

## 1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

### 1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Атрофические полосы 1 90.6 (стрии) представляют собой линейную атрофию кожи в виде симметричных полосовидных участков с мелкоскладчатой поверхностью. [1]

### 1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Этиопатогенез стрий имеет многофакторный характер, однако ключевым звеном процесса формирования стрий можно обозначить изменение структуры соединительной ткани кожи, включая компоненты внеклеточного матрикса, а именно фибриллин, эластин, фибронектин и коллаген. [2]

Существует три теории возникновения атрофических полос:

1. Механическое растяжение кожи. Эта теория подвергается сомнению, так как в области разгибательной поверхности коленных суставов у беременных значительного увеличения частоты формирования атрофических полос (стрий) не происходит. [3]

2. Гормональные изменения. Адренкортикотропный гормон и кортизол способствуют активности фибробластов, что приводит к увеличению катаболизма белкови таким образом к изменению коллагеновых и эластиновых волокон. В отличие от здоровой кожи, в стриях наблюдается увеличение количества эстрогеновых, андрогеновых и глюкокортикоидных рецепторов. [4]

3. Врожденные нарушения структуры кожного покрова. Определяются снижением генетической экспрессии фибронектина, коллагена и эластина. [1]

На начальных стадиях формирования стрий эластические волокна подвергаются эластолизу наряду с дегрануляцией тучных клеток. [5] Пораженная ткань может также демонстрировать низкую экспрессию генов коллагена и фибронектина или высокую долю жесткого сшитого коллагена, что делает соединительную ткань склонной к разрыву при стрессе. [6]

Гистологическая картина стрий впервые была описана в 1889 г., уже в тот период отметили существование двух фаз процесса образования стрий, отличающихся друг от

друга. [6] Так, на начальной стадии (красные стрии) эпидермис почти нормальный, отмечаются структурные изменения коллагеновых волокон, эластиновые волокна истончены, дерма отечная с периваскулярными лимфоцитарными манжетами, указывающими на воспаление. Отмечается повышение интенсивности кровотока в микроциркуляторном русле, что обуславливает красный цвет. По мере старения процесса, на стадии белых стрий отмечается эпидермальная атрофия со сглаживанием эпидермальных гребней и отсутствием кожных придатков. Коллагеновые волокна плотно расположены, параллельно эпидермально-дермальному сочленению. Эластиновые волокна организованы подобно коллагеновым волокнам. Отмечается снижение кровотока в микроциркуляторном русле, что обуславливает белый цвет. [1]

### 1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Возникновение атрофических полос (стрий) происходит преимущественно в период полового созревания и беременности, затрагивая от 43-88 до 6-86% людей в каждой категории соответственно. Взрослые мужчины и небеременные женщины также показывают различную распространенность этих патологических изменений- по разным данным, от 11 до 75%. У людей, страдающих ожирением, с ИМТ 27-40 и выше стрии встречаются в 43% случаев. [3]

Локализация растяжек кожи различна и зависит от пола и возраста. Чаще всего у юношей стрии локализуются в нижней части спины и в области коленей, у мужчин преобладает область ягодиц, в то время как у женщин чаще вовлекаются бедра и икры, а у беременных- живот и грудь. [7]

### 1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

L90.6 — Атрофические полосы (striae).

## 1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Выделяют два вида стрий:

- Красные стрии;
- Белые стрии;

## 1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Клиническая картина в острой фазе (красные стрии) характеризуется появлением длинных красных полос, которые могут сопровождаться зудом, жжением и болезненностью. Сначала они плоские, а затем приподнимаются более широкими с синюшно-красным оттенком. [8] Белые стрии развиваются постепенно, от нескольких месяцев до нескольких лет. Клиническая картина характеризуется наличием гипопигментированных атрофичных полос, располагающихся параллельно линиям растяжения кожи, эпидермис при этом становится тонким, со сглаживанием эпидермальных гребней и отсутствием придатков кожи. [9]

### **2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики**

Диагноз устанавливается на основании характерной клинической картины и результата осмотра врача-косметолога.

