



DOI: <http://dx.doi.org/10.15688/jvolsu2.2015.1.4>

УДК 81'42

ББК 81.055.51.3

КОМПОЗИЦИОННО-СОДЕРЖАТЕЛЬНАЯ СТРУКТУРА МЕДИЦИНСКОГО ДОКУМЕНТА: ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ

Ромашова Ольга Владимировна

Соискатель кафедры русского языка и документалистики,
Волгоградский государственный университет
ol_2202@mail.ru, iryas@volsu.ru
просп. Университетский, 100, 400062 г. Волгоград, Российская Федерация

Аннотация. В статье рассматривается композиционно-содержательная структура медицинской карты стационарного больного, или «истории болезни», формировавшаяся на протяжении длительного времени. Выделены три основных периода в становлении этого медицинского документа, связанные: 1) с его зарождением и формированием (начало XIX – 20-е гг. XX в.), 2) появлением нормативных актов, регулирующих его оформление и ведение (20–80-е гг. XX в.), 3) отменой имевших место нормативных актов и введением нового приказа Минздрава СССР, изменившего форму и название документа (80-е гг. XX в. – до настоящего времени). Определено, что композиционно история болезни состоит из титульного листа и основной части. Установлено, что в процессе формирования медицинской карты стационарного больного как документа происходит усиление формализации, увеличение числа трафаретных фрагментов текста, его объема, а также реализация большего числа функций.

В статье выявлены основные (информативно-кумулятивная, учетно-статистическая) и дополнительные (научная, контролирующая, правовая, учетно-финансовая) функции медицинской карты стационарного больного, реализация которых находит отражение в композиционно-содержательной структуре текста документа и обусловлена действием ряда экстралингвистических факторов.

Ключевые слова: документный текст, композиционно-содержательная структура текста, медицинский документ, формирование формуляра документа, функции документа, медицинская карта стационарного больного, история болезни.

Современная деловая коммуникация и документы как ее основной инструмент являются объектом изучения многих наук, в том числе и документной лингвистики [6, с. 7], которая рассматривает свойства документного текста, особенности его композиционно-речевого оформления, закономерности формирования и функционирования. При этом достаточно долго в качестве материала для анализа, который проводился, как правило, с позиций синхронического подхода, использовались прежде всего управленческие докумен-

ты сферы производства [2; 6–9; 12], что позволило сформировать определенные представления о документе как лингвистическом объекте. Документы других функциональных сфер рассматривались реже [1; 5; 10]. Между тем обращение именно к таким документам, их анализ с позиций синхронно-диахронического подхода позволит не только уточнить понятийный аппарат документной лингвистики, но и решить ряд вопросов практического характера, связанных с документированием деловой деятельности.

Одной из важных социальных сфер является медицина. Забота о здоровье человека находит свою реализацию в ряде государственных программ, предполагающих реформирование разных уровней организации здравоохранения, в том числе документирования медицинской деятельности.

Так, в настоящее время в практической медицине широко используют медицинскую карту стационарного больного (далее – МКСБ), или «историю болезни», имеющую форму № 003/у (приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»).

Композиционно-содержательная структура МКСБ формировалась на протяжении длительного времени. Определяющими в этом процессе являлись уровень развития медицины как науки и практической деятельности, организация института здравоохранения, функционирование которого предполагает, помимо реализации социальных программ, регулирование с помощью нормативно-правовых актов процесса ведения медицинской документации, и др. С учетом этих факторов, а также отсутствия / наличия нормативных актов можно выделить три основных периода становления МКСБ как документа.

Первый период (начало XIX в. – 20-е гг. XX в.) связан с зарождением и формированием рассматриваемого документа.

Название «история болезни» появилось в начале XIX в., однако об этом документе имеются более ранние сведения, представленные как в специальной, так и в художественной литературе (подробнее об этом см.: [11]). Впервые записи о состоянии больного и его лечении («скорбные листы») ввел в обиход в XVIII в. лейб-медик императрицы Елизаветы Петровны Павел Захарович Кондоиди. Через некоторое время использование этого документа стало обязательным во всех госпиталях, но никаких требований к его форме не существовало, и она не отличалась единообразием.

