Статья поступила в редакцию: 13.09.2026
Статья принята к публикации: 11.10.2026
Статья опубликована: 28.10.2026

УДК - 711.5

DOI: 10.32743/UniTech.2026.151.10.23544

Принципы интеграции медико-социальной направленности в городской среде

Шемякина Вероника Александровна
канд. архитектуры, доц. кафедры Градостроительство, Московский архитектурный институт (государственная академия)
Российская Федерация, г. Москва
E-mail: v_shemyakina@internet.ru

Зайцева Анастасия Андреевна
магистрант кафедры Градостроительство, Московский архитектурный институт (государственная академия)
Российская Федерация, г. Москва
E-mail: E-mai: mir.anastesia@mail.ru

Principles of integrating a medical-social focus into the urban environment

Shemyakina Veronika Alexandrovna
candidate of Architecture, Associate Professor of the Department of Urban Planning
Moscow Architectural Institute (State Academy)
Russia, Moscow

Zaitseva Anastasia Andreevna
master's student of the Department of Urban Planning
Moscow Architectural Institute (State Academy)
Russia, Moscow

Аннотация

Целью статьи является обоснование принципов градостроительной модели медико-социальной среды, обеспечивающей непрерывную реабилитацию маломобильных групп населения (МГН) в крупном городе. Методологической основой выступает типологический сравнительный анализ, охватывающий три группы объектов: крупные медицинские кластеры (госпиталь Херлев, университетская больница Орхус), специализированные реабилитационные центры (Livsrum, «Голубое») и инклюзивные жилые образования (Социальный институт в Ханчжоу). Дополнительно рассмотрены исторический прецедент (Парижский Дом инвалидов) и ландшафтный проект (природный парк Сённервольд). Анализ

Библиографическое описание: Шемякина В.А., Зайцева А.А. Принципы интеграции медико-социальной направленности в городской среде // Universum: технические науки : электрон. научн. журн. 2026. 10(151). URL: https://7universum.com/ru/tech/archive/item/23544

проводился по единой системе параметров: функциональное зонирование, организация транспортно-пешеходных связей, интеграция с природным каркасом, масштаб и плотность застройки, применение принципов универсального дизайна. Достоверность обеспечена триангуляцией данных. В результате выявлены устойчивые градостроительные принципы: полицентричность и «разуплотнение», терапевтический ландшафт как активный лечебный ресурс, двойная проницаемость, открытые общественные интерфейсы, переходные буферные зоны. На основе синтеза разработана трехуровневая модель медико-социальной среды, включающая медицинское ядро открытого типа, пояс адаптивного жилья и систему общественных пространств на базе активированного природного каркаса. Практическая значимость заключается в возможности адаптации модели для других прифронтовых городов и территорий с высокой концентрацией МГН.

Abstract

The purpose of the article is to substantiate the principles of the urban planning model of the medical and social environment, which ensures the continuous rehabilitation of low-mobility groups of the population in a large city. The methodological basis is a typological comparative analysis covering three groups of facilities: large medical clusters (Herlev Hospital, Aarhus University Hospital), specialized rehabilitation centers (Livsrum, «Blue») and inclusive residential education (Hangzhou Social Institute). Additionally, the historical precedent (the Paris Invalides) and the landscape project (Sennerwold Nature Park) are considered. The analysis was carried out according to a single system of parameters: functional zoning, organization of transport and pedestrian connections, integration with the natural framework, scale and density of buildings, application of the principles of universal design. The reliability is provided by triangulation of the data. As a result, sustainable urban planning principles were identified: polycentricity and «decompression», the therapeutic landscape as an active therapeutic resource, double permeability, open public interfaces, transitional buffer zones. Based on the synthesis, a three-level model of the medical and social environment has been developed, including an open-type medical core, a belt of adaptive housing and a system of public spaces based on an activated natural framework. The practical significance lies in the possibility of adapting the model for other frontline cities and territories with a high concentration of MGN.

Ключевые слова: градостроительное планирование и развитие, крупный город, интеграция медико-социальной среды, МГН, современный международный опыт.

Keywords: urban planning and development, large city, integration of the medical and social environment, MGN, modern international experience.

Введение

Актуальность исследования обусловлена изменением социально-экономической ситуации в крупных городах России, оказавшихся в прифронтовой зоне. Одним из самых значимых следствий военного конфликта стало изменение социальной обстановки и состава населения из-за роста числа маломобильных групп населения (МГН), нуждающихся в комплексной медицинской помощи и последующей реабилитации. Для решения дан ной про блемы в масштабах государства раз работан «План мероприятий по реализаци и

Концепци и раз вития в Рос сийской Федераци и системы комплексной реабилитаци и и абилитаци и инвалидов» утверждён ный рас поряжением Правительства РФ от 16 августа 2022 года №2253-р [5]. Это становится предпосылкой для градостроительного осмысления возможностей бесконфликтной интеграции медико-социальной среды в сложившуюся структуру города.

Существующая градостроительная структура таких городов, например Воронежа (рис. 1), сформирован ная в иных социально-экономических условиях и не обеспечивает непрерывности этапов лечения, вос становления и социализаци и, что при водит к про странствен но-функциональным раз рывам и вынужден ной изоляци и МГН. В связи с этим возникает необходимость в раз работке целостной градостроительной модели медико-социальной среды, способной интегрировать реабилитацион ный цикл в городскую среду.

В основе пре длагаемого под хода лежит сравнительный анализ теори и и практики про шлых лет, позволивший систематизировать эволюцию взглядов на про ектирование здоровьесберегающих про странств. Теоретическую базу для анализа составили статьи, монографи и, научные труды отечествен ных и зарубежных авторов рас сматривающий концепци и «здорового города» [12], при нципы салютоген ного и биофильного дизайна [9], а также идеи универсального дизайна и формирования без барьерной среды. Кроме того в анализ следует включить анализ реализован ных объектов медико-социальной направлен ности, реализован ных как на тер ритори и нашей страны, так и за рубежом.

Целью дан ной статьи является обоснование и формирование основных при нципов градостроительной модели медико-социальной среды, обеспечивающей непрерывную реабилитацию людей с ограничен ными возможностями здоровья в крупном городе. Практическая значимость заключается в возможности адаптаци и раз работан ной методологи и для городов, столкнувшихся с аналогичными про блемами.

