DOI: 10.33266/2782-6430-2026-4-05-13

Хоробрых Т.Н., Фомичева А.А., Липатов Д.А., Ячменева Е.А., Никулин А.В.

ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЕ АТАВИЗМЫ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ.

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Кафедра факультетской хирургии № 2 им. Г. И. Лукомского ИКМ им. Н. В. Склифосовского, Москва

Контактное лицо: Никулин Андрей Владимирович, email: nikulin5642@gmail.com

РЕФЕРАТ

Введение. Медицинская терминология, подобно живому языку, подвержена историческим изменениям, которые не всегда ведут к повышению точности. Некоторые устоявшиеся термины, сохраняясь в клинической практике, утрачивают связь с первоначальным смыслом или современными научными представлениями, превращаясь в «терминологические атавизмы».

Цели и задачи. Проанализировать происхождение и клинические последствия использования терминов с семантически искаженным или устаревшим значением, а также оценить влияние неоправданных иноязычных заимствований (варваризмов) на качество медицинской помощи и профессиональное мышление.

Материалы и методы. В работе применен историко-аналитический метод. На основе данных литературы рассмотрены механизмы трансформации медицинских понятий на примерах терминов «нисходящий медиастинит», «истинный/ложный круп», «предрак», «вегетососудистая дистония» (ВСД), а также проанализированы современные тенденции некритичного использования англицизмов в хирургической лексике.

Результаты. Выявлены четыре основных механизма формирования терминологических дефектов: приоритет клинической простоты над этимологической точностью (грипп), семантический сдвиг под влиянием новых парадигм (невроз), лингвистические ошибки перевода (slipped disc) и немотивированное заимствование при наличии русских аналогов (робот-ассистированный, стриппинг, интервенционный). Показано, что использование таких терминов, как «ложный круп» или «ВСД», создает ложные дихотомии, провоцирует гипердиагностику, маскирует истинные заболевания и формирует искаженные ментальные модели у врачей. Некорректная терминология приводит к клиническим рискам (отсрочка лечения, ятрогения), нарушает коммуникацию и препятствует интеграции научных данных.

Выводы. Терминологическая неточность является фактором, непосредственно влияющим на безопасность пациентов и качество доказательной медицины. Переход к семантически прозрачным, нозологически конкретным формулировкам и отказ от избыточных варваризмов — необходимое условие формирования клинического мышления и повышения качества медицинской помощи.

Ключевые слова: *медицинская терминология, клиническое мышление, диагностические ошибки, семантический сдвиг, вегетососудистая дистония, предрак, круп, варваризмы, ятрогения, гипердиагностика.*

Для цитирования: Хоробрых Т.Н., Фомичева А.А., Липатов Д.А., Ячменева Е.А., Никулин А.В. Терминологические атавизмы в современной медицине. // Клинический вестник ФМБЦ им. А.И. Бурназяна 2026. № 4. С. 05–13. DOI: 10.33266/2782-6430-2026-4-05-13

DOI: 10.33266/2782-6430-2026-4-05-13

Terminological Atavisms in Modern Medicine.

T.N. Khorobrykh, A.A. Fomicheva, D.A. Lipatov, E.A. Yachmeneva, A.V. Nikulin

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenovsky University), Department of Faculty Surgery № 2 named after G. I. Lukomsky, N. V. Sklifosovsky ICM Moscow, Russia

Contact person: Andrey V. Nikulin: e-mail: nikulin5642@gmail.com

ABSTRACT

Introduction. Medical terminology, like a living language, is subject to historical changes that do not always lead to increased accuracy. Some well-established terms, while remaining in clinical practice, lose their connection with the original meaning or modern scientific concepts, turning into "terminological atavisms".

Goals and objectives. To analyze the origin and clinical consequences of using terms with semantically distorted or outdated meanings, as well as to assess the impact of unjustified foreign language borrowings (barbarisms) on the quality of medical care and professional thinking.

Materials and methods. The historical and analytical method is used in the work. Based on the literature data, the mechanisms of transformation of medical concepts are considered using the examples of the terms "descending mediastinitis", "true/false croup", "precancerous", "vegetative-vascular dystonia" (VSD), and modern trends in the uncritical use of Anglicisms in surgical vocabulary are analyzed.

Results. Four main mechanisms of terminological defects formation have been identified: the priority of clinical simplicity over etymological accuracy (flu), semantic shift under the influence of new paradigms (neurosis), linguistic translation errors (slipped disc) and unmotivated borrowing in the presence of Russian analogues (robot-assisted, stripping, interventional). It is shown that the use of terms such as "false croup" or "VSD" creates false dichotomies, provokes overdiagnosis, masks true diseases and forms distorted mental models among doctors. Incorrect terminology leads to clinical risks (delayed treatment, iatrogenesis), disrupts communication and hinders the integration of scientific data.

Conclusions. Terminological inaccuracy is a factor that directly affects patient safety and the quality of evidence-based medicine. The transition to semantically transparent, nosologically specific formulations and the rejection of excessive barbarisms is a necessary condition for the formation of clinical thinking and improving the quality of medical care.

Keywords: *medical terminology, clinical thinking, diagnostic errors, semantic shift, vegetative-vascular dystonia, precancerous, croup, barbarisms, iatrogenism, overdiagnosis.*

For citation: Khorobrykh TN, Fomicheva AA, Lipatov DA, Yachmeneva EA, Nikulin AV. Terminological atavisms in modern medicine. A.I. Burnasyan Federal Medical Biophysical Center Clinical Bulletin. 2026.4:05-13. (In Russian) DOI: 10.33266/2782-6430-2026-4-05-13

Введение

«Легче верблюду пройти сквозь игольное ушко, чем богатому войти в Царствие Божие». Сегодня эта евангельская метафора, традиционно интерпретируемая как образ абсолютной невозможности, представляет собой яркий пример семантического сдвига. Историко-лингвистические исследования указывают на то, что данное выражение, вероятно, могло быть образным названием узких караванных ворот в городской стене, через которые нагруженный верблюд мог пройти лишь с огромным трудом, на коленях и сбросив поклажу [1,2]. Со временем исходный конкретный образ стерся в коллективном сознании, и уступив место абстрактной гиперболе.