Важность и значимость «истории болезни» подчеркивал выдающийся клиницист XIX в., считающийся одним из основоположников отечественной медицины, Матвей Яковлевич Мудров, который за годы своей работы

сформировал архив «историй болезни», включающий 40 томов. М.Я. Мудров очень ценил данные, зафиксированные в историях болезни, он писал: «Я имею истории болезни всех моих больных. Все написано моею рукою, написаны не дома, но при самих постелях больных. Сие сокровище для меня дороже моей библиотеки. Печатные книги везде найти можно, а истории болезни нигде» (цит. по: [4, с. 52]). В «историю болезни» он заносил сведения о курируемом им пациенте, для чего выработал особую систему, ставшую своеобразным началом унификации формы документа.

К концу первого периода появляется типографский бланк этого документа.

Второй период (20–80-е гг. XX в.) связан с появлением нормативно-правовых актов, регулирующих оформление и ведение «истории болезни». С целью внесения необходимого порядка в составление «историй болезни», а также обеспечения их правильного хранения и надлежащего использования Наркомздравом РСФСР в 1927 г. была разработана типовая форма, а в 1929 г. были изданы «Инструкция о заполнении истории болезни» и «Инструкция о порядке хранения историй болезни», которые действовали почти 40 лет. В 1968 г. приказом МЗ СССР № 55 название документа – «история болезни» – заменено на более официальное – «медицинская карта стационарного больного», однако в практической деятельности медицинские работники до настоящего времени продолжают использовать прежний термин.

Третий период (80-е гг. XX в. – до настоящего времени) связан с отменой указанных нормативных актов и введением в действие нового приказа (приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030; изменения и дополнения внесены в 2002 г.), посредством чего была изменена форма документа (этот приказ является действующим и в настоящее время).

Сравнительный анализ композиционно-содержательной структуры историй болезни разных периодов позволил выявить характер происшедших изменений и факторы, их обусловившие¹.

С точки зрения композиционной структуры история болезни состоит из титульного листа и основной части, включающей несколько разделов.

В процессе формирования документа содержание титульного листа менялось незначительно.

Титульный лист истории болезни первого периода включал сведения «паспортного характера» о больном: имя, отчество, фамилию, возраст (при этом указывали не дату рождения и количество лет, а сколько исполнилось лет), сословное звание / происхождение (например, *крестьянка Тверской губернии*), народность (например, *русская*), род и место занятий (например, *при муже, кухарка* и др.), грамотность (грамотный или неграмотный), адрес (часть, участок, улица, номер дома, квартира), сведения об уплате больничного сбора (да или нет), условия проживания (например, *каменный дом* или *деревянный; есть вода* или *нет воды*), место рождения, длительность проживания в городе (*как давно в Петербурге*), семейное положение (холост / женат, девица / замужняя / вдова / в разводе), вероисповедание, привита ли оспа (да или нет); сведения о пребывании пациента в больнице (время поступления, время выхода, исход болезни, количество дней, проведенных в стационаре); на латыни указывались *диагноз* и *осложнения*, в краткой форме был представлен выписной эпикриз [с чем поступил (диагноз) и каковы результаты лечения (улучшение, без перемен, смерть)]; имелись реквизиты «название больницы» и «название отделения», «фамилия врача» и «подпись». При этом лишь отдельные сведения (о грамотности, уплате больничного сбора, условиях проживания и семейном положении) давались в форме трафарета: следовало подчеркнуть нужное из предложенного. Характер информации, представленной на титульном листе, был обусловлен учетно-статистической функцией истории болезни: документ давал возможность изучить заболеваемость населения и потребность в медицинской помощи, а также эпидемиологические аспекты той или иной патологии.

На титульном листе истории болезни второго периода сведения «паспортного характера» в целом совпадают с теми, что имели место в истории болезни первого периода: указывались фамилия, имя, отчество больного, его возраст, народность, образование, адрес, место жительства (*живет в селе* или *в городе*).

