

3.2 Obiectivele Secțiunii 3

3.3 Ce este terapia combinată?

- 3.4 Chiar funcționează medicamentele?
- 3.5 Cum acționează medicamentele pentru HIV – principalele tipuri de medicamente
- 3.6 Recomandări pentru tratament
- 3.7 Când se începe tratamentul
- 3.8 De ce se utilizează trei sau mai multe medicamente
- 3.9 Reducerea încărcăturii virale sub 50 copii/ml
- 3.10 Opțiuni de tratament
- 3.11 Efecte secundare
- 3.12 Pot schimba tratamentul?
- 3.13 Pot face o pauză de tratament?
- 3.14 Drogurile recreaționale, alcoolul și terapia complementară
- 3.15 Aderența – de ce este atât de importantă
- 3.16 Sfaturi pentru o aderență mai bună...
- 3.17 Ce fac dacă am uitat să-mi iau medicamentele?
- 3.18 Rezistența la ARV
- 3.19 Eșecul terapeutic
- 3.20 Glosar pentru Secțiunea 3
- 3.21 Întrebări pentru Secțiunea 3: Introducere la terapia ARV
- 3.22 Evaluarea cursului pentru Secțiunea 3

Secțiunea 4: Efecte secundare ale ARV

- 4.1 Introducere
- 4.2 Obiectivele Secțiunii 4
- 4.3 Întrebări generale
- 4.4 Efecte secundare generale
- 4.5 Efecte secundare mai grave asociate cu combinațiile recomandate de OMS
- 4.6 Alte efecte secundare
- 4.7 Cum se descriu efectele secundare
- 4.8 Cum se măsoară efectele secundare
- 4.9 Jurnalul efectelor secundare
- 4.10 Glosar pentru Secțiunea 4
- 4.11 Întrebări pentru Secțiunea 4
- 4.12 Evaluarea cursului pentru Secțiunea 4

Secțiunea 5: Infecții oportuniste (IO) și co-infecții importante

- 5.1 Introducere
- 5.2 Obiectivele Secțiunii 5
- 5.3 Abordarea fiecărei IO
- 5.4 Infecții GI: giardia, criptosporidia, microsporidia
- 5.5 Candida (candidoza) și alte probleme dermatologice
- 5.6 PPC
- 5.7 TBC
- 5.8 MAI și MAC
- 5.9 Hepatita C
- 5.10 CMV
- 5.11 Toxoplasmoza

- 5.12 Meningita cu criptococ
- 5.13 Cancer: limfom și sarcom
- 5.14 Emacierea și pierderea în greutate
- 5.15 Tabel cu IO și efectul tratamentului ARV
- 5.16 Glosar pentru Secțiunea 5
- 5.17 Întrebări pentru Secțiunea 5
- 5.18 Evaluarea cursului pentru Secțiunea 5

Secțiunea 6: HIV și sarcina

- 6.1 Introducere
- 6.2 Obiectivele Secțiunii 6
- 6.3 Întrebări generale
- 6.4 Sănătatea mamei și sarcina
- 6.5 Îngrijirea și tratamentul prenatal
- 6.6 Cât de sigure sunt medicamentele ARV în timpul sarcinii
- 6.7 Efecte secundare și sarcina
- 6.8 Rezistența în timpul sarcinii
- 6.9 Alte analize și examene medicale
- 6.10 Alte infecții
- 6.11 Medicamentele și sănătatea bebelușului
- 6.12 Opțiuni pentru naștere și operația cezariană
- 6.13 Când se naște bebelușul
- 6.14 Alăptatul
- 6.15 Sănătatea mamei după naștere
- 6.16 Alte informații utile
- 6.17 Glosar pentru Secțiunea 6
- 6.18 Întrebări pentru Secțiunea 6
- 6.19 Evaluarea cursului pentru Secțiunea 6

Secțiunea 7: Consumatorii de droguri și ARV

- 7.1 Introducere
- 7.2 Obiectivele Secțiunii 7
- 7.3 Întrebări generale
- 7.4 Îngrijire complexă și accesibilă
- 7.5 Interacțiuni între drogurile recreaționale și antiretrovirale
- 7.6 Motivele pentru care aceste informații teoretice nu sunt la fel de utile ca studiile controlate privind interacțiunile la oameni
- 7.7 Interacțiuni cu alte medicamente ARV
- 7.8 Interacțiuni cu metadona
- 7.9 Tabelul I: Interacțiuni între Antiretrovirale și Drogurile de Club
- 7.10 Întrebări pentru Secțiunea 7
- 7.11 Evaluarea cursului pentru Secțiunea 7

Secțiunea 8: Aspecte științifice

- i) Cum se citește un grafic

- ii) Ce înseamnă o medie
- iii) Ce se întâmplă când luați un medicament
- iv) Nivelul medicamentelor, perioada de acțiune, efecte secundare

Anexa I Definirea cazurilor SIDA în conformitate cu recomandările CDC, 1993

Anexa II Sistemul OMS de clasificare a infecției HIV

Anexa III Listă cu infecțiile oportuniste în funcție de tipul de boală

Anexa IV Combinațiile de ARV recomandate de OMS

Anexa V Medicamente și doze – ARV care au licență de utilizare în Europa

Anexa VI Surse de informații suplimentare

Introducere

Acest curs include opt module cu informații de bază, care pot fi completate, în funcție de situație.

Cursul face parte dintr-un proiect lipsit de drepturi de autor, ce va fi disponibil pe site-ul *i-Base*, de unde va putea fi descărcat sau accesat online. La fel ca în cazul celorlalte materiale informative produse de *i-Base*, încurajăm traducerea acestui curs în alte limbi.

Materialul nu este creat pentru persoane care au o pregătire medicală sau științifică, iar cei cărora li se pare prea simplu pot trece direct la cursul intermediar.

Veți observa ca anumite sesiuni sunt foarte scurte și includ întrebări simple – ele sunt destinate tuturor celor care doresc să învețe despre tratament și să transmită informațiile mai departe, altor persoane interesate.

Pentru a fi un activist bun, nu este nevoie să aveți o formație academică – cursul de față vă oferă informațiile de care aveți nevoie pentru a explica și altora de ce este important tratamentul HIV/SIDA.

În activitatea dvs de activiști și formatori în rândul comunității este important să înțelegeți și să explicați lucruri care, la început, pot părea plictisitoare. Persoanele infectate cu HIV trebuie să înțeleagă de la dvs că este extrem de important să știe ce se întâmplă în organismul lor și că asta le va ajuta să trăiască mai bine și să ia decizii corecte, bazate pe cunoașterea beneficiilor și riscurilor tratamentului ARV.

Acest curs a fost scris de persoane care fac *advocacy* pentru tratamentul HIV/SIDA, nu sunt cadre medicale și, majoritatea, sunt infectate cu HIV.

Toți au încercat să-și aducă aminte de ceea ce au trăit atunci când au aflat lucruri noi despre propriul lor tratament: uneori au fost surprize plăcute, alteori nu.

Uneori, exact surprizele sunt cele care te ajută să înveți – surprizele îți arată că, în realitate, lucrurile sunt diferite de ceea ce ne imaginăm noi.

Să sperăm că informațiile ce urmează vă vor stârni interesul față de tratament și vă vor face să înțelegeți că un om corect informat este mai puternic.

Informații cu privire la modul de utilizare al cursului

Sesiunile 1 – 8: Informații de bază despre HIV și tratament

Primele șase sesiuni au drept obiectiv prezentarea celor mai importante aspecte ale tratamentului.

Scopul fiecărei sesiuni este să ofere informații generale pentru fiecare domeniu, formând astfel structura de bază pentru un curs de nivel mai avansat și pentru cercetările pe care le veți face individual.

Dacă veți parcurge și înțelege întreg acest curs, atunci veți stăpâni 90% din aspectele legate de HIV și tratament.

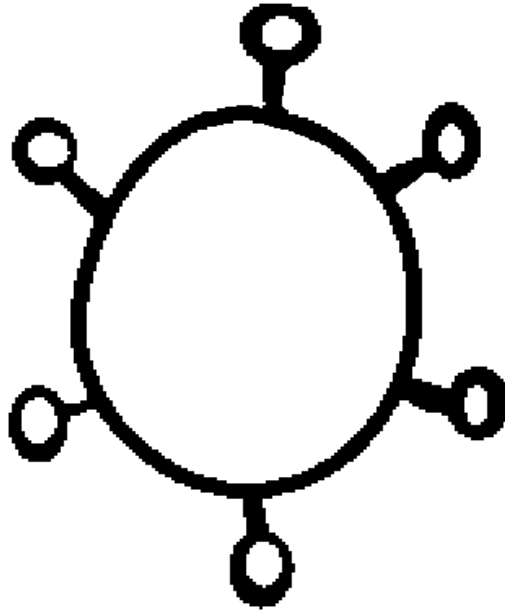
Deși cursul dorește să vă ofere informațiile de bază cu privire la HIV, abordarea pedagogică va fi foarte practică și nu va include doar cititul textelor și luarea de notițe.

În activitatea de *advocacy* informațiile noi sunt văzute drept probleme ce trebuie rezolvate. Trebuie să țineți cont și de faptul că informațiile se schimbă foarte repede, deci că va trebui să vă informați și să fiți mereu la curent cu ultimele noutăți.

Fiecare secțiune are 15 – 20 de întrebări la care trebuie să fiți capabil să răspundeți.

Obiectivul primei secțiuni este să vă familiarizeze cu cele mai importante concepte din domeniu.

Secțiunea 1: sistemul imunitar și numărul de CD4



1.1 Introducere

Dacă ați înțeles ce înseamnă numărătoarea CD4 și măsurarea încărcăturii virale, atunci veți putea înțelege și:

- riscul de îmbolnăvire cu afecțiuni asociate HIV
- când și de ce anume este recomandat tratamentul
- dacă tratamentul funcționează.

Prima sesiune începe cu informații despre corpul uman și despre modul în care acesta luptă împotriva infecției, cu ajutorul sistemului imunitar. HIV este un virus care atacă sistemul imunitar și trebuie să știți cum reacționează corpul în acest caz și cum exact este afectat. Secțiunea 2 este strâns legată de Secțiunea 1.

1.2 Obiectivele Secțiunii 1

După ce ați citit și ați încheiat această secțiune, veți ști:

- modul în care înțelege sistemul imunitar un om de știință sau un medic
- ce sunt celulele CD4 și ce înseamnă numărătoarea lor
- care este rolul numărătorii CD4 în monitorizarea infecției cu HIV
- cum este utilizată numărătoarea CD4 în luarea deciziilor privitoare la tratament

1.3 Definiția SIDA

SIDA este abrevierea pentru Sindromul de Imunodeficiență Dobândită.

Sindrom – pentru că descrie o suită de infecții și boli provocate de virusul HIV

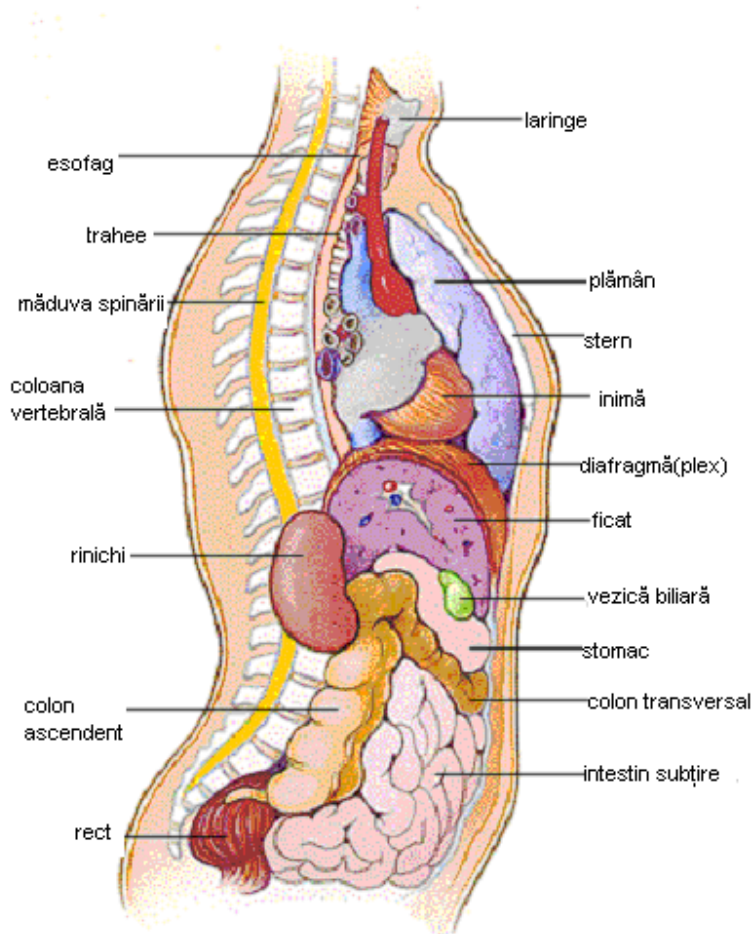
Imunodeficiență – pentru că *scade* puterea *sistemului imunitar*

Dobândită – pentru că este o infecție care se transmite.

De-a lungul acestui proces de învățare, veți afla mulți termeni noi, despre care nu ați auzit. De fiecare dată când întâlniți cu un cuvânt pe care nu îl înțelegeți, încercați să aflați ce înseamnă. După ceva vreme, veți vedea că ați învățat o mulțime de lucruri, la care nici măcar nu vă gândiseți vreodată.

Pentru multe persoane infectate cu HIV, cele trei cuvinte de mai sus nu înseamnă nimic dacă nu sunt însoțite de explicații detaliate.

1.4 Principalele organe ale corpului uman



Este simplu să ne cunoaștem corpul pe exterior, dar majoritatea oamenilor nu știu unde se află și ce fac timusul, rinichii sau plămânii.

Dacă știm cum funcționează sistemele din corp, ne este mult mai ușor să înțelegem modul de acțiune al tratamentului.

Inima – inima se află între cei doi plămâni. Mușchii inimii face ca sângele să circule în continuu în întregul corp. Puteți simți acest proces ascultând bătăile inimii sau verificând pulsul. Inima pompează sânge cu oxigen în tot corpul și aduce sângele fără oxigen înapoi, prin plămâni, pentru a fi re-oxigenat.

Plămâni - seamăna cu niște bureți care, de fiecare dată când inspirați, filtrează oxigenul din aer și îl trimit la inimă, de unde este pompat în întreg corpul. Când expirați, plămâni filtrează dioxidul de carbon din corp și îl elimină.

Ficatul – este organul de sub plămâni care acționează ca un filtru al sângelui. Substanțele chimice, de genul medicamentelor, sunt filtrate de ficat. Acesta îndeplinește și alte funcții, cum ar fi producerea și procesarea grăsimilor din corp. Ficatul este singurul organ capabil să se regenereze.

Rinichii – acționează și ei ca un filtru. Anumite medicamente sunt filtrate mai mult de rinichi decât de ficat. Deșeurile din organism sunt filtrate de rinichi și eliminate sub formă de urină. Aveți doi rinichi, care sunt poziționați în partea din spate a corpului. Blocajele renale sunt extrem de dureroase și pot avea urmări pe termen lung. Deși ne naștem cu doi rinichi, există persoane care pot supraviețui cu unul singur.

Stomacul și intestinele – în stomac are loc procesul de descompunere și procesare a hranei solide și lichide și a medicamentelor orale. Substanțele nutritive și medicamentele sunt absorbite apoi prin pereții intestinului subțire. Acesta măsoară 5 metri. Intestinul gros are 1,5 metri.

Timusul – este o glandă mică, poziționată în partea superioară a toracelui, care produce celulele CD4 și alte limfocite. Celulele CD4 sunt adeseori numite celule T. Timusul este foarte activ în copilărie și adolescență și își încetinește activitatea pe măsură ce îmbătrânim.

Pancreasul – este o glandă care are forma unui pistol. Rolul lui este să producă enzime digestive care merg în intestinul subțire și hormoni care controlează nivelul zahărului din sânge. Puteți trăi fără pancreas, cu condiția să luați regulat insulină pentru a vă regla nivelurile de zahăr și enzime digestive suplimentare.

Pielea – este cel mai mare organ și cântărește 16% din greutatea totală a corpului. Împiedică deshidratarea corpului și este principala barieră împotriva infecțiilor.

Oasele – sunt organe vii; 10% dintre celulele osoase mor și sunt înlocuite anual. Dacă celulele osoase nu sunt înlocuite destul de rapid, oasele devin casante și se rup mult mai ușor.

Măduva osoasă – este țesutul moale din interiorul oaselor. Măduva osoasă produce toate celulele din sânge.

Sângele – este lichidul pompat de inimă și are rolul de a duce oxigen și substanțe nutritive în întreg corpul și de a colecta deșeurile. Sângele conține celule (celule roșii, celule albe, trombocite etc) și plasmă.

Plasma – este partea lichidă a sângelui, care conține substanțe nutritive, glucoză, proteine, minerale, enzime și alte substanțe (cu excepția celulelor sanguine).

Limfa – este un lichid limpede care conține celule albe și anticorpi. Limfa este distribuită în întreg corpul printr-o rețea de vase, noduli și organe limfatic. Sistemul limfatic ajută sângele să elimine deșeurile din organism.

Deși multe dintre informațiile despre starea dvs de sănătate se regăsesc în analizele de sânge, doar 2% din cantitatea de HIV se găsește în sânge. Restul de 98% se află, în cea mai mare parte, în sistemul limfatic.

Nodulii limfatici – sunt micile umflături situate în jurul gâtului, sub brațe și la în zona inghinală.

Alte surse de informații

Există sute de site-uri pe internet cu explicații despre biologie, imunologie și alte aspecte medicale.

Iată câteva dintre ele:

Un american în vârstă de 39 de ani, condamnat la moarte, și-a donat corpul pentru a fi folosit în scopuri științifice. După ce a fost executat, corpul lui a fost înghețat, tăiat în felii groase de 1 milimetru și fotografiat. Pe baza acestor fotografii s-au realizat imagini bi și tri-dimensionale ale corpului uman, ce pot fi văzute pe:

http://www.nlm.nih.gov/research/visible/visible_human.html

BodyQuest – un site care dorește să explice anatomia umană elevilor cu vârste cuprinse între 11 și 16 ani. Faceți întâi un tur de site, pentru a avea o imagine de ansamblu a corpului uman, apoi mergeți la detalii:

<http://library.thinkquest.org/10348/?tqskipI=I&tqtime=0326>

Atlasul Corpului Uman – site interactiv al Asociației Medicale Americane, ce vă permite să explorați mușchii, organele interne și scheletul corpului uman.

<http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/7140.html>

1.5 Cum funcționează sistemul imunitar (înainte de infectarea cu HIV)

Există câteva modalități clare de protecție împotriva infecțiilor:

- Pielea, de pildă, este o barieră solidă.

Virusii pot intra în corp prin răni pe piele – tăieturi, zgârieturi (în cazul HIV) sau prin respirație (în cazul TBC). În cazul în care este atacat, corpul folosește diferite tipuri de celule pentru a lupta și a învinge infecția.

Există doi termeni medicali folosiți când se vorbește despre sistemul imunitar:

- Antigen – cuvântul denumește particulele mici în care se decompune materialul infectant în corp și care sunt recunoscute de sistemul imunitar
- Anticorp – este un tip de proteină produsă de unele dintre celulele albe ca reacție la o substanță străină (antigen). Fiecare anticorp se leagă de un antigen specific. Scopul acestei legături este distrugerea antigenului. Unii anticorpi distrug antigenii direct. Alții ajută celulele albe să distrugă antigenul.

Imunitatea celulară și umorală

Există două reacții ale corpului uman la infecții:

i) reacția imună umorală, bazată pe anticorpi

HIV este de obicei diagnosticat prin folosirea unui test de anticorpi care caută reacția corpului la HIV. În general, această reacție apare după 2-3 săptămâni de la infectare, dar durata se poate întinde până la mai multe luni de zile.

ii) imunitatea celulară, bazată pe reacțiile CD4 și CD8.

Celulele T fac parte din categoria celulelor albe (limfocite). Principalele tipuri de celule T sunt CD4 și CD8.

CD4 sunt uneori numite celule ajutătoare: ele ajută sistemul imunitar să reacționeze, trimițând semnale celulelor CD8.

CD8 sunt uneori numite celule ucigașe: ele recunosc și omoară celulele infectate cu un virus.

Există și situații în care aceste procese și funcții se suprapun.

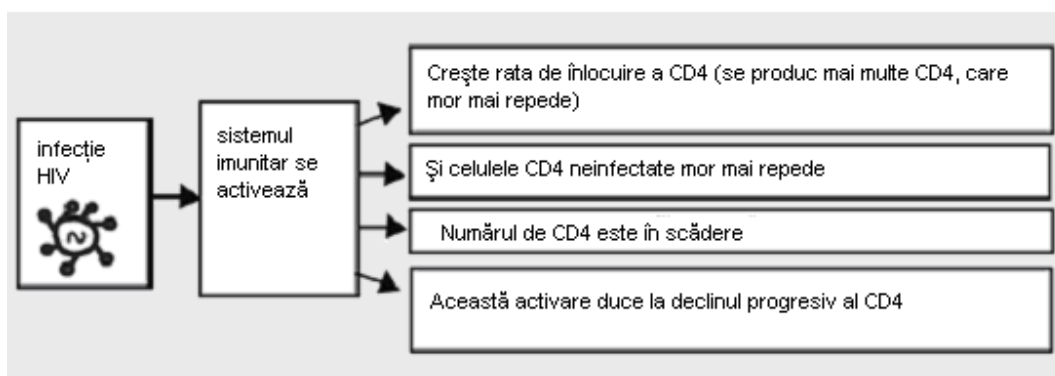
În general, corpul nostru folosește imunitatea celulară pentru a lupta împotriva virusilor, deci și împotriva HIV.

Celulele macrofage sunt alt tip de celule albe, mai mari, care înghit organismele infectante și reziduurile din celulele moarte. De asemenea, ele trimit semnale altor celule din sistemul imunitar.

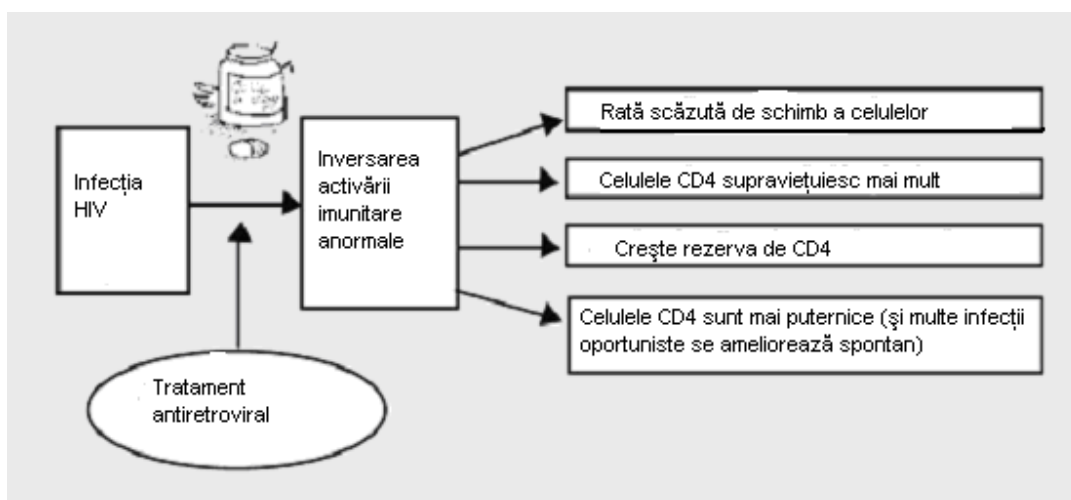
1.6 Cum interacționează HIV cu sistemul imunitar

HIV este un virus care produce modificări și complicații importante în corpul uman. Și asta pentru că virusul folosește, pentru a se reproduce, exact celulele pe care le utilizează corpul pentru a lupta împotriva infecțiilor. Infecția cu HIV face ca celulele infectate să moară mai repede și să le trimită și celorlalte celule semnale de același tip. Acești doi factori seamănă cu un câine care aleargă după propria coadă!

- În urma infectării cu HIV, corpul produce mai multe celule CD4 care să lupte împotriva acestui virus.
- Aceste noi celule sunt tot atâtea celule țintă pentru HIV, care le infectează și le transformă în virus
- Corpul reacționează, producând și mai multe celule care să lupte contra noului virus.



După un timp, celulele T specifice HIV nu mai pot face față și dispar (în majoritatea cazurilor, în primele șase luni după infectare). După mai mulți ani, se ajunge la o stare de oboseală generalizată și tot sistemul imunitar este distrus.



Tratamentul ARV blochează HIV, îi scade rata de reproducere și aduce sistemul imunitar într-o stare foarte apropiată de normal.

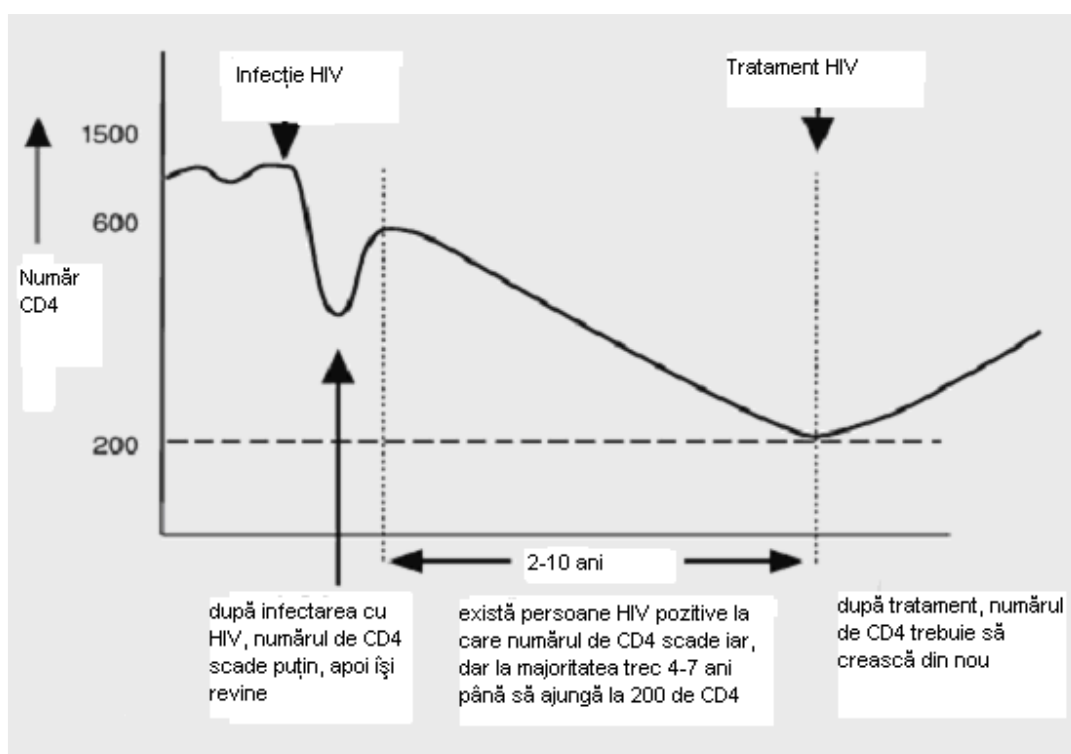
1.7 Numărul de CD4 – „marker surogat”

Modelul de numărătoare a CD4 după infectarea cu HIV, fără tratament

Numărul de CD4 (denumire completă: numărul de limfocite T CD4, sau numărul de celule T CD4, sau numărul de T4) este rezultatul unei analize de sânge care indică numărul de celule de acest tip într-un milimetru cub de sânge.

Numărul de CD4 este un „marker surogat” foarte bun pentru a vedea cât de tare v-a afectat HIV sistemul imunitar. Vă poate indica riscul de infecții oportuniste și momentul în care trebuie să începeți tratamentul.

O persoană HIV negativă are, în medie, între 600 și 1600 de CD4, dar există și oameni care au niveluri mai crescute sau mai scăzute, fără a fi bolnavi.

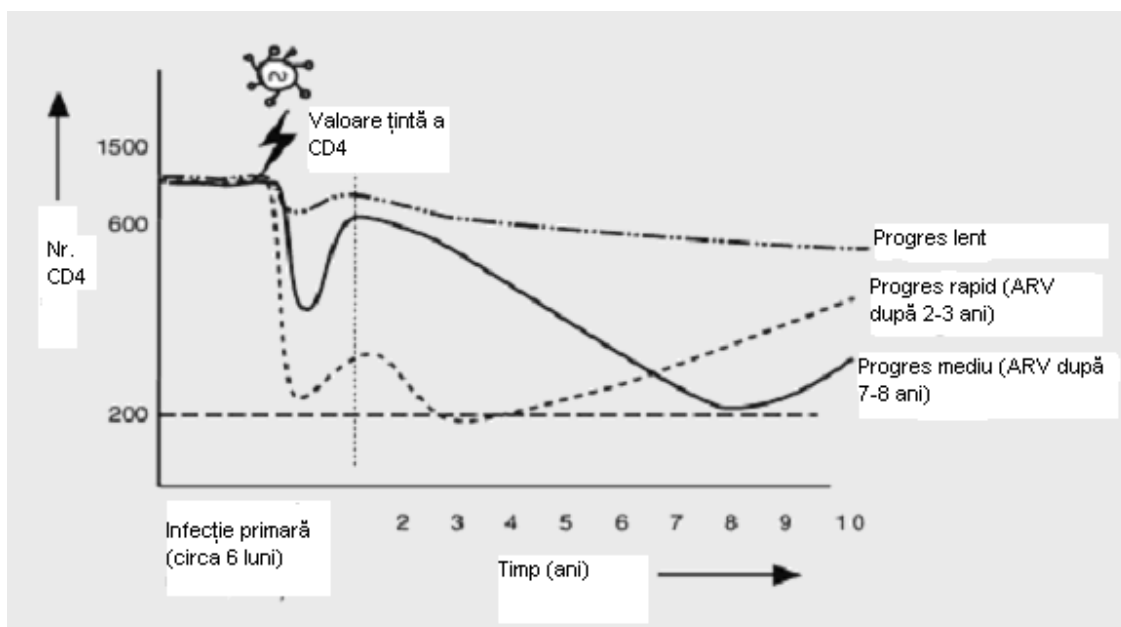


- În general, la câteva săptămâni după infectare, numărul de CD4 scade
- Apoi, pe măsură ce sistemul imunitar al corpului începe să reacționeze, numărul de CD4 crește din nou, dar nu la nivelul la care era înainte de infectare
- Acest nivel este uneori numit „valoare țintă”; de obicei trec 3-6 săptămâni până când infecția se stabilizează, dar uneori poate dura mult mai mult
- Mai departe, tendința CD4 este să scadă treptat, pe o perioadă de câțiva ani, în medie cu 50 de celule/mm³ în fiecare an. Există cazuri în care scăderea e mai rapidă, sau mai încetă.

În majoritatea cazurilor, sistemul imunitar uman reușește să controleze cu succes HIV fără ajutorul medicamentelor, pentru o lungă perioadă de timp (ani de zile).

1.8 Cât de rapid progresează HIV

Intervalul de timp necesar scăderii numărului de CD4 (de exemplu, la 200 de celule/mm³) variază mult de la o persoană la alta



Interval aproximativ pentru scăderea numărului de CD4 la 200 de celule/mm³:

<5% dintre oameni – 1-2 ani (progres rapid)

10% dintre oameni – 3-4 ani

70% dintre oameni – 5-9 ani

10% dintre oameni – 10-12 ani

<5% dintre oameni nu vor avea nici o modificare a numărului de CD4 în următorii 10-15 ani (progres încet, pe termen lung)

Uneori, persoanele care fac boli severe în momentul infectării (în timpul procesului de seroconversie) vor suferi o scădere rapidă a celulelor CD4.

Singura modalitate de a afla viteza cu care va scădea numărul de CD4 este monitorizarea acestuia în mod periodic sau ori de câte ori este nevoie.

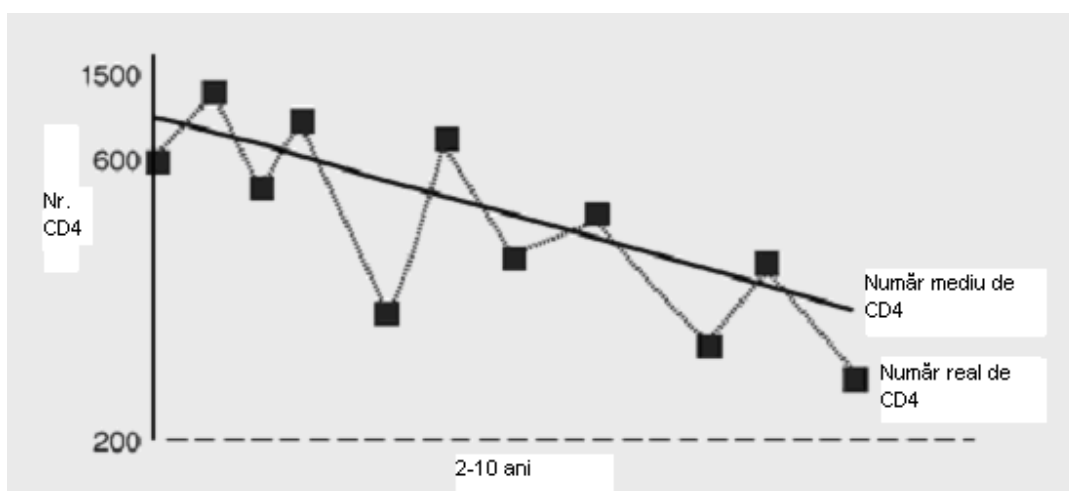
Persoanele care o scădere mai rapidă a CD4 vor avea aceeași reacție la tratament (la fel de puternică și de bună) ca și persoanele la care infecția HIV evoluează mai lent.