Аналогичные процессы характерны и для клинической терминологии. Многие устоявшиеся термины и диагнозы, десятилетиями циркулирующие в профессиональной среде утратили свой первоначальный смысл и постепенно обросли упрощениями, внутренними логическими противоречиями или начинали использоваться в расширительном, неточном значении. Эта «размытость» создает почву для терминологической путаницы и может негативно сказываться на точности клинического мышления.

Исторический аспект

Язык медицины представляет собой динамическую систему, подверженную непрерывной трансформации. Исторический анализ терминологических изменений позволяет выявить устойчивые паттерны – закономерные механизмы трансформации точных определений в проблематичные клинические ярлыки. Выявление и понимание этих механизмов создаёт основу для критической оценки современной терминологии.

Механизм №1:

Приоритет клинической простоты над этимологической точностью.

В условиях необходимости быстрого принятия решений и обмена информацией между специалистами, сложные описательные термины часто замещаются краткими метафорами или эпонимами. Со временем такая образная номинация «канонизируется» в практике, а ее первоначальный, более узкий смысл утрачивается.

Классической иллюстрацией данного механизма служит эволюция терминов для обозначения острой респираторной вирусной инфекции. В XVIII–XIX веках в международной литературе доминировал описательный и относительно нейтральный термин «инфлюэнца» (от итал. influenza – «влияние», подразумевая астрологическое или климатическое воздействие) [3,4,5]. Однако во французском языке параллельно существовало экспрессивное метафорическое обозначение «grippe» (от gripper – «схватывать», «внезапно охватывать»), акцентирующее внезапность начала заболевания [5,6,7]. Именно этот краткий и образный термин, заимствованный через русский язык («грипп»), со временем полностью вытеснил формальную «инфлюэнцу» в повседневной и профессиональной лексике [7]. Пример показывает: устоявшийся термин часто является результатом победы устной традиции над академической письменной.

Механизм №2:

Семантический сдвиг под влиянием новых научных парадигм

По мере развития медицинской науки фундаментальное понимание сущности того или иного патологического явления может кардинально меняться. При этом исторически устоявшийся термин зачастую сохраняется, наполняясь принципиально новым содержанием. Это приводит к возникновению семантического разрыва между исходной этимологией термина и его актуальным значением, что создает почву для терминологической и концептуальной путаницы.

Наглядным примером подобной трансформации служит эволюция понятия «невроз». Термин был введён Уильямом Калленом в 1776 году для обозначения заболеваний нервной системы, протекающих без явных признаков органической патологии (лихорадки, локального или общего повреждения) [8, 9]. В XIX веке, особенно в рамках психоаналитической парадигмы Фрейда, концепция невроза была радикально переосмыслена и стала связываться преимущественно с внутрипсихическими конфликтами между сознательным и бессознательным [10]. Дальнейшее развитие доказательной психиатрии, нейробиологии и внедрение строгих диагностических критериев (МКБ, DSM) выявило научную несостоятельность «невроза» как обобщающей диагностической единицы. В современной классификации его место заняли конкретные нозологические формы: «тревожные расстройства», «обсессивно-компульсивное расстройство», «депрессивный эпизод» и другие [11, 12, 13].

Таким образом, термин «невроз» претерпел полную семантическую эволюцию: от первоначального синдромального описания в неврологии через психоаналитическую интерпретацию до последующего вытеснения из клинической номенклатуры. Его сохранение в историческом контексте и культуре при отсутствии четкого современного содержания продолжает вносить неоднозначность в понимание природы психических расстройств.

Механизм №3:
Лингвистические ошибки неправильного перевода заимствованных слов

Данный механизм заключается в искажении исходного смысла медицинского термина в процессе его перевода или фонетической адаптации в другом языке. Упрощение сложной оригинальной формы для удобства произношения либо ошибка в интерпретации приводят к появлению лексического дефекта, который, будучи закрепленным в литературе или клиническом лексиконе, может вводить в заблуждение относительно сути описываемого явления.

Ярким примером служит повсеместно распространенный термин «смещение межпозвоночного диска» (англ. slipped disc). Эта образная, но патофизиологически неточная метафора создает ложное представление о свободном перемещении диска. В действительности, диск прочно фиксирован связочным аппаратом и не может «соскользнуть» или «сместиться» как самостоятельная структура. Речь здесь идет о процессах дегенеративного изменения диска с формированием протрузии (выпячивания) или грыжи (экструзии – разрыва фиброзного кольца и выхода пульпозного ядра) [14, 15]. Тем не менее, буквальный перевод англоязычной метафоры укоренился как в сознании пациентов, так и, отчасти, в профессиональном общении, что способствует формированию неадекватной ментальной модели заболевания.

Таким образом, три описанных механизма – упрощение, переосмысление и неверное истолкование заимствованных слов – образуют ключевые факторы исторической динамики медицинской терминологии. Кроме того, их действие, приводящее к «размыванию» понятий и терминологическим противоречиям, продолжает активно наблюдаться и в современном медицинском мире [16, 17].

Описанные механизмы сформировали «исторический слой» терминологических атавизмов – те диагнозы и понятия, которые достались нам в наследство от предыдущих эпох. Однако сегодня мы наблюдаем принципиально иной процесс. Он протекает не десятилетиями, а годами, и его источник – это сознательный (или небрежный) выбор говорящего. Этот четвертый механизм – не семантический сдвиг и не ошибка перевода позапрошлого века. Это прямое, часто немотивированное заимствование английских слов при наличии абсолютно точных русских аналогов.

