

Галкина Светлана Федоровна

ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ТЕКСТ: ОПЫТ ЛИНГВИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

В статье описывается институциональный жанр - медицинская карта амбулаторного больного. Представлены сведения об истории его формирования. Исследуется детерминационная взаимообуславливающая связь записей с речевым жанром "медицинская консультация". Выделены и описаны институциональные компоненты записей и вариативные структурные компоненты. Анализируется воздействие полидискурсивной ситуации на текст записей, детерминировавшее тенденцию к деофициализации.

Адрес статьи: www.gramota.net/materials/2/2017/12-2/24.html

Источник

Филологические науки. Вопросы теории и практики

Тамбов: Грамота, 2017. № 12(78): в 4-х ч. Ч. 2. С. 86-90. ISSN 1997-2911.

Адрес журнала: www.gramota.net/editions/2.html

Содержание данного номера журнала: www.gramota.net/materials/2/2017/12-2/

© Издательство "Грамота"

Информация о возможности публикации статей в журнале размещена на Интернет сайте издательства: www.gramota.net

Вопросы, связанные с публикациями научных материалов, редакция просит направлять на адрес: phil@gramota.net

Вышеупомянутое обсуждение продемонстрировало, что юридический перевод – это сложный процесс передачи информации или темы разговора двум сторонам, ядром которого является точность и понимание. Фактически юридический перевод может быть воспринят как гибрид, где текст языка оригинала понимается через структуру языка перевода.

Для дальнейшего исследования необходимо знать характер соответствия понятий языка перевода и языка оригинала, так же как и роль структуры знаний языка перевода в понимании юридического перевода.

Список источников

1. **Alcaraz E., Hughes B.** Legal Translation Explained. Manchester: St. Jerome, 2002. 216 p.
2. **Biel L.** Legal terminology in translation practice: dictionaries, googling or discussion forums? // Journal of Translation and Interpretation. 2008. Vol. 3. № 1. P. 22-38.
3. **Chesterman A.** Problems with Strategies // New Trends in Translation Studies. In Honour of K. Klaudy / ed. by Károly K., Á. Á. Fóris. Budapest: Akadémiai Kiadó, 2005. P. 17-28.
4. **Harvey M.** A beginner's course in legal translation: the case of culture-bound terms. Genève, 2000. 9 p.
5. <https://ec.europa.eu/info/resources-partners/european-masters-translation> (дата обращения: 13.10.2017).
6. **Kierzkowska D.** Tłumaczenie prawnicze. Warszawa: Tepis, 2005. 14 p.
7. **Laviosa-Braithwaite S.** Universals of Translation // Routledge Encyclopedia of Translation Studies / ed. by M. Baker. London – N. Y.: Routledge, 2001. P. 288-291.
8. **Šarčević S.** Legal Translation and Translation Theory: a Receiver-Oriented Approach. Genève, 2000. 168 p.
9. **Šarčević S.** New Approach to Legal Translation. The Hague: Kluwer Law International, 1997. 308 p.
10. **Schäffner Ch.** Meaning and Knowledge in Translation // Translation and Knowledge / ed. by Y. Gambier and J. Tommola. Turku: University of Turku, 1993. P. 155-166.
11. **Séguinot C.** Knowledge, Expertise, and Theory in Translation // Translation in Context. Amsterdam – Philadelphia: John Benjamins, 2000. P. 87-104.
12. **Venuti L.** The Translator's Invisibility. A History of Translation. London – N. Y.: Routledge, 1995. 353 p.
13. **Weston M.** An English Reader's Guide to the French Legal System. N. Y. – Oxford: Berg, 1991. 134 p.
14. **Wilss W.** Translation as a Knowledge-Based Activity: Context, Culture, and Cognition // Language, Discourse and Translation in the West and Middle East / ed. by R. de Beaugrande, A. Shunnaq and M. H. Heliel. Amsterdam – Philadelphia: J. Benjamins, 1994. P. 35-43.

CORRESPONDENCE BETWEEN THE TARGET LANGUAGE AND THE SOURCE LANGUAGE

Bondareva Natal'ya Anatol'evna, Ph. D. in Philology, Associate Professor
Saint Petersburg University
camry2004@mail.ru

The article presents the material that considers the comparison of the target language and the source language of a legal text. The author points out the possibility of a high degree of translation and a low level of incorrect translation; considers the opposite translation strategies – domestication and foreignization, – their use and dissemination; shows the difference between the terms “translation technique” and “translation technique”; describes in detail the techniques for translating certain types of texts; represents different types of equivalents for determining the degree of correspondence or inconsistency between the source language and the target language.

