

**ЛІТЕРАТУРА:**

1. Кодин В.А. Ерошкина Е.А., Храмы Слобожанщины. Формирование архитектурно-художественных и градостроительных традиций. – Харьков: РИП «Оригінал», - 1998, 184 с.: ил.
2. Ібрагімова А.Р., Дюкарев В.П. Твій Храм. – Х.: Факт, 2005 – 232 с.: іл.
3. Возняк, Е. Р. Архитектура православных храмов на примере храмов Санкт-Петербурга: учеб. пособ. / Е. Р. Возняк, В. С. Горюнов, С. В. Семенов; СПбГАСУ. – СПб., 2010. – 80 с.
4. СП 31-103-99 «Здания, сооружения и комплексы православных храмов», /АХЦ «Арххрам». - М.: 1999. – 38 с.
5. Православные храмы. В трех томах. Том2. Православные храмы и комплексы: Пособие по проектированию и строительству (к СП 31-103-99). МДС31 - 9.2003/АХЦ «Арххрам». - М.: ГУП ЦПП, 2003
6. Моїсеєнко С. О. Проект восстановления и реконструкции Свято-Дмитревской церкви по ул. Полтавский Шлях в г. Харьков: дипл. робота. Харківський національний університет будівництва та архітектури, Харків, 2007. – 39 с.
7. Савйовський В.В., Болотських О.Н. Ремонт и реконструкция гражданских зданий.- Х.: ВАТЕРПАКС, 1999. – с. 288
8. Гончаренко Д.Ф., Новгородов В.Е., Колодяжний С.В. «Восстановления православных церквей Слобожанщины» // Академія будівництва України, вип. № 6, 1999 р., ст. 65-71
9. ДБН В.3.2-1-2004 Реставраційні, консерваційні та ремонтні роботи на пам'ятниках культурної спадщини. – К., 2005. – 123 с.

УДК 711.4.

**Целуйкіна О.В.***Харківський національний університет будівництва та архітектури***ЕТНО-РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ АРХІТЕКТУРИ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ХАРКОВА**

Початковим періодом виникнення міста Харкова вважається період з другої половини XVII до кінця XVIII ст., в цей час відновилося активне заселення Слобідських земель, з Право- і Лівобережної України, котра була тоді під польським урядом. До цих земель переселилася велика купа українців. Вони поосаджували багато міст, слобод, сіл і хуторів, котрі власне й склали з себе Слобідську Україну, або інакше – Слобідські козацькі полки з полковими містами: Харківський, Охтирський, Сумський, Ізюмський і Острогозький. Соціальний устрій слобідсько-українського суспільства нагадує Гетьманщину, бо була загальна основа утворення суспільних станів у всього народу. Тут жили козаки, разом з ними приходили «пашенные мужики», міщани. Не було тільки шляхти, але були козацькі старшини [1].

Переселенці цілком перенесли у Слобожанщину свій національний український побут і виявили його у всіх сторінках

свого життя, маючи свої українські звичаї, свою національну самосвідомість. Тодішня парафія була живою народною силою, вона утворювала так звані церковні братерства із школами та шпиталями. Церковні братерства – національно-релігійні організації українського православного народу. Братерства були дуже розповсюджені, вони боронили православну віру, підтримували освіту, допомагали бідним, убогим [2]. Братство при Харківській церкві Різдва існувало вже у 1678 р. Братства були при Благовіщенській церкві по Титаревій вулиці, при Дмитриєвській церкві по перепису 1732 р., при Троїцькій церкві на Юрченковій вулиці, при Михайлівській церкві з 1711 р. У тісному зв'язку з братерствами, а іноді й самостійно, існували при церквах і парафіях так звані шпиталі, себто приюти для убогих, старих і калік. При Троїцькій церкві у Харкові був шпиталь при братстві, згадується шпиталь і при Успенському соборі, були вони напевне і при других церквах [2].

Особливим для Харкова у цей період стає тісний зв'язок медичних закладів – шпиталів, із місцевими суспільними центрами (братерствами), що розміщувалися безпосередньо біля церкви.

