

**КИЇВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ТЕХНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
АРХІТЕКТУРИ І БУДІВНИЦТВА**

На правах рукопису

ПІДГІРНЯК Квітана Юрївна

**АРХІТЕКТУРНО-ПЛАНУВАЛЬНА ОРГАНІЗАЦІЯ
МІСЬКИХ ПОЛІКЛІНІК
(на прикладі м. Києва)**

**Спеціальність: 18.00.02.— «АРХІТЕКТУРА
БУДИНКІВ ТА СПОРУД»**

**Автореферат
дисертації на здобуття вченого ступеня
кандидата архітектури**

Київ 1996



Дисертація є рукопис.

Робота виконана в Українському Зональному науково-дослідному інституті по цивільному будівництву (КиївЗНДІЕП), Київському філіалі Діпрондіздоров'я (Медінвестпроект) та в проектно-конструкторсько-впроваджувальному кооперативі «Будова—центр—1» (КиївПКВК «Будова—центр—1»).

- | | |
|-----------------------|---|
| Науковий керівник: | доктор архітектури, професор
Ежов Валентин Іванович |
| Науковий консультант: | доктор медичних наук, професор
Ярменчук Анатолій Дмитрович |
| Офіційні опоненти: | доктор архітектури, професор
Штолько Валентин Григорович
кандидат архітектури
Буравченко Сергій Григорович |
| Провідний заклад: | АТ КИВПРОЕКТ |

Захист відбудеться 23 травня 1996 року в 13.00 годин. на засіданні спеціалізованої Ради 01.18.04 при Київському Державному технічному Університеті архітектури та будівництва (252037, Київ-37, Повітрофлотський проспект, 31, ауд. 319).

З дисертацією можна познайомитись в бібліотеці Київського Державного технічного Університету архітектури та будівництва за адресою: 252037, Київ-37, Повітрофлотський проспект, 31.

Автореферат розіслано 20 квітня 1996 р.



Вчений секретар
спеціалізованої вченої Ради,
кандидат архітектури, доцент

В. О. Тімохін

1. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ.

Актуальність дослідження. На сучасному етапі розвитку людства все більше уваги приділяється попередженню виникнення захворювань. В зв'язку з цим однією з найважливіших ланок системи охорони здоров'я стає поліклініка. Зміни, що відбуваються в нашому суспільстві, зокрема приватизаційні процеси, ставлять нові вимоги до формування системи поліклінічної допомоги, яка повинна бути ефективною і економічною. В зв'язку з цим нааріла необхідність перегляду принципів формування системи мережі, типів, внутрішньої структури та проектування поліклінічних будівель, які мають задовільняти сучасні вимоги населення. В загальному комплексі даних проблем вагому частину становлять питання наукової організації системи мережі та архітектури будинків поліклінік в найкрупніших містах в зв'язку з складною структурою генерального плану, зростанням чисельності міського населення та різноманітністю типів поліклінічних закладів, що обслуговують населення цих міст.

Метою даного дослідження є наукове обґрунтування принципів формування системи мережі, типів та архітектурно - планувальних структур поліклінік, які обслуговують населення найкрупніших міст України (на прикладі м. Києва).

Завдання дослідження:

- 1) виявлення факторів, які впливають на організацію системи мережі, типів та об'ємно-планувальну структуру поліклінічних закладів;
- 2) визначення шляхів оптимізації цієї системи в найкрупніших містах;
- 3) розробка пропозицій по впровадженню нових типів поліклінік;
- 4) визначення закономірностей формування функціонально-планувальних структур поліклінік в рамках системи обслуговування населення найкрупніших міст;
- 5) розробка пропозицій та рекомендацій по вдосконаленню методики проектування поліклінік.

Наукова новизна дослідження:

- комплексно розглянуті питання формування системи мережі, типів та об'ємно-планувальної структури будинків міських полік-

лінік в врахуванням медичного та містобудівельного районування території міста, в основі яких лежать принципи спеціалізації та інтеграції, централізації та етапності надання медичної допомоги, типізації та моделювання функціонально-планувальних структур для кожного етапу обслуговування;

- сформульовані основні принципи архітектурно-планувальної організації нових типів поліклінік;

- запропоновані структурні рівні формування кінцевих об'єктів типізації поліклінічних будівель;

- дані пропозиції по використанню в проектуванні поліклінік електронно-обчислювальних машин.

