

УДК 616.89-008.484+614.253+616-07+336/.338
<https://doi.org/10.56871/UTJ.2026.50.15.007>

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ЛАБИРИНТЫ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПРАКТИКЕ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Виктория Анатольевна Лаврова¹, Тимур Романович Спиридонов¹,
Юлия Михайловна Гомон¹, Николай Григорьевич Незнанов^{1, 2}

¹ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, 197022, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8, Российская Федерация

² Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, Российская Федерация

Для цитирования: Лаврова В.А., Спиридонов Т.Р., Гомон Ю.М., Незнанов Н.Г. Диагностические лабиринты соматоформных расстройств в практике российского здравоохранения. *University Therapeutic Journal*. 2026;8(2):101–110. <https://doi.org/10.56871/UTJ.2026.50.15.007>.

Поступила: 15.01.2026

Одобрена: 06.03.2026

Принята к печати: 16.06.2026

РЕЗЮМЕ. Введение. Высокая распространенность соматоформных расстройств в общей медицинской сети сопряжена с длительной задержкой диагностики («диагностическая одиссея»), формирующей значительное клинико-экономическое бремя. **Цель исследования:** характеристика диагностико-лечебного маршрута и клинико-психологического профиля пациентов с верифицированными соматоформными расстройствами в условиях российской системы здравоохранения. **Материалы и методы.** Проведено проспективное обсервационное когортное исследование с ретроспективным анализом данных догоспитального этапа. В финальную когорту вошли 39 пациентов с диагнозами из рубрики F45 Международной классификации болезней 10-го пересмотра. Применялись: реконструкция маршрута на основе медицинской документации, психометрическое тестирование (госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale)) и структурированное клиническое интервью для оценки алекситимии, катастрофизации и локуса контроля. **Результаты.** Медиана длительности диагностического пути составила 4 года (2–7 лет). Пациенты посещали в среднем 5 (3–8) врачей-интернистов и проходили 9 (6–12) инструментально-лабораторных исследований; дублирование тестов отмечено у 61,5%. На догоспитальном этапе преобладали синдромальные диагнозы: «вегетососудистая дистония» (71,8%), «синдром раздраженного кишечника» (30,8%), «остеохондроз» (25,6%). В структуре психологического профиля доминировали алекситимия (74,4%) и тревога (HADS-A, Me=8 (6–11)). Выявлена сильная связь внешнего локуса контроля с увеличением длительности диагностики. **Обсуждение.** Результаты демонстрируют системные проблемы: отсутствие алгоритмов маршрутизации, дефицит знаний у интернистов о соматоформных расстройствах и коммуникативные барьеры. Синдромальные диагнозы (вегетососудистая дистония, синдром раздраженного кишечника) часто выступают масками непсихиатрических расстройств, задерживая патогенетическое лечение. **Выводы.** Ключевыми индикаторами для направления к психиатру являются полиморфные хронические жалобы, их катастрофизация, низкий эффект симптоматической терапии и длительный анамнез «хождений по врачам». Для оптимизации помощи необходимы скрининг тревоги в первичном звене и разработка четких междисциплинарных регламентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: соматоформные расстройства, первичная медико-санитарная помощь, взаимоотношения врач–пациент, диагностические ошибки, согласие пациента на медицинскую помощь, затраты на здравоохранение

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

✉ Виктория Анатольевна Лаврова. E-mail: valavrova@bk.ru

© Коллектив авторов, 2026

<https://doi.org/10.56871/UTJ.2026.50.15.007>

DIAGNOSTIC LABYRINTHS OF SOMATOFORM DISORDERS IN RUSSIAN HEALTHCARE PRACTICE

Viktoria A. Lavrova¹, Timur R. Spiridonov¹, Yulia M. Gomon¹, Nikolay G. Neznanov^{1, 2}

¹ Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, 6–8 L'va Tolstogo str., Saint Petersburg, 197022, Russian Federation

² Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, 3 Bekhterev str., Saint Petersburg, 192019, Russian Federation

For citation: Lavrova V.A., Spiridonov T.R., Gomon Yu.M., Neznanov N.G. Diagnostic labyrinths of somatoform disorders in Russian healthcare practice. *University Therapeutic Journal*. 2025;8(2):101–110. (In Russ.).
<https://doi.org/10.56871/UTJ.2026.50.15.007>.