Однако появляется и новая информация – о трудоустройстве пациента (*работает сам / находится на иждивении у кого-то*), месте работы, должности, а также о восстановлении трудоспособности (*трудоспособность восстановлена, утрачена временно, стойкая утрата трудоспособности, частичная или полная*). Обращает на себя внимание увеличение числа трафаретных фрагментов текста “ сведения об исходе болезни (*выздоровление, улучшение, ухудшение, смерть*), о восстановлении трудоспособности (*трудоспособность восстановлена, утрачена временно, стойкая утрата трудоспособности, частичная или полная*). Диагноз формулируется уже на русском языке, причем в нем находит отражение динамика процесса лечения: фиксируется *диагноз при поступлении, клинический* и *заключительный*. На титульном листе, как и ранее, располагаются реквизиты «название больницы» и «название отделения», «фамилия врача», «подпись».

Усиление трафаретности текста этого периода свидетельствует о его большей формализации, а появление сведений о трудоспособности пациента – о реализации, помимо учетно-статистической, учетно-финансовой функции данного документа (учреждения здравоохранения в тот период финансировались из бюджета вне зависимости от числа реально пролеченных больных и качества оказанной им медицинской помощи).

Титульный лист истории болезни третьего периода оформляют в виде одинакового (определенного приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030) для всех лечебно-профилактических учреждений бланка (при его заполнении постепенно стали использоваться специальные программы, установленные на компьютерах в приемном отделении стационара), содержащего следующую информацию: паспортные данные пациента (к той информации, которая была представлена на титульном листе в предыдущий период, добавляются серия и номер паспорта, а потом и страхового полиса, название страховой медицинской организации); сведения о его пребывании в больнице (*дата и время поступления больного; исход болезни; количество койко-дней, проведенных в лечебном учреждении; диагноз*

направившего учреждения; информация о том, кто и как доставил пациента; клинический диагноз и дата его постановки; заключительный диагноз); реквизит «название лечебно-профилактического учреждения», «название отделения». Имеются также сведения о восстановлении трудоспособности и выдаче листа нетрудоспособности, что свидетельствует об актуализации учетно-финансовой функции.

Титульный лист последнего из выделенных периодов имеет форму трафарета за счет того, что сведения, за исключением указания количества койко-дней и диагноза, вводятся с помощью компьютерной программы методом выбора предложенных вариантов. Характер и объем информации, представленной на титульном листе, обусловлены учетно-статистической и учетно-финансовой функциями.

С течением времени претерпела изменения и основная часть текста истории болезни, содержащая описание процесса лечения – медицинскую информацию.

Текст основной части истории болезни первого периода состоял из следующих разделов: «Первичный осмотр», «Дневниковые записи», «Назначения», «Температурный лист», «Выписной (посмертный) эпикриз». Он оформлялся на типографском бланке в виде таблицы, включающей несколько граф.

В разделе «Первичный осмотр» фиксировались жалобы больного, история развития заболевания (*явления, которыми обнаружилась болезнь; имеются ли дома заразные болезни*), анамнез жизни (*предшествовавшие болезни, время их проявления, наследственное расположение к болезни*), объективные данные – результаты обследования, анализов, описание симптомов.

В разделе «Дневниковые записи» содержались следующие сведения: имя и фамилия пациента, дата его осмотра, день болезни, затем в очень сжатой форме фиксировалась динамика течения заболевания, результаты анализов, после чего ставилась фамилия врача и подпись, записывались назначения о необходимом режиме, диете.

Раздел «Температурный лист» содержал температурную кривую, представленную в виде графика.

В разделе «Назначения» фиксировалась информация о необходимых для лечения пациента лекарственных препаратах и процедурах.

В «Выписном эпикризе» приводились данные о том, с чем поступил пациент и с чем выписывается, врач ставил свою подпись.

Записи в истории болезни вел лечащий врач, который и являлся основным «автором» документа, но в истории болезни фигурировали еще «соавторы» – тот, кто направил больного (это мог быть другой врач или кто-либо из совета попечителей больницы), и палатная медсестра.

Содержание основной части истории болезни первого периода, фиксирующей опыт диагностики и лечения больных, было обусловлено информативно-кумулятивной функцией этого документа, которая проявлялась в том, что история болезни позволяла врачу оценить течение патологического процесса, осуществить профессиональную преемственность, взаимодействие между врачами и средним медицинским персоналом для обеспечения адекватного лечебно-диагностического процесса.