Теоретична і практична цінність роботи. Використання результатів проведених досліджень дозволить науково впорядкувати систему надання поліклінічної допомоги населенню за рахунок оптимізації мережі, організаційної, функціональної та архітектурно-планувальної структур поліклінік, скоротити терміни розробки та підвищити якість проектів. Висновки, пропозиції та рекомендації роботи можуть бути використані проектними, науково-дослідними організаціями, міськими, районними та обласними управліннями охорони здоров'я при визначенні складу та розробці проектів поліклінік, обґрунтуванні їх розміщення, а також при подальшому проведенні досліджень в питань, пов'язаних з організацією системи поліклінічного обслуговування, розміщенням мережі та формуванням структури будинків лікувально-профілактичних закладів. Результати досліджень закладають основу для формування бази знань та розробки системи автоматизованого проектування.

Впровадження результатів. Результати дослідження та основні положення дисертації впроваджені в наступних науково-дослідних та проектних роботах:

- "Пропозиції по розміщенню закладів охорони здоров'я м. Києва на перспективу до 2005 року, розділ "Амбулаторно-поліклінічні заклади", 1984 р. КФ ДіпронДіадоров (керівник теми кандидат архітектури Зюзіна-Зінченко Т.В., відповідальний виконавець Підгірняк К.Ю.);

- "Ведомственные строительные нормы", розділ "Амбулаторно-поликлинические учреждения" (науковий керівник Будьонний М.В., відповідальний виконавець Підгірняк К.Ю.);

- "Розробка методик системи автоматизованого проектування

громадських споруд (охорони здоров'я, готелів) на основі методу балансу та сполучення елементів різних структурних рівнів" (керівники теми: Яблонський Д.Н., Ковальський Л.Ш., Підгірняк К.Ю., Манжос А.А.);

- Програма на проектування лікарні на 1000 ліжок з поліклінікою на 1200 відвідувань в зміну на житловому масиві Троещина в м. Києві;

- структура та проект поліклініки на 400 відвідувань в зміну в м. Петропавловськ-Камчатський (Російська Федерація);

- пакети програм автоматизованого проектування поліклінік "KLINICA", "Contens".

Апробація роботи.

Основні положення дисертації доповідалися на четвертій Всесоюзній конференції "Оптимізація процесу управління системи охорони здоров'я в період здійснення програми щорічної диспансеризації населення, на I з'їзді соціальних гігієністів та організаторів охорони здоров'я Української РСР, на засіданні Київського міського наукового медичного товариства соціальних гігієністів та організаторів охорони здоров'я, на секції архітектури лікувально-оздоровчих закладів в Республіканському будинку архітектора, на науково-практичних конференціях Київського Державного технічного Університету архітектури та будівництва.

Публікації: Основні положення дисертації опубліковані в чотирьох статтях та монографії "Архитектура вданий лечебных учреждений".

Структура та обсяг роботи. Дисертація складається з вступу, трьох глав та заключення, які викладені на 133 сторінках, 53 ілюстрацій, що включають схеми, креслення, фотографії, додатків, де розміщені таблиці, перелік використаних нормативних документів, та списку використаної літератури, який містить 121 назву.

Декларація особистого внеску в розробку основних наукових положень, які винесені на захист:

1. Модель мережі і принципи формування типів поліклінік на основі розрахункових нормативів, потреб в наданні поліклінічної допомоги населенню, виведених на основі стану здоров'я, диференційованих по III-х етапах.

2. Рекомендації по функціонально-планувальній організації

поліклінік на основі найбільш раціонального набору приміщень і їх взаємозв'язків;

3. Пропозиції по вдосконаленню методики проектування поліклінік для найкрупніших міст України.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ ДИСЕРТАЦІЇ

Постановка проблеми.

В даний час поліклінічне обслуговування населення в найкрупніших містах здійснюється безсистемно, головним чином рівного типу міськими територіальними поліклініками, жіночими консультаціями, стоматологічними поліклініками, диспансерами та консультативно-діагностичними поліклініками. При аналізі структури та мережі поліклінічних будівель виявлено, що набір їх приміщень та відділень не відповідає потребам населення в зв'язку із його захворюваністю. Має місце організація в невеликих по потужності поліклініках вузькоспеціалізованих кабінетів, які представлені лише по 0,5-0,75 лікарських посад, в той час, коли в значно потужніших поліклініках такі кабінети відсутні. Це свідчить про відсутність системного причинно-наслідкового підходу до розміщення і формування типів та організації внутрішньої структури поліклінік в відповідності до реальної захворюваності. Зміни, які відбуваються в структурі поліклінік зі зміною кількості обслуговуваного населення не враховані в номенклатурі будинків поліклінік. Проектування ведеться без врахування процесів етапності, централізації, моделювання та інтеграції спеціалізованих видів допомоги. Це приводить до зниження якості надання поліклінічної медичної допомоги, збільшення радіусів доступності, нерівномірного розв'язання видів допомоги по території міста, нерациональних витрат часу на її отримання.

