



# Современные аспекты комплексной терапии акне: от теории к практике (резолуция совета экспертов)

А.Н. Львов, д.м.н., проф.<sup>1,2</sup>, Л.С. Круглова, д.м.н., проф.<sup>1</sup>, Е.Р. Аравийская, д.м.н., проф.<sup>3</sup>, М.Б. Дрождина, д.м.н., доцент<sup>4</sup>, Р.М. Загртдинова, д.м.н., проф.<sup>5</sup>, Ю.С. Ковалева, д.м.н., проф.<sup>6</sup>, М.М. Кохан, д.м.н., проф.<sup>7</sup>, С.В. Ключарева, д.м.н., проф.<sup>8</sup>, Е.В. Матушевская, д.м.н., проф.<sup>9</sup>, О.Ю. Олисова, д.м.н., проф., член-корр. РАН<sup>10</sup>, М.Р. Рахматулина, д.м.н., проф.<sup>11</sup>, А.В. Самцов, д.м.н., проф.<sup>12</sup>, О.А. Сидоренко, д.м.н., проф.<sup>13</sup>, Л.В. Силина, д.м.н., проф.<sup>14</sup>, Е.В. Соколовский, д.м.н., проф.<sup>3</sup>, О.Б. Тамразова, д.м.н., проф.<sup>15</sup>, А.А. Халдин, д.м.н., проф.<sup>16</sup>, Н.В. Шперлинг, д.м.н., проф.<sup>17</sup>

<sup>1</sup> Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента РФ, Москва

<sup>2</sup> Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова

<sup>3</sup> Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

<sup>4</sup> Кировский государственный медицинский университет

<sup>5</sup> Ижевская государственная медицинская академия

<sup>6</sup> Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

<sup>7</sup> Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии, Екатеринбург

<sup>8</sup> Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова

<sup>9</sup> Академия постдипломного образования, Федеральное медико-биологическое агентство России, Москва

<sup>10</sup> Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)

<sup>11</sup> Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии, Москва

<sup>12</sup> Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

<sup>13</sup> Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

<sup>14</sup> Курский государственный медицинский университет

<sup>15</sup> Российский университет медицины, Москва

<sup>16</sup> Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии

<sup>17</sup> Медицинский университет «Реавиз», Санкт-Петербург

Адрес для переписки: Андрей Николаевич Львов, [alvov@mail.ru](mailto:alvov@mail.ru)

Для цитирования: Львов А.Н., Круглова Л.С., Аравийская Е.Р. и др. Современные аспекты комплексной терапии акне: от теории к практике (резолуция совета экспертов). Эффективная фармакотерапия. 2026; 22 (20): 6–12.

DOI 10.33978/2307-3586-2026-22-20-6-12

*В статье представлены данные обсуждения практических вопросов применения топического препарата с фиксированной комбинацией клиндамицина и бензоила пероксида в качестве комплексной (стартовой) терапии у пациентов с акне. По обсуждаемым вопросам сформулированы единые рекомендации о принципах ведения пациентов в клинической практике.*

**Ключевые слова:** клиндамицин топический, бензоила пероксид топический, комбинация, стартовая терапия, акне



29 ноября 2025 г. в Санкт-Петербурге был проведен совет экспертов на тему: «Современные аспекты комплексной терапии акне: от теории к практике».

На совете были заложены основы для обсуждения организационных, методических и научно-практических вопросов в контексте применения эффективных и перспективных наружных препаратов (их фиксированных комбинаций) в лечении акне различной степени тяжести, определены алгоритмы ведения пациентов с формированием этапов рациональной терапии и возможностей сочетания наружных и системных методов лечения на основе современных данных о патогенезе, клинике и систематике акне. Так, терапевтические подходы обсуждались с учетом концепции роли первичного воспаления, морфофункциональных изменений в зоне пилосебацеального комплекса, особенностей измененного профиля микробиома у больных акне, а также возраста пациентов и наличия коморбидностей.

На основе анализа данных, представленных в фундаментальной, научно-клинической и практической частях заседания, эксперты дали детальную положительную оценку целесообразности более широкого включения в клинические рекомендации двухкомпонентного наружного геля, содержащего клиндамицин и бензоила пероксид (К + БПО), в комплексную (стартовую) терапию различных форм акне. На экспертном совете обсуждалась возможность создания сочетанных протоколов применения данной фиксированной комбинации последовательно с препаратами топических ретиноидов, азелаиновой кислотой, системным изотретиноином, аппаратными косметологическими методиками, средствами лечебной косметики для быстрого купирования обострений и поддержания продолжительности ремиссии кожного процесса, что в конечном итоге будет способствовать повышению эффективности, безопасности и комплаентности, а также оптимизации качества жизни пациентов с акне.