Для «истории болезни» во второй период использовалась иная форма бланка, объем документного текста увеличился практически вдвое – до 6–10 страниц рукописного текста. Основной текст истории болезни содержал разделы: «Записи врача при поступлении», «Дневниковые записи», «Выписной эпикриз», но информация в них давалась более развернуто. Текст, как и в предыдущий период, был представлен в виде таблицы, включающей несколько граф.

Записи в истории болезни вел лечащий врач, который являлся основным «автором» документа. Как правило, могли быть 4–5 «соавторов» (тот, кто направил пациента – врач или фельдшер скорой помощи, горздравотдел, фельдшер приемного покоя, лечащий врач, палатная медсестра, иногда консультант).

В разделах «Записи врача при поступлении» и «Дневниковые записи» сведения излагались достаточно подробно, детально характеризовались начало и развитие заболевания, условия труда и быта, с которыми оно могло быть связано. Появились данные дополнительных, новых для того времени методов исследования, в частности рентгенографии.

«Выписной эпикриз» содержит информацию о развитии заболевания, лечении и его результатах, а также о необходимых лечебно-профилактических мероприятиях после выписки пациента.

В этот период «история болезни» становится объемнее за счет описания примененных дополнительных методов обследования, более детального изложения течения болезни, расширения выписного эпикриза (приведены рекомендации по дальнейшему лечению). В основной части истории болезни второго периода информативно-кумулятивная функция более выражена (развернуто описано возникновение и течение болезни, определена преемственность с последующими этапами лечения), также реализуется и дополнительная научная функция, что связано с развитием медицины, обусловившим изменения в лечебно-диагностическом процессе, социальными преобразованиями.

История болезни третьего периода имеет как бумажную (в государственных стационарах), так и электронную форму (в некоторых частных лечебных учреждениях); объем документа существенно увеличился – до 8–16 смешанных, машинописных и рукописных, страниц. Основная часть документа включает следующие разделы: «Лист первичного осмотра», в котором дежурный врач описывает жалобы, анамнез (историю) заболевания и жизни больного, данные объективного и инструментального обследования, а также формулирует предварительный диагноз, фиксирует план обследования и лечения; «Первичный осмотр лечащего врача»; «Дневники наблюдения», отражающие динамику заболевания; «Температурный лист»; данные обследований и консультаций специалистов; «Записи обходов заведующего отделением» и «Эпикризы» (этапные, предоперационные, выписной или посмертный); «Лист назначений»; «Протоколы операций и манипуляций».

Все разделы (за исключением «Температурного листа», который заполняется от руки, и «Листа назначений», выполненного на специальном бланке) представляют собой трафаретный текст: они формализованы во многом за счет постепенного внедрения компьютерных программ с возможностью выбора варианта для заполнения.

Записи в МКСБ ведет лечащий врач, который является основным «автором» документа. В документе фигурируют еще 6 и более «соавторов» (фельдшер приемного отделения, дежурный врач приемного отделения, лучевой диагност, палатная медсестра, заведующий отделением, консультанты). «Соавтором» МКСБ можно считать и пациента, поскольку, согласно Федеральному закону от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», он дает не формальное, а информированное согласие на диагностические и лечебные манипуляции. Пациент документально закрепляет свое согласие на применение по отношению к нему конкретных диагностических и лечебных процедур, информированность о возможных осложнениях, что подтверждает актуализацию правовой функции документа.

Особенности составления и оформления основной части МКСБ третьего периода детерминируются в первую очередь информативно-кумулятивной функцией этого документа. Кроме того, реализуются дополнительные функции: учетно-финансовая (кардинально меняется организация медицинской помощи, осуществлен переход к страховой медицине, и на основании МКСБ выставляются счета за медицинские услуги); контролирующая (МКСБ для различных контролирующих органов и страховых компаний служит документом, на основании которого можно судить о качестве лечебно-диагностического процесса); правовая (МКСБ содержит согласие пациента на проведение лечения; при необходимости может использоваться органами дознания, следствия и суда); научная (МКСБ отражает клиническое мышление врача в ходе постановки диагноза и лечения, становится источником новых медицинских знаний, позволяющих выявить важные медицинские причинно-следственные отношения).