Переважним типом забудови медичних закладів цього часу стає хатній тип. Для Слобожанщини характерно використання симетричності об'ємно-просторової композиції і асиметричне вирішення фасадів таких будинків. Симетрія загального об'єму відповідає і є логічним розвитком симетричної конфігурації плану. Асиметричність рішення фасадів ґрунтується на асиметрії планувальної композиції, оскільки в цих випадках створюється найбільш доцільна організація основних і допоміжних приміщень. Провідним мотивом в архітектурно-художньому рішенні житла є вікна, що на Слобожанщині робляться завжди з віконницями.

Важливими етно-регіональними особливостями архітектури медичних закладів у період бароко (XVIII ст.) стають два фактори. Це найзначніший вплив на формування, який робить організація Харківського Колегіуму та постійна необхідність підтримувати та задовольняти, перш за все, потреби військових. Виходячи з цього, і відбувається розвиток медичних закладів. Для цього періоду характерно розміщення медичних закладів у єдиному ансамблі із комплексом колегіуму, або церкви. Спостерігається нерозривний зв'язок архітектури медичного закладу із архітектурою самого колегіуму, або церкви – створення єдиного комплексу із культовими спорудами. Для військових шпиталів розміщення поблизу будівель церков також дуже поширений. Наприклад, будівля колезького шпиталю сприймалася як елемент всього комплексу ансамблю Харківського колегіуму.

У період класицизму, з другої половина XVIII – першої половини XIX ст., будівництво об'єктів медичної галузі відбувається у Харкові в руслі упорядкування міської забудови. В цей час для Харкова характерна територіальна наближеність медичних закладів до поліцейських дільниць, тут надають медичну допомогу за

територіальним принципом. В умовах регулювання земельної власності по містах, забудова вулиць набувала рядковий характер, що зберіглося і в послідовних періодах, особливо в житлових районах. Структура медичних закладів цього періоду співпадає із структурою урбаністичних центрів. Цей період характерний виникненням центру нової урбаністичної структури. Поряд з культовими спорудами стає палац губернатора та поліцейські дільниці (медична допомога мешканцям району). Особливим фактором впливу для Харкова стає перетворення Колегіуму у Харківський університет [3]. В місті будуються перші університетські клініки біля комплексу учбових корпусів університету, вони надають медичну допомогу не тільки харків'янам, але й мешканцям всього краю.

В цей період для Харкова особливими стають наступні риси архітектури медичних закладів:

- будівлі медичного призначення менші за розмірами ніж у столичних містах, менш претензійний їх зовнішній вигляд, при наявності яскравих рис класицистичного стилю та використанні ордерних композицій;

- при розповсюдженому використанні будівель великої садиби, як це використовувалося у багатьох інших містах країни, для Харкова особливим стає більш вільне розміщення будівель на території єдиного комплексу. В порівнянні із іншими лікарнями, побудованими в той же час, допоміжні корпуси розташовані без прагнення до симетрії загальної композиції, менш упорядковано, що співпадає із загальною планувальною системою міста;

- характерним є більш широке застосування анфіладної компоновки приміщень основного корпусу в порівнянні із столичними зразками.

Причиною таких відмінностей можна назвати в цілому вільний тип планувальної системи Харкова козацької доби, що загальноприйнята. Місто Харків зберіг у своїй основі геоморфологічний тип планування міста.

Друга половина XIX ст. – початок XX ст., цей період перетворює місто на найбільш промисловий центр. Медичні заклади починають будуватися поблизу, або в структурі робітничих селищ. Приватні медичні заклади створюються у центральних районах міста. Зростає поверховість будівель, що розміщуються за червоною лінією забудови кварталів. Ущільнюється забудова: спочатку за периметром кварталів із розміщенням парадних входів та проїздів на головних фасадах будівель; к початку XX ст. вже забудовуються внутрішньоквартальні території.