И если три прежних механизма можно назвать «болезнями роста» медицинской терминологии, то четвертый – результат некритичного заимствования и пренебрежения сложившейся терминологией.

Его масштаб сопоставим с совокупным действием предыдущих. Именно это слепое копирование английских слов Ветшев с соавторами прямо называют «стремлением честолюбивых авторов соответствовать международному имиджу» и напоминают старую, но очень точную мысль Белинского: использовать иностранное слово, когда есть своё, родное, – значит «оскорбить здравый смысл и здоровый вкус» [18]. Проблема в том, что в клинике это перестаёт быть просто вопросом стиля и начинает искажать профессиональное мышление.

Терминологические атавизмы

«Истинный круп» / «ложный круп»

В конце XIX – начале XX века термин «круп» (от шотл. croup – «каркать») применялся для обозначения клинического синдрома, характеризующегося триадой симптомов: лающий кашель, осиплость голоса и стридор (шумное затрудненное дыхание). Поскольку наиболее частой и жизнеугрожающей причиной данного синдрома в тот период была дифтерия, её стали обозначать как «истинный круп». Все прочие инфекции (преимущественно вирусные), вызывающие сходную симптоматику за счёт отёка и воспаления слизистой оболочки, а не формирования фибринозных пленок, получили название «ложный круп» [19]. Данная дихотомия отражала попытку дифференцировать заболевания по ключевому этиологическому и патоморфологическому признаку, однако заложила основу для последующей терминологической и клинической путаницы [20, 21, 22].

Введенное разделение, таким образом, изначально несло в себе скрытую оценочную нагрузку: понятие «истинный» стало ассоциироваться с подлинным, эталонным проявлением, в то время как «ложный» начал неосознанно восприниматься как состояние менее значимое. Подобная оценочность является клинически опасной, поскольку формирует установку, при которой «ложный» ошибочно приравнивается к «менее угрожающему» [23, 24]. В действительности, вирусный круп, особенно у детей раннего возраста, способен вызывать тяжелую дыхательную недостаточность и требует не менее неотложных терапевтических мероприятий, чем дифтерийный [19]. Более того, с повсеместным внедрением вакцинации против дифтерии, «истинный круп» в развитых странах стал казуистической редкостью [25]. Тем не менее, термин «ложный круп» сохранился в клиническом лексиконе, полностью утратив свое первоначальное дифференциальное значение и превратившись в общий, но семантически размытый ярлык [26].

Использование такого общего термина, как «ложный круп», обладает негативным влиянием на клиническое мышление, ведь вместо поиска этиологического агента или (что критически важно!) объективной оценки степени стеноза дыхательных путей, врач удовлетворяется постановкой неспецифического синдромального диагноза. Это повышает риск недооценки тяжести состояния пациента и выбора неоптимальной тактики ведения [23, 24].

Таким образов, для обеспечения точности диагностики и устранения оценочного компонента рекомендуется избегать использования дихотомии «истинный/ложный круп». В качестве альтернативы для состояний, ранее обозначавшихся как «ложный круп», могут быть применены конкретные нозологические определения, такие как «острый обструктивный ларингит», «острый стенозирующий ларинготрахеит» или «вирусный круп», а патологию, вызываемую Corynebacterium diphtheriae, следует обозначать как «дифтерия гортани» или «дифтерийный круп» [19, 22].

«Нисходящий медиастинит»

Термин «нисходящий медиастинит» описывает наиболее распространённый патогенетический вариант острого гнойного медиастинита, при котором инфекция распространяется из первичных очагов в области головы и шеи (одонтогенных, тонзиллогенных) вниз по фасциальным пространствам в средостение [27]. В клинической практике до сих пор встречается и уточняющее определение «нисходящий некротизирующий медиастинит». Тем не менее, в современной литературе отмечается принципиальная некорректность данной терминологической конструкции.

Критика основывается на нескольких ключевых положениях. Во-первых, термин нарушает базовые принципы медицинской номенклатуры, создавая логически необоснованное противопоставление. Использование определения «нисходящий» неявно предполагает существование парного понятия – «восходящий медиастинит», при котором инфекция распространялась бы из брюшной полости. Однако такой путь развития является казуистическим и не формирует самостоятельной клинико-патогенетической категории [28, 29]. Во-вторых, как отмечает М. М. Абакумов, термин лишен клинического смысла, так как фокусирует внимание врача на второстепенном признаке – направлении распространения инфекции, – отвлекая от диагностики и санации первичного очага, что является критически важным для лечения [28].

Таким образом, данная терминология построена на семантически ложной дихотомии. Её использование может способствовать терминологической путанице и сужению диагностического поиска.

В качестве корректной альтернативы предлагается этиологически точная и клинически информативная формулировка: «острый гнойный медиастинит одонтогенной (или иной) природы с нисходящим распространением». Такой подход позволяет сохранить указание на характерный путь распространения инфекции как на важный диагностический признак, но выдвигает на первый план этиологический фактор [28, 29].

«Предрак»

История термина «предрак» восходит к концу XIX века, когда было введено сходное понятие «псевдокарциноза кожи» для обозначения реактивных изменений, гистологически имитирующих злокачественное новообразование [30]. Систематическое изучение состояний, обладающих истинным потенциалом малигнизации, началось значительно позже и изначально сопровождалось существенной терминологической неопределенностью [31].

Широкое клиническое использование термина «предрака» на протяжении более века контрастирует с сохраняющейся концептуальной неоднозначностью. Хотя фундаментальные работы середины XX века, такие как исследования Л. М. Шабада, и заложили морфологические основы для понимания данных поражений, научная дискуссия об их природе и диагностических границах никогда не прекращалась, о чём свидетельствует дискуссия в литературе, например, критическая публикация 1974 года [32, 33]. Отсутствие консенсуса в определении сохранялось десятилетиями, что в 2006 году потребовало проведения специальной конференции Национального института рака США, целью которой была выработка строгих рабочих критериев для выделения предраковых состояний [31]. Современные данные подчеркивают, что большинство подобных поражений никогда не прогрессирует в инвазивный рак, что ставит под сомнение линейную модель канцерогенеза и создает фундаментальную клиническую дилемму между активным вмешательством и наблюдением [34].