Received: 15.01.2026

Revised: 06.03.2026

Accepted: 16.06.2026

ABSTRACT. Introduction. The high prevalence of somatoform disorders in general medical care is associated with a significant delay in diagnosis (“diagnostic odyssey”), creating a substantial clinical and economic burden. The study aimed to characterize the diagnostic-therapeutic pathway and clinical-psychological profile of patients with verified somatoform disorders within the Russian healthcare system. **Materials and methods.** A prospective observational cohort study with a retrospective analysis of pre-hospital data was conducted. The final cohort included 39 patients with International Classification of Diseases, 10th revision, F45 diagnoses. Methods included: reconstruction of the patient pathway based on medical records, psychometric testing (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), and a structured clinical interview to assess alexithymia, catastrophizing, and locus of control. **Results.** The median duration of the diagnostic pathway was 4 years (2–7 years). Patients consulted an average 5 (3–8) internists and underwent 9 (6–12) instrumental and laboratory tests; test duplication was noted in 61.5% of cases. Pre-hospital diagnoses were predominantly syndromic: “vegetative dystonia” (71.8%), “irritable bowel syndrome” (30.8%), “osteocondrosis” (25.6%). The psychological profile was dominated by alexithymia (74.4%) and anxiety (HADS-A, Me=8 (6–11)). A strong association was found between an external locus of control and increased diagnostic delay. **Discussion.** The results demonstrate systemic issues: lack of referral algorithms, internists’ knowledge gap regarding somatoform disorders, and communication barriers. Syndromic diagnoses (“vegetative dystonia”, “irritable bowel syndrome”) often mask psychiatric disorders, delaying pathogenetic treatment. **Conclusions.** Key indicators for referral to a psychiatrist include polymorphic chronic complaints, their catastrophic interpretation, low efficacy of symptomatic therapy, and a long history of “doctor shopping”. Optimizing care requires screening for anxiety in primary care and developing clear interdisciplinary guidelines.

KEYWORDS: somatoform disorders, primary health care, physician–patient relations, diagnostic errors, patient acceptance of health care, health care costs

Funding. This study was not supported by any external sources of funding.

✉ Viktoria A. Lavrova. E-mail: valavrova@bk.ru

© 2026 by the authors

ВВЕДЕНИЕ

Высокая распространенность соматоформных расстройств (СФР) в первичном звене здравоохранения (7,7–17% пациентов) формирует значимую глобальную проблему [1, 2]. Ключевым нерешенным вопросом остается длительная задержка в диагностике — «диагностическая одиссея», которая приводит к избыточным обследованиям, эмоциональному дистрессу и нарушению терапевтического альянса [3, 4]. Это создает существенное клинико-экономическое бремя.

Причины носят системный характер: недостаточная осведомленность врачей о современных критериях СФР [3, 5], коммуникативные барьеры, стигма [6] и отсутствие четких алгоритмов направления. Современная диагностика (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), Международная классификация болезней 11-го пересмотра (МКБ-11)) смещает фокус с «необъяснимости» симптомов на дезадаптивные когнитивные, эмоциональные и поведенческие реакции на них [7].

В условиях российской системы здравоохранения детальный анализ клинико-психологического профиля пациента и объективная реконструкция его диагностического маршрута являются необходимым этапом для разработки научно обоснованных алгоритмов и оптимизации помощи.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Охарактеризовать диагностико-лечебный маршрут пациента с верифицированными СФР (F45 по МКБ-10) на этапе их наблюдения в общемедицинской сети, а также проанализировать терапевтические подходы на этапах наблюдения у интернистов и после обращения к психиатру.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Настоящее исследование представляет собой проспективное обсервационное когортное исследование с ретроспективным анализом данных догоспитального этапа, выполненное на базе кафедры психиатрии и наркологии «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» и специализированного психотерапевтического центра ООО «ВЛ-КЛИНИКА» в период с 15.03.2025 г. по 15.09.2025 г. Исходная популяция для скрининга была сформирована из пациентов, обратившихся к врачу-психиатру

с ведущими полиморфными соматическими жалобами (n=350). Для анализа была отобрана финальная группа пациентов (n=53), соответствовавшая критериям включения, из которых полные клинические данные для анализа маршрута и динамики были доступны для 39 человек, составивших анализируемую когорту.

Критерии включения.

1. Верифицированный диагноз из рубрики «Соматоформные расстройства» (F45) по МКБ-10, установленный врачом-психиатром с опытом работы в психосоматической медицине. В исследование включались пациенты с конкретными диагнозами: соматизированное расстройство (F45.0), ипохондрическое расстройство (F45.2), соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3), хроническое соматоформное болевое расстройство (F45.4).

2. Возраст от 18 до 65 лет.

3. Подписанное информированное согласие.

Критерии исключения.

1. Наличие эндогенных психических расстройств (шизофрения, биполярное аффективное расстройство, тяжелые депрессивные эпизоды с психотическими симптомами), расстройств личности.
2. Органические заболевания центральной нервной системы с когнитивным дефицитом.
3. Текущее употребление психоактивных веществ (кроме табака).
4. Наличие соматического или неврологического заболевания, которое могло бы полностью или в значительной мере объяснить симптоматику.
5. Низкая приверженность наблюдению (отказ от рекомендаций, прекращение визитов).