Активно розвивається центральна частина міста, де розташовуються університетське клінічне містечко та приватні медичні клініки, діяльність яких розповсюджується більше на задоволення потреб більш заможного шару населення. Поряд із будівлями лікарень, виникають приватні медичні заклади, що розташовані у приватних будинках. Також в якості медичних закладів почали застосовуватися приватні квартири, часто розміщені у прибуткових будинках. У центральних районах міста будуються нові великі медичні заклади муніципального, громадського та приватного секторів. Згодом будівлі медичних закладів стають справжніми «вузлами» та «орієнтирами» (за К. Лінчем).

В робітничих селищах медичні заклади розгортають свою діяльність в окремих будинках, Це фельдшерські пункти, амбулаторії, лікарні та аптеки. Зростає роль фабрично-заводської медицини.

Найважливішим ядром розвитку медичної науки та практики стають університетські клініки. Розташування будівлі медичного закладу на генеральному плані майданчику вільне, часто з відступом від лінії забудови, що надає можливості для розкриття пластики об'ємів та поверхонь.

Для Харкова зберігається особливість вільного розміщення корпусів на території усього земельного майданчику, без упорядкування.

При зовнішньої симетрії загальної композиції фасаду внутрішнє планування

окремих частин будівлі може дуже відрізнятися (Миколаївська лікарня та зблокована із нею лікарня ім. Гельферіха). Причому ця різниця наявна не тільки у розмірах палат, але у розміщенні різних за своєю функцією приміщень (рентгенівський кабінет, водолікарня, електролікарня у лікарні ім. Гельферіха). Характерним для Харкова, часто при будівництві медичних закладів, понад залежності від використаного стильового напрямку, будується домова церква у єдиному комплексі будівлі, розташовуючись, як правило, на верхньому поверсі, вздовж центральної композиційної вісі.

Етно-регіональними особливостями стають переважні використання окремих стильових напрямків. Так, наприклад, «цегляний стиль» достатньо широко представлений, часто у еклектичному поєднанні з формами класицизму, на відмінність від будівель у Санкт-Петербурзі та Москві, де медичні заклади, що будувалися від Євангелічних та Католицьких громад, у «цегляному стилі» виконувалися із використанням готичних форм. Також особливим стає найбільш раціоналістичний напрямок - використання цегли без штукатурки, сама цегляна кладка здійснювала декоративну роль. Використовувалася поліхромна цегла, прикладів застосування глазурованої плитки, ізразців, майоліки на фасадах медичних закладів не зустрічається. Широко при будівництві медичних закладів застосовуються форми неокласицизму раціоналістичного напрямку.

В будівництві медичних закладів більше уваги приділяється створенню більш спеціалізованих установ. Яскравим прикладом стає будівництво у 1912 р. упорядкованої двоповерхової споруди офтальмологічної лікарні Л.Л. Гіршмана, що побудована у стилі модерн. Будівля містить в собі не тільки палатне, хірургічне відділення, а і приміщення для виготовлення необхідних ліків, виробництва та ремонту спеціалізованих інструментів.

Загалом визначається спадкоємність традицій у тісних зв'язках із Німеччиною,

що виникли ще у період початку діяльності Харківського Університету, коли до складу викладачів були запрошені німецькі професори із європейських університетів.

Не дуже широко представлений «неросійський» стиль (будівля Харківської міщанській богадільні по вул. Володарського), східний та мавританський стилі, що також дуже характерно для харківської архітектурної школи.

Причиною більш раціонального підходу до архітектурного образу медичного закладу є загальний раціоналістичний підхід до будівництва соціально вагомих об'єктів на Слобожанщині.

Період з 1917-1945 рр. відзначений націоналізацією та об'єднанням медичних закладів в єдину мережу за територіально-галузевим принципом. Для Харкова, з 1922 по 1940 рік велось активне будівництво лікарень, розширення та закріплення ступінчастої структури мережі медичних закладів, будівництво перших поліклінік, науково-дослідних інститутів. Радянський період привніс нові риси для розміщення мережі медичних закладів міста. У центрі міста будується ціла низка великих науково-дослідних інститутів медичної галузі. Будівництво носить масштабний характер, такі об'єкти формують містобудівні доміанти забудови міста.

