



¹ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

² Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента РФ, Москва

³ Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии, Екатеринбург

⁴ Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова

⁵ Академия постдипломного образования, Федеральное медико-биологическое агентство России, Москва

⁶ Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии, Москва

⁷ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербурге

⁸ Новосибирский государственный медицинский университет

⁹ Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Вопросы применения топического препарата метронидазола в терапии розацеа и в комбинации с адапаленом в терапии акне

Е.Р. Аравийская, д.м.н., проф.¹, А.Л. Бакулев, д.м.н., проф.², М.М. Кохан, д.м.н., проф.³, Л.С. Круглова, д.м.н., проф.², А.Н. Львов, д.м.н., проф.^{2,4}, Е.В. Матушевская, д.м.н., проф.⁵, М.Р. Рахматулина, д.м.н., проф.⁶, А.В. Самцов, д.м.н., проф.⁷, А.Ю. Сергеев, д.м.н., проф.⁸, О.А. Сидоренко, д.м.н., проф.⁹, Е.В. Соколовский, д.м.н., проф.¹

Адрес для переписки: Лариса Сергеевна Круглова, kruglovals@mail.ru

Для цитирования: Аравийская Е.Р., Бакулев А.Л., Кохан М.М. и др. Вопросы применения топического препарата метронидазола в терапии розацеа и в комбинации с адапаленом в терапии акне. Эффективная фармакотерапия. 2026; 22 (1): 16–22.

DOI 10.33978/2307-3586-2026-22-1-16-22

В статье представлены результаты обсуждения практических вопросов применения топических препаратов с метронидазолом в терапии пациентов с розацеа и в комбинации с адапаленом у больных акне. По всем обсуждаемым вопросам был достигнут консенсус и сформированы рекомендации.

Ключевые слова: метронидазол топический, комбинация адапалена и метронидазола, розацеа, акне

Введение

18 декабря 2025 г. в Москве был проведен консилиум экспертов на тему: «Вопросы применения топического препарата метронидазола в терапии розацеа и в комбинации с адапаленом в терапии акне». Научное мероприятие стало площадкой для обсуждения актуальных клинических и организационных вопросов применения топического метронидазола при лечении розацеа и его комбинации с адапаленом при лечении акне, с учетом эксперт-

ного опыта и научных данных. В рамках консилиума также обсуждались вопросы формирования рекомендаций по комбинированному применению (системная терапия, аппаратные методики) топических препаратов с метронидазолом у пациентов с розацеа при обострении воспалительного процесса и для профилактики обострений. Предметом дискуссии стал вопрос перспектив применения фиксированной комбинации адапалена и метронидазола в лечении больных акне.



Целью совета являлось рассмотрение следующих вопросов:

1. Обсуждение вопросов применения геля метронидазола при розацеа для купирования обострений и долгосрочного контроля над заболеванием.
2. Обсуждение вопросов алгоритмов комплексной и последовательной терапии розацеа различной степени тяжести с включением геля метронидазола.
3. Обсуждение профиля пациентов для комбинированного применения аппаратных методов и геля метронидазола при розацеа с позиции современных клинических протоколов.
4. Определение основных показаний для назначения комбинированной терапии адапаленом и метронидазолом у пациентов с акне.
5. Обсуждение результатов эффективности применения комбинации адапалена и метронидазола в лечении больных акне.
6. Обсуждение перспективы применения топических препаратов с метронидазолом с учетом имеющихся данных и планирования клинических исследований.

Розацеа: обзор клинических рекомендаций и место топического метронидазола в алгоритмах лечения

Розацеа является одним из самых распространенных дерматозов и встречается в России у 5% населения, при этом общемировая статистика свидетельствует о распространенности розацеа в довольно широких пределах – от 2 до 10% [1]. Розацеа характеризуется хроническим, рецидивирующим течением с преимущественной центрофациальной локализацией (зона иннервации тройничного нерва), с развитием стойкой или транзиторной эритемы, формированием телеангиэктазий, папул, пустул, реже фиматозных элементов и симптомов офтальморозацеа [2]. У большинства пациентов (до 80%) отмечается синдром повышенной чувствительности кожи [3].

