

УДК 725.51:614.2 (571.63)

Тихонова Алёна Станиславовна,
магистрант Департамент архитектуры и дизайна,
Политехнический институт (Школа),
Дальневосточный федеральный университет
Tikhonova Alyona Stanislavovna,
Master's student, Department of Architecture and Design,
Polytechnic Institute (School), Far Eastern Federal University

Тлустый Руслан Евгеньевич, кандидат архитектуры,
профессор, Департамент архитектуры и дизайна,
Политехнический институт (Школа),
Дальневосточный федеральный университет
Tlusty Ruslan Evgenievich, PhD in Architecture,
Professor, Department of Architecture and Design,
Polytechnic Institute (School), Far Eastern Federal University

**ИСТОРИЧЕСКАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ
АРХИТЕКТУРНО-ПРОСТРАНСТВЕННОЙ
СРЕДЫ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРОВ
HISTORICAL TRANSFORMATION OF THE ARCHITECTURAL
AND SPATIAL ENVIRONMENT OF REHABILITATION CENTERS**

Аннотация. В статье рассматривается эволюция архитектурно-пространственной среды реабилитационных центров в России с 1920-х годов по настоящее время. Авторы выделяют три исторические модели: санаторно-курортную (1920-1950-е), медицинско-технологическую (1960-1990-е) и терапевтическую среду (с 2000-х). Показана связь смены моделей с изменением отношения к пациенту – от «объекта лечения» к «человеку, возвращающемуся в общество». Предложенная типология может служить инструментом диагностики существующих центров.

Abstract. The article examines the evolution of the architectural and spatial environment of rehabilitation centers – from the first Soviet sanatoriums of the 1920s to modern facilities designed according to the principles of evidence-based design. The authors identify three historical models that successively replaced each other: sanatorium-resort (1920s-1950s), medical-technological (1960s-1990s), and therapeutic environment (2000s - present). It is shown that the succession of models reflected a changing attitude toward the patient – from an "object of treatment" to a "person returning to society." The scientific novelty lies in the systematization of architectural models of rehabilitation facilities. The practical significance is that the proposed typology can serve as a diagnostic tool for surveying existing centers.

Ключевые слова: История архитектуры, реабилитационный центр, санаторно-курортная архитектура, терапевтическая среда, evidence-based design, эволюция типологии.

Keywords: Rehabilitation center, architectural history, therapeutic environment, deinstitutionalization, evidence-based design, on-site survey, multilevel space.

Введение

Под реабилитационным центром в данной статье понимается медицинское учреждение, предназначенное для восстановления функций организма, утраченных вследствие заболевания, травмы или операции. В отличие от больницы, где пациент проходит острый этап лечения, реабилитационный центр ориентирован на активное мультидисциплинарное вмешательство – кинезотерапию, эрготерапию, логопедическую и психологическую поддержку.



Отправная точка: 1920-е годы. Системная реабилитация в России начинает отсчёт с 1920-х годов. 20 мая 1920 года коллегия Наркомздрава РСФСР утвердила проект создания Государственного института физиотерапии (ГИФ) в Москве. Главным толчком стала Гражданская война: возникла острейшая потребность в массовой реабилитации раненых солдат. В 1921 году создаётся Центральный институт курортологии. Именно в 1920-е годы формируется санаторно-курортная модель, которая затем эволюционировала в сторону медицинских технологий и, наконец, к терапевтической среде.

Современный эталон. Сегодня требования к среде реабилитационных центров сформулированы в рамках подхода evidence-based design (проектирование на основе доказательств). Как показал Р. Ульрих в классическом исследовании 1984 года, характеристики физической среды (вид из окна, планировка палаты, уровень шума) напрямую влияют на клинические исходы [3].

Цель статьи – проследить историческую эволюцию архитектурно-пространственной среды реабилитационных учреждений и выделить ключевые модели.

Материалы и методы.

Методология. Исследование базируется на ретроспективном анализе отечественных и зарубежных источников по истории санаторно-курортной и реабилитационной архитектуры. Использован сравнительно-типологический метод для выделения ключевых моделей.

Источниковая база. Работы А.А. Ким и А.А. Пужкиной по санаторно-оздоровительной среде [5], А. Шамрай по загородным реабилитационным центрам [4], А.В. Герман по классификации пешеходных сооружений [1], а также зарубежные исследования Р. Ульриха [3] и Ståhl с соавторами [2] в области evidence-based design.

