

ГИПЕРКОРТИЦИЗМ, СТЕРОИДНЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ВТОРИЧНАЯ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ НА ФОНЕ ПРИЕМА МАЗЕВЫХ ФОРМ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ В ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА



О. В. Гулинская¹, А. О. Филипчик¹, А. А. Гулинский², И. С. Казак³

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Гродненский областной клинический кожно-венерологический диспансер, Гродно, Беларусь

³Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь

Представлен клинический случай экзогенного (медикаментозного) гиперкортицизма, стероидного сахарного диабета и вторичной надпочечниковой недостаточности на фоне многолетнего применения стероид-содержащих мазей для лечения вульгарного псориаза.

Отсутствие настороженности пациентов и врачей при использовании терапии местными глюкокортикоидами, может быть, одной из причин развития гормональных дисфункций.

Описанный клинический случай демонстрирует пациента, который длительное время применял местные стероидные мазевые препараты (клобетазола пропионат) в неконтролируемых дозах, что и стало причиной развития экзогенного гиперкортицизма, стероидного сахарного диабета и вторичной надпочечниковой недостаточности.

Ключевые слова: псориаз, глюкокортикостероиды, гиперкортицизм, стероидный сахарный диабет, надпочечниковая недостаточность

Для цитирования: Гиперкортицизм, стероидный сахарный диабет и вторичная надпочечниковая недостаточность на фоне приема мазевых форм глюкокортикоидов в лечении псориаза / О. В. Гулинская, А. О. Филипчик, А. А. Гулинский, И. С. Казак // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2026. Т. 24, № 1. С. 94-97. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2026-24-1-94-97>

Введение

Глюкокортикостероиды (ГКС) за счет выраженной биологической активности, прежде всего противовоспалительной, широко используются в медицинской практике. Многообразие эффектов данных гормонов делает их важной частью лечения дерматологических пациентов [1].

Псориаз является хроническим иммуноопосредованным воспалительным заболеванием с преимущественным поражением кожи. В развитии псориаза выявлено доминирующее значение генетических факторов. Основным фактором риска, до 50% наследуемости заболевания, связан с хромосомным локусом PSORS1 (Psoriasis Susceptibility). Отмечается высокая ассоциация псориаза с различными коморбидными заболеваниями. У пациентов со псориазом может наблюдаться гиперлипидемия, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, ожирение и сахарный диабет (СД) 2-го типа. Наружная терапия имеет большое значение для пациентов с псориазом. При легкой степени тяжести ее получают в качестве монотерапии, а при среднетяжелом и тяжелом течении – как дополнительное лечение [2].

ГКС обладают выраженным позитивным влиянием на различные звенья патогенеза за счет противовоспалительного, сосудосуживающего, иммуносупрессивного и антипролиферативного эффектов. Несмотря на это, требуется определенная осторожность в их применении из-за возможного развития побочных эффектов и риска формирования резистентности к нестероидным противовоспалительным лекарственным сред-

ствам. Бесконтрольное применение ГКС может приводить к целому ряду побочных эффектов, включающих как патологические изменения кожи, так и выраженные негативные системные реакции. Среди нежелательных кожных реакций наиболее часто встречаются атрофия, телеангиоэктазии, фолликулит, обострение существующей инфекции, спровоцированные стероидами розацеа и акне, нарушение пигментации, фотосенсибилизация [3].

Одной из проблем терапии ГКС является развитие метаболических осложнений, а именно нарушение углеводного обмена и развитие стероидного СД. В основе развития нарушения углеводного обмена в условиях избытка ГКС лежит инсулинорезистентность периферических тканей. Наибольшее клиническое значение имеет потеря чувствительности к инсулину мышечной, жировой и печеночной тканей. Несмотря на то, что при наружном применении доза ГКС в разы меньше, чем при системной терапии, их длительное применение, особенно на большой площади кожных покровов, может приводить к формированию вторичной надпочечниковой недостаточности. Данное состояние при приеме ГКС связано с подавлением синтеза адренокортикопного гормона гипоталамизмом [4].

Клинические симптомы носят неспецифический характер и включают недомогание, слабость, утомляемость, головокружение, симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, диарея, запоры, потеря аппетита), снижение массы тела, гипотензию, головную боль, артралгию, миалгию, бледность кожи,

гипогликемию, частые респираторные инфекции и другие [5].

За счет широкого спектра терапевтических свойств положительный эффект топических ГКС наступает быстро, что особенно нравится пациентам. В связи с этим пациенты нередко пренебрегают рекомендациями врача, используя данные препараты без показаний, длительно или на большой площади кожного покрова.

Описание клинического случая

Было проведено медицинское обследование, проанализированы медицинские карты и данные системы 4D-client пациентки Н., находившейся на стационарном лечении в эндокринологическом и ревматологическом отделениях учреждения здравоохранения «Гродненская университетская клиника», а также в дерматологическом отделении учреждения здравоохранения «Гродненский областной клинический кожно-венерологический диспансер».

