

В.С. Копча

ДЕЩО ПРО ЛЕКСИКУ ЛІКАРІВ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Не бійтесь заглядати у словник:
 Це пишний яр, а не сумне провалля...
М. Рильський, 1956 р.

Мета роботи – проаналізувати професійну лексику лікарів на підставу виявлення алогізмів.

Наведено роздуми автора про численні кліше в медичній документації, які не тільки не логічні, але й часто застарілі, подекуди смішні й неграмотні. Пропонуються замітники таких виразів або усунення їх з ужитку.

Ключові слова: лікарі, професійна лексика.

Мова йтиме не про суржик і, навіть, не про медичний сленг, який, мабуть, усе ж має право на існування. Хоча зупинитися лише на окремих алогізмах, які настільки міцно в'їлися у нашу свідомість, що на них вже майже ніхто уваги не звертає, а навіть більше – вони публікуються в підручниках для студентів, які сприймають це за належне.

Про життя і розвиток. Типовим кліше, успадкованим з радянських часів, є вираз: «жив і розвивався в задовільних матеріально-побутових умовах». Будьмо відвертими – ніхто цього не з'ясує, та й з'ясувати це нереально, бо де еталон і яке мірило використовувати? Насправді у радянські часи усі люди (партійних босів до уваги не беремо) жили бідно, але вважалося, що матеріально-побутові умови в усіх були задовільними. Нині суспільство дуже розшароване: є неймовірно багаті, але значно більше – украй бідних. Та термін «задовільні матеріально-побутові умови» виявився дуже живучим і досі це кліше застосовується для всіх. Однак воно нічого не означає і до нічого не зобов'язує. Тому й писати цього не варто.

Про інтимні подробиці. З курсу пропедевтики усі студенти на все життя зятяють класичний вираз: «венеричні хвороби у себе і родичів заперечує». Цей вираз неодмінно включається в усі первинні огляди пацієнтів, однак дуже мало ймовірно, що лікар при здоровому глузді справді це з'ясував. Але, якщо навіть він таке запитання й задасть, то яку відповідь варто очікувати від адекватного пацієнта? Та уявімо собі

ситуацію, коли лікар позбавлений почуття такту, а хворий відверто зізнався, що хтось із його родичів лікувався з приводу гонореї чи сифілісу (а інакше звідки б він іще міг знати про такі діагностовані недуги?). І що це змінює? Навіть у разі перенесеної гонореї чи сифілісу в минулому безпосередньо хворим, цей факт жодним чином не впливає ні на діагностичну тактику, ні на лікувальний процес. Тому навіщо з'ясувати такі інтимні подробиці?

Про епідеміологічний анамнез. Крім традиційних анамнезу хвороби і життя інфекціоніст обов'язково збирає ще й епідеміологічний анамнез. Часто він дозволяє не тільки правильно діагностувати хворобу, але й вчасно вдатися до необхідних протиепідемічних чи профілактичних заходів. Водночас, не применшуючи значення таких відомостей, не можна й переоцінювати їх роль. Так, нерідко доводиться читати: «Контакт з інфекційними хворими заперечує». Проблема в тому, що пацієнт достеменно не може знати такої інформації. Адже значна частина інфекційних хворих переносить недугу субклінічно. Але навіть за умові клінічно маніфестного варіанту період заразності часто припадає на останні дні інкубації чи триває і після зникнення клінічних проявів. А ще хто може гарантувати відсутність такого контакту в громадських місцях, передусім у транспорті, а в години пік і поготів? Можу відповідально стверджувати, що кожен з нас щоденно наражається на небезпеку інфікування, причому в більшості випадків встановити час і місце цієї події нереально. Тому цікавитися епідеміологічними відомостями необхідно, але відсутність таких вказівок у жодному разі не заперечує можливість інфекційної хвороби.

Принагідно хоча зупинитися на медичній документації. Педіатрам часто доводиться оформляти довідку про відсутність контакту з інфекційними хворими протягом останньої 21 доби. Це ж наскільки треба бути безвідповідальним і водночас яку відвагу треба мати, щоб розписатися під такими відомостями? І чи може лікар володіти такою інформацією? А ще виникає природне запитання: звідки це магічне число – 21 доба? Що за цей час може статися таке, чого не може бути за 20 чи за 22 доби?

