МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

2025, ТОМ 10, № 3 НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

Василий Иванович Орел — з.д.н., д.м.н., профессор, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)

Заместители главного редактора

Вадим Кузьмич Юрьев — з.д.н., д.м.н., профессор, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)

Галина Львовна Микиртичан — д.м.н., профессор, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)

Технический редактор

Любовь Николаевна Лисенкова — к.и.н., доцент, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)

Члены редколлегии

Сергей Федорович Багненко — академик РАН, д.м.н., профессор, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)

Иван Константинович Романович — академик РАН, д.м.н., профессор, Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт радиационной гигиены имени профессора П.В. Рамзаева (г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)

Наталья Валентиновна Полунина — академик РАН, д.м.н., профессор, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова (г. Москва, Российская Федерация)

Александр Павлович Щербо — член-кор. РАН, д.м.н., профессор, Медицинский центр Корпорации РМІ (г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)

Юрий Станиславович Александрович — д.м.н., профессор, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)

Валерий Юрьевич Альбицкий — з.д.н., д.м.н., профессор, Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко (г. Москва, Российская Федерация)

Евгений Леонидович Борщук — д.м.н., профессор, Оренбургский государственный медицинский университет (г. Оренбург, Российская Федерация)

Анас Анварович Гильманов — д.м.н., профессор, Казанский государственный медицинский университет (г. Казань, Российская Федерация)

Николай Иванович Вишняков — з.д.н., д.м.н., профессор, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)

Игорь Викторович Зимин — д.и.н., профессор, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)

Рецензируемый научно-практический журнал «Медицина и организация здравоохранения».

© СПбГПМУ, 2025

Основан в 2016 году в Санкт-Петербурге.

ISSN 2658-4212 (Print)
ISSN 2658-4220 (Online)

Выпускается 4 раза в год.

Журнал реферируется РЖ ВИНИТИ.

Журнал находится в открытом доступе (Open Access).

Издатели, учредители:
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России (адрес: 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2)

Фонд НОИ «Здоровые дети — будущее страны» (адрес: 197371, Санкт-Петербург, ул. Парашютная, д. 31, к. 2, кв. 53).

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (РОСКОМНАДЗОР)
ПИ № ФС77-74238 от 02 ноября 2018 г.

*Журнал входит в **Перечень ведущих научных журналов и изданий ВАК,** в которых должны быть опубликованы основные результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук (Распоряжение № 427-р от 09.12.2020).*

Электронная версия:
https://ojs3.gpmu.org/index.php/medorg,
http://elibrary.ru

Проект-макет: Титова Л.А.
Выпускающий редактор: Титова Л.А.
Технический редактор: Барышева А.Ю.
Корректор: Кривоносикова К.В.
Верстка: Попова Я.В.

Адрес редакции: 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская ул., д. 2;
тел./факс: (812) 295-31-55;
e-mail: medorgspb@yandex.ru

Статьи просьба направлять по адресу: medorgspb@yandex.ru;
https://ojs3.gpmu.org/index.php/medorg

Формат 60 × 90/8. Усл.-печ. л. 23. Тираж 100 экз. Распространяется бесплатно. Оригинал-макет изготовлен ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

Отпечатано ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2.
Заказ 126. Дата выхода 29.12.2025.

На обложке: Ленинградский педиатрический медицинский институт. Прогулка. 1950-е годы. (Фото из архива музея СПбГПМУ).

Статьи, опубликованные в журнале «Медицина и организация здравоохранения», распространяются по лицензии «С указанием авторства» — Creative Commons Attribution 4.0 License (CC BY 4.0). Пользователи вправе копировать, распространять в любом виде и формате в любых целях и адаптировать материалы статьи (перерабатывать, видоизменять, создавать новые произведения) при соблюдении следующих условий: оформление ссылки на оригинальную публикацию в журнале «Медицина и организация здравоохранения», указание на внесение изменений (в случае адаптации).

Анатолий Григорьевич Кучер — д.м.н., профессор,
Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова
(г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)
Владимир Станиславович Лучкевич — з.д.н.,
д.м.н., профессор, Северо-Западный государственный
медицинский университет им. И.И. Мечникова
(г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)
Ирина Ивановна Могилева — к.ф.н., доцент,
Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет
(г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)
Руслан Абдуллаевич Насыров — д.м.н., профессор,
Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет
(г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)
Павел Владимирович Павлов — д.м.н., доцент,
Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет
(г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)
Юрий Валентинович Петренко — к.м.н., доцент,
Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет
(г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)
Андрей Николаевич Редько — д.м.н., профессор,
Кубанский государственный медицинский университет
(г. Краснодар, Российская Федерация)
Анатолий Гаврилович Сердюков — д.м.н., профессор,
Астраханский государственный медицинский университет
(г. Астрахань, Российская Федерация)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Вячеслав Афанасьевич Аверин — д.м.н., профессор,
Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет
(г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)
Вячеслав Михайлович Болотских — д.м.н.,
Научно-исследовательский институт акушерства,
гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта
(г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)
Владимир Всеволодович Бржеский — д.м.н., профессор,
Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет
(г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)
Анатолий Андреевич Будко — д.м.н., профессор,
Военно-медицинский музей
(г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)
Жозеф Гласа — д.м.н., профессор,
Словацкий медицинский университет в Братиславе
(г. Братислава, Словакия)
Северин Вячеславович Гречаный — д.м.н., доцент,
Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет
(г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)
Валентина Ивановна Гузева — д.м.н., профессор,
Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет
(г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)
Наталья Тимофеевна Ерегина — д.и.н., доцент,
Ярославский государственный медицинский университет
(г. Ярославль, Российская Федерация)
Марк Зильберман — к.м.н., доцент,
Центр врожденных пороков сердца для взрослых
(г. Бостон, США)
Алмас Азгарович Имамов — д.м.н., профессор,
Казанский государственный медицинский университет
(г. Казань, Российская Федерация)
Андрей Вячеславович Ким — д.м.н., профессор,
Городская поликлиника № 37
(г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)
Лариса Валерьяновна Кочорова — д.м.н., профессор,
Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова
(г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)
Ольга Иосифовна Кубарь — д.м.н., профессор,
Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт
эпидемиологии и микробиологии имени Пастера
(г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)
Константин Вадимович Павелец — д.м.н., профессор,
Городская Мариинская больница
(г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)
Гордана Пелчич — д.м.н., доцент, Центр здравоохранения
Приморско-Горанского уезда (г. Риека, Хорватия)
Виктор Геннадьевич Пузырев — к.м.н., доцент,
Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет
(г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)
Виталий Анатольевич Резник — д.м.н., доцент,
Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет
(г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)
Роберт Реннебом — д.м.н., профессор,
Клиника Кливленда (г. Кливленд, США)
Василий Михайлович Середа — д.м.н., профессор,
Санкт-Петербургский государственный университет
(г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)
Галина Анатольевна Суслова — д.м.н., профессор,
Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет
(г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)
Владимир Николаевич Тимченко — д.м.н., профессор,
Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет
(г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)
Салим Бахшоевич Чолоян — д.м.н., профессор,
Оренбургский государственный медицинский университет
(г. Оренбург, Российская Федерация)
Назира Хамзиновна Шарафутдинова — д.м.н., профессор,
Башкирский государственный медицинский университет
(г. Уфа, Российская Федерация)
Флориан Штегер — д.м.н., профессор,
Институт истории, философии и медицинской этики
(г. Ульм, Германия)
Елена Владимировна Эсауленко — д.м.н., профессор,
Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет
(г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)

MEDICINE AND HEALTH CARE ORGANIZATION

2025, VOLUME 10, N 3 SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL FOR DOCTORS

EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief
Vasiliy I. Orel — Honored Scientist, Dr. Sci. (Med.), Professor, Saint Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russian Federation)

Deputy Editor-in-Chief
Vadim K. Yuryev — Honored Scientist, Dr. Sci. (Med.), Professor, Saint Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russian Federation)
Galina L. Mikirtichan — Dr. Sci. (Med.), Professor, Saint Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russian Federation)

Technical Editor
Lyubov N. Lisenkova — Cand. Sci. (History), Assoc. Professor, Saint Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russian Federation)

Members of the Editorial Board
Sergey F. Bagnenko — Academician of the RAS, Dr. Sci. (Med.), Professor, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University (Saint Petersburg, Russian Federation)
Ivan K. Romanovich — Academician of the RAS, Dr. Sci. (Med.), Professor, Saint Petersburg Research Institute of Radiation Hygiene named after Professor P.V. Ramzaev (Saint Petersburg, Russian Federation)
Natalia V. Polunina — Academician of the RAS, Dr. Sci. (Med.), Professor, Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov (Moscow, Russian Federation)
Alexander P. Shcherbo — Corresponding Member of the RAS, Dr. Sci. (Med.), Professor, PMI Corporation Medical Center (Saint Petersburg, Russian Federation)
Yuriy S. Aleksandrovich — Dr. Sci. (Med.), Professor, Saint Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russian Federation)
Valery Yu. Albitskiy — Honored Scientist, Dr. Sci. (Med.), Professor, National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko (Moscow, Russian Federation)
Yevgeniy L. Borshchuk — Dr. Sci. (Med.), Professor, Orenburg State Medical University (Orenburg, Russian Federation)
Anas A. Gilmanov — Dr. Sci. (Med.), Professor, Kazan State Medical University (Kazan, Russian Federation)
Nikolay I. Vishnyakov — Honored Scientist, Dr. Sci. (Med.), Professor, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University (Saint Petersburg, Russian Federation)
Igor V. Zimin — Dr. Sci. (History), Professor, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University (Saint Petersburg, Russian Federation)

Peer-reviewed scientific and practical journal Medicine and Health Care Organization.

© SPbSPMU, 2025

Founded in 2016 in Saint Petersburg.

ISSN 2658-4212 (Print)
ISSN 2658-4220 (Online)

Issued 4 times a year.

The journal is refereed by RJ VINITI.

The journal is Open Access.

Publishers, founders:
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Saint Petersburg State Pediatric Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation (Address: 2 Lithuania, Saint Petersburg 194100 Russian Federation)

NOI Foundation "Healthy Children — the Future of the Country" (Address: 31, bldg. 2, apt. 53 Parashyutnaya str., Saint Petersburg 197371 Russian Federation).

The journal is registered by the Federal Service for Supervision of Communications, Information Technology, and Mass Media (ROSKOMNADZOR)
PI N FS77-74238 November 02, 2018.

The Journal is in the ***List of the leading academic journals and publications of the Supreme Examination Board (VAK)*** *publishing the results of doctorate theses (Order N 427-r dated 9.12.2020).*

Electronic version:
https://ojs3.gpmu.org/index.php/medorg, http://elibrary.ru

Layout project: Titova L.A.
Commissioning editor: Titova L.A.
Technical editor: Barysheva A.Yu.
Proof-reader: Krivonosikova K.V.
Layout: Popova Ya.V.

Address for correspondence:
2 Lithuania, Saint Petersburg 194100, Russian Federation.
Tel/Fax: +7 (812) 295-31-55.
E-mail: medorgspb@yandex.ru

Please send articles to:
medorgspb@yandex.ru;
https://ojs3.gpmu.org/index.php/medorg

Format 60×90/8. Cond.-printed sheets 23. Circulation 100. Distributed for free. The original layout is made Saint Petersburg State Pediatric Medical University.

Printed by Saint Petersburg State Pediatric Medical University.
2 Litovskaya str., Saint Petersburg 194100 Russian Federation.
Order 126. Release date 29.12.2025.

On the cover: Leningrad Pediatric Medical Institute. A walk. 1950s. (Photo from the archives of the SPbSPMU Museum).

"Medicine and Health Care Organization" is an open access journal which means that everybody can read, download, copy, distribute, print, search, or link to the full texts of these articles in accordance with Creative Commons Attribution 4.0 License (CC BY 4.0).

Anatoliy G. Kucher — Dr. Sci. (Med.), Professor,
Pavlov First Saint Petersburg State
Medical University (Saint Petersburg, Russian Federation)
Vladimir S. Luchkevich — Honored Scientist, Dr. Sci. (Med.),
Professor, North-Western State Medical University
named after I.I. Mechnikov
(Saint Petersburg, Russian Federation)
Irina I. Mogileva — Cand. Sci. (Philol.), Assoc. Professor,
Saint Petersburg State Pediatric Medical University
(Saint Petersburg, Russian Federation)
Ruslan A. Nasyrov — Dr. Sci. (Med.), Professor,
Saint Petersburg State Pediatric Medical University
(Saint Petersburg, Russian Federation)
Pavel V. Pavlov — Dr. Sci. (Med.), Assoc. Professor,
Saint Petersburg State Pediatric Medical University
(Saint Petersburg, Russian Federation)
Yuriy V. Petrenko — Cand. Sci. (Med.),
Assoc. Professor, Saint Petersburg State
Pediatric Medical University
(Saint Petersburg, Russian Federation)
Andrey N. Redko — Dr. Sci. (Med.), Professor,
Kuban State Medical University
(Krasnodar, Russian Federation)
Anatoliy G. Serdyukov — Dr. Sci. (Med.), Professor,
Astrakhan State Medical University
(Astrakhan, Russian Federation)

EDITORIAL COUNSIL

Vyacheslav A. Averin — Dr. Sci. (Med.), Professor,
Saint Petersburg State
Pediatric Medical University
(Saint Petersburg, Russian Federation)
Vyacheslav M. Bolotskih — Dr. Sci. (Med.),
Research Institute of Obstetrics, Gynecology
and Reproductology named after D.O. Ott
(Saint Petersburg, Russian Federation)
Vladimir V. Brzheskiy — Dr. Sci. (Med.), Professor,
Saint Petersburg State Pediatric Medical University
(Saint Petersburg, Russian Federation)
Anatoly A. Budko — Dr. Sci. (Med.), Professor,
Military Medical Museum
(Saint Petersburg, Russian Federation)
Jozef Glasa — Dr. Sci. (Med.), Professor,
Slovak Medical University in Bratislava
(Bratislava, Slovakia)
Severin V. Grechaniy — Dr. Sci. (Med.), Assoc. Professor,
Saint Petersburg State Pediatric Medical University
(Saint Petersburg, Russian Federation)
Valentina I. Guzeva — Dr. Sci. (Med.), Professor,
Saint Petersburg State Pediatric Medical University
(Saint Petersburg, Russian Federation)
Natalia T. Eregina — Dr. Sci. (History), Assoc. Professor,
Yaroslavl State Medical University
(Yaroslavl, Russian Federation)
Mark Zilberman — Cand. Sci. (Med.), Assoc. Professor,
Adult Congenital Heart Center
(Boston, USA)
Almas A. Imamov — Dr. Sci. (Med.), Professor,
Kazan State Medical University
(Kazan, Russian Federation)
Andrey V. Kim — Dr. Sci. (Med.), Professor,
City clinic No. 37
(Saint Petersburg, Russian Federation)
Larisa V. Kochorova — Dr. Sci. (Med.), Professor,
Pavlov First Saint Petersburg State
Medical University
(Saint Petersburg, Russian Federation)
Olga I. Kubar' — Dr. Sci. (Med.), Professor,
Saint Petersburg Research Institute of Epidemiology
and Microbiology named after Pasteur
(Saint Petersburg, Russian Federation)
Konstantin V. Pavelets — Dr. Sci. (Med.), Professor,
City Mariinsky Hospital
(Saint Petersburg, Russian Federation)
Gordana Pelcic — Dr. Sci. (Med.), Assoc. Professor,
Primorsko-Goransky County Health Center
(Rijeka, Croatia)
Victor G. Puzyrev — Cand. Sci. (Med.), Assoc. Professor,
Saint Petersburg State Pediatric Medical University
(Saint Petersburg, Russian Federation)
Vitaliy A. Reznik — Dr. Sci. (Med.), Assoc. Professor,
Saint Petersburg State Pediatric Medical University
(Saint Petersburg, Russian Federation)
Robert Rennebohm — Dr. Sci. (Med.), Professor,
Cleveland Clinic (Cleveland, USA)
Vasiliy M. Sereda — Dr. Sci. (Med.), Professor,
Saint Petersburg State University
(Saint Petersburg, Russian Federation)
Galina A. Suslova — Dr. Sci. (Med.), Professor,
Saint Petersburg State Pediatric Medical University
(Saint Petersburg, Russian Federation)
Vladimir N. Timchenko — Dr. Sci. (Med.), Professor,
Saint Petersburg State Pediatric Medical University
(Saint Petersburg, Russian Federation)
Salim B. Choloyan — Dr. Sci. (Med.), Professor,
Orenburg State Medical University
(Orenburg, Russian Federation)
Nazira H. Sharafutdinova — Dr. Sci. (Med.), Professor,
Bashkir State Medical University
(Ufa, Russian Federation)
Florian Steger — Dr. Sci. (Med.), Professor,
Institute of History, Philosophy and Medical Ethics
(Ulm, Germany)
Elena V. Esaulenko — Dr. Sci. (Med.), Professor,
Saint Petersburg State Pediatric Medical University
(Saint Petersburg, Russian Federation)

CONTENTS

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Оригинальные статьи

Г.Л. Микиртичан

К 100-летию Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета
Роль Михаила Степановича Маслова в становлении и развитии Ленинградского педиатрического медицинского института — Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета. К 140-летию со дня рождения М.С. Маслова 7

Д.О. Иванов, В.И. Орел, Ю.В. Петренко, А.В. Ким, Н.А. Гурьева, В.И. Смирнова, Л.Л. Шарафутдинова, Л.В. Сочкова, В.А. Затулкин

Деятельность Национального медицинского исследовательского центра Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета 27

Д.О. Иванов, Ю.С. Александрович, А.Н. Тайц, К.Е. Моисеева, А.А. Заступова, А.С. Колотова, Ш.Д. Харбедия, Е.Н. Березкина, Д.В. Заславский, И.А. Божков, Т.А. Пантюшина, Е.А. Позднякова

Клинико-статистическая характеристика пациентов отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных перинатального центра..... 35

А.В. Ходжаев, И.Н. Мороз

Оценка динамики объемов оказания медицинской помощи пациентам при обеспечении принудительных мер безопасности и лечения в Республике Беларусь.... 48

HEALTHCARE ORGANIZATION

Original papers

G.L. Mikirtichan

On the 100th anniversary of the Saint Petersburg State Pediatric Medical University
The Role of Mikhail Stepanovich Maslov in the establishment and development of the Leningrad Pediatric Medical Institute — Saint Petersburg State Pediatric Medical University. On the 140th anniversary of M.S. Maslov's birth..... 7

D.O. Ivanov, V.I. Orel, Yu.V. Petrenko, A.V. Kim, N.A. Guryeva, V.I. Smirnova, L.L. Sharafutdinova, L.V. Sochkova, V.A. Zatulkin

Activities of the National Medical Research Center of the Saint Petersburg State Pediatric Medical University..... 27

D.O. Ivanov, Yu.S. Aleksandrovich, A.N. Taits, K.E. Moiseeva, A.A. Zastupova, A.S. Kolotova, Sh.D. Kharbediya, E.N. Berezkina, D.V. Zaslavsky, I.A. Bozhkov, T.A. Pantyushina, E.A. Pozdnyakova

Clinical and statistical characteristics of patients in the neonatal intensive care unit of the perinatal center..... 35

A.V. Hodzhaev, I.N. Moroz

Dynamics and volume assessment of medical care provided to patients while ensuring forced security measures and treatment in the Republic of Belarus... 48

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

Оригинальные статьи

Р.М. Реннебом

Красота общественного строя детских больниц ... 55

С.А. Багин, Д.И. Кича, О.В. Рукодайный, Р.С. Голощапов-Аксенов

Медико-организационный анализ заболеваемости, распространенности и смертности при злокачественных новообразованиях (по данным Удмуртской Республики)..... 62

PUBLIC HEALTH

Original papers

R.M. Rennebohm

The Social Beauty of Children's Hospitals..... 55

S.A. Bagin, D.I. Kicha, O.V. Rukodaynyy, R.S. Goloshchapov-Aksenov

Medical organizational analysis of cancer morbidity, prevalence and mortality (Udmurt Republic data based) 62

Н.В. Козина, А.С. Успенская

Риск профессиональной дезадаптации медицинских работников пожилого возраста 72

ГИГИЕНА

Обзор

В.Г. Пузырев, Т.Б. Балтрукова, В.В. Усенко

Условия труда и профессиональное здоровье анестезиологов-реаниматологов 84

БИОЭТИКА

Оригинальные статьи

З.М. Мухамедова

Между традицией и глобальным этическим диалогом: новая парадигма исламской биоэтики 97

А.С. Дворников, И.В. Силуянова, Г.Л. Микиртичан

Н.И. Пирогов и значение традиционных духовно-нравственных ценностей для медицинского сообщества 111

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Оригинальные статьи

Н.М. Попова, С.О. Старовойтов

Фурман Эммануил Бернгардович — доктор медицины, профессор, основатель кафедры детских болезней Ижевского государственного медицинского института 119

Д.Д. Елиферов, Б.Л. Лихтерман

Центральный институт усовершенствования врачей во второй половине 1930-х годов 133

Г.Л. Микиртичан, Л.Н. Лисенкова, В.И. Макеева, Д.А. Федоров, С.С. Комаров

Архитектура больниц Санкт-Петербурга: от петровского барокко к хай-теку. Часть VIII. Сталинский ампир 142

ИНФОРМАЦИЯ

Правила для авторов 177

N.V. Kozina, A.S. Uspenskaya

The risk of professional disadaptation of elderly medical workers 72

HYGIENE

Review

V.G. Puzyrev, T.B. Baltrukova, V.V. Usenko

Working conditions and occupational health of intensive care anesthesiologists 84

BIOETHICS

Original papers

Z.M. Mukhamedova

Between tradition and global ethical dialogue: a new paradigm for Islamic bioethics 97

A.S. Dvornikov, I.V. Siluyanova, G.L. Mikirtichan

N.I. Pirogov and the importance of traditional spiritual and moral values for the medical community 111

HISTORY OF MEDICINE

Original papers

N.M. Popova, S.O. Starovoitov

Furman Emmanuel Bernhardovich — Doctor of Medical Sciences, Professor, the founder of the Department of Children's Diseases at the Izhevsk State Medical Institute 119

D.D. Eliferov, B.L. Lichterman

The Central Institute for Advanced Training of Physicians during the second half of 1930s 133

G.L. Mikirtichan, L.N. Lisenkova, V.I. Makeeva, D.A. Fedorov, S.S. Komarov

Architecture of Saint Petersburg hospitals: from petrovsky baroque on to hi-tech. Part VIII. Stalin's empire style 142

INFORMATION

Rules for authors 177

Оригинальная статья

УДК 614.23+929+614.258+330.88+378.4+327.7
https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.31.73.001

К 100-летию Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета

Роль Михаила Степановича Маслова в становлении и развитии Ленинградского педиатрического медицинского института — Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета. К 140-летию со дня рождения М.С. Маслова

Галина Львовна Микиртичан

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2, Российская Федерация

Контактная информация: Галина Львовна Микиртичан — д.м.н., профессор, заведующая кафедрой гуманитарных дисциплин и биоэтики. E-mail: glm306@yandex.ru; https://orcid.org/0009-0007-7913-4325; SPIN: 3208-9066

Для цитирования: Микиртичан Г.Л. Роль Михаила Степановича Маслова в становлении и развитии Ленинградского педиатрического медицинского института — Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета. К 140-летию со дня рождения М.С. Маслова. *Медицина и организация здравоохранения.* 2025;10(3):7–26. https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.31.73.001.

Поступила: 19.09.2025 ***Одобрена: 30.10.2025*** ***Принята к печати: 28.11.2025***

РЕЗЮМЕ. В 2025 г. встретил 100-летний юбилей Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (СПбГПМУ), в этом же году исполняется 140 лет со дня рождения выдающегося российского педиатра Михаила Степановича Маслова (1865–1961). Эти два юбилея тесно связаны между собой: М.С. Маслов был одним из организаторов открытого в 1925 г. Института охраны материнства и младенчества (ИОММ, ныне СПбГПМУ). Его развитие, преобразование в вуз, реорганизация в Ленинградский педиатрический медицинский институт (ЛПМИ) — во многом заслуга М.С. Маслова. В Институте, где были представлены все типы учреждений для матери и ребенка, в том числе клинического характера, он видел огромные перспективы для всестороннего научного изучения здорового и больного ребенка, закономерностей его роста и развития. Одним из первых он представил возможность создания на его основе высшего учебного заведения для подготовки детских врачей со студенческой скамьи и осуществления идеи как можно более раннего формирования профессиональных компетенций врача-педиатра. Он был автором документов, обосновывающих воплощение этого замысла в жизнь, продвигал эти планы в органах власти. С 1924 г. М.С. Маслов осуществлял научное руководство физиологическими отделениями Института, с 1928 г. — заведовал одной из первых научных кафедр, изучавшей здорового ребенка,

© Микиртичан Г.Л., 2025

которая называлась кафедрой физиологии, гигиены и диететики раннего детского возраста. В 1930 г. она была реорганизована в кафедру патологии детского возраста, а затем — в кафедру факультетской педиатрии, которой М.С. Маслов заведовал до 1960 г. Сотрудники этих кафедр, а также возглавляемой им с 1923 по 1961 гг. кафедры детских болезней Военно-медицинской академии, составили ядро крупнейшей научной педиатрической школы М.С. Маслова, являющегося основателем оригинального направления в педиатрии XX в. Исследования, проведенные М.С. Масловым и его учениками, обогатили научную педиатрию, способствовали ее дальнейшему прогрессу. Изучаемые им проблемы были всегда актуальны, тесно связаны с потребностями детского здравоохранения. В статье также кратко рассказывается о М.С. Маслове как педагоге, общественном деятеле, организаторе здравоохранения, показаны его достижения в области международного сотрудничества.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Михаил Степанович Маслов, Ленинградский педиатрический медицинский институт, Военно-медицинская академия, педиатрия, научная школа, организационная, педагогическая и международная деятельность

Original papers

https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.31.73.001

On the 100th anniversary of the Saint Petersburg State Pediatric Medical University

The Role of Mikhail Stepanovich Maslov in the establishment and development of the Leningrad Pediatric Medical Institute — Saint Petersburg State Pediatric Medical University. On the 140th anniversary of M.S. Maslov's birth

Galina L. Mikirtichan

Saint Petersburg State Pediatric Medical University, 2 Litovskaya str., Saint Petersburg, 194100, Russian Federation

Contact information: Galina L. Mikirtichan — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Humanities and Bioethics. E-mail: glm306@yandex.ru; https://orcid.org/0009-0007-7913-4325; SPIN: 3208-9066

For citation: Mikirtichan G.L. The Role of Mikhail Stepanovich Maslov in the establishment and development of the Leningrad Pediatric Medical Institute — Saint Petersburg State Pediatric Medical University. On the 140th anniversary of M.S. Maslov's birth. *Medicine and Health Care Organization*. 2025;10(3):7–26. https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.31.73.001.

Received: 19.09.2025 ***Revised: 30.10.2025*** ***Accepted: 28.11.2025***

ABSTRACT. In 2025, the Saint Petersburg State Pediatric Medical University (SPbSPMU) celebrates its 100th anniversary, and this year marks the 140th anniversary of the birth of the outstanding Russian pediatrician Mikhail Stepanovich Maslov (1865–1961). These two anniversaries are closely related: M.S. Maslov was one of the organizers of the Institute for the Protection of Motherhood and Infancy (IMCI, now SPbSPMU), opened in 1925. Its development, transformation into a university, and reorganization into the Leningrad Pediatric Medical Institute (LPMI) are largely due to M.S. Maslov. In the Institute, where all types of institutions for mother and child were represented, including clinical ones, he saw great prospects for a comprehensive scientific study of a healthy and sick child, the patterns of his growth and development. He was one of the first to propose the possibility of creating on its basis a higher educational institution for training pediatricians from the student bench, and implementing the idea of the earliest possible formation of professional competencies of a pediatrician. He was the author of documents justifying the implementation of this plan, and promoted these plans in government bodies. From 1924, M.S. Maslov served as scientific director of the Institute's physiological departments. From 1928, he headed one of the first scientific departments devoted to the study of healthy children, the Department of Physiology, Hygiene, and Dietetics of Early Childhood. In 1930, it was reorganized into the Department of Childhood Pathology, and then the Department of Faculty Pediatrics, which he headed until 1960. From 1924, M.S. Maslov served as scientific director of the Institute's physiological departments. From 1928, he headed one of the first scientific departments devoted to the study of healthy children, the Department of Physiology, Hygiene, and Dietetics of Early Childhood. In 1930, it was reorganized into the Department of Childhood Pathology, and then the Department of Faculty Pediatrics, which he headed until 1960. The employees of these departments, as well as the department of children's diseases of the Military Medical Academy, which he headed from 1923 to 1961, formed the basis of the largest scientific pediatric school of M.S. Maslov, who is the founder of an original direction in pediatrics of the twentieth century. Research conducted by M.S. Maslov and his students enriched scientific pediatrics, contributed to its further progress. The problems he studied were always relevant, closely related to the needs of children's health care. The article also briefly describes M.S. Maslov as a teacher, public figure, organizer of health care, and shows his achievements in the field of international cooperation.

KEYWORDS: Mikhail Stepanovich Maslov, Leningrad Pediatric Medical Institute, Military Medical Academy, pediatrics, scientific school, organizational, pedagogical and international activities

© Mikirtichan G.L., 2025

Педиатрия — это самая чудесная,
самая благородная специальность.
Если бы меня спросили, какую бы профессию
я выбрал, если бы был молод, с полной
ответственностью говорю: я пошел бы
на педиатрический факультет.
М.С. Маслов

В 2025 г., в год 100-летнего юбилея Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (СПбГПМУ), мы отмечаем еще один юбилей — 31 мая исполнилось 140 лет со дня рождения Михаила Степановича Маслова (1885–1961), выдающегося советского ученого-педиатра, замечательного клинициста, основоположника крупнейшей научной педиатрической школы, действительного члена Академии медицинских наук СССР, заслуженного деятеля науки РСФСР.

Этот юбилей значим для нас потому, что М.С. Маслов стоял у истоков нашего университета, еще в 1924 г. он был среди первых организаторов Института охраны материнства и младенчества (ныне СПбГПМУ) наряду с В.О. Мочаном (директором Института с января 1924 г. по апрель 1925 г.), А.Н. Антоновым, З.О. Мичник, А.Я. Гольдфельд и др. М.С. Маслов (рис. 1) участвовал в первом заседании Совета Ленинградского института охраны материнства и младенчества 7 января 1925 г., на котором было объявлено об открытии Института охраны материнства и младенчества, — с этой официально признанной даты ведется отсчет истории нашего Института[1].



Рис. 1. М.С. Маслов — один из организаторов ЛПМИ. 1920-е годы

Fig. 1. M.S. Maslov — one of the organizers of LPMI. 1920s

Все этапы становления и развития Института, реорганизация в Ленинградский педиатрический медицинский институт (ЛПМИ) — первый в мире педиатрический вуз — проходили при участии М.С. Маслова и во многом были его заслугой.

С 1924 г. он занимал должность научного руководителя физиологических отделений института, куда входили только начавшие свою работу три дома матери и ребенка, три дома малютки и отделение для новорожденных[2]. Он определил общее направление работы этих учреждений и организовывал первые научные исследования здорового и больного ребенка, которые проводились совместно с уже функционирующими бактериологической и патологоанатомической лабораториями, а также с биохимической лабораторией, созданной в 1925 г. На ее заведование М.С. Маслов пригласил сотрудника своей клиники детских болезней в Военно-медицинской академии (ВМедА) А.Ф. Тура.

М.С. Маслов как член Совета Института охраны материнства и младенчества (ОММ), несмотря на свою занятость на посту начальника кафедры детских болезней в ВМедА, присутствовал на всех его заседаниях, активно участвуя в обсуждении различных проблем, делясь своими мыслями и опытом. Совет Института собирался достаточно часто, на его заседаниях решались самые насущные вопросы, встающие перед его сотрудниками в этот очень трудный начальный организационный период, когда приходилось оперативно принимать решения в быстроменяющихся обстоятельствах.

Как уже сформировавшийся ученый М.С. Маслов большое внимание уделил развитию исследовательской работе в молодом Институте. На заседаниях Совета Института он акцентировал внимание на создании необходимых условий для постановки научной и учебной работы, в том числе о целесообразности введения в штат определенного числа научных работников, снабжении лабораторий специальным оборудованием и аппаратурой, увеличении объемов и видов производимых исследований и др. Эти предложения вызывали поддержку членов Совета и инициировали

[1] Центральный государственный архив Санкт-Петербурга, фонд 4337, опись 1, дело 13. Заседание Совета Института, л. 2.

[2] Там же, л. 3.

доклад М.С. Маслова «О постановке научной работы в Институте», который он представил 17 марта 1925 г. на шестом заседании Совета Ленинградского института ОММ. После обсуждения по основным положениям доклада были приняты решения, касающиеся упорядочения работы учреждений для детей, входящих в структуру Института, увеличения штата научных сотрудников, как одного из главных условий, без которого трудно начать научную работу[1]. Обращает на себя внимание факт, что М.С. Маслов среди препятствий к нормальному течению научной работы указал на психологическое состояние врачей, которые находились в Институте на неопределенном положении, некоторые из них намечались к увольнению, что было связано с еще не устоявшимся общим штатным расписанием и недостаточным финансированием деятельности Института со стороны центральных и местных органов здравоохранения. Постепенно эти вопросы разрешались, и положение всех сотрудников менялось к лучшему.

В 1925 г. в Институте была образована Комиссия по выработке норм питания для беременных, кормящих грудью, а также детей грудных и от 1 года до 3 лет. В ее состав были избраны М.С. Маслов, В.О. Мочан, А.В. Попова, Л.И. Чулицкая. С работы этой комиссии началась детальная разработка одной из ведущих проблем педиатрии — диететики детского возраста.

В апреле 1925 г. директором Института ОММ была назначена Ю.А. Менделева, она еще большее внимание стала уделять научной работе, развертыванию широких исследований в области физиологии и патологии ребенка. В этом Юлия Ароновна опиралась на знания и опыт М.С. Маслова, который к этому времени был уже известным в стране научным работником и клиницистом.

Как ученый М.С. Маслов воспитывался на традициях научной педиатрии, сложившихся в старейшем медицинском заведении нашей страны, Военно-медицинской академии (ВМедА), связанной с именами С.Ф. Хотовицкого, Н.И. Быстрова, Н.П. Гундобина, А.Н. Шкарина. Инвариантной проблемой кафедры детских болезней ВМедА являлось изучение возрастных особенностей детей [1]. Во время обучения в ВМедА М.С. Маслов выбрал не только профессию — детский врач, но и путь исследователя, усилия которого были направлены на изучение глубинных механизмов детской патологии. Интерес к научной работе у М.С. Маслова пробудили лекции и занятия заведующего кафедрой патологической анатомии А.И. Моисеева. В лаборатории этой кафедры, учась на 3–4-м курсах, он познакомился с патологогистологической методикой и выполнил научную работу о развитии крупных сосудов (аорты и легочной артерии) у человеческого зародыша, в которой он определил сроки дифференцировки отдельных слоев и элементов сосудистой стенки, причем установил более ранние сроки, чем такие исследователи, как A. Thoma u L. Aschoff [2]. Он прилежно посещал все обязательные и необязательные приват-доцентские занятия и лекции по детским болезням. Своими учителями в области педиатрии он считал Э.Э. Гартье (1872–1959), приват-доцента кафедры детских болезней ВМедА, и профессора А.Н. Шкарина (1876–1920) — начальника этой кафедры. Большое влияние на него также оказал выдающийся педиатр К.А. Раухфус и первая в России женщина — профессор биохимии Н.О. Зибер-Шумова, в лаборатории которой в Институте экспериментальной медицины он выполнял экспериментальную часть своей диссертации.

28 мая 1921 г. М.С. Маслов был избран заведующим кафедрой детских болезней ВМедА и возглавлял ее 40 лет до своей смерти в 1961 г. Анализ последующей научной деятельности М.С. Маслова показывает, что к моменту избрания он четко представлял, какие проблемы педиатрии требуют первоочередного решения, имел свои взгляды на ведение учебного процесса и организацию клиники. Уже в 1923 г. на II Всероссийском съезде детских врачей научный коллектив во главе с М.С. Масловым представил 10 докладов, в которых с единых методических подходов были обобщены новые данные по изучению ферментативных функций в детском возрасте при различных физиологических и патологических состояниях, особенно при аномалиях конституции и расстройствах питания и пищеварения у детей грудного возраста. Исследования отличались оригинальностью, единством тематики, новизной, актуальностью. Именно на этом съезде впервые начали говорить о новой школе в педиатрии, о новом академическом направлении исследований[2]. Всего за два года М.С. Маслов сумел организовать коллектив единомышленников. В состав первого научного коллектива, сформировавшегося

[1] Там же, л. 32.

[2] Понятие «академическое» здесь связано с наименованием учреждения, где работал М.С. Маслов — Военно-медицинской академией.

на кафедре детских болезней ВМедА, входили М.Ф. Руднев, В.Ф. Знаменский, В.Н. Морев. А.Ф. Тур и Ю.А. Котиков. Кафедра привлекала врачей, которые могли работать в качестве экстернов, активно включаясь в лечебную и научную деятельность.

Благодаря творческой энергии М.С. Маслова в Институте ОММ начинает формироваться его второй научный коллектив. Здесь его первыми сотрудниками были Ю.Н. Садыкова, Э.И. Фридман, О.П. Тимофеева, Р.М. Муравина и многие другие. К ним присоединились сотрудники М.С. Маслова, прошедшие экстернатуру или стажировку в детской клинике академии: А.Ф. Тур, Ю.А. Котиков и др. Богатейший клинический материал, сконцентрированный в клиниках Института ОММ, предоставил М.С. Маслову возможность более детально сосредоточиться на наиболее актуальных проблемах педиатрии.

Всего за несколько лет в Институте ОММ довольно широко развернулась научно-исследовательская деятельность и работа по специализации и усовершенствованию врачей и медицинских сестер. Постановлением Народного комиссариата здравоохранения РСФСР от 1928 г. Институт был преобразован в Научно-исследовательский институт ОММ (НИИ ОММ) и получил разрешение учредить профессорские кафедры и доцентуры, что придавало научной работе более организованные формы.

В 1928 г. одной из первых была создана кафедра физиологии, гигиены и диететики раннего детского возраста, которую возглавил М.С. Маслов, а в 1930 г. он встал во главе вновь организованной кафедры патологии детского возраста (рис. 2).

Произошли изменения и в управлении Институтом. Наряду с директором ответственность за выполнение научной работы возложена на специально назначенного заместителя по научно-исследовательской части. На эту должность был приглашен профессор М.С. Маслов. Он руководил планированием комплексной научной тематики, а также возглавлял организационную работу по вопросам преподавания.

Все годы работы на кафедрах детских болезней М.С. Маслов видел существенный пробел в подготовке педиатров в стране, все яснее для него становилась потребность подготовки врачей-педиатров со студенческой скамьи. Врачей, получивших переподготовку по охране материнства и младенчества на курсах



Рис. 2. М.С. Маслов и Ю.А. Менделева на обходе в физиологических отделениях Института ОММ

Fig. 2. M.S. Maslov and Yu.A. Mendeleva on a round in the physiological departments of the Institute of OMM

усовершенствования, было явно недостаточно. Но не только их количество не могло удовлетворить запросы, предъявляемые страной. Ограниченный срок подготовки на курсах не позволял качественно заложить основы учения о ребенке, дать тот объем знаний, который был накоплен к этому времени. И, возможно, самое главное, чего не могли дать курсы и что закладывалось в период обучения в вузе, это формирование конкретных социально-профессиональных черт врача-педиатра, так необходимых для эффективного функционирования специалиста. М.С. Маслова справедливо можно назвать главным в нашей стране инициатором подготовки педиатров, начиная с 1-го курса.

В начале 1930-х гг. система подготовки медицинских кадров в СССР подверглась реформированию. Согласно постановлению СНК РСФСР от 19 июня 1930 г. «О реорганизации системы подготовки врачебных кадров», медицинские факультеты были выделены из университетов в самостоятельные вузы с переподчинением Наркомздраву РСФСР [3]. Самым важным в постановлении было решение вопроса о профильности образования, была введена подготовка врачей по следующим специальностям: лечебно-профилактическая, охраны материнства и младенчества, санитарно-профилактическая.

В 1932 г. на базе Ленинградского НИИ ОММ была организована больница-медвуз с дневным и вечерним факультетами, в институт пришли первые студенты. К 1935 г. здесь были созданы все условия для качественной подготовки педиатров со студенческой скамьи.

Успешная организация учебного процесса, оперативное создание теоретических и клинических кафедр, необходимых для подготовки врача, привлечение на эти кафедры выдающихся ученых позволили руководству Института выступить с предложением о реорганизации больницы-медвуза в полноценное высшее учебное заведение. Постановлением Народного комиссариата здравоохранения РСФСР от 15 февраля 1935 г. был создан первый в мире специальный институт для подготовки педиатров — Ленинградский педиатрический медицинский институт. В 1936 г. состоялся первый выпуск 51 врача-педиатра.

Следует отметить, что во всех преобразованиях института М.С. Маслов принимал активное участие. Он, как правило, был автором докладных записок, выступал на совещаниях в Народном комиссариате здравоохранения и других инстанциях, решавших вопросы реорганизации института. Его авторитетное мнение, признание его как крупнейшего ученого, известного не только в СССР, но и за рубежом, способствовали положительному решению проблем [4].

В 1935 г. М.С. Маслов опубликовал в «Советской врачебной газете», органе печати, рассчитанном на широкие круги врачей и медицинской общественности, статью об итогах работы Ленинградского института ОММ за 10 лет и открывающихся перспективах: «Ныне, с открытием на его базе самостоятельного педиатрического института, перед ним открываются новые, еще большие возможности. В разработку знаний о ребенке включились теоретические кафедры. Уже через короткое время мы будем иметь заново созданные возрастную анатомию (нормальную и топографическую), возрастную физиологию, биохимию, фармакологию. Результаты этой работы скажутся быстро и на прогрессе клинической педиатрии» [5].

В деле преподавания педиатрии ЛПМИ пришлось в значительной степени быть пионером. Он представлял собой мощное учреждение и отличался от педиатрических факультетов медицинских институтов определенной задачей — проводить со студентами изучение возрастных особенностей уже на первых курсах, при прохождении теоретических дисциплин. Наличие специальных «детских» кафедр и клиник дало институту возможность готовить и узких специалистов в области детской хирургии, детского туберкулеза, детской невропатологии, детской психиатрии, отоларингологии и пр.

Под руководством М.С. Маслова практически была разработана вся методика учебного процесса, рассматривались и утверждались программы преподавания педиатрических дисциплин. В эти годы немедленного решения требовал вопрос об обеспечении студентов учебниками по педиатрии. М.С. Маслов одним из первых решил эту задачу. В 1933 г. вышел «Краткий курс детских болезней» — первый учебник, написанный доступным для студентов языком и соответствующий уровню достижений педиатрии того времени. В различные годы вышло пять изданий учебника.

В 1935 г. М.С. Маслову присвоено звание «Заслуженный деятель науки РСФСР».

В связи с учреждением Больницы-медвуза, а затем Ленинградского государственного педиатрического медицинского института, и началом обучения студентов происходило дальнейшее развертывание его материальной базы с целью создания условий функционирования высшего учебного заведения, организации новых кафедр и клиник, различных лабораторий. В 1935 г. кафедра патологии детского возраста была преобразована в кафедру факультетской педиатрии,

во главе которой профессор М.С. Маслов оставался до 1960 г. Клиника вскоре стала образцовой, хорошо оборудованной, при ней функционировали мощная биохимическая и клиническая лаборатории.

По инициативе Ю.А. Менделевой и руководителя научно-исследовательского отдела вуза М.С. Маслова научная работа всех подразделений ЛПМИ была упорядочена и приняла плановый характер, кафедральными коллективами определялись тематика и конкретные сроки проведения научных исследований.

Работа М.С. Маслова в ЛПМИ, крупном научном и учебном вузе, где были созданы лаборатории, клиники, кафедры, необходимые для всестороннего изучения ребенка, и в ВМедА — старейшем военно-медицинском учебном и научно-исследовательском учреждении, способствовала окончательному формированию научной школы Михаила Степановича Маслова. То, что это высшие учебные заведения, было большим преимуществом, способствующим осуществлению и соединению двух ведущих функций научной школы — исследовательской и образовательной.

М.С. Маслов создал сплоченный научный коллектив, объединенный общей научной проблематикой. Большое число сотрудников и наличие разнообразных клинических баз позволили добиться значительных успехов в разработке актуальных проблем педиатрии и, что особенно важно, быстрого внедрения новых методов диагностики, лечения и профилактики в практическое здравоохранение. Имя М.С. Маслова стало широко известным, многие молодые врачи стремились попасть в его клиники для клинического и научного усовершенствования.

Поскольку кафедра факультетской педиатрии ЛПМИ была более многочисленной, сотрудники, начавшие работать с М.С. Масловым в конце 1920-х — начале 1930-х гг. в ВМедА, продолжали трудиться в штате ЛПМИ. Среди них Р.М. Муравина, О.П. Тимофеева, Е.И. Казанская, Ю.Э. Виткинд, К.П. Иванова-Глухова, Б.Д. Тварьянович и др. В конце 1940-х — начале 1950-х гг. на кафедре факультетской педиатрии работали Г.И. Зайцева, Н.И. Тарасов, В.П. Варламова, Э.А. Антипина, Л.Л. Пляскова, Н.В. Ананьина, А.П. Макарова, А.А. Валентинович, И.П. Хлыстова и др.

Многие научные работы, в том числе диссертационные, выполнялись совместно с другими кафедрами. Исключительно плодотворным было сотрудничество М.С. Маслова с профессором Л.Т. Соловьевым, заведующим кафедрой биохимии ЛПМИ. Результатом совместных исследований были новые знания о патогенезе заболеваний детского возраста, представленные в работах Р.М. Муравиной, Э.И. Фридмана, И.А. Левинсон, Л.Г. Лейвикова, А.Ф. Фаддеевой, Б.Д. Тварьянович, Е.Е. Шестовской, Д.Я. Подгаецкой и др. Кроме того, некоторые работы выполнялись вместе с кафедрой патологической анатомии ЛПМИ, возглавляемой профессором Д.Д. Лоховым (работы Ю.Н. Садыковой, П.Г. Кац, Д.М. Винокурова и др.), и с кафедрой топографической анатомии и оперативной хирургии, руководимой профессором Ф.И. Валькером (работы Р.С. Новоселовой, С.А. Арутюнян, Ю.Э. Виткинд и др.).

С первых дней Великой Отечественной войны кафедра детских болезней ВМедА под руководством М.С. Маслова разрабатывала вопросы противовоздушной и противохимической обороны детей. Осенью 1941 г. М.С. Маслов выезжал в командировку для инспектирования тыловых госпиталей. В конце ноября 1941 г. ВМедА была эвакуирована из Ленинграда в Самарканд, куда в составе ее преподавателей выехал и М.С. Маслов с сотрудниками В.Ф. Знаменским, П.И. Ильинским, Н.А. Шалковым, М.С. Осетринкиной, В.С. Вайлем. Кроме преподавания, в этот период усилия коллектива-кафедры были сосредоточены на совершенствовании лечебно-профилактической помощи детям и повышении квалификации врачей как в клинике, так и в масштабе Самарканда и области.

Никаких вспомогательных кабинетов детская клиника в Самарканде не имела, поэтому для организации полноценного обследования и лечения детей М.С. Маслов установил связи с другими подразделениями института: рентгеновское обследование проводилось в терапевтической клинике, физиотерапевтическое лечение — в клинике нервных болезней, лабораторное обследование — в центральной лаборатории клинического госпиталя. Была усовершенствована работа молочной кухни, расширен ассортимент питательных смесей. Много усилий было потрачено для улучшения питания детей старшего возраста, которое по калорийности и ингредиентам соответствовало возрасту и состоянию здоровья детей. В практику диетического лечения вводились продукты, используемые местными жителями: джида, ореховое и кислое молоко. За 1942–1943 гг. через клинику прошло 1470 больных детей.

М.С. Маслов и его сотрудники установили тесную связь с Самаркандским отделом здравоохранения. Поскольку основной причиной заболеваемости и смертности детей были желудоч-

но-кишечные заболевания, М.С. Масловым и его сотрудниками была организована специальная комиссия, которая разработала план мероприятий, способствующих снижению этой патологии. Также внимание было уделено борьбе с инфекционными заболеваниями.

М.С. Маслов неоднократно выступал на заседаниях Самаркандского обкома партии и горисполкома по вопросам улучшения питания и организации медицинской помощи детям. За работу в Самарканде коллектив кафедры получил благодарность от городского и республиканского отделов здравоохранения. В передовой статье самаркандской газеты «Ленинский путь» работа кафедры по организации помощи практическому здравоохранению была высоко оценена местными партийными органами.

После снятия блокады Ленинграда коллектив кафедры детских болезней ВМедА в июне 1944 г. возвратился в истерзанный войной и блокадой город. Одновременно М.С. Маслов продолжил заведование кафедрой факультетской педиатрии в ЛПМИ. Остававшиеся в Ленинграде ее сотрудники Э.И. Фридман, Г.А. Николаев, Р.М. Муравина, О.П. Тимофеева и другие в тяжелые годы блокады старались сохранить заложенные М.С. Масловым принципы работы, выполняли ответственную задачу по лечению и спасению жизни детей. Они поддерживали переписку с Михаилом Степановичем, консультировались с ним по научным вопросам.

В 1944 г. Михаил Степанович Маслов был избран действительным членом Академии медицинских наук СССР, он вошел в ее первоначальный состав [6]. Избрание в только что учрежденную Академию медицинских наук СССР явилось признанием заслуг М.С. Маслова перед советской педиатрией и охраной материнства и детства. В академическую группу М.С. Маслова в разные годы входили Н.А. Шалков, Е.С. Малыжева, Е.И. Казанская, К.Ф. Ширяева, Т.Г. Николаева, М.Г. Чухловина и др. Группа включилась в разработку основных проблем, которыми занималась школа М.С. Маслова: изучение аппарата внешнего дыхания у детей, патология дыхательной и сердечно-сосудистой системы, функциональные особенности и патогенез желудочно-кишечных заболеваний, септические и аллергические заболевания, проблема реактивности в детском возрасте и др.

В послевоенные годы кафедры и клиники М.С. Маслова как в ВМедА, так и в ЛПМИ пополнялись новым оборудованием и аппаратурой. Было налажено сотрудничество с детскими лечебно-профилактическими учреждениями Ленинграда, которые использовались не только для проведения занятий со слушателями и студентами, но и для совершенствования организации помощи детям. В 1948 г. вышла одна из блестящих и оригинальных книг в советской педиатрии «Диагноз и прогноз детских заболеваний», представляющая исключительный интерес для любого практического врача. К ее написанию М.С. Маслов приступил еще в 1943 г. в Самарканде. Эту книгу он считал своим вкладом в Победу. В предисловии к книге он написал: «В связи с понесенными нашей страной за период Отечественной войны тяжелыми потерями в населении и громадными разрушениями городов, сел, колхозов и культурных учреждений, мы обязаны принять все меры к скорейшему возрождению мощи страны, к увеличению народонаселения, снижению детской заболеваемости и смертности. Лучший путь для этого — повышение качества обслуживания детского населения нашей страны. Данная книга и является лептой в это великое дело» [7]. Книга имела большое значение для формирования клинического мышления студентов и врачей.

По-прежнему М.С. Маслов очень много внимания уделял совершенствованию педагогического процесса. Работа в ЛПМИ, где осуществлялось профильное обучение студентов, позволила М.С. Маслову плодотворно развить и воплотить многие новые рациональные принципы в преподавании. Он возглавлял центральную методическую комиссию института. Им были составлены методические письма о преподавании педиатрии на разных курсах, повышении научной квалификации преподавателей медицинских институтов, распределении функций на кафедрах и др. Вопросы методики преподавания часто обсуждались на кафедральных совещаниях как в ЛПМИ, так и в ВМедА.

М.С. Маслов был инициатором внедрения так называемого активного метода преподавания. Его глубоким убеждением было то, что и у постели больного, и в лаборатории студенты должны быть максимально активными и самостоятельными, а преподаватель должен лишь направлять и поправлять их, не подавляя инициативы. Основная задача ассистентов — заинтересовать студентов, способствовать развитию у них клинического мышления, потребности в чтении дополнительной литературы. Он придавал огромное значение в усвоении знаний обучающимися наглядным и дидактическим пособиям и заботился об оснащении ими учебных кабинетов в клиниках. Лекции М.С. Маслова отличались насыщенностью фактическим материалом, новизной мысли, сжатостью изложения, четкостью и простотой.

Его большой заслугой было создание руководств, учебников и монографий, долгое время служивших настольными книгами врачей и студентов. «Учение о конституциях и аномалиях конституции (диатезах) в детском возрасте и их биологическом и патологическом значении» (1924, 1925, 1926); «Основы учения о ребенке и особенностях его заболеваний» в двух томах издавались в 1926–1927, 1928–1929, 1930–1932 гг. Как уже упоминалось, в 1933 г. вышел учебник «Детские болезни. Краткий курс для студентов медвузов», в который, как писал М.С. Маслов, он включил «тот минимум знаний по педиатрии, который необходим каждому врачу, чтобы быть активным и сознательным участником в борьбе за снижение детской смертности и оздоровление потомства, чтобы оказать рациональную помощь ребенку в отсутствие квалифицированных специалистов, чтобы понять более правильно некоторые проблемы и расширить свой горизонт» [8]. Его 2-е издание выходит в 1935 г., а с 3-го издания он назывался «Учебник детских болезней» (в 1939 г., 4-е издание — в 1942 г.) и был предназначен для высших медицинских учебных заведений, а 5-е — в 1952 г. и 6-е — в 1953 г. издания — для студентов лечебных факультетов медицинских институтов.

В 1940 г. вышел учебник для студентов педиатрических факультетов «Детские болезни» (2-е изд. — 1946 г.), основанный на опыте преподавания в ЛПМИ. Михаил Степанович подчеркивал в предисловии, что эта книга «является курсом клинической педиатрии, рассчитанным на студентов педиатрических факультетов и Педиатрического института». Он отмечал, что «Учебник клинической педиатрии должен давать студенту ответ на все возникающие у постели больного ребенка вопросы, знакомить его с главными направлениями современной педиатрии и вместе с тем иметь свое руководящее направление. В настоящей книге широко использованы достижения и результаты научной работы советских педиатров, учтены все достижения зарубежной педиатрии, но в основу ее положен собственный опыт автора, вытекающий из многолетней работы в Ленинградском педиатрическом институте. Главной нашей задачей было дать оригинальное советское руководство, соответствующее современным программам нашей высшей медицинской школы с одновременным изложением организационной структуры советского здравоохранения» [9].

Еще одним учебным пособием для студентов были «Лекции по факультетской педиатрии» в двух томах (два издания, 1957–1960). Форма подачи материала дала возможность М.С. Маслову сочетать описание детального клинического разбора конкретных больных с изложением основных закономерностей течения болезни и лечения. В 42 лекциях были рассмотрены основные заболевания раннего и старшего детского возраста.

Для учебников и руководств М.С. Маслова характерны ясность и доступность изложения, отражение новейших научных достижений как советских, так и зарубежных авторов, использование данных статистики и демографии, отражение профилактического направления советского здравоохранения, введение в состав руководств очерка по истории педиатрии, организации детского здравоохранения и системы охраны материнства и детства.

Каждое последующее издание учебника или руководства — это не просто перепечатка, а тщательное редактирование, изменение содержания в соответствии с новыми достижениями науки и совершенствованием учебного процесса. Учебники и монографии М.С. Маслова переводились на болгарский, сербский, корейский, китайский, румынский и албанский языки.

Лекции М.С. Маслова всегда были насыщены новыми данными, отличались строгой логикой, учили мыслить, призывали к постижению глубин профессии. Вместе с тем они были доходчивыми, четкими, простыми. Он не прибегал к ораторским эффектам, читал спокойно, не повышая голоса. М.С. Маслов считал, что лекции по факультетской педиатрии должны носить характер показательных клинических разборов наиболее часто встречающихся заболеваний у детей разного возраста, протекающих в наиболее яркой и типичной форме (рис. 3). На лекции М.С. Маслова, читаемые студентам, часто приходили практические врачи-педиатры.

С каждым годом увеличивалось число учеников М.С. Маслова. Сформировавшаяся в предвоенные годы научная школа М.С. Маслова в 1940–1950-е гг. достигла своего расцвета. Интенсивный интерес к науке М.С. Маслов сочетал со стремлением к коллективному творчеству. Как руководитель научной школы, он принадлежал к тем ученым, которые неизменно нуждались в учениках и последователях, в свою очередь являясь центром притяжения для исследователей. Он был твердо убежден, что всесторонне осветить тот или иной вопрос можно только в процессе коллективного изучения. «Только дружно сработавшиеся научные коллективы, — писал М.С. Маслов, — объединенные единым научным руководством, сработавшиеся на методике, испытанные в работе, умеющие

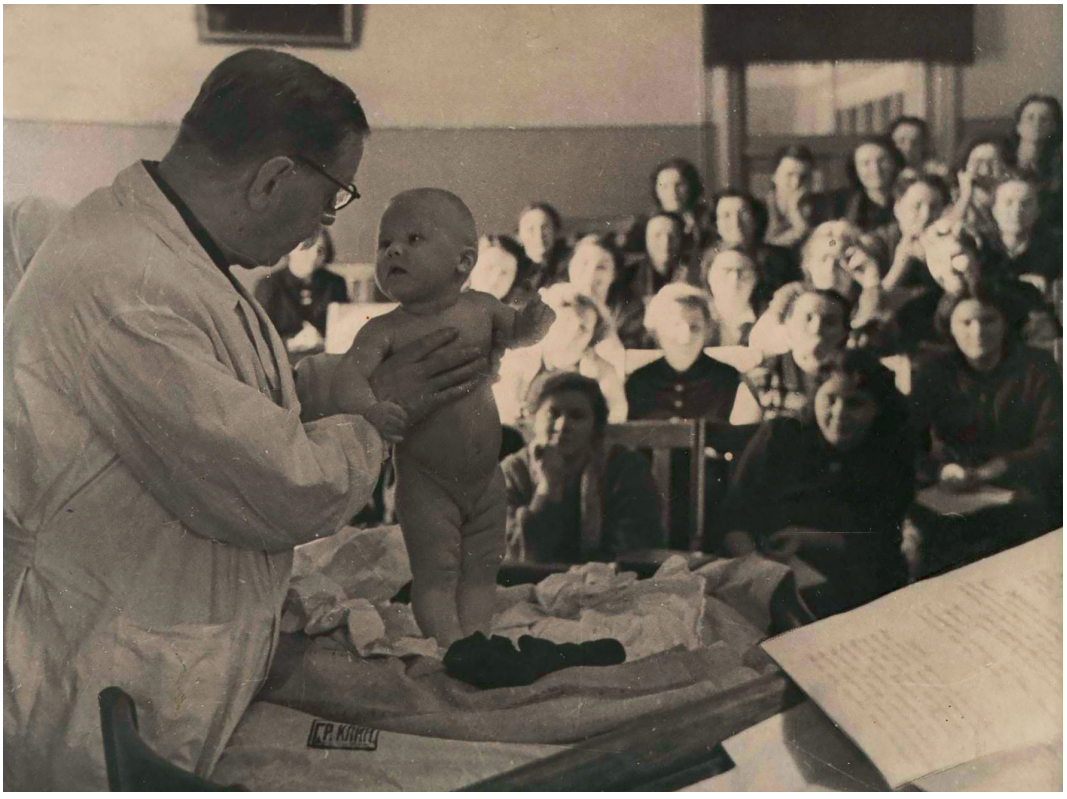


Рис. 3. Лекция профессора М.С. Маслова по факультетской педиатрии, 1950-е гг.

Fig. 3. Lecture by Professor M.S. Maslov on faculty pediatrics, 1950s

критически мыслить, могут дать и действительно дают ценное для науки. Когда работа выходит от такого крупного научного коллектива, к ней можно отнестись с доверием, ибо за ней скрывается научно-клинический опыт и критическое отношение самого учреждения» [10].

Залогом успешной работы школы М.С. Маслова, одной из самых крупных научных школ в советской педиатрии, несомненно, служило наличие оригинальной новаторской исследовательской программы, тщательная организация научной работы, создание оптимальных условий для ведения научных исследований, коллективный характер и комплексность выполняемых работ [11]. Педиатрической школой М.С. Маслова был утвержден функционально-биохимический подход в изучении особенностей организма ребенка в норме и при патологии, введены биохимические маркеры, определяющие здоровье и болезнь, создано понятие об индивидуальной реактивности ребенка, увязанное с конституцией, что позволило подойти к изучению индивидуального патогенеза и разработке индивидуальной патогенетической терапии.

Коллективом во главе с М.С. Масловым основательно изучены особенности детского возраста, главным образом функциональные и биохимические особенности органов и тканей; конституции и аномалии конституций (диатезы) в детском возрасте, реактивность детского организма; этиология, патогенез и индивидуальное патогенетическое лечение острых и хронических расстройств пищеварения и питания у детей, септических состояний у детей грудного возраста, гепатитов и гепатолиенальных заболеваний; нефропатий, пневмоний, сердечно-сосудистых заболеваний у детей. Внедрение разработанных М.С. Масловым и его учениками новых методов лечения в практику детского здравоохранения способствовало снижению показателей летальности и детской смертности.

В начале 1950-х гг. в ВМедА М.С. Маслов совместно с академиком АМН СССР П.А. Куприяновым начали разрабатывать проблему диагностики и хирургического лечения врожденных пороков сердца и гнойно-воспалительных заболеваний легких у детей. Впервые в СССР были освоены и внедрены в практику детских клиник новые методы диагностики врожденных пороков сердца (ангиокардиография, аортография, зондирование полостей сердца и др.), что позволило довести точность топической диагностики отдельных пороков сердца

до 93%; сформулированы показания и противопоказания для хирургического вмешательства при пороках сердца у детей (Ширяева К.Ф., Либов С.Л., Кутушев Ф.Х. и др.).

М.С. Маслову принадлежит около 250 научных работ, из них 16 монографий.

При изучении научного наследия М.С. Маслова, с одной стороны, обращает на себя внимание широта его интересов, а с другой — их единство и тесная взаимосвязь. Его следующая работа часто вытекала из предыдущей, окончание одной работы обусловливало начало другой. Стиль научной деятельности М.С. Маслова охарактеризовал его ученик профессор А.Ф. Тур: «Это разнообразие проблем... было не просто перебрасыванием с одних тем к другим, а вполне обоснованным переключением на те вопросы, которые возникали при изучении предыдущих проблем и требовали выяснения, или были ответом на вопросы, возникшие перед органами здравоохранения» [12].

Школа М.С. Маслова как особая форма организации научной деятельности и трансляции научных знаний удачно сочетала традиции и новаторство. Она формировалась, когда педиатрия достигла значительных успехов, в то же время итоги ее деятельности пополнили научный фундамент педиатрии, воспроизводили новое знание, определяли ее развитие на многие годы, предлагали принципиально новые плодотворные методы исследования.

Под руководством М.С. Маслова было подготовлено 10 докторских и 46 кандидатских диссертаций. Из числа сотрудников и учеников М.С. Маслова 21 стали профессорами и возглавили кафедры или были профессорами в различных городах страны: А.Ф. Тур, В.Ф. Знаменский, В.Л. Стырикович, Э.И. Фридман, Н.А. Шалков, В.С. Вайль, К.Ф. Ширяева, Н.Г. Зернов, А.И. Клиорин, М.Г. Чухловина и многие другие. Ученица М.С. Маслова профессор А.А. Валентинович отмечала важную черту Михаила Степановича — «это умение привить интерес к научным исследованиям… Не случайно из числа его сотрудников и учеников 18 человек имеют звание профессора и 19 — звание доцента. Но можно сказать и больше: почти каждый врач-педиатр в какой-то мере может быть назван учеником проф. Маслова, настолько широкое влияние на формирование всех советских педиатров оказывают его учебники, монографии, статьи и доклады» [13]. Большое значение для развития советской педиатрии имела деятельность «дочерней» школы, созданной учеником М.С. Маслова, действительным членом АМН СССР, профессором А.Ф. Туром в ЛПМИ.

Личностные качества М.С. Маслова способствовали его роли лидера научного коллектива. С юности он отличался упорством в достижении поставленной цели, трудолюбием. Михаилу Степановичу были свойственны понимание нового на основе исключительного знания основ, разносторонность научных интересов и осведомленность о достижениях современной науки, но в то же время — сосредоточенность на проблемах, которыми он интересовался всю свою творческую жизнь, внимание к методологическим вопросам науки. Научные успехи М.С. Маслова связаны с его широкой эрудицией и кругозором, хорошей общетеоретической подготовкой, знанием морфологии, физиологии, биохимии, микробиологии, почтением к истории медицины. Его отличали многогранная одаренность, блестящее владение методами обследования ребенка, решение актуальных задач клиники, организаторские способности [14].

Научные достижения М.С. Маслова, его сотрудников и учеников получили не только всесоюзное, но и мировое признание. В клиники М.С. Маслова приезжали учиться аспиранты из Болгарии, Польши, Югославии, Китая. Многочисленные делегации, а также отдельные врачи посещали руководимые им кафедры для ознакомления с их работой. В архиве М.С. Маслова сохранились письма от известнейших педиатров мира, с которыми он поддерживал переписку, — G. Fanconi из Швейцарии, A. Ylppo из Финляндии, P.G. Kiss из Венгрии, K. Kubát из Чехословакии, Ст. Коларов и Й. Тодоров из Болгарии, A. Ross из Канады, M. Lelong из Франции и др.

М.С. Маслов активно участвовал в работе международных форумов педиатрии. Он неоднократно возглавлял делегации советских педиатров на международных научных конгрессах, способствуя укреплению дружественных связей между народами.

Тесная связь поддерживалась М.С. Масловым с Институтом педиатрии АМН СССР. Он участвовал в научных сессиях института, оказывал консультативную помощь дирекции института по регулированию научной деятельности периферических институтов и кафедр. По поручению клинического отделения АМН СССР М.С. Маслов рецензировал планы научных работ Института педиатрии АМН СССР в целом и по отдельным проблемам, консультировал сотрудников института по вопросам диагностики пороков сердца, биохимических показателей крови и др.

Совместно с Институтом акушерства и гинекологии АМН СССР проводилось изучение врожденных пороков сердца у новорожденных и недоношенных детей.

Высоким авторитетом пользовался М.С. Маслов как председатель Ленинградского научного общества детских врачей. В 1925 г. он впервые был избран председателем Общества детских врачей. Также он возглавлял Общество в 1929–1930 гг., а с 1933 г. — до конца жизни (исключение составляли 1942–1944 гг.). Он активно участвовал в работе Всероссийских и Всесоюзных съездов детских врачей с 1912 по 1957 гг.

М.С. Маслов как председатель Общества детских врачей старался выносить на заседания такие вопросы, которые отвечали бы требованиям времени. Поскольку с первых лет советской власти главное внимание педиатры стали уделять не только лечению больного ребенка, но и охране его здоровья, идеи профилактики пронизывали тематику заседаний. М.С. Маслов писал, что «современная охрана материнства, младенчества и детства есть высшая форма профилактики. Она плоть от плоти и кровь от крови от педиатрии и могла возникнуть лишь благодаря мощному прогрессу педиатрии вообще и в деле изучения физиологии здорового ребенка в частности» [15].

Основную задачу Общества детских врачей М.С. Маслов видел в повышении квалификации врачей, особенно молодых. Для привлечения врачей в члены общества, повышения интереса к его заседаниям было решено устраивать выездные заседания в крупных детских больницах и в других лечебно-профилактических учреждениях. Тематика научных заседаний охватывала вопросы, волнующие педиатрический мир, обсуждались вопросы, представляющие значительный интерес с практической, организационной точки зрения. Было увеличено число клинических демонстраций.

Оказание научно-методической и практической помощи органам здравоохранения стало одним из важнейших направлений деятельности Общества детских врачей, возглавляемого М.С. Масловым. Тесный контакт установился с Ленинградским горздравотделом. На совместных заседаниях вырабатывались конкретные предложения, способствующие улучшению лечебно-профилактической помощи детям. Благодаря этим мерам многие новые формы и методы работы были впервые разработаны и внедрены в Ленинграде. В послевоенный период не было ни одного раздела педиатрии и организации детского здравоохранения, который не обсуждался бы на заседаниях общества. Все эти меры активизировали деятельность Общества, привлекли в его ряды молодые силы. Если в начале XX в. в его рядах было около 100 членов, то в 1940 г. уже 500.

М.С. Маслов был членом Всесоюзного общества детских врачей и заместителем председателя Всесоюзного общества детских врачей, являлся куратором Украинского научного общества детских врачей. Он принимал участие в работе других научных обществ, был избран почетным членом Общества микробиологов и инфекционистов.

Большое внимание М.С. Маслов уделял организации лечебной помощи детям раннего возраста на дому и в больницах, а также способствовал развитию специализированной помощи детям. В 1958 г. на территории Сестрорецкого курорта был открыт санаторий для больных бронхиальной астмой и хроническими пневмониями, инициатором создания и научным руководителем которого был М.С. Маслов. В санатории начали применяться новые методы лечения (аэрозольтерапия, интратрахеальное введение лекарственных веществ и др.), хорошо был организован досуг детей. В 1963 г. санаторию было присвоено имя М.С. Маслова.

Неоднократно М.С. Маслов выезжал для оказания консультативной помощи по вопросам охраны детства в Армению, Азербайджан, Карелию, Украину.

Еще в годы Великой Отечественной войны для оказания консультативной помощи органам здравоохранения и улучшения медицинской помощи детям при Наркомздравах СССР и РСФСР были созданы советы лечебно-профилактической помощи детям, в составе которых находились квалифицированные педиатры, в том числе и М.С. Маслов. Он являлся участником пленумов совета лечебно-профилактической помощи детям, на которых обсуждались актуальные вопросы детского здравоохранения в годы войны и в послевоенный период. В 1959 г. по заданию Министерства здравоохранения СССР он подготовил предложения по борьбе с желудочно-кишечными заболеваниями детей грудного возраста для Всемирной организации здравоохранения.

Созданный при Ленинградском горздравотделе совет лечебно-профилактической помощи детям возглавил М.С. Маслов. Занимаемые им должности (председатель совета лечебно-профилактической помощи детям, председатель Общества детских врачей и руководитель ведущих научных коллективов) отражали тесный союз науки и практики, столь необходимый для плодотворного развития педиатрии.

В 1930–1940-е гг. М.С. Маслов состоял членом квалификационной, экспертной и методической комиссий Народного комиссариата здравоохранения СССР, был постоянным рецензентом Высшей аттестационной комиссии (ВАК) СССР.

С 1947 по 1952 гг. М.С. Маслов избирался депутатом Ленинградского Совета депутатов трудящихся.

М.С. Маслов участвовал в работе и организации Всероссийских и Всесоюзных съездов детских врачей, на которых выступал с программными докладами: II съезд — 1923 г. (Москва); III съезд — 1925 г. (Ленинград); IV — 1927 г. (Москва); V — 1935 г. (Ленинград); VI — 1947 г. (Москва); VII — 1957 г. (Ленинград). Большое участие он и его сотрудники принимали в организации тех съездов, которые проводились в Ленинграде. М.С. Маслов был председателем организационного комитета VII Всесоюзного съезда детских врачей, гостями которого стали ученые более чем из 25 стран мира. Съезд продемонстрировал большие достижения нашей страны в области педиатрии. После окончания его работы в адрес М.С. Маслова от зарубежных ученых приходили письма с выражением признательности за возможность принять участие в работе съезда. В своем письме профессор Фань Цюнь из Китайской Народной Республики писал Михаилу Степановичу: «Члены китайской делегации — проф. Сун-Мин-Тун и я по Вашему приглашению приняли участие на VII Всесоюзном съезде педиатров. Благодаря этому мы смогли быть непосредственными свидетелями великих успехов в здравоохранении детей и передового опыта в педиатрии в СССР. Разрешите еще раз выразить Вам глубокое почтение и сердечную благодарность... В Министерстве здравоохранения КНР мы уже дали подробную информацию об этом замечательном съезде, а также предложение создать комиссию для обмена опытом в области педиатрической науки между социалистическими и новодемократическими странами» [1].

М.С. Маслов активно участвовал в работе международных форумов педиатрии. Он неоднократно возглавлял делегации советских педиатров на международных научных конгрессах, способствуя укреплению дружественных связей между народами, был участником V (1947, Нью-Йорк), VII (1956, Копенгаген) и VIII (1959, Монреаль) Международных конгрессов педиатров. На V Международном конгрессе педиатров в 1947 г. в Нью-Йорке был избран временный комитет для разработки положения о Международной ассоциации педиатров, а на VI конгрессе педиатров в Цюрихе в 1950 г. был утвержден постоянный Исполнительный комитет Международной ассоциации педиатров, членом которого являлся М.С. Маслов. В этом же году Академия медицинских наук СССР и Всесоюзное общество педиатров приняли решение о вступлении СССР в Международную ассоциацию педиатров.

Много усилий М.С. Маслов как член Исполнительного комитета Международной ассоциации педиатров приложил для организации IX Международного конгресса, который состоялся в Канаде (Монреаль) в июле 1959 г. М.С. Маслов возглавлял советскую делегацию, в состав которой входило 16 человек. В первый же день пребывания делегации в Монреале была организована встреча с журналистами, и в газетах было напечатано интервью с профессором М.С. Масловым.

М.С. Маслов был избран действительным членом Польской академии наук, почетным членом Чехословацкого научного общества им. Пуркинье, Болгарского педиатрического общества, членом-корреспондентом Парижского общества педиатров.

В 1951 г. М.С. Маслов дважды побывал в Чехословакии. В феврале он входил в состав правительственной делегации; выступал с докладами в Праге и Брно на заседании общества педиатров и гинекологов, а в октябре этого же года он возглавил советскую делегацию на съезде чехословацких педиатров в Брно. Во время последней поездки он детально ознакомился с постановкой детского здравоохранения Чехословакии и по просьбе руководителей общества проделал серьезную работу по составлению рекомендаций по совершенствованию лечебно-профилактической помощи детям. Кроме того, он способствовал созданию в Карловом университете в Праге первого в Чехословацкой Социалистической Республике педиатрического факультета, участвовал в разработке учебных программ для него, присутствовал на торжественном открытии.

Активное участие М.С. Маслов принял в работе Международного конгресса по защите детей, состоявшегося в 1952 г. в Вене, где он возглавил медицинскую секцию. Конгресс выявил, что во многих странах дети находятся в очень тяжелом положении, которое «не может не вызвать законной тревоги у всех честных людей». М.С. Маслов писал: «Развитие дела защиты детей должно быть прежде всего связано с борьбой за мир, с борьбой против подготовки новой войны. Борьба за мир — это не только спасение человечества от гибели всех

сокровищ культуры и цивилизации, это борьба за усиление ассигнований на социально-культурные мероприятия. Не может быть большего счастья у всех отцов и матерей, чем знать, что будущее их детей обеспечено, что перед ними открыты все дороги, что государство стоит на страже их здоровья и благополучия» [16].

Тесные связи М.С. Маслов поддерживал с венгерскими педиатрами. В октябре 1958 г. в Москве и Ленинграде проходили Дни советско-венгерской медицины. По инициативе венгерских врачей была организована совместная научная конференция педиатров СССР и Венгерской Народной Республике. Большое участие в организации и проведении всех мероприятий принял М.С. Маслов. Венгерские ученые ознакомились с работой ряда научных учреждений, в том числе с клиниками ЛПМИ и ВМедА.

Последняя поездка М.С. Маслова за рубеж состоялась в ноябре 1959 г., он принял участие в работе съезда венгерских педиатров в Будапеште.

Необходимо отметить, что М.С. Маслов не просто участвовал в том или ином конгрессе, а активно включался в жизнь педиатров данной страны, тем самым пропагандируя достижения советской педиатрии, миролюбие и доброжелательность.

Михаил Степанович пользовался исключительно большим авторитетом и уважением, его выступления всегда слушались с особым вниманием. Они неизменно были конструктивными, он ставил проблему и предлагал ее решение.

М.С. Маслов проводил большую редакторскую работу. Он принимал участие в редактировании «Журнала детских болезней», «Врачебной газеты», был заместителем редактора журнала «Педиатрия», соредактором медицинских энциклопедий. С 1929 г. он был членом редколлегии, а с 1946 г. — ответственным редактором выходящего с 1929 по 1953 гг. в Ленинграде журнала «Вопросы педиатрии и охраны материнства и детства» (с 1929 по 1936 г. журнал назывался «Вопросы педиатрии, педологии и охраны материнства и детства»). Редакция журнала размещалась на территории ЛПМИ. Этот журнал был очень популярен среди педиатров Советского Союза во многом благодаря М.С. Маслову. Он очень внимательно и заботливо относился к авторам статей. Часто страницы журнала предоставлялись молодым неизвестным ученым. В журнале публиковались не только научные статьи, но и организационно-методические материалы, отчеты Ленинградского общества детских врачей, хроника жизни ЛПМИ.

М.С. Маслов был вдумчивым клиницистом, владеющим искусством диагноза и прогноза, ему было свойственно глубокое проникновение в сущность болезни. Одним из его клинических принципов была «индивидуализация» каждого больного. Еще в 1924 г. он писал: «...В сущности говоря, каждый новый больной с одной и той же болезнью есть для врача совершенно новая разновидность, отличающаяся от других ранее им виденных» [17].

Огромное значение в диагностике заболевания М.С. Маслов придавал правильно собранному и истолкованному анамнезу, умению критически оценивать и выявлять динамику развития тех или иных симптомов в общей картине болезни. На занятиях с врачами и студентами он подчеркивал, что врачу надо уметь разбираться в совокупности всех жалоб, предъявляемых ребенком и его родителями. Невозможность объяснения хотя бы одной, даже второстепенной, жалобы должна настораживать врача и заставлять его вести поиск новых данных в анамнезе.

Одним из первых в педиатрии, наряду с А.А. Киселем, М.С. Маслов привлек внимание педиатров к так называемым преморбидным состояниям, в диагностике которых главную роль он отводил правильному анализу субъективных симптомов.

По воспоминаниям работавших с М.С. Масловым, он никогда не прибегал к внешним эффектам и «молниеносным» диагнозам. А.Ф. Тур вспоминал, что «наоборот, иногда могло показаться, что М.С. Маслов сомневается, затрудняется в постановке диагноза… Это впечатление было ложным. М.С. Маслов, думая у постели больного, внимательно оценивал анамнез жизни и болезни, спокойно и последовательно развивал ход своих соображений и всегда старался индивидуально подойти к больному, оценить патогенез его заболевания и обосновать индивидуальную терапию» [12].

В клиниках М.С. Маслова широко применялись лекарственные средства, причем многие новые методы лечения были введены в практику именно М.С. Масловым и его сотрудниками (ферментотерапия, гормонотерапия, антибиотикотерапия, «растворы Маслова», дифференцированные солевые растворы, протеинотерапия, кислородотерапия, дифференцированная диетотерапия, стимулирующая терапия и др.). В клинике детских болезней ВМедА в 1922 г. М.С. Масловым было произведено первое в СССР переливание крови детям с учетом гемоагглютинационной совместимости крови донора и реципиента [18, 19].

Несмотря на приверженность активной терапии, Михаил Степанович призывал врачей относиться к ней критически и осмысленно,

предостерегал от слишком элементарного подхода к больному и шаблонов в назначении лекарственных средств. Он советовал врачам чаще задумываться над вопросами: как отреагирует организм на введение того или иного средства, какое побочное действие оно окажет на другие органы, ткани, не изменится ли нейрогуморальная регуляция, как повлияют назначения на общую реактивность организма (рис. 3, 4).



Рис. 4. Консультация профессора М.С. Маслова

Fig. 4. Consultation with Professor M.S. Maslov



Рис. 5. Обход М.С. Маслова в факультетской клинике

Fig. 5. M.S. Maslov's rounds in the faculty clinic

По мнению М.С. Маслова, стать хорошим врачом помогают клинический опыт, логическое мышление, фундаментальные знания, владение лабораторно-инструментальной методикой, интуиция. Он всегда находил время для консультации ребенка, беседовал с родителями. Без промедления отвечал на письма родителей больных детей, никогда не отказывал в приеме больного (рис. 5). Он говорил, что «надо уметь завоевать доверие ребенка. Для этого надо прежде всего любить детей, входить в мелочи их жизни, понимать их интересы, находить общий язык с ребенком» [7]. Продолжая традиции Н.П. Гундобина, М.С. Маслов считал, что каждый медицинский работник в области педиатрии должен быть воспитателем, психологом, изучать ребенка, интересоваться его поведением, окружением. Он подчеркивал важность тщательного изучения педиатрами социально-бытовых условий жизни ребенка.

Консультировал М.С. Маслов не только в нашей стране. Сохранились письма, присланные врачами из Болгарии, Польши, Германской Демократической Республики, Бразилии, в которых они обращались к Михаилу Степановичу за советом относительно диагностики и лечения различных патологических состояний, оценки разработанных методов диетотерапии, просили прислать советские лекарственные препараты и т.д.

Родина высоко оценила деятельность М.С. Маслова. Он был награжден орденом Ленина, двумя орденами Красного Знамени, орденом Трудового Красного Знамени, орденом Красной Звезды и многими медалями, в том числе медалью «За оборону Ленинграда».

М.С. Маслов отличался высокой требовательностью к себе и к своим сотрудникам. Обладая внутренней дисциплиной, он хорошо мог рассчитывать свое время, многое успевал. День его был расписан по часам и минутам, сотрудники знали, где в данный момент находится их руководитель. Михаил Степанович не любил хвастунов, людей, склонных больше говорить о своих мнимых заслугах, чем работать на самом деле, не терпел сплетников и склочников. А.Ф. Тур вспоминал, что при первых встречах с ним казалось, что «он человек сумрачный, чрезмерно замкнутый, не очень внимательный к окружающим. Это впечатление совершенно ошибочно. Михаил Степанович отличался большой скромностью, пожалуй, некоторой застенчивостью, он был человеком чутким, мягким, очень доброжелательным, весьма внимательным к окружающим» [12].

Зная об отзывчивости, справедливости и внимательности Михаила Степановича, его сотрудники советовались с ним и по вопросам, не относящимся к их работе. Он знал членов семьи своих сотрудников, помнил об их интересах.



Рис. 6. Последняя лекция профессора М.С. Маслова по факультетской педиатрии в ЛПМИ

Fig. 6. The last lecture of Professor M.S. Maslov on faculty pediatrics at LPMI

Работавшие с Михаилом Степановичем отмечают, что он отличался разносторонностью интересов: любил шахматы, знал и ценил художественную литературу, театр, изобразительное искусство, музыку — играл на виолончели, постоянно посещал филармонию, очень любил кино. Михаил Степанович часто спрашивал у молодых сотрудников, видели ли они новый фильм, посетили ли выставку. Начавшие работать в его клиниках врачи поначалу думали, что Михаил Степанович задавал такие вопросы с целью выяснения, работают ли они дома с литературой, и, соответственно, отвечали, что у них не остается времени на развлечения. В таких случаях он говорил, что врач обязан интересоваться происходящими в культурной жизни событиями. В программу кафедральных совещаний он включал и такие вопросы, как обзоры отечественной и зарубежной литературы и кинофильмов, посвященных медицине или отражающих медицинскую тематику.

В 1960 г. М.С. Маслов оставил кафедру факультетской педиатрии в ЛПМИ и передал заведование своей ученице А.А. Валентинович. Последнюю лекцию в институте М.С. Маслов посвятил истории педиатрии, кратко остановился на достижениях кафедр педиатрии ВМедА и ЛПМИ (рис. 6). Он дал свою оригинальную оценку вкладу крупных педиатров и призвал будущих врачей следовать славным традициям отечественной педиатрии. По понятной скромности он не говорил о том, что с полной ответственностью можно сказать сегодня: деятельность М.С. Маслова, достижения его научной школы составляют одну из главных и интереснейших страниц российской педиатрии.

В январе 1925 г. в своем выступлении на торжественном открытии Института ОММ М.С. Маслов приветствовал рождение нового учреждения, применив такое сравнение — это «новорожденный ребенок с хорошей конституцией» [20]. Диагноз и прогноз корифея педиатрии и на этот раз оказался верным. Это подтверждается достижениями и итогами деятельности ЛПМИ — СПбГПМУ, отмечающего в 2025 г. свой 100-летний юбилей.