Предметами обсуждения на совете стали следующие вопросы:

1. Акне в структуре кожной патологии: клинико-эпидемиологический и социо-демографический анализы. Оценка потребности в терапии и вопросы комплаенса.
2. Патофизиологические и микробиологические характеристики кожи при акне.
3. Синергизм действия активных компонентов на модели комбинации клиндамицин + БПО. Неантибактериальные эффекты антибиотиков.
4. Преимущества комбинированной наружной терапии акне над монотерапией наружными ретиноидами. Показания к применению наружных средств с азелаиновой кислотой.
5. Рациональный выбор препарата и лекарственной формы для наружной терапии с учетом фармакологических характеристик и лекарственного взаимодействия.
6. Алгоритмы топической терапии акне в реальной клинической практике дерматовенеролога. Подходы к профилактике рецидивов акне.

7. Акне в контексте полиморбидности. Уточнение клинических характеристик и особенностей ведения атипичных форм заболевания. Стресс-индуцированные акне. Фульминантные акне. Предикторы формирования инверсных форм.

8. Междисциплинарное взаимодействие специалистов в рациональном обследовании и лечении больных с акне.

9. Особенности течения и лечения акне в детском и подростковом возрасте.

10. Патогенетические и клинические предпосылки возможности сочетания системной и топической терапии при акне. Перспективы сочетанного лечения акне (комбинированная топическая терапия + системный изотретиноин) с учетом индивидуальных особенностей пациента, его «фенотипического портрета».

11. Проблема акне и постакне в косметологии. Пути медикаментозной и аппаратной коррекции.

12. Обобщающий экспертный обзор зарубежных и отечественных клинических рекомендаций по лечению акне, анализ предпосылок к совершенствованию данных рекомендаций.

В заседании совета приняли участие эксперты в области дерматовенерологии, косметологии, аллергологии и иммунологии, клинической фармакологии, которые всесторонне обсудили имеющиеся данные по применению топического препарата с фиксированной комбинацией клиндамицина и БПО в терапии акне в различных группах (клинические формы, фенотипы заболевания, степень тяжести акне, ведение больных в период обострения и при достижении ремиссии, последовательные схемы, комбинированные методики, продолжительность терапии, оценка эффективности и безопасности).

Были разработаны единые рекомендации о принципах ведения пациентов в клинической практике, внесены предложения по содержанию и структуре научно-практических, научно-образовательных и организационно-методических мероприятий, направленных на расширение знаний как специалистов медицинского профиля, так и пациентских сообществ по перспективам применения двухкомпонентного наружного геля (содержащего клиндамицин и БПО) при лечении акне. Даны предложения по возможной актуализации действующих клинических протоколов и рекомендаций. Акне – хроническое воспалительное, прогредиентно протекающее заболевание сально-волосяного фолликула, клинически представленное открытыми и закрытыми комедонами, а также папулами, пустулами, узлами и кистами. Проявления угревой сыпи встречаются у 85% лиц подросткового и молодого возраста, но могут сохраняться и во взрослом возрасте (acne tarda), сочетаясь элементами постакне – рубцами (чаще атрофическими, иногда гипертрофическими, келоидными) и постэруптивной гиперпигментацией. По данным J. Tap и соавт., акне диагностируется в общей популяции у 9,4% населения и считается восьмым по счету среди самых распространенных заболеваний [1]. Современная концепция патогенеза акне включает четыре основных звена: перманентно существующее хрониче-



ское воспаление, повышение продукции и выделения кожного сала (вследствие андроген-опосредованной стимуляции клеточной пролиферации себоцитов), фолликулярный гиперкератоз и окклюзию протока пилосебацейного комплекса, а также микробную гиперколонизацию *Cutibacterium acnes* (*C. acnes*) [2, 3]. При этом ключевая роль в активации врожденного иммунитета и поддержании воспаления в проекции фолликула принадлежит так называемым патогенным флотипам *C. acnes* [4–6]. Потеря разнообразия флотипов *C. acnes* может активировать клетки врожденного иммунитета, вызывающие хроническое воспаление кожи.

Механизмы патогенетического воздействия контаминации *C. acnes* различны. Так, вызываемый *C. acnes* дисбаланс в системе матриксных металлопротеиназ приводит не только к воспалению, дезорганизации коллагена и компонентов внеклеточного матрикса, рубцеванию и ремоделированию тканей, но и способствует активному отделению бактериальных клеток от организованного сообщества «биопленок», что ведет к диссеминации микроорганизмов, их дальнейшей гиперколонизации, придавая инфекционному процессу характер хронического.