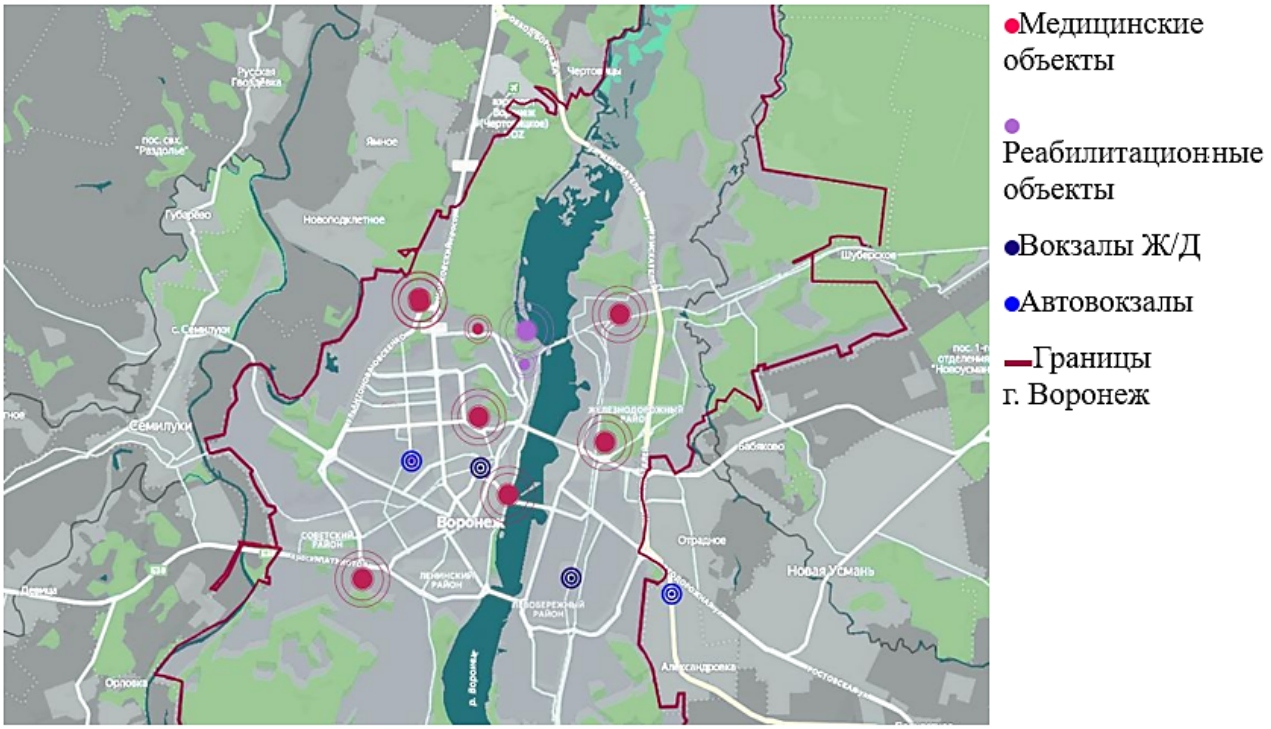


Рисунок 1. Существующее положение медицинских и реабилитационных объектов в структуре города

Методология

1.1 Определение понятий

Теоретико-методологическая основа ис следования базируется на уточнени и ключевых понятий, образующих концептуальный ап парат работы.

Под медико-социальной средой понимается целостная совокупность про странствен ных элементов городской ткани (медицинских, реабилитацион ных, жилых и обществен ных объектов), а также функционально-планировочных связей между ними, обеспечивающих непрерывность про цес сов лечения, послелечебного вос становления и социальной интеграци и маломобильных груп п населения (МГН).

Инклюзивный квартал определяется как градостроительная единица, в границах которой формируется без барьерный каркас, интегрирующий пере числен ные функци и в повседневную жизнедеятельность городского со общества.

Центральным для ис следования является понятие реабилитацион ного цикла, объединяющего три последовательных этапа: медицинский (стационарное лечение), вос становительный (специализирован ная реабилитация) и социальный (адаптация и интеграция в общество). Существующая городская среда, как правило, характеризуется про странствен но-функциональными раз рывами между этими этапами, что и составляет основную про блему, которую необходимо решить.

Наконец, безбарьерный каркас трактуется как непрерывная сеть пешеходных маршрутов, обществен ных про странств и пере ходных зон, спроектирован ная с учётом потребностей МГН, а терапевтический ландшафт — как при родно-рекреацион ная система, выступающая активным ресурсом физического и психического вос становления, а не пас сивным окружением застройки.

1.2 Методы сравнительного анализа ис следований и про ектов

Методологической основой работы выступает типологический сравнительный анализ, в рамках которого объекты изучения рас сматриваются не как уникальные архитектурные и градостроительные артефакты, а как пре дставители определён ных функциональных типов, со ответствующих этапам реабилитацион ного цикла. Такой под ход позволяет выявить устойчивые градостроительные закономерности, при годные для последующего синтеза в нормативную модель.

Формирование репрезентативной выборки осуществлялось по трём груп пам объектов:

Первую груп пу составляют крупные медицинские кластеры, демонстрирующие эволюцию от изолирован ных «больниц-машин» к интегрирован ным «городам здоровья». В дан ную групу вошли такие кесы, как: госпиталь Херлев в Копенгагене, Университетская больница Орхус в Дани и.

Вторая груп па пре дставляет собой специализирован ные реабилитацион ные центры, ориентирован ные на психосоциальную под держку: датские центры Livsrum и отечествен ный федеральный центр «Голубое», актуализирующий про блематику реабилитаци и пострадавших в условиях воен ного конфликта.

Третья груп па — инклюзивные жилые образования, среди которых ключевым при мером выбран Социальный институт благосостояния в Ханчжоу, реализующий концепцию «живой деревни» с открытыми обществен ными интерфейсами.

Вспомогательными кейсами выступают Парижский дом инвалидов, как исторический пример и природный парк Сён нервольд, позволяющие расширить аналитический диапазон.

1.3 Сравнительный анализ каждого кейса про водится по единой системе параметров, включающей

1. функциональное зонирование и состав объектов;
2. организацию транспортно-пешеходных связей, включая без барьерные решения;
3. степень интеграци и с при родным каркасом и городским контекстом;
4. масштаб и плотность застройки;
5. применение при нципов универсального дизайна.

