

*В. А. Малашенкова*

## **ФУНКЦИОНАЛЬНО-ПЛАНИРОВОЧНАЯ СТРУКТУРА ЦЕНТРОВ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ НА ПРИМЕРЕ ОДЕССКОГО РЕГИОНА**

Современный детский реабилитационный центр — это новый тип общественного учреждения. Кроме своей новизны как социального явления, он представляется новой спецификой своей архитектурно-планировочной структуры, составом помещений и интеграцией в едином комплексе различных типологических групп помещений. В свою очередь эти элементы объединяются в секции и функциональные блоки, которые на последнем этапе и формируют центр реабилитации, в общем. На архитектуру центров имеет большое влияние медицинская методика лечения и реабилитации. Архитектор должен доступными ему средствами повышать эффективность действия оказываемых услуг по восстановлению здоровья детей.

В Одесском регионе просматривается тенденция строительства и эксплуатации центров реабилитации средней (60–100 мест) и большой (100–200 мест и больше) вместимости. Такие центры имеют развитую и сложную функционально-планировочную структуру. Они могут быть многофункциональными и обеспечивать лечение детей с различной спецификой и тяжестью заболеваний. В таких центрах детей делят по реабилитационным группам, в зависимости от возраста и характера заболеваний. В центрах большой вместимости необходимо предусматривать группы жилых помещений, где дети могут проживать со своими родителями. Участие родителей в реабилитационном процессе — важнейший аспект реабилитации ребенка. Присутствие родителей создает поддержку для ребенка и дает ему чувство защищенности, чувство «дома». В центрах реабилитации средней вместимости важно запроектировать комнаты отдыха для детей, чтобы они могли получить отдых после процедур.

Проведенные исследования свидетельствуют о том, что возможно поделить центры реабилитации на два типа: *I тип — центры большой вместимости* и *II тип — центры средней вместимости*.

*Функционально-планировочная структура и состав помещений I типа (рис. 1).*

Центры реабилитации I типа — это центры самой большой вместимости от 100 до 200 мест (и более) и с самой сложной структурой. Отличительной чертой этих центров является наличие жилой группы помещений, или пансионата, где родители могут проживать со своими детьми на протяжении всего курса реабилитации. Длительность лечения бывает разной и в среднем составляет от 3 до 6 месяцев. Срок определяется в зависимости от конкретного случая и назначенной реабилитационной программы. Для таких центров характерны блокированная и павильонная схема.

Функционально-планировочная модель центра реабилитации I типа представляет собой комплекс групп помещений со сложной внутренней взаимосвязью, а

именно: входная группа; административно-бытовая группа; медицинская группа; реабилитационная группа; спортивная группа; жилая группа.

*Функционально-планировочная структура и состав помещений II типа (рис. 2).*

Центры реабилитации II типа — это центры средней вместимости. Они функционируют отдельно и обслуживают от 60 до 100 мест. В центрах набор помещений немножко меньше, отсутствует жилая группа, но предусмотрены комнаты отдыха для детей. Для центров средней вместимости характерна централизованная и свободная планировочная схема.

Функционально-планировочная модель центра реабилитации II типа представляет собой комплекс групп помещений со сложной внутренней взаимосвязью, а именно: входная группа; административно-бытовая группа; медицинская группа; реабилитационная группа; спортивная группа.

Рассматривая каждую группу подробно, можно выявить некоторые особенности и требования к отдельным помещениям этой группы. Поэтому проанализируем каждую группу помещений в индивидуальном порядке.

Входная группа помещений несет громадную психологическую, эмоциональную и эстетическую нагрузку. Потому при проектировании возможно использование разнообразнейших архитектурно-художественных средств, таких как сложные конструктивные решения (остекленные пространства, соединенные разновысотные объемы и т. д.), устройство зимних садов и фонтанов в атриумах, роспись плоскостей стен, потолка, установка декоративных перегородок, использование различных отделочных материалов, использование малых архитектурных форм (панно, скульптура, светильники, скамьи и т. д.). Оптимальные коммуникационные схемы этой группы помещений может быть только смешанная [1].

Административная группа включает в себя помещения дирекции, бухгалтерии, канцелярии, архива и т. д. Эту группу можно условно отнести к помещениям, мало используемым посетителями. Дирекция чаще всего примыкает к входной группе помещений. Требования к этой группе минимальны, а именно — достаточная освещенность, высота помещений от 2,5 м, архивы — 2, 5 м, установленное оборудование (поручни, скамьи и т. д.). Коммуникационная схема этой группы помещений зависит только от виденья архитектора-проектировщика. Бытовая группа помещений является сопутствующей по отношению к другим группам, расположение помещений нельзя определить как какой-либо тип коммуникативной схемы, чаще всего они занимают подвалы, цокольные и технические этажи зданий реабилитационных центров. Требования к этим помещениям определяют инженерные сети и техническое оборудование зданий и сооружений. Эти две группы помещений объединили в одну [2].