Провідними інститутами, які займалися проблемою організації системи поліклінічного обслуговування найкрупніших міст є: Київський державний інститут вдосконалення лікарів, Київський державний медичний університет, проектний та науково-дослідний інститут закладів охорони здоров'я (ДіпронДіздоров'я), а також ряд інститутів м. Москви та м. Санкт-Петербурга: науково-дослідний інститут соціальної гігієни та організації охорони здоров'я ім. Н.О. Семашко, проектний та науково-дослід-

ний інститут вкладів охорони здоров'я (ДіпронДіздоров'я), Московський науково-дослідний і проектний інститут об'єктів культури, відпочинку, спорту і охорони здоров'я та ін.. В країнах далекого зарубіжжя науково-дослідну роботу по даній проблемі проводять університетські лікарняні центри, такі як: медичний центр університету Західного Берліну (Німеччина), лікарняний центр Льєзьського університету (Франція) та інші.

Питанням формування системи охорони здоров'я, та визначення нормативів потреби по різних профілях поліклінічної допомоги присвячені праці Богатирьова І.Д., Гаврилова М.М., Канта В.І., Логінової О.О., Міняєва В.О., Потехіної О.В., Полякова І.В., Серенка І.В., Ярменчука А.Д. та інших авторів. Окремі питання організації мережі та вдосконалення методики проектування поліклінік висвітлені в дисертаційних роботах Чучмарьової О.З., Сороки М.І., Бендерської В.П.. Крім перерахованих спеціальних досліджень в нашій країні і за кордоном відомі окремі публікації по формуванню мережі, проектуванню та будівництву закладів охорони здоров'я Адамовича В.В., Аронсона В.Г., Житницького М.П., Зювіної-Зінченко Т.В., Полянського А.Т., Рошина О.В., Крювського Л.І., Аллен Р., І.фон Каролі, Нейферт З., Оруссо П., Уїллера С.З. та інших. До досліджень, присвячених вдосконаленню методів проектування житлових, громадських та промислових будівель відносяться роботи Вербицького М.М., Вольнова В.О., Гайдучені О.А., Єжова В.І., Кікнадзе З.А., Куцевича В.А., Онищенко Ю.Н., Яблонського Д.Н. та інших авторів.

НДІ соціальної гігієни та організації охорони здоров'я ім. Н.О. Семашко та в наукових працях проф. Ярменчука А.Д. обґрунтована методика розрахунку системи мережі амбулаторно-поліклінічних закладів, для міст різних категорій на основі диференційованих нормативів потреби в залежності від стану здоров'я населення. В рамках найкрупніших міст для поліклінік запропонована порівнева диференціація лікарських спеціальностей, пов'язана з структурою генерального плану, результатом якої є організація поетапного надання поліклінічної допомоги. Все це дозволяє в найкрупніших містах включити основні види медичної допомоги в структуру територіальних закладів, чим наблизити їх до населення, а спеціалізовані та вузькоспеціалізовані види допомоги, в зв'язку з значно меншою потребою в них населення, ров-

гортати в закладах, які обслуговують населення планувального району чи планувальної зони, забезпечивши при цьому їх централізацію та інтеграцію.

Щодо розміщення організаційних та функціонально-планувальних структур по наданню вузькоспеціалізованих видів допомоги намітились дві тенденції: централізація всіх в одному закладі другого рівня обслуговування і розміщення їх по рівних закладах планувального району. Вибір кожного з варіантів залежить від особливостей конкретних умов: захворюваності населення, наявності та стану існуючої бази та ін..

Бі ці пропозиції дозволяють впорядкувати систему поліклінічного обслуговування, уникнути неповного завантаження кабінетів, однак не вирішують питань формування системи мережі, типів поліклінічних закладів, їх функціональної та архітектурно-планувальної організації. Принципи організації мережі поліклінік в найкрупніших містах, а також методика розрахунку їх функціонально-планувальної структури обґрунтовані О.З. Чучмарьовою, яка запропонувала типове вирішення планувальної структури міської поліклініки в взаємозамінними спеціалізованими відділеннями. Це стало першим кроком в напрямку диференціації будинку поліклініки на елементи. Таким чином була запропонована трансформація об'єму будівлі шляхом заміни об'ємно-планувальних елементів-блоків, до складу яких входили спеціалізовані відділення, що обслуговували населення планувального району. Відділення, які обслуговували населення житлового району, розташовувались в основній частині будинку, яка залишалась без змін. Однак це не вирішувало проблеми приведення структури та архітектурної організації будинку у відповідність до конкретних умов будівництва. Тому продовженням досліджень в даній області були розробки канд. арх. Н.І. Сороки, в результаті яких проведена диференціація всього будинку поліклініки на об'ємно-планувальні елементи. Це дало змогу формувати будівлі поліклінік з різною структурою, появилась можливість урізноманітнити їх об'ємно-просторове вирішення шляхом перекомпоновки об'ємно-планувальних елементів. Однак дані пропозиції не знайшли широкого застосування в практиці проектування. Основною причиною є штучна уніфікація параметрів цих елементів, в результаті чого будівля виявилася неекономічною через наявність не завжди виправданих резервних площ. Варіантність композиції