Основными патогенетическими факторами, приводящими к развитию розацеа, считаются нарушения нейрососудистой регуляции и девиация иммунной реактивности, которые генетически детерминированы и при воздействии триггерных факторов реализуются в сосудистую и воспалительную реакцию [4, 5].

Обсуждаемые на консилиуме вопросы касались тактики ведения пациентов с розацеа с клинической точки зрения, что определяется с учетом различных факторов: триггеры, подтип розацеа, степень тяжести и возможное сочетание нескольких подтипов у одного пациента [6].

Терапия пациентов с розацеа, согласно национальным клиническим рекомендациям, включает: топические и системные препараты, аппаратные методики, рекомендации по уходу за кожей и контролю воздействия провоцирующих факторов [7–9]. Топический метронидазол является

стандартом лечения пациентов с розацеа и имеет обширную доказательную базу эффективности и безопасности применения при розацеа [10–12], благодаря чему он является препаратом выбора преимущественно при папуло-пустулезном подтипе среднетяжелой и тяжелой степеней (ПППР) [13–15]. Топический метронидазол характеризуется хорошей переносимостью, высокой безопасностью и отсутствием серьезных нежелательных явлений [11, 16].

На консилиуме отдельно были проанализированы опубликованные данные результатов поиска по ClinicalTrials.gov до апреля 2023 г. в таких базах, как Кокрановский центральный регистр контролируемых испытаний, MEDLINE, Embase, PubMed, Web of Science и LILACS, включая 31 рандомизированное исследование с участием 8 226 пациентов с розацеа, в которых подтверждена эффективность топического метронидазола (0,75 или 1%). Важный аспект – это долгосрочные исследования (до шести месяцев), в которых показано, что продолжительное применение метронидазола помогает поддерживать ремиссию и снижает частоту рецидивов по сравнению с плацебо [15], при этом о прямых доказательствах устойчивости микроорганизмов от местного применения метронидазола не сообщалось [17].

По результатам обсуждения оптимальной лекарственной формы метронидазола было отмечено, что Метрогил® гель может применяться при остром и подостром воспалении, его гидрофильная основа обеспечивает хорошую переносимость и эстетическую приемлемость при нанесении, при этом биодоступность метронидазола в составе геля выше благодаря лучшему проникновению в очаг воспаления [18].

При тяжелых формах дерматоза наиболее целесообразной стратегией является использование системной и топической терапии с последующей монотопической терапией в течение длительного времени для профилактики обострений: комбинация метронидазола с системными антибиотиками (такими как доксициклин или миноциклин) показала повышение результативности терапии, в том числе более быстрое клиническое улучшение, уменьшение воспалительных элементов и более низкую частоту рецидивов по сравнению с монотерапией [19].

Актуальным на сегодняшний день является формирование комбинированных алгоритмов, включая аппаратные методики, поскольку в реальной клинической практике, как правило, пациенты получают и лекарственную терапию, и косметологические процедуры [20]. Эксперты отметили, что топический метронидазол может использоваться в комбинации с фототехнологиями: IPL-терапией (интенсивный импульсный свет), ИЛК (импульсный лазер на красителях), Nd: YAG (неодимовый лазер, 1064 нм), КТФ (калий-титанил-фосфатный лазер, 532 нм), фотодинамической терапией при



папуло-пустулезном подтипе розацеа, что обеспечивает повышение эффективности на фоне хорошей переносимости и безопасности [21].