Заслуги Михаила Степановича Маслова в организации и развитии ЛПМИ — СПбГПМУ, где он возглавлял одну из ведущих в стране кафедр факультетской педиатрии, его вклад в фундаментальную и клиническую педиатрию, открывший перед врачами возможности совершенствования методов диагностики и лечения, его преданность педиатрии, своим



Рис. 7. М.С. Маслов (1885–1961) — выдающийся советский педиатр, профессор, действительный член АМН СССР (1945), заслуженный деятель науки РСФСР (1935), генерал-майор медицинской службы

Fig. 7. M.S. Maslov (1885–1961) is an outstanding Soviet pediatrician, professor, full member of the USSR Academy of Medical Sciences (1945), Honored Scientist of the RSFSR (1935), Major General of the Medical Service

ученикам и своим пациентам в нашем вузе не забыты. Этому немало способствовали ученики и последователи М.С. Маслова, работавшие и возглавлявшие кафедры педиатрии во многих городах нашей страны, и в первую очередь коллектив кафедры и клиники факультетской педиатрии ЛПМИ — СПбГПМУ под руководством профессора А.А. Валентинович, профессора А.В. Папаяна, и в настоящее время профессора Н.Д. Савенковой. В 2020 г. на корпусе, где с 1924 по 1960 гг. работал Михаил Степанович, в память о нем установлена мемориальная доска. Новые поколения детских врачей, преподавателей и студентов бережно хранят и будут хранить воспоминания о замечательном ученом-педиатре, вернувшем здоровье и радость жизни тысячам больных детей (рис. 7).

Ученик М.С. Маслова Михаил Ворошиловский написал в дни прощания с Михаилом Степановичем стихи, не безупречные в смысле стиля, но очень точно отражающие его личность:

Мы любили его, и простого, и сложного,
Старика-генерала с отличной душой;
Все, что смог, совершил он в пределах возможного,
Человек этот, истинно, с буквы большой.
Никогда он в науке не гнался за славою
И за модою следом покорно не шел,
И в научных течениях мелко не плавая,
Не менял своих взглядов под чей-то смешок.
Принципиален и тверд, он не стал консерватором:
Диалектик в душе до конца своих дней,
Этот труженик скромный остался новатором
В кардинальных вопросах охраны детей.
В этом сдержанном, с виду сухом человеке
Билось сердце иного юнца горячей.
Он такие в науке прокладывал вехи,
Что служили компасом для тысяч врачей... [1].

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

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

ADDITIONAL INFORMATION

Authors' contribution. 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.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Микиртичан Г.Л. М.С. Маслов (1885–1961). М.: Медицина; 1990.
2. Маслов М.С. О развитии крупных сосудов (аорты и art. brachialis) у человеческого зародыша. В кн.: Работы детской клиники проф. А.Н. Шкарина. СПб.; 1913: 131–150.
3. Собрание узаконений и распоряжений рабочего и крестьянского правительства РСФСР (СУ РСФСР). 1930; 28: 379.
4. Сборник трудов, посвященный XXV-летию научной и учебной деятельности заслуженного деятеля науки профессора М.С. Маслова. Л.: Изд. и тип. Воен.-мед. акад. РККА им. С.М. Кирова; 1937.
5. Маслов М.С. Десятилетие Ленинградского научно-исследовательского института охраны материнства и младенчества им. Клары Цеткин (1925–1935 гг.). *Советская врачебная газета.* 1935;17:1396–1398.
6. Глянцев С.П., Сточик А.А. Страницы создания АМН СССР (1932–1944). *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко*. 2016;2:106–109.
7. Маслов М.С. Диагноз и прогноз детских заболеваний. Л.: Медгиз, Ленингр. отд-ние; 1948.
8. Маслов М.С. Краткий курс детских болезней. Пособие для студентов медвузов. Л.: Мед. изд-во; 1933.
9. Маслов М.С. Учебник детских болезней: для педиатрических факультетов высших медицинских учебных заведений. Л.: Наркомздрав СССР, Государственное издательство медицинской литературы, Ленинградское отделение;1940.
10. Маслов М.С. Роль клинического опыта, лабораторно-инструментальных методов и кондицианального мышления в современной научно-практической диагностике. *Педиатрия: Журнал анатомии, физиологии, патологии, клиники детского возраста и охраны здоровья детей и подростков*. 1929;XIII(2):97–110.
11. Микиртичан Г.Л. Школа Михаила Степановича Маслова. *Вопросы современной педиатрии*. 2009;8(1):150–154.
12. Тур А.Ф. М.С. Маслов. М.: Медицина; 1969.
13. Валентинович А.А. Юбилей ученого. *Советский педиатр*. 1960;19.
14. Клиорин А.И. Воспоминания о Михаиле Степановиче Маслове. В кн.: Педиатрия: из XIX в XXI век: материалы конференции. СПб.; 2005:92–93.
15. Наша искра. 1925;9:48.

16. Маслов М.С. К Международному конгрессу врачей-демократов. *Вопросы педиатрии и охраны материнства и детства*. 1952;5:3–6.
17. Маслов М.С. Учение о конституциях и аномалиях конституции (диатезах) в детском возрасте и их биологическом и патологическом значении: Клинические лекции для врачей и студентов в монографическом изложении. Л.: Практическая медицина; 1924.
18. Соколова-Пономарева О.Д. Переливание крови детям при различных заболеваниях. В кн.: Переливание крови. А.А. Багдасарова, А.В. Гуляева, ред. М.: Медгиз; 1951:455–514.
19. Иванов Д.О., Петренко Ю.В. Этапы истории переливания крови в акушерстве и педиатрии. *Проблемы женского здоровья*. 2012;7(2):79–87.
20. Гольдфельд А.Я. Ленинградский Институт охраны материнства и младенчества. *Охрана Материнства и Младенчества*. 1925;1:39–46.

REFERENCES

1. Mikirtichan G.L. M.S. Maslov (1885–1961). Moscow: Meditsina; 1990. (In Russian).
2. Maslov M.S. On the development of large vessels (aorta and art. brachialis) in the human embryo. In: Works of the children's clinic of prof. A.N. Shkarin. Saint Petersburg; 1913: 131–150. (In Russian).
3. Collection of laws and orders of the workers' and peasants' government of the RSFSR (SU RSFSR). 1930;28:379. (In Russian).
4. Collection of works dedicated to the 25th anniversary of the scientific and educational activities of the honored scientist professor M.S. Maslov. Leningrad: L.: Izd. i tip. Voyen.-med. akad. RKKA im. S.M. Kirova; 1937:5. (In Russian).
5. Maslov M.S. Decade of the Leningrad Research Institute for Maternal and Infancy Care named after Clara Zetkin (1925–1935). *Soviet Medical Newspaper*. 1935;17:1396–1398. (In Russian).
6. Glyantsev S.P., Stochik A.A. Pages from the creation of the USSR Academy of Medical Sciences (1932–1944). *Bulletin of the N.A. Semashko National Research Institute of Public Health*. 2016;2:106–109. (In Russian).
7. Maslov M.S. Diagnosis and prognosis of childhood diseases: a guide for physicians. Leningrad: Medgiz, Leningrad Branch; 1948. (In Russian).
8. Maslov M.S. A brief course in childhood diseases. a handbook for students of medical universities. Leningrad: Medical Publishing House; 1933. (In Russian).
9. Maslov M.S. Textbook of children's diseases: for pediatric faculties of higher medical educational institutions. Leningrad: USSR People's Commissariat of Health, State Publishing House of Medical Literature, Leningrad Branch; 1940. (In Russian).
10. Maslov M.S. The role of clinical experience, laboratory and instrumental methods, and conditional thinking in modern scientific and practical diagnostics. *Pediatrics: Journal of Anatomy, Physiology, Pathology, Childhood Clinic, and Child and Adolescent Health Care*. 1929;XIII(2):97–110. (In Russian).
11. Mikirtichan G.L. Mikhail Stepanovich Maslov's School. Issues of Contemporary Pediatrics. 2009;8(1):150–154. (In Russian).
12. Tur A.F. M.S. Maslov. Moscow: Medicine; 1969. (In Russian).
13. Valentinovich A.A. Anniversary of a Scientist. *Soviet Pediatrician*. 1960;19. (In Russian).
14. Kliorin A.I. Memories of Mikhail Stepanovich Maslov. In: Pediatrics: from the 19th to the 21st Century: Conference Proceedings. Saint Petersburg; 2005:92–93. (In Russian).
15. Nasha iskra. 1925;9:48. (In Russian).
16. Maslov M.S. To the International Congress of Democratic Doctors. Issues of Pediatrics and the Protection of Motherhood and Childhood. 1952;5:3–6. (In Russian).
17. Maslov M.S. The doctrine of constitutions and constitutional anomalies (diatheses) in childhood and their biological and pathological significance: Clinical lectures for doctors and students in a monograph. Leningrad: Practical Medicine; 1924. (In Russian).
18. Sokolova-Ponomareva O.D. Blood transfusion in children for various diseases. In: Blood Transfusion. A.A. Bagdasarov, A.V. Gulyaev, ed. Moscow: Medgiz; 1951:455–514. (In Russian).
19. Ivanov D.O., Petrenko Yu.V. Stages in the history of blood transfusion in obstetrics and pediatrics. *Problems of Women's Health*. 2012;7(2):79–87. (In Russian).
20. Goldfeld A.Ya. Leningrad Institute for the Protection of Mothers and Infancies. *Motherhood and Childhood Care*. 1925;1:39–46. (In Russian).

Оригинальная статья

УДК 616-053.2
https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.15.64.002

Деятельность национального медицинского исследовательского центра Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета

Дмитрий Олегович Иванов, Василий Иванович Орел, Юрий Валентинович Петренко, Андрей Вячеславович Ким, Наталья Алексеевна Гурьева, Виктория Игоревна Смирнова, Любовь Леонидовна Шарафутдинова, Любовь Викторовна Сочкова, Владимир Александрович Затулкин

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2, Российская Федерация

Контактная информация: Наталья Алексеевна Гурьева — к.м.н., доцент, доцент кафедры социальной педиатрии и организации здравоохранения ФП и ДПО. E-mail: docent-mitrich@mail.ru; https://orcid.org/0000-0001-8827-3537; SPIN: 8111-3775

Для цитирования: Иванов Д.О., Орел В.И., Петренко Ю.В., Ким А.В., Гурьева Н.А., Смирнова В.И., Шарафутдинова Л.Л., Сочкова Л.В., Затулкин В.А. Деятельность национального медицинского исследовательского центра Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета. *Медицина и организация здравоохранения***.** 2025;10(3):27–34. https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.15.64.002.

Поступила: 06.09.2025 ***Одобрена: 10.10.2025*** ***Принята к печати: 28.11.2025***

РЕЗЮМЕ. В рамках национального проекта «Здравоохранение» реализуется федеральный проект «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий». В 2020 г. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 января 2020 г. № 30 в список национальных медицинских исследовательских центров включено федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее НМИЦ СПбГПМУ). Цель данной статьи — представить направления и результаты деятельности НМИЦ СПбГПМУ за 2021–2024 гг. НМИЦ СПбГПМУ осуществляет разностороннее взаимодействие с субъектами РФ по вопросам совершенствования организации медицинской помощи детям по профилю «педиатрия».

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: федеральный проект, национальный медицинский исследовательский центр, субъекты РФ, профиль «педиатрия», детское население

© Коллектив авторов, 2025

Original papers

https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.15.64.002

Activities of the National Medical Research Center of the Saint Petersburg State Pediatric Medical University

Dmitry O. Ivanov, Vasily I. Orel, Yuri V. Petrenko, Andrey V. Kim, Natalia A. Guryeva, Victoria I. Smirnova, Lyubov L. Sharafutdinova, Lyubov V. Sochkova, Vladimir A. Zatulkin

Saint Petersburg State Pediatric Medical University, 2 Litovskaya str., Saint Petersburg, 194100, Russian Federation

Contact information: Natalia A. Guryeva — Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Associate Professor of the Department of Social Pediatrics and Health Organization of the Faculty of Pediatrics and Vocational Education. E-mail: docent-mitrich@mail.ru; https://orcid.org/0000-0001-8827-3537; SPIN: 8111-3775

For citation: Ivanov D.O., Orel V.I., Petrenko Yu.V., Kim A.V., Guryeva N.A., Smirnova V.I., Sharafutdinova L.L., Sochkova L.V., Zatulkin V.A. Activities of the National Medical Research Center of the Saint Petersburg State Pediatric Medical University. *Medicine and Health Care Organization*. 2025;10(3):27–34. https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.15.64.002.

Received: 06.09.2025 ***Revised: 10.10.2025*** ***Accepted: 28.11.2025***

ABSTRACT. The federal project "Development of a network of national medical research centers and introduction of innovative medical technologies" is being implemented within the framework of the national Healthcare project. In 2020, by Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 30 dated January 20, 2020, National Medical Research Center of the Federal State Budgetary healthcare institution of higher education "St. Petersburg State Pediatric Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation (hereinafter NMRC SPbGMU) was included in the list of national medical research centers. The purpose of this article is to present the directions and results of the activities of NMIC SPbGMU for 2021–2024. NMRC SPbGMU carries out diverse cooperation with the Northwestern, Siberian and Ural Federal Districts on improving the organization of medical care for children in the field of "pediatrics".

KEYWORDS: federal project, national medical research center, subjects of the Russian Federation, "pediatrics" profile, children's population

© 2025 by the authors

ВВЕДЕНИЕ

В Указе Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. № 204 заложены основы развития сети национальных медицинских исследовательских центров [1]. Для реализации данного Указа утверждены приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.09.2017 г. № 622 «О сети национальных медицинских исследовательских центров», от 20.01.2020 г. № 30 «О внесении изменений в приложение к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 сентября 2017 г. № 622 “О сети национальных медицинских исследовательских центров”» и приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.04.2021 г. № 309 «Об утверждении Положения о формировании сети национальных медицинских исследовательских центров и об организации деятельности национальных медицинских исследовательских центров» [2–4].

В целях повышения качества медицинской помощи путем развития инноваций в сфере здравоохранения, укрепления кадрового, в том числе научного, потенциала, создания условий для устойчивого спроса на инновационную продукцию и ее внедрения в практическое здравоохранение, включая систему ранней диагностики заболеваний и дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов, развитие трансляционной медицины в структуре национального проекта «Здравоохранение» реализуется федеральный проект «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий».

Национальные медицинские исследовательские центры призваны осуществлять организационно-методическое руководство медицинскими организациями (МО) субъектов Российской Федерации.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования — представить направления и результаты деятельности НМИЦ СПбГПМУ за 2021–2024 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В статье использованы отчетные данные НМИЦ федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Приказом МЗ РФ от 20.01.2020 г. № 30 «О внесении изменений в приложение к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 сентября 2017 г. № 622 “О сети национальных медицинских исследовательских центров”» федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации включен в сеть национальных медицинских исследовательских центров.

С целью обеспечения детского населения медицинской помощью в полном объеме и надлежащего качества в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и в рамках осуществления Федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий», НМИЦ СПбГПМУ осуществляет организационно-методическое руководство МО различного уровня субъектов РФ по профилю «педиатрия».

За период 2021–2024 гг. сотрудниками НМИЦ СПбГПМУ было осуществлено 55 выездов в подконтрольные субъекты Российской Федерации, из них 31 в плановом порядке на территории Северо-Западного, Сибирского и Уральского федеральных округов и новые регионы — Херсонскую и Запорожскую области, и 24 внеплановых в Республики Бурятия, Коми, Крым, Чувашия, Дагестан, Северная Осетия — Алания, Тыва, Карелия, г. Севастополь, Костромскую, Калининградскую, Рязанскую, Псковскую, Новгородскую, Оренбургскую, Орловскую, Ленинградскую, Херсонскую области, Забайкальский и Ставропольский края.

Среди основных задач, которые решались НМИЦ СПбГПМУ, были:

- выявление основных причин повышения смертности и снижения качества и доступности медицинской помощи в регионах;
- методическая и организационная помощь, направленная на ликвидацию этих причин;
- помощь в организации оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи;
- формирование группы специалистов (реаниматолог, неонатолог, педиатр, эпидемиолог и т.д.) для обеспечения комплексного подхода к совершенствованию медицинской помощи в регионах.

В рамках методической работы специалистами НМИЦ СПбГПМУ проанализировано и усовершенствовано более 100 программ высшего образования по профилю «педиатрия» вузов Северо-Западного, Уральского и Сибирского федеральных округов (специалитет, ординатура, повышение квалификации, профессиональная переподготовка, аспирантура); ежегодно актуализируются перечни приоритетных направлений научных исследований в интересах совершенствования оказания медицинской помощи по профилю «педиатрия»; разработано более 20 современных методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, которые используются как в мировой медицинской практике, так и в медицинских организациях субъектов РФ; внедрено более 10 современных методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации в деятельность НМИЦ; создано 50 интерактивных образовательных модулей.

В ходе организационно-методической деятельности в 19 субъектах РФ актуализированы и согласованы приказы по маршрутизации детского населения и схемы территориального планирования; разработаны приказы по маршрутизации детского населения и новорожденных Херсонской и Запорожской областей; проведены методические мероприятия по оптимизации работы регионального консультативного центра (РКЦ) по профилям «неонатология» и «педиатрия». Результатами этой работы за четырехлетний период стали: снижение на 46,0% показателя необоснованных перегоспитализаций; уменьшение на 37,0% доли смертей на I–II уровнях оказания медицинской помощи; в 14 субъектах РФ актуализированы региональные нормативно-правовые акты, положения о деятельности РКЦ, в том числе утвержден порядок динамического наблюдения за состоянием пациентов, введены в использование карты и журналы динамического мониторинга, угрозометрические шкалы для оценки риска транспортировки.

В субъектах РФ обозначены «якорные» медицинские организации по профилю «педиатрия». В соответствии с Приказом МЗ РФ № 19н от 21.01.2022 г. «Об утверждении типового положения о краевой (республиканской, областной, окружной) больнице» НМИЦ СПбГПМУ проведена работа по организации методической деятельности «якорных» организаций по профилю «педиатрия». Курируемые «якорные» организации субъектов РФ осуществляют функции анализа и оценки организации оказания медицинской помощи в регионе, организационно-методическую помощь врачам МО, расположенных на территории субъекта РФ. При поддержке специалистов НМИЦ СПбГПМУ уполномоченные лица по качеству и безопасности медицинской деятельности курируемых МО прошли стажировку по данному направлению на рабочих местах.

За период 2021–2024 гг. НМИЦ СПбГПМУ была создана и апробирована поэтапная схема внедрения, анализа и корректировки клинических рекомендаций в деятельность медицинских организаций субъектов РФ. В последующем 93,0% МО внедрили данную методику в работу своих структурных подразделений. Для повышения эффективности применения клинических рекомендаций сотрудниками НМИЦ СПбГПМУ проведено 18 образовательных мероприятий в субъектах РФ по порядку применения клинических рекомендаций в переходный период. Показатель обеспечения доступа работников МО к клиническим рекомендациям, порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи, информации об их обновлении или пересмотре благодаря внедренной системе информирования сотрудников за четырехлетний период вырос с 25,0 до 98,5%.

В подконтрольных МО субъектов РФ проведена методическая работа по внедрению системы контроля качества медицинской помощи. Система контроля качества медицинской помощи (СККМП) — это комплекс мероприятий на основе клинических рекомендаций, порядков оказания медицинской помощи и критериев оценки качества медицинской помощи**,** реализуемых в целях обеспечения качества, эффективности и безопасности медицинской помощи, оказываемой в медицинской организации [5]. В ходе этой работы внедрены методы повышения эффективности внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, алгоритмы принятия управленческих решений по устранению последствий и причин нарушений, выявленных в ходе контрольных мероприятий. В рамках организационно-методического сопровождения НМИЦ СПбГПМУ осуществляет дистанционное консультирование МО по устранению выявленных нарушений. В результате средний балл по СККМП (максимальная оценка — 10) в курируемых МО повысился с 6 до 8,4 баллов. Доля штрафных санкций по результатам медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи в МО субъектов РФ снизилась на 40,0%.

Ведущими специалистами НМИЦ СПбГПМУ проведена экспертная оценка 263 историй болезни по случаям смерти детей.

Методическая помощь НМИЦ СПбГПМУ для улучшения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) детскому населению курируемых территорий складывалась из составления методических рекомендаций и региональных приказов по развитию первичного звена детского здравоохранения. В результате с 40,0 до 70,0% увеличился охват дородовыми патронажами в регионах, внедрены локальные методические рекомендации ведения недоношенных детей на амбулаторном этапе в Новосибирской, Свердловской, Иркутской, Челябинской областях, Красноярском крае, Республике Хакасия и в других регионах, в 2024 г. достигнуты целевые показатели практически во всех курируемых регионах, повышен охват амбулаторного звена системой контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Однако сохраняется ряд проблем, связанных с доступностью и качеством оказания медицинской помощи, соблюдения порядков, стандартов и клинических рекомендаций, среди них:

- необходимость повышения эффективности процессов деятельности МО, оказывающих ПМСП, — внедрение новых моделей организации работы врача, разделение потоков, оптимизация использования сестринского персонала (организация отделений или кабинетов неотложной помощи);
- подготовка персонала МО при недостаточно высоком уровне подготовки управленческих кадров; эффективность может быть обеспечена только при взаимодействии медицинских и образовательных организаций;
- недостаточно реализована преемственность в организации 1-го и 2-го этапов диспансеризации;
- недостаточная реализация информационных технологий как одного из ключевых факторов внедрения технологий персонализированной медицины.

В связи с этим ключевыми направлениями совершенствования первичной медико-санитарной помощи являются: переход на пациентоцентрированную систему оказания амбулаторной помощи на основе внедрения современных технологий управления; формирование необходимых компетенций медицинских работников в условиях меняющейся системы здравоохранения; эффективное использование кадровых ресурсов.

Для совершенствования медицинской помощи детям в условиях стационара в субъектах РФ НМИЦ СПбГПМУ разработал план оптимизации коечного фонда по профилю «педиатрия». С этой целью проведена корректировка и анализ медико-технических заданий в 16 территориях: Камчатский, Краснодарский, Красноярский, Забайкальский края, Республики Тыва, Дагестан, Томская, Иркутская, Курская, Мурманская, Свердловская, Тверская, Челябинская, Кемеровская, Ленинградская, Херсонская области.

Активное участие сотрудники НМИЦ СПбГПМУ принимают в налаживании эффективной системы здравоохранения в новых регионах РФ. Для этого было проведено 8 плановых выездных мероприятий в Херсонскую и Запорожскую области в условиях проведения Специальной военной операции и два внеплановых выездных мероприятия для оптимизации деятельности первичного звена здравоохранения. Результатами этой деятельности явились:

- согласование медико-технического задания поликлиник Генического и Скадовского районов Херсонской области в условиях кадрового дефицита;
- определение потребности во врачах-педиатрах участковых, детских врачах-специалистах;
- проведение обучения медицинских работников Херсонской области;
- разработка методологии ведения (при отсутствии медицинских информационных систем) и внедрение паспортов врачебных участков.

Итогами деятельности НМИЦ СПбГПМУ по методическому сопровождению лекарственного обеспечения нуждающихся детей стало осуществление с 2023 г. мониторинга дефектуры и возможности замены лекарственных препаратов перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов по профилю «педиатрия»; в 86% курируемых регионов к 2024 г. внедрена формулярная система лекарственных препаратов; в 100% субъектов РФ реализуется программа преемственности лекарственного обеспечения.

Специалистами НМИЦ СПбГПМУ и МО субъектов РФ ведется совместная научная деятельность, способствующая профессиональному развитию специалистов детского здравоохранения, распространению передового опыта коллег из разных регионов России, внедрению современных технологий в медицине [6]. В рамках научно-образовательного взаимодействия с регионами НМИЦ СПбГПМУ за 2021–2024 гг.

проведено 9 циклов профессиональной переподготовки по различным специальностям, 9 курсов повышения квалификации по рациональной антибактериальной терапии в Санкт-Петербурге, Ленинградской, Иркутской, Псковской, Мурманской областях, Республике Коми, 4 выездных образовательных цикла для врачей-неонатологов, врачей-педиатров, врачей — акушеров-гинекологов, врачей-хирургов в Псковской, Ленинградской, Курганской областях, Ставропольском крае; подготовлены и опубликованы более 50 совместных научных статей и учебных пособий для врачей; проведено 86 научно-практических семинаров; принято участие в разработке клинических рекомендаций «Инфекция, специфичная для перинатального периода. P39.7; Другие уточненные врожденные инфекционные и паразитарные болезни. P.37.9; Преходящая неонатальная тромбоцитопения. P. 61.0».

Одно из перспективных и активно развивающихся на сегодняшний день направлений — телемедицинские консультации [7]. Специалистами НМИЦ СПбГПМУ с 2020 по 2024 гг. было проведено 17 340 таких консультаций для МО субъектов РФ, из них 82,7% в плановом порядке, 13,7% — в неотложном и 3,6% — в экстренном порядке. За тот же период количество пациентов, госпитализированных в СПбГПМУ по результатам телемедицинских консультаций, увеличилось в 3 раза — с 593 до 1767 детей.

Одной из ведущих проблем системы здравоохранения курируемых территорий остается кадровый дефицит. Сотрудниками НМИЦ СПбГПМУ в 2024 г. разработана и внедрена новая система паспортизации кадрового обеспечения, которая предусматривает оперативное получение информации о кадровом ресурсе региона (статистической, текущее состояние, проблемы, причины, факторы и риски) и принятие управленческих решений в режиме реального времени с учетом предлагаемых мер для соответствующего региона. В итоге зафиксировано снижение текучести кадров в отдельных регионах на 2%, в Новгородской области — с 10,8 до 8,8%, в Псковской области — с 11,3 до 9,3%, в Калининградской области — с 13,1 до 11,3%.

В субъектах РФ были реализованы следующие мероприятия по улучшению кадровой ситуации в здравоохранении регионов:

- актуализация «дорожной карты» (плана-графика) по ликвидации кадрового дефицита и устранению кадровых дисбалансов;
- проведение детального анализа движения медицинских кадров в разрезе МО, уточнения причин увольнения, определение МО, существенно влияющих на общий отток медицинских кадров из государственной системы здравоохранения;
- разработка порядка адаптации новых работников (при отсутствии) в организациях здравоохранения «Институт наставничества»;
- организация встречи выпускников, обучающихся по целевому направлению;
- проведение оценки эффективности влияния региональной программы социальной поддержки медицинских работников для устранения кадрового дефицита и формирование перечня предложений по ее возможному расширению;
- повышение квалификации врачебного и среднего медицинского персонала с целью профессионального роста, увеличения показателей качества оказания медицинской помощи;
- разработана «Комплексная программа развития кадрового обеспечения в регионах».

Результаты реализации данных мероприятий:

- составлены срочные, среднесрочные прогнозы потребности системы здравоохранения в медицинских кадрах;
- создан комплекс мероприятий, направленных на ликвидацию кадрового дефицита медицинских работников;
- осуществлена паспортизация кадрового состава субъектов РФ;
- в 7 регионах внедрены «Институты наставничества»;
- организованы «Ярмарки вакансий» для регионов, встречи с заказчиками целевого обучения;
- увеличилась численность медицинского персонала за счет пересмотра мер социальной поддержки в 2023–2024 гг. в трех регионах (Республика Карелия, Калининградская область, Алтайский край);
- реализованы новые меры социальной поддержки в 2024 г. в Республике Тыва, Республике Хакасия, Алтайском крае;
- на базе кафедр СПбГПМУ факультета последипломного и дополнительного профессионального образования организовано более 425 обучающих циклов, проведены выездные мастер-классы в 7 курируемых регионах;
- оценена удовлетворенность выпускников вуза, работающих в регионах, и предложены меры для администраций территорий по работе с молодыми специалистами;

• проведено совещание с работодателями, определены механизмы решения кадровых проблем.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленные данные свидетельствуют об активной и всесторонней деятельности НМИЦ СПбГПМУ с курируемыми МО субъектов РФ. Сотрудники НМИЦ СПбГПМУ осуществляют организационную, методическую, клиническую, экспертную, научную, образовательную работу в регионах, взаимодействуют с органами управления, МО всех уровней, образовательными организациями, подготавливающими медицинские кадры. Совместно с региональными специалистами с учетом имеющихся проблем в регионе разрабатываются мероприятия по совершенствованию медицинской помощи детскому населению в субъектах РФ по профилю «педиатрия».

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

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

ADDITIONAL INFORMATION

Authors' contribution. 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.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». Доступен по: http://www.kremlin.ru/acts/bank/43027 (дата обращения 17.02.2025).
2. Приказ Минздрава России от 11.09.2017 г. № 622 «О сети национальных медицинских исследовательских центров». Доступен по: https://base.garant.ru/73972895/ (дата обращения 17.02.2025).
3. Приказ Минздрава России от 20.01.2020 г. № 30 «О внесении изменений в приложение к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 сентября 2017 г. № 622 «О сети национальных медицинских исследовательских центров»». Доступен по: https://base.garant.ru/73508589/ (дата обращения 18.02.2025).
4. Приказ Минздрава России от 07.04.2021 г. № 309 «Об утверждении Положения о формировании сети национальных медицинских исследовательских центров и об организации деятельности национальных медицинских исследовательских центров». Доступен по: https://docs.cntd.ru/document/603376711 (дата обращения 18.02.2025).
5. Омельяновский В.В., Железнякова И.А., Дайхес А.Н., Ледовских Ю.А., Сухоруких О.А., Лукъянцева Д.В., Серяпина Ю.В., Федяева В.К., Курносова Т.И., Михайлов И.А. Методические рекомендации по внедрению системы контроля качества медицинской помощи на основе клинических рекомендаций и критериев оценки качества медицинской помощи в краевых, республиканских, областных, окружных медицинских организациях субъектов российской федерации. Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 2020. Доступен по: http://avo-portal.ru/documents/quality/PROTOKOL_VKS.pdf (дата обращения 18.02.2025).
6. Иванов Д.О., Орел В.И., Ким А.В., Гурьева Н.А., Смирнова В.И., Шарафутдинова Л.Л., Рослова З.А. Сотрудничество практического здравоохранения с наукой — залог детского здоровья. *Медицина и организация здравоохранения*. 2024;9(2):146–155. https://doi.org/10.56871/MHCO.2024.24.44.013.
7. Орел В.И., Бурцева Т.Е., Гурьева Н.А., Жданова Л.А., Ким А.В., Мадар Л.Н., Манькова Т.Ю., Орел В.В., Орел О.В., Рослова З.А., Силиди И.Ю., Смирнова В.И., Сочкова Л.В., Ченцов Д.В., Шавалиев Р.Ф. Новые организационные подходы к оказанию медико-санитарной помощи детскому населению. СПб.: СПбГПМУ; 2020.

REFERENCES

1. Ukaz Prezidenta Rossiyskoy Federatsii ot 07.05.2018 g. N 204 “O natsional’nykh tselyakh i strategicheskikh zadachakh razvitiya Rossiyskoy Federatsii na period do 2024 goda”. Available at: http://www.kremlin.ru/acts/bank/43027 (accessed: 17.02.2025). (In Russian).
2. Prikaz Minzdrava Rossii ot 11.09.2017 g. N 622 “O seti natsional’nykh meditsinskikh issledovatel’skikh tsentrov”.

Available at: https://base.garant.ru/73972895/ (accessed: 17.02.2025).

3. Prikaz Minzdrava Rossii ot 20.01.2020 g. N 30 “O vnesenii izmeneniy v prilozhenie k prikazu Ministerstva zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii ot 11 sentyabrya 2017 g. № 622 «O seti natsional’nykh meditsinskikh issledovatel’skikh tsentrov»”. Available at: https://base.garant.ru/73508589/ (accessed: 18.02.2025).
4. Prikaz Minzdrava Rossii ot 07.04.2021 g. N 309 “Ob utverzhdenii Polozheniya o formirovanii seti natsional’nykh meditsinskikh issledovatel’skikh tsentrov i ob organizatsii deyatel’nosti natsional’nykh meditsinskikh issledovatel’skikh tsentrov”. Available at: https://docs.cntd.ru/document/603376711 (accessed: 18.02.2025).
5. Omelyanovsky V.V., Zheleznyakova I.A., Daikhes A.N., Ledovskikh Yu.A., Sukhorukikh O.A., Lukyantseva D.V., Seryapina Yu.V., Fedyaeva V.K., Kurnosova T.I., Mikhailov I.A. Methodological recommendations for the implementation of a quality control system for medical care based on clinical recommendations and criteria for assessing the quality of medical care in regional, republican, regional, and district medical organizations of the subjects of the Russian Federation. Federal State Budgetary Institution “Center for Expertise and Quality Control of Medical Care” of the Ministry of Health of the Russian Federation. 2020. Available at: http://avo-portal.ru/documents/quality/PROTOKOL_VKS.pdf (accessed: 18.02.2025). (In Russian).
6. Ivanov D.O., Orel V.I., Kim A.V., Guryeva N.A., Smirnova V.I., Sharafutdinova L.L., Roslova Z.A. Cooperation of practical healthcare with science is the key to children’s health. *Medicine and Health Care Organization*. 2024;9(2):146–155. (In Russian). https://doi.org/10.56871/MHCO.2024.24.44.013.
7. Orel V.I., Burtseva T.E., Guryeva N.A., Zhdanova L.A., Kim A.V., Madar L.N., Mankova T.Yu., Orel V.V., Orel O.V., Roslova Z.A., Silidi I.Yu., Smirnova V.I., Sochkova L.V., Chentsov D.V., R.F. Shavaliev. New organizational approaches to providing medical and sanitary care to the children’s population. Saint Petersburg: Saint Petersburg State Pediatric Medical University; 2020. (In Russian).

Оригинальная статья

УДК 614.2
https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.50.39.003

Клинико-статистическая характеристика пациентов отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных перинатального центра

Дмитрий Олегович Иванов, Юрий Станиславович Александрович, Анна Николаевна Тайц, Карина Евгеньевна Моисеева, Анна Алексеевна Заступова, Анна Сергеевна Колотова, Шалва Демнаевич Харбедия, Елена Николаевна Березкина, Денис Владимирович Заславский, Игорь Александрович Божков, Татьяна Андреевна Пантюшина, Екатерина Алексеевна Позднякова

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2, Российская Федерация

Контактная информация: Карина Евгеньевна Моисеева — д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения. E-mail: karina-moiseeva@yandex.ru; https://orcid.org/0000-0002-3476-5971; SPIN: 9105-6669

Для цитирования: Иванов Д.О., Александрович Ю.С., Тайц А.Н., Моисеева К.Е., Заступова А.А., Колотова А.С., Харбедия Ш.Д., Березкина Е.Н., Заславский Д.В., Божков И.А., Пантюшина Т.А., Позднякова Е.А. Клинико-статистическая характеристика пациентов отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных перинатального центра. *Медицина и организация здравоохранения*. 2025;10(3):35–47. https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.50.39.003.

Поступила: 25.08.2025 ***Одобрена: 30.09.2025*** ***Принята к печати: 28.11.2025***

РЕЗЮМЕ. В рамках трехуровневой системы здравоохранения ключевую роль в оказании неотложной помощи детям играют отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) перинатальных центров. С целью оценки клинико-статистической характеристики пациентов, госпитализированных в ОРИТН федерального перинатального центра, проведена выкопировка данных из медицинской документации на 102 новорожденных. Установлено, что 66,3% пациентов, госпитализированных в ОРИТН, были жителями регионов. Поступили в отделение по внутренней маршрутизации 58,9% новорожденных. Бóльшая часть детей при рождении находилась в тяжелом состоянии (65,7%), а 13,7% — в крайне тяжелом. Родились преждевременно 52,0% пациентов, имели низкую массу тела (<2500 г) и низкий рост 52,9 и 38,2% соответственно. Средний показатель количества заболеваний на одного пациента ОРИТН составил 5,76±0,55 случаев, среди которых преобладала перинатальная патология и врожденные пороки развития. В структуре основных диагнозов при поступлении лидирующую позицию занимали врожденные пороки развития (43,1%), а доминирующей сопутствующей патологией были отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (45,7%). Наиболее распространенными осложнениями, встречающимися у бóльшей части пациентов (69,9%), были перинатальная патология (46,6%), болезни системы кровообращения (16,3%) и органов дыхания (12,2%). Средняя продолжительность лечения в ОРИТН составила 19,29±2,72 дня. Бóльшая часть детей (72,5%) успешно переведены в профильные отделения после стабилизации их состояния. Необходимость реанимационной помощи увеличивается с уменьшением массы тела, роста и гестационного возраста новорожденных. Таким образом, проведенное исследование показало, что основной контингент пациентов ОРИТН составляют тяжелобольные недоношенные дети из регионов, страдающие перинатальной патологией и врожденными заболеваниями, требующие длительной реабилитации и активной реанимационной поддержки.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: новорожденные, отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных, перинатальный центр, масса тела при рождении, длина тела при рождении, гестационный возраст при рождении, продолжительность госпитализации

© Коллектив авторов, 2025

Original papers

https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.50.39.003

Clinical and statistical characteristics of patients in the neonatal intensive care unit of the perinatal center

Dmitry O. Ivanov, Yuri S. Aleksandrovich, Anna N. Taits, Karina E. Moiseeva, Anna A. Zastupova, Anna S. Kolotova, Shalva D. Kharbediya, Elena N. Berezkina, Denis V. Zaslavsky, Igor A. Bozhkov, Tatiana A. Pantyushina, Ekaterina A. Pozdnyakova

Saint Petersburg State Pediatric Medical University, 2 Litovskaya str., Saint Petersburg, 194100, Russian Federation

Contact information: Karina E. Moiseeva — Dr. Sci. (Med.), Professor, Department of Public Health and Health Care. E-mail: karina-moiseeva@yandex.ru; https://orcid.org/0000-0002-3476-5971; SPIN: 9105-6669

For citation: Ivanov D.O., Aleksandrovich Yu.S., Taits A.N., Moiseeva K.E., Zastupova A.A., Kolotova A.S., Kharbediya Sh.D., Berezkina E.N., Zaslavsky D.V., Bozhkov I.A., Pantyushina T.A., Pozdnyakova E.A. Clinical and statistical characteristics of patients in the neonatal intensive care unit of the perinatal center. *Medicine and Health Care Organization*. 2025;10(3):35–47. https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.50.39.003.

Received: 25.08.2025 ***Revised: 30.09.2025*** ***Accepted: 28.11.2025***

ABSTRACT. Within the three-tier healthcare system, the neonatal intensive care units (NICUs) of perinatal centers play a key role in providing emergency care to children. To assess the clinical and statistical characteristics of patients hospitalized in the NICUs of the federal perinatal center, data was extracted from the medical records of 102 newborns. It was found that 66.3% of patients admitted to the NICU were residents of the state regions. Internal routing accounted for 58.9% of newborn admissions. Most children were reported being in critical condition at birth (65.7%), while 13.7% were in extremely critical condition. Premature birth occurred in 52.0% cases, born with low birth weight (<2500 g) affecting 52.9%, and short stature occurring in 38.2%. On average, each patient had 5.76±0.55 diagnoses, predominantly consisting of perinatal pathology and congenital malformations. Among primary diagnoses upon admission, congenital malformations led with 43.1%, followed by specific conditions arising during the perinatal period as the most common comorbidity (45.7%). Common complications included perinatal pathology (46.6%), cardiovascular diseases (16.3%), and respiratory disorders (12.2%), which affected most patients (69.9%). The mean duration of treatment in the NICU was 19.29±2.72 days. Most infants (72.5%) were successfully transferred to specialized departments after stabilization. The need of reanimation support increases with decreasing of body mass, height, and gestational age of newborns. Thus, this study demonstrated that the main cohort of NICU patients consists of severely ill premature babies from regional areas suffering from perinatal pathologies and congenital diseases requiring prolonged rehabilitation and active resuscitation measures.

KEYWORDS: neonates, neonatal intensive care unit, perinatal center, body mass at birth, body length at birth, gestational age at birth, duration of hospitalization

© 2025 by the authors

ВВЕДЕНИЕ

В условиях депопуляции населения, которая наблюдается в последние годы в Российской Федерации, снижение смертности, особенно среди детского населения, становится приоритетной задачей, которая способствует укреплению экономики страны и обеспечению безопасности нации [1]. Современное детское здравоохранение сталкивается с новыми вызовами, связанными с изменением структуры заболеваемости, ростом перинатальной патологии и увеличением выявляемости пороков развития. Согласно имеющимся исследованиям, недиагностированные в раннем возрасте врожденные заболевания и аномалии развития в старшем возрасте приводят к серьезным последствиям для здоровья. Соответственно, ранняя диагностика и своевременно начатое лечение заболеваний значительно увеличивают вероятность предотвращения серьезных осложнений и часто обеспечивают благоприятный исход для здоровья и жизни ребенка [2]. Следует отметить, что инвестиции в здравоохранение новорожденных способствуют сокращению расходов на медицинскую помощь взрослым, увеличивают продолжительность жизни и трудоспособности населения, тем самым обеспечивая благополучие будущих поколений и укрепление экономической стабильности государства [3].

Введение трехуровневой системы оказания акушерской и перинатальной помощи позволило существенно улучшить уровень и доступность медицинского обслуживания для женщин во время беременности, родов и в послеродовом периоде, а также для новорожденных детей [4, 5]. Тем не менее при значительном снижении младенческой смертности, как в целом, так и в разные периоды первого года жизни, ее показатели в различных регионах Российской Федерации имеют высокую вариабельность [6–8]. Несмотря на достижения современной медицины, 4,5–5,5% детей рождаются преждевременно. Кроме того, у значительной части новорожденных сразу после рождения выявляется тяжелая патология, требующая немедленного вмешательства врачей-неонатологов и реаниматологов [9].

Оказание реанимационной помощи новорожденным основывается на принципе постоянной готовности медицинского персонала учреждений родовспоможения к проведению интенсивной терапии [10]. Медицинские организации акушерского профиля должны быть оборудованы необходимыми средствами диагностики, медикаментозными препаратами и материалами, обеспечивающими эффективное оказание реанимационной помощи новорожденным [11]. В рамках трехуровневой системы здравоохранения ключевую роль в оказании неотложной помощи детям играют отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) перинатальных центров [12, 13]. Эффективность оказания реанимационной помощи определяется не только уровнем технической оснащенности отделений, квалификацией сотрудников и системой маршрутизации, но и тяжестью состояния поступающих пациентов [14, 15]. Таким образом, изучение клинико-статистической характеристики контингента новорожденных, находящихся в ОРИТН, представляет собой важную тему для научных исследований.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования — провести оценку клинико-статистических характеристик пациентов ОРИТН федерального перинатального центра.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе перинатального центра Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации была проведена выкопировка данных из медицинской документации (форма № 003/у) на 102 пациентов ОРИТН, госпитализированных в период с сентября 2023 по июнь 2024 г. Исследование проводилось методом основного массива, все матери пациентов ОРИТН подписывали добровольное информированное согласие на участие в нем.

Данные описательной статистики в исследовании представлены в виде количественных значений, экстенсивных и интенсивных показателей, среднего арифметического значения (M), стандартной ошибки среднего арифметического (m) и среднего стандартного отклонения (SD). Для проверки нормальности распределения был использован критерий Шапиро–Уилка. Оценка характера распределения первичных данных показала, что оно не соответствует нормальному распределению, поэтому использовали U-критерий Манна–Уитни.

В ходе исследования были рассчитаны коэффициенты корреляции Спирмена (ρ) между показателями тяжести состояния ребенка при рождении (установлена на основании записей

врачей) и такими показателями, как масса и длина тела при рождении, гестационный возраст, а также длительность госпитализации. При корреляционном анализе применялось следующее шкалирование: крайне тяжелое состояние — 1 балл; тяжелое — 2 балла; средней тяжести — 3 балла; удовлетворительное — 4 балла. Кроме того, был проведен корреляционный анализ на наличие связи между гестационным возрастом ребенка и длительностью госпитализации.

Обработка и анализ полученных результатов осуществлялись с помощью пакета прикладных программ MS Office-2019 (Word, Excel) и STATISTICA 10.0 (StatSoft). Уровень значимости был установлен как $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Организация медицинской помощи в ОРИТН перинатального центра СПбГПМУ предполагает комплексное сочетание диагностических, терапевтических и реабилитационных мероприятий, обеспечивающих высокий уровень качества оказываемой помощи новорожденным детям. Отделение оснащено современным оборудованием, позволяющим проводить мониторинг жизненно важных функций пациента (дыхание, кровообращение, центральная нервная система (ЦНС)), обеспечивать респираторную поддержку, инфузионную терапию, проводить анестезию и/или аналгезию и седацию.

Установлено, что большинство пациентов ОРИТН составили мальчики (67,6%), девочек было 32,4%. Проведенная оценка распределения пациентов в зависимости от места жительства выявила, что доля пациентов из различных регионов Российской Федерации составила 66,3%, в том числе 35,9% — из Северо-Западного федерального округа (СЗФО). Удельный вес детей из Санкт-Петербурга составил 33,7%.

Установлено, что 58,9% детей, госпитализированных в ОРИТН, поступили по внутренней маршрутизации из отделений перинатального центра СПбГПМУ. Соответственно, по внешней маршрутизации поступили 41,1% пациентов, из которых 19,6% — из регионов СЗФО и 21,5% — из субъектов, входящих в состав других федеральных округов.

Оценка контингента пациентов ОРИТН показала, что у большинства детей при рождении состояние было оценено как тяжелое (65,7%), а у 13,7% новорожденных оно оценивалось как крайне тяжелое. Еще 7,8% новорожденных находились в состоянии средней степени тяжести, а у 12,7% новорожденных состояние было оценено как удовлетворительное.

Менее половины новорожденных, госпитализированных в ОРИТН, родились в результате срочных родов на сроке 37–42 недели (48,0%), 52,0% детей родились в результате преждевременных родов, включая очень ранние преждевременные роды (22–27-я неделя — 8,8%), ранние преждевременные роды (28–30-я неделя — 7,8%), преждевременные роды (31–33-я неделя — 10,8%) и поздние преждевременные роды (34–36-я неделя — 24,5%). Распределение новорожденных, госпитализированных в ОРИТН, по гестационному возрасту представлено на рисунке 1.

Анализ антропометрических показателей новорожденных, госпитализированных в ОРИТН при рождении, выявил, что около половины из них имели нормальную массу тела при рождении (47,1%). Низкую массу тела при рождении (НМТ) имели 35,3% новорожденных, очень низкую массу тела (ОНМТ) и экстремально низкую массу тела (ЭНМТ) имели 7,8 и 9,8% новорожденных соответственно. Оценка распределения детей по длине тела при рождении выявила, что среднюю длину (46–56 см) имели 61,8% пациентов ОРИТН. Соответственно, низкая длина тела была у 38,2% детей. Распределение новорожденных, госпитализированных в ОРИТН, по массе и длине тела при рождении представлено на рисунках 2 и 3.

Анализ медицинской документации выявил, что в среднем на одного пациента ОРИТН приходилось 5,76±0,55 заболеваний. Наибольшее распространение получили отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (далее — перинатальные состояния), частота которых была 2500 случаев заболеваний на 1000 госпитализированных в ОРИТН детей (табл. 1). В структуре заболеваемости перинатальные состояния составили 43,4%. На втором месте находились заболевания, входящие в XVII класс болезней: Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (ВПР). Их частота была 1186,27 случаев на 1000 пациентов, а доля в структуре заболеваемости составила 20,6%. Третье место заняли болезни системы кровообращения с частотой 401,96‰ и удельным весом 7,0%. С небольшим отрывом шли болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, частота которых была 372,55‰, а доля в структуре патологии составила 6,5%. Таким образом, в среднем на одного пациента ОРИТН приходилось 2,50±0,76 случая перинатальной патологии и 1,19±0,93 случая ВПР.

Детализация заболеваемости пациентов ОРИТН выявила (табл. 2), что в 43,1% случаев

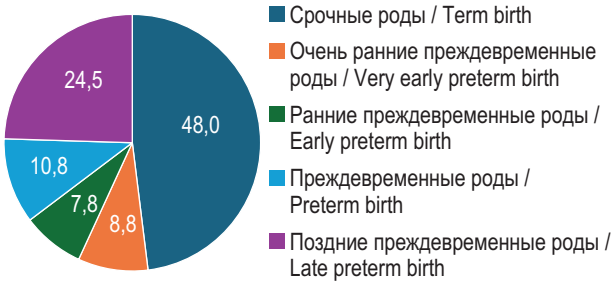


Рис. 1. Распределение новорожденных, госпитализированных в отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных, по гестационному возрасту (в % к итогу)

Fig. 1. Distribution of newborns hospitalized in the neonatal intensive care units by gestational age (in % of the total)

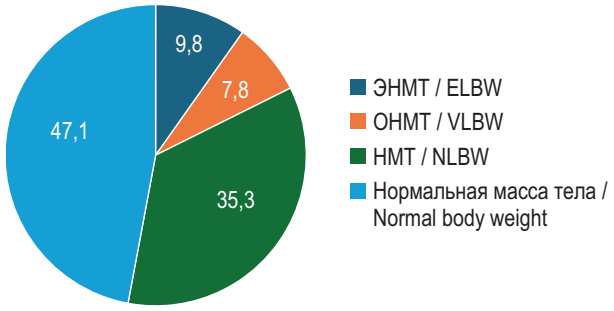


Рис. 2. Распределение новорожденных, госпитализированных в отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных, по массе тела при рождении (в % к итогу). ЭНМТ — экстремально низкая масса тела; ОНМТ — очень низкая масса тела; НМТ — низкая масса тела

Fig. 2. Distribution of newborns hospitalized in the neonatal intensive care units by birth weight (in % of the total). ELBW — extremely low body weight; VLBW — very low body weight; LBW — low body weight

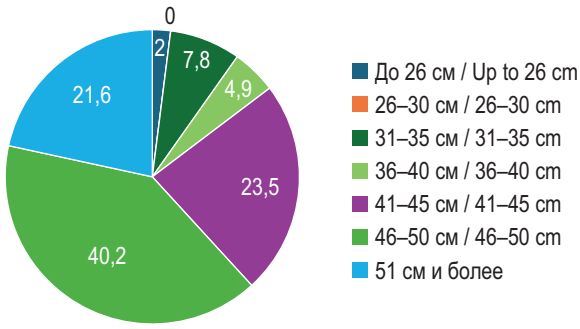


Рис. 3. Распределение новорожденных, госпитализированных в отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных, по длине тела при рождении (в % к итогу)

Fig. 3. Distribution of newborns hospitalized in the neonatal intensive care units by body length at birth (in % of the total)

основным диагнозом являлись ВПР. У 32,4% детей основным диагнозом были отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде. Среди ВПР наиболее распространенными основными диагнозами были пороки развития костно-мышечной системы (Q79) и системы кровообращения (Q28), доля которых составила 10,8 и 4,9% соответственно. Среди перинатальной патологии наибольший вклад в структуру основных диагнозов внесли дыхательные расстройства у новорожденного (дистресс) (P22), а также расстройства, связанные с укорочением срока беременности и малой массой тела при рождении (P07), с удельным весом 7,8 и 6,9% соответственно.

Проведенный анализ наличия у новорожденных, госпитализированных в ОРИТН, сопутствующих заболеваний показал, что они имелись у 96,1% пациентов. Наиболее часто сопутствующими диагнозами, помимо основного, были заболевания перинатального периода (45,7%) и ВПР (20,1%). Кроме того, имели место сочетания различных классов болезней и нозологических форм заболеваний. Выявлено, что среди перинатальной патологии наиболее значительный вклад внесли расстройства, связанные с укорочением срока беременности и малой массой тела при рождении (P07), доля которых была 4,4%; асфиксия при родах (P21) — 3,8%, а также перинатальные гематологические нарушения (P61) и нарушения церебрального статуса у новорожденных (P91) — по 3,5%. В структуре сопутствующей патологии доля некоторых инфекционных и паразитарных болезней составила 4,1%, из них 3,5% приходилось на бактериальную инфекцию неуточненной локализации (A49).

Оценка осложнений основного и сопутствующего заболеваний у пациентов ОРИТН выявила, что они имели место у 69,9% детей. Наиболее часто встречающимися осложнениями были отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (46,6%). На втором ранговом месте были болезни системы кровообращения (16,3%), на третьем — болезни органов дыхания (12,2%). Среди перинатальных состояний наиболее распространенными осложнениями были респираторные нарушения (P28) — 34,7%. Среди болезней системы кровообращения чаще всего встречались патологические процессы, входящие в рубрику МКБ-10 «Другие формы легочно-сердечной недостаточности» (I27), удельный вес которых был 12,2%.

У 47,1% пациентов ОРИТН имелась комбинация из рубрик «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде» (P00–P96)

Таблица 1

Структура и распространенность заболеваний у детей, госпитализированных в ОРИТН
(в % к итогу и на 1000 госпитализированных детей)

Table 1

Structure and prevalence of diseases in children hospitalized in the intensive care unit
(in % of the total and per 1000 hospitalized children)

Класс МКБ-10 / ICD-10 class	**Название класса болезней МКБ-10 / Name of the class of diseases ICD-10**	**В % / In %**	**На 1000 детей / Per 1000 children**
(A00–B99)	I Некоторые инфекционные и паразитарные болезни / Certain infectious and parasitic diseases	2,6	147,06
(C00–D48)	II Новообразования / Neoplasms	0,3	19,61
(D50–D89)	III Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм / Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism	6,5	372,55
(E00–E90)	IV Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ / Endocrine, nutritional and metabolic diseases	0,9	49,02
(G00–G99)	VI Болезни нервной системы / Diseases of the nervous system	4,6	264,71
(H00–H59)	VII Болезни глаза и его придаточного аппарата / Diseases of the eye and adnexa	1,5	88,24
(I00–I99)	IX Болезни системы кровообращения / Diseases of the circulatory system	7,0	401,96
(J00–J99)	X Болезни органов дыхания / Diseases of the respiratory system	4,3	245,10
(K00–K93)	XI Болезни органов пищеварения / Diseases of the digestive system	3,1	176,47
(M00–M99)	XIII Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани / Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	0,7	39,22
(N00–N99)	XIV Болезни мочеполовой системы / Diseases of the genitourinary system	1,7	98,04
(P00–P96)	XVI Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде / Certain conditions originating in the perinatal period	43,4	2500,00
(Q00–Q99)	XVII Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения / Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	20,6	1186,27
(R00–R99)	XVIII Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках / Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	0,5	29,41
(S00–T98)	XIX Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин / Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	0,5	29,41
(Z00-Z99)	XXI Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения / Factors influencing health status and contact with health services	2,0	117,65
	Итого / Total	100,0	5764,71

и «ВПР» (Q00–Q99), которые встречались среди основного и сопутствующего диагнозов. У 92,2% детей были заболевания, входящие в класс «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде», а у 71,2% — «ВПР». Таким образом, перинатальная патология не была выявлена только у 7,8% пациентов, а ВПР — у 28,8%.

Анализ продолжительности госпитализации новорожденных в ОРИТН продемонстрировал, что большинство пациентов провели в отделении 4–14 дней (53,0%) (рис. 4). Еще 11,8%

Таблица 2

Структура основных, сопутствующих диагнозов и осложнений у детей, госпитализированных в ОРИТН (в % к итогу)

Table 2

Structure of primary, concomitant diagnoses and complications in children hospitalized in the NICU (in % of the total)

Класс МКБ-10 / ICD-10 class	**Название класса болезней МКБ-10 / Name of the class of diseases ICD-10**	**Основной диагноз / Main diagnosis**	**Сопутствующий диагноз / Associated diagnosis**	**Осложнение / Complication**
(A00–B99)	I Некоторые инфекционные и паразитарные болезни / Certain infectious and parasitic diseases	1,0	4,1	0,0
(C00–D48)	II Новообразования / Neoplasms	0,0	0,6	0,0
(D50–D89)	III Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм / Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism	3,9	8,0	4,8
(E00–E90)	IV Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ / Endocrine, nutritional and metabolic diseases	2,0	0,9	0,0
(G00–G99)	VI Болезни нервной системы / Diseases of the nervous system	5,9	4,7	3,4
(H00–H59)	VII Болезни глаза и его придаточного аппарата / Diseases of the eye and adnexa	0,0	2,7	0,0
(I00–I99)	IX Болезни системы кровообращения / Diseases of the circulatory system	4,9	3,5	16,3
(J00–J99)	X Болезни органов дыхания / Diseases of the respiratory system	0,0	2,1	12,2
(K00–K93)	XI Болезни органов пищеварения / Diseases of the digestive system	4,9	2,1	4,1
(M00–M99)	XIII Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани / Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	0,0	0,6	1,4
(N00–N99)	XIV Болезни мочеполовой системы / Diseases of the genitourinary system	0,0	0,6	5,4
(P00–P96)	XVI Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде / Certain conditions originating in the perinatal period	32,4	45,7	45,6
(Q00–Q99)	XVII Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения / Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	43,1	20,1	6,1
(R00–R99)	XVIII Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках / Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	1,0	0,3	0,7
(S00–T98)	XIX Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин / Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	0,0	0,9	0,0
(Z00–Z99)	XXI Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения / Factors influencing health status and contact with health services	1,0	3,2	0,0
	Итого / Total	100,0	100,0	100,0

детей находились в ОРИТН 30–59 дней. Кроме того, 10,8% новорожденных провели в ОРИТН до трех дней включительно, и у такого же удельного веса пациентов госпитализация продолжалась 15–19 дней. Установлено, что средний срок госпитализации составил 19,29±2,72 дня. Столь длительные средние сроки лечения детей в ОРИТН связаны, прежде всего, с тем,

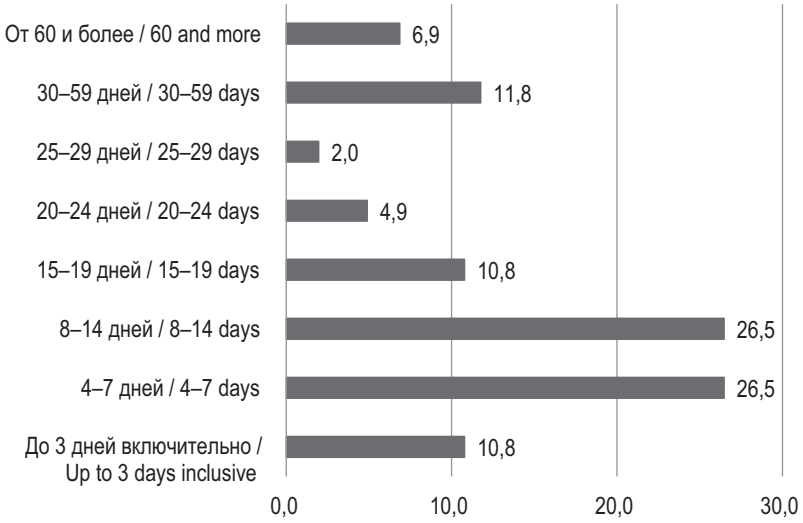


Рис. 4. Распределение новорожденных, госпитализированных в отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных, по срокам госпитализации в отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных (в % к итогу)

Fig. 4. Distribution of newborns hospitalized in the neonatal intensive care units by duration of hospitalization in the neonatal intensive care units (in % of the total)

что 6,9% пациентов нуждались в интенсивной терапии более 60 дней, так как их состояние было крайне тяжелым. Причиной длительных сроков госпитализации являлось крайне тяжелое состояние ребенка.

Минимальные сроки госпитализации были у детей, родившихся с 31-ю по 42-ю неделю беременности (рис. 5), а максимальные — у пациентов со сроком гестации 28–30 недель. Установлена сильная обратная корреляционная связь (ρ=–0,64; p <0,001) между сроком гестации и длительностью лечения в ОРИТН. Соответственно, наблюдается выраженная тенденция к сокращению длительности госпитализации с увеличением гестационного возраста ребенка, однако следует учитывать влияние на данный показатель и других факторов, таких как тяжесть состояния, наличие сочетанной патологии и т.д.

Оценка исходов госпитализации в ОРИТН выявила, что большинство новорожденных после стабилизации состояния были переведены в профильные отделения перинатального центра для дальнейшего лечения (72,5%). У 12,7% пациентов реанимации после получения необходимой медицинской помощи состояние не изменилось, а у 3,9% детей отмечены улучшения. В другие медицинские организации были переведены 2,9% детей. У 7,8% пациентов ОРИТН госпитализация завершилась летальным исходом.

В ходе исследования были проанализированы показатели физического развития и сроки госпитализации у новорожденных с учетом их состояния при рождении (табл. 3). Установлено, что наиболее низкие показатели физического развития были у детей в крайне тяжелом состоянии, и они увеличивались по мере улучшения состояния ребенка, а наиболее высокие показатели отмечались у детей, родившихся в удовлетворительном состоянии. Попарное сравнение групп с различной степенью тяжести состояния при рождении с использованием непараметрического U-критерия Манна–Уитни выявило статистически значимые различия (p <0,05) по всем изучаемым показателям (гестационный возраст, масса тела, длина тела, продолжительность госпитализации) между группой детей в крайне тяжелом состоянии и всеми другими группами. Наибольшие различия наблюдались между группой с крайне тяжелым состоянием и группой с удовлетворительным состоянием. Между группами новорожденных в тяжелом состоянии и в состоянии средней тяжести, а также между группами детей в состоянии средней тяжести и в удовлетворительном состоянии по некоторым показателям (продолжительность госпитализации) статистически значимых различий выявлено не было (p >0,05).

Проведенный корреляционный анализ подтвердил данное утверждение. Выявлено наличие прямой сильной корреляционной связи между состоянием ребенка при рождении и его гестационным возрастом (ρ=0,66; p <0,001), массой тела (ρ=0,68; p <0,001) и длиной тела (ρ=0,70; p <0,001). Соответственно, необходимость в проведении реанимационных мероприятий при

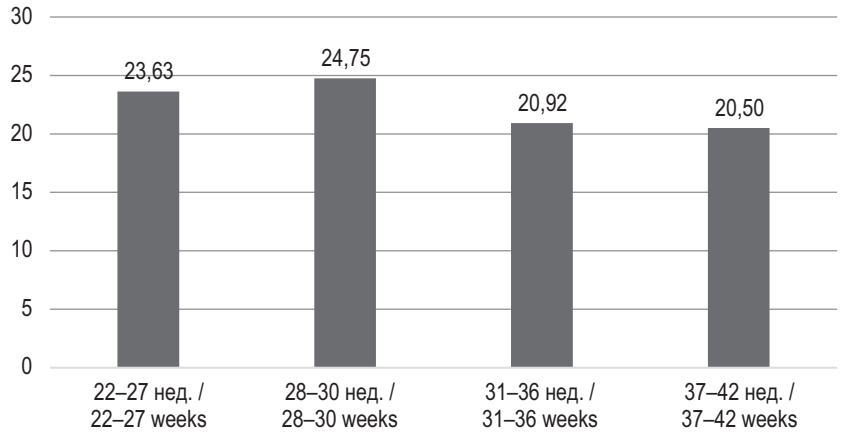


Рис. 5. Продолжительность госпитализации у новорожденных, госпитализированных в отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных, в зависимости от их гестационного возраста (M)

Fig. 5. Duration of hospitalization in newborns hospitalized in the neonatal intensive care units, depending on their gestational age (M)

Таблица 3

Показатели физического развития и продолжительности госпитализации у новорожденных, госпитализированных в ОРИТН, в зависимости от степени тяжести их состояния при рождении (M±m)

Table 3

Indicators of physical development and duration of hospitalization in newborns hospitalized in the NICU, depending on the severity of their condition at birth (M±m)

Показатель / Index	**Крайне тяжелое / Extremely severe**	**Тяжелое / Severe**	**Средней тяжести / Moderate**	**Удовлетвори-тельное / Satisfactory**	**p***
	группа 1	**группа 2**	**группа 3**	**группа 4**	
Гестационный возраст (нед.) / Gestational age (weeks)					
M±m	32,07±1,28	35,12±0,48	36,88±0,97	37,46±0,48	$p_{1,2}$<0,001; $p_{1,3}$<0,001; $p_{1,4}$<0,001; $p_{2,3}$<0,05; $p_{2,4}$<0,05; $p_{3,4}$>0,05
SD	4,95	3,87	2,75	1,71	
Min / Max	24 /39	25 / 41	32 / 40	35 /41	
Масса тела при рождении (г) / Birth weight (g)					
M±m	1924,67±279,72	2524,11±121,35	2698,00±335,37	3191,54±153,82	$p_{1,2}$<0,01; $p_{1,3}$<0,05; $p_{1,4}$<0,001; $p_{2,3}$>0,05; $p_{2,4}$<0,001; $p_{3,4}$<0,05
SD	1083,36	985,85	948,56	554,61	
Min / Max	650 / 3700	800 / 5000	1620 / 3930	2330 / 4040	
Длина тела при рождении (см) / Birth length (cm)					
M±m	40,53±2,58	45,88±0,68	48,00±1,75	50,77±0,83	$p_{1,2}$<0,001; $p_{1,3}$<0,001; $p_{1,4}$<0,001; $p_{2,3}$<0,05; $p_{2,4}$<0,001; $p_{3,4}$<0,05
SD	9,98	5,50	4,96	3,00	
Min / Max	21 / 55	31 / 55	42 / 55	45 / 56	
Продолжительность госпитализации в ОРИТН (дней) / Length of stay in the NICU (days)					
M±m	36,87±10,59	17,52±2,95	18,00±1,75	15,38±8,81	$p_{1,2}$<0,001; $p_{1,3}$<0,01; $p_{1,4}$<0,001; $p_{2,3}$>0,05; $p_{2,4}$>0,05; $p_{3,4}$>0,05
SD	41,03	23,99	20,96	31,77	
Min / Max	2 / 129	2 / 150	12 / 55	2 / 120	

* p — статистически значимые различия между группами. / p — statistically significant differences between groups.

Таблица 4

Результаты расчета корреляции Спирмена (ρ)

Table 4

Results of Spearman correlation (ρ) calculation

Параметр для сравнения / Parameter for comparison	**Коэффициент Спирмена (ρ) / Spearman's coefficient**	**p**	**Характеристика силы связи / Strength of correlation**
Гестационный возраст (Gestational age) / Тяжесть состояния (Severity of condition)	0,66	<0,001	сильная прямая связь / strong direct connection
Масса тела (Body weight) / Тяжесть состояния (Severity of condition)	0,68	<0,001	сильная прямая связь / strong direct connection
Длина тела (Body length) / Тяжесть состояния (Severity of condition)	0,70	<0,001	сильная прямая связь / strong direct connection
Продолжительность госпитализации (Duration of hospitalization) / Тяжесть состояния (Severity of condition)	–0,51	<0,001	умеренная обратная связь / moderate feedback

рождении тем выше, чем ниже масса, длина тела новорожденных и их гестационный возраст (табл. 4).

Оценка продолжительности госпитализации ребенка в ОРИТН показала, что наибольшие сроки пребывания были у детей, которые родились в крайне тяжелом состоянии, а наименьшие — в удовлетворительном (36,87 против 15,38 дней). Установлено, что между состоянием ребенка при рождении и продолжительностью его госпитализации имелась обратная умеренная корреляционная связь (ρ=–0,51). Следовательно, чем хуже состояние ребенка при рождении (меньше балл), тем дольше продолжительность его госпитализации. И наоборот, новорожденные, родившиеся в удовлетворительном состоянии, проводят в стационаре меньше времени.

Соответственно, полученные данные подтверждают, что тяжесть состояния при рождении тесно связана с показателями физического развития и определяет продолжительность необходимого лечения в условиях ОРИТН. Проведенное исследование продемонстрировало, что на оказание медицинской помощи в ОРИТН наиболее существенно влияли: значительная доля глубоко недоношенных детей и пациентов в крайне тяжелом состоянии; длительные сроки пребывания в ОРИТН и неблагоприятные исходы. Полученные результаты позволяют определить дальнейшие направления, которые могут способствовать улучшению оказания медицинской помощи в ОРИТН перинатального центра:

- повышение контроля за деятельностью женских консультаций по раннему выявлению перинатальной патологии и пороков развития плода и своевременному направлению беременных за специализированной медицинской помощью в акушерские стационары третьего уровня для определения тактики ведения беременности и родовспоможения;
- оптимизация деятельности амбулаторного и стационарного этапов оказания акушерско-гинекологической помощи по пролонгированию беременности с целью снижения частоты преждевременных родов;
- внедрение дистанционных консультаций специалистов для улучшения координации действий между региональными медицинскими организациями и федеральным перинатальным центром;
- оптимизация алгоритмов маршрутизации, особенно для пациентов из отдаленных регионов, для своевременного поступления тяжелых пациентов с целью повышения шансов благоприятного исхода и др.

ВЫВОДЫ

1. Основную часть новорожденных, госпитализированных в ОРИТН федерального перинатального центра, составили региональные пациенты (66,3%), родившиеся в этой организации родовспоможения и поступившие по внутренней маршрутизации (58,9%). Большинство детей находились в тяжелом состоянии (65,7%), значительная доля — в крайне тяжелом (13,7%). При этом преждевременно были рождены 52,0% младенцев, родились с массой тела менее 2500 г — 52,9% детей и имели длину тела ниже средних значений — 38,2% новорожденных.

2. Средний показатель количества заболеваний на одного пациента составлял 5,76±0,55 случаев, и среди заболеваний значительно преобладала перинатальная патология (2500,0‰) и ВПР (1186,27‰). В структуре основных диагнозов при поступлении лидирую-

щую позицию занимали ВПР (43,1%). Вторыми по распространенности были перинатальные состояния (32,4%), среди которых наиболее часто встречающимися являлись дистресс (P22) и задержка роста плода (P07). Сопутствующие диагнозы имели 96,1% детей, а доминирующими сопутствующими патологиями были отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (45,7%), и ВПР (20,1%). Наиболее распространенными осложнениями, встречающимися у большей части пациентов (69,9%), была перинатальная патология (46,6%), болезни системы кровообращения (16,3%) и болезни органов дыхания (12,2%).

3. Средняя длительность лечения в ОРИТН составила 19,29±2,72 дня, что было обусловлено зависимостью срока госпитализации от гестационного возраста и степени тяжести состояния при рождении, которое, в свою очередь, тесно связано с показателями физического развития. Бóльшая часть пациентов ОРИТН (72,5%) были стабилизированы и переведены в профильные отделения для дальнейшего лечения.

Таким образом, перинатальный центр СПбГПМУ в полной мере выполняет функции медицинской организации федерального уровня. Необходимость в проведении реанимационных мероприятий при рождении тем выше, чем ниже масса, длина тела и гестационный возраст новорожденных. Наиболее тяжелые случаи требуют длительного наблюдения и более продолжительных сроков госпитализации. Организация медицинской помощи в ОРИТН СПбГПМУ обеспечивает высокую выживаемость детей и успешность лечения даже в тяжелых случаях. Однако сохраняются значительные риски, особенно для детей с низкой массой тела и гестационным возрастом. Решение выявленных в ходе исследования проблем требует комплексного подхода, включающего организационные меры, профилактическое направление, совершенствование лечебно-реабилитационных мероприятий и усиление кадрового потенциала. Это позволит значительно повысить качество медицинской помощи новорожденным пациентам в ОРИТН перинатального центра СПбГПМУ и сократить количество неблагоприятных исходов.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

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

Информированное согласие на публикацию. Авторы получили письменное согласие законных представителей пациентов на публикацию медицинских данных.

ADDITIONAL INFORMATION

Authors' contribution. 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.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

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

Consent for publication. Written consent was obtained from legal representatives of the patients for publication of relevant medical information within the manuscript.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов Д.О., Моисеева К.Е., Юрьев В.К., Межидов К.С., Шевцова К.Г., Алексеева А.В., Яковлев А.В., Харбедия Ш.Д., Карайланов М.Г., Сергиенко О.И., Заступова А.А. Роль качества диспансерного наблюдения в период беременности в снижении младенческой смертности. *Медицина и организация здравоохранения*. 2023;8(4):4–15. https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.28.69.001.
2. Соколовская Т.А., Ступак В.С. Организация медицинской помощи детям с последствиями перинатальной патологии: проблемы и региональные особенности. *Социальные аспекты здоровья населения* [сетевое издание]. 2023;69(2):5. URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1466/30/lang,ru/. https://doi.org/10.21045/2071-5021-2023-69-2-5.
3. Иванов Д.О., Софронова Л.Н., Павлова С.Е., Либова Т.А., Рухляда Н.Н., Прохорович Т.И., Хавкин А.И. Ранние доношенные: пути снижения заболеваемости и смертности доношенных детей. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2023;22(2):74–85. https://doi.org/10.20953/1726-1678-2023-2-74-85.
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15.11.2012 г. № 921н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “неонатология”». Доступен по: https://base.garant.ru/70293290/?ysclid=mani7t00j7101168806 (дата обращения: 18.08.2025).

5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20.10.2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”». Доступен по: https://base.garant.ru/74840123/?ysclid=mani8rs0pq681129460 (дата обращения: 18.08.2025).
6. Аборин С.В., Печкуров Д.В., Захарова Л.И., Кольцова Н.С. Комплексная характеристика глубоко недоношенных детей на этапе отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных по данным сплошной выборки. *Практическая медицина*. 2017;7(108):119–125.
7. Шестак Е.В., Светлакова Д.В., Ковтун О.П. Наблюдательное исследование по выявлению и анализу случаев, оказывающих негативное влияние на качество медицинской помощи в отделении реанимации новорожденных. *Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского*. 2024;103(1):95–105. https://doi.org/10.24110/0031-403X-2024-103-1-95-105.
8. Третьяков А.П., Фисенко А.П., Саломатов В.А. Оценка организации медицинской помощи новорожденным в перинатальном центре на территориальном/межрайонном уровне. *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. 2023;19(4):43–52. https://doi.org/10.33029/1816-2134-2023-19-4-43-52.
9. Судаков А.Г., Савельева Е.П. Областной перинатальный центр. *Вестник Амурской областной больницы*. 2021;(56):53–55.
10. Ращупкина Г.Г., Жидкова У.Л., Кашкарева С.М. Организация работы отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных и недоношенных детей перинатального центра ГБУЗ СОКБ им. В.Д. Середавина. *Медсестра*. 2023;(2):8–16. https://doi.org/10.33920/med-05-2302-01.
11. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 4.03.2020 г. № 15-4/И/2-2570 «О направлении методического письма «“Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале”». Доступен по: https://base.garant.ru/400742795/ (дата обращения: 18.08.2025).
12. Ашерова-Юшкова Д.В., Ковалева М.А., Чапарова Т.В., Шмелева А.А., Городова Е.В., Лященко А.Ю., Баданина Ю.С., Протасова М.О., Пелевина А.А., Кочешков С.Н. Возможности уменьшения летальности в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных. *Педиатр*. 2016;7(2):40–46. https://doi.org/10.17816/PED7240-46.
13. Белоусова А.В., Андрюшина И.В., Быкадорова О.Л., Гринберг И.Г., Горбатых Т.А. Особенности «поздних» недоношенных детей, родившихся в условиях регионального (областного) перинатального центра. *Сибирский научный медицинский журнал*. 2020;40(1):124–130. https://doi.org/10.15372/SSMJ20200117.
14. Иванова И.В., Щербакова В.П., Мозжухина Л.И., Ермолина Е.А. Оценка эффективности комплексных реабилитационных мероприятий у детей, рожденных с экстремально низкой массой тела, к возрасту трех лет. *Вестник ИвГМА*. 2023;28(3):18–22. https://doi.org/10.52246/1606-8157_2023_28_3_18.
15. Моисеева К.Е., Глущенко В.А., Алексеева А.В., Харбедия Ш.Д., Березкина Е.Н., Левадневa М.И., Данилова В.В., Хведелидзе М.Г., Симонова О.В. Современное состояние и основные организационные проблемы медицинской помощи новорожденным. *Медицина и организация здравоохранения*. 2023;8(1):116–128. https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.36.58.010.

REFERENCES

1. Ivanov D.O., Moiseeva K.E., Yuryev V.K., Mezhidov K.S., Shevtsova K.G., Alekseeva A.V., Yakovlev A.V., Kharbediya Sh.D., Karailanov M.G., Sergienko O.I., Zastupova A.A. Importance of the quality of dispensary observation during pregnancy for reducing infant mortality. *Medicine and Health Care Organization*. 2023;8(4):4–15. (In Russian). https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.28.69.001.
2. Sokolovskaya T.A., Stupak V.S. Organization of medical care for children with consequences of perinatal pathology: problems and regional characteristics. *Social aspects of population health* [serial online]. 2023;69(2):5. (In Russian). URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1466/30/lang,ru/. https://doi.org/10.21045/2071-5021-2023-69-2-5.
3. Ivanov D.O., Sofronova L.N., Pavlova S.E., Libova T.A., Rukhlyada N.N., Prokhorovich T.I., Khavkin A.I. Early-term infants: ways to reduce morbidity and mortality in full-term infants. *Gynecology, Obstetrics and Perinatology*. 2023;22(2):74–85. (In Russian). https://doi.org/10.20953/1726-1678-2023-2-74-85.
4. Prikaz Ministerstva zdravoohranenija RF ot 15.11.2012 g. N 921n “Ob utverzhdenii Porjadka okazanija medicinskoj pomoshhi po profilju «neonatologija»”. Available at: https://base.garant.ru/70293290/?ysclid=mani7t00j7101168806 (accessed: 18.08.2025). (In Russian).
5. Prikaz Ministerstva zdravoohranenija RF ot 20.10.2020 g. N 1130n “Ob utverzhdenii Porjadka okazanija medicinskoj pomoshhi po profilju «akusherstvo i ginekologija»”. Available at https://base.garant.ru/74840123/?ysclid=mani8rs0pq681129460 (accessed: 18.08.2025). (In Russian).
6. Aborin S.V., Pechkurov D.V., Zakharova L.I., Koltsova N.S. Complex evaluation of the health status of small premature infants in neonatal intensive care unit. *Practical Medicine*. 2017;7(108):119–125. (In Russian).
7. Shestak E.V., Svetlakova D.V., Kovtun O.P. Identifying and analyzing cases with negative impact on the quality of intensive care in the neonatal ICU. *Pediatria n.a. G.N. Speransky*. 2024;103(1):95–105. (In Russian). https://doi.org/10.24110/0031-403X-2024-103-1-95-105.

8. Tretyakov A.P., Fisenko A.P., Salomatov V.A. Assessment of the organization of medical care for newborns in the perinatal center at the territorial/interdistrict level. *Pediatric and Adolescent Reproductive Health*. 2023;19(4):43–52. (In Russian). https://doi.org/10.33029/1816-2134-2023-19-4-43-52.
9. Sudakov A.G., Savelyeva E.P. Regional perinatal center. *Bulletin of the Amur Regional Hospital*. 2021;(56):53–55. (In Russian).
10. Rashchupkina G.G., Zhidkova U.L., Kashkareva S.M. Organization of the work of the department of reanimation and intensive therapies for newborn and premature children perinatal center GBUZ SOKB im. V.D. Seredavina. *Nurse*. 2023;2:8–16. (In Russian). https://doi.org/10.33920/med-05-2302-01.
11. Pis'mo Ministerstva zdravoohranenija RF ot 04.03.2020 g. N 15-4/I/2-2570 "O napravlenii metodicheskogo pis'ma «Reanimacija i stabilizacija sostojanija novorozhdennyh detej v rodil'nom zale»". Available at: https://base.garant.ru/400742795/ (accessed: 18.08.2025). (In Russian).
12. Asherova-Jushkova D.V., Kovaljova M.A., Chaparova T.V., Shmeljova A.A., Gorodova E.V., Ljasthenko A.Y., Badanina Y.S., Protasova M.O., Pelevina A.A., Kocheshkov S.N. The possibility of reducing mortality in the neonatal intensive care unit. *Pediatrician.* 2016;7(2):40–46. (In Russian). https://doi.org/10.17816/PED7240-46.
13. Belousova A.V., Andryushina I.V., Bykadorova O.L., Grinberg I.G., Gorbatykh T.A. Features of late preterm infants in the conditions of the regional perinatal center. *Siberian Scientific Medical Journal*. 2020;40(1):124–130. (In Russian). https://doi.org/10.15372/SSMJ20200117.
14. Ivanova I.V., Shcherbakova V.P., Mozzhukhina L.I., Ermolova E.A. Effectiveness of complex rehabilitative measures in children with extremely low birth weight by the age of three. *Vestnik of the Ivanovo State Medical Academy*. 2023;28(3):18–22. (In Russian). https://doi.org/10.52246/1606-8157_2023_28_3_18.
15. Moiseeva K.E., Glushchenko V.A., Alekseeva A.V., Kharbediya Sh.D., Berezkina E.N., Levadneva M.I., Danilova V.V., Khvedelidze M.G., Simonova O.V. Current status and main organizational problems of medical care for newborns. *Medicine and Health Care Organization*. 2023;8(1):116–128. (In Russian). https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.36.58.010.

Оригинальная статья

УДК [615.036:616-039.71-08]:616-052(476) (075.8)
https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.82.86.004

Оценка динамики объемов оказания медицинской помощи пациентам при обеспечении принудительных мер безопасности и лечения в Республике Беларусь

Александр Валерьевич Ходжаев[1], Ирина Николаевна Мороз[2]

[1] Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 220030, г. Минск, ул. Мясникова, д. 39, Республика Беларусь

[2] Белорусский государственный медицинский университет, 220083, г. Минск, пр. Дзержинского, д. 83, Республика Беларусь

Контактная информация: Ирина Николаевна Мороз — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения. E-mail: moroz_iri@bk.ru; https://orcid.org/0000-0002-7430-3237; SPIN: 2933-9746

Для цитирования: Ходжаев А.В., Мороз И.Н. Оценка динамики объемов оказания медицинской помощи пациентам при обеспечении принудительных мер безопасности и лечения в Республике Беларусь. *Медицина и организация здравоохранения*. 2025;10(3):48–54. https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.82.86.004.

Поступила: 03.09.2025 ***Одобрена: 15.10.2025*** ***Принята к печати: 28.11.2025***

РЕЗЮМЕ. ***Введение.*** Актуальность организации медицинской помощи пациентам при обеспечении принудительных мер безопасности и лечения обусловлена, с одной стороны, необходимостью организации психиатрической помощи для защиты общества от лиц, склонных к совершению общественно опасных деяний, а с другой стороны — обеспечением прав пациентов, их безопасности и возможности быть адаптированным, не потерять последний шанс остаться в привычном микросоциуме. ***Цель исследования*** — провести анализ динамики объемов оказания медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях при реализации принудительных мер безопасности и лечения в Республике Беларусь для обоснования разработки пациент-ориентированной системы ее организации. ***Материалы и методы***. Оценка многолетней тенденции динамики объемов медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях с целью реализации принудительных мер безопасности и лечения проводилась на основе расчета среднегодового многолетнего темпа прироста/убыли. ***Результаты и обсуждение.*** С 2019 по 2023 годы численность пациентов, нуждающихся в медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях при реализации принудительных мер безопасности и лечения, увеличилась на 19,7% (с 2384 до 2853 человек). Тенденция динамики численности пациентов, нуждающихся в медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях при реализации принудительных мер безопасности и лечения, характеризовалась средней степенью выраженности роста, средний многолетний темп прироста составил +4,6%. ***Заключение.*** Анализ динамики объемов оказания медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях при реализации принудительных мер безопасности и лечения в Республике Беларусь свидетельствует об увеличении потребности в данном виде помощи. Организация специализированной помощи в условиях оптимизации здравоохранения требует не только изменения организационных технологий на разных уровнях и условий оказания медицинской помощи, медицинской реабилитации и медицинской профилактики, направленных на обеспечение пациент-ориентированного подхода при ее предоставлении, но и конструктивного взаимодействия системы здравоохранения с правовыми органами (судебными) по вопросу назначения/отмены принудительных мер безопасности и лечения пациентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: медицинская помощь, принудительные меры безопасности и лечения, динамика

© Ходжаев А.В., Мороз И.Н., 2025

Original papers

https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.82.86.004

Dynamics and volume assessment of medical care provided to patients while ensuring forced security measures and treatment in the Republic of Belarus

Alexander V. Hodzhaev[1], Irina N. Moroz[2]

[1] Ministry of Health of the Republic of Belarus, 39 Myasnikova str., Minsk, 220030, Republic of Belarus

[2] Belarusian State Medical University, 83 Dzerzhinsky ave., Minsk, 220083, Republic of Belarus

Contact information: Irina N. Moroz — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Public Health and Healthcare. E-mail: moroz_iri@bk.ru; https://orcid.org/0000-0002-7430-3237; SPIN: 2933-9746

For citation: Hodzhaev A.V., Moroz I.N. Dynamics and volume assessment of medical care provided to patients while ensuring forced security measures and treatment in the Republic of Belarus. *Medicine and Health Care Organization*. 2025;10(3):48–54. https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.82.86.004.