Наскільки вільний сечопуск? Ще одним типовим кліше, яке використовують практично усі лікарі, є: «Сечопуск вільний». Це зазвичай записується наприкінці розділу «*Status praesens objectivus*». На перший погляд нічого особливого. Але дозвольте уточнити: яким чином можна оцінити сечопуск об'єктивно? Твердження пацієнта до уваги брати не можна тільки через те, що це саме об'єктивний огляд. Тому теоретично ви повинні очо переконаватися, чи, бува, не виникне іскорки напруження на обличчі хворого у туалеті під час сечопуску? Таким чином, згадайте про це, коли захочете скористатися зазначеним кліше.

Про «ОГК» та інші аббревіатури. Мода на неологізми і скорочення була започаткована передусім у більшовистській армії. Чого варто тільки російське «замком по морде – ЗАМеститель КОМандующего ПО МОРским ДЕлам»? На жаль, і лікарі охоче стали вдаватися до використання величезної кількості аббревіатур сумнівної доцільності.

Так, усім знайома конструкція-покруч «Rö-графія ОГК». Зверніть увагу, що «Rö» – навіть не латинський, а німецький склад (від *Röntgen*), далі – кириличне запозичення «графія» і, нарешті неокочирне «ОГК», що мало б означати «органи грудної клітки». Будь-який освічений фахівець розуміє, що грудна клітка – це каркас, який органів не має! Є органи грудної порожнини і середостіння, але це невтямки для прихильників «ОГК».

Враховуючи порушену тему, зазначу, що досі залишається спірним питання про відкриття рентгенівських променів. Якщо Рентгена знає нині весь світ, то ім'я українського вченого Івана Пулюя тільки набуває поширення. На думку науковців, внесок Рентгена у дослідження X-променів є явно завищеним. Рентген надавав значення тільки фактам, а не їх поясненню. Як не дивно, певний час він заперечував вивчення механізму явищ, у тому числі й нововідкритих променів. Іван Пулюй досліджував мікроскопічні процеси (на атомно-молекулярному рівні).

Достеменно відомо, що Рентген познайомився з Пулюєм під час роботи лабораторії Кундта і провадив досліди з катодними трубками під впливом Пулюя. Чи не тут бере початок «випадкове» відкриття? Дуже загадковий шлях, яким Рентген прийшов до свого відкриття. Дослідники його життя та діяльності не залишили поза увагою і такий факт, пов'язаний з відкриттям X-променів: працюючи в лабораторії, Рентген перебував у повній ізоляції від зовнішнього світу, записи про свої спостереження тримав у таємниці і заповідав спалити зразу після смерті. Це і було зроблено. Посилаючись на досліди своїх попередників у галузі газорозрядних процесів, Рентген ніколи не згадував Пулюя чи його трубки, хоч вони у той час були добре відомі серед науковців.

На дослідників діяльності Івана Пулюя ще чекають нові знахідки. Та вже й нині їх достатньо, щоб вважати Івана Пулюя основоположником науки про рентгенівські промені аж ніяк не меншою мірою, ніж Рентгена [1].

Інші часто використовувані медичні скорочення су-перечать елементарним правилам правопису, оскільки пишуться чомусь через знак косоного дробу: «б/б, п/шк, в/м, в/в, п/з» і багато-багато інших. Марно говорити, що у різних лікувальних закладах з різними традиціями подібні неусталені аббревіатури ведуть до довільної інтерпретації та плутанини.

Про рідкі меблі. Нерідко доводиться читати: «Хворий скаржиться на рідкий стілець». Як же йому не пощастило з меблями! А, може, лікар мав на увазі ще щось? Звернемося до українського тлумачного словника [2].

Стілець

1) Вид меблів у вигляді короткої лави, переважно зі спинкою, для сидіння однієї людини. Переносно – посада, службове місце.

2) Спеціальне слово – підставка під який-небудь механізм, інструмент, будову і т.ін.

3) Те саме, що аналой – високий столик, на який кладуть ікони, богослужбові книги тощо.