1.9 Interpretarea rezultatelor CD4: numărul de CD4 și procentajul CD4

O singură numărătoare de CD4 nu înseamnă mare lucru. Trebuie să strângeți rezultatele mai multor analize CD 4 pentru a înțelege care este tendința: creștere, scădere, viteză, stabilitate.

Numărul de CD4 poate crește sau scădea în funcție de diferiți factori: momentul zilei, ce ați mâncat, efortul fizic făcut înainte de analiză, prezența altor infecții.

Din aceste motive, tendința se estimează în funcție de rezultatele medii.



Fiecare punct de pe linia punctată indică un număr individual „absolute” de CD4: acesta este numărul de CD4 dintr-un milimetru cub (celule/mm³) sau microlitru (ul) de sânge. Oamenii de știință îl notează adeseori astfel: „celule x 10⁶/l”.

Linia continuă indică media acestor rezultate – și faptul că, în acest exemplu, tendința CD4 este de scădere.

Dacă aveți un număr neobișnuit de mare sau de mic de CD4, în măsura posibilului verificați-l cu un al doilea test.

Procentajul de CD4 (CD4%) este adeseori un indicator mai stabil al modificărilor ce au avut sau nu loc în sistemul imunitar. El arată procentajul numărului total de limfocite care sunt celule CD4.

Un procentaj de CD4 între 12-15% este echivalent cu 200 de celule/mm³.

Un procentaj de 29% echivalează cu 500 de celule/mm³, dar există posibilitatea de a avea valori mai mari.

O persoană seronegativă are un procentaj de circa 40%.

La monitorizarea copiilor nu se utilizează numărătoarea de CD4, ci doar procentajul.

1.10 Diferențe între adulți și copii

- Copiii au, în general, un număr mult mai mare de CD4 decât adulții.
- Bebelușii au un număr mai mare de CD4 decât copiii.

- Pe măsură ce îmbătrânim, numărul de CD4 scade.
- Din cauza diferențelor atât de mari, copiii infectați cu HIV sunt monitorizați pe baza procentajului de CD4 și nu a numărului absolut.

1.11 Diferite stadii ale infecției

Există diferite definiții pentru stadiile infecției cu HIV, date de instituții ca Organizația Mondială a Sănătății sau sistemul medical american. În prezent există tratamente eficiente pentru această maladie, deci definirea stadiilor nu mai este atât de importantă. Definiția dată de OMS se bazează doar pe simptome și nu ia în calcul rezultatele analizelor. La polul opus, definiția acceptată de instituțiile medicale americane are la bază simptomele și rezultatele analizelor.

Stadiile infecției cu HIV, conform Organizației Mondiale a Sănătății

Categoriile definite de OMS nu țin cont de numărul de CD4. În Anexa II veți găsi o listă a simptomelor conexe, care sunt legate de următoarele stadii:

Stadiul 1: asimptomatic, activitate normală

Stadiul 2: simptome, activitate aproape normală

Stadiul 3: ședere la pat mai mult decât de obicei, dar sub 50% din intervalul diurn

Stadiul 4: ședere la pat peste 50% din intervalul diurn

Stadiile infecției cu HIV, conform Centres for Disease Control and Prevention, Statele Unite ale Americii

Categoriile clinice sunt notate cu A, B și C

Numărul de CD4 este notat cu cifre: 1, 2 și 3

| | Categorii clinice | | |
|----------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| | A | B | C |
| Număr de CD4 | Fără simptome, infecție primară | Simptome (dacă nu e A sau C)* | Infecții care definesc SIDA** |
| 1 = 500 sau mai mult | A1 | B1 | C1 |
| 2 = 200 – 499 | A2 | B2 | C2 |
| 3 = sub 200 | A3 | B3 | C3 |

*Simptomele mai puțin grave sau simptomele timpurii includ: candidoza bucală sau vaginală care nu răspund la tratament, febră (peste 38,5°C), diaree care durează mai mult de o lună, modificări la nivelul colului uterin sau cancer, inflamarea zonei pelviene.

** Infecțiile care definesc SIDA includ toate infecțiile severe, dintre care amintim aici: candidoza esofagiană, infecție cu citomegalovirus, limfoame active, tuberculoză pulmonară, sindrom Kaposi, infecție cu Mycobacterium avium, pneumonie cu Pneumocystis carinii, pierdere în greutate cu mai mult de 10%, pneumonii bacteriene, leucoencefalopatie multifocală progresivă, toxoplasmoză. În Anexa I veți găsi lista completă a acestor infecții.

În SUA (nu și în Europa), pacientul cu mai puțin de 200 celule/mm³, este diagnosticat cu SIDA.

Înainte de apariția tratamentelor eficiente, pacienții erau diagnosticați în funcție de cât de bolnavi erau și de cât timp mai aveau de trăit. În general, starea lor sănătate nu se ameliorează și progresul de la A la B și C nu putea fi evitat. Acest sistem este mai puțin folosit acum, deoarece tratamentele dau rezultate promițătoare.

Pentru informații suplimentare:

<http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-01-01#S3X>

1.12 Limite ale nivelurilor de CD4 pentru infecții oportuniste

„Infecție oportunistă” (IO) este numele dat acelor boli, conexe HIV, cu care corpul ar fi capabil să lupte în situații normale, dar pe care acum nu le poate distruge, din cauza faptului că sistemul imunitar este slăbit.

Cu cât numărul de CD4 este mai mic, cu atât sunt mai multe șanse să apară infecții oportuniste.

Acesta este motivul pentru care, dacă nu luați tratament, este extrem de important să monitorizați nivelul de CD4.

Există situații în care vă simțiți bine chiar cu un nivel scăzut de CD4 (sub 200, sub 100, sub 50, chiar sub 10 celule/mm³), dar sunt mai multe șanse să aveți probleme serioase de sănătate.

Fiecărui nivel de CD4 îi sunt asociate anumite boli, iar cele mai grave maladii apar atunci când CD4 scade sub 200 celule/mm³.

Când CD4 scade sub 300:

- Diaree provocată de microsporidium și cryptosporidium
- Probleme dermatologice – candidoză, uscăciune a pielii

Când CD4 scade sub 200:

- Pneumonie cu Pneumocystis Carinii și infecții pulmonare
- Toxoplasmoză – infecții cu paraziți care produc de obicei leziuni cerebrale

Când CD4 scade sub 100:

- Infecții cu MAC și MAI – infecții bacteriene asemănătoare tuberculozei
- Infecții cu cryptococ – infecții produse de ciuperci, care pot produce meningită la nivelul creierului și simptome gen PPC la nivelul plămânilor

Când CD4 scade sub 50:

- CMV (Cytomegalovirus) – infecție virală care poate provoca orbire

Veți găsi mai departe informații detaliate despre infecțiile oportuniste.

Ceea ce trebuie să rețineți este că, odată cu scăderea numărului de CD4, crește riscul de a face bolile descrise mai sus.

Când, după începerea tratamentului, numărul de CD4 crește, sistemul imunitar este din nou capabil să lupte împotriva infecțiilor oportuniste.

1.13 Utilizarea numărului de CD4 în luarea deciziei cu privire la începerea terapiei

Numărul de CD4 este folosit în principal pentru a stabili când se începe tratamentul HIV.

Dacă medicamentele pentru HIV ar fi perfecte – adică nu ar avea efecte secundare și nu ar da rezistențe – atunci toată lumea ar începe tratamentul imediat după stabilirea diagnosticului.

Dar medicamentele nu sunt perfecte și asta înseamnă că trebuie să alegeți între două riscuri: riscul de a suferi de pe urma efectelor secundare ale tratamentului și riscul de a face infecții oportuniste. Sau între două beneficii...

În general, persoanele cu mai mult de 200 CD4/mm³ au șanse mai mici să facă infecții oportuniste asociate HIV.

Numeroase studii au arătat că începerea tratamentului la 200 CD4/mm³ sau 350 CD4/mm³ (sau chiar mai mult) are aceleași rezultate.

Prin urmare, OMS și ghidurile de tratament din Marea Britanie recomandă începerea tratamentului atunci când nu există nici un simptom, înainte ca CD4 să scadă sub 200.

Ghidurile de tratament din SUA recomandă începerea tratamentului înainte ca CD4 să scadă sub 350. Cu ani în urmă, ghidurile din Marea Britanie și SUA recomandau începerea

tratamentului la niveluri mai crescute de CD4. Pe măsură ce știința avansează și se descoperă medicamente mai bune și mai ușor de tolerat, și recomandările se vor schimba.

Dacă aveți simptome sau boli conexe infecției cu HIV, este bine să începeți tratamentul, chiar dacă numărul de CD4 este mai mare de 350.

Nu uitați că numărul de CD4 este doar un număr! De fapt, nu contează dacă începeți tratamentul la 180 sau 220 de CD4, dar e de preferat să începeți la 200 decât să mai așteptați să scadă.

În realitate, multe persoane încep tratamentul la niveluri mult mai scăzute și au, totuși, rezultate foarte bune.

De asemenea, există multe cazuri de pacienți diagnosticați cu HIV în momentul în care au făcut o infecție oportunistă și nivelul de CD4 este sub 200.

1.14 Glosar: Secțiunea 1

| | |
|----------------------|---|
| infecție acută | infecție primară (în primele luni de infectare cu HIV) |
| anticorp | celulă din sistemul imunitar care recunoaște antigenii |
| antigen | material infectant produs de un virus sau o bacterie |
| TBC | tuberculoză – infecție bacteriană care afectează în general plămâni, dar care poate afecta și alte organe |
| Celulă CD4 | celulă (limfocită) din sistemul imunitar care le trimite semnale celulelor CD8 să distrugă un virus; celulele CD4 sunt utilizate de HIV drept fabrici în care se reproduce |
| Celulă CD8 | celulă (limfocită) din sistemul imunitar care omoară celulele infectate cu HIV |
| infecție cronică | infecție care durează de mai mult de șase luni |
| CMV | cytomegalovirus – infecție care poate produce orbire definitivă; apare de obicei când numărul de CD4 scade sub 50; poate afecta și alte organe |
| sistem imunitar | diferite părți ale corpului care luptă împotriva infecțiilor |
| MAC / MAI | infecții bacteriale similare tuberculozei, numite MAC în Europa și MAI în SUA |
| infecții oportuniste | numite și „IO” – infecții care apar după ce sistemul imunitar a fost afectat de HIV |
| profilaxie | medicament care se ia pentru prevenirea îmbolnăvirilor |
| maker surrogat | măsură indirectă pentru ceva ce nu poate fi măsurat direct (exemplu: numărul de CD4 este un marker indirect pentru infecția cu HIV) |
| toxoplasmoză | infecție care afectează creierul (poate produce convulsii și pierderea memoriei); riscul de îmbolnăvire crește când CD4 scad sub 100; cotrimoxazolul (Septrin) poate proteja organismul de îmbolnăvirea cu toxoplasmoză |
| OMS | Organizația Mondială a Sănătății |

1.15 Întrebări: Secțiunea 1

1. Sistemul imunitar și informații de bază despre imunologie

Dați răspunsuri simple:

1. Ce înseamnă SIDA?
2. Ce este o celulă T CD4?
3. Ce este o celulă T CD8?
4. Care este numărul mediu „normal” de CD4 la un adult?
5. Cunoașteți și alte denumiri pentru aceste celule?
6. Ce este procentajul de CD4 și când se utilizează?
7. Care este diferența dintre reacțiile imune celulare și cele umorale, pe care le utilizează corpul în lupta împotriva HIV?
8. Ce este un „marker surrogat”?
9. Cât de des trebuie făcută măsurătoarea CD4 (descrieți diferite situații)?
10. Care este legătura dintre testul CD4 și începerea tratamentului?
11. Descrieți tabloul general al CD4: ce se întâmplă cu ele după infectarea cu HIV, în infecția primară și în infecția cronică?
12. Faceți un grafic care să indice mișcările CD4.
13. Ce infecții oportuniste apar mai frecvent când numărul de CD4 scade sub 300, 200, 100, 50?
14. Care este principala diferență dintre numărul de CD4 la adulți și numărul de CD4 la copii?
15. Ce este un antigen?
16. Ce este un anticorp?

Scriveți un text de 1000 de cuvinte despre sistemul imunitar, incluzând informațiile de mai sus și alte informații pe care le-ați primit despre celulele CD4 și numărul lor (un text pe care să i-l trimiteți cuiva care dorește să afle mai multe lucruri despre acest subiect).

1.16 Evaluarea cursului pentru Secțiunea 1

Vă rugăm să acordați câteva minute acestei evaluări. Vă suntem recunoscători pentru comentariile pe care le faceți, inclusiv despre cât de utilă este această evaluare, deoarece dorim să îmbunătățim permanent cursul și să-l transformăm într-o resursă disponibilă *online*.

Sesiunea unu:

Câte din informațiile primite au fost noi?

Nici una 1 2 3 4 5 Toate

Cât de util a fost materialul primit?

Foarte util 1 2 3 4 5 Inutil

De cât timp ați avut nevoie pentru întrebările de la secțiunea 1.15?

Ați primit ajutor pentru a răspunde la aceste întrebări?

Ați identificat site-uri internet cu informații mai bune? Care anume?

Cu ce scor ați terminat testul?

Repețați testul peste o săptămână, ca să vedeți cât de mult ați ținut minte.

Ați obținut un scor mai bun peste o săptămână?

Secțiunea 2: Virusologie, HIV și încărcătură virală



2.1 Introducere

A doua secțiune oferă informații despre virusul HIV: tipul de infecție pe care o provoacă, ce se întâmplă după infectare, cum se monitorizează virusul.

2.2 Obiectivele Secțiunii 2

La încheierea acestei secțiuni, trebuie să puteți înțelege următoarele subiecte:

- Definiția HIV
- Diferența dintre diferitele cauze ale bolilor: virusi, bacterii, ciuperci și paraziți
- Dinamica virală a infecțiilor timpurii și cronice (istoria naturală a HIV)
- Impactul co-infecțiilor asupra încărcăturii virale
- Scurtă istorie a tehnologiei și preciziei măsurătorii încărcăturii virale
- Ciclul de viață al virusului
- Teoria rezistențelor
- Graficele despre CD4 și încărcătura virală și studiul lor comparativ

2.3 Definiția HIV

HIV este abrevierea pentru Virusul Imunodeficienței Umane.

Imunodeficiență înseamnă „imunitate scăzută”.

Virusul este un organism genetic care se poate reproduce numai în interiorul celulelor unui alt organism viu. Anumiți viruși sunt inofensivi, alții pot provoca diferite boli. Pentru tratarea infecțiilor virale se utilizează medicamente *antivirale*.

Iată câteva infecții virale care afectează persoanele infectate cu HIV: hepatita A, B și C, citomegalovirusul (CMV), herpesul (HSV).

2.4 Alte cauze de îmbolnăvire

Alte cauze de îmbolnăvire includ bacteriile, ciupercile și protozoarele. Pentru fiecare cauză există un tip anume de tratament. De exemplu, antibioticele nu dau rezultate în cazul infecțiilor virale. Problema este că de multe ori diferențele dintre motivele îmbolnăvirii nu sunt foarte clare.

Bacteriile – sunt micro-organisme unicelulare. Anumite bacterii fac bine organismului, altele provoacă diferite boli. Pentru tratarea infecțiilor bacteriene se utilizează antibiotice. Iată câteva exemple de infecții bacteriene care afectează persoanele infectate cu HIV: tuberculoza, pneumonia bacteriană, sinuzita, gonoreea, unele infecții ale pielii.

Ciupercile – infecții fungice

Câteva exemple de infecții fungice care afectează persoanele infectate cu HIV: cadidoza, meningita cu criptococ. Pentru tratarea infecțiilor fungice se utilizează medicamente antifungice.

Paraziții – infecții produse de paraziți: cryptosporidioza, microsporidioza, toxoplasmoza.

2.5 HIV și infectarea

HIV este un virus care se transmite greu, dar, pe de altă parte, este de ajuns o singură expunere la HIV ca să te infectezi.

HIV aflat în sânge sau alte fluide nu trăiește mai mult de un minut în aer liber. Saliva care conține HIV nu este infectantă.

Nivelurile HIV se măsoară cu testele de încărcătură virală. Mai multe informații despre acest subiect veți găsi în Secțiunea 2.5.

Riscul de contaminare cu HIV este strâns legat de riscul ca virusul să intre în contact cu pielea rănită sau cu celulele aflate la suprafața pielii. Riscul crește odată cu creșterea încărcăturii virale.

Majoritatea persoanelor infectate cu HIV au o stare bună de sănătate mulți ani după momentul în care s-au infectat.

Mai puțin de 5% dintre persoanele infectate se îmbolnăvesc în primii ani după infectare, și mai puțin de 5% trăiesc 15 ani sau chiar mai mult fără a avea nevoie de tratament.

Deși mare parte din informațiile despre starea de sănătate și HIV se obțin prin analize de sânge, doar 2% din cantitatea de virus din corp se află în sânge.

HIV se află în cantitate mare în sistemul limfatic și în ganglionii limfatici.

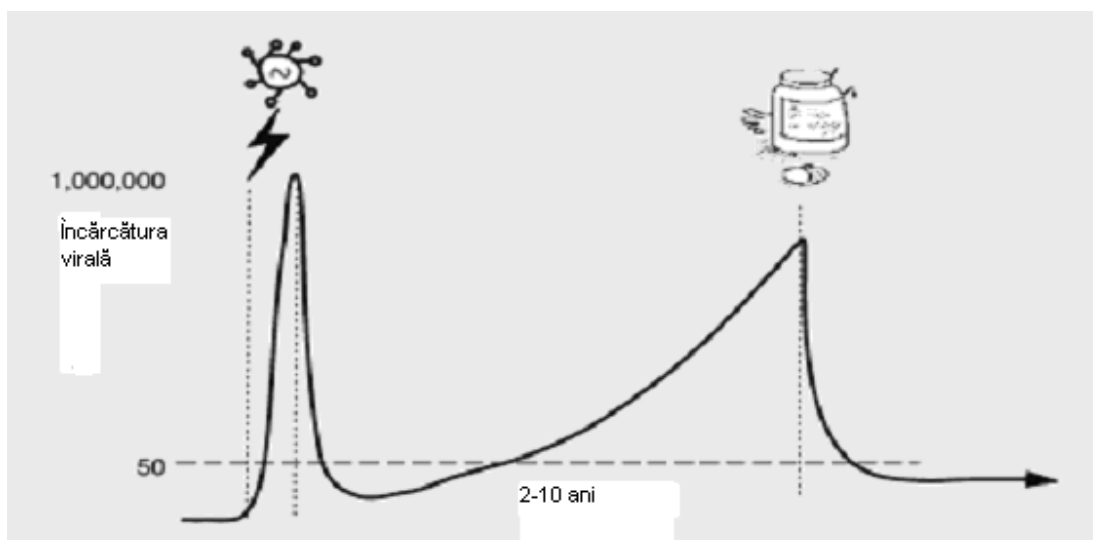
2.6 Dinamica virală a infecției timpurii și cronice

„Istoria naturală” este expresia folosită de specialiști pentru a descrie modul în care ar progresa o boală în mod normal, dacă nu ar fi tratată.

Este important să înțelegem istoria naturală a HIV.

În cazul infecției cu HIV, există mai multe perioade: infectarea, seroconversia, infecția primară, infecția cronică, boala în stadiu avansat.

Figura 1: Ce se întâmplă cu încărcătura virală după infectare



după infectarea cu HIV, încărcătura virală crește brusc și persoana este foarte infectantă

încărcătura virală scade repede în majoritatea cazurilor, apoi crește din nou, încet, de-a lungul anilor

dacă tratamentul vă aduce încărcătura virală sub 50, atunci puteți avea o stare bună de sănătate mulți ani de zile, dar există riscul de a dezvolta infecții oportuniste

Infectare – este momentul în care virusul infectează prima celulă. Este nevoie de câteva ore pentru ca aceste celule recent infectate să ajungă, împreună cu virusul, la ganglionii limfatici.

În primele zile și săptămâni, virusul continuă să se multiplice. În tot acest timp, nivelurile încărcăturii virale vor crește foarte mult și foarte repede.

Seroconversie – creșterea încărcăturii virale produce simptome la 50-80% dintre persoanele infectate: transpirație, febră, stare de slăbiciune, oboseală etc

Corpul are o reacție imună la această nouă infecție și începe să producă anticorpi care să lupte contra virusului. Pot trece 1-3 luni între momentul infectării și momentul în care această reacție imună este atât de puternică încât să poată fi detectată cu un test antigen HIV.

Infecție HIV primară (IHP) – numită și infecție timpurie sau acută. Această expresie denumește în general primele șase luni după infectare.

Infecție cronică – termen dat infecției cu HIV după primele șase luni. Infecția cronică poate dura ani de zile și majoritatea persoanelor infectate rămân în această fază între 2 și 10 ani, înainte de a avea nevoie de tratament. Cu tratament, infecția cronică poate fi stabilizată pe termen lung: 20, 30, chiar 40 de ani.

Stadiul final al infecției – SIDA- este termenul folosit pentru a descrie cel mai grav stadiu. Persoanele care ajung în acest stadiu sunt, în general, cele care nu au acces la tratament, cele diagnosticate foarte târziu, persoanele la care tratamentul nu mai dă rezultate.

2.7 Reinfecția cu HIV

S-au raportat de curând mai multe cazuri de reinfecție cu HIV.

Vorbim despre reinfecție în cazul persoanelor deja infectate care sunt expuse și infectate a doua oară cu o tulpină diferită de HIV.

Subiectul este controversat pentru că, mult timp, s-a crezut că, odată ce te-ai infectat cu HIV, nu există riscul să te reinfecți.

Încă nu este foarte clar cât de des se întâmplă acest fenomen și nici care sunt factorii de risc pentru reinfecție.

Studii recente nu au arătat că riscul de reinfecție ar fi foarte crescut, dar faptul că acest risc a fost raportat ne arată că trebuie să fim atenți.

Multe dintre cazurile de reinfecție raportate au inclus persoane aflate în faza de infecție primară.

Aceste cazuri au inclus exemple în care persoana la care tratamentul dădea rezultate bune a fost reinfecțată de cineva cu HIV rezistent la tratament și, ca urmare, nici ea nu a mai răspuns la tratament.

Două persoane infectate cu același virus non-rezistent (sau cu același virus rezistent) nu sunt expuse la același risc de reinfectare ca o persoană care se reinfectează cu un virus rezistent la tratament.

2.8 Ce înseamnă testarea încărcăturii virale

Testarea încărcăturii virale înseamnă măsurarea cantității de HIV dintr-o probă de sânge.

După infectare, nivelul încărcăturii virale este extrem de înalt, dar, după o perioadă de timp, organismul începe să lupte și reușește să-l scadă. Totuși, pe parcursul mai multor ani, nivelul crește din nou. Iar în momentul în care numărul de CD4 scade la 200 de celule/mm³, nivelul încărcăturii virale este iar crescut (în jur de 50.000 – 200.000 de copii/ml).

După începerea tratamentului se măsoară încărcătura virală pentru a verifica dacă medicamentele își fac efectul.

Dacă tratamentul ARV scade încărcătura virală sub 50 de copii/ml, se consideră că este eficient pe termen lung.

Testele pentru măsurarea încărcăturii virale se folosesc în multe țări, dar există și țări în care sunt greu de obținut.

În unele țări, testele pentru încărcătura virală și CD4 costă mai mult decât medicamentele. Cercetătorii încearcă să găsească noi modalități de testare care să fie la fel de bune, dar mai ieftine și mai ușor de utilizat.

Chiar dacă nu aveți acces la acest tip de teste, este important să înțelegeți modul de funcționare al CD4 și al încărcăturii virale.

Aceste două teste îi oferă medicului 95% din informațiile de care are nevoie pentru a evalua efectul tratamentului și starea HIV în organism.

2.9 Istoria tehnologiei încărcăturii virale

Dacă nu ar fi existat testele pentru încărcătura virală, probabil că terapia combinată nu ar fi fost nici odată inventată sau înțeleasă. Această tehnică a devenit instrument de cercetare în anii 1990.

Testele pentru încărcătura virală au arătat că HIV nu era o infecție dormantă, ci o infecție virală gradual progresivă, activă în permanență.

Există trei tipuri principale de teste pentru încărcătura virală:

- i) PCR - *Polymerase Chain Reaction*
- ii) bDNA – *branched DNA*
- iii) NASBA - *nucleic acid sequence-based amplification*

Aceste teste multiplică fragmente mici de virus, astfel încât acesta să poată fi numărat mai ușor. Asta înseamnă că rezultatele obținute nu sunt foarte exacte și pot avea o marjă de eroare de 30 – 300%.

De exemplu, dacă rezultatul analizei este 30.000, rezultatul real poate avea orice valoare între 10.000 și 90.000 copii/ml.

Ca și în cazul rezultatelor pentru CD4, este important să analizați rezultatele mai multor analize pentru a avea o imagine generală și a observa dacă există o tendință anume.

- Nu luați nici odată decizii cu privire la tratament bazându-vă pe rezultatele unui singur set de analize.
- Este important să aveți rezultatele mai multor seturi de analize și pentru că sensibilitatea testelor de sânge s-a modificat.
- De pildă, în 1995, testele de sânge puteau măsura numai în limita a 10.000 de copii/ml. În 1996-1997, testele ajungeau la 400 sau 500 de copii/ml. Începând din 1998, testele măsoară până la 50 de copii/ml și există și teste mai sensibile, care ajung până la 5 copii/ml.

Când au fost inventate aceste teste, medicii nu credeau că va fi posibil să se măsoare progresul bolii la nivel individual.

2.10 Impactul co-infecțiilor asupra încărcăturii virale

Celelalte infecții pot influența încărcătura virală.

Infecțiile cu transmitere sexuală (herpes, gonoreea, sifilis) cresc nivelul HIV în fluidele sexuale (spermă și lichide vaginale).

Infecțiile virale (gripa) pot crește încărcătura virală pe perioada cât infecția este activă.

Reacțiile la anumite vaccinuri pot și ele crește temporar încărcătura virală.

2.11 Compartimente și sanctuare

Deși încărcătura virală se măsoară în sânge, care este un compartiment, există și alte locuri importante din corp care dotate cu bariere care limitează mișcarea HIV și a medicamentelor anti-HIV.

Aceste locuri se numesc compartimente sau sanctuare și includ: tractul genital, lichidul cefalorahidian, creierul.

HIV se poate dezvolta diferit în aceste compartimente. Anumite medicamente pătrund în aceste locuri mai bine decât altele.

Și rezistența diferă de la un compartiment la altul – poate să apară într-un singur compartiment și să se instaleze, apoi, și în altele. Nivelurile încărcăturii virale pot fi și ele diferite de la un compartiment la altul.

Toate acestea fac ca HIV să fie o boală foarte complicată – având în vedere că sângele este folosit pentru majoritatea analizelor, nu poți ști nici odată ce se întâmplă în celelalte compartimente.

2.12 Importanța încărcături virale în timpul tratamentului și în afara lui

Când nu luați tratament

În această situație, numărul de CD4 este mai important decât încărcătura virală.

Și măsurarea încărcăturii virale este utilă, dar mai folositor este să putem prezice riscul de infecții și momentul în care trebuie să începeți tratamentul.

Există o singură excepție – când încărcătura virală este foarte mare. Dacă aceasta ajunge la 100.000 sau peste 500.000, iar numărul de CD4 este peste 200, atunci este momentul să începeți tratamentul.

Când luați tratament

Dacă luați tratament, testele pentru încărcătura virală sunt probabil mai importante decât numărătoarea CD4. Motivul este că, dacă luați tratament, numărul de CD4 este deja în creștere.

În timpul tratamentului, încărcătura virală este un indiciu clar pentru cât de eficientă este medicația. De asemenea, poate indica aderența.

Dacă încărcătura virală scade sub 50 de copii/ml, atunci tratamentul poate da rezultate pe termen lung (ani de zile). Când încărcătura virală este scăzută, rezistența apare numai dacă nu ați respectat ora de luare a medicamentelor sau dacă ați ratat o doză.

Dacă încărcătura virală este mică, dar nu scade sub 500 de copii/ml, atunci sunt mari șanse să dezvoltați rezistență la medicamentele pe care le luați.

Dacă nu vă puteți face un test pentru încărcătura virală, atunci medicul vă poate sfătui ce să faceți în continuare bazându-se pe numărul de CD4 sau pe simptomele clinice.

În lipsa tratamentului, copiii au încărcături virale mai crescute decât adulții, dar și pentru ei este extrem de important să ajungă la mai puțin de 50 de copii/ml.

Nu se știe exact cât de des trebuie să vă măsurați încărcătura virală. Ghidurile din Marea Britanie și Statele Unite recomandă testarea la fiecare 3-6 luni în cazul în care nu luați tratament și la fiecare 3 luni dacă sunteți pe tratament. De asemenea, ei recomandă testarea încărcăturii virale la o lună după începerea tratamentului sau după ce ați făcut o modificare în schema de tratament.

2.13 Ciclul de viață al virusului, rezistența și aderența la medicamente

Toate persoanele care sunt seropozitive și nu iau tratament produc zilnic miliarde de noi celule infectate cu HIV. În cadrul acestui proces de reproducere, virusul face mici greșeli. Acestea se numesc mutații.

Atâta vreme cât nu luați tratament, mutațiile care se produc nu sunt la fel de puternice ca virusul original.

Dar, dacă începeți să luați tratament, vor apărea anumite mutații care nu vor fi afectate de medicamente. Aceste mutații vor continua să se reproducă și, în final, vor deveni tipul principal de HIV din corpul dvs. În acest moment veți deveni mai rezistent la medicamentele pe care le luați și la alte medicamente similare. Este vorba despre fenomenul de rezistență încrucișată.

Cu cât încărcătura virală este mai mare în timpul tratamentului, cu atât veți dezvolta mai rapid rezistență. Acesta este motivul pentru care trebuie neapărat să scădeți rapid încărcătura virală, dacă se poate până sub 50 de copii/ml.

Rezistența și aderența sunt strâns legate între ele. Dacă nu vă luați medicamentele la timp, sau dacă ratați o doză, creșteți semnificativ șansele de a dezvolta rezistențe. Motivul este simplu: în lipsa medicamentului din sânge nivelul de siguranță și protecție scade.

Și interacțiunile dintre medicamente pot afecta nivelul medicației anti-retrovirale. Aceasta poate interacționa cu alte medicamente pentru HIV sau infecții oportuniste (în special cu tratamentul pentru tuberculoză), cu droguri recreaționale, cu suplimente nutriționale și cu diverse medicamente pe bază de plante. Spuneți-i întotdeauna medicului despre medicamentele și/sau tratamentele pe care le luați pe lângă anti-retrovirale.

Dacă luați medicația anti-retrovirală în timpul mesei sau pe stomacul gol, este important să verificați dacă luați concentrația potrivită din fiecare medicament. În cazul în care concentrația este scăzută, apar mutații care vor stopa acțiunea medicamentelor. Prin urmare, aderența la tratament este esențială.

Rezistența și aderența vor fi prezentate în Secțiunea 3.

2.14 Care este legătura dintre CD4 și încărcătura virală

Deși măsoară lucruri total diferite, încărcătura virală și numărul de CD4 sunt legate între ele:

- În general, când încărcătura virală este scăzută, numărul de CD4 va fi mare.
- Tot așa, când numărul de CD4 este scăzut, încărcătura virală va fi mare.

La câteva săptămâni după infectare, când nivelul HIV crește foarte tare, numărul de CD4 scade.

Apoi, pe măsură ce sistemul imunitar scade nivelul de virus din corp, numărul de CD4 crește din nou.

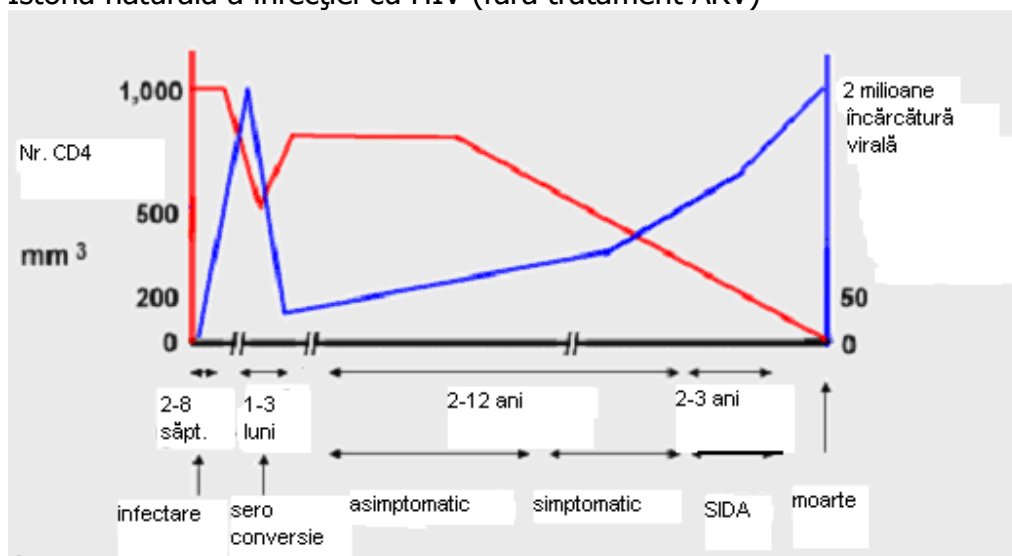
Există, în general, o diferență între schimbările ce au loc în încărcătura virală și cele din numărul de CD4:

- după începerea tratamentului, încărcătura virală scade rapid, dar numărul de CD4 nu crește mai devreme de câteva luni
- dacă tratamentul nu dă rezultate și nivelul încărcăturii virale începe din nou să crească, numărul de CD4 poate continua să crească o perioadă, după care scade.