Сравнительный анализ генома показал, что штаммы *C. acnes*, ассоциированные с акне, несут дополнительные гены вирулентности по сравнению со штаммами того же флотипа, функционирующими как комменсалы. В результате вирулентность *C. acnes* повышается, количество микробных тел в колонии стабилизируется на высоком уровне, и вследствие естественного метаболизма бактерий происходит увеличение активности ферментов группы липаз, из-за чего в кожном сале возрастает концентрация олеиновой и пальмитиновой жирных кислот, также способствующих как гиперпролиферации себоцитов (повышенная секреция кожного сала реципрокно создает благоприятную анаэробную среду для роста *C. acnes*), так и поддержанию воспаления при акне [7].

Такая повышенная выработка липаз и протеаз, повреждающих стенку фолликула, миграция CD4+ лимфоцитов, нейтрофилов и моноцитов, активация Toll-like-подобных рецепторов 2-го типа (TLR-2) на моноцитах, кератиноцитах, макрофагах и дендритных клетках приводит к увеличению выработки провоспалительных цитокинов, таких как интерлейкин (ИЛ) 6, ИЛ-8, ИЛ-12, фактор некроза опухоли альфа (ФНО- $\alpha$ ), а также  $\beta$ -дефензин 2. Кроме того, *C. acnes* стимулирует экспрессию генов каспазы 1 и запуска сигнального пути с активацией инфламмосомы NLRP-3 в моноцитах, вызывая выработку ИЛ-1 $\beta$  – ключевого фактора, отвечающего за хемотаксис нейтрофилов в очаг воспаления [7].

Таким образом, отмечающийся при акне дисбаланс состава микробиоты сводится не столько к преобладанию непосредственно микробных тел *C. acnes*, сколько касается потери ее типологического разнообразия с преобладанием флотипа IA1, обладающего большей патогенностью. Известно, что данный флотип увеличивает выработку ИЛ-10 и других противовоспалительных цитокинов. Также было обнаружено, что

*C. acnes* типов IA и IB инициируют более высокие уровни липазной активности, чем флотип II типа. Ассоциированные с акне штаммы продуцируют более высокие уровни порфиринов, генерирующие активные формы кислорода, что также индуцирует процесс воспаления в коже. Из условно-патогенной флоры также встречаются *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, из комменсальных микроорганизмов – *Malassezia* spp., а также *Demodex folliculorum* [2, 4, 7]. В этой связи изучению и терапевтической коррекции микробиома кожи при акне стратегически уделяется особое внимание [8]. Исходя из приведенной в проекте клинических рекомендаций Российской ассоциации дерматовенерологов и косметологов классификации (2026 г.), с учетом клинической картины заболевания выделяют [9]: комедональные акне; папуло-пустулезные акне легкой и средней степеней тяжести; тяжелые папуло-пустулезные акне, узловатые акне умеренной степени тяжести; узловатые акне тяжелой степени, конглобатные акне.

К особым формам акне относятся фульминантные акне, эскорирированные акне, бодибилдинг-акне, солнечные угри (акне Майорка), акне вследствие ионизирующей радиации, галогеновые акне.

С 2018 г., согласно рекомендациям Глобального альянса по лечению акне (Global Alliance acne treatment), градация степени тяжести акне проводится по семи степеням.

К сожалению, имеющиеся классификации не могут быть в полной мере использованы для оценки динамики состояния пациента на фоне проводимого лечения, так как объективно не отражают небольшие, но значимые изменения в картине дерматоза. В этой связи рабочей группой комитета Российского общества дерматовенерологов и косметологов предложены европейские уточнения и дополнения имеющихся существующих классификаций акне, базирующиеся на методике подсчета высыпаний, с возможностью оценки изменения степени тяжести при поражении иных, кроме кожи лица, себорейных зон, выхода эфлоресценций за пределы данных зон, а также наличия рубцов постакне [10].

Подбор терапии при акне осуществляется в зависимости от степени тяжести и включает наружную и системную терапию, а также средства лечебной косметики. При определении степени тяжести акне учитывают: распространенность, глубину процесса, количество элементов, влияние на психоэмоциональную сферу, наличие рубцов. При легкой степени тяжести препаратами выбора являются наружные средства, при средней степени тяжести возможно сочетание наружной терапии с системными препаратами (изотретиноин, антибиотики тетрациклинового ряда, блокаторы андрогенных рецепторов и др.), при тяжелой степени предпочтение отдают системному изотретиноину.

