

## ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ/DERMATOVENEREOLOGY

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.169.89> EDN: JKGXPS

## КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АДЕКВАТНОГО ДОЗИРОВАНИЯ СИСТЕМНОГО ИЗОТРЕТИНОИНА У ПАЦИЕНТА С ТЯЖЕЛЫМ ПАПУЛО-ПУСТУЛЕЗНЫМ АКНЕ

История болезни

Нартокова А.С.<sup>1</sup>, Биджиева Ф.А.<sup>2,\*</sup>, Григорьева Е.О.<sup>3</sup>, Абдуллаева Т.Р.<sup>4</sup>, Гузева С.И.<sup>5</sup>, Гинаев Д.А.<sup>6</sup>, Катбамбетова Д.И.<sup>7</sup>, Аслаханова Р.З.<sup>8</sup>, Кумукова А.М.<sup>9</sup>, Шевкарова А.М.<sup>10</sup>, Абукаджиева З.И.<sup>11</sup>, Мусина Я.Д.<sup>12</sup>, Хубиева Ф.А.<sup>13</sup><sup>1</sup>ORCID : 0000-0001-9426-4434;<sup>2</sup>ORCID : 0009-0008-3878-2542;<sup>4</sup>ORCID : 0009-0003-0784-1283;<sup>6</sup>ORCID : 0009-0006-6674-1743;<sup>13</sup>ORCID : 0009-0000-6406-0692;<sup>1</sup>Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер, Ставрополь, Российская Федерация<sup>1, 2, 3, 4, 5, 6, 11, 12</sup>Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Российская Федерация<sup>7, 8, 9, 10</sup>Майкопский государственный технологический университет, Майкоп, Российская Федерация<sup>13</sup>Краевой клинический кожно-венерологический диспансер, Ставрополь, Российская Федерация

\* Корреспондирующий автор (fatima5151[at]mail.ru)

Предложена: 19.05.2026; Принята: 22.06.2026; Опубликовано: 17.07.2026

## Аннотация

Акне тяжелой степени остаётся актуальной проблемой клинической дерматологии в связи с хроническим рецидивирующим течением, выраженным воспалительным компонентом, риском формирования поствоспалительной эритемы, атрофических рубцов и снижением качества жизни пациентов. При тяжелых папуло-пустулезных, узловатых и конглобатных формах заболевания системный изотретиноин занимает ключевое место в терапии, поскольку воздействует на основные звенья патогенеза акне. Однако клиническая эффективность препарата определяется не только самим фактом его назначения, но и правильной дозовой стратегией: расчетом суточной дозы по массе тела, контролем переносимости и достижением целевой кумулятивной дозы.

В статье представлено клиническое наблюдение пациента 18 лет с тяжелым папуло-пустулезным акне с узловато-конглобатными элементами, поражением кожи лица, ретроаурикулярной области и боковой поверхности шеи. До обращения пациент в течение 6 месяцев получал низкодозовую терапию системным изотретиноином без клинически значимого улучшения. Сохранились множественные воспалительные элементы, поствоспалительная эритема, инфильтрация и воспалительный ретроаурикулярный конгломерат, что свидетельствовало о недостаточном контроле активности заболевания и высоком риске рубцевания.

После пересмотра лечебной тактики был проведен стартовый противовоспалительный этап с назначением доксициклина 100 мг 2 раза в сутки в течение 6 недель, после чего пациент был переведен на Акнекутан в дозе, рассчитанной с учетом массы тела 70 кг. Суточная доза составила 32–48 мг, а целевая кумулятивная доза была определена в диапазоне 8400–10500 мг. Уже после коррекции терапии отмечалась выраженная положительная динамика: уменьшение количества воспалительных папул и пустул, снижение инфильтрации, регресс ретроаурикулярного воспалительного компонента и уменьшение поствоспалительной эритемы.

