

УДК 616.517:616.72-002.2+615.357-085
DOI: 10.36979/1694-500X-2025-25-9-33-38

ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ НА ФОНЕ СТЕРОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ (Клинический случай)

*А.Д. Буранчиева, А.А. Буранчиева, А.А. Айдарбекова,
А.Д. Туленбаева, К.И. Кибишева*

Аннотация. Псориаз и псориатический артрит являются хроническими воспалительными заболеваниями, часто сопряженными с тяжелыми системными и кожными проявлениями. В статье представлен клинический случай пациента с псориазом эритродермической формы высокой степени активности и псориатическим артритом олигоартикулярного варианта, осложненным развитием системной и местной стероидной зависимости. Пациент длительно и бесконтрольно применял топические глюкокортикостероиды, что привело к выраженным побочным эффектам. Проведена оценка динамики состояния пациента на фоне базисной терапии метотрексатом в сочетании с системными глюкокортикостероидами (метилпреднизолоном), с последующим снижением дозы. Освещены принципы подбора терапии, сложности ведения пациента с выраженной стероидной зависимостью, а также значимость комплексного подхода в диагностике и лечении тяжелых форм псориаза и псориатического артрита. Представленный случай подчеркивает необходимость строгого соблюдения стандартов терапии, осторожного применения топических глюкокортикостероидов и важность междисциплинарного взаимодействия дерматолога и ревматолога. Целью статьи был разбор клинического случая тяжелой формы псориаза и псориатического артрита, осложненного системной и местной стероидной зависимостью, с анализом причин развития, тактики лечения и оценки эффективности комбинированной терапии.

Ключевые слова: псориаз; псориатический артрит; клинический случай; глюкокортикоиды.

ПСОРИАТИКАЛЫК АРТРИТ СТЕРОИДДИК КӨЗ КАРАНДЫЛЫК ФОНУНДА (Клиникалык учур)

*А.Д. Буранчиева, А.А. Буранчиева, А.А. Айдарбекова,
А.Д. Туленбаева, К.И. Кибишева*

Аннотация. Псориаз жана псориатикалык артрит өнөкөт сезгенүү оорулары болуп эсептелет жана көп учурда оор системдик жана тери көрүнүштөрү менен коштолот. Макалада жогорку активдүүлүктөгү эритродермиялык формадагы псориаз жана олигоартикулярдык түрүндөгү псориатикалык артрит менен ооруп, системдик жана жергиликтүү стероиддик көз карандылык өнүккөн бейтаптын клиникалык окуясы баяндалат. Бейтап узак убакыт бою жана көзөмөлсүз түрдө топикалык глюкокортикостероиддерди колдонгон, натыйжада олуттуу терс таасирлер пайда болгон. Бейтаптын абалынын динамикасы метотрексат менен негизги терапия жана системалуу глюкокортикоиддер (метилпреднизолон) колдонулганда бааланган, андан кийин доза акырындык менен азайтылган. Дарылоону тандоонун принциптери, стероиддик көз карандылыгы күчтүү бейтапты жүргүзүүдөгү кыйынчылыктар жана оор псориаз жана псориатикалык артритти диагностикалоо жана дарылоодогу комплекстүү мамиленин маанилүүлүгү белгиленет. Бул учур терапиянын стандарттарын так сактоо зарылдыгын, топикалык глюкокортикостероиддерди этияттык менен колдонуу маанисин жана дерматолог менен ревматологдун ортосундагы кызматташуунун зарылдыгын көрсөтөт. Макаланын максаты системалык жана жергиликтүү стероиддик көз карандылык менен татаалдашкан оор псориаздын жана псориаздык артриттин клиникалык учурун талдоо, өнүгүү себептерин талдоо, дарылоо тактикасы жана айкалыштырылган терапиянын натыйжалуулугун баалоо болгон.

Түйүндүү сөздөр: псориаз; псориатикалык артрит; клиникалык учур; глюкокортикоиддер.