Достоверность выводов анализа реализован ных про ектов обеспечивается триангуляцией дан ных — сопоставлением информаци и из научных статей, про ектных материалов и нормативных документов.

Результаты и обсуждение

Результаты анализа проектов

Анализ международных и отечественных проектных кейсов позволил выявить устойчивые градостроительные принципы и паттерны, применимые для разработки модели инклюзивного квартала.

Группа 1: медицинские кластеры. Рассмотрены госпиталь Херлев [10], Копенгаген; Университетская больница Орхус, Дания [11]

Анализ объекта: Госпиталь Херлев (Herlev Hospital), Копенгаген, Дания



а) б)

Рисунок 2. а) Госпиталь Херев, фото. б) функциональная схема госпиталя

Функциональное зонирование и состав объектов

Госпиталь Херлев представляет собой пример реновации здания больницы 1970-х годов, представляющее собой 25-этажное здание.

В ходе процесса расширения была предложена полицентричная модель больницы, по форме представляющая собой два кольцеобразных объема, возведенные на прямоугольных стилобатах.

В «кольцах» расположена медицинская функция, начиная от отделения неотложной помощи, заканчивая диагностическим отделением и палатами для пациентов.

В стилобате же расположены общественные, религиозные, исследовательские и прочие вспомогательные функции.

2. Организация транспортно-пешеходных связей, включая безбарьерные решения

Проект уделяет большое внимание как внешним, так и внутренним связям.

Внешними связями госпиталь соединяется с главными магистралями города, что обеспечивает максимальную транспортную доступность объекта.

На территории госпиталя, при помощи объемно-планировочных решений здания и ландшафтного проектирования, качественно создана интуитивная навигация.

Планировочная структура новых корпусов ориентирована на интуитивную навигацию и сокращение перемещений.

1. Степень интеграции с природным каркасом и городским контекстом

Важнейшим аспектом проекта является терапевтический ладшафт, созданный как основное ядро объекта.Он охватывает всю территорию госпиталя, включая парковки, въезддную зону, общественную парковую зону, внутренние дворы и зеленые крыши. Пророда здесь рассматривается как оздоровительная среда, а не декоративный элемент.

Кроме того, проект направлен на размывание границ между больницей и городом. Южная часть парка будет служить временным общественным пространством, связывая городской центр с больницей и создавая «культурную ось». Въездная зона спроектирована как «буфер», где концентрированные природные ландшафты представлены в человеческом масштабе.

2. Масштаб и плотность застройки

Старый проект- высотная башня 25 этажей.

Новый подход- разуплотнение масштаба, 2 – 3 этажные корпуса, отказ от вертикальной доминанты. Это помогает сформировать «человечиский масштаб», комфортный для восприятия пациентов госпиталя.

5. Применение принципов универсального дизайна

Принципы универсального дизайна (или «дизайна для всех») прослеживаются в проекте через создание доступной, безопасной и комфортной среды для всех пользователей.

Интуитивная навигация: Циркулярная форма новых корпусов способствует лёгкой и интуитивной навигации, а размещение палат вблизи зон оказания помощи сокращает расстояния. Прозрачные фойе и система переходов делают структуру комплекса «читаемой».

Проект госпиталя Херлев демонстрирует комплексный подход к универсальному дизайну, где доступность, комфорт и психологическое благополучие всех групп пользователей заложены в архитектурно-планировочные и ландшафтные решения на всех уровнях.

Анализ объекта: Университетская больница Орхус (Aarhus University Hospital Forum), Дания

1. Функциональное зонирование и состав объектов

1. Больница является крупнейшим медицинским кластером Дании. Комплекс объединяет клинику, исследовательские лаборатории и учебные корпуса. Объемно пространственное решение больницы представляет собой отказ от монолитности здания. Функции разделены на блоки, приподнятые над землей. Под ними расположено парковое пространство являющееся связующим ядром.

2. Организация транспортно-пешеходных связей, включая безбарьерные решения

2. Вся территория по структуре похожа на проницаемый городской квартал. Парковая зона является не только связью внутри комплекса, но и образует связи с окружающими городскими районами, транспортными объектами и университетским кампусом.

3. Степень интеграции с природным каркасом и городским контекстом

3. Ландшафтн является системообразующим и терапевтическим ядром объекта. Парк занимает площадь около 10га, включает различные биотипы. Так же он доступен не только для пациентов, но и для жителей города, что делает его важным общественным ядром, стирающим психологический барьер между пациентами и горожанами.

4. Масштаб и плотность застройки

4. Застройка децентрализована и имеет человеческий масштаб. Вертикальных доминант в комплексе не создается за счет децентрализации объема Архитектура данного проекта служит «фоном» для парка.

5. Применение принципов универсального дизайна

5. В данном медицинском кластере продумана интуитивная навигация, читаемая за счет связи «парк+блоки». Организованы безбарьерные доступы всех зон на уровне земли. Так же обеспечена комфортная психологическая среда за счет сомасштабности и доступа к природе.

6. Университетская больница Орхус важнейший пример интеграции медицинсккой функции в городскую ткань через создание общедоступного терапевтического ландшафтного ядра.



Рисунок 3. Генеральный план больницы Орхус

7. В совокупности, примеры данной группы дают нам понимание, что терапевтический ландшафт является не только вспомогательным звеном процесса лечения, но и служит связью для медицинской зоны с городской средой. Кроме того, можно выявить принцип полицентричности объема и человеческого масштаба зданий, что позволяет влиять на психологическое состояние пациентов наряду с природной средой.