Основным методом верификации диагноза и оценки состояния служило клиническое интервью, проводимое врачом-психиатром в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. Для углубленного анализа клинико-организационных аспектов и экономического бремени были применены следующие методы.

1. Ретроспективный анализ медицинской документации. На основе амбулаторных карт, выписок и заключений специалистов проводилась детальная реконструкция «диагностического маршрута» каждого пациента за период, предшествующий обращению к психиатру. Фиксировались:
 - а) количество и профиль консультаций врачей-интернистов;
 - б) полный перечень проведенных инструментальных и лабораторных исследований с указанием источника финан-

- сирования (Обязательное медицинское страхование, ОМС / платно);
- в) установленные синдромальные и нозологические диагнозы;
- г) назначенная лекарственная терапия.
2. Психометрическое тестирование:
- а) госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) использовалась для объективной оценки уровня тревоги (HADS-A) и депрессии (HADS-D);
- б) числовая рейтинговая шкала (NRS-10): применялась для субъективной оценки пациентом интенсивности ключевых соматических и аффективных симптомов.
3. Качественная оценка психологических особенностей в рамках структурированного клинического интервью. В ходе беседы целенаправленно оценивались и фиксировались следующие феномены:
- а) алекситимия: трудности в идентификации и вербализации эмоций;
- б) катастрофизация: интерпретация телесных ощущений как признака тяжелого заболевания;
- в) локус контроля здоровья: ориентация на внешний (зависимость от врачей, обследований) или внутренний контроль;
- г) связь симптомов с аффектом и стрессом, а также оценка ипохондрических представлений.

Для обеспечения единообразия оценки интервью проводили по заранее составленному сценарию, включавшему ключевые вопросы для выявления каждого конструкта. Следует отметить, что данная оценка носит клинический, а не инструментальный характер, что является ограничением исследования.

Для статистической обработки использовался пакет STATISTICA 12.0 (StatSoft, США). Ввиду объема выборки и отклонения распределения от нормального количественные данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха (Me (IQR)). Качественные данные представлены в виде абсолютных и относительных частот (n, %). Для сравнения независимых групп применяли непараметрический U-критерий Манна–Уитни (количественные показатели) и точный критерий Фишера или χ^2 с поправкой Йейтса (качественные показатели). Уровень статистической значимости — $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исходную популяцию для скрининга составили 350 пациентов, обратившихся к врачу-психиатру с ведущими полиморфными соматическими жалобами. После применения критериев включения и исключения из скрининга 184 пациента (52,6%) были исключены в связи с выявлением альтернативных состояний:

Таблица 1

Сравнение базовых характеристик финальной когорты и подгруппы углубленного анализа

Table 1

Comparison of baseline characteristics of the final cohort and the in-depth analysis subgroup

Параметр / Parameter	Вся когорта / The entire cohort (n=53)	Подгруппа анализа / Analysis subgroup (n=39)	p-value
Возраст, лет, Me (IQR) / Age, years, Me (IQR)	42 (35–51)	41 (34–50)	0,78*
Женский пол, n (%) / Female, n (%)	46 (86,8%)	34 (87,2%)	0,96**
Длительность симптомов, лет, Me (IQR) / Duration of symptoms, years, Me (IQR)	4 (2–7)	4 (2–8)	0,92*
Балл по HADS-тревога, Me (IQR) / HADS-Anxiety score, Me (IQR)	8 (6–12)	8 (6–11)	0,85*
Панические атаки в анамнезе, n (%) / History of panic attacks, n (%)	13 (24,5%)	13 (33,3%)	0,35**

* U-критерий Манна–Уитни; ** точный критерий Фишера.

* Mann–Whitney U-test; ** Fisher’s exact test.

Примечание: Me (IQR) — медиана и интерквартильный размах, HADS-тревога — показатель тревоги по госпитальной шкале тревоги и депрессии.

Note: Me (IQR) — median and interquartile range; HADS anxiety — a measure of anxiety based on the Hospital Anxiety and Depression Scale.

Таблица составлена авторами / The table is prepared by the authors

эндогенные психические расстройства (n=56; 30,4% исключенных), соматические заболевания, объясняющие симптоматику (n=41; 22,2%), органические заболевания центральной нервной системы (ЦНС) (n=24; 13,0%), цереброваскулярные заболевания (n=21; 11,4%), расстройства личности (n=17; 9,2%), реакции на тяжелый стресс (n=14; 7,6%), расстройства пищевого поведения (n=7; 3,8%), соматогенная астения (n=4; 2,2%). Дополнительно 113 пациентов (32,3%) были исключены из проспективного анализа по следующим причинам: отказ от углубленного обследования и продолжение соматического поиска (n=40; 11,4%), низкая приверженность терапии (n=32; 9,1%), трудности установления терапевтического альянса (n=41; 11,7%). После применения критериев включения и исключения финальную исследовательскую когорту составили 53 пациента (15,1% исходного количества). Для углубленного анализа диагностического маршрута были отобраны 39 пациентов, по которым имелись полные данные медицинской документации и которые завершили как минимум два контрольных визита. Сравнительный анализ показал отсутствие статистически значимых различий по ключевым демографическим и клиническим параметрам между всей финальной когортой (n=53) и подгруппой углубленного анализа (n=39) (табл. 1), что подтверждает репрезентативность анализируемой подгруппы.