досягалась шляхом перекомпоновки готових рівновеликих елементів, що значно обмежувало творчі можливості архітекторів.

Певним вкладом в подолання даних недоліків є розробки В.П. Бендерської, яка запропонувала методика проектування міжрайонних консультативно-діагностичних поліклінік з допомогою ЕОМ. Автором проведені дослідження по виявленню коефіцієнтів, які характеризують графіки руху відвідувачів та персоналу між відділеннями та групами приміщень, в результаті чого структура будинку диференційована на функціонально-планувальні елементи (блоки, секції, групи), в яких по заданому ескізу формуються плани поверхів. Однак ці дослідження проведені виключно для міжрайонних консультативно-діагностичних поліклінік, які призначені для обслуговування населення невеликих міст та сіл. Тому в практиці автоматизованого проектування на даний час, використовуються пакети програм, створених, в основному, на базі Autocad, в результаті яких автоматизовані окремі дії в типовому процесі проектування: підрахунок площ, формування таблиць експлікацій приміщень та специфікацій виробів, проставлення розмірів і т.д.

В певній мірі це пов'язано з відсутністю системного підходу до дослідження мережі, типів та внутрішньої структури будинків поліклінік, комплексний розгляд яких дав би змогу створити спеціалізований комплекс програм автоматизованого проектування поліклінік рівних типів, потужностей і внутрішнього складу з врахуванням особливостей конкретних умов будівництва та стану здоров'я населення району обслуговування.

В зв'язку з цим структуру даного дослідження можна викласти в такому вигляді: мережа, типи - функціональна структура-архітектурно-планувальна організація. Висвітлення кожного із етапів проводилось по схемі: потреби та інтереси - теорія - практика - перспективи.

Дисертація складається з вступу, трьох глав та заключення.

В першій главі на основі узагальнення вітчизняного та зарубіжного досвіду виявлені особливості формування та тенденції розвитку системи поліклінічного обслуговування населення найкрупніших міст, мережі поліклінік та типів поліклінічних будинків. На основі розробок НДІ соціальної гігієни та організації охорони здоров'я ім. Н.О. Семашко разом з міністерством охорони

здоров'я України та міським управлінням охорони здоров'я м. Києва проведена порівнева диференціація нормативів потреби в різних видах поліклінічної допомоги з врахуванням особливостей захворюван-ості населення м. Києва. Рівні поліклінічного обслуговування пов'язані з елементами генерального плану міста: I рівень - обслуговування населення житлового району (30-80 тис. чол.); II рівень - планувального району (150-250 тис.чол.); III рівень - планувальної зони (500 тис. чол.). Для кожного рівня визначені незмінні в певних діапазонах чисельності населення набори лікарських спеціальностей, які об'єднані в структури: для I-го рівня визначено чотири структури: С-1 (20-30 тис.чол.), С-2 (31-50 тисі чол.), С-3, С-4 (51-80 тис. чол.); для другого і третього рівнів - по одній структурі, відповідно С-5 (150-250 тис. чол.) і С-6 (близько 500 тис. чол). Запропоновано нові типи поліклінік, варіанти формування яких заключаються в поєднанні виявлених структур та модель мережі, яка базується на містобудівельному членуванні території. Для житлового району запропоновано три типи будинків поліклінік, які формуються на основі структур С-1, С-2, С-3, С-4. Формування міжрайонної поліклініки здійснюється шляхом приєднання до однієї з районних поліклінік структури С-5. Структура С-6 в комплексі з міжрайонною поліклінікою формує поліклінічні центри. Таке об'єднання порівнених структур дозволяє створити систему, при якій в рамках одного закладу можна отримати спеціалізовано-інтегрований комплекс допомоги. Це скорочує витрати часу відвідувачів, сприяє розширенню контактів між лікарями різних спеціальностей, підвищує якість поліклінічного обслуговування.

