(обычно на 7–28 дней) до купирования симптомов и восстановления массы тела.

Согласно результатам, полученным в нескольких плацебоконтролируемых исследованиях, при применении преднизолона в дозе 0,5–0,75 мг/ кг (или 40 мг) в сутки на протяжении 8–17 нед клинической ремиссии удалось достичь у 50–70% больных. При назначении более высоких доз преднизолона (1 мг/кг) или метилпреднизолона (1 мг/кг) частота достижения ремиссии оказалась несколько выше и составила 80–90%.

Единых рекомендаций относительно сроков и темпов снижения дозы кортикостероидных препаратов после достижения ремиссии нет. После наступления стойкого клинического улучшения общепринятым считается снижение дозы препарата на 5–10 мг/нед до 20 мг/сут и затем на 2,5–5 мг еженедельно с 20 мг до прекращения терапии.

Учитывая значимое повышение риска развития остеопороза при применении традиционных глюкокортикостероидов для лечения БК, целесообразно проведение денситометрии, прием препаратов кальция и витамина D, а также рассмотрение вопроса о назначении бисфосфонатов после начала лечения.

• **Азатиоприн и 6-меркаптопурин**. Назначаются для поддержания ремиссии, достигнутой при применении стероидов. Доказанным считается положительный эффект от добавления азатиоприна и 6-меркаптопурина к лечению кортикостероидами (число пациентов, которых необходимо пролечить для достижения ремиссии у одного больного, number needed to treat – NNT = 5).

Специальных исследований для определения оптимальной эффективной дозы азатиоприна или 6-мераптопурина не проводилось. В клинических исследованиях применялись дозы азатиоприна 2,0–3,0 мг/кг/сут и 6-меркаптопурина 1,0–1,5 мг/кг/сут.

• **Метотрексат**. Парентеральное введение метотрексата, 25 мг подкожно или внутримышечно 1 раз в неделю, эффективно для достижения ремиссии и снижения дозы стероидов у стероидорезистентных или стероидозависимых пациентов с БК. Меньшие дозы неэффективны. До назначения лечения всем больным целесообразно проводить рентгенографию органов грудной клетки исходно, в дальнейшем регулярно выполнять клинический анализ крови и анализ функции печени.

При применении метотрексата возможно развитие осложнений, таких как подавление функции костного мозга, тошнота, рвота, фиброз печени и, редко, экзогенный аллергический альвеолит. Наиболее серьезное осложнение длительной терапии – фиброз печени. К факторам риска гепатотоксичности относят ожирение, сахарный диабет, чрезмерное или длительное употребление алкоголя, исходное повышение показателей функции печени, превышение кумулятивной дозы метотрексата 1,5 г и превышение суточных доз.

До назначения препарата показано проведение биопсии у пациентов с изначально измененными показателями функции печени, при наличии одного или более факторов риска гепатоксичности и подозрении на