Проведенный анализ показал, что формирование композиционно-содержательной структуры текста истории болезни как медицинского документа обусловлено комплексом различных по природе и характеру факторов и подчинено главным принципам построения и функционирования документных текстов – унификации и коммуникативному прагматизму.

ПРИМЕЧАНИЕ

¹ Материалом для анализа послужили истории болезни Мариинской больницы Санкт-Петербурга за 1913, 1943 и 2013 годы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белоконева, К. А. Стратификация документов сферы государственного управления образованием : автореф. дис. ... канд. филол. наук / Белоконева Ксения Алексеевна. – Волгоград, 2012. – 24 с.
2. Бобылева, М. П. Развитие принципов документооборота при переходе от бумажного к электронному взаимодействию / М. П. Бобылева // Делопроизводство. – 2012. – № 2. – С. 32–37.
3. Голиков, А. Г. Источниковедение отечественной истории / А. Г. Голиков, Т. А. Круглова. – М. : Академия, 2012. – 464 с.
4. Гукасян, А. Г. Мудров – основоположник отечественной внутренней медицины / А. Г. Гукасян // Мудров, М. Я. Избранные произведения / М. Я. Мудров. – М. : Изд-во Акад. мед. наук СССР, 1949. – С. 3–118.
5. Краснова, О. Н. Композиционно-речевая организация научного документа (на материале авторефератов диссертаций) : автореф. дис. ... канд. филол. наук / Краснова Ольга Николаевна. – Волгоград, 2010. – 24 с.
6. Косова, М. В. Специальная лексика в документном тексте: аспекты лингвистического анализа / М. В. Косова // Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 2, Языкознание. – 2010. – № 2. – С. 7–12.
7. Кушнерук, С. П. Теория современного документного текста : автореф. дис. ... д-ра филол. наук / Кушнерук Сергей Петрович. – Волгоград, 2008. – 45 с.
8. Ларин, М. В. Проблемы оптимизации документооборота в современных условиях / М. В. Ларин // Делопроизводство. – 2012. – № 2. – С. 27–31.
9. Ларьков, Н. С. Документоведение / Н. С. Ларьков. – Томск : Изд-во Том. гос. ун-та, 2005. – 354 с.
10. Маджаева, С. И. Лингвистическая характеристика медицинского документа «История болезни» / С. И. Маджаева // Известия Волгоградского государственного педагогического университета. Серия «Филологические науки». – 2011. – № 2 (56). – С. 24–27.
11. Ромашова, О. В. Функции и особенности истории болезни как документа / О. В. Ромашова, О. В. Могучая, В. В. Щедренок // Актуальные проблемы оказания специализированной медицинской помощи в многопрофильном стационаре. – СПб. : Человек и его здоровье, 2013. – С. 221–222.
12. Фионова, Л. Р. Факторы, влияющие на структуру документооборота / Л. Р. Фионова // Делопроизводство. – 2012. – № 2. – С. 51–55.