Received: 03.09.2025 ***Revised: 15.10.2025*** ***Accepted: 28.11.2025***

ABSTRACT. ***Introduction.*** The relevance of organizing medical care for patients while ensuring compulsory security measures and treatment is due to on the one hand, the need to organize psychiatric care to protect society from individuals prone to committing socially dangerous acts, and on the other hand, to ensure the rights of patients, their safety and ability to be adapted, not to lose their last chance to remain in the familiar micro-society. ***The aim of the research*** — to analyze the dynamics of the volume of medical care provided in outpatient and inpatient settings in order to implement compulsory safety and treatment measures in the Republic of Belarus to justify the development of a patient-oriented system of its organization. ***Materials and methods***. The assessment of the long-term trend in the dynamics of the volume of medical care in outpatient and inpatient settings for the purpose of implementing enforced safety and treatment measures was carried out on the basis of calculating the average annual long-term growth/reduction rate (the weighted geometric mean of average growth/reduction rates). ***Results and discussion***. From 2019 to 2023, the number of patients requiring medical care in outpatient and inpatient settings for the purpose of implementing compulsory security and treatment measures increased by 19.7% (from 2,384 to 2,853 people). The trend in the dynamics of the number of patients requiring medical care in outpatient and inpatient settings for the purpose of implementing forced security and treatment measures was characterized by an average degree of growth, the average long-term growth rate was +4.6%. ***Conclusion.*** Analysis of the dynamics of the volume of medical care provided in outpatient and inpatient settings for the purpose of implementing compulsory security and treatment measures in the Republic of Belarus indicates an increase in the need for this type of care. The organization of specialized care in the context of optimization of the healthcare system requires not only improving organizational technologies at different levels and conditions of providing medical care, medical rehabilitation and medical prevention, aimed at ensuring a patient-oriented approach in its provision, but also constructive interaction between the healthcare system and legal bodies (judicial) on the issue of appointment/cancellation of compulsory security measures and treatment of patients.

KEYWORDS: medical care, compulsory security and treatment measures, dynamics

© Hodzhaev A.V., Moroz I.N., 2025

ВВЕДЕНИЕ

Стратегическим направлением развития современного общества многих стран является охрана психического здоровья населения, в реализации которой важную роль играет система здравоохранения, обеспечивающая соблюдение интересов личности, прав граждан на получение качественной медицинской помощи и социальной поддержки [1–6].

Современный этап развития психиатрической помощи в Республике Беларусь соответствует мировым тенденциям и направлен на увеличение объема специализированной помощи, оказываемой в амбулаторно-поликлинических условиях, оптимизацию медицинской помощи в стационарных условиях (включающую реструктуризацию коечного фонда психиатрических организаций здравоохранения, внедрение технологий оказания помощи с минимальной изоляцией пациента, развитие отделений дневного пребывания психиатрического профиля), использование биопсихосоциальной модели медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами, основанной на организации работы с пациентами мультидисциплинарных бригад специалистов для оказания комплексных психиатрических, психотерапевтических, психологических и медико-социальных услуг. Особого внимания требует организация медицинской помощи пациентам при обеспечении принудительных мер безопасности и лечения [7, 8].

Актуальность данной проблемы обусловлена, с одной стороны, необходимостью организации психиатрической помощи для защиты общества от лиц, склонных к совершению общественно опасных деяний (ООД), а с другой стороны — обеспечением прав пациентов, их безопасности и возможности быть адаптированными, не потерять последний шанс остаться в привычном микросоциуме.

В Республике Беларусь в 2012 году удельный вес пациентов с принудительным амбулаторным наблюдением и лечением у психиатра составлял 15%, в стационарных условиях — 85%, включая 63% пациентов с принудительным лечением в психиатрической больнице с обычным наблюдением, 13% — с усиленным наблюдением, 9% — со строгим наблюдением [9]. В 2023 году удельный вес пациентов с принудительным амбулаторным наблюдением и лечением составил 39,5%. Увеличение удельного веса пациентов для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях требует внедрения не только новых медицинских технологий диагностики, лечения, реабилитации, но и организационных мероприятий, направленных, с одной стороны, на обеспечение доступной и качественной психиатрической помощи, с другой стороны — на защиту общества от лиц, склонных к совершению общественно опасных деяний.

Немаловажным является и экономическое бремя общества и государства, связанное с расходами на осуществление медицинской помощи пациентам данной категории, а также снижение качества жизни пациентов. Следует отметить, что оказание медицинской помощи пациентам при обеспечении принудительных мер безопасности и лечения требует совершенствования нормативного правового регулирования данного процесса, направленного на соблюдение баланса между безопасностью и гуманностью, интересов общества и прав лиц, нуждающихся в лечении, несмотря на то что ее организация в Республике Беларусь осуществляется в соответствии с принципами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и регламентируется международными и национальными нормативными правовыми актами: законами Республики Беларусь «О здравоохранении», «Об оказании психиатрической помощи», «Об оказании психологической помощи», «Об обращениях граждан и юридических лиц», «О порядке и условиях направления граждан в лечебно-трудовые профилактории и условиях нахождения в них»; «Об изменении законов по вопросам принудительного лечения и медико-социальной реадаптации»; Уголовным кодексом Республики Беларусь; Уголовно-процессуальным кодексом Республики Беларусь и др. [7, 8].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования — провести анализ динамики объемов оказания медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях при реализации принудительных мер безопасности и лечения в Республике Беларусь для обоснования разработки пациент-ориентированной системы организации психиатрической помощи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При проведении исследования использовались аналитический и статистический методы. Проанализированы в динамике данные об объеме медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях при реализации принуди-

тельных мер безопасности и лечения в Республике Беларусь за 2019–2023 годы. Источниками получения информации при проведении исследования были формы государственной статистической отчетности Министерства здравоохранения Республики Беларусь за период 2019–2023 годы.

Статистический анализ осуществлялся с использованием непараметрических методов исследования, в том числе метода оценки статистически значимых различий (χ^2 Пирсона, p). Анализ оказания объемов медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях с целью реализации принудительных мер безопасности и лечения в динамике осуществлялся с использованием показателей временно́го ряда (абсолютный прирост/убыль, темп роста/снижения, темп прироста/убыли, показатель наглядности).

Оценка многолетней тенденции динамики объемов медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях с целью реализации принудительных мер безопасности и лечения проводилась на основе расчета среднегодового многолетнего темпа прироста/убыли ($СМТ_{пр/уб}$). Значения $СМТ_{пр/уб}$ от 0 до 1% соответствовали тенденции динамики умеренной степени выраженности, $СМТ_{пр/уб}$ от 1 до 5% — тенденции динамики средней степени выраженности, $СМТ_{пр/уб}$ более 5% — тенденции динамики выраженной степени. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 10. Критическое значение уровня значимости при проверке нулевых гипотез принималось равным 5 % (p=0,05).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С 2019 по 2023 годы численность пациентов, нуждающихся в медицинской помощи при реализации принудительных мер безопасности и лечения, увеличилась на 19,7%

Таблица 1

Динамика численности пациентов, которым оказывается медицинская помощь в амбулаторных и стационарных условиях с целью реализации принудительных мер безопасности и лечения в Республике Беларусь (абсолютное количество, %)

Table 1

Dynamics of the number of patients who receive medical care in outpatient and inpatient settings for the purpose of implementing compulsory security and treatment measures in the Republic of Belarus (Absolute value, %)

Годы / Years	**Численность пациентов при оказании медицинской помощи / Number of patients provided with medical care**					
	амбулаторные условия / outpatient settings		**стационарные условия / inpatient settings**		**всего / total**	
	абсолютное количество / absolute value	**показатель наглядности / obvious value (%)**	**абсолютное количество / absolute value**	**показатель наглядности / obvious value (%)**	**абсолютное количество / absolute value**	**показатель наглядности / obvious value (%)**
2019	1439	100,0	945	100,0	2384	100,0
2020	1439	100,0	929	98,3	2368	99,3
2021	1449	100,7	971	102,8	2420	101,5
2022	1622	112,7	1065	112,7	2687	112,7
2023	1727	120,0	1126	119,7	2853	119,7
Средний многолетний темп прироста/убыли / The average annual long-term growth/reduction rate (the geometric mean for growth /reduction rates)	+4,7%		+4,5%		+4,6%	
Оценка тенденции / Trend assessment	Средняя степень выраженности / Average severity		Средняя степень выраженности / Average severity		Средняя степень выраженности / Average severity	

(с 2384 до 2853 человек). Тенденция динамики численности пациентов, нуждающихся в медицинской помощи при реализации принудительных мер безопасности и лечения, характеризовалась средней степенью выраженности роста ($СМТ_{пр/уб}$ = +4,6%) (табл. 1).

В 2023 году 60,5% пациентов медицинская помощь оказывалась в амбулаторных условиях и 39,5% — в стационарных условиях. С 2019 по 2023 годы не отмечается статистически значимых различий удельного веса пациентов в зависимости от условий оказания медицинской помощи с целью реализации принудительных мер безопасности и лечения (p >0,05).

Численность пациентов, нуждающихся в медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях с целью реализации принудительных мер безопасности и лечения, увеличилась на 20,0% (с 1439 до 1727 человек) и 19,7% (с 945 до 1126 человек), соответственно. Тенденции динамики были аналогичны для численности пациентов, нуждающихся в медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях при реализации принудительных мер безопасности и лечения, и характеризовались средней степенью выраженности роста. Средний многолетний темп прироста численности пациентов, нуждающихся в медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях, составил: $СМТ_{пр/уб}$ = +4,7% и $СМТ_{пр/уб}$ = +4,5% соответственно (табл. 1).

С 2019 по 2023 годы численность пациентов, выбывших с принудительного лечения, снизилась с 417 до 357 (на 14,4%), тенденция динамики характеризовалась средней степенью выраженности ($СМТ_{уб.}$ = –3,8%). Снижение численности пациентов, выбывших с принудительного лечения, происходит при увеличении численности пациентов, которым оказывается медицинская помощь в амбулаторных условиях. Численность выбывших пациентов, не закончивших принудительного лечения, увеличилась с 89 до 139 (почти на 56%), тенденция динамики имеет выраженную степень роста ($СМТ_{пр.}$ = +11,8%).

С 2019 по 2023 годы отмечается статистически значимое (χ^2=28,65, p=0,00001) увеличение удельного веса выбывших пациентов, не закончивших принудительного лечения в стационарах, с 21,3 до 38,9%, одной из причин которого является переход со стационарных форм применения принудительных мер безопасности и лечения на амбулаторные условия.

В структуре пациентов при оказании медицинской помощи в стационарных условиях в зависимости от вида принудительных мер безопасности преобладали пациенты с обычным наблюдением, удельный вес которых увеличился с 2019 по 2023 годы с 54,6 до 62,5% (рис. 1). Удельный вес пациентов со строгим наблюдением при оказании стационарной помощи снизился с 31,7 до 28,2%. Удельный вес пациентов с усиленным наблюдением варьировал от 13,7 до 9,3%.

Следует отметить, что тенденции изменения численности пациентов, нуждающихся в медицинской помощи в стационарных условиях с целью реализации принудительных мер безопасности и лечения, зависели от вида принудительных мер безопасности. За анализируемый

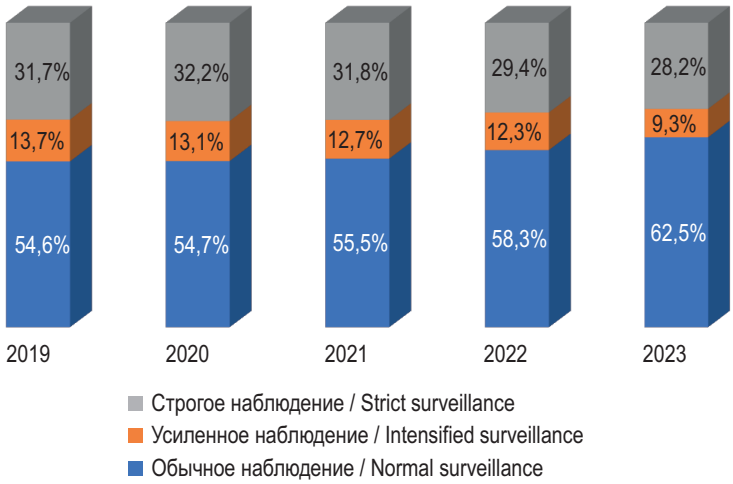


Рис. 1. Структура пациентов при оказании медицинской помощи в стационарных условиях в зависимости от вида принудительных мер безопасности (%)

Fig. 1. The structure of patients when providing medical care in inpatient settings depending on the type of compulsory security measures (%)

период численность пациентов с обычным наблюдением увеличилась (с 516 до 704) на 36,4%. Тенденция динамики численности данных пациентов характеризовалась выраженной степенью роста ($СМТ_{пр/уб}$ = +8,1%). Численность пациентов со строгим наблюдением увеличилась (с 300 до 317) на 5,7%. Тенденция динамики численности данных пациентов характеризовалась средней степенью выраженности роста ($СМТ_{пр/уб}$ = +1,4%). Численность пациентов с усиленным наблюдением снизилась почти на 19% (с 129 до 105). Тенденция динамики численности данных пациентов характеризовалась средней степенью выраженности снижения ($СМТ_{пр/уб.}$ = –5,0%).

За анализируемый период частота пациентов, закончивших стационарное принудительное лечение по решению суда с целью реализации принудительных мер безопасности и лечения в стационарах Республики Беларусь, увеличилась с 5,52 до 6,62 случая на 100 000 населения, почти на 12,5%. Тенденция динамики характеризовалась средней степенью выраженности роста ($СМТ_{пр/уб.}$ = +4,8%). В 2023 году наибольшая частота пациентов, закончивших стационарное принудительное лечение, была характерна для пациентов с обычным наблюдением и составила 5,27 случая на 100 000 населения, наименьшая — для пациентов с усиленным наблюдением, уровень которой достигал 0,62 случая на 100 000 населения.

Следует отметить, что уровни и тенденция динамики частоты пациентов, закончивших стационарное принудительное лечение по решению суда, зависели от вида принудительного лечения. Частота пациентов, закончивших стационарное принудительное лечение с обычным наблюдением, увеличилась с 3,95 до 5,27 случая на 100 000 населения. Тенденция динамики характеризовалась выраженной степенью роста ($СМТ_{пр/уб.}$ = +7,5%). Тенденция динамики частоты пациентов, закончивших стационарное принудительное лечение с усиленным (с 0,70 до 0,62 случая на 100 000 населения) и строгим (с 0,87 до 0,77 случая на 100 000 населения) наблюдением, характеризовалась средней степенью выраженности снижения ($СМТ_{пр/уб.}$ = –3,0%).

С 2019 по 2023 годы средняя длительность лечения пациентов, закончивших стационарное принудительное лечение по решению суда с целью реализации принудительных мер безопасности и лечения в стационарах Республики Беларусь, снизилась с 818,0 до 680,7 дней (почти на 17%). Максимальное значение средней длительности лечения характерно для пациентов со строгим наблюдением и составляет 1167,4 дней, минимальное — для пациентов с обычным наблюдением — 402,4 дня. За анализируемый период средняя длительность лечения пациентов снизилась с обычным наблюдением с 443,7 до 402,4 (почти на 10%) и со строгим наблюдением — с 1666,6 до 1167,4 дней (почти на 30%). Средняя длительность лечения пациентов с усиленным наблюдением увеличилась с 343,8 до 472,3 дней (почти на 37,4%). Тенденция динамики характеризовалась выраженной степенью роста ($СМТ_{пр/уб.}$ = +8,3%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ динамики объемов оказания медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях с целью реализации принудительных мер безопасности и лечения в Республике Беларусь свидетельствует об увеличении потребности в данном виде помощи. Организация специализированной помощи в условиях оптимизации здравоохранения требует не только изменения организационных технологий на разных уровнях и условий оказания медицинской помощи, медицинской реабилитации и медицинской профилактики, направленных на обеспечение пациент-ориентированного подхода при ее предоставлении, но и конструктивного взаимодействия системы здравоохранения с правовыми органами (судебными) по вопросу назначения/отмены принудительных мер безопасности и лечения пациентов.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

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

ADDITIONAL INFORMATION

Authors' contribution. 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.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад о психическом здоровье в мире: охрана психического здоровья: преобразования в интересах всех людей. Краткий обзор. Женева: Всемирная организация здравоохранения. 2022. Доступен по: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356122/9789240051942-rus.pdf?sequence=1 (дата обращения: 01.08.2024).
2. Золотарева Л.С., Масякин А.В. Совершенствование системы организации психиатрической помощи мегаполиса. *Менеджер здравоохранения*. 2019;(7):23–29.
3. Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2030. Женева: Всемирная организация здравоохранения. Доступен по: https://cloud.mail.ru/attaches/1723041338074299 3899%3B0%3B5?folder-id=0& (дата обращения: 04.07.2024).
4. Макушкина О.А., Яздовская А.В. Психиатрическая служба Российской Федерации: вопросы организации и мониторинг показателей (2011–2021 гг.). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2022;4(117):72–82. https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-4(117)-72-82.
5. Steel Z., Marnane C., Iranpour C., Chey T., Jackson J.W., Patel V., Silove D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *Int J Epidemiol*. 2014;43(2):476–493. https://doi.org/10.1093/ije/dyu038.
6. Charlson F., van Ommeren M., Flaxman A., Cornett J., Whiteford H., Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019;394(10194):240–248. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1.
7. Ходжаев А.В., Мороз И.Н. Динамика первичной и общей заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения населения Республики Беларусь. *Медицинский журнал*. 2024;4(90):35–46. https://doi.org/10.51922/1818-426X.2024.4.35.
8. Старцев А.И., Короткевич Т.В. Организация оказания психиатрической помощи в Республике Беларусь. В кн.: Вопросы организационно-методического и правового обеспечения психиатрической и наркологической помощи: Сборник материалов республиканского семинара-совещания. Витебск, 13 октября 2017 года. Минск: Республиканский научно-практический центр психического здоровья; 2018: 8–12.
9. Кривая В., Дулько Л. О практике применения судами принудительных мер безопасности и лечения в уголовном судопроизводстве (по материалам обзора). *Судовы веснік*. 2013;(2):16–27.

REFERENCES

1. World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary. Geneva: World Health Organization. 2022. Available at: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356122/9789240051942-rus.pdf?sequence=1 (accessed: 01.08.2024).
2. Zolotareva L.S., Masyakin A.V. Improving the system of organizing psychiatric care in a megapolis. *Manager of Health Care*. 2019;(7):23–29.
3. Comprehensive mental health action plan 2013-2030. Geneva: World Health Organization. Available at: https://cloud.mail.ru/attaches/1723041338074299 3899%3B0%3B5?folder-id=0& (accessed: 04.07.2024).
4. Makushkina O.A., Yazdovskaya A.V. Psychiatric service of the Russian Federation: issues of organization and monitoring of indicators (2011-2021). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2022;4(117): 72–82. (In Russian). https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-4(117)-72-82.
5. Steel Z., Marnane C., Iranpour C., Chey T., Jackson J.W., Patel V., Silove D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *Int J Epidemiol*. 2014;43(2):476–493. https://doi.org/10.1093/ije/dyu038.
6. Charlson F., van Ommeren M., Flaxman A., Cornett J., Whiteford H., Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019;394(10194):240–248. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1.
7. Hodzhaev A. V., Moroz I. N. Dynamics of incidence and prevalence of mental disorders and behavioral disorders in the population of the Republic of Belarus. *Medical Journal*. 2024;4(90):35–46. (In Russian). https://doi.org/10.51922/1818-426X.2024.4.35.
8. Startsev A.I., Korotkevich T.V. Organization of psychiatric care in the Republic of Belarus. In: Issues of organizational, methodological and legal support for psychiatric and narcological care: Collection of materials from the republican seminar-meeting. Vitebsk, October 13, 2017. Minsk: Republican Scientific and Practical Center for Mental Health; 2018: 8–12. (In Russian).
9. Krivaya V., Dulko L. On the practice of applying compulsory security measures and treatment in criminal proceedings by courts (based on review materials). *Sudovy vesnik*. 2013;(2):16–27. (In Russian).

Original papers

УДК 338.2+725.51+17.023+316.472+159.9
https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.92.76.005

The Social Beauty of Children's Hospitals

Robert M. Rennebohm

Saint Petersburg State Pediatric Medical University, 2 Litovskaya str., Saint Petersburg, 194100, Russian Federation

Contact information: Robert M. Rennebohm — MD, PhD, Dr. Sci. (Med.), Professor, Visiting Professor at Department of Hospital Pediatrics. E-mail: rmrennebohm@gmail.com; https://orcid.org/0000-0001-8619-0447

For citation: Rennebohm R.M. The Social Beauty of Children's Hospitals. *Medicine and Health Care Organization*. 2025;10(3):55–61. https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.92.76.005.

Received: 25.08.2025 ***Revised: 24.10.2025*** ***Accepted: 28.11.2025***

ABSTRACT. In the nineteenth century, the great French writer and philosopher Victor Hugo in his immortal novel *Les Misérables* introduced a profound idea of Social Beauty. This concept, rooted in principles of justice, compassion, and collective solidarity, posited that humanity could construct a world governed by moral and ethical harmony. A century and a half later that very *Beauty* was revived within children's hospitals. This study explores a distinctive phenomenon: the formation of a milieu where professional excellence and interpersonal harmony coalesce among healthcare providers, patients, administrative staff, and governing bodies. Based on five decades of author's international experience, a philosophical and economic model of healthcare organization is presented. The Children's Hospital Public Economy Model places humanity, care, and trust at its core. The model undergoes rigorous analysis, outlining its key principles, structural components, strengths, and vulnerabilities. A comparative assessment of institutions operating under different methodologies demonstrates how the underlying values of a system directly influence its outcomes. Moreover, the study advances the proposition that the principles embodied in pediatric hospitals may serve as a foundational paradigm for societal organization at large. Illustrative examples are provided, showing the expansion of this model from a single medical institution to a nationalwide network of children's hospitals in Canada. Thus, the article provides contributes to interdisciplinary discourse at the intersection of medical ethics, organizational theory, and social philosophy, proposing a replicable model that could be a roadmap for sustainable health and social development, bringing modern society closer to the point where the ideals envisioned by Victor Hugo are not merely imagined, but institutionalized.

KEYWORDS: Public economy, Social Beauty, Children's Hospital Public Economy Model (CHPEM), children's hospitals, pediatric healthcare, altruistic leadership, human nature, moral incentive

© Rennebohm R.M., 2025

Оригинальная статья

https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.92.76.005

Красота общественного строя детских больниц

Роберт Мартин Реннебом

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2, Российская Федерация

Контактная информация: Роберт Мартин Реннебом — д.м.н., профессор, приглашенный профессор кафедры госпитальной педиатрии. E-mail: rmrennebohm@gmail.com; https://orcid.org/0000-0001-8619-0447

Для цитирования: Реннебом Р.М. Красота общественного строя детских больниц. *Медицина и организация здравоохранения*. 2025;10(3):55–61. https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.92.76.005.

Поступила: 25.08.2025 ***Одобрена: 24.10.2025*** ***Принята к печати: 28.11.2025***

РЕЗЮМЕ. Опираясь на многолетнюю практику работы в детских медицинских учреждениях разных стран, автор описывает понятие «красоты общественного строя» — особой атмосферы заботы, взаимопомощи и человечности, присущей детским больницам, рассматривая ее как противоположность коммерциализации и отчужденности, усиливающихся в современной медицине. На основе анализа накопленного опыта в статье формулируется базовая концепция организации работы детской больницы, направленной на максимально эффективное и успешное функционирование. Предлагаемая концепция формулируется как целостная философско-экономическая модель медицинской деятельности, в центре которой находятся человек, забота и доверие. Концепция, которая была разработана на основе наблюдения, анализа и обобщения успешных практик, рассматриваемая как интегральная система, получила название общественно-ориентированной экономической модели детского здравоохранения (ОЭМДЗ). Представленная модель охватывает не только финансовые и управленческие методы, но и включает нравственные принципы построения рабочих взаимодействий. Модель подвергается всестороннему анализу, в котором раскрываются ее основные принципы, структурные компоненты, выявляются сильные и уязвимые стороны, а также проводится сравнительный разбор эффективности одних и тех же учреждений, работающих по различным методикам, что наглядно показывает, как ценности, лежащие в основе системы, непосредственно влияют на ее результаты. В статье раскрывается уникальный феномен формирования среды, в которой достигается гармония профессиональных и межличностных отношений между медицинским персоналом, пациентами, административными работниками и руководством учреждения. Показан существенный трансформационный потенциал модели, выходящий за рамки единичных медицинских учреждений, способный служить фундаментом для формирования эффективных кооперации между больницами, а также для развития региональных и национальных систем здравоохранения. Теоретическое обоснование предполагает, что системное внедрение принципов ОЭМДЗ способно привести к структурным изменениям в организации социума, создавая более эффективную и гуманную модель общественного устройства.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: общественная экономика, красота общественного строя, общественно-ориентированная экономическая модель детского здравоохранения, ОЭМДЗ, детские больницы, детское здравоохранение, нравственные принципы, нравственная мотивация, гармония профессиональных и межличностных отношений

© Реннебом Р.М., 2025

ABOUT THE AUTHOR



Dr. Robert Rennebohm is a pediatrician and pediatric rheumatologist whose name has become synonymous with hope for patients affected by Susac's syndrome — a rare and poorly understood autoimmune disorder characterized by a triad of encephalopathy, retinal vasculopathy, and cochlear dysfunction Today, Dr. Rennebohm is recognized as one of the world's most respected and distinguished experts on this condition. His recommendations are widely applied, and patients and clinicians worldwide seek his professional advice.

Despite his demanding international schedule, Dr. Rennebohm actively contributes to advancing evidence-based pediatric rheumatology in Russia, serving as a visiting professor at the St. Petersburg State Pediatric Medical University and providing care to children in St. Petersburg.

Robert Rennebohm received his MD from the University of California, San Diego School of Medicine in 1972. He subsequently completed his pediatric residency training at IWK Children's Hospital at Dalhousie University in Halifax, Nova Scotia , followed by fellowship in pediatric rheumatology at Cincinnati Children's Hospital Medical Center.

Early in his career, Dr. Rennebohm played a key role in the development of pediatric rheumatology while working at Beijing Children's Hospital in China. He then spent two decades at Nationwide Children's Hospital and Ohio State University in Columbus, Ohio, where he served as Associate Professor of Pediatrics and Chief of Pediatric Rheumatology.

Since 2008, he was Clinical Professor of Pediatrics and Pediatric Rheumatology at Alberta Children's Hospital in Calgary, Canada. A few years later, he joined the pediatric rheumatology department at Cleveland Clinic, where he founded the unique International Susac Syndrome Consultation Service. Here, under the leadership of Dr. Rennebohm, an innovative interdisciplinary approach to patient care was developed.

A defining aspect of Professor Rennebohm's approach is his principled scientific openness, reflected in his willingness to engage in productive dialogue and his respect for all reasoned perspectives. Dr. Rennebohm shares not only his achievements but also the difficult lessons that clinical practice has taught him. He keeps consistently emphasizing the importance of considering all informed alternative opinions as valuable resources for the further development of the healthcare economic model he is advancing.

We invite everyone willing to share their knowledge, pose challenging questions, and collaborate in the pursuit of balanced answers to join this open scientific dialogue. Whether critical or supportive, all professional observations and comments are sincerely welcomed.

INTRODUCTION

I have had the great privilege of spending my 50 year Pediatrics career working in Children's Hospitals — seven children's hospitals, in four countries, on three continents: IWK Hospital for Children (Halifax, Nova Scotia, Canada), Cincinnati Children's Hospital (Cincinnati, Ohio), Columbus Children's Hospital (Columbus, Ohio), Alberta Children's Hospital (Calgary, Alberta, Canada), Cleveland Clinic Children's Hospital (Cleveland, Ohio), Beijing Children's Hospital, and Saint Petersburg State Pediatric Medical University and Children's Hospital (St. Petersburg, Russia).

I mention this because it is the *Social Beauty* that I have experienced in Children's Hospitals that gives me confidence that it is possible for increased Social Beauty to be created in the larger society and in the world as a whole [1, p. 88–98]. I believe the social philosophy, spirit, leadership approach, social behavior, and economic model of Children's Hospitals [1, p. 109–122], individually and collectively, can serve as *an inspirational and practical social and economic model* for society at large [1].

The Children's Hospital economic model is not just an idealistic pie-in-the-sky idea. It has already been developed, implemented, and successfully practiced by pediatricians for many decades, to the great benefit of society. It has already proven to be practical, affordable, and realistic. In fact, as I will explain in a moment, it is impractical and unrealistic to expect Children's Hospitals to optimally serve children if those hospitals embrace and

practice a corporate social and economic model. I say that because my pediatrician colleagues and I have personally experienced how Social Beauty has been sacrificed and children have ceased to be optimally served, when altruistic Children's Hospitals have been transformed into corporate institutions, governed by corporate beliefs, directives, and behaviors. Our experience in Children's Hospitals has, by extension, strongly suggested that it is impractical and unrealistic to expect Humanity and general economies to be optimally served by a corporate social and economic model.

It is, therefore, proposed that Humanity could create and enjoy much more Social Beauty if the world were to implement and emulate the social philosophy, social behaviors, and economic model of Children's Hospitals. As explained in accompanying articles, the Children's Hospital model could be called the *Children's Hospital Public Economy Model (CHPEM)* [1].

CHILDREN'S HOSPITALS DURING TWO DIFFERENT ERAS

During the first 25 years of my pediatrics career, Children's Hospitals were bastions of altruism. During the last 25 years, or so, many children's hospitals have increasingly become bastions of corporate activity. I have personally experienced both phenomena, including transitions from one to the other. In the process I have learned much about human nature, economic models, moral incentive vs. monetary incentive, corporate behavior, and what I came to value as "the most precious freedom" (at least for me and for many pediatricians, pediatric nurses, and health care workers) [1].

First I will share what I noticed, felt, and learned during the 25-year "Social Beauty Era" (or "Altruistic Era." Then I will share what I learned and felt during the "Corporate Era."

THE SOCIAL BEAUTY ERA (ALTRUISTIC ERA)

I call it an honor and privilege to work in children's hospitals because, during the Social Beauty Era, the social philosophy of children's hospitals [1] (in all of the countries and continents in which I have worked) was based on a *positive understanding of human nature* — an understanding that *upregulated the expression of and gave practice to the best capacities of our human nature* [2]. The motivating force in children's hospitals was a *moral incentive* to meet the health needs of children in an exemplary fashion [1]. Physicians, nurses, technicians, administrators, clerical personnel, janitorial staff all worked and contributed out of *a willing sense of social duty*, a desire to be part of a *deeply meaningful* social effort. They did not need or want monetary incentive. They simply expected an appropriate salary. Great *creativity* and *innovation* naturally occurred out of a commitment to increasingly serve children better. *Altruism* was the naturally assumed behavioral practice — so natural, so assumed, and so beautifully practiced that the word "altruism" did not need to be uttered or written — it just naturally flowed through the hospital, inspiring best behaviors and lifting spirits of everyone, including, most importantly, the children and their parents. I was able to enjoy what for me is *the most precious freedom* [1]. Our work was an intellectual and social pleasure.

While *Beijing Children's Hospital (BCH)* was under the leadership of Dr. Zhu Fu Tang, it exemplified the Social Beauty Era and exemplary practice of the Children's Hospital Public Economy Model (CHPEM). One of the greatest experiences I have ever had as a pediatrician were the 2 months I worked at BCH in 1981. Dr. Zhu Fu Tang had invited me to help BCH and other children's hospitals in China develop the subspecialty of pediatric rheumatology. I have never met more knowledgeable, more altruistic, more dedicated, or kinder pediatricians than those I met in 1981. I have never worked in a more admirable hospital than the BCH of 1981.

Dr. Zhu Fu Tang (1899–1994) founded BCH in 1955. He was the first Chairman of Pediatrics at BCH and is the most highly respected and revered pediatrician in China's history. In 1943 he published China's most important Textbook on Practical Pediatrics.

Dr. Zhu exemplified a pediatrician who was not only a brilliant clinician, teacher, and researcher, but also demonstrated extraordinary character, social insight, wisdom, and leadership ability. He was a "natural leader", meaning that he had an innate and practiced ability to kindly, compassionately, fairly, effectively, humbly, competently, and inspiringly lead others, and was incorruptible [1]. Among Dr. Zhu Fu Tang's many gifts was his ability to accurately recognize which pediatricians at BCH had an abundance of empathy, were particularly kind and altruistic, and were natural leaders — in addition to being excellent clinicians [3]. He possessed the wisdom to make sure that positions of leadership (at BCH and at other children's hospitals in China) were populated by excellent clinicians who were natural leaders and demonstrated exemplary humility, unselfishness, honesty, and incorruptibility.

He was very careful to not put physicians in positions of leadership or power if they tended to be opportunistic, arrogant, egotistical, short on empathy, dishonest, unprincipled, or corruptible, even if they were otherwise very intelligent and academically accomplished. He fully appreciated the importance of altruism. He purposefully created a culture that fostered unselfishness and transformed behavior in the direction of altruism. He fully appreciated how a culture of opportunism, one that emphasized monetary incentives and revenue generation, could transform physicians to become less empathetic, less altruistic, and less effective. At the same time, however, he strongly and wisely warned against the overzealous and intolerant insistence on altruism that, later, often occurred, often abusively, during the Cultural Revolution (1966–1976).

During the Social Beauty era, *IWK Children's hospital, Cincinnati Children's Hospital, Columbus Children's hospital,* and *Alberta Children's Hospital* also exemplified the Children's Hospital Public Economy Model (CHPEM). During the Social Beauty era Cincinnati Children's Hospital was one of the most highly respected children's hospitals in the world and proved that great innovation and creativity could occur under the CHPEM. For example, it was at Cincinnati Children's Hospital that Albert Sabin, a salaried academic physician, developed the oral polio vaccine.

To this day, pediatricians at the *Children's Hospital at Saint Petersburg State Pediatric Medical University* still exemplify the spirit and behaviors of the Children's Hospital Public Economy Model (CHPEM).

THE CORPORATE ERA

Unfortunately, over the past 25 years, the Social Beauty model (the CHPEM) has increasingly been sabotaged and replaced by a corporate model (sometimes gradually and insidiously, sometimes precipitously, sometimes partially, sometimes wholly) in many Children's Hospitals, particularly in the USA. The characteristics of the corporate model, and the transition towards that model is exemplified by what transpired at Columbus Children's Hospital (since renamed Nationwide Children's Hospital), where I worked from 1986–2008 [1, p. 116–122].

This transition started in the late 1990s. The hospital's Board of Directors (which consisted predominantly of current or former corporate leaders, wealthy entrepreneurs, and wealthy philanthropists) decided that the hospital could become better, wealthier, and more efficient if it adopted a corporate philosophy and corporate behaviors and business practices. The idea was to run the hospital like financially successful corporations have been run. Advice was sought from a powerful international corporate consulting firm. One revenue-generating policy that was encouraged was to invest most heavily in subspecialty programs that had the greatest potential for increasing revenues (i.e., procedure-oriented programs whose procedures were generously reimbursed by insurance companies) and to invest less in subspeciality programs whose activities were not so generously reimbursed by insurance companies. This policy failed to honor the principle that all ill children need optimal help regardless of how much revenue their care might generate.

Monetary incentives were greatly emphasized. Physicians were expected to increase their generation of revenues, by seeing more patients, maximizing fee-for-service billing, and reducing activity for which they could not bill. Educational sessions were devoted to learning how to "maximize billing opportunities".

Notably, a new policy was developed regarding the scheduling of outpatient visits. This scheduling policy was based on the fact that payment (by health insurance companies) for a 60 minute evaluation of a "new patient" was greater than the payment for three 20 minute "follow-up" visits. This meant that a physician could generate more revenue for the hospital by loading his/her daily clinic schedule with many "new patient" visits, rather than many "follow-up" visits. Physicians were encouraged to schedule as many new patients as possible and reduce follow-up appointments, so that their daily clinic schedules could increasingly become populated by new patient evaluations. This policy does not honor the great need for and importance of follow-up visits. The Chief of one of our pediatric subspecialty divisions was highly praised as an institutional "hero" for optimally implementing this scheduling policy in his division. All other subspecialty divisions were strongly encouraged to emulate the "hero's" subspecialty division.

Another measure to increase revenue generation was to discourage physicians from spending time doing research, if that research was not funded by a grant. Unfunded research could be done, but only on a physician's own free time, not on "company time". This policy failed to honor the principle that research is an essential part of academic pediatrics, whether it is funded or not. Furthermore, there is no funding available for many worthy research projects. This policy resulted in a significant reduction in unfunded research activity.

Columbus Children's Hospital is a teaching hospital associated with the Department of Pediatrics at Ohio State University School of Medicine. The physicians employed by the Department of Pediatrics and the Children's Hospital are academic pediatricians. One of their responsibilities is to teach pediatric medicine to medical students and residents. Although there was no specific policy to reduce the amount of time physicians spent teaching medical students and residents, the academic pediatricians quickly realized that it was very difficult to meet onerous revenue generation expectations if they spent a generous amount of time teaching. (Teaching is a "non-billable" activity.) As a result, teaching suffered. Teaching the next generation of physicians is an extremely important responsibility of a medical school and department of pediatrics.

Another policy change was that naturally altruistic leaders, who were not inclined to emphasize monetary incentive and revenue generation, were replaced by leaders who were very enthusiastic about implementing corporate practices and policies. Altruistic leaders were "not a good fit" for the new corporatized institution. Leaders with business savvy who were particularly excited about revenue generation were desired, and they elevated like-minded individuals to positions of power. Soon, the majority of leadership positions throughout the institution were populated by those who were most committed to revenue generation and a corporate culture. Those who were most altruistic were increasingly marginalized, even punished.

One particularly altruistic pediatrician was sent to a clinic in Kansas that is devoted to evaluation of impaired physicians. That pediatrician's "impairment" was "difficulty adjusting to change" and resistance to change — the change being the transition from an altruistic institution to a corporate institution. After an intensive week-long evaluation, the Kansas clinic's final diagnosis for this pediatrician was "pathological altruism".

Because of policies like those explained above, there was a change in how physicians were viewed and evaluated. Prior to the late 1990s (i.e., during the Altruistic Era) academic pediatricians were *physicians who served patients*. We then became "*medical providers*" who *served* "*clients*". Then, even worse, we became "*revenue generators*" who *served the corporation* (during the Corporate Era).

Incidentally, another corporate decision was a clever change in the name of the hospital. Since the Nationwide Insurance Company, which is based in Columbus, was providing a large amount of funds for the corporate transformation of the hospital, it was decided to change the name to Nationwide Children's Hospital.

To be fair, it is true that during the corporate era, the new Nationwide Children's Hospital grew tremendously, regarding the size of faculty, size of physical plant, quantity and breadth of clinical services, amount of funded research activity, and national and international prestige. This was due to the enormous infusion of money from corporate entities and philanthropists. *However, it is important to realize that equal or better improvements could have been accomplished, without sacrificing fundamentally important principles, if the same amount of money had been made available to improve and expand the original, non-corporatized Columbus Children's Hospital under the leadership of altruistic pediatricians*. It was not the corporatization of the hospital that improved its size, scope, and prestige — it was the enormous infusion of corporate money that made that possible.

CONCLUSION

Altruistic pediatricians, pediatric nurses, and children's hospital workers know how well the Children's Hospital Model worked during the Social Beauty Era. We have thoroughly experienced it; we have lived it; we have practiced it, with great success, internationally, at an affordable price for society. We have confidence in it.

We also know what happens when the Social Beauty Era Children's Hospital Model is replaced by a Corporate Era Model. We have experienced that transition. We can predict with confidence and accuracy what will happen.

We also know the root cause of the corporate model's side effects and its hold on power [1]. For these reasons we should feel confident in proposing that the Social Beauty Era Children's Hospital social and economic model — what we will refer to as the Children's Hospital Public Economy Model (the CHPEM) in accompanying articles — is a practical and realistic model for creation of Social Beauty in society as a whole and that the corporate social and economic model is not [1]. Indeed, the corporate model has failed in health care and is increasingly failing to create widespread Social Beauty in the world as a whole (look at all the horrible wars, as just one example) [1].

ADDITIONAL INFORMATION

The author read and approved the final version before publication.

Competing interests. The author declares the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

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

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Автор прочитал и одобрил финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Автор заявляет об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Rennebohm R. Showing Seeds of Social Beauty [Internet]. Information portal: Notes From the Social Clinic, 2024. Available at: https://notesfromthesocialclinic.org/sowing-seeds-of-social-beauty-full-manuscript (accessed: 12.10.2025).
2. Rennebohm R. Human Nature — A Graphic Depiction — Sowing the Seeds for Public Economy and Social Beauty [Internet]. Information portal: Notes From the Social Clinic, 2024. Available at: https://notesfromthesocialclinic.org/human-nature-a-graphic-depiction-sowing-the-seeds-for-public-economy-and-social-beauty (accessed: 12.10.2025).
3. Rennebohm R. The Social Beauty of Beijing Children's Hospital [Internet]. Information portal: Notes From the Social Clinic, 2024. Available at: https://notesfromthesocialclinic.org/the-social-beauty-of-beijing-childrens-hospital-a-power-point-presentation (accessed: 12.10.2025).

Оригинальная статья

УДК: 614.2; 616-006-082(470)
https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.99.61.006

Медико-организационный анализ заболеваемости, распространенности и смертности при злокачественных новообразованиях (по данным Удмуртской Республики)

Сергей Андреевич Багин, Дмитрий Иванович Кича,
Олег Владимирович Рукодайный, Роман Сергеевич Голощапов-Аксенов

Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы, 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6, Российская Федерация

Контактная информация: Роман Сергеевич Голощапов-Аксенов — д.м.н., доцент кафедры кардиологии, рентгенэндоваскулярных и гибридных методов диагностики и лечения факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института. E-mail: goloschapovaksenovr@gmail.com; https://orcid.org/0000-0003-3085-7729; SPIN: 7768-7460

Для цитирования: Багин С.А., Кича Д.И., Рукодайный О.В., Голощапов-Аксенов Р.С. Медико-организационный анализ заболеваемости, распространенности и смертности при злокачественных новообразованиях (по данным Удмуртской Республики). *Медицина и организация здравоохранения*. 2025;10(3):62–71. https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.99.61.006.

Поступила: 25.08.2025 ***Одобрена: 06.10.2025*** ***Принята к печати: 28.11.2025***

РЕЗЮМЕ. ***Введение.*** Злокачественные новообразования (ЗНО) являются ведущими причинами заболеваемости и смертности населения и определяют потребность проведения медико-организационного анализа в целях совершенствования общественного здравоохранения. ***Цель исследования*** — выполнить медико-организационный анализ заболеваемости, распространенности и смертности при ЗНО по данным Удмуртской Республики (УР). ***Материалы и методы.*** Объект исследования — население с ЗНО, организация здравоохранения УР (2002–2022 гг.). Использованы сведения Росстата и Республиканского медицинского информационно-аналитического центра Минздрава УР за 2002–2022 гг. Исследована динамика заболеваемости, распространенности и смертности при ЗНО (на 100 тыс. населения) и установлены векторы совершенствования онкологической помощи. Методы исследований: контент-анализ, статистический, динамических рядов, сравнительный анализ. ***Результаты и обсуждение.*** За период 2002–2022 гг. в УР установлена динамика роста заболеваемости, распространенности и смертности при ЗНО. Первичная заболеваемость ЗНО выросла с 260,5 до 486,6 на 100 тыс. населения (темп роста 186,8%, темп прироста 86,8%), более значительно среди городского, чем среди сельского населения, — положительный прирост 60,5 и 49,5% соответственно; совокупный показатель распространенности ЗНО вырос с 1296,5 до 2839,8 на 100 тыс. населения (темп роста 223,2%, темп прироста 123,2%); удельный вес пациентов с ЗНО IV стадии снижался в 2002–2012 гг. и 2020–2022 гг. до 21,5 и 23,8% соответственно, а в 2002–2020 гг. вырос до 25,8%; показатель смертности от ЗНО вырос с 160,8 до 192,0 на 100 тыс. населения (темп роста 119,4%, темп прироста 19,4%), более значительно среди сельского, чем среди городского населения, — положительный прирост составил 32,8 и 15,7% соответственно. За исследуемый период в регионе установлен дефицит врачей-онкологов. Обеспеченность врачами-онкологами в 2022 г. составила 0,78 на 10 тыс. населения. ***Выводы.*** Установленные в УР за период 2012–2022 гг. рост заболеваемости, распространенности и смертности при ЗНО и кадровый дефицит врачей-онкологов определяют потребность совершенствования онкологической помощи на основе внедрения эффективных клинико-организационных моделей, включая вахтовую и телемедицинскую технологии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: медико-организационный анализ, злокачественные новообразования, заболеваемость, смертность, кадровый дефицит, Удмуртская Республика

© Коллектив авторов, 2025

Original papers

https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.99.61.006

Medical organizational analysis of cancer morbidity, prevalence and mortality (Udmurt Republic data based)

Sergey A. Bagin, Dmitry I. Kicha, Oleg V. Rukodaynyy, Roman S. Goloshchapov-Aksenov

Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba, 6 Miklukho-Maklaya str., Moscow, 117198, Russian Federation

Contact information: Roman S. Goloshchapov-Aksenov — Dr. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Cardiology, Endovascular and Hybrid Technology of Diagnostics and Treatment of the Faculty of Continuing Medical Education in the Medical Institute. E-mail: goloschapovaksenovr@gmail.com; https://orcid.org./0000-0003-3085-7729; SPIN: 7768-7460

For citation: Bagin S.A., Kicha D.I., Rukodaynyy O.V., Goloshchapov-Aksenov R.S. Medical organizational analysis of cancer morbidity, prevalence and mortality (Udmurt Republic data based). *Medicine and Health Care Organization*. 2025;10(3):62–71. https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.99.61.006.

Received: 25.08.2025 ***Revised: 06.10.2025*** ***Accepted: 28.11.2025***

ABSTRACT. ***Introduction.*** Cases of Cancer have proved to be the leading causes of morbidity and mortality and determine the need for medical organizational analysis in order to improve public health system. ***Aim*** — to make a medical organizational analysis of cancer morbidity, prevalence and mortality in Udmurt Republic (UR). ***Materials and methods***. The object of the research is the healthcare system of the UR (2002–2022). Data taken from from Rosstat (RF) and the Medical Information and Analytical Center of the Ministry of Health of the UR (2002–2022) were analyzed. The dynamics of cancer morbidity, prevalence and mortality (per 100 thousand population) in the UR and the RF were concidered. Vectors for improving of public health care for patients with cancer have been identified. Research methods: literature analysis, analytical, statistical, time series, comparative. ***Results and discussion.*** In 2002–2022, the dynamics of growth of cancer morbidity, prevalence and mortality and a shortage of oncologists in the Udmurt Republic were determined. The cancer morbidity increased from 260.5 to 486.6 per 100 thousand population (growth rate 186.8%, rate of increase 86.8%), more significantly among the urban compared to the rural population — positive growth of 60.5% and 49.5%, respectively; the cancer prevalence increased from 1296.5 to 2839.8 per 100 thousand population (growth rate 223.2%, rate of increase 123.2%); the proportion of patients with stage IV malignant neoplasms decreased in 2002–2012 and 2020–2022 to 21.5% and 23.8%, respectively, and increased in 2002–2020 to 25.8%; cancer mortality increased from 160.8 to 192.0 per 100 thousand population (growth rate 119,4%, rate of increase 19,4%), more significantly among the rural than among the urban population — the positive growth was 32.8% and 15.7%, respectively. The provision of oncologists in the Udmurt Republic in 2022 was 0.78 per 10 thousand population. ***Conclusions.*** The growth of cancer morbidity, prevalence and mortality and shortage of oncologists in the UR in 2012–2022 defined the need of improvement of oncological care by means of introduction of effective clinical organizational management models based on shift and telemedicine technology.

KEYWORDS: medical organizational analysis, cancer, morbidity, mortality, shortage of oncologists, Udmurt Republic

© 2025 by the authors

ВВЕДЕНИЕ

Онкологические заболевания формируют глобальную социально-экономическую проблему и определяют актуальность клинико-организационного совершенствования общественного здравоохранения. В мире каждый шестой случай в статистике общей смертности (16,8%) и каждый четвертый — в структуре неинфекционных заболеваний (22,8%) обусловлены злокачественными новообразованиями (ЗНО). Онкологические заболевания являются причиной трех из десяти преждевременных смертей населения в возрасте 30–69 лет в структуре неинфекционных заболеваний и входят в число трех ведущих причин смертности в этой возрастной категории в 177 из 183 стран-участников Всемирной организации здравоохранения [1, 2].

Онкологические заболевания создают препятствия на пути увеличения продолжительности жизни населения и способствуют социально-экономическим потерям [3].

F. Guida и соавт. установили, что в 2020 г. около 1 млн детей в мире остались сиротами по причине смерти матери от онкологического заболевания в том же году, когда ЗНО было диагностировано. Около 50% этих женщин умерли вследствие прогрессирования рака шейки матки и молочной железы [4].

В 2022 г. в мире было зарегистрировано около 20 млн новых случаев заболевания ЗНО и 9,7 млн случаев смерти от онкологических заболеваний. Согласно прогнозам Международного агентства по исследованию рака, к 2040 г. первичная заболеваемость ЗНО вырастет до 29,9 млн заболевших в год, а количество смертей в результате прогрессирующего течения ЗНО увеличится до 15,3 млн в год [5].

Ежегодно около 400 тыс. детей заболевают ЗНО. Наиболее высокий уровень заболеваемости ЗНО регистрируется в странах, население которых имеет самую высокую продолжительность жизни, уровень образования и уровень жизни [6].

В Соединенных Штатах Америки за период 2017–2022 гг. заболеваемость ЗНО составляла около 440,5 на 100 тыс. населения в год, смертность — около 146,0 на 100 тыс. населения в год [5, 7].

На страны Европы в 2022 г. приходится пятая доля впервые диагностированных онкологических заболеваний (22,4%) и смертей от ЗНО (20,4%) в мире. Важно отметить, что в Европе проживает менее 10% мирового населения (9,6%). Заболеваемость ЗНО в Европейских государствах в 2022 г. в среднем составила 290,9 на 100 тыс. населения, минимальная — в странах Восточной Европы (261,1 на 100 тыс. населения) и максимальная — в странах Северной Европы (315,55 на 100 тыс. населения) [6].

Смертность от ЗНО в странах Евросоюза в 2022 г. составляла 106,3 на 100 тыс. населения. Самые высокие стандартизированные показатели смертности от ЗНО в Европе, превышающие 300 на 100 тыс. населения, были зафиксированы в Венгрии и Хорватии, самый низкий (198,3 на 100 тыс. населения) — на Мальте [6, 8].

В Российской Федерации (РФ) в 2022 г. онкологические заболевания впервые выявлены у 624 835 пациентов. Заболеваемость ЗНО в 2022 г. составила 425,89 на 100 тыс. населения, что на 7,0% выше уровня 2021 г. и на 15,6% — 2012 г. Прирост числа заболевших в 2022 г. по сравнению с 2021 г. составил 7,6%. Показатель распространенности ЗНО среди населения РФ в 2022 г. составил 2742,4 на 100 тыс. населения, прирост показателя за 10 лет составил 33,9% [9].

Смертность от ЗНО в РФ в 2022 г. составила 188,7 на 100 тыс. населения, что на 6,5% ниже уровня смертности в 2012 г. [10].

В РФ по сравнению со странами Европы и США высокие уровни заболеваемости населения ЗНО обусловлены низкой доступностью первичной медико-санитарной специализированной помощи (ПСМСП) на фоне кадрового дефицита специалистов и сокращения медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) [11].

Обеспеченность врачами-онкологами в Российской Федерации за период 2012–2020 гг. выросла с 0,46 до 0,62 на 10 тыс. населения (положительный прирост 34,8%), что способствовало снижению доли выявляемых ЗНО в запущенной стадии (IV стадия) с 21,2 до 19,8% (отрицательный прирост –6,6%) и смертности от ЗНО с 203,1 до 191,6 на 100 тыс. населения (отрицательный прирост –5,66%). В сравнении с периодом 2002–2012 гг. заболеваемость и распространенность ЗНО в РФ в период 2012–2020 гг. выросли в 1,66 и 1,3 раза соответственно и превышали показатели Европейских стран и США [12].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования — выполнить медико-организационный анализ заболеваемости, распространенности и смертности при ЗНО по данным Удмуртской Республики (УР) за период 2002–2022 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объект исследования — население с ЗНО, организация здравоохранения Удмуртской Республики (2002–2022 гг.). Научно-методическое сопровождение осуществлялось профильной кафедрой факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института Российского университета дружбы народов имени Патриса Лумумбы. Использованы сведения Росстата и Республиканского медицинского информационно-аналитического центра Минздрава УР за 2002–2022 гг. Исследовали динамику заболеваемости, распространенности и смертности при ЗНО (на 100 тыс. населения) в УР в сравнении с РФ. Определены векторы совершенствования общественного здравоохранения при ЗНО. Применены методы: контент-анализ научной литературы, статистический, динамических рядов, сравнительный анализ. Статистическую обработку материала осуществляли на основе пакета программ STATISTICA 6.0 (StatSoft Inc., США). Для оценки достоверности применяли критерий t Уайта. Различия сравниваемых показателей считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В ходе анализа (рис. 1) представлена диаграмма динамики заболеваемости ЗНО по данным Удмуртской Республики и Российской Федерации за период 2002–2022 гг.

Динамика заболеваемости ЗНО в Удмуртской Республике и Российской Федерации за период 2002–2022 гг. характеризовалась одинаково направленными векторами роста в 2002–2019 гг. и 2020–2022 гг. В период 2019–2020 гг. установлена динамика снижения заболеваемости ЗНО в Удмуртской Республике и Российской Федерации, что обусловлено регистрацией в условиях пандемии.

За период 2002–2019 гг. установлен рост заболеваемости ЗНО в УР с 260 до 486,6 на 100 тыс. населения (темп роста 186,8%, темп прироста 86,8%). Аналогичная динамика заболеваемости ЗНО наблюдалась в РФ — с 317,2 до 443,6 на 100 тыс. населения (темп роста 139,8%, темп прироста 39,8%). За период 2019–2020 гг. заболеваемость ЗНО в УР снизилась — с 430,9 до 380,5 на 100 тыс. населения (темп роста 88,3%, отрицательный темп прироста –11,7%), как и в РФ — с 443,6 до 382,3 на 100 тыс. населения (темп роста 86,1%, отрицательный темп прироста –13,8%). За период

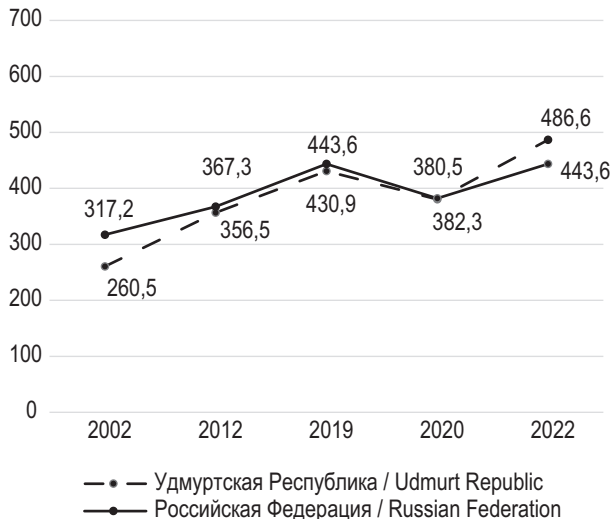


Рис. 1. Заболеваемость злокачественными новообразованиями по данным Удмуртской Республики и Российской Федерации в 2002–2022 гг. (на 100 тыс. населения)

Fig. 1. Morbidity of cancer on the data of Udmurt Republic and the Russian Federation in 2002–2022 (per 100 thousand population)

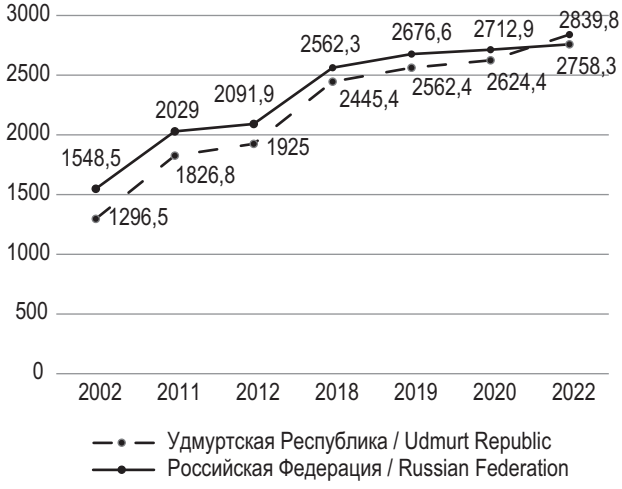


Рис. 2. Распространенность онкологических заболеваний по данным Удмуртской Республики и Российской Федерации в 2002–2012 гг. (на 100 тыс. населения)

Fig. 2. Prevalence of oncological diseases on the data of Udmurt Republic and the Russian Federation in 2002–2012 (per 100 thousand population)

2020–2022 гг. заболеваемость ЗНО в УР и РФ выросла соответственно с 380,5 до 486,6 на 100 тыс. населения (темп роста 127,88%, темп прироста 27,88%) и с 382,3 до 443,6 на 100 тыс. населения (темп роста 116,03%, темп прироста 16,03%).

Более интенсивный темп прироста заболеваемости ЗНО в период 2002–2019 гг., установленный в УР по сравнению с динамикой

среднего показателя по РФ — 86,8% и 39,8% соответственно, обусловлен более низкой заболеваемостью ЗНО в 2002 г. в УР, чем в РФ. В 2019 г. показатели заболеваемости ЗНО в УР и РФ достоверно не отличались — 430,9 и 443,6 на 100 тыс. населения соответственно. В 2022 г. заболеваемость ЗНО в УР была больше, чем в среднем по РФ в 1,1 раза.

Межрайонный региональный анализ за период 2013–2022 гг. выявил наибольший прирост заболеваемости ЗНО в Каракулинском (104,4%), Сюмсинском (92,5%) и Сарапульском (87,7%) районах. Доля онкологических заболеваний, подтвержденных морфологически, в 2022 г. составила 95,1%.

По данным анализа представлена диаграмма динамики распространенности онкологических заболеваний в УР и РФ за период 2002–2022 гг. (рис. 2).

В сравнении с динамикой заболеваемости ЗНО динамика распространенности онкологических заболеваний в УР и РФ в 2002–2022 гг. имела идентичный вектор, но с постоянным ростом без существенных колебаний за все время исследования. Распространенность ЗНО в УР выросла с 1296,5 до 2839,8 на 100 тыс. населения (темп роста 223,2%, темп прироста 123,2%), в РФ — с 1548,5 до 2758,3 на 100 тыс. населения (темп роста 178,1%, темп прироста 78,1%).

По результатам анализа на рисунке 3 представлена диаграмма заболеваемости ЗНО городского и сельского населения Удмуртской Республики за период 2002–2022 гг.

Исследуемый показатель за период 2002–2019 гг. вырос среди городского и сельского населения аналогично динамике общей заболеваемости ЗНО в УР. Среди городского населения отмечен более значительный положительный темп прироста заболеваемости ЗНО, чем среди сельского населения — 60,5 и 49,5% соответственно.

Динамика заболеваемости ЗНО среди городского и сельского населения за исследуемый период не имела однонаправленного вектора. За период 2019–2020 гг. заболеваемость ЗНО среди городского и сельского населения снизилась с 455,2 до 423,4 на 100 тыс. населения (темп роста 93%, отрицательный темп прироста –7%) и с 411,8 до 361,3 на 100 тыс. населения (темп роста 87,7%, отрицательный темп прироста –12,3%) соответственно. Таким образом, за период 2019–2020 гг. наблюдалась более интенсивная динамика снижения заболеваемости среди сельского населения, чем среди городского (что можно связать с доступностью медицинской помощи в период пандемии).

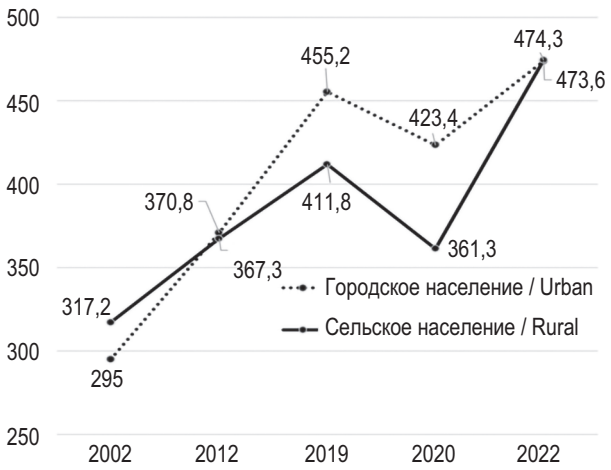


Рис. 3. Заболеваемость злокачественными новообразованиями городского и сельского населения по данным в Удмуртской Республике за 2002–2022 гг. (на 100 тыс. населения)

Fig. 3. Morbidity of cancer among urban and rural population on data of the Udmurt Republic in 2002–2022 (per 100 thousand population)

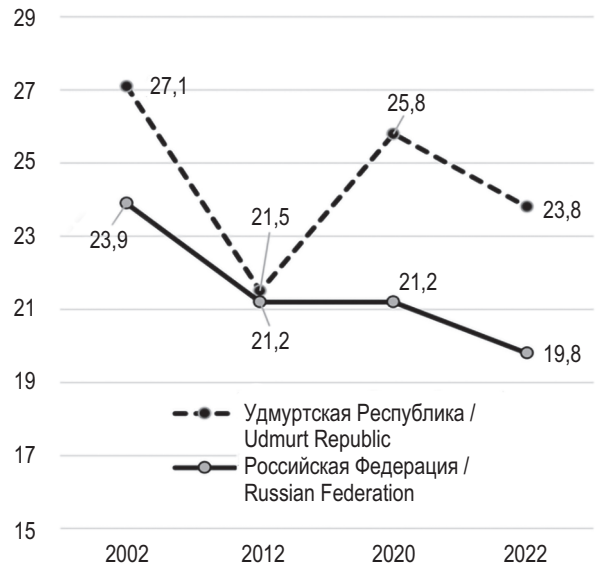


Рис. 4. Доля пациентов со злокачественными новообразованиями по данным в Удмуртской Республике и Российской Федерации, у которых диагностирована IV стадия заболевания, из числа пациентов с впервые выявленным онкологическим заболеванием (%)

Fig. 4. The proportion of patients with cancer stage IV on data of the Udmurt Republic and the Russian Federation among patients with newly diagnosed oncological disease (%)

В период 2020–2022 гг. зафиксирован рост заболеваемости ЗНО (так называемый компенсированный), более интенсивный среди сельского населения, чем среди городского, —

положительный прирост составил 31,1 и 12% соответственно. Достоверных различий показателя заболеваемости ЗНО среди городского и сельского населения в 2022 г. не установлено — 473,6 и 474,3 на 100 тыс. населения (p=0,95).

По результатам анализа на рисунке 4 представлена динамика доли пациентов с ЗНО в Удмуртской Республике и Российской Федерации за период 2002–2022 гг., у которых диагностирована IV стадия заболевания из числа пациентов с впервые выявленным онкологическим заболеванием.

В Российской Федерации за период 2002–2022 гг. доля пациентов с ЗНО, у которых диагностировали IV стадию заболевания, из числа пациентов с впервые выявленным онкологическим заболеванием снизилась, отрицательный прирост составил –17,15%. Однако за период 2012–2020 гг. исследуемый показатель в среднем по РФ не изменялся, составив 21,2%.

В Удмуртской Республике за период 2002–2012 гг. установлено снижение доли пациентов с диагностированной IV стадией ЗНО с впервые выявленным онкологическим заболеванием с 27,1 до 21,5% (отрицательный темп прироста –20,7%). Такие структурные динамики свидетельствуют о наличии потенциала для совершенствования онкологической помощи в регионе.

За период 2012–2020 гг. зарегистрирован рост исследуемого показателя с 21,5 до 25,1% (положительный темп прироста 16,7%) с последующим снижением за период 2020–2022 гг. с 25,1 до 23,8% (отрицательный темп прироста –5,18%). Наибольшая доля пациентов с запущенными ЗНО в 2022 г. зарегистрирована в Вавожском, Дебесском, Кизнерском и Камбарском районах; наименьшая — в Селтинском, Воткинском, Киясовском, Глазовском и Кезском районах.

По результатам анализа на рисунке 5 представлена диаграмма динамики смертности населения от ЗНО в Удмуртской Республике и Российской Федерации за период 2002–2022 гг.

Векторы динамики смертности населения от ЗНО в РФ и УР за период 2002–2022 гг. были разнонаправленные. В РФ за период 2002–2022 гг. произошло снижение смертности от ЗНО с 205 до 191,6 на 100 тыс. населения (отрицательный прирост –6,5%). В УР за период 2002–2022 гг. смертность от ЗНО выросла с 160,8 до 192,0 на 100 тыс. населения (темп роста 119,4%, темп прироста 19,4%). Интенсивный рост смертности населения от ЗНО в УР зафиксирован в период 2002–2020 гг. — с 160,8 до 195,7 на 100 тыс. населения (темп роста 121,7%,

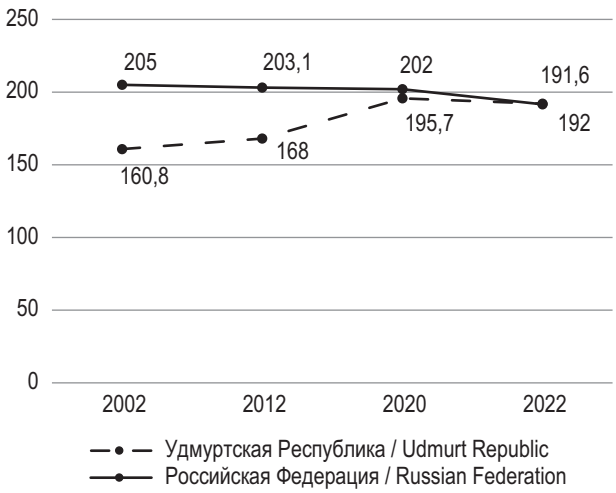


Рис. 5. Смертность от злокачественных новообразований по данным Удмуртской Республики и Российской Федерации в 2002–2022 гг. (на 100 тыс. населения)

Fig. 5. Mortality of patients with cancer on the data of the Udmurt Republic and the Russian Federation in 2002–2022 (per 100 thousand population)

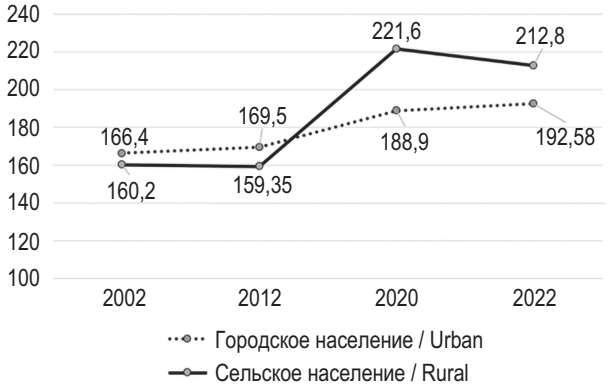


Рис. 6. Смертность от злокачественных новообразований среди городского и сельского населения по данным в Удмуртской Республике за период 2002–2022 гг. (на 100 тыс. населения)

Fig. 6. Mortality of patients with cancer among the urban and rural population on the data in the Udmurt Republic for the period 2002–2022 (per 100 thousand population)

темп прироста 21,7%). За период 2020–2022 гг. смертность от ЗНО в УР снизилась с 195,7 до 192 на 100 тыс. населения (отрицательный темп прироста –1,89%), но в 2022 г. оставалась выше среднего показателя по РФ — 192 и 191,6 на 100 тыс. населения соответственно.

По результатам анализа на рисунке 6 представлена динамика смертности от ЗНО среди городского и сельского населения в Удмуртской Республике за период 2002–2022 гг.

Смертность от ЗНО среди сельского населения УР за период 2002–2022 гг. выросла более значительно, чем среди городского населения, — положительный прирост составил 32,8 и 15,7% соответственно.

Смертность от ЗНО среди городского населения УР в 2002 и 2012 гг. достоверно не отличалась, составляя 166,4 и 169,5 на 100 тыс. населения (p=0,95) соответственно. В сельских территориях отмечено аналогичное статистическое соотношение — 160,2 и 159,3 на 100 тыс. населения (p=0,95) соответственно.

В период 2012–2020 гг. отмечен рост смертности от ЗНО среди городского населения УР с 169,5 до 221,6 на 100 тыс. населения (темп роста 130,7%, темп прироста 30,7%,). Среди сельского населения УР смертность от ЗНО интенсивно выросла за период 2012–2020 гг. — с 159,95 до 221,6 на 100 тыс. населения (темп роста 138,5%, темп прироста 38,5%), с последующим снижением к 2022 г. до 212,6 на 100 тыс. населения (отрицательный темп прироста –3,97%).

В 2022 г. смертность от ЗНО среди городского населения УР была ниже, чем сельского, — 192,58 и 212,8 на 100 тыс. населения соответственно (p=0,9).

Рост заболеваемости и смертности населения УР в период 2002–2022 гг. происходил на фоне кадрового дефицита врачей-онкологов, как на уровне городского, так и районного здравоохранения. В Вавожском районе обеспеченность врачами-онкологами в 2022 и 2023 гг. составляла 0,72 на 10 тыс. населения, в Малопургинском районе — 0,32 на 10 тыс. населения, в то время как в г. Ижевске 33,26 и 34,05 на 10 тыс. населения соответственно, в г. Воткинске — 22,2 и 21,5 на 10 тыс. населения, в г. Глазове — 27,25 и 27,82 на 10 тыс. населения. В Дебесском, Алнашском, Вавожском, Красногорском, Игринском, Сюмсинском, Глазовском, Селтинском районах обеспеченность врачами-онкологами в исследуемые годы была нулевая. В среднем по УР в 2002–2023 г. обеспеченность врачами-онкологами составила 0,78 на 10 тыс. населения.

ОБСУЖДЕНИЕ

В исследовании за период 2002–2022 гг. установлена динамика роста заболеваемости, распространенности и смертности населения по данным Удмуртской Республики при ЗНО.

Динамика роста заболеваемости населения ЗНО за период 2002–2022 гг. в УР соответствовала динамике в РФ. Смертность от ЗНО в УР выросла с 160,8 до 192,0 на 100 тыс. населения, в то время как в РФ — снизилась с 205 до 191,6 на 100 тыс. населения.

В соответствии с распоряжением Правительства Удмуртской Республики от 21 июня 2019 г. № 725-р «Об утверждении региональной программы “Борьба с онкологическими заболеваниями в Удмуртской Республике на 2019–2024 годы”» (с изменениями от 25 сентября 2023 г.) смертность от ЗНО в Удмуртской Республике в 2024 г. должна была быть снижена до 182 на 100 тыс. населения [13].

Заболеваемость ЗНО в УР, достигнув максимума 486,6 на 100 тыс. населения за период исследования в 2022 г., достоверно не отличалась среди городского и сельского населения — 474,3 и 473,6 на 100 тыс. населения (p=0,95) соответственно.

Распространенность ЗНО в УР и РФ в исследуемые годы характеризовалась динамикой положительного прироста, в УР более интенсивного, чем в РФ, — 123,2 и 78,1% соответственно.

Смертность от ЗНО в УР за период 2002–2022 гг. выросла до 192 на 100 тыс. населения, положительный темп прироста составил 19,4%. За аналогичный период в среднем по РФ смертность населения от ЗНО постоянно снижалась, достигнув в 2022 г. 191,6 на 100 тыс. населения (отрицательный прирост –6,5%).

Доля пациентов с диагностированной IV стадией ЗНО из числа пациентов с первично выявленными онкологическими заболеваниями в период 2002–2022 гг. в УР была выше, чем в среднем по РФ, и только в 2012 г. достоверно не отличалась — 21,5 и 21,2% соответственно. За период 2020–2022 гг. в среднем по РФ и в УР отмечена тенденция снижения доли пациентов с диагностируемой IV стадией заболевания.

В исследуемый период в УР установлен кадровый дефицит врачей-онкологов, преимущественно на уровне районного здравоохранения, вызывающий снижение доступности онкологической помощи на этапе амбулаторно-поликлинической помощи. В соответствии с распоряжением Правительства Удмуртской Республики от 21 июня 2019 г. № 725-р «Об утверждении региональной программы “Борьба с онкологическими заболеваниями в Удмуртской Республике на 2019–2024 годы”» (с изменениями от 25 сентября 2023 года), в Удмуртской Республике онкологическую помощь оказывают в первичных онкологических кабинетах, в центрах амбулаторной онкологической помощи и онкодиспансере. Семь центров амбулаторной онкологической помощи открыты в 2021 г. в боль-

ницах Воткинска, Глазова, Сарапула, Можги и Игры. В УР создана трехуровневая система оказания медицинской помощи пациентам с ЗНО, включающая: 1-й уровень — 29 первичных онкологических кабинетов и 53 смотровых кабинета; 2-й уровень — 7 центров амбулаторно-онкологической помощи; 3-й уровень — региональный центр Бюджетное учреждение здравоохранения Удмуртской Республики «Республиканский клинический онкологический диспансер имени Сергея Григорьевича Примушко Министерства здравоохранения Удмуртской Республики». В 2023 г. на диспансерном наблюдении находились 44 тыс. пациентов с ЗНО. В 2023 г. выявлены более 7,3 тыс. новых случаев злокачественных новообразований, включая около 40% случаев заболеваний на III и IV стадиях [13].

Организационные мероприятия и укрепление материально-технической базы системы онкологической помощи в Удмуртской Республике в исследуемый период не способствовали нивелированию кадрового дефицита врачей-онкологов. В 2024–2025 г. внедрены телемедицинская и вахтовая технологии первичной специализированной медико-санитарной помощи при ЗНО с привлечением главного внештатного специалиста по онкологической помощи Минздрава Удмуртской Республики. Совершенствование онкологической помощи на уровне региона основано на применении клинико-организационных решений с доказанной эффективностью, включая вахтовую и телемедицинскую модели первичной специализированной медико-санитарной помощи при ЗНО [14].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По данным анализа в Удмуртской Республике за период 2002–2022 гг. установлена динамика роста заболеваемости, распространенности и смертности населения Удмуртской Республики при ЗНО на фоне кадрового дефицита врачей-онкологов, преимущественно на уровне сельского здравоохранения. Улучшение кадровой доступности онкологической помощи определено актуальной задачей совершенствования общественного здравоохранения в Удмуртской Республике в целях снижения заболеваемости и смертности от ЗНО. Динамика снижения доли пациентов с IV стадией ЗНО среди пациентов с впервые диагностированным онкологическим заболеванием за период 2020–2022 гг. в УР позволяет сделать заключение о медицинской эффективности проводимых клинико-организационных мероприятий в регионе. Прогнозируется, что снижение заболеваемости ЗНО в Удмуртской Республике будет происходить на фоне повышения доступности первичной специализированной (онкологической) медико-санитарной помощи с применением вахтовой и телемедицинской технологии. Структурная динамика показателей свидетельствует о наличии потенциала здравоохранения для прогноза ограничения роста ЗНО в регионе в свете разработки системы дистанционного консилиума расширения охвата первичной медико-санитарной помощью на уровне фельдшерско-акушерских пунктов.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования — Д.И. Кича, О.В. Рукодайный, С.А. Багин, Р.С. Голощапов-Аксенов; сбор и обработка материала — С.А. Багин, Р.С. Голощапов-Аксенов; написание текста — Д.И. Кича, С.А. Багин, Р.С. Голощапов-Аксенов; составление списка литературы — Д.И. Кича, С.А. Багин, Р.С. Голощапов-Аксенов; статистическая оценка данных — Д.И. Кича, Р.С. Голощапов-Аксенов; научное редактирование — Д.И. Кича, О.В. Рукодайный, С.А. Багин, Р.С. Голощапов-Аксенов. Все авторы — утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Соблюдение этических стандартов. Исследование не требует представления заключения комитета по биомедицинской этике или иных документов.

ADDITIONAL INFORMATION

Authors' contribution: research concept and design — D.I. Kich, O.V. Rukodaynyy, S.A. Bagin, R.S. Goloshchapov-Aksenov; collection and processing of the material — S.A. Bagin, R.S. Goloshchapov-Aksenov; writing a text — D.I. Kicha, S.A. Bagin, R.S. Goloshchapov-Aksenov; making a list of references — D.I. Kicha, S. A. Bagin, R.S. Goloshchapov-Aksenov; statistical evaluation of data — D.I. Kicha, R.S. Goloshchapov-Aksenov; scientific editing — D.I. Kicha, O.V. Rukodaynyy, S.A. Bagin, R.S. Goloshchapov-Aksenov. All authors are responsible for approving the final version of the article and ensuring the integrity of all parts of the article.

Funding. The study did not have sponsorship.

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

Compliance with ethical standards. The study does not require the submission of a biomedical ethics committee opinion or other documents.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bray F., Laversanne M., Weiderpass E., Soerjomataram I. The ever-increasing importance of cancer as a leading cause of premature death worldwide. *Cancer.* 2021;127(16):3029–3030. https://doi.org/10.1002/cncr.33587.
2. Ferlay J., Ervik M., Lam F., Laversanne M., Colombet M., Mery L., Piñeros M., Znaor A., Soerjomataram I., Bray F. Global Cancer Observatory: Cancer Today (version 1.1). Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2024. Available at: https://gco.iarc.who.int/today (accessed 12.09.2024).
3. Chen S., Cao Z., Prettner K., Kuhn M., Yang J., Jiao L., Wang Z., Li W., Geldsetzer P., Bärnighausen T., Bloom D., Wang C. Estimates and projections of the global economic cost of 29 cancers in 204 countries and territories from 2020 to 2050. *JAMA Oncol*. 2023;9(4):465–472. https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2022.7826.
4. Guida F., Kidman R., Ferlay J., Schüz J., Soerjomataram I., Kithaka B., Ginsburg O., Mailhot Vega R., Galukande M., Parham G., Vaccarella S., Canfell K., Ilbawi A., Anderson B., Bray F., Dos-Santos-Silva I., McCormack V. Global and regional estimates of orphans attributed to maternal cancer mortality in 2020. *Nat Med*. 2022;28(12):2563–2572. https://doi.org/10.1038/s41591-022-02109-2.
5. International Agency for Research on Cancer. Available at: https://www.cancer.gov/policies/linking (accessed 12.06.2024).
6. Bray F., Laversanne M., Sung H., Ferlay J., Siegel R., Soerjomataram I., Jemal A. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2024;74(3):229–263. https://doi.org/10.3322/caac.21834.
7. Siegel R., Miller K., Wagle N., Jemal A. Cancer statistics, 2023. *CA Cancer J Clin*. 2023;73(1):17–48. https://doi.org/10.3322/caac.21763.
8. Santucci C., Mignozzi S., Malvezzi M., Boffetta P., Collatuzzo G., Levi F., La Vecchia C., Negri E. European cancer mortality predictions for the year 2024 with focus on colorectal cancer. *Ann Oncol*. 2024;35(3):308–316. https://doi.org/10.1016/j.annonc.2023.12.003.
9. Шахзадова А.О., Старинский В.В., Лисичникова И.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2022 году. *Сибирский онкологический журнал*. 2023;22(5):5–13. https://doi.org/10.21294/1814-4861-2023-22-5-5-13.
10. Состояние онкологической помощи населению России в 2022 год. Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадова А.О., ред. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; 2022.
11. Голощапов-Аксенов Р.С., Рукодайный О.В., Колединский А.Г., Шабуров Р.И., Волков П.С., Тхакур А.С. Модель врача-специалиста на этапе первичной медико-санитарной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях. *Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний*. 2022;11(4S):125–133. https://doi.org/10.17802/2306-1278-2022-11-4S-125-133.
12. Улумбекова Г.Э., Альвианская Н.В., Петрачков И.В. Организация и финансирование онкологической помощи в РФ в 2018–2024 гг. *ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ*. 2022;8(1):33–74. https://doi.org/10.33029/2411-8621-2022-8-1-33-74.
13. Распоряжение Правительства Удмуртской Республики от 21 июня 2019 г. № 725-р «Об утверждении региональной программы “Борьба с онкологическими заболеваниями в Удмуртской Республике на 2019–2024 годы”» (с изменениями от 25 сентября 2023 г.). Доступен по: https://docs.cntd.ru/document/561420199 (дата обращения 12.06.2024).
14. Голощапов-Аксенов Р.С., Багин С.А., Рукодайный О.В., Кича Д.И. Опыт применения вахтовой волонтерской технологии первичной специализированной медико-санитарной помощи сельскому населению при сердечно-сосудистых заболеваниях. *Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания*. Тезисы докладов и сообщений. XXX Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. г. Москва, 24–27 ноября 2024 г. 2024;25(6, Приложение):205.

REFERENCES

1. Bray F., Laversanne M., Weiderpass E., Soerjomataram I. The ever-increasing importance of cancer as a leading cause of premature death worldwide. *Cancer.* 2021;127(16):3029–3030. https://doi.org/10.1002/cncr.33587.
2. Ferlay J., Ervik M., Lam F., Laversanne M., Colombet M., Mery L., Piñeros M., Znaor A., Soerjomataram I., Bray F. Global Cancer Observatory: Cancer Today (version 1.1). Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2024. Available at: https://gco.iarc.who.int/today (accessed 12.09.2024).
3. Chen S., Cao Z., Prettner K., Kuhn M., Yang J., Jiao L., Wang Z., Li W., Geldsetzer P., Bärnighausen T., Bloom D., Wang C. Estimates and projections of the global economic cost of 29 cancers in 204 countries and territories from 2020 to 2050. *JAMA Oncol*. 2023;9(4):465–472. https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2022.7826.
4. Guida F., Kidman R., Ferlay J., Schüz J., Soerjomataram I., Kithaka B., Ginsburg O., Mailhot Vega R., Galukande M., Parham G., Vaccarella S., Canfell K., Ilbawi A., Anderson B., Bray F., Dos-Santos-Silva I., McCormack V. Global and regional estimates of orphans

attributed to maternal cancer mortality in 2020. *Nat Med*. 2022;28(12):2563–2572. https://doi.org/10.1038/s41591-022-02109-2.

5. International Agency for Research on Cancer. Available at: https://www.cancer.gov/policies/linking (accessed 12.06.2024).
6. Bray F., Laversanne M., Sung H., Ferlay J., Siegel R., Soerjomataram I., Jemal A. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2024;74(3):229–263. https://doi.org/10.3322/caac.21834.
7. Siegel R., Miller K., Wagle N., Jemal A. Cancer statistics, 2023. *CA Cancer J Clin*. 2023;73(1):17–48. https://doi.org/10.3322/caac.21763.
8. Santucci C., Mignozzi S., Malvezzi M., Boffetta P., Collatuzzo G., Levi F., La Vecchia C., Negri E. European cancer mortality predictions for the year 2024 with focus on colorectal cancer. *Ann Oncol*. 2024;35(3):308–316. https://doi.org/10.1016/j.annonc.2023.12.003.
9. Shakhzadova A.O., Starinsky V.V., Lisichnikova I.V. Cancer care to the population of Russia in 2022. *Siberian journal of oncology*. 2023;22(5):5–13. (In Russian). https://doi.org/10.21294/1814-4861-2023-22-5-5-13.
10. The state of cancer care for the population of Russia in 2022. A.D. Kaprin, V.V. Starinsky, A.O. Shakhzadova, ed. Moscow: MNIOI im. P.A. Herzen — branch of the Federal State Budgetary Institution “National Medical Research Center of Radiology” of the Ministry of Health of Russia; 2022. (In Russian).
11. Goloshchapov-Aksenov R.S., Rukodaynyy O.V., Koledinsky A.G., Shaburov R.I., Volkov P.S., Thakur A.S. The model of a primary medical care specialist for cardiovascular diseases. *Complex Issues of Cardiovascular Diseases*. 2022;11(4S):125–133. (In Russian). https://doi.org/10.17802/2306-1278-2022-11-4S-125-133.
12. Ulumbekova G.E., Alvianskaya N.V., Petrachkov I.V. Organization and financing of cancer care in the Russian Federation in 2018–2024. *HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ*. 2022;8(1):33–74. (in Russian). https://doi.org/10.33029/2411-8621-2022-8-1-33-74.
13. Rasporyazhenie Pravitel’stva Udmurtskoy Respubliki ot 21 iyunya 2019 g. N 725-r «Ob utverzhdenii regional’noy programmy «Bor’ba s onkologicheskimi zabolevaniyami v Udmurtskoy Respublike na 2019-2024 gody» (s izmeneniyami ot 25 sentyabrya 2023 goda). Available at: https://docs.cntd.ru/document/561420199 (accessed: 12.06.2024). (In Russian).
14. Goloshchapov-Aksenov R.S., Bagin S.A., Rukodaynyy O.V., Kicha D.I. Experience of using shift volunteer technology of primary specialized health care to the rural population with cardiovascular diseases. *Bulletin of the Scientific Center for Cardiovascular Surgery named after A.N. Bakulev, Russian Academy of Medical Sciences. Cardiovascular diseases*. Abstracts of papers and reports. XXX All-Russian Congress of Cardiovascular Surgeons. Moscow, November 24–27, 2024. 2024;25(6, Suppl.):205. (In Russian).