Из анамнеза заболевания известно, что в ноябре 2021 года в возрасте 40 лет пациентка Н. впервые обратился к эндокринологу по поводу прибавки веса, растяжек на теле, головных болей, а также на снижение работоспособности. Болеет псориазом туловища и волосистой части головы с 2015 года. В течение 3 лет ежедневно использовала в терапии клобетазола пропионат 1 тубу 25 г в неделю (12,5 мг активного вещества). На фоне лечения стала набирать вес, в 2019 году впервые появились растяжки на теле. В 2024 году появились боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, иррадиирующие в паховую область, припухлость и ограничение движения в суставах кистей.

Объективно: рост – 165 см, вес – 108 кг, индекс массы тела – 39,7 кг/м². Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, распределена неравномерно, с преимущественным отложением в области живота, абдоминальный тип ожирения. Псориазные высыпания в виде папул и бляшек различного размера по всей поверхности туловища и волосистой части головы. Визуально на фоне множественных псориазных папул и бляшек, покрытых серебристо-белыми чешуйками, определяются багрово-красные, ярко-розовые и фиолетовые широкие полосы растяжения (стрии) на коже передней поверхности живота (рис. 1), бедер и боковых поверхностях туловища, а также на внутренней поверхности плеч (рис. 2).

Лабораторно не соответствовали референсным значениям следующие показатели: Общий анализ крови: лейкоциты – $10,46 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 21 мм/ч. Биохимический анализ крови: глюкоза крови – 7,2 ммоль/л, гликозилированный Нв – 6,7%, С-реактивный белок – 6,2 мг/л, аспартатаминотрансфераза – 85 Ед/л, аланинаминотрансфераза – 214 Ед/л.

Гормональный статус: Т4 свободный – 13,9 пмоль/л (норма – 12–22), тиреотропный гормон – 5,6 мкЕд/л (норма – 0,3–4,2), антитела к тиреоидной пероксидазе – 412,4 (норма – менее 34), адренкортикотропный



Рисунок 1 – Псориазные бляшки и стрии на передней поверхности живота

Figure 1 – Psoriatic plaques and striae on the anterior surface of the abdomen



Рисунок 2 – Множественные стрии на внутренней поверхности плеча

Figure 2 – Multiple striae on the inner surface of the arm

гормон – 41,2 пг/л (норма – 7,2–63,3). Кортизол утром – 18,6 нмоль/л, вечером – 5,78 нмоль/л (норма – 166–507), кортизол слюны – 0,16 пг/мл (норма – 0,2–4,0).

Ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы. Расположена типично. Контуры ровные. Размеры: правая доля – $19 \times 50 \times 15$ мм, объем – 7,1 см. куб.; левая доля – $19 \times 50 \times 15$ мм, объем – 7,1 см. куб.; перешеек – 4 мм. Эхоструктура неоднородная за счет фиброзных изменений и чередования зон различной плотности. Отмечается резкое усиление васкуляризации. Региональные лимфатические узлы не увеличены.

УЗИ брюшной полости. Печень: контуры ровные. Косой вертикальный размер правой доли – 180 мм, толщина левой доли – 86 мм. Структура неоднородна, мелкозернистая. Эхогенность диффузно повышена. Сосудистый рисунок обеднен. Очаговых образований нет. Внутривенные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь удален. Воротная вена – 12 мм, холедох – 6 мм. Диаметр брюшного отдела

аорты – 17 мм. Почки: правая почка – 125×55 мм. Подвижность сохранена. Контуры волнистые. Паренхима – 14–15 мм толщиной, однородна. Чашечно-лоханочная система (ЧЛС) не расширена. Уростаза нет. Левая почка – 124×54 мм. Подвижность сохранена. Контуры волнистые. Паренхима – 14–15 мм толщиной, однородна. ЧЛС не расширена. Уростаза нет. Проекция правого надпочечника представлена эхонегативным однородным образованием – 38×24 мм (аденома?).

Рентгеновская компьютерная томография (КТ) брюшной полости и с контрастным усилением в артериальную, венозную и отсроченные фазы области почек (омнипак 350 – 100 мл). Заключение: диффузное снижение плотностных характеристик печени – гепатоз. КТ-данных за объемные образования в надпочечниках не выявлено. Надпочечники Y-формы и размеров, однородной структуры, обычного характера контрастирования.

