

К вопросу об эпидемиологии акне в Москве

М.С. Корнят¹, <https://orcid.org/0000-0002-7952-360X>, korniat.m@mosderm.ru

Э.В. Толстогузова¹, <https://orcid.org/0009-0008-8853-3341>, elvira.tolstoguzova@yandex.ru

О.Л. Новожилова¹, <https://orcid.org/0000-0003-2897-3798>, novozhilova.o@mail.ru

О.В. Жукова^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0001-5723-6573>, klinderma@inbox.ru

И.М. Корсунская^{3✉}, <https://orcid.org/0000-0002-6583-0318>, marykor@bk.ru

¹ Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 119071, Россия, Москва, Ленинский проспект, д. 17

² Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6

³ Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии Российской академии наук; 109029, Россия, Москва, ул. Средняя Калитниковская, д. 30

Резюме

От акне страдает более 9% населения мира. Пик заболеваемости приходится на 15–20 лет. Акне во взрослой популяции также встречается и имеет свои уникальные характеристики. У подростков триггером заболевания служат гормональные факторы, связанные с пубертатом, у взрослых причиной становятся патологические гормональные колебания. Ранее для терапии акне активно назначались антибиотики, но, учитывая рост антибиотикорезистентности за последние годы, схемы лечения акне претерпели изменения. В частности, снизилось использование противомикробных препаратов и увеличилось назначение ретиноидов, как топических, так и системных. В статье проанализированы эпидемиологические данные по распространенности акне в г. Москве за последние три года. Анализ 289 амбулаторных карт пациентов с акне, обращавшихся в филиал «Юго-Западный» в 2024 г., показал преобладание пациентов женского пола (59,9% против 40,1%). При этом зафиксировано следующее распределение по степеням тяжести заболевания: 241 пациент с акне легкой степени тяжести (83,4%), 43 пациента – со средней (14,9%), 5 – с тяжелой (1,7%). Тяжелая форма акне чаще наблюдалась среди пациентов мужского пола, а с легкой степенью тяжести к врачу чаще обращались пациенты женского пола. Заболеваемость выросла во всех возрастных группах с 2022 по 2024 г.: на 15% среди детей (до 14 лет), на 31% – среди подростков (15–17 лет) и на 12% – среди взрослых (от 18 лет). При этом чаще всего за помощью специалистов обращаются пациенты старше 18 лет. Терапия акне, как правило, предполагает назначение топических ретиноидов, топических антибиотиков и их комбинаций с бензоил пероксидом при легких формах, и системных ретиноидов – при тяжелых. Собственный опыт авторов позволяет рекомендовать 1% раствор клиндамицина, а также фиксированную комбинацию 1% клиндамицина и 5% бензоила пероксида в форме геля для лечения легких степеней акне, так и для более тяжелых форм в составе комбинированной терапии.

Ключевые слова: акне, эпидемиология, клиндамицин, бензоила пероксид, изотретиноин

Для цитирования: Корнят МС, Толстогузова ЭВ, Новожилова ОЛ, Жукова ОВ, Корсунская ИМ. К вопросу об эпидемиологии акне в Москве. *Медицинский совет*. 2026;20(2):34–38. <https://doi.org/10.21518/ms2026-034>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Revisiting the epidemiology of acne in Moscow

Maria S. Kornyat¹, <https://orcid.org/0000-0002-7952-360X>, korniat.m@mosderm.ru

Elvira V. Tolstoguzova¹, <https://orcid.org/0009-0008-8853-3341>, elvira.tolstoguzova@yandex.ru

Olga L. Novozhilova¹, <https://orcid.org/0000-0003-2897-3798>, novozhilova.o@mail.ru

Olga V. Zhukova^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0001-5723-6573>, klinderma@inbox.ru

Irina M. Korsunskaya^{3✉}, <https://orcid.org/0000-0002-6583-0318>, marykor@bk.ru

¹ Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 17, Leninsky Ave., Moscow, 119071, Russia