Основными наружными препаратами являются топические ретиноиды, БПО, препараты азелаиновой кислоты и антибиотики. Препараты используются как в монорежиме, так и в комбинациях. Наружная терапия назначается на длительный срок, в среднем от трех месяцев до года, и при достижении регресса высыпа-



ний производится переход на поддерживающее лечение. Монотерапия топическими антибиотиками в силу рисков развития антибиотикорезистентности на сегодняшний день не рекомендована [11].

Топические ретиноиды являются ведущей группой в наружной терапии акне, однако их действие зачастую носит отсроченный характер и уверенно проявляется только через четыре недели от начала лечения. Для достижения выраженного эффекта требуется длительное использование, иногда данные препараты назначают в качестве поддерживающей терапии после завершения курса системного изотретиноина [12].

Для лечения поствоспалительной гиперпигментации, а также для достижения значимого комедонолитического эффекта используют азелаиновую кислоту в виде крема или геля; данный препарат также позволяет дополнить и усилить действие других топических средств в комбинации [11].

Современная стратегия терапии акне характеризуется снижением частоты назначения антибиотиков по сравнению с предыдущими методами. Действительно, в прежние годы количество применяемых антибиотиков у пациентов с акне, как пероральных, так и местных, было более значительным, что внесло свой вклад в распространение антибиотикорезистентности.

С учетом того что терапия акне в большинстве случаев является достаточно продолжительной, риск развития устойчивости к антибиотикам патогенных микроорганизмов, обитающих на коже, резко возрастает [5]. Поэтому топические антибактериальные препараты в монотерапии не используются, но обоснована целесообразность применения клиндамицина в сочетании с БПО (в виде фиксированной комбинации) в качестве стартовой терапии, обеспечивающей быстрый регресс воспалительных папул и пустул, с последующим переходом на наружные ретиноиды (адапален, возможно, в составе фиксированной комбинации с БПО, трифаротен), а также на фоне системной терапии изотретиноином. При этом подчеркивается, что БПО не способствует развитию резистентности и оказывает выраженный бактерицидный эффект по отношению к *S. acnes* [13, 14].

С целью преодоления антибиотикорезистентности разработаны и приобрели значительную доказательную базу комбинированные препараты, оказывающие действие на различные звенья патогенеза акне (адапален + БПО, адапален + клиндамицин и др.). В Европейских рекомендациях 2016 г. уже содержатся четкие и аргументированные указания по применению БПО в сочетании с клиндамицином: согласно данному европейскому протоколу, комбинация БПО и клиндамицина имеет самый высокий уровень доказательности при лечении акне легкой и средней степеней тяжести. Считается, что данная комбинация препятствует развитию антибиотикорезистентности и повышает эффективность терапии, даже если имеется устойчивость к антибиотикам [12, 15].

Российский комбинированный препарат Клиндовит Комбо гель (клиндамицин + БПО) (код АТХ D10AF51) является комбинированным средством для наружно-

го применения, показан при акне (*acne vulgaris*) легкой и умеренной степеней тяжести, особенно с преобладанием воспалительных поражений кожи. В состав препарата входит БПО (5%), который является высоколипофильным окислителем с бактерицидным и дополнительным кератолитическим действием. БПО обладает неспецифическим бактерицидным механизмом действия, образуя активные формы кислорода, которые препятствуют появлению резистентных к клиндамицину микроорганизмов. Клиндамицин (1%) относится к классу антибиотиков из группы линкозамидов и обладает бактериостатическим (блокирует процессы рибосомального синтеза), а также – в более высоких концентрациях – бактерицидным действием против грамположительных аэробных микроорганизмов и широкого спектра анаэробных бактерий.

В отдельных исследованиях проводили изучение противовоспалительных свойств антибиотиков при акне, а также взаимосвязи между колонизацией кожи устойчивыми к антибиотикам пропионибактериями *S. acnes* и результатами лечения. Были уточнены особенности неантибактериального противовоспалительного эффекта клиндамицина, стимулирующего процессы опсонизации и фагоцитоза, модулирующего функциональную активность нейтрофилов. При назначении клиндамицина отмечено снижение выраженности иммунного ответа на *S. acnes* в фолликуле, что уменьшает инфильтрацию воспалительными клетками и количество папуло-пустулезных элементов.