Все пациенты (100%) начинали свой путь с многократных посещений врача-терапевта / врача общей практики (Ме числа визитов 5 (3–8)), который выступал основным звеном

маршрутизации пациентов. Большая часть пациентов была направлена к неврологу (n=35, 89,7%). При преобладании гастроэнтерологических симптомов пациенты направлялись к гастроэнтерологу (n=18, 46,2%), а при кардиалгиях, тахикардии и ощущении нехватки воздуха — к кардиологу (n=15, 38,5%). 30,8% (n=12) пациентов консультировались у 5 и более врачей различных профилей.

Каждый пациент за период диагностического пути («диагностической одиссеи») проходил обширный комплекс исследований. Медиана количества инструментальных и лабораторных тестов для одного пациента составила 9 (6–12). Анализ документов показал, что дублирование исследований при первоначально отрицательных результатах отмечалось у 24 пациентов (61,5% когорты), что отражает характерный для данной группы продолжающийся диагностический поиск и низкую толерантность клиницистов к неопределенности (табл. 2).

До момента обращения к психиатру пациентам преимущественно выставлялись синдромальные и функциональные диагнозы. К ним относились «Вегетососудистая дистония» (ВСД) или «Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы» — наиболее частый диагноз (71,8%, n=28), «Синдром раздраженного кишечника» (СРК) (30,8%, n=12), «Остеохондроз» / «Дорсопатия» (25,6%, n=10), «Цефалгия напряжения» / «Мигрень» (28,2%, n=11), а также сопутствующие диагнозы, такие как «Железодефицитная анемия» (ЖДА) (20,5%, n=8).

Таблица 2

Частота и каналы финансирования диагностических исследований у пациентов с соматоформными расстройствами (n=39)

Table 2

Frequency and funding channels of diagnostic tests in patients with somatoform disorders (n=39)

Исследование / Study	Пациенты, которым проводилось исследование, n (%) когорты / Patients who underwent the study, n (%) of the cohort	Общее количество проведенных исследований/процедур* / Total number of examinations/procedures performed*	Канал финансирования (от общего количества процедур) / Funding channel (as a percentage of the total number of procedures), n (%)
Инструментальные исследования / Instrumental tests			
Электрокардиография / Electrocardiography	20 (51,3%)	26	ОМС: 18 (69,2%); Платно: 8 (30,8%) / CHI: 18 (69,2%); Out-of-pocket: 8 (30,8%)
Эхокардиография и суточное мониторирование электрокардиографии / Echocardiography and 24-hour Holter electrocardiography monitoring	9 (23,1%)	9	ОМС: 9 (100%) / Public insurance (CHI): 9 (100%)

Окончание табл. 2 / Ending of the Table 2

Исследование / Study	Пациенты, которым проводилось исследование, n (%) когорты / Patients who underwent the study, n (%) of the cohort	Общее количество проведенных исследований/процедур* / Total number of examinations/procedures performed*	Канал финансирования (от общего количества процедур) / Funding channel (as a percentage of the total number of procedures), n (%)
Фиброгастродуоденоскопия/ Фиброколоноскопия / Esophagogastroduodenoscopy/ Colonoscopy	15 (38,5%)	19	ОМС: 12 (63,2%); Платно: 7 (36,8%) / CHI: 12 (63,2%); Out-of-pocket: 7 (36,8%)
Магнитно-резонансная томография головного мозга / шейного отдела / Magnetic resonance imaging of the brain / cervical spine	20 (51,3%)	23	ОМС: 7 (30,4%); Платно: 16 (69,6%) / CHI: 7 (30,4%); Out-of-pocket: 16 (69,6%)
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза / Ultrasound of the abdomen and pelvis	25 (64,1%)	33	ОМС: 22 (66,7%); Платно: 11 (33,3%) / CHI: 22 (66,7%); Out-of-pocket: 11 (33,3%)
Лабораторные исследования / Laboratory tests			
Развернутые клинические и биохимические анализы крови / Comprehensive clinical and biochemical blood tests	39 (100%)	78	ОМС: 39 (50%); Платно: 39 (50%) / CHI: 39 (50%); Out-of-pocket: 39 (50%)
Гормональные панели (тиреоидный профиль, кортизол) / Hormonal panels (thyroid profile, cortisol)	18 (46,2%)	29	ОМС: 18 (62,1%); Платно: 11 (37,9%) / CHI: 18 (62,1%); Out-of-pocket: 11 (37,9%)
Специфические маркеры воспаления (ревматоидный фактор, антинуклеарный фактор) / Specific inflammation markers (rheumatoid factor, antinuclear antibody)	16 (41%)	24	ОМС: 16 (66,7%); Платно: 8 (33,3%) / CHI: 16 (66,7%); Out-of-pocket: 8 (33,3%)
Ферритин / Ferritin	25 (64,1%)	40	ОМС: 25 (62,5%); Платно: 15 (37,5%) / CHI: 25 (62,5%); Out-of-pocket: 15 (37,5%)
Итоговый показатель / Summary indicator			
Пациенты с дублированием ≥1 исследования / Patients with duplication of ≥1 test	24 (61,5%)	—	—