Таким чином, запропоновано такі типи поліклінік:

- тип I - міські районні поліклініки потужністю 200-1300 відвідувань в амбіну;

- тип II - міські міжрайонні поліклініки на 700-2000 відвідувань в амбіну;

- тип III - міські консультативно-діагностичні поліклініки (центри) потужністю 900-3400 відвідувань в амбіну.

Поліклініки типу I мають чотири варіанти формування, тому що обслуговують населення житлових районів чисельністю від 30 до 80 тис.чол. і можуть мати філіали в мікрорайонах. Поліклініки типу II мають три варіанти формування. Їх зона впливу вклю-

чає зону впливу поліклініки типу I, на базі якої сформована дана поліклініка і населення планувального району чисельністю 150-200 тис.чол. Поліклініки типу III мають три варіанти формування і являють собою поліклінічні комплекси з трьома зонами впливу - житловий район, планувальний район та планувальна зона чисельністю близько 500 тис. чол.

Запропонована модель мережі поліклінік втілена в схемі розміщення закладів охорони здоров'я м.Києва до 2005 року, яка є розділом перспективного генерального плану м. Києва.

В другій главі на базі теорії причинно-наслідкової залежності функціональних, організаційних та архітектурно-планувальних структур досліджуються особливості функціонально-планувальної організації поліклінік різних потужностей. З врахуванням функцій міської поліклініки на сучасному етапі, її структура розділена на п'ять функціональних зон: обслуговування здорового населення (профілактичних обслідувань), лікувально-діагностичну, відновлюючого лікування, загальних приміщень, адміністративно-господарську. Виявлено, що при збільшенні чисельності населення в кожній із зон збільшуються набір і площі приміщень. Так, зріст кількості лікарських кабінетів приводить до створення самостійних відділень та підрозділів, які можуть переростати в окремі самостійні структури і виділятися із складу поліклінік в заклади. В зоні профілактичних обслідувань формуються модулі: кабінет-відділення-центр здоров'я. В зоні відновлюючого лікування - аналогічні модулі: кабінет-відділення-центр відновлюючого лікування. В лікувально-діагностичній зоні: кабінет - відділення, підрозділ - самостійний заклад (стоматологічна поліклініка, жіноча консультація, монопрофільний диспансер, консультативно-діагностичний центр та інші).

В районній поліклініці, яка обслуговує населення до 50 тис. чол. всі зони доцільно розташовувати в одному об'ємі. Для потужніших поліклінік характерне виділення функціональних елементів в окремі блоки, що пояснюється прагненням розмістити кожне з відділень в непрохідних ізольованих відсіках. Для міжрайонної поліклініки характерне розміщення в окремих блоках зон обслуговування здорового населення (профілактики), відновлюючого лікування та вузькоспеціалізованих кабінетів. При розташуванні такої поліклініки на території стаціонару доцільно централізувати деякі

діагностичні та лікувально-допоміжні служби.

Поліклінічні центри (адорів'я, консультативно-діагностичні, відновлюючого лікування) можуть бути самостійними закладами. При розміщенні їх на одній території в поліклініках типу I і типу II формуються поліклінічні комплекси з централізованими адміністративними та допоміжними службами.

Виявлено, що лікувально-діагностична зона включає підрозділи, які є обов'язковими елементами поліклініки (терапевтичне, хірургічне, рентгенівське відділення і т.п.). Крім того в неї входять елементи, наявність яких в складі поліклініки залежить від: - дислокації інших лікувально-профілактичних закладів в зоні впливу даної поліклініки (стоматологічне відділення, жіноча консультація, відділення диспансерних профілів);

- потужності поліклініки і її місця в системі поліклінічної допомоги (денний стаціонар, травматологічний пункт і т.п.);

- місця розташування ділянки будівництва поліклініки (об'єднання в відділеннями стаціонару клініко-діагностичної лабораторії, центрального стерилізаційного відділення і т.п.).

При збільшенні чисельності обслуговуючого населення в функціональній структурі поліклініки відбуваються кількісні і якісні зміни. Збільшення однотипних приміщень - це кількісні зміни. Поява нових та змін площ існуючих приміщень - якісні зміни. В результаті виявлених змін функціональні елементи розділено на змінні і незмінні. Типізовані по набору і площі функціональні елементи, які повторюються в поліклініках різних потужностей, названі незмінними. Функціональні елементи, які неможливо типізувати для будь-яких діапазонів зміни чисельності населення, названі змінними.