Оригинальная статья

УДК 159.944+331.442-057+613.98-053.9
https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.54.12.007

Риск профессиональной дезадаптации медицинских работников пожилого возраста

Наталия Викторовна Козина, Александра Сергеевна Успенская

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2, Российская Федерация

Контактная информация: Наталия Викторовна Козина — к. псх. н., доцент кафедры клинической психологии. E-mail: navico@mail.ru; https://orcid.org/0009-0008-2748-833X; SPIN: 3478-0716

Для цитирования: Козина Н.В., Успенская А.С. Риск профессиональной дезадаптации медицинских работников пожилого возраста. *Медицина и организация здравоохранения*. 2025;10(3):72–83. https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.54.12.007.

Поступила: 20.08.2025 ***Одобрена: 26.09.2025*** ***Принята к печати: 28.11.2025***

РЕЗЮМЕ. ***Введение.*** Многие исследования подтверждают стрессогенность условий медицинских учреждений. Наиболее страдающая группа сотрудников медицинских учреждений — это работники от 55 лет. ***Цель исследования*** — изучение предрасположенности к развитию профессиональной дезадаптации у пожилых медицинских работников (врачей и среднего медицинского персонала), работающих в санаторно-курортных и больничных учреждениях. ***Материалы и методы.*** В исследовании участвовали врачи и средний медицинский персонал больницы и санаторно-курортного учреждения. В каждой из четырех групп по 15 человек от 60 до 75 лет. ***Результаты.*** Значимыми для пожилых медиков являются проблемы, связанные с отношениями с руководством (53,3% врачей из санатория и 60% врачей из больницы). Уровень дезадаптации среднего медицинского персонала больницы выше, чем у среднего медицинского персонала санатория (60,33±8,59 и 51,60±7,60 баллов соответственно при ($p \leq 0,01$)). У всех групп медиков показатели по шкале «Моторный темп» близки к низким. Для всех исследованных медицинских работников характерен низкий показатель по шкале «Самоконтроль». Средний медицинский персонал больницы более дезадаптирован вследствие повышенной нагрузки. ***Выводы.*** Основной профессиональной проблемой врачи считают наличие конфликтов в общении с руководством и коллегами, а средний медицинский персонал — несовершенство организации условий труда. Дезадаптирующими характеристиками для всех групп медиков пожилого возраста являются низкая скорость двигательной активности, эмоциональная несдержанность и стремление избегать неожиданных событий.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: профессиональный стресс, профессиональная дезадаптация, медики пожилого возраста, стратегии совладающего поведения, личностные ресурсы

© Козина Н.В., Успенская А.С., 2025

Original papers

https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.54.12.007

The risk of professional disadaptation of elderly medical workers

Natalia V. Kozina, Alexandra S. Uspenskaya

Saint Petersburg State Pediatric Medical University, 2 Litovskaya str., Saint Petersburg, 194100, Russian Federation

Contact information: Natalia V. Kozina — Cand. Sci. (Psychology), Associate Professor of the Department of Clinical Psychology. E-mail: navico@mail.ru; https://orcid.org/0009-0008-2748-833X; SPIN: 3478-0716

For citation: Kozina N.V., Uspenskaya A.S. The risk of professional disadaptation of elderly medical workers. *Medicine and Health Care Organization*. 2025;10(3):72–83. https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.54.12.007.

Received: 20.08.2025 ***Revised: 26.09.2025*** ***Accepted: 28.11.2025***

ABSTRACT. ***Introduction.*** Modern research confirms the presence of stress-related working conditions in various medical institutions. Elderly employees can be identified as one of the most problematic groups. ***The purpose of the research:*** the goal is to study predisposition to development of professional maladaptation in elderly medical workers. ***Materials and methods.*** The study involves doctors and nursing staff of hospitals and sanatoriums. Each of the 4 test groups includes 15 people from 60 to 75 years old. ***Results.*** The most significant problems for elderly doctors are those related to the relationship between doctors and managing staff (53.3% of doctors from sanatoriums and 60% of hospital doctors). The level of maladaptation of the average medical staff of a hospital is higher than that of the average medical staff of a sanatorium (60.33±8.59 and 51.60±7.60 points, respectively, at ($p \leq 0.01$)). All groups of physicians are characterized by low self control. The low level of motor pace can be explained by age-related changes. ***Conclusion.*** Doctors consider the main professional problem to be the presence of conflicts in communication with the management and colleagues, and the nursing staff — the imperfection of the working conditions' organization. Maladaptive characteristics for all elderly physicians are low speed of motor activity, emotional intemperance and the desire to avoid unpredictable events.

KEYWORDS: professional stress, professional maladaptation, elderly medical personnel, coping strategies, personal resources

© Kozina N.V., Uspenskaya A.S., 2025

ВВЕДЕНИЕ

Тема исследования адаптационных возможностей медицинских работников в условиях напряженной профессиональной деятельности актуальна уже много лет, активно изучается отечественными и зарубежными авторами [1–4].

Профессиональная адаптация рассматривается как приспособление к условиям конкретного труда и/или изменение этих условий в конкретных рабочих ситуациях, что обеспечивается активностью личности работника и способствует его развитию. Особенности профессиональной адаптации могут быть связаны с разнообразными характеристиками работника: с уровнем его квалификации (выполняет ли сотрудник обязанности врача [1] или работает в должности среднего медицинского персонала [5]), со спецификой профессиональных условий, предоставляемых медицинской организацией [2, 5], с возрастом и стажем работника [6], а также с особенностями копинг-стратегий, которые используют медики различных специализаций [7]. Многие исследования подтверждают высокую стрессогенность условий, в которых оказываются медики больничных учреждений [1, 5]. Считается, что характер деятельности работников санаторно-курортных учреждений менее напряженный, чем деятельность хирургов, анестезиологов, терапевтов в больнице. При этом, по данным П.И. Сидорова, И.А. Новиковой, проявления дезадаптации имеются у каждого пятого сотрудника санаторно-курортного учреждения, несмотря на то что условия труда в данных учреждениях менее интенсивны и стрессогенны [8]. Говоря о возрасте и стаже работы медиков, следует обратиться к исследованию И.В. Васильевой, в котором утверждается, что наиболее страдающая группа сотрудников медицинских учреждений — это работники возрастного диапазона от 55 лет и более, имеющие стаж более 15 лет в сфере здравоохранения [9]. Исследование медиков данной возрастной категории также актуально в связи с тем, что, по данным Н.Г. Баженовой, коллективы работников здравоохранения «стареют»: 62% медиков составляют сотрудники, стаж которых от 15 лет и более [10].

Исследуя здоровье пожилых людей, В.В. Фролькис получил результаты, свидетельствующие о том, что в возрасте от 60–75 лет проявляется склонность к развитию старческой гипоксии [11]. Уменьшение количества энергии заставляет весь организм пожилого человека перестраивать работу на энергетически более экономный режим функционирования, что может внешне выражаться в эмоциональных изменениях. Т.А. Немчин, исследуя лиц пожилого возраста, выделил у них устойчивое, ригидное доминирование определенной модальности переживаний, таких как тревога, грусть, раздражительность [12].

Под влиянием старческой гипоксии психические процессы подвергаются следующим изменениям: происходит уменьшение чувствительности к воздействующим на организм внешним стимулам, снижается скорость восприятия и уменьшается сам объем воспринимаемых объектов окружающей среды, следствием чего является развитие мнительности, снижаются параметры интеллектуальной деятельности. Однако данные изменения обладают широкой вариативностью у пожилых людей и могут проявлять себя по-разному. У некоторых они выражаются в приобретении таких черт личности, как рассудительность и осторожность, у других можно наблюдать заметное снижение механического запоминания, которое компенсируется за счет логически-смысловой памяти. Также явными становятся изменения психомоторного компонента: происходит ухудшение процессов регуляции мелкой моторики, наиболее тонких движений [13].

Логично предположить, что и профессиональная адаптация у пожилых сотрудников протекает труднее, чем у молодых коллег. Рассмотрим некоторые особенности адаптации пожилых людей к обязанностям, которые предъявляются к ним на работе.

Г.С. Никифоров выделил такую особенность адаптации пожилых людей, как поиск среды, которая бы максимально подходила для нормального функционирования, так как пожилые в меньшей степени склонны менять самих себя и самостоятельно адаптироваться к внешним условиям [13].

Н.В. Яковлева и Ю.В. Силина изучали дезадаптивные нервно-психические состояния у врачей пожилого возраста (60–68 лет). У пожилых сотрудников были выявлены часто встречающиеся расстройства сна, цереброастеническая симптоматика, ухудшение работы памяти, снижение чувствительности анализаторов (слухового, зрительного и кожно-кинестетического), общая слабость организма, сниженные резервные возможности центральной нервной системы [6].

В исследовании И.В. Тихоновой была изучена направленность реакций в процессе межличностного взаимодействия [14]. Выяснилось, что средний медицинский персонал молодого

возраста использует при общении чаще всего ответы интрапунитивной направленности, а медики пожилого возраста — экстрапунитивной. Таким образом, во время рабочих конфликтов молодые медики берут ответственность за возникшее недопонимание на себя, а пожилые представители среднего медицинского персонала соотносят причину конфликта с теми, с кем непосредственно вступают в конфронтацию, что способствует усугублению конфликта с пациентами.

Стоит отметить также и способствующие адаптации особенности людей пожилого возраста. Так, на степень выраженности трансформаций, связанных с уменьшением физических возможностей организма, влияют как исходные физические возможности, которые индивидуальны, так и регулярность выполнения физических упражнений в течение всей жизни [13]. Кроме того, профессиональная деятельность некоторых пожилых врачей характеризуется ростом качества и точности диагностического оценивания на основе визуального осмотра пациента, хотя работа зрительного анализатора и ухудшается [12]. Также в исследовании М.Д. Петраш были рассмотрены способы совладающего поведения у пожилых медицинских работников, в результате чего было выявлено, что врачи в трудных ситуациях чаще всего склонны выбирать такие копинг-стратегии, как «принятие ответственности», «планирование решения проблемы», «самоконтроль». Представители среднего медицинского персонала обращаются к следующим стратегиям совладающего поведения: «планирование решения проблемы», «самоконтроль», «принятие ответственности» [15]. В том же исследовании были изучены профессиональные ресурсы. У врачей таким ресурсом является целеустремленность, у среднего медицинского персонала — психофизиологический потенциал и экстраверсия.

Таким образом, у пожилых медиков выявлена тенденция проявления симптоматики, связанной с инволюционными физиологическими изменениями. Кроме того, существует немало факторов, позволяющих сотрудникам пожилого возраста эффективно выполнять свои профессиональные обязанности.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

На основании изученной проблематики была сформулирована цель исследования — изучение предрасположенности к развитию профессиональной дезадаптации у пожилых медицинских работников (врачей и среднего медицинского персонала), работающих в санаторно-курортных и больничных учреждениях. Благодаря полученным данным можно будет выделить схожие и отличительные характеристики и сформулировать ряд теоретических положений, которые несли бы в себе информацию о том, как связаны место работы и профиль деятельности медиков пожилого возраста с особенностями их профессиональной адаптации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проведенном исследовании приняли участие сотрудники больницы (врачи, n=15; средний медицинский персонал, n=15) и санаторно-курортного учреждения (врачи, n=15; средний медицинский персонал, n=15). Возраст — от 60 до 75 лет. Все респонденты дали письменное добровольное информированное согласие на участие в исследовании и отрицают влияние хронических заболеваний на психологическое состояние.

Для психологической диагностики были использованы: авторская анкета для выявления социально-демографических характеристик и особенностей субъективного восприятия профессиональных проблем Н.В. Козиной и А.С. Успенской; опросник для оценки проявлений профессиональной дезадаптации О.Н. Родиной, опросник структуры темперамента-компакт (STQ-77) по нейрохимической модели FET В.М. Русалова и И.Н. Трофимовой для исследования психофизиологических характеристик, опросник «Адаптивные стратегии поведения» (АСП) Н.Н. Мельниковой для изучения коммуникативных стратегий совладания со стрессом, опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса (адаптация Т.Л. Крюковой и Е.В. Куфтяк) для определения стратегий совладающего поведения; метод открытого включенного наблюдения; метод вводной беседы; непараметрический U-критерий Манна–Уитни для проведения математического анализа полученных данных.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наиболее значимыми для пожилых врачей как больницы, так и санатория являются профессиональные проблемы, связанные с отношениями с руководством (по данным анкеты, 53,3% врачей из санатория и 60% врачей из больницы имеют высокий уровень по этой шкале). Кроме того, в группах врачей получены высокие показатели по шкалам «Проблемы в отношениях с коллегами» (53,3% в санатории

и 73,3% в больнице) и «Редукция личных достижений» (53,3% в санатории и 66,7% в больнице).

60% среднего медицинского персонала пожилого возраста больничного учреждения говорят о несовершенстве организации условий труда, при этом в индивидуальной беседе отмечают трудности, связанные с дефицитом кадров и возникающей в связи с этим высокой нагрузкой на каждого из работников. Также они отмечают такие проблемы, как редукция личных достижений, истощение энергетических ресурсов и повышенный уровень тревоги.

53,3% среднего медицинского персонала санатория выделяют трудности, связанные с несовершенством организации условий труда. Опытные работники говорят об устаревшем оборудовании, из-за чего падает качество оказываемых услуг пациентам.

Работники больницы в большей степени, чем медики санатория, волнуются из-за проблем с работой. Также у всех респондентов высокие показатели получены по выраженности переживаний в сфере здоровья (60, 73,3, 66,7, 80% в каждой из групп).

Пожилые работники отмечают ресурсы, которые позволяют им восстановить свой энергетический потенциал. Нами рассмотрены ресурсы, позволяющие пожилым работникам адаптивно справляться с профессиональными задачами. Так, 53,3% врачей санатория предпочитают прогулки, в то время как 60% врачей больницы считают, что основной способ отдохнуть — это выйти в отпуск. Многие испытуемые указывали на важность качественного сна: его значимость выделяет для себя 66,7% врачей санатория, 73,3% врачей больницы и 60% среднего медицинского персонала больницы.

Согласно данным, представленным в таблице 1, результаты у врачей санатория и у врачей больницы имеют сходную характеристику и достоверных различий между ними не найдено. Следует отметить, что у врачей больницы получены повышенные показатели по шкале «Особенности отдельных психических процессов», что может выражаться в забывчивости и отвлекаемости, и по шкале «Ощущение усталости», которые могут свидетельствовать о снижении активности пожилых работников. Также у врачей больницы выражены трудности

Таблица 1

Сравнительный анализ результатов по отдельным шкалам у врачей и медицинского персонала (Опросник для оценки проявлений профессиональной дезадаптации О.Н. Родиной)

Table 1

Comparative analysis of results across individual scales among doctors and nursing staff (Questionnaire for assessing manifestations of maladaptation by O.N. Rodina)

Группы / Groups / Шкалы / Scales	**Врачи. Санаторий / Doctors. Sanatorium**	**Врачи. Больница / Doctors. Hospital**	**Средний медицинский персонал. Санаторий / Nursing staff. Sanatorium**	**Средний медицинский персонал. Больница / Nursing staff. Hospital**
Эмоциональные сдвиги / Emotional shifts	8,80±1,63	7,87±1,97	5,87±1,50***	9,67±1,99***
Особенности отдельных психических процессов / Characteristics of specific mental processes	5,53±1,20	**6,33±1,44**	4,33±1,45*	5,60±1,71*
Снижение общей активности / Decrease in overall activity	6,53±1,26	6,93±1,83	5,07±1,71	5,13±2,23
Ощущение усталости / Sensation of fatigue	7,33±1,02	**8,40±1,96**	7,43±1,73	7,13±1,36
Соматовегетативные нарушения / Somatovegetative disturbances	11,47±1,14	12,47±1,44	10,93±1,03**	13,60±1,64**
Нарушение цикла «сон–бодрствование» / Disruption of the “sleep–wake” cycle	8,73±1,99	9,00±1,51	9,20±1,43	9,93±1,71
Особенности социального взаимодействия / Features of social interaction	6,67±1,78	**8,27±1,37**	4,93±1,01	5,87±1,37
Снижение мотивации к деятельности / Reduction in motivation for activity	4,20±1,32	4,13±1,60	3,13±1,06	3,40±0,83

Достоверность различий / Significance of differences: * p ≤0,05; ** p ≤0,01; *** p ≤0,001.
Примечание: жирным шрифтом выделены значения, выходящие за пределы нормативных значений.
Note: values outside the standard range are shown in bold.

социального взаимодействия, которые проявляются в сниженной общительности и наличии конфликтов с коллегами. Достоверные различия между медицинским персоналом санатория и больницы получены по шкалам «Эмоциональные сдвиги», «Особенности отдельных психических процессов», «Соматовегетативные нарушения». Хотя полученные значения нельзя назвать высокими, наиболее выражены они у среднего медицинского персонала больницы, что может проявляться в безразличии, забывчивости и большом количестве жалоб на здоровье у медиков больницы.

Результаты, представленные в таблице 2, свидетельствуют о наличии низких показателей у большинства пожилых врачей больницы и санатория по шкале «Оценка вероятностей». Это связано с тем, что врачи чаще всего не строят долгосрочных планов лечения пациентов, а действуют исходя из актуальной ситуации здоровья пациента. При таких условиях часто пациенты оказываются недостаточно обследованными и жалуются на то, что лечение не помогает. Также у пожилых врачей наблюдаются близкие к низким значения по шкале «Моторный темп», что проявляется в низкой скорости выполнения физических действий. Пожилые врачи как больницы, так и санатория жалуются на недостаток времени для выполнения поставленных задач: они дольше, чем более молодые их коллеги, работают над заполнением медицинской документации. Кроме того, у врачей пожилого возраста обеих групп достаточно низкие показатели по шкале «Довольность», что выражается в том, что они чаще всего настроены пессимистично относительно дальнейшего развития событий. Так, врачи санатория высказывают негативные прогнозы по поводу будущего организации, а между врачами больницы часто возникают конфликты, связанные с трудностями в согласовании плана лечения пациентов.

По данным таблицы 2 было выявлено:

- для всех исследованных медиков свойственна высокая социально-вербальная выносливость;
- у пожилых врачей больницы выявлена низкая способность быстро адаптироваться к изменяющимся ситуациям, менять программу действий и переключаться между задачами;

Таблица 2

Сравнительный анализ психофизиологических характеристик врачей и среднего медицинского персонала (Опросник структуры темперамента-компакт (STQ-77) по нейрохимической модели FET В.М. Русалова и И.Н. Трофимовой)

Table 2

Comparative analysis of psychophysiological characteristics of doctors and nursing staff (Structure of Temperament Questionnaire (STQ-77) by V.M. Rusalov and I.N. Trofimova)

Группы / Groups / **Шкалы / Scales**	**Врачи. Санаторий / Doctors. Sanatorium**	**Врачи. Больница / Doctors. Hospital**	**Средний медицинский персонал. Санаторий / Nursing staff. Sanatorium**	**Средний медицинский персонал. Больница / Nursing staff. Hospital**
Поиск ощущений / Sensations	**11,80±2,93**	14,27±4,57	**11,80±2,93**	14,27±4,57
Эмпатия / Empathy	13,67±3,60	15,53±3,54	13,67±3,60	15,53±3,54
Оценка вероятностей / Probabilities	**12,07±3,97**	13,47±3,56	**12,07±3,97**	13,47±3,56
Моторный темп / Motor tempo	**13,20±3,45**	**13,60±3,85**	**13,20±3,45**	**13,60±3,85**
Социально-вербальный темп / Social tempo	16,20±4,96	16,07±3,35	16,20±4,96	16,07±3,35
Пластичность / Plasticity	15,07±4,10	**13,27±4,17**	15,07±4,10	**13,27±4,17**
Моторно-физическая выносливость / Motor endurance	15,33±3,54	14,47±3,85	15,33±3,54	14,47±3,85
Социально-вербальная выносливость / Social endurance	**18,67±4,59**	**18,93±3,33**	**18,67±4,59**	**18,93±3,33**
Интеллектуальная выносливость / Intellectual endurance	13,93±3,88	15,00±4,16	13,93±3,88	15,00±4,16
Нейротицизм / Neuroticism	17,20±3,75	17,20±3,73	17,20±3,75	17,20±3,73
Импульсивность / Impulsivity	17,53±2,95	17,67±2,16	17,53±2,95	17,67±2,16
Довольность / Satisfaction	**11,40±4,01**	**12,33±4,15**	**11,40±4,01**	**12,33±4,15**

Примечание: жирным шрифтом выделены значения, выходящие за пределы нормативных значений.
Note: values outside the standard range are shown in bold.

- пожилые врачи санатория имеют низкие показатели по шкале «Поиск ощущений», что проявляется в стремлении медиков создать себе неизменные условия труда, не предполагающие разнообразия в профессиональной деятельности.

Согласно данным таблицы 2, у большинства представителей среднего медицинского персонала так же, как и у врачей, показатели по шкале «Моторный темп» относительно низкие.

Для пожилого среднего медицинского персонала больницы характерны низкие показатели по шкале «Оценка вероятностей», что проявляется в том, что средний медицинский персонал больницы, как правило, не привык обращать внимание на соответствие назначенного пациенту лечения состоянию здоровья, а просто выполняет данные ему указания. Кроме того, у этой группы показатели по шкале «Социально-вербальная выносливость» близки к высоким, и они выше, чем у среднего медицинского персонала санатория. Средний медицинский персонал больницы, имеющий большой стаж работы, гораздо более вовлечен в вербальный диалог с пациентами, чем медики пожилого возраста из санатория, у которых этот показатель находится на среднем уровне выраженности.

Для среднего медицинского персонала санатория характерны низкие показатели по шкале «Эмпатия», которые, согласно данным наблюдения, проявляются и в работе с пациентами: пожилые медики санатория часто выполняют процедуры автоматически, не особо обращая внимание на эмоциональное состояние и нужды пациентов. При этом интересно отметить, что у медиков санатория прослеживаются относительно высокие показатели по шкале «Интеллектуальная выносливость», которые проявляются в хорошо развитой способности удерживать внимание с подавлением поведенческих реакций на отвлекающие элементы.

Достоверные различия получены по шкале «Поиск ощущений» — у среднего медицинского персонала больницы они низкие, а у медиков санатория находятся на среднем уровне.

Значимые различия получены также по шкале «Пластичность»: у медиков санатория они находятся на среднем уровне, а у работников больницы — на низком. Пластичность

Таблица 3

Сравнительный анализ коммуникативных стратегий совладания со стрессом у врачей и среднего медицинского персонала (опросник «Адаптивные стратегии поведения» (АСП) Н.Н. Мельниковой)

Table 3

Comparative analysis of coping communicative strategies among doctors and nursing staff (adaptive Behavior Strategies questionnaire by N.N. Melnikova)

Группы / Groups / Шкалы / Scales	**Врачи. Санаторий / Doctors. Sanatorium**	**Врачи. Больница / Doctors. Hospital**	**Средний медицинский персонал. Санаторий / Nursing staff. Sanatorium**	**Средний медицинский персонал. Больница / Nursing staff. Hospital**
Активное изменение среды / Active environment modification	5,40±2,23	5,60±2,35	4,80±0,94	5,53±2,33
Активное изменение себя / Active self-modification	**7,33±1,76**	**6,20±1,66**	**6,00±1,96**	**6,47±1,64**
Уход из среды и поиск новой / Leaving the environment and seeking a new one	4,40±1,12	5,33±1,63	4,73±1,53	5,13±1,85
Уход от контакта со средой и погружение во внутренний мир / Withdrawal from environmental contact and immersion into the inner world	4,73±0,96	5,00±1,51	4,73±1,49	4,93±1,71
Пассивная репрезентация себя / Passive self-representation	4,93±2,55	5,20±1,74	4,73±2,37	4,53±2,83
Пассивное подчинение условиям среды / Passive submission to environmental conditions	4,87±2,07	5,33±2,16	5,13±1,13	5,07±2,02
Пассивное выжидание внешних изменений / Passive waiting for external changes	5,73±2,05	5,27±1,91	5,20±1,47	**6,40±1,72**
Пассивное ожидание внутренних изменений / Passive anticipation of internal changes	3,87±1,88	3,33±1,23	4,87±1,68	3,60±1,99

Примечание: жирным шрифтом выделены значения, выходящие за пределы нормативных значений.
Note: values outside the standard range are shown in bold.

проявляется в способности быстро адаптироваться к изменяющимся ситуациям, переключаться между задачами, и средний медицинский персонал больницы делает это менее успешно, чем медики санатория.

Согласно представленным в таблице 3 данным, наиболее типичной стратегией поведения в проблемных ситуациях социального взаимодействия у пожилых врачей как больницы, так и санатория является активное изменение себя, что выражается в том, что врачи способны к изменению фокуса восприятия ситуации и возникновению новых форм поведения и реагирования. Эта характеристика проявляется в том, что в конфликтных ситуациях с пациентами или коллегами врачи скорее склонны изменить свой взгляд на проблему, чем упорно отстаивать свою позицию.

Результаты, представленные в таблице 3, свидетельствуют о том, что у среднего медицинского персонала пожилого возраста больницы и санатория, так же как и у врачей, достаточно выражена стратегия активного изменения себя. При этом стоит обратить внимание на то, что у среднего медицинского персонала больницы показатели по шкале «Пассивное выжидание внешних изменений» выше, чем у работников санатория, что выражается в стремлении медиков избежать неприятных влияний среды и проявляется в том, что средний медицинский персонал, оказавшись в конфликтной ситуации с пациентом, ожидает решения врачей, не стараясь самостоятельно справиться с конфликтом. Эта характеристика негативно влияет на работу всего коллектива, так как врачи часто оказываются задействованы в разрешение конфликтов между средним медицинским персоналом и пациентами.

Согласно данным таблицы 4, получены достоверные различия по шкале «Поиск социальной поддержки», которые значительно выше у врачей санатория, чем у врачей больницы, что проявляется в том, что у медицинских работников санатория основным способом преодоления возникающих трудностей в профессиональной сфере является обращение к коллегам, которые, по их мнению, наиболее компетентны в вопросах лечения пациентов. Опытные врачи санатория часто обращаются, как правило, к одному и тому же коллеге, имеющему высокую рабочую нагрузку. Тем самым они создают для него дополнительные трудности и перекладывают собственные задачи по назначению лечения, что негативно влияет как на эмоциональное состояние коллеги, выражающееся в жалобах на сильное чувство усталости в конце рабочего дня, так и на самого врача, который может потерять мотивацию к развитию в профессиональной сфере. Низкий показатель по шкале «Конфронтационный копинг» у работников санатория

Таблица 4

Сравнительный анализ копинг-механизмов у врачей и среднего медицинского персонала (опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса (адаптация Т.Л. Крюковой и Е.В. Куфтяк))

Table 4

Comparative analysis of coping mechanisms among doctors and nursing staff (ways of Coping Questionnaire by R. Lazarus (adapted by T.L. Kryukova and E.V. Kuftyak))

Группы / Groups / Шкалы / Scales	Врачи. Санаторий / Doctors. Sanatorium	Врачи. Больница / Doctors. Hospital	Средний медицинский персонал. Санаторий / Nursing staff. Sanatorium	Средний медицинский персонал. Больница / Nursing staff. Hospital
Конфронтационный копинг / Confrontive coping	**38,87±5,60**	42,40±7,26	47,07±6,83	43,07±6,57
Дистанцирование / Distancing	48,87±6,51	48,67±6,37	51,07±7,41	48,13±7,27
Самоконтроль / Self-controlling	**35,67±4,45**	**39,73±6,54**	**37,20±4,99**	**36,07±5,02**
Поиск социальной поддержки / The Need of Social support	**68,60±12,24**	49,67±11,82	53,33±12,78	**62,93±13,47**
Принятие ответственности / Acceptance of Responsibility	48,40±8,01	53,47±6,42	49,40±9,74	47,93±7,96
Бегство–избегание / Escape–avoidance	51,87±7,38	52,00±9,93	53,00±9,49	53,87±6,36
Планирование решения проблемы / Planning of problem-solving	52,60±5,68	52,93±10,29	49,80±10,51	50,60±5,70
Положительная переоценка / Positive reassessment	52,73±6,15	52,33±6,44	49,67±8,32	50,07±6,50

Примечание: жирным шрифтом выделены значения, выходящие за пределы нормативных значений.
Note: values outside the standard range are shown in bold.

выражается в том, что в конфликтных ситуациях пожилые медики не склонны настаивать на своих позициях. Также врачи пожилого возраста в обеих группах имеют низкие показатели по шкале «Самоконтроль», что внешне выражается в их несдержанности, в низком контроле за регуляцией собственных действий и проявляется в частых эмоционально ярких конфликтах с коллегами.

Согласно данным, представленным в таблице 4, копинг-стратегии, используемые пожилым медицинским персоналом, имеют сходный характер, однако стоит обратить внимание на то, что для всех исследованных медицинских работников характерен низкий показатель по шкале «Самоконтроль». Также для среднего медперсонала больницы более, чем для медиков из санатория, свойствен поиск социальной поддержки, он выражается в обращениях медицинского персонала по поводу проблемных вопросов к врачам, и такая особенность способствует лучшему обмену информацией о состоянии пациентов между средним медицинским персоналом и врачами.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

На результаты исследования большое значение оказывает возраст испытуемых. У всех респондентов высокие показатели получены по выраженности переживаний в сфере здоровья, что связано со старением организма и ухудшением его функционирования и, как следствие, низкой скоростью выполнения физических действий. Похожие результаты были выявлены в исследовании Н.В. Яковлевой и Ю.В. Силиной при изучении дезадаптивных нервно-психических состояний у медицинских работников пожилого возраста [6]. Также у пожилых врачей больницы выявлена низкая способность быстро переключаться между задачами, что можно объяснить снижением чувствительности рецепторов к стимулам окружающего мира, снижением скорости и объема такого психического процесса, как восприятие, а также ухудшением когнитивных функций, о чем Г.С. Никифоров писал в работе, посвященной психологическому обеспечению завершения профессионального пути [13]. Забывчивость и отвлекаемость наблюдаются у пожилых врачей. При этом подобные результаты можно также объяснить и трудностями организационного характера: высоким уровнем нагрузки вследствие недостатка кадров и спецификой работы врачей больницы в многопрофильных бригадах. Последнее может приводить к развитию у врачей больницы проблем социального взаимодействия, которые проявляются в сниженной общительности и наличии конфликтов с коллегами. Негативные прогнозы врачей санатория относительно будущего могут быть объяснены исследованиями Т.А. Немчина, который выделил ригидное доминирование у пожилых людей определенной модальности переживаний [7]. При этом у врачей развита социально-вербальная выносливость, что связано со сформированным навыком ведения приемов большого количества пациентов. Низкие результаты по шкалам «Эмпатия» и «Интеллектуальная выносливость» у врачей санатория можно объяснить результатами, полученными в исследовании Н.В. Яковлевой и Ю.В. Силиной: у врачей в пожилом возрасте изменяется динамичность и модальность эмоциональных состояний. Причем такие изменения могут выражать себя по-разному: у одних медицинских работников в инертности, а у других в лабильности, быстрой смене эмоций. Также возрастает количество отрицательных эмоций, может происходить снижение эмпатии к окружающим людям [5]. Согласно наблюдениям, врачам пожилого возраста труднее удерживать внимание, не отвлекаясь на посторонние дела, они часто допускают ошибки по невнимательности, также у пожилых врачей санатория замечено достаточно формальное отношение к пациентам, что, по нашему предположению, связано не только с изменением динамичности эмоциональных состояний в пожилом возрасте, но и с коммерциализацией отрасли: ключевым моментом, влияющим на назначаемые процедуры, является не актуальность их для лечения пациента, а отсутствие противопоказаний.

Среднему медицинскому персоналу больницы свойственны безразличие и забывчивость, что может быть связано с повышенной нагрузкой. В данном случае результаты этих показателей соотносятся с результатами исследования Л.Н. Гуменюк и Е.В. Сарчук, которые обнаружили у среднего медицинского персонала такие симптомы профессиональной дезадаптации, как эмоциональный вакуум, хроническая усталость, астеническая бескомпромиссность [5]. Низкие показатели по шкале «Эмпатия» и относительно высокие показатели по шкале «Интеллектуальная выносливость» у медицинских работников санатория не совпадают с данными, полученными в исследовании Л.Н. Гуменюк и Е.В. Сарчук, которые обнаружили у среднего медицинского персонала высокие значения по данным показателям [5]. Различия могут быть объяснены спецификой профессиональной деятельности, в частности уже выработанными

автоматизированными навыками работы с медицинской аппаратурой (большинство среднего медицинского персонала санатория задействовано именно на оказании услуг на аппаратуре, и если работник овладел навыком работы на ней, то от него не требуется каких-то особых интеллектуальных усилий).

Достоверные различия получены по шкале «Поиск ощущений», у среднего медицинского персонала больницы они низкие, а у медиков санатория находятся на среднем уровне, что можно объяснить различием в выполняемой деятельности: пожилые работники больницы, имеющие большой стаж, гораздо чаще контактируют с пациентами (выдают лекарства, ставят капельницы, делают уколы), чем медики пожилого возраста в санатории (их работа, как правило, связана с управлением медицинской аппаратурой и ограничивается стандартным алгоритмом). Также значимые различия получены по шкале «Пластичность»: у среднего медицинского персонала санатория показатели находятся на среднем уровне, а у работников больницы — на низком, что может объясняться количеством рабочих задач в больнице выше актуальных возможностей работников вследствие кадрового дефицита.

Для всех исследованных медицинских работников характерен низкий показатель по шкале «Самоконтроль». Можно предположить, что это инвариантная характеристика, связанная с биологическими особенностями пожилого возраста, заключающимися в инволюционных изменениях, описанных ранее. Интересно отметить, что полученные результаты по исследованию копинг-стратегий имеют расхождения с данными М.Д. Петраш (приведенными выше) [15]. На наш взгляд, такие различия могут быть объяснены спецификой выполняемой деятельности в связи с различием оказываемой пациенту медицинской помощи и теми особенностями взаимоотношений, которые сложились в коллективах.

Средний медицинский персонал больницы является самой проблемной группой, и высокий индекс ресурсности может быть объяснен тем, что пожилые медики в этой группе недостаточно анализируют наличие имеющихся личностных ресурсов, поэтому оценивают их выраженность достаточно формально.

ВЫВОДЫ

В результате проведенного исследования нами были сделаны следующие выводы.

1. Социально-демографические характеристики исследованных пожилых медицинских работников имеют позитивный характер: большинство специалистов реализовано в семейной сфере, не имеет жилищных проблем, не прибегает к поиску дополнительных источников дохода.

2. Основной профессиональной проблемой опрошенные врачи считают наличие конфликтов в общении с руководством и коллегами, а средний медицинский персонал — несовершенство организации условий труда. Пожилые работники больницы говорят о частых конфликтах с коллегами и отсутствии комплаенса с пациентами. Медики указывают ограниченный спектр способов восстановления ресурсов, многие ответы медицинских работников недостаточно конкретизированы, содержат ограниченный спектр способов восстановления ресурсов, что говорит о необходимости проведения работы, направленной на расширение репертуара адаптивных стратегий медиков.

3. Дезадаптирующими характеристиками для всех исследованных групп медиков пожилого возраста являются низкая скорость двигательной активности, эмоциональная несдержанность и стремление избегать неожиданных событий. Для врачей, имеющих большой стаж работы, характерными являются высокая забывчивость и сниженная активность.

4. Профессиональной адаптации исследованных пожилых медиков способствует навык поддерживать длительное социально-вербальное взаимодействие. Врачи санатория в спорных ситуациях обращаются за помощью к коллегам, а также способны к изменению фокуса восприятия ситуации и возникновению новых форм поведения и реагирования.

5. Вследствие комплексного анализа результатов полученных данных было выявлено, что опрошенный средний медицинский персонал больницы имеет самый высокий риск профессиональной дезадаптации. Среди профессиональных проблем, волнующих медиков пожилого возраста данной группы, были выделены: несовершенство организации условий труда, дефицит кадров, обесценивание личных достижений и повышенный уровень тревоги. Данная группа не склонна проявлять физическую активность и трудно адаптируется к быстро изменяющимся условиям среды, при возникновении трудностей социального взаимодействия медики ожидают, когда ситуация подвергнется изменениям без их вмешательства.

6. Необходимо проведение дальнейших исследований для изучения вопроса о том, являются ли полученные результаты типичными для различных медицинских учреждений, или

же они свойственны только тем медучреждениям, в которых была набрана выборка.

7. Исследование открывает поле для дальнейшей работы: оно позволит сформулировать систему рекомендаций для руководства учреждений и обучить медиков методам саморегуляции, способствовать формированию адаптивных копинг-стратегий и их эффективному применению в соответствии с выявленными особенностями.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования, и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

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

Информированное согласие на публикацию. Авторы получили письменное согласие респондентов на публикацию данных.

ADDITIONAL INFORMATION

Authors' contributions. All authors made a substantial contribution to the conception, conduct of the study, and preparation of the article, and read and approved the final version before publication.

Conflict of interest. The authors declare no obvious or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Source of funding. The authors declare no external funding for the study.

Informed consent for publication. The authors obtained written consent from respondents for publication of the data.

ЛИТЕРАТУРА

1. Батищева А.М., Мокашева Е.Н., Мокашева Е.Н. Воздействие профессионального стресса на врачей разных специальностей. В кн.: Материалы МСНК «Студенческий научный форум 2024». 2023;14:9–10.
2. Мигина Л.Е., Мысаев А.О., Уристемова А.К., Толеутаева Д.М. Стресс и профессиональное выгорание у врачей и медицинских сестер первичной медико-санитарной помощи. Обзор литературы. *Наука и здравоохранение*. 2022;24(2):149–155. https://doi.org/10.34689/SH.2022.24.2.018.
3. Manzoor Sh., Sajjad M., Anwar I., Rafi A. Coping strategies adopted by medical residents in dealing with work-related stress: a mixed-methods study. *BMC Medical Education*. 2022;22(1):1–9. https://doi.org/10.1186/s12909-022-03520-6.
4. Маликова Т.В., Пирогов Д.Г., Новикова Т.О. Симптомы вторичного травматического стрессового расстройства у специалистов помогающих профессий. *Медицина и организация здравоохранения*. 2025;10(1):39–47. https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.84.23.004.
5. Гуменюк Л.Н., Сарчук Е.В. Особенности психогигиены в системе лечебно-профилактических мероприятий по предупреждению профессиональной дезадаптации среднего медицинского персонала, работающего с больными социально значимыми и представляющими опасность для окружающих заболеваниями. *Ульяновский медико-биологический журнал*. 2017;(4):102–108. https://doi.org/10.23648/UMBJ.2017.28.8747.
6. Яковлева Н.В., Силина Ю.В., Арефьев А.А. Коррекция дезадаптивных нервно-психических состояний у врачей среднего и пожилого возраста. *Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта*. 2012;2(84):175–181. https://doi.org/10.5930/issn.1994-4683.02.84.p175-181.
7. Газиева К.Ю., Шурухина Г.А. Особенности копинг-стратегий хирургов с разным стажем профессиональной деятельности. *Молодой ученый*. 2020;49(339):513–515.
8. Сидоров П.И., Новикова И.А. Адаптивный профессиогенез как основа непрерывного развития личности врача. *Экология человека*. 2011;(7):33–37.
9. Васильева И.В. Особенности эмоционального выгорания врачей в зависимости от стажа работы. *Таврический журнал психиатрии*. 2017;21(1):21–27.
10. Баженова Н.Г. Профессиональный стресс и эмоциональное выгорание медицинских работников. *Азимут научных исследований: педагогика и психология*. 2018;7(2):335–338.
11. Чеботарев Д.Ф., Фролькис В.В. Руководство по геронтологии. М.: Медицина; 1978.
12. Овчинникова Л.В. Психофизиологическое состояние пожилого человека в период его выхода на пенсию. *Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Образование, здравоохранение, физическая культура*. 2012;8(267):22–27.
13. Никифоров Г.С., Водопьянова Н.Е., Гофман О.О. Постановка проблемы психологического обеспечения завершения профессионального пути: теоретический обзор. *Организационная психология*. 2018;8(3):86–103.
14. Тихонова И.В. Опыт модификации методики изучения фрустрационных реакций С. Розенцвейга для изучения специфики реагирования медсестер в профессиональных конфликтных ситуациях. *Медицин-*

ская психология в России. 2013;5(5):10–23. https://doi.org/10.24411/2219-8245-2013-15100.

15. Петраш М.Д. Психофизиологический потенциал и ресурсы профессионального развития медицинских работников. *Медицинская психология в России*. 2014;6(1):1–22. https://doi.org/10.24411/2219-8245-2014-00012.

REFERENCES

1. Batishcheva A.M., Mokasheva E.N., Mokasheva E.N. The impact of professional stress on doctors of various specialties. In: Materials of the International Scientific and Practical Conference “Student Scientific Forum 2024”. 2023;14:9–10. (In Russian).
2. Migina L.E., Mysaev A.O., Uristemova A.K., Toleutaeva D.M. Stress and professional burnout in primary healthcare doctors and nurses. Literature review. *Science and Health*. 2022;24(2):149–155. (In Russian). https://doi.org/10.34689/SH.2022.24.2.018.
3. Manzoor Sh., Sajjad M., Anwar I., Rafi A. Coping strategies adopted by medical residents in dealing with work-related stress: a mixed-methods study. *BMC Medical Education*. 2022;22(1):1–9. https://doi.org/10.1186/s12909-022-03520-6.
4. Malikova T.V., Pirogov D.G., Novikova T.O. Symptoms of Secondary Traumatic Stress Disorder in Helping Professions. *Medicine and Health Care Organization*. 2025;10(1):39–47. (In Russian). https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.84.23.004.
5. Gumenyuk L.N., Sarchuk E.V. Features of psychohygienics in the system of medical and preventive measures to prevent professional maladaptation of middle medical personnel working with patients with socially significant and dangerous diseases. *Ulyanovsk Medical and Biological Journal*. 2017;(4):102–108. (In Russian). https://doi.org/10.23648/UMBJ.2017.28.8747.
6. Yakovleva N.V., Silina Yu.V., Arefyev A.A. Correction of maladaptive neuropsychiatric conditions in middle-aged and elderly doctors. *Uchenyye zapiski universiteta im. P.F. Lesgafta*. 2012;2(84):175–181. (In Russian). https://doi.org/10.5930/issn.1994-4683.02.84.p175-1811.
7. Gazieva K.Yu., Shurukhina G.A. Features of coping strategies of surgeons with different professional experience. *Molodoy uchenyy*. 2020;49(339):513–515. (In Russian).
8. Sidorov P.I., Novikova I.A. Adaptive Professionsgenesis as a Basis for Continuous Development of a Doctor’s Personality. *Human Ecology*. 2011;(7):33–37. (In Russian).
9. Vasilyeva I.V. Features of Emotional Burnout in Physicians Depending on the Length of Service. *Tavrichesky Journal of Psychiatry*. 2017;21(1):21–27. (In Russian).
10. Bazhenova N.G. Professional Stress and Emotional Burnout in Medical Workers. *Azimuth of Scientific Research: Pedagogy and Psychology*. 2018;7(2):335–338. (In Russian).
11. Chebotarev D.F., Frolkis V.V. Handbook of Gerontology. Moscow: Meditsina; 1978. (In Russian).
12. Ovchinnikova L.V. Psychophysiological state of an elderly person during his retirement. *Bulletin of the South Ural State University. Series: Education, Health Care, Physical Culture*. 2012;8(267):22–27. (In Russian).
13. Nikiforov G.S., Vodopyanova N.E., Gofman O.O. The Problem of Psychological Support for the Completion of a Professional Career: A Theoretical Review. *Organizational Psychology*. 2018;8(3):86–103. (In Russian).
14. Tikhonova I.V. Experience in modifying S. Rosenzweig’s method of studying frustration reactions to study the specifics of nurses’ responses in professional conflict situations. *Medical Psychology in Russia*. 2013;5(5):10–23. (In Russian). https://doi.org/10.24411/2219-8245-2013-15100.
15. Petrash M.D. Psychophysiological potential and resources for professional development of medical workers. *Medical Psychology in Russia*. 2014;6(1):1–22. (In Russian). https://doi.org/10.24411/2219-8245-2014-00012.

Обзор

УДК 37.088+349.23/24+613.6+614.23+656.071.61
https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.81.69.008

Условия труда и профессиональное здоровье анестезиологов-реаниматологов

Виктор Геннадьевич Пузырев[1], Татьяна Борисовна Балтрукова[1, 2], Валерия Вячеславовна Усенко[1]

[1] Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2, Российская Федерация

[2] Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, 195067, г. Санкт-Петербург, Пискаревский пр., д. 41, Российская Федерация

Контактная информация: Валерия Вячеславовна Усенко — ассистент кафедры общей гигиены.
E-mail: bondarenkovaleriya@list.ru; https://orcid.org/0000-0003-2787-4958; SPIN: 4850-2160

Для цитирования: Пузырев В.Г., Балтрукова Т.Б., Усенко В.В. Условия труда и профессиональное здоровье анестезиологов-реаниматологов. *Медицина и организация здравоохранения*. 2025;10(3):84–96. https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.81.69.008.

Поступила: 22.09.2025 ***Одобрена: 28.10.2025*** ***Принята к печати: 28.11.2025***

РЕЗЮМЕ. ***Введение.*** Основные причины сокращения численности населения России, несмотря на увеличение средней продолжительности жизни, связаны с демографическим старением и снижением рождаемости. В связи с этим в Российской Федерации уделяется значительное внимание сохранению и укреплению здоровья населения, увеличению продолжительности его активной жизни, в том числе в профессиональной сфере. Одними из многочисленных медицинских специалистов, стоящих на страже здоровья граждан нашей страны, являются врачи — анестезиологи-реаниматологи. Однако условия труда, а также воздействующие на них вредные и (или) опасные производственные факторы и степень их влияния на здоровье в настоящее время изучены недостаточно. Анализ научных публикаций по изучению влияния условий труда на здоровье врачей — анестезиологов-реаниматологов может выявить имеющиеся в этом вопросе пробелы и в последующем исследовать их. ***Целью*** нашего исследования было проанализировать научные публикации и оценить изученность вопроса влияния условий и характера труда врачей — анестезиологов-реаниматологов на их здоровье и профессиональное долголетие. ***Материалы и методы.*** Проведен ретроспективный анализ отечественной и зарубежной научной литературы, в ходе которого отобраны 60 публикаций, содержащих информацию об условиях труда и о состоянии здоровья анестезиологов-реаниматологов. ***Результаты и выводы.*** Анализ данных литературы свидетельствует, что анестезиологи-реаниматологи в процессе работы подвергаются воздействию различных вредных и (или) опасных факторов производственной среды психофизиологической, физической, химической и биологической природы. Повышение осведомленности персонала о профессиональных рисках и создание благоприятной рабочей среды является критически важным фактором, который не только повышает безопасность труда, но и опосредованно улучшает показатели оказания помощи пациентам и способствует профессиональному долголетию сотрудников.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: условия труда, вредные и (или) опасные производственные факторы, анестезиолог-реаниматолог, профессиональное здоровье

© Пузырев В.Г., Балтрукова Т.Б., Усенко В.В., 2025

Review

https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.81.69.008

Working conditions and occupational health of intensive care anesthesiologists

Viktor G. Puzyrev[1], Tatyana B. Baltrukova[1, 2], Valeria V. Usenko[1]

[1] Saint Petersburg State Pediatric Medical University, 2 Litovskaya str., Saint Petersburg, 194100, Russian Federation

[2] North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, 47 Piskarevskii ave., Saint Petersburg 195067, Russian Federation

Contact information: Valeria V. Usenko — Assistant of the Department of General Hygiene. E-mail: bondarenkovaleriya@list.ru; https://orcid.org/0000-0003-2787-4958; SPIN: 4850-2160

For citation: Puzyrev V.G., Baltrukova T.B., Usenko V.V. Working conditions and occupational health of intensive care anesthesiologists. *Medicine and Health Care Organization*. 2025;10(3):84–96. https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.81.69.008.

Received: 22.09.2025 ***Revised: 28.10.2025*** ***Accepted: 28.11.2025***

ABSTRACT. ***Introduction***. The main reasons for the decline in the Russian population, despite the increase in average life expectancy, are related to demographic aging and a decrease in the birth rate. In this regard, considerable attention is paid in the Russian Federation to maintaining and strengthening the health of the population, increasing the duration of their active life, including that in the professional sphere. Anesthesiologists and intensive care specialists form an integral part of the numerous medical specialists who protect the health of our citizens. However, the working conditions, alongside harmful and (or) dangerous production factors affecting them and the degree of the latter impact on health are insufficiently studied currently. An analysis of scientific publications on the impact of working conditions on the health of anesthesiologists and intensive care physicians can identify gaps in this issue and an urgent need to further investigate them. ***The purpose*** of our study was to analyze scientific publications and evaluate the impact of the working conditions and specific characteristics of labor of intensive care anesthesiologists on their health and professional longevity. ***Materials and methods.*** A retrospective analysis of domestic and foreign scientific literature was carried out, during which 60 publications containing information on the working conditions and health status of anesthesiologists and intensive care physicians were selected. ***Results and conclusions.*** An analysis of the literature data shows that intensive care anesthesiologist are exposed to various harmful and (or) dangerous factors of the labor environment of a psychophysiological, physical, chemical and biological nature during their work. Increasing staff awareness of occupational risks and creating a supportive work environment is a critical factor that not only improves occupational safety, but also indirectly improves patient care and promotes professional longevity for employees.

KEYWORDS: working conditions, harmful and (or) dangerous industrial factors, intensive care anesthesiologist, occupational health

© Puzyrev V.G., Baltrukova T.B., Usenko V.V., 2025

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на увеличение средней продолжительности жизни, основные причины сокращения численности населения по-прежнему связаны с демографическим старением и снижением рождаемости. И поэтому в Российской Федерации значительное внимание уделяется сохранению и укреплению здоровья населения, увеличению продолжительности его активной жизни, в том числе в профессиональной сфере: разработаны и реализуются национальные проекты «Новые технологии сбережения здоровья», «Семья», «Продолжительная и активная жизнь», которые должны создавать условия для улучшения качества жизни граждан, повысить доступность, эффективность и оперативность оказания им медицинской помощи, направленной, прежде всего, на профилактику развития различных профессиональных заболеваний. Более того, предполагается, что данные проекты позволят увеличить продолжительность жизни населения, снизить смертность и повысить рождаемость [1]. Сохранение и укрепление здоровья населения, а также увеличение продолжительности его активной жизни во многом определяются степенью развития национальной системы здравоохранения. Ключевым ресурсом данной системы выступают медицинские работники, выполняющие основную функцию в процессах диагностики, лечения, профилактики заболеваний и организации ухода за пациентами [2]. Вместе с тем профессиональная деятельность медицинских работников ряда специальностей связана с высоким риском воздействия вредных и (или) опасных факторов производственной среды и трудового процесса. Данное обстоятельство обусловливает высокую вероятность развития у них как болезней, связанных с условиями труда, так и профессиональных заболеваний. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, небезопасные условия труда являются значимым фактором, повышающим риск возникновения профессиональных заболеваний среди медицинского персонала. Это, в свою очередь, приводит к снижению качества оказываемой медицинской помощи и подрывает устойчивость системы здравоохранения [3, 4].

Сохранение и укрепление здоровья медицинских работников, в частности врачей — анестезиологов-реаниматологов, является критически важной задачей для обеспечения устойчивости национальной системы здравоохранения [5]. Условия труда этой категории специалистов характеризуются комплексным воздействием вредных и опасных производственных факторов, что обусловливает повышенные риски ухудшения их здоровья и требует разработки профилактических мер. Анализ современных данных позволяет систематизировать эти риски и наметить пути их минимизации [6, 7].

Актуальным представляется изучение влияния условий труда на здоровье врачей — анестезиологов-реаниматологов как основы для разработки мер по снижению негативного воздействия вредных и (или) опасных факторов на здоровье и долголетие работников, что повысит их трудоспособность, в том числе за счет снижения вероятности развития профессиональных болезней.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования — на основании анализа научной литературы оценить влияние условий и характера труда врачей — анестезиологов-реаниматологов на их здоровье и профессиональное долголетие.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Произведен ретроспективный анализ отечественной и зарубежной научной литературы, посвященной условиям и характеру труда врачей — анестезиологов-реаниматологов, вредным и (или) опасным факторам, влияющим на них, и связи их со здоровьем. Поиск публикаций осуществлялся с использованием информационных баз данных eLIBRARY, РИНЦ, Web of Science, PubMed, Scopus, CyberLeninka, Google Scholar за период 2010–2025 гг. Научные публикации отбирались по ключевым словам: «врач анестезиолог-реаниматолог», «условия труда», «характер труда», «производственные факторы», «состояние здоровья». После первичного анализа 540 статей отечественных и зарубежных авторов были отобраны 60 публикаций, содержащих основную информацию об условиях труда и состоянии здоровья анестезиологов-реаниматологов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ научных публикаций, посвященных условиям труда врачей — анестезиологов-реаниматологов, показал, что на них в процессе трудовой деятельности действуют различные вредные и (или) опасные производственные факторы труда и производственной среды психофизиологической [2–4], физической [7, 8], химической [9, 10] и биологической приро-

ды [11, 12]. Всемирной федерацией общества анестезиологов (World Federation of Societies of Anaesthesiologists — WFSA) производственные риски были разделены на пять основных категорий: 1) физические факторы (ионизирующее и неионизирующее излучение, шум и вибрация, температура, вентиляция, световая среда); 2) химические факторы (ингаляционные анестетики, лекарственные препараты, дезинфицирующие средства); 3) биологические факторы (условно-патогенные и патогенные микроорганизмы); 4) ментальные изменения (хронический профессиональный стресс, психосоциальные расстройства, синдром эмоционального выгорания); 5) тяжесть и напряженность трудового процесса (организация труда, рабочая нагрузка, неудобная рабочая поза). Тем не менее, по мнению большинства авторов, основным фактором, воздействующим на анестезиологов-реаниматологов, является напряженность труда [13, 14]. Во многом это связано как с ежедневными эмоциональными нагрузками (сочувствие пациенту и его родственникам, попавшим в трудную жизненную ситуацию, наличие опасности и необходимости ее преодолеть для жизни пациента и самого врача, высокая степень моральной и юридической ответственности), так и с высокими интеллектуальными нагрузками. Работа анестезиологов-реаниматологов в условиях отделений интенсивной терапии характеризуется дополнительным комплексом психофизиологических нагрузок, связанных с особенностями пациентов. Использование сложного и высокотехнологичного оборудования — сложной наркозно-дыхательной техники и другой аппаратуры, обеспечивающей контроль и поддержание жизнедеятельности пациентов, — требуют глубоких знаний, умения быстро анализировать и эффективно реагировать (в случае необходимости) на изменения показаний приборов, а также ответственных решений в критических ситуациях по спасению пациентов.

От анестезиолога-реаниматолога требуется повышенная собранность и высокая стрессоустойчивость в работе, так как ему часто приходится действовать в условиях дефицита информации и времени, ограниченности диагностических и лечебных ресурсов, понимания вероятности фатального исхода оказания помощи пациенту [15, 16]. Работа врача — анестезиолога-реаниматолога часто сопровождается ненормированным рабочим графиком: работой в ночное время, а в ряде случаев и круглосуточным дежурством [17, 18]. После ночного дежурства персонал отделений часто продолжает работать еще от 5 до 7 часов, причем 25–50% врачей, дежуривших накануне, участвуют в анестезиологическом обеспечении оперативных вмешательств, что не только усиливает напряженность их труда, но и повышает вероятность ошибочных действий [19]. Согласно имеющимся данным, 45% опрошенных врачей работают более 50 часов в неделю [20–22], в рабочей среде для 60% отсутствуют меры по охране труда [23], 41% не могут использовать положенный отпуск [24], 90,5% не делают перерывы на отдых [25].

Анализ условий труда анестезиологов-реаниматологов выявляет критическое нарушение базовых принципов охраны труда, связанное с невозможностью соблюдения режима труда и отдыха. Отсутствие регламентированных перерывов и несвоевременный прием пищи или «перекус на ходу» могут не только усиливать психологическую напряженность труда, но и способствовать развитию заболеваний желудочно-кишечного тракта [26].

Кроме того, в качестве профессионального стресса рассматриваются как традиционные (физические, химические) факторы, так и факторы, связанные с постоянной работой за экранами мониторов [27].

Высокие психоэмоциональные нагрузки могут приводить к дезадаптации психического здоровья анестезиологов-реаниматологов, снижению работоспособности, развитию неврозов, эмоциональному выгоранию, желанию уйти из профессии. Так, по данным А.Ю. Ловчева и В.А. Корячкина, субъективные ощущения переутомления отмечали от 59,4 до 65,2% анестезиологов-реаниматологов, попытались бы реализовать себя в другой профессии 65,4% врачей данной специальности из Санкт-Петербурга, 51,8% из Рязани и 37,7% из Архангельска [28]. По данным разных авторов, синдром эмоционального выгорания диагностировался у 25,0–64,7% анестезиологов [29, 30], причем у 5% он находился в стадии полной сформированности, а у остальных — в различных стадиях формирования. Отдельные проявления синдрома эмоционального выгорания могут быть характерны для более чем 90% специалистов [31]. Ряд авторов в своих работах указывает, что степень выраженности эмоционального стресса зависит от возраста работников [32]. Более высокие показатели профессионального выгорания наблюдаются у молодых специалистов в возрасте до 30 лет по сравнению с врачами с большим опытом работы [33, 34]. По данным В.В. Соловьева, анестезиологи-реаниматологи испытывают большее напряжение труда по сравнению

с врачами, работающими в других областях медицины [26].

На основании анализа современных исследований установлено, что профессиональный стресс у анестезиологов-реаниматологов проявляется комплексом взаимосвязанных симптомов, отражающих нарушения на различных уровнях регуляции организма: врачи часто жалуются на головокружение, быструю утомляемость, снижение устойчивого внимания и работоспособности, плохой сон, головные боли, боли в области сердца, спине, раздражительность, потливость, приливы жара или озноба [35, 36]. По данным В.Г. Пузырева и соавт., тревога и отрицательные эмоции приводят к активизации симпатической нервной системы и, соответственно, увеличению частоты сердечных сокращений [37, 38]. Стоит отметить, что синдром эмоционального выгорания проявляется в виде физических (усталость, нарушения сна, головные боли, заболевания пищеварительной системы), психологических (беспокойство, тревожность, депрессия, отстраненность), поведенческих (агрессивность, защитное поведение, употребление запрещенных веществ) и профессиональных симптомов (опоздания, низкая производительность и снижение интереса к работе) [39–41]. Примечательно, что такое стресс-ассоциированное воздействие может приводить к таким нарушениям, как язва желудка и двенадцатиперстной кишки, гастрит, гипертония, аритмия, стенокардия, неврологические заболевания, снижение иммунитета, заболевания репродуктивной системы и риск самопроизвольного выкидыша. Хронический профессиональный стресс может приводить к травмам на рабочем месте, что влечет за собой снижение производительности труда, а порой и временную нетрудоспособность [40, 41].

Оценка тяжести труда анестезиологов-реаниматологов представлена в единичных работах [12, 26] и в действительности остается малоизученной. Анализ условий труда свидетельствует о том, что деятельность специалистов характеризуется необходимостью выполнения профессиональных задач в нефизиологичных вынужденных позах со значительным статическим и динамическим напряжением. В палатах интенсивной терапии, особенно при оказании экстренной реанимационной помощи, приходится работать в неудобном положении — наклонившись вперед, и длительно удерживать пациента, выполняя интенсивную физическую работу [4]. В.В. Соловьев относит физическую нагрузку на врачей — анестезиологов-реаниматологов ко второму допустимому классу труда по гигиенической классификации [26, 42].

Анестезиологам-реаниматологам приходится работать с многочисленной медицинской аппаратурой — наркозными аппаратами, аппаратами искусственного кровообращения, электрокардиографами, энцефалографами и оборудованием для радиотелеметрии — такая работа представляет значительный эргономический риск. Несоответствие аппаратуры эргономическим требованиям и антропометрическим характеристикам персонала может повышать тяжесть труда врачей и способствовать развитию заболеваний опорно-двигательного аппарата. Высота операционного стола и кроватей пациентов в палатах интенсивной терапии и реанимациях при отсутствии возможности их быстрой регулировки также способствуют увеличению тяжести труда анестезиологов-реаниматологов при оказании помощи пациентам [43, 44].

Условиям микроклимата на рабочих местах анестезиологов-реаниматологов в научных работах уделено незначительное внимание, хотя многие исследователи признают, что неблагоприятный микроклимат может негативно воздействовать на персонал медицинских организаций. В настоящее время в реанимационных залах и операционных рекомендуется поддерживать температуру воздуха в пределах 21–24 °C, скорость движения воздуха 0,1–0,2 м/с при относительной влажности не более 60% [45, 46]. Однако не всегда удается поддерживать такой микроклимат в помещениях, температура воздуха в них может как превышать, так и быть ниже рекомендуемых параметров [2]. При неблагоприятном микроклимате может нарушаться тепловой баланс работников, что будет сказываться на их самочувствии, снижать их работоспособность. Следует отметить, что при работе в операционных медицинский персонал одет в защитные костюмы, препятствующие отводу тепла и пота от тела. Опрос персонала, работающего в операционных, показывает, что предпочтение сотрудников отдается более низкой температуре воздуха — 15,5–17,8 °C при влажности 40–50% [47].

В зарубежной литературе имеются единичные работы, подтверждающие, что в операционных залах, где анестезиологи-реаниматологи проводят бóльшую часть рабочего времени, уровень шума может достигать 75–90 дБ, что значительно превышает гигиенические требования [20, 21, 45]. Отдельные импульсные звуки во время работы могут достигать 100–120 дБ. Согласно данным литературы, чрезмерный уровень шума оказывает влияние на умственную

трудоспособность и когнитивные функции врача, снижает скорость реакции [20, 21]. Высокие уровни шума на рабочем месте препятствуют вербальной коммуникации и получению важной информации о работе оборудования в процессе выполнения манипуляций. Шум индуцирует стресс, повышенную раздражительность и снижение слуха. Согласно Отчету об оценке риска в анестезиологии, 88% врачей — анестезиологов-реаниматологов указали, что на рабочем месте отмечают чрезмерный шум, 46,5% респондентов отметили, что освещение во время манипуляций было недостаточным [21].

Световая среда в работе анестезиолога-реаниматолога играет важную роль. Без достаточного рационального освещения невозможно проведение диагностических и лечебных манипуляций, которые необходимо выполнять врачу — анестезиологу-реаниматологу в практической деятельности. Нарушения зрения и случаи травматизма на рабочем месте чаще регистрировались в операционных с неудовлетворительными условиями световой среды [48].

В последние годы в медицинских организациях все чаще создаются рентген-операционные, что сопровождается повышением риска воздействия на персонал ионизирующего излучения. По данным N. Bilir, анестезиолог-реаниматолог подвергается воздействию радиации в 6 раз чаще, чем другой персонал во время ангиографических процедур [22]. Уровень профессионального облучения анестезиологов-реаниматологов изучен недостаточно, однако установлено, что дозовая нагрузка зависит от следующих факторов: характера и объема оперативной деятельности, эффективности используемой защиты, места расположения у операционного стола [49, 50]. На рабочих местах анестезиологов-реаниматологов широко используется различная аппаратура, являющаяся источником неионизирующих излучений. Уровень электромагнитного излучения (ЭМИ) на рабочих местах анестезиологов-реаниматологов определяется сложными электрическими компонентами аппаратуры и высокочастотными сигналами, генерируемыми для получения точных диагностических изображений и проведения лечебных процедур. Данные факторы могут оказывать негативное воздействие на персонал, вызывая повышение частоты сердечных сокращений, головокружение, снижение работоспособности [51, 52].

По данным исследователей, большинство лазеров, используемых в операционных, является устройствами IV класса. Уровни лазерного излучения на рабочем месте хирургов могут достигать величин, значительно превышающих предельно допустимые, опасные для зрительного анализатора. Лазерное излучение может вызывать ожоги роговицы и сетчатки, повреждение желтого пятна, зрительного нерва и приводить к образованию катаракты [11, 23, 24, 50].

Проведенный анализ условий труда свидетельствует о значительной химической нагрузке на анестезиологов-реаниматологов, обусловленной контактом с широким спектром химических веществ в процессе профессиональной деятельности [53, 54]. Химические соединения, входящие в состав лекарственных препаратов, анестетиков, дезинфицирующих и моющих средств при постоянном контакте могут спровоцировать дерматозы, гнойничковые поражения кожи и грибковые заболевания. Химические вещества адсорбируются через кожу и слизистые оболочки, вызывая аллергические реакции или серьезные осложнения в виде бронхиальной астмы, аллергического бронхита и отека Квинке. Концентрация и токсичность агента, респираторный индекс, индивидуальная восприимчивость и продолжительность воздействия имеют не менее важное значение. Ведущим химическим фактором являются отработанные анестезирующие газы, которые накапливаются при неисправной системе утилизации. Максимальное количество отработанных газов, присутствующих в операционной, как правило, не измеряется в течение рабочей смены. Хроническое воздействие может вызвать головные боли, тошноту, сонливость, усталость, трудности с суждением и координацией, а также раздражительность [25]. Кроме того, сообщается, что контакт с латексными перчатками может вызывать аллергические реакции [55].

Согласно имеющимся в научной литературе данным, специалисты отделения интенсивной терапии находятся в постоянном контакте с возбудителями воздушно-капельных, гемоконтактных и других инфекционных заболеваний во время рабочей смены [56, 57]. Кроме того, персонал наиболее часто заражается от пациентов опасными инфекциями, такими как гепатит В и С, туберкулез, ВИЧ, COVID-19 [58, 59]. Особенно высока вероятность заражения инфекциями при травмах острыми колюще-режущими предметами при выполнении различных манипуляций [60]. Риску инфицирования также способствует микробный пейзаж в отделениях, ускорение темпов изменения внутрибольничных инфекций в медицинских организациях, число пациентов в больничной палате при ограниченной площади, увеличение числа инвазивных

манипуляций, повышающих риск заражения, ухудшение эпидемиологической обстановки в регионе [2].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, анализ данных научной литературы свидетельствует о том, что анестезиологи-реаниматологи в процессе профессиональной деятельности подвергаются воздействию различных вредных и опасных факторов трудового процесса и производственной среды психофизиологической, физической, химической и биологической природы. Стоит отметить, что в научной литературе наиболее полно изучено влияние на анестезиологов-реаниматологов психоэмоциональных факторов, в то время как исследования, посвященные изучению комбинированного и сочетанного воздействия факторов на организм данной категории медицинских работников встречаются значительно реже. Практически отсутствуют научные исследования, характеризующие особенности трудовой деятельности в педиатрическом здравоохранении. Отсутствие необходимых данных не позволяет в полной мере разработать последовательную систему первичной и вторичной профилактики неблагоприятного влияния комплекса факторов трудового процесса на состояние физического и психического здоровья анестезиологов-реаниматологов. Кроме того, требуется дальнейшее проведение исследований, доказывающих наличие связи развивающихся при длительном стаже работы психических нарушений у специалистов с данной профессиональной деятельностью.

Анестезиологи-реаниматологи подвергаются многочисленным потенциальным рискам, которые могут нанести вред их общему здоровью. Эти риски являются основными факторами смертности и заболеваемости среди врачей. Повышение осведомленности персонала о профессиональных рисках и создание благоприятной рабочей среды является критически важным фактором, который не только повышает безопасность труда, но и опосредованно улучшает показатели оказания помощи пациентам и способствует профессиональному долголетию сотрудников.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

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

ADDITIONAL INFORMATION

Authors' contribution. 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.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Шишкин С.В., Шейман И.М., Алмазов А.А., Бирюкова А.И., Власов В.В., Потапчик Е.Г., Сажина С.В., Салахутдинова С.К. Российское здравоохранение: перспективы развития. Доклад НИУ ВШЭ. М.: Изд. дом ВШЭ; 2024.
2. Аленицкая М.В., Кику П.Ф., Дубель Е.В., Унгуряну Т.Н. Труд и здоровье медицинских работников. Владивосток: изд-во ДВФУ; 2023.
3. Лемешевская Е.П., Куренкова Г.В., Жукова Е.В. Гигиена труда медицинских работников. Иркутск: ИГМУ; 2019.
4. Косарев В.В., Бабанов С.А. Профессиональные заболевания медицинских работников. М.: Инфра-М; 2023.
5. Горблянский Ю.Ю., Конторович Е.П., Понамарева О.П., Волынская Е.И., Крищенко В.Н. Психосоциальные производственные факторы и риск нарушений здоровья медицинских работников. *Южно-Российский журнал терапевтической практики*. 2020;1(3):27–36. https://doi.org/10.21886/2712-8156-2020-1-3-27-36.
6. Михайлов Ю.М. Охрана труда в медицинских учреждениях. М.: Альфа-Пресс; 2012.
7. Соловьев В.В. Алгоритм организационных мероприятий по профилактике нарушений здоровья у врачей анестезиологов-реаниматологов. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2015;46(6):1–6.
8. Шветский Ф.М., Потиевская В.И., Смольников П.В., Чижов А.Я. Коррекция функционального состояния врачей анестезиологов-реаниматологов ингаляциями ксенона. *Вестник РУДН*. 2016;(4):96–104.

9. Войтович Н.В. Влияние условий труда на психическое здоровье анестезиологов-реаниматологов: обзор литературы. *Медицина труда и экология человека*. 2025;42(2):63–83. http:/doi.org/10.24412/2411-3794-2025-10205.
10. Тишина Н.А., Тишин А.А., Рстакян А.Р., Тризно Е.В. Техносферная безопасность в рамках специальности «Анестезиология-реаниматология». *Каспийский научный журнал*. 2025;1(6):10–18.
11. Volquind D., Bagatini A., Monteiro G.M.C., Londero J.R., Benvenutti G.D. Occupational hazards and disease related to the practice of anesthesiology. *Braz J Anesthesiol*. 2013;63(2):227–232. https://doi.org/10.1016/S0034-7094(13)70221-6.
12. Корехова М.В., Новикова И.А., Соловьев А.Г., Киров М.Ю. Влияние негативных факторов труда на возникновение и развитие профессионального выгорания у врачей-анестезиологов-реаниматологов. *Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях*. 2020;3:96–106. https://doi.org/10.25016/2541-7487-2020-0-3-96-106.
13. Нетёсин Е.С., Горбачёв В.И., Нелюбин А.Г., Миткинов О.Э. Профессиональное выгорание у врачей анестезиологов-реаниматологов. *Acta Biomedica Scientifica*. 2017;2(1):74–78. https://doi.org/10.12737/article_5955e6b576bc67.49672240.
14. Синбухова Е.В., Лубнин А.Ю. Эмоциональное выгорание врачей анестезиологов-реаниматологов. *Акмеология*. 2018;68(4):60–65.
15. Муравьева А.А., Михайлова Ю.В., Горбунова В.В. Проблемы выраженности синдрома эмоционального выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2023;69(1):1–22. https://doi.org/10.21045/2071-5021-2023-69-1-2.
16. Корехова М.В., Соловьев А.Г., Киров М.Ю., Новикова И.А. Психологические факторы профессионального выгорания врачей анестезиологов-реаниматологов. *Клиническая и специальная психология*. 2019;8(2):16–37. https://doi.org/10.17759/cpse.2019080202.
17. Горбачев С.В., Нетесин Е.С., Горбачев В.И. Оценка влияния ночного дежурства на нервно-психическое состояние врачей анестезиологов-реаниматологов. *Вестник интенсивной терапии*. 2017;(1):19–22. https://doi.org/10.21320/1818-474X-2017-1-20-23.
18. Gupta N., Gupta A., Garg R. Professional burnout in anesthesia and critical care — how to decrease it. *J Anesth Crit Care: Open Access.* 2015;2(3):00056. https://doi.org/10.15406/jaccoa.2015.02.00056.
19. Оптимизация условий труда и профилактика нарушений состояния здоровья персонала операционных блоков, отделений анестезиологии-реаниматологии, реанимации и интенсивной терапии. *Охрана труда и пожарная безопасность в учреждениях здравоохранения (электронный журнал)*. 2017;12. Доступен по: https://управление-здравоохранением.рф/publ/okhrana_truda/optimizacija_uslovij_truda_i_profilaktika_narushenij_sostojanija_zdorovja_personala_operacionnykh_blokov_otdelenij_anesteziologii_reanimacii_reanimacii_i/9-1-0-804 (дата обращения: 20.09.2025).
20. Bajwa S.J., Kaur J. Risk and safety concerns in anesthesiology practice: the present perspective. Anesth Essays Res. 2012;6(1):14–20. https://doi.org/10.4103/0259-1162.103365.
21. Berry A., Katz J.D. Occupational health. Clinical Anesthesia. Eds. P.G. Barash, B.F. Cullen, R. Stoelting. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2009;6:78–114.
22. Bilir N. Occupational Health and Safety. Ankara: Güneş Medical Bookstores. 2019;2:33–34,85–100.
23. Hakim M., Walia H., Dellinger H.L. et al. The effect of operating room temperature on the performance of clinical and cognitive tasks. *Pediatr Qual Saf*. 2018;3(2):e069. https://doi.org/10.1097/pq9.0000000000000069.
24. Lembo M., Cannatà V., Militello A. et al. Artificial lighting and blue light in the operating room: what risks for the surgeon? *La Medicina del Lavoro*. 2015;106(5):342–350.
25. Andrade G.O., Dantas R.A. Work-related mental and behaviour disorders in anesthesiologists. *Braz J Anesth*. 2015;65(6):504–510. https://doi.org/10.1016/j.bjane.2013.03.021.
26. Соловьёв В.В. Обоснование организационно-профилактических мероприятий по оптимизации условий трудовой деятельности и укреплению здоровья врачей анестезиологов-реаниматологов. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2015;43(3):1–7.
27. Зуев А.В., Некрасова М.М., Васильева Т.Н. Пилотное исследование информационной нагрузки офисных сотрудников. *Медицина труда и промышленная экология*. 2019;59(10):866–870. https://doi.org/10.31089/1026-9428-2019-59-10-866-870.
28. Ловчев А.Ю., Корячкин В.А. Синдром эмоционального выгорания как проявление профессионального стресса в трудовой деятельности врачей анестезиологов-реаниматологов. В кн.: Труды Всероссийского съезда «Современные направления и пути развития анестезиологии-реаниматологии в Российской Федерации». М.; 2006: 6–7.
29. Корехова М.В., Соловьев А.Г., Киров М.Ю., Малышкин Е.А., Новикова И.А. Синдром профессионального «выгорания» у врачей анестезиологов-реаниматологов. *Вестник анестезиологии и реаниматологии*. 2016;13(3):19–28. https://doi.org/10.21292/2078-5658-2016-13-3-19-28.
30. De Oliveira G.S., Jr., Chang R., Fitzgerald P.C., Almeida M.D., Castro-Alves L.S., Ahmad S., McCarthy R.J. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of united states anesthesiology trainees. *Anesth Analg*. 2013;117(1):182–193. https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e3182917da9.

31. Misiolek A., Gorczyca P., Misiołek H., Gierlotka Z. The prevalence of burnout syndrome in Polish anaesthesiologists. *Anaesthesiol Intensive Ther*. 2014;46(3):155–161. https://doi.org/10.5603/AIT.2014.0028.
32. Парфенов Ю.А., Киселева М.В., Арефьев А.А., Цой В.С. Прогнозирование адаптации врачей анестезиологов-реаниматологов среднего и пожилого возраста с синдромом профессионального выгорания. *Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта*. 2012;87(5):79–84. https://doi.org/10.5930/issn.1994-4683.2012.05.87.p79-84.
33. Sanfilippo F., Noto A., Palumbo G.J., Ippolito M., Gagliardone M., Scarlata M., Bignami E., Sangalli F., Cattaneo S., Blangetti I., Scolletta S., Locatelli A., Tritapepe L., Lorini F. L., Arcadipane A. Burnout in cardiac anesthesiologists: results from a national survey in Italy. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2018;32(6):2459–2466. https://doi.org/10.1053/j.jvca.2018.05.016.
34. Нетёсин Е.С., Горбачёв В.И., Нелюбин А.Г., Миткинов О.Э. Профессиональное выгорание у врачей анестезиологов-реаниматологов. *Acta Biomedica Scientifica*. 2017;2(1):74–78. https://doi.org/10.12737/article_5955e6b576bc67.49672240.
35. Ироносов В.Е., Иванов Д.О., Пшениснов К.В., Александрович Ю.С., Агафонов А.В. Профессиональный стресс как фактор риска сердечно-сосудистых катастроф у персонала отделений анестезиологии-реанимации (обзор литературы). *Вестник анестезиологии и реаниматологии*. 2025;22(2):139–148. https://doi.org/10.24884/2078-5658-2025-22-2-139-148.
36. Нетесин Е.С., Горбачев В.И. Оценка устойчивости внимания и динамики работоспособности врачей анестезиологов-реаниматологов. *Медицина труда и промышленная экология*. 2018;(4):24–28.
37. Пузырев В.Г. Показатели функции автоматизма сердечного ритма: важная область научных и медицинских исследований. *Медицинский алфавит*. 2024;(31):52–54. https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-31-52-54.
38. Пузырев В.Г., Халфиев И.Н., Колпакова М.В., Ситдикова А.В., Григорьева Л.В., Ситдикова И.Д., Михайлова С.А., Сайфутдинова Э.А., Карчевская А.О. Показатели вариабельности сердечного ритма как совокупный критерий оценки адаптационных резервов организма. *Справочник врача общей практики*. 2023;(1):33–39. https://doi.org/10.33920/med-10-2301-04.
39. Hyman S.A., Shotwell M.S., Michaels D.R., Han X., Card E.B., Morse J.L., Weinger M.B. A survey evaluating burnout, health status, depression, reported alcohol and substance use, and social support of anesthesiologists. *Anesth Analg*. 2017;125(6):2009–2018. https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002298.
40. Михайлова Ю.В., Голубев Н.А., Муравьева А.А., Жерносенко А.О. Кадровое обеспечение анестезиолого-реанимационной службы Российской Федерации. *Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова*. 2020;15(1):99–106. https://doi.org/10.25881/BPNMSC.2020.11.97.018.
41. Пузырев В.Г., Бондаренко В.В., Карчевская А.О., Данилова В.В., Капырина Ю.Н. Исследование синдрома профессионального выгорания на примере специалистов отделения анестезиологии и реанимации. *Сибирский научный медицинский журнал*. 2020;40(5):106–112. https://doi.org/10.15372/SSMJ20200513.
42. Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда Р 2.2.2006-05 (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 29 июля 2005 г.). Доступно по: https://docs.cntd.ru/document/1200040973 (дата обращения: 20.09.2025).
43. Городецкий И.Г., Найченко М.В., Турзин П.С. Эргономика и качество изделий медицинской техники. *Биотехносфера*. 2010;2(8):34–38.
44. Vural F., Cihan E. Ergonomics: an important factor in the operating room. *J Perioper Pract*. 2016;26(7–8):175–179. https://doi.org/10.1177/1750458916026007-804.
45. Постановление главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 № 2 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 1.2.3685-21 “Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания”». Доступно по: https://docs.cntd.ru/document/573500115?section=text (дата обращения: 20.09.2025).
46. Постановление главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24.12.2020 № 44 «Об утверждении санитарных правил СП 2.1.3678-20 “Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг”». Доступно по: https://docs.cntd.ru/document/573275590?section=text (дата обращения: 20.09.2025).
47. Schurk D. Энергоэффективные системы климатизации больниц: особые требования к микроклимату операционных и палат интенсивной терапии. *Энергосбережение*. 2020;(8):16–23.
48. Никонов В.А., Мозжухина Н.А., Хомуло Д.П., Еремин Г.Б. Некоторые особенности напряженного зрительного труда медицинских работников. *Здоровье — основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения*. 2013;8(1):319–321.
49. The World Health Organization. Radiation protection and safety in medical uses of ionizing radiation. Доступен по: https://www.who.int/publications/m/item/radiation-protection-and-safety-in-medical-uses-ionizing-radiation (дата обращения: 20.09.2025).
50. Малькова Н.Ю., Балтрукова Т.Б., Иванова О.И., Петрова М.Д. Гигиеническая оценка рентгеновского и

лазерного излучений на рабочем месте хирургов. *Гигиена и санитария*. 2019;98(6):636–641. https://doi.org/10.18821/0016-9900-2019-98-6-636-641.

51. Апполонский С.М., Каляда Т.В., Синдаловский Б.Е. Безопасность жизнедеятельности человека в электромагнитных полях. СПб.: Политехника; 2006.
52. Рубцова Н.Б., Перов С.Ю., Кормилицин А.А. Проблемы гигиенической оценки электромагнитной обстановки в физиотерапевтических кабинетах. Материалы II Международной научно-практической конференции «Рабочая среда и здоровье», 2–4 апреля 2025 года, г. Минск, Республика Беларусь. 2025;(1):55–59. https://doi.org/10.31089/978-5-6042929-3-8-2025-1-55-59.
53. Romero Starke K., Friedrich S., Schubert M. et al. Are healthcare workers at an increased risk for obstructive respiratory diseases due to cleaning and disinfection agents? A systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(10):51–59. https://doi.org/10.3390/ijerph18105159.
54. The Pan American Health Organization. Safe handling of hazardous chemotherapy drugs in limited-resource settings. Доступен по: https://iris.paho.org/handle/10665.2/28554 (дата обращения: 20.09.2025).
55. Амиров Н.Х., Берхеева З.М., Гарипова Р.В., Фассахов Р.С. Организация медицинской помощи работникам здравоохранения, имеющим контакт с латексосодержащими изделиями. *Казанский медицинский журнал*. 2010;91(2):268–271.
56. Набиева А.С., Асланов Б.И., Колосовская Е.Н., Пузырев В.Г., Усенко В.В. Оценка микробиологической эффективности применения импульсных ультрафиолетовых установок в медицинской организации. *Медицинский алфавит*. 2023;(11):55–59. https://doi.org/10.33667/2078-5631-2023-11-55-60.
57. Спиридонов А.М., Березин И.И., Никифорова Г.А. Оценка риска профессиональной инфекционной заболеваемости у медицинских работников. *Охрана труда и техника безопасности в учреждениях здравоохранения*. 2012;(2):10–12.
58. Mahamat G., Kenmoe S., Akazong E.W. et al. Global prevalence of hepatitis B virus serological markers among healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *World J Hepatol*. 2021;13(9):1190–1202. https://doi.org/10.4254/wjh.v13.i9.1190.
59. Махмануров А.А., Турсунов Р.А. Частота встречаемости ВИЧ-инфекции и парентеральных вирусных гепатитов (B, C и G) у медицинских работников. *Человек и его здоровье*. 2013;(1):135–139.
60. Manchia M., Gathier A.W., Yapici-Eser H., Schmidt M.V., de Quervain D. et al. The impact of the prolonged COVID-19 pandemic on stress resilience and mental health: a critical review across waves. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2022;55:22–83. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.10.864.