Магниторезонансная томография (МРТ) головного мозга. На последовательности срезов полость турецкого седла обычной формы и размеров. Дно и стенки его имеют ровные и четкие контуры. Гипофиз имеет обычные размеры и форму, верхний контур вогнут. Расположен в полости турецкого седла. Размеры: передне-задний – 10,5 мм, лево-правый – 18 мм, верхне-нижний – 3,5–7,5 мм. Нейро- и аденогипофиз дифференцируются. Воронка не смещена. Супраселлярная цистерна несколько расширена, пролабирует в полость турецкого седла. Хиазма обычного размера, не сдавлена, не смещена. После внутривенного введения контрастного препарата «Омнискан» 20 мл на динамических и отсроченных сериях зон с патологически измененной интенсивностью сигнала не найдено. Заключение: МР-данных за аденому гипофиза на настоящий момент не получено.

Рентгенография костей. Заключение: на произведенных R-граммах в прямой и прицельных проекциях щели крестцово-подвздошных сочленений с обеих сторон прослеживаются на всем протяжении, сохранены по высоте. Субхондральный склероз физиологичен. Костных деструктивных изменений не определяется.

Рентгенография кистей. Заключение: на R-грамме кистей в прямой проекции суставные щели на всех уровнях сохранены по высоте. Суставные поверхности без деформаций. Около-суставной остеопороз не выражен. Костных деструктивных изменений не определяется.

Рентгенография коленных суставов в прямой и боковых проекциях. Суставы симметричны. Усилен суставно-хондральный склероз уплощенных суставных поверхностей с заостренностью их краев. Суставные щели сохранены, нерезко суже-

ны в медиальных отделах. Ромбовидное пространство с обеих сторон неоднородное. Заключение: R-признаки деформирующего остеоартроза коленных суставов (1 R стадия).

Таким образом, по данным клинических, лабораторных и лучевых методов медицинской визуализации установлен клинический диагноз «Распространенный вульгарный псориаз». Частичная псориазная эритродермия. Глюкокортикостероидная атрофия кожи. Псориазный артрит (активность 2) в сочетании с остеоартритом. Двусторонний гонартроз, Rg-стадия 1. ФК 2. Экзогенный (медикаментозный) гиперкортицизм. Стероидный сахарный диабет, гликированный гемоглобин – 6,7%. Вторичная надпочечниковая недостаточность на фоне длительного приема глюкокортикоидов. Ожирение 2-й степени. Жировой стеатогепатит. Аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз. Артериальная гипертензия 1 риск 4. НО.

Рекомендации: не применять ГКС мази! Диета с ограничением жиров и углеводов, снижение массы тела. Метформин 850 мг – вечером после еды, левотироксин натрия 75 мкг – утром натощак за 30–40 минут до еды, метотрексат 5 мг среда – 1 таблетка утром и 1 таблетка вечером и четверг – 1,5 таблетки утром, фолиевая кислота – 1 мг в день, исключая дни приема метотрексата, мелоксикам 7,5 мг – при болях, омега-3 – 20 мг в сутки, лизиноприл – 10 мг утром, индапамид – 2,5 мг утром натощак, витамин Д – 50 000 МЕ 1 раз в месяц, алендроновая кислота – 70 мг 1 раз в неделю, кальций Д₃ 500/400 – 1 таблетка после ужина постоянно. Проведение денситометрии в плановом порядке. Продолжить наблюдение у дерматолога, эндокринолога, ревматолога, терапевта по месту жительства.

Заключение

Описанный клинический случай демонстрирует пациентку, которая самостоятельно длительное время местно (в виде мази) применяла в среднем 12,5 мг клобетазола пропионат в неделю в течение многих лет, что и стало причиной развития атрофии кожи, экзогенного гиперкортицизма, стероидного СД и вторичной надпочечниковой недостаточности. При этом клиническое течение псориаза прогрессировало и привело к развитию псориазного артрита.

Следует сказать, что высокая противовоспалительная активность и широкая доступность топических препаратов, содержащих ГКС, способствует бесконтрольному и длительному их применению пациентами, что затрудняет своевременную диагностику и сопровождается развитием гормональных дисфункций.

Литература

1. Топические глюкокортикостероиды: от высокой клинической эффективности к проблеме бесконтрольного применения (обзор клинических случаев) / М. М. Тлиш, М. Е. Шавилова, Н. Л. Сычева, Ф. А. Псавок // Медицинский совет. – 2023. – Т. 17, № 6. – С. 186–192. – doi: 10.21518/ms2023-043. – edn: FAHBN1.
2. Профили больных псориазом для назначения генно-инженерной биологической терапии – клиническое обоснование / А. С. Жуков, А. А. Хотко, В. Р. Хайрудинов, А. В. Самцов // Вестник дерматологии и венерологии. – 2020. – Т. 96, № 1. – С. 58–66. – doi: 10.25208/vdv550-2020-96-1-58-66. – edn: YMOWXW.