Клиндовит Комбо рекомендуется пациентам старше 12 лет с акне легкой и умеренной степеней тяжести, особенно с преобладанием воспалительных элементов на коже, один раз в день. Продолжительность лечения зависит от клинической картины заболевания и в среднем составляет от двух до пяти недель, но не более 12 недель. Препарат обладает хорошими органолептическими свойствами, что повышает приверженность к лечению больных и, в отличие от терапии топическими ретиноидами, не вызывает сухость кожи. Из возможных нежелательных эффектов пациенты очень редко отмечают возникновение легкого жжения, слабо выраженных эритем, шелушения; эти местные реакции не достигают уровня таковых при использовании наружных ретиноидов и легко нивелируются применением эмолентов.

Благодаря своему составу препарат обладает двойным механизмом действия: клиндамицин 1% оказывает антибактериальное, противовоспалительное и антикомедогенное действие, БПО 5% имеет выраженный кератолитический и антибактериальный эффект, реализуемый благодаря воздействию активных форм кислорода, в том числе на резистентные к клиндамицину бактерии. Широкий спектр патогенетического действия создает предпосылки для широкого эффективного его применения при легких и среднетяжелых формах акне, а также ведет к снижению риска развития антибиотикорезистентности. Видимый противовоспалительный эффект наступает быстрее, чем при применении топических препаратов, в состав которых входит адапален, в связи с наличием прямого антибак-



териального, противовоспалительного, кератолитического эффектов.

Накоплена солидная доказательная база эффективности применения БПО с клиндамицином в лечении больных акне.

В. Stuart и соавт. (2021) был проведен систематический обзор и сетевой метаанализ сравнительной эффективности и переносимости топических препаратов при лечении акне. В исследование были включены данные CENTRAL, MEDLINE, Embase and World Health Organization Trials Registry: 40 клинических исследований (18 089 пациентов с акне). Анализ результатов продемонстрировал, что комбинированные препараты с фиксированной комбинацией клиндамицина фосфат + БПО (К + БПО) и адапален + БПО (А + БПО) более эффективны, чем монотерапия наружным адапаленом. Также было показано, что применение комбинированного препарата, содержащего БПО и клиндамицин, позволяет достичь более быстрого и значительного эффекта при терапии акне в сравнении с применением препарата, содержащего только клиндамицин [16].

В исследовании N. Hayashi и соавт. (2018) было показано, что препарат с фиксированной комбинацией клиндамицина фосфата 1,2% + БПО 3% оказался более эффективным, чем комбинированная терапия препаратом адапалена 0,1% и гелем клиндамицина фосфата 1,2%, начиная со второй недели лечения. Применение К + БПО было также сопряжено с меньшим общим уровнем побочных реакций, чем адапалена + клиндамицина (А + К) (17 и 37% соответственно). Приверженность пациентов и качество жизни были выше при применении К + БПО (по простоте применения, комфорту, удовлетворенности терапией, готовности продолжать использовать препарат) по сравнению с лечением А + К [17].

В сравнительном исследовании, предпринятом Р. Gonzalez и соавт. (2012), для оценки эффективности и переносимости комбинированных препаратов для местного применения при акне фиксированные комбинации клиндамицин 1% + БПО 5% и адапалена 0,1% + БПО 2,5% (гель) показали одинаковую эффективность лечения, однако уже на первой неделе лечения эффективность К + БПО была статистически выше, чем А + БПО. При этом С + БПО имел лучший профиль переносимости, чем А + БПО, а удовлетворенность лечением у пациентов была самой высокой при применении К + БПО [18].

В многоцентровом рандомизированном проспективном 12-недельном исследовании Н.С. Ко и соавт. (2009) оценивали эффективность наружной терапии комбинацией клиндамицин 1% + БПО 5% по сравнению с монотерапией адапаленом 0,1% у пациентов с акне [19]. В исследование были включены 69 пациентов с акне легкой и средней степеней тяжести, которые были рандомизированы в две группы терапии в зависимости от ее типа. 31 пациенту первой группы была назначена терапия гелем клиндамицин 1% и БПО 5%, а 38 пациентов второй группы получали гель адапален 0,1%. Было показано преимущество применения фиксированной комбинации клиндамицин 1% + БПО 5% в терапии акне легкой и средней степеней тяжести, выразившее-

ся в более быстром уменьшении числа воспалительных элементов в первой группе по сравнению со второй: в среднем с 31,6 до 9,3 и с 26,6 до 14,8 соответственно. Через 12 недель лечения у пациентов первой группы на фоне применения фиксированной комбинации БПО с клиндамицином удалось достичь практически чистой кожи (3,2 воспалительных элемента) по сравнению с пациентами второй группы, применявшими гель адапален (9,7 воспалительных элемента).