REFERENCES

1. Belokoneva K.A. *Stratifikatsiya dokumentov sfery gosudarstvennogo upravleniya obrazovaniem: avtoref. dis. ... kand. filol. nauk* [The Stratification of Documents of Public Administration of Education]. Volgograd, Izd-vo VolGU, 2012. 24 p.
2. Bobileva M.P. *Razvitie printsipov dokumentooborota pri perekhode ot bumazhnogo k elektronnomu vzaimodeystviyu* [Development of the Principles of Document Flow Upon Transition From Paper to Electronic Interaction]. *Deloproizvodstvo*, 2012, no. 2, pp. 32-37.
3. Golikov A.G., Kruglova T.A. *Istochnikovedenie otechestvennoy istorii* [Source Study of National History]. Moscow, Akademiya Publ., 2012. 464 p.
4. Gukasyan A.G. *Mudrov – osnovopolozhnik otechestvennoy vnutrenney meditsiny* [Mudrov – the Founder of Domestic Internal Medicine]. *Mudrov M.Ya. Izbrannye proizvedeniya* [Selected Works]. Moscow, Izd-vo Akademii meditsinskikh nauk SSSR, 1949, pp. 3-118.
5. Krasnova O.N. *Kompozitsionno-recheyaya organizatsiya nauchnogo dokumenta (na materiale avtoreferatov dissertatsiy): avtoref. dis. ... kand. filol. nauk* [The Composite and Speech Organization of the Scientific Document (on the Material of Theses' Abstracts)]. Volgograd, Izd-vo VolGU, 2010. 24 p.
6. Kosova M.V. *Spetsialnaya leksika v dokumentnom tekste: aspekty lingvisticheskogo analiza* [Special Lexicon in the Document Text: Aspects of the Linguistic Analysis]. *Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya 2, Yazykoznanie* [Science Journal of Volgograd State University. Linguistics], 2010, no 2, pp. 7-12.
7. Kushneruk S.P. *Teoriya sovremennogo dokumentnogo teksta: avtoref. dis. ... d-ra filol. nauk* [Theory of the Modern Document Text]. Volgograd, Izd-vo VolGU, 2008. 45 p.
8. Larin M.V. *Problemy optimizatsii dokumentooborota v sovremennykh usloviyakh* [The Problems of Document Flow Optimization in Modern Conditions]. *Deloproizvodstvo*, 2012, no. 2, pp. 27-31.
9. Larkov N.S. *Dokumentovedenie* [Documentation Studies]. Tomsk, Izd-vo Tomskogo gosudarstvennogo un-ta, 2005. 354 p.
10. Madzhaeva S.I. *Lingvisticheskaya kharakteristika meditsinskogo dokumenta "Istoriya bolezni"* [Linguistic Characteristic of the Case History Medical Document]. *Izvestiya Volgogradskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta. Seriya "Filologicheskie nauki"*, 2011, no. 2 (56), pp. 24-27.
11. Romashova O.V., Moguchaya O.V., Shchedrenok V.V. *Funktsii i osobennosti istorii*

bolezni kak dokumenta [Functions and Features of the Case History as a Document]. *Aktualnye problemy okazaniya spetsializirovannoy meditsinskoy pomoshchi v mnogoprofilnom stacionare* [Modern Problems of Rendering Specialized Medical Care in a Versatile Hospital].

Saint Petersburg, Chelovek i ego zdorovye Publ., 2013, pp. 221-222.

12. Fionova L.R. Faktory, vliyayushchie na strukturu dokumentooborota [The Factors Influencing the Structure of Document Flow]. *Deloproizvodstvo*, 2012, no. 2, pp. 51-55.

COMPOSITIONAL AND SUBSTANTIAL STRUCTURE OF THE MEDICAL DOCUMENT: FORMATION STAGES

Romashova Olga Vladimirovna

Degree Seeking Candidate,
Department of Russian Language and Documentation Studies,
Volgograd State University
ol_2202@mail.ru, iryas@volsu.ru
Prosp. Universitetsky, 100, 400062 Volgograd, Russian Federation

Abstract. The article deals with the compositional and substantial structure of the ambulatory medical record, or “case history”, which has been formed for a long time. The author allocates the three main periods in the formation of this medical document: the first period (the beginning of the 19th century – 1920s) is connected with the origin and formation; the second period (1920-1980s) is marked by emergence of the normative legal acts regulating registration and maintaining; the third period (1980s – up to the present) is associated with the cancellation of regulations and the introduction of the new order of the Ministry of Health of the USSR that changed the document’s form and name. It is determined that the composition of the case history consists of the title page and the main part. The following processes take place in the course of ambulatory medical record’s formation: strengthening formalization, increase in the number of pattern text fragments, increase in the text’s volume, and the implementation of bigger number of functions.

The author reveals the main (informative and cumulative, accounting) and additional (scientific, controlling, legal, financial) functions of the document. The implementation of these functions is reflected in the compositional and substantial structure of the document text and is conditioned by a number of extralinguistic factors.

Key words: document text, compositional and substantial structure of text, medical document, formation of a document’s script form, functions of a document, ambulatory medical record, case history.