Целью настоящей работы является демонстрация клинического значения адекватного дозирования системного изотретиноина у пациента с тяжелым акне после неэффективной низкодозовой терапии. Представленное наблюдение показывает, что достижение ремиссии при тяжелых формах акне требует не эмпирического назначения препарата, а управляемого протокола лечения с расчетом суточной и кумулятивной дозы, лабораторным мониторингом и оценкой клинической динамики.

**Ключевые слова:** акне, изотретиноин, клинический случай, кумулятивная доза, ремиссия.

## THE CLINICAL SIGNIFICANCE OF APPROPRIATE DOSING OF SYSTEMIC ISOTRETINOIN IN A PATIENT WITH SEVERE PAPULOPUSTULAR ACNE

Case study

Nartokova A.S.<sup>1</sup>, Bidzhieva F.A.<sup>2,\*</sup>, Grigoreva E.O.<sup>3</sup>, Abdullaeva T.R.<sup>4</sup>, Guzeva S.I.<sup>5</sup>, Ginaev D.A.<sup>6</sup>, Katbambetova D.I.<sup>7</sup>, Aslakhanova R.Z.<sup>8</sup>, Kumukova A.M.<sup>9</sup>, Shevkarova A.M.<sup>10</sup>, Abukadzhieva Z.I.<sup>11</sup>, Musina Y.D.<sup>12</sup>, Hubieva F.A.<sup>13</sup><sup>1</sup>ORCID : 0000-0001-9426-4434;<sup>2</sup>ORCID : 0009-0008-3878-2542;<sup>4</sup>ORCID : 0009-0003-0784-1283;<sup>6</sup>ORCID : 0009-0006-6674-1743;<sup>13</sup>ORCID : 0009-0000-6406-0692;<sup>1</sup>Stavropol Regional Clinical Oncological Dispensary, Stavropol, Russian Federation<sup>1, 2, 3, 4, 5, 6, 11, 12</sup>Stavropol State Medical University, Stavropol, Russian Federation<sup>7, 8, 9, 10</sup>Maikop State Technological University, Maikop, Russian Federation<sup>13</sup>Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Краевой клинический кожно-венерологический диспансер», Ставрополь, Russian Federation

\* Corresponding author (fatima5151[at]mail.ru)

Suggested: 19.05.2026; Accepted: 22.06.2026; Published: 17.07.2026

## Abstract

Severe acne remains a significant problem in clinical dermatology due to its chronic, recurrent nature, pronounced inflammatory component, the risk of post-inflammatory erythema and atrophic scarring, and the resulting reduction in patients' life quality. In severe papulopustular, nodular and conglobate forms of the disease, systemic isotretinoin plays a key role in treatment, as it acts on the main links in the pathogenesis of acne. However, the clinical efficacy of the drug is determined not only by the fact of its prescription, but also by an appropriate dosing strategy: calculating the daily dose based on body weight, monitoring tolerability and achieving the target cumulative dose.

The article presents the clinical case of an 18-year-old patient with severe papulopustular acne with nodular-conglobate elements, affecting the skin of the face, the retroauricular region and the lateral surface of the neck. Prior to presentation, the patient had been receiving low-dose systemic isotretinoin therapy for 6 months without any clinically significant improvement. Multiple inflammatory lesions, post-inflammatory erythema, infiltration and an inflammatory retroauricular conglomerate persisted, indicating inadequate control of disease activity and a high risk of scarring.

Following a review of the treatment plan, an initial anti-inflammatory phase was initiated with doxycycline 100 mg twice daily for 6 weeks, after which the patient was switched to Accutane at a dose calculated based on a body weight of 70 kg. The daily dose was 32–48 mg, and the target cumulative dose was set within the range of 8,400–10,500 mg. Following the adjustment of treatment, significant positive changes were observed: a reduction in the number of inflammatory papules and pustules, a decrease in infiltration, regression of the retroauricular inflammatory component, and a reduction in post-inflammatory erythema.

The aim of this work is to demonstrate the clinical significance of appropriate dosing of systemic isotretinoin in a patient with severe acne following ineffective low-dose therapy. This case study shows that achieving remission in severe forms of acne requires not an empirical prescription of the drug, but a managed treatment protocol involving the calculation of daily and cumulative doses, laboratory monitoring and assessment of clinical progression.