* Общее количество включает первичные и повторные (дублированные) исследования.

* The total number includes both primary and repeated (duplicated) tests.

Примечание: ОМС — обязательное медицинское страхование.

Note: CHI — compulsory health insurance.

Таблица составлена авторами / The table is prepared by the authors

Медиана длительности диагностического пути от дебюта стойких симптомов до первой консультации психиатра составила 4 года (2–7 лет). Наблюдали высокую частоту полипрагмазии (52,1%) при соответствии назначений профилю синдромов. Наиболее часто назначали при гастроэнтерологических симптомах (СРК): спазмолитики (дротаверин, мебеверин), ингибиторы протонной помпы (омепразол, пантопразол, рабепразол), анта-

циды и гастропротекторы (гевискон, ребамипид, де-нол) (38,5%, n=15); при болевых синдромах (остеохондроз, цефалгия): анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства (кетопрофен, нимесулид, напроксен) (51,3%, n=20); при кардиоваскулярных жалобах (ВСД, тахикардия): бета-адреноблокаторы (бисопролол) (17,9%, n=7); при астенических и неврологических жалобах: ноотропные и так называемые сосудистые препараты

(мексидол, цитофлавин) (25,6%, n=10). Практически повсеместно назначалась витаминотерапия и БАДы (препараты железа, магния, витамины группы В, витамин D) (76,9%, n=30).

Медиана балла по подшкале HADS-A составила 8 (6–11), клинически значимый уровень тревоги (≥ 11 баллов) отмечен у 30,8% (n=12) пациентов. Медиана по подшкале HADS-D была ниже — 4 (2–7), а клинически значимая депрессия выявлена лишь у 10,3% (n=4) пациентов. Качественный анализ выявил закономерность: пациенты с клинически значимым уровнем тревоги по HADS демонстрировали и наибольшую выраженность катастрофизации. В ходе клинического интервью был зафиксирован характерный СФР комплекс личностных черт:

- трудности идентификации и вербализации эмоций (алекситимия) — 74,4% (n=29);
- эмоциональная лабильность и склонность к тревожному реагированию — 92,3% (n=36);
- устойчивая озабоченность здоровьем и катастрофическая интерпретация ощущений — 56,4% (n=22);

- выраженный дискомфорт при неясном диагнозе (низкая толерантность к неопределенности) — 56,4% (n=22);
- черты перфекционизма и гиперответственности в анамнезе — 38,5% (n=15).

Наиболее сильная связь наблюдалась между внешним локусом контроля и длительностью диагностического пути: у пациентов с выраженным внешним локусом контроля (n=20) медиана длительности «врачебного лабиринта» до обращения к психиатру составила 5 лет (4–7). Напротив, у немногих пациентов (n=4), развивших в терапии внутренний локус контроля, этот путь был короче — 1,5 года [1–2].

Основными триггерами, приведшими к направлению или самостоятельному обращению пациента к психиатру, были истощение диагностических и терапевтических возможностей в общемедицинской сети (64,1%, n=25); обострение аффективной симптоматики, прежде всего тревоги (23,1%, n=9); влияние близких или самостоятельный поиск информации (n=8, 20,5%). Рекомендации

Таблица 3

Распределение психиатрических диагнозов в исследованной когорте (n=39)

Table 3

Distribution of psychiatric diagnoses in the studied cohort (n=39)