В исследовании С.С. Zouboulis и соавт. (2009) оценивали эффективность и безопасность комбинации БПО с клиндамицином по сравнению с комбинацией адапалена и БПО. Было показано, что обе комбинации имеют схожую эффективность, однако при применении комбинации БПО с клиндамицином достигается лучший результат терапии в более короткое время с лучшим профилем переносимости [20].

В исследовании М. Schaller и соавт. (2016) было показано, что фиксированная комбинация клиндамицина фосфат 1% + БПО 3% продемонстрировала более выраженную эффективность, лучший профиль переносимости и улучшение параметров качества жизни по сравнению с монотерапией азелаиновой кислотой 20% в лечении акне легкой и средней степеней тяжести [21].

Таким образом, использование фиксированной комбинации К + БПО обладает рядом несомненных преимуществ: способствует более высокой эффективности в сравнении с однокомпонентными препаратами; снижает риск появления как воспалительных, так и невоспалительных элементов сыпи уже со второй недели применения; лечебный результат, сопоставимый по эффективности с комбинацией А + БПО, достигается в более короткое время. Следует особо отметить, что в первые недели лечения фиксированной комбинации отмечается высокая удовлетворенность пациентов благодаря четко визуализируемому эффекту, что способствует приверженности назначенной терапии этим препаратом.

В ряде отечественных публикаций [22–25] продемонстрированы серии клинических случаев, где выявлены высокая эффективность и патогенетическая обоснованность применения геля, содержащего клиндамицин 1% + БПО 5%. Имеются работы, показывающие синергетическое действие при лечении такой фиксированной комбинацией в сочетании с фотодинамической терапией в косметологической практике, что оказывало значимо выраженное влияние на элиминацию анаэробов как резидентной, так и транзитной микробиоты при акне [26].

Важное значение в исследованиях уделено профилю безопасности. Гель в фиксированной комбинации клиндамицин 1% + БПО 5% лучше переносится в сравнении с другими комбинированными препаратами для лечения акне, формируя таким образом лучшую приверженность пациентов проводимому лечению и повышая общий комплаенс. Благодаря хорошему профилю безопасности препарат был рекомендован к применению для лечения акне у женщин, планирующих беременность. Перспективно применение



фиксированной комбинации и у женщин с *acne tarda*, в том числе для своевременной превенции развития симптомокомплекса поствоспалительной гиперпигментации и рубцов.

По результатам обсуждения изученных данных эксперты констатировали, что фиксированная комбинация клиндамицин 1% + БПО 5% является эффективным, безопасным вариантом лечения акне легкой и средней степеней тяжести. Препарат можно назначать в качестве монотерапии, предпочтительно на старте лечения и с последующим возможным назначением топических ретиноидов, фиксированных комбинаций БПО + адаплен или системного изотретиноина.

На основании экспертных заключений были сформулированы следующие выводы:

1. Двойная фиксированная комбинация клиндамицин 1% + БПО 5% обладает поливалентным механизмом патогенетического действия и может использоваться у пациентов с папуло-пустулезными акне, при экскорирированных акне, а также при инверсных акне с локализациями на волосистой части головы.
2. Наиболее оптимальной схемой применения фиксированной комбинации клиндамицин 1% + БПО 5% может являться стартовая наружная терапия на протяжении 8–12 недель (однократное нанесение в сутки), при этом терапевтический эффект может отмечаться уже через две – пять недель от начала лечения.
3. Назначение наружных ретиноидов (как в виде монотерапии, так и фиксированной комбинации А + БПО) может осуществляться либо последовательно, после

завершения курса К + БПО, либо одновременно с комбинацией К + БПО.

4. При торпидности кожного процесса (упорная пустулизация, устойчивость к проводимым методам лечения) возможно эпизодическое повторение курса К + БПО на фоне основного лечения по схеме инициальной терапии – для усиления действия проводимого в данный момент вида терапии.
5. Применение фиксированной комбинации К + БПО может быть показано при начале терапии системным изотретиноином в стандартных дозировках, на этапе оптимизации (эскалации/деэскалации) дозы, для купирования/профилактики «раннего ретиноидного обострения», сопровождающегося появлением новых воспалительных высыпаний.
6. В настоящее время более широкое включение препарата для лечения акне, содержащего фиксированную комбинацию клиндамицин 1% + БПО 5%, в клинические рекомендации является обоснованным и целесообразным. С учетом результатов отечественных и зарубежных публикаций по доказанной эффективности, безопасности фиксированной комбинации К + БПО, а также анализа данных клинических исследований и опыта реальной клинической практики можно рекомендовать оптимизировать и дополнить имеющуюся версию клинических рекомендаций по нозологии «акне». ●