**Keywords:** acne, isotretinoin, clinical case, cumulative dose, remission.

## Введение

Акне — хроническое воспалительное заболевание пилосебацеального комплекса, в основе которого лежат гиперпродукция кожного сала, фолликулярный гиперкератоз, воспалительный ответ и участие *Cutibacterium acnes* [1], [2], [6]. При легких формах заболевание может ограничиваться комедонами и единичными воспалительными элементами, однако при тяжелом течении формируются множественные папулы, пустулы, узлы, инфильтраты и конглобатные элементы [1], [4]. Именно такие формы акне имеют наибольший риск рубцевания и требуют раннего назначения системной терапии [1], [2].

В современных подходах к лечению тяжелого акне системный изотретиноин рассматривается как один из ключевых препаратов, особенно при узловатых, конглобатных формах, риске рубцевания или неэффективности стандартной наружной и системной терапии [1], [2], [4]. Российские клинические рекомендации указывают изотретиноин при тяжелых формах акне и акне с риском образования рубцов, а также приводят ориентир кумулятивной дозы 120–150 мг/кг [1]. Международные рекомендации также подчеркивают роль перорального изотретиноина при тяжелом акне, акне с рубцеванием, выраженной психосоциальной нагрузкой и недостаточным ответом на стандартные схемы лечения [2], [4].

Однако в реальной клинической практике нередко наблюдается подмена полноценной терапии самим фактом назначения препарата. Пациент может получать изотретиноин, но в дозе, которая не соответствует тяжести процесса, массе тела и терапевтической цели. В результате курс может продолжаться месяцами, но не приводить к клинической ремиссии [3], [5], [7]. Это особенно важно при тяжелых воспалительных формах акне, где промедление увеличивает вероятность стойких атрофических рубцов и поствоспалительных изменений [1], [6].

Согласно инструкции к препарату Акнекутан, терапевтическая эффективность и побочные эффекты изотретиноина являются дозозависимыми, поэтому доза должна индивидуально подбираться в ходе лечения [3]. Оптимальная курсовая кумулятивная доза составляет 120–150 мг/кг [1], [3]. Следовательно, клиническая задача врача заключается не только в назначении системного ретиноида, но и в управлении терапией до достижения цели: стойкой ремиссии при безопасном наборе расчетной кумулятивной дозы [1], [3], [5].

Цель: на примере клинического случая показать значение правильного расчета суточной и кумулятивной дозы системного изотретиноина у пациента с тяжелым акне, ранее получавшего длительную низкодозовую терапию без клинического эффекта.

## Клиническое наблюдение

Пациент мужского пола, 18 лет, масса тела 70 кг, обратился с жалобами на множественные воспалительные высыпания на коже лица, болезненность отдельных элементов, наличие высыпаний в заушной области и на боковой поверхности шеи, стойкую красноту после воспалительных элементов, а также неудовлетворительный результат ранее проводимой терапии.

Из анамнеза известно, что в течение 6 месяцев пациент принимал системный изотретиноин — препарат Сотрет — в низкой дозировке. Несмотря на длительность лечения, выраженного клинического ответа не наблюдалось. Сохранились множественные воспалительные элементы на щеках и височных областях, поствоспалительная эритема, отдельные узловатые элементы, а также воспалительные высыпания в ретроаурикулярной зоне и на боковой поверхности шеи.

При осмотре кожа лица характеризовалась выраженной воспалительной активностью. В щечно-скуловых областях определялись множественные папулы, пустулы, поствоспалительные эритематозные пятна, единичные глубокие инфильтрированные элементы. В височных областях — воспалительные папулы и участки поствоспалительной эритемы. В ретроаурикулярной области визуализировался воспалительный узловой элемент/конгломерат, на боковой поверхности шеи — папуло-пустулезные элементы и багрово-эритематозные поствоспалительные пятна.