Очевидно хтось, не знаючи українських термінів (кал, випорожнення, екскременти), вирішив вдатися до подвійного перекладу з англійської «*stool*» та з російської «стул». Тому подібний неологізм не має права на існування. Якщо ж хтось, однак, вирішить використати «стілець» у розумінні «випорожнення», нехай згадає вираз: «Встань на стілець (випорожнення), щоб дівчатка могли поглянути на тебе».

Чим не ресторанне меню? Мене завжди бентежила традиція вітчизняних науковців порівнювати випорожнення, блювотиння чи детрит майже винятково з харчовими продуктами. Спробуйте назвати інше порівняння. Передусім спадає на думку «жабуриння» (при сальмонельозі), «овечий кал» (при коліті) та «дъоготь» (при високій кровотечі). Але це, мабуть, й усе. Зате харчовий раціон незрівнянно багатший. Тут Вам і перше: гороховий суп (черевний тиф), рисовий відвар (холера), і друге – баварські ковбаски, італійські сосиски (атонічний чи спастичний коліт), анчоусний соус (амебіаз), і десерт – малинове желе (амебіаз), горішки, на любителя – кавова гуща (блювотиння при шлунковій кровотечі). Не упускаймо з уваги і напої: сеча як пиво (гіпербілірубінемія), сеча із запахом фіалки (отруєння терпентином). До речі, не буду розвивати думку про запахи, оскільки цьому присвячений окремий розділ медичної науки – феторологія, але ще раз зупинюся на вже згаданій холері. Пишуть, що випорожнення таких хворих мають запах вареної риби, або тертої картоплі. Доводиться

лише дивуватися: невже в адекватної людини вигляд і запах калу справді може викликати асоціації з харчовим раціоном?

У пошуках альтернативи. У багатьох підручниках з інфекційних хвороб зазначається, що при сальмонельозі кал смердючий. Дозвольте уточнити: а у кого він має приємний запах? Тому, мабуть, коректніше писати, що при певних захворюваннях випорожнення смердючі особливо.

Реплікація та інтеграція. Нерідко стикаюся з діагнозом: «Хронічний гепатит С, фаза реплікації». Як відомо, значна частина ДНКових вірусів здатна вмонтовуватися в геном клітини, до якої збудник тропний. Це іменується інтеграцією вірусу. Наприклад, при гепатиті В закономірно виділяють можливу домінуючу фазу інтеграції, або реплікації. Але вірус гепатиту С РНКовий, який не здатен інтегруватися в ДНК гепатоцита. Тому при гепатиті С крім реплікації іншої фази не буває. Щоправда можливі дві форми цієї хвороби – реплікативна та латентна. Відповідно, немає й доцільності виділяти таку фазу.

А ще іноді діагноз хронічного гепатиту С уточнюють реплікативною чи латентною (прихованою) формою цієї інфекції. З цим також не можна погодитися, адже першу із зазначених форм встановлюють на підставі суто лабораторних даних, а другу – за відсутності клінічних проявів. Однак, за будь-яких обставин вірусемія HCV буде завжди (вища чи нижча – питання інше), а клінічних ознак зазвичай немає аж до настання декомпенсації функції печінки.

Епідемічний та епідеміологічний. В роботі одної з дисертанток написано: «Для ГКІ характерні значні епідеміологічні підйоми захворюваності». Термін «епідеміологічний» стосується епідеміології як науки, наприклад, «епідеміологічне обстеження». Натомість для характеристики епідемії використовується слово «епідемічний». Тому зрозуміло, що слід було б написати так: «Для ГКІ характерні значні епідемічні підйоми захворюваності».

Назви хвороб. Значна частина захворювань успадкувала свої назви від часів Гіппократа, які в українській мові досі використовуються. Разом з тим, сьогодні їх дослівний переклад спричинить хіба що поблажливу посмішку: малярія – погане повітря, гонорея – витікання сім'я, холера – витікання жовчі, ревматизм – витікання мозку і т.д. Щоправда слід вітати сучасну тенденцію до уніфікації назв захворювань. Так, термін «дизентерія» (*dys enteris* – порушення травлення) давно вже став історією, поступившись місцем уніфікованому «шигельоз».

Варто відзначити, що не витримують жодної критики намагання підмінити назви хвороб синдромами: синдром набутого імунodefіциту (СНІД), тяжкий гострий

респіраторний синдром (ТГРС), синдром системної запальної відповіді (ССЗВ) тощо.