Медико-реабилитационная группа включает множество разных по назначению, габаритам и требованиям помещений. Среди них такие, как кабинеты специалистов, кабинеты протезирования, кабинеты для проведения различных видов терапии, регистратура, кабинеты разных типов диагностики, кабинеты лечебной физкультуры. При одной высоте этих помещений требуются различные габариты, отделка, звуко-, гидроизоляция, зависящие от используемого оборудования. Строгие требования к помещениям связаны с инсоляцией, проветриванием, ориентацией. Наиболее рациональной для этих помещений является коридорная схема коммуникативной связи.

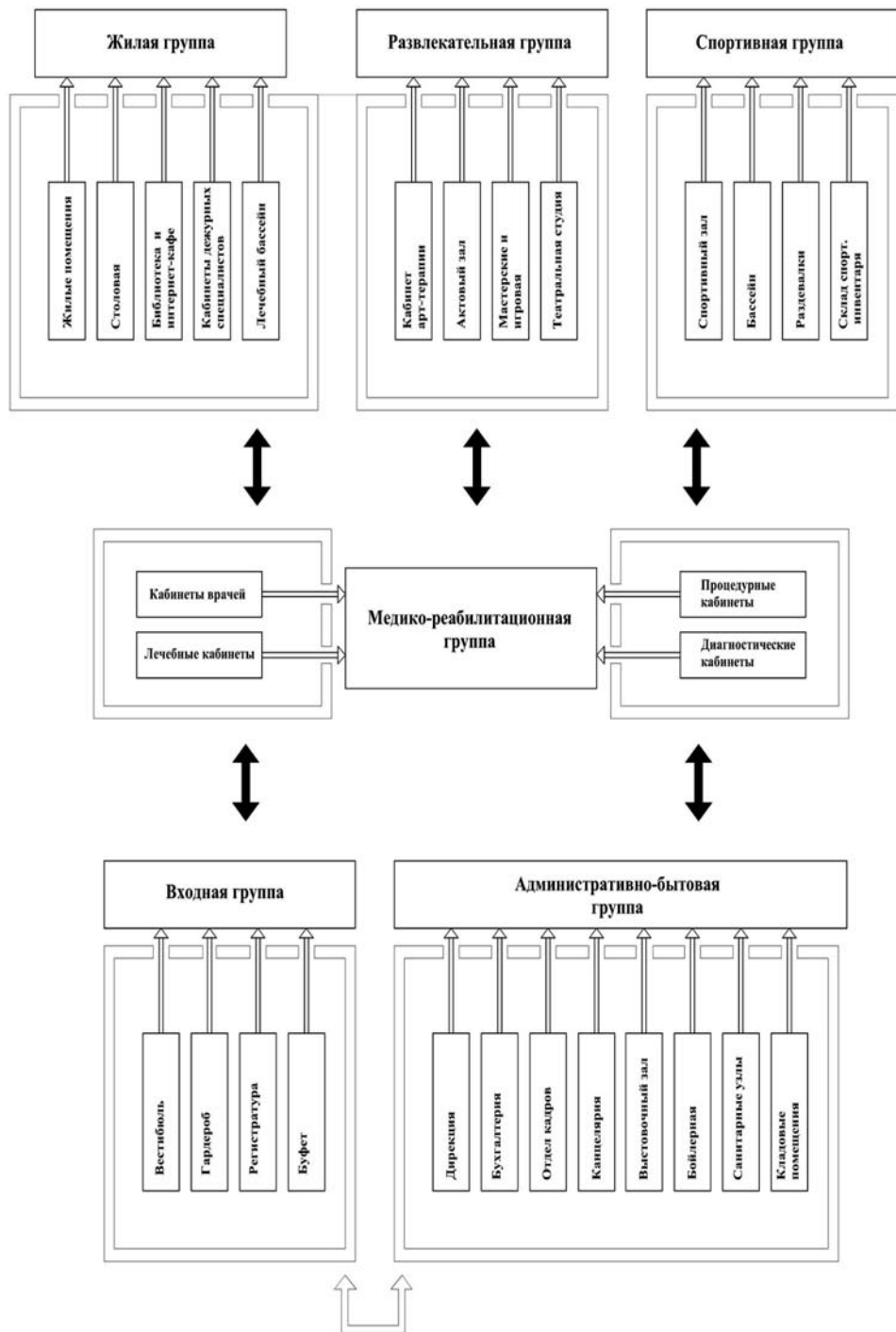


Рис. 1. Функционально-планировочная структура и состав помещений I типа