Key words and phrases: source language; target language; equivalent; conceptual correspondence; translation technique; translation strategy.

УДК 811.161.1'42

В статье описывается институциональный жанр – медицинская карта амбулаторного больного. Представлены сведения об истории его формирования. Исследуется детерминационная взаимообуславливающая связь записей с речевым жанром «медицинская консультация». Выделены и описаны институциональные компоненты записей и вариативные структурные компоненты. Анализируется воздействие полидискурсивной ситуации на текст записей, детерминировавшее тенденцию к деофициализации.

Ключевые слова и фразы: медицинская карта амбулаторного больного; анализ документного текста; полидискурсивность документного текста; институциональный медицинский дискурс; комплексный жанр.

Галкина Светлана Федоровна
Новосибирский государственный медицинский университет
Новосибирский государственный технический университет
port.artur@mail.ru

**ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ТЕКСТ:
 ОПЫТ ЛИНГВИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА**

На современном этапе существования лингвистики в рамках антропоцентрического подхода объектом внимания значительной части исследований являются самые разные сферы человеческой деятельности. Одна

из таких сфер – здравоохранение, медицина – все то, что прямо или опосредованно связано со здоровьем, лечением и профилактикой.

В настоящее время лингвистами изучаются различные составляющие медицинской сферы деятельности. Вместе с тем, насколько нам известно, недостаточно представлены на настоящий момент исследования, объектом которых была бы медицинская документация, в то время как этот институциональный компонент является неотъемлемой составляющей данной профессиональной сферы деятельности: описана композиционно-содержательная структура медицинского документа и этапы ее формирования [13] и функции «истории болезни» [9].

Объектом данного исследования является медицинская карта амбулаторного больного (далее – МКАБ). МКАБ представляет собой текст, исторически восходящий к тем же прототипам документов, из которых сформировалась «история болезни». В научной и научно-учебной литературе сведения о появлении и истории этого жанра отрывочны; краткие данные представлены в энциклопедиях, учебной литературе по истории медицины и некоторых статьях [4; 10; 11; 13; 16]. Описание болезней появились задолго до возникновения документа как такового. Например, М. Б. Мирский упоминает, что «летописец начала XVI в. приводит почти полное клиническое описание хода заболевания» [11, с. 152]. Несколько позже, с развитием государственного аппарата, эти записи стали частью отчетной документации. Так, в конце XVII в. одной из важных функций Аптекарского приказа было проведение освидетельствования больных и увечных, в результате чего составлялись медицинские протоколы, так называемые «дохтурские сказки», в которых указывалось, «какой болезнью кто скорбен» [10, с. 45]. В XVIII в. в законоположениях появляются упоминания об особых картах – «цедулах», «лазаретных книгах» и «скорбных листах». В конце XVIII в. составление подобных описаний вошло в обязанность уездных лекарей и инспекторов врачебных управ. В XVIII-XIX вв. по результатам экспедиций Академии наук, Сената составлялись медико-топографические описания, которые проводились по специально разработанным анкетам. В этих анкетах были представлены сведения о заболеваемости, причинах болезни [2, с. 15-20]. В 30-х годах XIX в. в больницах получили широкое распространение «скорбные листы», в которых содержалась информация о пациентах; уже к концу столетия ведение «истории болезни» стало повсеместным и обязательным. Историки отмечают, что во второй половине XIX в. земские врачи при амбулаторном приеме регистрировали больных «по карточной системе», то есть заполняли на каждого больного амбулаторную карту [10, с. 45, 304]. В СССР эта система была перенята и затем получила дальнейшее развитие. В своем современном виде МКАБ утверждена приказом Министерства здравоохранения [12]. Она является основным медицинским документом, который заполняют врачи амбулаторно-поликлинических учреждений. МКАБ относится к первичной медицинской документации, является учетной и отчетной; это документ, имеющий юридическую силу, его ведение регламентировано вышеназванным приказом и приложениями к нему. На формирование МКАБ, таким образом, влияло как развитие медицины в целом, так и происходившее становление соответствующего социального института.