Диагностическая рубрика (Международная классификация болезней 10-го пересмотра) / Diagnostic rubric (International Classification of Diseases, 10th revision)	Конкретный диагноз (Международная классификация болезней 10-го пересмотра) / Specific diagnosis (International Classification of Diseases, 10th revision)	Количество пациентов / Number of patients (n, %)
Соматоформные расстройства (F45)* / Somatoform disorders (F45)*	Соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3) / Somatoform autonomic dysfunction (F45.3)	28 (71,8%)
	Хроническое соматоформное болевое расстройство (F45.4) / Chronic somatoform pain disorder (F45.4)	10 (25,6%)
	Ипохондрическое расстройство (F45.2) / Hypochondriacal disorder (F45.2)	11 (28,2%)
Тревожно-фобические расстройства (F40–F41) / Anxiety and phobic disorders (F40–F41)	Паническое расстройство (F41.0) / Panic disorder (F41.0)	13 (33,3%)
	Генерализованное тревожное расстройство (F41.1) / Generalized anxiety disorder (F41.1)	23 (59%)
Расстройства адаптации (F43.2) / Adjustment disorders (F43.2)	Расстройство адаптации (F43.2) / Adjustment disorder (F43.2)	7 (17,9%)

* Диагноз из рубрики F45 был верифицирован как ведущий у всех 39 пациентов (100%), что соответствовало критериям включения в исследование. Проценты в подрубриках F45 рассчитывались от общего размера когорты (n=39) и в сумме превышают 100% в силу коморбидности внутри рубрики.

* A diagnosis from the F45 category was verified as the primary diagnosis for all 39 patients (100%), which corresponded to the study inclusion criteria. Percentages for the F45 subcategories were calculated from the total cohort size (n=39) and sum to over 100% due to comorbidity within this category.

Таблица составлена авторами / The table is prepared by the authors

врача-интерниста составляли не более 10% всех случаев обращения к психиатру в рассматриваемой когорте пациентов ($n=4, 10,3\%$).

После проведения дифференциальной диагностики у всех пациентов финальной когорты ($n=39$) были верифицированы расстройства, относящиеся к рубрике МКБ-10 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F40–F49). Распределение по основным нозологическим единицам представлено в табл. 3.

Сопоставление синдромальных диагнозов, установленных врачами-интернистами на этапе соматического наблюдения, и окончательных психиатрических диагнозов выявило их принципиальное несоответствие и низкую специфичность. Наиболее частые формулировки интернистов — «Вегетососудистая дистония» (71,8%, $n=28$), «Синдром раздраженного кишечника» (30,8%, $n=12$) и «Остеохондроз» (25,6%, $n=10$) — выполняли роль неспецифических «масок», за которыми скрывалась психопатология из спектра невротических и соматоформных расстройств. Так, у 28 пациентов с диагнозом «ВСД» (72%) в амбулаторной карте психиатр верифицировал соматоформную вегетативную дисфункцию (F45.3), которая в 13 случаях (46,4%) коморбидно сочеталась с паническим расстройством (F41.0). Аналогично, диагноз «СРК» в 10 случаях из 12 (83,3%) соответствовал соматоформному расстройству (F45.0 или F45.3) с выраженным тревожным компонентом.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Проведенное исследование, основанное на данных проспективного наблюдения когорты из 39 пациентов с верифицированными СФР, позволяет детально охарактеризовать ключевые клинические, психологические и организационные аспекты диагностического поиска и маршрутизации пациентов с соматоформными расстройствами в российской практике. Выявленный в исследовании социально-демографический и клинический профиль пациентов соответствует данным международных исследований, описывающих типичного пациента с расстройствами соматического спектра [1, 8, 9]. Особую значимость для раннего распознавания имеет структура психологических характеристик: доминирование тревоги, высокая частота алекситимии и катастрофизации формируют специфическую «линзу» восприятия телесных ощущений как угрозы [10, 11].

Количественная оценка маршрута пациента выявила его значительную протяженность, ресурсоемкость и фрагментарность. Результаты

проведенного нами исследования подтверждают существование длительного, фрагментированного и клинически неэффективного «диагностического лабиринта», который завершается назначением исключительно симптоматической терапии, не приводящей к стойкой ремиссии, и формированию значительного клинко-экономического бремени [2, 3, 12]. Его причины носят системный характер. Во-первых, отсутствуют четкие междисциплинарные алгоритмы маршрутизации, что приводит к движению пациента по замкнутому кругу между терапевтом, неврологом, кардиологом и гастроэнтерологом без выхода к психиатру. Во-вторых, врачи-интернисты часто испытывают дефицит знаний и времени для ведения сложных пациентов с психосоматической симптоматикой, что приводит к стратегии «диагностики исключения» с помощью повторных исследований и назначению симптоматической терапии (анальгетики, спазмолитики, ноотропы), неэффективность которой в нашей когорте достигла 100%. В-третьих, коммуникативный разрыв и стигма усугубляют проблему: пациенты, сталкиваясь с непониманием, усиливают поиск органических причин, а врачи могут избегать сложного разговора о психогенной природе симптомов. Выявленная практика дублирования платных исследований (61,5% пациентов) является прямым следствием порочного круга.