REFERENCES

1. Shishkin S.V., Sheyman I.M., Almazov A.A., Biryukova A.I., Vlasov V.V., Potapchik E.G., Sazhina S.V., Salakhutdinova S.K. Russian healthcare: development prospects. Report of the Higher School of Economics. Moscow: Publishing House of the Higher School of Economics; 2024. (In Russian).
2. Alenitskaya M.V., Kiku P.F., Dubel E.V., Unguryanu T.N. Labor and health of medical workers: a monograph. Vladivostok: Far Eastern Federal University. University; 2023. (In Russian).
3. Lemeshevskaya E.P., Kurenkova G.V., Zhukova E.V. Occupational hygiene of medical workers. The training manual. Irkutsk: IGMU; 2019. (In Russian).
4. Kosarev V.V., Babanov S.A. Occupational diseases of medical workers: monograph. Moscow: Infra-M; 2023. (In Russian).
5. Gorblyansky Y.Y., Kontorovich E.P., Ponamareva O.P., Volynskaya E.I., Krishchenko V.N. Psychosocial occupational factors and the risk of health issues in healthcare workers (thematic review). *South Russian Journal of Therapeutic Practice*. 2020;1(3):27–36. (In Russian). https://doi.org/10.21886/2712-8156-2020-1-3-27-36.
6. Mikhaylov Yu.M. Occupational safety in medical institutions. Moscow: Alfa-Press; 2012. (In Russian).
7. Solovyov V.V. Organizational algoritm to prevent health disorders in anesthesiologists-resuscitators. *Social Aspects of Public Health*. 2015;46(6):1–6. (In Russian).
8. Shvetsky F.M., Potievskaya V.I., Smolnikov P.V., Chizhov A.Y. Correction of functional status of physicians anaesthesiologists-reanimatologists by xenon inhalations. *RUDN Journal of Ecology and Life Safety*. 2016;(4):96–104. (In Russian). https://doi.org/10.22363/2313-2310-2016-4-96-104.
9. Voytovich N.V. The impact of working conditions on the mental health of anesthesiologists and intensive care specialists: a literature review. *Occupational Medicine and Human Ecology*. 2025;42(2):63–83. (In Russian). https:/doi.org/10.24412/2411-3794-2025-10205.
10. Tishina N.A., Tishin A.A., Rstakyan A.R., Trizno E.V. Technosphere safety in the framework of the specialty Anesthesiology and intensive care medicine. *Kaspijskij nauchnyj zhurnal*. 2025;1(6):10–18. (In Russian).
11. Volquind D., Bagatini A., Monteiro G.M.C., Londero J.R., Benvenutti G.D. Occupational hazards and disease related to the practice of anesthesiology. *Braz J Anesthesiol*. 2013;63(2):227–232. https://doi.org/10.1016/S0034-7094(13)70221-6.
12. Korehova M.V., Novikova I.A., Soloviev A.G., Kirov M.Yu. Influence of negative labor factors on the occurrence and development of professional burnout among anesthesiologists-resuscitators. *Medico-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations*. 2020;(3):96–106. (In Russian). https://doi.org/10.25016/2541-7487-2020-0-3-96-106.

13. Netesin E.S., Gorbachev V.I., Nelyubin A.G., Mitkinov O.E. Burnout syndrome in anesthesiologists and intensive care physicians. *Acta Biomedica Scientifica*. 2017;2(1):74-78. (In Russian). https://doi.org/10.12737/article_5955e6b576bc67.49672240.
14. Sinbukhova E.V., Lubnin A.Yu. Emotional burnout of anesthesiologists and intensive care physicians. *Acmeology.* 2018;68(4):60–65. (In Russian).
15. Muravyeva A.A., Mikhaylova Yu.V**.,** Gorbunova V.V. Problems related to the level of emotional burnout syndrome in anesthesiologists-resuscitators. *Social Aspects of Public Health*. 2023;69(1):1–22. (In Russian). https://doi.org/10.21045/2071-5021-2023-69-1.
16. Korehova M.V., Soloviev A.G., Kirov M.Yu., Novikova I.A. Psychological Factors of the Professional Burnout Syndrome in Anesthesiologists and Intensive Care Physicians. *Clinical Psychology and Special Education*. 2019;8(2):16–37. (In Russian). https://doi.org/10.17759/cpse.2019080202.
17. Gorbachev S.V., Netesin E.S., Gorbachev V.I. Assessment of the Impact of Night Shift on Mental Status of Doctors Anesthesiologist-Reanimatologist. *Annals of critical care*. 2017;1:19–22. (In Russian). https://doi.org/10.21320/1818-474X-2017-1-20-23.
18. Gupta N., Gupta A., Garg R. Professional burnout in anesthesia and critical care — how to decrease it. *J Anesth Crit Care: Open Access*. 2015;2(3):00056. https://doi.org/10.15406/jaccoa.2015.02.00056.
19. Optimization of working conditions and prevention of health disorders of the staff of operating units, departments of anesthesiology-intensive care, intensive care and intensive care. *Occupational safety and fire safety in healthcare institutions (electronic journal)*. 2017;12. Available at: https://управление-здравоохранением.рф/publ/okhrana_truda/optimizacija_uslovij_truda_i_profilaktika_narushenij_sostojanija_zdorovja_personala_operacionnykh_blokov_otdelenij_anesteziologii_reanimacii_reanimacii_i/9-1-0-804 (accessed: 20.09.2025).
20. Bajwa S.J., Kaur J. Risk and safety concerns in anesthesiology practice: the present perspective. *Anesth Essays Res*. 2012;6(1):14–20. https://doi.org/10.4103/0259-1162.103365.
21. Berry A., Katz J.D. Occupational health. Clinical Anesthesia. Eds. P.G. Barash, B.F. Cullen, R. Stoelting. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2009;6:78–114.
22. Bilir N. Occupational Health and Safety. Ankara: Güneş Medical Bookstores. 2019;2:33–34, 85–100.
23. Hakim M., Walia H., Dellinger H.L. et al. The effect of operating room temperature on the performance of clinical and cognitive tasks. *Pediatr Qual Saf*. 2018;3(2):e069. https://doi.org/10.1097/pq9.0000000000000069.
24. Lembo M., Cannata V., Militello A. et al. Artificial lighting and blue light in the operating room: what risks for the surgeon? *La Medicina del Lavoro*. 2015;106(5):342–350.
25. Andrade G.O., Dantas R.A. Work-related mental and behaviour disorders in anesthesiologists. *Braz J Anesth*. 2015;65(6):504–510. https://doi.org/10.1016/j.bjane.2013.03.021.
26. Solovyov V.V. Substantiation of organizational and preventive measures to optimize work environment and promote health of anesthesiologists-resuscitator. *Social Aspects of Public Health*. 2015;43(3):1–7. (In Russian).
27. Zuev A.V., Nekrasova M.M., Vasiyleva T.N. Pilot study of office employee informational mental workload. *Russian Journal of Occupational Health and Industrial Ecology*. 2019;1(10):866-870. (In Russian). https://doi.org/10.31089/1026-9428-2019-59-10-866-870.
28. Lovchev A.Yu., Koryachkin V.A. Burnout syndrome as a manifestation of professional stress in the work of anesthesiologists and intensive care physicians. In: Proceedings of the All-Russian Congress "Modern trends and ways of development of anesthesiology and intensive care in the Russian Federation". Moscow; 2006:6–7. (In Russian).
29. Korekhova M.V., Soloviev A.G., Kirov M.Yu., Malyshkin E.A., Novikova I.A. Professional burnout syndrome at the doctors anaesthetist. *Messenger of Anesthesiology and Resuscitation*. 2016;13(3):19–28. (In Russian). https://doi.org/10.21292/2078-5658-2016-13-3-19-28.
30. De Oliveira G.S., Jr., Chang R., Fitzgerald P.C., Almeida M.D., Castro-Alves L.S., Ahmad S., McCarthy R.J. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of united states anesthesiology trainees. *Anesth Analg*. 2013;117(1):182–193. https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e3182917da9.
31. Misiolek A., Gorczyca P., Misiołek H., Gierlotka Z. The prevalence of burnout syndrome in Polish anaesthesiologists. *Anaesthesiol Intensive Ther*. 2014;46(3):155–161. https://doi.org/10.5603/AIT.2014.0028.
32. Parfenov Yu.A., Kiseleva M.V., Aref'ev A.A., Tsoy V.S. Predicting the adaptation of middle-aged and elderly anesthesiologists with occupational burnout syndrome. *Scientific notes of P.F. Lesgaft University*. 2012;87(5):79–84. (In Russian). https://doi.org/10.5930/issn.1994-4683.2012.05.87.p79-84.
33. Sanfilippo F., Noto A., Palumbo G.J., Ippolito M., Gagliardone M., Scarlata M., Bignami E., Sangalli F., Cattaneo S., Blangetti I., Scolletta S., Locatelli A., Tritapepe L., Lorini F. L., Arcadipane A. Burnout in cardiac anesthesiologists: results from a national survey in Italy. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2018;32(6):2459–2466. https://doi.org/10.1053/j.jvca.2018.05.016.
34. Netesin E.S., Gorbachev V.I., Nelyubin A.G., Mitkinov O.E. Burnout syndrome in anesthesiologists and intensive care physicians. *Acta Biomedica Scientifica*. 2017;2(1):74-78. (In Russian). https://doi.org/10.12737/article_5955e6b576bc67.49672240.
35. Ironosov V.E., Ivanov D.O., Pshenisnov K.V., Aleksandrovich Yu.S., Agafoniva A.V. Occupational stress

as a risk factor for cardiovascular accidents in medical staff of anesthesiology and intensive care units (review). *Messenger of Anesthesiology and Resuscitation*. 2025;22(2):139–148. (In Russian). https://doi.org/10.24884/2078-5658-2025-22-2-139-148.

36. Netesin E.S., Gorbachev V.I. Evaluating attention stability and performance dynamics in anesthesiologist resuscitator doctors. *Occupational Medicine and Industrial Ecology*. 2018;4:24–28. (In Russian).
37. Puzyrev V.G. Heart rate automatism function indicators: an important area of scientific and medical research. *Medical alphabet*. 2024;(31):52–54. (In Russian). https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-31-52-54.
38. PuzyrevV.G., Khalfiev I.N., Kolpakova M.V., Sitdikova A.V., Grigorieva L.V., Sitdikova I.D., Mikhailova S.A., Sayfutdinova E.A., Karchevskaya A.O. Indicators of heart rate variability as a cumulative criterion for assessing the body's adaptive reserves. *Journal of Family Medicine*. 2023;1:33–39. (In Russian). https://doi.org/10.33920/med-10-2301-04.
39. Hyman S.A., Shotwell M.S., Michaels D.R., Han X., Card E.B., Morse J.L., Weinger M.B. A survey evaluating burnout, health status, depression, reported alcohol and substance use, and social support of anesthesiologists. *Anesth Analg*. 2017;125(6):2009–2018. https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002298.
40. Mikhailova Yu.V., Golubev N.A., Muravyova A.A., Zhernosenko A.O. Personnel support of anesthesiologic-research service of the Russian Federation. *Bulletin of Pirogov National Medical and Surgical Center*. 2020;15(1):99-106. (In Russian). https://doi.org/10.25881/BPNMSC.2020.11.97.018.
41. Puzyrev V.G., Bondarenko V.V., Karchevskaya A.O., Danilova V.V., Kapyrina Yu.N. The study of professional burnout syndrome in specialists of the department of anaesthesiology and intensive care. *Siberian Scientific Medical Journal*. 2020;40(5):106–112. (In Russian). https://doi.org/10.15372/SSMJ20200513.
42. Rukovodstvo po gigienicheskoy otsenke faktorov rabochey sredy i trudovogo protsessa. Kriterii i klassifikatsiya usloviy truda R 2.2.2006-05 (utv. Glavnym gosudarstvennym sanitarnym vrachom Rossiyskoy Federatsii 29 iyulya 2005 g.). Available at: https://docs.cntd.ru/document/1200040973 (accessed: 20.09.2025). (In Russian).
43. Gorodetskiy I.G., Naychenko M.V., Turzin P.S. Ergonomics and quality of medical devices. *Biotechnosphere*. 2010;2(8):34–38. (In Russian).
44. Vural F., Cihan E. Ergonomics: an important factor in the operating room. *J Perioper Pract*. 2016;26(7–8):175–179. https://doi.org/10.1177/1750458916026007-804.
45. Postanovlenie glavnogo gosudarstvennogo sanitarnogo vracha Rossiyskoy Federatsii ot 28.01.2021 N 2 Ob utverzhdenii sanitarnykh pravil i norm SanPiN 1.2.3685-21 "Gigienicheskie normativy i trebovaniya k obespecheniyu bezopasnosti i (ili) bezvrednosti dlya cheloveka faktorov sredy obitaniya". Available at: https://docs.cntd.ru/document/573500115?section=text (accessed: 20.09.2025). (In Russian).
46. Postanovlenie glavnogo gosudarstvennogo sanitarnogo vracha Rossiyskoy Federatsii ot 24.12.2020 N 44 Ob utverzhdenii sanitarnykh pravil SP 2.1.3678-20 "Sanitarno-epidemiologicheskie trebovaniya k ekspluatatsii pomeshcheniy, zdaniy, sooruzheniy, oborudovaniya i transporta, a takzhe usloviyam deyatel'nosti khozyaystvuyushchikh sub"ektov, osushchestvlyayushchikh prodazhu tovarov, vypolnenie rabot ili okazanie uslug". Available at: https://docs.cntd.ru/document/573275590?section=text (accessed: 20.09.2025). (In Russian).
47. Schurk D. Energy-efficient hospital air conditioning systems: special requirements for the microclimate of operating rooms and intensive care units. *Energosberezheniye*. 2020;(8):16–23. (In Russian).
48. Nikonov V.A., Mozzhukhina N.A., Khomulo D.P., Eremin G.B. Some features of intense visual work of medical workers. *Health is the Basis of Human Potential: Problems and Ways to Solve Them*. 2013;8(1):319–321. (In Russian).
49. The World Health Organization. Radiation protection and safety in medical uses of ionizing radiation. Available at: https://www.who.int/publications/m/item/radiation-protection-and-safety-in-medical-uses-ionizing-radiation (accessed: 20.09.2025).
50. Malkova N.Y., Baltrukova T.B., Ivanova O.I., Petrova M.D. Hygienic assessment of X-ray and laser radiation at surgeons' workplaces. *Hygiene and sanitation*. 2019;98(6):636-641. https://doi.org/10.18821/0016-9900-2019-98-6-636-641.
51. Appolonskiy S.M., Kalyada T.V., Sindalovskiy B.E. Safety of human life in electromagnetic fields. The training manual. Saint Petersburg: Polytechnic; 2006. (In Russian).
52. Rubtsova N.B., Perov S.Yu., Kormilitsin A.A. Problems of hygienic assessment of the electromagnetic environment in physiotherapy rooms. Proceedings of the II International Scientific and Practical Conference "Working Environment and Health", April 2–4, 2025, Minsk, Republic of Belarus. 2025;(1):55–59. (In Russian). https://doi.org/10.31089/978-5-6042929-3-8-2025-1-55-59.
53. Romero Starke K., Friedrich S., Schubert M. et al. Are healthcare workers at an increased risk for obstructive respiratory diseases due to cleaning and disinfection agents? A systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(10):51–59. https://doi.org/10.3390/ijerph18105159.
54. The Pan American Health Organization. Safe handling of hazardous chemotherapy drugs in limited-resource settings. Available at: https://iris.paho.org/handle/10665.2/28554 (accessed: 20.09.2025).
55. Amirov N.Kh., Berkheeva Z.M., Garipova R.V., Fassakhov R.S. Organization of medical care for healthcare workers who have contact with latex-containing products. *Kazan Medical Journal*. 2010;91(2):268–271. (In Russian).

56. Nabieva A.S., Aslanov B.I., Kolosovskaya E.N., Puzyrev V.G., Usenko V.V., Ignatova O.K. Evaluation of microbiological efficiency of use of pulsed ultraviolet devices in medical organization. *Medical alphabet*. 2023;(11):55-60. (In Russian). https://doi.org/10.33667/2078-5631-2023-11-55-60.
57. Spiridonov A.M., Berezin I.I., Nikiforova G.A. Risk assessment of occupational infectious diseases among medical workers. *Occupational Safety and Health in Healthcare Facilities*. 2012;(2):10–12. (In Russian).
58. Mahamat G., Kenmoe S., Akazong E.W. et al. Global prevalence of hepatitis B virus serological markers among healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *World J Hepatol*. 2021;13(9):1190–1202. https://doi.org/10.4254/wjh.v13.i9.1190.
59. Makhmanurov A.A., Tursunov R.A. Frequency of HIV infection and parenteral viral hepatitis (B, C and G) in medical workers. *Humans and their health*. 2013;(1):135–139. (In Russian).
60. Manchia M., Gathier A.W., Yapici-Eser H., Schmidt M.V., de Quervain D. et al. The impact of the prolonged COVID-19 pandemic on stress resilience and mental health: a critical review across waves. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2022;55:22–83. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.10.864.

Оригинальная статья

УДК. 17.02:2-67:61(045)
https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.46.29.009

Между традицией и глобальным этическим диалогом: новая парадигма исламской биоэтики

Замира Мухамеджановна Мухамедова

Ташкентский государственный стоматологический институт, 100109, г. Ташкент, ул. Фаробий, д. 2, Республика Узбекистан

Контактная информация: Замира Мухамеджановна Мухамедова — д. филос. н., профессор кафедры общественных наук с курсом биоэтики. E-mail: muhamedova_zamir@mail.ru; https://orcid.org/0000-0003-2959-2903; SPIN: 6054-2937

Для цитирования: Мухамедова З.М. Между традицией и глобальным этическим диалогом: новая парадигма исламской биоэтики. *Медицина и организация здравоохранения*. 2025;10(3):97–110. https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.46.29.009.

Поступила: 24.09.2025 ***Одобрена: 27.10.2025*** ***Принята к печати: 28.11.2025***

РЕЗЮМЕ. Статья посвящена комплексному анализу трансформаций исламской биоэтики, наблюдаемых автором с начала 2000-х годов, в контексте общемировых изменений в области медицинской этики и биомедицинских наук. Исследование фиксирует переход от традиционного философско-религиозного и правового теоретизирования, основанного преимущественно на классических исламских источниках и фикховой практике, к институционализированной, междисциплинарной и клинически ориентированной биоэтике. Автор показывает, что даже представители ранее консервативных теологических школ признают значимость исламской биоэтики как самостоятельной академической дисциплины и прикладной сферы, востребованной в медицинской практике, исследовательских институтах и образовательных программах. В работе представлены современные направления исследований, ключевые фигуры и новые модели, интегрирующие исламскую биоэтику в глобальный биоэтический дискурс. Особое внимание уделяется анализу того, как наследие классических мыслителей (Аль-Рухави, Ар-Рази, Ибн Сина) переосмысливается и адаптируется в современных клинических, нормативных и образовательных контекстах, включая вопросы трансплантологии, репродуктивной медицины, генетических технологий и конца жизни. Подчеркивается, что исламская биоэтика в настоящее время выступает не только как хранитель традиции, но и как активный участник глобального этического диалога, способный вносить уникальные концептуальные и ценностные ориентиры в решение универсальных биоэтических проблем.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: исламская биоэтика, фикх, медицина, адаб, макасид, социальная этика, A. Padela, O.H. Kasule, A. Sachedina, S. Aksoy, A.S. Daar, H. Chamsi-Pasha, M. Gali, D. Atighetchi, Y. Rady, J. Verheijde, медицинская практика, биоэтические модели

© Мухамедова З.М., 2025

Original papers

https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.46.29.009

Between tradition and global ethical dialogue: a new paradigm for Islamic bioethics

Zamira M. Mukhamedova

Tashkent State Dental Institute, 2 Farobiy str., Tashkent, 100109, Republic of Uzbekistan

Contact information: Zamira M. Mukhamedova — Dr. Sci. (Philosophy), Professor of the Department of Social Sciences with a course in Bioethics. E-mail: muhamedova_zamir@mail.ru; https://orcid.org/0000-0003-2959-2903; SPIN: 6054-2937

For citation: Mukhamedova Z.M. Between tradition and global ethical dialogue: a new paradigm for Islamic bioethics. *Medicine and Health Care Organization.* 2025;10(3):97–110. https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.46.29.009.

Received: 24.09.2025 ***Revised: 27.10.2025*** ***Accepted: 28.11.2025***

ABSTRACT. This article offers a comprehensive analysis of some transformations in Islamic bioethics being observed by the author since the early 2000s, set against the background of global developments in medical ethics and the biomedical sciences. The study traces the shift from traditional philosophical–religious and legal theorizing, grounded primarily in classical Islamic sources and fiqh — based practice, toward an institutionalized, interdisciplinary, and clinically oriented bioethics. It demonstrates that even representatives of previously conservative theological schools have come to recognize the significance of Islamic bioethics as both an independent academic discipline and an applied field relevant to medical practice, research institutions, and educational programs. The paper highlights current research directions, key figures, and emerging models that help to integrate Islamic bioethics into the global bioethical discourse. Special attention is given to how the intellectual legacy of classical scholars (al-Ruhawi, al-Razi, and Ibn Sina) is being reinterpreted and adapted to contemporary clinical, regulatory, and educational contexts, including organ transplantation, reproductive medicine, genetic technologies, and end-of-life care. The article underscores that Islamic bioethics today functions not only as a guardian of tradition but also as an active participant in the global ethical dialogue, contributing unique conceptual and value-based perspectives to solving of universal bioethical challenges.

KEYWORDS: Islamic bioethics, fiqh, medicine, adab, maqasid, social ethics, A. Padela, O.H. Kasule, A. Sachedina, S. Aksoy, A.S. Daar, H. Chamsi-Pasha, M. Gali, D. Atighetchi, Y. Rady, J. Verheijde, medical practice, bioethical models

© Mukhamedova Z.M., 2025

ВВЕДЕНИЕ

В 2025 г. исполняется 20 лет со дня проведения в Узбекистане первого Национального конгресса по биоэтике с международным участием (Чарвак, сентябрь 2005 г.), который ознаменовал собой начало институционального и академического становления биоэтики как самостоятельной дисциплины в регионе. Значительный вклад в организацию и проведение Конгресса внесла академик, Герой Узбекистана М.С. Абдуллаходжаева, которая по праву считается пионером биоэтики в стране.

В ранних публикациях начала 2000-х годов автором поднимались вопросы адаптации западной биоэтики к исламскому культурному и правовому контексту, а также вызовы, связанные с интеграцией этического наследия классической мусульманской медицины в образовательные и клинические практики. Эти теоретические наработки получили признание в академической среде [1]. Проведенный в 2005 г. Конгресс стал важной вехой для институционального признания исламской биоэтики в регионе. В его рамках был представлен доклад автора «Исламская биоэтика в историческом аспекте» [2], доклад профессора Abulfadl Mohsin Ebrahim из Исламского университета (Дурбан, Южно-Африканская Республика (ЮАР)) «Права человека и права нерожденных детей» [3]. Выступление Abulfadl Mohsin Ebrahim отличалось аналитичностью, уважением к культурным и религиозным особенностям региона, а также способностью находить точки соприкосновения между универсальными биоэтическими принципами и исламскими ценностями. Его участие в конгрессе стало важным вкладом в укрепление научных связей между Узбекистаном и международным академическим сообществом.

Среди последующих публикаций автора: анализ противоречий исламской биоэтики в XXI веке, роль культурных и религиозных факторов, участие в международных конференциях в Ташкенте, Тегеране и Томске, Цюрихе и Душанбе, Алмате, Астане, Санкт-Петербурге, Анкаре и Москве, публикации на узбекском, русском и английском языках в республиканских, зарубежных журналах и сборниках конференций, учебных пособиях и учебниках. Проведенные исследования внесли вклад в формирование академического дискурса исламской биоэтики в регионе. В работах систематизировались ключевые биоэтические дилеммы, актуальные для исламского мира: допустимость продолжения или прекращения жизнеподдерживающей терапии, паллиативная помощь, этические границы работы с человеческими эмбрионами, религиозно-правовая оценка трансплантации органов, вопрос добровольного отказа от лечения. С самого начала автор рассматривал эти темы как пространство диалога между богословской и медицинской экспертизой, что в дальнейшем стало основой формирования исламской биоэтики как междисциплинарного направления [4–10].

ЦЕЛЬ

Цель статьи — показать, как исламская биоэтика эволюционировала от преимущественно фикховой дисциплины[1] к междисциплинарной области, которая в настоящее время интегрирует богословие, право, философию, клиническую практику и международные этические стандарты. Особое внимание уделяется современным моделям биоэтики, новым именам и практическому применению исламских этических принципов в глобализирующемся медицинском пространстве.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ранние публикации по данной тематике обосновывали необходимость формирования исламской биоэтики как самостоятельного научного и клинического направления. В них систематизировались ключевые этические вопросы, актуальные для современного исламского сообщества: допустимость продолжения или прекращения жизнеподдерживающей терапии, проведение биомедицинских экспериментов на эмбрионах, правомерность трансплантации органов от умерших доноров, границы права на добровольный отказ от жизни и другие проблемы, возникающие на пересечении медицинской практики и религиозно-правовой мысли. Эти вопросы с самого начала рассматривались в междисциплинарной перспективе, объединяющей медицинскую и богословскую экспертизу.

Методологическая основа исследования включает компаративный анализ, историко-философскую реконструкцию, критико-аналитический и интерпретативный подходы. Компаративный метод использован для сопоставления исламской биоэтической традиции с глобальными биоэтическими моделями, выявления общих

[1] Фикх — исламская правовая традиция, охватывающая правила и нормы, регулирующие религиозную, социальную и личную жизнь мусульман, основанная на толковании Корана, хадисов, коллективного мнения ученых (иджма) и аналогии (кияс).

ценностных ориентиров и уникальных культурно-религиозных особенностей. Особое внимание уделено сравнительному анализу фикховых, макасидных[1] и философских подходов, что позволило раскрыть многообразие внутри исламской биоэтической мысли и ее адаптацию к современным вызовам медицины.

Эмпирическая и источниковая база включает:

- академические публикации по исламской биоэтике с начала 2000-х годов;
- ключевые труды современных исследователей (A. Padela, O.H. Kasule, A. Sachedina, M. Ghaly и др.);
- документы международных исламских организаций (в частности, Islamic Organization for Medical Sciences — IOMS);
- классические тексты исламской медицинской этики (Адаб ал-Табиб Исхака ибн ал-Рухави, Ахлак ал-Табиб Ар-Рази, труды Ибн Сины).

Методологически работа опирается также на качественный обзор трансформации взглядов и развития прикладной исламской биоэтики в глобальном и региональном контексте, что позволяет отразить как динамику дискуссий, так и особенности региональных интерпретаций.

Важную роль в исследовании играет академический и практический опыт автора, включая публикации и выступления на международных конференциях по исламской биоэтике и медицинской этике (Ташкент, Алматы, Душанбе, Москва, Казань, Тегеран, Цюрих, Томск и др.). Эти материалы отражают как эволюцию дискуссий в Центральной Азии, так и включенность исламской перспективы в глобальный биоэтический диалог.

ОБСУЖДЕНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ

Историко-философские основания исламской биоэтики

Этические принципы исламской медицины уходят корнями в труды таких ученых, как Исхак ибн ал-Рухави (IX век), Абу Бакр ар-Рази (865–925) и Ибн Сина (980–1037). Их трактаты заложили основы нравственного облика врача, соединяя духовность, разум и служение обществу. Центральными категориями стали адаб и идеал «комил инсон» — концепция «совершенного человека», подразумевающая гармоничное развитие духовных, нравственных и интеллектуальных качеств, направленных на благо общества. Эти идеи были вплетены в философские традиции мусульманской Центральной Азии. Этические основы исламской медицины были заложены задолго до появления современной биоэтики. Уже в IX веке Исхак ибн ал-Рухави в трактате «Адаб ал-Табиб» описывал моральный облик врача как «хранителя души и тела». Он настаивал на социальной ответственности, соблюдении баланса между верой, знанием и состраданием, подчеркивал важность профессионального самоконтроля и скромности. Врач, по Рухави, обязан служить не только телу пациента, но и его духовной опоре, при этом соблюдая гуманизм и равное отношение к представителям всех вероисповеданий [11].

Не менее важный вклад в исламскую медицинскую этику внес Абу Бакр Ар-Рази. В своем труде «Ахлак ал-Табиб» он изложил нравственные обязанности врача: стремление к добродетели, состраданию, честности и постоянному профессиональному развитию. Рази подчеркивал, что врач должен внушать надежду даже в безнадежных случаях и относиться к бедным и богатым пациентам с одинаковым вниманием и уважением [11].

Центральным понятием исламской этической традиции стал адаб — целостное понимание нравственности, воспитанности и должного поведения. В системе исламского образования он сочетался с идеалом комил инсон («совершенного человека»), воспитывающего в себе нравственный стержень, духовную устойчивость и стремление к служению обществу.

Особое место занимают источники Центральной Азии, такие как «Кобуснома» Кайковуса, философско-нравственные трактаты Ибн Сины и другие тексты, формировавшие «кодексы поведения» для врачей и учеников. Эти труды, объединяя исламскую веру, философскую рефлексию и гуманистические принципы, по сути, сформировали фундамент, на который исламская биоэтика опирается и сегодня.

Переход к новой парадигме: от фикха к практической биоэтике

Следует отметить, что в отличие от христианской биоэтики, особенно в католической и православной традиции, где возможна институциональная унификация подходов, в исламском мире отсутствует единый религиозный центр. Существуют пять основных мазхабов (право-

[1] Макасидный подход (от *макасид аш-Шари'а*) ориентирован на выявление высших целей и ценностей шариата, включая сохранение жизни, разума, религии, имущества и рода.

вых школ): суннитские — ханафитский, маликитский, шафиитский и ханбалитский; а также шиитский — джафаритский. Каждый из них имеет собственные интерпретации этических норм и подходов к биоэтическим вопросам. Например, в ханафитском мазхабе аборт допустим в случае угрозы жизни матери, тогда как ханбалитская школа склонна к более строгому запрету и допускает прерывание беременности лишь в исключительных обстоятельствах. Кроме мазхабов, важную роль играют институциональные исламские органы, вырабатывающие биоэтические позиции: Международная академия исламского фикха (International Islamic Fiqh Academy — IAIF), созданная в 1981 г. в Джидде; Исламская организация медицинских наук (Islamic Organization for Medical Sciences, IOMS), учрежденная в 1994 г.; Исламская фикх-академия (Islamic Fiqh Academy — IFA) при Лиге исламского мира в Мекке, действующая с 1977 г. Эти органы способствуют формированию консенсуса и разъяснению этических норм, но не обладают абсолютной юрисдикцией, что делает исламскую биоэтику одновременно гибкой и разнообразной по своим локальным выражениям. На начальном этапе своего становления (в 1980–2000-х годах) исламская биоэтика преимущественно развивалась в русле фикховой традиции. Этические вопросы медицинской деятельности рассматривались преимущественно через призму норм шариата, фетв и правовых заключений улемов[1]. Даже на фоне бурного развития биомедицинских технологий и роста интереса к биоэтическим проблемам исламская этика по-прежнему оставалась глубоко укорененной в богословско-юридическом подходе. К числу критиковавших западную биоэтику с фикховых позиций можно отнести M.A. Al-Bar, H. El-Hajj, M.S. Al-Awa, A. Al-Dawoody, O.H. Kasule.

- Одним из наиболее заметных критиков западной биоэтики в этот период стал профессор Omar Hasan Kasule — мусульманский ученый в области общественного здравоохранения и эпидемиологии, работающий в International Islamic University Malaysia (IIUM) — Международном исламском университете Малайзии, г. Куала-Лумпур. В своей работе 2005 г. он утверждал, что биоэтика как академическая дисциплина является продуктом европейской секуляризации и не имеет методологической легитимности в исламской эпистемологии. С его точки зрения, исламская традиция обладает самодостаточной нормативной и моральной системой и не нуждается в заимствовании внешних этических моделей [12].
- Abulfadl Mohsin Ebrahim из Исламского университета (Дурбан, ЮАР) тоже использует исламскую юридическую традицию, но его подход более академический, морально-философский и этико-прикладной, а не фикхово-правовой в узком смысле. В его работах акцент делается на моральные дилеммы и их интерпретацию через духовно-нравственные категории; этическое богословие (калам) и принципиальный анализ (maslahah, adl, rahmah[2]); плюрализм мнений ученых в рамках ислама и попытка синтеза с международной биоэтикой. Он часто подчеркивает необходимость междисциплинарного подхода: сотрудничества богословов, врачей, ученых [3].
- Mohamed Ali Al-Bar — саудовский ученый и врач, автор ряда трудов по исламской медицине и биоэтике. Он придерживается традиционалистского подхода, делая акцент на фетвы, шариат и авторитет мнений улемов в качестве основы для принятия биоэтических решений. В своих публикациях он последовательно критикует универсализм, секуляризм и индивидуализм западной биоэтики [14].
- Hatem El-Hajj — исламский богослов и врач, член Assembly of Muslim Jurists of America (AMJA, Ассамблея мусульманских юристов Америки), активно отстаивает фикхово-правовую интерпретацию биоэтических проблем, включая репродуктивные технологии, донорство органов, эвтаназию и информированное согласие. Он жестко критикует концепции абсолютной автономии пациента и морального релятивизма, свойственные западной биоэтике [15].
- Muhammad Salim Al-Awa — египетский исламовед и правовед, представлял фикхово-правовую школу в рамках деятельности IOMS (Кувейт), принимал участие

[1] Улемы — ученые-богословы, религиозные лидеры, на которых опирается исламская традиция в понимании и применении религиозных законов.

[2] Maslahah — «общественное благо, польза», принцип, предполагающий приоритет сохранения пользы и предотвращения вреда;
Adl — «справедливость», требование равного и беспристрастного отношения к пациентам;
Raḥmah — «милосердие», ориентир для врачебной практики, выражающий заботу о слабом и страждущем.

в подготовке ряда фетв. Он последовательно подчеркивает, что западная биоэтика чрезмерно фокусируется на автономии и не учитывает духовно-религиозный компонент [16].

- Ahmad Al-Dawoody — главный исламский советник Международного комитета Красного Креста (МККК, International Committee of the Red Cross, ICRC), в своих научных публикациях делает акцент на фикх, мазхабы[1], фетвы как основополагающие элементы исламского морального дискурса. Хотя он не всегда прямо критикует западную этику, он подчеркивает необходимость автономного исламского подхода, особенно в вопросах гуманитарной медицины, эвтаназии и права на жизнь [17].

Следует также упомянуть Fathi Osman (1928–2010), египетского исламского мыслителя, богослова и реформатора, который, несмотря на более умеренные позиции, подчеркивал важность культурной релевантности и контекстуального подхода. Sami A. Aldeeb Abu-Sahlieh — швейцарский юрист палестинского происхождения, исламовед, специалист по исламскому праву. Родился в Палестине (1949), позднее получил гражданство Швейцарии, выступая с позиций исламского реформизма, критиковал как исламскую, так и западную биоэтику, но в то же время рассматривал фикх как обязательную методологическую основу анализа [18].

Вклад в развитие фикховой модели также внесли участники ранних конференций IOMS в Кувейте (1981–1990-е годы), где были приняты коллективные фетвы по вопросам трансплантологии, абортов, экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и др. Эти документы остаются важным источником фикховой биоэтики в мусульманском мире [16].

Однако уже в 2010-х годах в работах O.H. Kasule прослеживается пересмотр прежних позиций. Он начинает использовать концепцию макасид аль-шари'а[2]. В статье Principles of Islamic Medical Ethics: A Methodological Framework (2010) он уже не ограничивается критикой западной биоэтики как секулярного проекта, а предлагает собственную систематизированную методологию исламской медицинской этики. Тем самым акцент смещается с противопоставления к поиску конструктивной, концептуально самостоятельной, но универсально применимой модели биоэтического мышления в исламском контексте [13]. Эти принципы призваны направлять принятие решений в новых, ранее не описанных ситуациях, включая биомедицинские вызовы, как методологическую основу для этического анализа биомедицинских ситуаций. Его подход предполагает иерархию целей: сохранение жизни, разума, потомства и религии, которые затем транслируются на медицинскую практику. Модель O.H. Kasule приобрела систематическую форму и стала применяться в образовательных курсах для врачей и студентов в мусульманских странах [13].

Тем не менее критики, включая Padela Aasim I, отмечают, что даже макасидная модель остается во многом абстрактной и недостаточно операционализированной для клинической среды. Она больше подходит для нормотворчества и общетеоретического анализа, чем для решений в реальной практике «у постели больного». Это и стало толчком к формированию новой, более гибкой и междисциплинарной парадигмы исламской биоэтики [19].

Конкурирующие модели: философские и универсалистские подходы

На фоне развития фикхово-центричных подходов к исламской биоэтике в 2000–2010-х годах появляется ряд альтернативных моделей, апеллирующих к более универсальным и философским основаниям. Представителем новой парадигмы исламской биоэтики является профессор Daar AS — международно признанный хирург из Омана, ученый и эксперт в области глобальной биоэтики, глобального здравоохранения и этики науки. Он был активным членом комитетов Human Genome Organization (1999–2010) и UNESCO International Bioethics Committee (2008–2015), лауреат учрежденной ЮНЕСКО Премии Авиценны этики в науке в 2005 г. [20]. Его учение подчеркивает, что биоэтические решения должны строиться на основе ценностей, вытекающих из Корана и Сунны, а также исламской правовой традиции (шариат) и иджтиха-

[1] Мазхаб — «правовая школа» в исламе; система толкования шариата, основанная на методологии определенного имама (например, ханафитский, маликитский, шафиитский, ханбалитский).

[2] Макасид аль-шари'а — «цели шариата», то есть высшие духовные и нравственные установки исламского права, такие как сохранение жизни (*ḥifẓ al-nafs*), разума (*ḥifẓ al-ʿaql*), религии (*ḥifẓ al-dīn*), собственности (*ḥifẓ al-māl*) и потомства (*ḥifẓ al-nasl*).

да[1], что обеспечивает гибкость при работе с современными биомедицинскими технологиями. Daar AS утверждает, что исламская биоэтика способна гибко реагировать на новые биомедтехнологии, включая трансплантацию органов, генетику, диагностику мозга, вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), репродуктивные технологии [21, 22]. Подход предусматривает международный диалог и междисциплинарность с привлечением врачей, этиков и богословов не в узком фикховом направлении, а в модели, которую можно назвать интердисциплинарной, принципиальной и гибко-адаптивной исламской биоэтикой. Он продвигает биоэтическую практику, основанную на принципах, морали и религиозной традиции, адаптированной к вызовам XXI века. Его подход сочетает нормативные с морально-философскими элементами и стремится к диалогу между исламскими традициями и глобальной биоэтической практикой.

Одним из ярких представителей нового направления стал Taha Jabir Al-Alwani, профессор фикха и усул аль-фикха в Университете Имама Мухаммада ибн Сауда (Imam Muhammad ibn Saud University), Эр-Рияд, Саудовская Аравия[2]. Он предложил концепцию этики, основанную на принципе таухида — единства Бога, знания и человека. Taha Jabir Al-Alwani стремился преодолеть строго правовой подход, настаивая на необходимости философского обоснования универсальных моральных ориентиров, применимых как в исламском, так и в глобальном биоэтическом контексте [23].

Другой важной фигурой стал Sachedina Abdulaziz[3]. В своих работах он трактует исламскую биоэтику как часть социальной этики, которая должна учитывать плюрализм ценностей, уважение к правам человека и межкультурный диалог. Он активно критикует ограниченность фикха в вопросах биоэтики и утверждает необходимость разработки исламской биоэтики как глобальной дисциплины, способной разговаривать с современным миром на общем моральном языке [24].

Şahin Aksoy[4] — один из первых ученых в мусульманском мире, кто в 1990–2000-х годах начал выстраивать исламскую биоэтику как академическую дисциплину, ориентированную на международный диалог. Он представлял универсалистский подход, стремясь объединить принципы исламской этики с основами светской биоэтики, включая принципы Бичампа и Чилдресса. Внес значимый вклад в формирование исламской биоэтики: представил сочетание медицинской, теологической и этической перспектив. Один из первых исследователей в мусульманском мире, стремившихся интегрировать исламские ценности в современные биоэтические стандарты [25].

В своих работах, включая статьи в Journal of Medical Ethics и Eubios Journal of Asian and International Bioethics, Aksoy подчеркивает значимость культурной релевантности, но при этом не отвергает глобальных этических универсалий. Он активно выступал за то, чтобы исламская биоэтика не ограничивалась фикхом и фетвами, а включала в себя философское осмысление, клиническую практику и участие мусульманских врачей в международных дискуссиях по биоэтике [26, 27].

Aasim I. Padela[5] — его деятельность охватывает сочетание клинической практики, биоэтики и религиозных исследований, включая исламскую биоэтику. Aasim I. Padela в своей программной статье [19] подверг анализу оба вышеупомянутых подхода, выдвинув собственную позицию. Он признает ценность макасидных и философских

[1] Шариат — совокупность божественных предписаний и норм, регулирующих все стороны жизни мусульманина; основан на Коране, Сунне, иджма'е (консенсусе ученых) и киясе (сравнительном суждении).
Иджтихад — метод независимого толкования и вынесения правового решения ученым на основе источников шариата, особенно в новых или спорных вопросах, где нет прямого текста в Коране и Сунне.

[2] Taha Jabir Al-Alwani (1935–2016) — иракский исламский ученый, специалист по фикху и усулю фикха, основатель и председатель различных исламских академических и фикх-организаций (например, Fiqh Council of North America, Graduate School of Islamic and Social Sciences, Cordoba University). Автор концепций, связанных с fiqh al-aqalliyyāt и методологией независимого правового толкования (иджтихад).

[3] Sachedina, Abdulaziz (p. 1942) — современный исламский мыслитель, профессор религиоведения в Университете Вирджинии (США). Автор книги Islamic Biomedical Ethics (2009), в которой применяет принципы исламской этики к современным медицинским вопросам.

[4] Şahin Aksoy (1965–2012) — турецкий врач и ученый, специалист в области биоэтики и истории медицины. Окончил Медицинский факультет Университета Анкары (1990), докторскую степень получил в Университете Манчестера (Великобритания). Работал профессором и заведующим кафедрой истории медицины и этики Медицинского факультета Университета Харран (Шанлыурфа, Турция). Автор работ по медицинской этике, клинической биоэтике и исламской этике.

[5] Aasim I. Padela — профессор экстренной медицины, биоэтики и медицинских гуманитарных наук; вице-председатель по исследованиям в Департаменте экстренной медицины Medical College of Wisconsin (MCW, США). MD (Weill Cornell Medical College), MSc (University of Michigan), BA (University of Rochester).

моделей, однако указывает на их абстрактность и недостаточную применимость в клинической практике. Aasim I. Padela предлагает гибридную модель, сочетающую исламскую правовую мысль, макасид, принципы социальной этики и элементы современной биоэтики. Его подход ориентирован на решение конкретных этических дилемм у постели больного и делает акцент на необходимость междисциплинарного взаимодействия [19].

В качестве примера он приводит случай мусульманской пациентки, страдающей онкологическим заболеванием, у которой возникла необходимость в паллиативной помощи. Aasim I. Padela показывает, что простое применение макасид — например, приоритета сохранения жизни — не дает четкого ответа в ситуации, когда прогноз неблагоприятен, а страдания усиливаются. Он анализирует, как духовные ценности пациентки, ее доверие к врачам, участие семьи и религиозные убеждения могут быть включены в этическое обсуждение. Врач, действующий в исламском контексте, должен учитывать не только юридические нормы, но и сострадание, социальную поддержку и право пациента на облегчение боли и достойную смерть.

Кроме того, Aasim I. Padela анализирует и другие ситуации, в которых универсальные исламские принципы должны сочетаться с клинической реальностью. Например, он рассматривает вопрос согласия на лечение от имени женщин, находящихся под опекой мужа или отца, и необходимость учитывать их личную автономию, особенно в контексте США. Он также затрагивает дилеммы, связанные с реанимацией, прекращением искусственной вентиляции легких, и обращает внимание на то, как мнение местной фетвенной группы может входить в диалог с мнением врача, пациента и семьи. Все эти случаи подчеркивают: исламская биоэтика работает не как жесткая нормативная система, а как гибкий и чувствительный к ситуации моральный компас, встраиваемый в профессиональные протоколы клинической этики.

Внедрение в медицинскую практику: от концепций к клинической работе

С конца XX века исламская биоэтика начинает выходить за пределы теоретического дискурса и постепенно внедряется в сферу практической медицины. Одним из ключевых шагов стало формирование нормативной базы: уже в 1981 и 1982 годах в рамках конференций, организованных Islamic Organization for Medical Sciences (IOMS), были предложены первые кодексы исламской медицинской этики, основанные на принципах шариата [28].

В последующие десятилетия стали активно развиваться биоэтические комитеты при медицинских учреждениях, фетвенные советы по вопросам здравоохранения, междисциплинарные группы по анализу сложных клинических ситуаций. В медицинских вузах мусульманских стран были внедрены курсы по исламской биоэтике, ориентированные как на богословские основы, так и на клинические сценарии. Эти процессы сопровождались адаптацией международных биоэтических норм (например, Хельсинкской декларации) к исламскому правовому и культурному контексту. Таким образом, исламская биоэтика начала функционировать не только как философская и теологическая система ценностей, но и как практическая основа для принятия этически обоснованных медицинских решений. Это стало возможным благодаря сотрудничеству академического сообщества ученых, богословов и клиницистов, заинтересованных в формировании универсальной, но одновременно конфессионально чувствительной и культурно значимой этической среды. Исламская биоэтика стала рабочим этическим ориентиром, используемым в реальной медицинской практике. Наиболее наглядным примером трансформации исламской биоэтики в прикладную дисциплину становится практика в отдельных странах, в частности в Узбекистане. Хотя Узбекистан является светским государством, ислам остается важным элементом культурной и нравственной жизни значительной части населения. В последние десятилетия наблюдается значительный рост числа верующих мусульман в Узбекистане, что отражает укрепление религиозной идентичности населения и формирование общественного запроса на религиозно обоснованные позиции по ключевым вопросам биоэтики. Здесь развитие медицинской этики опирается не только на нормативные документы, но и на религиозно-правовые ориентиры. Например, касательно искусственного оплодотворения, в 2018 г. Управление мусульман Узбекистана (УМУ) опубликовало фетву, разрешающую применение методов искусственного оплодотворения исключительно для супружеских пар, состоящих в браке по шариату, и только при крайней необходимости. Биоматериалы должны быть от супругов без смешения, а процедуру выполнять квалифицированный врач. Все остальные методы — донорство, суррогатное материнство, криоконсервация с участием третьих лиц — считаются несоответствующими шариату и за-

прещаются. Участие главы отдела фетвы УМУ Хомиджона Ишматбекова в Совете по фетвам Евразийского исламского союза [29] подчеркивает системный подход узбекской исламской общины к проблеме репродуктивных технологий.

Несмотря на то что в Узбекистане отсутствуют специальные законы, регулирующие суррогатное материнство и искусственное оплодотворение, законодательство в сфере репродуктивного здоровья все же претерпело значимые изменения: 11 марта 2019 г. был принят закон «Об охране репродуктивного здоровья граждан» [30]. Закон обеспечивает базовый уровень правовой регламентации репродуктивных аспектов, определяет на государственном уровне гарантии доступа к информации о методах контрацепции и репродуктивных технологиях, порядок применения вспомогательных репродуктивных процедур, принципы оказания медицинской помощи, включая безопасный аборт и оперативную контрацепцию. Современное законодательство не охватывает суррогатное материнство и эмбриодонорство, разрабатываемые международные и национальные инициативы еще не привели к нормативному регулированию этих конкретных технологий. Сравнительный обзор правового регулирования репродуктивных технологий в странах Центральной и Южной Азии показывает, что эти темы остаются нерегулируемыми и предметом правового вакуума, что согласуется с исламской позицией в Узбекистане.

Таким образом, исламская биоэтика начала действовать не только как философская система, но и как практически применимая этическая система, способная ориентировать врачей и пациентов в реальных клинических ситуациях. Это стало возможным благодаря усилиям как академического сообщества, так и практиков, заинтересованных в создании универсальной, но в то же время конфессионально чувствительной этической среды.

Особое значение приобрели академические и междисциплинарные дискуссии. В этом контексте показательным является обмен мнениями между Ahmed Raissouni, марокканским исламским ученым, юристом-богословом, одним из ведущих современных теоретиков исламского права, и Chamsi-Pasha, сирийско-саудовским кардиологом и специалистом по прикладной исламской биоэтике, работающим на стыке медицины и шариата. Raissouni предложил макасид-центричную модель исламской биоэтики, преимущественно правовую и методологически абстрактную. В ответ Chamsi-Pasha в статье Response to Raissouni's Paper с уважением, но решительно выступил за прикладной, клинически ориентированный подход к исламской биоэтике, подчеркивая необходимость ее практической реализации в больничной среде, а не только в богословском дискурсе [31]. Его более широкая позиция по применению исламской этики в современной медицине представлена также в совместной монографии с Albar, Mohammed A., где обсуждаются конкретные случаи, от трансплантации до реанимационных протоколов [32]. Он выступает за то, чтобы исламская биоэтика учитывала реальные вызовы здравоохранения, работала в больницах, отражалась в протоколах и учитывала мнение врачей, пациентов и этических комиссий. Особое место в развитии исламской биоэтики занимает научная деятельность Mohammed Ghaly[1]. Его статьи посвящены анализу фундаментальных понятий исламской этики в применении к актуальным вопросам современной медицины — от смерти мозга и паллиативной помощи до справедливости в распределении ресурсов во время пандемий [33–36]. Mohammed Ghaly сочетает богословский анализ с международными нормами биоэтики, способствуя формированию исламской биоэтики как признанной академической дисциплины. Статья Mohammed Ghaly исследует дебаты вокруг концепции смерти мозга в свете исламской религиозной этики [33]. Mohammed Ghaly показывает, как классические и современные исламские источники по-разному интерпретируют границу между жизнью и смертью. В статье Mohammed Ghaly рассматривается роль коллективного иджтихада (этико-юридической интерпретации) в медицинской этике [34]. Анализируются усилия таких организаций, как IOMS и IFA[2], в формировании

[1] Mohammed Ghaly родился в Египте и получил степень бакалавра в области исламских исследований в Университете Аль-Азхар в Каире. Позднее он продолжил обучение в Нидерландах, где получил степень магистра и доктора философии в области исламских исследований в Университете Лейдена. Профессор кафедры исламской этики в Центре исламского законодательства и этики (Center for Islamic Legislation and Ethics, CILE, Катар). Он также входит в редколлегии ведущих журналов по биоэтике и исламским наукам. Активно публиковался с 2010-х годов в международных журналах, таких как Asian Bioethics Review, Medicine, Health Care and Philosophy, Islamic Studies и др.

[2] IOMS — International Organization for Medical Sciences, международная организация, разрабатывающая стандарты и рекомендации в области медицины и медицинской этики. IFA — International Fiqh Academy, международная исламская юридическая академия при Организации исламского сотрудничества (OIC), разрабатывающая фетвы и рекомендации по вопросам шариата, включая биоэтику.

биоэтических решений. Особый акцент стоит сделать на разделе «Ислам и инвалидность: богословские и правовые перспективы» — глава в коллективной монографии (Handbook) в книге Islam and Disability, которая выявляет теологические основания биоэтики в исламской традиции, включая понятия страдания, справедливости и социальной ответственности. Эта работа служит образцом исламской философской биоэтики, расширяя дисциплину за рамки сугубо медицинского или юридического анализа [35]. Исследует, как исламские источники (фикх, тафсир[1], хадисы) формируют отношение к людям с ограниченными возможностями, включая вопросы репродукции, прав и ухода [36]. Обзору исламских подходов к клинической этике посвятил статью Mohammed Ghaly, где им предлагается структура, объединяющая принципы шариата с практическими сценариями из медицинской практики [37]. Анализу понятий «медицинская бесполезность» и «надежда на лечение» в исламском контексте посвящена статья Mohammed Ghaly [38], в которой рассматриваются ICU (Intensive Care Unit — отделение интенсивной терапии) сценарии — это клинические ситуации, возникающие в условиях реанимации или интенсивной терапии, где врачи и семьи сталкиваются с моральными дилеммами, где пациенты находятся в критическом состоянии и:

- нуждаются в аппаратах жизнеобеспечения (искусственная вентиляция легких, мониторинг, медикаментозная поддержка);
- часто не могут выразить свою волю (в бессознании, в коме);
- решения принимают семья и врачи, исходя из прогноза, медицинской пользы и этических норм.

Этические дилеммы в ICU:

- Прекращать ли искусственную вентиляцию легких?
- Продлевать ли жизнь, если прогноз необратим?
- Кто имеет право принимать решение?
- Как согласовать это с исламскими нормами (например, в контексте сохранения жизни как макасид)?

Именно такие ситуации Mohammed Ghaly, Aasim I. Padela и Chamsi-Pasha рассматривают как ключевые точки пересечения между исламским правом и клинической биоэтикой. В 2020 г. Mohammed Ghaly рассмотрел исламскую этику в условиях пандемии: справедливость распределения ресурсов, доступ к паллиативной помощи и участие мусульман в медицинских исследованиях [39]. Следует отметить также коллективный труд под редакцией Mohammed Ghaly, в котором собраны статьи ведущих ученых по исламской биоэтике, включая обсуждение принципов автономии, благодеяния, справедливости и вреда в исламском контексте [40]. Книга основывается на результатах семинара 2013 г., организованного Центром исламского законодательства и этики (Center for Islamic Legislation and Ethics — CILE) при Университете Катара, который объединял мусульманских богословов, биомедиков и западных биоэтиков. Центральной темой является диалог между религиозным и принципиальным биоэтическим мышлением: как исламская традиция может обогатить универсальные принципы (автономия, благодеяние, справедливость) через цели шариата (макасид аль-шари'а) и фикховые максимы (qawā'id fiqhīyah).

В этом контексте значимым является вклад Daruach Atighetchi[2].

Его ключевыми темами были религиозно-правовые аспекты развития биомедицинских технологий в исламском мире, включая экстракорпоральное оплодотворение, трансплантацию, генетику, фемицид, контрацепцию и другие актуальные вопросы [41]. В своих многочисленных публикациях он систематически анализирует, как исламская правовая и этическая традиция адаптируется к современным медицинским вопросам: трансплантации, эвтаназии, смерти мозга, репродуктивным технологиям. Особенно значим его фундаментальный труд Islamic Bioethics: Problems and Perspectives (Springer, 2007), который представляет собой не просто сборник примеров, но полноценный учебник, посвященный историческим, правовым и философским основаниям исламской биоэтики [42]. Daruach Atighetchi подробно рассматривает, как исламская этика может быть интегрирована в рамки современной клинической практики, обращая внимание на разнообразие мнений между различными исламскими школами права, региональными традициями и уровнем взаимодействия с западной биоэтической мыслью [43].

Кроме того, Daruach Atighetchi активно участвует в международных конференциях, научных

[1] Тафсир — научное толкование Корана, направленное на объяснение смысла аятов, причин их ниспослания и применения к жизни. Опирается на арабский язык, хадисы, исторический и юридический контекст. Существуют разные подходы: ма'тхури (текстуальный, основанный на хадисах и мнениях сподвижников) и та'вили (смысловой, философский).

[2] Daruach Atighetchi — профессор исламской биоэтики на Факультете теологии в Лугано, Швейцария, Second University of Naples (Неаполь, Италия).

редакционных коллегиях и диалогах, касающихся сравнительной религиозной биоэтики. Его подход отличается сбалансированностью: он демонстрирует уважение к религиозной идентичности и в то же время призывает к универсализму и диалогу. Благодаря его исследованиям исламская биоэтика получила признание не только в мусульманских странах, но и в европейских академических институтах как самостоятельное направление прикладной этики.

Новое поколение исламских биоэтиков: имена и направления

На современном этапе в исламской биоэтике формируется новое поколение исследователей, которое вносит значительный вклад в институционализацию дисциплины, разработку клинических стандартов и расширение тематических границ. Среди наиболее заметных фигур — Aasim Padela, Mohammed Ghaly, Hassan Chamsi-Pasha, Mohammed Redi и Joseph Verheijde (Rady & Verheijde) и др. Их работы посвящены как теоретическим аспектам, так и практическому применению исламской биоэтики в условиях современных медицинских систем.

Среди ключевых публикаций Rady & Verheijde: анализ морального кода ислама в контексте донорства и критериев смерти — The moral code in Islam and organ donation in Western countries: reinterpreting religious scriptures to meet utilitarian medical objectives (2014) [44]; обсуждение спорных вопросов конца жизни и исламских подходов к определению смерти — Controversies in end-of-life care: Islamic perspectives (2010) [45]; а также критика концепции смерти мозга и обоснование необходимости пересмотра критериев смерти с учетом религиозных и этических норм — Brain dead patients are not cadavers: the need to revise the definition of death in Muslim communities (2013) [46].

В этих работах авторы рассматривают проблемы донорства органов и определения смерти с точки зрения исламского морального кодекса, выявляя конфликты с утилитарным подходом западной медицины. Они анализируют данные опросов мусульман, проживающих в западных странах, религиозные барьеры и вопросы этической прозрачности в информационных кампаниях о донорстве [44–46]. География исследовательских центров также расширяется: исламская биоэтика активно развивается в Северной Америке, Западной Европе, Юго-Восточной Азии и странах Ближнего Востока. Каждый регион предлагает свои акценты: в США и Канаде акцент делается на интеграцию исламских этических норм в мультикультурную клиническую практику; в Катаре, Малайзии, Индонезии — на развитие академических центров и образовательных программ, соответствующих как исламским традициям, так и международным стандартам.

Значительное внимание уделяется трансляции биоэтических принципов в разные культурно-медицинские контексты. Это требует как богословской гибкости, так и практической адаптации: формулировки фетв, участия в работе этических комитетов, разработки национальных стандартов медицинской этики. Благодаря усилиям нового поколения ученых исламская биоэтика становится частью глобального этического дискурса и одновременно сохраняет свою теологическую идентичность.

ВЫВОДЫ

1. Исламская биоэтика вступила в фазу устойчивого институционального развития. От идей, укорененных исключительно в фикхе и традиционных фетвах, она эволюционировала в сторону междисциплинарного дискурса, открытого к диалогу с глобальной биоэтикой и академическим сообществом. Современная исламская биоэтика стремится объединить верность религиозной традиции с необходимостью оперативного реагирования на этические вызовы современной медицины.

2. Ее будущее связано с гибкостью мышления, способностью адаптироваться к культурным и технологическим изменениям, открытостью к междисциплинарному сотрудничеству и формированию устойчивых образовательных и экспертных платформ.

3. Историческое наследие мусульманской медицины и этики — от ал-Рухави до Ибн Сины — продолжает служить духовным и методологическим ориентиром. Однако, как отмечает A.I. Padela, современный подход к исламской медицинской этике должен выходить за рамки историко-богословского анализа и трансформироваться в практические модели принятия решений — руководства и алгоритмы, применимые в клинической и образовательной среде. В этом контексте исламская биоэтика становится своего рода мостом между традицией и современностью, духовностью и наукой, локальной идентичностью и глобальной ответственностью [19].

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Автор прочитал и одобрил финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Автор заявляет об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

ADDITIONAL INFORMATION

The author read and approved the final version before publication.

Competing interests. The author declares the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Балалыкин Д.А., Киселев А.С. История и современные вопросы развития биоэтики. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2012.
2. Мухамедова З.М. Исламская биоэтика в историческом аспекте. В кн.: Материалы Первого национального конгресса по биоэтике с международным участием. Ташкент; 2005: 98–100.
3. Abulfadl Mohsin Ebrahim. Human rights and the rights of the unborn. В кн.: Материалы Первого национального конгресса по биоэтике с международным участием. Ташкент; 2005: 12–14.
4. Мухамедова З.М. Актуальные проблемы развития биоэтики в исламской религии XXI века. *Фалсафа ва хукук*. 2006;(3):87–89.
5. Мухамедова З.М. Роль культурно-религиозных особенностей в развитии биоэтики. *Вестник КазНУ. Серия философия, культурология, политология*. 2006;1(25):223–227.
6. Mukhamedova Z.M. Issues and contradictions in bioethics of 21st century: Islamic prospects. In: First Sub-Regional Expert Meeting on Ethics Education in Science and Technology. Abstract book. Tehran; 2006:28–29.
7. Мухамедова З.М. Статус философии медицины и ее глобальные проблемы в контексте международного сотрудничества и образовательных практик. В кн.: Биоэтика: Взгляд из Центральной Азии. Материалы первого Центрально-Азиатского симпозиума по биоэтике. Астана; 2012: 67–77.
8. Мухамедова З.М. Человеческое достоинство как интерфейс различных биоэтических доктрин в исламе. Материалы II Центрально-Азиатского симпозиума по биоэтике. Алматы; 2014: 23–28.
9. Mukhamedova Z.M. Historical and mental foundation of global Bioethics. In: 2nd International Conference on Ethics Education to the Ankara Congress IAEE. 21–23 May 2014. Turkey. Ankara; 2014: 66–67.
10. Mukhamedova Z.M. Bioethics in Uzbekistan: history, issues, prospects. Asian Bioethics Review. Singapore: Springer. 2015;7(5):501–511.
11. Pormann P.E., Savage-Smith E. Medieval Islamic Medicine. Chapter 5. Adab al-Tabib: Medical Ethics in the Islamic World. Edinburgh University Press; 2007.
12. Kasule Omar Hasan. Medical ethics from maqasid al-shari'at. *JIMASA*. 2005;12(3):2–4.
13. Kasule Omar Hasan. Principles of Islamic Medical Ethics: A Methodological Framework. *JIMA*. 2010;(42):38–40.
14. Al-Bar M.A., Chamsi-Pasha H. Contemporary Bioethics: Islamic Perspective. Springer Cham; 2015.
15. AMJA. Fatwa Series on Bioethics. Assembly of Muslim Jurists of America. 2015. Available at: https://www.amjaonline.org/fatwa/en/87747/scarcity-of-medical-resources-and-rationing-during-the-covid-19-pandemic (accessed: 02.09.2025).
16. IOMS. Proceedings of the Islamic Organization for Medical Sciences Conferences. 1991–2004. Kuwait. Available at: https://archive.unescwa.org/islamic-organization-medical-sciences (accessed: 02.09.2025).
17. Al-Dawoody A. Islamic Law and the Protection of Civilians in Armed Conflict. ICRC; 2018.
18. Aldeeb Abu-Sahlieh S.A. Islamic Law and Bioethics: Theory and Application. Geneva Islamic Press; 2001.
19. Padela Aasim I. Maqāṣidī Models for an "Islamic" Medical Ethics: Problem-Solving or Confusing at the Bedside? *American Journal of Islam and Society*. 2022;39(1–2):72–114. https://doi.org/10.35632/AJIS.V39I1-2.3069.
20. Daar A.S. Xenotransplantation and the major monotheistic religions. *Xeno*. 1994;2(4):61–64.
21. Daar A.S., Shaheen F.M., Al Bar M., Al Khader A. Transplantation in developing countries: issues bearing upon ethics. *Pakistan J Med Ethics*. 1997;2(4):4–7.
22. Abdallah S. Daar, A. Binsumeit Al Khitamy Bioethics for clinicians: 21 Islamic bioethics. *CMAJ*. 2001;164(1):60–63.
23. Al-Alwani Taha J. Towards a Fiqh for Minorities: Some Basic Reflections. London: IIIT; 2003.
24. Sachedina Abdulaziz. Islamic Biomedical Ethics: Principles and Application. Oxford University Press; 2009.
25. Aksoy S. Making regulations and drawing up legislation in islamic countries under conditions of uncertainty with special reference to embryonic stem cell research. *J Med Ethics*. 2005;31(7):399–403. https://doi.org/10.1136/jme.2003.005827.
26. Aksoy S. Was Islamic Bioethics Ever a Subject? *J Med Ethics*. 2007;33(10):627–629.
27. Aksoy S. Cross-cultural Perspectives in Medical Ethics. *EJAIB*. 2008;18(6):193–195.
28. Islamic Code of Medical and Health Ethics. Islamic Organization for Medical Sciences (IOMS). 1981, 1982. Kuwait. Available at: www.islamset.net (accessed: 02.09.2025).
29. Исламское вероучение и искусственное оплодотворение. Информационный портал Управления мусуль-

ман Узбекистана. 2018. Доступен по: www.muslim.uz (дата обращения: 02.09.2025).
30. Закон Республики Узбекистан «Об охране репродуктивного здоровья» № ZRU-528. 11.03.2019 г. Доступен по: https://lex.uz/ru/docs/4233888 (дата обращения: 02.09.2025).
31. Chamsi-Pasha H., Mohammed Ali Al-bar. Contemporary Bioethics: Islamic Perspective. Springer; 2015.
32. Chamsi-Pasha H. Response to Raissouni's Paper. In: Ghaly M., ed. Islamic Perspectives on the Principles of Biomedical Ethics. Singapore: World Scientific; 2016:183–186.
33. Ghaly M. Religious Ethics and the Debate on Brain Death. *Zygon: Journal of Religion and Science*. 2012;47(4):772–794.
34. Ghaly M. Collective Ijtihad and Medical Ethics in Contemporary Islam. *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2014;35(2):125–140.
35. Ghaly M. Islam and Disability: Perspectives in Theology and Jurisprudence. London & New York: Routledge; 2010.
36. Ghaly M. Islam and Disability: Perspectives in Theology and Jurisprudence. Routledge Handbook of Disability in Islam. London: Routledge; 2015.
37. Ghaly M. Islamic Perspectives on Clinical Ethics. *Asian Bioethics Review*. 2017;9(1–2):3.
38. Ghaly M. Medical Futility and the Moral Code of Islam: Lessons from the ICU. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2020;23(2):193–203.
39. Ghaly M. Islamic Ethics and COVID-19: Health Research, Palliative Care and Justice. *Asian Bioethics Review.* 2021;13(3):255–262.
40. Ghaly M., ed. Islamic Perspectives on the Principles of Biomedical Ethics. Vol. 1. Hackensack, NJ: World Scientific Publishing Co; 2016.
41. Atighetchi D. Islamic Bioethics: Problems and Perspectives. Dordrecht: Springer; 2007.
42. Atighetchi D. Islamic Bioethics in the Twenty-First Century. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics*. 2000;(10):118–121.
43. Atighetchi D. Bioetica Islamica. Milano: FrancoAngeli; 2009.
44. Rady Y., Verheijde J. The moral code in Islam and organ donation in Western countries: reinterpreting religious scriptures to meet utilitarian medical objectives. *Philos Ethics Humanit Med*. 2014;9:11. https://doi.org/10.1186/1747-5341-9-11.
45. Rady Mohamed M., Verheijde Joseph L. Controversies in end-of-life care: Islamic perspectives. *Journal of IMA*. 2010;42(3):99–105.
46. Rady M.M., Verheijde J.L. Brain dead patients are not cadavers: the need to revise the definition of death in Muslim communities. *HEC Forum*. 2013;25(1):25–45. https://doi.org/10.1007/s10730-012-9190-6.

REFERENCES

1. Balalykin D.A., Kiselev A.S. History and Current Issues in the Development of Bioethics. Moscow: GEOTAR-Media; 2012. (In Russian).
2. Mukhamedova Z.M. Islamic Bioethics in Historical Perspective. In: Proceedings of the First National Congress on Bioethics with International Participation. Tashkent; 2005:98–100. (In Russian).
3. Abulfadl Mohsin Ebrahim. Human rights and the rights of the unborn. In: Proceedings of the First National Congress on Bioethics with International Participation. Tashkent; 2005:12–14.
4. Mukhamedova Z.M. Actual Problems of the Development of Bioethics in the Islamic Religion of the XXI Century. *Philosophy and law*. 2006;(3):87–89. (In Russian).
5. Mukhamedova Z.M. The Role of Cultural and Religious Features in the Development of Bioethics. *Bulletin of KazNU. Series Philosophy, Cultural Studies, Political Science*. 2006;1(25):223–227. (In Russian).
6. Mukhamedova Z.M. Issues and contradictions in bioethics of XXI century: Islamic prospects. In: First Sub-Regional Expert Meeting on Ethics Education in Science and Technology. Abstract book. Tehran; 2006:28–29.
7. Mukhamedova Z.M. The Status of Medical Philosophy and Its Global Challenges in the Context of International Cooperation and Educational Practices. In: Bioethics: A Central Asian Perspective. Proceedings of the First Central Asian Symposium on Bioethics. Astana; 2012:67–77. (In Russian).
8. Mukhamedova Z.M. Human Dignity as an Interface of Various Bioethical Doctrines in Islam. Materials of the II Central Asian Symposium on Bioethics. Almaty; 2014:23–28. (In Russian).
9. Mukhamedova Z.M. Historical and mental foundation of global Bioethics. In: 2nd International Conference on Ethics Education to the Ankara Congress IAEE. 21–23 May 2014. Turkey. Ankara; 2014: 66–67.
10. Mukhamedova Z.M. Bioethics in Uzbekistan: history, issues, prospects. Asian Bioethics Review. Singapore: Springer. 2015;7(5):501–511.
11. Pormann P.E., Savage-Smith E. Medieval Islamic Medicine. Chapter 5. Adab al-Tabib: Medical Ethics in the Islamic World. Edinburgh University Press; 2007.
12. Kasule Omar Hasan. Medical ethics from maqasid al-shari'at. *JIMASA*. 2005;12(3):2–4.
13. Kasule Omar Hasan. Principles of Islamic Medical Ethics: A Methodological Framework. *JIMA*. 2010;42:38–40.
14. Al-Bar M.A., Chamsi-Pasha H. Contemporary Bioethics: Islamic Perspective. Springer Cham; 2015.
15. AMJA. Fatwa Series on Bioethics. Assembly of Muslim Jurists of America. 2015. Available at: https://www.amjaonline.org/fatwa/en/87747/scarcity-of-medical-resources-and-rationing-during-the-covid-19-pandemic (accessed: 02.09.2025).
16. IOMS. Proceedings of the Islamic Organization for Medical Sciences Conferences. 1991–2004. Kuwait. Available at: https://archive.unescwa.org/islamic-organization-medical-sciences (accessed: 02.09.2025).
17. Al-Dawoody A. Islamic Law and the Protection of Civilians in Armed Conflict. ICRC; 2018.

18. Aldeeb Abu-Sahlieh S.A. Islamic Law and Bioethics: Theory and Application. Geneva Islamic Press; 2001.
19. Padela Aasim I. Maqāṣidī Models for an "Islamic" Medical Ethics: Problem-Solving or Confusing at the Bedside? *American Journal of Islam and Society*. 2022;39(1–2):72–114. https://doi.org/10.35632/AJIS.V39I1-2.3069.
20. Daar A.S. Xenotransplantation and the major monotheistic religions. *Xeno*. 1994;2(4):61–4.
21. Daar A.S., Shaheen F.M., Al Bar M., Al Khader A. Transplantation in developing countries: issues bearing upon ethics. *Pakistan J Med Ethics*. 1997;2(4):4–7.
22. Abdallah S. Daar, A. Binsumeit Al Khitamy Bioethics for clinicians: 21 Islamic bioethics. *CMAJ*. 2001;164(1):60–63.
23. Al-Alwani Taha J. Towards a Fiqh for Minorities: Some Basic Reflections. London: IIIT; 2003.
24. Sachedina Abdulaziz. Islamic Biomedical Ethics: Principles and Application. Oxford University Press; 2009.
25. Aksoy S. Making regulations and drawing up legislation in islamic countries under conditions of uncertainty with special reference to embryonic stem cell research. *J Med Ethics*. 2005;31(7):399–403. https://doi.org/10.1136/jme.2003.005827.
26. Aksoy S. Was Islamic Bioethics Ever a Subject? *J Med Ethics*. 2007;33(10):627–629.
27. Aksoy S. Cross-cultural Perspectives in Medical Ethics. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics*. 2008;18(6):193–195.
28. Islamic Code of Medical and Health Ethics. Islamic Organization for Medical Sciences (IOMS). 1981, 1982. Kuwait. Available at: www.islamset.net (accessed: 02.09.2025).
29. Islamic doctrine and artificial insemination. Information portal of the Muslim Board of Uzbekistan. 2018. Available at: www.muslim.uz (accessed: 02.09.2025). (In Russian).
30. Zakon Respubliki Uzbekistan "Ob okhrane reproduktivnogo zdorov'ya" № ZRU-528. 11.03.2019 г. Available at: https://lex.uz/ru/docs/4233888 (accessed: 02.09.2025). (In Russian).
31. Chamsi-Pasha H., Mohammed Ali Al-bar. Contemporary Bioethics: Islamic Perspective. Springer; 2015.
32. Chamsi-Pasha H. Response to Raissouni's Paper. In: Ghaly M., ed. Islamic Perspectives on the Principles of Biomedical Ethics. Singapore: World Scientific; 2016:183–186.
33. Ghaly M. Religious Ethics and the Debate on Brain Death. *Zygon: Journal of Religion and Science*. 2012;47(4):772–794.
34. Ghaly M. Collective Ijtihad and Medical Ethics in Contemporary Islam. *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2014;35(2):125–140.
35. Ghaly M**.** Islam and Disability: Perspectives in Theology and Jurisprudence. London & New York: Routledge; 2010.
36. Ghaly M. Islam and Disability: Perspectives in Theology and Jurisprudence. Routledge Handbook of Disability in Islam. London: Routledge; 2015.
37. Ghaly M. Islamic Perspectives on Clinical Ethics. *Asian Bioethics Review*. 2017;9(1–2):3.
38. Ghaly M. Medical Futility and the Moral Code of Islam: Lessons from the ICU. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2020;23(2):193–203.
39. Ghaly M. Islamic Ethics and COVID-19: Health Research, Palliative Care and Justice. *Asian Bioethics Review.* 2021;13(3):255–262.
40. Ghaly M., ed. Islamic Perspectives on the Principles of Biomedical Ethics. Vol. 1. Hackensack, NJ: World Scientific Publishing Co; 2016.
41. Atighetchi D. Islamic Bioethics: Problems and Perspectives. Dordrecht: Springer; 2007.
42. Atighetchi D. Islamic Bioethics in the Twenty-First Century. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics*. 2000;(10):118–121.
43. Atighetchi D. Bioetica Islamica. Milano: FrancoAngeli; 2009.
44. Rady Y., Verheijde J. The moral code in Islam and organ donation in Western countries: reinterpreting religious scriptures to meet utilitarian medical objectives. *Philos Ethics Humanit Med.* 2014;9:11. https://doi.org/10.1186/1747-5341-9-11.
45. Rady Mohamed M., Verheijde Joseph L. Controversies in end-of-life care: Islamic perspectives. *Journal of IMA*. 2010;42(3):99–105.
46. Rady M.M., Verheijde J.L. Brain dead patients are not cadavers: the need to revise the definition of death in Muslim communities. *HEC Forum*. 2013;25(1):25–45. https://doi.org/10.1007/s10730-012-9190-6.

Оригинальная статья

УДК 929.52+348.41+17.022+32.001+21/29+608.1
https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.31.37.010

Н.И. Пирогов и значение традиционных духовно-нравственных ценностей для медицинского сообщества

Антон Сергеевич Дворников[1], Ирина Васильевна Силуянова[1], Галина Львовна Микиртичан[2]

[1] Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, 117513, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1, Российская Федерация

[2] Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2, Российская Федерация

Контактная информация: Галина Львовна Микиртичан — д.м.н., профессор, заведующая кафедрой гуманитарных дисциплин и биоэтики. E-mail: glm306@yandex.ru; https://orcid.org/0009-0007-7913-4325; SPIN: 3208-9066

Для цитирования: Дворников А.С., Силуянова И.В., Микиртичан Г.Л. Н.И. Пирогов и значение традиционных духовно-нравственных ценностей для медицинского сообщества. *Медицина и организация здравоохранения*. 2025;10(3):111–118. https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.31.37.010.

Поступила: 29.09.2025 ***Одобрена: 30.10.2025*** ***Принята к печати: 28.11.2025***

РЕЗЮМЕ. 25 ноября исполняется 215 лет со дня рождения Н.И. Пирогова — величайшего отечественного ученого, хирурга и анатома, педагога и философа, гражданина и патриота своей Родины, человека высокой нравственности. Его современников особенно впечатляло то, что он, будучи анатомом, хирургом и «испытателем материи в природе человека», стал поборником его духовного начала, высоко ставящим признание и развитие достоинства человека. Многие нравственные рассуждения Пирогова и сегодня звучат достаточно актуально. Осмысление традиционных духовно-нравственных ценностей актуально для современной медицинской практики в целом и медицинского гуманитарного образования в частности. В статье дается анализ воззрений мыслителя XIX века, изложенных в рукописях «Быть хирургом. Записки врача», помогающий представителям научного и медицинского сообщества осознавать и формировать целостную картину мира в новых биотехнологических условиях. Рассматриваются такие нравственные затруднения в работе врача, как активное действие и желание облегчить страдания больного, принцип «не навреди», согласие на медицинское вмешательство, «индивидуализирование» (по Пирогову) медицинской практики и др. Н.И. Пирогову были свойственны духовные искания. Страницы его дневника повествуют об этапах духовного становления Н.И. Пирогова: от детской религиозности к материалистическому эмпиризму и к сознательному обретению веры в последние годы жизни. «Не думаю, — полагал Николай Иванович, — что кому-нибудь из мыслящих людей удалось в течение целой жизни руководствоваться одним и тем же мировоззрением». Н.И. Пирогов утверждал, что он исповедует христианскую веру именно так, как она излагается Православной церковью. Православная вера сопровождала всю его жизнь, все его профессиональные медицинские достижения. Он был твердо убежден в том, что «вера ни в коем случае не должна входить в конфликт с научным знанием». Большое значение для достижения общественного согласия вокруг фундаментальных духовно-нравственных ценностей и для поддержки инициативы о причислении доктора Пирогова к лику святых Русской Православной церкви, имеет признание его убеждений.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Н.И. Пирогов, духовно-нравственные ценности, традиции, религия, биоэтика, законодательство

© Дворников А.С., Силуянова И.В., Микиртичан Г.Л., 2025

Original papers

https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.31.37.010

N.I. Pirogov and the importance of traditional spiritual and moral values for the medical community

Anton S. Dvornikov[1], Irina V. Siluyanova[1], Galina L. Mikirtichan[2]

[1] Pirogov Russian National Research Medical University, 1, bldg. 1 Ostrovityanova str., Moscow, 117513, Russian Federation

[2] Saint Petersburg State Pediatric Medical University, 2 Litovskaya str., Saint Petersburg, 194100, Russian Federation

Contact information: Galina L. Mikirtichan — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Humanities and Bioethics. E-mail: glm306@yandex.ru; https://orcid.org/0009-0007-7913-4325; SPIN: 3208-9066

For citation: Dvornikov A.S., Siluyanova I.V., Mikirtichan G.L. N.I. Pirogov and the importance of traditional spiritual and moral values for the medical community. *Medicine and Health Care Organization*. 2025;10(3):111–118. https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.31.37.010.

Received: 29.09.2025 ***Revised: 30.10.2025*** ***Accepted: 28.11.2025***

ABSTRACT. November 25th marks the 215th anniversary of the birth of N.I. Pirogov — a great Russian scientist, surgeon, and anatomist, educator and philosopher, citizen and patriot of his homeland, and a man of high moral character. His contemporaries were particularly impressed by the fact that, while being an anatomist, surgeon, and "tester of matter in human nature", he also became a champion of human spirituality, placing a high value on the recognition and development of human dignity. Many of Pirogov's moral reflections remain relevant today. Comprehension of traditional spiritual and moral values is relevant to modern medical practice in general and medical humanities education in particular. This article analyzes the views of this 19th-century thinker, as set forth in his manuscripts "Being a Surgeon: Notes of a Doctor", which helps members of the scientific and medical communities understand and develop a holistic picture of the world in the new biotechnological environment. The article examines such moral challenges in the work of a physician as active action and desire to alleviate the patient's suffering, the principle of "do no harm" consent to medical intervention, the "individualization" (according to Pirogov) of medical practice, and others. N.I. Pirogov was characterized by spiritual quests. The pages of his diary recount the stages of his spiritual development: from childhood religiosity to materialistic empiricism and the conscious acquisition of faith in the last years of his life. "I don't think", Nikolai Ivanovich believed, "that any thinking person has managed to remain guided by the same worldview throughout its entire life". N.I. Pirogov asserted that he professed the Christian faith precisely as it is expounded by the Orthodox Church. The Orthodox faith directed his entire life, all his professional medical achievements. He was firmly convinced that "faith should never conflict with scientific knowledge". Recognition of Dr. Pirogov's convictions is of great importance for achieving public consensus around fundamental spiritual and moral values and for supporting the initiative to canonize him as a saint of the Russian Orthodox Church.

KEYWORDS: N.I. Pirogov, spiritual and moral values, traditions, religion, bioethics, legislation

© Dvornikov A.S., Siluyanova I.V., Mikirtichan G.L., 2025

Человеческая культура в своем развитии проходит ряд этапов. Современный период характеризуется мощным развитием науки и технологий, что оценивается как прогресс и фундаментальная особенность эпохи. Классическое понимание прогресса (от лат. *progressus* — движение вперед, успех) опирается на понятие необратимого положительного движения от прошлого к настоящему и будущему, в частности на уровне роста научных знаний, господства над природой и развития техники.

Тем не менее к концу XX века начинают высказываться сомнения в однозначной позитивности прогрессивности цивилизации. Многих озадачивает, например, что растущий уровень медицинских достижений все же не снижает уровня заболеваемости и смертности. Так, в 1993 году Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) фиксировала 14 400 наименований болезней, а МКБ-11 в 2019 году — уже 55 000, и гарантий излечения многих из них нет. Более того, в настоящее время понятие «прогресс» все чаще и чаще соотносится с понятием нравственного регресса, связанного с утратой современной культурой надежных критериев отличия ценностей «добра» и «зла». Признание значения техничности цивилизации более связано с комфортным существованием человечества, что никогда не было «высшим» критерием его благополучия. «Технический прогресс вовсе не является прогрессом и духовным» [1]. В основе своей поведение человека и выбор правильного действия связаны с практической ответственностью реального воплощения знания на основе ценностей культуры, выверенных многовековым жизненным опытом. И поэтому поиск форм благополучия человека и защиты жизнеустроения современного общества не ограничивается сегодня позициями техноцентричности, а обращается к принципу исторической целостности культуры, традиции и морали. Появление Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2024 г. № 309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года» не случайно. В этом документе к основным задачам относится и «а) создание к 2030 году условий для воспитания гармонично развитой, патриотичной и социально ответственной личности на основе традиционных российских духовно-нравственных и культурно-исторических ценностей»[1].

Культурно-исторические традиции российской медицины, уважение и почитание ее представителей сохраняются на протяжении многих лет. Медики Санкт-Петербурга хранят память о работе Пирогова в должности профессора Императорской медико-хирургической академии и о его самоотверженном труде во время свирепствования холеры в Петербурге в 1848 году. Признание значения личности Н.И. Пирогова (1810–1881) как целеустремленного ученого-анатома, практикующего хирурга и общественного деятеля, как учителя, преданного делу воспитания молодежи, определило то, что с 1956 года московский медицинский университет носит его имя. В период перестройки в 1991 году была попытка лишить университет его имени, но в 2011 году Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 20.06.2011 г. № 580 право признания статуса Пироговского медицинского университета было восстановлено.

Вряд ли кто из современников Н.И. Пирогова или из исследователей истории медицины в наше время смог бы отрицать, что Николай Иванович был представителем ученых, признающих важность внедрения новых форм и приемов научной работы. Об этом убедительно свидетельствуют все его труды. Особое место среди них занимает «Дневник старого врача (1879–1881)» [2]. Это рукописи, написанные за три года перед его смертью. Здесь открывается история многих врачебных достижений и суть мировоззренческих традиций нашей медицины, личный опыт их умственного анализа, сомнений, переживаний и принятия.

В условиях влияния прогрессистского модернизма проблема культурно-ценностных измерений медицинской практики на основе исследования жизненного опыта «отца русской хирургии» приобретает особую значимость для новых поколений.

Спустя столетия полезно осмыслить самобытные идеи национальной культуры и оценить возможности их связи с задачами современной науки.

МОЛОДЕЖНЫЕ НРАВСТВЕННЫЕ ТРУДНОСТИ

Для Н.И. Пирогова среди задач, решение которых особенно значимо для молодого поколения врачебного сословия, был вопрос о соотношении решительного действия в медицинской

[1] Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2024 г. № 309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года». Официальный сайт Президента России. Доступен по: http://www.kremlin.ru/acts/bank/50542 (дата обращения 17.09.2025).

практике с допущением неизвестных результатов этого действия. Эта тема важна и для современного поколения врачей, так как именно молодость наделена силами, темпераментом, окрылена не только целью помочь, но и верой в эффективность знания и методов его воплощения. Именно на грани возможности действия и проблемности его результатов Пирогов видит нравственные затруднения, которые особенно важно осмысливать новым поколениям.

О каких нравственных затруднениях идет речь? Прежде всего, о существовании скрытого противоречия между способностью активного действия, с одной стороны, и желанием облегчить страдание, с другой. Вместо высоких оценок склонности к активному действию Николай Иванович связывает ее с «суетностью». Что понималось под суетностью во времена Пирогова? Его современник, Владимир Даль, в своем словаре определял суетность как свойство человека, связанное с временными, мирскими, вздорными, тщеславными действиями, противостоящими действиям разумным, нравственным, духовным [3]. Сегодня под «суетностью» чаще всего понимают погоню за инновациями ради самих инноваций, когда операция делается не потому, что «нужна», а потому, что «возможна».

По мнению Пирогова, именно «суетность», к сожалению, часто становится мотивом действий врача. И ее основанием, как ни парадоксально, является глубокая преданность своему знанию, искусству (технике), что, к сожалению, иногда вытесняет значение достижения их цели, т.е. результатов лечения и облегчения людских страданий.