Такими ж хибними слід визнати назви захворювань у множині, що вже стало надбанням нашого часу. Тенденція ця стосується кишкових інфекцій і тільки тих з них, які спричинені не одним, а декількома видами збудників. Так виникли назви «шигельози», «сальмонельози», «харчові токсикоінфекції».

Причина такого підходу в бажанні показати, що якщо захворювання спричиняється декількома видами збудників, які належать до одного чи декількох родів бактерій, то йдеться не про одну хворобу, а про групу захворювань в межах нозологічної одиниці. Множина назви відображає уточнюючу деталізацію уявлення про хворобу.

Найбільш показовим прикладом стали «шигельози». Так, шигельоз Григор'єва-Шига, Флекснера, Бойді та Зонне має помітні епідеміологічні та клінічні особливості в межах кожного з них. Проте такі міркування є не доказовими аргументами, а тенденційно представленими подробицями. Адже, якщо *S. dysenteriae* частіше передається через брудні руки, то, виявившись у питній воді або молоці, вона «охоче» скористається водним і харчовим факторами зараження, які в цілому становлять характерний для шигельозу фекально-оральний механізм передачі. Цьому правилу підлягають й інші види шигел (*S. flexneri*, *S. boydii*, *S. sonnei*). Тому з епідеміологічної точки зору «шигельоз» є однією хворобою з характерним, загальним для усіх її етіологічних варіантів, фекально-оральним механізмом передачі.

Клінічні особливості етіологічних варіантів шигельозу достатні тільки для групового діагнозу «шигельоз» і то лише у випадках із синдромом дистального коліту. Етіологічна діагностика шигельозу на клінічній основі (без бактеріологічного уточнення) недосяжна, а тому і не практикується. Тому класична назва шигельозу в однині найбільш адекватно відображає природу цієї хвороби.

При сальмонельозі клінічні та епідеміологічні особливості етіологічних варіантів хвороби (*S. typhimurium*, *S. enteritidis*, *S. breslau*, *S. anatum* та ін.) недостатні навіть для групового діагнозу «сальмонельоз» без бактеріологічної верифікації. Отже, сальмонельозна інфекція свідомо «поводиться» як одна хвороба. Назва «сальмонельози» утримується винятково через заворожує велику цифру – близько 2,3 тис. сероварів сальмонел. При такій їх кількості складно встояти перед спокусою вважати, що йдеться про хворобу у множині, а не в однині. Але й прибічники множини в назві навряд чи готові стверджувати, що сальмонельозна інфекція складається з 2,3 тис. хвороб.

Подібним чином назва «харчові токсикоінфекції» утримується тільки як віддзеркалення різноманіття

видів і родів бактерій, здатних її спричиняти. Їх настільки багато, що точно визначити загальну їх кількість неможливо, тоді як епідеміологія і симптоматика харчової токсикоінфекції відрізняється характерною одноманітністю. Саме тому «харчова токсикоінфекція» також є одною хворобою, незважаючи на різноманіття її збудників.

Наявність декількох збудників в одній інфекційній хвороби відображає особливості її патогенезу, але не є доказом її множинності.

Якщо дотримуватися множини в назві кишкових інфекцій (при інфекціях дихальних шляхів множина у назві, як відомо, не використовується), то усі вони без винятку повинні звучати в множині, тому що серед них немає жодної, яка була б зумовлена збудником одного виду. Навіть холера має двох збудників – *V. cholerae* і *V. cholerae eltor*, але залишається холерою і в «холери» не перейменована.

Ще однією украй серйозною проблемою є запровадження і використання неіснуючих діагнозів: «кишковий грип», «коровá краснуха», «грипозний чи коровий менингоенцефаліт», «грипозна чи коровá пневмонія» тощо. На жаль, через хибні уявлення подібні конструкції увійшли до ряду офіційних документів і нерідко призводять навіть до фатальних наслідків для пацієнта. Щоб не пояснювати таку помилковість у межах цієї статті, відішлю читача до відповідних джерел літератури [3-5].