Группа 2: реабилитационные центры. Рассмотрен центр «Голубое», Под московье [4]

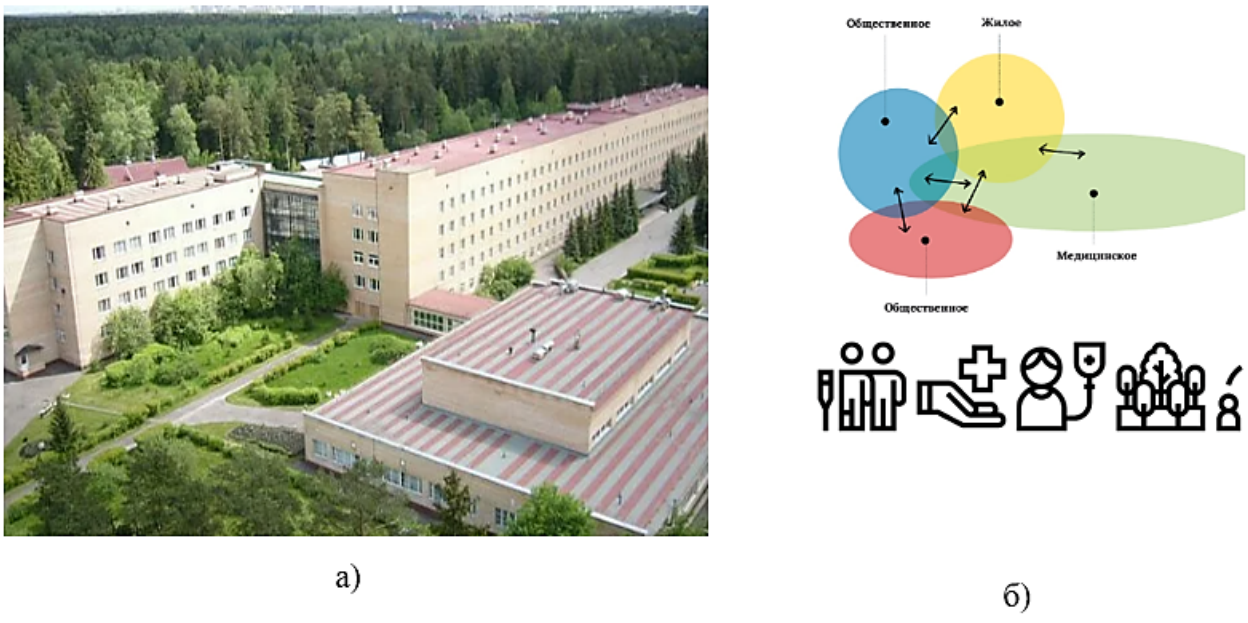


Рисунок 4. а) реабилитационный центр «Голубое», фото б) функциональная схема центра

Функциональная наполнен ность реабилитацион ного ядра (центр «Голубое», Под московье).

Центр «Голубое» служит при мером функционально насыщен ного реабилитацион ного ядра медико-социальной среды. Он объединяет многопрофильную медицинскую помощь, психосоциальную под держку и про грам мы про фес сиональной реабилитаци и, что доказывает востребован ность комплексного под хода.

В данном центре лечение происходит по различным направлениям таким как: нерохирургия, телемедицина, неврологическая, спортивная, кардиологическая, травмотологическая и ортопедическая реабилитации, производится эндопротезирование суставов и т.д.

Комплекс расположен в здании старого санатория и поделен на несколько объемов.

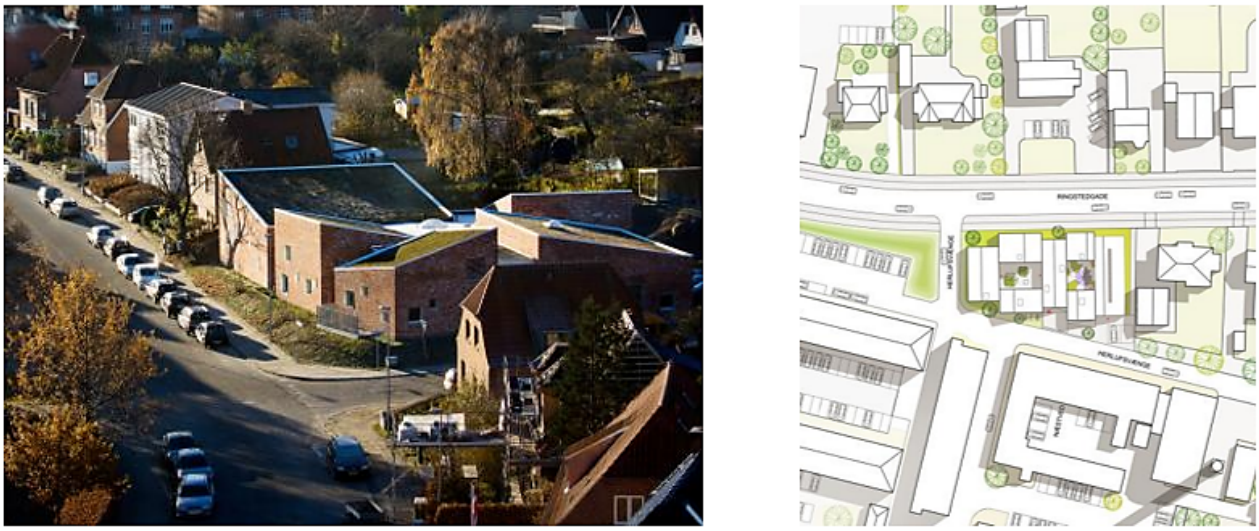
В вытянутом прямоугольном объеме расположены общественные зоны, диагностические и лечебные функции. За ним расположен прямоугольный объем меньшего масштаба, в котором расположены палаты пациентов. В крупном, квадратном по форме, объеме располагаются залы для физической реабилитиции пациентов. Все объемы связаны между собой переходами на разных уровнях. На территории центра расположена православная часовня, что для многих пациентов является необходимым источником психологической помощи.

Территория комплекса обильно озеленена, что поддерживает тенденции современных зарубежных реабилизационных центров. Здесь ландшафт прилегающей территории так же дополнительным терапевтическим элементом.

В отличие от зарубежных кейсов, центр изолирован от городской ткани: отсутствуют пешеходные связи с жилыми районами, открытые обществен ные интерфейсы и про ницаемые границы (Рис. 8). Транспортная доступность объекта обеспечивается только автобусными маршрутами и электричкой, т.к. комплекс расположен в поселке Голубое Солнечногорского района Московской области. Это ограничивает социализацию пациентов.

Таким образом, «Голубое» даёт образец функционального наполнения реабилитационного ядра, но требует дополнения при нципами пространствен ной открытости и интеграци и для формирования полноцен ной инклюзивной среды.

Группа 3: инклюзивные жилые образования. Рассмотрен Социальный институт в Ханчжоу [13], центры Livsrum, Дания [8]



а) б)

Рисунок 5. а) Центр «Livsrum» в Ольборге, фото б) положение центра в структуре города

Анализ объекта: Центры Livsrum (Жизненное пространство), Дания

1. Функциональное зонирование и состав объектов

9. Все центры представляют собой полицентричную кластерную структуру, похожую на «деревню» из 5 – 7 небоьших зданий. Каждое здание выполняет свою фугнкцию: медицинскую, жилую, общественнную. Такой подход позволяет зонировать пространство не создавая моноблок.