Клиническая картина соответствовала тяжелому папуло-пустулезному акне с узловато-конглобатными элементами, вовлечением лица, заушной области и шеи, а также высоким риском формирования рубцов постакне [1], [4].

Клинический диагноз: *Акне вульгарные, тяжелая папуло-пустулезная форма с узловато-конглобатными элементами. Поражение кожи лица, ретроаурикулярной области и боковой поверхности шеи. Поствоспалительная эритема. Начальные атрофические рубцовые изменения. Состояние после неэффективной низкодозовой терапии системным изотретиноином.*

### Обоснование изменения терапии

Ключевым моментом в данном клиническом случае стало не назначение другого препарата ради замены, а изменение всей логики лечения. Предшествующая терапия была длительной, но недостаточной по дозовой нагрузке. У пациента сохранялась активность заболевания, что указывало на отсутствие контроля над основными патогенетическими механизмами акне.

При тяжелом акне низкая доза системного изотретиноина может уменьшить себорею или частично снизить воспаление, но не всегда обеспечивает достаточную глубину терапевтического воздействия [5], [7]. В литературе низкая суточная и низкая кумулятивная доза рассматриваются как возможные факторы недостаточного ответа и рецидива заболевания [8].

Таким образом, основной причиной пересмотра тактики стало понимание, что пациенту необходим не просто системный ретиноид, а полноценный дозозависимый курс, включающий расчет дозы по массе тела, старт с переносимой суточной дозы, повышение дозы при хорошей переносимости, набор целевой кумулятивной дозы, лабораторный контроль безопасности и фотодокументацию динамики [1], [3], [5].

### Протокол лечения

#### Этап 1. Стартовый противовоспалительный контроль

С учетом выраженной воспалительной активности, наличия болезненных элементов и ретроаурикулярного воспалительного конгломерата пациенту был назначен доксициклин:

#### Доксициклин 100 мг 2 раза в сутки — 6 недель.

Целью данного этапа было снижение воспалительной активности, уменьшение болезненности, частичный регресс папуло-пустулезных элементов и подготовка пациента к последующему полноценному курсу системного изотретиноина [1], [4].

Важно подчеркнуть, что доксициклин в данном протоколе рассматривается как начальный антибактериальный этап, а не как препарат для длительного совместного применения с изотретиноином. Одновременное применение тетрациклинов, включая доксициклин, и изотретиноина должно избегаться из-за риска доброкачественной внутричерепной гипертензии [3], [9].

На этом же этапе пациенту были рекомендованы мягкое очищение кожи 1–2 раза в сутки, некомедогенный увлажняющий крем, бальзам для губ при сухости, исключение скрабов, агрессивных кислот, спиртовых лосьонов, отказ от самостоятельного выдавливания элементов и фотопротекция SPF 50 при инсоляции [1], [2].

#### Этап 2. Переход на системный изотретиноин в расчетной дозе

После стартового противовоспалительного этапа была начата терапия препаратом Акнекутан. Выбор дозы проводился с учетом массы тела пациента — 70 кг, тяжести процесса, выраженности воспаления, риска рубцевания и необходимости достижения терапевтической кумулятивной дозы [1], [3].

Согласно инструкции к Акнекутану, начальная доза составляет 0,4 мг/кг/сут, в отдельных случаях — до 0,8 мг/кг/сут, а оптимальная курсовая кумулятивная доза составляет 120–150 мг/кг [3]. Российские клинические рекомендации также указывают кумулятивную дозу 120–150 мг/кг как ориентир при терапии системным изотретиноином [1].