PSORIATIC ARTHRITIS WITH STEROID DEPENDENCE

(Clinical case)

*A.D. Buranchieva, A.A. Buranchieva, A.A. Aidarbekova,
A.D. Tulenbaeva, K.I. Kibisheva*

Abstract. Psoriasis and psoriatic arthritis are chronic inflammatory diseases often accompanied by severe systemic and cutaneous manifestations. This article presents a clinical case of a patient with highly active erythrodermic psoriasis and oligoarticular psoriatic arthritis complicated by the development of systemic and local steroid dependence. The patient had been using topical glucocorticosteroids for a long time without medical supervision, which led to significant adverse effects. The patient's condition was evaluated during treatment with methotrexate as basic therapy combined with systemic glucocorticoids (methylprednisolone), followed by gradual dose reduction. The principles of therapy selection, the difficulties of managing a patient with pronounced steroid dependence, and the importance of a comprehensive approach in the diagnosis and treatment of severe psoriasis and psoriatic arthritis are highlighted. This case demonstrates the necessity of strict adherence to treatment standards, careful use of topical glucocorticosteroids, and close interdisciplinary collaboration between dermatologists and rheumatologists. To analyze a clinical case of severe psoriasis and psoriatic arthritis complicated by systemic and local steroid dependence, with emphasis on the causes of its development, treatment strategy, and evaluation of the effectiveness of combined therapy.

Keywords: psoriasis; psoriatic arthritis; case report; glucocorticoids.

Введение. Псориаз остается одним из наиболее распространенных дерматологических заболеваний в мире, поражая, по данным ВОЗ, около 2–4 % населения. Актуальность псориаза определяется его широким распространением, хроническим течением и значительным влиянием на качество жизни пациентов. Псориаз часто ассоциируется с серьезными системными осложнениями, такими как псориатический артрит, метаболический синдром, сердечно-сосудистые заболевания, депрессия и другие психосоциальные проблемы [1–13].

Одной из наиболее тяжёлых инвалидизирующих коморбидностей этого кожного заболевания является поражение суставов – псориатический артрит (ПсА), который по данным литературы составляет от 6 до 42 % от всех форм псориаза [1, 2]. Согласно обобщённым данным, европейских и американских исследований, около трети всех случаев псориаза представлены тяжёлыми формами заболевания (ПсА, псориатическая эритродермия), эти больные составляют основную массу пациентов, обращающихся к врачу и нуждающихся в системной терапии [3]. ПсА может развиваться в любом возрасте, в том числе и в детстве, но чаще всего возникает в возрасте от 30 до 50 лет. Мужчины и женщины

болеют одинаково часто, но начало заболевания у женщин, как правило, происходит в более раннем возрасте [4, 5].

С развитием новых методов терапии, включая биологические препараты, лечение псориаза существенно улучшилось. Однако, несмотря на успехи в терапии, многие пациенты все еще сталкиваются с проблемой контроля над заболеванием, особенно при тяжелых формах, таких как эритродермический псориаз и псориатическая артропатия.

С учетом значительного влияния псориаза на физическое и психоэмоциональное состояние пациентов, он продолжает оставаться актуальной проблемой как для клинической практики, так и для научных исследований. Увеличение числа сопутствующих заболеваний среди пациентов с псориазом требует комплексного подхода к лечению для управления за этим заболеванием, с учетом индивидуальных особенностей каждого пациента.

Клинический случай.

Клиническое наблюдение пациента с диагнозом: Псориатический артрит олигоарткулярный вариант, высокой активности (индекс DAPSA – 41,2 баллов), с поражением периферических суставов (артрит правого голеностопного

сустава), дактилит III пальцев кистей, двусторонний сакроилеит II стадии по Келлгрэну. ФК II степени. Стероидная зависимость.

Псориаз, эритродермическая форма, высокой степени активности (BSA – 70 %, индекс PASI – 12,8 балла).

