

ЛІТЕРАТУРА

1. Азизян И.А. Теория композиции как поэтика архитектуры. — М.: Прогресс-Традиция 2002. — 495 с.: С. 267-283.
2. Голубев Г.Е. Подземная урбанистика (Градостроительные особенности развития систем подземных сооружений). — М.: Стройиздат, 1979. — 231 с.: С.145-153.
3. Иконников А.В., Степанов Г.П. Основы архитектурной композиции. — М.: Искусство, 1971. — 224 с.: С. 108-120.
4. Кожевин Н.В. Архитектура и проектирование аэропортов гражданской авиации. — М.: Государственное архитектурное издательство Академии архитектуры СССР.
5. Кринский В.Ф., Ламцов И.В., Туркус М.А. Элементы архитектурно-пространственной композиции. — М.: Издательство литературы по строительству, 1968. — 169 с.: С. 26-29.
6. Писков М.Г., Аэровокзальные комплексы аэропортов. — М.: Воздушный транспорт, 1983. — 158 с.: С. 104.
7. Писков М.Г., Комский М.В., Аэровокзалы. — М.: Стройиздат, 1987. — 199 с.
8. Романова О.В. Актуальні тенденції розвитку аеровокзалів. — Київ: КиївЗНІЕП “Сучасні тенденції в архітектурі та будівництві України”, 2003 р.
9. Семикіна О.В. — Автореферат дис. канд. арх. Архітектура бізнес-центрів в системі аеропорту (на прикладах об'єктів цивільної авіації України) — К.: КНУБіА, 2003. — 19 с.: С. 1-3.
10. Соколов А.М. Основные понятия архитектурного проектирования. — Л.: Издательство Ленинградского университета, 1976. — 190 с.: С. 47-58.
11. Чернихов Я. Основы современной архитектуры. — Л.: Изд. Ленинградского общества архитекторов, 1931. — 96 с.: С. 67-69.

УДК 725.512-053.5/6

*В. П. Уренев, О. С. Савицкая, Ю. А. Пушкина***ЭВОЛЮЦИЯ АРХИТЕКТУРЫ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ
ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

В Украине более 150000 тяжело больных детей, что составляет в среднем 12,8 на 1000 детей. Также отмечена тенденция возрастания числа инвалидов за счет инвалидов детства и инвалидности вследствие общего заболевания. Только с 1995 по 2000 гг. инвалидность увеличилась на 24%. В связи с этим в современных условиях чрезвычайно актуальным является вопрос о лечении и социальной адаптации детей-инвалидов. Под влиянием социального и научно-технического прогресса архитектура общественных и лечебных комплексов становится все более сложной, требуя развития новых функций и их взаимосвязей при обоснованном подходе. Развитие и прогрессирующая реорганизация детского здравоохранения сказываются на изменении принципов проектирования детских лечебных учреждений.

Проблема больных детей по-разному рассматривалась в различные эпохи в зависимости от развития медицины, социального мировоззрения, экономического

строя. Поводом для создания первых детских лечебных учреждений стал протест против печальной традиции, возникшей ещё в древности, — умерщвление слабых, больных или дефективных новорожденных.

Раннесредневековые формы социального обеспечения организовывались церковными властями при посредстве монастырей и религиозных общин. Одно из первых подобных учреждений — Дом подкидышей в Милане (787), он просуществовал до конца XVIII века. Сами больницы, в тогдашнем понимании, строились в основном на территории монастырей [1]. Среди них можно выделить 2 типа: 1 — общие больницы, 2 — инфекционные больницы. Инфекционные больницы чаще всего представляли собой лепрозории и “залы умерших”. Они служили не столько для лечебных целей, сколько для противоэпидемических мер. Во избежание распространения эпидемий сюда принимали больных чумой, проказой, холерой, черной оспой, а также их семьи. Среди самых ранних лечебных комплексов Европы можно выделить инфекционную больницу в Тортуаре (рис. 1), построенную в XIV веке.