Для пациента массой 70 кг расчет выглядел следующим образом:

$$0,4 \text{ мг/кг/сут} \times 70 \text{ кг} = 28 \text{ мг/сут} \quad 0,5 \text{ мг/кг/сут} \times 70 \text{ кг} = 35 \text{ мг/сут} \quad 0,8 \text{ мг/кг/сут} \times 70 \text{ кг} = 56 \text{ мг/сут}$$

С учетом доступных дозировок и клинической переносимости была выбрана схема:

**Акнекутан 32 мг/сут** как стартовая терапевтическая доза; при хорошей переносимости — повышение до **48 мг/сут**.

В пересчете на массу тела:

$$32 \text{ мг/сут} = 0,46 \text{ мг/кг/сут}; \quad 48 \text{ мг/сут} = 0,69 \text{ мг/кг/сут}.$$

Таким образом, пациент был переведен из режима недостаточной дозовой нагрузки в режим, соответствующий терапевтическому диапазону для тяжелого воспалительного акне [1], [3].

#### Этап 3. Планирование кумулятивной дозы

Главный акцент данного клинического случая — необходимость заранее определить терапевтическую цель. При тяжелом акне целью является не временное уменьшение количества высыпаний, а достижение стойкой ремиссии и снижение риска рецидива [1], [5], [7].

Для пациента массой 70 кг целевая кумулятивная доза 120–150 мг/кг составляет:

$$70 \text{ кг} \times 120 \text{ мг/кг} = 8400 \text{ мг} \quad 70 \text{ кг} \times 150 \text{ мг/кг} = 10500 \text{ мг}$$

Следовательно, расчетная курсовая доза для данного пациента составила:

**8400–10500 мг изотретиноина** [1], [3].

При приеме 48 мг/сут:

**8400 мг ÷ 48 мг/сут = 175 дней**, то есть около 5,8 месяца; **10500 мг ÷ 48 мг/сут = 219 дней**, то есть около 7,3 месяца.

При приеме 32 мг/сут:

**8400 мг ÷ 32 мг/сут = 262 дня**, то есть около 8,7 месяца; **10500 мг ÷ 32 мг/сут = 328 дней**, то есть около 10,9 месяца.

Эти расчеты показывают, почему длительная терапия низкими дозами может быть клинически неэффективной: пациент может принимать препарат месяцами, но фактически не приближаться к курсовой цели. В этом заключается практическая ценность кумулятивной дозы — она переводит лечение из эмпирического режима в управляемый протокол [3], [5], [11].

### **3.1. Лабораторный мониторинг и безопасность**

Перед началом терапии и в процессе лечения был предусмотрен контроль общего анализа крови, АЛТ, АСТ, билирубина, общего холестерина, триглицеридов, ЛПНП, ЛПВП, при необходимости — глюкозы крови [1], [3].

Клинически оценивались сухость кожи и слизистых, хейлит, носовые кровотечения, головная боль, нарушения зрения, миалгии, выраженность раздражения кожи, переносимость препарата и приверженность пациента лечению [3], [12].

Пациент был предупрежден о недопустимости самостоятельного изменения дозы, отмены препарата после первых признаков улучшения и нерегулярного приема. Особо подчеркивалось, что раннее улучшение является не основанием для завершения терапии, а первым признаком правильного направления лечения [1], [5].

### **Результаты лечения**

Через 6 месяц после коррекции терапии отмечена выраженная положительная динамика. На коже лица значительно уменьшилось количество воспалительных папул и пустул, снизилась интенсивность эритемы, уменьшилась инфильтрация в области щек и висков. В ретроаурикулярной зоне и на боковой поверхности шеи отмечался регресс воспалительных элементов, уменьшение болезненности и снижение активности воспалительного процесса.



Рисунок 1 - Клиническая картина до коррекции терапии: множественные воспалительные папуло-пустулезные элементы на коже щек и височных областей, поствоспалительная эритема, отдельные инфильтрированные элементы  
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.169.89.1>



Рисунок 2 - Клиническая динамика через 6 месяц после коррекции терапии: выраженное уменьшение количества воспалительных элементов, отсутствие эритемы и инфильтрации  
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.169.89.2>



Рисунок 3 - Ретроаурикулярная область и боковая поверхность шеи до коррекции терапии: папуло-пустулезные элементы, поствоспалительные эритематозно-багровые пятна, воспалительный узловой конгломерат  
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.169.89.3>



Рисунок 4 - Ретроаурикулярная область в динамике: регресс воспалительного компонента, уменьшение инфильтрации, сохранение остаточных поствоспалительных изменений

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.169.89.4>

Сохранялись поствоспалительные эритематозные пятна и начальные атрофические изменения, что соответствует естественной динамике тяжелого воспалительного акне: активное воспаление регрессирует быстрее, чем поствоспалительная эритема и рубцовая деформация кожи [1], [6].