1. Модель первая: санаторно-курортная (1920-1950-е гг.)

После национализации курортов в 1919 году началось их планомерное восстановление. Как отмечает А.А. Ким, «к середине XX века сложился устойчивый архитектурный тип санатория, сочетавший в себе лечебные и рекреационные функции» [5]. Архитектура советских санаториев развивалась от конструктивистских экспериментов 1920-х годов к репрезентативному неоклассицизму послевоенного времени.

Архитектурный канон:

- крупные корпуса на 200-300 коек (иногда павильонная система);
- коридорная система двусторонней застройки;
- палаты на 4-6 человек, общие санузелы в конце коридора;
- балконы и веранды для лечебных прогулок (климатотерапия);
- садово-парковая территория с лечебными маршрутами (терренкурами).

Исследователь А. Шамрай подчёркивает, что советские санатории «максимально использовали природное окружение», но планировочные решения были унифицированы и слабо дифференцированы по потребностям разных групп пациентов [4].

Ключевые признаки модели:

- крупный корпус (иногда павильонная система);
- коридорная планировка;
- палаты на 4–6 человек;
- лечебные веранды, балконы;
- садово-парковая территория.

Логика модели. Пациент рассматривался как «объект лечения и отдыха» – его перемещают по расписанию: процедуры → питание → сон → прогулки. Пространство подчинено ритму санаторного режима, а не индивидуальным потребностям.





Рисунок 1. Новое ванное здание в Старой Мацесте. Арх. А.П. Голубев



Рисунок 2. Новое ванное здание в Старой Мацесте. Арх. А.П. Голубев. Вид сверху

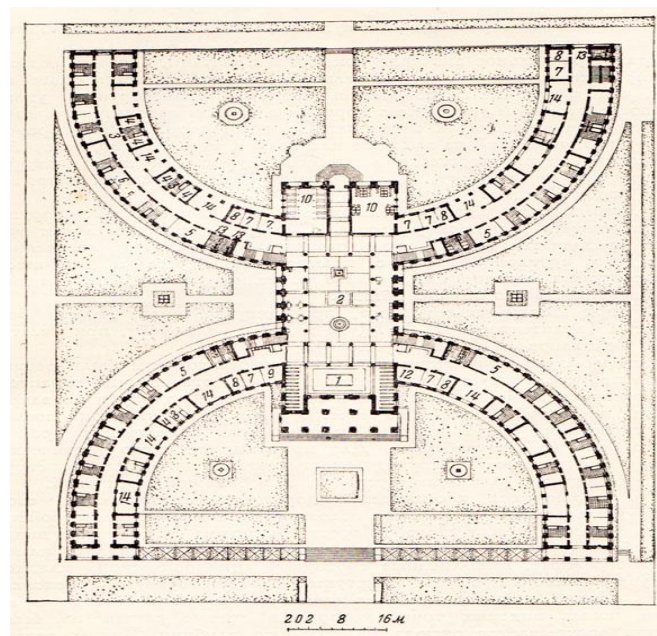


Рисунок 3. План первого этажа: 1 – Вестибюль с гардеробами. 2 – Комната ожидания и буфет. 3 – Ванные комнаты. 4 – Раздевальни при ваннах. 5 – Комнаты отдыха, 6 – Комнаты отдыха при экспериментальной группе ванн. 7 – Комната врача. 8 – Комната персонала. 9 – Комната дежурного врача. 10 – Группа электролечения. 11 – Помещение для ингаляции. 12 – Кабинет директора. 13 – Уборные. 14 – Лоджии





Рисунок 4. Мацестинское ванное здание № 4 построено в 1940 году,
автор проекта – архитектор Анатолий Голубев