Исследование продемонстрировало диссонанс между синдромальными диагнозами, установленными в общемедицинской сети, и истинным психиатрическим диагнозом. Диагнозы «ВСД» (71,8%, $n=28$), «СРК» (30,8%, $n=12$) и «Остеохондроз» (25,6%, $n=10$), будучи распространенными клиническими конструктами, в нашем исследовании оказались неспецифическими «масками». Этот паттерн иллюстрирует «диагностический тупик»: синдромальные формулировки, не предполагающие патогенетического лечения, фиксируют состояние, но не ориентируют на переход к патогенетическому лечению базового психического расстройства. Полученные данные подтверждают целесообразность современного диагностического подхода, реализованного в DSM-5 (Соматическое симптоматическое расстройство — Somatic Symptom Disorder) и МКБ-11 (Расстройство телесного дистресса — Bodily Distress Disorder), где акцент смещен с принципа «необъяснимости» на оценку чрезмерных и дезадаптивных когнитивных (катастрофизация), эмоциональных (тревога) и поведенческих (поиск обследований) реакций на симптомы [7]. В этой парадигме диагнозы ВСД или СРК должны

служить не конечной точкой, а индикатором необходимости оценки психического состояния.

Исследование позволило уточнить не только маршрут, но и клинико-психологический профиль пациента, что имеет прямое значение для терапии. Особенно важной оказалась выявленная закономерность: пациенты с выраженным внешним локусом контроля имели статистически значимо более длительный диагностический путь, чем пациенты с внутренним локусом. Эти данные прямо указывают на конкретные терапевтические мишени: необходимость купирования стержневой тревоги и психотерапевтической работы, направленной на развитие навыков эмоциональной саморегуляции и субъективного контроля над симптомами.

ВЫВОДЫ

1. Ключевыми «красными флагами» для подозрения на соматоформное или тревожное расстройство являются полиморфные хронические (>6 месяцев) жалобы из нескольких систем органов, их высокая субъективная тяжесть, доминирование тревоги и катастрофизации в беседе, а также длительный анамнез множественных обращений к врачам (doctors hopping) при неэффективности симптоматической терапии.

2. Основным диагностическим критерием, указывающим на необходимость психиатрической консультации, служит не необъяснимость симптомов, а дисфункциональный когнитивно-поведенческий ответ на них: катастрофическая интерпретация ощущений, постоянный мониторинг тела и настойчивое требование дополнительных обследований.

3. Распространенные синдромальные диагнозы (ВСД, СРК, остеохондроз) часто являются неспецифическими «масками» расстройств невротического спектра. Их постановка без скрининга тревоги и соматизации препятствует доступу пациента к адекватной помощи, поддерживая порочный круг «диагностической одиссеи».

4. Для оптимизации помощи необходимы организационные изменения в первичном звене здравоохранения: внедрение скрининговых инструментов для выявления тревоги и соматизации, разработка четких алгоритмов направления к психиатру и повышение психосоматической грамотности врачей-интернистов.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Лаврова В.А. — концепция и дизайн исследования, разработка методо-

логии, написание оригинального черновика; Спиридонов Т.Р. — написание оригинального черновика; Гомон Ю.М. — концепция исследования, разработка методологии, написание оригинального черновика, редактирование и доработка текста; Незнанов Н.Г. — концепция исследования, разработка методологии, критический пересмотр и утверждение окончательной версии рукописи. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Информированное согласие. Заполнено собственноручно каждым участником исследования.

Этическое одобрение. Протокол исследования был одобрен Локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России (протокол № 14 от 04.03.2025 г.).

ADDITIONAL INFORMATION

Authors' contributions. Lavrova V.A. — research concept and design, methodology development, writing — original draft; Spiridonov T.R. — writing — original draft; Gomon Yu.M. — research concept, methodology development, writing — original draft, writing — review and editing; Neznanov N.G. — research concept, methodology development, writing — review and editing, final approval of the manuscript. All authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

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

Informed consent. Completed personally by each study participant.

Ethical approval. The study protocol was approved by the Local Ethics Committee of the Academician I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Ministry of Health of Russia (Protocol No. 14, dated March 4, 2025).

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Lehmann M., Pohontsch N.J., Zimmermann T., Scherer M., Löwe B. Estimated frequency of somatic symptom disorder in general practice: cross-sectional survey with general practitioners. *BMC Psychiatry*.

