

О КУЛЬТУРЕ РЕЧИ ВРАЧА, О МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Известно, что языковые погрешности, воспринимаемые нередко молодыми врачами и начинающими научными работниками без должной критики (авторитет печатного слова!), затем повторяются ими и закрепляются, если отсутствует квалифицированное вмешательство редакций и научных руководителей.

Ошибки и погрешности стилистические и смысловые, допускаемые медицинскими работниками, можно разделить на две группы. К первой следует отнести то, что встречается в выступлениях и в печати общей, по любой специальности. Сюда относятся неправильные ударения, манерность, вульгаризмы, арготизмы, слова-сорняки, слова-паразиты, бессмысленные словосочетания, некритическое отношение к семантике, канцеляризм и т. д.

В настоящее время почти ни одно выступление — устное и печатное — не обходится без таких перлов канцелярско-бюрократического стиля, как «Необходимо отметить (признать, сказать...)», «Следует указать (сказать...)», «На основании вышеизложенного приходим к нижеследующим выводам», «Принимая во внимание все вышесказанное...» и т. д., особенно пресловутое «имело (имели, имеет...) место». В языке медицинских документов и литературе наблюдаются двоякого рода тенденции: с одной стороны, традиции, сила привычки играют большую роль, почему критика устаревших или потерявших свое значение терминов вызывает протест, рассматривается как покушение на традиции. С другой стороны, некоторые «новаторства» воспринимаются с необыкновенной легкостью и быстро распространяются.

Вспомним, с каким трудом, медленно и постепенно «кубики» уступили место миллиметрам. Но и до сих пор нередко можно услышать «кубики», в том числе и от научных работников.

Недавно в отзыве о диссертации я указал, что претенденту на докторскую степень не следовало бы писать «терапевтическое лечение», поскольку терапия и есть лечение. Обиделся: говорят «хирургическое лечение», почему не написать «терапевтическое лечение»? Да, к сожалению, так говорят и даже пишут, в том числе и в медицинских журналах. Но если можно говорить «хирургическое лечение», то можно сказать «педиатрическое (гинекологическое, психиатрическое, ларингологическое и т. д.) лечение»? Однако подкожное, внутривенное, внутримышечное введение лекарств, физиотерапевтические процедуры, массаж, лечебная гимнастика, диетрежим и т. д. принципиально не отличаются в разных по профилю отделениях и больницах. А хирурги не во всяком случае прибегают к операции, применяют часто другие виды лечения. Термин «хирургия» как «рукодействие» потерял прежнее значение, поскольку хирурги не только операторы. Следовательно, более соответствуют сути дела названия: консервативное, т. е. неоперативное (хотя термин «консервативное лечение» и не отражает действительности, но привычен как противопоставление оперативному) в его разновидностях, и оперативное, также с разновидностями: операции радикальные, паллиативные, пробные, восстановительные, косметические и др.

Наши глаза и уши привыкли к таким словосочетаниям, как: «Лечение гипертонической (язвенной, мочекаменной...) болезни», «Лечение пневмонии, бронхиальной астмы, свища» и даже «Лечение камней мочевого (желчного) пузыря, рака желудка, спухоли кишечника» и т. д. Деусмысленность таких словосочетаний не всегда осознается. Однако зачем лечить камни, рак, опухоль? Нужно, наоборот, избавлять от них больного! Между тем, если автор напишет: «Лечение больных мочекаменной (язвенной...) болезнью», «Лечение больных бронхиальной астмой, воспалением яичников», то в большинстве случаев слово «больных» будет исключено: непривычно говорить о лечении больных.

Много было выступлений, пока безуспешных, по поводу неправильной характеристики качеств пульса, деятельности сердца.

Часто говорят и пишут: «ритм правильный, неправильный», «ритм ускоренный, замедленный», «на частом, на редком ритме». Ритм — равномерное, с определенной последовательностью, чередование явлений, действий. Если чередование не последовательно, закономерно не повторяется на каком-то отрезке времени, то будет нарушение ритма, аритмия. Ритм может сохраняться или нарушаться независимо от частоты чередования явлений, быстроты темпа смены явлений. Ритм, например, вальса, фокстрота сохраняется, независимо от темпа, от того, медленны или быстры вальс или фокстрот. Ритм пульса может сохраняться или нарушаться независимо от частоты его. Следовательно, называть ритм правильным или неправильным, частым или редким, ускоренным или замедленным по существу, по смыслу, неправильно.

Что касается темпа, частоты пульса, то он может быть частым (учащенным), редким (уреженным), а определения «замедленный» и «ускоренный», «скорый», «медленный» характеризуют иное качество пульса.

Наконец, нужно ли писать: «пульс 80 ударов в минуту», поскольку без слова «ударов» понятно, что речь идет о пульсе (pulsus — удар, волна).