Больной Ж., 40 лет, поступил в терапевтический стационар с жалобами на боли, отечность, покраснение, ограниченность движения в области плечевых, лучезапястных, плюсовых, голеностопных суставов, озноб, слабость, высыпания, зуд в области кожных покровов и волосистой части головы, а также сухость и покраснение кожных покровов, утолщение и ломкость ногтей кистей рук и на стопах.

Анамнез заболевания: болен в течение 9 месяцев. Начало болезни связывает с эмоциональным стрессом (потеря близкого человека), когда появились единичные высыпания и зуд в области локтевых и коленных суставов, далее через месяц отмечает высыпания и зуд в области волосистой части головы. На данном этапе самостоятельно применял наружно крем с бетаметазоном и салициловой кислотой, при этом отмечал временное улучшение, а именно: уменьшение или отсутствие зуда и высыпаний. В октябре 2022 г. появились обильные высыпания с шелушением по всему кожному покрову и волосистой части головы, самостоятельно и систематически применял крем (мазь) с бетаметазоном (Акридерм) методом втирания 3–4 раза в день в течение 3-х месяцев, на влажные кожные покровы после 40-минутных водных процедур (ванны), а также под окклюзионные повязки.

В январе 2023 г. больной отмечает незначительные боли в поясничной области и в области правого бедра, по поводу чего самостоятельно несистематически принимает диклофенак в таблетированной форме. С марта 2023 г. в данный процесс постепенно вовлекаются коленные, голеностопные, локтевые, плечевые, плюсовые суставы, а именно: появление болей в покое и при движении, припухлость, покраснение, в связи с чем самостоятельно принимает диклофенак по 1 таблетке 3 раза в день в течение месяца.

В начале апреля 2023 г. отмечаются боли, дискомфорт в эпигастральной области, вздутие,

также наблюдаются слабость, озноб, снижение аппетита, резкие боли, припухлость, покраснение, ограничение движения в суставах, невозможность передвигаться без посторонней помощи, сухость, обильное шелушение, покраснение кожных покровов и зуд. При применении наружно крема (мази) с бетаметазоном (Акридерм) отмечает кратковременный эффект, а именно, снижение интенсивности зуда. В связи с чем самостоятельно обратился в терапевтический стационар.

Анамнез жизни: социально-бытовые условия удовлетворительные.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, грипп.

Вредные привычки: курение, алкоголь. Наследственность по данному заболеванию не отмечена.

Объективный статус: общее состояние тяжелое, температура тела 38 °С, кожные покровы сухие, гиперемизованы, с шелушением, отеки верхних и нижних конечностей. Над легкими дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД – 20 в минуту, SpO₂ – 96 %. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 97 уд/мин, АД – 120/80 мм рт. ст. живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает из-под края правой реберной дуги.

Дерматологический статус: кожа повсеместно покрыта крупнопластинчатыми чешуйками серовато-желтого цвета, легко осыпающимися с кожного покрова при раздвигании больного. Отмечается гипертермия, чрезмерная сухость кожи лица, шеи. Волосистая часть головы покрыта крупнопластинчатыми чешуйками крупных размеров. Кожа сгибательной поверхности верхних и нижних конечностей имеет красновато-синюшный цвет с застойным компонентом, особенно в области нижних конечностей, на туловище и верхних конечностях кожа значительно инфильтрирована, утолщена, с трудом собирается в складку. Наблюдается выраженная припухлость, гиперемия кожи в области голеностопных, локтевых, плечевых и плюсовых суставов. Ограниченность и боль при движениях в тазобедренных, коленных, голеностопных суставах, скованность в мелких суставах кистей рук. Дистальные части ногтевых пластин пальцев кистей рук и стоп мутные, желтовато-белого цвета, утолщены, рыхлые, хрупкие.