Полученный результат через 6 месяц терапии позволил сделать важный клинический вывод: отсутствие эффекта от предшествующего 6-месячного курса не было доказательством резистентности к изотретиноину. Вероятнее, причиной неудачи являлась недостаточная дозовая стратегия [5], [7], [13].

#### Обсуждение

Через 1 месяц после коррекции терапии отмечена выраженная положительная динамика. На коже лица значительно уменьшилось количество воспалительных папул и пустул, снизилась интенсивность эритемы, уменьшилась инфильтрация в области щек и висков. В ретроаурикулярной зоне и на боковой поверхности шеи отмечался регресс воспалительных элементов, уменьшение болезненности и снижение активности воспалительного процесса.

Сохранялись поствоспалительные эритематозные пятна и начальные атрофические изменения, что соответствует естественной динамике тяжелого воспалительного акне: активное воспаление регрессирует быстрее, чем поствоспалительная эритема и рубцовая деформация кожи [1], [6], [14].

Полученный результат через 1 месяц терапии позволил сделать важный клинический вывод: отсутствие эффекта от предшествующего 6-месячного курса не было доказательством резистентности к изотретиноину. Вероятнее, причиной неудачи являлась недостаточная дозовая стратегия [5], [7], [15].

## Заключение

Представленный клинический случай показывает, что при тяжелом акне решающее значение имеет не сам факт назначения системного изотретиноина, а правильная дозовая стратегия. Длительный прием низких доз может не приводить к ремиссии, если не обеспечивается достаточная суточная нагрузка и не достигается терапевтическая кумулятивная доза [1], [13], [15].

У пациента массой 70 кг после 6 месяцев неэффективной низкодозовой терапии была проведена коррекция лечения: стартовый противовоспалительный этап с доксициклином 100 мг 2 раза в сутки в течение 6 недель, затем переход на Акнекутан в расчетной дозе 32–48 мг/сут с целевой кумулятивной дозой 8400–10500 мг. Уже через 1 месяц после изменения стратегии отмечено значительное клиническое улучшение.

Таким образом, кумулятивная доза является не формальным расчетом, а инструментом достижения цели. Именно она позволяет врачу управлять лечением, прогнозировать длительность курса, снижать риск рецидива и повышать вероятность стойкой ремиссии у пациентов с тяжелым акне [1], [3], [5], [7].

## Конфликт интересов

Не указан.

## Рецензия

Все статьи проходят рецензирование. Но рецензент или автор статьи предпочли не публиковать рецензию к этой статье в открытом доступе. Рецензия может быть предоставлена компетентным органам по запросу.

## Conflict of Interest

None declared.

## Review

All articles are peer-reviewed. But the reviewer or the author of the article chose not to publish a review of this article in the public domain. The review can be provided to the competent authorities upon request.