Интересно, что в учебниках диагностики качества пульса описываются правильно, студенты третьего курса обучаются так же. Но когда речь идет о пульсе в выступлениях и научных работах, не имеющих отношения к преподаванию, определению качеств пульса изменяются почти всеми, от врача до академика.

В печати была критика словосочетаний: «декомпенсация сердца», «декомпенсация кровообращения», которые и до сих пор нередко применяются вместо официально принятых и в классификациях зафиксированных, правильных по смыслу сочетаний: «недостаточность сердца», «недостаточность кровообращения». Декомпенсироваться может то, что может компенсироваться. В медицине это функции, патологический процесс, например компенсация (декомпенсация) порока сердца, стеноза привратника, ацидоза и т. д. А за счет каких механизмов может компенсироваться орган? Следовательно, говорить о компенсации (декомпенсации) сердца, желудка, легкого, почки... нельзя, компенсируются (декомпенсируются) их функции.

Редакции научных медицинских журналов не так уж редко «пропускают» и такие обозначения: «стеноз митрального клапана», «стеноз аортального клапана (одного?)», «недостаточность аортального клапана (одного из трех?)». Такие диагнозы встречаются в статьях не только врачей с периферий.

Приведу примеры неоправданного распространения новых терминов. За последние годы вместо понятного всем определения «экстренная» хирургия стали применять (особенно молодые врачи) для многих, в том числе и врачей, непонятное «ургентная» хирургия — от французского «urgent». Чем это лучше?

Некоторые терапевты не отстают от хирургов, в печати стал встречаться термин анемизация (процесс) вместо всем понятного, доступного и знакомого «анемия» (состояние). Правомерна ли такая замена?

В наше время вместо принятого раньше обозначения: «телосложение крепкое, слабое, среднее, атлетическое» можно писать «телосложение гиперстеническое, астеническое, нормостеническое...» Однако многие предпочитают ничего не означающее: «телосложение правильное». Проникает это и в печать, а не только в диссертации.

Легко отказались и от термина «питание», заменив его «упитанность». Б. С. Шкляр в названиях «верхние и нижние конечности» усмотрел «зоологический оттенок», хотя у животных, как правило, существуют конечности передние и задние, а у птиц и насекомых даже не конечности, а ноги и ножки. Вместе с тем Б. С. Шкляр предложил слово «упитанность» вместо питания, хотя «зоологический оттенок» его очевиден: термин «упитанность» принят в практике скотозаготовок, мясопромышленности и мясоторговли. Если принять обозначение «упитанность», несмотря на явно «зоологическое» его значение, то возникнет вопрос, как заменить привычные термины «гипотрофия», «дистрофия», «атрофия» и др., производные от слова питание — *trophé*?

Обычно говорят: «повышенная РОЭ», если столбик осевших эритроцитов низкий, и «пониженная», если он высокий. Другие, сознавая неточность обозначения, заменяют словами: «ускоренная, замедленная, нормальная РОЭ». Последнее было бы правильнее, если бы действительно производилась «реакция». Но определяется не реакция, а механическое оседание эритроцитов, скорость оседания эритроцитов — СОЭ. Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) может быть повышенной и пониженной, а оседание эритроцитов (ОЭ) может быть ускоренным и замедленным. Конечно, очень трудно отказаться от привычного обозначения — РОЭ, но по возможности в научных работах можно писать СОЭ или ОЭ.

В настоящее время в устной речи и в печати мы часто встречаем «новые», никакими классификациями не предусмотренные «области»: область грудной клетки, межреберья, сустава, бедра, живота и т. д. Вместо «ранения в живот (бедро, сустав...)» или вместо «боли в грудной клетке (в животе, в суставах...)» стали писать «ранение (боль) в области грудной клетки (живота и т. д.)». Скажут: стоит ли говорить о малограмотности некоторых врачей? К сожалению, эти «области» проникают и в научную медицинскую литературу.

Наконец, уместно упомянуть о неоправданном словотворчестве. Язык развивается, изменяется. Одни слова, названия, стареют, забываются, другие приобретают иное значение (например, дозлет), вводят новые как следствие отражения нового в науке, технике, культуре, общественных отношениях. Это понятно и естественно. Однако в выступлениях, отчетах, очерках, научной литературе встречаются иногда слова и обозначения, применение которых не вызывается необходимостью, например: невротизация (образование нервов в опухоли), гипнотарий (по аналогии с солярием), гипнабельность, диссертабельность, облечивание больных, находятся на излечении (вместо — лечения), проэпидемичивание населения, вассерманизация, миниатюризация, озлокачествление и т. д.