Лабораторные исследования при поступлении 19.04.2023 г: общий анализ крови: гемоглобин – 82 г/л↓; эритроциты – $3,0 \cdot 10^{12}$ /л↓; тромбоциты – $741 \cdot 10^9$ /л↑; лейкоциты – $17,8 \cdot 10^9$ /л↑; нейтрофилы – 14,8 %; эозинофилы – 0,5 %↓; лимфоциты – 6,2 %↓; моноциты – 1,2 %↓; СОЭ – 35 мм/ч↑.

Биохимические анализы крови: креатинин – 181 мкмоль/л↑; трансаминазы: АЛТ – 16 ЕД/л – АСТ – 19 ЕД/л; СРБ – 48 ммоль/л↑.

ВИЧ – отр.; HLA-B-27 – положит.; вит Д – 58,4 нмоль/л; маркеры вирусных гепатитов В, С – отр; ГГТ – 86,0 U/L↑; щелочная фосфатаза – 191,6 U/L; ферритин – 754,1 нг/мл↑; железо – 2,15 мкмоль/л↓.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый; прозрачность – полная; pH – 5,0; удельный вес – 1014; белок – отр; плоский эпителий – 0-1; лейкоциты – 0-2-1; эритроциты – 0.

Инструментальные данные:

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС – 90 в мин. ЭОС.

УЗИ внутренних органов: эхопризнаки гепатомегалии неясного генеза, гемангиомы печени.

ЭГДС: недостаточность кардии. Гастроэзофагальный рефлюкс. Дуодено-гастральный рефлюкс. Язвенная болезнь желудка.

Предварительный диагноз: Псориаз, эритродермическая форма высокой степени активности (BSA – 70 %; индекс PASI – 12,8 балла). Псориатический артрит высокой степени активности, HLA-B27 антиген позитивный, с поражением мелких суставов кистей рук и стоп, коленного и голеностопного суставов. Псориатический спондилит. Двухсторонний сакроилеит. Железодефицитная анемия. Анемия хронических заболеваний средней тяжести. Недостаточность кардии. Гастроэзофагальный рефлюкс. Дуодено-гастральный рефлюкс. Язвенная болезнь желудка.

Проведена совместная консультация с ревматологом поликлиники Национального центра кардиологии и терапии им. академика М. Миррахимова.

Заключительный диагноз: Псориатический артрит, олигоарткулярный вариант высокой активности (индекс DAPSA = 41,2 балла) с поражением периферических суставов (артрит

правого голеностопного сустава), дактилит III пальцев кистей, двусторонний сакроилеит II стадии по Келлгрону, ФК II степени. Стероидная зависимость. Псориаз эритродермическая форма высокой активности (PSS – 91,8 %; индекс PASI – 72).

Лечение

Базисная терапия: Метотрексат 20 мг подкожно 1 раз в неделю, фолиевая кислота 5 мг 5 табл. на следующий день после метотрексата. Медрол 32 мг 1 раз утром.

Сопутствующая терапия: Препараты Ca, Mg, D3 по 1 табл. 1 раз в день длительно. Нольпаза 20 мг по 1 табл. 2 раза в день за 30 минут до еды.

Местное лечение: крем Долгит на суставы 2 раза в день. Отменить мазь Акридерм и перейти на увлажняющий крем (бальзам) или эмоленды на кожные покровы 2–3 раза в день длительно.

При поступлении в стационар пациенту была проведена монотерапия дексаметазоном внутривенно 1 раз в день, курс 7 дней, по схеме 12-8-8-8-6-6-6-6 мг. У пациента наблюдалась положительная динамика: уменьшение болей, скованности по утрам, ограничения в движении в суставах, зуда кожных покровов, улучшение фона настроения, нормализация сна, в лабораторных данных – снижение воспалительных показателей: СОЭ, СРБ, креатинина. Решением консилиума после проведения гормонотерапии в качестве базисной терапии был предложен метотрексат 20 мг подкожно 1 раз в неделю и фолиевая кислота 5 мг 5 таблеток на следующий день после метотрексата. На фоне монотерапии метотрексатом отмечались усиление боли, чувство скованности и ограничение движения в суставах, повышение температуры тела, слабость, снижение аппетита, нарушение сна.