Концептуальная нечёткость напрямую способствует гипердиагностике – выявлению морфологических изменений, которые в течение жизни пациента могли бы и не привести к развитию клинически значимого онкологического заболевания [34]. Гипердиагностика, в свою очередь, является причиной избыточного лечения, сопряженного с неоправданными физическими страданиями, психологической травмой и риском ятрогенных осложнений для значительной группы пациентов [31]. Ситуацию усугубляет отсутствие единой, биологически обоснованной системы номенклатуры и классификации для различных органов. Использование разнородных терминов, таких как «дисплазия», «интраэпителиальная неоплазия», «неоплазия низкой степени», зачастую не отражающих объективный риск малигнизации, создаёт серьёзные препятствия для междисциплинарной коммуникации, корректного сравнения данных исследований и формирования клинических рекомендаций [36]. Таким образом, некритическое применение обобщающего термина «предрак» маскирует биологическую разнородность соответствующих поражений, затрудняет стратификацию индивидуального риска и может приводить к клиническим решениям, потенциальный вред от которых превышает пользу [34, 36].

В связи с этим в научном сообществе сформировался консенсус о необходимости замены обобщающего термина «предрак» на более точные и нейтральные формулировки. Рекомендуется переход к терминологии, которая четко указывает на повышенный риск, а не на неизбежность злокачественной трансформации. Наиболее авторитетная рекомендация исходит от рабочей группы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), предлагающей использовать термин «потенциально злокачественные расстройства» (Potentially Malignant Disorders). Ключевое слово «потенциально» семантически точнее отражает эпидемиологическую реальность. Альтернативой может также служить термин «расстройства, ассоциированные с повышенным риском карциномы» (Carcinoma Prone Disorders) [37]. Еще один подход заключается в отказе от обобщений в пользу конкретных гистопатологических диагнозов с указанием степени тяжести. Например, вместо «предрак желудка» корректнее будет использовать «дисплазия слизистой оболочки желудка (слабая/умеренная/выраженная)», что непосредственно описывает морфологические изменения и позволяет оценить их клиническую значимость [38].

Таким образом, термин «предрак» представляет собой исторически сложившуюся, но концептуально устаревшую и клинически проблематичную конструкцию. Его сохранение в лексиконе наглядно демонстрирует, как некритичное использование удобного, но неточного ярлыка может влиять на клинические решения, способствуя гипердиагностике и избыточному лечению. Переход к точной, биологически обоснованной номенклатуре является необходимым шагом в эволюции клинического мышления – от агрессивного превентивного подхода к взвешенному, персонализированному управлению онкологическими рисками.

«Вегетососудистая дистония»

Термин «вегетососудистая дистония» (ВСД) представляет собой уникальный феномен в истории клинической медицины. Он сформировался и получил широкое распространение в рамках советской терапевтической и неврологической практики [39]. Его исторические истоки связаны с западноевропейскими описаниями функциональных кардионевротических синдромов конца XIX – начала XX века, таких как «синдром возбудимого сердца» (Da Costa, 1871) и «нейроциркуляторная астения» (1918) [40]. Однако собственная концепция ВСД как самостоятельной нозологической единицы была сформулирована академиком Н. Н. Савицким в конце 1950-х годов. Ее становление стало результатом влияния сразу нескольких факторов: влияния павловской школы физиологии с ее акцентом на роль высшей нервной деятельности, опыта военной медицины, а также социального запроса на нейтральный, менее стигматизирующий диагноз [39]. В 1970–1980-е годы диагноз ВСД прочно укоренился в практике, став синонимом ранее использовавшейся «нейроциркуляторной дистонии» [39, 40].

В современном научном и клиническом сообществе термин «ВСД» подвергается систематической критике из-за его концептуальной неопределенности и клинической несостоятельности. Сформировавшись как удобный синдромальный конструкт для объединения разнородных функциональных симптомов [39], диагноз ВСД оказался лишен четких диагностических критериев. Чрезмерная широта понятия позволяет включить в него десятки состояний, что превращает ВСД в универсальный “диагноз-ярлык”. А такая практика может привести к преждевременному прекращению дифференциально-диагностического поиска, в то время как истинное заболевание (чаще всего соматоформное, тревожное или депрессивное расстройство по критериям МКБ) остается нераспознанным [41]. Ключевым аргументом против использования термина является его полное отсутствие в качестве отдельной нозологической единицы в Международной статистической классификации болезней (МКБ), что делает его неприемлемым для научного обмена, корректной эпидемиологической статистики и международной клинической коммуникации [39, 40]. Таким образом, сохранение диагноза ВСД в практике не только препятствует внедрению международных диагностических стандартов, но и способствует назначению неадекватных, часто исключительно симптоматических, терапевтических схем, что ухудшает прогноз и качество жизни пациентов [40].

В соответствии с принципами доказательной медицины, симптомы, традиционно относимые к ВСД, требуют переклассификации в конкретные нозологические формы, предусмотренные современными классификациями. Наиболее частыми корректными альтернативами являются соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (F45.3), тревожные расстройства (F41.0, F41.1) по МКБ-10, расстройство соматических симптомов по DSM-5 или иные специфические синдромы вегетативной дисфункции при установленном соматическом заболевании [39, 40]. Такой переход является обязательным условием для адекватной диагностики и патогенетически обоснованного лечения.

Данный пример наглядно демонстрирует, как некритичное сохранение унаследованной терминологии может системно тормозить развитие клинического мышления и негативно влиять на качество медицинской помощи.