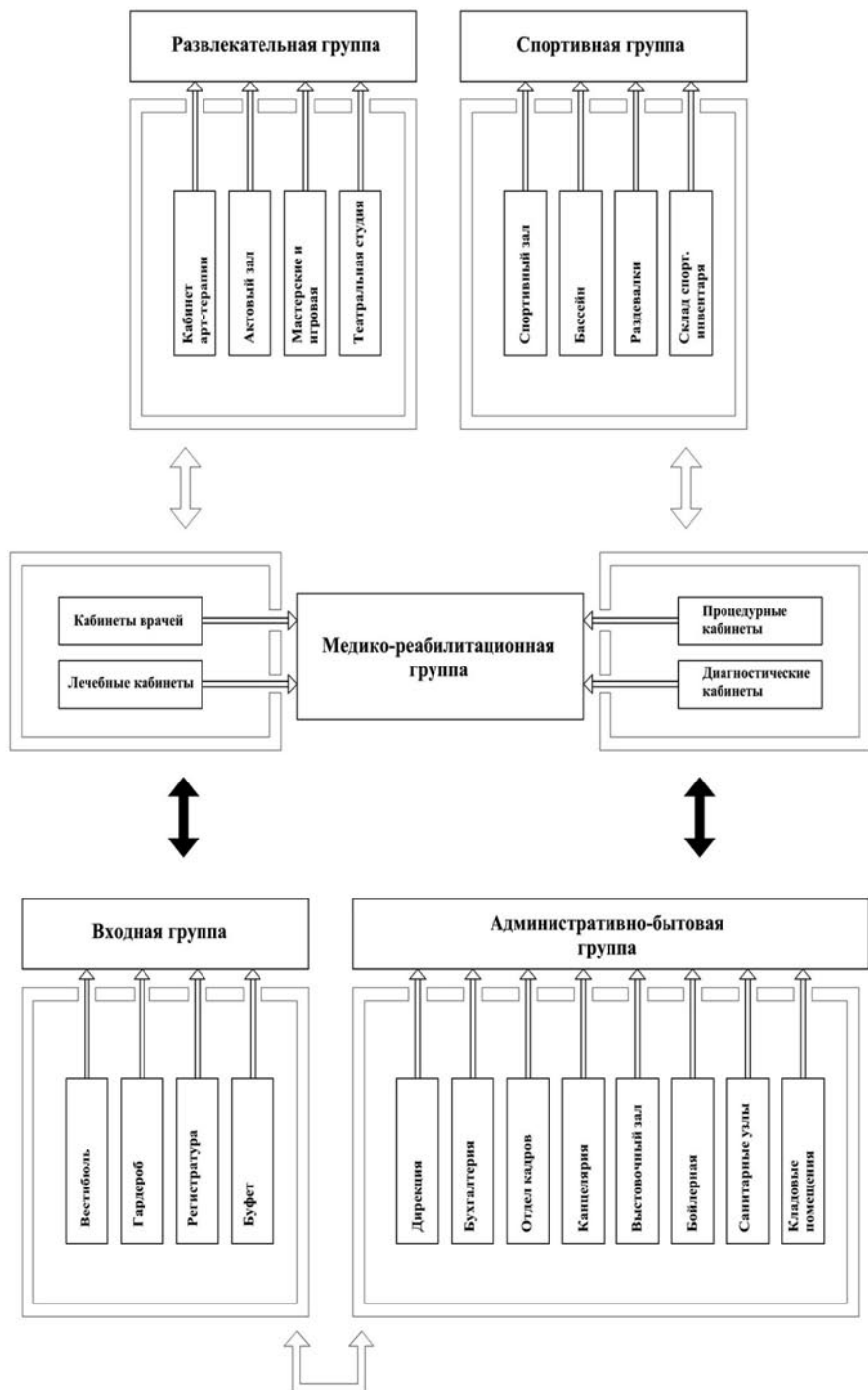


Рис. 2. Функционально-планировочная структура и состав помещений II типа

Развлекательная группа помещений включает в себя кабинет арт-терапии, мастерские и игровые, актовый зал и театральную студию. В этих помещениях дети смогут забыть о своих болезнях и лечении. Здесь тоже происходит реабилитация детей, но другого характера. Они получают заряд положительных эмоций, развивают свои таланты и учатся взаимодействовать с обществом, с детьми и взрослыми. В актовый зал могут приезжать и показывать спектакли. Дети, обучаясь в театральной студии, сами могут участвовать в спектаклях и выступать на сцене. В мастерских можно устроить различные кружки.