Л. С. Бейлинсон считает, что суть институционализации состоит в «типологизации повторяющихся действий и связанных с ними ожиданий» [3, с. 142]. МКАБ сформировалась как дескрипция амбулаторного лечения, которое осуществляется в институциональной коммуникативной ситуации, которую можно обозначить как «прием пациента». Это типологизированная процедура, этапы и аспекты которой представлены в исследуемом тексте. Основными участниками данной ситуации «являются его [социального института] представители (агенты) и те, кто обращается в соответствующий институт (клиенты), например... врач и пациент» [Там же, с. 143]. В рамках взаимодействия между агентами и клиентами социальных институтов исследователь выделяет три модуса общения: «общение между агентами (внутренний институциональный дискурс), общение агента с клиентом (стандартный институциональный дискурс) и общение между клиентами... (внешний институциональный дискурс)» [Там же]. МКАБ фиксирует «общение агента с клиентом», то есть относится к стандартному институциональному дискурсу, сам документ является письменной формой общения «между агентами». Адресатами текстов в документе являются: врачи, средний медицинский персонал, сотрудники и администрация поликлиники, сотрудники страховых компаний, студенты, правоохранительные органы. Являясь частью социальной сферы «здравоохранение / медицина», МКАБ представляет собой компонент профессиональной деятельности и отчетный документ. Ее содержание обусловлено профессиональной и институциональной потребностью в дескрипции социального взаимодействия. В роли агента (автора и адресата) могут выступать врачи, руководство учреждения, средний медицинский персонал, представители страховых организаций и т.п., следовательно, МКАБ представляет собой документ, относящийся к внутреннему институциональному дискурсу (пациенты не относятся к потенциальным адресатам текста).

Создаваемые в МКАБ тексты являются исторически сложившейся формой письменной фиксации институционального взаимодействия пациента с социальным медицинским институтом – лечебно-профилактическим учреждением. Главная организующая часть этого процесса – амбулаторный прием пациента; также к нему относятся лабораторные обследования, взаимодействие с персоналом поликлиники и т.п. Таким образом, создаваемый в МКАБ текст, с одной стороны, является документным и институциональным, требует выполнения определенных стандартов заполнения, соблюдения врачом определенной социальной роли, с другой стороны – он продуцируется автором, находящимся в процессе речевого и физического взаимодействия с пациентом, состояние которого является объектом профессионального исследования врача.

МКАБ входит в корпус текстов официальной медицинской документации и представляет собой многожанровое образование. Е. И. Голованова отмечает, что «особую разновидность составляют специфические жанры

в пространстве конкретной профессиональной сферы... История болезни, листок нетрудоспособности, рецепт, направление на лечение, направление на анализы, выписной эпикриз и прочее – в медицинской сфере» [6, с. 34]. Исходно МКАБ представляет собой описание ситуации врачебного осмотра и медицинской консультации. Ситуация приема и лечения пациента – многоаспектный процесс, включающий не только прием пациента, но и его осмотр, обследование, забор анализов, лечение, выдачу льготных лекарств и многое другое. Каждый из этих компонентов представляет собой либо исследовательскую операцию (например, осмотр и установление диагноза), либо описание процесса / явления (например, результаты обследования, рентгена и пр.) либо является «продуктом» профессиональной деятельности (рекомендации), экономическим документом (например, рецепт на получение лекарственных средств в рамках социальных программ и льгот) и т.д.

МКАБ состоит из бланков для долговременной информации и бланков для оперативной информации, которые представляют собой институциональный компонент жанра. Часть их регламентирована приказами министерства (например, первая страница, представляющая собой сведения о пациенте) или руководством лечебно-профилактического учреждения. Сам амбулаторный прием – это осмотр пациента и осуществление речевого взаимодействия между врачом и пациентом, он дескриптивно представлен в таком жанре, как «запись врачебного осмотра». Документный текст, возникший как письменный результат устной коммуникации и взаимодействия «врач – пациент», должен отразить соответствующую коммуникативную ситуацию, которая является стандартной и типологизированной. «Именно адекватность представления содержательно-функциональных признаков объекта описания с помощью лингвистических средств, выбор которых соответствует действующим правилам, делает документ релевантным, то есть достаточно точным лингвистическим коррелятом того явления или ситуации, которое значимо для субъекта, включенного в коммуникативные отношения» [8, с. 103]. За период от «дохтурских сказок» до современного варианта были выработаны и/или директивно прописаны определенные требования к содержанию и оформлению МКАБ. Эти требования могут быть представлены как жанровые нормы документного текста, а сам жанр МКАБ является вербально-знаковым (в данном случае – письменным) оформлением различных аспектов взаимодействия в рамках институциональной ситуации. МКАБ генетически восходит к речевому жанру «медицинская консультация». Исследователи, работающие в области медицинской нарратологии, выделяют такие нарративы, как «нарративы о пройденном лечении, нарративы о начале заболевания, нарративы о происшествиях, нарративы о пройденном обследовании, нарративы о причинах / мотивах обращения к врачу, нарративы об образе жизни, нарративы о перенесенных заболеваниях» [7, с. 11]. Как показал анализ материала, компоненты МКАБ и структурные части записей врачебного осмотра, разнообразных направлений, эпикризов, заключений и т.п. представляют собой письменную фиксацию и / или интерпретацию высказываний, соотносящихся с перечисленными нарративами. В обязательном порядке МКАБ содержит записи врачебного осмотра (консультации), преобладающие в количественном отношении и являющиеся базовыми: анализ материала показал, что медицинская карта может состоять из первой институциональной страницы и одной записи врачебного осмотра (консультации). МКАБ также может включать различные медицинские документные тексты: выписка, эпикриз, направление на анализы, направление на обследование, копии рецептов и т.п., представляющие собой отдельные жанры.