Варваризмы

Помимо исторически устоявшихся атавизмов, сегодня мы наблюдаем лавинообразное проникновение в медицинский язык прямых, часто безграмотных заимствований из английского. В хирургии это приняло характер эпидемии. Авторы одного из наиболее авторитетных разборов современной хирургической терминологии П.С. Ветшев и соавторы приводят десятки подобных примеров, подчеркивая, что такая практика «заметно нарушает чистоту научного стиля» и нередко является результатом небрежного перевода [18]. Рассмотрим несколько примеров [18]:

«Робот-ассистированная лапароскопическая операция»

Лапароскопия – это метод доступа, а не вид вмешательства. Робот – инструмент, он не «ассистирует» в клиническом смысле этого слова. Корректно: «операция с применением роботизированной системы» или, если требуется краткость, просто «роботическая операция» (по аналогии с «роботическая хирургия»). Конструкция же «робот-ассистированная» – это буквальная, но клинически бессмысленная калька с английского robot-assisted.

«Стриппинг вен»

Английское stripping (буквально «сдирание», «удаление») транслитерировано, но не переведено. В результате в русском языке закрепился термин, который ничего не говорит ни пациенту, ни начинающему хирургу. Существует точный русский аналог: «флебэктомия» или просто «удаление вены». Использование транслитерации там, где есть исчерпывающий отечественный термин, явно не ведет к обогащению языка.

«Скомпрометированная кишка»

В хирургических статьях нередко можно встретить выражение «скомпрометированная кишка» или даже «скомпрометированный живот». Под этим подразумевают ишемизированный участок кишечника с сомнительной жизнеспособностью, который хирург надеется сохранить. Однако с точки зрения русского языка «скомпрометировать» означает опорочить, опозорить, поставить в неловкое положение. Буквально «скомпрометированная кишка» – это кишка, которую «пристыдили» или «выставили в невыгодном свете». Абсурдность этого образа остается незамеченной лишь потому, что варваризм укоренился в профессиональном сленге и воспроизводится автоматически. Между тем существуют точные и клинически корректные формулировки: «участок кишки сомнительной жизнеспособности», «ишемизированный сегмент», «кишка с нарушенной перфузией».

«Пластика грыжи»

Один из самых частотных хирургических терминов, этимологическая несостоятельность которого, кажется, уже никого не смущает. «Пластика грыжи» – калька с английского hernia repair, но в русском языке слово «пластика» означает формирование, образование, восстановление формы и функции органа. Таким образом, «пластика грыжи» – это операция, направленная на восстановление или формирование грыжи. Но хирурги, употребляя это выражение, имеют в виду прямо противоположное: устранение грыжевого дефекта. Корректным термином является «герниопластика» (устранение грыжи с пластикой тканей).

«Интервенционная хирургия»

Термин «интервенционная хирургия» (и его производные: «интервенционная аритмология», «интервенционная радиология») прочно вошёл в обиход для обозначения малоинвазивных, чрескожных вмешательств. Однако исходное значение слова «интервенция» – военное, политическое или экономическое вторжение во внутренние дела другого государства (согласно Уставу ООН, интервенция запрещена). Перенос этого понятия в медицину, где речь идет о помощи пациенту, а не об агрессии, создает стилистическую неловкость и является избыточным, так как русский язык располагает исчерпывающими аналогами: «малоинвазивная хирургия», «эндоваскулярная хирургия», «чрескожные вмешательства». Употребление «интервенционной» терминологии лишено практической необходимости, являясь по сути лишь данью моде и подражательством иностранным авторам

«Малоинвазивная операция»

Термин «малоинвазивная операция» настолько привычен, что его корректность уже не вызывает сомнений. Однако с точки зрения словообразования «мало-» – это наречие со значением «недостаточно», «меньше, чем нужно» (малообразованный, малозначимый, маловероятный). Соответственно, «малоинвазивный» буквально означает «недостаточно инвазивный», что в хирургическом контексте абсурдно: никто не хочет делать операцию «недостаточно» инвазивной, ее хотят сделать минимально инвазивной. Корректными являются термины «мини-инвазивный» или «минимально инвазивный» (от лат. minimus – наименьший). Этот пример особенно показателен: он демонстрирует, что даже тотально распространённая калька может быть этимологически несостоятельной, и что «общепринятость» не является синонимом «правильности».

Последствия

Критический анализ клинических терминов – не академическое упражнение. Укоренившаяся некорректная терминология имеет измеримые негативные последствия, затрагивающие три ключевых аспекта медицины.

1. Клинические риски и прямая угроза безопасности пациента

Неточный термин искажает реальность и напрямую влияет на тактику лечения.

Приоритет простоты над сутью: Диагноз «нисходящий медиастинит» фокусирует внимание на направление распространения инфекции, отвлекая от поиска и санации первичного очага (одонтогенного, тонзиллогенного), что критически важно для лечения [28,29].

Недооценка тяжести: Термин «ложный круп» создает опасную иллюзию “ненастоящей” болезни, хотя вирусный круп может привести к угрожающей жизни обструкции дыхательных путей, требуя неотложной помощи [23,24].

Гипердиагностика и ятрогения: Ярлык «предрак» провоцирует неоправданный стресс у пациента и толкает врача к агрессивному лечению (вплоть до ненужных операций) состояний, которые в большинстве случаев никогда не прогрессируют в инвазивный рак [31,34,36,41].

Диагностический тупик: Диагноз «ВСД» часто служит конечной точкой диагностического поиска, маскируя реальные, курабельные заболевания – тревожные, соматоформные или эндокринные расстройства [39,40].

2. Коммуникативные нарушения

Неточная терминология разрушает коммуникацию на всех уровнях.

Врач-врач: Размытый термин (например, “предрак” без уточнения степени дисплазии) не позволяет корректно передать информацию коллеге, оценить риск и выбрать тактику [41,42].