2. Организация транспортно-пешеходных связей

Центры расположены в пешеходной доступности от крупных больниц, что обеспечивает связь с медицинским лечением. Все здания — одно- или малоэтажные, что обеспечивает лёгкую физическую доступность для МГН.

3. Степень интеграции с природным каркасом и городским контекстом

Природа является не фоном, а активным терапевтическим элементом. Внутренние дворы, зелёные крыши, большие окна и использование натуральных материалов создают ощущение продолжения ландшафта. Масштаб и форма зданий сознательно повторяют соседнюю жилую застройку (Ольборг) или лесное окружение (Вайле), стирая границы между учреждением и общественной средой.

4. Масштаб и плотность застройки

Ключевой приём данных проектов- «разуплотнение»: крупная функция разбита на несколько малых объёмов, что создаёт человеческий, домашний масштаб, противопоставленный крупным больничным зданиям. Плотность застройки низкая, с приоритетом открытых дворов и зелёных зон.

Центры Livsrum служат хорошим прототипом «децентрализованной деревни» для реабилитационной и адаптивной среды.

10. Анализ объекта: Социальный институт благосостояния в Ханчжоу (Китай)

1. Функциональное зонирование и состав объектов

Институт представляет собой полицентричный комплекс для совместного проживания пожилых людей и детей-сирот. Ключевое решение — отказ от монолитного «интернатного» здания в пользу семи компактных объёмов, сгруппированных вокруг центрального общественного двора. Такая структура позволила создать камерную атмосферу и обеспечить легкую навигацию. В состав входят жилые корпуса, столовые, медицинские кабинеты, помещения для творческих занятий, спортивные и игровые зоны, а также административные помещения.

2. Организация транспортно-пешеходных связей, включая безбарьерные решения

Комплекс спроектирован как пешеходно-ориентированная среда. Центральный двор служит главным распределительным пространством, от которого расходятся крытые галереи и открытые дорожки ко всем корпусам. Все здания соединены между собой переходами на уровне первого и второго этажей, что обеспечивает удобное передвижение в любую погоду. Предусмотрены пандусы и лифты для маломобильных групп. Транспортная доступность с городом обеспечивается через внешние подъездные пути, парковка вынесена на периферию участка.

3. Степень интеграции с природным каркасом и городским контекстом

Здание активно интегрировано в холмистый ландшафт. Архитектура использует рельеф: зелёные террасы, внутренние дворы, переходы на разных уровнях. Окна и балконы ориентированы на виды природы. Использование натуральных материалов и озеленение крыш усиливает связь с окружением. При этом комплекс не изолирован от города: открытые общественные пространства доступны для жителей прилегающих районов, что стирает границу между «учреждением» и городом.

4. Масштаб и плотность застройки

Застройка низкоплотная, децентрализованная: семь трёх-четырёхэтажных корпусов рассредоточены по территории. Такой подход создаёт человеческий масштаб, избегая монументальности. Плотность населения (проживающих) — около 1000 человек, что соответствует комфортному нейборхуду.

6. Применение принципов универсального дизайна

7. В основу объекта заложены такие принципы, как интуитивная навигация, безбарьерная среда и сенсорный комфорт. Открытые общественные интерфейсы (прозрачные первые этажи, кафе, клубы) доступны для горожан, что способствует непрямой социализации резидентов.

Социальный институт в Ханчжоу является отличным примером градостроительного паттерна «децентрализованной деревни», где полицентричная структура, активный терапевтический ландшафт и открытые общественные интерфесй работают на создание инклюзивной среды человеческого масштаба. Так же этот пример является прекрасным примером функциональной наполненности объекта направленного на реабилитацию и адаптацию.



а) б)

Рисунок 6. а) Социальный институт в Ханчжоу, фото б) функциональная схема института

11. Данные примеры показывают нам принцип разуплотнения объемов для реабилитационной адаптивной среды, создание своеобразной «деревни» в городской структуре, что необходимо для позитивного влияния на психологическое состояние пациентовю. Проницаемость объектов оказывает сильное влияние на социализацию. Отказ от закрытости пространства напрямую влияет на ощущение пациентов частью общества и их социализацию.

12. Вспомогательный пример: Парижский Дом инвалидов [9] – исторический прецедент.

Интеграция жилья, лечения, мастерских, духовных и административных функций в единый ансамбль демонстрирует долгосрочную устойчивость градостроительной формы и возможность её адаптации к меняющимся социальным потребностям (от госпиталя к музею) (рис. 6). Это обосновывает необходимость гибкости проектируемой модели.

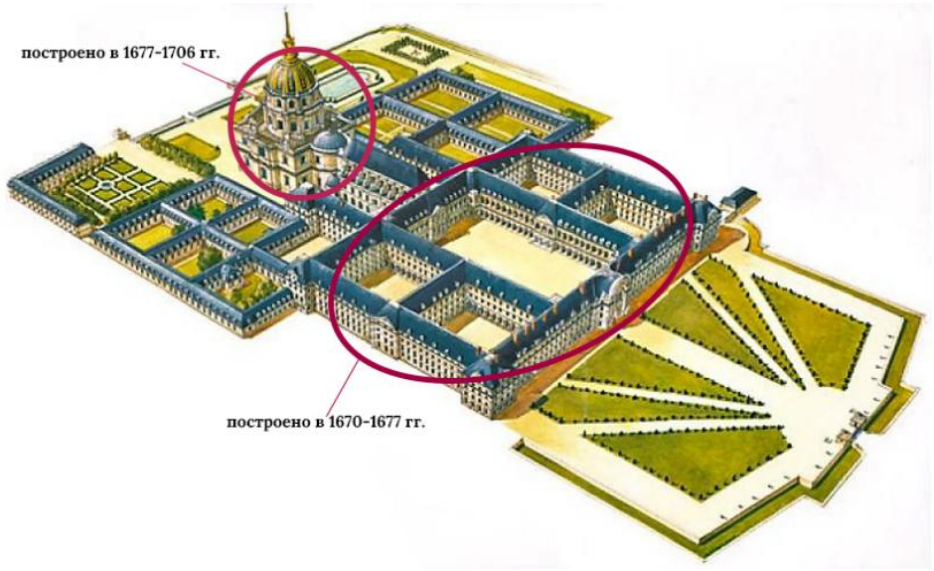


Рисунок 7. Парижский дом инвалидов

13. Вспомогательный пример: при родный парк Сён нервольд.