З іншого боку розпочинається формування єдиної системи медичного обслуговування ім.Семашка. Її основні принципи: безоплатне медичне обслуговування, ієрархічна структура, доступ до медичних послуг за місцем помешкання чи місцем роботи, принцип дільничності. Фінансування галузі цілком державне. Територіально це проявляється у розміщенні основних лікувальних центрів безпосередньо на великих підприємствах, підкорюючись професійному принципу. Медична допомога надається за місцем роботи пацієнта. Надалі, основну роль в забезпеченні медичною допомогою набуває територіальний принцип, тобто принцип дільничності.

Це також період, коли Харків був столицею України. Він ознаменувався будівництвом великих об'єктів медичної сфери: комплекс Третьої взірцевої робочої поліклініки, величезні будівлі спеціалізованих інститутів, як правило вже у формах конструктивізму (Рентгенакадемія, НДІ ендокринології і органотерапії, Інститут Гігієни Праці). Для цього періоду часу у композиційному плані характерним стає широке використання нового конструктивістського стилю. Масштабність та велич нових форм співпадають із цілями забудови столичного міста об'єктами науково-дослідного медичного призначення.

Характерною харківською рисою стає Університетське медичне містечко, що забезпечує розвиток медичної науки. Будівлі медичних закладів стають доміантними спорудами серед свого оточення та сприймаються як основні.

Період часу з 1945-1959 рр. - період післявоєнного відновлення міста, новий етап зростання і розвитку Харкова. У роки Великої вітчизняної війни місто було сильно зруйноване. Післявоєнні роки були направлені на відновлення міста. Завершений новий генеральний план розвитку міста. У медицині відбувається повне поширення дільничного принципу надання медичній допомозі. Розміщення медичних установ серед житлових масивів, і орієнтація на профільні підприємства. Відмітними ознаками стають комплексний підхід до забудови з плануванням рекреаційних зон, транспортних під'їздів. Характерною рисою стає ансамблева забудова вулиці. Розміщення медичних закладів відбувається із обов'язковою розбивкою навкруги них рекреаційних зон.

Використовуються форми «сталінської архітектури», від стриманих класичним форм до яскравості ампіру. Але для медичних закладів Харкова ці архітектурні напрямки представлені не дуже широко. В цей період відновлюються ті медичні заклади, що існували до початку війни. Прикладом будівництва може служити будівля Медичного інституту

(1952р.) Також для медичних закладів нехарактерним є використання багатих матеріалів оздоблення фасадів та інтер'єру, таких як мармур, бронза, цінні породи дерева та ліпіння.

Період 1960-тих рр. ХХ ст - роки переходу до індустріального будівництва, активне зростання промисловості перетворює Харків в один з величезних промислових, освітніх і наукових центрів СРСР. Серйозно розвивається інфраструктура. Домобудівництво перекладається на індустріальну основу. Створюються економічно вигідні типові проекти. Починається бурхливий розвиток нових житлових масивів. В результаті поширення типового будівництва формується особлива містобудівна політика: масове будівництво нових районів і масова реконструкція історичного середовища міста. Виникає дві проблеми: монотонність і сумовитість просторів нової забудови і естетична індиферентність новобудов, які упродовжувалися в історично сформовані середовища міста. Форми модернізму і мінімалізму в архітектурі медичних закладів включаються в активний синтез з монументальним мистецтвом. В той час, як містобудівні умови зводяться до підпорядкування функціональному зонуванню, розміщення в зелених зонах мікрорайонної забудови [5].

У 1970-тих – 1980-тих роках відбувається активне планове зростання мережі установ охорони здоров'я за рахунок масового будівництва нових, розширення існуючих лікарень за допомогою будівництва корпусів за типовими проектами, збільшення і об'єднання лікарень [7]. У 1980-і роки будівництво стало менш інтенсивним, але велося на якісно новому архітектурному рівні. У 1970-х роках остаточно завершується формування мережі медичного обслуговування за територіальним принципом. Найбільш бурхливий та величезний за об'ємами індустріального будівництва період. Типовим для Харкова, як і для інших міст країни, стає використання типових проектів медичних закладів.