Врач-пациент: Термины вроде «предрак» сеют необоснованную панику, а «ВСД» создает иллюзию объяснения болезни, подрывая доверие и приверженность лечению, так как пациент не понимает истинной причины своих симптомов [31,33,36,38,39].

3. Образовательные и научные нарушения
Использование некорректных терминов тормозит развитие профессии.

В образовании: Заучивание ярлыков («ВСД», «ложный круп») вместо понимания сути патогенеза формирует у студентов и ординаторов искаженные ментальные модели заболеваний. Это подменяет знания пустыми абстракциями и является одной из причин диагностических ошибок у молодых врачей [42, 44].

В науке: Устаревшие термины создают «семантический разрыв» между современными международными рекомендациями и локальной клинической практикой, замедляя внедрение новых стандартов. Использование нестандартных понятий (например, «ВСД») делает результаты исследований не сопоставимыми с международными данными и изолирует национальную науку [39,40,42].

Профессиональное мышление: Особую тревогу вызывает влияние на формирование клинического мышления так называемого «птичьего языка» медицинской речи, перегруженной немотивированными англицизмами. Студент, усваивающий термины «паттерн», «гайдлайн», «кейс» вместо их русских аналогов, запоминает не суть патологического процесса, а пустую звуковую оболочку. Исследования показывают, что подобное терминологическое обесценивание напрямую коррелирует с трудностями дифференциальной диагностики у молодых врачей [18]. Усвоение неадекватной лексики подменяет собой усвоение знаний, выпускник начинает оперировать ярлыками, не понимая их истинного значения.

Таким образом, терминологическая небрежность имеет прямую клиническую цену: от конкретного пациента до глобального научного знания. Борьба за точность терминов перестает быть вопросом «стиля» и становится вопросом качества и безопасности медицинской помощи.

Вывод

Проведенный анализ позволяет рассматривать термины «нисходящий медиастинит», «истинный/ ложный круп», «предрак» и «вегетососудистая дистония» как проявления системной проблемы. Каждый из них сформировался под действием одного из трёх исторических механизмов – приоритета простоты над точностью, семантических сдвигов и лингвистических ошибок, – которые продолжают формировать наш профессиональный язык. Однако в последние десятилетия к этим механизмам добавился четвёртый, и его масштаб сопоставим с совокупным действием предыдущих.

Ключевой вывод заключается в том, что некорректный термин – это всегда плохая абстракция. Он упрощает реальность до степени искажения: подменяет этиологию патогенезом («нисходящий»), навязывает ложные дихотомии («истинный/ложный»), внушает фатализм («пред-») или создаёт мнимые диагностические сущности («ВСД»). Клиническая цена такой абстракции высока: это риск гипердиагностики и ятрогении, сбои в профессиональной коммуникации и торможение научного прогресса.

Кроме этого, важно различать две принципиально разные ситуации. Первая – появление неологизмов, необходимых для обозначения принципиально новых явлений, устройств или технологий, не имеющих устоявшегося наименования в русском языке. В этом случае заимствование оправдано и неизбежно. Вторая – внедрение варваризмов, то есть иноязычных слов, полностью дублирующих уже существующие термины. Именно вторая ситуация сегодня стала рутинной в медицинском дискурсе, и именно она вызывает обоснованную тревогу. Употребление транслителированных слов вместо отечественных понятных – это добровольное обессмысливание профессионального языка.

Цена этой языковой небрежности имеет отчетливое клиническое измерение, далеко выходящее за рамки стилистических погрешностей. Неточный термин перестаёт выполнять свою основную гносеологическую функцию: вместо того чтобы фиксировать понятия, он их размывает. Терминологическая культура – это неотъемлемое условие доказательной и пациенто-ориентированной медицины. Доказательность требует однозначности: когда один и тот же термин допускает множественные, а иногда и прямо противоположные трактовки, сравнимость исследований и воспроизводимость их результатов утрачиваются. Пациентоориентированность требует прозрачности: невозможно завоевать доверие пациента, если врач сам не может внятно объяснить, что означает поставленный им диагноз. Неточность в словах неизбежно приводит к неточности и в решениях.

Таким образом, борьба за терминологическую точность – это неотъемлемая часть доказательной и пациенто-ориентированной медицины. Она требует от нас сознательного перехода от языка удобных, но пустых ярлыков к языку конкретных нозологических единиц, этиологических уточнений и стратифицированных рисков. Этот переход невозможен без критической рефлексии, постоянного сверения с современными классификациями и сознательного отказа от варваризмов, имеющих исчерпывающие русские эквиваленты.

В конечном счёте, качество нашего языка определяет качество нашей медицины, что само собой является вопросом врачебной ответственности. Неточный термин – это неточное решение, которое в итоге перестает быть просто ошибкой и становится вредом. Поэтому борьба за терминологическую чистоту – это борьба за ясность клинического мышления, а значит и за безопасность пациента.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Белецкий А.Н. Социальный радикализм в соборном послании апостола Иакова // Труды Нижегородской духовной семинарии. 2022. №20. С. 7-24.
2. Десницкий А.С. Христианство. Настоящее. М.: Рипол Классик, 2016. 336 с.
3. Новоселов В.М. Взгляд выдающихся русских врачей, свидетелей эпидемии испанки в Москве, на течение данной болезни // Вопросы истории медицины России: Сборник. Торонто: Longevity Books, 2024. С. 96-117.