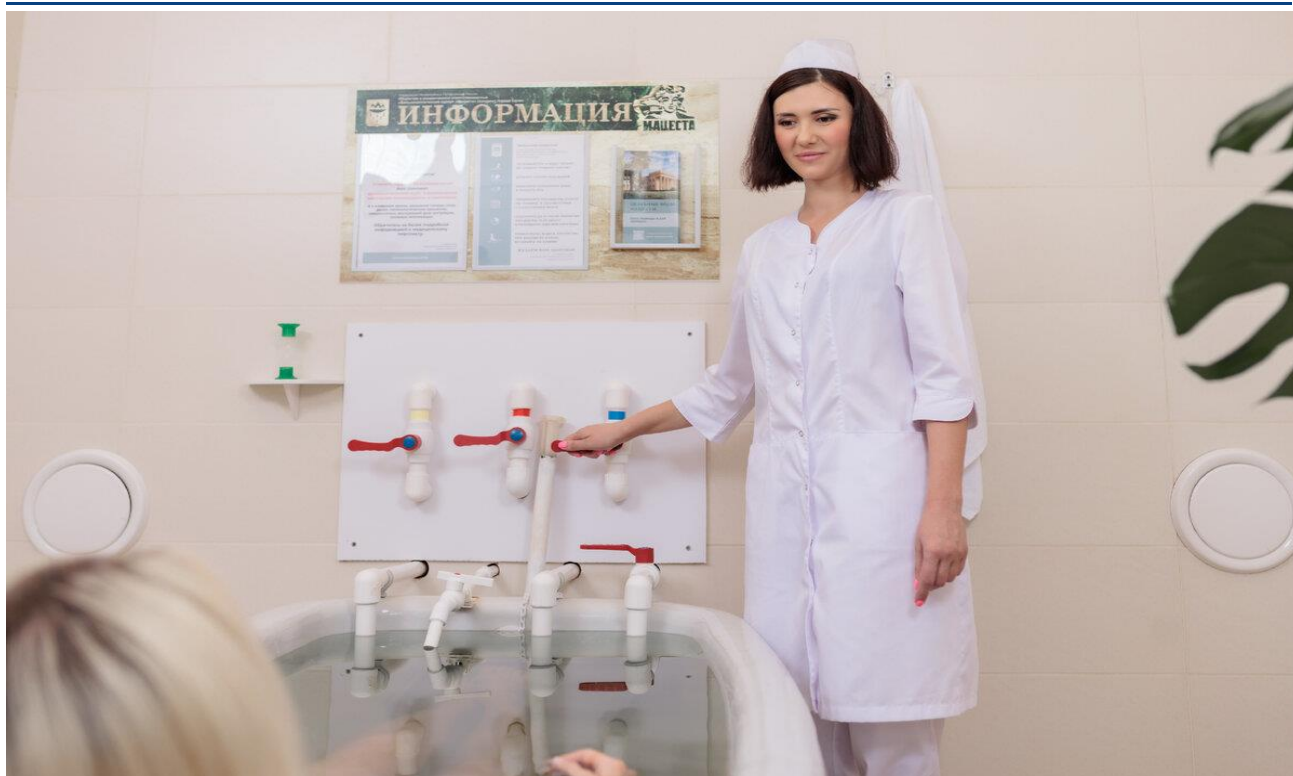


Рисунок 5. Общая мацестнская ванна

Логика модели. Пациент рассматривался как «объект лечения и отдыха» – его перемещают по расписанию: процедуры → питание → сон → прогулки. Пространство подчинено ритму санаторного режима, а не индивидуальным потребностям. Важным достижением этой модели стало включение природы в лечебный процесс (терренкуры, климатические павильоны) – принцип, который современная доказательная медицина только возвращает в практику.

2. Модель вторая: медицинско-технологическая

С середины XX века в СССР активно развивается спортивная медицина, лечебная физкультура и физиотерапия. Появляются специализированные центры восстановительного лечения для спортсменов, а затем и для широких категорий пациентов (после инфарктов, инсультов, травм). Как отмечает А.В. Герман, «в советской градостроительной практике этого периода сформировался тип учреждения, сочетавшего стационарное лечение с активной физической реабилитацией» [1].

Архитектурный канон. К существовавшей санаторной структуре добавляются новые элементы:

- залы ЛФК увеличенной высоты (иногда с галереями для наблюдения);
- бассейны для лечебного плавания;
- физиотерапевтические отделения с аппаратурой;
- кабинеты механотерапии (тренажёры) и трудотерапии.

Однако пространство остаётся инструменталистским – оно проектируется вокруг оборудования, а не вокруг человека. Как образно формулируют Ким и Пужкина, «человек в такой среде чувствует себя винтиком большой медицинской машины» [5].

Пример. Пансионат «Дружба» в Ялте (1985, арх. И. Василевский, инж. Н. Канчели) – здание в виде парящего кольца диаметром 76 м на трёх опорах-башнях, с атриумом-кристаллом в центре и подвешенным бассейном. Инженерное решение (склон 40°,



сейсмичность 8-9 баллов) определило архитектуру: здание «оторвано» от земли, вход организован на уровне крыши (56 м).