В жанре «запись врачебного осмотра», согласно институциональным предписаниям, должна быть представлена следующая информация: дата обращения, специальность врача, вид осмотра, описание жалоб пациента. Приводятся сведения о длительности заболевания, его связи с какими-либо факторами, о проводившемся лечении (указываются медикаментозные препараты, «народные» средства и т.д.) и его эффективности. Далее кратко описывается объективное состояние пациента в соответствии со схемой, предусмотренной пропедевтикой внутренних болезней. Исходя из результатов анамнеза заболевания и данных осмотра, формулируется диагноз согласно действующим классификациям. При необходимости указывается план лабораторно-инструментальных исследований, отмечаются назначенные лечебные мероприятия. В случае выдачи листа нетрудоспособности в конце записи указываются его номер, дата выдачи и дата следующей явки для осмотра. Запись врачебного осмотра подтверждается личной подписью врача. Данные, полученные при анализе материала (было использовано более 300 записей из разных МКАБ одной из поликлиник г. Новосибирска), показывают, что в текстах вышеперечисленные компоненты представлены фрагментарно, в соответствии с институциональными требованиями поликлиник и состоянием пациента. Например, название специальности в обязательном порядке указывается, если запись сделана «узкими» специалистами, и факультативно – терапевтами. Время посещения не указывается, цель – если отличается от цели «получить лечение» (Например: *пришел узнать результаты анализов*). Структурные компоненты «Жалобы» и «Объективное состояние» указываются в обязательном порядке. Таким образом, составляющие МКАБ вариативны, за исключением первой страницы, представляющей собой сведения о пациенте, вариативными также являются структурные компоненты такого жанра, как «запись врачебного осмотра».

Ситуативные условия, существующие алгоритмы профессионального поведения (действий) – все это входит в понятие дискурса, о значении его для анализа любых, в том числе и документных, текстов пишут специалисты по документной лингвистике [1; 8; 14]. Врач следует схеме оформления и типу записи при изменении институциональной ситуации. Структурные компоненты записи врачебного осмотра могут отсутствовать в силу объективных причин, сам текст оформляется по шаблону, например:

02.05.12 Терапевт на дому.

Двери не открыли

вр. фамилия /подпись/

Анализ материала выявил частотные отступления от институциональных норм. М. Фуко указывает, что ошибочно понимал медицину «как ряд дескриптивных высказываний», потому что «клинический дискурс является совокупностью гипотез о жизни и смерти, этических выборов, терапевтических решений, институциональных положений, моделей обучения в той же степени, что и совокупностью описаний; что в любом случае дискурс не мог быть абстрагирован от всего этого и что дескриптивный акт высказывания был всего лишь одной из формулировок, представленных в медицинском дискурсе» [15, с. 83]. Таким образом, за текстами МКАБ, представляющими собой «дескриптивный акт», «прячется» большое число когнитивных процессов, ментальных операций, навыков: «врач поочередно является и лицом, которое полновластно и непосредственно задает свои вопросы, и наблюдающим оком, и прикасающимся пальцем, и орудием расшифровки симптомов, и местом интеграции уже сделанных описаний, и лабораторным техником» [Там же, с. 116]. Это многообразие ролей врача находит выражение во взаимодействии с пациентом в ситуации амбулаторного приема и, соответственно, в документе, который ее фиксирует.