В эпоху Ренессанса, с распространением идеи гуманизма и реформации, начинает радикально трансформироваться характер учреждений подобного рода, приобретая более светский облик. Например, приют для детей (Ospedale degli hmocenti) во Флоренции, построенный по проекту Ф. Брунеллеску в 1419–1459 гг. (рис. 2). Здание имеет вид типичного палаццо с аркадами со стороны площади и внутреннего двора, о его назначении говорят майоликовые медальоны (работа Андреа делла Робиа) на передних фасадах. Однако культура Возрождения не нашла своего места в архитектуре больниц — применение классических правил симметрии (использовавшихся в архитектуре) лишило функционально-планировочное решение гибкости: замкнутые дворы и плотная застройка препятствовали необходимому сквозному проветриванию, высоко находящиеся небольшие оконные проемы недостаточно освещали и инсолировали больничные залы.

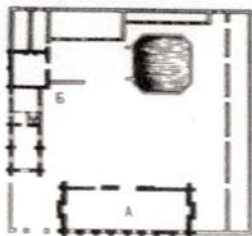
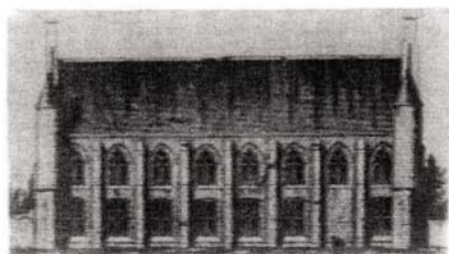


Рис. 1. Инфекционная больница в Тортуаре, фасад, план

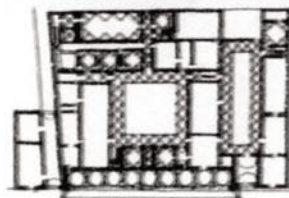
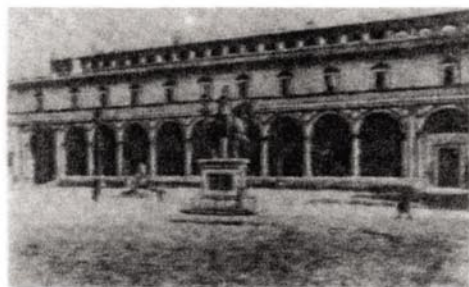


Рис. 2. Приют для детей во Флоренции, фасад, план

С начала XVII века возникают предпосылки, способствующие реформированию больничного дела, — развивается теория и практика лечения детских заболеваний, внутренних болезней, хирургии. Во Франции подписываются декреты об образовании системы социального обеспечения, включающей в себя охрану материнства и младенчества [5]. Несмотря на это, реформа больничного дела была проведена только в середине XVIII века, когда произошло выделение педиатрии из общей медицины. В связи с этим в рамках общих больниц и в отдельно строящихся зданиях организуются педиатрические отделения. Впервые подобное учреждение было открыто в Париже в 1802 году — “больница для больных детей”. Впоследствии подобные больницы возникают во Львове (1845), в Петербурге (1834), в Берлине (1830), в Вене (1837) и других крупных городах Европы [4]. Планировочную схему детских отделений того периода иллюстрирует детское отделение на 62 койки при больнице св. Владимира (рис. 3) в Москве (1876, арх. Гедике) [4].

При всем том уровень развития больничного дела в XIX веке не соответствовал развитию медицинских и естественных наук. Перегруженность и антисанитарное состояние больниц XIX в. стали причиной огромной смертности. По статистике, смертность в детских больницах достигала 40%, а в педиатрических отделениях при общих больницах была еще выше. Так, например, в Берлине — в Шарите смертность младенцев достигала 78% (1874–1884).

В 1878 г. в Париже состоялся Международный конгресс, где освещалась проблема гигиены и профилактики внутрибольничных инфекций. С учетом представленных на нем материалов начали проектировать больничные комплексы, состоящие из отдельных корпусов. Примером такого комплекса может служить построенная в 1890 году Императорская детская больница им. Фридриха в Берлине (арх. Ш. Миден, Вельтцир, Шпеер) на 258 коек (рис. 4).