Puteți vedea mai jos legătura dintre numărul de CD4 și nivelul încărcăturii virale.

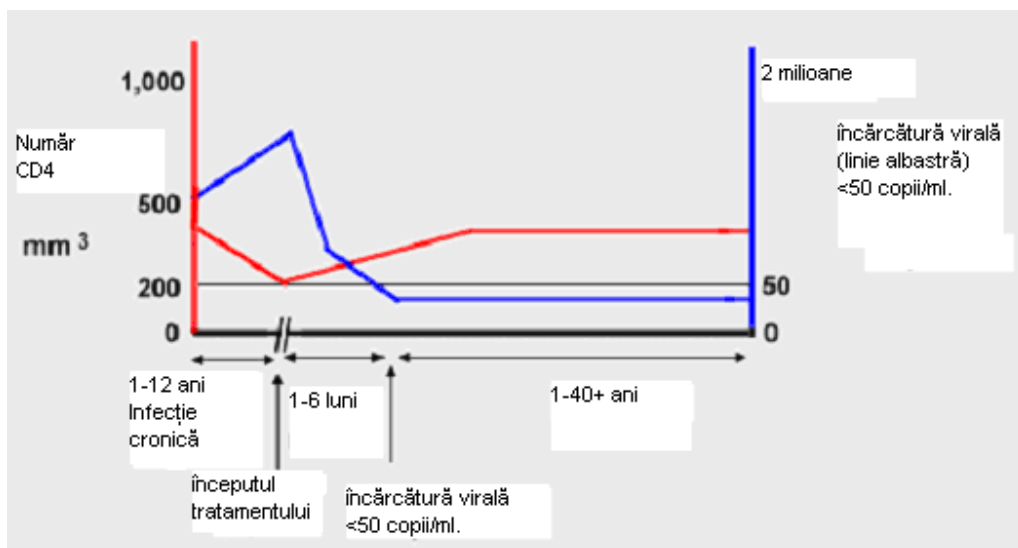
Fără tratament:

Istoria naturală a infecției cu HIV (fără tratament ARV)



Și cu tratament

Efectul tratamentului ARV (asupra istoriei naturale a HIV)



Glosar: Secțiunea 2

| | |
|------------------------------|---|
| ARV | antiretroviral – un medicament folosit pentru tratarea unui retrovirus (ex: medicament anti-HIV) |
| bacterie | micro-organism format dintr-o singură celulă, fără nucleu |
| sistem limfatic | vasele, nodulii, organele și lichidul limpede care fac parte din sistemul imunitar |
| istorie naturală | cursul clasic urmat de o boală dacă nu este tratată |
| nucleu | partea centrală a unor celule care conțin AND |
| parazit | animal sau plantă care își obține substanțele nutritive de la alte specii, pe care și trăiesc |
| protozoar | organisme unicelulare cu nucleu, asemănătoare animalelor |
| rezistență | schimbarea structurii genetice a unui organism care are drept rezultat încetarea efectelor benefice ale unui medicament |
| seroconversie | perioada în care corpul produce o reacție imună la HIV (de obicei, 2-3 săptămâni după infectare, în anumite cazuri după o perioadă mai lungă) |
| testarea încărcăturii virale | analiză de sânge care măsoară cantitatea de virus aflat într-o probă mică de sânge |
| virus | organism infectant care se poate reproduce numai în interiorul celulei altei plante sau altui animal |

2.16 Întrebări pentru Secțiunea 2: Virologie, HIV și încărcătura virală

1. Ce este HIV și ce înseamnă această abreviere?
2. Ce procentaj de HIV se află în sânge?
3. Unde se află restul?
4. De ce se folosesc analizele de sânge pentru a verifica numărul de CD4 și încărcătura virală?
5. Ce sunt „sanctuarele”?
6. De ce este încărcătura virală diferită în aceste sanctuare?
7. Descrieți 4 cauze principale ale infecțiilor și bolilor
8. Explicați dinamica virală pentru infecția timpurie și infecția cronică, în perioade diferite (de exemplu, la 2 săptămâni, 2 luni, 2 ani după infectare) și după începerea tratamentului (după o săptămână, după o lună, după 6 luni)
9. Faceți un grafic care să reprezinte răspunsul la întrebarea 8.
10. Povestiți pe scurt istoria tehnologiei care măsoară încărcătura virală și nivelurile de sensibilitate.
11. Numiți trei tipuri de teste pentru încărcătura virală.
12. Care este marja de eroare pentru testele de încărcătură virală?
13. Ce importanță are încărcătura virală pentru cineva care ia tratament?
14. Ce importanță are încărcătura virală pentru cineva care încă nu ia tratament?
15. Explicați cum devine HIV rezistent la tratament.

2.16 Evaluarea cursului pentru Secțiunea 2.

Vă rugăm să acordați câteva minute acestei evaluări. Vă suntem recunoscători pentru comentariile pe care le faceți, inclusiv despre cât de utilă este această evaluare, deoarece dorim să îmbunătățim permanent cursul și să-l transformăm într-o resursă disponibilă online.

Secțiunea 2:

Câte din informațiile primite au fost noi?

Nici una 1 2 3 4 5 Toate

Cât de util a fost materialul primit?

Foarte util 1 2 3 4 5 Inutil

De cât timp ați avut nevoie pentru întrebările de la secțiunea anterioară?

Ați primit ajutor pentru a răspunde la aceste întrebări?

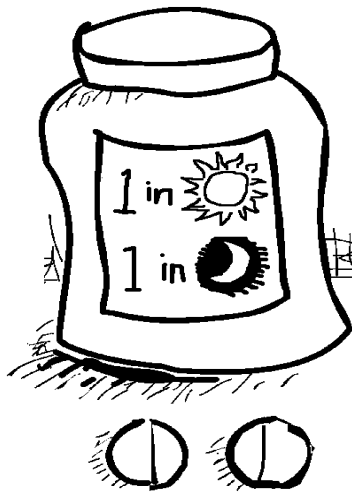
Ați identificat site-uri internet cu informații mai bune? Care anume?

Cu ce scor ați terminat testul?

Repetati testul peste o săptămână, ca să vedeți cât de mult ați ținut minte.

Ați obținut un scor mai bun peste o săptămână?

Secțiunea 3: Introducere în terapia cu ARV



3.1 Introducere la Secțiunea 3

Această secțiune este o introducere în tratamentul infecției cu HIV.

Veți găsi aici informații despre abordarea tratamentului din punct de vedere medical, dar și din punctul de vedere al unei persoane infectate cu HIV.

Terapia combinată cu antiretrovirale este mai complicată decât multe alte tratamente, motiv pentru care fiecare persoană care începe acest tratament trebuie să-l înțeleagă pentru a putea obține rezultate.

3.2 Obiectivele Secțiunii 3

La sfârșitul acestei secțiuni, trebuie să puteți înțelege:

- Cum funcționează antiretroviralele
- Recomandări pentru tratament – utilizarea a 3 sau mai multe medicamente și scăderea încărcăturii virale sub nivelul detectabil
- Principalele medicamente folosite și combinațiile generice
- Alegerea tratamentului și efectele secundare
- Aderența și nivelurile medicamentelor: inclusiv aspecte practice (luarea medicamentelor mai târziu decât trebuia, ratarea unei doze, stări de rău, ponturi, importanța stabilirii unor obiceiuri etc)
- Rezistența și eșecul terapeutic

3.3 Ce este terapia combinată?

Terapia combinată denumește utilizarea a trei sau mai multe medicamente antiretrovirale pentru tratarea HIV.

ARV înseamnă antiretroviral, nume dat deoarece HIV este un retrovirus.

Terapia se mai numește și triterapie, terapie puternică sau eficientă, sau HAART (*Highly Active Anti-Retroviral Therapy*).

Tratamentul funcționează numai datorită faptului că include trei medicamente diferite care acționează împotriva virusului. Dacă ratați o doză, sau dacă luați medicamentele după ora la care trebuia să le luați, atunci este posibil ca ele să nu mai aibă nici un efect, sau să aibă efect doar câteva luni.

HIV este o boală greu de tratat.

3.4 Chiar funcționează medicamentele?

Da! Numărul de persoane care mor sau fac infecții oportuniste a scăzut simțitor în toate țările în care se prescriu antiretrovirale.

Tratamentul funcționează la femei, bărbați, copii, indiferent de modul de infectare cu HIV (prin sex, folosirea de droguri injectabile, transfuzie etc).

Luarea medicamentelor antiretrovirale exact așa cum sunt ele prescrise de medic reduce cantitatea de virus din corp. Apoi, sistemul imunitar își revine și devine mai puternic.

Având în vedere că există tratamente pentru HIV, este important să știți dacă sunteți infectat sau nu.

Medicamentele generice dau rezultate la fel de bune ca cele produse de firme de renume și, uneori, sunt disponibile în formule mai ușor de luat.

3.5 Cum acționează medicamentele pentru HIV – principalele tipuri de medicamente

La fel ca orice ființă vie, și HIV trebuie să poată reproduce. El face asta în interiorul celulelor CD4, iar procesul are mai multe etape. Medicamentele antiretrovirale acționează exact în timpul acestor etape.

Medicamentele acționează, în principal, în patru etape din ciclul de viață al HIV.

Cele patru familii de medicamente sunt:

- Inhibitorii nucleozidici ai reverstranscriptazei (INRT) – nucleozide
- Inhibitorii non-nucleozidici ai reverstranscriptazei (INNRT)
- Inhibitori ai proteazei (IP)
- Inhibitori de intrare (II)

HIV utilizează celule CD4 drept fabrici pentru a se reproduce în sute de copii.

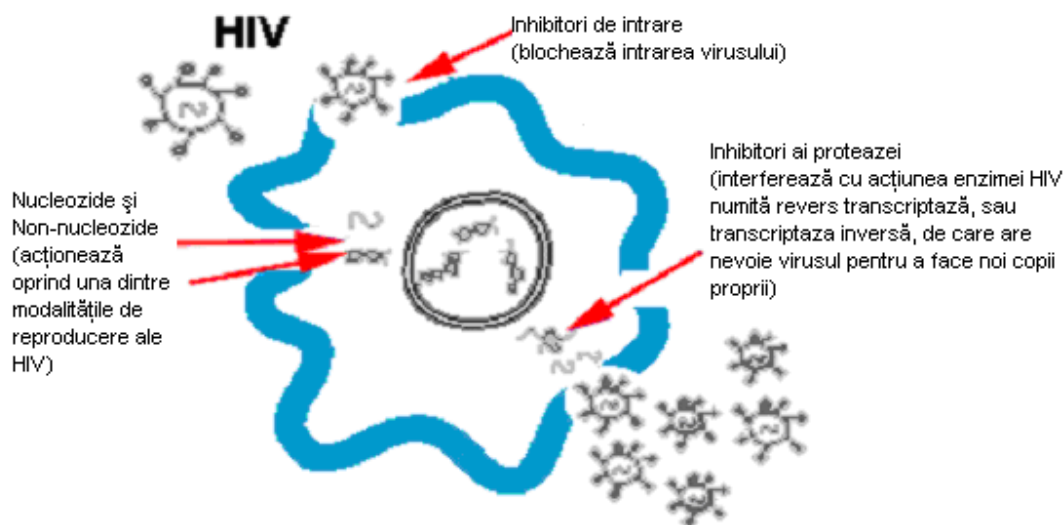


Fig. 1: Medicamentele pentru HIV acționează în diferite moduri

3.6 Recomandări pentru tratament

În multe țări există ghiduri cu recomandări pentru modul de utilizare a tratamentului. Acestea includ informații pentru tratamentul adulților, al copiilor, al femeilor însărcinate, recomandări pentru tratarea tuberculozei, a co-infecțiilor cu hepatite, pentru aderență, pentru tratarea infecțiilor oportuniste.

Aceste ghiduri sunt utile numai dacă sunt recente și includ cele mai noi descoperiri în domeniu.

Există ghiduri disponibile pe Internet, majoritatea scrise pentru medici, deci într-un limbaj destul de tehnic. Aceste ghiduri includ recomandări general valabile cu privire la momentul în care trebuie început tratamentul, medicamentele care trebuie folosite, efectele secundare etc.

Ghidurile cu recomandările OMS:

http://www.who.int/3by5/publications/documents/arv_guidelines/en/

Ghiduri din Statele Unite ale Americii (pentru prevenire, tratament, infecții oportuniste, copii, sarcină):

<http://www.hivatis.org/>

Ghidurile din Marea Britanie sunt revăzute la fiecare doi ani:

<http://www.bhiva.org>

3.7 Când se începe tratamentul

Există mai multe aspecte de care trebuie să se țină cont înainte de începerea tratamentului.

- i) Persoana trebuie să fie pregătită să înceapă tratamentul.
Adică trebuie să înțeleagă:
 - că tratamentul îi va ameliora starea de sănătate
 - că aderența 100% înseamnă să ia toate dozele
 - că aderența 100% înseamnă să respecte toate indicațiile privitoare la alimentație
 - că efectele secundare sunt, în general, blânde, și pot fi depășite.

Toate aceste aspecte „non-medicale” sunt extrem de importante.

Tratamentul trebuie început doar atunci când pacientul dorește asta și când este în mod activ hotărât să respecte toate indicațiile.

Dacă nu sunt îndeplinite aceste condiții, aderența nu este de 100%, apare rezistența și tratamentul eșuează.

- ii) O persoană care are simptome legate de HIV primește de obicei recomandarea de a începe tratamentul (indiferent de numărul de CD4).

- iii) Indiferent de prezența sau absența simptomelor, persoanelor infectate li se recomandă să înceapă tratamentul înainte ca numărul de CD4 să scadă sub 200 de celule/mm³.

În secțiunea 1 veți găsi mai multe detalii despre numărul de CD4 și începerea tratamentului.

3.8 De ce se utilizează trei sau mai multe medicamente

La începuturile tratamentelor pentru HIV, medicamentele se foloseau independent sau în combinații de câte două.

În aceste condiții, beneficiile tratamentului durau doar câteva luni, cel mult un an sau doi, după care apărea rezistența.

Acum se folosesc trei sau mai multe medicamente, în combinații, deoarece nici un medicament nu este destul de puternic pentru a da rezultate singur.

Există terapii combinate care includ trei medicamente într-o singură pastilă, dar să nu uităm că este vorba despre trei medicamente diferite.

3.9 Reducerea încărcăturii virale sub 50 de copii/ml

Deși persoanele infectate încep tratamentul pentru a-și îmbunătăți starea de sănătate și a rămâne sănătoși, unul dintre principalele scopuri ale tratamentului este reducerea încărcăturii virale sub nivelurile detectabile (sub 50 de copii/ml). Este un scop menționat în majoritatea ghidurile de tratament.

Combinațiile care includ 3 sau mai multe medicamente au acest efect în 50-80% din cazuri, chiar dacă nu avem la dispoziție teste care să măsoare rezistența.

Dacă reușiți să ajungeți la o încărcătură virală sub 50 de copii/ml și dacă luați toate medicamentele la timp, atunci nu veți dezvolta rezistență și veți putea folosi aceleași medicamente ani de zile.

3.10 Opțiuni de tratament

Există peste 20 de medicamente pentru HIV, dar acestea nu sunt disponibile în orice țară.

Anexele IV și V includ listele cu medicamentele aprobate de OMS și cu toate medicamentele care au licență în Europa și SUA.

Deși există sute de combinații posibile, câteva combinații sunt recomandate în toate ghidurile de tratament.

Aceste combinații includ:

2 x INRT plus un INNRT

sau

2 x IRT plus un IP (de preferat un IP *boostat* cu ritonavir)

OMS recomandă patru combinații similare, bazate pe INNRT:

3TC + d4T + nevirapin

3TC + d4T + efavirenz

3TC + AZT + nevirapin

3TC + AZT + efavirenz

Combinațiile în doze fixe (CDF) sunt cele în care aceste medicamente sunt combinate într-o singură pastilă.

Medicamentele generice nu sunt disponibile în toate țările.

Fiecare combinație are avantaje și dezavantaje:

- Combinațiile pe bază de nevirapin sunt preferate în cazul femeilor însărcinate
- Combinațiile pe bază de efavirenz sunt preferate în cazul persoanelor care trebuie să ia în același timp și tratament pentru tuberculoză
- Combinațiile pe bază de efavirenz sunt utilizate în caz de intoleranță sau efecte secundare la nevirapin
- Combinațiile pe bază de efavirenz nu trebuie folosite de femeile care doresc să rămână însărcinate
- Combinațiile pe bază de d4T sunt recomandate pentru că sunt ieftine, dar, dacă apar efecte secundare gen neuropatie, atunci d4T trebuie schimbat cu AZT
- Combinațiile pe bază de d4T sunt recomandate persoanelor care au efecte secundare din cauza AZT
- Combinațiile pe bază de AZT nu sunt recomandate în caz de anemie.

3.11 Efecte secundare

Înainte de a începe tratamentul, toată lumea este îngrijorată cu privire la efectele secundare.

Dar în realitate majoritatea persoanelor infectate reușesc să aibă o viață normală în timp ce iau tratamentul. Dacă apar efecte secundare, acestea sunt ușor de depășit:

- Majoritatea efectelor secundare sunt de obicei blânde.
- Ele pot fi reduse cu ajutorul altor medicamente, ușor de luat.
- Există un mic risc de efecte secundare mai grave, dar acestea trebuie identificate de către medic, în timpul controalelor de rutină. Găsiți mai jos informații despre aceste efecte secundare.

Există multe persoane care suportă efectele secundare deși ar putea foarte bine să schimbe tratamentul.

Dacă suferiți de pe urma efectelor secundare, mergeți imediat la medic.

Trebuie să fiți sigur că medicul înțelege modul în care vă afectează efectele secundare.

Efectele secundare mai severe pot fi evitate prin schimbarea tratamentului.

Înainte de începerea tratamentului, informați-vă cu privire la efectele secundare ale medicamentelor pe care le veți lua.

Întrebați medicul/asistenta medicală cât de des apar acestea și câte persoane au întrerupt tratamentul din cauza lor (de obicei, foarte puțini).

Înarmat cu toate aceste informații, veți ști la ce să fiți atent.

Cele mai frecvente efecte secundare asociate combinațiilor de primă linie recomandate de OMS sunt descrise în Secțiunea 4: Efecte secundare ale ARV.

3.12 Pot schimba tratamentul?

Dacă prima combinație pe care o luați este prea dificilă, sau dacă efectele secundare nu s-au ameliorat după primele săptămâni sau luni, atunci puteți schimba unul dintre medicamente sau chiar întreaga combinație.

Dacă sunteți la prima combinație, aveți mai multe opțiuni. Nu trebuie să suportați luni în șir efectele secundare neplăcute.

3.13 Pot face o pauză de tratament?

Odată ce ați început tratamentul, este bine să nu faceți nici o pauză sau întrerupere dacă nu vă este recomandată de medic.

Pentru a beneficia complet de tratament, trebuie să luați fiecare doză la timp. Cu cât veți lua tratamentul mai mult timp, cu atât acesta va da rezultate mai bune.

Dacă reacționați bine la tratament și începeți să vă simțiți mai bine, trebuie să continuați să luați fiecare doză la timp.

- Nu se recomandă să opriți tratamentul, nici măcar pentru o perioadă scurtă de timp. Nivelul HIV din sânge – încărcătura virală – poate crește din nou, foarte repede (de la nedetectabil la câteva mii în doar câteva zile). Fiecare întrerupere de tratament poate aduce cu ea riscul de dezvoltare a rezistențelor.
- Întreruperea poate fi o opțiune numai dacă aveți un număr mare de CD4 sau efecte secundare foarte severe.
- Dacă doriți să faceți o întrerupere de tratament, este extrem de important să vorbiți întâi cu medicul. Unele medicamente trebuie întrerupte toate în același timp, altele se opresc pe rând. Nevirapin, efavirenz și 3TC rămân în sânge mai mult timp decât d4T sau AZT. De asemenea, sunt medicamente la care se produce repede rezistență. Prin urmare, dacă le opriți pe toate trei odată, virusul va avea nevoie de câteva săptămâni până să dezvolte rezistență.

3.14 Drogurile recreaționale, alcoolul și terapia complementară

Anumite medicamente pentru HIV interacționează cu drogurile recreaționale, cu drogurile de stradă, cu metadona și terapiile complementare sau pe bază de plante.

Aceste interacțiuni pot fi complicate.

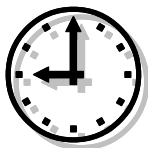
Uneori, ele pot crește cantitatea de droguri recreaționale din sânge până la niveluri periculoase.

Unele droguri recreaționale pot reduce nivelurile de ARV, crescând riscul de rezistență.

Prin urmare, este important ca medicul dvs să știe dacă luați droguri sau urmați și alte terapii, chiar dacă nu e vorba despre un consum regulat. Medicul va păstra confidențiale aceste informații.

Alcoolul nu interacționează cu medicamentele pentru HIV. Totuși, consumul de alcool în cantități mari poate reduce aderența. Același lucru se întâmplă și în cazul drogurilor recreaționale. Vă poate fi de ajutor să transmiteți această informație cadrelor medicale care vă îngrijesc.

3.15 Aderența – de ce este atât de importantă



Ce este aderența?

Aderența este un cuvânt care denumește luarea medicamentelor exact așa cum vi le-a prescris medicul: la ora prescrisă și respectând regimul alimentar indicat.

Aderența garantează faptul că aveți un nivel constant minim de medicamente în sânge 24 de ore pe zi, 7 zile pe săptămână, 365 de zile pe an! De fiecare dată când nivelul unui medicament scade sub acest nivel minim, riscați să dezvoltați rezistență la medicamentele din combinația pe care o luați.

Este important să vă creați niște obiceiuri. Tratamentul HIV implică un program zilnic destul de complicat. Este posibil să aveți nevoie de ajutor pentru a vă obișnui cu schimbările care au loc în viața dvs. Aderența poate fi dificilă și este lucrul cel mai important la care să vă gândiți în momentul în care începeți o combinație nouă.

Începeți tratamentul când aveți la dispoziție timpul necesar pentru a vă obișnui cu el.

În primele săptămâni, nimic nu trebuie să fie mai important decât luarea corectă a tratamentului.

În multe centre în care se tratează HIV există acum asistente medicale specializate în aderență.

Ce înseamnă „aderență perfectă”?

Este foarte important să luați medicamentele la timp.

Există, de obicei, o perioadă de fereastră de circa o oră – unele persoane și unele medicamente pot avea perioade de fereastră mai mari. Din cauza acestor variații, este bine să încercați să luați tratamentul la aceeași oră în fiecare zi.

Regimul alimentar este și el foarte important. Dacă nu îl respectați, medicamentele își vor face efectul doar pe jumătate, pentru că nu le veți putea absorbi în totalitate. Situație în care va apărea și rezistența.

Următoarea întrebare este: „cât de mult trebuie să mă apropii de aderență perfectă?” Din păcate, răspunsul este „aproape 100%”...

Multe cercetări au arătat că ratarea a 1-2 doze pe săptămână poate avea un impact major asupra șanselor de succes ale tratamentului.

Un studiu mai vechi a arătat că și la 95% aderență numai 81% dintre persoane ajungeau la încărcătură virală nedetectabilă. 95% însemna că rataseră 1 doză din 20. [1]

| Procentaj aderență | % persoane nedetectabile |
|--------------------|--------------------------|
| Peste 95% | 81% |
| 90-95% | 64% |
| 80-90% | 50% |
| 70-80% | 25% |
| sub 70% | 6% |

Aderența are efect direct și asupra mortalității HIV. Într-un alt studiu, făcut pe 950 de persoane care începeau tratamentul pentru prima oară, la fiecare 10% scădere a aderenței procentul de creștere a numărului de decese din cauza HIV creștea cu 16%. [2]

Pe de altă parte, un studiu făcut în penitenciarele din SUA a arătat că persoanele infectate își luau regulat medicamentele. [3]

Având în vedere că acești pacienți erau în penitenciar, fiecare doză era luată sub supraveghere. După un an, toți aveau încărcături virale sub 400 de copii/ml, iar 85% ajunseseră sub 50 de copii/ml.

Acest rezultat a fost mai impresionant decât orice studiu clinic. Majoritatea deținuților trecuseră deja printr-un eșec terapeutic, deci șansele de a obține un rezultat bun erau și mai scăzute.

Nu vrem să spunem că e bine să stați în închisoare, ci că, dacă găsiți o metodă prin care să vă luați toate medicamentele la orele stabilite, veți obține rezultate foarte bune.

- Supravegheați-vă cu strictețe aderența pe parcursul unei săptămâni
- Dacă rezultatele nu sunt bune, cereți ajutorul profesioniștilor.
- Vorbiți cu medicul!

Referințe

1. Paterson DL et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med* 133-21-30 (2000).
2. Hogg RS et al. Non-adherence to triple combination therapy is predictive of AIDS and death in HIV-positive men and women. 7th CROI, 2000. Abstract 73.
3. Fischl M et al. Impact of Directly Observed Therapy (DOT) on outcomes in clinical trials. 7th CROI, 2000. Abstract 71.

Sfaturi pentru o aderență mai bună...

Următoarele ponturi vă vor fi de folos în diferite situații:

- Alegerea tratamentului

Strângeți toate informațiile înainte de a începe tratamentul:

Câte tablete? Cât de mari sunt tabletele?

Cât de des trebuie să le iau?

Chiar trebuie să respect orele pentru luarea medicamentelor?

Există restricții alimentare?

Există indicații speciale pentru păstrarea medicamentelor?

Pot să le iau împreună cu alte medicamente?

Există alte opțiuni de tratament, mai simple?

- Utilizați un tabel pentru a marca orele și medicamentele. În primele săptămâni, notați fiecare doză și ora la care ați luat-o.
- Dacă aveți probleme cu efectele secundare, mergeți la medic. Acesta vă poate prescrie medicamente suplimentare, care să ușureze efectele secundare, sau, la nevoie, vă poate schimba tratamentul.
- În fiecare dimineață, împărțiți medicamentele pe care trebuie să le luați peste zi și puneți-le într-o cutiuță cu mai multe compartimente. Așa veți observa imediat dacă ați ratat o doză sau nu.
- Folosiți ceasul deșteptător pentru a semnaliza orele la care trebuie să luați medicamentele, dimineață și seara.
- Luați cu dvs o cantitate mai mare de medicamente dacă plecați de acasă pentru câteva zile.
- Faceți în așa fel încât să aveți mereu la îndemână medicamente, pentru urgențe. Țineți câteva doze în mașină, la birou, chiar acasă la un prieten.
- Rugați-vă prietenii să vă aducă aminte când trebuie să vă luați medicamentele. Mai ales când ați ieșit în oraș seara!
- Vorbiți cu prietenii care iau deja tratament și întrebați-i cum fac. Dacă vă este de folos, încercați să intrați în legătură cu alt pacient care ia același tratament, la centrul medical unde sunteți în evidență.
- Rugați medicul să vă dea medicamente pentru grețuri și diaree, care sunt efectele secundare cele mai frecvente la începutul terapiei.
- Majoritatea combinațiilor trebuie luate de două ori pe zi, adică o dată la 12 ore. Dar există și medicamente care trebuie luate o dată pe zi, adică o dată la 24 de ore.
- Aderența este extrem de importantă în cazul combinațiilor care se iau o dată pe zi. Ratarea unei astfel de doze este mai gravă decât ratarea unei doze atunci când luați tratamentul de două ori pe zi.

3.17 Ce fac dacă am uitat să-mi iau medicamentele?

Toți trecem prin această experiență. Există, totuși, o diferență între a rata o doză din când în când și a uita săptămânal/zilnic să iei medicamentele. Trebuie să ne fixăm ca obiectiv luarea tuturor dozelor la ora indicată.

Dacă vi se întâmplă frecvent să luați medicamentele cu întârziere, sau să nu le luați deloc, e mai bine să vorbiți cu medicul dvs și să opriți tratamentul.

Astfel, veți evita riscul de a dezvolta rezistențe. Puteți relua tratamentul mai târziu, când veți putea respecta orarul de luare a medicației.

Există diferite tipuri de combinații pe care le puteți lua, iar factorii care intră în joc în alegerea combinației potrivite sunt foarte mulți: unii nu suportă să ia multe medicamente, alții nu pot mânca alimente grase sau nu sunt obișnuiți să mănânce dimineața, unele persoane nu se simt bine când trebuie să ia medicamentele la birou.

Orele la care trebuie luat tratamentul trebuie respectate cu sfințenie, în fiecare zi, indiferent dacă este weekend sau dacă sunteți plecat de acasă.

Pauzele de tratament sunt foarte periculoase.

Dacă ați uitat să luați o doză, luați-o imediat ce v-ați amintit. DAR, dacă vă dați seama seara că ați uitat să luați doza de dimineață, NU luați o doză dublă.

Rezistența la ARV

Ce este rezistența?

Rezistența la ARV apare atunci când structura virusului suferă mici modificări. Aceste modificări se numesc mutații. Ele fac ca medicamentele să nu mai funcționeze la fel de bine, sau chiar să nu mai aibă nici un efect.

Puteți fi infectat cu o tulpină de HIV care este deja rezistentă la unul sau mai multe medicamente HIV.

Cum apare rezistența?

Mutațiile care conduc la apariția rezistenței apar, în general, numai atunci când aveți încărcătură virală detectabilă și continuați să luați același tratament.

Dacă după 2-3 luni de tratament aveți în continuare peste 400 de copii/ml (sau peste 50 de copii/ml după 6 luni de tratament), este posibil să fie nevoie să schimbați tratamentul.

Medicul dvs trebuie să caute motivul pentru care rezultatele nu sunt mai bune, să vadă cum vă descurcați cu efectele secundare și cu aderența, să vă facă analize pentru a verifica rezistența și, eventual, nivelul medicamentelor în sânge.

Rezistența poate să apară chiar la niveluri scăzute ale încărcăturii virale, de 50 – 500 de copii/ml.

Ideal ar fi să faceți un test de verificare a încărcăturii virale la patru săptămâni după începerea sau schimbarea tratamentului. Apoi, încărcătura virală trebuie verificată regulat, la interval de cel puțin 3 luni.

Luați rezultatele atunci când au ieșit (de obicei, după două săptămâni). Nu așteptați până la următoarea vizită la medic.

Ce este rezistența încrucișată?

În general, dacă deveniți rezistent la un medicament, atunci veți fi rezistent la toate medicamentele din clasa lui, chiar dacă le luați pentru prima oară. Acesta este fenomenul de rezistență încrucișată.

Există diferite grade de rezistență încrucișată: rezistența pe care o dezvoltați la al doilea medicament din aceeași clasă poate fi mai slabă, adică medicamentul dă rezultate, dar nu foarte bune și nu pe termen lung.

Ce sunt testele de rezistență?

Testele de rezistență arată dacă aveți aceste mutații care provoacă rezistența. Din păcate, aceste teste nu sunt disponibile în toate țările.

Anumite medicamente sunt foarte vulnerabile la rezistență: nevirapin, efavirenz, 3TC. Dacă luați aceste medicamente și aveți încărcătură virală detectabilă, sau dacă încărcătura virală ajunge la peste 2000 de copii/ml, atunci este clar că aveți rezistență la unul sau mai multe medicamente din combinație.

Cum evit rezistența?

Evitarea rezistenței este una dintre cele mai importante condiții pentru ca terapia combinată să aibă succes. Trebuie să folosiți o combinație destul de puternică pentru a micșora riscul de a dezvolta rezistență la unul sau mai multe dintre medicamentele pe care le luați.

Cea mai bună metodă de stopare a rezistenței este atingerea și menținerea unei încărcături virale nedetectabile.

3.19 Eșecul terapeutic

Există diferite definiții pentru eșecul terapeutic, bazate și pe tipurile de tratament disponibile.

Eșec virologic

Dacă nivelurile încărcăturii virale nu ajung să fie nedetectabile, sau cresc din nou și devin detectabile, vorbim despre „eșec virologic”, adică medicamentele nu-și fac efectul de suprimare a virusului.

Eșecul virologic nu duce neapărat la înrăutățirea stării de sănătate.

Eșecul clinic

Eșecul clinic este definit de apariția simptomelor – adică, deși luați tratament, faceți diferite boli, deci medicamentele nu funcționează.

De obicei, eșecul virologic apare primul, după care pot trece luni sau chiar ani până apare și eșecul clinic.

Eșecul terapeutic este rezolvat prin schimbarea medicației, dar depinde mult și de medicamentele disponibile.

- Eșecul virologic este folosit pentru a decide momentul de schimbare a tratamentului în cazul persoanelor care au mai multe opțiuni valabile de terapie.
- Eșecul clinic este folosit pentru a decide momentul de schimbare a tratamentului în cazul persoanelor care au un număr limitat de opțiuni de terapie.

Creșterile mici ale încărcăturii virale (până în 2000) sunt de cele mai multe ori nesemnificative și se remediază de la sine.

Înainte de a decide schimbarea tratamentului, este important să identificați motivele pentru care s-a ajuns la eșec terapeutic.

Unul dintre motive poate fi faptul că tratamentul a fost oprit pur și simplu, că nu a fost luat la timp sau nu a fost luat conform recomandărilor medicului.

Alte motive: rezistența, faptul că tratamentul nu a fost destul de puternic, absorbția insuficientă a medicamentelor în sânge.