Эксперты обсудили вопросы целесообразности применения топического метронидазола в схемах лечения пациентов с другими подтипами розацеа: эритематозно-телеангиэктатическим подтипом розацеа (ЭТПР) и офтальморозацеа. Обоснованием при ЭТПР является противовоспалительный механизм действия метронидазола с учетом того, что нейроиммунное воспаление играет ведущую роль в формировании розацеа. Имеются данные об эффективности и благоприятном профиле безопасности геля метронидазола (0,75%) в терапии пациентов с поражением глаз при розацеа [22, 23].

Данные опубликованных исследований по применению топического метронидазола при стероидном розацеа-подобном дерматите расширяют клинические показания для применения этого препарата [24, 25].

По итогам консилиума группой экспертов были актуализированы цели терапии пациентов с розацеа, которые должны быть определены на основании оценки степени тяжести дерматоза и психосоциального бремени: достижение чистой / практически чистой кожи, снижение выраженности клинических проявлений, снижение частоты обострений заболевания, уменьшение выраженности симптомов (зуд, жжение, гиперчувствительность кожи), достижение удовлетворенности лечением пациентом, снижение влияния розацеа на качество жизни пациента.

По результатам дискуссии были сформированы следующие заключения:

- ✓ преимущества лекарственной формы геля метронидазола, влияющие на выбор препарата для топической терапии розацеа;
- ✓ основные профили пациентов, которым может быть рекомендован гель метронидазола: ПППР от легкой до среднетяжелой формы – в виде монотерапии, в комбинации с системными антибиотиками тетрациклинового ряда – в стартовой терапии тяжелых форм розацеа с последующим длительным применением метронидазола (шесть месяцев) с целью продления периода ремиссии;
- ✓ возможность использования геля метронидазола (1%) в индивидуальных протоколах лечения исходя из степени тяжести и выраженности розацеа, например чередование топических препаратов (ивермектин, азелаиновая кислота) и метронидазола;
- ✓ целесообразность включения топического метронидазола в алгоритмы терапии при ЭТПР или офтальморозацеа;
- ✓ перспективы комплексного подхода в терапии пациентов с розацеа, включая комбинированные и последовательные схемы, когда топический метронидазол может использоваться в комбинации с фототехнологиями (IPL-терапия, ИЛК, Nd: YAG,

КТФ) при ЭТПР, ПППР, а также с фотодинамической терапией при ПППР;

- ✓ эффективность метронидазола в лечении стероидной розацеа (розацеаподобного дерматита).

Таким образом, на сегодняшний день не вызывает сомнений, что лечение больных розацеа необходимо осуществлять с позиции комплексного, патогенетически-ориентированного подхода. Кроме того, в соответствии с последними рекомендациями Российского общества дерматологов и косметологов, глобального консенсуса по розацеа ROSCO (Global ROSacea COnsensus), при выборе терапевтической тактики в первую очередь необходимо опираться на фенотипические характеристики заболевания, наблюдаемые у пациента в момент обращения, что позволит персонализировать и повысить эффективность терапии розацеа. Топический метронидазол играет ключевую роль в алгоритмах лечения пациентов с различными подтипами розацеа как в монотерапии, так и в комбинированных схемах (системные антибиотики, топическая терапия, фототехнологии).

При наружной терапии с применением геля метронидазола важно ориентироваться на состав вспомогательных веществ препарата, которые помогают сохранять естественный уровень увлажненности кожи, влияют на благоприятную переносимость лечения.

Акне: обзор клинических рекомендаций и место фиксированной комбинации адапалена и метронидазола в алгоритмах лечения