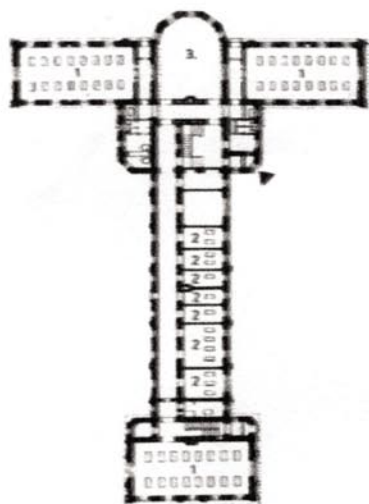


Рис. 3. Детское отделение при больнице св. Владимира в Москве, план

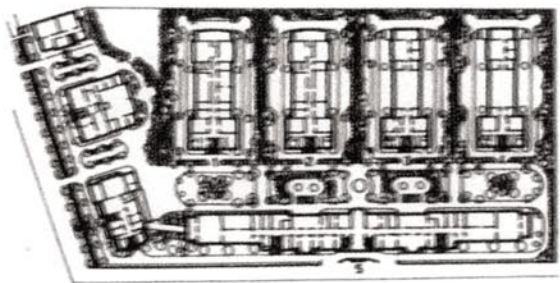


Рис. 4. Императорская детская больница им. Фридриха в Берлине, генеральный план

XX век — век серьезных социальных достижений, а также достижений в области медицинской науки и техники, характеризуется необычайно быстрым развитием строительства детских лечебных учреждений. Из-за прогрессирующей и развивающейся реорганизации детского здравоохранения возникает потребность в поиске новых проектных решений в больничном строительстве, в выделении типологически новых определений лечебно-профилактических учреждений с учетом современных направлений системы здравоохранения:

- Профилактика — программы здравоохранения общества, иммунизации и народного образования;
- Диагностика — физиологический и психологический осмотр;
- Терапия — экстренная, интенсивная, острых заболеваний, широкая, минимальная, на дому и амбулаторная;
- Реабилитация — восстановление физических, психических и умственных возможностей до степени, необходимой для полноценной жизни в современном обществе;
- Медицинское образование и научно-исследовательская работа [6].

Анализ отечественного и зарубежного опыта проектирования и строительства детских лечебно-профилактических учреждений позволяет выделить следующие типы:

- Детские отделения при общих и клинических больницах,
- Детские многопрофильные больницы,
- Специализированные детские больницы,
- Специализированные учебно-лечебные центры (интернаты),
- Санатории,
- Поликлиники,
- Дневные больницы,
- Реабилитационные и консультационные центры.

При выборе объемно-планировочных решений зданий лечебных учреждений используется несколько основных типов, наиболее часто применяемых в больничном строительстве, а именно:

– Павильонная застройка. В качестве примера может служить институт Масарика в Праге (арх. Б. Козак, 1926–1929 гг.) — классическая павильонная система с четкой симметричной композицией (рис. 5) [1].

– Террасная застройка. Ярким примером является Республиканский учебно-лечебный центр (интернат) для слабослышащих детей в Тбилиси (рис. 6) [2].

– Гребнеобразная (блочно-павильонная) застройка. Наглядно представлена на примере городской детской клиники в Вупперталь-Бармене, Германия (1956 г., арх. Хеннеман, рис. 7).

– Моноблочная застройка. К этому типу застройки можно отнести детскую больницу в Аарау, Швейцария (арх. Хафнер, Ведеркер, рис. 8) [1].

– Смешанная застройка. Самая распространенная в больничном строительстве, т.к. дает возможность максимально эффективно и рационально использовать как территорию комплекса, так и внутреннее пространство объекта. Примером может служить детский реабилитационный учебный центр для слепых и слабовидящих, Мюнхен (арх. А. Падженстечер, рис. 9) [3].