Dacă există alte opțiuni de tratament, atunci se recomandă schimbarea celor 3 medicamente în momentul în care s-a confirmat creșterea încărcăturii virale.

Rezolvarea eșecului terapeutic este un domeniu medical aparte, în care deciziile sunt întotdeauna luate pe baza celor mai recente descoperiri.

3.20 Glosar pentru Secțiunea 3

| | |
|-----------------------|--|
| aderență | termenul care descrie luarea medicamentelor exact așa cum sunt prescrise – la ora recomandată și respectând regimul alimentar indicat |
| ADN | material genetic aflat în fiecare celulă vie, care conține informațiile și codul referitoare la modul în care celula crește, funcționează și se reproduce |
| II | inhibitor de intrare – familie de medicamente care atacă HIV înainte ca acesta să pătrundă în celulă |
| HAART | Highly Active Anti-Retroviral Therapy – denumește terapia combinată HIV care folosește cel puțin 3 medicamente |
| acidoză lactică | efect secundar care poate produce moartea, asociat în general cu combinația d4T – ddI (didanozină) |
| lipoatrofie | efect secundar care subțiază stratul de grăsime subcutanat de pe brațe, picioare sau față |
| lipodistrofie | denumirea unui set de efecte secundare legate de modul în care corpul procesează grăsimile și zaharurile; simptomele includ lipoatrofia, acumularea de grăsime, creșterea colesterolului și a trigliceridelor |
| INRT | Inhibitor Nucleozidic ai Reverstranscriptazei – familie de medicamente anti-HIV care acționează atunci când HIV este deja în interiorul celulei, dar încă nu a intrat în ADN-ul celulelor |
| NNRTI | Inhibitor Non-Nucleozidic ai Reverstranscriptazei – familie de medicamente anti-HIV similare INRT, care acționează atunci când HIV este în interiorul celulei, dar încă nu a intrat în ADN-ul celulelor |
| IP | Inhibitori ai proteazei – familie de medicamente anti-HIV care blochează virusul în interiorul celulei |
| neuropatie periferică | distrugerea nervilor de la nivelul mâinilor și picioarelor; procesul începe în degete, cu amorțeală, furnicături sau sensibilitate crescută; poate fi provocat de HIV sau poate fi un efect secundar al anumitor ARV; dacă nu este tratată, poate produce dureri mari și, progresiv, anchilozarea membrelor. |

3.21 Întrebări pentru Secțiunea 3: Introducere în terapia ARV

1. Ce înseamnă ARV?
2. Câte medicamente intră de obicei în terapia combinată ARV?
3. Numiți patru familii de medicamente.
4. Ce familie de medicamente acționează înainte ca HIV să intre în celula CD4?
5. Câte medicamente sunt aprobate în SUA pentru tratarea HIV?
6. Câte combinații sunt recomandate de OMS ca tratament de prima linie?
7. Cum se numesc medicamentele folosite în combinațiile recomandate de OMS?
8. Dați cel puțin trei motive pentru întârzierea începerii tratamentului.
9. Ce poate afecta nivelul ARV din sânge?
10. Ce este aderența?
11. Dați șase exemple de lucruri care ajută aderența.
12. Ce este rezistența?
13. Ce este eșecul clinic?
14. Ce este eșecul virologic?
15. Cât de scăzută trebuie să fie încărcătura virală pentru a preveni apariția rezistenței?
16. Scrieți despre aderență (maxim 500 de cuvinte).
17. Sugerați patru metode pentru a respecta mai ușor aderența.
18. Ce este rezistența la medicamente?

3.22 Evaluarea cursului pentru Secțiunea 3

Vă rugăm să acordați câteva minute acestei evaluări. Vă suntem recunoscători pentru comentariile pe care le faceți, inclusiv despre cât de utilă este această evaluare, deoarece dorim să îmbunătățim permanent cursul și să-l transformăm într-o resursă disponibilă *online*.

Sesiunea unu:

Câte din informațiile primite au fost noi?

Nici una 1 2 3 4 5 Toate

Cât de util a fost materialul primit?

Foarte util 1 2 3 4 5 Inutil

De cât timp ați avut nevoie pentru întrebările de la secțiunea de mai sus?

Ați primit ajutor pentru a răspunde la aceste întrebări?

Ați identificat site-uri internet cu informații mai bune? Care anume?

Cu ce scor ați terminat testul?

Repețați testul peste o săptămână, ca să vedeți cât de mult ați ținut minte.

Ați obținut un scor mai bun peste o săptămână?

Secțiunea 4: Efecte secundare ale ARV



Analizele de sânge făcute în mod regulat vor identifica din timp efectele secundare.

Dacă suferiți de efecte secundare, vorbiți imediat cu medicul.

Grețurile și oboseala pot fi foarte grave...

4.1 Introducere

Această secțiune este una dintre cele mai importante.

Dacă efectele secundare sunt ținute sub control, tratamentul se poate integra perfect în viața de zi cu zi.

Controlarea efectelor secundare înseamnă tratarea lor cu medicație specială, ajustarea dozelor de ARV, schimbarea ARV.

Trebuie să luați lucrurile foarte în serios și să aveți o atitudine activă în păstrarea stării de sănătate.

Există și câteva efecte secundare grave – veți găsi mai jos informații despre acestea și despre medicamentele care le provoacă.

4.2 Obiectivele secțiunii patru:

- prezentare generală a efectelor secundare
- diferențe între efecte secundare majore și efecte secundare minore
- modalități de reducere a efectelor secundare, inclusiv schimbarea tratamentului
- principalele efecte secundare produse de combinațiile recomandate de OMS

4.3 Aspecte generale

Ce sunt efectele secundare?

Principalul scop al medicamentelor este să vindece, deci să facă bine. În momentul în care, pe lângă această acțiune, ele au și alte efecte asupra organismului, vorbim despre „efecte secundare”, „efecte adverse” și „toxicitate medicamentoasă”.

Este important să înțelegem că multe dintre simptomele efectelor secundare seamănă cu simptomele bolii, dar au nevoie de tratamente diferite.

De ce apar efectele secundare?

Deși medicamentele sunt create pentru a lupta împotriva bolilor, există și situații în care ele au efecte nedorite asupra organismului.

Este foarte greu să se găsească un medicament care să lupte împotriva HIV, iar cele care se utilizează acum au trecut prin diferite procese de reducere a toxicității. Cu toate acestea, unele medicamente au fost scoase de pe piață pentru că erau prea toxice (toxicitatea a fost descoperită după ce medicamentul a fost aprobat și folosit de un număr mare de persoane pentru o perioadă lungă de timp).

În general, persoanele afectate de HIV/SIDA, medicii și cercetătorii recunosc faptul că medicamentele utilizate în prezent sunt departe de a fi perfecte și speră că generațiile viitoare de medicamente vor fi mai ușor de tolerat.

Toate medicamentele au aceleași efecte secundare?

Majoritatea medicamentelor au efecte secundare, dar cele mai multe sunt blânde și ușor de suportat.

Uneori, efectele secundare trec neobservate sau afectează numai o mică parte dintre persoanele care iau tratamentul respectiv.

Prospectul medicamentului conține toate efectele secundare posibile și care au fost raportate în timpul cercetărilor și studiilor făcute. Tot în prospect găsiți informații despre modul în care trebuie să luați medicamentul, despre interacțiunile cu alte medicamente etc.

Cum se raportează efectele secundare ale medicamentelor?

În timpul procesului de testare și cercetare a medicamentului, se notează fiecare efect secundar, chiar dacă a apărut doar la câteva persoane sau dacă nu este direct legat de medicamentul în cauză. Acesta este motivul pentru care prospectul fiecărui medicament include o listă lungă cu efecte secundare potențiale.

Efectele secundare grave sau frecvente sunt prezentate cu mai multe detalii.

În cazul în care efectele secundare apar numai după ce medicamentul a fost aprobat (ca în cazul lipodistrofiei), ele nu sunt incluse în prospect, dar vor fi adăugate mai târziu.

Este prima oară când luați ARV?

Mai mult ca sigur sunteți foarte îngrijorat cu privire la efectele secundare. Înainte de a decide combinația, este bine să cunoașteți efectele tuturor medicamentelor: au efecte secundare? care anume? câte persoane au suferit de pe urma acestora?

Este posibil să fiți invitat să participați la un studiu privitor la efectele secundare – aceste studii cercetează și definesc efectele secundare ce pot să apară în diferite combinații de medicamente.

Se pot schimba medicamentele?

Dacă este prima oară când luați tratament, vă bucurați de o flexibilitate maximă în ceea ce privește alegerea și schimbarea medicamentelor: le puteți schimba până când găsiți o combinație care să dea rezultate bune și pe care să o tolerați.

În momentul de față există 20 de medicamente antiretrovirale aprobate, care pot fi combinate în diferite moduri, deci aveți de unde alege.

În general, cu cât ați folosit mai puține medicamente de-a lungul timpului, cu atât aveți mai multe opțiuni de a schimba tratamentul atunci când vă simțiți rău.

Dacă ați schimbat un medicament din cauză că nu-l puteați tolera, îl puteți folosi din nou mai târziu. Singurul medicament cu care nu puteți face asta este abacavirul – dacă aveți reacție de hipersensibilitate la abacavir, nu-l veți mai putea folosi nici odată.

Există efecte secundare care se ameliorează după câteva săptămâni sau luni – citiți secțiunea dedicată efectelor secundare individuale pentru a vedea cât timp trebuie să încercați să le suportați înainte de a le schimba.

Dacă un medicament vă provoacă efecte secundare, nu trebuie să continuați să-l luați doar pentru a-i face pe plac medicului sau pentru a dovedi de puternic sunteți. Dacă simțiți că ceva nu este în regulă, rugați-l pe medic să vi-l schimbe.

Pot să prevăd efectele secundare?

În general, nu puteți prevedea cât de blânde / severe vor fi efectele secundare. Dar, dacă deja aveți simptome asemănătoare efectelor secundare, atunci sunt mari șanse ca ele să se înrăutățească.

De pildă, dacă aveți transaminazele crescute și începeți să luați nevirapin, veți observa că acestea vor crește și mai mult. La fel se întâmplă cu nivelul colesterolului și al trigliceridelor, a căror creștere este influențată de tratamentul cu inhibitori de proteaze.

Diferă efectele secundare de la bărbați la femei?

Cercetările făcute până acum au inclus prea puține femei pentru a putea studia corect diferențele dintre cele două sexe.

În unele studii făcute pe nevirapin, procentul de femei care a resimțit efecte secundare a fost mai mare (atât în ceea ce privește toxicitatea ficatului cât și erupțiile cutanate), demonstrând astfel cât de importantă este o monitorizare atentă.

În ceea ce privește lipodistrofia (pierderea de grăsime de pe brațe, picioare sau față; sau acumularea de grăsime pe abdomen, piept, umeri), se pare că femeile sunt mai predispuse la acumulări decât la pierderi de grăsime.

Care este legătura dintre efectele secundare și aderență?

Fie că începeți pentru prima oară tratamentul, sau că luați medicamente anti-HIV de multă vreme, medicul dumneavoastră trebuie să vă fi vorbit despre importanța aderenței.

Acesta este termenul care descrie luarea de medicamentele exact așa cum sunt ele prescrise, adică la timp și respectând dieta recomandată.

Rugați-l pe medic să vă ajute...

Din nefericire, este adevărat că:

- mulți medici cred că pacienții exagerează efectele secundare și că, de fapt, acestea nu sunt atât de grave pe cât le descriu ei

Este adevărat și că:

- mulți pacienți subestimează efectele secundare; ei spun, de multe ori, că efectele secundare nu sunt foarte supărătoare, sau uită să vorbească despre ele.

Asta înseamnă că există o mare diferență între ce se întâmplă în realitate și ceea ce cred doctorii că se întâmplă, motiv pentru care efectele secundare sunt adeseori netratate.

Ce se întâmplă dacă efectele secundare persistă?

Dacă primul tratament care vi se administrează pentru atenuarea efectelor secundare nu este eficient, există altele la care puteți apela și care pot fi mai ușor de tolerat.

Din acest motiv am enumerat aici o serie de opțiuni, inclusiv tratamente alternative, pentru fiecare dintre simptomele principale. Dacă una dintre opțiuni nu are efect, încercați altele.

Schimbarea sau încetarea tratamentului sunt opțiuni importante, pe care trebuie să le discutați cu medicul dumneavoastră.

4.4 Efecte secundare generale

Greața, diareea, oboseala sunt cele mai frecvente efecte secundare generale, care se ameliorează după primele săptămâni. Există și cazuri excepționale în care greața și oboseala ating niveluri alarmante – de aceea trebuie să vorbiți cu medicul dvs despre toate problemele pe care le aveți.

În momentul începerii tratamentului, cereți medicului sau farmacistului medicamente împotriva grețurilor și a diareei. E bine să le aveți mereu la îndemână.

Dacă medicamentele nu au efect, cereți unele mai puternice.

Dacă vă simțiți în continuare rău, poate trebuie să schimbați tratamentul.

4.5 Efecte secundare asociate cu combinațiile recomandate de OMS

Veți găsi mai jos detalii privitoare la efectele secundare asociate combinațiilor recomandate de OMS drept tratament de linia întâi.

Tabel 1: Efecte secundare grave ale principalelor medicamente OMS

Simptomele scrise cu caractere îngroșate vor fi raportate de urgență medicului.

| Numele medicamentului | Efect secundar | Simptome |
|-----------------------|------------------------------|---|
| d4T (stavudin) | Neuropatie periferică (NP) | Pierderea sensibilității (amortirea) SAU dureri la degetele de la mâini și/sau picioare |
| | Acidoză lactică | Greață, vărsături, lipsa apetitului, oboseală severă |
| | Lipoatrofie | Pierderea grăsimii de pe față, brațe, picioare, fese. Venele devin mai vizibile. |
| 3TC (lamivudină) | Căderea părului (rar) | Părul se subțiază sau cade |
| | PN | Pierderea sensibilității (amortirea) SAU dureri la degetele de la mâini și/sau picioare |
| AZT (zidovudină) | Anemie | Oboseală sau slăbiciune |
| | Lipoatrofie | Pierderea grăsimii de pe față, brațe, picioare, fese. Venele devin mai vizibile. |
| nevirapin | Toxicitatea ficatului | Grețuri, vomă, lipsa poftei de mâncare, ochi sau piele galbenă, scaun deschis la culoare sau urină închisă la culoare, ficat mai moale sau mai umflat decât normal |
| | Erupții cutanate | Roșeață sau erupții pe piele |
| | Erupții severe | Orice erupție care acoperă mai mult de |

| | | |
|-----------|---|---|
| | | 10% din corp, orice rană |
| efavirenz | Efecte secundare care afectează sistemul nervos | Schimbări de dispoziție, stare de neliniște, incapacitate de concentrare, vise agitate, somn neliniștit. Dacă sunt grave, informați urgent medicul. |
| | Toxicitatea ficatului | Grețuri, vomă, lipsa poftei de mâncare, ochi sau piele galbenă, scaun deschis la culoare sau urină închisă la culoare, ficat mai moale sau mai umflat decât normal |
| | Erupții cutanate | Roșeață sau erupții pe piele |
| | Erupții severe | Orice erupție care acoperă mai mult de 10% din corp, orice rană |

- **Toxicitatea hepatică: nevirapin, efavirenz**

Deși nu este un efect secundar frecvent, este unul extrem de grav și poate provoca moartea. Sub 5% dintre persoanele care iau ARV trebuie să schimbe tratamentul din această cauză, și totuși este foarte important să cunoaștem simptomele, deoarece nevirapinul este inclus în Combinațiile în Doză Fixă (CDF).

Dacă aveți erupții cutanate în timp ce luați nevirapin, este important să faceți o analiză de sânge pentru a vedea dacă este afectat ficatul (este vorba despre măsurarea nivelului enzimelor AST sau AZL din ficat).

Alte simptome:

- Greață, vărsături
- Lipsa poftei de mâncare
- Îngălbenirea ochilor sau a pielii
- Scaune deschise la culoare sau urină închisă la culoare
- Ficatul mai moale sau mai umflat decât normal

Dacă aveți unul dintre aceste simptome, contactați imediat medicul.

Toxicitatea ficatului apare, de obicei, în primele șase săptămâni de tratament, dar sunt și cazuri când apare mai târziu. Dacă aveți și hepatită, atunci riscul de a face acest efect secundar este crescut, și poate este bine să schimbați medicamentul.

- **Erupții cutanate: nevirapin**

Circa 10-15% dintre cei care folosesc nevirapinul sau efavirenzul fac erupții cutanate ușoare și circa 5% schimbă medicamentul din acest motiv.

Totuși, există și un procent de 2-3% care riscă să facă erupții mult mai grave, în special dacă folosesc nevirapin.

Nevirapinul trebuie dat în primele două săptămâni în doze reduse, de 200 mg, o dată pe zi. Dacă după acest interval nu au apărut erupții, atunci doza se mărește la 200 mg la fiecare 12 ore.

Doza de nevirapin NU SE CREȘTE dacă încă mai aveți erupții cutanate.

Dacă aveți o erupție pe mai mult de 10% din corp sau dacă v-au apărut răni, mergeți imediat la medic. În anumite cazuri, foarte rare, se oprește imediat tratamentul cu nevirapin, pentru a reduce riscul unei reacții severe, care ar putea provoca moartea.

- **Neuropatia periferică: d4T, mai rar 3TC**

Neuropatia periferică denumește distrugerea nervilor din mâini și labele picioarelor. Uneori începe cu amorțeli sau furnicături, dar poate deveni foarte dureroasă și se poate extinde spre brațe și gambe.

Deși este adeseori provocată de HIV, NP poate fi un efect secundar al medicației ARV, mai ales dacă ați început tratamentul la un număr foarte mic de CD4. Principalii responsabili pentru neuropatie sunt ddC (care se folosește rar), d4T, ddl și, în mai mică măsură, 3TC. d4T este unul dintre medicamentele din Triomune și este recomandat în terapia de primă linie din multe țări.

Prin urmare, trebuie să anunțați medicul imediat ce ați simțit furnicături sau amorțeli la mâini sau picioare.

Nu există tratament pentru neuropatie, deci cea mai bună opțiune este schimbarea d4T cu un alt medicament.

Există și cazuri în care se poate reduce doza de d4T din combinație – de pildă, dacă folosiți Triomune, care include 30 sau 40 mg de d4T. Dacă puteți obține fiecare medicament din combinație separat, atunci puteți reduce doza de d4T până la 20 mg de două ori pe zi, fapt care va opri procesul de distrugere a nervilor.

Dacă neuropatia continuă și nu aveți alte opțiuni de tratament, atunci poate e mai bine să încetați total tratamentul pentru o perioadă de timp. Oprirea tratamentului se face numai dacă vă simțiți bine și dacă nu ați avut nici odată sub 200 de CD4/mm³. Puteți reîncepe tratamentul mai târziu, când vă veți simți rău sau când veți găsi alt medicament.

Neuropatia este un proces reversibil, dar numai dacă opriți tratamentul cu medicamentul care o provoacă înainte de a ajunge într-o stare foarte gravă.

- **Lipodistrofie: d4T, AZT, nevirapine, efavirenz, inhibitori ai proteazei**

Lipodistrofia este schimbarea modului în care este distribuită grăsimea în organism: pierderea grăsimii de pe brațe, picioare și față sau acumularea de grăsime pe abdomen, piept sau umeri.

Lipodistrofia este un proces lent, care include și modificarea nivelului de grăsime și de zahăr din sânge.

Acumularea de grăsime este provocată, în general, de inhibitorii proteazei și de INNRT. Pierderea de grăsime este efectul d4T și, în mai mică măsură, al AZT.

d4T și AZT sunt medicamente de primă linie recomandate de OMS.

Nu știm ce anume provoacă lipodistrofia, mai ales că este o boală care apare foarte rar la persoanele HIV pozitive care nu fac tratament.

Dacă observați repede simptomele și schimbați imediat tratamentul, puteți stopa modificările corpului (acestea pot fi monitorizate de un medic nutriționist, prin scanări DEXA sau prin fotografii).

- **Schimbări de dispoziție, paranoia, vise ciudate, nervozitate: efavirenz**

Efavirenz este legat de o gamă de efecte secundare unice: cele legate de starea de spirit și de sentimente.

În general, acestea devin mai blânde după primele săptămâni de tratament, dar există și cazuri în care se agravează și necesită intervenție medicală.

Dacă suferiți deja de depresii și stări de agitație, e bine să știți că efavirenzul le va agrava.

- **Anemie: AZT**

Anemia apare atunci când numărul celulelor roșii din sânge scade (celulele roșii sunt cele care transportă oxigenul) și este provocată de efectul AZT asupra măduvei osoase. Simptomul specific este starea de oboseală extremă.

Dacă luați AZT și vă simțiți foarte obosit, mergeți la medic – acesta vă va face analize de sânge sau vă va schimba tratamentul.

- **Acidoză lactică: d4T, ddl, AZT**

Este vorba despre creșterea periculoasă a lactatului în sânge. Simptomele includ: stare generală proastă și/sau oboseală, slăbiciune musculară. Riscul de acidoză lactică crește când

d4T este folosit împreună cu ddl – majoritatea ghidurilor nu recomandă combinarea celor două medicamente.

Dacă aveți aceste simptome, mergeți de urgență la medic.

4.6 Alte efecte secundare

Am prezentat mai sus cele mai grave efecte secundare, care apar destul de rar. Dacă nu vă simțiți bine, mergeți imediat la medic, chiar dacă vi se pare că poate fi vorba despre un efect secundar lipsit de importanță.

Dacă folosiți medicamente care nu sunt incluse pe lista OMS cu combinații de primă linie, atunci puteți găsi pe internet informații despre ele. Iată câteva site-uri în limba engleză:

Fișe cu informații de bază despre fiecare medicament
www.aidsinfonet.org

Informații mai detaliate
<http://tpan.com/publications/pa/positivelyaware.shtml#drugguide>

Sau site-ul Agenției Europene de Regularizare a Medicamentelor,
www.emea.eu.int

4.7 Cum se descriu efectele secundare

Dacă doriți ca medicul dumneavoastră să poată înțelege ce efecte secundare aveți și cum vă afectează ele, trebuie să fiți în stare să i le descrieți foarte clar.

Acest lucru este important pentru ca medicul dumneavoastră să evalueze dacă nu cumva este vorba de alte cauze (de exemplu: diareea are legătură cu tipul de alimentație, tulburările de dinamică sexuală au legătură cu nivelul scăzut de testosteron).

Cea mai bună metodă este să țineți un jurnal din momentul în care începeți noul tratament până la următoarea vizită la medic.

Veți găsi aici informații detaliate despre cum să descrieți simptomele:

Frecvență:

- Cât de des aveți simptomele respective?
- O dată sau de două ori pe săptămână? O dată pe zi sau de 5-10 ori pe zi?
- Simptomele apar și noaptea și ziua?

Durată:

- Cât durează simptomele?
- Dacă vă simțiți rău sau aveți dureri de cap, aceste senzații durează 20 de minute sau 3-4 ore, sau au durate diferite?
- Există vreo perioadă anume când apar simptomele? Când luați medicamentele sau la un interval regulat de timp după ce le-ați luat?

Gravitate:

- Cât de grave sunt simptomele?
- Adeseori, e util să le evaluăm pe o scală (de la 1, pentru cel mai blând, la 10, pentru cel foarte grav).
- Scala este utilă pentru a descrie orice fenomen care implică durere.
- Este bine să notați efectele secundare grave exact atunci când apar.
- Ați observat vreo metodă de ameliorare a simptomelor?

Calitatea vieții:

Aceasta poate într-adevăr să îl ajute pe medicul dumneavoastră să înțeleagă cât de dificile sunt efectele secundare pentru dumneavoastră.

Multe persoane au reușit să accepte diareea cronică fără să-i explice medicului că, în realitate, aceasta îi împiedică să aibă o viață normală.

Dacă vă simțiți mai încordat/neliniștit sau mai nervos, nu dormiți normal, aveți un apetit sexual scăzut, dacă vi se modifică gustul, sau nu puteți mânca de greață, vorbiți cu medicul. Lipodistrofia este dificil de evaluat. Poate că micile schimbări în forma corpului sunt ușor de acceptat, dar modificările foarte vizibile pot provoca depresii foarte grave.

Dacă efectele secundare afectează aderența (de pildă, nu vă puteți lua medicamentele la ora stabilită și nu puteți respecta regimul alimentar), vorbiți imediat cu medicul.

În secțiunea 4.10 veți găsi un jurnal al efectelor secundare, în care puteți nota toate schimbările pe care le observați după începerea tratamentului. Nu e rău să-l luați cu dvs când mergeți la medic.

4.8 Cum se clasează efectele secundare

Cele mai multe informații privind riscurile unor efecte secundare provin din studiile realizate atunci când au fost descoperite medicamentele. De aceea este foarte important să îl informați pe medic dacă simțiți efecte secundare în cazul în care luați parte la o cercetare sau la un studiu clinic.

Aceste studii strâng informații privind frecvența și gravitatea tuturor efectelor secundare, iar studiile pentru medicamentele noi medicamente folosesc grupuri mici de persoane, pentru perioade relativ scurte de timp.

Unele efecte secundare își fac apariția abia după ce medicamentele au fost autorizate și după ce au fost folosite de mii de oameni pentru perioade lungi de timp.

Dacă știți care este riscul care un medicament să aibă efecte secundare (de pildă, dacă știți la ce procentaj de persoane apar efectele secundare), atunci veți putea la o decizie în cunoștință de cauză cu privire la medicamentele pe care le alegeți. Când este vorba de un efect secundar foarte frecvent, este util

să știți ce procent de persoane au fost nevoite să schimbe terapia din cauza acestuia.

Informații mai exacte puteți obține de la medicul dumneavoastră sau de la o organizație nonguvernamentală care are ca obiect ajutorarea

persoanelor seropozitive. De asemenea, informațiile cele mai importante sunt incluse în prospectul din cutia medicamentului.

Deși există diferențe între modalitățile de raportare a gravității diferitelor efecte secundare, acestea sunt, în general, clasate pe o scală de la 1 la 4.

Gradul 1 este foarte blând, iar gradul 4 este foarte grav – poate provoca moartea sau necesită internare urgentă în spital.

GRADUL 1 (Blând): Trecător (dispare după scurt timp) sau disconfort ușor; nici o limitare în activitate; nici o terapie/intervenție medicală necesară.

GRADUL 2 (Moderat): Activitatea zilnică este afectată într-o măsură mică spre medie – s-ar putea să aveți nevoie de ajutor medical (tratament medicamentos foarte simplu).

GRADUL 3 (Grav): Activitatea zilnică este vizibil redusă – aveți nevoie de ajutor: terapie/intervenție medicală cu posibilă spitalizare.

GRADUL 4 (Poate provoca moartea): Limitare extremă a activității zilnice, este nevoie de ajutor important; intervenție medicală majoră, foarte probabil spitalizare.

Mai jos este prezentat un tabel general al clasării efectelor secundare (bazată pe clasificarea făcută de Divizia SIDA a National Institute of Health, SUA), împreună cu detalii specifice pentru cele mai frecvente efecte secundare.

| Efect secundar | Gradul 1 | Gradul 2 | Gradul 3 | Gradul 4 |
|---|--|--|--|--|
| Diaree | 3-4 scaune moi pe zi SAU o diaree ușoară care durează mai puțin de o săptămână | 5-7 scaune moi pe zi SAU diaree care durează mai mult de o săptămână | Diaree cu sânge SAU peste 7 scaune moi pe zi SAU nevoia de tratament IV SAU senzație de amețeală | Spitalizare necesară (posibilă și pentru Gradul 3) |
| Oboseală | Activitate normală, redusă cu mai puțin de 25% | Activitate normală, redusă cu 25-50 % | Activitate redusă cu peste 50 %; persoana nu poate munci | Incapacitatea de a-și purta de grijă singur(ă) |
| Toxicitate hepatică: nivelurile AST sau ALT | 1.25-2.5 peste limita normală | >2.5-5.0 peste limita normală | 5.0-7.5 peste limita normală | >7.5 peste limita normală |
| Tulburări de dispoziție | Ușoară neliniște, capabil(ă) de a-și | Neliniște moderată/ tulburare, care afectează | Modificări grave de dispoziție ce solicită | Psihoză acută, gânduri sinucigașe |

| | | | | |
|---------|--|---|---|--|
| | îndeplini sarcinile zilnice | capacitatea de a munci etc | tratament medical Incapacitate de muncă | |
| Greață | Blândă SAU trecătoare, cantitate de mâncare ingerată în limite normale | Disconfort mediu SAU cantitate scăzută de mâncare ingerată maxim 3 zile la rând | Disconfort sever SAU cantitate minimă de mâncare ingerată mai mult de 3 zile | Necesită spitalizare |
| Eruptii | Roșeață sau mâncărime pe întreg corpul sau izolat | Eruptii care produc răni pe piele, sau descumare tegumentară ușoară | Vezicule, ulcerații, descumare umedă, erupții severe, pe zone extinse | Eruptii severe, sindrom Stevens Johnson, ulcerații severe etc |
| Vomă | 2-3 episoade pe zi SAU vomă ușoară, nu mai mult de o săptămână | 4-5 episoade pe zi SAU vomă ușoară, nu mai mult de o săptămână | Vomă severă, a întregii cantități de mâncare și a fluidelor, pentru mai mult de 24 de ore SAU nevoie de tratament IV SAU amețeață | Spitalizare pentru tratamentul intravenos (posibilă și pentru Nivelul 3) |

4.9 Jurnalul efectelor secundare

Folosiți această pagină pentru a înregistra orice modificare a stării de sănătate care ar putea avea legătură cu efectele secundare. Este posibil să nu fiți afectat de nici un efect secundar, dar dacă aveți probleme, atunci acest jurnal vă va fi util.

Am enumerat mai jos efectele secundare cele mai frecvente, dar există și altele, care nu apar în lista noastră.

- 1 Furnicături în mâini/picioare
- 2 Durere de mâini/picioare
- 3 Greață/vărsături
- 4 Durere de cap
- 5 Stare de oboseală
- 6 Uscăciune a pielii
- 7 Erupții cutanee
- 8 Diaree
- 9 Dureri de stomac
- 10 Căderea părului
- 11 Modificări în forma corpului
- 12 Creștere în greutate
- 13 Pierdere în greutate
- 14 Modificări de gust sau de apetit
- 15 Probleme sexuale
- 16 Tulburări de somn
- 17 Vise intense
- 18 Stare de neliniște/nervozitate
- 19 Scăderea vederii
- 20 Instabilitate emoțională
- 21 Depresie
- 22 Alta(altele) specificați

| Simptom al efectului secundar | Ziua | Ora | Scală: 1 – foarte blând 5 – foarte grav | | | | |
|--|------|-----|---|---|---|---|---|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Alte comentarii și întrebări pe care vreți să le adresați medicului:

4.10 Glosar pentru Secțiunea 4

| | |
|---|---|
| anemie | număr mic de celule roșii – rezultatul este scăderea cantității de oxigen distribuite în corp |
| ALT | alanin transaminază – enzimă a ficatului care, în cantitate mare, indică o boală de ficat sau toxicitate hepatică |
| AST | aspartat transaminază – enzimă a ficatului care, în cantitate mare, indică o boală de ficat sau toxicitate hepatică |
| SNC | Sistemul Nervos Central, format din creier și măduva spinării, cele două părți ale corpului care procesează și transmit informațiile senzoriale |
| Scan DEXA | <i>Dual Energy X-ray Absorptiometry</i> , tip de radiografie cu raze X care măsoară proporția de grăsime, mușchi și oase din organism; poate măsura și densitatea minerală a oaselor |
| toxicitatea ficatului efecte secundare | efecte secundare care afectează ficatul sau reduc funcția hepatică efect neașteptat al unui medicament; unele efecte secundare pot fi pozitive și stau la baza descoperirii unor noi indicații pentru medicamentul respectiv |
| prospect | hârtia care se află în ambalajul medicamentelor și dă informații despre acestea |
| Sindrom SJS | reacție cutanată care poate provoca moartea |
| toxicitate | efecte dăunătoare ale unei substanțe |
| LNS | Limită Normală Superioară |

4.11 Întrebări pentru Secțiunea 4

1. Ce sunt efectele secundare?
2. Diferă efectele secundare de la bărbați la femei?
3. În caz că suferiți de efecte secundare, trebuie să opriți sau să schimbați tratamentul?
Dați exemple pentru fiecare situație.
4. Care sunt cele mai blânde și cele mai severe stadii ale efectelor secundare?
5. Care este diferența dintre lipodistrofie și lipoatrofie?
6. Ce este neuropatia periferică?
7. Ce medicament/medicamente este/sunt cel mai des asociate cu neuropatia periferică?
8. Care medicament este cel mai frecvent asociat cu anemia?
9. Ce medicament/e este/sunt cel mai frecvent asociat/e cu toxicitatea hepatică?
10. Dați două exemple de simptome ale toxicității hepatice.
11. Ce medicament/e este/sunt cel mai frecvent asociat/e cu erupțiile severe?
12. Cum se definește „erupția severă”?
13. Dați un exemplu de efect secundar de gradul 4.
14. Când crește riscul de acidoză lactică?
15. Ce medicament este asociat cu schimbările de dispoziție, paranoia și visele ciudate?

4.12 Evaluarea cursului pentru Secțiunea 4

Vă rugăm să acordați câteva minute acestei evaluări. Vă suntem recunoscători pentru comentariile pe care le faceți, inclusiv despre cât de utilă este această evaluare, deoarece dorim să îmbunătățim permanent cursul și să-l transformăm într-o resursă disponibilă *online*.