#### Конфликт интересов.

*Материалы по продукту были предоставлены компанией «АКРИХИН». Все решения по финальному тексту принимали авторы резолюции совета экспертов.*

## Литература

1. Tan J. K. L., Stein Gold L.F., Alexis A.F., Harper J.C. Current concepts in acne pathogenesis: pathways to inflammation. *Semin. Cutan. Med. Surg.* 2018; V. 37 (3S): S. 60–62.
2. Li Y., Hu X., Dong G., et al. Acne treatment: research progress and new perspectives. *Front. Med.* 2024; 11: 1425675.
3. Львов А.Н., Корнят М.С., Игошина А.В., Назаренко А.Р. Перспективы в терапии акне: аналитический обзор. *Клиническая дерматология и венерология.* 2019; 18 (2): 115–128.
4. Zhang L., Cai Y., Li L., et al. Analysis of global skin microbiome trends and hotspots in acne: a bibliometric perspective. *BioData Min.* 2025; 18 (1): 19.
5. Ковалева Ю.С., Кокина О.А., Шепилева Т.Н. Вопросы резистентности при акне: пути решения. *Медицинский совет.* 2023; 17 (2): 76–82.
6. Крутлова Л.С., Грязева Н.В., Вербовая Е.Д. Микробиом кожи при акне и роль дерматокосметики в комплексном лечении (обзор литературы). *Медицинский алфавит.* 2023; 24: 56–60.
7. Vasam M., Korutla S., Bohara R.A. Acne vulgaris: a review of the pathophysiology, treatment, and recent nanotechnology based advances. *Biochem. Biophys. Rep.* 2023; 36: 101578.
8. Матушевская Е.В., Свирищевская Е.В. Акне и розацеа. 2-е издание, переработанное и дополненное. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2024.
9. Клинические рекомендации. Акне вульгарные. Российское общество дерматовенерологов и косметологов, 2026. <https://cnikvi.ru/klinicheskie-rekomendacii-rossijskogo-obshchestva/klinicheskie-rekomendacii/#proekty-klinicheskikh-rekomendacij/dermatologiya>.
10. Аравийская Е.Р., Самцов А.В., Соколовский Е.В. и др. К вопросу об оценке по степени тяжести и классификации акне. *Вестник дерматологии и венерологии.* 2022; 98 (6): 48–54.
11. Крутлова Л.С., Тамразова А.В., Грязева Н.В., Стенько А.Г. Алгоритм ведения пациентов с папуло-пустулезным акне. *Медицинский алфавит.* 2023; 5: 31–36.
12. Thiboutot D.M., Dreno V., Abanmi A., et al. Practical management of acne for clinicians: an international consensus from the Global alliance to improve outcomes in acne. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2018; 78 (2 Suppl. 1): S1–S23.
13. Cunliffe W.J., Holland K.T., Bojar R., Levy S.F. 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.
14. Leyden J.J., Hickman J.G., Jarratt M.T., et al. The efficacy and safety of a combination benzoyl peroxide/clindamycin topical gel compared with benzoyl peroxide alone and a benzoyl peroxide/erythromycin combination product. *J. Cutan. Med. Surg.* 2001; 51 (1): 37–42.