Перебіг і ступінь. При формулюванні діагнозу ці терміни часто ототожнюють, пишучи, наприклад, «Кір, тяжкий перебіг», або «Кір, тяжкого ступеня». Разом з тим вони різні. З точки зору інфектології перебіг передусім позначає гостроту процесу, тобто є часовим орієнтиром. Відповідно перебіг хвороби може бути найгострішим (блискавичним, фулмінантним), гострим, затяжним і хронічним. Для означення ж тяжкості хвороби чи стану пацієнта слід використовувати тільки ступінь: легкий, середній, тяжкий, украй тяжкий.

Важкий без ваги. Ще однією типовою неточністю є використання терміну «важкий» для означення ступеня тяжкості хвороби. «Важкий» вказує передусім на велику вагу якогось об'єкта, масивність, громіздкість, позбавлення легкості, складність для порозуміння тощо. А от для оцінки хвороби, горя, лиха, а також злочину в народному мовленні насамперед використовується прикметник «тяжкий».

Покази і показання. У поясненні одного з лікарів зазначалося: «У хворого не було показів для ушпиталення». Термін «показ» означає дію за значенням «показувати», наприклад, «показ фільму». Натомість ознаки, що вказують на доцільність лікування чи ушпиталення, позначаються словом «показання».

Антирабічна вакцина. Усі вакцини чи анатоксини виготовлені зі штучно ослаблених чи вбитих мікробів (токсинів), або рекомбінацій антигенів. Тому й називаються відповідно до збудника: грипозна, поліомієлітна, коровá і т.д. І тільки сироватки чи імуноглобуліни, що містять готові антитіла до збудників (токсинів), у назві мають частки «проти» чи «анти»: протилептоспірозний імуноглобулін, протидифтерійна чи протиправцева сироватка тощо. З цього правила чомусь випадає «вакцина антирабічна», хоча водночас є й «імуноглобулін антирабічний». Тому логічно вакцина мала б називатися рабічною і не інакше.

День і доба. Мій вчитель академік М.А. Андрейчин, мабуть, першим звернув увагу на неприпустимість частоти у медицині підміни належного часового терміну «доба» її фізичною частиною «день». Наприклад, тривалість інкубаційного періоду, термін заразності часто оцінюють у днях, а час перебування хворого у стаціонарі навіть «отримав прописку» у вигляді «ліжко-днів». Помилковість такої підміни очевидна і пояснень не потребує.

Принагідно відзначу неприпустимість надміру часто використовуваного словосполучення «на сьогоднішній день». Справа в тому, що «сьогодні» означає «сього», тобто цього, «дня». Тому українською треба говорити «на нинішній день», або просто «зараз», «тепер», «на сьогодні».

Зовсім невдалі порівняння. Намагаючись зменшити натяг мозкових оболонки при менингіті, хворі часто лежать, закинувши голову назад і підігвавши ноги. Лікарі іноді зазначають, що хвора дитина обирає «позу лягавого собаки» чи «зведеного курка». Та сумніваюсь, що це зрозуміли б батьки малюка, почувши таке порівняння. Згадаймо ще декілька подібних немилословних порівнянь.

«Свинка» – за рахунок запалених привушних залоз при епідемічному паротиті обличчя стає значно ширшим, нагадуючи передню частину голови цієї тварини.

«Морда лева» – ураження шкіри обличчя інфільтраціями при лепрі.

«Волохатий язик» – один із зовнішніх проявів сифілісу.

«Корона Венери» – розеоли і папули, розсіяні у вигляді груп на чолі при вторинному сифілісі.

«Барабанні палички» – зміна нігтьових фаланг пальців при септичному ендокардиті.

«Голова медузи» – за рахунок портальної гіпертензії та асцити живіть вибухає і контрастують розширені підшкірні вени.

«Волохате серце» – запалення перикарда з новоутвореннями у формі ворсинок.

«Глазурна селезінка» – селезінка з патологічною потовщеною білою капсулою.

«Відцвілі кульбаби» – відшаровування ворсинок ентероцитів при холері.

Про братів наших менших. Не варто розшифровувати цей усталений вираз, оскільки він використовується повсюдно й усім цілком зрозумілий. Навіть переконаний дарвініст гордовито вважає себе вінцем творіння, а усіх інших істот – «малорозвинутими», які від нас залежать і над якими ми пануємо. Та подібне твердження цілковито абсурдне, адже, якщо тільки ми визнаємо еволюційну теорію, то тварини є нашими попередниками. Тому вони не тільки не менші, але й значно старші від нас.