З метою виявлення структурних рівнів формування незмінних елементів проведено диференціацію та моделювання функціональної структури поліклінік, в результаті чого отримано: Ф0 - функціональні одиниці (приміщення, кабінет); УФ0 - укрупнені функціональні одиниці (кабінет, група приміщень); ФЯ - функціональні ячейки (група кабінетів, відділення); УФЯ - укрупнені функціональні ячейки (підрозділ); ФЗ - функціональні зони; З - заклади (поліклініка, центр).

В якості типізованих функціональних елементів різних типів поліклінік визначені:

- функціональні одиниці, укрупнені функціональні одиниці, функціональні ячейки (для районних поліклінік);
- функціональні ячейки, укрупнені функціональні ячейки (для міжрайонних поліклінік);
- функціональні зони, заклади (для консультативно-діагностичних центрів).

Виявлені типізовані елементи стали основою для визначення кінцевих об'єктів типізації, а особливості формування функціональної структури - для вдосконалення методики проектування.

Результати дослідження функціональної структури поліклінік втілені в "Посібнику для проектування лікувально-профілактичних закладів", в розділі "Амбулаторно-поліклінічні заклади".

В третій главі на основі аналізу існуючих методик проектування та досвіду будівництва громадських та житлових будинків виявлено, що формування кінцевих об'єктів типізації, яке відбувається на рівні блоків, блоків-будинків і будинків, обмежує можливості варіантності та індивідуалізації проектних рішень.

В результаті дослідження практики проектування і будівництва поліклінічних будівель зроблено висновок, що специфіка функціонально-технологічного процесу має певний вплив на архітектурно-планувальну організацію поліклінік. Це виявляється в членуванні об'єму поліклініки на блоки, в наявності розвинутого стилобату, або в збільшенні площ нижніх поверхів. Однак ці особливості не завжди мають місце і тому архітектурно - просторові рішення поліклінік дуже різноманітні: починаючи від композицій блоків - паралелепіпедів і кінчаючи живописними композиціями.

Таким чином на архітектурно-планувальну організацію поліклініки мають вплив:

- 1) її місце в структурі мережі (потужність, величина об'єму);
- 2) особливості зони впливу (внутрішня структура, наявність функціональних блоків);
- 3) особливості ділянки будівництва (рельєф, орієнтація і т. п.);
- 4) характер навколишньої забудови;
- 5) особистий творчий потенціал і стиль автора проекту.

З метою пошуку кінцевих об'єктів типізації, відповідно до диференціації функціональної структури поліклініки, виявлено такі рівні планувальної та об'ємно-просторової структур:

- 1) приміщення, кабінет - об'ємно-планувальна одиниця, укрупнена об'ємно-планувальна одиниця;
- 2) група приміщень, відділення, підрозділ - об'ємно-планувальна ячейка, укрупнена об'ємно-планувальна ячейка;
- 3) група відділень, підрозділ, зона - блок, блок-будинки;
- 4) заклад - будинок, комплекс.

Кінцеві об'єкти типізації (КОТ) можуть бути сформовані на любому з цих рівнів і використані в залежності від конкретних вимог. Кінцеві об'єкти типізації на рівні блоків, блоків-будинків можуть бути застосовані при розробці проектів міжрайонних поліклінік. Однак, враховуючи сучасні вимоги до архітектури та зміни в підході до проектного процесу в нашій країні, доцільно застосовувати КОТ рівня об'ємно-планувальних ячеек та одиниць. Вони є дрібними елементами і значно розширюють можливості урівноманітнення архітектурно - композиційних рішень. Для КОТ рівня об'ємно-планувальних ячеек визначені такі параметри: $(6+4+a) \times 12 \times 3,3(m)$; $(6+4+a) \times 18 \times 3,3(m)$; $(6+4+a) \times 24 \times 3,3(m)$; $(6+4+a) \times 30 \times 3,3(m)$ - для кабінетів та відділень; $(6+4+a) \times 3 \times 3,3(m)$; $(6+4+a) \times 9 \times 3,3(m)$ - для сходових кліток та ліфтів. До їх складу включено ширину комунікаційного простору (а). КОТ рівня об'ємно - планувальних одиниць є ще дрібнішими елементами: $6 \times 6 \times 3,3(m)$; $6 \times 3 \times 3,3(m)$; $4 \times 6 \times 3,3(m)$; $4 \times 3 \times 3,3(m)$. Можливість надання їм довільної форми перетворює проектування на індивідуальне і дозволяє проектувати будівлі любого композиційного та пластичного вирішення. В такому разі зберігаються тільки типові набори на рівні кабінетів, які можуть складатися з кількох приміщень, і функціонально-технологічні та гігієнічні вимоги, дотримання яких є обов'язковим при розробці проекту. Однак використання КОТ такого рівня доцільне при застосуванні електронно-обчислювальних машин. Проведені в рамках даної роботи дослідження дають змогу розробити спеціалізовану систему автоматизованого проектування поліклінік, яка базується на нормативних вимогах та знаннях особливостей архітектурно-планувальної організації поліклінік. Запроектвані КОТ рівня блоків, блоків-будинків і т. п. можуть зберігатися в базі даних і бути повторно використані в інших об'єктах. Один проект може розроблятися з застосуванням типізованих елементів різних структурних рівнів. Архітектор може використовувати їх готовими, або сформувати заново на основі вихідних