² RUDN University; 6, Miklukho-Maklai St., Moscow, 117198, Russia

³ Center for Theoretical Problems of Physical and Chemical Pharmacology of Russian Academy of Sciences; 30, Srednyaya Kalitnikovskaya St., Moscow, 109029, Russia

Abstract

Acne affects over 9% of the global population. The overall peak incidence occurs among ages 15 to 20. Acne also occurs in adults and has its own unique characteristics. In adolescents, the disease is triggered by hormonal factors involved in puberty, while in adults, it is caused by abnormal hormonal fluctuations. Antibiotics have been traditionally prescribed as treatments for acne, but due to the increasing antibiotic resistance in recent years, acne treatment regimens have changed. In particular, the use of antimicrobial drugs has declined, while the prescription of both topical and systemic retinoids has increased. This article reviewed epidemiological data on the prevalence of acne in Moscow over the past three years. The analysis of 289 outpatient medical records of acne patients who visited Yugo-Zapadny Branch in 2024 showed that female patients prevailed (59.9% vs 40.1%). The following disease severity distribution was reported: 241 patients with mild acne (83.4%), 43 with moderate acne (14.9%), and 5 with severe acne (1.7%). Severe acne was more common among male patients, while milder forms were more common among

female patients. The incidence of acne across all age groups from 2022 to 2024 increased as follows: +15% among children (under 14 years), +31% among adolescents (15–17 years), and +12% among adults (18 years and older). Patients over 18 years of age most often seek consultative assistance from highly specialized doctors. Acne treatment typically suggests prescription of topical retinoids, topical antibiotics, and their combinations with benzoyl peroxide for mild cases, and systemic retinoids for severe cases. The authors' own experience allows us to recommend a 1% clindamycin solution, as well as a fixed combination of 1% clindamycin and 5% benzoyl peroxide in gel form for the treatment of mild acne, and for more severe forms as part of combination therapy.

Keywords: acne, epidemiology, clindamycin, benzoyl peroxide, isotretinoin

For citation: Korniyat MS, Tolstoguzova EV, Novozhilova OL, Zhukova OV, Korsunskaya IM. Revisiting the epidemiology of acne in Moscow. *Meditsinskiy Sovet*. 2026;20(2):34–38. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2026-034>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Акне – распространенное воспалительное заболевание кожи во всем мире, которое, по оценкам, поражает примерно 9,4% населения мира [1]. Существуют региональные различия в заболеваемости угрями, которые могут быть связаны с различиями в окружающей среде (например, типичной влажностью, температурой и климатом), а также с типами кожи/этническим/расовым составом населения [2, 3]. Акне – многофакторное заболевание, которое, как полагают, включает в себя выраженный воспалительный компонент, наряду с фолликулярной обструкцией, из-за аномальной пролиферации кератиноцитов [4]. Количество и качество кожного сала, а также микробиом, включая баланс филоципов *Cutibacterium acnes*, считаются важными факторами развития угревой сыпи [5]. Угри долгое время считались заболеванием подростков, пик заболеваемости которого приходится на возраст от 15 до 20 лет [1]. Похоже, что эта тенденция довольно постоянна во всем мире [1]. Однако растет признание того, что акне у взрослых является распространенным подтипом с уникальными характеристиками. Как правило, дифференциальная диагностика акне во всем мире схожа и включает другие заболевания кожи лица, такие как розацеа, фолликулит, вызванный грамотрицательными бактериями, гнойный гидраденит и демодекоз.

Клиническая картина акне значительно различается в разных группах населения и может быть сложной для эффективного лечения.

Подростковые угри вызваны гормональными факторами, вызывающими повышенную выработку кожного сала и фолликулярную гиперкератинизацию в результате пубертатного созревания [5]. У взрослых причиной акне могут быть патологические гормональные колебания или повышенная чувствительность к нормальному уровню андрогенов [6–8].

У людей с акне повышен риск развития кожных (розацеа и фолликулит) и системных сопутствующих заболеваний (например, гиперлипидемии, диабета и сердечно-сосудистых заболеваний) [9–14]. Насколько нам известно, в Германии и за рубежом проведено лишь несколько исследований, посвященных эпидемиологии и лечению акне [15–18]. В частности, опубликовано несколько популяционных исследований, посвященных распространенности акне и сопутствующих заболеваний во взрослом возрасте и охвату населения врачами.