Умение заполнять и оформлять записи в МКАБ в соответствии с типовой (жанровой моделью) – одна из профессиональных компетенций врача. Дискурсивные и прагматические составляющие коммуникативной ситуации обусловили разнообразные вариации в записях. МКАБ обладает определенными особенностями, которые детерминированы ее положением на пересечении устного и письменного дискурса [5]. В количественном отношении употребление разговорной лексики и цитации коррелирует со структурными компонентами записи врачебного осмотра. В части «Жалобы больного», которая представляет собой вторичный (деривационный) письменный текст, первичным для которого являются устные высказывания / ответы пациента, врач может записывать лексемы и синтаксические конструкции, используемые в речи пациентом, при этом указывая на цитацию: *Жалобы на «похрипывание»; Ж-бы на «сухость» глаз – либо используя несобственно-прямую речь, разговорные синтаксические конструкции: Жалобы на головные боли, слабость. Тяжело дышать периодически; Опять стало беспокоить правое ухо; Жалобы на боли в руках, особенно по ночам, когда работает, руки не болят. Из-за болей плохо спит.* В текстах используется синтез разных типов дискурса (профессионального и разговорного): *Принимает Сиофра 250 / сут. Беспокоит боль в ногах, ощущение «мурашек», снижение чувствительности, онемение стоп, кистей рук.* Для прочих компонентов записи подобная полидискурсивность не является типичной, используется медицинская терминология и соответствующие профессиональные клише: *Кожа чистая, умер. влажная. Зев спокоен. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритм. ИСС 66; ритм; АД = 170/90 (волноб АЛЛС). Живот при пальпации мягкий, б/б.*

В записях МКАБ используются как общепринятые профессиональные сокращения и аббревиации, так и индивидуальные, на русском и латинском языке: *DS* (диагноз); *б/б, б/бол* (безболезненный), *n* и *N* («норма» и деривационные варианты этого слова). К индивидуальным сокращениям относятся: *Печень на пр. реберн. дуги; DS: Хр. ишемия головного мозга на фоне артер. гиперт 2 р 3 ХВИ ДОВ; Лимфостаз н/конечн; D/s 3 / пер шейки пр бедра без смец.*

Некоторые врачи используют в текстах символические обозначения: *Отмечает незначит (+) динамику...; Из анамнеза ~ 6 мес. (аносмия); Жалобы на ↑ сах до 10,5 нат.*

Использование общепотребительных и разговорных слов, форм прошедшего и настоящего времени, сокращений, креолизованных элементов находит отражение в текстах записей МКАБ и является частотной жанрово-релевантной особенностью, эксплицирующей влияние дискурсивной ситуации на создаваемый в ее рамках текст.

Исследуемый институциональный медицинский текст – МКАБ – относится к внутреннему институциональному типу профессионального дискурса, является многожанровым образованием. Структурные компоненты записи врачебного осмотра и их текстовая экспликация являются вариативными, причем вариативность обусловлена объективными внешними причинами (физическое состояние больного, отличия физиологических параметров, методики лечения и т.п.); институциональными предписаниями руководства отдельных поликлиник. В текстах МКАБ используются разнородные типы записей, жанрово-релевантные для документов, и креолизованные элементы. Отступления от институциональных норм детерминированы полидискурсивностью коммуникативной ситуации и языковой личностью врача; степенью интериоризации жанровых норм. Как показал анализ текста, институциональные предписания и нормы не являются превалирующей характеристикой текстов. Таким образом, МКАБ является документом, релевантным объекту референции – коммуникативной ситуации «врач – пациент» и социальной ситуации «пациент – лечебно-профилактическое учреждение».

Список источников

1. **Алексеева А. В.** Официально-деловые документы в аспекте их коммуникативно-прагматических особенностей (на материале обращений граждан в административные органы и ответов на них): монография / ОмГУ им. Ф. М. Достоевского. Омск: ЛИТЕРА, 2013. 196 с.
2. **Артюнина Г. П.** Основы социальной медицины: учебное пособие для вузов. М.: Академический проект, 2005. 576 с.
3. **Бейлинсон Л. С.** Функции институционального дискурса // Вестник Иркутского государственного лингвистического университета. Серия «Филология». 2009. № 3 (7). С. 142-147.
4. **Быков В. П., Баранов С. Н., Федосеев В. Ф.** История болезни хирургического больного. Архангельск: Издательство Северного государственного медицинского университета, 2011. 236 с.
5. **Галкина С. Ф.** Пересечение обыденного разговорного и профессионального дискурсов в профессиональной письменной речи врача (на материале карты амбулаторного больного) // Русская речевая культура и текст: материалы VIII международной научной конференции (г. Томск, 17-18 апреля 2014 г.) / под общ. ред. проф. Н. С. Болотновой. Томск: Изд-во Томского ЦНТИ, 2014. С. 281-284.