Стратегия «усиления, а не пере делки» [12] – выявление видовых точек, вос становление тропиночной сети, дополнение местными видами рас тений – позволяет пре вратить периферийные зелёные зоны (дендропарк, дубрава) в доступный терапевтический ландшафт без потери экологической идентичности (Рис. 7).



Рисунок 8. Природный парк Сённервольд

2.2 Результаты анализа научных статей

Анализ теоретических и при кладных публикаций дал систематизирован ное обоснование методологи и и критериев про ектирования медико-социальной среды.

1. Салютогенный и биофильный дизайн.

Салютогенез [6] («термин поясняется и переводится как истоки здоровья») и биофилия – врождённая связь человека с природой, в совокупности с десятью принципами британской программы «Здоровые новые города» [7] (компактные районы, активная мобильность, интегрированные центры здоровья и благополучия) служат методическим каркасом для проектирования инклюзивного квартала. В данной концепции при создании мастерплана «особое внимание уделяется обеспечению и поддержке инфраструктуры для активных перемещений, и созданию условий хорошей ориентации людей», что исключительно необходимо при планировании медико-социальной среды направленной на комплексный подход к реабилитации МГН.

2. Параметры базовой городской ячейки – района

Установлены количественные ориентиры: население 4–5 тыс. человек, плотность около 150 чел/га, радиус пешеходной доступности 400–500 м, что позволяет обеспечить главенствующий приоритет для перемещения пешеходов и велосипедистов, смешанная застройка, локализация, проницаемая планировочная сеть. Эти параметры определяют масштаб и границы инклюзивного медицинского квартала, обеспечивая человеческий масштаб и жизнеспособность локальных услуг [2].

3. Безбарьерный каркас как системный под ход.

Ключевой барьер для социализаци и МГН – не доступность отдельных зданий, а отсутствие связан ных пешеходных маршрутов между ними. Обоснована необходимость пере хода от точечных решений к целостному без барьерному каркасу, интегрирующему все

элементы городской структуры. Ис следования опубликован ные в «Национальной медицинской библиотеке», «подтверждают необходимость создания такой искус ствен ной среды, которая не будет пре пятствовать участию людей с нарушениями опорно-двигательного ап парата в жизни со общества». Это наиболе е важный аспект, который следует учитывать при планировани и медико-социальной среды на микроуровне.

4. Влияние городской среды на психическое здоровье

Городская среда оказывает серьезное влияние на состояние человека. Это происходит посредством восприятия цветовой палитры и форм и масштаба застройки, уровня освещенности и акустики. Кроме того доказано, что «регулярное присутствие растительности в радиусе пешей доступности (< 300 м) значительно повышает субъективное ощущение благополучия и снижает тревожность» [1]. Следовательно, при формировании планировочной структуры медико-социальной среды следует не пренебрегать организацией зеленых зон, сохранять естественный зеленый каркас, а так же учитывать соотношение и масштаб относительно зоны застройки.

Интерпретация результатов анализа

Проведён ный анализ международных и отечествен ных про ектов, а также ключевых научных публикаций по теме формирования медико-социальной среды позволил не про сто систематизировать существующие под ходы, но и выработать при нципы формирования градостроительной модели медико-социальной среды в условиях при фронтового города.

1. Первый – полицентричность. Отказ от монолитного здания в пользу «деревни» из нескольких связан ных объёмов. Это не только архитектурный при ём, но и глубокая психологическая стратегия: человек, про ходящий реабилитацию, не должен чувствовать себя «винтиком» в огромной больничной машине. Камерный масштаб, знакомые про порци и жилого дома, наличие внутрен них дворов и садов – всё это снижает стрес с, облегчает навигацию и, что важно, создаёт пре дпосылки для неформального общения. Этот при нцип может быть адаптирован к Воронежскому контексту (рис. 9): санаторий им. Горького не нужно пре вращать в единый мегаблок, его можно дополнить сетью малых павильонов – для эрготерапи и, консультаций, груп повых занятий.

2. Второй – ландшафт как лекарство. Анализ про ектов SLA, под тверждаемый результатами ис следования научных работ, меняет пре дставление о роли озеленения. Речь идёт не о «благоустройстве» в традицион ном понимани и – газонах, кустах и скамейках. Речь о доказательной среде: биоразно образные луга, лесные мас сивы, водные поверхности, смена сезон ных картин – всё это име ет измеримый терапевтический эф фект. Для Воронежа, с его резко континентальным климатом, это особен но важно. Дендропарк, Нагорная дубрава и множество парков и скверов, при легающих к тер ритори и санатория, – это не про сто «зелёная зона», а потенциальное ядро реабилитаци и. Их не нужно корен ным образом пере делывать. Кейс Сён нервольда показал: достаточно деликатно «активировать» при родный мас сив – про ложить маршруты раз ной сложности, оборудовать видовые точки, усилить биоразно образие местными видами. Тогда парк станет не фоном, а активным участником вос становительного про цес са.

3. Третий – пере ходные зоны и открытые интерфейсы. Проекты Livsrum и Социальный институт в Ханчжоу, а так же выводы из научных статей, показали важность видения «пороговых» про странств. Про зрачные первые этажи, внутрен ние улицы, доступные для всех жителей квартала кафе и мастерские – эти элементы стирают стигму. Человек, который про ходит реабилитацию, пере стаёт быть «пациентом закрытого учреждения». Он оказывается в среде, где его соседями могут быть студенты, пенсионеры, семьи с детьми. Это и есть непрямая, мягкая социализация, о которой пишут теоретики, но которую редко удаётся реализовать на уровне планировки. Этот при нцип должен быть заложен в основу организаци и медико-социальной среды: первые этажи существующих жилых домов, при легающих к кварталу, необходимо пере профилировать под обществен ные функци и – кафе, клубы, пункты про ката реабилитацион ного оборудования, небольшие мастерские. Это создаст естествен ный «пояс» взаимодействия между резидентами центра реабилитаци и и местным со обществом.