4. Фархутдинова Л.М. Из истории изучения инфекционных болезней // Архив внутренней медицины. 2021. Т.11. №6. С. 416-423. Doi: 10.20514/2226-6704-2021-11-6-416-423.
5. Филатова С.В. Текст как речевое произведение: Методическое пособие для студентов. Н. Новгород: НГТУ, 2011. 46 с.
6. Зобнина М.И., Шапошников Г.Н., Хаманова Ю.Б. Испанка в начале XX в.: Масштабы, смертность, методы лечения // Вестник Уральского ГМУ. 2022. №2. С. 34-47.
7. Кузьмин И.С., Мамазаитова А.А., Виноградова Е.В. К этимологии наименования "грипп" // Молодежь, наука, медицина: Материалы конференции 64-й Всероссийской конференции. Тверь, 19-20 апреля 2018 г. Тверь: Тверская государственная медицинская академия, 2018. Т.2. С. 29-32.
8. Гребнева В.Е., Панкова А.В. Меланхолия как счастье от пребывания в печали, и другие исторически изменчивые одеяния социальных чувств [рецензия на книгу: Юханнисон К. История меланхолии] // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Социология. 2018. Т.18. №3. С. 567-580. Doi: 10.22363/2313-2272-2018-18-3-567-580.
9. Исаева Э.Г., Лисенкова Л.Ф. Трансформация мира в сознании невротической личности // Вестник Московского государственного лингвистического университета. 2008. №539. С. 114-123.
10. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. М.: Рипол Классик, 1987. 304 с.
11. Славгородская М.С., Хейгетян А.Ф. Динамика взглядов на проявления и сущность тревожных расстройств и тревожных пароксизмов // Соматоневрология: Материалы междунар. научно-практич. конференций. Ростов-на-Дону, 12 ноября 2022 г. Ростов-на-Дону: Ростовский ГМУ, 2022. С. 125-136.
12. Алёхин А.Н., Пеккер М.С. Распознавание психических расстройств в психологической практике. М.: Юрайт, 2023. 188 с.
13. Точилов В.А. Международная классификация психических расстройств: современное состояние вопроса // Психиатрия. 2009. №1. С. 7-17.
14. Коськина М.Н., Стромило И.О., Сухарькова М.А., Шпакова А.А. и др. Микрохирургическое удаление грыжи межпозвонкового диска пояснично-крестцового отдела позвоночника у детей с использованием современных технологий на базе Детской областной клинической больницы (ДОКБ) г.Твери // Молодежь, наука, медицина: Материалы 65-й Всерос. межвузовской студенческой научной конф. с междунар. участием. Тверь, 17-18 апреля 2019 г. Тверь: Тверской ГМУ, 2019. С. 533–538. Doi: 10.33029/2303-9698-2025-13-1-109-113.
15. Котова О.В., Воробьева О.В. Остеохондроз как причина дорсопатии // Consilium Medicum. 2012. №8. С. 80-83.
16. Džuganová B. Medical Language-a Unique Linguistic Phenomenon // Jahr-European Journal of Bioethics. 2019. V.10. No.1. P. 129-145. Doi: 10.21860/j.10.1.7.
17. Kistner U. Illness as Metaphor? The Role of Linguistic Categories in the History of Medicine // Studies in 20th & 21st Century Literature. 1998. V.22. No.1. P. 11-31. Doi: 10.4148/2334-4415.1432.
18. Ветшев П.С., Ветшев Ф.П., Хоронько Ю.В., Орлов Ю.Н. О хирургии своими словами: стиль и терминология научной статьи // Эндоскопическая хирургия. 2024. Т.30. №4. С. 5-12. doi: 10.17116/endoskop2024300415.
19. Овсянников Д.Ю., Кузьменко Л.Г., Алексеева О.В. и др. Вирусный и рецидивирующий круп у детей // Медицинский совет. 2019. №2. С. 100-105. Doi: 10.21518/2079-701X-2019-2-100-105.
20. Бутрий С.А. Здоровье ребенка: современный подход. Как научиться справляться с болезнями и собственной паникой. М.: Эксмо, 2018. 240 с.
21. Прохорова В.Н. Русская терминология (лексико-семантическое образование). М.: МГУ им. Л.И. Ломоносова, 1996. 125 с.
22. Кречкивская И.В. Острый стенозирующий ларинготрахеит // Актуальные вопросы оториноларингологии: Материалы межрегион. научно-практич. конф. оториноларингологов Сибири и Дальнего Востока. Благовещенск, 29-30 июня 2017 г. Благовещенск: Амурская государственная медицинская академия, 2017. С. 99-102.
23. Bennett J.R. True and False Croup // British Medical Journal. 1875. V.1. No.749. P. 606-607. Doi: 10.1136/bmj.1.749.606-a.
24. Loving S. Something Concerning the Diagnosis and Treatment of False Croup // Journal of the American Medical Association. 1895. V.25. No.14. P. 567-573. Doi:10.1001/jama.1895.02430400011001d.
25. Truelove S.A., Kegenden S.S., Boss Sonia, et al. Clinical and Epidemiological Aspects of Diphtheria: a Systematic Review and Pooled Analysis // Clinical Infectious Diseases. 2020. V.71. No.1. P. 89-97. Doi: 10.1093/cid/ciz808.
26. Cormack J.R. History and Meaning of the Terms Diphtheria and Croup // British Medical Journal. 1875. V.1. No.747. P. 551-554. Doi: 10.1136/bmj.1.747.544.
27. Анипченко А.Н., Аллахвердян А.С., Аллахвердян Н.Н. Нисходящий медиастинит: современное состояние проблемы // Московский хирургический журнал. 2024. №3. С. 176-184. Doi: 10.17238/2072-3180-2024-3-176-184.
28. Никулин А.В., Бессонова С.А., Романихин А.И., Хоробрых Т.В. К вопросу об остром гнойном медиастините, не связанном с операциями на пищеводе // Клиническая и экспериментальная хирургия. Журнал им. акад. Б.В.Петровского. 2025. Т.13. №2. С. 56-65. Doi: 10.33029/2308-1198-2025-13-2-56-65.
29. Самохвалов И.М. Рецензия на руководство для врачей М.М. Абакумова «Медиастинит» (М.: МК, 2020. 296 с.) // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. 2021. Т.180. №2. С. 108-111. Doi: 10.24884/0042-4625-2021-180-2-108-111.
30. Федотов В.П. Псевдорак кожи (клиническая лекция) // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. 2015. №1-2. С. 45-57.
31. Berman J.J., Albores-Saavedra J., Bostwick D. Precancer: a Conceptual Working Definition - Results of a Consensus Conference // Cancer Detect Prev. 2006. V.30. No.5. P. 387-394. Doi: 10.1016/j.cdp.2006.09.002.
32. Shabad L.M. Precancerous Morphologic Lesions // J Natl Cancer Inst. 1973. V.50. No.6. P. 421-428. PMID: 4577779.
33. Гольберт З.В., Лавникова Г.А., Чаклин А.В. Критические замечания по статье Л.М. Шабада «Экспериментально-морфологический аспект проблемы предрака» // Архив патологии. 1974. Т.36. №.6. С. 56-60. PMID: 4409081.
34. Stangis M.M., Chen Zhengyi, Min Jimin. The Hallmarks of Precancer // Cancer Discov. 2024. V.14. No.4. P. 683-689. Doi: 10.1158/2159-8290.CD-23-1550.
35. Berman J.J., Moore G.W., Hutchins G.M. Classifying the Precancers: a Metadata Approach // BMC Cancer. 2003. No.3. Art. 13. Doi:10.1186/1471-2407-3-13.
36. Curtius K., Wright N.A., Graham T.A. Evolution of Premalignant Disease // Cold Spring Harb Perspect Med. 2017. V.7. No.12. P. a026542. Doi: 10.1101/cshperspect.a026542.
37. Sarode S.C., Sarode G.S., Tupkari J.V. Oral Potentially Malignant Disorders: a Proposal for Terminology and Definition with Review of Literature // J Oral Maxillofac Pathol. 2014. V.18. No.Suppl 1. P. S77-80. Doi: 10.4103/0973-029X.141322.
38. Кононов А.В., Рубцов В.А., Парыгина М.Н. Предраковые изменения слизистой оболочки желудка: от прогениторной клетки и микросателлитной нестабильности к клинической интерпретации риска рака желудка // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2024. Т.34. №4. С. 50–63.
39. Беляева А.М. Вегетососудистая дистония как "советская болезнь": история изобретения диагноза // Медицинская антропология и биоэтика. 2021. Т.2. №20. С. 127-151.
40. Кухтевич И.И., Алешина Н.И. Синдром вегетососудистой дистонии как соматоформное расстройство // Саратовский научно-медицинский журнал. 2019. Т.15. №1. С. 127-132.
41. Bari A., Khan R.A., Rathore A.W. Medical Errors; Causes, Consequences, Emotional Response and Resulting Behavioral Change // Pak J Med Sci. 2016. V.32. No.3. P. 523-528. Doi: 10.12669/pjms.323.9701.
42. Гущина Л.Н., Черняк А.С. Проблемы медицинской терминографии // Журнал Гродненского ГМУ. 2007. Т.4. №20. С. 174-176.
43. Карасева О.В., Кулакова Е.В. Терминологические проблемы специальной психологии и специальной педагогики // Сибирский педагогический журнал. 2010. №7. С. 205-214.
44. Соболев В.С. О методологических ошибках в педагогических исследованиях // Известия Южного федерального университета. Педагогические науки. 2011. №10. С. 15-22.
45. Khan R.A., Bari A., Rathore A.W. Medical Errors; Causes, Consequences, Emotional Response and Behavior Change // Pakistan Journal of Medical Sciences. 2016. V.32. No.5. P. 523-528. Doi: 10.12669/pjms.323.9701.

