

клинической практике, так как различие ИАБК в группах пациентов, получавших месалазин и плацебо, составило всего 18 баллов. Таким образом, убедительных доказательств применения препаратов 5-АСК в качестве терапии первой линии не получено.

- **Будесонид.** Будесонид в дозе 9 мг/сут с контролируемым высвобождением в подвздошной кишке более эффективен для лечения пациентов с поражением подвздошной кишки и/или восходящей ободочной кишки по сравнению с месалазином в дозе 4 г/сут и плацебо. Эффективность препарата сходна с таковой у традиционных пероральных кортикостероидов, причем сочетание эффективности и безопасности у будесонида оказалось наиболее оптимальным. По этой причине будесонид рекомендован в качестве первой линии терапии у пациентов с легкой или умеренной степенью тяжести БК (низкой активностью процесса), локализация поражения у которых ограничена подвздошной и/или восходящей ободочной кишкой.

- **Метронидазол.** Метронидазол в дозе 10–20 мг/кг/сут может применяться в случае неэффективности сульфасалазина. Однако в литературе не приводятся данные относительно эффективности препарата при длительном применении, в то время как при его назначении более чем на 6 мес увеличивается риск развития периферической нейропатии.

- **Ципрофлоксацин.** Предположительно ципрофлоксацин в лечении незначительно выраженных обострений заболевания по эффективности сравним с месалазином и стероидами, но результаты плацебоконтролируемых исследований не приводятся.

- **Рифаксимин.** В открытом неконтролируемом исследовании показано, что прием рифаксимины в дозе 200 мг 3 раза в сутки на протяжении 16 нед уменьшает выраженность симптомов БК у пациентов с низкой активностью заболевания, однако в небольшом многоцентровом, плацебоконтролируемом исследовании продолжительностью 12 нед не было продемонстрировано преимуществ препарата, назначаемого в дозе 800 мг/сут, по сравнению с плацебо.

- **Лечение при поражении верхних отделов ЖКТ.** Из-за относительно низкой частоты БК с изолированным поражением пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки или тощей кишки контролируемые клинические исследования для определения соответствующих терапевтических рекомендаций практически отсутствуют. В неконтролируемых исследованиях показано уменьшение клинических проявлений заболевания при назначении ингибиторов протонной помпы. По этой же причине отсутствует доказательная база по лечению еюноилеита, который часто осложняется мультифокальными стриктурами, формированием синдрома избыточного бактериального роста и нарушениями трофологического статуса.

Умеренно выраженное обострение (умеренная активность заболевания)

- **Кортикостероиды.** У пациентов с умеренной степенью активности заболевания эффективно назначение преднизолона в дозе 40–60 мг/сут