15. Nast A., Dréno B., Bettoli V., 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.
16. Stuart B., Maund E., Wilcox C., et al. Topical preparations for the treatment of mild-to-moderate acne vulgaris: systematic review and network meta-analysis. *Br. J. Dermatol.* 2021; 185 (3): 512–525.
17. Hayashi N., Akamatsu H., Iwatsuki K., et al. Japanese dermatological association guidelines: guidelines for the treatment of acne vulgaris 2017. *J. Dermatol.* 2018; 45: 898–935.
18. Gonzalez P., Vila R., Cirigliano M. The tolerability profile of clindamycin 1%/benzoyl peroxide 5% gel vs. adapalene 0.1%/benzoyl peroxide 2.5% gel for facial acne: results of a randomized, single-blind, split-face study. *J. Cosmet. Dermatol.* 2012; 11 (4): 251–260.
19. Ko H.C., Song M., Seo S.H., et al. Prospective, open-label, comparative study of clindamycin 1%/benzoyl peroxide 5% gel with adapalene 0.1% gel in Asian acne patients: efficacy and tolerability. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2009; 23 (3): 245–250.
20. Zouboulis C.C., Fischer T.C., Wohlrab J., et al. Study of the efficacy, tolerability, and safety of 2 fixed-dose combination gels in the management of acne vulgaris. *Cutis.* 2009; 84: 223–229.
21. Schaller M., Sebastian M., Röss C., et al. Multicentre, randomized, single-blind, parallel-group study comparing the efficacy and tolerability of benzoyl peroxide 3%/clindamycin 1% with azelaic acid 20% in the topical treatment of mild-to-moderate acne vulgaris. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2016; 30 (6): 966–973.
22. Загртдинова Р.М., Загртдинова Р.Н., Мустафаева Э.Ш. Возможности повышения эффективности терапии акне. *Медицинский совет.* 2024; 18 (14): 102–106.
23. Дворянкова Е.В., Дениева М.И., Хисматуллина З.Р. Микробиом кожи у пациентов с акне. *Медицинский совет.* 2023; 17 (14): 45–50.
24. Силина Л.В. Комплексная терапия акне: от теории к практике. *Медицинский совет.* 2025; 19 (5): 182–186.
25. Рахматулина М.Р., Кондрахина И.Н., Егорова Е.П. и др. Эффективность и безопасность комбинированного препарата (5% бензоила пероксид / 1% клиндамицин) в терапии акне различной степени тяжести: результаты открытого рандомизированного сравнительного клинического исследования. *Вестник дерматологии и венерологии.* 2024; 100 (2): 42–51.
26. Олисова О.Ю., Шепелева А.В., Каиль М.В. Микробиом кожи больных акне средней степени тяжести при лечении с использованием фиксированной комбинации «бензоила пероксид 5% + клиндамицин 1%» в сочетании с фотодинамической терапией. *Медицинский алфавит.* 2025; 8: 61–68.

## Modern Aspects of the Complex Therapy in Acne: from Theory to Practice (Resolution of the Council of Experts)

A.N. Lvov, PhD, Prof.<sup>1,2</sup>, L.S. Kruglova, PhD, Prof.<sup>1</sup>, E.R. Araviyskaya, PhD, Prof.<sup>3</sup>, M.B. Drozhkina, PhD, Ass. Prof.<sup>4</sup>, R.M. Zagrtidinova, PhD, Prof.<sup>5</sup>, Yu.S. Kovaleva, PhD, Prof.<sup>6</sup>, M.M. Kokhan, PhD, Prof.<sup>7</sup>, S.V. Klyuchareva, PhD, Prof.<sup>8</sup>, E.V. Matushevskaya, PhD, Prof.<sup>9</sup>, O.Yu. Olisova, PhD, Prof., Corresponding Member of the RAS<sup>10</sup>, M.R. Rakhmatulina, PhD, Prof.<sup>11</sup>, A.V. Samtsov, PhD, Prof.<sup>12</sup>, O.A. Sidorenko, PhD, Prof.<sup>13</sup>, L.V. Silina, PhD, Prof.<sup>14</sup>, E.V. Sokolovskiy, PhD, Prof.<sup>3</sup>, O.B. Tamrazova, PhD, Prof.<sup>15</sup>, A.A. Khaldin, PhD, Prof.<sup>16</sup>, N.V. Shperling, PhD, Prof.<sup>17</sup>

<sup>1</sup> Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow

<sup>2</sup> Lomonosov Moscow State University

<sup>3</sup> Pavlov University, St. Petersburg

<sup>4</sup> Kirov State Medical University

<sup>5</sup> Izhevsk State Medical Academy

<sup>6</sup> Altai State Medical University, Barnaul

<sup>7</sup> Ural Research Institute for Dermatovenereology and Immunopathology, Yekaterinburg

<sup>8</sup> St. Petersburg State Medical Academy named after I.I. Mechnikov

<sup>9</sup> Academy of Postgraduate Education, Federal Medical and Biological Agency of Russia, Moscow

<sup>10</sup> I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

<sup>11</sup> State Scientific Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Moscow

<sup>12</sup> S.M. Kirov Military Medical Academy, St. Petersburg

<sup>13</sup> Rostov State Medical University, Rostov-on-Don

<sup>14</sup> Kursk State Medical University

<sup>15</sup> Russian University of Medicine, Moscow

<sup>16</sup> Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology

<sup>17</sup> Medical Reaviz University, St. Petersburg

Contact person: Andrey N. Lvov, alvov@mail.ru

*The expert authors present their conclusions after the discussion on practical application of a topical preparation with a fixed combination of Clindamycin and Benzoyl Peroxide as a complex (initial) therapy of patients with acne. Joint recommendations on the issues under discussion, namely, principles of management of patients with acne in the clinical practice have been formulated.*

**Keywords:** topical Clindamycin, topical Benzoyl Peroxide, combined therapy, initial therapy, acne