Акне – хроническое воспалительное заболевание pilosebационного комплекса с многофакторной этиологией. Распространенность акне в разных странах и среди разных возрастных групп варьирует от 10 до 90% [26]. В последнее время междисциплинарные исследования по изучению патогенеза акне значительно продвинулись. Данные последних исследований о патофизиологических процессах с точки зрения биологии сальных желез, процессов кератинизации и дифференцировки кератиноцитов, воспаления, роли микробиома кожи в развитии акне расширили представления о патогенезе заболевания [27]. Одним из направлений научных исследований при акне является изучение микробиома. В этих зонах преобладает липофильная микробиота, и существенную долю в ее составе занимает *Cutibacterium acnes*, однако *Staphylococcus*, *Malassezia* и пр. могут оказывать влияние на процессы воспаления. Достаточно хорошо изучено влияние *S. acnes* на формирование воспаления, при этом в ряде исследований отмечено наличие патогенных флотипов (соотнесение разных таксонов), что определяет индивидуальную реактивность, иммунологию кожи, а также реализацию «чувства кворума» частью штаммов, при этом, безусловно, присутствует биологиче-



ское разнообразие микробиоты на уровне видов (α -diversity).

По результатам обсуждения экспертами вопросов, касающихся микробиома, было отмечено, что в последние годы классическая модель изменения микробиома кожи при акне претерпела изменения. Так, в метаанализе [28] было показано, что в ключевых публикациях основное внимание уделяется изучению изменений микробиома кожи в развитии акне и изучению стратегий лечения, что имеет важное значение для разработки терапии, ориентированной на микробиом, и может способствовать поиску новых персонализированных вариантов лечения пациентов с акне.

На консилиуме были затронуты вопросы колонизации кожи клещами рода *Demodex* (*D. folliculorum* и *D. brevis*) при акне. Так, метаанализ Y.E. Zhao и соавт., включивший более 40 000 пациентов пубертатного возраста (11–25 лет), показал достоверную ассоциацию гиперколонизации *Demodex* с акне [29]. В исследовании U.G. Akçınar и соавт. общая частота обнаружения *D. folliculorum* составила 54,85% у пациентов с акне; это было на 31,54% выше, чем в контрольной группе (отношение рисков 2,80; 95%-ный доверительный интервал 2,34–3,36) [30]. Таким образом, изменение микробиома кожи при акне обусловлено не только *S. acnes*, что должно учитываться при назначении терапии.

Лечение акне проводят в зависимости от степени тяжести: при легкой степени назначается только наружная терапия, при средней степени наружную терапию при необходимости сочетают с системной терапией, при тяжелой степени акне основной является системная терапия. При этом препараты группы ретиноидов (топические и системные) являются препаратами выбора в большинстве клинических случаев [31, 32]. Ретиноиды обладают уникальным действием, которое направлено на предотвращение формирования микрокомедонов, благодаря чему они являются препаратами выбора для поддерживающей терапии после основного курса [33]. Также доказано профилактическое действие ретиноидов при формировании рубцов постакне. Среди топических препаратов наиболее репрезентивной доказательной базой по эффективности обладает адапален. Так, в систематическом обзоре S.S. Kollı и соавт. (по результатам анализа базы данных PubMed и Embase для оценки эффективности, безопасности и переносимости местных ретиноидов в терапии акне) [34] было показано, что топические ретиноиды безопасны и эффективны для лечения акне, а адапален обладает наиболее благоприятным профилем переносимости среди топических ретиноидов. При назначении топической терапии рекомендуется мультимодальный подход, включающий применение нескольких активных веществ и, как правило, это фиксированные комбинации, позволяющие перекрывать мак-

симальное число звеньев патогенеза [35]. В ряде фиксированных комбинаций в состав входит адапален, например, адапален + бензоилпероксид, адапален + антибиотик [33]. В настоящее время отечественными и зарубежными руководствами по лечению пациентов с воспалительными акне, комедонами или их сочетанием, терапией первой линии считаются топические ретиноиды. Комбинации топического ретиноида с противомикробными препаратами повышают терапевтическую эффективность, безопасность, снижают риск антибиотикорезистентности, улучшают переносимость и повышают приверженность пациента к терапии.