Невже він може бути дочкою? Мабуть, може, якщо тільки це людина-транссексуал. А якщо це вірус?

Зверніть увагу, що вірус чи віріон неодмінно належать до чоловічого роду. Разом з тим, описуючи їх реплікацію, традиційно використовують словосполучення «дочірні віріони». Тому категорично наполягаю: віріони за жодних обставин не можуть бути дочірніми! Враховуючи те, що терміни «синівський», «нащадок», «потомок» та ін. стосуються тільки людей, очевидно, коректніше їх називати виплодками.

Насамкінець щиро прошу вибачення, якщо образив когось із авторів зазначених термінів. Натомість із розумінням і повагою сприйму конструктивну критику. А ще буду вельми вдячний за доповнення, які прошу надсилати на адресу редакції журналу «Інфекційні хвороби».

Література

1. Пулюй Іван Павлович. Матеріал з Вікіпедії – вільної енциклопедії. [E-resource]. Retrieved from: https://uk.wikipedia.org/wiki/Пулюй_Іван_Павлович
2. Академічний тлумачний словник української мови (1970-1980). [E-resource]. Retrieved from: <http://sum.in.ua/>
3. Андрейчин М. А., Копча В. С. Проблема грипу А/Н1Н1: історія і сучасність // Інфекційні хвороби. – 2009. – № 4. – С. 5-19.
4. Бондаренко А. М. Грип А/Н1Н1 – реалії та «особливості» / А. М. Бондаренко // Інфекційні хвороби. – 2009. – № 4. – С. 96-102.
5. Копча В. С. Грип та його ускладнення: у фокусі – патогенез / В. С. Копча // Здоров'я України. – 2017. – № 3(40), 4(41). – С. 12-14; 18-19.

References

1. Wikipedia, the free encyclopedia (2018). *Puliui Ivan Pavlovych [Puliui Ivan Pavlovych]*. [E-resource]. Retrieved from: https://uk.wikipedia.org/wiki/Пулюй_Іван_Павлович [in Ukrainian].
2. *Akademichnyi tлумachnyi slovnyk ukrainskoi movy (1970-1980)* [Academic explanatory dictionary of the Ukrainian language (1970-1980)]. [E-resource]. Retrieved from: <http://sum.in.ua/> [in Ukrainian].
3. Andreichyn, M.A., & Kopcha, V.S. (2009). Problema hrypu A/H1N1: istoriia i suchasnist [The problem of influenza A/H1N1: history and the present]. *Infektsiini khvoroby – Infectious Diseases*, 4, 5-19 [in Ukrainian].
4. Bondarenko, A.M. (2009). Hryp A/H1N1 – realii ta “osoblyvosti” [Influenza A/H1N1 – realities and «peculiarities»]. *Infektsiini khvoroby – Infectious Diseases*, 4, 96-102 [in Ukrainian].
5. Kopcha, V.S. (2017). Hryp ta yoho uskladnennia: u fokusi – patohenez [Influenza and its complications: in focus – pathogenesis]. *Zdorovia Ukrainy – Health of Ukraine*, 3 (40), 4 (41), 12-14; 18-19 [in Ukrainian].

SOMETHING ABOUT DOCTOR'S VOCABULARY

V.S. Kopcha

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University

SUMMARY. *Aim of the work* is to analyze the professional doctor's vocabulary for identifying wordsalogisms.

The article adduces the author's thoughts about numerous cliches in medical documentation, which are non logical, sometimes overage, sometimes ridiculous and letterless. The author offers to substitute such expressions or eliminate them from the usage.

Key words: doctors; professional vocabulary.

Відомості про автора:

Копча Василь Степанович – д.мед.н., професор кафедри інфекційних хвороб з епідеміологією, шкірними і венеричними хворобами Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського; kopcha@ukr.net

Information about author:

Kopcha V. – Doctor of Medicine, Professor of the Infectious Diseases and Epidemiology, Skin and Venereal Diseases Department, I. Horbachevsky Ternopil State Medical University; kopcha@ukr.net

Конфлікт інтересів: немає.

Author has no conflict of interest to declare.

Отримано 9.01.2019 р.