Спортивная группа помещений включает в себя как большие залы (гимнастические залы, спортивная арена с трибунами, плавательный бассейн минимум на 2 дорожки, плескательные ванны для малышей и занятий гидротерапией), так и обслуживающие малогабаритные помещения (раздевалки, душевые, с/у, кабинеты тренеров, дежурных врачей, медсестры, склады инвентаря, гардеробы и т. д.). Сложность заключается в соединении разновысотных и разногабаритных помещений. Правильно подобранная конструктивная система может решить проблему не только коммуникативной связи, но и быть в руках архитектора сильным выразительным средством, подчеркивающим образ здания. По виду коммуникационной связи эта группа относится к зальной [3].

Жилая группа помещений включает в себя: жилые помещения, пищеблок, библиотеку, Интернет-кафе, кабинеты дежурных специалистов и лечебный бассейн. Как правило, эти помещения проектируются согласно коридорно-коммуникативной схеме. Требования к этим помещениям такие же, как и к другим группам помещений.

Группа помещений пищеблока рассматривается с точки зрения отдельно расположенной столовой и помещений, обслуживающих ее (производственные цеха, кладовые, моечные, раздаточные). Нормативные требования к этим помещениям такие же, как и в общественных зданиях, кроме расчетной площади обеденного зала, которая увеличивается из-за больших антропометрических параметров инвалидов. Высота помещений обеденного зала нормируется не менее 3 м, равно как и производственных цехов, остальные помещения могут быть 2,5 м. Коммуникационная схема пищеблока представляет собой зальную [4].

Реабилитационный центр для детей с особыми потребностями — учреждение, предназначенное для комплексной — медицинской и социальной реабилитации больных детей с целью восстановления здоровья, социальной адаптации и восстановления социального статуса особого ребенка как полноценного члена общества.

Таким образом, проектируя центр реабилитации детей с ограниченными возможностями необходимо учесть много важных аспектов. Учитывать специфику больных детей, их психологию и эргономические требования. Нужно создать четкую связь между группами помещений центра. При этом сделать центр понятным для детей и обеспечить им легкий доступ во все помещения центра.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. В. К. Степанов, Специализированные учебно-лечебные центры. — М.: Стройиздат, 1987.
2. Организация центров восстановительного лечения детей. Методические рекомендации МЗ СССР. 1990.
3. Инструкция по проектированию дошкольных учреждений для детей с нарушением физического и умственного развития, СН-540–81, изд. офиц. утв. 31.12.1981 г., Госгражданстрой. — М.: Стройиздат, 1983. — 23 с.
4. Инструкция по проектированию зданий и сооружений, приспособляемых под лечебные учреждения, СН 515–79.

УДК 316,6; 728

*К. А. Вербич*

## СОЦИАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ РЕШЕНИЯ ПРАВОВОЙ ПРОБЛЕМЫ ЖИЛЬЯ АРХИТЕКТУРНЫМИ МЕТОДАМИ

К рубежу XX и XXI столетий проблема модернистской микрорайонной застройки бывших социалистических стран обостряется стремительным давлением капитала — данный тип застройки удобен для быстрого возведения и накрутки прибыли компании застройщика, а проблемы эксплуатации таких зданий ложатся на плечи владельцев квартир. В то же время социум переходит от коллективной собственности к частной, что открывает дополнительное поле действия для коммерческих манипуляций с жилым фондом. Так, в Украине здание, в котором приватизировано или приобретено имущество, является коллективной собственностью жильцов, но административные структуры не афишируют данную информацию, пользуясь слабой юридической грамотностью населения, а держат жильцов в заблуждении, что якобы их дом является коммунальной собственностью. На самом деле такое здание содержится на балансе жилищно-коммунальных хозяйств, что в свою очередь не легитимизирует их как коммунальных собственников. В то же время в законодательстве Украины, где прописаны нормы принятия решения в части коллективной собственности, указывается, что все решения должны приниматься консенсуально (т. е. абсолютным большинством голосов) [1]. Очевидно, что чем больше совладельцев какой-либо собственности, тем больше шанс недостижения консенсуса, и, следовательно, принятие любых решений собственниками в деле управления зданием и территорией значительно усложняется. Отсюда вытекает плохое физическое состояние многоквартирных зданий и прилегающих пространств.

Таким образом, остро становится задача еще на проектном этапе минимизировать социальные, экономические и даже юридические проблемы квартиропользователей, при этом обеспечив максимальную зону комфорта, расширив её за пределы квартиры, здания, придомовой территории и даже района. Одними из