

полному излечению при применении как терапевтических, так и хирургических методов. Цель терапии – достижение и сохранение ремиссии, а также улучшение качества жизни пациентов. Современные требования к лечению включают также достижение и сохранение заживления слизистой оболочки кишечника (в том числе по данным гистологического исследования).

Терапевтический подход зависит от локализации заболевания, тяжести его течения и наличия осложнений. Однако следует отметить, что локализация поражения учитывается только при назначении таргетных препаратов, таких, например, как сульфасалазин, месалазин и покрытый кишечнорастворимой оболочкой будесонид. Считается, что все остальные препараты (кортикостероиды, меркаптопурин, азатиоприн, метотрексат, инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаб пегол) для лечения БК действуют на протяжении всего ЖКТ.

Клинический ответ необходимо оценивать в течение нескольких недель, а контроль нежелательных явлений проводить в ходе всего периода терапии. При обострениях заболевания лечение должно продолжаться до достижения клинической ремиссии или установления его неэффективности. В целом улучшение обычно наступает в течение 2–4 нед, в то время как ремиссия через 12–16 нед. После достижения ремиссии пациентам должна быть подобрана поддерживающая терапия. При сохранении симптомов требуется альтернативное лечение.

Хирургические вмешательства показаны при неопластических/пренеопластических поражениях, обструктивных стенозах, гнойных осложнениях или в случае резистентности заболевания к медикаментозному лечению.

Не следует применять наркотические анальгетики, за исключением послеоперационного периода, поскольку, учитывая хроническое течение БК, возможно развитие привыкания и зависимости.

Легкое обострение (низкая активность заболевания)

- **Месалазин.** В клинической практике при поражении подвздошной кишки, сочетанном поражении подвздошной и толстой кишки или изолированном поражении толстой кишки обычно назначается месалазин 3,2–4 г/сут либо при вовлеченности в процесс подвздошной и толстой кишки или поражении только толстой кишки – сульфасалазин в дозе 3–6 г/сут.

Несмотря на достаточно широкое пероральное применение месалазина, результаты исследований свидетельствуют о том, что в сравнении с плацебо этот препарат обладает минимальными преимуществами (уровень доказательности А) и значительно менее эффективен, чем будесонид или традиционные кортикостероиды. Мета-анализ 3 крупных исследований, посвященных изучению эффективности месалазина в дозе 4 г/сут, продемонстрировал статистически достоверное его превосходство в сравнении с плацебо, которое, однако, не имело существенного значения в