В 2021 г. в РФ зарегистрирован новый топический препарат с фиксированной комбинацией Метрогил А* для местной терапии акне. Препарат выпускается в форме геля и содержит два активных ингредиента: адапален 0,1% + метронидазол 1%. Адапален играет важную роль в лечении акне: обеспечивает противовоспалительное действие, предотвращает образование комедонов, атрофических рубцов и гиперпигментации. Метронидазол зарегистрирован как противомикробное и противопаразитарное средство. Помимо этого, метронидазол обладает противовоспалительным и антиоксидантным действиями. Благодаря сочетанию свойств адапалена и метронидазола Метрогил А* эффективен в терапии акне с преобладанием воспалительных поражений кожи, обладает хорошим профилем переносимости, комплексно влияет на патогены, что было доказано в ряде исследований [36–41]. Согласно инструкции, препарат Метрогил А* показан к применению у взрослых в возрасте от 18 лет для лечения угревой сыпи легкой и средней степеней тяжести, в том числе при наличии комедонов, папул и пустул, с локализацией на коже лица, груди или спины. Заметное клиническое улучшение развивается после четырех – восьми недель лечения, стойкое улучшение – после трехмесячного курса лечения [42].

Экспертами были обсуждены вопросы применения комбинации адапалена 0,1% и метронидазола 1% у пациентов с акне и, соответственно, показано, что эта фиксированная комбинация может использоваться при комедональных акне, она обоснована в качестве стартовой терапии (четыре – шесть недель) у пациентов с папуло-пустулезными акне, при экскориированных акне, а также при сочетании у пациентов с акне и розацеа.

Фиксированная комбинация может стать подходящей терапией резерва, когда возникают вопросы неэффективности, непереносимости предыдущей терапии акне.

Было отмечено, что необходимы дальнейшие исследования по изучению эффективности фиксированной комбинации «адапален + метронидазол» у пациентов с акне, в том числе в составе комбинированных методов.



Заключение

По результатам рассмотрения экспертами в области дерматовенерологии и косметологии имеющихся данных по применению топических препаратов с метронидазолом в терапии розацеа и в комбинации с адапаленом в терапии акне у различных групп пациентов (фенотипы дерматозов, степень тяжести, терапия обострения, последовательные схемы, комбинированные методики) были сформулированы предложения о дальнейших образовательных, информационных и ор-

ганизационных мероприятиях, направленных на расширение знаний пациентов и врачей о практическом использовании топических препаратов метронидазола в клинической практике. ●

Конфликт интересов.

Материалы по продуктам были предоставлены компанией Юник. Все решения по финальному тексту принимали авторы публикации.