Одними з перших в Україні, у Харкові при проектуванні був застосований принцип функціонально-планувальної актуальності медичного комплексу – потреба у розділенні маршрутів руху. Коли в палатному відділенні маршрути повинні мати замкнутий характер, у лікувально-діагностичному терапевтичному – обмежено транзитний, у лікувально-діагностичному хірургічному – строго замкнений, у підрозділах адміністративно-господарської зони – транзитний. Крім того вертикальна інтеграція веде до більшого різноманіття типів планувальних блоків, груп та вічок: зміна співвідношення площ лікувально-діагностичних (параклінічних) та палатних (клінічних) підрозділів; збільшення удільної ваги високих медичних технологій, їх вплив на архітектурно-планувальну структуру; велика увага структурі груп екстрених підрозділів.

У 1980-тих роках будівництво медичних установ орієнтується на розвиток житлових масивів, і по вузлах транспортної доступності. Цей період характеризується укрупненням медичних установ шляхом формування медико-діагностичних комплексів, які ґрунтуються на принципах централізації [6]. У 1980-і роки будівництво медичних установ ведеться комплексно, із створенням великих лікувальних комплексів з декількома корпусами на спеціально відведених земляних ділянках, що обумовлюється необхідністю створення мережі медичних установ, яка забезпечує необхідну доступність для відвідувачів.

Застосовуються різні композиційні прийоми при створенні медико-діагностичних комплексів. Розчленена композиція поступово переображується, активно розвиваючись по вертикалі. Комплекси павільйонного типу поступово перетворюються у поліблочні. При господарюванні поліблочного підходу комплекс може уявляти собою конгломерат різних компановочних схем – розчлененої, вузлової, растрової. Атріумні простори використовуються у якості рекреацій [4].

У відношенні функціонально-типологічного складу таких комплексів відмічається тенденція до своєрідної поліфункціональності – вертикальній інтеграції етапів надання медичної допомоги.

У відношенні об'ємно-планувальних характеристик вертикальна інтеграція веде до більшої різноманітності типів планувальних блоків та осередків, напрямків змін архітектурної композиції: розширення амбулаторно-діагностичних підрозділів стаціонару за рахунок будівництва та конверсії, розвиток програм сумісного перебування пацієнтів із родичами, зміну структури палатних одиниць; втілення спеціально розроблених для конкретного закладу «знакових орієнтацій цих систем»; розвиток програм профілактичного напрямку у вигляді реабілітаційних центрів; нові види спеціалізованих підрозділів – сестринського догляду, догляду на дому, відділення-хоспіси; удосконалення транспортної, інженерно-господарської інфраструктури стаціонару шляхом застосування енергозберігаючих технологій [5,6].

Але вирішальним моментом для розміщення установ медичного призначення стає також транспортна доступність, наявність або створення зручних під'їздів і підходів.

1990-ті роки характеризуються демократизацією суспільства, що призвело до того, що медичні заклади починають розміщувати на територіях каркасу міста (термін Гутнова). Характерним стає виникнення невеликих об'єктів медичного призначення на базі існуючого житлового фонду, коли викуплені у приватну власність квартири, розташовані на перших поверхах житлових будинків, переводилися до нежитлового фонду та реконструювалися під стоматологічні приватні кабінети, кабінети лікарів-венерологів тощо. Такі об'єкти визначаються необхідністю їх розташування не тільки виходячи з вже складеної містобудівної ситуації, а і розміщення безпосередньо у середовищі існуючого житлового будинку. Рациональний підхід досягався поєднанням невеликих кошторисних витрат та максимально

ефективним використанням одиниці площі закладу для забезпечення виконання завданої функції [7].