ПРИНЦИПЫ СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ

Раннее и эффективное лечение, адаптированное к тяжести акне, может предотвратить такие осложнения, как образование рубцов [19, 20]. В представленных здесь данных потребность в лечении акне, как правило, недооценена. Противомикробные препараты, ретиноиды и пероральные антибиотики были наиболее часто назначаемыми препаратами для лечения акне, что согласуется с предыдущим исследованием, использующим первичные данные [18]. Хотя лечение акне изменилось за эти годы (снижение в назначениях противомикробных препаратов и увеличение ретиноидов), заметно, что некоторые противомикробные препараты являются наиболее часто назначаемыми препаратами для акне тарда. Также очевидно, что методы лечения, соответствующие рекомендациям, преимущественно назначаются дерматологами [21]. В частности, ретиноид изотретиноин редко назначается недерматологами, но настоятельно рекомендуется для лечения акне не только в запущенных случаях [22, 23].

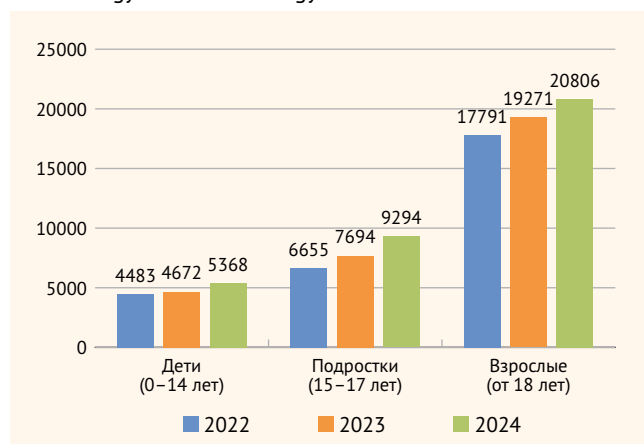
Антибиотики традиционно использовались для лечения акне, главным образом благодаря их противовоспалительным свойствам, приводящим к клиническому улучшению состояния. Однако чрезмерное использование местных и/или системных антибиотиков, длительные курсы лечения акне антибиотиками привели к появлению резистентных штаммов во всем мире [24, 25].

В более ранних отчетах рассматривалась возможная клиническая терапевтическая неэффективность пероральных или местных антибиотиков у пациентов с акне и штаммами *C. acnes*, резистентными к используемому антибиотику [26–28]. Однако в этих исследованиях пациенты в основном лечились монотерапией антибиотиками, и в настоящее время эта проблема смягчена, учитывая, что монотерапия антибиотиками противопоказана при акне; вместо этого рекомендуется комбинация с местными формулами бензоила пероксида [21, 29]. Бензоила пероксид проявляет антипропионовокислые эффекты независимо от чувствительности к антибиотикам, может усиливать проникновение и концентрацию местных антибиотиков в очагах акне, действовать в синергии с местными антибиотиками против некоторых резистентных штаммов [30] и может обращать вспять селективность местных штаммов *C. acnes*, резистентных к клиндамицину [31].

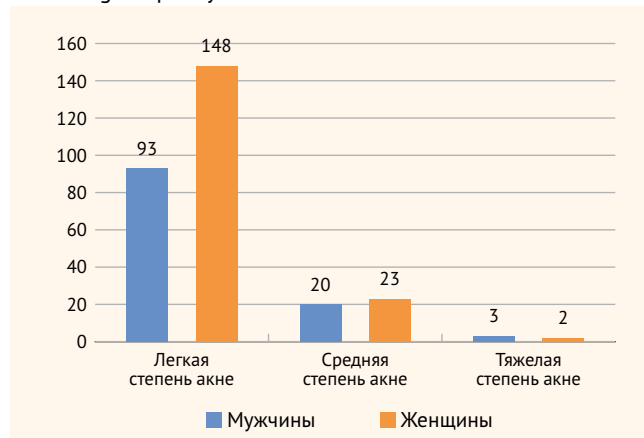
Эпидемиологические данные по г. Москве за период 2022–2024 гг., по данным Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, показывают стабильный рост заболеваемости акне во всех возрастных группах (рис. 1). Так, за 3 года заболеваемость акне среди детей выросла на 15%, среди подростков – на 31% и среди взрослого населения – на 12% (из расчета на 100 000 населения). Считается, что акне является в большей степени подростковым заболеванием, однако, если обратить внимание на абсолютные цифры, к помощи специалистов в основном прибегают взрослые пациенты (как видно из эпидемиологических данных, собранных по всем филиалам МНПЦДК ДЗМ).