Литература

1. Самцов А.В., Аравийская Е.Р. Акне и розацеа. Монография. М.: Фармтек, 2021.
2. Акне и розацеа. Клинические проявления, диагностика и лечение. Под редакцией проф. Л.С. Кругловой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021.
3. Steinfeld M., Schaubert J., Leyden J.J. New insights into rosacea pathophysiology. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2013; 69 (6 Suppl. 1): S15–26.
4. Schwab V.D., Sulk M., Seeliger S., et al. Neurovascular and neuroimmune aspects in the pathophysiology of rosacea. *J. Inv. Dermatol. Symp. Proc.* 2011; 15 (1): 34–54.
5. Woo Y.R., Lim J.H., Cho D.H., et al. Rosacea: molecular mechanisms and management of a chronic cutaneous inflammatory condition. *Int. J. Mol. Sci.* 2016; 17 (9): 1562.
6. Elewski B., Draelos Z., Dreno B., et al. Rosacea-global diversity and optimized outcome: proposed international consensus from the Rosacea International Expert Group. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2011; 25: 188–200.
7. Розацеа. Клинические рекомендации. https://www.cnikvi.ru/docs/clinic_recs/klinicheskie-rekomendatsii-2019-2020.
8. Tan J., Almeida L.M., Bewley A., et al. Updating the diagnosis, classification and assessment of rosacea: recommendations from the global ROSacea COnsensus (ROSCO) panel. *Br. J. Dermatol.* 2017; 176 (2): 431–438.
9. Schaller M., Almeida L.M., Bewley A., et al. Rosacea treatment update: Recommendations from the global ROSacea COnsensus (ROSCO) panel. *Br. J. Dermatol.* 2017; 176 (2): 465–471.
10. McClellan K.J., Noble S. Topical Metronidazole. *Am. J. Clin. Dermatol.* 2000; 1: 191–199.
11. Wolf John E.Jr., Del Rosso James Q. The CLEAR Trial: Results of a Large Community-Based Study of Metronidazole Gel in Rosacea. *Cutis.* 2007; 79 (1): 73–80.
12. Van Zuuren E.J., Gupta A.K., Gover M.D., et al. Systematic review of rosacea treatments. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2007; 56: 107–115.
13. Dahl M.V., Katz H.I., Krueger G.G. Topical metronidazole maintains remissions of rosacea. *Arch. Dermatol.* 1998; 134 (6): 679–683.
14. Nielsen P. Treatment of rosacea with 1% metronidazole cream. *Br. J. Dermatol.* 1983; 108: 327–332.
15. Dahl M.V., Jarratt M., Kaplan D., Tuley M.R., Baker M.D. Once-daily topical metronidazole cream formulations in the treatment of the papules and pustules of rosacea. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2001; 45 (5): 723–730.
16. Shaheen E.A., Aljefri Y.E., Ghaddaf A.A., et al. The efficacy and safety of minocycline, metronidazole, ivermectin, and azelaic acid in moderate-to-severe papulopustular rosacea: a systematic review and network meta-analysis. <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>; <https://doi.org/10.1016/j.jdin.2023.12.010>.
17. Miyachi Y., Yamasaki K., Fujita T., Fujii C. Metronidazole gel (0.75%) in Japanese patients with rosacea: a randomized, vehicle-controlled, phase 3 study. *J. Dermatol.* 2022; 49 (3): 330–340.
18. Свирщевская Е.В., Матушевская Е.В., Матушевская Ю.И. Актуальные вопросы патогенеза и терапии розацеа – обзор. *Клиническая дерматология и венерология.* 2017; 16 (4): 4–13.
19. Barakji Y.A., Rønnstad A.T.M., Christensen M.O., et al. Assessing the frequency of rosacea subtypes in patients with rosacea: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol.* 2022; 158 (6): 617–625.
20. Агафонова Е.В., Круглова Л.С., Софинская Г.В. Розацеа: актуальные вопросы терапии с применением физических факторов. *Физиотерапевт.* 2018; 4: 23–33.
21. Круглова Л.С., Ольховская К.Б., Новиков К.А., Терентьева Л.В. Розацеа: возможности комбинированного применения геля метронидазола и фототерапии. *Медицинский алфавит.* 2025; 8 (1): 14–21.
22. Barnhorst D.A., Foster J.A., Chern K.C., Meisler D.M. The efficacy of topical metronidazole in the treatment of ocular rosacea. *Ophthalmology.* 1996; 103 (11): 1880–1883.
23. Duke-Elder S. Disease of outer eye. In: *System of Ophthalmology.* St. Louis: Mosby-Year Book. 1965; 8: 534–546.
24. Xu B., Xu Z., Ye S., et al. JAK1 inhibitor abrocitinib for the treatment of steroid-induced rosacea: case series. *Front. Med. (Lausanne).* 2023; 10: 1239869.

