

## درمان هپاتیت مزمن B,C در بیماران نارسای کلیوی

دکتر لطف اله داودی<sup>۱</sup>

۱. گروه عفونی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران [lotfdavoodi@yahoo.com](mailto:lotfdavoodi@yahoo.com)

حدود ۱۷۰ میلیون نفر در جهان یعنی ۲,۳٪ به ویروس HCV آلوده هستند. در مطالعه گسترده ای در سال ۲۰۰۴ شیوع سرولوژی مثبت هپاتیت سی در بین بیماران دیالیزی ۱۴,۷٪ بوده که در سال ۲۰۱۲ به ۹,۵٪ کاهش یافته است. خود این ویروس هم می تواند عوارض کلیوی ایجاد کند مثل کرایو گلوبینمی.

دیده شده که درمان هپاتیت باعث بهبود پیامد کلیوی نیز می شود.

درمان در مواردی که منتظر پیوند هستیم هم توصیه می شود. امروزه درمان ارجح در کلیه موارد رژیم های خوراکی نسل جدید مهارکننده های پروتئاز می باشند.

سوفوسبوویر یکی از داروهای پر کاربرد است ولی در کلیرانس کراتینین کمتر از ۳۰ توصیه نمی شود. ولی ledipasvir, simeprevir, daclatasir دلیل داشتن متابولیسم کبدی در این بیماران می توان تجویز کرد. طبق آخرین گایدلاینها درمان انتخابی هپاتیت مزمن سی در بیماران ESRD بسته به ژنوتایپ آن متفاوت است. در ژنوتایپ ۱ و ۴ قبل از پیوند کلیه ترکیب Elbasvir 50 mg + Grazoprevir 100 به مدت ۱۲ هفته رژیم ارجح است.

در مورد استفاده از ریبوویرین در نارسای کلیوی با توجه به تشدید آنمی باید احتیاط کرد. دوز پیشنهادی روزانه ۲۰۰ میلی گرم است که در صورت افت بیش از دو واحد هموگلوبین علی رغم مصرف اریتروپوئیتین باید آنرا قطع کرد.

داروی اصلی در هپاتیت B تنوفوویر است که بایست بر اساس GFR اصلاح شود. در کلیرانس بالای ۵۰ دوز معمولی یک قرص ۳۰۰ میلی گرمی تجویز می شود ولی در کلیرانسی ۳۰-۴۹ یک قرص یک روز در میان و در کلیرانس کلیوی ۱۰-۲۹ هر ۷۲-۹۶ ساعت و در کلیرانس کمتر از ۱۰ و بیماران دیالیزی مقدار آن هفتگی یک قرص ۳۰۰ خواهد بود. انتکاویر هم متناسب با GFR باید کاهش دوز داده شود.