Анализ 289 амбулаторных карт пациентов с акне, обращавшихся в филиал «Юго-Западный» в 2024 г., показал преобладание пациентов женского пола (59,9% против 40,1%). При этом зафиксировано следующее распределение по степеням тяжести заболевания: 241 пациент с акне легкой степени тяжести (83,4%), 43 пациента – со средней

● **Рисунок 1.** Эпидемиология акне по г. Москве за 2022–2024 гг., по данным Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии
● **Figure 1.** Acne epidemiology in Moscow 2022–2024, according to the Moscow Scientific and Practical Center of Dermato-venereology and Cosmetology



● **Рисунок 2.** Гендерное распределение по степени тяжести акне по данным филиала «Юго-Западный» за 2024 г.
● **Figure 2.** Gender distribution by acne severity 2024, according to the Yugo-Zapadny Branch



(14,9%), 5 – с тяжелой (1,7%). Гендерное распределение по тяжести течения заболевания представлено на рис. 2, из которого видно, что тяжелая форма акне чаще наблюдалась среди пациентов мужского пола, а с легкой степенью тяжести к врачу чаще обращались пациенты женского пола.

Дебют заболевания чаще всего отмечался в пубертатном периоде (до 18 лет) – 232 пациента (80,3%). При этом у 7,8% пациентов первые признаки заболевания были выявлены до 12 лет. Самый ранний возраст – 7 лет. Среди данной группы пациентов 77,8% были женского пола и 22,2%, соответственно, мужского пола. Чаще всего форма заболевания была легкой степени – 77,8%, с тяжелой формой среди данной группы был один пациент (5,5%) женского пола.

Пациентов, у которых дебют заболевания случился после 18 лет, было 57 (19,7%). Большинство пациентов были женского пола – 66,7%, 33,3% – мужского пола соответственно. Среди них у 87,7% была диагностирована легкая форма акне, у 12,3% пациентов – акне средней степени тяжести.

Учитывая преобладание акне легкой степени тяжести, основной назначаемой терапией являются топические средства, такие как топические ретиноиды, топические антибиотики и их комбинации с бензоилом пероксида. Для лечения средних и тяжелых форм акне чаще всего назначаются системные ретиноиды – изотретиноин.

Собственный клинический опыт показывает высокую эффективность применения в качестве топического антибиотика 1% раствора клиндамицина (Зеркалин) как для лечения легких степеней акне, так и для более тяжелых форм в составе комбинированной терапии [32]. Препарат легко наносится и не заметен на коже после применения, что особенно важно для пациентов женского пола. Также Зеркалин можно использовать в весенне-летний период времени, поскольку на фоне его применения не развивается фотосенсибилизация.

Кроме того, пациентам с легкой и среднетяжелой формой акне возможно назначение фиксированной комбинации 1% клиндамицина и 5% бензоила пероксида (гель Зеркалин Интенсив). Такое сочетание действующих веществ демонстрирует как противовоспалительную, так и антибактериальную активность, а также обладает кератолитическим эффектом. Клинически значимый результат от применения геля можно заметить уже с первой недели применения [33]. Особенно хорошо препарат зарекомендовал себя у взрослых пациенток [34].