СЕМЬЯ МЕТРОГИЛ® В ДЕРМАТОЛОГИИ

БЕЗ РЕЦЕПТА

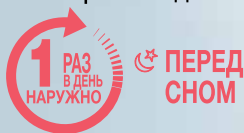
Чистое лицо
без покраснений и несовершенств

ПРОТИВ АКНЕ

Метрогил® А

Оригинальная комбинация
адапален 0,1%
+ метронидазол 1%

- Эффективен при моно и комбинированной терапии акне на лице, спине, груди, поддерживает микробиом кожи^{1,3,7}
- Обезвреживает микроорганизмы, вызывающие воспаления³
- Профилактирует формирование микрокомедонов³



1 РАЗ
В ДЕНЬ
НАРУЖНО

☾ ПЕРЕД
СНОМ

ОТ РОЗАЦЕА

Метрогил® гель

Метронидазол 1%
более 20 лет – первая линия
терапии папуло-пустулезной
розацеа⁵

- 4 действия сразу^{2,4}:
 - антибактериальное,
 - противовоспалительное,
 - противопаразитарное,
 - антиоксидантное
- Отличается высоким профилем переносимости⁶
- Переводит розацеа в ремиссию⁶



2 РАЗА
В ДЕНЬ
НАРУЖНО

☀ УТРОМ И
☾ ВЕЧЕРОМ



В период лечения рекомендовано использовать солнцезащитные средства с SPF 30-50

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Метрогил® А ЛП-005654. 2. Инструкция по медицинскому применению Метрогил® гель ЛП – 000984. 3. Катханова О.А. Новые топические комбинации в терапии акне. Медицинский совет. 2024;18(14): <https://doi.org/10.21518/ms2024-362> (результаты исследования эффективности и переносимости препарата Метрогил А у пациентов с легкой и среднетяжелой стадией акне, клиника Мир-о-Мед, Краснодар, 2022 г.). 4. Матушевская Е.В., Владимировна Е.В., Матушевская Ю.И. Применение комбинированного препарата с адапаленом/метронидазолом при акне. Медицинский Совет 2023;17(14). 5. British Association of Dermatologists guidelines for the management of people with rosacea 2021. Br J Dermatol. 2021 May 15. doi: 10.1111/bjd.20485. 6. Катханова О.А. с соавт. Комплексная терапия акнеформных дерматозов, Экспериментальная и клиническая дерматокосметология № 2, 2014, с-6. 7. Хисматулина ИМ, Лисовская СА, Герман ЯЭ, Кравцова ОА, Синица АМ, Богачев МИ, Каюмов АР. Акне: выявление ключевых факторов акне и лечение фиксированной комбинацией «адапален + метронидазол». Медицинский совет. 2025;19(14):48–58.



GOOD PEOPLE
for GOOD HEALTH

ООО «Юник Фармасьютикал Лабораториз»,
дочерняя компания J.V.Chemicals & Pharmaceuticals Ltd.

123056, г.Москва, муниципальный округ Пресненского вн.тер.г.,
ул. Брестская 2-я, дом 9, стр.1, пом.1/П
Тел.: 8 495 642 82 34

Вся информация
на МЕТРОГИЛ.РФ



Реклама

METR-1-02-2026

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ
НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