Лабораторные данные без положительной динамики. В связи с чем, решением консилиума в базисную терапию был добавлен медрол 32 мг (замена дексаметазона на медрол производилась с учетом эквивалентных противовоспалительных доз в соотношении 1:5, т. е. 6 мг дексаметазона составляет 32 мг медроло), на фоне которого наблюдалась стабилизация процесса и положительные результаты со стороны лабораторных и клинических данных (таблица 1).

Таблица 1 – Динамические наблюдения на период лечения базисной терапии в течение 5 месяцев

Показатели	При поступлении	Через месяц от начала лечения	Через 2 месяца	Через 3 месяца	Через 4 месяца	Через 5 месяцев
Базисная терапия	Метотрексат 20 мг Медрол 32 мг	Метотрексат 20 мг Медрол 28 мг	Метотрексат 20 мг Медрол 24 мг	Метотрексат 20 мг Медрол 20 мг	Метотрексат 20 мг Медрол 16 мг	Метотрексат 20 мг Медрол 16 мг
Наружная терапия	Увлажняющие средства эмоленты	Увлажняющие средства эмоленты	Увлажняющие средства эмоленты	Увлажняющие средства эмоленты	Увлажняющие средства эмоленты	Увлажняющие средства эмоленты
Гемоглобин (г/л)	82	91	103	125	133	137
СОЭ (мм/ч)	35	28	22	16	11	6
СРБ (ммоль/л)	48	37	24	4,38	отр	отр
Креатинин (мкмоль/л)	181	127,8	110,4	84,7	81	77
DAPSA (баллы)	41,2	39,2	33,1	28,3	26,6	24,7
PSS	91,8	81,8	71,8	61,8	51,8	41,8
PASI	72	62	52	42	32	22

Заключение. При отмене системных кортикостероидов у пациента отмечалось возобновление воспалительных симптомов со стороны суставов и кожи, и ухудшение общего состояния организма. Это свидетельствует о подавлении функции коры надпочечников и, соответственно, системной стероидной зависимости.

После отмены Акридерм мази и перехода на увлажняющие средства и эмоленты у пациента отмечались признаки синдрома отмены ТГКС, такие как ярко-красное воспаление кожи, напоминающее солнечный ожог, шелушение кожи, похожее на “снегопад”, ощущение озноба или жара, повышенная чувствительность кожи к воде, движению, увлажняющему крему, тканям, температуре, увеличенные паховые лимфатические узлы, сухость и раздражение глаз, атрофия кожи, часто проявляющаяся как “слоновь морщины”, выпадение волос, бессонница, эмоциональные колебания, депрессия, тревога.

Заключение: данная клиническая картина соответствует местной стероидной зависимости.

Для оценки степени тяжести поражения кожи при псориазе используют индекс PASI (Psoriasis Area and Severity Index) и индекс PSS (Psoriasis Severity Scale).

Индекс PASI применяется также для оценки эффективности лечения.

Клиническая эффективность лечения с помощью PASI оценивается по величине снижения значения PASI в процентах, которая рассчитывается по формуле

$$PASI = [PASI_{\text{до лечения}} - PASI_{\text{после лечения}}] / PASI_{\text{до лечения}} \times 100 \%$$

Подстановка значений:

$$PASI = (72 - 22) / 72 \times 100 = 69 \%$$

Терапия считается эффективной, если значение PASI уменьшилось на 50 % и более.

Также из лабораторных показателей и индекса DAPSA (индекс оценки псориазического артрита) отмечается эффективность проводимой терапии.