Среди препаратов изотретиноина, представленных на российском рынке, мы отдаем предпочтение препарату Акнекутан. В нем используется изотретиноин, изготовленный по технологии LIDOSE, что повышает его биодоступность и приводит к низким показателям рецидивов после лечения [35, 36]. Многолетний опыт показывает, что наибольшей клинической эффективности возможно достичь при назначении Акнекутана в дозе 0,5 мг/кг сроком на 8 нед. с последующим уменьшением суточной дозы примерно каждые 2 мес. до набора кумулятивной дозы – 120 мг/кг. При использовании такой схемы длительность терапии составляет 8–12 мес., что позволяет повысить эффективность и улучшить профиль безопасности терапии [37].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рост заболеваемости акне отмечается во всем мире, и московские данные, собранные за последние три года, согласуются с этой тенденцией. Особое внимание обращает рост заболеваемости среди взрослого населения. Существуют зарубежные данные, демонстрирующие высокую встречаемость сопутствующих нежных заболеваний у взрослых пациентов с акне. Дальнейший, более подробный анализ группы взрослых пациентов с акне помог бы лучше понять связь заболевания с другими патологиями

и улучшить терапевтические подходы именно для популяции г. Москвы.

Также хотелось бы обратить внимание специалистов, что своевременное назначение эффективной терапии, соответствующей степени тяжести заболевания, позволит не только предотвратить такие осложнения течения заболевания, как образование рубцов, но и сохранить тенденцию преобладания легких форм акне.