Останній період, початок ХХІ ст., характеризується розвалом технократичної цивілізації, він привів до розвалу і системи медичного обслуговування за територіальним принципом. Практично повністю перестало існувати медичне обслуговування за промислово-галузевим принципом. Залишилася змішана ланка первинної і вторинної форм медичної допомоги на базі вже існуючих поліклінік, які діють за територіальним принципом. Це період загальної стагнації, що характеризується різким спадом об'ємів будівництва медичних установ. Проте, з'являються нові типи медичних установ - приватні медичні заклади. За роки незалежності України дуже змінилася соціально-економічна ситуація в суспільстві. Для розміщення приватних медичних установ більш широкої функціональної спрямованості вже використовуються окремі будівлі, які після проведення реконструкції задовольняють нові потреби. Це приводить до щільнішої концентрації медичних послуг на одиницю площі. Практично не використовуються способи розміщення медичних установ в рекреаційних зонах. Основним принципом розміщення стає розміщення поблизу пересічення транспортних магістралей, забезпечення максимально зручної доступності відвідувачів. При катастрофічному зменшенні масового будівництва, будуються невеликі за об'ємом і значенню об'єкти, які не знаходяться у великих асигнуваннях. З'являються приватні підприємства, нові об'єкти обслуговування. Центральні вулиці міста наповнюються дрібними приватними медичними установами. Медична галузь залишає, в основному, ознаки територіального розміщення, але відбуваються зміни, викликані процесами реформування. Збільшується кількість комерційних медичних установ. Відбувається перерозподіл функцій між установами первинної, вторинної, спеціалізованої допомоги. З'являється медичне страхування. Такі зміни но-

сять не лише внутрішньоміський, але і загальнодержавний характер. Впровадження реформи повинно забезпечити якість, доступність та забезпечення безперервності медико-санітарної допомоги населенню; зменшення потреби у стаціонарній, спеціалізованій амбулаторній та швидкій медичній допомозі; загальне покращення стану здоров'я населення [7].

Реформа пропонує розвиток різних форм власності закладів первинної медичної допомоги: державної, комунальної, колективної, приватної. А основними напрямками змін повинні стати: децентралізація медицини, введення обов'язкового медичного страхування та створення інституту «сімейного лікаря».

Характерною рисою вибору місця розміщення медичного закладу Харкова можна виділити націленість на транспортні вузли. А вирішальним фактором вибору земельного майданчику для будівництва такого об'єкту стає можливість забезпечення пішохідної доступності та зручність транспортного під'їзду та паркування. На сьогоднішній день починає формуватися нова структура медичних закладів, що у своїй основі опирається на систему транспортного та пішохідного сполучення міста [8, 9]. У зв'язку із чим можна зробити вивод про втрату медичними закладами свого впливу на формування архітектурного образу міста. На першій план виходять інші принципи: територіальна доступність, близькість до зручних транспортних вузлів.

**Вивод.** Проаналізувавши історичну динаміку формування архітектурних етно-регіональних особливостей медичних закладів Харкова необхідно відмітити, що визначення місця розташування об'єкту медичного призначення у міському середовищі, його роль в структурі забудови, використання різноманітних композиційних прийомів з часом змінювалися під впливом регіональних потреб, знаходячи різні варіанти вирішення цих архітектурних завдань. А у теперішньому періоду часу прийняття рішення про вибір земельного майданчику для будівництва медич-

ного закладу, виходячи із існуючої містобудівної ситуації, буде на користь вибору майданчику з максимальною близькістю до зручних транспортних вузлів, з розміщенням забудови безпосередньо вздовж «червоної лінії», з обов'язковою організацією зручної парковки для відвідувачів. Поверховість об'єктів медичних закладів, що будуються, на сьогоднішній день, як правило, складає 3-4 поверхи, що дозволяє використовувати невеликі за розміром земельні ділянки. Створення архітектурного ансамблю при будівництві такого об'єкту, його просторова організація буде орієнтована на зручність під'їздів, при обов'язковому врахуванні санітарно-гігієнічних норм.