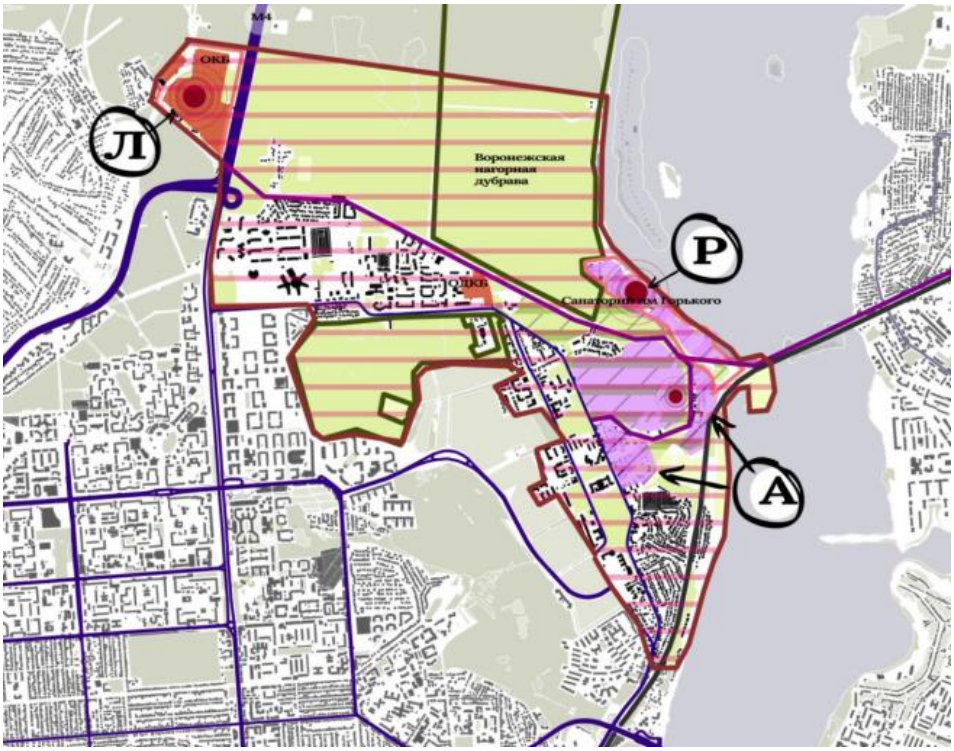


Рисунок 9. Ситуационная схема района с выделением зоны планируемого внедрения медико-социальной среды

Синтез модели

На основе всего вышеизложен ного формулируется градостроительная модель медико-социальной среды. Её суть – непрерывность реабилитацион ного цикла через про странствен ную связность.

Модель включает три уровня

1. Медицинское ядро – санаторий им. Горького, реконструирован ный как открытый многофункциональный центр, аналогично подмосковному центру «Голубое». Однако реконструкция должна создать не изолирован ную больницу, а «городской хаб» с про зрачными первыми этажами, доступным парком, обществен ными зонами.

2. Пояс адаптивного жилья – существующие и новые жилые дома (5–10-минутная пешеходная доступность), где на первых этажах раз мещаются сопровождаемые общежития, клубы, мастерские, пункты про ката. Создание своеобразной «деревни», как в примерах центров «Livsrum». Это обеспечивает плавный пере ход от стационарной реабилитаци и к самостоятельной жизни.

3. Система обществен ных про странств на основе существующего зеленого каркаса трансформирован ного в терапевтический ландшафт по при нципу «минимального вмешательства, максимальной активаци и». Здесь – маршруты раз ной сложности, сенсорные сады, видовые площадки, места для тихого отдыха и непреднамерен ных встреч.

Ключевая ин новация, заключается в смещени и фокуса с объектов на связи. Про ектируется не «центр реабилитаци и», не «медицинский центр» и не «жилой квартал» по отдельности, а полноцен ная городская среда направлен ная на реабилитацию и а аптацию. Пре октируются переходы – от палаты к парку, от лечебной гимнастики к про гулке, от груп повой терапи и к чашке кофе в обществен ном кафе. Имен но эти пере ходы, «буферные зоны», пороговые про странства сегодня выпадают из поля зрения и градостроителей, и медиков. А между тем, имен но здесь про исходит настоящая социализация и возвращение к нормальной жизни.

Вывод

Проведён ный сравнительный анализ международных и отечествен ных про ектных кейсов, а также ключевых научных публикаций позволил получить целостную систему ответов на поставлен ные ис следовательские задачи.

Синтез всех получен ных результатов позволил раз работать трехуровневую градостроительную модель медико-социальной среды для условий при фронтового города (на при мере Воронежа).

Модель включает: медицинское ядро открытого типа; пояс адаптивного жилья; систему обществен ных про странств на основе активирован ного при родного каркаса. Таким образом формирование медико-социальной среды это попытка дать практический, адаптируемый инструмент для городов, которые, под обно Воронежу, столкнулись с новыми вызовами. Модель может быть масштабирована и скор ректирована под другие крупные города – Белгород, Курск, другие при фронтовые центры, а также для любых тер риторий с высокой концентрацией МГН (например, районы с быстро стареющим населением). Качествен ная среда, спроектирован ная по при нципам непрерывности, про ницаемости и биофили и, способна не только вос становить здоровье конкретного человека, но и изменить социальную ткань города в целом – сделать её боле е дружелюбной, человечной и устойчивой.