Поступила / Received 20.12.2025

Поступила после рецензирования / Revised 12.01.2026

Принята в печать / Accepted 19.01.2026

Список литературы / References

1. Tan JK, Bhat K. A global perspective on the epidemiology of acne. *Br J Dermatol*. 2015;172(Suppl. 1):3–12. <https://doi.org/10.1111/bjd.13462>.
2. Gollnick H, Abanmi AA, Al-Enezi M, Al Hammadi A, Galadari I, Kibbi AG, Zimmo S. Managing acne in the Middle East: consensus recommendations. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31(Suppl. 7):4–35. <https://doi.org/10.1111/jdv.14491>.
3. da Rocha MAD, Fierro-Arias L, Cohen Sabban EN, Castillo RS, Chavda R, Almeida LM. Acne characteristics in Latin American patients and the potential role of trifarotene. *Int J Dermatol*. 2023;62(9):1176–1185. <https://doi.org/10.1111/ijd.16754>.
4. Friedlander SF, Eichenfield LF, Fowler JF Jr, Fried RG, Levy ML, Webster GF. Acne epidemiology and pathophysiology. *Semin Cutan Med Surg*. 2010;29(Suppl. 1):2–4. <https://doi.org/10.1016/j.sder.2010.04.002>.
5. Cunliffe WJ, Gould DJ. Prevalence of facial acne vulgaris in late adolescence and in adults. *Br Med J*. 1979;1(6171):1109–1110. <https://doi.org/10.1136/bmj.1.6171.1109>.
6. Seirafi H, Farnaghi F, Vashghani-Farahani A, Alirezaie NS, Eshahani F, Firooz A, Ghodsi SZ. Assessment of androgens in women with adult-onset acne. *Int J Dermatol*. 2007;46(11):1188–1191. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2007.03411.x>.
7. Elsaie ML. Hormonal treatment of acne vulgaris: an update. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2016;9:241–248. <https://doi.org/10.2147/CCID.S114830>.
8. Addor FA, Schalka S. Acne in adult women: epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects. *An Bras Dermatol*. 2010;85(6):789–795. <https://doi.org/10.1590/s0365-05962010000600003>.
9. Kirsten N, Mohr N, Augustin M. Prevalence and cutaneous comorbidity of acne vulgaris in the working population. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2021;14:1393–1400. <https://doi.org/10.2147/CCID.S322876>.
10. Sood S, Jafferany M, Vinaya KS. Depression, psychiatric comorbidities, and psychosocial implications associated with acne vulgaris. *J Cosmet Dermatol*. 2020;19(12):3177–3182. <https://doi.org/10.1111/jocd.13753>.
11. Saitta P, Keehan P, Yousif J, Way BV, Grekin S, Brancaccio R. An update on the presence of psychiatric comorbidities in acne patients, part 2: depression, anxiety, and suicide. *Cutis*. 2011;88(2):92–97. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21916276>.
12. Wang Y, Zhu M, Wu S, Zheng H. Acne comorbidities. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2022;15:2415–2420. <https://doi.org/10.2147/CCID.S392165>.
13. Almutawa YM, Bhattarai E, AlGhareeb M, Zhao J. Evaluation of psychiatric comorbidities and quality of life as well as brain-derived neurotrophic factor (BDNF) concentrations among patients suffering from acne vulgaris: a systematic review and meta-analysis. *Cureus*. 2023;15(1):e33357. <https://doi.org/10.7759/cureus.33357>.
14. Chandak S, Singh A, Madke B, Jawade S, Khandelwal R. Acne vulgaris and metabolic syndrome: a possible association. *Cureus*. 2022;14(5):e24750. <https://doi.org/10.7759/cureus.24750>.
15. Chang J, Nock MR, Cohen JM, Bunick CG. Acne accounts for an almost 2.5-fold higher proportion of dermatology visits among adult females compared to adult males in the United States: a study of the national ambulatory medical care survey from 2002–2016. *PLoS ONE*. 2023;18(9):e0290763. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290763>.
16. Afarideh M, Rodriguez Baisi KE, Davis DMR, Hand JL, Tollefson MM. Trends in utilization of non-first-line topical acne medications among children, adolescents, and adults in the United States, 2012–2016. *Pediatr Dermatol*. 2021;38(5):1066–1073. <https://doi.org/10.1111/pde.14733>.
17. Vasicek B, Adams W, Steadman L, Reserva J, Swan J. Coprescription of Isotretinoin and systemic corticosteroids for acne: an analysis of the national ambulatory medical care survey. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2019;12(6):27–28. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31360285>.
18. Franzke N, Zimmer L, Schafer I, Radermacher C, Kresken J, Augustin M. Quality of medical care of patients with acne vulgaris in Germany – nationwide survey of pharmacy clients. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2009;7(12):1060–1063. <https://doi.org/10.1111/j.1610-0387.2009.07155.x>.
19. Jennings T, McLarney M, Renzi M, Renzi M, Heymann WR, Decker A, Lawrence N. Acne scarring – pathophysiology, diagnosis, prevention and education: Part 1. *J Am Acad Dermatol*. 2024;90(6):1123–1134. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2022.04.021>.
20. Greydanus DE, Azmeh R, Cabral MD, Dickson CA, Patel DR. Acne in the first three decades of life: an update of a disorder with profound implications for all decades of life. *Dis Mon*. 2021;67(4):101103. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2020.101103>.
21. Nast A, Dreno B, Bettoli V, Bukvic Mokos Z, Degitz K, Dressler C et al. European evidence-based (S3) guideline for the treatment of acne – update 2016 – short version. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016;30(8):1261–1268. <https://doi.org/10.1111/jdv.13776>.
22. Nagler AR, Orlov SJ. Dermatologists' attitudes, prescription, and counseling patterns for isotretinoin: a questionnaire-based study. *J Drugs Dermatol*. 2015;14(2):184–189. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25689814>.
23. Landis MN. Optimizing isotretinoin treatment of acne: update on current recommendations for monitoring, dosing, safety, adverse effects, compliance, and outcomes. *Am J Clin Dermatol*. 2020;21(5):411–419. <https://doi.org/10.1007/s40257-020-00508-0>.
24. Coates P, Vyaknam S, Eady EA, Jones CE, Cove JH, Cunliffe WJ. Prevalence of antibiotic-resistant propionibacteria on the skin of acne patients: 10-year surveillance data and snapshot distribution study. *Br J Dermatol*. 2002;146(5):840–848. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.2002.04690.x>.
25. Dessinoti C, Katsambas A. Propionibacterium acnes and antimicrobial resistance in acne. *Clin Dermatol*. 2017;35(2):163–167. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2016.10.008>.
26. Eady EA, Cove JH, Holland KT, Cunliffe WJ. Erythromycin resistant propionibacteria in antibiotic treated acne patients: association with therapeutic failure. *Br J Dermatol*. 1989;121(1):51–57. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.1989.tb01399.x>.
27. Mills OJr, Thornsberry C, Cardin CW, Smiles KA, Leyden JJ. Bacterial resistance and therapeutic outcome following three months of topical acne therapy with 2% erythromycin gel versus its vehicle. *Acta Derm Venereol*. 2002;82(4):260–265. <https://doi.org/10.1080/000155502320323216>.
28. Sadhasivam S, Sinha M, Saini S, Kaur SP, Gupta T, Sengupta S et al. Heterogeneity and antibiotic resistance in Propionibacterium acnes isolates and its therapeutic implications: blurring the lines between commensal and pathogenic phylotypes. *Dermatol Ther*. 2016;29(6):451–454. <https://doi.org/10.1111/dth.12391>.
29. Zaenglein AL, Pathy AL, Schlosser BJ, Alikhan A, Baldwin HE, Berson DS et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol*. 2016;74(5):945–973. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2015.12.037>.
30. Eady EA, Farmery MR, Ross JJ, Cove JH, Cunliffe WJ. Effects of benzoyl peroxide and erythromycin alone and in combination against antibiotic-sensitive and -resistant skin bacteria from acne patients. *Br J Dermatol*. 1994;131(3):331–336. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.1994.tb08519.x>.
31. Cunliffe WJ, Holland KT, Bojar R, Levy SF. A randomized, double-blind comparison of a clindamycin phosphate/benzoyl peroxide gel formulation and a matching clindamycin gel with respect to microbiologic activity and clinical efficacy in the topical treatment of acne vulgaris. *Clin Ther*. 2002;24(7):1117–1133. [https://doi.org/10.1016/s0149-2918\(02\)80023-6](https://doi.org/10.1016/s0149-2918(02)80023-6).
32. Сакания ЛР, Мильдзихова ДР, Пирюзан АЛ, Корсунская ИМ. Стратегия терапии среднетяжелых и тяжелых форм акне. *Клиническая дерматология и венерология*. 2022;21(3):400–403. <https://doi.org/10.17116/klinderma202221031400>.
33. Олисова ОЮ, Шенелева АВ, Каюмова ЛН. Опыт применения геля бензоила пероксида и клиндамицина в лечении акне легкой и средней сте-