Câte din informațiile primite au fost noi?

Nici una 1 2 3 4 5 Toate

Cât de util a fost materialul primit?

Foarte util 1 2 3 4 5 Inutil

De cât timp ați avut nevoie pentru întrebările de la secțiunea anterioară?

Ați primit ajutor pentru a răspunde la aceste întrebări?

Ați identificat site-uri internet cu informații mai bune? Care anume?

Cu ce scor ați terminat testul?

Repețați testul peste o săptămână, ca să vedeți cât de mult ați ținut minte.

Ați obținut un scor mai bun peste o săptămână?

Secțiunea 5: Infecții oportuniste (IO) și co-infecții importante

OIs

5.1 Introducere

Această secțiune prezintă pe scurt cele mai importante infecții și co-infecții oportuniste legate de HIV.

Infecțiile oportuniste sunt bolile care profită de sistemul imunitar slăbit de HIV și atacă organismul atunci când numărul de CD4 este scăzut.

5.2 Obiectivele Secțiunii 5

Principalul obiectiv al acestei secțiuni este prezentarea principalelor simptome și a metodelor de prevenire și tratare a următoarelor infecții și co-infecții:

- Candidoza și alte probleme ale pielii
- Infecții gastro-intestinale: giardia, cryptosporidia/microsporidia
- Pneumonia cu *Pneumocystis Carinii*
- Tuberculoza
- MAI și MAC
- Hepatita C
- Citomegalovirusul
- Toxoplasmoza
- Meningita criptococică
- Cancerul: limfom, sarcom, inclusiv cel non-Hodgkin și Kaposi
- Emacierea și pierderea în greutate

5.3 Abordarea fiecărei IO

Există 10 IO importante despre care trebuie să știți.

Mai există cel puțin 10, mai puțin frecvente, dar la fel de importante.

Lista completă se găsește în Anexa I.

Teoretic, toate IO legate de SIDA sunt mortale, dar majoritatea pot fi ținute sub control cu ajutorul ARV.

Pentru fiecare IO trebuie să știți:

- Tipul de infecție: virală, bacteriană etc, modul de contractare, metode de prevenire, dacă este transmisibilă
- Principalele simptome: cum se poate diagnostica. Rețineți că există simptome comune mai multor IO și că majoritatea IO afectează o gamă largă de organe
- Diagnosticarea – cum se confirmă infecția: prin analiză de salivă, de sânge sau de spută (lichid din plămâni), prin cultură de mostră (proces care durează câteva săptămâni)
Uneori, tratamentul poate începe imediat după identificarea simptomelor, pentru a nu se pierde timpul sau pentru că este greu de stabilit un diagnostic clar. Sunt și cazuri în care diagnosticul e pus pornind de la tratament: rezultatele pozitive ale unui tratament dat „la noroc” indică o anumită boală.
- Tratamentul – ce medicamente sau ce combinație poate fi folosită, care este rata de succes pentru fiecare. Poate fi oprit tratamentul? Multe IO, dar nu toate, se vindecă după ce tratamentul ARV a crescut numărul de CD4.
- Profilaxia: tratamentul poate preveni infectarea? După vindecarea IO, se continuă tratamentul pentru a preveni reapariția bolii? La ce număr de CD4 se oprește tratamentul profilactic?
- Stadiul cercetărilor: se lucrează la găsirea unor analize/medicamente mai performante?

Am ales să tratăm pe scurt aceste teme, iar pentru mai multe informații vă rugăm să căutați pe internet, unde găsiți prezentări detaliate (vezi Anexa VI).

5.4 Infecții GI: giardia, criptosporidia, microsporidia

- **Tipul de infecție:** slăbirea poate fi cauzată de factori și boli foarte diferite. Giardia, criptosporidia și microsporidia sunt paraziți minuscule (protozoare) care pot provoca dureri de stomac și diaree severă. Diareea provoacă adeseori slăbirea, deoarece corpul nu este capabil să mai absoarbă hrana și substanțele nutritive. Diareea severă poate reduce capacitatea organismului de a absorbi medicamentele.
Slăbirea care nu este provocată de o schimbare a regimului alimentar poate fi foarte gravă. Pierderea într-un an a mai mult de 10% din greutatea corporală este un semn care poate indica instalarea SIDA.
Există studii care au arătat că pierderea a 5% din greutate într-un interval scurt indică posibilitatea de a pierde 10% din greutate mai târziu.
Deci, orice slăbire nemotivată trebuie luată în serios.
- **Principalele simptome:** diaree persistentă, care nu trece după câteva săptămâni. Microsporidia poate provoca și inflamarea unor organe: plămâni, vezică urinară, intestine, sinusuri, urechi, ochi, creier, pancreas.
- **Diagnosticarea:** Analiza de laborator a unei mostre de scaun poate scoate la iveală motivele diareei, dar sunt și situații în care motivele sunt greu de identificat.
În general, infecția apare după ce ați băut apă nefiltrată, sau ați înghițit apă în timp ce înotați, sau ați mâncat legume / fructe contaminate.
Criptosporidia este provocată de laptele nepasteurizat, de contactul cu scutece infectate, animale domestice, sau cu alte persoane infectate.
- **Tratamentul:** În cazul persoanelor care au sisteme imunitare puternice (persoane HIV negative sau persoane infectate cu HIV care au peste 300 de CD4), corpul elimină în câteva săptămâni paraziții care provoacă diaree, fără să fie nevoie de tratament. La sub 300 de CD4, organismul nu are puterea să lupte singur și diareea poate deveni cronică.
Nu există tratamente universale valabile pentru aceste infecții, dar tratamentul cu ARV, care duce la creșterea CD4, pare să dea rezultate bune. De asemenea, albendazolul și talidomida dau rezultate pentru unele dintre microsporidii.
Este foarte important să beți multe lichide pentru a preveni deshidratarea provocată de diaree.
- **Profilaxia:** consumarea de apă îmbuteliată, spălarea legumelor și fructelor cu apă filtrată, consumarea de carne numai dacă este bine fiartă/prăjită, respectarea igienei (în special spălarea mâinilor); multe IG sunt provocate de microorganisme aflate în fecale, deci este important să respectați igiena atunci când intrați în contact cu scutecele murdare ale sugariilor.

5.5 Candida (candidoza) și alte probleme dermatologice

Problemele dermatologice minore pot fi unul dintre primele simptome ale HIV și sunt indicator că CD4 sunt sub 300 celule/mm³.

Poate fi vorba de lucruri simple – uscarea pielii, de pildă – care ascund o infecție cu care organismul nu poate lupta.

Candidoza (aftele) este foarte frecventă la persoanele care au sub 300 de CD4.

- **Tipul de infecție:** candidoza este o infecție cu o ciupercă, ce afectează în general gura și gâtul (candidoza bucală), esofagul, sinusurile, organelle genitale și, mai rar, creierul
- **Principalele simptome:** aftele sunt ca niște pete albe și roșii, în cavitatea bucală, însoțite, uneori, și de crăparea pielii în colțurile gurii; dacă apare la nivelul sinusurilor, candidoza provoacă dureri de cap, dificultăți în formarea și eliminarea mucusului; candidoza esofagiană poate îngreuna procesul de înghițire a alimentelor și poate provoca voma
- **Diagnosticarea:** Examen vizual (pentru candidoza bucală) sau biopsie pentru cea din alte zone.
- **Tratamentul:** Regim alimentar, cu reducerea sau eliminarea completă a alimentelor care conțin zahăr rafinat și grâu.
În cazul candidozei vaginale – aplicații locale cu iaurt proaspăt care conține bacteria lactobacillus, sau consumul de iaurt de acest tip
Există și tratamente cu medicamente anti-fungice, sub formă de creme, tablete, siropuri, plasturi, pastile care se introduce în vagin:
 - pastile cu cotrimoxazol
 - sirop cu nistatin sau itraconazol
 - soluție orală cu fluconazol
 - plasturi cu miconazol
 - tablete cu ketaconazol, fluconazol și itraconazol (fluconazolul poate da rezultate mai bune în cazul în care luați rifampicin pentru tratamentul tuberculozei)Tratamentul anti-HIV (HAART) poate crește numărul de CD4 și reduce șansele de apariție a candidozei.
- **Profilaxia:** din păcate, tratamentul profilactic poate provoca rezistență, deci trebuie analizat cu mare atenție
- **Cercetarea:** Se studiază în prezent diferite tratamente, care vor ajuta persoanele HIV pozitive să nu mai dezvolte rezistențe la anti-fungicele deja existente.

5.6 PPC

- **Tipul de infecție:** este vorba despre pneumonia cu *Pneumocystis Carinii*, produsă de un organism destul de frecvent întâlnit, care se comportă mai mult ca o ciupercă decât ca o protozoară (conform ultimelor descoperiri) Ca și în cazul altor infecții oportuniste, PPC afectează mai ales persoanele cu sistem imunitar slăbit, mai ales la un număr de CD4 sub 200 de celule/mm³. Majoritatea cazurilor de PPC apar la persoanele care au mai puțin de 100 de CD4.
- **Principalele simptome:** PPC este o infecție a plămânilor, iar principalele simptome sunt respirația dificilă (senzația de lipsă de aer), tusea uscată, durerea în coșul pieptului, oboseala, febra, pierderea în greutate. Microorganismele care provoacă PPC pot să apară, foarte rar, și în alte zone ale corpului (oase, ochi).
- **Diagnosticarea:** De multe ori sunt de ajuns simptomele asociate scăderii numărului de CD4. Pentru definirea clară a diagnosticului, se folosește analiza sputei colectată prin bronhoscopie sau a sputei „provocate” (prin inspirarea de săruri care provoacă expectorarea lichidului din plămâni)
- **Tratamentul:** tratamentul de primă linie este cotrimoxazolul (Septrin, Bactrim, TMP-SMX). Dozele standard sunt 15-20 mg/kg/zi de TMP și 75 mg/kg/zi de SMX, injectabil sau în perfuzie, 3-4 zile, după care se trece la același tratament sub formă de tablete.
Alte tipuri de tratament includ trimethoprim plus dapson, pentamidină, trimetrexat, atovaquon, clindamicin plus primaquin.
- **Profilaxia:** este recomandată tuturor persoanelor cu mai puțin de 200 de CD4/ mm³, indiferent dacă au început sau nu tratamentul ARV; profilaxia înseamnă utilizarea medicamentelor pentru PPC în doze mai mici decât cele folosite pentru tratarea bolii. Cel mai frecvent se recomandă 960 mg/zi de cotrimoxazol; acesta poate fi înlocuit dacă dă rezistență sau dacă produce efecte secundare.
Alte medicamente pentru profilaxie: pentamidină aerolizată, atovaquon, sulfadiazină plus pirimetamină, dapson plus pirimetamină.
Profilaxia pentru PPC cu TXP-SMX oferă protecție și împotriva altor infecții, inclusiv a toxoplasmozei. Tratamentul profilactic poate fi oprit în momentul în care CD4 depășesc 200 de celule/ mm³ ca urmare a tratamentului cu ARV.

5.7 TBC

În multe zone de pe glob, TBC-ul și infecția cu HIV sunt legate – un număr mare de cazuri de TBC indica un număr mare de cazuri de HIV și invers.

TBC-ul are forme mai dificile, progresează mai rapid și se tratează mai greu la persoanele HIV pozitive.

- **Tipul de infecție:** infecție bacteriană, cunoscută mai frecvent ca infecție a plămânilor (TBC pulmonar). Poate afecta, mai rar, și alte organe: creierul, nodulii limfatici, stomacul, ficatul, oasele, mușchii. Majoritatea suntem expuși la TBC în copilărie, când sporii intră în plămâni și rămân în stare latentă. Riscul ca acești spori să redevină activi este sub 10% la adulții HIV negativ și 10% *pe an* la persoana HIV pozitivă care nu ia ARV.
TBC se transmite atunci când infecția este activă, prin cântat, tuse, strănut, țipat; infecția poate fi activă 1-2 ani înainte de a provoca primele simptome.
- **Principalele simptome:** pentru TBC pulmonar - tuse cronică cu producție de spută, oboseală, respirație greoaie, febră, transpirații nocturne, pierdere în greutate; pentru alte tipuri de TBC simptomele sunt diferite (de pildă, pentru TBC la creier, unul dintre simptome este confuzia)
- **Diagnosticarea:** este foarte important să înțelegem diferența dintre boala activă și cea inactivă – boala inactivă nu este infecțioasă, dar greu de diagnosticat; există analize de piele care pot arăta dacă cineva a fost expus la TBC, dar acestea nu sunt eficiente în cazul persoanelor HIV pozitive cu mai puțin de 400 de celule /mm³. TBC-ul activ poate fi obținut în laborator dintr-o mostră de spută sau de sânge și rezultatul este concludent numai dacă este pozitiv. TBC-ul pulmonar este identificat prin radiografia pulmonare. Încă nu există analize de sânge pentru identificarea TBC-ului.
- **Tratamentul:** 2 luni de tratament cu combinație de patru antibiotice (ex: isonazid, rifampicin, pirazinamid, etambutol), urmate de 4 luni de tratament cu combinație de două antibiotice (ex: isonazid și etambutol). Aderența este atât de importantă, încât adeseori tratamentul pentru TBC este dat sub supraveghere medicală directă. Deși este posibil să vă simțiți bine după câteva săptămâni, tratamentul trebuie făcut 6 luni, altfel:
 - i) infecția va reveni
 - ii) veți dezvolta rezistență la medicamente

TBC-ul rezistent la medicație necesită tratament pe perioadă mai lungă (până la doi ani) și alegerea unor medicamente diferite, de multe ori mai puțin eficiente.

Ce tratament va urma o persoană HIV pozitivă care are și TBC?

Tratamentul HIV este recomandat tuturor persoanelor HIV pozitive care au TBC activ, chiar dacă au peste 200 de CD4.

Din cauza interacțiunii dintre tratamentul pentru TBC, bazat pe rifampicin, și ARV, se vor recomanda alte medicamente.

Doza de efavirenz este mai mare în cazul în care luați tratament și pentru TBC (de obicei 800 gr în loc de 600); un studiu efectuat recent în Tailanda a sugerat că schimbarea dozei nu este necesară la persoanele care cântăresc sub 50 de kilograme.

Numai HIV
Nevirapin + 2 IRT

HIV + TBC
Efavirenz + 2 IRT
Abacavir + 2 IRT
Saquinavir + ritonavir + IRT

Efavirenzul nu va fi prescris femeilor însărcinate (acestea vor lua pirazinamid în medicația pentru TBC) și nici celor care doresc să rămână însărcinate. Copiii cu greutate mică vor lua abacavir + 2 IRT.

Rezumatul interacțiunilor dintre medicamente

- * rifampicinul nu se va lua cu IP sau nevirapin, deoarece reduce concentrația acestor două medicamente în sânge
- * rifabutinul nu se va lua cu ritonavir, saquinavir sau nevirapin
- * rifabutinul interacționează cu indinavirul, nelfinavirul, amprenavirul, saquinavirul (*Fortovaz* și *Inviraz*) și efavirenz, dar se pot face ajustări de doze dacă este nevoie
- * nivelul rifabutinelui crește în prezența IP
- * rifampicinul poate interacționa cu alte medicamente luate de persoanele HIV pozitive
- * riscul de neuropatie crește în prezența combinației izonazid – d4T

Când se folosesc ARV în tratarea TBC-ului activ

Există foarte puține studii clinice referitoare la modalitatea de a trata TBC-ul în coinfecție cu HIV, prin urmare recomandările de mai jos se bazează pe recomandările experților.

Persoanele care au sub 100 de CD4 pot lua 2-3 săptămâni tratament pentru TBC, după care pot începe ARV.

Persoanele cu 100 – 200 de CD4 pot lua tratament pentru TBC timp de 2 luni înainte de a începe ARV.

Persoanele cu peste 200 de CD4 pot face toate cele șase luni de tratament pentru TBC înainte de a începe ARV.

Izonazidul, medicament folosit pentru TBC, are un efect secundar foarte grav – neuropatia periferică. NP poate fi provocată și de HIV și de medicamentele ARV care includ D4T, ddl, 3TV – riscul crește când toate aceste medicamente sunt folosite în același timp.

Uneori, tratamentul ARV pentru HIV, în special la persoanele cu număr mic de CD4, poate provoca o reacție imună care complică procesul de vindecare a TBC-ului (ex: boala IRIS). În acest caz, este nevoie de consultarea specialistului.

- **Profilaxia:** Tratamentul profilactic pentru TBC se recomandă, în general, numai în situații specifice, ex: dacă un membru al unei familii are TBC activ, atunci toți membrii familiei vor face tratament. Profilaxia secundară, care previne revenirea bolii sau reinfectarea cu o nouă tulpină a virusului, este

foarte rar recomandată, deoarece tratamentul este greu tolerat și riscul de rezistență este foarte mare.

- **Cercetarea:** Este nevoie urgentă de teste noi, mai precise, pentru TBC. Se află în studiu medicamente și combinații noi.

5.8 MAI și MAC

- **Tipul de infecție:** *Mycobacterium avium* și *Mycobacterium intracellulare* sunt două organisme bacteriale înrudite cu *Mycobacterium tuberculosis*, care provoacă TBC. Bolile produse de aceste bacterii se numesc MAI în Europa și MAC în SUA.
MAI se poate împrăști în întregul corp și poate afecta toate organele, în special sângele, nodulii limfatici, ficatul, splina, măduva osoasă. Celulele infectate de MAI includ celulele macrofage, adică exact cele care trebuie să înghită organismele infectante).
- **Căi de infectare:** Din sol, praf, apă contaminată; nu se transmite de la om la om. La fel ca celelalte IO, MAI este mai grav la persoanele cu sisteme imunitare slăbite. Dacă numărul de CD4 este sub 100, riscați să contractați MAI. Riscul crește pe măsură ce CD4 scade.
- **Principalele simptome:** febră, transpirații nocturne, pierderea în greutate, scăderea poftei de mâncare, slăbiciune generală. MAI situat în abdomen poate provoca diaree și dureri abdominale. La nivelul sistemului limfatic, MAI produce umflarea nodulilor limfatici, a ficatului și a splinei. Analizele de sânge vor indica un număr mic de celule roșii și de trombocite (anemie, neutropenie).
- **Diagnosticarea:** MAI poate fi confirmat prin culturi din sânge sau biopsie (din organul sau glanda afectată), care procesul poate dura până la 4 săptămâni.
- **Tratamentul:** tratamentul implică o combinație de două sau mai multe antibiotice, pentru a reduce riscul de rezistență (de obicei, claritromicin sau azitromicin, plus etambutol). Persoanele care fac rezistență la claritromicin vor avea și rezistență încrucișată la azitromicin și invers. Iată și alte medicamente folosite în combinații: rifabutin, rifampicin, gentamicin, amikacin, ciprofloxatin, sparofloxacin.
Tratamentul durează toată viața, cu excepția cazurilor în care ARV au reușit să crească CD4 peste 100, moment în care tratamentul pentru MAI poate fi oprit.
- **Profilaxia:** Tratamentul profilactic nu este foarte clar, motiv pentru care în multe țări nu este folosit. Tratamentul ARV poate proteja împotriva MAI, dar numai dacă reușește să crească CD4 până la un nivel de siguranță.

5.9 Hepatita

- **Tipul de infecție:** Hepatita este orice infecție care provoacă inflamarea sau afectarea ficatului. Există trei tipuri de infecție a ficatului: Hepatita A (HAV), Hepatita B (HBV), Hepatita C (HCV). Este vorba despre trei viruși diferiți și trei tratamente diferite. Vom discuta aici numai despre Hepatita B (transmisă sexual și prin salivă) și C (transmisă prin sânge – ace infectate, și mai rar pe cale sexuală). În relație cu HIV, ele sunt considerate mai degrabă co-infecții decât IO.
- **Principalele simptome:** simptomele acute includ grețurile, vărsăturile, oboseala, diareea, icterul (îngălbenirea pielii sau a ochilor); ele nu apar la toate persoanele infectate. Persoanele HIV negative pot trăi fără simptome 20-25 de ani înainte de a ajunge direct la ciroză și cancer hepatic. La persoanele HIV pozitive, progresul este mai rapid: 10-15 ani. Alte simptome ale hepatitei: intoleranța la alcool și grăsimi, ficat umflat, pete maronii pe piele. Hepatita C cronică este asociată cu probleme psihiatrice și depresii.
- **Diagnosticarea:** Analizele de sânge pot evidenția expunerea anterioară la hepatita virală (multe persoane elimină virusul fără a ști că au fost infectate, dar rămân cu anticorpi) sau infecția activă. Simptomele de mai sus îi pot indica medicului că este vorba despre o hepatită. Testele de încărcătură virală pentru hepatită seamănă cu cele pentru HIV și pot confirma o infecție atunci când testele imunologice sunt negative sau incerte.
- **Tratamentul:** tratarea co-infecției Hiv-hepatită necesită îngrijire specializată.
HBV: multe dintre ARV orale sunt active și împotriva HBV – este vorba despre adefovir (care nu se mai folosește acum pentru HIV), 3TC, tenofovir, FTC. Interferonul este mai rar folosit acum, deoarece au apărut medicamente orale, mai ușor de tolerat. Adefovir, tenofovir și FTC sunt cele mai active medicamente orale, cu cel mai mic risc de dezvoltare a rezistenței.
Din cauza riscului de rezistență, 3TC, tenofovirul și FTC trebuie folosite numai la persoanele HIV pozitive care iau triterapie. Adefovirul se poate folosi singur dacă nu este nevoie de ARV. HIV și HBV au tipuri diferite de rezistențe, care apar independent.
HBV poate fi tratată cu succes. Dacă există nevoia de tratament pe termen lung, poate să apară reactivarea bolii, însoțită de toxicitate hepatică severă.
HCV: Tratamentul co-infecției HCV/HIV este foarte dificil. De obicei, se recomandă tratamentul HCV cu interferon sau PEG interferon, plus ribavirin, timp de 48 de săptămâni, dar în cazul HIV/HCV tratamentul poate dura mai mult. Procentajele de răspuns pozitiv variază între 30% (la persoanele cu HCV genotip 1 sau 4) și 60-70% (pentru genotipul 2 sau 3). Reacția pozitivă apărută după 12 săptămâni poate fi un semn că tratamentul funcționează. Chiar dacă HCV nu dispăre din organism, tratamentul poate ameliora starea ficatului și încetini progresul bolii.
- **Profilaxia:** Există vaccinuri pentru Hepatitele A și B, dar nu s-a descoperit încă nici un vaccin pentru Hepatita C.

- **Cercetarea:** tratamentul pentru HCV pe termen lung (peste un an) poate da rezultate bune; cercetătorii speră ca în 5-10 ani să descopere medicamente care să aibă mai puține efecte secundare decât interferonul.

5.10 CMV (citomegalovirus)

- **Tipul de infecție:** infecție virală, care produce complicații atunci când nivelul CD4 scade sub 50. Deși este foarte răspândită (peste 50% din populația generală, peste 60% dintre consumatorii de droguri, peste 90% dintre homosexuali), CMV-ul nu are manifestări severe decât în condiții de deteriorare a sistemului imunitar, adică la persoanele cu HIV sau la cele care au suferit un transplant de organe.
- **Principalele simptome:** CMV poate afecta diferite organe. În cazul ochilor, provoacă retinită, care duce la pierderea progresivă a vederii; simptome – pete oarbe, imagine neclară, zone negre pe retină, momente de orbire. Boala activă poate afecta vederea periferică, deci este extrem de important ca persoanele cu CD4 sub 50 să-și facă regulat controale oftalmologice. CMV mai poate afecta tractul digestiv, stomacul, intestinele, rectul (provocând diaree și sângerări), plămânii (adeseori în asociere cu PPC), creierul, sistemul nervos central.
- **Diagnosticarea:** retinita produsă de CMV se diagnostichează prin examen oftalmologic. În cazul altor organe, este nevoie de biopsie.
- **Tratamentul:** Retinita necesită tratament imediat, altfel ducând la orbire; există trei tratamente – ganciclovir, foscarnet, cidofovir, administrate în general intravenos, de două ori pe zi, începând din ziua diagnosticării (aceste trei medicamente sunt folosite și pentru CMV-ul localizat în alte organe). Ganciclovir și foscarnet sunt medicamentele de primă linie. Tratamentul local al ochiului afectat poate însemna injecție directă sau implant cu eliminare progresivă a medicamentului necesar. Valganciclovirul este disponibil în formulă orală, care înlocuiește formula anterioară a ganciclovirului.
Cel mai bun tratament este cel cu ARV, care crește numărul de CD4 peste 50. Odată ce numărul de CD4 a crescut peste 100 și a rămas la acest nivel mai multe luni, tratamentul specific pentru CMV poate fi oprit. Altfel, el trebuie continuat pe termen lung.
Există cazuri în care tratamentul ARV pentru HIV provoacă o reacție imună care complică situația tratării CMV.
- **Profilaxia:** Provalganciclovirul (valganciclovirul) poate fi folosit în profilaxia primară și secundară, la persoanele cu CD4 sub 50 care nu răspund la tratament. Trebuie ținut cont de efectele secundare ale medicamentelor și de dezvoltarea rezistențelor.
- **Cercetarea:** Sunt în cercetare alte medicamente pentru tratarea CMV, dar ele nu mai sunt o urgență, deoarece apariția ARV a avut un impact foarte important asupra scăderii incidenței acestei infecții.

5.10 Toxoplasmoza

- **Tipul de infecție:** infecție provocată de un protozoar, transmisă în special prin consumul de carne crudă și contactul cu excremente de pisică. Boala pune probleme numai la persoanele care au mai puțin de 200 de CD4.
Principalele simptome: cel mai frecvent, toxoplasmoza produce leziuni pe creier; simptomele includ febră, dureri de cap, dezorientare, confuzie, pierderea memoriei și a vederii. Dacă nu este tratată, poate provoca moartea.
- **Diagnosticarea:** este dificilă, deoarece boala nu apare întotdeauna la analizele de sânge pentru anticorpi sau la testele de încărcătură virală pentru lichidul cerebrospinal. Scanarea creierului prin IRM sau CT poate indica eventualele leziuni de pe creier, dar nu oferă informații despre cauzele acestora.
Simptomele sunt de ajuns pentru începerea tratamentului – dacă se ameliorează după două săptămâni, este clar că era vorba despre toxoplasmoză. Leziunile de pe creier încep să se vindece după trei săptămâni de tratament.
- **Tratamentul:** dă rezultate bune dacă este început imediat după diagnosticare – antibiotice (pirimetamină plus sulfadiazină) sub formă orală, sau intravenos dacă starea bolnavului este gravă. În caz de reacție adversă la sulfadiazină, se recomandă clindamicin, claritromicin sau azitromicin, dar acestea nu sunt la fel de eficiente.
Dacă tratamentul dă rezultate bune, va fi continuat cu terapia de menținere – pirimetamină plus sulfadiazină sau clindamicin, în doze mici.
Tratamentul continuă atâta vreme cât aveți sub 200 de CD4, dar, ca și în alte IO, dacă ARV dau rezultate bune și cresc numărul de CD4, tratamentul pentru toxoplasmoză poate fi oprit.
- **Profilaxia:** la CD4 sub 200 se folosește cotrimoxazolul (trimetoprim plus sulfametoxazol). Persoanele care nu tolerează cotrimoxazolul pot lua atovaquon sau dapson ca profilaxie pentru toxoplasmoză și PPC.
- **Cercetarea:** sunt în cercetare antibiotice alternative (atovaquon, azitromicin, doxiciclin).

5.12 Meningita cu criptococ

- **Tipul de infecție:** criptococul este o ciupercă ce poate fi contractată din excrementele de păsări; pătrunde în organism prin aerul pe care îl inspirăm; nu se transmite de la om la om. Infecția poate rămâne în stare latentă mulți ani de zile și devine o problemă numai la persoanele cu CD4 sub 100. Fumătorii și persoanele care lucrează în aer liber sunt mai expuși la această infecție.
- **Principalele simptome:** criptococul care intră în sânge provoacă meningita criptococică, ale cărei simptome sunt durerile de cap și de gât, greața, febra, confuzia și dezorientarea, sensibilitatea la lumină. Meningita criptococică poate provoca infarct și comă. La nivelul plămânilor, criptococul provoacă simptome asemănătoare PPC – tuse, incapacitate respiratorie, febră, oboseală.
- **Diagnosticarea:** diagnosticul se pune după analiza lichidului cerebrospinal sau a sângelui, sau prin analiza culturilor. Reacția pozitivă la tratament se măsoară prin aceleași analize. Pentru analiza lichidului cerebrospinal se face o puncție lombară.
- **Tratamentul:** dă rezultate bune dacă este început imediat după diagnosticare – antibiotice (pirimetamină plus sulfadiazină) sub formă orală, sau intravenos dacă starea bolnavului este gravă. În caz de reacție adversă la sulfadiazină, se recomandă clindamicin, claritromicin sau azitromicin, dar acestea nu sunt la fel de eficiente.
Dacă tratamentul dă rezultate bune, va fi continuat cu terapia de menținere – pirimetamină plus sulfadiazină sau clindamicin, în doze mici.
Tratamentul continuă atâta vreme cât aveți sub 200 de CD4, dar, ca și în alte IO, dacă ARV dau rezultate bune și cresc numărul de CD4, tratamentul pentru toxoplasmoză poate fi oprit.
- **Profilaxia:** dacă trăiți într-o țară cu incidență mare de criptococ și aveți sub 100 de CD4, atunci este bine să luați fluconazol (200 mg/zi) sau itraconazol. Soluția ideală rămâne terapia ARV, care să crească nivelul de CD4.

5.13 Cancerul: limfom, sarcomul Kaposi (SK), limfomul non-hodgkinian (LNH) și maladia Hodgkins (MH)

Mai multe tipuri de cancer sunt direct legate de HIV au fost incluse în categoria de boli ce definesc SIDA: LNH, SK, cancerul cervical.

Există și alte tipuri de cancer care apar mai frecvent la persoanele HIV pozitive (cancer anal, cancer pulmonar, Maladia Hodgkin), dar acestea nu definesc SIDA.

Anumite tipuri de cancer (ex: cancerul de sân) nu apar mai des la persoanele HIV pozitive.

Creșterea și răspândirea necontrolată a unor celule ce prezintă anomalii este definită ca fiind cancer. Cancerurile benigne rămân în interiorul celulelor originale și, atâta vreme cât nu se răspândesc, nu sunt periculoase. Cancerurile maligne afectează diferite organe și sunt mult mai grave. Dacă această răspândire în organism nu este controlată, atunci boala poate provoca moartea.

Limfomul este un cancer care se dezvoltă la nivelul sistemului limfatic; cel mai frecvent tip de limfom este Maladia Hodgkins; toate celelalte limfoame se numesc limfoame non-hodgkiniene.

Sarcomul este cancerul care afectează oasele, cartilajele, grăsimea, mușchii, vasele sanguine, pielea sau alte țesuturi. Sarcomul cel mai frecvent asociat cu HIV este sarcomul Kaposi.

Carcinomul este cancerul care se dezvoltă în țesuturile care acoperă sau căptușesc organele corpului (pielea, uterul, plămâni, sânii).

Fiecare cancer are caracteristici, simptome și tratamente diferite, dar toate au un prognostic bun dacă sunt depistate cât mai devreme.

Cu excepția SK, cancerurile legate de HIV sunt boli care nu răspund la tratamentul ARV. Acesta este motivul pentru care screeningul și monitorizarea timpurie sunt extrem de importante.

Cercetările recente au arătat că există o legătură între aceste cancere și alte infecții virale:

* SK este cancerul pielii, dar poate afecta și alte organe; el este asociat cu HHV-8 (Virus Herpes Uman - 8)

* Cancerul cervical și cel anal sunt legate de HPV (papiloma virus uman); HPV este o familie mare de viruși care provoacă și negii genitali și anali. Anumite tulpini (16, 18, 31, 33, 35) sunt responsabile de producerea cancerului.

* Virusul Epstein-Barr este asociat cu LNH.

* Cancerul de ficat este asociat cu virusul hepatitei C (HCV).

5.14 Emacierea și pierderea în greutate

Pierderea în greutate poate fi un simptom pentru mai multe infecții, inclusiv pentru HIV, poate fi provocată de factori diferiți și necesită abordări specializate.

Aceste două fenomene pot pune viața în pericol, dar sunt în general eliminate de tratamentul ARV.

Dacă slăbirea este însoțită de diaree, pe lângă tratamentul pentru stoparea pierderii în greutate, este extrem de important să vă schimbați regimul alimentar. În caz de grețuri și vomismente, se va prescrie medicație specifică.