Ключевые признаки модели:

- добавление залов ЛФК, бассейнов, физиотерапии;
- сохранение коридорно-палатной системы;
- пространство организовано вокруг движения персонала и оборудования;
- отсутствуют «домашние» зоны (гостиные, кухни для пациентов).

Логика модели. Пациент – «потребитель» медицинских услуг. Главное – разместить оборудование и обеспечить логистику.



Рисунок 6. Фото пансионата «Дружба» (Крым, 1985 г.)



Рисунок 7. Вид сверху



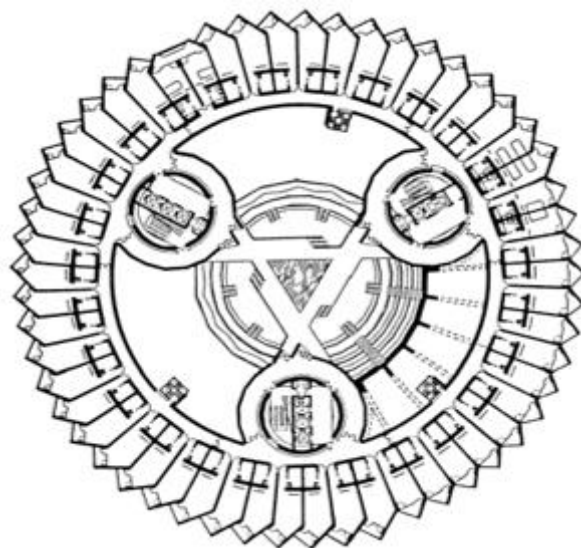


Рисунок 8. План первого этажа

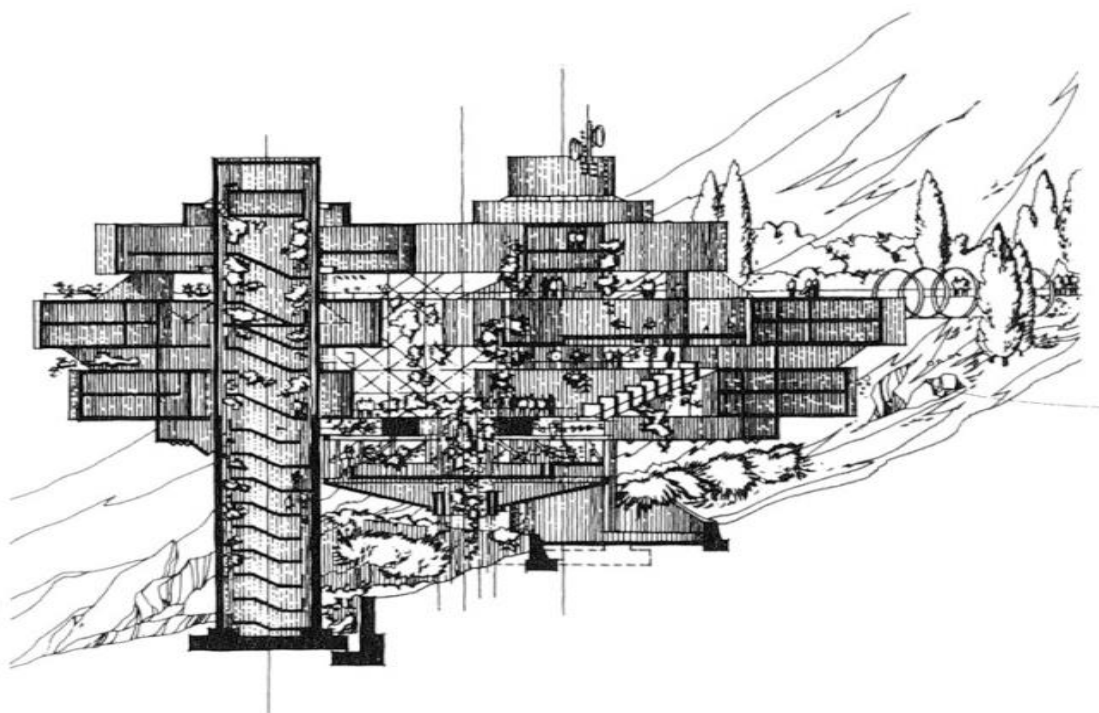


Рисунок 9. Разрез/схема конструкции. Найденный «разрез здания» идеально показывает три ключевые опоры-башни, проходящие сквозь всё здание. Схема – лучше тысячи слов, она сразу объясняет инженерный гений Нодара Канчели и Игоря Василевского

3. Модель третья: терапевтическая среда (с 2000-х гг.)