- пени тяжести. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2023;26(6):605–621. <https://doi.org/10.17816/dv611037>.
- Olisova OYu, Shepeleva AV, Kayumova LN. Experience of using benzoyl peroxide and clindamycin gel in the treatment of mild and moderate acne. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2023;26(6):605–621. (In Russ.) <https://doi.org/10.17816/dv611037>.
34. Мильдзихова ДР, Пирузян АЛ, Корсунская ИМ. Акне у беременных. *Клиническая дерматология и венерология*. 2023;22(1):70–74. <https://doi.org/10.17116/klinderma20232201170>.
- Mildzikhova DR, Piruzyan AL, Korsunskaya IM. Acne in pregnant women. *Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya*. 2023;22(1):70–74. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/klinderma20232201170>.
35. Webster GF, Leyden JJ, Gross JA. Comparative pharmacokinetic profiles of a novel isotretinoin formulation (isotretinoin-Lidose) and the innovator isotretinoin formulation: a randomized, 4-treatment, crossover study. *J Am Acad Dermatol*. 2013;69(5):762–767. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2013.05.036>.
36. Del Rosso JQ, Stein Gold L, Segal J, Zaenglein AL. An open-label, phase IV study evaluating lidose-isotretinoin administered without food in patients with severe recalcitrant nodular acne: low relapse rates observed over the 104-week post-treatment period. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2019;12(11):13–18. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32038751>.
37. Сакания ЛР, Дворянкова ЕВ, Невожинская ЗА, Бадлуева КВ, Андриенко ЕС, Белей ТВ, Корсунская ИМ. Изотретиноин-Lidose: 15 лет опыта в терапии акне. *Consilium Medicum*. 2025;27(6):328–332. <https://doi.org/10.26442/20751753.2025.6.203323>.
- Sakaniya LR, Dvoriankova EV, Niewozinska ZA, Badlueva KV, Andrienko ES, Beley TV, Korsunskaya IM. Isotretinoin-LIDOSE: 15 years of experience in acne therapy. A review. *Consilium Medicum*. 2025;27(6):328–332. (In Russ.) <https://doi.org/10.26442/20751753.2025.6.203323>.