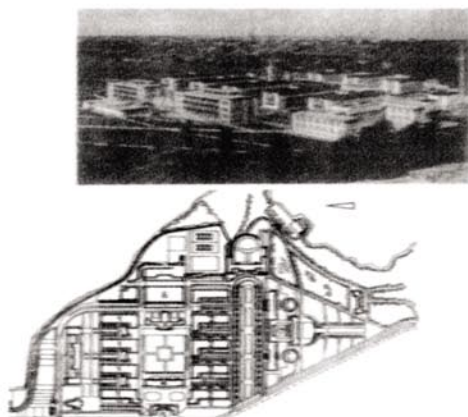


Рис. 5. Институт Масарика в Праге, Генеральный план, панорамный вид

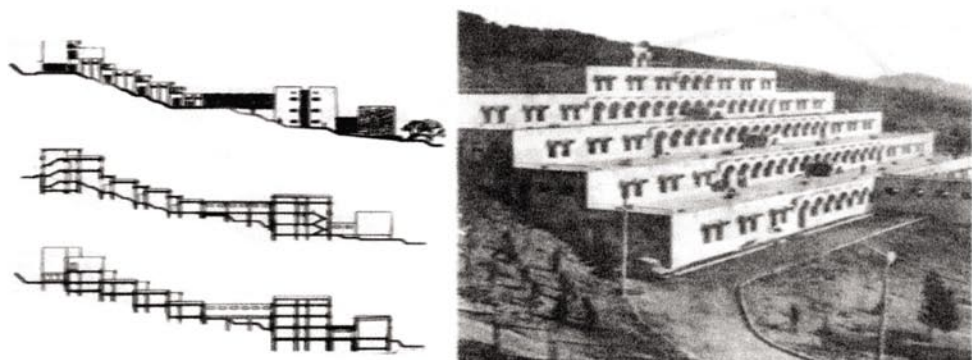


Рис. 6. Республиканский учебно-лечебный центр для слабослышащих и глухих детей в Тбилиси. Разрезы, перспектива

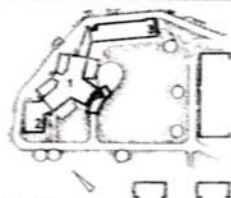


Рис. 7. Городская детская клиника в Вупперталь-Бармене, генплан, перспектива

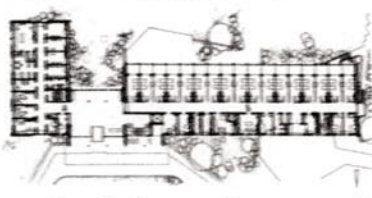
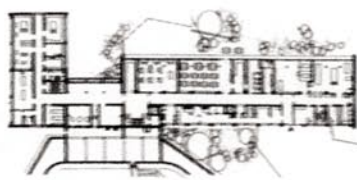


Рис. 8. Детская больница в Аарау

Таким образом, в рассмотренном историческом отрезке времени прослеживается существенная эволюция архитектуры лечебных учреждений для детей и подростков — от примитивных одноэтажных форм до типологически рациональных и многофункциональных комплексов.

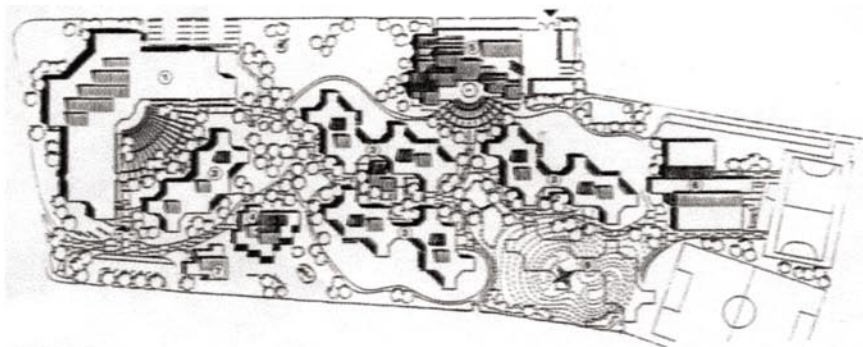


Рис. 9. Детский реабилитационный центр для слепых и слабовидящих в Мюнхене.

ЛИТЕРАТУРА

1. В. Подчаска-Вышинска. Проектирование детских лечебных учреждений. — М.: Стройиздат, 1981.
2. В.К. Степанов. Специализированные учебно-лечебные центры. — М.: Стройиздат, 1987.
3. Walter Meyer-Bohe. Budownictwo dla osób starszych i niepełnosprawnych. — Warszawa: Arkady, 1991.
4. Барановский. Архитектурная энциклопедия. С.-Петербург: Типограф. журн. “Строитель”, 1904. — Т. VI.
5. Rochaix M. Essai sur revolution de questions hospitalieres. — Paris, 1957. — (Очерк эволюции больничных проблем).
6. Проектирование больниц, учебное пособие. — М.: Стройиздат, 1977.

УДК 711.455-053.5

Н. С. Захаревская, А. А. Котляр

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ПРОЕКТИРОВАНИЯ СПОРТИВНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ЛАГЕРЕЙ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ

Развитие системы высшего образования на Украине и повышение уровня профессиональной подготовки молодых специалистов включает решение комплекса определенных социальных задач — усовершенствование учебной, воспитательной, спортивно-оздоровительной и лечебно-профилактической работы среди студентов.