Современный этап эволюции реабилитационной архитектуры связан с двумя факторами:

- Доказательная медицина – появились исследования, связывающие среду с клиническими исходами.
- Движение за права пациентов – отказ от патерналистской модели, признание права пациента на приватность, информированное согласие, комфорт.



Ключевое исследование. Классической работой, заложившей основу evidence-based design, стало исследование Р. Ульриха 1984 года: пациенты после операции в палатах с видом на деревья выписывались в среднем на полтора дня раньше и принимали вдвое меньше сильных обезболивающих, чем пациенты с видом на кирпичную стену [3]. Как отмечает обзор 2008 года, «это исследование вдохновило растущий объём работ, связывающих параметры физической среды с исходами лечения» [7].

Для реабилитационных центров принципы терапевтической среды были систематизированы в работе Ståhl с соавторами (2020) на примере гериатрической реабилитации: ключевыми факторами являются приватность, поддержка социальных связей, доступ к природе и «домашний» масштаб пространств [2].

Архитектурные принципы современной модели:

- малые кластеры – группы палат на 8-12 пациентов с собственной гостиной и кухней;
- приватность – 80-100% одноместных или двухместных палат с отдельным санузлом;
- доступ к природе – терапевтические сады, зимние сады, террасы, беспрепятственный выход на улицу;
- «нормализация» среды – отказ от больничного дизайна (белые стены, пластик), использование природных материалов, домашней мебели, регулируемого освещения;
- интеграция в общество – отсутствие глухих заборов, связь с городской средой.

Примеры. Реабилитационный центр «Большой Тараскуль» в Тюмени (новый корпус, 2024) – малоэтажные блоки (2–3 этажа), соединённые тёплыми переходами, одноместные и двухместные палаты, бассейн с подъёмником для маломобильных пациентов. Зарубежный аналог – сеть Maggie's Centres (Великобритания, архитекторы Н. Фостер, З. Хадид, Р. Роджерс и др.), где ключевой принцип – «домашность» масштаба, отсутствие больничных коридоров и максимальный доступ к терапевтическому саду.

Ключевые признаки модели:

- малые масштабы (до 3 этажей);
- полицентричная планировка (кластеры);
- одноместные/двухместные палаты (100% с санузлом);
- беспрепятственный выход в сад;
- природные материалы, домашняя атмосфера.

Логика модели. Пациент – человек, который временно нуждается в помощи, но остаётся личностью и членом общества. Архитектура поддерживает его автономию (приватность, контроль над средой), социальные связи (гостиные, кухни) и связь с природой (сады, террасы). Как подчёркивает А. Шамрай, «главное качество такой среды – она даёт пациенту чувство, что он не выпал из жизни, а находится в особом, но всё же в своём доме» [4].