## Список литературы / References

1. Клинические рекомендации. Акне вульгарные / Российское общество дерматовенерологов и косметологов. — Москва, 2020. — 33 с.
2. Reynolds R.V. Guidelines of care for the management of acne vulgaris / R.V. Reynolds, H. Yeung, C.E. Cheng [et al.] // Journal of the American Academy of Dermatology. — 2024. — Vol. 90, № 5. — P. 1006.e1–1006.e30. — DOI: 10.1016/j.jaad.2023.12.017.
3. Акнекутан, 8 мг и 16 мг, капсулы : инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата. — URL: [https://www.vidal.ru/drugs/acnecutan\\_21711](https://www.vidal.ru/drugs/acnecutan_21711) (дата обращения: 20.05.2026).
4. Nast A. European evidence-based (S3) guideline for the treatment of acne — update 2016 — short version / A. Nast, B. Dréno, V. Bettoli [et al.] // Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. — 2016. — Vol. 30, № 8. — P. 1261–1268. — DOI: 10.1111/jdv.13776.
5. Файзуллина Е.В. Болевые точки терапии акне системным изотретиноином / Е.В. Файзуллина, А.С. Духанин, В.А. Файзуллин // Клиническая дерматология и венерология. — 2024. — Т. 23, № 4. — С. 459–466. — DOI: 10.17116/klinderma202423041459.
6. Тлиш М.М. Изотретиноин в терапии акне / М.М. Тлиш, М.Е. Шавилова // Вестник дерматологии и венерологии. — 2017. — № 4. — С. 90–96.
7. Хардинова С.А. Оценка эффективности и переносимости применения системного изотретиноина и влияния терапии на качество жизни пациентов с акне вульгарными средней и тяжелой степени тяжести / С.А. Хардинова, В.И. Шишкова, В.С. Дмитрук [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. — 2021. — Т. 97, № 6. — С. 70–80. — DOI: 10.25208/vdv1249.
8. Кубанова А.А. Системное лечение тяжелых форм акне: опыт использования изотретиноина в Российской Федерации / А.А. Кубанова, Е.Р. Аравийская, Е.В. Соколовский [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. — 2013. — № 5. — С. 102–114.
9. Williams H.C. Acne vulgaris / H.C. Williams, R.P. Dellavalle, S. Garner // The Lancet. — 2012. — Vol. 379, № 9813. — P. 361–372. — DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60321-8.
10. Tan J.K.L. A global perspective on the epidemiology of acne / J.K.L. Tan, K. Bhate // British Journal of Dermatology. — 2015. — Vol. 172, Suppl. 1. — P. 3–12. — DOI: 10.1111/bjd.13462.
11. Del Rosso J.Q. Face to face with oral isotretinoin: a closer look at the spectrum of therapeutic outcomes and why some patients need repeated courses / J.Q. Del Rosso // Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology. — 2012. — Vol. 5, № 11. — P. 17–24.
12. Layton A.M. Isotretinoin for acne vulgaris — 10 years later: a safe and successful treatment / A.M. Layton, H. Knaggs, J. Taylor // British Journal of Dermatology. — 1993. — Vol. 129, № 3. — P. 292–296. — DOI: 10.1111/j.1365-2133.1993.tb11849.x.
13. Strauss J.S. Isotretinoin therapy for acne: results of a multicenter dose-response study / J.S. Strauss, R.P. Rapini, A.R. Shalita [et al.] // Journal of the American Academy of Dermatology. — 1984. — Vol. 10, № 3. — P. 490–496. — DOI: 10.1016/S0190-9622(84)80100-0.
14. Lee A.G. Pseudotumor cerebri after treatment with tetracycline and isotretinoin for acne / A.G. Lee // Cutis. — 1995. — Vol. 55, № 3. — P. 165–168.
15. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants // JAMA. — 2025. — Vol. 333, № 1. — P. 71–74. — DOI: 10.1001/jama.2024.21972.