«Как ни мало вероятен успех операции, как ни опасно для жизни ее производство, *если оно интересует вас как искусство, вы уже не можете совершенно беспристрастно взвесить шансы и определить, что вероятнее в данном случае: успех или гибель*» [2].

«NE NOCEREM VERITUS»

По Пирогову, чем ревностнее и моложе деятель, чем более привержен он своему искусству и умению, тем легче он упускает из виду их цель и тем более расположен действовать «искусством для одного искусства», т.е. опираться на свое умение ради своего умения. Не удивительно, что Николай Иванович здесь вспоминает великий моральный принцип «ne nocerem veritus», что в переводе с латинского означает: «бойся причинить вред!». По мнению Пирогова, именно это подлинное нравственное чувство побуждало Альбрехта фон Галлера (1708–1777), швейцарского анатома и «отца современной физиологии», исповедовать и распространять эту норму в медицинском сообществе, включая запрет делать операции на живых людях.

Позиция Галлера была не просто отражением специфических особенностей медицинской практики в конкретную историческую эпоху. Она наполнена содержанием, обусловленным целями и задачами врачевания, независимо от места и времени их реализации. Ее первая формулировка, ставшая известной всему миру как моральная максима «Не навреди», содержится в «Клятве» Гиппократа: «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости» [4].

В начале XIX века профессор и декан медицинского факультета Московского университета М.Я. Мудров переводит «Клятву» Гиппократа на русский язык с целью утвердить в молодых врачах представления о «нравственных качествах врача и в особенности о его благочестии», сделать врачей «достойными сего важного служения». На основе «Клятвы» Гиппократа М.Я. Мудров создает «Факультетское обещание русских врачей», которое в течение многих лет принимали отечественные медики. Очевидно, принимал его и Пирогов. Принцип «не навреди» выражал исходную профессиональную гарантию, которая рассматривается как условие и основание признания врачебного сословия не только обществом в целом, но и каждым человеком, который доверяет врачу ни много ни мало — свою жизнь. Сегодня он воспроизводится практически в каждом современном этическом документе врачебных сообществ, будь то «Декларация», «Присяга», «Кодекс», «Конвенция» и т.п., обретая свой стиль и особую форму выражения. При этом несомненна его непосредственная связь не только с ветхозаветной нормой «не убий», регламентирующей человеческие отношения на протяжении многовековой истории человечества, но и с христианской этической нормой отношения человека к человеку — «люби ближнего своего, как самого себя» (Мф. 5, 44).

В «Дневнике» Пирогов анализирует и разделяет позицию Галлера, характеризуя ее как выражение подлинного нравственного чувства. Но здесь же замечает, что «каждый хирург *должен бы был* со своим “ne nocerem veritus” приступать к операции». Врач «должен бы был», но всегда ли это «должен» соблюдается? Возможны ли исключения? Если нет, то «это значило бы подчинить интерес науки и искусства

всецело высшему нравственному чувству. Да, так должно бы быть…» [2].

Но у идеального «должно» в практической реальности всегда есть десятки и сотни случаев, как свидетельствовал Пирогов, которые затрудняют идеальное решение вопроса. Как поступать в таких случаях? С одной стороны, Пирогов уверен, что «только голос собственной совести может решить вопрос для каждого и конечно для каждого решить по-своему» [3]. Но, с другой стороны, хирург не всегда может полагаться и на собственную совесть! Почему? Научные, не имеющие ничего общего с нравственностью, занятия, пристрастие и любовь к своему искусству действуют и на совесть, склоняя ее, так сказать, на свою сторону. И совесть становится на сторону научного предубеждения [2]. А предубеждение — это понятие, означающее во времена Пирогова «ошибочное мнение, убеждение о деле, которого не знаешь, безрассудная, неосновательная уверенность» [3]. Что же делать? Одним из средств против предубеждений, по мнению Пирогова, можно рассматривать статистику. И если по статистике болезнь, предоставленная сама себе, приводит к смерти в 60%, а от операции — в 50% случаев, то это можно рассматривать как основание решения в пользу оперативного вмешательства. Но есть и еще одна нравственная позиция, без принятия которой решение профессионального вопроса недопустимо. К сожалению, по Пирогову, молодое поколение часто к ней относилось свысока.

СОГЛАСИЕ

Николай Иванович рассказывает, что эту позицию отстаивал и внедрял И. Рюль (1764–1846) — медицинский инспектор больниц Петербурга, в которых работал и Н.И. Пирогов. Молодые врачи подшучивали над инспектором и придумали ему кличку «козодой». Так называлась ночная птица, которая, как правило, неподвижна, но на самом деле внимательно наблюдает за происходящим и в случае опасности резко взлетает. Основным принципом И. Рюля было убеждение, что нельзя оперировать против желания, и никто кроме самого больного не имеет права на его здоровье, поэтому надо спрашивать его согласие на лечение. Тогда этот принцип не был узаконен, и молодые люди порицали старика, осмелившегося вмешиваться в дела науки и вредить научным интересам. И, казалось бы, для себя каждый из них понимал значение согласия, но, с другой стороны, иронизировал, что никто бы не возражал и не был бы в претензии за то, что спасли его жизнь без согласия, подвергнув опасной процедуре.

Современным молодым врачам сегодня совсем не до шуток, так как право больного на его здоровье и получение его согласия на лечение узаконено. Это право человека трансформировано в юридический, признанный современным здравоохранением, принцип добровольного информированного согласия, содержание которого подробно раскрывается в Федеральном законе от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», в статье 2 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства»[1].

В XIX веке еще не шла речь о строгой юридической ответственности и наказаниях за нарушения прав пациентов. В фокусе внимания Пирогова была не юридическая ответственность, а неизбежные морально-нравственные последствия для состояния души врача, переживаний, уныния и депрессии, что свидетельствует о том, что следование нравственным нормам в профессии врача — это форма защиты не только больного, но и благополучия собственной личности врача.

Решение нравственных затруднений в ситуациях противостояния научных интересов и возможных негативных последствий их реализации по Пирогову трудно решать, используя согласие пациента и статистику, ведь и они есть нечто относительное и меняющееся. Пирогов видит выход в «индивидуализировании» медицинской практики. Он предсказывает и прогнозирует необходимость формирования новой отрасли знания, дающей правильное индивидуальное знание о каждом пациенте, что позволит не только повысить эффективность, но и безопасность выбора медикаментозных мер. Идеи Пирогова об «индивидуализировании» лечения созвучны современным подходам в персонализированной медицине, в основе которой лежат принципы выявления предрасположенности к развитию заболевания, предотвращения или минимизации риска развития болезни на основе геномной медицины, включающей генетическую диагностику, генную терапию, редактирование генома, регенеративную медицину и тканевую инженерию.

НРАВСТВЕННЫЕ ТРУДНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

В настоящее время персонализированная медицина рассматривается как основа медицины

[1] Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Доступен по: https://minzdrav.gov.ru/documents/7025 (дата обращения 17.09.2025).

будущего. Но прежде чем стать основой, она должна пройти путь испытаний, экспериментов, объектом которых не может не быть человек, который включается в исследовательские процессы даже на самых ранних эмбриональных стадиях его развития. Проверка гипотез, подтверждение или опровержение предположений, установление причинно-следственных связей, систематизация знаний, углубление понимания процессов и явлений, разработка решений на основе различных методов исследований человека в разных состояниях — все это требует эмпирического материала, включая начавшуюся человеческую жизнь на эмбриональном уровне. Это вновь делает актуальными пироговские вопросы о нравственных трудностях в медицине. Исследования на уровне прерывания жизни и процесса развития эмбриона или плода человека во времена Пирогова не проводились. Тем более значимой является осмысленная позиция ученого даже по отношению к животным в конце его жизни: «Лет тридцать тому назад я все, что говорю теперь, считал бы пустою фразеологиею; и я считал всякую жалость к страданиям собаки при вивисекциях, и еще более привязанность к животному, одною нелепую сентиментальностью. Но время все изменяет, и я, без всякого сострадания к мукам (хлороформа тогда еще не знали), делавший ежедневно десятки вивисекций, теперь не решился бы и с хлороформом резать собаку из научного любопытства» [2] и, можно добавить, из благородных целей прогрессивного развития научного знания или из «предубеждений» на языке Пирогова.

Можно проводить различные параллели, сравнения и отличия между страданиями собак на вивисекциях и исследованиях на эмбрионах человека, вычисляя время появления у них способности к болевым ощущениям, но моральная связь между позицией Пирогова и установками современного российского медицинского законодательства очевидна. Федеральный закон РФ от 23 июня 2016 г. № 180-ФЗ «О биомедицинских клеточных продуктах» четко фиксирует «недопустимость создания эмбриона человека в целях производства биомедицинских клеточных продуктов (ст. 3, п. 4) и недопустимость использования для разработки, производства и применения биомедицинских клеточных продуктов биологического материала, полученного путем прерывания процесса развития эмбриона или плода человека или нарушения такого процесса (ст. 3, п. 5.)»[1].

Тем не менее, к сожалению, нравственные трудности вновь и вновь возникают. И как ни маловероятен успех исследований, как ни опасны они будут для человека, если они интересуют ученого прежде всего как подтверждение или опровержение предположений, как установление причинно-следственных связей, как систематизация знаний, как углубление понимания процессов и явлений, то он уже не может совершенно беспристрастно следовать нравственным оценкам. Так, например, в 2019 году в России была принята «Федеральная научно-техническая программа развития генетических технологий на 2019–2027 годы»[2]. В десятом пункте этого документа «X. Возможные риски» к основным рискам реализации Программы отнесены «нормативные запреты и этические соображения», влекущие ограничения на проведение исследований. По мнению авторов, воздействие этических соображений ведет к неполному достижению задач Программы. Тенденции к пересмотру базовых этических координат развития новых технологий, например в медицинской генетике, обсуждаются в медицинском сообществе на конференциях, совещаниях, на неофициальных встречах.

Вопрос о нравственных трудностях остается актуальным и в настоящее время. Принятие нормативных принципов и этических правил — важнейший фактор для человеческой жизни на всех ее уровнях. «Установление известного “modus vivendi”[3] необходимо не только для согласия семейств, обществ и народов, но и для согласия с самим собою; а этого можно достигнуть только известным и более или менее известным мировоззрением» [2]. Характерным для Пирогова помимо материалистического эмпиризма было и религиозное мировоззрение. Каким бы предметом ни занимался человек науки, он никак не отделается от назойливого вопроса: во что он верит, согласны ли его верования с убеждениями, добытыми им путем науки или с ценностями религии, общества и народа?

С точки зрения Н.И. Пирогова, в отношении религиозных убеждений всех людей науки можно разделить на три категории: к одной принадлежат люди, искренне верующие в Бога, многие из них убеждены, что именно вера помогает им в разрешении трудных мо-

[1] Федеральный закон РФ от 23 июня 2016 г. № 180-ФЗ «О биомедицинских клеточных продуктах». Доступен по: http://kremlin.ru›acts/bank/40894 (дата обращения: 17.09.2025).

[2] Федеральная научно-техническая программа развития генетических технологий на 2019–2027 годы Доступен по: http://static.government.ru (дата обращения: 17.09.2025).

[3] Жизненного правила.

ральных и научных задач. Вторая категория ученых старается примирить свои научные и религиозные убеждения, но когда они не достигают примирения, то переходят в третью группу людей, верующих, что им «все дозволено». С точки зрения Н.И. Пирогова, «каждый человек науки должен решить главный для себя вопрос жизни: к какой из трех категорий он причисляет себя, во что он верует и что признает?» [2]. Отвечая сам на этот вопрос, он утверждает: «Из моего мировоззрения, откровенно изложенного в этом дневнике, я заключаю, что существование Верховного Разума, а следовательно и Верховной Творческой Воли, я считаю необходимым и неминуемым (роковым) требованием (постулатом) моего собственного разума, так что если бы я и хотел бы теперь не признавать существование Бога, то не мог бы этого сделать, не сойдя с ума» [2].

Огромный опыт исследовательской работы приводил Н.И. Пирогова к выводу о том, что отыскание целей и причин тех или иных явлений не может быть чем-то отрывочным, единичным, не имеющим связи с мировой жизнью, с признанием нашим умом беспредельного и вечного Божественного Разума, управляющего океаном жизни [2]. Усилия Пирогова по разработке аргументаций, доказательств целостности мироустроения, о необходимости Веры в Бога уникальны. В своих рассуждениях он убеждается и убеждает, что Вера открывает возможность видеть по-настоящему целостную картину мира, восприятие которой способно формировать духовно сильную личность ученого, способного к нравственной ответственности за свой труд. В настоящее время это относится и к работе в классических направлениях врачевания, и к биомедицинским технологиям, развитие которых неразрывно связано с представлениями о добре и зле, со способностью различать пользу и вред. Эти представления и способности, стремления к достижению общественного согласия о фундаментальных духовно-нравственных ценностях чрезвычайно важны в наше время для решения задач формирования целостной картины мира у представителей научного и медицинского сообщества.

Религиозная убежденность Н.И. Пирогова, его непоколебимость, настойчивость, правоверность и преданность в наши дни выполняют миссию просвещения и плодотворного объединения религии и науки. Не удивительно, что в медицинском сообществе сформировалась позиция о необходимости причисления Пирогова к лику святых праведных подвижников, и сегодня исполняющего христианскую заповедь любви к Богу и ближним, самоотверженно служащего людям и своему Отечеству [5].

«Итак, идите, научите все народы, крестя их во имя Отца и Сына и Святого Духа, уча их соблюдать все, что Я повелел вам; и се, Я с вами во все дни до скончания века» (Мф. 28, 19). И Николай Иванович шел, писал, работал, учил соблюдать то, что велел Спаситель, разрушивший хаос нравственного произвола и указавший человечеству прямой путь и средоточие стремлений к цели спасения жизни.

Последовательное исповедание православной веры, многочисленные труды по научению необходимости благочестивой богоугодной жизни, безусловно, относят Пирогова к образу праведного подвижника в жизни и в профессии. Он до сих пор служит народу и его Церкви, являя собой пример признания значения традиционных духовно-нравственных ценностей для благополучного развития личности и общества.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

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

ADDITIONAL INFORMATION

Authors' contribution. 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.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Софроний (Сахаров), архимандрит. Духовные беседы: в 2 т. Т. 2. Эссекс: Св. Иоанно-Предтеч. монастырь. М.: Паломник; 2003.
2. Пирогов Н.И. Быть хирургом. Записки старого врача. М.: Родина; 2024.
3. Даль В.И. Толковый словарь живого великорусского языка в четырех томах. Т. 3. М.: Русский язык; 1991.
4. Гиппократ. Избранные книги. Перевод с греческого проф. В.И. Руднева. М.: Государственное издательство биологической и медицинской литературы; 1936.
5. Шевченко Ю.Л. (архимандрит Георгий). Праведный и Чудесный доктор Николай Пирогов: врач, ученый, педагог, философ и религиозный мыслитель (материалы к канонизации). М.: Историко-литературный журнал «Странникъ»; 2024.

REFERENCES

1. Sophrony (Sakharov), Archimandrite. Spiritual Conversations: in 2 vol. Vol. 2. Essex: St. John the Baptist Monastery. Moscow: Palomnik; 2003. (In Russian).
2. Pirogov N.I. To Be a Surgeon. Notes of an Old Doctor. Moscow: Rodina; 2024. (In Russian).
3. Dahl V.I. Explanatory Dictionary of the Living Great Russian Language in Four Volumes. Vol. 3. Moscow: Russian Language; 1991. (In Russian).
4. Hippocrates. Selected Books. Translated from Greek by Prof. V.I. Rudnev. Moscow: State Publishing House of Biological and Medical Literature; 1936. (In Russian).
5. Shevchenko Yu.L. (Archimandrite George). Righteous and Miraculous Doctor Nikolai Pirogov: Physician, Scientist, Teacher, Philosopher, and Religious Thinker (Materials for Canonization). 2nd edition, supplemented. Moscow: Historical and Literary Journal “Strannik”; 2024. (In Russian).

Оригинальная статья

УДК 614.23+929.52
https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.36.75.011

Фурман Эммануил Бернгардович — доктор медицины, профессор, основатель кафедры детских болезней Ижевского государственного медицинского института

Наталья Митрофановна Попова, Сергей Олегович Старовойтов

Ижевская государственная медицинская академия, 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, д. 281, Российская Федерация

Контактная информация: Наталья Митрофановна Попова — д.м.н., профессор, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения. E-mail: kafedra-ozz@mail.ru; https://orcid.org/0000-0002-5049-3638; SPIN: 9289-5290

Для цитирования: Попова Н.М., Старовойтов С.О. Фурман Эммануил Бернгардович — доктор медицины, профессор, основатель кафедры детских болезней Ижевского государственного медицинского института. *Медицина и организация здравоохранения*. 2025;10(3):119–132. https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.36.75.011.

Поступила: 20.08.2025 ***Одобрена: 30.09.2025*** ***Принята к печати: 28.11.2025***

РЕЗЮМЕ. Эммануил-Николай Бернгардович Фурман (1874–1942) — доктор медицинских наук, врач-педиатр, родом из дворян. Его судьба трагична, как и судьбы миллионов других людей, пострадавших в ходе войн, революций и репрессий в первой половине XX столетия. Эммануил Бернгардович — выпускник Санкт-Петербургской военно-медицинской академии. В дореволюционный период работал врачом Александринского родовспомогательного приюта, Елизаветинского дворянского института, а также Елизаветинской клинической больницы для малолетних детей в Петербурге. В качестве военного врача принимал участие в Русско-японской войне. Состоял на должности врача Императорской публичной библиотеки и преподавателя по детским болезням и оспопрививанию в Императорском родовспомогательном заведении. Являлся членом Петербургского общества детских врачей и почетным членом Санкт-Петербургского Совета детских приютов. В советский период был принят на должность заведующего соматическим отделением Клинической больницы им. Л. Пастера (до 1918 года — Елизаветинская клиническая больница). Возобновил также работу в роддоме доктора К.И. Видемана (до 1918 года — Александринский приют). С 1923 года являлся заведующим кафедрой детских болезней Государственного института медицинских знаний. В 1930 году был арестован по «академическому делу» и приговорен к 10 годам заключения с отбыванием наказания в исправительно-трудовом лагере. После досрочного освобождения с 1937 года руководил кафедрой детских болезней Ижевского государственного медицинского института. В 1941 году повторно арестован и расстрелян по статье 58, пункту 6 УК РСФСР. Реабилитирован посмертно спустя 15 лет в 1957 году. Является автором более 40 научных трудов. Ижевская государственная медицинская академия чтит память о первом заведующем кафедрой детских болезней Эммануиле Бернгардовиче Фурмане. Его научно-педагогическое наследие живо и актуально по сей день.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Фурман Эммануил Бернгардович, Александринский родовспомогательный приют, Елизаветинская клиническая больница, Государственный институт медицинских знаний, «академическое дело», лагпункт «Вегеракша», Белбалтлаг, Ижевский медицинский институт

© Попова Н.М., Старовойтов С.О., 2025

Original papers

https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.36.75.011

Furman Emmanuel Bernhardovich — Doctor of Medical Sciences, Professor, the founder of the Department of Children's Diseases at the Izhevsk State Medical Institute

Natalia M. Popova, Sergey O. Starovoitov

Izhevsk State Medical Academy, 281 Kommunarov str., Izhevsk, 426034, Russian Federation

Contact information: Natalia M. Popova — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Public Health and Health Care. E-mail: kafedra-ozz@mail.ru; https://orcid.org/0000-0002-5049-3638; SPIN: 9289-5290

For citation: Popova N.M., Starovoitov S.O. Furman Emmanuel Bernhardovich — Doctor of Medical Sciences, Professor, the founder of the Department of Children's Diseases at the Izhevsk State Medical Institute. *Medicine and Health Care Organization*. 2025;10(3):119–132. https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.36.75.011.

Received: 20.08.2025 ***Revised: 30.09.2025*** ***Accepted: 28.11.2025***

ABSTRACT. Emmanuel-Nikolai Berngardovich Furman (1874–1942) was a doctor of medical sciences, pediatrician, born in the noble family. His fate is tragic, as are the fates of millions of other people who suffered during wars, revolutions and under repressions in the first half of the XX century. He is a graduate of the St. Petersburg Military Medical Academy. In the pre-revolutionary period he worked as a doctor at the Alexandrinsky Maternity Hospital, the Elizabeth Noble Institute, and the Elizabeth Clinical Hospital for babies in St. Petersburg. As a military doctor, he took part in the Russian-Japanese War. He served as a doctor at the Imperial Public Library and a specialist in the area of pediatric diseases and smallpox vaccination at the Imperial Maternity Hospital. He was a member of the St. Petersburg Society of Pediatricians and an honorary member of the St. Petersburg Council of Orphanages. During the Soviet period he was appointed head of the somatic department of the L. Pasteur Clinical Hospital (until 1918 the Elizabeth Clinical Hospital). He also resumed work at the maternity hospital of Dr. K.I. Wiedeman (until 1918 the Alexandrinsky Maternity Hospital). Since 1923 he has been the head of the Department of Pediatric Diseases at the State Institute of Medical Knowledge. In 1930 he was arrested in the ranks of an "academic case" and sentenced to 10 years in prison to serve his sentence in a forced labor camp. After his early release in 1937 he headed the Department of Pediatric Diseases at Izhevsk State Medical Institute. In 1941 he was re-arrested and shot under Article 58, paragraph 6 of the Criminal Code of the RSFSR. He was rehabilitated posthumously 15 years later in 1957. He was the author of more than 40 scientific works. Izhevsk State Medical Academy honors the memory of the first head of the Department of Pediatric Diseases, Emmanuel Berngardovich Furman. His scientific and pedagogical legacy is alive and relevant to this day.

KEYWORDS: Furman Emmanuel Berngardovich, Alexandrinsky Maternity Hospital, Elizavetinskaya Clinical Hospital, State Institute of Medical Knowledge, Akademicheskoe Delo, "Vegerak" campsite, Belbaltlag, Izhevsk Medical Institute

© Popova N.M., Starovoitov S.O., 2025

Эммануил-Николай Бернгардович Фурман (нем. Emanuel Nikolai Fuhrmann) родился в дворянской семье в г. Санкт-Петербурге 12 сентября 1874 года. Его предками являлись балтийские немцы, выходцы из Лифляндии, евангелическо-лютеранского вероисповедания [1, 2]. Его отец Бернгард Кристиан Фурман (1845–1922) работал помощником архитектора Н.Л. Бенуа и известен как архитектор, по проектам которого в стиле эклектики и модерна были возведены многие здания в северной столице: на набережной Обводного канала и реки Смоленки, Владимирском, Лиговском и Смольном проспектах, Певческом, Шепяном и Кустарном переулках и др. Возведенный по проекту Б.К. Фурмана дом № 15 на ул. Смолячкова (доходный дом Б.К. Фурмана) является памятником архитектуры. Будучи столичным архитектором, Б.К. Фурман также преуспел в предпринимательской деятельности, являясь председателем правления Невской пригородной конно-железной дороги, членом правления Приморско-Сестрорецкой и Юго-Восточной железных дорог, директором товарищества производителей глиняных и гончарных изделий в Боровичах (Новгородская область) и членом Русского нефтепромышленного общества, основанного в 1896 году в Петербурге и владевшего нефтяными промыслами в районе Баку [3].

Матерью Эммануила Бернгардовича была Катарина Барбара, урожденная Ассман (1846–1878) [1, 3, 4]. Эммануил не был единственным ребенком в семье, однако данные о его сестрах и братьях в разных исторических источниках противоречивы. Доподлинно известно, что родная мать Эммануила умерла, когда ему было 4 года. Спустя два года в 1880 году отец Эммануила женился вторично, его избранницей стала племянница архитектора Л.Л. Бенуа — Мария Августа Каролина (1838–1917) [1, 3, 4]. Она и занималась воспитанием маленького Эммануила [1, 4–6]. Предположительно, во втором браке Б.К. Фурмана также родились дети, но информация о них в разных источниках разнится, отец Эммануила Бернгардовича, Бернгард Кристиан Фурман, после смерти своей второй супруги в декабре 1917 года эмигрировал в Европу и скончался в Берлине в 1922 году [1].

Среднее образование Эммануил Бернгардович Фурман получил в училище при лютеранской церкви Святой Анны [1, 4–9] (другое название — Анненшуле), основанном в 1736 году в Санкт-Петербурге и предназначенном для обучения детей немецких поселенцев. В период обучения Э.Б. Фурмана училище являлось весьма престижным учебным заведением, имеющим в своем составе мужскую и женскую гимназии, реальное отделение, мужскую и женскую элементарные (начальные) школы. О высоком статусе данного училища свидетельствует тот факт, что в 1893 году училище было удостоено золотой медали за наличие арочного гимнастического зала, не имеющего себе равных в Европе [10].

По окончании училища в 1893 году Эммануил становится студентом Санкт-Петербургской Императорской военно-медицинской академии. В период обучения в академии Э.Б. Фурман проходил специализацию на кафедре детских болезней, заведовал которой профессор Н.П. Гундобин, одновременно являвшийся и начальником детского отделения Михайловской клинической больницы. Затем Э.Б. Фурман специализировался на кафедре диагностики и общей терапии, заведующим которой был профессор М.В. Яновский. В те годы проявился интерес молодого Эммануила Фурмана к научной деятельности. В 1897 году, будучи студентом 4-го курса, Э.Б. Фурман в соавторстве с К.И. Кривошеиным написал две научные работы под руководством профессора М.В. Яновского, за которые молодым ученым была присуждена премия имени С.П. Боткина [4, 7–9]. Одна из работ называлась «Некоторые особенности роста чумной палочки» и была выполнена на 4 страницах, а другая работа под названием «Распознавательное значение реакции Widal'я и ее биологическая сторона» — на 32 страницах [5, 6].

В 1898 году Э.Б. Фурман с отличием окончил Санкт-Петербургскую военно-медицинскую академию в звании лекаря. Был направлен в г. Брест-Литовск, где поступил на службу младшим врачом в Ревельский 7-й пехотный полк, недолго послужив в котором, перешел в Либавский 6-й пехотный полк [1, 2, 4–6].

Спустя два года в 1900 году Эммануил Бернгардович вернулся в Санкт-Петербург и был принят на работу в должности врача в Елизаветинский женский дворянский институт (рис. 1), располагавшийся на Васильевском острове и считавшийся одним из престижных учебных заведений северной столицы [1, 4–9].

Работу в институте совмещал с работой в евангелическом родовспомогательном Александринском (или Александровском) приюте [1, 2, 4–9], построенном в 1899 году (рис. 2). Директором и главным врачом приюта являлся К.Г. Видеман. Приют по тем временам был оснащен самым современным оборудованием и располагал 80 койко-местами для рожениц,



Рис. 1. Санкт-Петербургский Елизаветинский институт

Fig. 1. Saint Petersburg Elizabeth Institute



Рис. 2. Александринский родовспомогательный приют в г. Санкт-Петербурге

Fig. 2. Alexandrinsky Maternity Hospital in Saint Petersburg

беременных и для гинекологических больных, также велся амбулаторный прием. Роженицы принимались в приют как на платной, так и на бесплатной основе. Прием осуществлялся без паспорта по наличию свободных койко-мест в любое время дня и ночи [11]. В этом лечебном учреждении Эммануил Бернгардович работал длительное время (в 1900–1904 гг. и в 1906–1918 гг.) [1, 5].

В 1900 году Э.Б. Фурман приступил к написанию диссертационной работы «О рефлексах

грудных детей» под научным руководством профессора Н.П. Гундобина. В этом контексте следует отметить, что Н.П. Гундобин считается основоположником петербургской педиатрической школы. Под его руководством было сформировано научное направление, которое декларировало необходимость изучения анатомо-физиологических особенностей детей всех возрастных групп для постановки правильного диагноза, выбора лечения и профилактики болезней. Исследования профессора Н.П. Гундобина и его учеников составили основу педиатрической науки и позволили решать проблемы диагностики, клиники и профилактики детских болезней на передовом для того времени уровне. В период работы над диссертацией Эммануил Бернгардович повышал квалификацию в лучших клиниках Европы, в частности в Германии, Австрии, Швейцарии и Франции. 1903 году Э.Б. Фурману было присвоено звание доктора медицины в результате успешной защиты диссертационного исследования. В звании доктора медицины Эммануил Бернгардович продолжил работать в Александровском родовспомогательном приюте [1, 2, 4–9].

Примечательно, что двумя годами раннее в жизни Э.Б. Фурмана произошло знаменательное событие. Он женился на Магде Вольфриде Андерс — дочери статского советника. По имеющимся данным, в браке родились сыновья Борис, Георгий, Вадим [1, 2].

С началом Русско-японской войны Эммануил Бернгардович был мобилизован на фронт для работы в госпиталях г. Владивостока и г. Харбина. Награжден медалью «В память Русско-японской войны», которой награждались военные, медики, священнослужители, штатские, отличившиеся в войне. В числе наград Э.Б. Фурмана также имеются ордена Святого Станислава III и II степеней, Святой Анны III степени [1, 2, 4–6].

По окончании войны в 1906 году вернулся в Петербург и вновь поступил на работу в Александринский родовспомогательный приют на должность ординатора по детским болезням. С 1908 года Э.Б. Фурман восстановился в должности старшего врача лазарета при Елизаветинском институте, в котором продолжал работать до его закрытия в 1918 году. Также работал в должности ординатора в Елизаветинской клинической больнице для малолетних детей (рис. 3), расположенной на набережной реки Фонтанки [4–9]. Основанная в 1844 году, больница являлась одним из крупнейших детских стационаров г. Санкт-Петербурга [12]. В этом лечебном учреждении Э.Б. Фурман работал до Октябрьской революции [9].



Рис. 3. Елизаветинская клиническая больница для малолетних детей в г. Санкт-Петербурге

Fig. 3. Elizabeth Clinical Hospital for babies in Saint Petersburg

Временные периоды работы Э.Б. Фурмана в том или ином лечебном учреждении в разных источниках отличаются, имеющиеся биографические данные свидетельствуют о высокой работоспособности Эммануила Бернгардовича. С 1910 по 1918 годы он являлся врачом Императорской публичной библиотеки (с 1917 г. — Российская национальная библиотека) [4–6]. В 1910 году исполнял обязанности секретаря Общества петербургских врачей [7, 8], председателем которого в 1906–1913 годах был И.П. Павлов[1]. Являясь членом Петербургского общества детских врачей, принимал участие в заседаниях и выступал с докладами: «Три случая врожденной атрезии кишечника» (13 апреля 1905 года), «О врожденном сужении привратника» (5 октября 1906 года) [5, 6].

В 1910–1916 годах Э.Б. Фурман состоял на должности преподавателя по детским болезням и оспопрививанию при Императорском родовспомогательном заведении (ныне — Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д.О. Отта)[2]. В период работы в Императорском родовспомогательном заведении дважды был направлен в научную командировку за границу [7, 8].

Эммануил Бернгардович также являлся почетным членом Санкт-Петербургского Совета детских приютов [1, 2, 14], который координировал деятельность свыше 20 детских приютов города. Как Почетный член Э.Б. Фурман вносил в Совет ежегодный денежный взнос в обмен на должность и мундир VI класса и право по выслуге лет получить гражданский чин V класса — чин статского советника [15]. Чин коллежского советника VI класса, соответствовавший в Табели о рангах чинам армейского полковника и флотского капитана I ранга, Эммануил Бернгардович получил в 1912 году [2].

В 1913 году Э.Б. Фурман был удостоен юбилейной медали «В память 300-летия царствования дома Романовых» [1, 2, 5, 6, 16]. Данной наградой Российской империи среди прочих награждались лица, состоявшие на государственной службе в гражданском ведомстве, и учителя государственных высших, средних и низших учебных заведений.

Близились революция и Гражданская война — суровые испытания для русского народа. Этот переломный период в истории нашего государства повлиял на судьбы миллионов людей, выбив их из привычной колеи и определив их дальнейшую жизнь. Много страданий, потерь и лишений выпало и на долю Эммануила Бернгардовича, но несчастья не сломили этого сильного духом человека. Удары судьбы он встречал стойко, следуя голосу совести и оставаясь преданным призванию врача.

Революцию и Гражданскую войну семья Фурманов встретила на юге России. Сначала Фурманы проживали в Ростове-на-Дону, затем в Туапсе — в городах, находящихся в то время под контролем войск белогвардейского генерала А.И. Деникина. В Туапсе Э.Б. Фурман работал в госпитале, организованном для лечения солдат и офицеров Белой армии. С приходом большевиков Э.Б. Фурман был призван в ряды Красной армии и служил в одной из частей Кавказского фронта. Некоторые данные свидетельствуют, что после захвата Туапсе Красной армией в 1919 году он получил назначение на должность главного врача бригадного госпиталя [1, 2, 4–6]. Для Эммануила Бернгардовича это был тяжелый период в жизни: за короткое время он утратил двух близких ему людей: 28 декабря 1919 года после продолжительной болезни скончалась супруга Эммануила Бернгардовича — Магда Вольфридовна, 29 января 1920 года умер младший сын Э.Б. Фурмана — Георгий [1, 2].

Несмотря на потери, Эммануил Бернгардович Фурман продолжал выполнять свой врачебный долг, целиком погрузившись в работу. Большую помощь в госпитальной работе Э.Б. Фурману оказывала Эмилия Эдмундовна Бандровская, с которой впоследствии он вступил в брак. О второй супруге Эммануила Бернгардовича известно, что она была выпускницей Московской консерватории [1, 5, 6]. Эммануил Бернгардович любил музыку, умел играть на фортепиано, поэтому впоследствии на семейных вечерах чета Фурманов играла в четыре руки [1].

В 1921 году Э.Б. Фурман с семьей вернулся в Петроград. Какое-то время Эммануил Бернгардович проживал в доме (на 6-й линии Васильевского острова), архитектором которого являлся его отец [1, 2]. В сентябре 1921 года Э.Б. Фурман в очередной раз стал отцом. Однако радость от рождения сына Эдмунда вскоре была омрачена несчастьем. В том же году от туберкулеза умер его сын Вадим 1906 года рождения. Во втором браке у Эммануила Берн-

[1] Заседания Общества проходили в здании Пироговского музея, ныне уже не существующего, разрушенного при строительстве гостиницы «Ленинград» в 1969 году [13].

[2] Данное учреждение имело в своем составе Родильный госпиталь на 40 койко-мест и Повивальный институт, выпускницы которого получали свидетельство об окончании Повивального института и диплом Медико-хирургической академии на звание повивальной бабки.

гардовича еще родились две дочери: в 1921 году Эмилия и в 1928 году Гертруда [1, 2]. У жены Эмилии Эдмундовны была дочь Татьяна от первого брака.

По возвращении в Петербург Э.Б. Фурман возглавил детские ясли № 13 на Александровской улице, а также работал врачом 15-го пункта охраны материнства и младенчества [4–6], располагавшегося по адресу: Васильевский остров, 23-я линия, дом 6. Пункты охраны материнства и младенчества состояли из женской консультации, консультации для грудных детей, консультации для детей от 1 года до 3 лет, социально-правового отдела, молочной кухни и других подразделений. Пункты оказывали консультационную помощь, занимались санитарно-просветительской работой среди матерей и беременных, осуществляли социально-правовую поддержку одиноких и безработных матерей, профилактическое наблюдение за здоровьем детей, а также решали вопросы питания детей в возрасте до трех лет [17].

В мае 1921 года Эммануил Бернгардович был принят на должность заведующего соматическим отделением Клинической больницы им. Л. Пастера (до 1918 года — Елизаветинская клиническая больница), в которой он уже работал в дореволюционный период [4, 5, 6, 14].

С 1923 года Эммануил Бернгардович также возобновил работу в роддоме доктора К.И. Видемана [1], в том самом Александринском приюте — родовспомогательном доме для лютеранок, располагавшемся на углу Большого проспекта и 14-й линии Васильевского острова (ныне — Многопрофильная клиника им. Н.И. Пирогова). Роддом К.И. Видемана (до 1918 года — Александринский приют), оснащенный современным оборудованием, располагал аптекой, жилыми помещениями для служащих, лифтом с подъемной кроватью [11].

С 1922 года Э.Б. Фурман работал старшим ассистентом, затем профессором на кафедре детских болезней Государственного института медицинских знаний, в 1947 году переименованного в Ленинградский санитарно-гигиенический медицинский институт (ныне — Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова). В 1923 году Эммануил Бернгардович был избран третьим заведующим кафедрой и руководил ею до 1930 года [4–6, 9, 14]. Примечательно, что кафедра детских болезней была основана в 1914 году профессором Э.Э. Гартье — учеником профессора Н.П. Гундобина, студентом которого являлся и Э.Б. Фурман в период учебы в Военно-медицинской академии и под руководством которого он защитил диссертационную работу [4–6, 9].

Период руководства кафедрой характеризуется плодотворной научной работой. По мнению исследователей, Эммануил Бернгардович является автором более 40 научных трудов, но, к большому сожалению, сохранились лишь единичные его работы. В частности, «Учение о витаминах» на 24 страницах, опубликованное в 1926 и 1927 годах. Э.Б. Фурман принимал активное участие в заседаниях Ленинградского общества педиатров, выступал с докладами «О витаминах» (11 ноября 1921 года), «Случай милиарного туберкулеза» (30 ноября 1921 года), «О туберкулезе детей по данным больницы им. Пастера» (12 февраля 1922 года), «О значении коллоидной химии для современной медицины» (18 января 1924 года), «О субокципитальной пункции» (1 марта 1926 года) [5, 6]. В 1927 году Э.Б. Фурман принял участие в IV Всесоюзном съезде педиатров в Москве [7, 8, 14].

17 февраля 1930 года Эммануил Бернгардович Фурман вместе со своим старшим сыном от первого брака Борисом — студентом Академии художеств — был арестован по обвинению в принадлежности к контрреволюционной организации «Всенародный союз борьбы за возрождение свободной России», якобы созданной в стенах Академии наук СССР с целью свержения советской власти и восстановления монархии [4–8, 14]. В Архиве управления Федеральной службы безопасности (УФСБ) по Санкт-Петербургу и Ленинградской области хранятся 19 томов материалов «академического дела» 1929–1931 годов Объединенного государственного политического управления (ОГПУ). В настоящее время Российская академия наук публикует документы следственного дела, по которому проходило более 100 работников Академии наук, Русского музея, Центрального архива, издательств, в основном это были представители гуманитарных наук, прежде всего историки (С.Ф. Платонов, Е.В. Тарле, Н.П. Лихачев, С.В. Рожественский и др.). Также в деле фигурировала группа церковнослужителей, бывших гвардейских офицеров и так называемая немецкая группа [18–20].

Постановления о продлении срока содержания под стражей подследственных лиц, подозреваемых в принадлежности к «Всенародному союзу борьбы за возрождение свободной России» характеризуют Фурмана Эммануила Бернгардовича следующим образом: «…бывший дворянин и надворный советник, бывший белоэмигрант и военнослужащий германской армии после Брест-Литовского мира, член церковной

двадцатки, беспартийный, женатый, с высшим образованием, профессор, несудившийся, проживающий на Васильевском о-ве, 6-ой линии, д. 25, кв. 3» [18].

В вину Э.Б. Фурману вменялись преступления, предусмотренные ст. 58 п. 2 (вооруженное восстание), п. 3 (сношение в контрреволюционных целях с иностранным государством), п. 5 (склонение иностранного государства к объявлению войны, вооруженному вмешательству в дела СССР), п. 6 (шпионаж), п. 10 (антисоветская агитация и пропаганда) и п. 11 (организационная контрреволюционная деятельность) Уголовного кодекса РСФСР [18, 21]. Кроме того, существовала вероятность, что профессор Э.Б. Фурман, как опытный клиницист, член Петербургского общества детских врачей, работавший в престижных детских лечебных учреждениях — Александринском родовспомогательном приюте, Елизаветинской клинической больнице для малолетних детей, Императорском родовспомогательном заведении, принимал участие в консультировании Николая II и Александры Федоровны относительно болезни цесаревича Алексея.

Апеллируя к факту этнической принадлежности и причастности к лютеранско-евангелической церкви Св. Екатерины в качестве прихожанина и члена приходского совета, суд обвинил Э.Б. Фурмана как «постоянного платного агента германской секретной службы» и «руководителя отдельной разведывательной сети по освещению положения немцев в СССР» [4–8, 14]. Отрицательную роль сыграл тот факт, что сын Эммануила Бернгардовича Борис в 1929 году привлекался к ответственности за принадлежность к молодежной организации — антисоветсткой студенческой группе [14].

В феврале 1931 года отец и сын были приговорены к 10 годам заключения с отбыванием наказания в исправительно-трудовом лагере. Для отбывания наказания профессор Э.Б. Фурман был определен в санитарный взвод Девятого лагерного пункта «Вегеракша», расположенного в северо-восточной части поморского города Кемь Республики Карелии [1, 2, 4–6]. Концентрационный лагерь «Вегеракша» площадью около четверти квадратного километра находился в подчинении Управления Соловецких лагерей особого назначения (СЛОН). В переводе с карельского языка «Вегеракша» означает «болото ведьм». В литературных источниках, в том числе и у А.И. Солженицына, встречается название «жилище ведьм». Болотистая местность, унылый пейзаж, высокий забор из колючей проволоки, усиленный сигнализацией, деревянные вышки с прожекторами для часовых, длинные ряды бревенчатых бараков, топкая грязь под ногами, узкие деревянные тротуары — «линейки». В центральной части лагеря располагались двухэтажные бараки пошивочной фабрики. По воспоминаниям заключенных, высокая производительность труда на фабрике была сопряжена с ненормированным рабочим днем, отсутствием выходных, многочисленными побоями, высоким процентом выбытия заключенных из строя. Численность заключенных, большинство из которых были женщины, составляла около 3 тыс. человек. Часть заключенных работала на мебельной фабрике, находившейся за пределами лагпункта «Вегеракша», но также окруженной колючей проволокой и вышками с часовыми [22, 23]. Для лагпункта «Вегеракша» характерны крайне тяжелые условия проживания даже в сравнении с Соловецким лагерем [23].

Спустя немногим более года Э.Б. Фурмана перевели в поселок Медвежья Гора (с 1938 года г. Медвежьегорск), где располагалось управление ОГПУ исправительно-трудового лагеря Белбалтлаг, сформированного в 1931 году для строительства и последующего обслуживания Беломоро-Балтийского канала [4–6]. В этом же лагере в проектном бюро работал и сын Э.Б. Фурмана Борис [1, 2]. В 1932 году численность заключенных Белбалтлага превышала 100 тыс. человек [24]. В лагере Эммануил Бернгардович работал по специальности и пробыл недолго, в августе 1934 года вместе с сыном был освобожден. Борису было разрешено вернуться в Петербург и продолжить учебу в Академии художеств, а Эммануилу Бернгардовичу было запрещено жить в больших городах [4–6]. Он остался в поселке Медвежья Гора, устроился вольнонаемным работником на Беломоро-Балтийский комбинат (ББКомбинат)[1]. По имеющимся данным, в этот период жизни Эммануил Бернгардович работал врачом в одной из больниц поселка Медвежья Гора, в том числе непосредственно по своей специ-

[1] Примечательно, что комбинат являлся огромным хозрасчетным предприятием, имевшим в своем составе 14 отделений на территории Карелии, на побережье и островах Белого моря и Кольском полуострове, в его подчинении находились несколько лагерных пунктов, а также Беломоро-Балтийский канал (ББК), строительство которого было завершено в 1933 году. ББК владел электростанциями, совхозами, швейной и обувной фабриками, кирпичными, дегтекуренными, смолокуренным, консервно-коптильным и другими заводами [24].

альности — педиатром и детским хирургом, а также читал лекции по внутренним болезням на курсах медтехников [1, 2]. За ударный труд Эммануил Бернгардович был награжден знаком «Лучшему ударнику Беломоро-Балтийского канала ОГПУ» и получил «Книжку ударника Белбалткомбината» [2, 4–6].

В 1937 году Э.Б. Фурман с семьей переехал в Ижевск и был принят на работу в Ижевский медицинский институт, организованный в 1933 году. Эммануил Бернгардович (рис. 4) стал первым заведующим кафедрой детских болезней (в настоящее время кафедра педиатрии и неонатологии Ижевской государственной медицинской академии) и руководил ею вплоть до 1941 года. Одновременно Э.Б. Фурман в течение двух лет исполнял обязанности заведующего кафедрой инфекционных болезней, также организованной в 1937 году [1, 2]. В историю Ижевского медицинского института Эммануил Бернгардович вошел как один из лучших его лекторов, отличающийся особым педагогическим мастерством. На лекциях он много цитировал иностранных авторов. Он не одобрял, когда врач докладывал больного по истории болезни, так как глубоко был убежден, что историю болезни пациента нужно мысленно «продумать», «перестрадать», прочувствовать. Эти сведения мы черпаем из воспоминаний профессора А.И. Перевощиковой, работавшей в то время ассистентом кафедры педиатрии, и профессора А.М. Загребина, выпускника Ижевского государственного медицинского института (ИГМИ) 1939 года [2].

В 1938 году в ИГМИ было образовано Бюро помощи сельскому врачебному участку Удмуртской АССР, в состав которого наряду с другими профессорами вошел и Э.Б. Фурман. К заслугам Э.Б. Фурмана следует отнести также руководство удмуртским обществом педиатров [2].

В 1938 году снова был арестован сын Эммануила Бернгардовича — Борис, на тот момент уже создавший семью [1, 2]. Внук Эммануила Бернгардовича — Эрнест родился вскоре после ареста отца. По статье 58, пункт 6 («Шпионаж») УК РСФСР Б.Э. Фурман был приговорен к высшей мере наказания. Приговор был приведен в исполнение 9 июля 1938 года в Ленинграде [4–6]. Супругу Бориса Веру в скором времени также арестовали и выслали в город Калинин (с 1991 года — Тверь). Долгое время она не знала о судьбе мужа. Эммануил Бернгардович и Эмилия Эдмундовна взяли на себя заботу о воспитании внука [1, 2].

28 июня 1941 года был повторно арестован Эммануил Бернгардович. При обыске в квартире была обнаружена обширная библиотека, состоящая из множества книг, в том числе на иностранных языках, даже на японском языке [2]. Библиотеку Эммануил Бернгардович начал создавать еще в начале XX века. Он знал немецкий, французский, английский, латинский, греческий, шведский, испанский, норвежский языки, немного говорил на итальянском [1, 2, 14]. Знание иностранных языков позволяло ему свободно читать европейских авторов в оригинале. Э.Б. Фурман был очень эрудированным человеком. Интересовался не только медициной, но и астрономией, геологией, всеобщей историей и историей искусств. В ходе обыска квартиры были изъяты два тома Библии, которые впоследствии были уничтожены. К делу были приобщены мемуары французского писателя Франсуа-Рене де Шатобриана «Замогильные записки», впервые изданные в середине XIX века и представляющие собой авторские воспоминания о жизни на фоне исторических событий, происходивших во Франции и Европе в конце XVIII — первой трети XIX века. Следователи усмотрели в этом произведении призыв к контрреволюционной пропаганде. Допросы, производимые в ночное время суток, были очень изнурительными, изматывающими. Ситуация усугублялась тем, что Эммануил Бернгардович был болен туберкулезом, которым, вероятно, заразился еще в период пребывания



Рис. 4. Эммануил-Николай Бернгардович Фурман

Fig. 4. Emanuel-Nikolai Berngardovich Fuhrmann

в лагерях. Но, несмотря на слабое здоровье и тяжесть обвинения, осознавая всю серьезность своего положения, Э.Б. Фурман держался на допросах стойко. На требование рассказать следствию о своей шпионской деятельности против СССР уверенно отвечал, что шпионской деятельностью против Советского государства никогда не занимался и по этому вопросу показать ничего не может [1, 2].

1 октября 1941 года по статье 58, пункту 6 УК РСФСР Эммануила Бернгардовича Фурмана приговорили к расстрелу. 7 января 1942 года приговор был приведен в исполнение [1, 2, 4–6, 9, 14]. Все имущество семьи, в том числе квартира, было конфисковано. Супруга Эммануила Бернгардовича Эмилия Эдмундовна добивалась реабилитации мужа, но не дождалась ее, скончавшись в 1955 году [1, 2]. Профессор Э.Б. Фурман был посмертно реабилитирован 18 января 1957 года, спустя 15 лет после смерти [2, 4–6, 14].

Отрадно отметить, что научное и духовное наследие Эммануила Бернгардовича живет в его потомках. Медицинскую династию достойно продолжили его дети. Дочь жены Эмилии Эдмундовны Татьяна (в замужестве Птицына) окончила Первый Ленинградский медицинский институт, став врачом-педиатром. Блокадница, эвакуирована с 7-месячным сыном Алексеем на Большую землю в феврале 1942 года [25]. Именно она унаследовала библиотеку отца [16]. Сын Эдмунд, окончив медицинский институт, работал терапевтом и рентгенологом в районной больнице г. Кинкур Кировской области. Дочь Эмилия, с отличием окончив Ижевский медицинский институт, работала по распределению в детском костно-туберкулезном санатории под Ленинградом, затем в туберкулезном госпитале в Ижевске. Дочь Гертруда окончила дирижерско-хоровое отделение Ижевского музыкального училища [1, 2]. Один из внуков Э.Б. Фурмана Николай проходил обучение в Ижевской медицинской академии. Другой внук Алексей Борисович Птицын (1941–2022), первые месяцы жизни которого прошли в блокадном Ленинграде, впоследствии окончил Новосибирский государственный университет, защитил диссертации на соискание ученой степени кандидата и доктора геолого-минералогических наук. Работал директором Института природных ресурсов, экологии и криологии Сибирского отделения Российской Академии наук (1998–2015) [25]. Семейная летопись рода Фурманов продолжается.

В 1997 году в здании одной из старейших школ г. Санкт-Петербурга Петришуле (г. Санкт-Петербург, Невский пр., д. 22–24) был открыт музей «Немцы в Санкт-Петербурге и окрестностях» [26]. По словам руководителя музея Н.И. Ивановой, первой книгой, с которой началось формирование книжного фонда музея, была книга из личной библиотеки профессора медицины Э.Б. Фурмана под названием «Die Schoene Heimat Bilder aus Deutschland» («Альбом видов Германии») 1916 года издания. Впоследствии книжный фонд пополнился изданиями других частных коллекций, переданных в дар музею. Книга, положившая начало формированию книжного фонда музея и некогда принадлежавшая профессору Э.Б. Фурману, была передана музею его дочерью Татьяной Эммануиловной Фурман, унаследовавшей библиотеку отца. Примечательно, что к ней же перешла библиотека и ее мужа Бориса Владимировича Птицына (1903–1965) — химика-органика, доктора химических наук, профессора, члена-корреспондента АН СССР [16, 26].

В каталоге первых 100 книг из собрания музея «Немцы в Санкт-Петербурге и окрестностях» значатся две книги из библиотеки Эммануила Бернгардовича. Вторая книга представляет собой сборник стихов Lenau N. Gedichte 1896 года издания. На форзаце обеих книг имеется экслибрис «Buecherei. E. Fuhrmann» — книжный знак, удостоверяющий владельца книги, повышающий ее ценность и делающий книгу предметом коллекционирования. Впоследствии Татьяна Эммануиловна передала в дар музею значительное число книг из коллекции ее отца и супруга [16].

Описание книжной коллекции музея «Немцы в Санкт-Петербурге и окрестностях» включено в первую часть 8-го тома Справочника немецких исторических книжных фондов в Европе (Handbuch deutscher historischer Buchbestände in Europa), изданного в 2001 году и посвященного описанию немецких библиотечных фондов в России. Описание книжного фонда музея в целом приведено на страницах 259–260, а упоминание о книгах из коллекции Э.Б. Фурмана, переданных в дар музею его дочерью Т. Птицыной, содержится на странице 259 [27].

В музее Ижевской государственной медицинской академии бережно хранится книга немецкого биолога Карла Фридриха Хуна (1852–1914) «Aus den Tiefen des Weltmeeres» («Из глубин океана»), изданная в 1900 году [28]. Для музея она представляет высокую историческую ценность не только ввиду ее старины и редкости, но прежде всего и потому, что ее владельцем некогда являлся Эммануил Бернгардович Фурман, что подтверждается экслибрисом



Рис. 5. Экслибрис библиотеки Э.Б. Фурмана

Fig. 5. The ex-libris of E.B. Furman library

его библиотеки (рис. 5). Книга немедицинского содержания. Выше уже упоминалось, что Эммануил Бернгардович, будучи всесторонне развитым человеком, имел огромную любовь к чтению, его домашняя библиотека включала множество редких книг научного и художественного содержания, некоторые экземпляры которых поныне являются частью семейных реликвий. Книга К.Ф. Хуна «Из глубин океана», преподнесенная в дар музею Ижевской государственной медицинской академии внуком Э.Б. Фурмана, в настоящее время является одним из самых раритетных экспонатов музея.

Данная книга посвящена подробному описанию немецкой экспедиции под командованием капитана Альберта Креча в субантарктические воды Атлантического и Индийского океанов. Книга начинается с описания судна, на котором совершено плавание, представлены все члены экипажа корабля. Путешествие длилось девять месяцев. За время экспедиции экипаж корабля посетил несколько островов, в том числе один из самых отдаленных от суши островов в мире — о. Буве, к которому ближайшая материковая земля Антарктида находится в 1700 км. В конце книги предложена карта маршрута по Атлантическому и Индийскому океанам. Книга наполнена иллюстрациями ландшафтов, редких представителей флоры и фауны. Карл Хун как зоолог особое внимание уделил представителям подводного мира, на страницах книги имеются фотографии и графические изображения всех встреченных видов с подробным описанием [28].

Ижевская государственная медицинская академия чтит память о первом заведующем кафедры детских болезней Эммануиле Бернгардовиче Фурмане, бережно хранит воспоминания его учеников и последователей. Материалы о Э.Б. Фурмане экспонируются в музее академии и на кафедре педиатрии и неонатологии. Традиции и ценности, заложенные профессором, и популяризируемые им принципы и подходы к методике преподавания продолжают развиваться и находят отражение в современном образовательном процессе. Его научно-педагогическое наследие живо и актуально по сей день [29, 30].

В заключение отметим, что исторические катаклизмы, обрушившиеся на нашу страну в первой половине XX столетия, унесли много жизней, искалечили много судеб. «Эпохи, столь наполненные событиями и изменениями, принято считать интересными и значительными, но это же эпохи несчастные для целых поколений», — писал Н. Бердяев [31]. Переломные вехи в истории государства — своего рода жернова, безжалостные и неумолимые, перемалывающие целые поколения, не щадящие человеческой личности.

Изучая биографию Э.Б. Фурмана, невольно приходишь к мысли, что даже самое подробное биографическое описание в полной мере не передаст всей трагичности его судьбы. Но, несмотря на все жизненные невзгоды, несчастья и потери, Э.Б. Фурман до конца дней своих сохранил верность профессии. Пережив кровопролитные войны и революции, смену политического строя и Гражданскую войну, арест и заключение в лагерях, потеряв в пекле исторических событий близких ему людей, он не был сломлен, продолжал трудиться, писать научные работы, выполнять свой врачебный долг.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

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

ADDITIONAL INFORMATION

Authors' contribution. 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.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванова Н.И. С факелом в руках, с ногами, обагренными кровью... («Медицинский род» профессора по детским болезням Эммануила Фурмана). В кн.: Материалы постоянно действующей конференции «Немцы в Санкт-Петербурге (XVIII–XX века): биографический аспект». Вып. 4. СПб.: МАЭ РАН; 2008:143–147.
2. Попова Н.М. Фурман Эммануил Бернгардович — основатель кафедры детских болезней Ижевского государственного медицинского института. В кн.: Труды Ижевской государственной медицинской академии. Т. 61. Ижевск: Ижевская государственная медицинская академия; 2023: 233–236.
3. Фурман Борис Егорович. Доступен по: https://ru.wikipedia.org/wiki/Фурман,_Борис_Егорович (дата обращения: 22.12.2024).
4. 14 сентября родились... Доступен по: https://www.liveinternet.ru/users/kakula/post501131066/ (дата обращения: 22.12.2024).
5. Фурман Эммануил Бернгардович. Доступен по: https://ru.ruwiki.ru/wiki/Фурман,_Эммануил_Бернгардович (дата обращения: 22.12.2024).
6. Фурман Эммануил Бернгардович. Доступен по: https://ru.wikipedia.org/wiki/Фурман,_Эммануил_Бернгардович (дата обращения: 22.12.2024).
7. Мамонтова Г.А. Фурман Эммануил Бернгардович. Сотрудники РНБ — деятели науки и культуры. Биографический словарь. Т. 1. Доступен по: https://nlr.ru/nlr_history/persons/info.php?id=385 (дата обращения: 22.12.2024).
8. Сотрудники Российской национальной библиотеки — деятели науки и культуры. Биографический словарь. Т. 1. Императорская Публичная библиотека. 1795–1917. СПб.: Российская национальная библиотека; 1995.
9. Копытов Г.А. Российские немцы у истоков столичной педиатрии в Императорской России. В кн.: Материалы постоянно действующей конференции «Немцы в Санкт-Петербурге (XVIII–XX века): биографический аспект». Вып. 11. СПб.: МАЭ РАН; 2018: 228–244.
10. Училище Святой Анны. Доступен по: https://ru.wikipedia.org/wiki/Училище_Святой_Анны (дата обращения: 22.12.2024).
11. Александровский женский приют. Интернет-журнал «Citywalls.RU». Доступен по: https://www.citywalls.ru/house117.html?ysclid=m4zopsbp3g163139647 (дата обращения: 22.12.2024).
12. Елизаветинская клиническая больница для малолетних детей. Интернет-журнал «Citywalls.RU». Доступен по: https://www.citywalls.ru/house1458.html (дата обращения: 22.12.2024).
13. Общество русских врачей. Доступен по: https://web.archive.org/web/20211009050001/https://ru.wikipedia.org/wiki/Общество_русских_врачей (дата обращения: 22.12.2024).
14. Врачи и деятели медицины, чьи судьбы были связаны с Брестом. Доступен по: https://www.gcbs-brest.by/vrachi-i-deyateli-mediciny-chi-sudby-byli-svyazany-s-brestom-3 (дата обращения: 22.12.2024).
15. Санкт-Петербургский Совет детских приютов. Историко-культурный интернет-портал «Энциклопедия Санкт-Петербурга». Доступен по: https://encspb.ru/object/ 2853475699?dv (дата обращения: 22.12.2024).
16. Иванова Н.И. Первые сто книг из собрания музея «Немцы в Санкт-Петербурге и окрестностях». Каталог. СПб.: Санкт-Петербургский университет; 1998.
17. Новиков Б.Н. Акушерская служба Санкт-Петербурга: вчера, сегодня, завтра. *Журнал акушерства и женских болезней*. Т. LIX. 2010;1:11–17.
18. Академическое дело, 1929–1931 гг. Документы и материалы следственного дела, сфабрикованного ОГПУ. Вып. 9.: Обвинение. Приговор. Реабилитация. Часть 1. СПб.: Библиотека Российской академии наук; 2015.
19. Ананьич Б.В., Панеях В.М. Принудительное «соавторство» (К выходу в свет сборника документов «Академическое дело 1929–1931 гг.». Вып. 1. В кн.: In memoriam: Ист. сб. памяти Ф.Ф. Перченка. М.: Феникс-Атенеум; 1995: 87–111.
20. Академическое дело. Доступен по: https://ru.ruwiki.ru/wiki/Академическое_дело (дата обращения: 28.12.2024).
21. Статья 58 Уголовного Кодекса РСФСР. Доступен по: https://bessmertnybarak.ru/article/statya_58_ukrsfsr/ (дата обращения: 22.12.2024).
22. Яковлев В.В. Так было. В кн.: Воспоминания соловецких узников, 1929–1936. Т. VIII. Соловки: Соловецкий монастырь; 2020:39–767.
23. Федотова В. Узники Вегеракши. Часть 1. Онлайн-журнал «Черника». Доступен по: https://mustoi.ru/uzniki-vegerakshi-chast-1/ (дата обращения: 28.12.2024).

24. Гнетнев К.В. Беломорканал: Времена и судьбы. Петрозаводск: Острова; 2008.
25. Птицын Алексей Борисович. Доступен по: https://www.igm.nsc.ru/index.php?option=com_k2&view=item&id=1510:птицын-алексей-борисович&Itemid=621&lang=ru (дата обращения: 09.01.2025).
26. Иванова Н. В зеркале частных коллекций. Уникальные немецкие книги в Петербурге. Библиотечное дело. 2003;3(3):10–11.
27. Volodin B.F. Handbuch deutscher historischer Buchbestände in Europa. Band 8.1: Russland, Teil 1: St. Petersburg Hardcover. Hildesheim: Olms-Weidmann; 2001.
28. Chun C.F. Aus den Tiefen des Weltmeeres. 1. Auflage. Jena: Fischer; 1900.
29. Васина Т.А., Попова Н.М., Савельев В.Н., Смирнова С.Д. Удмуртская Республика: Здравоохранение. Энциклопедия. Ижевск: УдмФИЦ УрО РАН; 2019.
30. Ижевск вчера, сегодня, завтра. Ижевск; 2023.
31. Бердяев Н.А. Самопознание. М.: АСТ; 2023.

REFERENCES

1. Ivanova N.I. With a torch in hands, with feet stained with blood... (“Medical genus” of Professor of pediatric diseases Emmanuel Furman). In: Materialy postoyanno deistvuyushchei konferentsii “Nemtsy v Sankt-Peterburge (XVIII–XX veka): biograficheskii aspect”. Issue 4. Saint Petersburg: MAEH RAN; 2008:143–147. (In Russian).
2. Popova N.M. Furman Emmanuel Berngardovich is the founder of the Department of Pediatric Diseases of Izhevsk State Medical Institute. In: Trudy Izhevskoi gosudarstvennoi meditsinskoi akademii. T. 61. Izhevsk: Izhevskaya gosudarstvennaya meditsinskaya akademiya; 2023: 233–236. (In Russian).
3. Furman Boris Egorovich. Available at: https://ru.wikipedia.org/wiki/Фурман,_Борис_Егорович (accessed: 22.12.2024). (In Russian).
4. They were born on September 14th... Available at: https://www.liveinternet.ru/users/kakula/post501131066/ (accessed: 22.12.2024). (In Russian).
5. Furman Emmanuel Berngardovich. Available at: https://ru.ruwiki.ru/wiki/Фурман,_Эммануил_Бернгардович (accessed: 22/12/2024). (In Russian).
6. Furman Emmanuel Berngardovich. Available at: https://ru.wikipedia.org/wiki/Фурман,_Эммануил_Бернгардович (accessed: 22/12/2024). (In Russian).
7. Mamontova G.A. Furman Emmanuel Berngardovich. The staff of the Russian National Library are scientists and cultural workers. Biographical dictionary. Vol. 1–4. Available at: https://nlr.ru/nlr_history/persons/info.php?id=385. (In Russian).
8. The staff of the Russian National Library are scientists and cultural workers. Biographical dictionary. Vol. 1. Imperial Public Library. 1795–1917. Saint Petersburg: Rossiyskaya natsionalnaya biblioteka; 1995. (In Russian).
9. Kopytov G.A. Russian Germans at the origins of stolichny pediatrics in Imperial Russia. In.: Materialy postoyanno deistvuyushchei konferentsii “Nemtsy v Sankt-Peterburge (XVIII–XX veka): biograficheskii aspect”. Issue 11. Saint Petersburg: MAEH RAN; 2018:228–244. (In Russian).
10. St. Anne’s College. Available at: https://ru.wikipedia.org/wiki/Училище_Святой_Анны (accessed: 22/12/2024). (In Russian).
11. Alexandrovsky women’s shelter. Online journal “Citywalls.RU”. Available at: https://www.citywalls.ru/house117.html?ysclid=m4zopsbp3g163139647 (accessed: 22/12/2024). (In Russian).
12. Elizabethan Clinical Hospital for Young Children. Online journal “Citywalls.RU”. Available at: https://www.citywalls.ru/house1458.html (accessed: 22/12/2024). (In Russian).
13. The Society of Russian Doctors. Available at: https://web.archive.org/web/ 20211009050001/https://ru.wikipedia.org/wiki/Общество_русских_врачей (accessed: 22/12/2024). (In Russian).
14. Doctors and medical figures whose lives are connected with Brest. Available at: https://www.gcbs-brest.by/vrachi-i-deyateli-mediciny-chi-sudby-byli-svyazany-s-brestom-3 (accessed: 22.12.2024). (In Russian).
15. St. Petersburg Council of Orphanages. Historical and cultural Internet portal “Encyclopedia of St. Petersburg”. Available at: https://encspb.ru/object/2853475699?dv (accessed: 22/12/2024). (In Russian).
16. Ivanova N.I. The first hundred books from the collection of the museum “Germans in St. Petersburg and its surroundings”. Catalog. Saint Petersburg: Saint Petersburg University; 1998. (In Russian).
17. Novikov B.N. Obstetric service of St. Petersburg: yesterday, today, tomorrow. *Journal of obstetrics and women’s diseases*. T. LIX. 2010;1:11–17. (In Russian).
18. Academic case, 1929–1931. Documents and materials of the investigative case fabricated by the OGPU. Issue 9: Accusation. Sentence. Rehabilitation. Part 1. Saint Petersburg: Biblioteka Rossiyskoy akademii nauk; 2015. (In Russian).
19. Ananich B.V., Paneyakh V.M. Forced “co-authorship” (For the publication of the collection of documents “Academic case 1929–1931”. Issue 1. In: In memoriam: Istoricheskoi sbornik pamyati F.F. Perchenka. Moscow: Feniks-Ateneum; 1995: 87-111. (In Russian).
20. Academic case. Available at: https://ru.ruwiki.ru/wiki/Академическое_дело (accessed: 28.12.2024). (In Russian).
21. Article 58 of the Criminal Code of the RSFSR. Available at: https://bessmertnybarak.ru/article/statya_58_ukrsfsr/ (accessed: 22.12.2024). (In Russian).
22. Yakovlev V.V. That’s how it was. In: Vospominaniya solovetskikh uznikov, 1929 — 1936. T. VIII. Solovki: Solovetskiy monastyr; 2020:39–767. (In Russian).
23. Fedotova V. The prisoners of Vegeraksha. Part 1. Onlain-zhurnal “ChernikA”. Available at: https://mustoi.ru/

uzniki-vegerakshi-chast-1/ (accessed: 28.12.2024). (In Russian).
24. Gnetnev K.V. Belomorkanal: Times and destinies. Petrozavodsk: Ostrova; 2008. (In Russian).
25. Ptitsyn Alexey Borisovich. Available at: https://www.igm.nsc.ru/index.php?option=com_k2&view=item&id=1510:птицын-алексей-борисович&Itemid=621&lang=ru (accessed: 09.01.2025). (In Russian).
26. Ivanova N. In the mirror of private collections. Unique German books in St. Petersburg. Bibliotechnoe delo. 2003;3(3):10–11. (In Russian).
27. Volodin B.F. Handbuch deutscher historischer Buchbestände in Europa. Band 8.1: Russland, Teil 1: St. Petersburg Hardcover. Hildesheim: Olms-Weidmann; 2001. (In German).
28. Chun C.F. Aus den Tiefen des Weltmeeres. 1. Auflage. Jena: Fischer; 1900. (In German).
29. Vasina T.A., Popova N.M., Savelyev V.N., Smirnova S.D. Udmurt Republic: Healthcare. Encyclopedia. Izhevsk: UdMFITS URO RAN; 2019. (In Russian).
30. Izhevsk yesterday, today, tomorrow. Izhevsk; 2023. (In Russian).
31. Berdyayev N.A. Self-knowledge. Moscow: AST; 2023. (In Russian).

Оригинальная статья

УДК 61(091)+614.2
https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.59.92.012

Центральный институт усовершенствования врачей во второй половине 1930-х годов

Дмитрий Дмитриевич Елиферов, Болеслав Леонидович Лихтерман

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Институт социальных наук, 123001, г. Москва, Большой Патриарший пер., д. 3, стр. 1, Российская Федерация

Контактная информация: Дмитрий Дмитриевич Елиферов — аспирант. E-mail: stablo@mail.ru; https://orcid.org/0000-0003-4580-1154; SPIN: 9400-9776

Для цитирования: Елиферов Д.Д., Лихтерман Б.Л. Центральный институт усовершенствования врачей во второй половине 1930-х годов. *Медицина и организация здравоохранения*. 2025;10(3):133–141. https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.59.92.012.

Поступила: 27.08.2025 ***Одобрена: 03.10.2025*** ***Принята к печати: 28.11.2025***

РЕЗЮМЕ. В представленной статье рассмотрена деятельность Центрального института усовершенствования врачей (ЦИУ) в первые годы своего существования с позиции влияния внутренних (институциональных) и внешних (общеисторический контекст) преобразований второй половины 1930-х годов. Институт был основан в 1930 г. в связи с требованием времени на увеличение количества врачей высокой квалификации в условиях индустриализации и коллективизации и быстрого роста медицинских учреждений. Кроме того, расширение сети государственных институтов для усовершенствования врачей было продиктовано необходимостью дальнейших корректировок реформ здравоохранения и улучшения медицинского обслуживания растущего населения в Советском Союзе. Исследование основано на изучении печатных и архивных источников: использовались сведения из Российского государственного архива научно-технической документации (РГАНТД) и архива Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования (РМАНПО), датируемые 1936–1941 гг. Значительная часть этих материалов впервые вводится в научный оборот. В исследуемый период (1936–1941) в ЦИУ произошли существенные изменения: в 1936 г. принят устав и появился факультет санитарной обороны (ФСО), в 1937 г. Институт перешел из Народного комиссариата здравоохранения (НКЗ) РСФСР в ведение НКЗ СССР, в течение короткого времени (1936–1938) сменилось пять директоров. Частая смена директоров и научно-педагогического персонала приводила к перебоям в работе ЦИУ. В 1938 г. на пост директора была назначена организатор отдела охраны материнства и младенчества в СССР В.П. Лебедева, при которой работа ЦИУ начинает меняться. С 1939 г. происходит дальнейшая унификация штатно-окладной системы с последующей установкой четких рабочих норм для профессоров, доцентов и ассистентов на кафедрах. Под влиянием ФСО происходило реформирование программ обучения. К 1939–1940 гг. в рамках военной подготовки врачей узкие хирургические специальности выступают на первый план. В 1941 г. (после начала войны) ЦИУ целиком переходит на ускоренную подготовку кадров.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: история медицины, Центральный институт усовершенствования врачей, Лебедева В.П., штатно-окладная система, факультет санитарной обороны, последипломная подготовка

© Елиферов Д.Д., Лихтерман Б.Л., 2025

Original papers

https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.59.92.012

The Central Institute for Advanced Training of Physicians during the second half of 1930s

Dmitriy D. Eliferov, Boleslav L. Lichterman

Institute of Social Sciences at I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 3/1 Bolshoy Patriarshiy lane, Moscow, 123001, Russian Federation

Contact information: Dmitriy D. Eliferov — graduate student. E-mail: stablo@mail.ru; https://orcid.org/0000-0003-4580-1154; SPIN: 9400-9776

For citation: Eliferov D.D., Lichterman B.L. The Central Institute for Advanced Training of Physicians during the second half of 1930s. *Medicine and Health Care Organization*. 2025;10(3):133–141. https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.59.92.012.

Received: 27.08.2025 ***Revised: 03.10.2025*** ***Accepted: 28.11.2025***

ABSTRACT. In the presented original article, the Central Institute for Advanced Training of Physicians (TsIU in Russian) activity during initial stages was evaluated from the perspective of internal (institutional) and external (general historical context) transformations during the second half of 1930s. The Institute was founded in 1930 in relation to demands of time aimed to increase of high-qualified doctors under the circumstances of industrialization and collectivization and rapid expansion of health facilities in Soviet Union. Furthermore, expansion of the State Institutes for Advanced Training of Physicians network was dictated by the necessity of further Soviet Healthcare reformation adjustments and improvement of medical services for growing population of the growing population of the Union of Soviet Socialist Republics (USSR). The research is based on thorough analysis of both printed and archival sources dating from 1936–1941 provided by the Russian State Archive of Scientific and Engineering Documentation (RGANTD) and archive of Russian Medical Academy of Continuous Professional Education. Substantial amount of these materials are being introduced into scientific circulation for the first time. During the 1936–1941 period TsIU was impacted by significant changes: adoption of the charter and Faculty of Sanitary Defense foundation in 1936, transition within jurisdiction from the People's Commissariat of Public Health of the Russian Soviet Federative Socialist Republic (RSFSR Narkomzdrav) to the USSR Narkomzdrav, rapid replacement of five TsIU directors (1936–1938). Frequent replacement of directors and scientific and pedagogical staff led to interruptions in activity of TsIU. In 1938 organizer of the USSR Protection of Motherhood and Infancy Department V.P. Lebedeva was appointed as the new Director of TsIU. Thank to her initiative, whole TsIU's activity began to change rapidly. From 1939 further unification of staff-salary system with the on-going installation of concrete working norms for professors, associate professors and teaching assistants at chairs was implemented. Under the influence of Faculty of Sanitary Defense most educational programs were modified. By 1939–1940, surgical subspecialties came to the fore within the framework of military training of doctors. In 1941 (after the war with Germany started) TsIU's educational activity fully shifted to accelerated training of specialists.

KEYWORDS: history of medicine, the Central Institute for Advanced Training of Physicians, Lebedeva V.P., staff-salary system, Faculty of Sanitary Defense, postgraduate education

© Eliferov D.D., Lichterman B.L., 2025

1920–1930-е гг. в СССР — время великих достижений и трагических решений. Радикальные перемены в политической жизни, индустриализация, коллективизация, централизация экономического управления и связанные с ними изменения в социальной структуре общества не могли не отразиться на системе здравоохранения, финансируемой по остаточному принципу.

Отмечался рост заболеваемости и смертности от голода, инфекционных болезней, болезней пищеварительной и дыхательной систем (в связи с массовой миграцией и насильственными переселениями), а также онкологических, нервных и сердечно-сосудистых заболеваний. Около половины смертей приходилось на 6 характерных для того времени патологий: туберкулез легких, корь, дизентерия, токсическая диспепсия и острый гастроэнтероколит у детей до трех лет и пневмонии различной этиологии. В 1930–1931 гг. общий коэффициент смертности в СССР (27,0–28,0‰) более чем вдвое превосходил показатели США (11,1–11,3‰), Англии (11,4–12,5‰) и Германии (11,1–11,2‰) и продолжал оставаться высоким спустя 10 лет. Такие факторы, как крайняя недооснащенность лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) аппаратурой и медицинскими инструментами, отсутствие центрального отопления и канализаций во многих ЛПУ, недоступность различных видов бесплатной медицинской помощи для большинства граждан и, безусловно, крайняя и повсеместная нехватка врачей в стране, вносили комплексный негативный вклад в показатели здоровья населения.

В 1929–1930 гг. нарком М.Ф. Владимирский положил начало реформам здравоохранения, подведя их под задачи ускоренной промышленной перестройки. Несостоятельная попытка поднять производительность труда рабочих при помощи медиков без адекватного финансирования в систему здравоохранения обернулась резким ограничением доступа советских граждан к специализированной медицинской помощи [1].

Несмотря на общий рост количества студентов-медиков (с 26 тыс. человек в 1928 г. до 48 тыс. человек на начало 1934 г.), а также почти двукратный рост количества медицинских факультетов, ставших после реформы 1930 г. медицинскими вузами, — с 25 до 49 (с 1928 по 1937 гг.), подготовка врачей оставалась неудовлетворительной. Это послужило причиной возвращения в 1934 г. 5-летнего обучения в медвузах со сдачей экзаменов [1–3]. Уровень преподавания как фундаментальных (нормальной и патологической анатомии и физиологии, биохимии и др.), так и клинических дисциплин не отвечал требованиям подготовки будущего квалифицированного специалиста [3, 4]. Одновременно с этим троекратное увеличение (с 1928 г.) числа медвузов (до 72 в 1940 г.) породило острый дефицит профессорско-преподавательских кадров. Ряды заведующих кафедрами и профессоров пополняли до недавнего времени молодые ассистенты, многие из которых не имели ученых степеней и не обладали достаточным педагогическим и клиническим опытом. Данная ситуация усугублялась тем, что вновь образованные медвузы в большинстве своем не располагали учебными корпусами и помещениями, включая анатомические залы (театры) и лаборатории, исследовательским оборудованием, учебно-методическими пособиями и научной литературой [1, 3, 5]. Недостаток медицинских кадров в стране компенсировали путем зачисления промышленных работников (доля которых, в соответствии с партийными установками, была установлена в пределах 75% среди студентов-медиков [6]), колхозников, единоличников и представителей национальных меньшинств на рабочие факультеты (рабфаки) при мединститутах [7, 8]. Принципы форсированного наращивания выпускаемой продукции, используемые в индустриализации, применялись и к медицинскому образованию: с 1930 г. в медицинских институтах были открыты вечерние отделения, на которые дважды в год принимались вышеуказанные категории граждан. В результате реформ наркомов М.Ф. Владимирского и Г.Н. Каминского численность врачей в течение 12 лет (с 1928 по 1940 гг.) увеличилась с 63 219 до 122 796 [6]. В то время как быстро подготовленных врачей тысячами отправляли в страховые кассы, здравпункты и на санитарную работу, в больницах и амбулаториях усугублялся дефицит кадров, вплоть до очередей в 100 пациентов на одного врача и несвоевременной их госпитализации.

Заметно пострадало больничное строительство и качество стационарной помощи. Неуклонный рост числа стационаров (примерно с 5,7 тыс. до 13,7 тыс.) и больничных коек (с 247 тыс. до 790 тыс.) с 1928 по 1940 гг. [1] не покрывал потребности советского населения в силу множества факторов: возрастающей популяции, дефектов планировки больниц, недостатка медикаментов, антисанитарных условий и др. Последнее коренным образом относилось к повсеместно открытым яслям (число которых за 12 лет возросло с 62 тыс. до 854 тыс.), локализованным в домах колхозников и максимально приближенным к предприятиям

[1, 9, 10]. Плановая установка на удвоение числа медиков на фоне политического лозунга восстановительного периода «лицом к деревне» по линии здравоохранения [10] сохранялась на фоне скудных государственных инвестиций в образование и продолжала отрицательно сказываться на качестве выпускников.

Необходимо подчеркнуть, что по итогу промышленно-финансовый план был реализован (93% коллективизация крестьянских хозяйств, строительство крупных предприятий, развитие новых отраслей производства) [1], в то время как инициированные реформы здравоохранения не способствовали решению одной из ключевых задач того периода — массовая подготовка медицинских кадров высокой квалификации.

Ускоренный выпуск огромного числа врачей без основательной общемедицинской подготовки [3] обернулся беспрецедентным ростом ошибок в диагностике и лечении заболеваний. Отмечались многочисленные случаи, когда низкоквалифицированные врачи проводили сложные оперативные вмешательства без надлежащей хирургической подготовки, что влекло за собой тяжелые последствия для здоровья пациентов вплоть до летальных исходов. Клинические диагнозы в амбулаториях ошибочно ставились в 65% случаев, а на патологоанатомических вскрытиях в ведущих московских больницах не подтверждались в 14–42,8% в зависимости от нозологии. Санитарное состояние страны, скорее, ухудшилось, поскольку к концу 1930–1940-х годов заболеваемость выросла на 56,3% по сравнению с 1929 г. (начало реформы здравоохранения при М.Ф. Владимирском) [1]. В своей статье, посвященной вопросам реорганизации системы усовершенствования врачей (1934), Э.И. Еселевич подчеркнул несостоятельность системы высшего медицинского образования 1930-х годов, которая не смогла быть адаптирована под текущие задачи масштабной государственной перестройки и нуждалась в ревизии: «Группа врачей, главным образом окончивших медвузы сравнительно недавно и являющихся малоквалифицированными в избранной специальности. Эта группа — плоть от плоти той системы медобразования, которую предстоит изменить в ближайшее время, к чему по почину НКЗдрава уже приступлено. Эта группа нуждается в дообучении» [11].

Расширение сети государственных институтов для усовершенствования врачей (ГИДУВов) было продиктовано необходимостью дальнейших корректировок реформ здравоохранения и улучшения медицинского обслуживания растущего (со 157 млн человек к 1930 г. до 192 млн человек к 1940 г.) населения в Советском Союзе. Выпускники мединститутов (городские и сельские участковые врачи) непрерывно повышали свою квалификацию в процессе профессиональной деятельности на различных курсах (усовершенствования и специализации), проводимых ГИДУВами, что стало носить обязательный характер [2, 12]. Уже к 1935 г. в стране насчитывается 11 таких институтов: Ленинградский (1885 г.; с 1924 г. — Государственный институт для усовершенствования врачей в Ленинграде), Киевский (1918), Казанский (1920), Харьковский (1923), Одесский (1927), Новосибирский (1927), Московский (1930), Минский (1931), Ташкентский (1932), Тбилисский (1935) и Азербайджанский (1935) [13–15]. С февраля 1931 г. за Московским институтом закрепляется роль головного в этой системе, и он получает название Центрального института усовершенствования врачей (ЦИУ) (ныне Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, РМАНПО) [16]. Однако эта роль на начальных этапах еще не была реализована в полной мере. Согласно сообщению директора ЦИУ Д.В. Горфина (1934), «во всей системе усовершенствования ведущая роль должна принадлежать институтам усовершенствования врачей, причем ЦИУ должен стать основным учебно-методическим организационным центром для всей периферии (организация выездов профессоров и «медицинских недель», снабжение методическими материалами, подготовка преподавательских кадров и т.д.) ...» [12]. Одновременно с этим государственная система повышения квалификации врачей не охватывала в такой же мере существовавшие мединституты (1-й и 2-й Московские, Педиатрический медицинский институт в Ленинграде, Саратовский, Свердловский, Ростовский, Донецкий, Туркменский и другие), факультеты усовершенствования врачей при которых стали формироваться начиная с 1950-х годов [12, 17, 18].

Структура ЦИУ с момента его образования кардинально менялась. В течение 1930–1931 гг. начали функционировать 23 кафедры. Контингент преподавателей составил около 80 человек[1], а начальный выпуск курсантов — почти 1,5 тыс. специалистов. Лишь спустя 5 лет в Институте появились первые факультеты [19].

Постановлением президиума Центрального исполнительного комитета (ЦИК) СССР

[1] Российский государственный архив научно-технической документации (РГАНТД). Ф. 71. Оп. 1–6. Д. 1. Л. 62–64 об.

от 27.02.1934 г. был утвержден типовой Устав высшей школы СССР [20], а 23.05.1936 г. — Устав Государственного центрального института усовершенствования врачей (ЦИУ), в котором указаны 73 кафедры с доцентурами в составе 5 факультетов (хирургического, терапевтического, педиатрического, санитарно-гигиенического и санитарной обороны) и «группы кафедр по теоретическим дисциплинам» [21, 22]. К 1940–1941 гг. функционировала 51 кафедра, а штат профессорско-преподавательского состава составляли 414 человек [19].

20.07.1936 г. постановлением ЦИК и Совета Народных Комиссаров (СНК) СССР был образован Народный комиссариат здравоохранения (Наркомздрав) СССР [23]. ЦИУ, находившийся прежде в ведении Наркомздрава (НКЗ) РСФСР, с 1937 г. становится подконтрольным НКЗ СССР[1], что ставило на первый план вопрос обучения — на циклах усовершенствования и специализации — курсантов национальных республик, в которых отсутствовали институты усовершенствования врачей[2].

В течение короткого срока, с 1936 по 1938 гг., поменялось пять директоров Института. Сведения о Я.Л. Гроссмане довольно поверхностны: известно лишь то, что директор ЦИУ (с 08.03.1936 г. по 01.12.1936 г.) до вступления на пост являлся одновременно заместителем начальника Управления медицинского образования и заведующим кафедрой организации здравоохранения ЦИУ в 1934 г., а после — участником Великой Отечественной войны (награжден орденом Отечественной войны I степени и орденом Красной Звезды). Б.С. Гинзбург проработал директором до марта 1937 г. в силу последующего назначения на ту же должность в Казанском ГИДУВе. Подробности о С.Ю. Беленьком (25.03.1937 г. — 14.06.1937 г.[3]) с июля 1937 г. по 1938 г. также отсутствуют: известно, что до 1936 г. занимал должность заместителя декана терапевтического факультета, а с 1938 г. он возглавлял кафедру организации здравоохранения ЦИУ (до 1939 г.). В силу политических обстоятельств заместитель главного Государственного санитарного инспектора СНК СССР М.С. Металликов занимал пост директора ЦИУ не более месяца (14.06.1937 г. — 11.07.1937 г.). Самый молодой директор (с октября 1937 г.) Института, на тот момент аспирант кафедры венерологии[4], С.Я. Шумаров был переведен в марте 1938 г. в аппарат НКЗ СССР [19, 24].