6. Голованова Е. И. Профессиональный дискурс, субдискурс, жанр профессиональной коммуникации: соотношение понятий // Вестник Челябинского государственного университета. 2013. № 1 (292). С. 32-35.
7. Жура В. В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении: автореф. дисс. ... д. филол. н. Волгоград, 2008. 42 с.
8. Кушнерук С. П. Современный документный текст: проблемы формирования, развития и состава. Волгоград: Волгоградское научное издательство, 2005. 337 с.
9. Маджаева С. И. Функции медицинского документа «история болезни» // Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 2. Языкознание. 2016. № 1 (30). С. 147-152.
10. Мирский М. Б. Медицина России XVI-XIX веков. М.: Российская политическая энциклопедия (РОССПЭН), 1996. 400 с.
11. Мирский М. Б. Хирургия от древности до современности. Очерки истории. М.: Наука, 2000. 798 с.
12. Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению [Электронный ресурс]: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 декабря 2014 г. № 834н. URL: <https://minjust.consultant.ru/documents/13638?items=1&page=1> (дата обращения: 17.10.2017).
13. Ромашова О. В. Композиционно-содержательная структура медицинского документа: этапы формирования // Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 2. Языкознание. 2015. № 1 (25). С. 40-46.
14. Сологуб О. П. Русский деловой текст в функционально-генетическом аспекте: монография / под ред. Н. Д. Голева. Новосибирск: Изд-во НГТУ, 2008. 332 с.
15. Фуко М. Археология знания / пер. с фр. М. Б. Раковой, А. Ю. Серебрянниковой; вступ. ст. А. С. Колесникова. Изд-е 2-е, испр. СПб.: ИЦ «Гуманитарная академия», 2012. 416 с.
16. Экажева Ш. М. Исторические аспекты формирования современной истории болезни [Электронный ресурс] // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2014. Т. 4. № 5. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=21598502> (дата обращения: 14.10.2017).

INSTITUTIONAL MEDICAL TEXT: ATTEMPT OF A LINGUISTIC ANALYSIS

Galkina Svetlana Fedorovna

*Novosibirsk State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation
Novosibirsk State Technical University
port.artur@mail.ru*

The article describes a medical outpatient card as an institutional genre. The information on the history of its formation is presented. The determinative interdependent relationship of records with the speech genre of “medical consultation” is explained. The institutional components of the records and the variant structural components are singled out and described. The author analyzes the influence of a polydiscursive situation on the text of records, which has determined the tendency to de-officialization.

Key words and phrases: medical outpatient card; analysis of document text; polydiscursiveness of document text; institutional medical discourse; complex genre.

УДК 81'1

Слово «категория», возникнув в дискурсе политической жизни Древней Греции, изменило свое значение и перешло в сферу философии, позже став общенаучным. В данной работе анализируется значение понятия «категория» с общенаучной, философской и лингвистической точек зрения. Больше внимание уделено последнему, языковедческому использованию интересующего нас термина, выявлены общие элементы значения с общенаучным и философским терминами и выделены специфические для лингвистики аспекты.

Ключевые слова и фразы: категория; категоризация; семантические категории; теоретическое языкознание; языковые элементы; классификация.

Гизатуллин Данил Эдуардович

*Башкирский государственный университет, г. Уфа
Gizatullindanil@gmail.com*

ОБЩЕНАУЧНЫЕ И ФИЛОСОФСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕРМИНА «КАТЕГОРИЯ» В ЛИНГВИСТИКЕ

Понятие категории используется при рассмотрении всех уровней языка. На данном этапе развития науки в отечественном языкознании выделяют грамматические, семантические, лексические, фонологические, прагматические и множество других категорий. Много внимания уделяется проблеме категоризации, которая плодотворно исследуется в рамках когнитивной лингвистики. В «Словаре лингвистических терминов» Т. В. Жеребило [2] содержится 98 статей с главным словом «категория» и его производными. Однако слово «категория» имеет не только научное значение. Согласно «Толковому словарю русского языка» Д. Н. Ушакова [6, с. 1326], это слово включает в себя три компонента значения. Кроме научного значения, «категория» означает, во-первых, «ряд однородных предметов или лиц» и, во-вторых, разряд граждан с точки зрения разделения прав и обязанностей (например, «первая категория»). С учетом тематической направленности