- 2022;22(1):638. (In Russ.). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04100-0>.
2. Yang X., Luo J., Wang P., He Y., Wang C., Yang L. et al. Characteristics and economic burden of patients with somatoform disorders in Chinese general hospitals: a multicenter cross-sectional study. *Ann Gen Psychiatry*. 2023;22(1):30. (In Russ.). <https://doi.org/10.1186/s12991-023-00457-y>.
 3. Wangler J., Jansky M. Somatoform disorders in primary care — an exploratory mixed-methods study on experiences, challenges and coping strategies of general practitioners in the Federal Republic of Germany. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21(7):901. (In Russ.). doi:10.3390/ijerph21070901.
 4. Madsen M.M., Trolle C., Fynne L., Ørnbøl E., Fink P., Gormsen L.K. Can internal medicine specialists diagnose functional somatic disorders (FSDs)? Training and comparison with FSD specialists. *PLoS One*. 2024;19(7):e0307057. (In Russ.). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307057>.
 5. Goebel-Stengel M., Paulsen U., Bennerscheidt P., Zipfel S., Stengel A. Patients with functional gastrointestinal disorders — importance of communication between physician and patient assessed in a cross-sectional cohort study. *Front Psychiatry*. 2023;14:1252268. (In Russ.). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1252268>.
 6. Kikas K., Werner-Seidler A., Corkish B., Upton E., Holden M., Newby J.M. Illness anxiety disorder: A qualitative study of people with health anxiety and their experiences seeking and avoiding medical care. *Br J Clin Psychol*. 2024;63(3):288–304. (In Russ.). <https://doi.org/10.1111/bjc.70005>.
 7. Basavarajappa C., Dahale A.B., Desai G. Evolution of bodily distress disorders. *Curr Op in Psychiatry*. 2020;33(5):447–450. (In Russ.). <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000630>.
 8. Alanazi A.O., Aljohani R.A., Aljohani M.F., Alhusaini A.A., Alnemer F.K., Qasim S.S., et al. Epidemiological features and clinical manifestations of patients with somatoform disorder at a tertiary medical city in Riyadh, Saudi Arabia. *Cureus*. 2021;13(11):e19799. (In Russ.). <https://doi.org/10.7759/cureus.19799>.
 9. Barth L., Baumbach L., Hajek A., Götzmann L., Feiks K., Rufer M. et al. Characteristics of patients with somatoform pain disorder. *J Gen Fam Med*. 2024;25(3):141–149. (In Russ.). <https://doi.org/10.1002/jgf2.735>.
 10. Park H.Y., Jang Y., Hong A., Yoon E., Yoon I.Y. Comparative analysis of emotional factors in patients with somatic symptom disorder and panic disorder. *Anxiety Stress Coping*. 2025;38(2):248–261. (In Russ.). <https://doi.org/10.1080/19585969.2025.2482123>.
 11. Husain M., Chalder T. Medically unexplained symptoms: assessment and management. *Clin Med (Lond)*. 2021;21(1):13–18. (In Russ.). <https://doi.org/10.7861/clinmed.2020-0947>.
 12. Seo J.H., Han M., Kang S., Kim S.J., Jung I., Kang J.I. Healthcare utilization and costs in patients with somatic symptom and related disorders compared with those with depression and healthy controls: a nationwide cohort study. *Depress Anxiety*. 2024;2024:8352965. (In Russ.). <https://doi.org/10.1155/da/8352965>.

ОБ АВТОРАХ

 **Виктория Анатольевна Лаврова** — к.м.н., ассистент, кафедра психиатрии и наркологии. E-mail: valavrova@bk.ru; <https://orcid.org/0009-0004-5852-1519>; SPIN: 8274-7675

Тимур Романович Спиридонов — студент, кафедра психиатрии и наркологии. E-mail: t.spiridonov@hotmail.com; <https://orcid.org/0009-0009-7701-2134>

Юлия Михайловна Гомон — д.м.н., профессор, кафедра клинической фармакологии и доказательной медицины. E-mail: gomonmd@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7704-9900>; SPIN: 1839-9558

Николай Григорьевич Незнанов — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова; исполняющий обязанности директора, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева. E-mail: nezn@bekhterev.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5618-4206>; SPIN: 9772-0024

AUTHORS' INFO

 **Viktoria A. Lavrova** — Cand. Sci. (Med.), Assistant Professor, Department of Psychiatry and Narcology. E-mail: valavrova@bk.ru; <https://orcid.org/0009-0004-5852-1519>; SPIN: 8274-7675

Timur R. Spiridonov — student, Department of Psychiatry and Narcology. E-mail: t.spiridonov@hotmail.com; <https://orcid.org/0009-0009-7701-2134>

Yulia M. Gomon — Dr. Sci. (Med.), Professor, Department of Clinical Pharmacology and Evidence-Based Medicine. E-mail: gomonmd@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7704-9900>; SPIN: 1839-9558

Nikolay G. Neznanov — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Psychiatry and Narcology, First Saint Petersburg State Medical University named after Academician I.P. Pavlov; Acting Director, V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology. E-mail: nezn@bekhterev.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5618-4206>; SPIN: 9772-0024