18+



25. Rivero A.L., Whitfeld M. An update on the treatment of rosacea. *Aust. Prescr.* 2018; 41: 20–24.
26. Heng A.H.S., Chew F.T. Systematic review of the epidemiology of acne vulgaris. *Sci. Rep.* 2020; 10 (1): 5754.
27. Kurokawa I., Nakase K. Recent advances in understanding and managing acne. *F1000Res.* 2020; 9: F1000 Faculty Rev-792.
28. 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.
29. Zhao Y.E., Hu L., Wu L.P., Ma J.X. A meta-analysis of association between acne vulgaris and Demodex infestation. *J. Zhejiang. Univ. Sci. B.* 2012; 13 (3): 192–202.
30. Akçınar U.G., Ünal E., Doğruman A.F. Demodex spp. as a possible aetiopathogenic factor of acne and relation with acne severity and type. *Postepy Dermatol. Alergol.* 2018; 35 (2): 174–181.
31. Акне вульгарные. Клинические рекомендации. Российское общество дерматовенерологов и косметологов, 2020 г. <https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii>.
32. Guidelines of care for the management of acne vulgaris, AAD, 2024.
33. Thiboutot D., Dreno B., Araviiskaia E., et al. Practical management of acne for clinicians: an international consensus from Global Alliance to improve outcomes in acne. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2018; 78 (2 Suppl. 1): S1–S23.e1.
34. Kolli S.S., Pecone D., Pona A., et al. Topical Retinoids in acne vulgaris: a systematic review. *Am. J. Clin. Dermatol.* 2019; 20 (3): 345–365.
35. Reynolds R.V., Yeung H., Cheng C.E. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2024; 90 (5): 1006.e1–1006.e30.
36. Хисматулина И.М., Файзуллина Е.В., Гусарова Е.С., Набиева Р.Р. Результаты наружной терапии акне легкой и средней степени комбинированными препаратами. *Клиническая дерматология и венерология.* 2022; 21 (4): 484–489.
37. Новиков Ю.А., Зубарева Е.Ю., Семенова Н.Н. и др. Клинический опыт применения комбинации адапалена 0,1% и метронидазола 1% в наружной терапии акне. *Фарматека.* 2022; 8: 97–102.
38. Хисматулина И.М., Лисовская С.А. Изучение противомикробной активности топических препаратов, применяемых при лечении папулопустулезных дерматозов лица. *Клиническая дерматология и венерология.* 2023; 22 (2): 172–176.
39. Матушевская Е.В., Владимирова Е.В., Матушевская Ю.И. Применение комбинированного препарата с адапаленом/метронидазолом при акне. *Медицинский совет.* 2023; 17 (14): 17–22.
40. Катханова О.А. Новые топические комбинации в терапии акне. *Медицинский совет.* 2024; 18 (14): 82–92.
41. Хисматулина И.М., Лисовская С.А., Герман Я.Э. и др. Акне: выявление ключевых факторов акне и лечение фиксированной комбинацией «адапален + метронидазол». *Медицинский совет.* 2025; 19 (14): 48–58.
42. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Метрогил® А. Рег. №: ЛП-005654 от 10.06.24. <https://xn--c1adkmbnnp.xn--plai/a-instruction.html?ysclid=mm0lxihlj2481181989>.

Issues on the Application of Topical Metronidazole to Treat Rosacea and in Combination with Adapalene to Treat Acne

E.R. Araviiskaya, PhD, Prof.¹, A.L. Bakulev, PhD, Prof.², M.M. Kokhan, PhD, Prof.³, L.S. Kruglova, PhD, Prof.², A.N. L'vov, PhD, Prof.^{2, 4}, E.V. Matushevskaya, PhD, Prof.⁵, M.R. Rakhmatulina, PhD, Prof.⁶, A.V. Samtsov, PhD, Prof.⁷, A.Yu. Sergeev, PhD, Prof.⁸, O.A. Sidorenko, PhD, Prof.⁹, E.V. Sokolovskii, PhD, Prof.¹

¹ Pavlov University, St. Petersburg

² Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow

³ Ural Research Institute of Dermatovenereology and Immunopathology, Yekaterinburg

⁴ Lomonosov Moscow State University

⁵ Academy of Postgraduate Education, Federal Medical and Biological Agency of Russia, Moscow

⁶ State Scientific Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Moscow

⁷ S.M. Kirov Military Medical Academy, St. Petersburg

⁸ Novosibirsk State Medical University

⁹ Rostov State Medical University, Rostov-on-Don

Contact person: Larisa S. Kruglova, kruglovals@mail.ru

The article presents data on the discussion of practical issues of the use of topical drugs with metronidazole in the treatment of patients with rosacea and in combination with adapalene in patients with acne. Consensus was reached on all the issues discussed.

Keywords: metronidazole topical, combination of adapalene and metronidazole, rosacea, acne