

Scottish International Conference on Multidisciplinary Research and Innovation – SICMRI 2025

LICHEN SCLEROSUS: CLINICAL, MORPHOLOGICAL AND IMMUNOHISTOCHEMICAL CHARACTERISTICS

Omarsharifa binti Jamal Po

Kursk State Medical University

Candidate of Medical Sciences (PhD), Associate Professor

Department of Obstetrics and Gynecology (Postgraduate Education)

Abstract: Lichen sclerosis is a chronic inflammatory-atrophic dermatosis of the anogenital area characterized by itching, scarring, and risk of squamous cell carcinoma. The diagnosis is confirmed by biopsy: hyperkeratosis, epidermal atrophy, subepidermal cleft, collagen homogenization, and lichenoid infiltrate are typical features. The immunohistochemical profile with p53 positivity, low Ki-67, and negative p16/CK17 helps to verify lichen sclerosis and exclude neoplasia.

Keywords: lichen sclerosis, vulva, biopsy, histology, immunohistochemistry, p53, Ki-67, p16, CK17, malignant transformation.

СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИЙ ЛИХЕН: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Аннотация: Склероатрофический лихен — хронический воспалительно-атрофический дерматоз аногенитальной области с зудом, рубцеванием и риском плоскоклеточного рака. Диагноз подтверждается биопсией: характерны гиперкератоз, атрофия эпидермиса, субэпидермальная щель, гомогенизация коллагена и лихеноидный инфильтрат. ИГХ-профиль с p53-позитивностью при низком Ki-67 и отрицательных p16/CK17 помогает верифицировать САЛ и исключить неоплазию.

Ключевые слова: склероатрофический лихен, lichen sclerosis, вульва, биопсия, гистология, иммуногистохимия, p53, Ki-67, p16, CK17, малигнизация.

Введение. Склероатрофический лихен (САЛ, lichen sclerosis) — хроническое идиопатическое воспалительно-атрофическое заболевание кожи и слизистых, преимущественно генитальной области. Предполагается аутоиммунная природа болезни: она чаще встречается у женщин и ассоциируется с другими аутоиммунными заболеваниями (тиреоидит, витилиго и т.д.). Классически отмечают бимодальное распределение по возрасту — препубертатные девочки и женщины в менопаузе — но до 40% пациенток выявляются в репродуктивном периоде. Частота САЛ оценивается как примерно 1 случай на 70 женщин, обследованных в гинекологии, хотя реальные цифры, вероятно, занижены из-за частой бессимптомности и поздней диагностики. САЛ характеризуется выраженным зудом, жжением и болезненностью вульвы, диспареунией и нарушением половой функции. Хроническая воспалительная атрофия тканей ведет к развитию фимоза малых половых губ, стеноза входа во влагалище и даже повышенному риску плоскоклеточного рака вульвы. Эти особенности делают САЛ актуальным для акушерства и гинекологии как причина соматической и сексуальной дисфункции. Для патологической анатомии важна ранняя гистологическая верификация процесса, так как на начальных этапах морфология может быть неспецифична.

Цель исследования. Целью работы является клинико-морфологическое и иммуногистохимическое изучение склероатрофического лихена, определение

Scottish International Conference on Multidisciplinary Research and Innovation – SICMRI 2025

характерных гистопатологических признаков и маркеров, помогающих верифицировать диагноз САЛ и дифференцировать его от других дерматозов вульвы.

Материалы и методы. В обзор включены современные литература и клинические рекомендации по диагностике и гистологическому исследованию склероатрофического лишена. Клинические методы диагностики включают осмотр вульвы с оценкой характера поражений (белые атрофические бляшки, трещины), цитологическое исследование (вульвальный мазок) и оптическую вульвоскопию. Однако золотым стандартом является биопсия очага поражения с морфологическим исследованием. В частности, малоинвазивная панч-биопсия позволяет получить столбик ткани со всеми слоями кожи. Полученные образцы фиксируют и окрашивают гематоксилином и эозином для световой микроскопии. Для иммуногистохимического анализа применяют панели антител: к белкам p53, Ki-67 (маркеры пролиферации и стресса), p16, CK17 (ассоциированные с вирусной трансформацией) и др. Эти методы используются в комплексном подходе к диагностике САЛ и позволяют выявить как характерные гистологические изменения, так и особенности белковой экспрессии в ткани.

Результаты. На гистологическом срезе при САЛ отмечаются выраженный гиперкератоз эпидермиса, его истончение или атрофия с потерей нормального рисунка сосочков (rete), вакуолизация базального слоя и формирование щели «искривления» между эпидермисом и дермой, а также широкое однородное уплотнение коллагена в сосочковом слое дермы. Патологические находки включают гиперкератоз, атрофию эпидермиса с исчезновением сосочков, «гомогенизацию» коллагена верхней дермы и полосовидный (лихеноидный) лимфоцитарный инфильтрат у базальной мембраны. Эти признаки считаются характерными для классической, сформировавшейся стадии САЛ.

В поражениях САЛ обнаруживается высокий индекс экспрессии белка p53 (>70% клеток) при низком уровне пролиферации (индекс Ki-67 невысокий), тогда как иммунореактивность p16 и CK17 отсутствует. Такая ИГХ-картина свидетельствует о так называемом «ишемическом стрессе» эпителия и не указывает на вирус-ассоциированную трансформацию. Приведенные данные совпадают с ранее описанными: гиперэкспрессия p53 (wild-type), низкая пролиферация и отрицательные p16, CK17.

Заключение. Полученные клинико-морфологические и иммуногистохимические признаки позволяют повысить точность диагностики склероатрофического лишена. Выполнение биопсии с морфологическим исследованием дает окончательный диагноз, поскольку наличие типичных гистологических критериев при САЛ подтверждает диагноз и отличает его от неспецифических дерматитов. В свою очередь, характерный ИГХ-профиль (p53⁺, p16[−]) помогает избежать ошибочной трактовки как интраэпителиальной неоплазии, что важно для выбора тактики ведения. Учет этих особенностей и клинико-морфологическая корреляция позволяет установить верный диагноз. На практике это важно для своевременного начала терапии топическими кортикостероидами и регулярного наблюдения, что препятствует прогрессированию болезни, образованию фимоза/стеноза и развитию малигнизации.

Список Литературы

1. Аполихина И.А., Соколова А.В., Мусаева А.К., Зайцев Н.В. Малоинвазивная диагностика заболеваний вульвы с использованием панч-биопсии // Урология. 2020. №8. С.141–148.
2. Кузьменко-Москвина Ю.А., Бич Т.А. Иммунофенотип p53, Ki-67, p16 и CK17 склероатрофического лишена полового члена и вульвы в зависимости от морфологического строения дерматоза // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2020. Т.18, №2. С.124–128.
3. Кузьменко-Москвина Ю.А. Морфологическая, иммуногистохимическая и иммунофлюоресцентная диагностика типичных ранних и поздних элементов

**Scottish International Conference on Multidisciplinary Research and
Innovation – SICMRI 2025**

склероатрофического лишена // Вестник Витебского государственного медицинского университета. 2018. Т.17, №6. С.55–63.

4. Krapf J.M., Mitchell L., Holton M.A., Goldstein A.T. Vulvar Lichen Sclerosus: Current Perspectives // Int J Womens Health. 2020. Vol.12. P.11–20.