**Список литературы на английском языке / References in English**

1. Klinicheskiye rekomendatsii. Akne vul'garnyye [Clinical recommendations. Acne vulgaris] / Russian Society of Dermatovenereologists and Cosmetologists. — Moscow, 2020. — 33 p. [in Russian]
2. Reynolds R.V. Guidelines of care for the management of acne vulgaris / R.V. Reynolds, H. Yeung, C.E. Cheng [et al.] // Journal of the American Academy of Dermatology. — 2024. — Vol. 90, № 5. — P. 1006.e1–1006.e30. — DOI: 10.1016/j.jaad.2023.12.017.
3. Aknekutan, 8 mg i 16 mg, kapsuly [Aknekutan, 8 mg and 16 mg, capsules] : instructions for medical use of the medicinal product. — URL: [https://www.vidal.ru/drugs/acnecutan\\_\\_21711](https://www.vidal.ru/drugs/acnecutan__21711) (accessed: 20.05.2026). [in Russian]
4. Nast A. European evidence-based (S3) guideline for the treatment of acne — update 2016 — short version / A. Nast, B. Dréno, V. Bettoli [et al.] // Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. — 2016. — Vol. 30, № 8. — P. 1261–1268. — DOI: 10.1111/jdv.13776.
5. Fayzullina E.V. Bolevyie tochki terapii akne sistemnym isotretinoinom [Pain points of acne therapy with systemic isotretinoin] / E.V. Fayzullina, A.S. Duhanin, V.A. Fayzullin // Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya [Clinical Dermatology and Venereology]. — 2024. — Vol. 23, № 4. — P. 459–466. — DOI: 10.17116/klinderma202423041459. [in Russian]
6. Tlish M.M. Isotretinoin v terapii akne [Isotretinoin in acne therapy] / M.M. Tlish, M.E. Shavilova // Vestnik dermatologii i venerologii [Bulletin of Dermatology and Venereology]. — 2017. — № 4. — P. 90–96. [in Russian]
7. Khardikova S.A. Otsenka effektivnosti i perenosimosti primeneniya sistemnogo isotretinoina i vliyaniya terapii na kachestvo zhizni patsiyentov s akne vul'garnymi sredney i tyazhelyoy stepeni tyazhesti [Evaluation of the efficacy and tolerability of systemic isotretinoin and the impact of therapy on the quality of life of patients with moderate and severe acne vulgaris] / S.A. Khardikova, V.I. Shirshkova, V.S. Dmitruk [et al.] // Vestnik dermatologii i venerologii [Bulletin of Dermatology and Venereology]. — 2021. — Vol. 97, № 6. — P. 70–80. — DOI: 10.25208/vdv1249. [in Russian]
8. Kubanova A.A. Sistemnyye lecheniye tyazhelykh form akne: opyt ispol'zovaniya isotretinoina v Rossiyskoy Federatsii [Systemic treatment of severe forms of acne: experience with isotretinoin in the Russian Federation] / A.A. Kubanova, E.R. Araviyskaya, E.V. Sokolovsky [et al.] // Vestnik dermatologii i venerologii [Bulletin of Dermatology and Venereology]. — 2013. — № 5. — P. 102–114. [in Russian]
9. Williams H.C. Acne vulgaris / H.C. Williams, R.P. Dellavalle, S. Garner // The Lancet. — 2012. — Vol. 379, № 9813. — P. 361–372. — DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60321-8.
10. Tan J.K.L. A global perspective on the epidemiology of acne / J.K.L. Tan, K. Bhate // British Journal of Dermatology. — 2015. — Vol. 172, Suppl. 1. — P. 3–12. — DOI: 10.1111/bjd.13462.
11. Del Rosso J.Q. Face to face with oral isotretinoin: a closer look at the spectrum of therapeutic outcomes and why some patients need repeated courses / J.Q. Del Rosso // Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology. — 2012. — Vol. 5, № 11. — P. 17–24.
12. Layton A.M. Isotretinoin for acne vulgaris — 10 years later: a safe and successful treatment / A.M. Layton, H. Knaggs, J. Taylor // British Journal of Dermatology. — 1993. — Vol. 129, № 3. — P. 292–296. — DOI: 10.1111/j.1365-2133.1993.tb11849.x.
13. Strauss J.S. Isotretinoin therapy for acne: results of a multicenter dose-response study / J.S. Strauss, R.P. Rapini, A.R. Shalita [et al.] // Journal of the American Academy of Dermatology. — 1984. — Vol. 10, № 3. — P. 490–496. — DOI: 10.1016/S0190-9622(84)80100-0.
14. Lee A.G. Pseudotumor cerebri after treatment with tetracycline and isotretinoin for acne / A.G. Lee // Cutis. — 1995. — Vol. 55, № 3. — P. 165–168.
15. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants // JAMA. — 2025. — Vol. 333, № 1. — P. 71–74. — DOI: 10.1001/jama.2024.21972.