даних. Такий підхід до проектування допоможе архітектору розкрити структурний зміст будинку поліклініки, орієнтує його на шлях раціонального вибору кінцевих об'єктів типізації в залежності від конкретних вимог, забезпечить належний професійний рівень функціонально-планувальних і просторових вирішень, дозволить індивідуально підійти до формування архітектурного образу будівлі.

Дані проєкції знайшли своє втілення в пакетах програм, розроблених в КиївЗНДІЕП та КиївПКВК "Будова-центр-1".

В кінці кожної глави подані висновки по розглянутих питаннях. В заключенні приведені основні результати роботи.

О С Н О В Н І В И С Н О В К И.

1. Принципи організації системи поліклінічної медичної допомоги, мережа, типи, функціональна та об'ємно - планувальна структури будинків поліклінік перебувають в нерозривному зв'язку, як елементи однієї більш великої системи, що впливають в цілому на архітектурно-планувальну організацію поліклінік.

2. В умовах найкрупніших міст в складі міських поліклінік спостерігається спеціалізація та інтеграція прийомів лікарів різних спеціальностей з відмінними значеннями нормативів потреби, що приводить до нерівномірного завантаження кабінетів і нерівноцінного обслуговування населення. Для уникнення цих недоліків необхідно впорядкувати вони впливу лікарських кабінетів, які доцільно формувати на базі містобудівельних елементів генерального плану міста.

3. Головними вимогами до розвитку системи поліклінічного обслуговування населення найкрупніших міст є: поетапна диференціація надання медичної спеціалізованої та вузькоспеціалізованої допомоги населенню з метою організації повноцінних функціональних одиниць; поєднання етапів поліклінічного обслуговування з елементами генерального плану міста; забезпечення нормативних радіусів доступності. З цією метою пропонується трьохрівнева організація мережі поліклінік в найкрупніших містах: I - забезпечення населення основними та деякими спеціалізованими видами поліклінічної допомоги на рівні житлового району (30-80 тисяч населення); II - інтеграція певних видів спеціалізованої та вузькоспеціалізованої допомоги на рів-

ні планувального району (150-250 тисяч населення); III - осередження консультативно-діагностичної допомоги на рівні планувальної зони (близько 500 тисяч населення).

4. Для кожного рівня формуються відповідні функціонально-планувальні структури, об'єднання яких створює поліклінічний заклад з різними зонами обслуговування. З метою створення єдиної системи надання поліклінічної допомоги при формуванні типів поліклінік пропонується об'єднувати структури II рівня з структурами I рівня, а структури III рівня з структурами I і II рівнів.

5. Модель кожної з структур складається з трьох функціональних зон відповідно до трьох основних функцій поліклінік: обслуговування здорового населення (профілактика), лікування та діагностика, відновлююче лікування.

6. Для перспективного розвитку мережі поліклінік в найкрупніших містах пропонується три типи поліклінік: тип 1 - міська районна поліклініка потужністю від 200 до 1300 відвідувань в зміну (структури I рівня обслуговування); тип 2 - міська міжрайонна поліклініка потужністю від 700 до 2000 відвідувань в зміну (структури I та II рівнів обслуговування); тип 3 - центр здоров'я, консультативно-діагностичний центр, центр відновлюючого лікування, тобто поліклінічний комплекс потужністю від 900 до 3400 відвідувань в зміну (структури I, II та III рівнів).

7. Зміни складу та площ порівневих структур поліклініки в залежності від величини зони впливу розділені на кількісні і якісні. Для кожного елемента існують діапазони чисельності населення, при яких він не зазнає змін.