Заключение. В данном клиническом случае рассматривается, как бесконтрольное самостоятельное применение топических глюкокортикостероидов (ТГКС) привело к системным побочным эффектам (стероидная зависимость) и местным (синдром “красной горячей кожи” и др.). Пациент самостоятельно применял ТГКС после ваннных процедур в комбинации с кератолитиком и под окклюзию до 3–4 раз в день методом втирания на пораженную кожу, не соблюдая

правил нанесения наружного средства (правило “золотой фаланги”). В результате длительных расчесов площадь поражения составила 90 %. Также данные обследования и анамнеза свидетельствуют о нарушении функции печени и почек, что способствует повышению системного всасывания активного вещества ТГКС.

Выводы. Самостоятельное применение ТГКС при неясном диагнозе, его формы и стадии развития, несоблюдение правил наружной терапии, такие как: выбор препарата, его лекарственной формы в зависимости от клинической формы и стадии процесса, метода его нанесения, длительности и кратности применения способствовало повышению проницаемости сосудов кожи и соответственно резорбтивного эффекта активного вещества ТГКС в 10–100 раз. Более того, пациент проводил предшествующие процедуры – ванны, окклюзионные повязки, которые увеличивали гидратацию рогового слоя и температуру кожи.

Поступила: 06.08.2025;

рецензирована: 20.08.2025; принята: 22.08.2025.

Литература:

1. Gladman D.D., Antoni C., Mease P., Clegg D.O., Nash P. Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome // *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2005. Vol. 64, Suppl. 2. P. ii14–ii17.
2. Ritchlin C.T., Colbert R.A., Gladman D.D. Psoriatic arthritis // *The New England Journal of Medicine*. 2017. Vol. 376. № 10. P. 957–970.
3. Ogdie A., Weiss P. The epidemiology of psoriatic arthritis // *Rheumatic Disease Clinics of North America*. 2015. Vol. 41. № 4. P. 545–568.
4. Kavanaugh A., Ritchlin C. Systematic review of treatments for psoriatic arthritis: an evidence-based approach and basis for treatment guidelines // *The Journal of Rheumatology*. 2006. Vol. 33. № 7. P. 1417–1421.
5. Gisondi P., Tinazzi I., El-Darouti M., Girolomoni G. Psoriatic arthritis: from pathogenesis to clinical assessment // *Clinics in Dermatology*. 2007. Vol. 25. № 6. P. 535–540.
6. Armstrong A.W., Read C. Pathophysiology, clinical presentation, and treatment of psoriasis: a review // *Journal of the American Medical Association (JAMA)*. 2020. Vol. 323. № 19. P. 1945–1960.
7. Mease P.J., Goffe B.S., Metz J., VanderStoep A., Finck B., Burge D.J. Etanercept in the treatment of psoriatic arthritis and psoriasis: a randomized trial // *Lancet*. 2000. Vol. 356. № 9227. P. 385–390.
8. Menter A., Strober B.E., Kaplan D.H. et al. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with biologics // *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2019. Vol. 80. № 4. P. 1029–1072.
9. Практические навыки в дерматовенерологии: справочник для врачей / под ред. Т.В. Соколовой. М., 2016. С. 119–137, 150–169. URL: https://static.insales-cdn.com/files/1/7628/30997964/original/praktich_naviki_v_dermatovenerologii_spravochnik_sod_i_primeri_str.pdf (дата обращения: 05.05.2025).
10. Романенко И.М. Лечение кожных и венерических болезней / И.М. Романенко, В.В. Кулага, С.Л. Афонин. М.: Медицинское информационное агентство, 2006. Т. 1. С. 25–33, 72–85.
11. Иванов Н.А. Лечение кортикостероидами некоторых дерматозов / Н.А. Иванов. М.: Медгиз, 1963. С. 25–33, 72–85.
12. Довжанский С.И. Псориаз / С.И. Довжанский. Саратов: Изд-во Саратовского ун-та, 1976. С. 212–242.
13. Сизов И.Е. Мази для лечения упорных форм псориаза: методические рекомендации / И.Е. Сизов. Смоленск, 1980.