- **Tipul de boală:** slăbirea poate fi un simptom pentru o IO sau un efect secundar al vreunei boli /vreunui tratament care vă reduce pofta de mâncare; pierderea în greutate sau emacierea sunt provocate și de HIV, deoarece energia pe care o produc alimentele pe care le ingerați este folosită de virus pentru a supra-activa sistemul imunitar. Adică aveți nevoie de mult mai multă energie decât o persoană HIV negativă, iar cantitatea de energie necesară crește odată cu evoluția bolii și cu apariția altor infecții și boli asociate.
- **Principalele simptome:** Emacierea include pierderea masei musculare și a grăsimii din corp. Mâncarea este sursă de energie, deci, dacă mâncați zilnic mai puține calorii decât îi trebuie corpului, acesta își va lua energia de care are nevoie din depozitele de grăsime. Dacă aceste depozite au scăzut deja, energia va fi luată din proteinele necesare pentru întreținerea și creșterea mușchilor.
- **Diagnosticarea:** este foarte simplă – e nevoie doar de un cântar: dacă ați slăbit mai mult de 10% din greutate (fără a ține regim, fără a face sport, fără a lua alte medicamente sau a suferi de vreo boală), atunci este posibil să aveți SIDA. Dacă ați slăbit 5% din greutate în șase luni, este posibil să slăbiți în continuare, până la 10%.
Pierderea grăsimii subcutanate (efect secundar al ARV, numit lipoatrofie sau lipodistrofie) este o alta boală, dar poată să apară, împreună cu emacierea, la aceeași persoană.
- **Tratamentul:** pare foarte simplu – creșterea cantității de calorii din regimul alimentar zilnic; totuși nu este atât de ușor de pus în practică. De pildă, dacă cineva are diaree, nu va putea mânca alimente mai grase și mai calorice – acestea nu vor face decât să-i înrăutățească diareea, iar kaloriile nu vor fi absorbite de organism. Este în mod clar nevoie de intervenția unui medic nutriționist.
Dacă diareea, grețurile și vărsăturile sunt provocate de o IO, tratamentul ARV le va ameliora. Persoanele care încep tratamentul cu ARV se pot îngrășa brusc, deoarece au poftă de mâncare crescută. Dacă nu ați putut mânca din cauza aftelor sau ulceratiilor bucale, tot ARV vă vor rezolva aceste probleme. Pentru stimularea apetitului se folosesc adeseori steroizi (însoțiți de exerciții fizice), înlocuitori de testosteron (pentru femei și bărbați), stimulenți ai apetitului, gen Dronabiol (marijuana medicală).

- **Profilaxia:** dacă sunteți HIV pozitiv și nu luați ARV, va fi mai ușor să slăbiți decât să vă îngrășați la loc. Cu cât tratați problema mai repede, cu atât rezultatele vor fi mai bune.

5.15 Tabel cu IO și efectul tratamentului ARV

| Infecție / IO | Nivel de risc CD4 | Profilaxie | Ameliorare după ce ARV crește CD4 |
|---|-------------------------|---|--|
| IG: giardia, criptosporidia/ microsporidia | >300 | Nu există, atenție la igiena alimentară | Da |
| Candidoza, alte probleme dermatologice, herpes | >300 | Nu* | Da |
| PPC | >200 | Da | Da |
| TBC pulmonar | >500 | În general nu* | Nu |
| MAI / MAC | >100 | În general nu* | Da |
| Hepatita B și C | Indiferent | Nu | Nu, dar reacția la tratamentul HCV este mai puternică |
| CMV | >50 | În general nu | Da |
| Toxoplasmoză | >200 | Da | Da |
| Meningică criptococică | >100 | Uneori* | Da |
| Cancer: limfom și sarcom | Depinde, de obicei >200 | Nu | Variază, în funcție de limfom, SK se poate ameliora cu ARV |
| Emaciere | De obicei >300 | Nu | Da |
| *Deși medicamentele pot fi folosite profilactic, riscul de a dezvolta efecte secundare și rezistențe este de obicei mai mare decât beneficiile tratamentului. | | | |

5.16 Glosar pentru Secțiunea 5

| | |
|---------------------|--|
| biopsie | extragerea de celule sau țesut pentru a fi examinate microscopic |
| bronhoscopie | introducerea unui tub subțire, flexibil, în plămâni |
| ciroză | afecțiune cronică a ficatului, care îi distruge țesutul, provocând fibroză; structura normală se deteriorează, iar procesul de refacere a celulelor este împiedicat; fluxul sanguin prin ficat este blocat, iar activitatea ficatului (procesarea medicamentelor, de pildă) devine din ce în ce mai dificilă. Cirroza se află la Nivelul 4 de gravitate în sistemul Metavir – Knodell și la Nivelul 6 în sistemul Ishak. |
| LCS | lichid cerebrospinal – lichid limpede care înconjoară sistemul nervos central |
| GI | sistemul gastro-intestinal include stomacul, intestinul subțire și intestinul gros |
| profilaxie | administrarea de medicamente pentru a preveni apariția unei boli; este importantă în special la un număr mic de CD4 și/sau acolo unde nu sunt disponibile ARV; profilaxia secundară înseamnă administrarea de tratament chiar și după ce boala a trecut, de multe ori în doză mai mică, pentru a preveni riscul de recădere sau reactivare. |
| protozoar | parazit care poate provoca dureri stomacale și diaree |
| vaccinare | o doză mică sau inactivată a unui organism infecțios, care se administrează sub formă de injecție pentru a stimula corpul să producă anticorpi, care protejează organismul contra infecției; în general, persoanelor HIV pozitive nu li se fac vaccinuri cu viruși vii, ci doar cu viruși inactivați. |

5.17 Întrebări pentru Secțiunea 5

1. Ce sunt protozoarele? Dați trei exemple de infecții gastrice.
2. La ce număr de CD4 sunteți în pericol să faceți IG?
3. Numiți trei modalități de scădere a riscului de IG.
4. Ce este candidoza?
5. Care sunt principalele simptome ale candidozei?
6. Numiți trei medicamente anti-fungice.
7. Ce este PPC?
8. La ce nivel de CD4 sunteți la risc să faceți PPC?
9. Ce se folosește ca profilaxie?
10. Ce este tratamentul de primă linie?
11. Ce alte tratamente se folosesc pentru PPC?
12. Ce este TBC?
13. Care este diferența între TBC activ și TBC inactiv?
14. Care este tratamentul de primă linie pentru TBC?
15. Ce ARV nu trebuie luate cu rifamicin?
16. Când se recomandă profilaxia TBC?
17. Ce este MAI/MAC?
18. Ce tratament se recomandă?
19. Ce este hepatita?
20. În cât timp progresa hepatita C la persoanele HIV negative?
21. Care este tratamentul pentru hepatită B?
22. Sub ce nivel de CD4 crește dramatic riscul de CMV?

23. Cum se pune diagnosticul de CMV?
24. Cum se transmite toxoplasmoza?
25. Cât timp durează tratamentul pentru toxoplasmoză?
26. Care sunt cancerurile care definesc SIDA?
27. Cancerul se ameliorează după tratamentul ARV?
28. Ce cancer este asociat hepatitei C?
29. Ce este emacierea?

5.18 Evaluarea cursului pentru Secțiunea 5

Vă rugăm să acordați câteva minute acestei evaluări. Vă suntem recunoscători pentru comentariile pe care le faceți, inclusiv despre cât de utilă este această evaluare, deoarece dorim să îmbunătățim permanent cursul și să-l transformăm într-o resursă disponibilă *online*.

Sesiunea unu:

Câte din informațiile primite au fost noi?

Nici una 1 2 3 4 5 Toate

Cât de util a fost materialul primit?

Foarte util 1 2 3 4 5 Inutil

De cât timp ați avut nevoie pentru întrebările de la secțiunea anterioară?

Ați primit ajutor pentru a răspunde la aceste întrebări?

Ați identificat site-uri internet cu informații mai bune? Care anume?

Cu ce scor ați terminat testul?

Repețați testul peste o săptămână, ca să vedeți cât de mult ați ținut minte.

Ați obținut un scor mai bun peste o săptămână?

Secțiunea 6: HIV și sarcina

6.1 Introducere

Secțiunea 6 reprezintă o trecere în revistă a problemelor HIV legate de sarcină. Această secțiune prezintă o importanță deosebită, deoarece mai mult de jumătate din numărul diagnosticărilor HIV se referă la femei tinere, iar multe dintre acestea doresc să aibă copii în viitor.

6.2 Obiectivele Secțiunii 6

După ce veți încheia această secțiune, va trebui să stăpâniți noțiunile de bază cu privire la următoarele aspecte:

- De ce este importantă sănătatea mamei pentru a putea da naștere unui copil sănătos
- Ce tratamente din timpul sarcinii diferă de tratamentele pentru persoanele adulte care nu sunt însărcinate
- Ce medicamente împotriva infecției HIV administrate în timpul sarcinii sunt cele mai puțin periculoase pentru sănătatea mamei și a fătului
- Diverse strategii de tratament pentru diferite situații
- Rezistența, monitorizarea și alte teste
- Opțiuni pentru naștere și operația cezariană
- Diagnosticarea la copii
- Alăptatul

6.3 Întrebări generale

Este posibil ca femeile HIV-pozitive să devină mame în condiții de siguranță, fără nici un risc de transmitere a infecției cu HIV la bebeluș?

Da. Dacă utilizează medicamente antiretrovirale (ARV), o femeie HIV pozitivă poate rămâne însărcinată în condiții de siguranță și prezintă riscuri foarte mici de transmitere a virusului la bebeluș.

Mii de femei au urmat tratamente în timpul sarcinii, fără ca ulterior să apară complicații la bebeluși.

Ele au dat naștere unor bebeluși care nu sunt infectați cu HIV.

Cum se transmite virusul HIV de la mamă la bebeluș?

Dacă nu se urmează nici un tratament, aproape 25% dintre copiii născuți din mame HIV pozitive vor fi la rândul lor HIV pozitivi.

Modalitatea de transmitere a virusului de la mamă la făt încă nu este cunoscută cu exactitate. Totuși, în majoritatea cazurilor transmiterea se produce aproape de termen, în timpul travaliului sau la naștere.

De asemenea, HIV se poate transmite și prin alăptare.

Se pare că anumiți factori de risc fac ca transmiterea virusului să aibă loc cu precădere în timpul travaliului. Cel mai mare risc îl prezintă viremia mamei. Dacă femeia are un nivel ridicat de viremie, atunci riscul transmiterii virusului la făt este mult mai mare decât în cazul viremiei de nivel foarte scăzut sau „nedetectabil”, prin urmare obiectivul principal al medicamentelor împotriva infecției cu HIV este reducerea viremiei la un nivel cât mai scăzut, în special în momentul nașterii bebelușului. Tratamentul cu astfel de medicamente va avea efecte benefice în special asupra mamei, pentru că aceasta, de fapt, își tratează propria infecție cu HIV.

Printre factorii de risc se numără și nașterea prematură, lipsa îngrijirii prenatale a femeilor gravide HIV pozitive, precum și intervalul de timp de când se rupe apa și până când are loc nașterea efectivă. Acest interval se numește „durata membranelor rupte”.

- Sănătatea mamei influențează în mod direct starea HIV a fătului
- Faptul că tatăl bebelușului este HIV pozitiv nu are nici o relevanță pentru nașterea unui copil HIV pozitiv

Medicamentele împotriva infecției cu HIV asigură protecția copilului?

Reducerea riscului transmiterii virusului HIV la copil era un beneficiu timpuriu al medicamentelor antiretrovirale.

PACTG 076 este denumirea unui experiment celebru în domeniul HIV. Acesta a fost primul studiu care a demonstrat faptul că medicamentul AZT poate proteja fătul de infectarea cu HIV. Mamele au fost tratate cu AZT înainte și în timpul travaliului. Copilul a primit AZT timp de șase săptămâni după naștere. Riscul de infectare cu HIV a copilului a fost redus de la 25% la 8%.

Din 1994 această strategie a fost recomandată tuturor femeilor HIV pozitive însărcinate din Europa Occidentală și America de Nord. În ultimii câțiva ani cercetările au avansat mult. Datorită terapiei cu trei sau mai multe medicamente concomitent, cota de transmitere a virusului este în prezent de sub 1%.

6.4 Sănătatea mamei și sarcina

Sănătatea mamei (și tratamentul mamei) reprezintă cel mai important factor pentru asigurarea sănătății bebelușului. În linii mari, tratamentul pentru femeile seropozitive însărcinate este același ca și în cazul oricărui adult HIV pozitiv. Diferențele de strategie în tratament vor fi detaliate în continuare în cadrul acestei secțiuni.

Este foarte important ca în timpul sarcinii mama să primească sprijin din partea unei echipe de îngrijire cu experiență. Încă există discriminare împotriva persoanelor seropozitive care se hotărăsc să aibă copii, deși nivelul discriminării variază de la țară la țară, și oricum în prezent lucrurile merg mult mai bine decât în trecut.

- **HIV** – Sarcina nu are nici o influență asupra sănătății unei femei infectate cu HIV: sănătatea femeii nu se va înrăutăți. Boala nu va evolua mai repede.
- **CD4** – Sarcina poate provoca o scădere a nivelului CD4. Această scădere de obicei atinge 50 celule/mm³, însă poate varia mult. Scăderea este însă temporară. Nivelul CD4 va reveni la valoarea anterioară sarcinii la puțin timp după nașterea bebelușului.

Acest lucru nu reprezintă o problemă decât dacă nivelul CD4 este mai scăzut de 200 celule. Sub acest prag crește riscul apariției infecțiilor oportuniste (IO). Aceste infecții pot afecta atât mama cât și copilul.

- **IO** - În general, femeile însărcinate au nevoie de același tratament pentru a preveni infecțiile oportuniste ca și femeile care nu sunt gravide (vezi Secțiunea 6.10 și Secțiunea 5).

6.5 Îngrijirea și tratamentul prenatal

Îngrijirea prenatală este toată îngrijirea suplimentară pe care o primește o femeie pe perioada sarcinii.

Tratamentul în timpul sarcinii – Recomandările vor varia în funcție de starea mamei și de necesitățile ei de tratament atunci când rămâne însărcinată.

Majoritatea ghidurilor de sarcină recomandă în prezent tratarea adulților la un nivel CD4 aflat în jurul valorii de 200 celule/mm³.

Sarcina reprezintă una dintre situațiile când ARV-urile se administrează diferit în comparație cu modul de utilizare al acestora în cazul persoanelor adulte care nu sunt însărcinate.

Acest lucru se datorează riscului de transmitere a virusului HIV chiar și în cazul mamelor cu viremie scăzută, cu valoare sub 1000 copii/ml înainte de începerea tratamentului. Riscul de transmitere a infecției scade de la 10% în cazul femeilor care nu urmează tratament până la valoarea de 1% în cazul femeilor care fac tratament cu medicamente anti-HIV.

Vom analiza în continuare câteva situații și strategii de tratament:

i) Dacă o femeie este însărcinată și nu are nevoie de tratament anti-HIV:

În această situație, de cele mai multe ori femeii i se recomandă utilizarea pe termen scurt a terapiei combinate cu trei medicamente antiretrovirale – după trimestrul al doilea (6 luni de sarcină) în săptămânile 24 - 28 SAU utilizarea monoterapiei AZT la mamă și făt – cum este indicat în studiul 076 – precum și opțiunea pentru cezariană planificată (vezi Secțiunea 6.12). Mama va trebui să ia în considerare aceste două aspecte.

- Utilizarea terapiei combinate de trei medicamente cel mai probabil va reduce viremia până la un nivel nedetectabil. La ora actuală, este vorba despre atingerea pragului la care riscul de transmitere este cel mai mic posibil.
- Utilizarea unei combinații vor permite ca mama să evite dezvoltarea rezistenței la tratament. Acest lucru îi oferă posibilitatea unor opțiuni mai largi privind tratamentul în viitor.
- Operația cezariană este o intervenție chirurgicală majoră și poate reprezenta un risc pentru mamă.
- Copilul va fi expus unui număr mai mare de medicamente în cadrul terapiei combinate.
- Riscul ca mama să dezvolte rezistență la terapie este mai mare în cazul utilizării monoterapiei cu AZT decât dacă folosește triterapia.

ii) Ce se întâmplă dacă o femeie este HIV pozitivă și are nevoie de tratament pentru HIV?

Dacă femeia este diagnosticată în timpul sarcinii și are nevoie de tratament anti-HIV, i se va prescrie o terapie combinată corespunzătoare.

Dacă este diagnosticată la începutul sarcinii, femeia poate dori să amâne începutul tratamentului până la sfârșitul primului trimestru. Aceasta înseamnă o amânare până în săptămânile 12-14 de la ultima menstruație. De asemenea, ea poate solicita amânarea începerii tratamentului dacă este la curent cu starea HIV dar până acum încă nu a folosit nici un tratament.

Există două motive principale pentru amânarea începerii tratamentului:

- Organele principale ale copilului se formează și se dezvoltă în primele 12 săptămâni de viață intrauterină. Acest proces se numește organogeneză. În această perioadă, copilul este vulnerabil la orice efect al medicamentelor.
- Stările de rău și „grețurile matinale” din primul trimestru al sarcinii. Acestea sunt absolut normale, însă simptomele de grețuri matinale sunt foarte asemănătoare cu stările de rău provocate de începerea terapiei anti-HIV.

Dacă o femeie gravidă seropozitivă dorește să înceapă tratamentul imediat sau este obligată să facă urgent acest lucru din cauza nivelului scăzut de CD4, ea poate începe tratamentul numai după aprobarea medicului.

iii) Dacă descoperă că este HIV pozitivă într-o etapă avansată a sarcinii

Dacă sarcina este avansată, tratamentul continuă să aibă efecte pozitive. Chiar și după săptămâna 36 tratamentul poate reduce viremia la nivel foarte scăzut.

Tratamentul combinat are efect chiar dacă este urmat numai o săptămână, reducând substanțial viremia.

iv) Dacă folosește un tratament HIV încă dinainte de a rămâne însărcinată

Multe femei se hotărăsc să aibă un copil când iau deja tratament pentru HIV.

Dacă nu există probleme deosebite, aceste femei trebuie să-și continue tratamentul (vezi Secțiunea 6.4).

6.6 Cât de sigure sunt medicamentele ARV în timpul sarcinii

Ce medicamente trebuie folosite:

- Nu există reguli precise cu privire la deciziile referitoare la toate tipurile de tratament.
- AZT-ul este singurul medicament autorizat pentru a fi folosit în timpul sarcinii și experiența în utilizarea lui este destul de largă, de aceea este foarte probabil că mamei i se va recomanda AZT ca o componentă a combinației de medicamente.
- Al doilea medicament este probabil să fie 3TC, pentru că experiența în utilizarea acestuia în timpul sarcinii este de asemenea destul de largă.
- Al treilea medicament va fi ori un inhibitor al proteazei – și experiența cea mai răspândită este cu nelfinavir – ori un medicament cum ar fi nevirapinul – dar există situații în care acest medicament nu este recomandabil.

Medicamente și situații în care medicamentele nu sunt recomandate:

- Efavirenz nu se recomandă în timpul sarcinii, și există o restricție clară pentru primul trimestru (12 săptămâni), pentru că prezintă posibil risc pentru copil. Dacă femeia află că este însărcinată în timpul tratamentului cu efavirenz, va trebui să-și facă analize suplimentare. După primul trimestru utilizarea efavirenzului nu mai prezintă interes.
- Nevirapin nu se recomandă femeilor cu CD4 de peste 250 (și acest lucru este valabil nu numai în perioada sarcinii), deoarece acesta este riscant și toxic pentru ficat. Poate fi utilizat de femeile cu CD4 sub 250.
- Există restricții severe cu privire la utilizarea de d4T și ddI – medicamentele cu "d" – împreună.

Au fost raportate numeroase cazuri de efecte secundare fatale în cazul femeilor care au utilizat combinat aceste medicamente. În Europa Occidentală și în America de Nord d4T nu se mai recomandă pentru utilizare operativă în terapie.

6.7 Efecte secundare și sarcina

Efectele secundare trebuie monitorizate cu grijă în timpul sarcinii (vezi și Secțiunea 4: Efectele secundare ale ARV).

Efecte similare cu cele prezentate de persoanele adulte care nu sunt însărcinate –

Aproximativ 80% dintre femeile însărcinate care folosesc terapie combinată cu ARV vor resimți câteva efecte secundare. Proportia este similară cu numărul femeilor care folosesc tratamente antiretrovirale fără a fi însărcinate.

De obicei minore – Cele mai multe efecte secundare sunt minore și include grețuri, senzație de oboseală și diaree. Uneori, mai rar, acestea pot fi serioase.

Efectele secundare ale medicamentelor antiretrovirale și schimbările produse în corpul femeii în timpul sarcinii – Unele efecte secundare ale medicamentelor anti-HIV sunt foarte asemănătoare cu schimbările produse în corp în timpul sarcinii, cum ar fi de exemplu grețurile matinele și stările de rău cauzate de medicamentele ARV. De aceea este dificil de apreciat dacă aceste grețuri sunt provocate de sarcină sau de tratament.

Anemia (nivelul scăzut al globulelor roșii în sânge) poate provoca stări de oboseală. Însă oboseala este un efect secundar comun provocat de AZT și de sarcină. Un simplu test de sânge vă poate arăta care este adevăratul motiv al oboselei. Dacă o persoană suferă de anemie, va avea nevoie să i se administreze un supliment de fier în organism.

Diabetul – Există riscul de a face diabet în timpul sarcinii. Iar femeile care iau inhibitori de protează în timpul sarcinii prezintă un risc crescut pentru această complicație.

În timpul sarcinii este necesară monitorizarea glicemiei și efectuarea de teste pentru diabet.

Acidoza lactică – Sarcina poate fi un factor de risc suplimentar pentru creșterea nivelului de acid lactic.

În mod normal, acest lucru este controlat de ficat. Acidoza lactică este un efect secundar rar, dar potențial fatal al analogilor nucleozidici. Utilizarea combinată de d4T și ddI în timpul sarcinii pare a fi în mod special riscantă. Această combinație nu este recomandată la ora actuală în tratamentul femeilor însărcinate.

6.8 Rezistența în timpul sarcinii

Rezistența este o problemă importantă în timpul sarcinii.

Unele strategii de reducere a riscului de transmitere de la mamă la făt pot duce involuntar la rezistență.

Utilizarea unui singur medicament (monoterapie) sau a două medicamente (biterapie) nu reprezintă tratamente minime eficiente pentru persoanele HIV pozitive. Dintre toate aceste strategii, utilizarea simplă a AZT-ului induce mai încet rezistența decât combinația de AZT cu 3TC sau administrarea simplă de nevirapin.

De asemenea, rezistența se poate dezvolta în cazul în care viremia este detectabilă în cazul unei terapii combinate din trei sau mai multe medicamente. Acest fapt poate afecta starea de sănătate pe termen lung. Viremia crescută în momentul nașterii este de asemenea strâns legată de transmiterea virusului de la mamă la copil.

De asemenea, este posibilă transmiterea unui virus rezistent de la mamă la copil. În cazul în care copilului nou-născut i se transmite un virus HIV rezistent la medicamente, așteptările privind rezultatele reacției lui la tratament vor fi minime, iar acest virus HIV va fi mult mai dificil de tratat.

Vezi și Secțiunea 3.18 privind Rezistența la ARV.

6.9 Alte analize și examene medicale

Tratamentul HIV în timpul sarcinii trebuie să includă testarea pentru hepatită, sifilis și alte infecții cu transmitere sexuală, anemie sau tuberculoză. Infecțiile cu transmitere sexuală și infecțiile vaginale pot crește pericolul de transmitere a HIV.

Este posibil să fie necesară analiza toxoplasmozei și a CMV (citomegalovirus). Acestea sunt două virusuri destul de frecvente care pot fi transmise de la mamă la copil. Aceste analize trebuie făcute cât mai devreme posibil în timpul sarcinii, și tratate în cazul în care rezultatele analizelor indică prezența acestor virusi.

Clinica trebuie să efectueze un control ginecologic minuțios. Acesta va include recoltarea de secreții cervicale. Acest lucru este în mod special important dacă nivelul de CD4 este sub 200 celule/mm³.

Analize care trebuie evitate de femeile gravide HIV pozitive

În general, femeilor HIV pozitive care sunt însărcinate li se recomandă să evite următoarele analize dacă acestea nu sunt absolut necesare:

- Amniocenteza
- Biopsie vilozităţi de corion
- Recoltare sânge scalp fetal
- Puncţie (centeză) cordon ombilical
- Probe din cordon ombilical, recoltate percutan
- Monitorizare fetală internă (ecografia exterioară pentru monitorizarea fătului este absolut admisibilă).

6.10 Alte infecţii

Tratamentul şi profilaxia celor mai multe infecţii oportuniste (IO) din timpul sarcinii sunt în mare parte similare cu cele pentru femeile care nu sunt însărcinate. Doar câteva medicamente nu sunt recomandate în perioada de sarcină.

PCP, MAC, TB – Profilaxia şi tratamentul pentru pneumonie cu pneumocystis carinii (PCP), complexul micobacterium avium (MAC) şi tuberculoză (TB) sunt recomandate, în caz de necesitate, şi pe parcursul sarcinii.

CMV – Profilaxia citomegalovirusului (CMV), candidozelor şi infecţiilor fungice nu este de obicei recomandată, din cauza toxicităţii medicamentelor. Tratamentul infecţiilor foarte grave nu ar trebui însă evitat din cauza sarcinii.

Herpesul – Un mare număr (aproximativ 75%) de femei HIV pozitive pot avea şi herpes genital. Mamele HIV pozitive sunt cu mult mai expuse la apariţia unui herpes genital în timpul travaliului decât mamele seronegative. Pentru reducerea acestui risc, deseori este recomandat tratamentul profilactic al herpesului cu aciclovir.

Herpesul se transmite foarte uşor de la mamă la copil. Chiar dacă viremia este sub nivelul detectabil fiind sub tratament ARV, inflamaţiile provocate de herpes conţin o mare concentraţie de HIV.

Prin intermediul acestor inflamaţii, virusul herpesului poate fi de asemenea transmis în timpul travaliului. În astfel de situaţii, copilul se află în pericol de a face herpes prenatal şi prezintă un risc crescut de infectare cu HIV.

Profilaxia şi tratamentul cu aciclovir este sigur pentru a putea fi utilizat în timpul sarcinii.

6.11 Medicamentele şi sănătatea bebeluşului

La ora actuală, primii copii care au fost expuşi la monoterapia AZT în timpul vieţii intrauterine au maxim cincisprezece ani. Primii copii expuşi unei terapii combinate au acum sub şase ani. Aşadar, aceasta este limita de urmărire pe termen lung a efectelor la copiii născuţi din mame care au luat aceste medicamente în timpul sarcinii. Însă examinarea atentă a copiilor expuşi la AZT nu a arătat nici un fel de diferenţe între ei şi ceilalţi copii.

Cu toate acestea, cel mai mare risc la un copil născut dintr-o mamă HIV-positivă este însuşi virusul HIV. Terapia combinată poate preîntâmpina transmiterea virusului de la mamă la copil.

Naşterea prematură – Administrarea inhibitorilor de protează a fost iniţial privită cu suspiciune. Aceştia prezentau toate indiciile pentru provocarea de naşteri premature (înainte de săptămâna a 37-a) şi de nivel scăzut al natalităţii.

Anomalii – Nici o anomalie la copii nu a fost până acum asociată cu expunerea la tratamente anti-HIV.

Dezvoltarea copiilor – Până acum nu au fost identificate nici un fel de efecte adverse care să afecteze dezvoltarea normală a copiilor.

Toxicitatea mitocondrială – Au fost identificate câteva cazuri când utilizarea 3TC-ului și AZT-ului în timpul sarcinii au fost asociate unei afecțiuni mitocondriale la copii.

Mitocondriile sunt „fabricile producătoare de energie” din celulele noastre.

Însă în urma unui studiu larg nu s-a putut evidenția vreo dovadă certă a legăturii dintre afecțiunile mitocondriale fatale și expunerea copiilor la medicamente în timpul vieții intrauterine.

6.12 Opțiunile pentru naștere și operația cezariană

Cezariana este un procedeu de naștere care implică efectuarea unei incizii abdominale care să permită extragerea copilului din uterul matern prin intervenție chirurgicală.

Modul în care se naște copilul – fie pe cale vaginală, fie prin cezariană – este un subiect controversat în cazul femeilor HIV pozitive.

Câteva studii au evidențiat faptul că operația cezariană programată a redus semnificativ transmiterea virusului de la mamă la copil, comparativ cu nașterea vaginală.

Însă aceste studii au fost efectuate anterior introducerii la scară largă a utilizării terapiei combinate și a viremiei. Nu se cunoaște dacă opțiunea pentru nașterea prin cezariană prezintă avantaje față de nașterea vaginală pentru copiii născuți din mame care folosesc terapia combinată.

Operația trebuie făcută înainte de începerea travaliului și de ruperea membranelor.

O astfel de operație se numește cezariană „electivă” sau „programată”.

Complicațiile, în special infecțiile, sunt mult mai frecvent întâlnite la femeile care nasc prin cezariană decât la cele care optează să nască pe cale vaginală.

Există un risc atât de mic de transmitere HIV de la mamă la copil dacă viremia mamei este sub pragul detectabilității, încât nu se poate spune că vreuna dintre opțiuni – pentru cezariană sau naștere naturală – prezintă avantaje privind reducerea riscului de transmitere a infecției comparativ cu cealaltă.

Interesant de remarcat faptul că transmiterea HIV de la mamă la făt este rară dacă mama urmează terapie ARV triplă, chiar și atunci când viremia lor este mai mare de 50 copii/ml.

Este foarte important ca femeia să ia decizia asupra opțiunii pentru naștere în deplină cunoștință de cauză și sub îndrumarea echipei de medici care o consultă.

6.13 După nașterea bebelușului

Diagnosticarea noului născut

Copiii născuți din mame HIV pozitive vor avea întotdeauna rezultat pozitiv la primul test HIV. Acest lucru se întâmplă din cauză că bebelușii nou-născuți au sistemul imunitar al mamei și aceiași anticorpi ca și ea. În cazul în care copilul nu este infectat cu HIV, acest fenomen va dispărea, iar rezultatul va deveni negativ în circa 18 luni.

Cel mai bun test HIV pentru copii este foarte asemănător cu cel pentru evaluarea viremiei.

Acesta este un test HIV PCR ADN. Acesta caută virusul în sângele copilului, și nu măsurarea răspunsului imunitar.

Pentru a verifica dacă copilul este HIV negativ:

- Testul HIV PCR ADN este o reacție de polimerizare în lanț (PCR), este foarte sensibil și detectează cele mai mici nivele de AND HIV în plasma sângelui.
- Acest test va „amplifica” sau multiplica AND-ul pentru a putea fi mai ușor detectabil.

Bunele practici în domeniu prevăd testarea copilului în ziua nașterii, apoi la o lună și la trei luni.

Va fi posibil de demonstrat faptul că un copil nu mai are anticorpii mamei abia la 18 luni de la naștere. Acest fenomen se numește seroreversie.

Dacă toate aceste teste sunt negative, iar mama nu alăptează copilul, atunci copilul nu este seropozitiv.

Tratamentul bebelușului

Bebeluşul va trebui să ia medicamente anti-HIV cel mai probabil în primele patru-șase săptămâni de la naștere.

În general medicamentul administrat este AZT, care trebuie luat de la două până la patru ori pe zi. În cazuri mai rare, copilului i se va administra alt medicament sau va urma o terapie combinată.

6.14 Alăptatul

Riscul de transmitere a virusului HIV de la mamă la copil prin alăptare poate atinge cota de 28%.

Mamele seropozitive din țările industrializate pot evita cu ușurință acest lucru, folosind biberoane și lapte artificial.

Hrănirea cu lapte artificial este puternic recomandată tuturor mamelor HIV-pozitive.

De asemenea, se recomandă strict ca o femeie seropozitivă să nu alăpteze copilul nici măcar ocazional. Un studiu a arătat că „alăptarea mixtă” poate prezenta un risc de transmitere mai mare decât în cazul alăptării exclusive cu lapte matern.

6.15 Sănătatea mamei după nașterea copilului

Aderența mamei după nașterea bebelușului este critică. Multe femei au o aderență excelentă în timpul sarcinii și, după nașterea copilului, uită complet că trebuie să aibă grijă și de ele.

Nașterea unui copil poate fi un șoc imens. În cazurile mai grave, mama poate suferi o depresie postnatală. De aceea va avea nevoie de un sprijin susținut din partea familiei, prietenilor și echipei de îngrijire. De asemenea, sprijinul comunitar poate fi de mare ajutor pentru mamă.

Multe mame găsesc metode optime pentru a-și aminti de propriul tratament, legând medicația proprie de orele de administrare a dozelor pentru bebeluş.

6.16 Alte informații utile

i-Base – Ghid de sarcină

<http://www.i-Base.info>

Comunitatea Internațională a Femeilor (ICW)

<http://www.icw.org>

WORLD

<http://www.womenhiv.org>

Project Inform

<http://www.projinf.org>

Ghid de sarcină și tratament – editat de BHIVA în Marea Britanie

<http://www.bhiva.org/>

Ghid pentru sarcină - SUA

<http://www.aidsinfo.nih.gov/guidelines/>

Registrul de sarcină

<http://www.apregistry.com>

Până acum registrul nu a evidențiat vreo creștere a tipului sau procentului de malformații congenitale.

6.17 Glosar: Secțiunea 6

Cezariana sau operația cezariană

este un procedeu de naștere care implică efectuarea unei incizii abdominale care să permită extragerea prin intervenție chirurgicală a copilului din uterul matern. Cezariana poate fi planificată / programată sau poate fi o intervenție de urgență.

Operația cezariană de urgență nu reduce riscul de transmitere a virusului HIV de la mamă la făt în cazul femeilor care fac monoterapie sau nu urmează nici o terapie.

Transmiterea de la mamă la copil

Transmisterea HIV se produce atunci când virusul trece de la o persoană la alta. Când acest lucru se produce de la mamă la copil se numește transmitere de la mamă la copil, perinatală sau verticală.

Perioada prenatală

Perioada dinainte de nașterea copilului, când fătul (copilul în devenire) se formează și crește în uterul mamei.

Perioadă post-natală

Perioada de după nașterea copilului.

Profilaxie

Când luați un medicament pentru a preveni apariția unei infecții sau a împiedica recăderea.

„A se trata ca femeie adultă care nu este însărcinată”

Expresie care indică faptul că, deși femeia este însărcinată, ea va fi tratată pentru HIV ca și când nu ar fi. Există aici câteva excepții – când o femeie nu are nevoie de tratament pentru propriul virus HIV sau când este vorba despre anumite medicamente anti-HIV utilizate în mod obișnuit.