8. Основними особливостями архітектурно - планувальної організації будівель поліклінік є:

- розташування відділень в непрохідних, тупикових зонах, що часто викликає членування будинку на блоки;

- забезпечення безпосереднього зв'язку кожного відділення з вертикальним транспортним вузлом, а також функціональних взаємозв'язків між відділеннями;

- забезпечення технологічних вимог, що досягається, в більшості випадків наявністю розвинених нижніх поверхів будинку (появою стилобатів та пірамідальних, ступінчатих об'ємів);

- групування приміщень здійснюється довкола коридорів, коридорів-почекалень, холів, зимових садів та інших рекреаційних

просторів, які виконують також роль транзитних приміщень;

- розташування приміщень відносно транзитних просторів може бути одностороннє, двохстороннє та багатостороннє;

- найбільш оптимальними для будинку поліклініки є планувальні ячейки таких параметрів: 3,0х6,0 (м); 3,0х4,0 (м); 6,0х6,0(м); 6,0х4,0(м). Вони можуть набувати різноманітних форм. Шляхом їх комбінацій можна формувати крупніші елементи та здійснювати збір конструктивної схеми.

9. В якості кінцевих об'єктів типізації (КОТ) пропонується система елементів рівних структурних рівнів будинку поліклініки, доцільність вибору кожного з яких визначається вимогами конкретних умов будівництва.

10. Кінцеві об'єкти типізації можуть формуватися в допомогою комп'ютера в кожному випадку розробки проекту, або вибиратися в бази даних і служити первинними елементами при формуванні об'ємно-просторової структури будинку поліклініки.

С п и с о к

наукових праць, опублікованих по темі дисертації

1. Підгірняк К.Ю., Підгірняк В.П. Архитектура аданий лечебных учреждений./ Под ред. В.И.Ежова.- К.: Будівельник, 1990.- С. 96 : ил.
2. Підгірняк К.Ю. Новые типы поликлиник для крупнейших городов.// Строительство и архитектура.- 1988.- № 5.- С. 8-10.
3. Підгірняк К.Ю. Формирование перспективной сети и типов поликлиник, обслуживающих взрослое население Киева.//Строительство и архитектура: Респ.науч.-техн.сб.- К.,1987.- Вып. 23.-С. 88-92.
4. Підгірняк К.Ю. Тенденции развития функционально-планировочной структуры аданий городских поликлиник.// Строительство и архитектура:Респ.науч.-техн. сб.- К.,1990.- Вып. 26.- С. 106-113.
5. Підгірняк К.Ю. Совершенствование методики типового проектирования городских поликлиник.// Строительство и архитектура: Респ. науч.-техн. сб.- К., 1989.- Вып. 25,- С. 83-88.

ЛНБ ім. В. Стефаника
АН України

Пидгирняк К.Ю. "Архитектурно-планировочная организация городских поликлиник (на примере г. Киева)".

Диссертация в виде рукописи на соискание ученой степени кандидата архитектуры по специальности 18.00.02. Архитектура зданий и сооружений, Киевский Государственный технический Университет архитектуры и строительства, Киев, 1995.

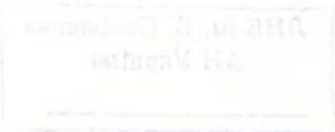
В диссертации комплексно рассматриваются вопросы формирования сети, типов, функциональной и объемно-планировочной структуры зданий поликлиник. Предложены организации сети и формирование новых типов поликлинических зданий с учетом этапности медицинского обслуживания. Выявлены особенности формирования функционально-планировочной структуры зданий поликлиник с учетом динамики предъявляемых к ним требований. Даны рекомендации по совершенствованию методики проектирования с применением ЭВМ.

Ключові слова: архітектурне проектування, організація, поліклініка, місто.

Pidgirnyak, K.Yu. "The Architectural and Planning Organization of City Polyclinics (by example of Kyiv)".

The thesis as a manuscript for a degree competition in the speciality 18.00.02 "Architecture of buildings and constructions", the Kyiv State Technical University of Architecture and Building, Kyiv, 1995.

The thesis considers the questions of formation of network, types, functional, three-dimensional and planning structure of polyclinic buildings. Network organization and formation of new types of polyclinic buildings with regard for medical service stages are proposed. The features of forming functional and planning structure of polyclinic buildings with regard for the dynamics of requirements to the same are revealed. Recommendations on the improvement of the design technique using computers are given.



Підп. до друку 12.04.96. Формат 60×84/16. Папір друк. № 1.
Друк офсетний. Умовн. друк. арк. 0,93. Умовн. фарбо-відб. 1,04.
Облік.-вид. арк. 1,0. Тираж 100. Зам. № 6-1488.

Фірма «ВІПОЛ».
252151, Київ, вул. Волинська, 60.

445819

AB 34.541

AB 34.541