В конечном итоге, 11.03.1938 г. директором ЦИУ была назначена организатор дела охраны материнства и младенчества В.П. Лебедева, которая будет руководить Институтом более 20 лет [25]. В.П. Лебедева (Ливадонова) родилась в Нижнем Новгороде в 1881 г. в семье повара. В 1907 г. вступила в ряды Российской социал-демократической рабочей партии (РСДРП), став большевиком. В 1910 г. окончила Женский медицинский институт в Санкт-Петербурге. В 1912 г. уехала к мужу в Женеву, где до 1917 г. проработала в акушерско-гинекологической клинике. В 1918 г. В.П. Лебедеву по поручению от Наркомздрава РСФСР назначают заведующей отделом охраны материнства и младенчества, в котором она проработала 11 лет. По инициативе В.П. Лебедевой и Г.Н. Сперанского в 1922 г. открывается Государственный научный институт охраны материнства и младенчества (ГНИОММ, ныне Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России)), в стенах которого она же возглавила кафедру социальной гигиены матери и ребенка в 1925 г. (в 1931 г. кафедра была переведена в ЦИУ). Являясь опытным партийным работником и прирожденным организатором, В.П. Лебедева в самом начале своего руководства ЦИУ приступила к исправлению недостатков работы учреждения: ей удалось перестроить всю деятельность Института, что позволило укомплектовать кафедры крупными учеными-медиками страны, благодаря чему ЦИУ занял ведущее положение в СССР [19, 26].

В феврале 1938 г. СНК СССР утвердил постановление о введении в ЦИУ штатно-окладной системы. Отныне оклад сотрудников варьировал в зависимости от наличия ученой степени, штата кафедры и других параметров. Учебная нагрузка практически удвоилась и распределялась следующим образом: профессор — около 400 часов, доцент — около 650 часов, ассистент — 700–800 часов в год. Профессор мог получать оклад в 1500 рублей при наличии педагогического стажа не менее 10 лет, а вне основного учреждения — работать совместителем, если это не отражалось на основной

[1] Архив ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. Историческая справка по фонду Центрального ордена Ленина института усовершенствования врачей Минздрава СССР. 1975 г.

[2] РГАНТД. Ф. 71. Оп. 1–6. Д. 22. Л. 50, 62.

[3] Там же. Л. 82, 101.

[4] Архив ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. Ф. Р-9566. Оп. 2. Д. 21. Л. 28–29.

работе. Исчисление штатов планировалось из расчета производственного плана НКЗ. Единый шаблон отсутствовал[1]. По прошествии года происходит дальнейшая унификация системы. Заведующие клиническими кафедрами и профессора (получающие лечебную ставку) должны были работать не менее 3,5 часов с учетом «абсолютного пребывания» на кафедре; ассистенты и доценты — 6 и 7 часов, дежуря в клинике трижды в месяц. Уходить после ночного дежурства разрешалось не ранее 12 часов дня[2].

С 1939 г. дирекция Института придает особое значение укреплению трудовой дисциплины: своевременная явка кафедральных сотрудников и курсантов и их регистрация в часы занятий, исключение несвоевременного ухода с работы, адекватное оформление документации и т.д. Обо всех нарушениях (например, при опозданиях, прогулах или преждевременном уходе с лекции курсантов либо клинических ординаторов из отделений) сообщалось в деканаты. Опоздание курсанта свыше 15 минут на лекцию расценивалось как прогул, что впоследствии могло приводить к исключению с цикла. Ассистенту и ординатору объявляли выговор разной степени строгости[3].

Для обучения врачей-курсантов азам военной медицины, согласно Постановлению СНК СССР «О подготовке врачей и студентов медицинских институтов и средней медицинской школы в области военно-санитарной и противовоздушной химической обороны», в 1936 г. был создан факультет санитарной обороны (ФСО). Мотивацией к организации в ЦИУ ФСО послужило заявление И.В. Сталина о возникновении очага военной опасности на Дальнем Востоке [27]. Первым деканом ФСО был, вероятно, М.И. Баранов[4]. На заседании Совета ЦИУ от 02.02.1937 г. он выступил с докладом «Информация о работе факультета санитарной обороны в течение 1936 г. и задания его в 1937 г.»[5]. М.И. Баранов подчеркнул чрезвычайно низкий уровень военно-санитарной подготовки в Институте: «даже высококвалифицированные специалисты-хирурги... не будучи достаточно знакомы с боевой обстановкой подчас теряются в конкретных условиях»[6]. Декан ФСО обозначил первоочередную задачу факультета: «чтобы каждый врач независимо от своей специальности... обязательно в мирное время усвоил определенный минимум военно-санитарных знаний»[7]. В разные годы на ФСО преподавались следующие дисциплины в рамках соответствующих кафедр: организация и тактика санитарной службы, военно-полевая хирургия, военная эпидемиология, санитарно-химическая защита, челюстно-лицевая хирургия, переливание крови[8]. В состав ФСО также входили кафедра патологии, клиники и терапии поражений отравляющих веществ и кафедра организации и тактики военно-санитарной службы[9]. В зависимости от специальности, программа обучения охватывала 2 периода — 15 либо 20 рабочих дней[10]. М.И. Баранов обратил внимание на нехватку хирургов в периоды предстоящих военных действий: «...Нужно сказать, что у нас хирургов не хватает даже по мирному времени. Исчисляются они цифрой 9 тысяч хирургов в СССР, причем в числе этих хирургов не все квалифицированные хирурги. Например, Бурденко производит такой расчет. Он считает, что [имеется] 200 хирургов высокой квалификации, около 2 тысяч хирургов самостоятельных, а что касается остальных 7 тысяч, то там разный человеческий материал...»[11]. На заседании «треугольника» (дирекция, партком и местком) ЦИУ в начале марта 1937 г. было высказано предложение о том, чтобы каждый сотрудник стал «оборонно-грамотным» путем прохождения курсов ФСО[12]. Все программы и учебные планы циклов 1939 г. были пересмотрены в контексте оборонных задач при участии руководителей кафедр ФСО[13]. Такие хирургические специальности, как челюстно-лицевая хирургия, хирургическая стоматология, травматология и ортопедия, урология, «легочная» (торакальная) хирургия, общая хирургия (включая онкологов), а также нейрохирургия, представляли наибольший интерес в оборонном направлении[14]. В.В. Гориневской и В.Р. Брайцевым было отмечено, что 3,5-месячная специализация по хирургии для врачей-курсантов разного профиля (терапевты, поликлинические и амбулаторные врачи) является крайне недостаточным сроком для их переквалификации с учетом месячной подготовки по оборонным

[1] РГАНТД. Ф. 71. Оп. 1–6. Д. 37. Л. 364–366.
[2] Архив ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. Ф. 71. Оп. 1. Д. 11. Л. 51, 73–74.
[3] Там же. Л. 15–16, 32–33, 40–41, 50, 179.
[4] Там же. Ф. 71. Оп. 1. Д. 1. Л. 149–150.
[5] РГАНТД. Ф. 71. Оп. 1–6. Д. 22. Л. 1.
[6] Там же. Л. 1 об. – 2.
[7] Там же. Л. 3.
[8] Там же. Л. 3–4 об.
[9] Там же. Д. 39. Л. 21, 26.
[10] Там же. Д. 22. Л. 4 об.
[11] Там же. Л. 12.
[12] Там же. Л. 38, 43 об.
[13] РГАНТД. Ф. 71. Оп. 1–6. Д. 45. Л. 2 об.
[14] Там же. Д. 49. Л. 120–122 об., 124 об., 126, 128–131, 134.

темам[1]. На совещании ФСО в апреле 1941 г. постановили преподавать травматологию с основами военно-полевой хирургии на всех хирургических кафедрах[2].

ЦИУ за сравнительно короткий период смог добиться значительных успехов в подготовке курсантов по сравнению с другими ГИДУВами. На основных 3–5-месячных курсах усовершенствования и специализации врачей с 1936 по 1941 гг. профессорско-преподавательскому составу удалось подготовить 17 179 врачей[3], что значительно превышает показатели Казанского (около 10 тыс.) и Ленинградского (около 8 тыс.) институтов усовершенствования врачей [28, 29].

Институт продолжал свою деятельность вплоть до 15 октября 1941 г. За неполный учебный год выпущено 7509 врачей, из которых 2059 — по хирургии. Рекордное перевыполнение плана на более чем 200% продиктовано переходом с начала войны на краткосрочные курсы оборонного значения. За неполные 4 месяца через такие курсы прошло около 6000 врачей[4].

Работа ЦИУ во второй половине 1930-х годов происходила на фоне активных кадровых перестановок в различных учреждениях здравоохранения. К 1936 г. структура ЦИУ приобретает «привычный» вид (кафедры в составе факультетов). Важным событием в 1936 г. стало утверждение НКЗ РСФСР устава ЦИУ и закрепленные в нем положения — по образцу типового устава высшей школы СССР. Несмотря на то что Государственный московский институт усовершенствования и специализации врачей и организаторов здравоохранения (ГИУСВОЗ) с 1931 г. стал именоваться «Центральным», учебно-методическое руководство в отношении периферии (республик СССР) возникает примерно с 1936–1937 г. 1938 г. можно назвать «переломным» ввиду прихода нового директора (В.П. Лебедевой), под руководством которой дело усовершенствования врачей, методика преподавания, дисциплина претерпели значительные изменения. В рамках настоящей статьи также сделан акцент на детализации работы ФСО по причине актуальности военной подготовки врачей в связи с международной обстановкой. Ввиду объективных причин, произвести охват всех реформ и событий Института за представленный период невозможно, поскольку доступные нам архивные дела разрозненны и полны неточностей.

Таким образом, необходимость создания сети институтов усовершенствования врачей наряду с имеющимися в стране медицинскими институтами была продиктована возрастающими запросами здравоохранения на повышение квалификации врачей после окончания медицинских институтов в 1930-е годы. В первые годы существования ЦИУ его структура постоянно менялась и приобрела свой «окончательный» вид лишь в 1936 г. Утверждение НКЗ РСФСР в том же году Устава ЦИУ, наряду с последующим его переходом под патронат НКЗ СССР, окончательно закрепили за Институтом статус головного. С 1938 г. с приходом В.П. Лебедевой происходит перестройка работы Института. Усиление дисциплинарных мер и стандартизация штатно-окладных нормативов с 1938 по 1939 гг. упорядочили работу Института. В подготовке врачей разных категорий значительную роль сыграл ФСО. На хирургических специальностях, таких как общая хирургия, травматология, нейрохирургия и другие, был сделан особый акцент в связи с ожидаемым потоком раненых во время предстоящей войны. Обучение врачей различных профилей и различного уровня оказания медицинской помощи (амбулаторно-поликлиническое звено, терапевты, хирурги) хирургическим навыкам, последующая их переквалификация оставались неотъемлемой частью работы факультета и смежных кафедр.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

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

ADDITIONAL INFORMATION

Authors' contribution. 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

[1] Там же. Л. 126–127, 134.

[2] Там же. Д. 85. Л. 13–14.

[3] Там же. Д. 31. Л. 34; Д. 32. Л. 1; Д. 59. Л. 32; Д. 75. Л. 20; Д. 77. Л. 1 об. – 2.

[4] Там же. Д. 77. Л. 1; Д. 102. Л. 1, 8–9.

approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Затравкин С.Н., Вишленкова Е.А. «Клубы» и «гетто» советского здравоохранения. М.: ШИКО; 2022.
2. Страшун И.Д. Советский врач. М.: Профиздат; 1937.
3. О подготовке врачей. Постановление ЦИК СССР № 104 от 3.IX.1934 г. *На фронте здравоохранения. Официальный отдел.* 1934;(16–17);3–5.
4. Чакин С.А. Развитие высшего медицинского образования в СССР. *Казанский медицинский журнал*. 1968;49(3):I–V. https://doi.org/10.17816/kazmj60599.
5. Положение СНК РСФСР о состоянии высшего медицинского образования в РСФСР. Постановление правительства № 934 от 8.IX.1933 г. *На фронте здравоохранения. Официальный отдел.* М.; 1933; 22: 3–5.
6. Затравкин С., Вишленкова Е., Шерстнева Е. «Коренной перелом»: довоенная реформа советского здравоохранения. *Quaestio Rossica*. 2020;8(2):652–666. https://doi.org/10.15826/qr.2020.2.486.
7. Быков Ф.С. О ходе вербовки и путях дальнейшего комплектования медвузов. *На фронте здравоохранения*. 1931;(16):34–36.
8. Резолюции Всесоюзного совещания работников здравоохранения по кадрам. Май 1931 г. I. Медицинское образование. А. Медицинские институты и техникумы. *На фронте здравоохранения*. 1931;(16):23–28.
9. Положение о рабочих факультетах при мединститутах Наркомздрава. Циркуляр Наркомздрава № 332 от 9.IX.1932 г. *На фронте здравоохранения. Официальный отдел. Приложение к журналу*. 1932;(28):11–14.
10. Мариампольский Л. Основные вопрос планирования медкадров на вторую пятилетку. *На фронте здравоохранения*. 1932;(13):92–102.
11. Еселевич Э.И. Реорганизовать систему усовершенствования врачей. *На фронте здравоохранения.* 1934;(5):46–47.
12. Горфин Д.В. Основные вопросы усовершенствования врачей. *На фронте здравоохранения.* 1934;(5):36–45.
13. Ермаков В.В., Савченко М.Г. Институты усовершенствования врачей и их роль в деле специализации и усовершенствования врачебных кадров СССР. *Советская медицина*. 1955;(6):68–76.
14. Учебный план на 1924–25 г. Государственного института для усовершенствования врачей в Ленинграде. *Бюллетень Народного Комиссариата здравоохранения*.1924;(17/18):6–9.
15. Бутров В.Н., Бондаренко М.Ф., Ковалева Е.П., Клайшевич Г.И., В.С. Погосов, ред. Центральный ордена Ленина институт усовершенствования врачей. М.: Медицина; 1970.
16. Франк Г.А., Кнопов М.Ш., Тарануха В.К. К 90-летию Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования. *Архив патологии*. 2020;82(4):84–87. https://doi.org/10.17116/patol20208204184.
17. Ковригина М.Д., Касаткин Ю.Н. Последипломное образование врачей в СССР. *Советское здравоохранение*. 1977;(11):40–45.
18. Савченко М.Г. Очерк развития системы повышения квалификации врачебных кадров в СССР. Кишинев: Издательство ЦК КП Молдавии; 1967.
19. Мошетова Л.К., Сычев Д.А., Кнопов М.М., Власова Н.Л. 90 лет служения Отечеству. Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования. М.: Тритон; 2020.
20. Постановление президиума ЦИК от 27.II.1934 об утверждении типового устава высшей школы Союза ССР. *На фронте здравоохранения. Официальный отдел*. 1934;(8):2–7.
21. Каймашникова Е.Б., Генина Е.С., Ковтун С.П. Становление Центрального института усовершенствования врачей (1930–1938 гг.). *Вестник Кемеровского государственного университета*. 2020;22(4):908–915. https://doi.org/10.21603/2078-8975-2020-22-4-908-915.
22. Устав Государственного центрального института усовершенствования врачей (Ц.И.У.) в Москве. Утвер. НКЗдравом РСФСР. *Официальный сборник Наркомздрава РСФСР*. 1936;(12):11–15.
23. Об образовании Народного комиссариата здравоохранения Союза ССР. Пост. ЦИК и СНК СССР от 20.VII.1936 г. *Официальный сборник Наркомздрава РСФСР*. 1936;(16):3–3.
24. Томашевская В. Яков Гроссман. Проза.ру. Доступен по: https://proza.ru/2015/11/08/1402 (дата обращения: 26.06.2025).
25. Лебедева Вера Павловна. Музей ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. Доступен по: https://museum.rmapo.ru/lebedeva-vera-pavlovna/#more-746 (дата обращения: 26.06.2025).
26. Василевская О.В. Вера Павловна Лебедева — выдающийся деятель Советского здравоохранения (к 85-летию со дня рождения). В кн.: Сборник методических материалов «В помощь санпросветработнику». Вып. 9. М.; 1967: 60–68.
27. Каймашникова Е.Б., Генина Е.С. Организация военно-санитарной подготовки в Центральном институте усовершенствования врачей во второй половине 1930-х гг. *СибСкрипт*. 2023;25(3):277–284. https://doi.org/10.21603/sibscript-2023-25-3-277-284.
28. Михайлов М.К., ред. Казанский ГИДУВ им. В.И. Ленина 1920–1990. Казань: Татарское книжное издательство; 1990.
29. Давиденков С.Н., Блинов Н.И, Надеин А.П., ред. 75 лет Ленинградского государственного ордена Ленина института усовершенствования врачей им. С.М. Кирова (1885–1960). Л.: Изд. ЛГИДУВ; 1960.

REFERENCES

1. Zatravkin S.N., Vishlenkova E.A. “Clubs” and “Ghettos” of the Soviet Healthcare. Moscow: ShIKO; 2022. (In Russian).
2. Strashun I.D. The Soviet physician. Moscow: Profizdat; 1937. (In Russian).
3. O podgotovke vrachey. Postanovlenie TsIK SSSR N 104 ot 3.IX.1934 g. *Na fronte zdravookhraneniya. Ofitsial’nyy otdel*. 1934;(16–17):3–5. (In Russian).
4. Chakin S.A. Development of higher medical education in the USSR. *Kazan Medical Journal*. 1968;49(3):I–V. (In Russian). https://doi.org/10.17816/kazmj60599.
5. Polozhenie SNK RSFSR o sostoyanii vysshego meditsinskogo obrazovaniya v RSFSR. Postanovlenie pravitel’stva N 934 ot 8.IX.1933 g. *Na fronte zdravookhraneniya. Ofitsial’nyy otdel*. 1933;(22):3–5. (In Russian).
6. Zatravkin S., Vishlenkova E., Sherstneva E. “A Radical Turn”: The Reform of the Soviet System of Public Healthcare. *Quaestio Rossica*. 2020;8(2):652–666. (In Russian). https://doi.org/10.15826/qr.2020.2.486.
7. Bykov F.S. O khode verbovki i putyakh dal’neyshego komplektovaniya medvuzov. *Na fronte zdravookhraneniya*. 1931;(16):34–36. (In Russian).
8. Rezolyutsii Vsesoyuznogo soveshchaniya rabotnikov zdravookhraneniya po kadram. May 1931 g. I. Meditsinskoe obrazovanie. A. Meditsinskie instituty i tekhnikumy. *Na fronte zdravookhraneniya*. 1931;(16):23–28. (In Russian).
9. Polozhenie o rabochikh fakul’tetakh pri medinstitutakh Narkomzdrava. Tsirkulyar Narkomzdrava N 332 ot 9.IX.1932 g. *Na fronte zdravookhraneniya. Ofitsial’nyy otdel. Prilozhenie k zhurnalu*. 1932;(28):11–14. (In Russian).
10. Mariampolskiy L. General issues of medical personnel planning to the second five-year period. *Na fronte zdravookhraneniya*. 1932;(13):92–102. (In Russian).
11. Eselevich E.I. To reorganize the system of advanced training of physicians. *Na fronte zdravookhraneniya*. 1934;(5):46–47. (In Russian).
12. Gorfin D.V. Major issues of advanced training of physicians. *Na fronte zdravookhraneniya*. 1934;(5):36–45. (In Russian).
13. Ermakov V.V., Savchenko M.G. Institutes for advanced training of physicians and their role in specialization and advanced training of medical personnel of USSR. *Sovetskaya meditsina*. 1955;(6):68–76. (In Russian).
14. Uchebnyy plan na 1924–25 g. Gosudarstvennogo instituta dlya usovershenstvovaniya vrachey v Leningrade. *Byulleten’ Narodnogo Komissariata zdravookhraneniya*. 1924;(17/18):6–9. (In Russian).
15. Butrov V.N., Bondarenko M.F., Kovaleva E.P., Klayshevich G.I., Pogosov V.S., ed. The Central Order of Lenin Institute for Advanced Training of Physicians. Moscow: Meditsina; 1970. (In Russian).
16. Frank G.A., Knopov M.Sh., Taranukha V.K. To the 90th anniversary of Russian Medical Academy of Continuous Professional Education. *Archive of Pathology*. 2020;82(4):84–87. (In Russian). https://doi.org/10.17116/patol20208204184.
17. Kovrigina M.D., Kasatkin Yu.N. Postgraduate education of doctors in the USSR. *Sovetskoe zdravookhranenie*. 1977;(11):40–45. (In Russian).
18. Savchenko M.G. Essay on the development of a system for advanced training of doctors in the USSR. Kishinev: Izd-vo TsK KP Moldavii; 1967. (In Russian).
19. Moshetova L.K., Sychev D.A., Knopov M.M., Vlasova N.L. 90 Years of Service to the Fatherland. *Russian Medical Academy of Continuing Professional Education*. Moscow: Triton; 2020. (In Russian).
20. Postanovlenie prezidiuma TsIK ot 27.II.1934 ob utverzhdenii tipovogo ustava vysshey shkoly Soyuza SSR. *Na fronte zdravookhraneniya. Ofitsial’nyy otdel*. 1934;(8):2–7. (In Russian).
21. Kaymashnikova E.B., Genina E.S., Kovtun S.P. Formation of the Central Institute for Advanced Medical Education (1930–1938). *The Bulletin of Kemerovo State University*. 2020;22(4):908–915. (In Russian). https://doi.org/10.21603/2078-8975-2020-22-4-908-915.
22. Ustav Gosudarstvennogo tsentral’nogo instituta usovershenstvovaniya vrachey (Ts.I.U.) v Moskve. Utver. NKZdravom RSFSR. *Ofitsialnyy sbornik Narkomzdrava RSFSR*. 1936;(12):11–15. (In Russian).
23. Ob obrazovanii Narodnogo komissariata zdravookhraneniya Soyuza SSR. Post. TsIK i SNK SSSR ot 20.VII.1936 g. *Ofitsialnyy sbornik Narkomzdrava RSFSR*. 1936;(16):3–3. (In Russian).
24. Tomashevskaja V. Yakov Grossman. Proza.ru. Available at: https://proza.ru/2015/11/08/1402 (accessed: 26.06.2025). (In Russian).
25. Lebedeva Vera Pavlovna. Museum of FSBEI FPE RMACPE MOH Russia. Available at: https://museum.rmapo.ru/lebedeva-vera-pavlovna/#more-746 (accessed: 26.06.2025). (In Russian).
26. Vasilevskaya O.V. Vera Pavlovna Lebedeva — an outstanding figure of the Soviet Healthcare (to the 85th birthday anniversary). In: The collection of methodological materials “V pomoshch’ sanprosvetrabotniku”. Vol. 9. Moscow; 1967: 60–68. (In Russian).
27. Kaymashnikova E.B., Genina E.S. Military Medical Training at the Central Institute for the Advanced Medical Education in the Second Half of the 1930s. *Sib-Script*. 2023;25(3):277–284. (In Russian). https://doi.org/10.21603/sibscript-2023-25-3-277-284.
28. Mikhaylov M.K., ed. Mikhaylov M.K. Kazan GIDUV n.a. V.I. Lenin. 1920–1990. Kazan: Tatarskoe knizhnoe izdatel’stvo; 1990. (In Russian).
29. Davidenkov S.N., Blinov N.I., Nadein A.P., ed. 75 years of the Leningrad State Institute of improvement of doctors of S.M. Kirov (1885–1960). Leningrad: LSIID; 1960. (In Russian).

Оригинальная статья

УДК 470.23-25+725.51+72.036
https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.21.53.013

Архитектура больниц Санкт-Петербурга: от петровского барокко к хай-теку. Часть VIII. Сталинский ампир

Галина Львовна Микиртичан, Любовь Николаевна Лисенкова, Владислава Игоревна Макеева, Даниил Алексеевич Федоров, Сергей Сергеевич Комаров

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2, Российская Федерация

Контактная информация: Любовь Николаевна Лисенкова — к.и.н., доцент, кафедра гуманитарных дисциплин и биоэтики. E-mail: lunili@yandex.ru; https://orcid.org/0000-0001-7211-1090; SPIN: 5058-6883

Для цитирования: Микиртичан Г.Л., Лисенкова Л.Н., Макеева В.И., Федоров Д.А., Архитектура больниц Санкт-Петербурга: от петровского барокко к хай-теку. Часть VIII. Сталинский ампир. *Медицина и организация здравоохранения*. 2025;10(3):142–176. https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.21.53.013.

Поступила: 15.09.2025 ***Одобрена: 16.10.2025*** ***Принята к печати: 28.11.2025***

РЕЗЮМЕ. Статья продолжает исследовательский проект о больничной архитектуре Санкт-Петербурга в историческом ракурсе: от барокко к хай-теку. Восьмая часть цикла посвящена сталинскому ампиру — архитектурному стилю, совместившему в себе монументальность и представительность классической архитектуры с новыми для 1930–1950-х гг. архитектурно-строительными формами. Опираясь на ордерную систему, советские зодчие создавали сооружения, отличающиеся величественностью, помпезностью, грандиозным масштабом. В то же время больничная архитектура, развиваясь в рамках этого стилистического направления, имеет свои особенности и характеризуется сдержанностью, рациональностью, более скромным и органичным для лечебных зданий решением фасадов. Перед архитекторами, разрабатывающими проекты медицинских учреждений, ставилась задача перехода от индивидуального проектирования к типовому, стандартизированному; от малоэтажной павильонной системы строительства к многоэтажной централизованной системе, отличающейся компактностью и более рациональной застройкой территории. Преимущества этих проектов: сокращение стоимости строительства и эксплуатации больницы, упорядочивание внутрибольничных связей, более рациональное использование оборудования, а также более четкая маршрутизация пациентов и персонала, способствующих созданию более комфортных условий для больных. Объемно-пространственные, композиционные и архитектурно-художественные особенности больничных зданий сталинского ампира рассмотрены на примерах следующих строений: Кузнецовский родильный дом, детская больница-поликлиника в Кронштадте, городской онкологический диспансер, медсанчасть № 1 завода им. М.И. Калинина, медсанчасть № 19 Металлического завода, больница № 2 Московского района, детская поликлиника № 12, Первый Военно-морской клинический госпиталь и др. Медицинские учреждения, построенные в стиле сталинского ампира, оказались функциональными и эргономичными, что положительно сказалось на эффективности здравоохранения второй половины 1930-х — середины 1950-х гг. Монументальный облик этих строений сделал их важной частью историко-культурного наследия Санкт-Петербурга.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Санкт-Петербург, больничная архитектура; сталинский ампир, Кузнецовский родильный дом, детская больница-поликлиника в Кронштадте, городской онкологический диспансер, Медсанчасть № 1 завода им. М.И. Калинина, Медсанчасть № 19 Металлического завода, больница № 2 Московского района, детская поликлиника № 12, Первый Военно-морской клинический госпиталь

© Коллектив авторов, 2025

Original papers

https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.21.53.013

Architecture of Saint Petersburg hospitals: from petrovsky baroque on to hi-tech. Part VIII. Stalin's empire style

Galina L. Mikirtichan, Lyubov N. Lisenkova, Vladislava I. Makeeva, Daniil A. Fedorov, Sergey S. Komarov

Saint Petersburg State Pediatric Medical University, 2 Litovskaya str., Saint Petersburg, 194100, Russian Federation

Contact information: Lyubov N. Lisenkova — Cand. Sci. (Hist.), Associate Professor, Department of Humanities and Bioethics. E-mail: lunili@yandex.ru; https://orcid.org/0000-0001-7211-1090; SPIN: 5058-6883

For citation: Mikirtichan G.L., Lisenkova L.N., Makeeva V.I., Fedorov D.A. Architecture of Saint Petersburg hospitals: from petrovsky baroque on to hi-tech. Part VIII. Stalin's empire style. *Medicine and Health Care Organization*. 2025;10(3):142–176. https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.21.53.013.

Received: 15.09.2025 ***Revised: 16.10.2025*** ***Accepted: 28.11.2025***

ABSTRACT. The article continues the research project on the hospital architecture of St. Petersburg from a historical perspective: from Baroque to Hi-Tech. The eighth part of the series focuses on Stalin's Empire style, an architectural movement that combined the monumental and grandeur of classical architecture with innovative architectural forms of the 1930s and 1950s. Drawing on the classical order system, Soviet architects created structures that exuded grandeur, pomp, and grandiose scale. At the same time, hospital architecture, while developing within the ranks of this stylistic direction, has its own characteristics and is characterized by moderation, rationality, and a more restrained and organic solution for the facades of medical buildings. The architects who designed the medical facilities were given a task to transit from individual to a standardized design; from a low-rise pavilion-based construction system to a multistory centralized system that was compact and more efficient in terms of the land use. The advantages of these designs included reduced construction and operating costs for the hospital, improved internal hospital communication, more efficient use of equipment, and more clear patient and staff routing, which contributed to a more comfortable environmental conditions for patients. The volumetric, spatial, compositional, and architectural-artistic features of Stalinist Empire hospital buildings are examined using the following examples: the Kuznetsovsky Maternity Hospital, the Children's Hospital-Polyclinic in Kronstadt, the City Oncology Dispensary, the Medical Unit No. 1 of the Kalinin Factory, the Medical Unit No. 19 of the Metal Factory, the Hospital No. 2 of the Moscow District, the Children's Polyclinic No. 12, the First Naval Clinical Hospital, and others. The medical facilities built in the Stalinist Empire style were functional and ergonomic, which had a positive impact on the efficiency of healthcare in the second half of the 1930s and the mid-1950s. The monumental appearance of these buildings has made them an important part of St. Petersburg's historical and cultural heritage.

KEYWORDS: Saint Petersburg, hospital architecture; Stalin Empire style, the Kuznetsovsky Maternity Hospital, the Children's Hospital-Polyclinic in Kronstadt, the City Oncology Dispensary, the Medical Unit No. 1 of the Kalinin Factory, the Medical Unit No. 19 of the Metal Factory, the Hospital No. 2 of the Moscow District, the Children's Polyclinic No. 12, the First Naval Clinical Hospital

© 2025 by the authors

В начале 30-х гг. XX в. в советской архитектуре происходит пересмотр эстетических ценностей и пространственно-архитектурных концепций[1]. На смену смелым экспериментам конструктивизма и других авангардных течений приходит строгий советский неоклассицизм (сталинский ампир)[2]. Точкой отсчета формирования нового стиля принято считать 23 апреля 1932 г., когда вышло постановление Политбюро ЦК ВКП(б) «О перестройке литературно-художественных организаций», которое предусматривало роспуск разрозненных свободных художественных объединений и создание единых творческих союзов [9]. 4 июля 1932 г. был учрежден Союз советских архитекторов (ССА). Все другие действовавшие в СССР объединения архитекторов (Ассоциация архитекторов-урбанистов (АРУ), Ленинградское общество архитекторов (ЛОА), Общество современных архитекторов (ОСА), Ассоциация новых архитекторов (АСНОВА), Всероссийское общество (Всесоюзное объединение) пролетарских архитекторов (ВОПРА) и др.) были ликвидированы. 1 января 1934 г. была образована Всесоюзная академия архитектуры [10]. С этого времени архитектура становится частью идеологической системы СССР, и советские зодчие должны были отражать «величие и красоту социалистической эпохи» [11].

Теоретические и практические поиски в рамках архитектурного авангарда подверглись резкой критике за «формализм», отсутствие монументальности и парадного представительства. Требование к освоению классического наследия прозвучало 28 февраля 1932 г. в постановлении о присуждении Советом строительства Дворца Советов при Президиуме ЦИК СССР премий проектам, поданным на открытый конкурс: «Не предрешая определенного стиля, Совет строительства считает, что поиски должны быть направлены к использованию как новых, так и лучших приемов классической архитектуры, одновременно опираясь на достижения современной архитектурно-строительной техники» [12]. К середине 30-х гг. XX в. уже выявилась основная тенденция формирования сталинского ампира как лидирующего направления в архитектуре, ориентирующегося на классические формы и придание архитектуре монументального, героического облика [13–19]. Больничная архитектура развивалась в границах указанного стилистического направления, но имела свои особенности: простота, сдержанность, скромное и более органичное для лечебных зданий решение фасадов.

В годы предвоенных пятилеток острая потребность в медицинских учреждениях предопределила переход к удешевлению и сокращению сроков строительства больниц, поликлиник, амбулаторий и т.д., закладывались основы типового проектирования. Уже в 1929 г. Совнаркомом РСФСР были опубликованы «Временные правила по строительству лечебно-профилактических и санитарных учреждений» [20], которые содержали первые установки для проектирования советских больниц[3].

Методика проектирования и строительства лечебных учреждений обсуждалась на страницах журнала «Архитектура СССР»[4]. В обсуждении принимали участие выдающиеся представители медицины профессора М.И. Авербах, Н.Н. Бурденко, Б.С. Вейсброд и др. Изучив опыт возведения клиник в США и странах Западной Европы в 20–30 е гг. XX в., авторы рекомендовали перейти от малоэтажной павильонной системы строительства больниц к многоэтажной централизованной или смешанной (полуцентрализованной) системе [21–28]. Они писали, что централизованная система имеет следующий ряд преимуществ:

а) упорядочивается маршрутизация пациентов и персонала, облегчается доставка

[1] Данная статья является продолжением серии статей об архитектуре больниц Санкт-Петербурга, опубликованных в предыдущих номерах журнала «Медицина и организация здравоохранения» [1–7].

[2] В наименовании советского архитектурного стиля, получившего свое развитие в период 1930-х — середины 1950-х гг., в отечественном искусствознании нет единства. Предлагаются термины «советский классицизм», «сталинский классицизм», «сталинский монументализм», «советский неоклассицизм», «сталинская эклектика», «сталинский ампир», «сталинский неоренессанс», «советский монументальный историзм», а для характеристики советской архитектуры послевоенного десятилетия — «стиль “триумф”» [8].

[3] В 1931, 1935, 1937 и 1939 гг. были разработаны и утверждены новые нормативы для проектирования и строительства лечебно-профилактических учреждений. Такая частая смена нормативов объяснялась необходимостью учитывать динамичные успехи медицины и лечебной техники.

[4] «Архитектура СССР» — иллюстрированный ежемесячный журнал, издававшийся в СССР с 1933 по 1992 гг. Это был печатный орган Союза архитекторов СССР и Государственного комитета по гражданскому строительству и архитектуре. Журнал освещал вопросы градостроительства, жилой, промышленной и сельской архитектуры, типового проектирования, истории и теории архитектуры и строительства.

всякого рода грузов: пищи, белья, медикаментов и пр.;
б) открывается возможность полноценного использования дорогостоящей аппаратуры (рентген, радий, физиоаппаратура, центральная лаборатория и т.д.);
в) решается вопрос рациональной эксплуатации зданий и обслуживания больных меньшим числом медицинского и административно-хозяйственного персонала;
г) достигается меньшая протяженность фундаментов, крыш, трубопроводов и пр.;
д) требуется меньшая площадь участка, и потому открывается техническая возможность строить многоэтажные больницы в крупных городах без значительной расчистки строительной площадки от предыдущих построек.

Но централизованная система наряду с положительными сторонами имеет и ряд недостатков, главный из которых — «необходимость постройки всего здания одновременно, без очередности ввода строительства в эксплуатацию по частям» [21]. Кроме того, при однокорпусном решении часто отсутствуют возможности для дальнейшего расширения больницы.

Ряд архитекторов считали наиболее подходящей и целесообразной для СССР полуцентрализованную систему, когда «все отделы больницы концентрируются в немногих крупных корпусах, группы которых связаны между собой теплыми переходами. Открывается возможность строительства по очередям и дальнейшее расширение лечебного учреждения, при этом полностью сохраняются преимущества использования централизованных, общих для всех или нескольких корпусов, подсобных элементов (рентген, центральная лаборатория, кухня и т.д.)» [21].

В журнале «Архитектура СССР» рассматривались вопросы о пределах типизации и стандартизации лечебных учреждений, а также их отдельных элементов, особенности проектирования инфекционных и детских клиник, при этом подчеркивалось, что советская больница должна быть «и экономична, и благоустроена, но вместе с тем удобна и красива» [21].

В 1930-е гг. планированием и проектированием зданий медицинских учреждений занимались такие проектные организации, как Гипрогор, Ленпроект, Горстройпроект, Медсанпроект, Горздравпроект, архитектурно-проектные мастерские Наркомздрава РСФСР и др. По созданным ими проектам в стране развернулось массовое строительство больниц, поликлиник, родильных домов, медвузов и т.д. [29–37].

27 июня 1936 г. было принято постановление ЦИК и СНК СССР «О запрещении абортов, увеличении материальной помощи роженицам, установлении государственной помощи многосемейным, расширении сети родильных домов, детских яслей и детских садов, усилении уголовного наказания за неплатеж алиментов и о некоторых изменениях в законодательстве о разводах». В разделе «О расширении сети родильных домов» указывалось: «В целях полного охвата рожениц городов, промышленных и районных центров родильной помощью в специальных родильных домах, построить и ввести в эксплуатацию к 1 января 1939 года новых 11 000 родильных коек ... В целях увеличения стационарной родильной помощи роженицам в сельских местностях, построить и ввести в эксплуатацию 32 тысячи родильных коек» [38].

11 июня 1938 г. вышло постановление СНК СССР «О типовых строительных проектах детских яслей и родильных домов», в котором указывалась необходимость «утвердить типовые проекты ..., предусматривающие значительное упрощение и удешевление строительства» [39].

Во исполнение этих решений в 1938 г. в Ленинграде по типовому проекту № 2801, разработанному 1-й архитектурно-проектной мастерской УКС НКЗ РСФСР[1] (архитектор В.Н. Наумычев), был построен родильный дом (Кузнецовская ул., д. 25) (рис. 1–3) [40]. Двухэтажное на подвалах здание в плане имеет форму, близкую к букве «Ш». В декоративном оформлении фасадов использованы классических элементы: рустованный[2] первый этаж, центральный ризалит[3] и боковые корпуса акцентированы пилястрами[4], под скатной крышей ступенчатый, простой карниз. Архитектурный облик роддома подчеркнуто лаконичен, поскольку при проектировании и строительстве основное внимание уделялось не внешнему виду, а следованию санитарно-эпидемиологическим требованиям, а также экономии средств.

[1] Управление капитального строительства Народного комиссариата здравоохранения РСФСР.

[2] Рустовка — декоративная обработка стенной поверхности, напоминающая кладку из крупных камней или имеющая ряд горизонтальных полос равной ширины, рельефно выступающих над фоном.

[3] Ризалит — часть здания, выступающая за основную линию фасада на всю его высоту.

[4] Пилястра — плоский вертикальный выступ прямоугольного сечения на поверхности стены, напоминает по форме колонну и выполняет декоративную функцию.

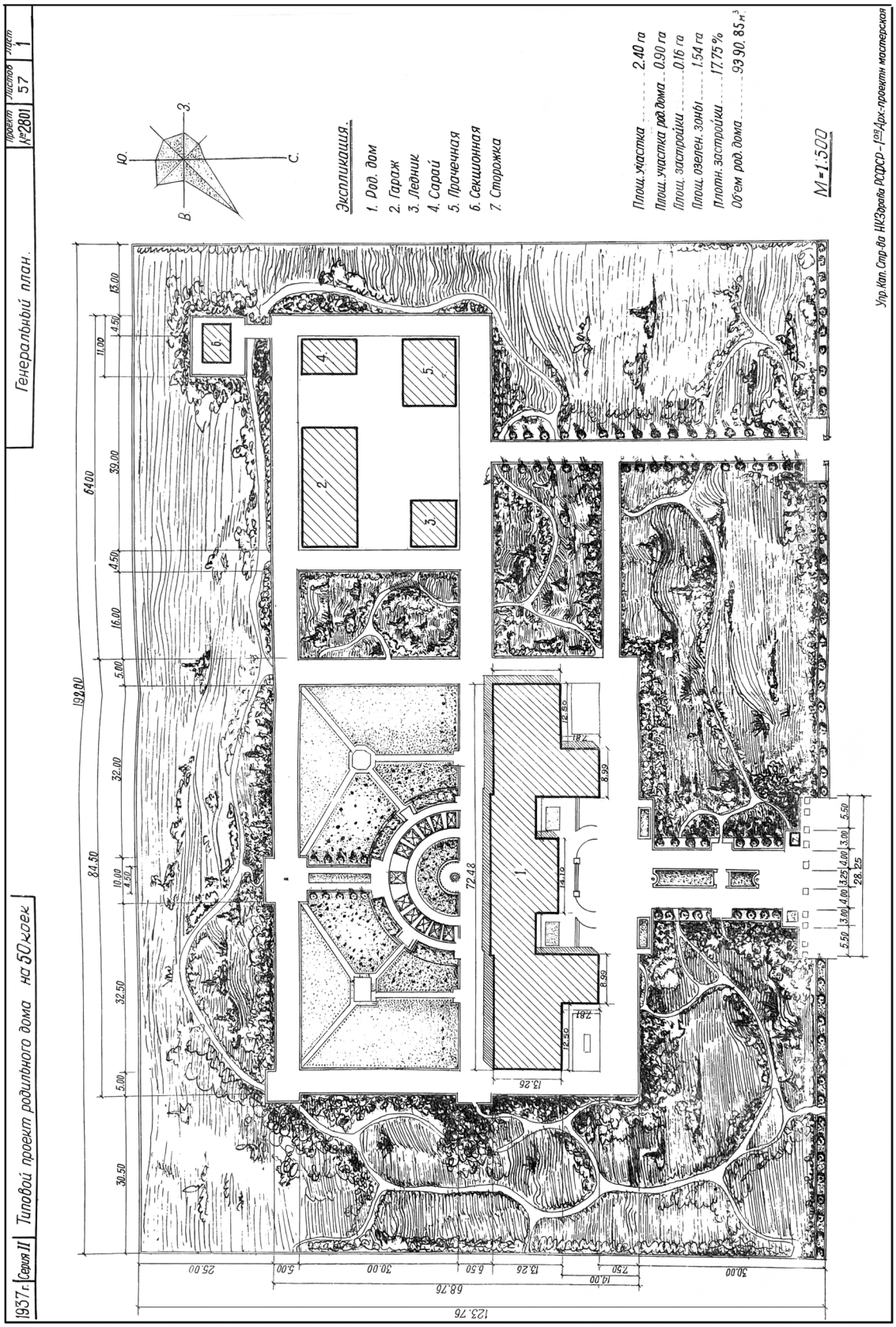


Рис. 1. Типовой проект родильного дома на 50 коек (№ 2801). Генеральный план [40]

Fig. 1. Typical design of a maternity hospital for 50 beds (No. 2801). Master plan [40]

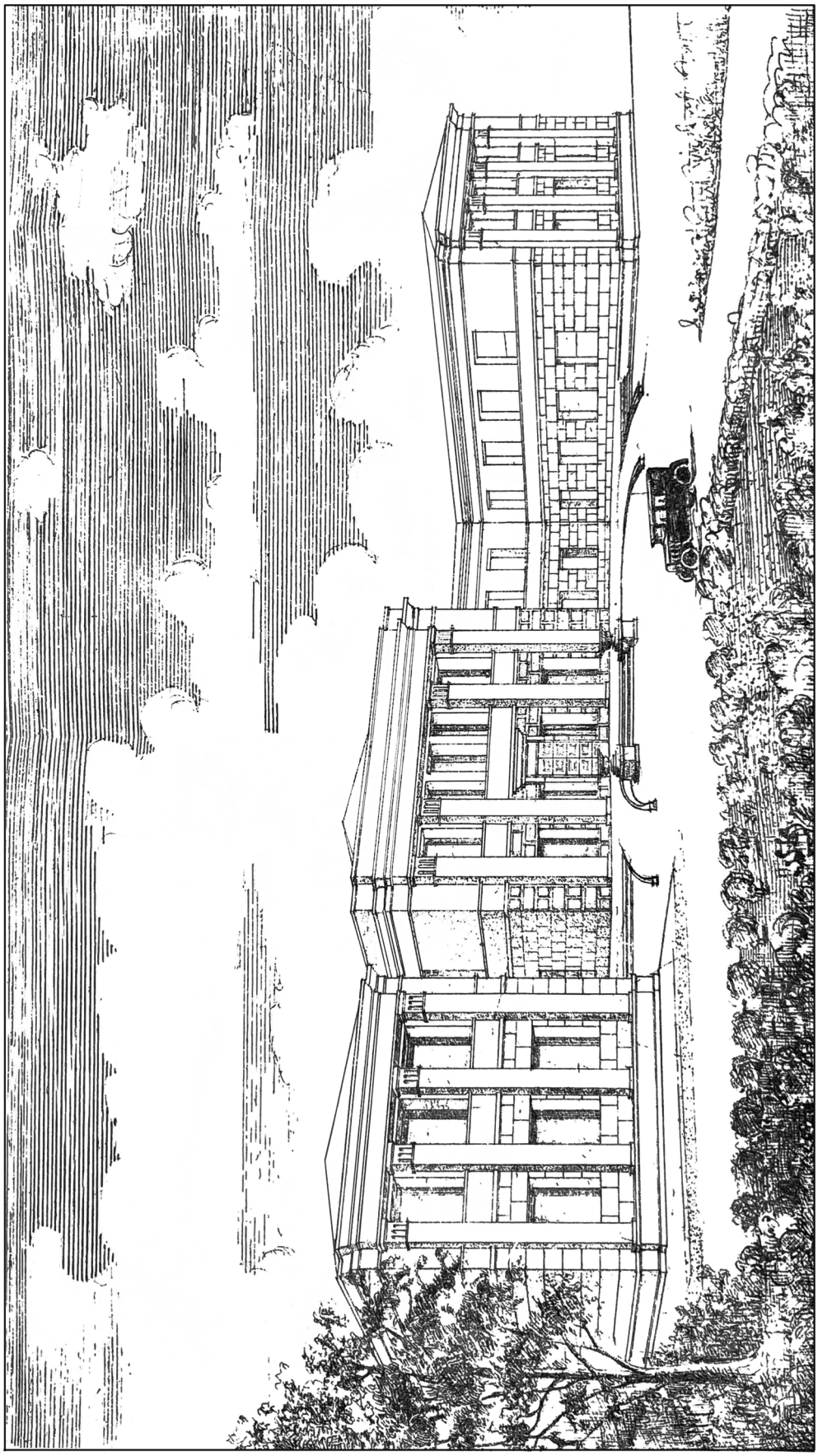


Рис. 2. Типовой проект родильного дома на 50 коек (№ 2801). Рисунок [40]

Fig. 2. Typical project of a maternity hospital with 50 beds (No. 2801). [40]

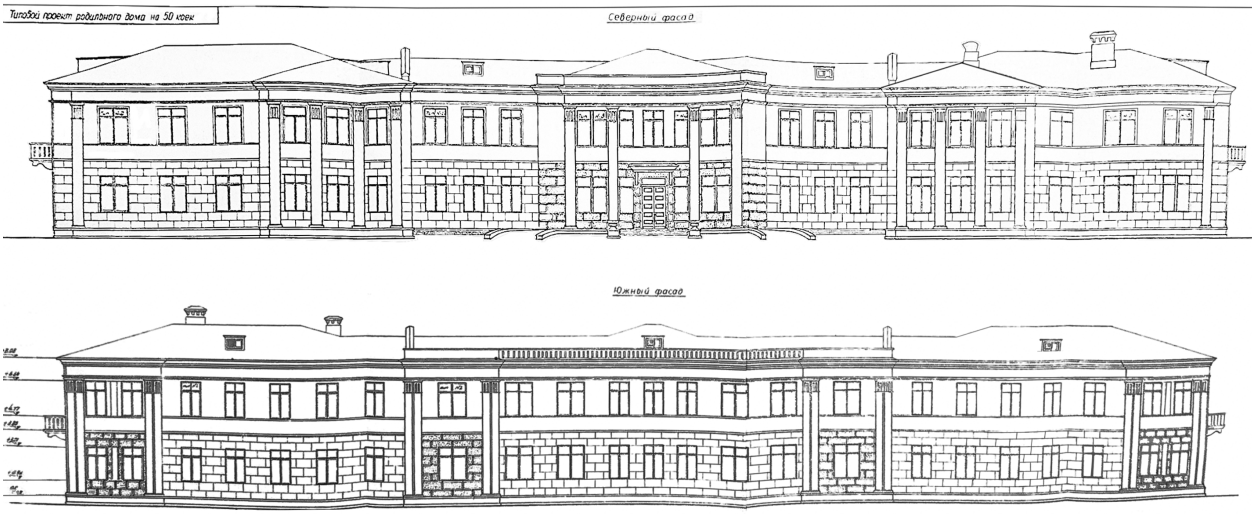


Рис. 3. Типовой проект родильного дома на 50 коек (№ 2801). Северный и Южный фасад [40]

Fig. 3. Typical project of a maternity hospital for 50 beds (No. 2801). North and South facades [40]



Рис. 4. Здание «Кардиоклиники» (бывший родильный дом № 9). Фото: Л.Н. Лисенкова

Fig. 4. The “Cardiology Clinic” building (former maternity hospital No. 9). Photo: L.N. Lisenkova

Здание было рассчитано на одновременное пребывание пятидесяти родильниц и состояло из следующих отделений: приемно-пропускная часть, родовое отделение с операционным блоком, сомнительное отделение на 8 коек с септическим боксом, послеродовое отделение на 41 койку с койками для патологии беременности, административная часть, кухня с обслуживающими помещениями, пропускник. Планировка помещений — коридорного типа. В подвале была оборудована котельная с насосом, прачечная, машинное отделение медицинского лифта, гардероб[1].

[1] Типовой проект № 2801 не получил широкого применения. На IV пленуме правления Союза советских архитекторов СССР (25 декабря 1938 г. — 3 января 1939 г., Москва), посвященном вопросам строительства социальных объектов, проект В.Н. Наумычева подвергся резкой критике и рекомендован к кардинальной переработке.



Рис. 5. Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Анатомический корпус [41]

Fig. 5. Saint Petersburg State Pediatric Medical University. Anatomical Building [41]

В 1940 г. Кузнецовский роддом был одним из 19 родовспомогательных заведений Ленинграда. В период Великой Отечественной войны здание использовалось как военный госпиталь. В 1947 г. роддом возобновил свою работу и стал называться «Родильный дом № 9». В 1983 г. роддом был переведен в новое современное здание (ул. Орджоникидзе, д. 47). Дом 25 на Кузнецовской улице был передан администрации Московского парка Победы. Сейчас здесь располагается частная кардиологическая клиника «Кардиоклиника» (рис. 4).

Значительный рост в предвоенное десятилетие сети лечебно-профилактических учреждений не только в Ленинграде, но и по всей стране, требовал расширить подготовку и усовершенствование медицинских кадров.

Ленинградский научно-практический институт охраны материнства и младенчества (ОММ), который был открыт в 1925 г. на базе городской детской больницы на Выборгской стороне, в 1932 г. начинает готовить врачей со студенческой скамьи на дневном и вечернем отделениях и получает название Больницы-медвуза. В 1935 г. ему присвоен статус высшего медицинского учебного заведения, и он был преобразован в Ленинградский педиатрический медицинский институт (ЛПМИ).

С увеличением числа студентов, необходимостью расширения существующих и организации новых кафедр и клиник на территории ЛПМИ было развернуто строительство новых зданий. Заслуживает внимания, как пример советского неоклассицизма, возведенный в 1938 г. анатомический корпус (Литовская ул., д. 2, литер Н) (рис. 5). Трехэтажное, на высоком полуподвале, несимметричное Г-образное в плане здание (рис. 6). Оформление фасадов плоскостное, использован сдержанный декор: филенчатые панели[1] и вертикальное членение лопатками[2] верхних этажей, рустованный первый этаж с окнами, увенчанными веерными замковыми камнями[3], остальные оконные проемы простые, без обрамления.

[1] Филенка — рамочное обрамление вместе с внутренним полем, чаще всего прямоугольной формы.

[2] Лопатка — не имеющий базы и капители вертикальный ленточный выступ стены, разделяющий или ограничивающий ее поверхность.

[3] Веерный замковый камень — завершение перемычки проема или ниши наложенными друг на друга трапециевидными клиньями.

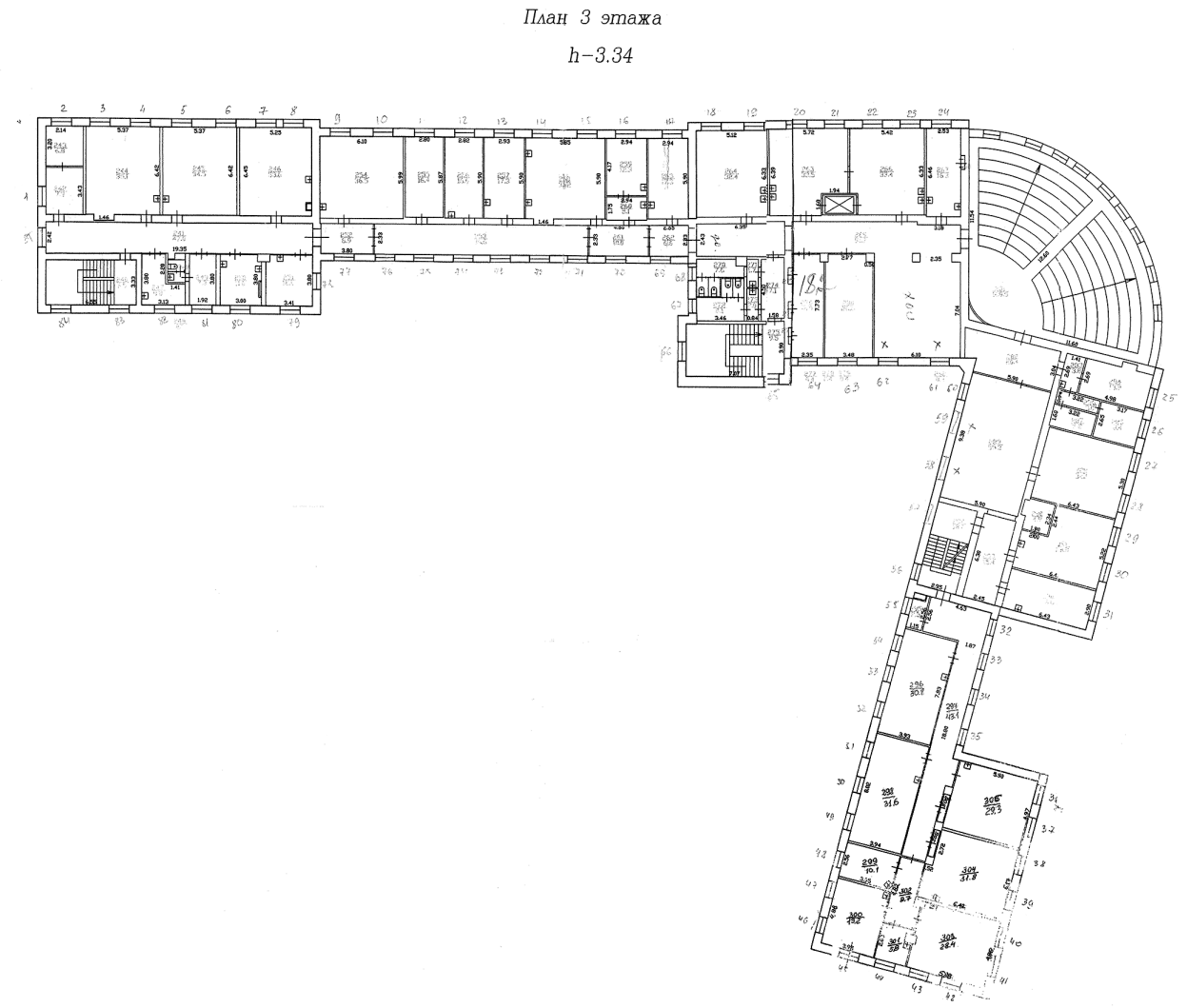


Рис. 6. Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Анатомический корпус. План третьего этажа. Архив СПбГПМУ

Fig. 6. Saint Petersburg State Pediatric Medical University. Anatomical Building. Third Floor Plan. SPbSPMU archives

Анатомический корпус создает впечатление мощи и тяжеловесной монументальности. Сегодня здесь расположен ряд кафедр Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (СПбГПМУ): нормальной и патологической анатомии, патологической физиологии, гистологии, судебной медицины, а также анатомический музей, современные лаборатории и учебные комнаты, лекционная аудитория-амфитеатр.

Ряд ленинградских строений в стиле сталинского классицизма изначально не был предназначен для больничных нужд, и уже позднее передан лечебным учреждениям. Среди них школа № 29 на Крестовском проспекте, дом 18 А, построенная в 1938 г. по типовому проекту Ш-А (Объединенная мастерская «Ленпроекта», архитекторы Л.Е. Асс и А.С. Гинцберг, руководитель О.О. Мунц) и рассчитанная на 880 учащихся (рис. 7) [43]. Это четырехэтажное, вытянутое, П-образное в плане здание, с двумя симметрично расположенными вестибюлями, узким рекреационным коридором и с выходящими в него классами. Простая объемная композиция с выявлением осей в боковых выступах и нейтральным решением фасада основного корпуса характерна для этого периода строительства школ [42].

После начала Великой Отечественной войны и на основании приказа Ленгорздравотдела от 24.09.1941 г. здесь был открыт Хирургический госпиталь № 101. В 1944 г. он был преобразован в больницу № 9 на 210 коек терапевтического и дерматовенерологического профиля. С 2023 г., после длительного капитального ремонта, здесь находится новая учебная площадка Медицинского колледжа № 1 (рис. 8).

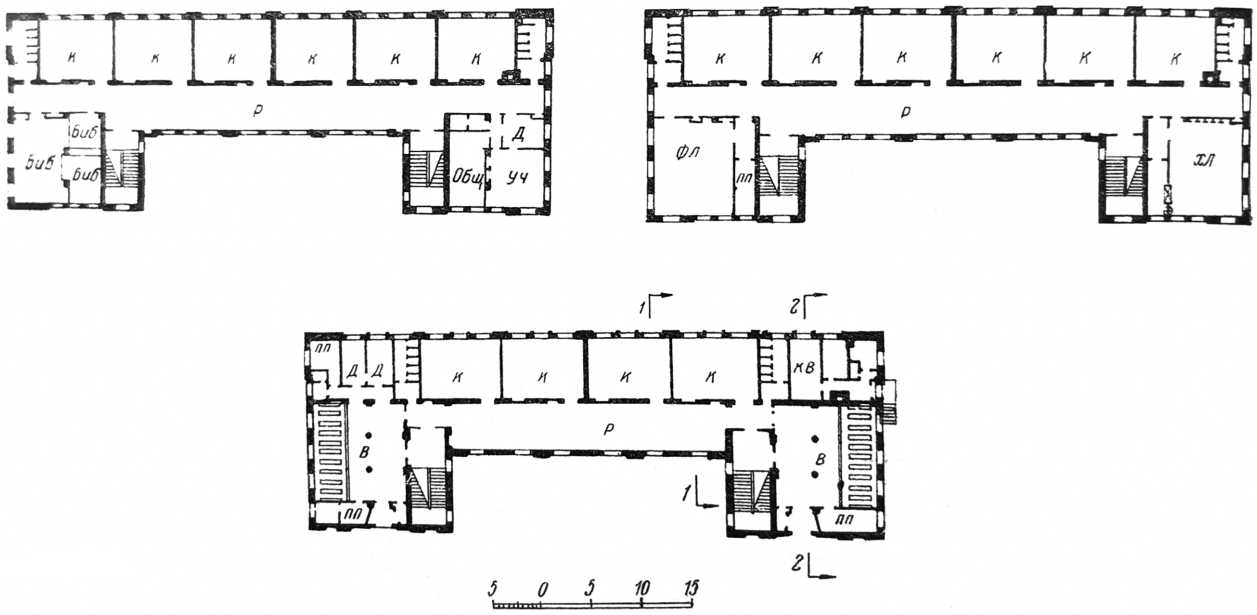


Рис. 7. Типовой проект школы Ш-А. План первого, третьего и четвертого этажей. Архитекторы Л.Е. Асс и А.С. Гинцберг, руководитель О.О. Мунц [42]

Fig. 7. Typical design of the Sh-A school. Plan of the first, third, and fourth floors. Architects L.E. Ass and A.S. Gintsberg, head O.O. Muntz [42]



Рис. 8. Медицинский колледж № 1. Крестовский проспект, дом 18 А [44]

Fig. 8. Medical College № 1. 18 A Krestovsky Avenue [44]



Рис. 9. Новая школа на ул. Льва Толстого (Ленинград). Фото С. Магазинера [45]

Fig. 9. The new school on Lev Tolstoy Street (Leningrad). Photo by S. Magaziner [45]

Интересна своей объемно-пространственной композицией построенная в 1936 г. школа № 8 Петроградского района, будущее которой тоже будет связано с медициной (улица Льва Толстого, дом 19 / улица Рентгена, дом 20) (рис. 9)[1]. Авторы проекта — архитекторы Г.В. Аскинази и В.В. Попов (Мастерская № 1 «Ленпроекта», руководитель — архитектор Д.П. Бурышкин) [43]. Здание четырехэтажное, сочетающее советский неоклассицизм с элементами конструктивизма. Структурное решение основано на противопоставлении трех основных объемов: центрального — вогнутого, и двух прямоугольных боковых, поставленных симметрично. Использована упрощенная ордерная схема: ровный шаг пилястр первого и последнего этажей придает зданию экспрессионистский оттенок (рис. 10).

В 1970 г. здание школы было передано Первому Ленинградскому медицинскому институту имени И.П. Павлова, сегодня здесь находится медицинское училище Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова.

Хотелось бы заметить, что дугообразная форма фасада играет важную роль в формировании пространства перед зданием — сквера, которому в 2014 г. было присвоено имя академика Федора Углова (1904–2008). В 2016 г. здесь был открыт памятник выдающемуся хирургу работы народного художника А.Г. Дема, в прошлом пациента Ф.Г. Углова (рис. 11). Скульптурная композиция представляет собирательный образ врача, заботливо склонившегося над пациенткой. На пьедестале начертаны слова академика Ф.Г. Углова «Труд врача — в высшей степени гуманен и благороден». В том же сквере, чуть ближе к зданию медицинского училища, стоит и другой памятник, посвященный медикам: арт-объект в виде старинного символа медицины — змеи, обвивающей чашу (рис. 12).

В годы Великой Отечественной войны и блокады Ленинграда в результате артобстрелов и авианалетов были разрушены или серьезно повреждены многие медицинские учреждения города. Жители Ленинграда проявили беспримерный героизм, мужество и силу духа, отстояли свой любимый город, а после снятия блокады и окончания войны с невероятным упорством и самопожертвованием трудились над его возрождением. Большое внимание уделялось восстановлению разрушенных лечебных учреждений

[1] В 1941 г. в Ленинграде была введена единая городская нумерация общеобразовательных школ, до этого в каждом районе существовала собственная нумерация. Школа № 8 Петроградского района получила № 72.



Рис. 10. Медицинское училище Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова [46]

Fig. 10. Medical College of the First St. Petersburg State Medical University named after academician I.P. Pavlov [46]



Рис. 11. Памятник Федору Григорьевичу Углову [47]

Fig. 11. Monument to Fyodor Grigoryevich Uglov [47]



Рис. 12. Арт-объект «Символ медицины» в сквере академика Федора Углова [47]

Fig. 12. The Symbol of Medicine art object in Academician Fyodor Uglov Square [47]

и строительству новых больниц, поликлиник и диспансеров, улучшению медицинского обслуживания населения.

Институтом организации здравоохранения и истории медицины имени Н.А. Семашко и Институтом общей и коммунальной гигиены Академии медицинских наук СССР, Институтом архитектуры общественных и промышленных сооружений Академии архитектуры СССР совместно было обследовано более 120 больниц в 30 городах страны и разработаны предложения, направленные на устранения недостатков в больничном строительстве, сформулированы основные принципы проектирования и оборудования современных больниц [48]. В 1951 г. вопросам проектирования медицинских учреждений было посвящено специальное совещание Академии архитектуры СССР, которое, осудив проектную практику Гипроздрава, Ленинградской проектной конторы Министерства здравоохранения РСФСР и других проектных организаций, которые «не проявляют необходимой принципиальности в выборе наиболее рациональных, экономичных типов больничных комплексов, недооценивают задачи стандартизации и индустриализации больничного строительства», приняло ряд принципиальных рекомендаций:



Рис. 13. Больница в г. Кронштадте в 60–70-е гг. XX в. Фото [51]

Fig. 13. Hospital in Kronstadt in the 1960s and 1970s. Photo [51]

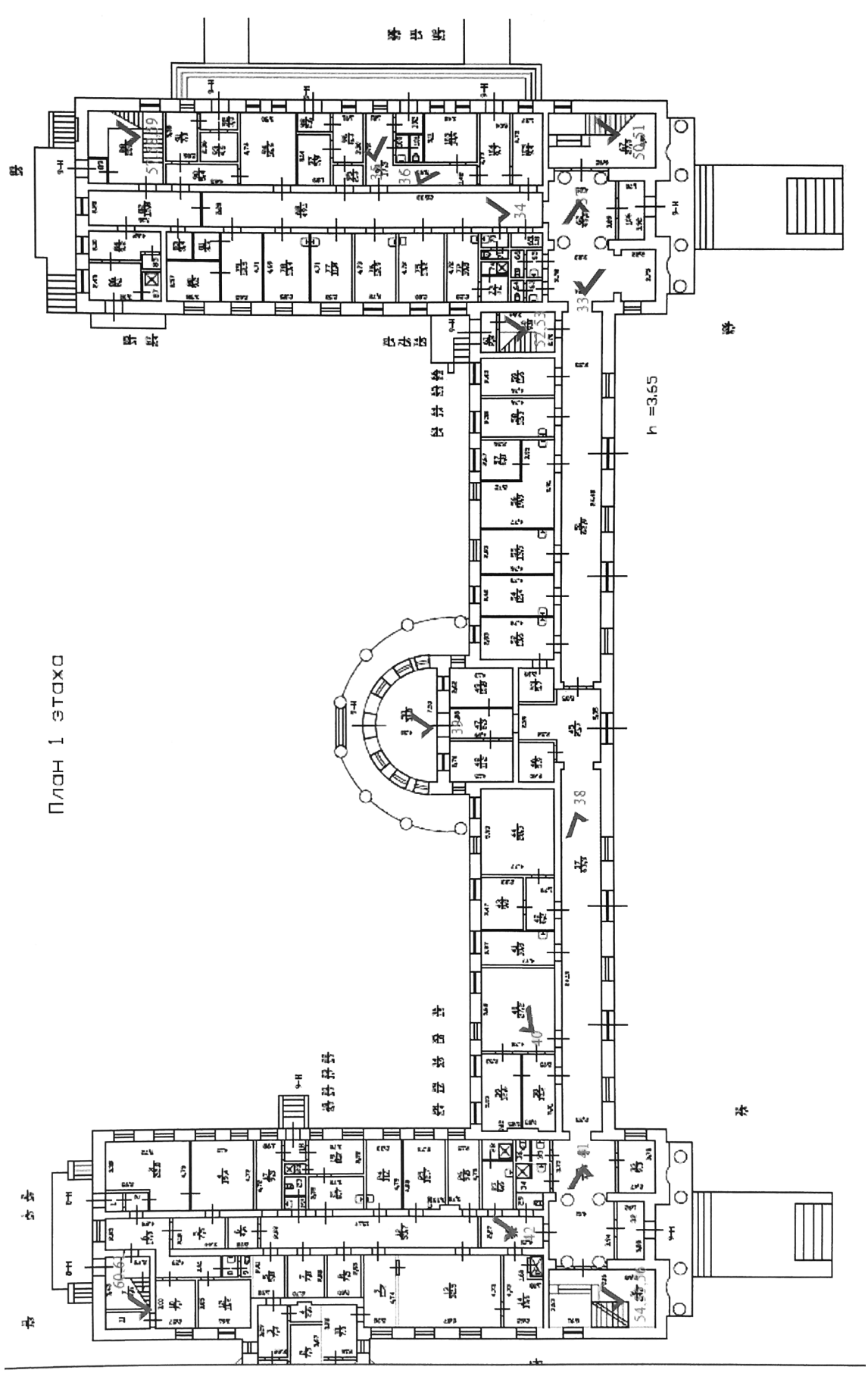


Рис. 14. Детская больница–поликлиника в г. Кронштадте. План первого этажа [51]

Fig. 14. Children's Hospital-Polyclinic in Kronstadt. First floor plan [51]



Рис. 15. Детская больница–поликлиника в г. Кронштадте. Фасад по Владимирской улице. Фрагмент [51]

Fig. 15. Children's Hospital-Polyclinic in Kronstadt. Facade on Vladimirskaya Street. Fragment [51]



Рис. 16. Детская больница–поликлиника в г. Кронштадте. Фасад по Владимирской улице. Филенки с лепным рельефом. Фото: Л.Н. Лисенкова

Fig. 16. Children's Hospital-Polyclinic in Kronstadt. Facade on Vladimirskaya Street. Paneling with stucco relief. Photo: L.N. Lisenkova

- считать наиболее рациональным типом больницы для массового строительства централизованную, однокорпусную систему, а для ряда случаев также и смешанную систему (размещение поликлиники в отдельном здании);
- запретить применение неэкономичной павильонной системы в массовом строительстве;
- сократить номенклатуру типовых проектов городских больниц с 9 до 4–5 типов;
- организовать серийное проектирование типовых больниц, сводящее до минимума потребность в индивидуальном проектировании;
- внедрять в больничное строительство сборные стандартные конструкции;
- углубить работу зодчих над художественным образом здания советской больницы, соответствующим специфическим особенностям этого типа сооружений [49].

На послевоенное десятилетие приходится расцвет сталинского ампира, парадно-монументальные формы которого отражали героику победы в Великой Отечественной войне и пафос мирного труда. Советские зодчие, опираясь на ордерную систему классицизма, создавали сооружения, отличающиеся грандиозным масштабом и помпезностью [13–17, 19, 50]. Но архитектура лечебных учреждений по-прежнему была более прагматичной, сдержанной и строгой.

Один из лучших образцов послевоенного сталинского неоклассицизма — детская больница–поликлиника в г. Кронштадте, построенная в 1950–1953 гг. по проекту архитектора В.В. Хазанова (улица Зосимова, дом 8 / улица Владимирская, дом 48). Здание на высоком стилобате[1] с четырьмя спусковыми лестницами, П-образное в плане, с курдонером[2] между крыльями у юго-западного дворового фасада (рис. 13, 14).

Лицевой северо-восточный фасад (по Владимирской улице) прорезан оконными проемами в уровне первого этажа прямоугольной конфигурации и прямоугольными дверными проемами с балконным заполнением по осям 3, 5, 7, 9, 11 в виде портиков с полуколоннами дорического ордера с металлическим ограждением. Оконные проемы в уровне второго этажа имеют прямоугольную, прямоугольную трехчастную и арочную с полуциркульным завершением конфигурацию (рис. 15). В простенках филенки

[1] Стилобат — приподнятая платформа или основание, на котором возводится здание или его часть.

[2] Курдонер — парадный двор перед зданием дворца, особняка, усадебного дома, ограниченный главным корпусом и симметричными боковыми флигелями.

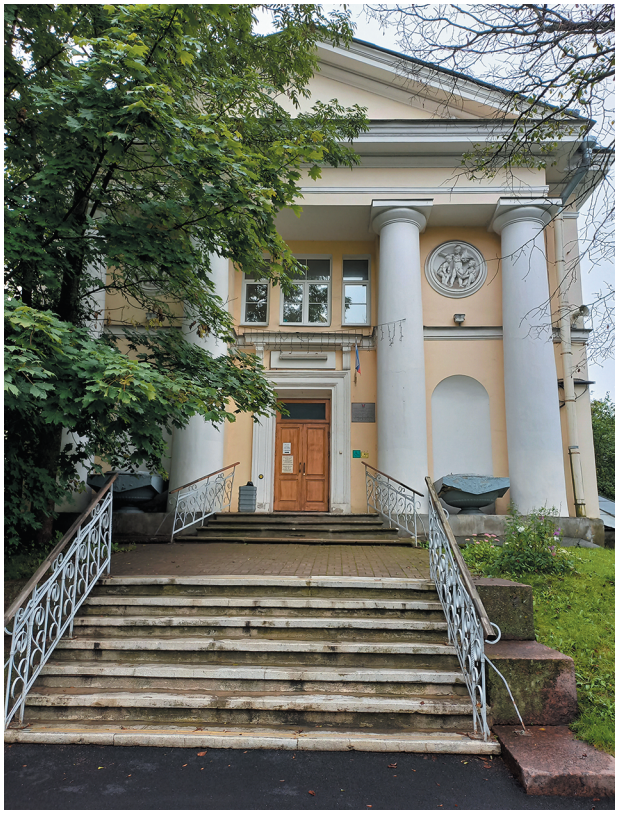


Рис. 17. Детская больница–поликлиника в г. Кронштадте. Фасад по Владимирской улице. Западный портик. Фото: Л.Н. Лисенкова

Fig. 17. Children's Hospital-Polyclinic in Kronstadt. Facade on Vladimirskaya Street. Western Portico. Photo: L.N. Lisenkova

с лепным рельефом в виде розеток, обрамленных венком с картушами (рис. 16). Межэтажный профилированный карниз и фриз[1], выделенный штукатурной тягой и оформленный медальонами с розанами. Фасад фланкирован[2] двумя симметричными портиками[3] из четырех колонн дорического ордера, перекрытых полным антаблементом[4] с треугольным фронтоном[5] (рис. 17). На уровне второго этажа медальоны с лепным декором в виде трех фигур путти[6] (рис. 18, 19).

[1] Фриз — широкий бордюр, который пускается по самому верху стены, или часть антаблемента между карнизом и архитравом.

[2] Фланкировать — располагать элементы (например, корпуса, флигели, ризалиты, колонны) по бокам, или с флангов, от центральной части здания или композиции.

[3] Портик — крытая колоннада или галерея, выступающая за пределы фасада здания.

[4] Антаблемент — горизонтальное перекрытие здания, опирающееся на столбы (пилоны), колонны или стены.

[5] Фронтон — треугольное, полукруглое, лучковое либо сложнофигурное завершение карниза или наличника.

[6] Путти — декоративные скульптурные изображения детей, играющих или выполняющих различные действия.



Рис. 18. Детская больница–поликлиника в Кронштадте. Фасад по Владимирской улице. Западный портик. Лепная композиция. Фото: Л.Н. Лисенкова

Fig. 18. Children's Hospital-Polyclinic in Kronstadt. Facade on Vladimirskaya Street. Western Portico. Stucco Composition. Photo: L.N. Lisenkova



Рис. 19. Детская больница–поликлиника в г. Кронштадте. Фасад по Владимирской улице. Восточный портик. Лепная композиции. Фото: Л.Н. Лисенкова

Fig. 19. Children's Hospital-Polyclinic in Kronstadt. Facade on Vladimirskaya Street. Eastern Portico. Stucco Composition. Photo: L.N. Lisenkova

Лицевой северо-западный фасад (по улице Зосимова) более скромен. Окна прямоугольной конфигурации, прямоугольные дверные проемы оформлены в виде портиков с пилястрами дорического ордера и гладко оштукатуренным антаблементом (рис. 20).

Юго-западный фасад с двором-курдонером акцентирован полуциркульным в плане ризалитом — полуротондой[7] с шестью колоннами

[7] Полуротонда — архитектурная форма, представляющая собой незамкнутое, полукруглое сооружение, напоминающее арку с колоннадой и часто увенчанное скругленным карнизом или куполом. В отличие от классической ротонды (круглой в плане постройки, окруженной колоннами и увенчанной куполом), полуротонда не имеет замкнутого внутреннего пространства.



Рис. 20. Детская больница–поликлиника в г. Кронштадте. Фасад по улице Зосимова. Фрагмент. Фото: Л.Н. Лисенкова

Fig. 20. Children's Hospital-Polyclinic in Kronstadt. Facade on Zosimova Street. Fragment. Photo: L.N. Lisenkova



Рис. 21. Детская больница–поликлиника в г. Кронштадте. Юго-западный фасад, двор-курдонер. Полуциркульный ризалит. Фото: Л.Н. Лисенкова

Fig. 21. Children's Hospital-Polyclinic in Kronstadt. South-Western Facade, Courdonner Yard. Semi-Circular Rizalit. Photo: L.N. Lisenkova



Рис. 22. Детская больница–поликлиника в г. Кронштадте. Юго-восточный фасад. Пятигранный ризалит. Фото: Л.Н. Лисенкова

Fig. 22. Children's Hospital-Polyclinic in Kronstadt. South-Eastern Facade. Pentagonal Maneuvering Section Photo: L.N. Lisenkova



Рис. 23. Городской онкологический диспансер. Фото: Л.Н. Лисенкова

Fig. 23. City Oncology Center. Photo: L.N. Lisenkova



Рис. 24. Городской онкологический диспансер. Фрагмент фасада. Фото: Л.Н. Лисенкова

Fig. 24. City Oncology Dispensary. Facade fragment. Photo: L.N. Lisenkova

дорического ордера на базах, перекрытых полным антаблементом (рис. 21). Юго-восточный дворовый фасад отмечен пятигранным ризалитом (рис. 22). В декоративно-художественной отделке ряда интерьеров также использованы колонны и пилястры дорического ордера.

Детская больница (поликлиника) в г. Кронштадте — единственное лечебное учреждение Санкт-Петербурга в стиле советского неоклассицизма, включенное в единый государственный реестр объектов культурного наследия (памятников истории и культуры) народов РФ [51]. В настоящее время в здании размещается фтизиатрическое отделение СПб ГБУЗ «Городская больница Святого праведного Иоанна Кронштадтского».

Мотивы сталинского послевоенного классицизма присутствуют в экстерьере корпуса научно-исследовательского института онкологии АМН СССР, построенного в 1955–1956 гг. на Каменном острове по проекту архитектора Я.М. Коварского (2-я Березовая аллея, дом 3–5, литера Е) (рис. 23). Невысокое трехэтажное асимметричное здание, с боковыми корпусами разной протяженности. Рустованный цокольный этаж с дневным освещением подчеркивает гладкость стен. Окна первого этажа оформлены линейными сандриками[1] на волютообразных кронштейнах[2]. Оконные проемы второго и третьего этажей проще, лишены декоративных элементов. Два нижних этажа отделены от верхнего нешироким междуэтажным поясом. И главное украшение здания — ровная череда пилястр с капителями в стиле композитного ордера[3], которые охватывают собой все три этажа, внося в фасады здания элемент подчеркнутого единства (рис. 24). С 1964 г. здесь размещается Городской онкологический диспансер[4].

К лечебным учреждениям Ленинграда в стиле советского неоклассицизма следует отнести Медико-санитарную часть (МСЧ) № 1 завода имени М.И. Калинина, которая была построена в 1954–1957 гг. по проекту архитекторов А.К. Петрова и И.В. Гольверк (Мастерская № 2 института «Ленпроект», руководитель — архитектор Б.М. Серебровский) на Васильевском острове (улица Одоевского[5], дом 10, литера А) (рис. 25)[6].

Трехэтажное на полуподвале П-образное в плане здание с двором-курдонером, обращенным в сторону улицы А.И. Одоевского (рис. 26). Первый этаж отделен профилированным карнизом и обработан ленточным рустом[7] (рис. 27). Поэтажное членение также подчеркивают окна разной формы: оконные проемы первого этажа — арочные с замковыми камнями, декорированными листьями аканта (рис. 28), оконные проемы второго и третьего этажей — прямоугольные, перекрыты бетонными перемычками. В подоконных нишах третьего

[1] Сандрик — декоративная деталь в виде небольшого карниза или фронтона над оконным или дверным проемом. В классицистической архитектуре в основном использовались сандрики в виде треугольного фронтона или прямого карниза, поддерживаемые кронштейном.

[2] Волютообразные кронштейны — это кронштейны в форме спиралевидного завитка с кружком («глазком») в центре.

[3] Композитный ордер представляет собой сочетание элементов ионического и коринфского ордеров. Композитная капитель сочетает лиственные ярусы коринфского ордера с ионическими волютами.

[4] Одновременно с лечебным корпусом Института онкологии по проекту архитектора Я.М. Коварского был построен морг в стиле советского неоклассицизма (2-я Березовая аллея, дом 3–5, литера К). Скромное одноэтажное здание, Т-образное в плане, главный вход оформлен пилястрами с простым антаблементом и треугольным фронтоном.

[5] В 1962 г. Сазоновскую улицу переименовали в честь поэта-декабриста А.И. Одоевского.

[6] Несмотря на постановление ЦК КПСС и Совета министров СССР от 04.11.1955 г. «Об устранении излишеств в проектировании и строительстве», сокращение финансирования и упрощение технологии архитекторам удалось сохранить первоначальный замысел и создать типичный образец послевоенного ленинградского неоклассицизма.

[7] Ленточный (французский) руст — рустовка непрерывными горизонтальными полосами без вертикальных желобков.

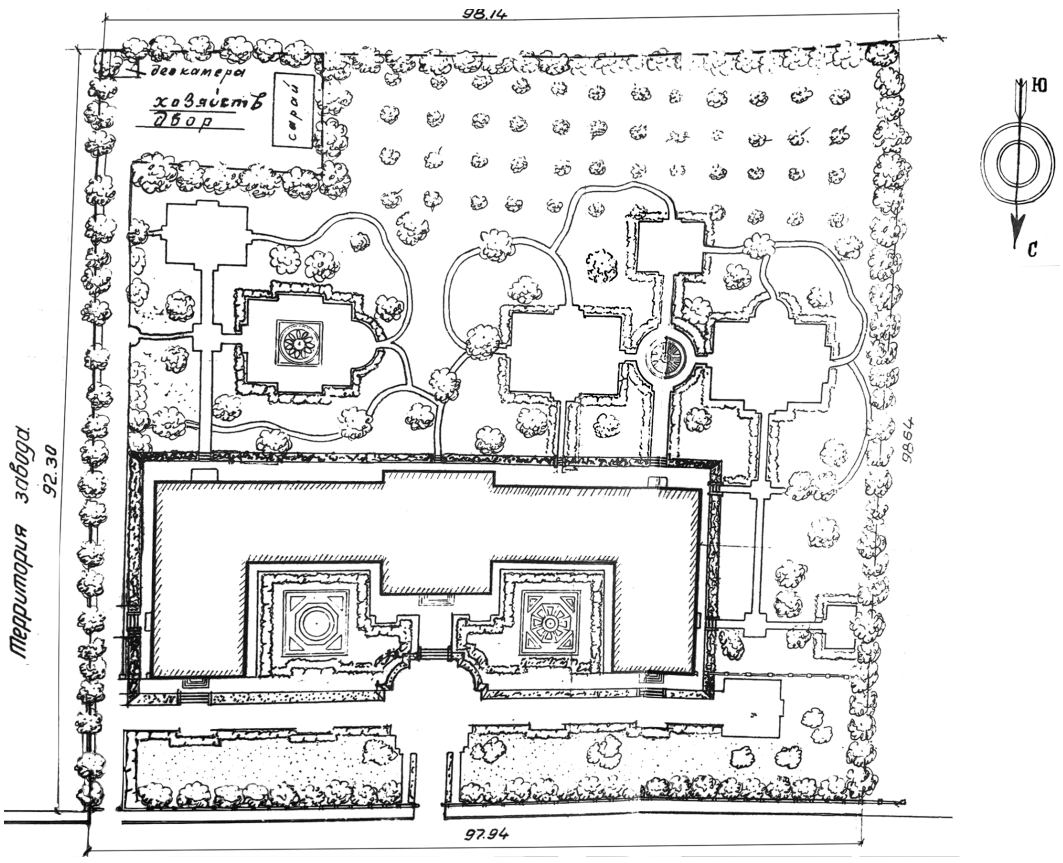


Рис. 25. Медико-санитарная часть № 1 завода имени М.И. Калинина. Генеральный план. Первый вариант проекта. 1952 г. Ленпроект. Архитектурно-проектная мастерская № 2. Архив завода им. М.И. Калинина [52]

Fig. 25. Medical and Sanitary Unit No. 1 of the M.I. Kalinin Plant. Master Plan. First Draft. 1952. Lenproekt. Architectural and Design Workshop No. 2. Archive of the M.I. Kalinin Plant [52]

этажа филенки с фестонами — лепными гирляндами, перевязанными лентами (рис. 29). Вход в здание обозначен арочным проемом с открытым крыльцом, над которым расположен великолепный портик с неравномерным шагом восьми парных колонн тосканского ордера[1], повторяющимся рядом пилястр на фасаде, балконом и треугольным фронтоном (рис. 27). Боковые корпуса имеют отдельные входы с арочными проемами и трехгранными световыми эркерами[2] лестничных пролетов, обрамленные парами пилястр (рис. 30). На нижней части эркеров третьего этажа и в нише портика помещены медальоны[3] с эмблемой медицины — чашей со змеей (рис. 31). Со стороны дворового фасада три слегка выступающих из плоскости стен небольших ризалита (рис. 32). Пояс дентикул[4] венчающего карниза придает всему сооружению завершенный, гармоничный вид.