6.18 Întrebări: Secțiunea 6

1. Care este procentajul nou-născuților HIV pozitivi dacă mamele nu urmează nici un tratament?
2. Care este cel mai important factor în prevenirea transmiterii virusului HIV de la mamă la copil?
3. Are vreo relevanță starea HIV a tatălui în cazul unui copil născut seropozitiv?
4. Sarcina influențează nivelul CD4 la femei? Dacă da, cum anume?
5. Care sunt riscurile pentru mamă dacă aceasta urmează doar monoterapia AZT pentru a reduce riscul transmiterii virusului de la mamă la copil?
6. Care este procentajul current de transmitere a virusului de la mamă la copil în cazul în care o femeie gravidă urmează o terapie combinată cu trei sau mai multe medicamente?
7. Care ar fi sfatul demn de urmat în cazul unei femei seropozitive gravide care încă nu are nevoie de tratament ARV anti-HIV?
8. Alcătuiți o listă de avantaje și dezavantaje ale operației cezariene ca opțiune pentru naștere în cazul unei femei gravide HIV pozitive.
9. Ce ARVi sau combinații de ARV nu se recomandă în timpul sarcinii sau în anumite situații în perioada de sarcină? Enumerați-le și explicați de ce.
10. Ce condiții pot fi create de către sarcină?
11. Ce analize ar trebui să evite o femeie însărcinată HIV pozitivă?
12. Când se poate recomanda profilaxia cu aciclovir în timpul sarcinii?
13. Când și cum anume trebuie verificată situația HIV la bebeluș?
14. Femeile seropozitive pot alăpta? Vă rugăm explicați.
15. Cât timp trebuie să se administreze ARV-uri unui bebeluș?
16. Ce este deosebit de important ca o femeie să-și amintească după ce dă naștere unui bebeluș?

6. 11 Evaluarea cursului pentru Secțiunea 6

Vă rugăm să acordați câteva minute acestei evaluări. Vă suntem recunoscători pentru comentariile pe care le faceți, inclusiv despre cât de utilă este această evaluare, deoarece dorim să îmbunătățim permanent cursul și să-l transformăm într-o resursă disponibilă online.

Secțiunea 2:

Câte din informațiile primite au fost noi?

Nici una 1 2 3 4 5 Toate

Cât de util a fost materialul primit?

Foarte util 1 2 3 4 5 Inutil

De cât timp ați avut nevoie pentru întrebările de la secțiunea anterioară?

Ați primit ajutor pentru a răspunde la aceste întrebări?

Ați identificat site-uri internet cu informații mai bune? Care anume?

Cu ce scor ați terminat testul?

Repetăți testul peste o săptămână, ca să vedeți cât de mult ați ținut minte.

Ați obținut un scor mai bun peste o săptămână?

Secțiunea 7: Consumatorii de droguri și ARV

„Accesul la tratamentul HIV nu trebuie restricționat pe motive politice sau sociale. Consumatorii de droguri injectabile nu trebuie să fie excluși din sistemul de îngrijire. Toți pacienții care îndeplinesc criteriile de eligibilitate și doresc să înceapă tratamentul trebuie să aibă acces la el, inclusiv consumatorii de droguri injectabile, lucrătorii din sexul comercial, alte grupuri.”

*Protocoalele OMS privind HIV/SIDA
2004*

7.1 Introducere

Transmiterea HIV prin injectarea de droguri este cauza majorității noilor cazuri de infectare din Rusia, Ucraina, Asia Centrală, majoritatea țărilor din Europa de Est, Asia de Sud Est, Africa de Nord, Iran, Afganistan, Pakistan, Nepal, Indonezia, Portugalia, Sudul Americii Latine. Persoanele aflate la risc de infectare cu HIV prin injectarea drogurilor în comun sunt adeseori printre cele mai sărace și mai marginalizate din societate: minorități etnice, șomeri, tineri, imigranți, lucrători din sexul comercial.

În plus, există interacțiuni posibile între drogurile recreaționale injectabile sau neinjectabile, terapiile de substituție și ARV, și acesta este un domeniu despre care se știe încă foarte puțin.

7.2 Obiectivele Secțiunii 7

În această secțiune, vom oferi informații despre:

- Zvonuri și realități cu privire la tratamentul consumatorilor de droguri HIV pozitivi
- Interacțiuni cunoscute și posibile între drogurile recreaționale și ARV
- Interacțiuni cunoscute și posibile cu metadona.

7.3 Întrebări generale

De ce consumatorii de droguri sunt uneori excluși din programele de tratament ARV?

În multe țări, consumatorii de droguri injectabile (CDI) sunt excluși automat din programele de tratament ARV, din cauza părerii foarte răspândite că sunt mai puțin aderenți la tratament și că au mai puține șanse ca ARV să dea rezultatele scontate.

Acest zvon face ca și alte categorii să fie excluse din programele de tratament: persoanele aflate în substituție pe metadonă, consumatorii de droguri non-injectabile, foștii consumatori de droguri.

Acest zvon este adevărat?

Nu. Părerea conform căreia consumatorii de droguri nu sunt aderenți și nu au nici un beneficiu de pe urma ARV se bazează mai mult de prejudecăți decât pe adevăruri științifice. Există studii care arată că și consumatorii de droguri pot atinge niveluri crescute de aderență și pot beneficia de rezultate bune ale tratamentului, mai ales dacă acesta este însoțit de sprijin social, medical și de consiliere pentru aderență.

- Un studiu important făcut în Europa de Vest cu persoane aflate în tratament ARV a arătat că, din punctul de vedere al CD4 și al reacției la tratament, nu

există nici o diferență majoră între CDI și persoanele care nu consumă droguri

- Un alt studiu, făcut în Canada, a descoperit că toți CDI care respectau aderența la ARV ajungeau la aceleași niveluri de CD4 ca și persoanele care nu consumau droguri
- În programul de schimb de seringi din SUA, 77% dintre consumatorii de droguri care primiseră ARV și sprijin din partea altor CDI aflați deja în tratament reușiseră să scadă viremia sub 400 de copii/ml și să crească CD4 cu 25% în primele șase luni de tratament
- Un studiu efectuat în Franța a arătat că CDI aflați în tratament cu buprenorfină și ARV atingeau niveluri mult mai ridicate de aderență (78,1%) decât foștii consumatori (65,5%) sau consumatorii activi care nu luau buprenorfină (42,1%).

7.4 Îngrijire complexă și accesibilă

Oferirea unui număr cât mai mare de servicii sociale și de sănătate în același loc s-a dovedit a fi un factor de creștere a aderenței și de ameliorare a rezultatelor tratamentului pentru CDI.

De multe ori, CDI nu vin singuri la aceste servicii, motiv pentru care acestea trebuie să fie plasate în locuri cât mai accesibile, de preferință în același loc în care se oferă și tratamentul HIV.

Serviciile complexe și multidisciplinare trebuie să includă:

- Acces la ARV
- Acces la tratament de substituție: metadonă sau buprenorfină
- Profilaxia și tratamentul IO
- Profesioniști accesibili, care nu judecă CDI
- Schimb de seringi
- Sprijin și consiliere pentru aderență
- Referiri la alte programe/servicii existente în comunitate
- Programe de ajutor pentru hrană și transport
- Activități de outreach

7.5 Interacțiuni între drogurile recreaționale și antiretrovirale

Deși există multe cercetări privitoare la interacțiunile dintre ARV și alte medicamente, încă nu s-au făcut destule studii despre interacțiunile dintre ARV și drogurile recreaționale.

În 1996, un britanic care făcea tratament cu ritonavir a murit după ce a luat o doză de ecstasy. Moartea a fost provocată de supradoză, iar nivelul de ecstasy din sânge era de 10 ori mai mare decât nivelul la care apar efecte toxice – ca și cum ar fi luat 22 de tablete de ecstasy, deși el luase una singură.

Pacientul în cauză mai luase ecstasy, dar acum era prima oară când lua acest drog după ce adăugase ritonavirul (luat de două ori pe zi, în doză de 600 mg) la tratamentul ARV. Medicii au concluzionat că interacțiunea ritonavir – ecstasy a provocat moartea.

După diferite intervenții ale activiștilor din domeniul HIV/SIDA, compania producătoare de ritonavir, Abbott, a inclus în prospecte informații referitoare la interacțiunile dintre ritonavir și drogurile recreaționale:

- Creșterea de 2-3 ori a nivelurilor de ecstasy

- Scăderea cu 50% a nivelului de heroină din sânge
- Creșterea de 2-3 ori a nivelurilor de amfetamină
- Nu există interacțiuni severe cu cocaina.

Notă: aceste informații se bazează pe utilizarea unei doze întregi de ritonavir; în prezent, acest medicament se folosește mai ales pentru „boostarea” inhibitorilor proteazei.

7.6 Motivele pentru care aceste informații teoretice nu sunt la fel de utile ca studiile controlate privind interacțiunile la oameni

Având în vedere că aceste droguri sunt ilegale, interacțiunile enumerate se bazează doar pe teorie, pe experimente *in vitro*, pe studii făcute pe animale, și nu pe studii controlate în care să fie implicați oameni.

- Studile clinice cu droguri ilegale au nevoie de autorizația guvernului american, care este extrem de reticent în acest domeniu, de teamă să nu fie perceput ca „deschis la problema drogurilor”
- În anumite cazuri este greu să se găsească droguri pure; pentru multe droguri, cum este cocaina, nu există versiuni aprobate, iar dacă aceste versiuni există și guvernul ar da aprobarea, companiile farmaceutice ar refuza să producă „versiunea aprobată a drogului”, din motive etice și legale
- Drogurile ilegale sunt foarte rar pure; ele conțin în general și alte substanțe, iar în multe cazuri au foarte puțină substanță de origine
- Drogurile ilegale nu au doze standardizate: ceea ce, la o doză, poate fi o interacțiune minoră, la alta poate fi o reacție foarte puternică
- Companiile farmaceutice au foarte puțin de câștigat din această activitate
- Anumiți inhibitori ai proteazei au avut în realitate efecte contrarii celor din timpul studiilor (ex: au scăzut nivelul de metadonă din sânge, deși în timpul studiilor îl crescuseră)
- Producătorii se tem că, dacă vor da informații bazate pe teorie sau incomplete, vor putea fi dați în judecată.

7.7 Interacțiuni cu alte medicamente ARV

Toți inhibitorii de protează sunt procesați în corp în același mod ca ritonavirul; tot așa se întâmplă și cu efavirenzul, deci în mod clar există interacțiuni cu aceste medicamente. În tabelul 1 din Secțiunea 7.9 veți găsi o listă cu interacțiunile posibile și cele observate în studii de caz.

Ecstasy – interacțiune posibilă cu IP sau efavirenz; se recomandă folosirea a 25% din cantitatea normală de ecstasy, pauze dese (dacă dansați), consum mare de apă, evitarea alcoolului

Alte amfetamine – interacțiuni posibil periculoase cu ritonavir; combinația va fi evitată!

GHB – interacțiune posibilă cu IP (în special ritonavir) și efavirenz.

Ketamină – nu există cercetări sau relatări care să descrie interacțiunile dintre ketamină și ARV; persoanele care iau IP pot face toxicitate ketaminică din cauza acumulării medicamentului

PCP – este posibil ca PCP + IP + efavirenz să conducă la creșterea concentrațiilor de PCP și la toxicitate; cei care folosesc PCP și iau tratament ARV trebuie sfătuiți să scadă cantitatea de PCP.

LSD – nu se știe foarte exact cum funcționează acest drog, deci este foarte greu să bănuim care ar putea fi interacțiunile cu ARV; în cazul în care luați ARV și consumați și LSD, este bine să consumați o cantitate mai mică decât de obicei.

Cocaină – Interacțiunile dintre cocaină și ARV nu au fost nici odată descrise; se bănuiește că interacțiunile cu nevirapinul sau efavirenzul pot crește riscul de toxicitate hepatică, dar nu s-au făcut studii care să dovedească acest lucru.

Heroină – există bănuiala că, în combinație cu IP și efavirenz, heroina este mai rapid metabolizată și provoacă simptome de sevraj.

7.8 Interacțiuni cu metadona

Există mai multe studii privitoare la interacțiunile dintre ARV și metadona.

- Persoanele care iau metadona și efavirenz sau nevirapin vor avea un nivel scăzut de metadona în sânge (60%), ceea ce înseamnă că vor avea nevoie de creșterea dozei de metadona, pentru a depăși simptomele de sevraj
- Un studiu făcut cu oameni a arătat că metadona + ritonavir scade cu 36% concentrația de metadona din corp; asta în condițiile în care studiul făcut în laborator arătase o creștere cu 30% a concentrației metadonei
- Concentrații scăzute de metadona au fost observate și în combinațiile metadona + nelfinavir și lopinavir/ritonavir; anumite persoane au nevoie de creșterea dozei de metadona
- Concentrațiile de AZT cresc de două ori, deci doza trebuie redusă cu 50% atunci când AZT se dă în combinație cu metadona
- Pe de altă parte, metadona pare să scadă concentrațiile de d4T și ddl – în prezent nu există recomandări clare pentru ajustarea dozelor

Reducerea concentrațiilor de metadona nu este întotdeauna însoțită de simptome de sevraj.

Diferențele dintre simptomele toxicității ARV și cele ale sevrajului sunt foarte asemănătoare (greață, vărsături); se presupune că simptomele care apar după 2-3 zile sunt datorate toxicității ARV, iar cele care apar mai târziu sunt provocate de sevraj.

7.9 Tabelul 1 – Interacțiuni între ARV și drogurile de club

| Drog | Metabolism | Interacțiuni reală / teoretică | Semnificație posibilă | Recomandări |
|---------------|---|---|---|--|
| Amfetamine | CYPD6 | Posibil – concentrațiecu ritonavir | Hipertensiune, hipertermie, aritmie, tahicardie | Evitarea combinației cu ritonavir; alternativă: începerea cu o cantitate mai mică de amfetamină |
| GHB | Expirație, ca CO ₂ ; metabolism primar | Posibil – concentrații / efect prelungit cu ARV, în special ritonavir | Toxicitate GHB cu ritonavir / saquinavir; bradicardie, probleme respiratorii, pierderea cunoștinței | Utilizare atentă cu inhibitorii CYP450 (IP, delavirdin, efavirenz); atenție la semnele de toxicitate GHB |
| Ketamină | CYP2B6, 3A, 2C9 (ultimii într-o măsură mai mică) | Posibil – concentrație, la ARV, în special ritonavir, nelfinavir, efavirenz | Probleme respiratorii, pierderea cunoștinței, halucinații | Utilizare atentă cu inhibitorii CYP450 (mai ales ritonavir și nelfinavir); atenție la semnele de toxicitate ketaminică |
| LSD | Necunoscut | Posibil – concentrația LSD | Halucinații, agitație, psihoză, flashback | Utilizare atentă cu inhibitorii CYP450; atenție la semnele de toxicitate LSD |
| MDMA, Ecstasy | CYP2D6, IA2, 2B6, 3A4 (ultimii trei mai puțin) | Posibil – cu ritonavir, alți IP, efavirenz | Un caz de deces, hiponatermie, hipertermie, aritmii, tremurat, hiperreflexie, transpirații, tahicardie, apoplexie | Evitarea combinațiilor cu ritonavir, atenție la semnele de toxicitate MDMA, consum mare de apă, evitarea alcoolului |
| PCP | CYP3A, CYP2CII, scade CYP2BI | Posibil – concentrații cu antiretrovirale | Apoplexie, hipertensiune, hipertermie | Utilizare atentă cu inhibitorii CYP450, atenție la simptomele de |

| | | | | |
|--|--|--|--|----------------|
| | | | | toxicitate PCP |
|--|--|--|--|----------------|

După T. Antoniu și A Lin-in Tseng. Interactions between Recreational Drugs and Antiretroviral Agents. The Annals of Pharmacotherapy. 2002, octombrie, vol. 36.

7.10 Întrebări pentru Secțiunea 7

1. De ce sunt consumatorii de droguri excluși din tratamentul ARV?
2. Se bazează aceste argumente pe dovezi științifice?
3. Ce tratamente și servicii ar trebui să fie incluse în mod ideal într-un sistem complex de îngrijire a CDI?
4. Există interacțiuni între ritonavir și ecstasy?
5. Există interacțiuni între ritonavir și heroină?
6. Există interacțiuni între efavirenz și metadonă?
7. Ce modificări de dozare sunt recomandate în fiecare caz?
8. Există interacțiuni între efavirenz și AZT?
9. Ce se recomandă?
10. Cum se face diferența între simptomele provocate de toxicitatea ARV și simptomele de sevraj?

7. 11 Evaluarea cursului pentru Secțiunea 7

Vă rugăm să acordați câteva minute acestei evaluări. Vă suntem recunoscători pentru comentariile pe care le faceți, inclusiv despre cât de utilă este această evaluare, deoarece dorim să îmbunătățim permanent cursul și să-l transformăm într-o resursă disponibilă online.

Secțiunea 2:

Câte din informațiile primite au fost noi?

Nici una 1 2 3 4 5 Toate

Cât de util a fost materialul primit?

Foarte util 1 2 3 4 5 Inutil

De cât timp ați avut nevoie pentru întrebările de la secțiunea anterioară?

Ați primit ajutor pentru a răspunde la aceste întrebări?

Ați identificat site-uri internet cu informații mai bune? Care anume?

Cu ce scor ați terminat testul?

Repețați testul peste o săptămână, ca să vedeți cât de mult ați ținut minte.

Ați obținut un scor mai bun peste o săptămână?

Secțiunea 8: Aspecte științifice

8.1 Introducere

Elementele cuprinse pe următoarele două pagini conferă succint câteva aspecte tehnice, medicale sau științifice legate de HIV și de tratamentul acestei infecții.

Dacă doriți să interpretați rezultatele unor studii – fie că doriți să verificați dacă un tratament vi se potrivește sau nu, fie că intenționați să urmăriți ultimele noutăți ale cercetărilor din domeniu – vă va fi mai ușor dacă veți înțelege terminologia utilizată în cadrul acestor lucrări.

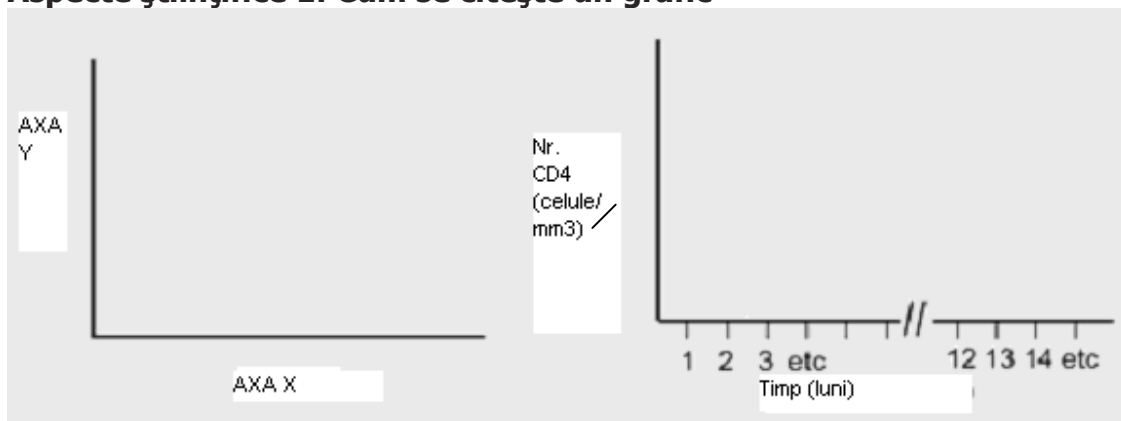
Aspecte științifice 1: Cum se citește un grafic

Această secțiune succintă explică modul în care trebuie citite și înțelese informațiile dintr-un grafic.

Graficul prezintă informații complicate într-un mod clar și ușor de înțeles și se utilizează pentru a relua concis o serie de rezultate complexe.

De obicei, un grafic conține două axe – una verticală (axa y, axa ordonatelor) și una orizontală (axa x, a absciselor), fiecare dintre cele două axe putând măsura orice caracteristică.

Aspecte științifice 1: Cum se citește un grafic

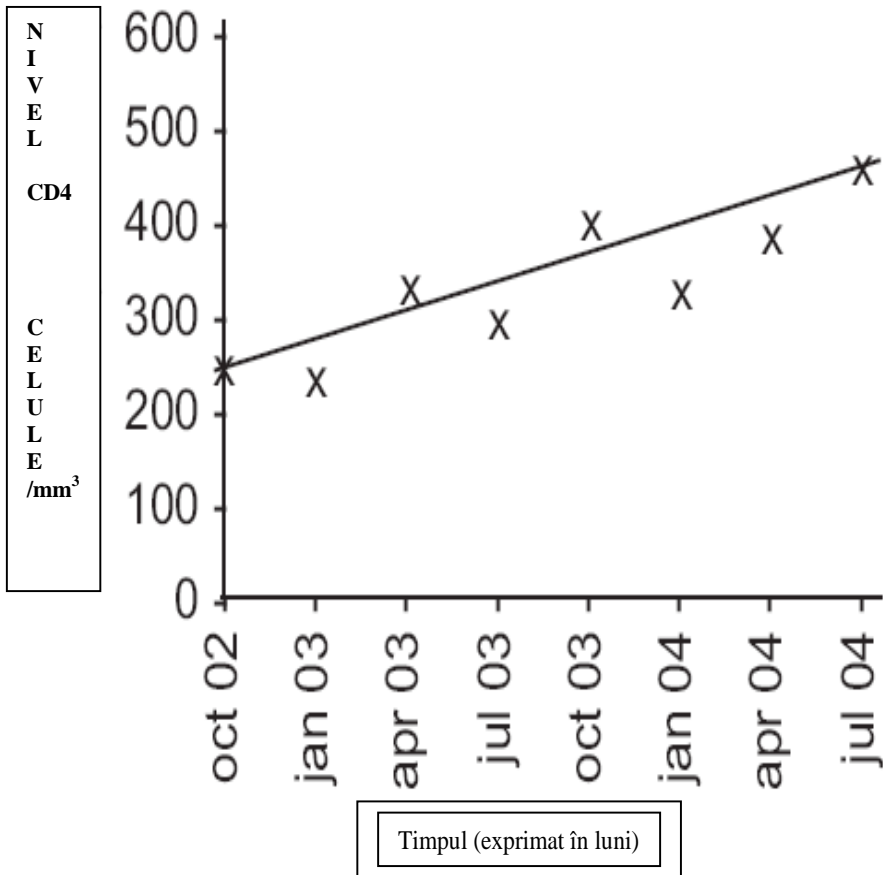


Dacă una din variabilele comparate este timpul, atunci „timpul” este întotdeauna reprezentat pe axa X. Pe fiecare axă este necesară indicația clară cu privire la ce anume se măsoară: de exemplu – timpul, nivelul CD4 etc. Toate graficele trebuie să aibă o denumire clară.

Dacă graficul se utilizează pentru a indica date, nu doar tendințe sau idei generale, atunci trebuie incluse unitățile de măsură: de exemplu ore sau ani pentru timp, celule/mm³ pentru nivelul CD4. Această gradație trebuie indicată în cazul măsurătorilor exacte. Dacă rezultatele nu pot fi reprezentate pe aceeași gradație, atunci axa poate fi întreruptă, ca în cazul celui de-al doilea grafic de mai sus, gradația fiind indicată pentru fiecare secțiune separat.

În Figura 1 vom arăta rezultatele evoluției nivelului CD4 ale unei persoane după începerea tratamentului.

Figura 1: Modificarea nivelului CD4 la Pacientul A după începerea tratamentului în luna octombrie 2002



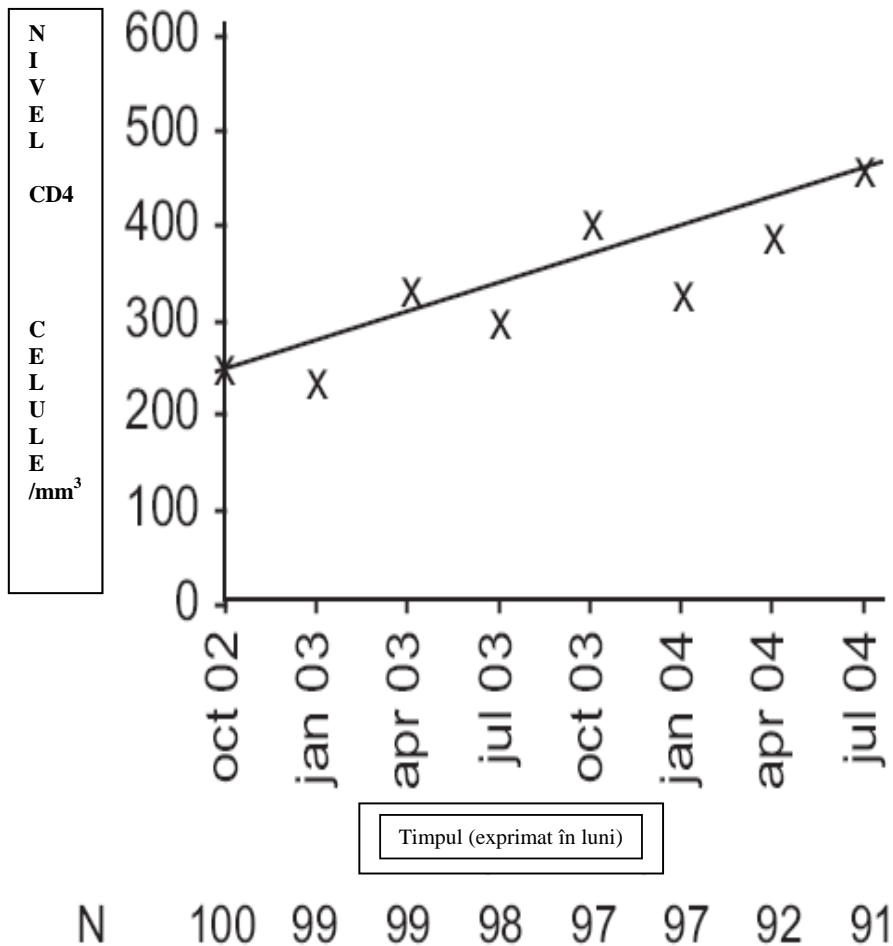
Pentru o reprezentare mai clară a rezultatelor, deseori se adaugă o linie a „mediei” pentru evidențierea tendințelor generale.

Deși nivelele cresc și scad mult, totuși tendința medie din exemplul de mai sus arată o creștere a nivelului CD4 cu aproximativ 200 copii/mm³ în decursul a 18 luni.

De asemenea, puteți reprezenta grafic rezultate medii care să conțină mult mai multe date. De exemplu, „media” nivelului CD4 pentru un grup de 100 de persoane după începerea tratamentului poate arăta exact la fel.

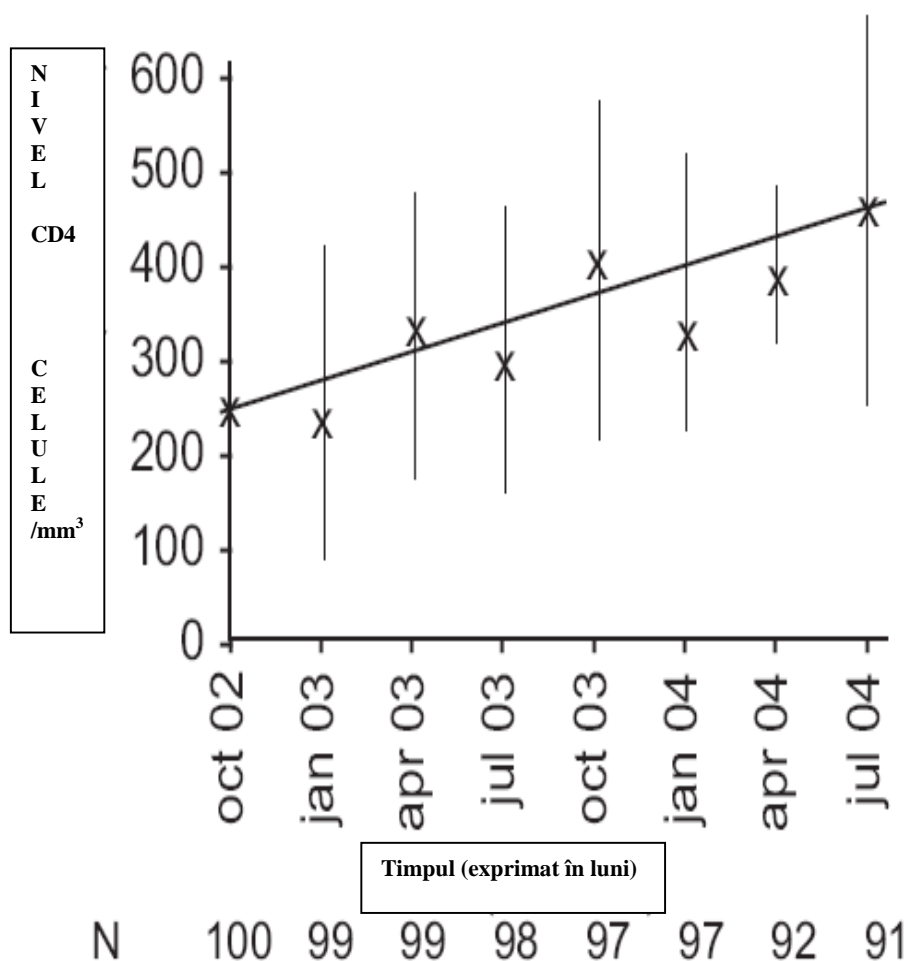
Singura diferență într-un grafic care reflectă mai mult de un set de rezultate este faptul că trebuie indicat numărul de persoane pe fiecare punct corespunzător axei timpului. Observați Figura 2.

Figura 2: Media modificărilor nivelului CD4 la 100 de pacienți după începerea tratamentului în luna octombrie 2002



„N” este termenul matematic pentru desemnarea noțiunii de „număr”

Deși rezultatele se referă la un grup de 100 de persoane, în exemplul de față fie nu au participat toți la studiul efectuat, aceasta fiind o analiză timpurie, fie unele persoane au renunțat la analiză. De asemenea, graficele trebuie să reflecte variațiile din cadrul unui grup (vezi și modulul următor cu termeni științifici și medii). Acest lucru va fi reprezentat prin linii verticale care intersectează linia mediană a rezultatelor – vezi Figura 3.



Extremitățile inferioare și superioare ale acestor linii au fost marcate cu linii mici orizontale, pentru a le delimita mai clar. Reprezentarea grafică poate semnifica oricare dintre variantele următoare:

- i) toată gama rezultatelor
- ii) valoarea medie pentru 50%; sau
- iii) valoarea medie pentru 95% .

Graficul trebuie să specifice șirul indicat.

Nota bene: Așa cum poate face informațiile să fie mai clare, tot la fel de bine graficul poate face ca situația să pară mai bună sau mai îngrijorătoare decât este în realitate.

- i) Gradațiile – întotdeauna verificați gradația de pe grafic. Dacă nu începe de la zero, modificarea indicată poate părea mai impresionantă decât este în realitate.
- ii) Verificați numărul de persoane sau rezultatele pentru fiecare punct de pe axa timpului. Dacă efectuarea studiului a început cu 100 de persoane, atunci graficul trebuie să reflecte o medie pentru 100 de oameni. Dacă graficul arată rezultatele timpurii sau preliminare, numărul de participanți poate să scadă în punctele următoare de pe axa timpului.

Pentru informații suplimentare:

Caroline Sabin - Statistică partea 1 <http://www.i-Base.info/ukcab>

Aspecte științifice 2: Ce înseamnă o „medie”?

Rezultatele studiului se bazează aproape întotdeauna pe stabilirea unui model bazat pe o serie de observații individuale. Pentru a studia tendințele, rezultatele sunt reprezentate în medie.

Media poate fi utilizată pentru a generaliza rezultatele pentru grupuri mai mari de persoane sau pentru seturi mai mari de analize.

Întotdeauna când priviți rezultatele medii este necesar să rețineți faptul că anumite rezultate sunt peste medie, iar altele sub medie. Acest lucru este foarte important, mai ales când este vorba de rezultate obținute în domeniul ocrotirii sănătății.

Există două modalități distincte utilizate în mod frecvent pentru a determina media, și acestea pot da rezultate foarte diferite.

Media – este atunci când toate rezultatele se adună, iar apoi numărul obținut se împarte la numărul total al rezultatelor.

De exemplu, creșterea nivelului CD 4 după 6 luni de tratament la 10 persoane poate fi:
+20 +40 +15 -20 -5 +120 +250 +30 +50 +100

În cazul multor persoane nivelul a crescut, dar la câteva persoane a scăzut nivelul după 6 luni.

Media pentru aceste rezultate va fi $20 + 40 + 15 - 20$ etc împărțit la 10 oameni:
adică $600 / 10 = 60$.

Mediana – este atunci când rezultatele sunt aranjate în ordine crescătoare, iar rezultatele din centru sunt luate drept medii. În același studiu de caz vom avea:

-20 -5 +15 +20 +30 +40 +50 +100 +120 +250

Mediana creșterii nivelului CD4 va fi marcată de punctul din mijloc – adică la jumătate între al cincilea și al șaselea rezultat – respectiv o creștere cu +35.

„Distribuție uniformă” este o sintagmă care reprezintă datele pentru care majoritatea rezultatelor sunt la mijloc și au un număr aproximativ similar de rezultate situate înainte și după ele. Această distribuție se numește și „distribuție în formă de clopot”. Dacă rezultatele sunt distribuite egal, atunci se poate folosi metoda mediei.