#### **2.1 Жалобы и анамнез**

В зависимости от типа и стадии стрий пациенты предъявляют жалобы на наличие красных или гипопигментированных атрофичных полос на коже груди, живота, спины, бедер, которые могут сопровождаться зудом, жжением, болезненностью или протекать бессимптомно. [8].

При сборе анамнеза следует учитывать возраст пациента в начале заболевания, история приема лекарств, наличие наследственных и других сопутствующих патологий, состояние гормонального статуса.

## 2.2 Физикальное обследование

Объективные клинические проявления заболевания, выявляемые при физикальном обследовании, см. в разделе «Клиническая картина».

## 2.3 Лабораторные диагностические исследования

Лабораторные диагностические исследования не применяются.

## 2.4 Инструментальные диагностические исследования

Инструментальные диагностические исследования не применяются.

## 2.5 Иные диагностические исследования

### Консультации других специалистов

- При сопутствующих клинических признаках нарушения гормонального статуса пациента **рекомендована** консультация врача-эндокринолога, врача-акушера-гинеколога, врача-андролога [9].

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств — 5)

### **3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения**

Выбор метода коррекции стрий, зависит от клинической картины, наличия противопоказаний и оснащения кабинета врача-косметолога.

#### **3.1.2 Неинвазивные методы**

- **Рекомендовано** использование наружных косметических средств с содержанием транс-ретиноевой кислоты, ретиноевой кислоты, аскорбиновой кислоты, азиатикозида, силикона, пирфенидона, натуральных масел (оливковое, миндальное, кокосовое, какао) для лечения красных и белых стрий [10].

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендовано** применение дерматологических пилингов с содержанием трихлоруксусной и гликолевой кислот для лечения стрий [4].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

*Комментарии:*

*Поверхностные химические пилинги проводятся курсом: 4-6 процедур (1 раз в 7-10 дней). Срединные химические пилинги проводятся курсом: 3-5 процедур (1 раз в 3-4 недели).*

- **Рекомендовано** использование лазерной терапии, для терапии растяжек используют как аблятивный фракционный фототермолиз, так и неаблятивный фракционный фототермолиз. [3,11]

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

- **Рекомендовано** применение интенсивного импульсного света (IPL) [4]
- **Рекомендовано** радиочастотная терапия для лечения стрий [12, 13, 14].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

*Комментарии: Игольчатый радиоволновой (RF) лифтинг. Курс 3-6 процедур (1 раз в 4 недели).*

- **Рекомендовано** применение микронидлинга для лечения стрий. [15].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

- **Рекомендовано** применение микродермабразии для лечения стрий. [16, 17, 18].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

### **3.1.2 Инвазивные методы**

- **Рекомендовано** введение инъекционных тканевых наполнителей на основе коллагена, гидроксиапатита кальция, полимолочной кислоты для лечения стрий [19, 20].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

- **Рекомендовано** внутрикожное введение обогащенной тромбоцитами плазмы (PRP) для лечения стрий [21].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

*Комментарий: PRP может использоваться в виде монотерапии, однако сочетание PRP с RF-терапией, карбокситерапией, микронидлингом и фракционной лазерной терапией характеризуется более выраженным клиническим эффектом [21].*

- **Рекомендовано** проведение карбокситерапии для лечения стрий [22, 23].

**4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов**

Не разработана.

**5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

Не разработана.

**6. Организация оказания медицинской помощи**

Ведение пациентов с атрофическими полосами кожи осуществляется амбулаторно врачом-косметологом.

**7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)**

**Выбор тактики при коррекции стрий:** на данный момент ни один из методов лечения не может обеспечить полное разрешение стрий и для достижения эстетически приемлемого результата потребуется курс из нескольких процедур. Усилия должны быть направлены на использование местной терапии в сочетании с аппаратными и инъекционными методами.

## Приложение Б. Выбор тактики лечения при коррекции стрий



## Приложение В. Информация для пациента

Пациент должен иметь в виду, что несоблюдение режима питания, сна и физических нагрузок может снижать эффективность терапии при работе с локальными жировыми отложениями.

## Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Шкалы не разработаны.