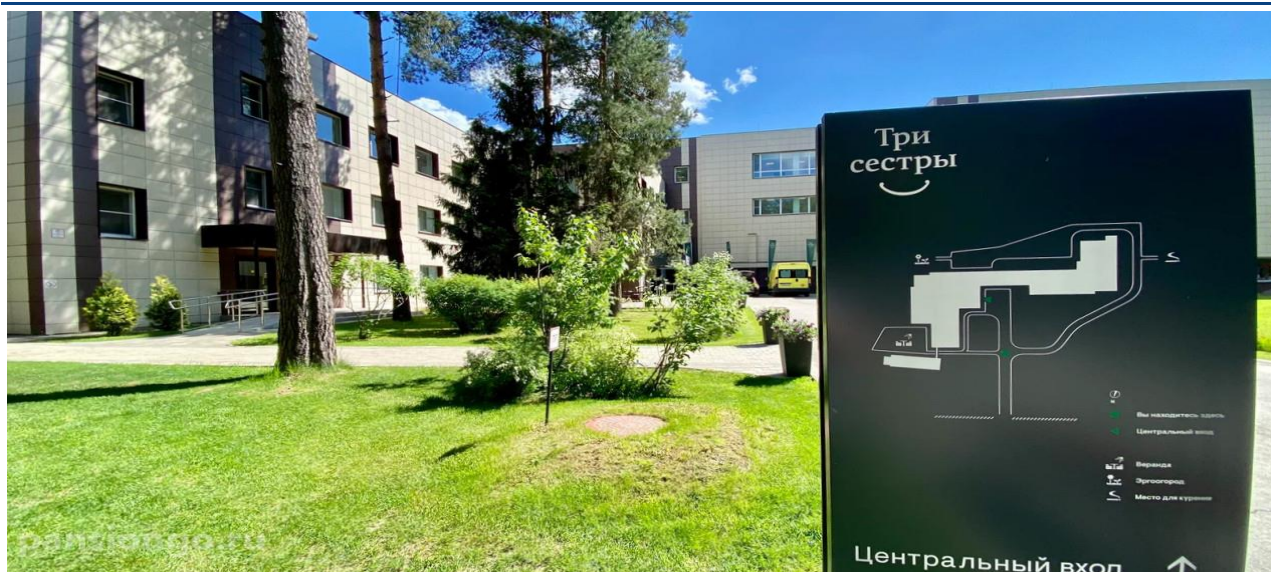


Рисунок 10. Реабилитационный центр «Три сестры» (Московская область)

Обсуждение.

Проведённое исследование подтверждает, что архитектура реабилитационных учреждений прошла путь от санаторной модели (1920-1950-е) через медицинско-технологическую (1960-1990-е) к терапевтической среде (2000-е – настоящее время). Этот вывод согласуется с наблюдениями Ким и Пужкиной о том, что «человек в советской санаторной среде чувствовал себя объектом, а не субъектом лечения» [5].

Ключевой перелом произошёл в 1980–2000-е годы с приходом evidence-based design, когда архитектурные решения перестали быть делом вкуса и стали «медицинским вмешательством» с доказанной эффективностью. Сегодня одноместная палата, доступ к терапевтическому саду, снижение шума – это не «дополнительные опции», а необходимые компоненты реабилитации.

Ограничения исследования. Предложенная типология основана на анализе преимущественно российских и западных источников и может не охватывать региональные особенности других стран. Дальнейшая верификация модели требует применения к более широкому кругу объектов.

Заключение

Архитектура реабилитационных учреждений прошла путь от санаторной модели (1920–1950-е) через медицинско-технологическую (1960–1990-е) к терапевтической среде (с 2000-х).

Каждая модель не отменяла предыдущую полностью, а накапливала её элементы (залы ЛФК и бассейны из второй модели сохраняются в третьей), но пересматривала главное – организацию пространства вокруг пациента, а не вокруг режима или оборудования.

Ключевой перелом произошёл с приходом evidence-based design, когда архитектурные решения получили доказательную базу своей эффективности.

Выделенные типологические признаки трёх моделей могут служить диагностическим инструментом при обследовании существующих реабилитационных центров и выборе стратегии их модернизации.

Перспективы исследований. Дальнейшие исследования должны быть направлены на применение данной типологии к реабилитационным центрам разных регионов и разработку архитектурно-планировочных решений для перехода от второй модели к третьей в условиях ограниченного бюджета.



Список литературы:

1. Герман А.В. Классификация пешеходных сооружений в пространстве транспортно-коммуникационных систем // Вестник ПНИПУ. Прикладная экология, урбанистика. – 2021. – № 1. – С. 19–31.
2. Ståhl A., Larsson A., Ivarsson B. The meaning of the physical environment in geriatric rehabilitation // International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being. – 2020. – Vol. 15, No. 1. – P. 171–183. – DOI: 10.1080/17482631.2020.1711836.
3. Ulrich R.S. View through a window may influence recovery from surgery // Science. – 1984. – Vol. 224, No. 4647. – P. 420–421. – DOI: 10.1126/science.6143402.
4. Шамрай А. Загородный реабилитационный центр для детей // Архитектура и современные информационные технологии. – 2014. – № 3 (28). – С. 1–12. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=22435288>.
5. Ким А.А., Пужкина А.А. Санаторно-оздоровительная среда города Хабаровска: основные тенденции развития // Урбанистика. – 2023. – № 2. – С. 16–28. – DOI: 10.7256/2310-8673.2023.2.39871.
6. Басова М.В. Историко-культурные и социальные предпосылки формирования реабилитационных центров локомоторной терапии в городах Донбасса // Вестник Донбасской национальной академии строительства и архитектуры. – 2019. – Вып. 2019-2 (136). – С. 162–167.
7. Ulrich R.S., Zimring C., Zhu X. et al. A review of the research literature on evidence-based healthcare design // HERD: Health Environments Research & Design Journal. – 2008. – Vol. 1, No. 3. – P. 61–125.