**ЛІТЕРАТУРА:**

1. Багалій Д.І. Історія Слобідської України /Передмова, коментар В.В.Кравченко. – Харків: Дельта, 1993. – 256 с.: іл. (Пам'ятники історичної думки України»).
2. Багалей Д.И., Миллер Д.П. История города Харькова за 250 лет его существования (1655 – 1905). Историческая монография. В 2-х томах. – Харьков, Репринтное изд. – Т.1. – 572 с.; Т.2. – 982 с.
3. Багалей Д.И. Опыт истории Харьковского университета (по неизданным материалам). [В 2-х т.]. – Т.1 (1802-1815 гг.). – Харьков: Тип. И литого. М. Зильберберга, 1893-1898. – 1204 с.; Т.2 (1815-1835 гг.). – Харьков: Тип. И литогр. М. Зильберберга, 1904. – 1136 с.
4. Бархин Б.Г. Методика архитектурного проектирования. Издание второе, переработанное и дополненное. – М.: Стройиздат, 1982. – 224 с.
5. Адамович В.В., Бархин Б.Г., Варежкин В.А. и др. Архитектурное проектирование общественных зданий и сооружений. Изд. второе, переработанное и дополненное. / Под общей редакцией засл. Архит. РСФСР, проф. И.Е.Рожина и д-ра архитектуры проф. А.И.Урбаха – М.: Высшая школа, 1984 г. – 543 с.
6. Больницы: руководство по проектированию и оборудованию. - М. : Гос. изд-во литературы по строительству и архитектуре, 1953. - 311 с. : ил. - (Архитектура советских общественных сооружений). - Библиогр.: с. 309.

7. Цапенко М.П. Архитектура Левобережной Украины XVII-XVIII веков.-М.:Стройиздат,1967.-235 с.
8. Центральные районные больницы / Т. А. Булычева. - М. : Стройиздат, 1984. - 118 с.: ил. - (Архитектору-проектировщику). - Библиогр.: с. 116-117.
9. Улицы и площади Харькова / Н.Т. Дьяченко. - 3-е изд., перераб. и доп. - Х.: Прапор, 1974. - 319 с.

УДК 72.01

Чечельницкая Е.С.

*Харьковский национальный университет строительства и архитектуры*

### КОМФОРТНАЯ ЭСТЕТИКА ГОРОДСКОЙ ЖИЗНИ

#### **Актуальность темы исследования.**

Города всегда играли важнейшую роль в развитии человеческой цивилизации. Идеи лучше развиваются и распространяются в ситуации, когда большое число людей сосредоточено в одном месте. В каком городе человек хочет жить – компактном или рассредоточенном, старом или новом, большом или маленьком? Ответ на этот вопрос осложняется точным отсутствием точного определения современного города. С точки зрения качества жизни место жительства в современных странах не имеет особого значения. Сегодня, где бы ни жил человек – в центре большого города, в пригороде, в маленьком городке или сельской местности, человек все равно существует в пространстве городской цивилизации. Часто процветание города обеспечивается новыми технологиями. Интернет, кабельное телевидение, мобильная связь – все это привносит в маленькие города удобства, которыми раньше пользовались только жители мегаполисов.

**Постановка проблемы.** Считается, что глобализация уравнивает возможности жителей разных регионов мира, а благодаря новым технологиям и развитию транспорта уже не так важно, где жить — в центре города, на окраине или в пригороде. Однако место по-прежнему имеет значение, и современная эпоха с ее интенсивной географической мобильностью лишь облегчает его выбор. Как сделать

этот выбор, чтобы место жительства соответствовало возрасту, работе, стилю жизни и прочим предпочтениям и потребностям? Так что же наиболее важно для большинства людей, когда речь идет о городе, в котором они живут?

**Изученность проблемы.** Написанная 50 лет назад, книга Джейн Джекобс «Смерть и жизнь больших американских городов» уже давно стала классической, но до сих пор не утратила своего революционного значения в истории осмысления города и городской жизни. Именно здесь впервые были последовательно сформулированы аргументы против городского планирования, руководствующегося абстрактными идеями и игнорирующего повседневную жизнь горожан [1]. Книги, написанные нашими современниками, иностранными авторами раскрывают проблематику городской жизни в различных срезях жизнедеятельности человека [2-4]. Украинские авторы Ю.М. Шкодовский, В.И. Каменский анализируют историю и особенности городского образа жизни с точки зрения градостроительства [5]. Также харьковские архитекторы С.Г. Чечельницкий, О.А. Фоменко раскрывают тематику эстетики, визуального комфорта и особенностей восприятия городского пространства [6].

**Результаты исследования.** Традиционно, город не только поставлял селу необходимые промышленные товары, он занимал ведущее положение в развитии материальной и духовной культуры.