Что касается неудачных фраз, неправильных оборотов речи, то не только в диссертациях, но и в научных журналах иной раз прочитать можно такое, чего «нарочно не придумаешь!» Примеры: «...маскообразное выражение лица с частичной атрофией мышц предплечья и правой кисти» (Клин. мед. 1961, 8, стр. 122); «инфильтрат... в пятом межреберье правого легкого» (Клин. мед. 1961, 11, стр. 129); «...проводимый... в 1960 г. общественный смотр...» (Врач. дело, 1961, 9, стр. 154). Таких примеров можно привести немало. Укажу только, что часто авторы в настоящем времени описывают факты давнопрошедшего времени: «У наблюдаемых нами больных», «обсле-

дуемые нами больные», «проводимые нами исследования». Между тем наблюдаемые и обследуемые давно стали наблюдавшимися, обследованными, а многие из них умерли.

Я не мог охватить многих фактов стилистических и языковых погрешностей, допускаемых врачами и учеными-медиками. Участники обсуждения дополнят, приведут другие примеры.

А. М. Горький говорил: «Не умея владеть топором, и дерева не срубишь, а ведь язык — тоже инструмент, и надобно учиться легко и красиво владеть им». Это относится не только к языку художественной литературы. Среди авторов научной и научно-популярной литературы, включая медицинскую, имеются лица, не достаточно хорошо владеющие языком — инструментом речи, небрежно или несамокритично относящиеся к языку своих произведений.

Проф. П. И. Шамарин (Саратов)

О ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ В МЕДИЦИНСКИХ ИНСТИТУТАХ

Высшее медицинское образование в нашей стране прошло замечательный путь развития. Как известно, до 1930 г. на медицинских факультетах университетов готовились врачи только общего профиля. С начала тридцатых годов, когда вместо медицинских факультетов были созданы самостоятельные медицинские институты, появилась возможность открытия в наиболее крупных институтах факультетов для подготовки врачей лечебного, санитарно-гигиенического и педиатрического профилей. Со временем стало необходимым организовать подготовку врачей еще одного профиля — стоматологов, для чего в медицинских институтах были открыты стоматологические факультеты, а в отдельных крупных городах — самостоятельные стоматологические институты. Эти преобразования советской высшей медицинской школы проводились в соответствии с возросшими потребностями в медицинском обслуживании населения и в связи со значительным численным и качественным ростом научно-педагогических сил в медицинских институтах.

Но естественные науки, в том числе химия, физика, биология, физиология, а на их основе и морфологические, санитарно-гигиенические и клинические науки беспрестанно расширялись и обогащались новым содержанием, новыми открытиями. Это не могло не отразиться на расширении учебных программ и учебных планов медицинских институтов. Совершенно закономерно программа обучения расширялась в результате пополнения преподавания общественных дисциплин, иностранных языков и физкультурной подготовки.

В 1944 г. было принято постановление Правительства Советского Союза, положившее начало 6-летней программе высшего медицинского образования вместо 5-летней. Все это, несомненно, внесло огромный новый вклад в дело улучшения подготовки советского врача. Первый выпуск врачей по 6-летней программе состоялся в 1952 г., причем это были врачи, получившие в течение шестого года обучения основы специализации в порядке субординатуры.

Последующий опыт подтвердил не только жизнеспособность 6-летней программы, но и целесообразность введенной субординатуры на 6 курсе по той или иной специальности, избранной студентом.

На первый взгляд новый метод обучения казался противоречивым: шестой год обучения, данный для улучшения общей подготовки врача при расширенном фронте изучаемых наук, был затрачен только на специализацию. В сущности же противоречия не было. Огромное большинство студентов еще при прежней 5-летней программе к концу 4 курса «нащупывало» свою будущую специальность, а на летней производственной практике и особенно на 5 курсе главное внимание и время посвящало теоретическому и практическому изучению предмета по избранной специальности. Другие же предметы 5 курса, как обязательные, студент изучал уже с меньшим влечением и вниманием. Кроме того, студент выпускного курса рассуждал примерно так: к штудированию предметов, хотя и важных для врача, но не относящихся прямо к намеченной специальности, он еще вернется в порядке подготовки к государственным экзаменам, а пока основное внимание и силы будет отдавать подготовке к первым шагам своей врачебной деятельности по избранной специальности.

Введение субординатуры по избранной специальности на 6 курсе было встречено как студенчеством, так и преподавательским составом медицинских институтов с большим воодушевлением. Тем более, эта специализация выпускаемых институтами врачей отвечала одной из основных задач советского здравоохранения — максимально приблизить специализированную медицинскую помощь к сельскому населению.

Но, к сожалению, с 1955/56 учебного года учебный план изменился, а субординатура, обеспечивавшая до этого специализацию выпускаемых врачей, была отменена.

С тех пор прошло около 10 лет, не давших никаких убедительных доказательств