3. Топическая терапия псориаза. Разбор клинических случаев / Е. В. Матушевская, Е. В. Владимировна, Ю. И. Матушевская [и др.] // Медицинский совет. – 2021. – № 8. – С. 13-18. – doi: 10.21518/2079-701X-2021-8-13-18.
4. Clinical profile of cutaneous adverse effects induced by topical corticosteroids and their source of information / A. Zaidi, K. Saxena, V. R. Koti [et al.] // *International Journal of Research in Dermatology*. – 2021. – Vol. 7, № 4. – P. 522-530. – doi: 10.18203/issn.2455-4529. IntJResDermatol20212547.
5. Глюкокортикоид-индуцированная недостаточность коры надпочечников / Н. В. Ворохобина, С. Н. Фогт, В. И. Мазуров [и др.] // Медицинский вестник Юга России. – 2024. – Т. 15, № 3. – С. 48-54. – doi: 10.21886/2219-8075-2024-15-3-48-54. – edn: THXKWF.
2. Zhukov AS, Khotko AA, Khairutdinov VR, Samtsov AV. Profiles of patients with psoriasis for appointment gene-engineering biological therapy – clinical justification. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2020;96(1):58-66. doi: 10.25208/vdv550-2020-96-1-58-66. edn: YMOWXW. (Russian).
3. Matushevskaya EV, Vladimirova EV, Matushevskaya Yul, Averbukh EA, Shatalova AYU. Topical psoriasis therapy. Review of clinical cases. *Medical Council*. 2021;(8):13-18. doi: 10.21518/2079-701X-2021-8-13-18. (Russian)
4. Zaidi A, Saxena K, Koti VR, Singh A, Khalid A, Jamil RA. Clinical profile of cutaneous adverse effects induced by topical corticosteroids and their source of information. *International Journal of Research in Dermatology*. 2021;7(4):522-530. doi: 10.18203/issn.2455-4529. IntJResDermatol20212547.
5. Vorokhobina NV, Fogt SN, Mazurov VI, Beliaeva IB, Galakhova RK, Balandina KA, Kuznetsova AV. Glucocorticoid-induced adrenal insufficiency. *Medical Herald of the South of Russia*. 2024;15(3):48-54. doi 10.21886/2219-8075-2024-15-3-48-54. edn: THXKWF. (Russian).
1. Tlish MM, Shavilova ME, Sycheva NL, Psavok FA. Topical glucocorticosteroids: from high clinical efficacy to the problem of uncontrolled use (case report). *Medical Council*. 2023;17(6):186-192. doi: 10.21518/ms2023-043. edn: RVJUWQ. (Russian).

References

HYPERCORTICISM, STEROID DIABETES MELLITUS AND SECONDARY ADRENAL INSUFFICIENCY WITH TOPICAL GLUCOCORTICOID OINTMENT THERAPY IN PSORIASIS TREATMENT

O. V. Gulinskaya¹, A. O. Filipchik¹, A. A. Gulinsky², I. S. Kazak³

¹Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

²Grodno Regional Clinical Skin and Venereal Diseases Dispensary, Grodno, Belarus

³Grodno University Clinic, Grodno, Belarus

A clinical case of exogenous (drug-induced) hypercorticism, steroid diabetes mellitus and secondary adrenal insufficiency with long-term use of steroid-containing ointments for the treatment of vulgar psoriasis is presented.

Lack of alertness of patients and doctors when using topical glucocorticoid therapy may be one of the reasons for the development of hormonal dysfunctions.

The described clinical case demonstrates a patient who used topical steroid ointment preparations (Clobetasol propionate) in uncontrolled doses for a long period of time, which caused the development of exogenous hypercorticism, steroid diabetes mellitus and secondary adrenal insufficiency.

Keywords: psoriasis, glucocorticosteroids, hypercorticism, steroid diabetes mellitus, adrenal insufficiency.

For citation: Gulinskaya OV, Filipchik AO, Gulinsky AA, Kazak IS. Hypercorticism, steroid diabetes mellitus and secondary adrenal insufficiency during taking ointment forms of glucocorticoids in the treatment of psoriasis. *Journal of the Grodno State Medical University*. 2026;24(1):94-97. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2026-24-1-94-97>

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Financing. The study was performed without external funding.

Соответствие принципам этики. Пациент подписал информированное согласие на публикацию своих данных.

Conformity with the principles of ethics. The patient gave written informed consent to the publication of his data.

Об авторах / About the authors

*Гулинская Ольга Викторовна / Gulinskaya Olga, e-mail: ogul@grsmu.by, ORCID: 0000-0002-2439-9314

Филипчик Анна Олеговна / Filipchik Anna, ORCID: 0009-0000-4416-2069.

Гулинский Александр Александрович / Gulinsky Alexander

Казак Инна Степановна / Kazak Inna, ORCID: 0000-0002-4845-9692

* – автор, ответственный за переписку / corresponding author

Поступила / Received: 25.06.2025

Принята к публикации / Accepted for publication: 23.01.2026