«Дворец медицины» — так называли жители Васильевского острова здание медсанчасти, в котором разместились поликлиника, больница и ночной профилакторий (рис. 33). В поликлинике, рассчитанной на 200 посещений в смену, было открыто 25 кабинетов, среди них рентгеновский, электрокардиографии, биохимического анализа и др. В штате состояли врачи всех основных специальностей, кабинеты оснащены современной аппаратурой. Стационар был рассчитан на 60 коек, из них 30 для лечения заболевания желудка. Завод

[1] Тосканский ордер — разновидность дорического ордера, от которого отличается гладким фризом, наличием базы и колонной без каннелюр. Разработан римскими зодчими на рубеже I в. до н.э. и I в. н.э.

[2] Эркер — выступающая за пределы фасада часть здания, обычно с окнами, которая расширяет внутреннее пространство и улучшает его освещенность.

[3] Медальон — декоративный элемент, представляющий собой круглую или овальную панель, часто украшенную резьбой, лепниной или росписью. Внутри медальона может быть изображение, орнамент или символ.

[4] Дентикул — ряд небольших прямоугольных выступов, расположенных в виде орнамента на карнизе здания и выполняющих роль декора.



Рис. 26. Медико-санитарная часть № 1 завода имени М.И. Калинина. Архитектурная фотография [53]

Fig. 26. Medical and Sanitary Unit No. 1 of the M.I. Kalinin Plant. Architectural photograph [53]



Рис. 27. Медико-санитарная часть № 1 завода имени М.И. Калинина. Фрагмент фасада. Центральный ризалит. Фото: Л.Н. Лисенкова

Fig. 27. Medical and Sanitary Unit No. 1 of the M.I. Kalinin Plant. Facade fragment. Central risalit. Photo: L.N. Lisenkova



Рис. 28. Медико-санитарная часть № 1 завода имени М.И. Калинина. Фрагмент фасада. Окно первого этажа. Фото: Л.Н. Лисенкова

Fig. 28. Medical and Sanitary Unit No. 1 of the Kalinin Plant. Facade fragment. Ground floor window. Photo: L.N. Lisenkova



Рис. 29. Медико-санитарная часть № 1 завода имени М.И. Калинина. Фрагмент фасада. Окно второго и третьего этажей. Фото: Л.Н. Лисенкова

Fig. 29. Medical and Sanitary Unit No. 1 of the M.I. Kalinin Plant. Facade fragment. Window of the second and third floors. Photo: L.N. Lisenkova



Рис. 30. Медико-санитарная часть № 1 завода имени М.И. Калинина. Фрагмент фасада. Боковой ризалит. Фото: Л.Н. Лисенкова

Fig. 30. Medical and Sanitary Unit No. 1 of the M.I. Kalinin Plant. Facade fragment. Side risalit. Photo: L.N. Lisenkova



Рис. 31. Медико-санитарная часть № 1 завода имени М.И. Калинина. Медальон с эмблемой медицины — чаша со змеей. Фото: Л.Н. Лисенкова

Fig. 31. Medical and Sanitary Unit No. 1 of the M.I. Kalinin Plant. Medallion with the emblem of medicine — a cup with a snake. Photo: L.N. Lisenkova

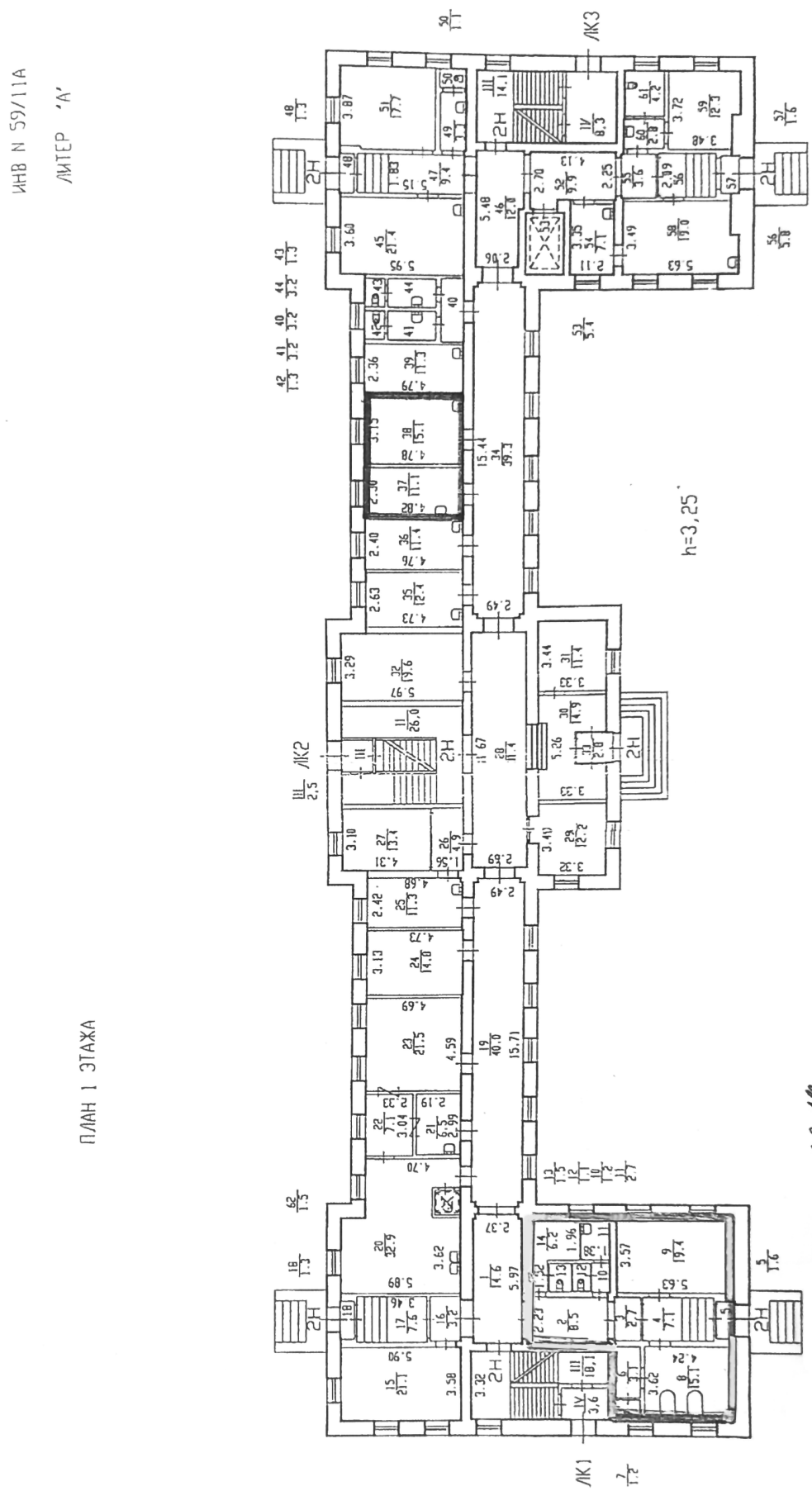


Рис. 32. Медико-санитарная часть № 1 завода имени М.И. Калинина. План первого этажа [54]

Fig. 32. Medical and Sanitary Unit No. 1 of the M.I. Kalinin Plant. First floor plan [54]

доплачивал за питание и лекарства каждого пациента[1].

Медсанчасть была центром композиции социальной инфраструктуры завода им. М.И. Калинина, которая включала регулярный сад, котельную с прачечной, спортивный клуб, общежитие, детский сад и ясли, т.е. являлась своеобразным неоклассицистским градостроительным ансамблем середины XX в.[2].

В 2011 г. медсанчасть была закрыта, здание продали за долги завода, помещения сдавались разным фирмам под мелкие производства и склады. «Дворец медицины» пришел в запустение. В 2015 г. медсанчасть на ул. Одоевского была включена в перечень выявленных объектов культурного наследия. В 2020 г. Комитет по государственному контролю, использованию и охране памятников истории и культуры (КГИОП) принял решение снять охранный статус с медсанчасти № 1 завода имени М.И. Калинина, что поставило здание, относящееся к лучшим образцам послевоенного ленинградского неоклассицизма, под угрозу сноса [56, 57].

В послевоенные годы ведущая роль в разработке типовых проектов лечебных учреждений принадлежала научно-проектному центру по объектам здравоохранения и отдыха «Гипроздрав»[3] (рис. 34, 35) [59]. В 1955–1958 гг. по типовому проекту 2-05-17 был построен главный корпус Медсанчасти № 19 Объединения турбостроения «Ленинградский металлический завод» (архитектор Г.С. Гельфонд) (Полюстровский проспект, дом 12). Четырехэтажное П-образное в плане здание с полуротондой, обращенной в сторону парка. Прямоугольные окна без наличников, аскетическую гладь стен оживляет карниз, проходящий между вторым и третьим этажами. Главный фасад акцентирован строгим полукруглым портиком с колоннами тосканского ордера, поддерживающими широкий балкон с изящной балюстрадой. Лаконичная, холодно-сдержанная композиция является образцом советского неоклассицизма (рис. 36).

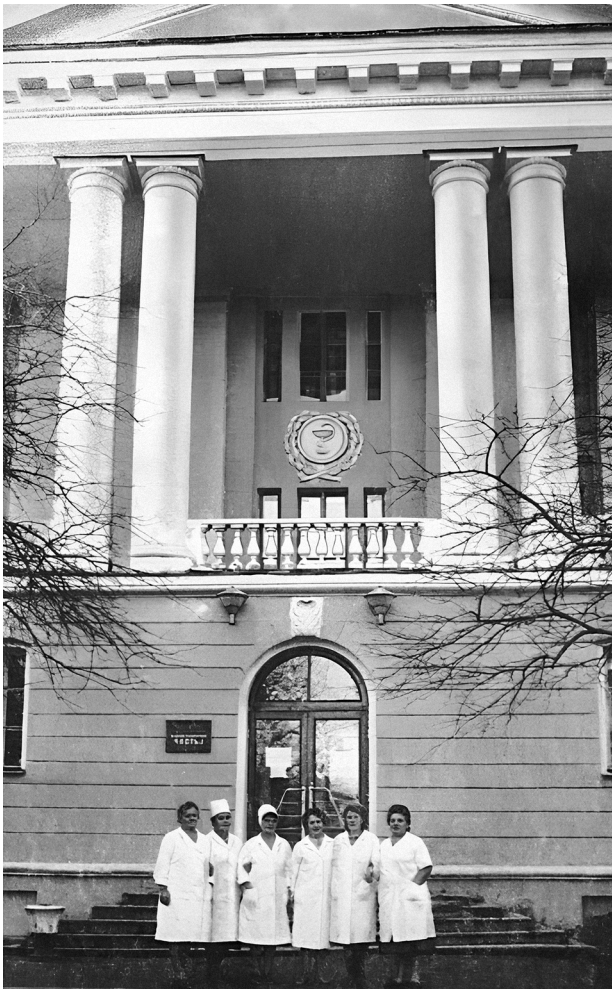


Рис. 33. Врачи у входа в Медсанчасть № 1 завода имени М.И. Калинина. 60-е гг. XX в. [55]

Fig. 33. Doctors at the entrance to the Medical Unit No. 1 of the M.I. Kalinin Plant. 1960s [55]

Медсанчасть Металлического завода включала больницу на 150 коек и поликлинику на 350 посещений в смену. Здесь имелись оснащенные новейшим медицинским оборудованием отделения: терапевтическое, хирургическое и нервных болезней. В поликлинике для удобства больных были созданы уютные комнаты отдыха [60]. С 1990-х гг. в здании разместилась Ленинградская областная клиническая больница, кардиодиспансер.

[1] Главный врач Л.С. Савченко вспоминала об открытии медсанчасти: «Кальченко Н.А. (директор завода) во всем шел нам навстречу, был щедр, представляя меня начальникам цехов завода, предупредил: “Всем помогать ей в работе!”. А меня напутствовал строго: “Будет хоть одна жалоба, уволю!”». Из истории медсанчасти завода им. М.И. Калинина [55].

[2] Такое заключение сделал историк архитектуры и член совета Национального комитета Международного совета по сохранению памятников и достопримечательных мест (ИКОМОС) А.В. Кречмер [52].

[3] Проектная контора «Госздравпроект» создана приказом Наркомата здравоохранения СССР от 3 июня 1937 г. Приказом Министерства здравоохранения СССР от 7 сентября 1951 г. переименована в Государственный проектный институт по проектированию лечебно-профилактических учреждений «Гипроздрав». Приказом Министерства здравоохранения СССР от 11 декабря 1970 г. институт преобразован в Государственный проектный и научно-исследовательский институт по проектированию учреждений здравоохранения «ГилроНИИздрав».

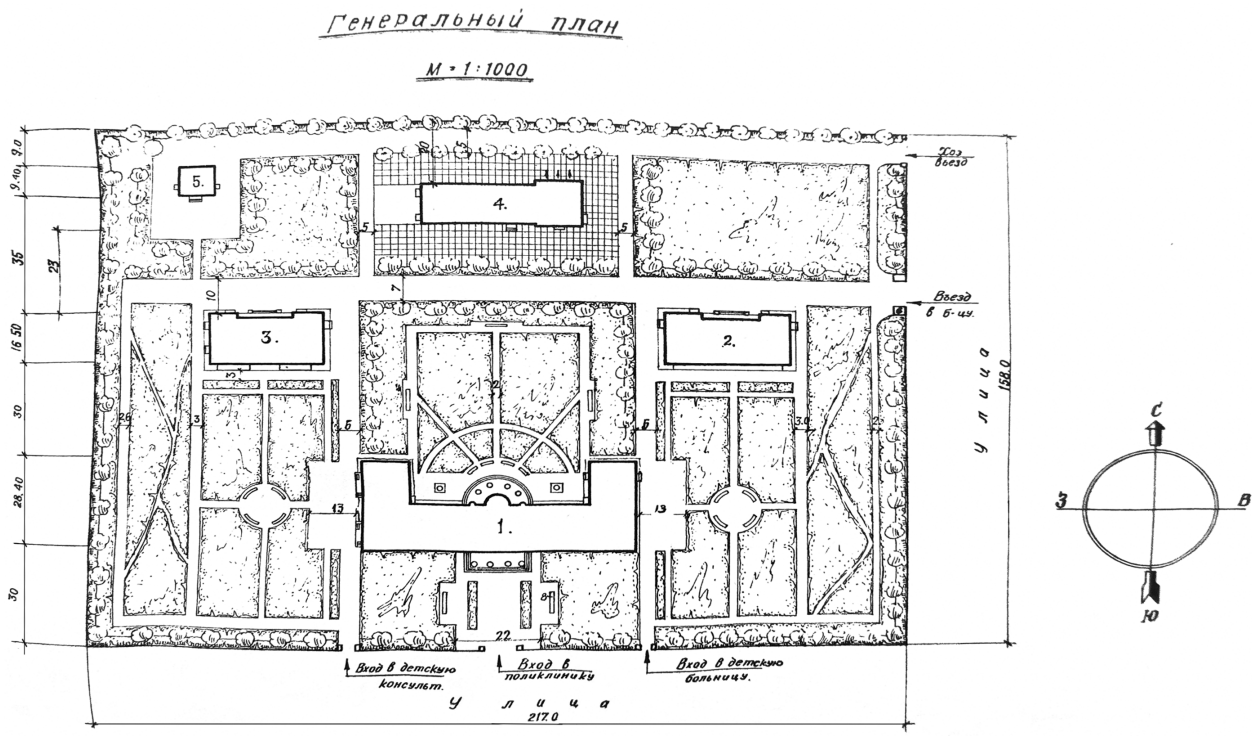


Рис. 34. Гипроздрав. Типовой проект 2-05-17 больницы на 200 коек. Генеральный план [55]

Fig. 34. Giprozdrav. Typical project 2-05-17 of a 200-bed hospital. Master plan [55]

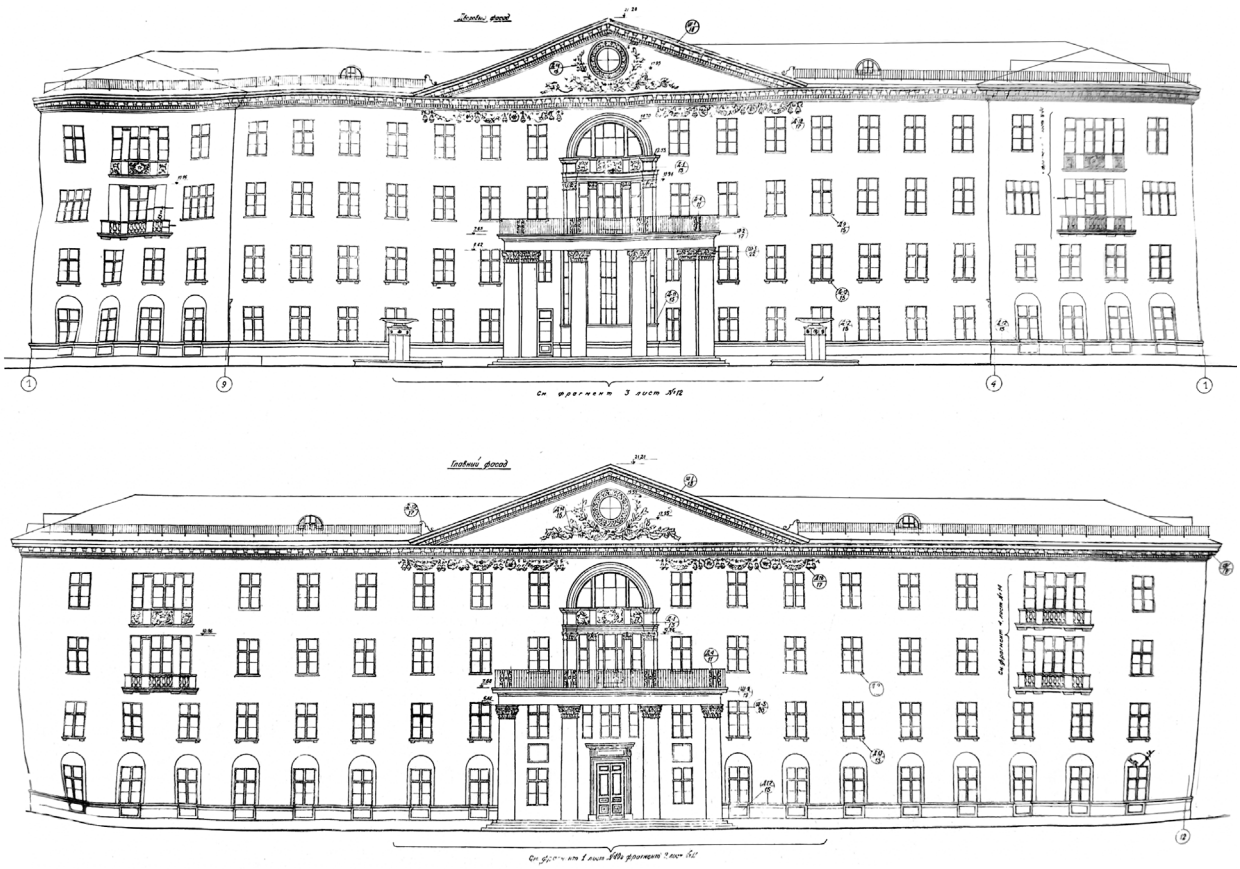


Рис. 35. Гипроздрав. Типовой проект 2-05-17 больницы на 200 коек. Дворовый и главный фасад [55]

Fig. 35. Giprozdrav. Typical project 2-05-17 of a 200-bed hospital. Courtyard and main facade [55]

1 ноября 1958 г. открыла свои двери для первых пациентов Объединенная больница № 2 (улица Гастелло, дом 21), построенная по типовому проекту, разработанному Гипроздравом. Одновременно при больнице была открыта поликлиника № 42. Привязку проекта к местности осуществил Ленинградский филиал проектного института Министерства здравоохранения РСФСР. Шестиэтажное строение в стиле сталинского ампира имеет симметричную композицию, демонстрируя классическую трехчастную структуру — центральный и два боковых ризалита, которые акцентированы выступающими эркерами (рис. 37). При оформлении фасадов использован большой ордер: размещенные в два яруса строгие, удлиненных пропорций пилястры, объединяющие три этажа, придают зданию вертикальную направленность, создавая ощущение высоты и стройности (рис. 38).

Новый стационар был рассчитан на 300 коек: два терапевтических отделения по 50 коек (с кардиологическим и гастроэнтерологическим уклоном), два хирургических отделения



Рис. 36. Ленинградская областная клиническая больница, кардиодиспансер. Фото: Л.Н. Лисенкова

Fig. 36. Leningrad Regional Clinical Hospital, Cardiology Dispensary. Photo: L.N. Lisenkova

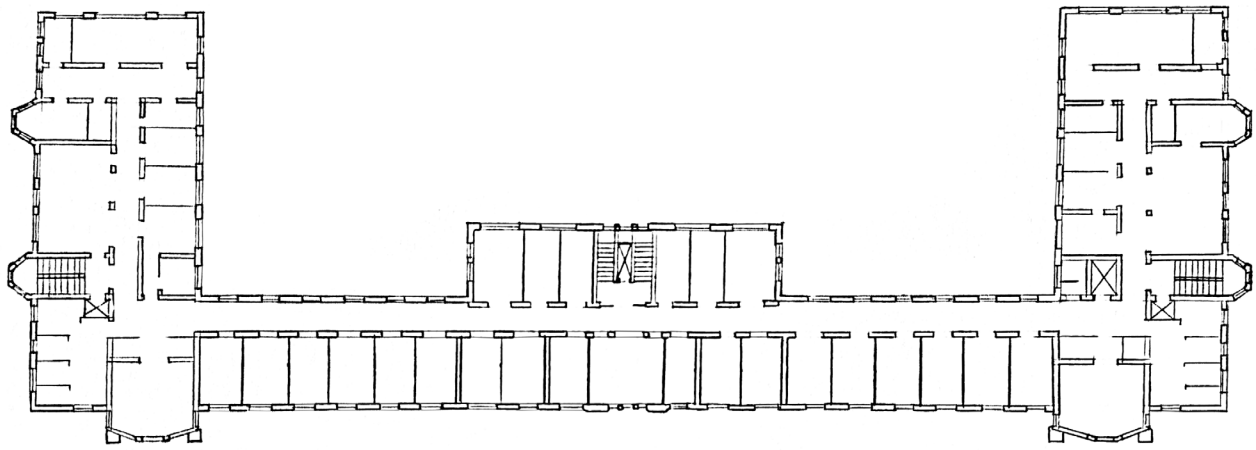


Рис. 37. Объединенная больница № 2 Московского района. План второго этажа [60]

Fig. 37. United Hospital No. 2 of the Moscow District. Plan of the second floor [60]



Рис. 38. Объединенная больница № 2 Московского района [61]

Fig. 38. United Hospital No. 2 of the Moscow District [61]



Рис. 39. Городская больница № 20 [62]

Fig. 39. City Hospital No. 20 [62]



Рис. 40. Детская поликлиника № 12 [63]

Fig. 40. Children's Polyclinic No. 12 [63]

по 50 коек каждое, неврологическое и ЛОР-отделения по 50 коек. Медицинский персонал с удовлетворением отмечал обилие естественного света и удобство палат, рассчитанных каждая на трех пациентов, комфорт в жизнь клиники вносили и небольшие уютные гостиничные холлы [60]. В феврале 1970 г. это медицинское учреждение стало называться Городская больница № 20 (рис. 39).

В стиле советского неоклассицизма решена детская поликлиника № 12 Фрунзенского района[1], построенная в 1958 г. по проекту архитектора Б.И. Козырева (Загородный проспект, дом 29). Здание пятиэтажное на полуподвале, в левой части прямоугольный проезд во внутренний двор (рис. 40). В архитектурно-художественной отделке фасада использованы пилястры прямоугольного сечения, объединяющие два нижних этажа. Подоконное пространство второго этажа оформлено рельефом-балюстрадой со строгими, четких пропорций балясинами. Межэтажный простой ступенчатый карниз (между вторым и третьим этажами) создает четкую горизонтальную линию, подчеркивая композиционное деление фасада. Над окнами третьего этажа аркатура — расчлененный ряд ложных декоративных арок, образующих холодный ритмический узор. Массивный венчающий карниз украшен сухариками ступенчатой формы. Излишне монументальное и даже тяжеловесное здание детской поликлиники тем не менее идеально вписалось в застройку

[1] Сейчас Загородный проспект от Владимирской площади до Технологической площади входит в Центральный район Санкт-Петербурга.



Рис. 41. Первый Военно-морской клинический госпиталь [65]

Fig. 41. First Naval Clinical Hospital [65]

Загородного проспекта, совпадая по высоте и создавая единый фронтальный ансамбль с разностильными соседями — доходным домом И.Е. Кузнецова (неоклассика, 1915–1916 гг., архитекторы Б.М. Великовский, А.В. Розенберг, Д.П. Бурышкин) и доходным домом Мещанского общества (модерн, 1910 г., архитектор Н.К. Прянишников).

Детская поликлиника на Загородном проспекте, более 2000 м^2 полезной площади, стала новым детским комбинатом здоровья, где имелись стоматологическое и рентгенологическое отделения, полустационар, кабинеты электрокардиографии, лечебной физкультуры, грязе-, водо- и светолечения [60]. В настоящее время поликлиническое отделение № 12 (ДПО) является крупнейшим детским амбулаторно-поликлиническим подразделением Центрального района Санкт-Петербурга, оказывающим первичную медико-санитарную помощь более 10,5 тыс. детей по территориальному принципу и более 22 тыс. детей и подростков в образовательных учреждениях, расположенных в зоне функционирования поликлиники [64].

В 1958 г. рядом со старым трехэтажным строением Военно-морского госпиталя[1] вырос новый грандиозный лечебный корпус, возведенный по проекту архитектора Д.П. Бурышкина (Старо-Петергофский проспект, дом 2). Объемно-пространственная композиция прямоугольного в плане четырехэтажного на цоколе здания усложнена двумя симметричными боковыми ризалитами (рис. 41). Первый этаж, обработанный классическим прямоугольным рустом, создает ощущение прочности, надежности и силы. Центральная часть фасада, выделенная стройными пилястрами композитного ордера, объединяющими три верхних этажа, завершается широким треугольным фронтоном с дентикулами и термальным окном[2] в тимпане[3].

[1] Главный корпус Калинкинского военно-морского госпиталя (бывшие Морские казармы). Архитектор М.А. Пасыпкин. 1848–1853, 1880 гг. Стиль — эклектика с элементами неоренессанса (Старо-Петергофский проспект, дом 2; набережная реки Фонтанки, дом 156).

[2] Термальное окно — полуциркульное окно, разделенное вертикальными стойками.

[3] Тимпан — внутреннее поле фронтона.

Монументальный лаконизм, сдержанная торжественность, строгая красота выверенных пропорций делают этот корпус Первого Военно-морского клинического госпиталя эталоном сталинского ампира.

В 1954 г. на Всесоюзном совещании строителей, проходившем в Москве, резкой критике была подвергнута «практика украшательства» в архитектуре [66]. Тогда же было решено всемерно развивать индустриальные методы строительства и типовое проектирование, повышать темпы строительства и увеличивать его экономичность.

4 ноября 1955 г. было принято Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «Об устранении излишеств в проектировании и строительстве» [67], резко осудившее отрыв художественно-эстетических проблем архитектуры от ее материальной основы. Это постановление ознаменовало конец эпохи советского неоклассицизма и положило начало переходу к более рациональной и экономичной архитектуре, часто называемой функционализмом или советским модернизмом[1] [68–69].

Подводя итоги, можно сказать, что советская архитектура 30–50-х гг. XX в., представляющая синтез классических традиций и советской идеологии, воплотившая в масштабных, торжественно-монументальных формах мощь и величие страны Советов, — уникальное и узнаваемое явление мировой архитектуры. Сооружения сталинского ампира, в частности здания больниц и других лечебных учреждений, уже стали частью историко-культурного наследия Санкт-Петербурга, и требуют не только бережного отношения и защиты, но и дальнейшего всестороннего и глубокого изучения. И хотя прямое копирование типовых проектов советских больниц невозможно из-за изменившихся медицинских стандартов, устаревших технологий и материалов, но анализ принципов организации пространства, функциональности и эргономики этих зданий может помочь созданию нового поколения больниц, которые будут отвечать самым современным требованиям к технологичности, безопасности и комфорту пациентов и медицинского персонала.

[1] Многие здания, спроектированные до выхода этого документа, строились уже со значительными упрощениями и в итоге оказывались далеки от первоначальных задумок архитекторов.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

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

ADDITIONAL INFORMATION

Authors' contribution. 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 was agreed to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Микиртичан Г.Л., Лихтшангоф А.З., Лисенкова Л.Н., Макеева В.И., Жикоренцева П.А., Южанинов В.Н. Архитектура больниц Санкт-Петербурга: от петровского барокко к хай-теку. Часть I. Петровское барокко. *Медицина и организация здравоохранения*. 2023;8(3):89–101. https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.87.10.009.
2. Микиртичан Г.Л., Лисенкова Л.Н., Макеева В.И., Жикоренцева П.А., Южанинов В.Н. Архитектура больниц Санкт-Петербурга: от петровского барокко к хай-теку. Часть II. Классицизм. *Медицина и организация здравоохранения*. 2023;8(4):118–143. https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.50.60.011.
3. Микиртичан Г.Л., Лисенкова Л.Н., Макеева В.И., Жикоренцева П.А. Архитектура больниц Санкт-Петербурга: от петровского барокко к хай-теку. Часть III. Эклектика. *Медицина и организация здравоохранения*. 2024;9(1):95–127. https://doi.org/10.56871/MHCO.2024.15.96.009.
4. Микиртичан Г.Л., Лисенкова Л.Н., Макеева В.И., Никитина А.Е., Жикоренцева П.А. Архитектура больниц Санкт-Петербурга: от петровского барокко к хай-теку. Часть IV. Кирпичный стиль. *Медицина и организация здравоохранения*. 2024;9(2):92–113. https://doi.org/10.56871/MHCO.2024.67.93.009.

5. Микиртичан Г.Л., Лисенкова Л.Н., Макеева В.И., Никитина А.Е., Савина И.А. Архитектура больниц Санкт-Петербурга: от петровского барокко к хай-теку. Часть V. Модерн. *Медицина и организация здравоохранения*. 2024;9(3):117–140. https://doi.org/10.56871/MHCO.2024.99.64.013.
6. Микиртичан Г.Л., Лисенкова Л.Н., Макеева В.И., Никитина А.Е., Джарман О.А. Архитектура больниц Санкт-Петербурга: от петровского барокко к хайтеку. Часть VI. Неоклассицизм. *Медицина и организация здравоохранения*. 2024;9(4):125–149. https://doi.org/10.56871/MHCO.2024.23.53.011.
7. Микиртичан Г.Л., Лисенкова Л.Н., Макеева В.И., Федоров Д.А. Архитектура больниц Санкт-Петербурга: от петровского барокко к хай-теку. Часть VII. Конструктивизм. *Медицина и организация здравоохранения*. 2025;10(1):93–115. https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.65.15.010.
8. Акимов С.С., Светлаков Н.Д. К стилистическому определению советской архитектуры послевоенного десятилетия. *Вестник Волжского регионального отделения Российской академии архитектуры и строительных наук*. 2013;(16):100–105.
9. Постановление Политбюро ЦК ВКП(б) «О перестройке литературно-художественных организаций». 23 Апреля 1932 г. *Партийное строительство*. 1932;(9):62.
10. Об архитектурном образовании. (Утверждено Политбюро ЦК ВКП(б) 14 октября 1933 г.). Приложение № 9 к п. 136/113 пр. ПБ № 147. Доступен по: https://istmat.org/node/59221 (дата обращения: 20.07.2025).
11. Постановление СНК СССР, ЦК ВКП(б) от 10.07.1935 № 1435 «О генеральном плане реконструкции города Москвы». М.; 1940.
12. Дворец Советов. М.; 1939.
13. Советская архитектура за 50 лет. М.: Издательство литературы по строительству; 1968.
14. Всеобщая история архитектуры. Т. 12. Кн. 1. Архитектура СССР. М.; 1975.
15. Рябушкин А.В. Этапы развития советской архитектуры. М.: Стройиздат; 1975.
16. Былинкин Н.П., Калмыкова В.Н., Рябушин А.В., Сергеева Г.В. История советской архитектуры (1917–1954 гг.). М.: Стройиздат; 1985.
17. Исаченко В.Г. Зодчие Санкт-Петербурга. XX век. СПб.: Лениздат; 2000.
18. Хан-Магомедов С.О. Сталинский ампир: проблемы, течения, мастера. В кн.: Архитектура сталинской эпохи: опыт исторического осмысления. М.; КомКнига; 2010: 10–24.
19. Муленок В.В. История советской архитектуры. Томск: Издательство Томского государственного архитектурно-строительного университета; 2021.
20. Временные правила по строительству лечебно-профилактических и санитарных учреждений. *Приложение в журналу «Вопросы здравоохранения»*. 1929;(32):379–388.
21. Коршунов Б., Некрасов Я. Современное больничное строительство. *Архитектура СССР*. 1938;(1):23–33.
22. Бурденко Н.Н. Учесть опыт Запада. *Архитектура СССР*. 1938;(1):34.
23. Левинсон Я.Б. Какой должна быть больница. *Архитектура СССР*. 1938;(1):35–36.
24. Певзнер М.И. Институт питания в больнице. *Архитектура СССР*. 1938;(1):36–37.
25. Вейсброд Б.С. Больница — единое целое. *Архитектура СССР*. 1938;(1):37–38.
26. Авербах М.И. Как строить глазные больницы. *Архитектура СССР*. 1938;(1):38–40.
27. Бейлин И.Б. Туберкулезные больницы. *Архитектура СССР*. 1938;(1):40.
28. Кашкарова Л. Детские больницы. *Архитектура СССР*. 1938;(1):41–46.
29. Ленпроект. Материалы к проектированию больничных сооружений. Вып. I. Операционный комплекс. Л.: Издание Ленпроекта; 1935.
30. Ленпроект. Материалы к проектированию больничных сооружений. Вып. II. Акушерский комплекс. Л.: Издание Ленпроекта; 1935.
31. Ленпроект. Материалы к проектированию больничных сооружений. Вып. III. Приемный покой. Л.: Издание Ленпроекта; 1935.
32. Ленпроект. Материалы к проектированию больничных сооружений. Вып. IV. Физиотерапевтический комплекс. Л.: Издание Ленпроекта; 1936.
33. Ленпроект. Материалы к проектированию больничных сооружений. Вып. V. Ренгеновский комплекс. Л.: Издание Ленпроекта; 1936.
34. Ленпроект. Материалы к проектированию больничных сооружений. Вып. VI. Санобработка в больницах. Л.: Издание Ленпроекта; 1936.
35. Майданский В.М., Суетин Г.Н., Кобрин Р.С., Златопольский А.М., Штерн Я.И., Гольдштейн Б.А., Слухай-Натальченко Л.Е., Сластионов Г.А., Фролов П.И., Каган С.С., ред. Медико-санитарное строительство: Руководство для врачей и архитекторов. Киев: УИСОЗ; 1936.
36. Дунаевский А.Ю. Архитектура лечебных зданий. М.: Издательство Академии архитектуры СССР; 1940.
37. Некрасов Я.И., Борисова К.С. Левинсон Я.Б., ред. Больничное дело. Т. 1. Больничное строительство. М.; 1941.
38. Постановление Центрального исполнительного комитета и Совета народных комиссаров Союза ССР от 27 июня 1936 г. О запрещении абортов, увеличении материальной помощи роженицам, установлении государственной помощи многосемейным, расширении сети родильных домов, детских яслей и детских садов, усилении уголовного наказания за неплатеж алиментов и о некоторых изменениях в законодательстве о разводах. М.; 1937.
39. Собрание постановлений и распоряжений правительства СССР за 1938 г. М.; б.г. Доступен по: https://docs.

historyrussia.org/ru/nodes/386909-postanovlenie-soveta-narodnyh-komissarov-o-tipovyh-stroitelnyh-proektah-detskih-yasley-i-rodilnyh-domov-11-iyunya-1938-g-locale-nil-72 (дата обращения: 20.07.2025).
40. Типовой проект родильного дома на 50 коек № 2801. М.: Издание управления капитального строительства Наркомздрава РСФСР; 1937.
41. СПбГПМУ. Анатомический корпус. Доступен по: https://www.citywalls.ru/photo30907.html (дата обращения: 20.07.2025).
42. Платонов Г.Д. Архитектура школьных зданий Ленинграда. Л.-М.: Гос. Издательство по строительству и архитектуре; 1954.
43. Бама Л.Г. строительство школ в Ленинграде. Архитектура Ленинграда. 1936;(1):34–45.
44. Школа — Городская больница № 9. Доступен по: https://www.citywalls.ru/house18877.html (дата обращения: 20.07.2025).
45. Кунин С. За образцовую санитарную культуру в школах. *Гигиена и здоровье*. 1937;(16):1–2.
46. Школа — Первый медицинский институт им. И.П. Павлова. Доступен по: https://www.citywalls.ru/house1432.html (дата обращения: 20.07.2025).
47. В сквере Федора Углова на улице Рентгена установили памятник ученому. Доступен по: https://kanoner.com/2016/10/07/152396/ (дата обращения: 20.07.2025).
48. Больницы. Руководство по проектированию оборудовании. М.: Государственное издательство литературы по строительству и архитектуре; 1953.
49. Градов Г.А. О комплексном проектировании больниц и поликлиник. *Архитектура СССР*. 1953;(3):13–18.
50. Архитектура сталинской эпохи: опыт исторического осмысления. М.: КомКнига; 2010.
51. Акт по результатам государственной историко-культурной экспертизы выявленного объекта культурного наследия «Поликлиника», расположенного по адресу: Санкт-Петербург, г. Кронштадт, Зосимова ул., 8; Владимирская ул., 48, в целях обоснования целесообразности включения выявленного объекта культурного наследия в единый государственный реестр объектов культурного наследия (памятников истории и культуры) народов Российской Федерации. КГИОП. Рег. № 01-26-2357/19. 06.11.2019.
52. Здание медсанчасти № 1 им. М.И. Калинина. Доступен по: https://vk.com/wall-121613359_27402 (дата обращения: 20.07.2025).
53. Борьба за сохранение здания медсанчасти № 1 завода им. Калинина. Доступен по: https://www.companybest.ru/publications/60-svoboda/2383-medsanchast-zavoda-kalinina.html (дата обращения: 20.07.2025).
54. Акт по результатам государственной историко-культурной экспертизы выявленного объекта культурного наследия «Здание медсанчасти № 1 завода имени М.И. Калинина (с садом и оградой)», расположенного по адресу: Санкт-Петербург, Василеостровский район, улица Одоевского, д. 10, литера А. ГИОП. Рег. № 3-12135. 06.12.2016.
55. Ломакина И.И. Наша биография: очерки истории производственного объединения «Завод имени М.И. Калинина». 1869–1989. Л.: Лениздат; 1991.
56. Медсанчасть № 1 завода им. Калинина не признали памятником архитектуры. Доступен по: https://spb.aif.ru/city/medsanchast_1_zavoda_im_kalinina_ne_priznali_pamyatnikom_arhitektury (дата обращения: 20.07.2025).
57. КГИОП вынес вердикт по статусу медсанчасти № 1 завода им. М.И. Калинина. Доступен по: https://m.asninfo.ru/news/89856-kgiop-vynes-verdikt-po-statusu-medsanchasti-no-1-zavoda-im-mi-kalinina?page=258&perpage=2 (дата обращения: 20.07.2025).
58. Больница на 200 коек. Типовой проект 2-05-17. М.; 1953.
59. Больницы. Руководство по проектированию и оборудованию. М.: Государственное Издательство литературы по строительству и архитектуре; 1953.
60. Новые лечебно-оздоровительные учреждения. *Архитектура и строительство Ленинграда*. 1959;(2):37.
61. Объединенная больница № 2 Московского района. 1958–1960. Доступен по: https://pastvu.com/p/1567676 (дата обращения: 20.07.2025).
62. Городская больница № 20. Доступен по: https://www.citywalls.ru/house4733.html (дата обращения: 20.07.2025).
63. Детская поликлиника. Доступен по: https://www.citywalls.ru/house5286.html (дата обращения: 20.07.2025).
64. Детскому поликлиническому отделению № 12 исполнилось 95 лет! Доступен по: https://www.gov.spb.ru/gov/terr/reg_center/news/260040/ (дата обращения: 20.07.2025).
65. Корпус Военно-морского госпиталя. Доступен по: https://www.citywalls.ru/house14964.html (дата обращения: 20.07.2025).
66. Всесоюзное совещание строителей, архитекторов и работников промышленности строительных материалов, строительного и дорожного машиностроения, проектных и научно-исследовательских организаций. М.: Госполитиздат; 1955.
67. Постановление Центрального Комитета КПСС и Совета Министров СССР от 4 ноября 1955 года № 1871 «Об устранении излишеств в проектировании и строительстве». Доступен по: https://web.archive.org/web/20140716132943/http://sovarch.ru/postanovlenie55/ (дата обращения: 20.07.2025).
68. Казакова О.В. «Борьба с излишествами» в 1930–1950-е годы. В кн.: Архитектура сталинской эпохи: опыт исторического осмысления. М.: КомКнига; 2010: 40–48.
69. Сарабьянов Д.В., ред. История русского и советского искусства. М.: Высшая школа; 1979.

REFERENCES

1. Mikirtichan G.L., Likhtshangof A.Z., Lisenkova L.N., Makeeva V.I., Zhikorentseva P.A., Yuzhaninov V.N. Architecture of hospitals in St. Petersburg: from petrovsky baroque to hi-tech. Part I. Peter's baroque. *Medicine and Health Care Organization*. 2023;8(3):89–101. (In Russian). https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.87.10.009.
2. Mikirtichan G.L., Lisenkova L.N., Makeeva V.I., Zhikorentseva P.A., Yuzhaninov V.N. Architecture of Saint Petersburg hospitals: from petrovsky baroque to hi-tech. Part II. Classicism. *Medicine and Health Care Organization*. 2023;8(4):118–143. (In Russian). https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.50.60.011.
3. Mikirtichan G.L., Lisenkova L.N., Makeeva V.I., Zhikorentseva P.A. Architecture of Saint Petersburg hospitals: from petrovsky baroque to hi-tech. Part III. Eclectism. *Medicine and Health Care Organization*. 2024;9(1):95–127. (In Russian). https://doi.org/10.56871/MHCO.2024.15.96.009.
4. Mikirtichan G.L., Lisenkova L.N., Makeeva V.I., Nikitina A.E., Zhikorentseva P.A. Architecture of Saint Petersburghospitals: from petrovsky baroque to hi-tech. Part IV. Brick style. *Medicine and Health Care Organization*. 2024;9(2):92–113. (In Russian). https://doi.org/10.56871/MHCO.2024.67.93.009.
5. Mikirtichan G.L., Lisenkova L.N., Makeeva V.I., Nikitina A.E., Savina I.A. Architecture of Saint Petersburg hospitals: from petrovsky baroque to hi-tech. Part V. Modern. *Medicine and Health Care Organization*. 2024;9(3):117–140. (In Russian). https://doi.org/10.56871/MHCO.2024.99.64.013.
6. Mikirtichan G.L., Lisenkova L.N., Makeeva V.I., Nikitina A.E., Jarman O.A. Architecture of Saint Petersburghospitals: from petrovsky baroque to hi-tech. Part VI. Neoclassicism. *Medicine and Health Care Organization*. 2024;9(4):125–149. (In Russian). https://doi.org/10.56871/MHCO.2024.23.53.011.
7. Mikirtichan G.L., Lisenkova L.N., Makeeva V.I., Fedorov D.A. Architecture of Saint Petersburg hospitals: from petrovsky baroque on to hi-tech. Part VII. Constructivism. *Medicine and Health Care Organization*. 2025;10(1):93–115. (In Russian). https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.65.15.010.
8. Akimov S.S., Svetlakov N.D. On the Stylistic Definition of Soviet Architecture in the Post-War Decade. *Bulletin of the Volga Regional Branch of the Russian Academy of Architecture and Construction Sciences*. 2013;(16):100–105. (In Russian).
9. Postanovlenie Politbyuro TsK VKP(b) "O perestroyke literaturno-khudozhestvennykh organizatsiy". 23 Aprelya 1932 g. Party building. 1932;(9):62. (In Russian).
10. Ob arkhitekturnom obrazovanii. (Utverzhdeno Politbyuro TsK VKP(b) 14 oktyabrya 1933 g.). Prilozhenie N 9 k p. 136/113 pr. PB N 147. Available at: https://istmat.org/node/59221 (accessed: 20.07.2025). (In Russian).
11. Postanovlenie SNK SSSR, TsK VKP(b) ot 10.07.1935 N 1435 "O general'nom plane rekonstruktsii goroda Moskvy". Moscow; 1940. (In Russian).
12. The Palace of Soviets. Moscow; 1939. (In Russian).
13. Soviet Architecture in 50 Years. Moscow: Izdatel'stvo literatury po stroitel'stvu; 1968. (In Russian).
14. General History of Architecture. Vol. 12. Book 1. *Architecture of the USSR*. Moscow; 1975. (In Russian).
15. Ryabushkin A.V. Stages of Soviet Architecture. Moscow: Stroyizdat; 1975. (In Russian).
16. Bylinkin N.P., Kalmykova V.N., Ryabushin A.V., and Sergeeva G.V. History of Soviet Architecture (1917–1954). Moscow: Stroyizdat; 1985. (In Russian).
17. Isachenko V.G. Architects of Saint Petersburg. The 20th Century. Saint Petersburg: Lenizdat; 2000. (In Russian).
18. Khan-Magomedov S.O. Stalin's Empire Style: Problems, Trends, and Masters. In the book: Architecture of the Stalin Era: An Attempt at Historical Interpretation. Moscow: KomKniga; 2010: 10–24. (In Russian).
19. Томск Mulenok V.V. History of Soviet Architecture. Tomsk: Izdatel'stvo Tomskogo gosudarstvennogo arkhitekturno-stroitel'nogo universiteta; 2021. (In Russian).
20. Temporary rules for the construction of medical, preventive, and sanitary facilities. *Appendix to the journal «Health Issues»*. 1929;(32):379–388. (In Russian).
21. Korshunov B., Nekrasov Ya. Modern Hospital Construction. *Architecture of the USSR*. 1938;(1):23–33. (In Russian).
22. Burdenko N.N. Consider the experience of the West. *Architecture of the USSR*. 1938;(1):34. (In Russian).
23. Levinson Ya.B. What a Hospital Should Be. *Architecture of the USSR*. 1938;(1):35–36. (In Russian).
24. Pevzner M.I. Nutrition Institute at the Hospital. *Architecture of the USSR*. 1938;(1):36–37. (In Russian).
25. Weisbrod B.S. The Hospital is a Single Whole. *Architecture of the USSR*. 1938;(1):37–38. (In Russian).
26. Averbakh M.I. How to Build Eye Hospitals. *Architecture of the USSR*. 1938;(1):38–40. (In Russian).
27. Beilin I.B. Tuberculosis Hospitals. *Architecture of the USSR*. 1938;(1):40. (In Russian).
28. Kashkarova L. Children's Hospitals. *Architecture of the USSR*. 1938;(1):41–46. (In Russian).
29. Lenproekt. Materials for the Design of Hospital Facilities. Issue I. Operating Complex. Leningrad: Izdanie Lenproekta; 1935. (In Russian).
30. Lenproekt. Materials for the Design of Hospital Facilities. Issue II. Obstetric complex. Leningrad: Izdanie Lenproekta; 1935. (In Russian).
31. Lenproekt. Materials for the Design of Hospital Facilities. Issue III. Reception Area. Leningrad: Izdanie Lenproekta; 1935. (In Russian).
32. Lenproekt. Materials for the Design of Hospital Facilities. Issue IV. Physiotherapy Complex. Leningrad: Izdanie Lenproekta; 1936. (In Russian).

33. Lenproekt. Materials for the Design of Hospital Facilities. Issue V. X-Ray Complex. Leningrad: Izdanie Lenproekta; 1936. (In Russian).
34. Lenproekt. Materials for the Design of Hospital Facilities. Issue VI. Sanitation in Hospitals. Leningrad: Izdanie Lenproekta; 1936. (In Russian).
35. Maidansky V.M., Suetin G.N., Kobrin R.S., Zlatopolsky A.M., Stern Ya.I., Goldstein B.A., Slukhay-Natalchenko L.E., Slastionov G.A., Frolov P.I., Kagan S.S., eds. Medical and Sanitary Construction: A Guide for Physicians and Architects. Kiev: UISOZ; 1936. (In Russian).
36. Dunaevsky A.Yu. Architecture of Medical Buildings. Moscow: Izdatel'stvo Akademii arkhitektury SSSR; 1940. (In Russian).
37. Nekrasov Ya.I., Borisova K.S. Levinson Ya.B., ed. Hospital Business. Vol. 1. Hospital Construction. Moscow; 1941. (In Russian).
38. Postanovlenie Tsentral'nogo ispolnitel'nogo komiteta i Soveta narodnykh komissarov Soyuza SSR ot 27 iyunya 1936 g. O zapreshchenii abortov, uvelichenii material'noy pomoshchi rozhenitsam, ustanovlenii gosudarstvennoy pomoshchi mnogosemeynym, rasshirenii seti rodil'nykh domov, detskikh yasley i detskikh sadov, usilenii ugolovnogo nakazaniya za neplatezh alimentov i o nekotorykh izmeneniyakh v zakonodatel'stve o razvodakh. Moscow; 1937. (In Russian).
39. Sobranie postanovleniy i rasporyazheniy pravitel'stva SSSR za 1938 g. M.; bez goda. Available at: https://docs.historyrussia.org/ru/nodes/386909-postanovlenie-soveta-narodnyh-komissarov-o-tipovyh-stroitelnyh-proektah-detskih-yasley-i-rodilnyh-domov-11-iyunya-1938-g-locale-nil-72 (accessed: 20.07.2025). (In Russian).
40. Typical project of a maternity hospital for 50 beds No. 2801. Moscow: Izdanie upravleniya kapital'nogo stroitel'stva Narkomzdrava RSFSR; 1937. (In Russian).
41. Anatomical Building. Available at: https://www.citywalls.ru/photo30907.html (accessed: 20.07.2025). (In Russian).
42. Platonov G.D. Architecture of School Buildings in Leningrad. Leningrad-Moscow: Gosudarstvennoe Izdatel'stvo po stroitel'stvu i arkhitekture; 1954. (In Russian).
43. Bama L.G. Construction of Schools in Leningrad. *Architecture of Leningrad*. 1936;(1):34–45. (In Russian).
44. The school is City Hospital No. 9. Available at: https://www.citywalls.ru/house18877.html (accessed: 20.07.2025). (In Russian).
45. Kunin S. For exemplary sanitary culture in schools. *Hygiene and Health*. 1937;(16):1–2. (In Russian).
46. The school is the First Pavlov Medical Institute. Available at: https://www.citywalls.ru/house1432.html (accessed: 20.07.2025). (In Russian).
47. A monument to the scientist was erected in Fyodor Uglov Square on Rentgen Street. Available at: https://kanoner.com/2016/10/07/152396/ (accessed: 20.07.2025). (In Russian).
48. Equipment Design Manual. Moscow: Gosudarstvennoe izdatel'stvo literatury po stroitel'stvu i arkhitekture; 1953. (In Russian).
49. Gradov G.A. On the Comprehensive Design of Hospitals and Polyclinics. *Architecture of the USSR*. 1953;(3):13–18. (In Russian).
50. Architecture of the Stalin Era: An Attempt at Historical Interpretation. Moscow; KomKniga; 2010. (In Russian).
51. Akt po rezul'tatam gosudarstvennoy istoriko-kul'turnoy ekspertizy vyyavlennogo ob"ekta kul'turnogo naslediya "Poliklinika", raspolozhennogo po adresu: Sankt-Peterburg, g. Kronshtadt, Zosimova ul., 8; Vladimirskaya ul., 48, v tselyakh obosnovaniya tselesoobraznosti vklyucheniya vyyavlennogo ob"ekta kul'turnogo naslediya v edinyy gosudarstvennyy reestr ob"ektov kul'turnogo naslediya (pamyatnikov istorii i kul'tury) narodov Rossiyskoy Federatsii. KGIOP. Registatsionnyy N 01-26-2357/19. 06.11.2019. (In Russian).
52. M.I. Kalinin Medical Unit No. 1. Available at: https://vk.com/wall-121613359_27402 (accessed: 20.07.2025). (In Russian).
53. The struggle to preserve the building of the medical unit N 1 at the Kalinin Plant. Available at: https://www.companybest.ru/publications/60-svoboda/2383-medsanchast-zavoda-kalinina.html (accessed: 20.07.2025). (In Russian).
54. Akt po rezul'tatam gosudarstvennoy istoriko-kul'turnoy ekspertizy vyyavlennogo ob"ekta kul'turnogo naslediya "Zdanie medsanchasti № 1 zavoda imeni M.I. Kalinina (s sadom i ogradoy)", raspolozhennogo po adresu: Sankt-Peterburg, Vasileostrovskiy rayon, ulitsa Odoevskogo, d. 10, litera A. GIOP. KGIOP. Registatsionnyy. N 3-12135. 06.12.2016. (In Russian).
55. Lomakina I.I. Our Biography: Essays on the History of the Kalinin Plant Production Association. 1869–1989. Leningrad: Lenizdat; 1991. (In Russian).
56. The medical unit No. 1 of the Kalinin factory was not recognized as an architectural monument. Available at: https://spb.aif.ru/city/medsanchast_1_zavoda_im_kalinina_ne_priznali_pamyatnikom_arhitektury (accessed: 20.07.2025). (In Russian).
57. The KGIOP has issued a verdict on the status of the medical unit No. 1 at the Kalinin Factory. Available at: https://m.asninfo.ru/news/89856-kgiop-vynes-verdikt-po-statusu-medsanchasti-no-1-zavoda-im-mi-kalinina?page=258&perpage=2 (accessed: 20.07.2025). (In Russian).
58. Hospital for 200 beds. Typical project 2-05-17. Moscow: Izdatel'stvo Giprozdrav; 1953. (In Russian).
59. Hospitals. Design and Equipment Manual. Moscow: Gosudarstvennoe Izdatel'stvo literatury po stroitel'stvu i arkhitekture; 1953. (In Russian).
60. New medical and health facilities. *Architecture and Construction of Leningrad*. 1959;(2):37.
61. United Hospital No. 2 of the Moscow District. 1958–1960. Available at: https://pastvu.com/p/1567676 (accessed: 20.07.2025). (In Russian).

62. City Hospital No. 20. Available at: https://www.citywalls.ru/house4733.html (accessed: 20.07.2025). (In Russian).
63. Children's polyclinic. Available at: https://www.citywalls.ru/house5286.html (accessed: 20.07.2025). (In Russian).
64. Children's Polyclinic Department No. 12 celebrated its 95th anniversary. Available at: https://www.gov.spb.ru/gov/terr/reg_center/news/260040/ (accessed: 20.07.2025). (In Russian).
65. Naval Hospital Building. Available at: https://www.citywalls.ru/house14964.html (accessed: 20.07.2025). (In Russian).
66. All-Union Conference of Builders, Architects, and Employees of the Construction Materials Industry, Construction and Road Engineering, Design, and Research Organizations. Moscow: Gospolitizdat; 1955. (In Russian).
67. Postanovlenie Tsentral'nogo Komiteta KPSS i Soveta Ministrov SSSR ot 4 noyabrya 1955 goda № 1871 "Ob ustranenii izlishestv v proektirovanii i stroitel'stve". Available at: https://web.archive.org/web/20140716132943/http://sovarch.ru/postanovlenie55/ (accessed: 20.07.2025). (In Russian).
68. Kazakova O.V. The Struggle Against Excesses in the 1930s and 1950s. In: Architecture of the Stalin Era: An Attempt at Historical Interpretation. Moscow: KomKniga; 2010:40–48. (In Russian).
69. Sarabianov D.V., ed. History of Russian and Soviet Art. Moscow: Vysshaya shkola; 1979. (In Russian).

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ

Утв. приказом и.о. ректора
ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России от 05.04.24

НАСТОЯЩИЕ ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ ЯВЛЯЮТСЯ ИЗДАТЕЛЬСКИМ ДОГОВОРОМ

Условия настоящего Договора (далее «Договор») являются публичной офертой в соответствии с п. 2 ст. 437 Гражданского кодекса Российской Федерации. Данный Договор определяет взаимоотношения между редакцией журнала «Medicine and Health Care Organization / Медицина и организация здравоохранения» (далее по тексту «Журнал»), зарегистрированного Управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Северо-Западному федеральному округу 17 мая 2016 года, свидетельство ПИ № ТУ78-01872, именуемой в дальнейшем «Редакция» и являющейся структурным подразделением ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, и автором и/или авторским коллективом (или иным правообладателем), именуемым в дальнейшем «Автор», принявшим публичное предложение (оферту) о заключении Договора.

Автор передает Редакции для издания авторский оригинал или рукопись. Указанный авторский оригинал должен соответствовать требованиям, указанным в разделах «Представление рукописи в журнал», «Оформление рукописи». При рассмотрении полученных авторских материалов Журнал руководствуется «Едиными требованиями к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы» (Intern. committee of medical journal editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Ann Intern Med. 1997;126:36–47).

В Журнале печатаются ранее не опубликованные работы по профилю Журнала.

Журнал не рассматривает работы, результаты которых по большей части уже были опубликованы или описаны в статьях, представленных или принятых для публикации в другие печатные или электронные средства массовой информации. Представляя статью, автор всегда должен ставить редакцию в известность обо всех направлениях этой статьи в печать и о предыдущих публикациях, которые могут рассматриваться как множественные или дублирующие публикации той же самой или очень близкой работы. Автор должен уведомить редакцию о том, содержит ли статья уже опубликованные материалы и предоставить ссылки на предыдущую, чтобы дать редакции возможность принять решение, как поступить в данной ситуации. Не принимаются к печати статьи, представляющие собой отдельные этапы незавершенных исследований, а также статьи с нарушением «Правил и норм гуманного обращения с биообъектами исследований».

Размещение публикаций возможно только после получения положительной рецензии.

Все статьи, в том числе статьи аспирантов и докторантов, публикуются бесплатно.

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РУКОПИСИ В ЖУРНАЛ

Авторский оригинал принимает редакция. Подписанная Автором рукопись должна быть отправлена в адрес редакции по электронной почте на адрес medorgspb@yandex.ru или lt2007@inbox.ru, а также через сайт https://ojs3.gpmu.org/index.php/medorg. Автор должен отправить конечную версию рукописи и дать файлу название, состоящее из фамилии первого автора и первых 2–3 сокращенных слов из названия статьи. Информацию об оформлении можно уточнить на сайте: http://www.gpmu.org/science/pediatrics-magazine/Medicine_organization.

СОПРОВОДИТЕЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

К авторскому оригиналу необходимо приложить **экспертное заключение** о возможности опубликования в открытой печати (бланк можно

скачать на сайте https://www.gpmu.org/science/pediatrics-magazine/Medicine_organization/).

Рукопись считается поступившей в Редакцию, если она представлена комплектно и оформлена в соответствии с описанными требованиями. Предварительное рассмотрение рукописи, не заказанной Редакцией, не является фактом заключения между сторонами издательского Договора.

При представлении рукописи в Журнал Авторы несут ответственность за раскрытие своих финансовых и других конфликтных интересов, способных оказать влияние на их работу. ***В рукописи должны быть упомянуты все лица и организации, оказавшие финансовую поддержку (в виде грантов, оборудования, лекарств или всего этого вместе), а также другое финансовое или личное участие.***

АВТОРСКОЕ ПРАВО

Редакция отбирает, готовит к публикации и публикует переданные Авторами материалы. Авторское право на конкретную статью принадлежит авторам статьи. Авторский гонорар за публикации статей в Журнале не выплачивается. Автор передает, а Редакция принимает авторские материалы на следующих условиях:

1) Редакции передается право на оформление, издание, передачу Журнала с опубликованным материалом Автора для целей реферирования статей из него в Реферативном журнале ВИНИТИ, РНИЦ и базах данных, распространение Журнала/авторских материалов в печатных и электронных изданиях, включая размещение на выбранных либо созданных Редакцией сайтах в сети Интернет в целях доступа к публикации в интерактивном режиме любого заинтересованного лица из любого места и в любое время, а также на распространение Журнала с опубликованным материалом Автора по подписке;
2) территория, на которой разрешается использовать авторский материал, — Российская Федерация и сеть Интернет;
3) срок действия Договора — 5 лет. По истечении указанного срока Редакция оставляет за собой, а Автор подтверждает бессрочное право Редакции на продолжение размещения авторского материала в сети Интернет;
4) Редакция вправе по своему усмотрению без каких-либо согласований с Автором заключать договоры и соглашения с третьими лицами, направленные на дополнительные меры по защите авторских и издательских прав;
5) Автор гарантирует, что использование Редакцией предоставленного им по настоящему Договору авторского материала не нарушит прав третьих лиц;
6) Автор оставляет за собой право использовать предоставленный по настоящему Договору авторский материал самостоятельно, передавать права на него по договору третьим лицам, если это не противоречит настоящему Договору;
7) Редакция предоставляет Автору возможность безвозмездного получения справки с электронными адресами его официальной публикации в сети Интернет;
8) при перепечатке статьи или ее части ссылка на первую публикацию в Журнале обязательна.

ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА И ИЗМЕНЕНИЯ ЕГО УСЛОВИЙ

Заключением Договора со стороны Редакции является опубликование рукописи данного Автора в журнале «Medicine and Health Care Organization / Медицина и организация здравоохранения» и размещение его текста в сети Интернет. Заключением Договора со стороны Автора, т. е. полным и безоговорочным принятием Автором условий Договора, является передача Автором рукописи и экспертного заключения.

ОФОРМЛЕНИЕ РУКОПИСИ

Редакция журнала приветствует полностью двуязычные статьи.

Статья должна иметь (НА РУССКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ):

1. Заглавие (Title). Должно быть кратким (не более 120 знаков), точно отражающим содержание статьи.
2. Сведения об авторах (публикуются). Для каждого автора указываются: фамилия, имя и отчество, ученая степень, место работы, почтовый адрес места работы, e-mail, **ORCID, SPIN-код**. Фамилии авторов рекомендуется транслитерировать так же, как в предыдущих публикациях или по системе BGN (Board of Geographic Names), см. сайт http://www.translit.ru.
3. Резюме (Abstract) (1500–2000 знаков, или 200–250 слов) помещают перед текстом статьи. Резюме не требуется при публикации рецензий, отчетов о конференциях, информационных писем.

Авторское резюме к статье является основным источником информации в отечественных

и зарубежных информационных системах и базах данных, индексирующих журнал. Резюме доступно на сайте журнала «Medicine and Health Care Organization / Медицина и организация здравоохранения» и индексируется сетевыми поисковыми системами. Из аннотации должна быть понятна суть исследования, нужно ли обращаться к полному тексту статьи для получения более подробной, интересующей его информации. Резюме должно излагать только существенные факты работы.

Рекомендуемая структура аннотации: введение (Introduction), цели и задачи (Purposes and tasks), методы (Materials and methods), результаты (Results), выводы (Conclusion). Предмет, тему, цель работы нужно указывать, если они не ясны из заглавия статьи; метод или методологию проведения работы целесообразно описывать, если они отличаются новизной или представляют интерес с точки зрения данной работы. Объем текста авторского резюме определяется содержанием публикации (объемом сведений, их научной ценностью и/или практическим значением) и должен быть в пределах 200–250 слов (1500–2000 знаков).

4. Ключевые слова (Keywords) — от 3 до 10 ключевых слов или словосочетаний, которые будут способствовать правильному перекрестному индексированию статьи, помещаются под резюме с подзаголовком «ключевые слова». Предпочтительно использовать ключевые словосочетания из 2–4 слов, наиболее точно отражающих тему статьи. Используйте термины из списка медицинских предметных заголовков (Medical Subject Headings), приведенного в Index Medicus (если в этом списке еще отсутствуют подходящие обозначения для недавно введенных терминов, подберите наиболее близкие из имеющихся). Ключевые слова разделяются запятой.
5. Заголовки таблиц, подписи к рисункам, а также все тексты на рисунках и в таблицах должны быть на русском и английском языках.
6. Сокращений, кроме общеупотребительных, следует избегать. Сокращения в названии статьи, названиях таблиц и рисунков, в выводах недопустимы. Если аббревиатуры используются, то все они должны быть расшифрованы полностью при первом их упоминании в тексте (например: «Наряду с данными о РОН (резидуально-органической недостаточности), обусловливающей развитие ГКС (гиперкинетического синдрома), расширен диапазон исследований по эндогенной природе данного синдрома».
7. При представлении рукописи в Журнал Авторы несут ответственность за раскрытие своих финансовых и других конфликтных интересов, способных оказать влияние на их работу. В рукописи должны быть упомянуты все лица и организации, оказавшие финансовую поддержку (в виде грантов, оборудования, лекарств или всего этого вместе), а также другое финансовое или личное участие.

   В конце каждой статьи обязательно указываются вклад авторов в написание статьи, источники финансирования (если имеются), отсутствие конфликта интересов, наличие согласия на публикацию со стороны пациентов. Данная информация должна быть переведена на английский язык.
8. **ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES).** Список литературы должен представлять полное библиографическое описание цитируемых работ в соответствии с NLM (National Library of Medicine) Author A.A., Author B.B., Author C.C. Title of article. Title of Journal. 2021;10(2):49–53. Фамилии и инициалы авторов в пристатейном списке приводятся **в порядке упоминания** [1, 2, 3 и т.д.]. В описании указываются ВСЕ авторы публикации. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрой в квадратных скобках. Ссылки на неопубликованные работы не допускаются.

   В оригинальных статьях допускается цитирование, как правило, не более 30 источников, в обзорах литературы — не более 60, в лекциях и других материалах — до 15. Библиография должна содержать большинство публикаций за последние 5 лет.

   Книга:

   Юрьев В.К., Моисеева К.Е., Глущенко В.А. Основы общественного здоровья и здравоохранения. Учебник. СПб.: СпецЛит; 2019.

   Никифоров О.Н., ред. Санкт-Петербург в 2021 году. СПб.: Петростат; 2022.

   Глава из книги:

   Тутельян В.А., Никитюк Д.Б., Шарафетдинов Х.Х. Здоровое питание — основа здорового образа жизни и профилактики хронических неинфекционных заболеваний. В кн.: Здоровье молодежи: новые вызовы и перспективы. Т. 3. М.; 2019: 203–227.

   Статья из журнала:

   Карсанов А.М., Полунина Н.В., Гогичаев Т.К. Безопасность пациентов в хирургии. Часть 2: Программа менеджмента качества хирургического лечения. Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2019;1(35):56–65. DOI: 10.31556/2219-0678.2019.35.1.056-065.

Тезисы докладов, материалы научных конференций:

Марковская И.Н., Завьялова А.Н., Кузнецова Ю.В. Микробный пейзаж пациента первого года жизни с дисфагией, длительно находящегося в ОРИТ. XXX Конгресс детских гастроэнтерологов России и стран СНГ: тез. докл. М.; 2023: 29–31.

Салов И.А., Маринушкин Д.Н. Акушерская тактика при внутриутробной гибели плода. В кн.: Материалы IV Российского форума «Мать и дитя». Ч. 1. М.; 2000: 516–519.

Авторефераты, диссертации:

Авилов А.Ю. Девиации полоролевой идентичности мужчин с умственной отсталостью в условиях психоневрологического интерната. Автореф. дис. … канд. психол. наук. СПб.; 2021.

Камакин Н.Ф. Пути гомеостатирования в крови инкретируемых пищеварительными железами гидролаз, их анаболическая и регуляторная роль: Дисс. … д-ра мед. наук. Томск; 1985.

Патенты:

Баженов А.Н., Илюшина Л.В., Плесовская И.В., изобретатели; Баженов А.Н., Илюшина Л.В., Плесовская И.В., правопреемник. Методика лечения при ревматоидном артрите. Патент РФ RU 2268734. 27 января 2006 г.

Приказы:

Приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология». Доступно по: https://docs.cntd.ru/document/566162019?ysclid=lo30ib3c8k800071923 (дата обращения: 23.04.2024).

Описание интернет-ресурса:

Естественное движение населения. Москва: Росстат. Доступен по: https://rosstat.gov.ru/folder/12781 (дата обращения: 23.10.2023).

Для всех статей необходимо указывать индекс DOI в конце библиографического описания, а также EDN при его наличии.

Примеры:

Саттаров А.Э., Карелина Н.Р. Особенности ростовых процессов у мальчиков и юношей различных пропорций и телосложения, проживающих в южной части Кыргызстана. Педиатр. 2018;9(5):47–52. DOI: 10.17816/PED9547-52. EDN: YRAEPZ.

Voropaeva E.E., Khaidukova Yu.V., Kazachkova E.A., et al. Perinatal outcomes and morphological examination of placentas in pregnant women with critical lung lesions in new COVID-19 coronavirus infection. Ural Medical Journal. 2023;22(2):109–121. (In Russian). DOI: 10.52420/2071-5943-2023-22-2-109-121. EDN: CXRCMN.

Перевод и транслитерация

Если публикация написана **на русском языке** (на кириллице) и существует официальный перевод на английский язык, нужно привести этот вариант. Если официального перевода нет, следует перевести название публикации на английский язык самостоятельно. В конце описания в скобках указать язык издания.

Если цитируемая статья написана **на английском** (немецком, испанском, итальянском, финском, датском и других языках, использующих романский алфавит), *ссылку на нее следует привести на оригинальном языке опубликования* и в списке литературы, и в References. Пример (статья в норвежском журнале на норвежском языке):

Ellingsen AE, Wilhelmsen I. Sykdomsangst blant medisinog jusstudenter. Tidsskr Nor Laegeforen. 2002;122(8):785–787. (In Norwegian).

Стандарт транслитерации. При транслитерации рекомендуется использовать систему BGN (Board of Geographic Names), см. сайт http://www.translit.ru

ФИО авторов, редакторов. Фамилии и инициалы всех авторов на латинице следует приводить в ссылке так, как они даны в оригинальной публикации. Если в оригинальной публикации уже были приведены на латинице ФИО авторов, в ссылке на статью следует указывать именно этот вариант (независимо от использованной системы транслитерации в первоисточнике). *Если в официальных источниках (на сайте журнала, в базах данных, в том числе в eLIBRARY) ФИО авторов на латинице не приведены, следует транслитерировать так же, как в предыдущих публикациях или по системе BGN.*

Название публикации. Если у цитируемой работы существует официальный перевод на английский язык или англоязычный вариант названия (его следует искать на сайте журнала, в базах данных, в том числе в eLIBRARY), следует указать именно его. *Если в официальных источниках название публикации на латинице не приведено, следует перевести на английский язык самостоятельно.*

Название издания (журнала). Некоторые неанглоязычные научные издания (журналы) имеют кроме названия на родном языке официальное «параллельное» название на английском (например, у журнала «Сахарный диабет» есть официальное англоязычное название «Diabetes Mellitus»). Таким образом,

для списка References в ссылке на статью из русскоязычного журнала следует указать либо транслитерированное название журнала, либо переводное. Переводное название журнала можно взять либо с официального сайта журнала (или использовать данные о правильном написании англоязычного названия из цитируемой статьи), либо проверить его наличие в базе данных, например в CAS Source Index, библиотеке WorldCat или каталоге Web of Science (ISI), каталоге названий базы данных MedLine (NLM Catalog), PubMed. *В случае, когда у журнала нет официального названия на английском языке, в References нужно приводить транслитерацию по системе BSI.* Не следует самостоятельно переводить названия журналов.

Место издания. Место издания в ссылках всегда следует указывать ***на английском языке и полностью***, то есть Moscow, а не «Moskva» и не «M.:», Saint Petersburg, а не «Sankt Peterburg» и не «SPb».

Название издательства/издателя. Название издательства для ссылок в References ***следует только транслитерировать*** (за исключением крайне редких случаев наличия у издателя параллельного официального англоязычного названия).

Приказы, указы, постановления и другие официальные документы, а также патенты транслитерируются.

Примеры перевода русскоязычных источников литературы для англоязычного блока статьи.

Книга:

Yuriev V.K., Moiseeva K.E., Glushchenko V.A. Fundamentals of public health and healthcare. Textbook. Saint Petersburg: SpetsLit; 2019. (In Russian).

Nikiforov O.N., ed. Saint Petersburg in 2021. Saint Petersburg: Petrostat; 2022. (In Russian).

Глава из книги:

Tutelyan V.A., Nikityuk D.B., Sharafetdinov Kh.Kh. Healthy nutrition is the basis of a healthy lifestyle and the prevention of chronic non-communicable diseases. In: Youth health: new challenges and prospects. T. 3. Moscow; 2019: 203–227. (In Russian).

Статья из журнала:

Karsanov A.M., Polunina N.V., Gogichaev T.K. Patient safety in surgery. Part 2: Quality management program for surgical treatment. Medical technologies. Evaluation and selection. 2019;1(35):56–65. (In Russian). DOI: 10.31556/2219-0678.2019.35.1.056-065.

Тезисы докладов, материалы научных конференций:

Markovskaya I.N., Zavyalova A.N., Kuznetsova Yu.V. Microbial landscape of a patient in the first year of life with dysphagia who has been in the ICU for a long time. XXX Congress of pediatric gastroenterologists of Russia and the CIS countries: abstract. report. Moscow; 2023: 29–31.

Salov I.A., Marinushkin D.N. Obstetric tactics in intrauterine fetal death. In: Materialy IV Rossiyskogo foruma “Mat’ i ditya”. Part 1: Moscow; 2000: 516–519. (In Russian).

Авторефераты, диссертации:

Avilov A.Yu. Deviations of gender role identity of men with mental retardation in a psychoneurological boarding school. PhD thesis. Saint Petersburg; 2021. (In Russian).

Kamakin N.F. Ways of homeostatization of hydrolases secreted by digestive glands in the blood, their anabolic and regulatory role. MD dissertation. Tomsk; 1985. (In Russian).

Патенты:

Bazhenov AN, Ilyushina LV, Plesovskaya IV, inventors; Bazhenov AN, Ilyushina LV, Plesovskaya IV, assignee. Metodika lecheniia pri revmatoidnom artrite. Russian Federation patent RU 2268734. 2006 Jan 27. (In Russian).

Приказы:

Prikaz Minzdrava Rossii ot 20.10.2020 N 1130n “Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya meditsinskoy pomoshchi po profilyu “akusherstvo i ginekologiya”. Available at: http://docs.cntd.ru/document/566162019?ysclid=lo30ib3c8k800071923 (accessed: 23.04.2024). (In Russian).

Описание Интернет-ресурса:

Natural population movement. Moscow: Rosstat. Available at: https://rosstat.gov.ru/folder/12781 (accessed: 10/23/2023). (In Russian).

Kealy M.A., Small R.E., Liamputtong P. Recovery after caesarean birth: a qualitative study of women’s accounts in Victoria, Australia. BMC Pregnancy and Childbirth. 2010. Available at: http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/47/ (accessed: 11.09.2013).

Пример списка литературы (References):

ЛИТЕРАТУРА

1. Криворученко В.К. Жестокое обращение с ребенком. Проявление и меры предотвращения. Информационный гуманитарный портал Знание. Понимание. Умение. 2012; 3. Доступен по: http://www.zpu-journal.ru/e-zpu/2012/3/Krivoruchenko_Child-Abuse (дата обращения: 27.12.2023).
2. Jacobi G., Dettmeyer R., Banaschak S., Brosig B., Herrmann B. Child abuse and neglect:

diagnosis and management. Dtsch Arztebl Int. 2010;107(13):231-239. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0231.

REFERENCES

1. Krivoruchenko V.K. Child abuse. Manifestation and prevention measures. Informatsionnyy gumanitarnyy portal Znaniye. Ponimaniye. Umeniye. 2012; 3. Available at: http://www.zpu-journal.ru/e-zpu/2012/3/Krivoruchenko_Child-Abuse (accessed: 27.12.2023) (In Russian).
2. Jacobi G., Dettmeyer R., Banaschak S., Brosig B., Herrmann B. Child abuse and neglect: diagnosis and management. Dtsch Arztebl Int. 2010;107(13):231–239. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0231.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬ БИБЛИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ НЕСЕТ АВТОР.

Остальные материалы предоставляются либо на русском, либо на английском языке, либо на обоих языках по желанию.

Структура основного текста статьи.

Введение, изложение основного материала, заключение, литература. Для оригинальных исследований — введение, методика, результаты исследования, обсуждение результатов, выводы, литература.

В разделе «Методика» обязательно указываются сведения о статистической обработке экспериментального или клинического материала. Единицы измерения даются в соответствии с Международной системой единиц — СИ. Фамилии иностранных авторов, цитируемые в тексте рукописи, приводятся в оригинальной транскрипции.

В конце каждой статьи обязательно указываются вклад авторов в написание статьи, источники финансирования (если имеются), отсутствие конфликта интересов, наличие согласия на публикацию со стороны пациентов.

Объем рукописей.

Объем рукописи обзора не должен превышать 25 стр. машинописного текста через два интервала, 12 кеглем (включая таблицы, список литературы, подписи к рисункам и резюме на английском языке), поля не менее 25 мм. Нумеруйте страницы последовательно, начиная с титульной. Объем рукописи статьи экспериментального характера не должен превышать 15 стр. машинописного текста; кратких сообщений (писем в редакцию) — 7 стр.; отчетов о конференциях — 3 стр.; рецензий на книги — 3 стр. Используйте колонтитул — сокращенный заголовок и нумерацию страниц, для помещения вверху или внизу всех страниц статьи.

Иллюстрации и таблицы. Число рисунков рекомендуется не более 5. В подписях под рисунками должны быть сделаны объяснения значений всех кривых, букв, цифр и прочих условных обозначений. Все графы в таблицах должны иметь заголовки. Повторять одни и те же данные в тексте, на рисунках и в таблицах не следует. Рисунки, схемы, фотографии должны быть представлены в расчете на печать в черно-белом виде или уровнями серого в точечных форматах tif, bmp (300–600 dpi), или в векторных форматах pdf, ai, eps, cdr. При оформлении графических материалов учитывайте размеры печатного поля Журнала (ширина иллюстрации в одну колонку — 90 мм, в 2 — 180 мм). Масштаб 1:1.

РЕЦЕНЗИРОВАНИЕ

Статьи, поступившие в редакцию, обязательно рецензируются. Если у рецензента возникают вопросы, то статья с комментариями рецензента возвращается Автору. Датой поступления статьи считается дата получения Редакцией окончательного варианта статьи. Редакция оставляет за собой право внесения редакторских изменений в текст, не искажающих смысла статьи (литературная и техническая правка).

АВТОРСКИЕ ЭКЗЕМПЛЯРЫ ЖУРНАЛА

Редакция обязуется выдать Автору 1 экземпляр Журнала на каждую опубликованную статью вне зависимости от числа авторов. Авторы, проживающие в Санкт-Петербурге, получают авторский экземпляр Журнала непосредственно в Редакции. Иногородним Авторам авторский экземпляр Журнала высылается на адрес автора по запросу от автора. Экземпляры спецвыпусков не отправляются авторам.

АДРЕС РЕДАКЦИИ

194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., 2
e-mail: medorgspb@yandex.ru.

Сайты журнала: http://www.gpmu.org/science/pediatrics-magazine/Medicine_organization, https://ojs3.gpmu.org/index.php/medorg

ИЗДАТЕЛЬСТВО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ПРЕДСТАВЛЯЕТ

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ. ПРОТЕЗИРОВАНИЕ НЕСЪЁМНЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

М. Ф. Сухарев, С. Б. Фищев, М. Г. Рожкова



Учебник соответствует программе Министерства здравоохранения Российской Федерации по ортопедической стоматологии, предназначен и будет полезным для преподавателей курсов и стоматологических кафедр, студентов стоматологических факультетов, ординаторов, аспирантов, врачей-стоматологов.

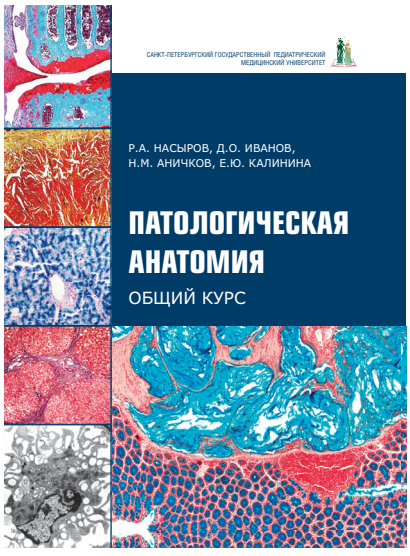
Авторы будут признательны за критические замечания и дополнения.

Твердый переплет, цветные иллюстрации, 464 страницы.

Приобрести издание можно в интернет-магазине Лабиринт:
https://www.labirint.ru/books/877708/

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ. ОБЩИЙ КУРС

Р.А. Насыров, Д.О. Иванов, Н.М. Аничков, Е.Ю. Калинина



В общем курсе патологической анатомии (клинической патоморфологии) рассмотрены вопросы общей патологической анатомии: методы исследования в патоморфологии, повреждение и гибель клеток и тканей, в том числе старение; нарушения кровообращения и иных сред организма, воспаление, репарация и регенерация, заживление ран, иммунная патология, адаптация, патология роста клеток и их дифференцировки, опухоли, генетические заболевания, учение о диагнозе в патологической анатомии, патология и факторы окружающей среды, патология, вызванная питанием, констатация смерти и др.

Учебник рассчитан на студентов-медиков всех факультетов, а также на врачей, интересующихся вопросами общей патологической анатомии.

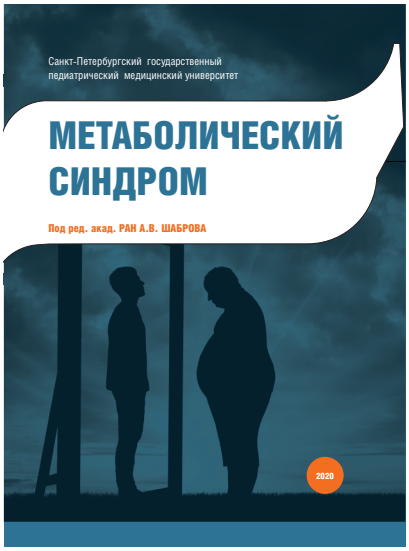
Твердый переплет, цветные иллюстрации, 280 страниц.

Приобрести издание можно в интернет-магазине Лабиринт:
https://www.labirint.ru/books/777658/

ИЗДАТЕЛЬСТВО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ПРЕДСТАВЛЯЕТ

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Под ред. акад. РАН А.В. Шаброва



Монография посвящена одной из ведущих проблем современного здравоохранения — метаболическому синдрому. Представлены исторические аспекты изучения метаболического синдрома и ассоциированных с ним заболеваний сердечно-сосудистой системы, критерии диагностики, эпидемиологические данные, проанализирована роль таких факторов, как микробиом кишечника, адипокины, оксидативный стресс, нарушение пищевого поведения в патогенезе метаболического синдрома. Рассмотрено влияние метаболического синдрома на бронхолегочную патологию, гастроэнтерологическую патологию, половые дисфункции. Описаны перспективные методы обследования пациентов с метаболическим синдромом, современные подходы к терапии. Монография будет интересна врачам терапевтических специальностей, научным работникам, преподавателям, аспирантам, студентам медицинских вузов.

Твердый переплет, 496 страниц.

Приобрести издание можно в интернет-магазине Лабиринт:
https://www.labirint.ru/books/777643/

ГОЛОДАНИЕ В ДЕТСТВЕ И БОЛЕЗНИ В СТАРОСТИ

Л.П. Хорошинина, Д.О. Иванов



Книга посвящена малоизученным медицинским проблемам у людей старших возрастных групп, переживших в детстве длительные периоды голодания. Авторами изучаются отдаленные последствия длительного голодания детей и подростков в блокированном Ленинграде (1941–1944). Литературный обзор и полученные данные свидетельствуют об особенностях соматических заболеваний у бывших малолетних жителей блокированного Ленинграда, ставших ныне взрослыми. Книга переиздается повторно, текст её дополнен и исправлен.

Издание может быть интересно патологам, врачам-клиницистам, специалистам по организации здравоохранения и всем гражданам, интересующимся историей блокады Ленинграда.

2-е издание, переработанное и дополненное.

Твердый переплет, 176 страниц.

Приобрести издание можно в интернет-магазине Лабиринт:
https://www.labirint.ru/books/777647/