Информация об авторах:

Корнят Мария Сергеевна, врач-дерматовенеролог, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 119071, Россия, Москва, Ленинский проспект, д. 17; korniat.m@mosderm.ru

Толстогузова Эльвира Владимировна, врач-статистик, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 119071, Россия, Москва, Ленинский проспект, д. 17; elvira.tolstoguzova@yandex.ru

Новожилова Ольга Леонидовна, заместитель главного врача по организационно-методической работе, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 119071, Россия, Москва, Ленинский проспект, д. 17; novozhilova.o@mail.ru

Жукова Ольга Валентиновна, д.м.н., профессор, главный врач, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 119071, Россия, Москва, Ленинский проспект, д. 17; заведующая кафедрой кожных и венерических болезней Медицинского института, Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6; klinderma@inbox.ru

Корсунская Ирина Марковна, д.м.н., профессор, заведующая лабораторией, Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии Российской академии наук, 109029, Россия, Москва, ул. Средняя Калитниковская, д. 30; marykor@bk.ru

Information about the authors:

Maria S. Kornyat, Dermatovenereologist, Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 17, Leninsky Ave., Moscow, 119071, Russia; korniat.m@mosderm.ru

Elvira V. Tolstoguzova, Statistician, Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 17, Leninsky Ave., Moscow, 119071, Russia; elvira.tolstoguzova@yandex.ru

Olga L. Novozhilova, Deputy Chief Physician for Organizational and Methodological Work, Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 17, Leninsky Ave., Moscow, 119071, Russia; novozhilova.o@mail.ru

Olga V. Zhukova, Dr. Sci. (Med.), Professor, Chief Medical Officer, Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 17, Leninsky Ave., Moscow, 119071, Russia; Head of the Department of Skin and Venereal Diseases of the Medical Institute, RUDN University; 6, Miklukho-Maklai St., Moscow, 117198, Russia; klinderma@inbox.ru

Irina M. Korsunskaya, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Laboratory, Center for Theoretical Problems of Physical and Chemical Pharmacology of Russian Academy of Sciences; 30, Srednyaya Kalitnikovskaya St., Moscow, 109029, Russia; marykor@bk.ru

ЗЕРКАЛИН® ИНТЕНСИВ – ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ АКНЕ

Современный комбинированный препарат
5% бензоила пероксида и 1% клиндамицина^{1,2}

ПОДХОДИТ ДЛЯ СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ АКНЕ⁴



1 упаковки
хватает на
курс лечения!

- Заметный результат применения уже с 1 недели терапии⁴
- Улучшенный профиль переносимости⁵
- Отмечены высокая эффективность и безопасность препарата^{3,5}

1. ОХЛП/Листок-вкладыш препарата Зеркалин® Интенсив. 2. Данные находятся в досье компании.

3. Олисова О.Ю. и соавт. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2023, 26(6): 605–621.

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv611037>. 4. Круглова Л.С., Тамразова А.В. И соавт. Медицинский алфавит. 2023; (5): 31-36.

<https://doi.org/10.33667/2078-5631-2023-5-31-36>. 5. Рахматулина М.Р. и соавт. Вестник дерматологии и венерологии. 2024; 100(2): 42–51. doi: <https://doi.org/10.25208/vdv1675>

ООО «ЯДРАН», 125196, г. Москва, ул. Лесная, д. 9, здание «Б»
Телефон: +7 (495) 970-18-82, www.Jadran.ru

ЯДРАН – специализированный
дерматологический портфель
для терапии акне



ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Реклама