Când rezultatele nu sunt distribuite uniform, atunci avem de-a face cu o distribuție oblică. De exemplu, majoritatea rezultatelor pot fi peste sau sub nivelul din mijloc, și atunci avem o distribuție oblică orientată către dreapta sau către stânga – iar aici este important să folosim media (vezi Figura 1). În exemplul de mai sus, rezultatul unei persoane a fost mult mai mare decât în cazul restului participanților (+250), iar acest lucru a creat un efect de disproporție față de medie.

Când ne gândim la rezultatele medii trebuie să cunoaștem variațiile din orice combinații de rezultate. Acest lucru ne va ajuta să decidem în ce măsură ne putem baza pe rezultate.

De exemplu, media pentru $48 + 49 + 50 + 50 + 51 + 52$ este $300/6 = 50$
 Dar media pentru $0 + 25 + 50 + 50 + 75 + 100$ este tot $300/6 = 50$
 Puteți observa faptul că anumite modele absolut diferite pot avea același rezultat mediu.

În funcție de uniformitatea sau neuniformitatea distribuției rezultatelor se utilizează modalități diferite pentru determinarea variației.

Dacă distribuția este uniformă și utilizați media, atunci variația de obicei se calculează ca fiind dublul „devierii standard” – și se pune între paranteze cu semnul +/- în fața simbolului numeric al rezultatului.

1 x devierea standard dă valoarea medie pentru 50% din rezultate.

2 x devierea standard dă valoarea medie pentru 95% din rezultate.

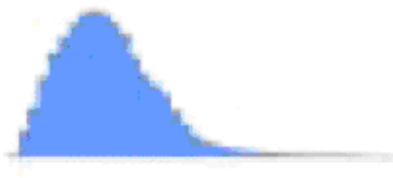
Dacă rezultatele sunt distribuite neuniform – ca în exemplul de mai sus cu nivelul CD4 – atunci se folosește mediana.

Figura 1 „Forma” datelor cantitative

Distribuție simetrică,
„normală”



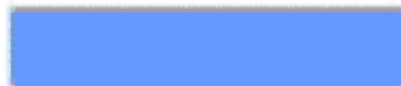
Oblicitate pozitivă
Obișnuită pentru date de laborator, de
exemplu nivelul CD4 la HIV+



Oblicitate negativă
Mai puțin frecventă



Distribuție uniformă
Probabilitate egală de atingere
a oricărei valori din șir



Variația în cazul mediane este mai ușor de înțeles și se poate exprima în două moduri:

i) fie pentru întregul șir de rezultate – adică nivelul cel mai scăzut și cel mai ridicat
 respectiv dacă utilizăm același studiu de caz:

-20 -5 +15 +20 +30 +40 +50 +100 +120 +250

Mediana = 35 (șir cuprins între -20, +250)

ii) fie pentru mijlocul secțiunii rezultatelor – denumită și IQR

IQR uneori se folosește în locul șirului întreg, pentru a reduce impactul rezultatelor prea mari sau prea mici. Acesta este șirul a 50% din rezultate aflate la mijloc, unde cele mai mari 25% și cele mai mici 25% nu sunt incluse.

IQR pentru exemplul de mai sus va fi la mijloc între -5 și +15 = 10 pentru cele mai mici 25% și la mijloc între 100 și 120 pentru cele mai mari 25% = 110.

Mediana și IQR pentru aceleași rezultate se vor indica astfel:

Mediana = 35 (IQR 10, 110)

Pentru informații suplimentare:

Caroline Sabin- Statistică partea a 2-a

<http://www.i-Base.info/ukcab>

Aspecte științifice 3: Ce se întâmplă când luați un medicament

Dacă înțelegeți ce anume se întâmplă când luați un medicament conform graficului care urmează, veți înțelege știința și mecanismele aderenței.

Când luați un medicament, acesta este absorbit de corpul dumneavoastră și ajunge în sânge, în funcție de cum anume a fost administrat medicamentul.

- De obicei, pastilele odată înghițite se absorb prin pereții stomacului, putând începe să-și facă efectul în câteva minute, însă de multe ori este nevoie să treacă o oră sau două pentru ca acestea să atingă concentrația maximă în sânge.

- Medicamentele intravenoase se injectează direct în sânge și își fac efectul mult mai rapid – uneori în câteva secunde sau minute.

Însă medicamentul după ce este absorbit atinge un nivel maxim de concentrație în organism, apoi acest nivel va începe să scadă, deoarece organismul descompune ingredientele active, de obicei atunci când sângele care circulă prin corp este filtrat de ficat sau rinichi.

Acest proces de bază se produce cu fiecare medicament sau substanță - alcool, nicotină, aspirină, ARV.

Medicamentele sunt întotdeauna absorbite mai rapid decât este capabil organismul să le descompună, așadar concentrația maximă este atinsă relativ repede, iar ulterior ia mai mult timp pentru a fi eliminate din organism.

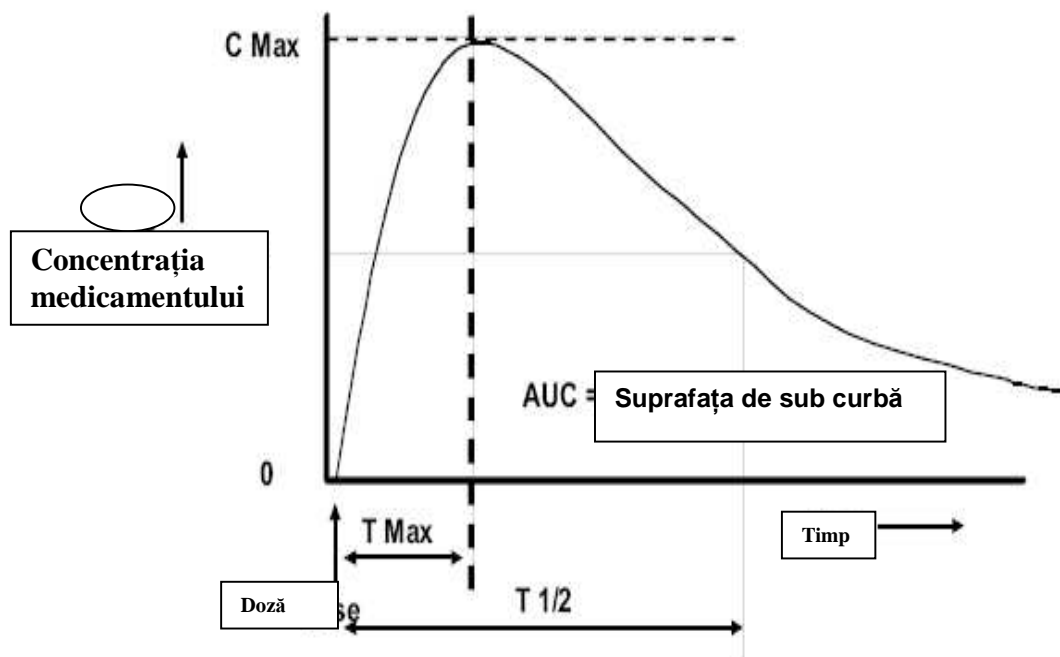
Concentrația maximă este denumită pe grafic Cmax.

Expunerea totală a medicamentului în perioada dozării este denumită Suprafața de sub curbă (AUC)

Timpul necesar pentru atingerea concentrației maxime este reprezentat ca Tmax

Figura 1: Absorbția medicamentului

După ce luați un medicament, nivelul atinge repede cotele maxime, apoi scade ușor pe măsura eliminării acestuia – fiecare medicament are curbele lui de absorbție



Timul necesar pentru reducerea concentrației maxime la jumătate (la 50%) se numește „jumătatea vieții” medicamentului sau $T_{1/2}$.

Este necesar un interval de aproximativ $5 \times$ jumătate de viață pentru ca medicamentul să atingă cote neglijabile, deși teoretic anumite cantități mici pot rămâne pentru mult mai mult timp în organism.

Când un medicament se administrează în mod obișnuit sub formă de tratament, concentrația minimă atinsă imediat înainte de administrarea dozei următoare se numește C_{min} sau C_{critic} (nivelul critic).

- Rețineți faptul că toate aceste rezultate sunt „medii”.
- Unele persoane absorb medicamentele mai rapid sau mai lent decât media.
- Unele persoane elimină medicamentele din organism mai rapid sau mai lent decât media.

Aceste rezultate sunt calculate doar după cantitatea în sânge, iar nivelul sângelui nu reflectă întotdeauna cât de activ este medicamentul.

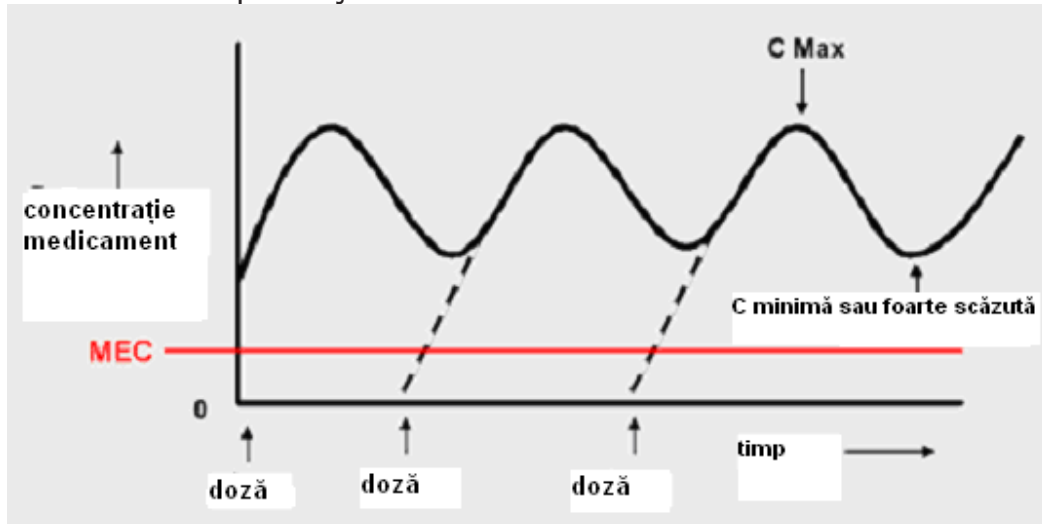
În cazul analogilor nucleozidici, nivelul medicamentului activ în interiorul celulei este mai important decât nivelul în sânge. Graficele care reflectă nivelul medicamentelor în interiorul celulelor vor avea aceeași structură.

Farmacocinetica este denumirea modurilor de absorbție și eliminare a medicamentelor de către organism. Cu toate că medicamentele se pot comporta diferit în compartimente diferite – sânge, creier, fluide genitale, diferite celule – principiile de bază ale absorbției și eliminării sunt deseori foarte asemănătoare.

Aspecte științifice 4: Nivelul medicamentelor, perioada de acțiune, efecte secundare

La un nivel de bază, dacă nivelul concentrației medicamentului este prea scăzut, atunci medicamentul nu va fi suficient de activ pentru a putea avea efect.

Dacă nivelul concentrației medicamentului este prea ridicat, atunci este foarte probabil riscul caracterului mai pronunțat al unor efecte secundare.



- Dozele medicamentului și frecvența de administrare a acestuia au rolul de a menține efectele la nivelul scontat.
- Nivelul scontat este diferit pentru medicamente diferite.
- Medicamentele care sunt eliminate mai rapid din organism trebuie administrate mai frecvent, în timp ce medicamentele pe care organismul le prelucrează mai lent pot fi luate la intervale mai mari.
- Anumite medicamente – inclusiv cele anti-HIV, anti-TBC, antibioticele și cele antimicotice trebuie să fie deasupra unei anumite concentrații, ca să nu apară rezistența la ele (vezi mai multe detalii despre acest lucru în secțiunea următoare).

Este însă important de reținut faptul că există o mare variabilitate de efecte la persoane diferite cărora li se administrează o doză identică a aceluiași medicament.

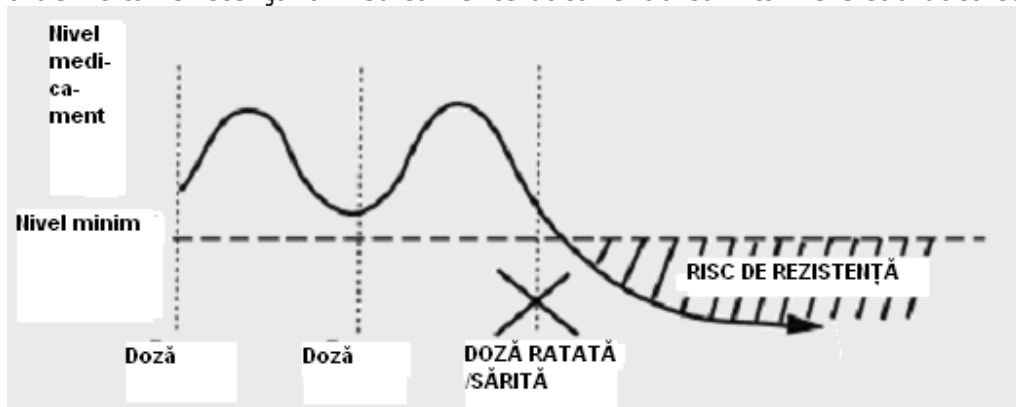
Unii oameni vor procesa medicamentele mai repede, și vor obține nivele de concentrație mai scăzute decât media.

Unii oameni vor procesa medicamentele mai lent, și vor obține nivele de concentrație mai ridicate decât media.

Pentru ca lucrurile să se complice și mai mult, medicamentele pot atinge concentrații diferite la aceeași persoană, chiar dacă acestea sunt măsurate la același interval de timp după administrarea aceleiași doze de medicament. Nivelele de concentrație al medicamentelor sunt diferite după 12 ore de la administrarea acestora dimineața comparativ cu 12 ore după ce se administrează aceleași doze seara.

Cu toate că detaliile sunt complicate, este important să reținem un lucru simplu: scopul este să obținem de fiecare dată concentrații constant nepericuloase, indiferent când anume urmați tratamentul.

Puteți observa pe grafice informații privind aderența și ce se întâmplă dacă luați doza medicamentului cu întârziere sau dacă săriți complet peste administrarea unei doze. Dacă rețineți faptul că media implică nivele efective de concentrație mai mari sau mai mici, și că persoanele care absorb concentrații mai mici de medicamente prezintă riscuri mai mari de a dezvolta rezistență la medicamente dacă le iau cu întârziere sau dacă sar peste o doză.



Atunci când luați medicamentele la timp, nivelul acestora rămâne peste nivelul minim necesar.

Dacă le luați mai târziu, sau dacă nu le luați deloc, nivelul medicamentelor în sânge scade sub nivelul minim „de siguranță” și poate să apară rezistența.

Chiar dacă întârzierea sau „sărirea” peste o doză se produce ocazional (de exemplu, o dată pe lună), poate exista același risc de rezistență.

Dacă săriți peste o doză, de exemplu, fie și o singură dată pe săptămână, acest lucru va mări perioada de dezvoltare a rezistenței virusului, și va mări posibilitatea ca dumneavoastră să dezvoltați în timp rezistența la medicamente.

Aderența nu înseamnă să faceți toate aceste lucruri la timp doar pentru că așa spune medicul. Ea se referă la menținerea în corpul dumneavoastră a unui nivel minim pentru fiecare medicament 100% din timpul cât vă aflați sub tratament.

Anexa I

Definirea cazurilor SIDA în conformitate cu recomandările CDC, 1993

- Candidoză la bronhii, trahee sau plămâni
- Candidoză esofagiană (aftă)
- Cancer cervical invaziv
- Coccidioidomicoză, diseminată sau extrapulmonară
- Criptococoză extrapulmonară
- Cryptosporidioză cronică intestinală (care durează mai mult de 1 lună)
- Citomegalovirus (CMV) (altul decât la ficat, plămâni sau noduli)
- Citomegalovirus retinitis (CMV) (cu pierderea vederii)
- Encefalopatie legată de HIV
- Herpes simplex: ulcer cronic (care durează mai mult de 1 lună); sau bronșită, pneumonită sau esofagită
- Histoplasmoză diseminată sau extrapulmonară
- Isosporiază cronică intestinală (care durează mai mult de 1 lună)
- Sarcom Kaposi (KS)
- Limfom Burkitt (sau denumire echivalentă)
- Limfom imunoblastic (sau denumire echivalentă)
- Limfom primar la creier
- Micobacterii complexe avium sau M. kansasii, diseminate sau extrapulmonare
- Micobacterie tuberculoză (TBC), oriunde (pulmonară sau extrapulmonară)
- Micobacterii, alte specii sau specii neidentificate, diseminate sau extrapulmonare
- Pneumonie cu Pneumocystis carinii pneumonia (PCP)
- Pneumonie recidivantă
- Leucoencefalopatie progresivă multifocală (PML)
- Salmoneloză septicemică recidivantă
- Toxoplasmoză a creierului
- Emaciere

Sursa:

<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00018871.htm>

Anexa II: Sistemul OMS de clasificare a infecției HIV

Stadiul clinic 1

1. Infecție asimptomatică
2. Limfadenopatie persistentă generalizată
3. Infecție retrovirală acută

Comportament Stadiul 1

Asimptomatic, activitate normală, obișnuită

Stadiul clinic 2

4. Pierdere neintenționată în greutate – până la <10% din greutatea corporală
5. Manifestări mucocutanate cu caracter minor (de exemplu dermatită, prurigo, infecții cu ciuperci la unghii, cheilită angulară)
6. Herpes zoster în perioada celor 5 ani precedenți
7. Infecții recidivante ale tractului respirator superior

Comportament Stadiul 2

Sunt simptome, însă tratamentul este aproape complet ambulatoriu

Stadiul clinic 3

8. Pierdere neintenționată în greutate – până la <10% din greutatea corporală
9. Diaree cronică >1 lună
10. Febră pe perioadă îndelungată >1 lună (constantă sau cu intermitențe)
11. Candidoză orală
12. Leucoplakie orală păroasă
13. Tuberculoză pulmonară în anul precedent
14. Infecții bacteriene grave
15. Candidoză vulvovaginală

Comportament Stadiul 3

Rapaus la pat mai mult decât în mod obișnuit, dar <50% din perioada de peste zi, activă în luna precedentă

Stadiul clinic 4

16. Emaciere
17. Pneumonie cu Pneumocystis carinii
18. Toxoplasmoza creierului
19. Criptosporidioză cu diaree > 1 lună
20. Isosporiază cu diaree > 1 lună
21. Cryptococoză extrapulmonară
22. Citomegalovirus la un organ – nu la ficat, splină sau noduli limfatici
23. Herpes simplex muco-cutaneu
24. Progressive multifocal leukoencephalopathy
25. Orice fel de micoză endemică (de exemplu, histoplasmoză)
26. Candidoză esofag, trahee, bronhii sau plămâni
27. Micobacterioză atipică, diseminată
28. Salmoneloză septicemică non-tifoidă
29. Tuberculoză extrapulmonară
30. Limfom
31. Sarcom Kaposi

32. Encefalopatie HIV

Comportament Stadiul 4

Repaus la pat > 50% din perioada de peste zi, activă în luna precedentă

Sursa: HIV InSite Knowledge Base

<http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-01-01>

Anexa III: Listă cu infecțiile oportuniste în funcție de tipul de boală

Infecții bacteriene

- Micobacterii complexe Avium (MAI / MAC)
- Micobacterii Kansasii
- Salmoneloză
- Sifilis și neurosifilis
- Tuberculoză (TBC)

Tumori maligne (tipuri de cancer)

- Displazie anală/Cancer
- Displazie cervicală/Cancer
- Sarcom Kapoș (KS)
- Limfome

Infecții virale

- Citomegalovirus (CMV)
- Hepată C
- Virus Herpes Simplex (oral și genital)
- Virus Herpes Zoster
- Human Papiloma Virus (HPV, negi genitali, displazie/cancer anal/cervical)
- Molluscum Contagiosum
- Leukoplakie orală păroasă
- Leucoencefalopatie multifocală progresivă

Infecții cu ciuperci

- Aspergiloză
- Candidoză (aftă)
- Coccidioidomicoză
- Meningită criptococică
- Histoplasmoză

Infecții protozoare

- Criptosporidioză
- Isosporiază
- Microsporidioză
- Pneumonie cu Pneumocystis Carinii
- Toxoplasmoză

Condiții neurologice

- Demență
- Neuropatie periferică

Alte condiții și complicații

- Ulcere aftoase (Canker Sores)
- Trombocitopenie (număr mic de trombocite)
- Emaciere

Sursa: <http://www.aidsmeds.com>

Anexa IV: Combinațiile de ARV recomandate de OMS

Tabelul de mai jos include diferite denumiri de medicamente, dozări, număr total de pastileși detalii succinte despre restricțiile alimentare. Pentru anumite combinații este nevoie de doze alternative. Unele medicamente (ritonavir, nevirapin) încep la doze mai mici în primele 1-2 săptămâni.

| Nume | Marcă și alte nume | Dozare | Total pastile/zi | Restricții alimentare |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------|--|
| INHIBITORI DE REVERS-TRANSCRIPTAZĂ (INRT) | | | | |
| d4T | Zerit, stavudin | 1 capsulă, de două ori pe zi | 2 | fără |
| AZT | Retrovir, zidovudin | 1 capsulă, de două ori pe zi | 2 | fără |
| ddl 100 mg | Videx, didanozin | 4 tablete, o dată pe zi | 4 | nu mâncați 2 ore înainte și o oră după (2 ore după capsule gastrorezistente) |
| ddl 200 mg | formula "Masă redusă" de ddl | 2 tablete, o dată pe zi | 2 | |
| ddl/EC | Capsule gastrorezistente | 1 capsulă, o dată pe zi | 1 | pe stomacul gol |
| 3TC (150 mg) | Epivir, lamivudin | 1 tabletă, de două ori pe zi | 2 | fără |
| 3TC (300 mg) | Epivir, lamivudin | 1 tabletă, o dată pe zi | 1 | fără |
| Abacavir | Ziagen | 1 tabletă, de două ori pe zi | 2 | fără |
| Tenofovir | Viread | 1 tabletă, o dată pe zi | 1 | cu mâncare |
| FTC | emtracitabin | 1 capsulă, o dată pe zi | 1 | fără |
| Combrate | | | | |
| AZT+3TC împreună, (Combivir) | | 1 tabletă, de două ori pe zi | 2 | fără |
| AZT+3TC+abacavir (Trizivir) | | 1 tabletă, de două ori pe zi | 2 | fără |

INHIBITORI NON-NUCLEOZIDICI DE REVERS-TRANSCRIPTAZĂ (INNRT)

| | | | | |
|-----------|---------|------------------------------|---|--------------------|
| Efavirenz | Sustiva | 1 tabletă de 600mg o dată/zi | 1 | fără mâncare grasă |
| | SAU | 3 tablete de 200mg o dată/zi | 3 | fără mâncare grasă |
| Nevirapin | Viramun | 1 tabletă, de două ori pe zi | 2 | fără |

COMBINAȚII DIN DOI SAU MAI MULȚI INHIBITORI DE PROTEAZĂ (cele mai utilizate doze)

| | | | | |
|----------------------|--------------|---------------------------------|----|--------------------|
| lopinavir /r | Kaletra | 3 capsule, de două ori pe zi | 6 | cu mâncare |
| indinavir/ritonavir | | | | |
| | 400mg/400mg, | 1xIDV / 4xRTV de două ori pe zi | 10 | fără |
| | 800mg/200mg, | 2xIDV / 2xRTV de două ori pe zi | 8 | fără |
| | 800mg/100mg, | 2xIDV / 1xRTV de două ori pe zi | 6 | fără |
| saquinavir/ritonavir | 400mg/400mg | 2xSQV / 4xRTV de două ori pe zi | 12 | mâncarea reduce |
| saquinavir/ritonavir | 1000mg/100mg | 5xSQV / 1xRTV de două ori pe zi | 12 | efectele secundare |

[Inviraz, formula cu gelule solide a saquinavirului poate fi folosit în locul gelulelor moi de Fortovaz în cazul folosirii ritonavirului. Inviraz este o pastilă mai mică și are mai puține efecte secundare]

| | | | | |
|----------------------------------|-------------|--|---|------|
| atazanavir*/ritonavir | 300mg/100mg | 2xATV / 1xRTV, o dată pe zi | 3 | fără |
| fosamprenavir*/ritonavir fără | 700mg/100mg | 1xFosAPV / 1xRTV, o dată sau de două ori pe zi | | |

INHIBITORI DE PROTEAZĂ

| | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|----|---------------------------|
| Indinavir, Crixivan | 2 capsule, de 3 ori pe zi | 6 | 2h după masăși 1h înainte |
| Nelfinavir, Viracept (fimate) | 5 tablete de două ori pe zi | 10 | Cu mâncare |
| Atazanavir, Reyataz | 2 capsule, o dată pe zi | 2 | Cu mâncare |

INHIBITORI DE FUZIUNE

enfuvirtid T-20, Fuzeon injecții subcutanate, de două ori pe zi fără

Anexa V: Medicamente și doze – ARV care au licență de utilizare în Europa

Tabelul de mai jos include diferite denumiri de medicamente, dozări, număr total de pastileși detalii succinte despre restricțiile alimentare. Pentru anumite combinații este nevoie de doze alternative. Unele medicamente (ritonavir, nevirapin) încep la doze mai mici în primele 1-2 săptămâni. Asteriscul * marchează acele medicamente care sunt disponibile în programe de acces extinse și/sau vor fi autorizate în curând. Toate combinațiile și dozele trebuie discutate cu medicul.

| Nume | Marcă și alte nume | Dozare | Total pastile/zi | Restricții alimentare |
|--|------------------------------|---------------------------------|------------------|--|
| INHIBITORI DE REVERS-TRANSCRIPTAZĂ (INRT) | | | | |
| d4T | Zerit, stavudin | 1 capsulă, de două ori pe zi | 2 | fără |
| AZT | Retrovir, zidovudin | 1 capsulă, de două ori pe zi | 2 | fără |
| ddl 100 mg | Videx, didanozin | 4 tablete, o dată pe zi | 4 | nu mâncați 2 ore înainte și o oră după (2 ore după capsule gastrorezistente) |
| ddl 200 mg | formula "Masă redusă" de ddl | 2 tablete, o dată pe zi | 2 | |
| ddl/EC | Capsule gastrorezistente | 1 capsulă, o dată pe zi | 1 | |
| 3TC (150 mg) | Epivir, lamivudin | 1 tabletă, de două ori pe zi | 2 | fără |
| 3TC (300 mg) | Epivir, lamivudin | 1 tabletă, o dată pe zi | 1 | fără |
| Abacavir | Ziagen, 1592 | 1 tabletă, de două ori pe zi | 2 | fără |
| Combivir | (AZT/3TC împreună) | 1 tabletă, de două ori pe zi | 2 | fără |
| Trizivir | (AZT/3TC/abacavir împreună) | 1 tabletă, de două ori pe zi | 2 | fără |
| Tenofovir | Viread | 1 tabletă, o dată pe zi | 1 | cu mâncare |
| FTC | emtracitabin | 1 capsulă, o dată pe zi | 1 | fără |
| INHIBITORI NON-NUCLEOZIDICI DE REVERS-TRANSCRIPTAZĂ (INNRT) | | | | |
| Efavirenz | Sustiva | 1 tabletă de 600mg o dată/zi | 1 | fără mâncare grasă |
| Nevirapin | Viramun | 1 tabletă, de două ori pe zi | 2 | fără |
| delavirdin* | Rescriptor | 6 tablete, de două ori pe zi | 12 | fără |
| COMBINAȚII DIN DOI SAU MAI MULȚI INHIBITORI DE PROTEAZĂ (cele mai utilizate doze) | | | | |
| lopinavir /r indinavir/ritonavir | Kaletra, ABT-378/r | 3 capsule, de două ori pe zi | 6 | cu mâncare |
| | 400mg/400mg, | 1xIDV / 4xRTV de două ori pe zi | 10 | fără |
| | 800mg/200mg, | 2xIDV / 2xRTV de două ori pe zi | 8 | fără |
| | 800mg/100mg, | 2xIDV / 1xRTV de două ori pe zi | 6 | fără |
| saquinavir/ritonavir | 400mg/400mg | 2xSQV / 4xRTV de două ori pe zi | 12 | mâncarea reduce |
| saquinavir/ritonavir | 1000mg/100mg | 5xSQV / 1xRTV de două ori pe zi | 12 | efectele secundare |

[Inviraz, formula cu gelule solide a saquinavirului poate fi folosit în locul gelulelor moi de Fortovaz în cazul folosirii ritonavirului. Inviraz este o pastilă mai mică și are mai puține efecte secundare]

| | | | | |
|--------------------------|-------------|--|---|------------------------------------|
| fosamprenavir*/ritonavir | 700mg/100mg | 1xFosAPV / 1xRTV, o dată sau de două ori pe zi | | fără |
| atazanavir/ritonavir | 300mg/100mg | 2xATV / 1xRTV, o dată pe zi | 3 | fără |
| tipranavir/ritonavir | 500mg/200mg | 2XTPV / 2xRTV, de două ori pe zi | 8 | mâncarea reduce efectele secundare |

INHIBITORI DE PROTEAZĂ [anumiți IP sunt utilizați fără potențare cu ritonavir, soluție în general nerecomandabilă]

| | | | | |
|------------|-------------------|-----------------------------|----|---------------------------|
| indinavir | Crixivan | 2 capsule, de 3 ori pe zi | 6 | 2h după masăși 1h înainte |
| nelfinavir | Viracept (filmat) | 5 tablete de două ori pe zi | 10 | cu mâncare |
| atazanavir | Reyataz | 2 capsule, o dată pe zi | 2 | cu mâncare |

INHIBITORI DE FUZIUNE

| | | | |
|------------|--------------|---|------|
| enfuvirtid | T-20, Fuzeon | injecții subcutanate, de două ori pe zi | fără |
|------------|--------------|---|------|

ALTE MEDICAMENTE UTILIZATE ÎN TRATAMENTUL HIV

| | |
|----------------------|--|
| Interleukin-2 (IL-2) | Tratament imun experimental, folosit în combinație cu terapia pentru a crește numărul de CD4. IL-2 se administrează prin injecție, timp de 5 zile, la fiecare două luni și are efecte secundare severe, sub formă de simptome de gripă pe toată durata celor 5 zile. |
|----------------------|--|

Anexa VI: Surse de informații suplimentare

Următoarele surse în limba engleză oferă informații pe diverse nivele.

Nivel de bază și mediu

New Mexico AIDS Infonet

Cel mai complet set de rapoarte, care acoperă o gamă largă de subiecte referitoare la HIV, inclusiv informații cu privire la teste și monitorizare, efecte secundare, infecții oportuniste și fiecare medicament anti-HIV. În limbile engleză și spaniolă. Informațiile sunt actualizate lunar. Este unul dintre puținele site-uri care nu păstrează online date învechite. .

<http://www.aidsinfontet.org/topics.php>

HIV i-Base – ghiduri de tratament

Aceste ghiduri sunt alcătuite într-un format similar manualului de față. Se pune accent pe accesibilitatea limbajului și pe informațiile de ultimă oră. Editate de o organizație condusă de activiști HIV pozitivi. Materialul nu este sub protecția drepturilor de autor, acesta putând fi copiat și tradus.

Începutul tratamentului: Introducere în terapia combinată

<http://www.i-base.info/pub/guides/combo903/index.html>

Schimbarea terapiei tratamentului: ghid pentru terapia de nivelului doi, de salvare

<http://www.i-base.info/pub/guides/salv1103/index.html>

Ghid de evitare și gestionare a efectelor secundare

<http://www.i-base.info/pub/guides/side802/index.html>

HIV, sarcina și sănătatea femeilor

<http://www.i-base.info/pub/guides/pregnancy03/index.html>

Surse pentru studii avansate și recomandări

Buletin de tratament HIV

Buletin lunar care cuprinde articole din reviste pe teme medicale și rapoarte de la conferințe, cu accent pe îngrijire clinică. Se distribuie gratuit în format pe hârtie, online și pdf.

Conceput în limbaj tehnic, este editat de o organizație condusă de activiști HIV pozitivi

<http://www.i-Base.info>

aidsmap

Un website din Marea Britanie cu informații detaliate. Toate informațiile cu privire la tratament au trimiteri la surse. Util pentru trecerea în revistă a medicamentelor și bolilor.

Verificați datele pentru rapoarte cu conținut în limbaj accesibil.

<http://www.aidsmap.com>

HIV inSite Knowledge Base

Manual online de referință, cu capitole separate consacrate fiecărui aspect al tratamentului anti-HIV.

În limbaj strict tehnic. Lunar se adaugă capitole noi, cu informații actualizate. Verificați data ultimei actualizări în partea de sus a paginii.

<http://hivinsite.ucsf.edu/>

Medscape

Un website profesional, cu multe aspecte privind îngrijirea medicală profesională, inclusiv despre HIV. Înregistrare gratuită, o singură dată. Conține rapoarte de la conferințe și acces gratuit la revistele selectate.

<http://www.medscape.com>

Ghiduri de tratament

Ghiduri OMS:

http://www.who.int/3by5/publications/documents/arv_guidelines/en/

Ghiduri din SUA (pentru prevenire, tratament, infecții oportuniste, copii și sarcină):

<http://www.hivatis.org/>

Ghidurile din Marea Britanie, actualizate o dată la doi ani.

<http://www.bhiva.org>

Site-uri pe Internet cu informații despre tratament în limba rusă

<http://www.aids.ru>

<http://www.positivenet.ru>

<http://www.infospid.ru>

<http://www.spid.ru>