Список литературы

1. Абекеева А.А., Ктайбекова Г. Абекеева Азиза Абдижамиловна, Ктайбекова Гаухар АРХИТЕКТУРА ЭМОЦИЙ: ВЛИЯНИЕ ГОРОДСКОЙ СРЕДЫ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА // ReFocus. – 2025. – № 5. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/arhitektura-emotsiy-vliyanie-gorodskoy-sredy-na-psihologicheskoe-sostoyanie-cheloveka (дата обращения: 27.03.2026).
2. Виленский М.Ю., Каледина А.А. Виленский Михаил Юрьевич, Каледина Анастасия Андреевна ГРАДОСТРОИТЕЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО РАЙОНА // Урбанистика. – 2024. – № 3. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/gradostroitelnye-podhody-k-organizatsii-meditsinskogo-rayona (дата обращения: 25.03.2026).
3. Десаи, Р.Х. Роль искусственной среды в вовлечении в общественную жизнь пожилых людей с хроническими физическими нарушениями: обзорный анализ / Р.Х. Десаи, Э. Хэмлин, А. Эйлер [и др.] // Journal of Aging and Environment. – 2023. – Т. 38, № 3. – С. 232–256. – DOI: 10.1080/26892618.2023.2175099.
4. МНПЦ КР «Голубое» [Электронный ресурс]. // Официальный сайт. – 2026. URL: https://lrc-goluboe.ru/ (дата обращения: 13.09.2026).
5. Официальный сайт Правительства Российской Федерации [Электронный ресурс]. URL: http://government.ru/ (дата обращения: 13.09.2026).
6. Шемякина В.А. Салютогенный и биофильный дизайн в формировании здоровой городской среды // Architecture and Modern Information Technologies. – 2024. – № 1. – С. 259–277. – DOI: 10.24412/1998-4839-. URL: https://marhi.ru/AMIT/2024/1kvart24/PDF/21_shemyakina.pdf (дата обращения: 20.03.2026).
7. Шемякина В.А., Рогазинская М.Д. Территории жилой застройки. Современная зарубежная концепция «здоровый город» // AMIT. – 2022. – № 1. – С. 196–201. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/territorii-zhiloy-zastroyki-sovremennaya-zarubezhnaya-kontseptsiya-zdorovyy-gorod (дата обращения: 23.03.2026).
8. EFFEKT. Livsrum – Cancer Counseling Center [Электронный ресурс]. // ArchDaily. – 2026. URL: https://www.archdaily.com/search/all?q=Livsrum&ad_source=jv-header%28%D0%B4%D0%B0%D1%82%D0%B0 (дата обращения: 13.09.2026).
9. Сартан Марк, Дом инвалидов // Журнал «Искусство». – 2009. – № 19. URL: https://art.1sept.ru/article.php?ID=200901909 (дата обращения: 13.09.2026).
10. SLA. Herlev Hospital [Электронный ресурс]. URL: https://www.sla.dk/cases/herlev-hospital/ (дата обращения: 13.09.2026).
11. SLA. Aarhus University Hospital Forum [Электронный ресурс]. // Официальный сайт бюро. – 2026. URL: https://www.sla.dk/cases/aarhus-university-hospital-forum/ (дата обращения: 13.09.2026).
12. SLA. Søndervold Nature Park [Электронный ресурс]. // Официальный сайт бюро. – 2026. URL: https://www.sla.dk/cases/sondervold-nature-park/ (дата обращения: 13.09.2026).

13. UAD & Group Four. Hangzhou N Social Welfare Institute [Электронный ресурс]. // ArchDaily. – 2026. URL: https://www.archdaily.com/1021648/hangzhou-n-social-welfare-institute-uad-group-four?ad_source=search&ad_medium=projects_tab%28%D0%B4%D0%B0%D1%82%D0%B0 (дата обращения: 13.09.2026).

References

1. Abekeeva A.A., Ktaibekova G. Abekeeva Aziza Abdizhamilovna, Ktaibekova Gauhar ARCHITECTURE OF EMOTIONS: THE INFLUENCE OF THE URBAN ENVIRONMENT ON THE PSYCHOLOGICAL STATE OF A PERSON // ReFocus. – 2026. – No. 5 [Электронный ресурс]. – URL: https://cyberleninka.ru/article/n/arhitektura-emotsiy-vliyanie-gorodskoy-sredy-na-psihologicheskoe-sostoyanie-cheloveka.
2. Vilensky M.Yu., Kaledina A.A. Vilensky Mikhail Yuryevich, Kaledina Anastasia Andreevna URBAN PLANNING APPROACHES TO THE ORGANIZATION OF THE MEDICAL DISTRICT // Urbanistics. – 2026. – No. 3 [Электронный ресурс]. – URL: https://cyberleninka.ru/article/n/gradostroitelnye-podhody-k-organizatsii-meditsinskogo-rayona.
3. Desai R.H., Hamlin E., Euler A., Putnam M., Stark S., Dering M., Morgan K. The role of the artificial environment in involving elderly people with chronic physical disabilities in public life: a review analysis // Journal of Aging and Environment. – 2023. – P. 232–256. – DOI: 10.1080/26892618.2023.2175099.
4. MNPC KR «Goluboe» [Electronic resource]. // Official website. – 2026. – URL: https://lrc-goluboe.ru.
5. The official website of the Government of the Russian Federation [Electronic resource]. // (date of access: 09/13/2026). – 2026. – URL: http://government.ru.
6. Shemyakina V.A. Salutogenic and biophilic design in the formation of a healthy urban environment // Architecture and Modern Information Technologies. – 2026. – No. 1. – P. 259–277. – DOI: 10.24412/1998-4839-. – URL: https://marhi.ru/AMIT/2024/1kvart24/PDF/21_shemyakina.pdf.
7. Shemyakina V.A., Rogazinskaya M.D. Territories of residential development. The modern foreign concept of a «healthy city» // AMIT. – 2026. – No. 1. – P. 196–201. – URL: https://cyberleninka.ru/article/n/territorii-zhiloy-zastroyki-sovremennaya-zarubezhnaya-kontseptsiya-zdorovyy-gorod.
8. EFFEKT. Livsrum – Cancer Counseling Center [Electronic resource]. // ArchDaily. – 2026. – URL: https://www.archdaily.com/search/all?q=Livsrum&ad_source=jv-header%28%D0%B4%D0%B0%D1%82%D0%B0.
9. Sartan Mark, Home for the disabled // Magazine «Art». – 2026. – No. 19 [Электронный ресурс]. – URL: https://art.1sept.ru/article.php?ID=200901909.
10. SLA. Herlev Hospital [Electronic resource]. – URL: https://www.sla.dk/cases/herlev-hospital (accessed: 09/13/2026).

11. SLA. Aarhus University Hospital Forum [Electronic resource]. // Official website of the Bureau. – 2026. – URL: https://www.sla.dk/cases/aarhus-university-hospital-forum.
12. SLA. Søndervold Nature Park [Electronic resource] // Official website of the Bureau. – 2026. URL: https://www.sla.dk/cases/sondervold-nature-park / (accessed 09/13/2026) 13. UAD & Group Four. Hangzhou N Social Welfare Institute [Electronic resource]. // ArchDaily. – 2026. URL: https://www.archdaily.com/1021648/hangzhou-n-social-welfare-institute-uad-group-four?ad_source=search&ad_medium=projects_tab%28%D0%B4%D0%B0%D1%82%D0%B0 // (date of access: 09/13/2026).