REFERENCES

1. Beletskiy A.N. Social Radicalism in the Epistle of the Apostle James. Trudy Nizhegorodskoy Dukhovnoy Seminarii = Proceedings of Nizhny Novgorod Theological Seminary. 2022;20:7-24 (In Russ.).
2. Desnitskiy A.S. Khristianstvo. Nastoyashcheye = Christianity. The Present. Moscow, Ripol Klassik, 2016. 336 p. (In Russ.).
3. Novoselov V.M. The View of Outstanding Russian Doctors, Witnesses to the Spanish Flu Epidemic in Moscow, on the Course of this Disease. Voprosy Istorii Meditsiny Rossii = Questions of the History of Medicine in Russia: Collection. Toronto, Longevity Books Publ., 2024. P. 96-117 (In Russ.).
4. Farkhutdinova L.M. From the History of the Study of Infectious Diseases. Arkhiv Vnutrenney Meditsiny = Archive of Internal Medicine. 2021;11;6:416-423 (In Russ.). Doi: 10.20514/2226-6704-2021-11-6-416-423.
5. Filatova S.V. Tekst kak Rechevoye Proizvedeniye = Text as a Speech Product: a Methodological Manual for Students. Nizhny Novgorod, Nizhegorodskiy Gosudarstvennyy Tekhnicheskiy Universitet Publ., 2011. 46 p. (In Russ.).
6. Zobnina M.I., Shaposhnikov G.N., Khamanova Yu.B. Spanish Flu in the Early 20th Century: Scale, Mortality, Treatment Methods. Vestnik Ural'skogo Gosudarstvennogo Meditsinskogo Universiteta = Bulletin of the Ural State Medical University. 2022;2:34-47 (In Russ.).

7. Kuz'min I.S., Mamazaitova A.A., Vinogradova Ye.V. On the Etymology of the Name "Flu". Molodezh', Nauka, Meditsina = Youth, Science, Medicine. Proceedings of the 64th All-Russian Conference. Tver, April 19-20, 2018. Tver, Tverskaya Gosudarstvennaya Meditsinskaya Akademiya Publ., 2018. V.2. P. 29-32 (In Russ.).
8. Grebneva V.Ye., Pankova A.V. Melancholy as Happiness from Being in Sadness, and Other Historically Changing Garments of Social Feelings [Review of the book: Johannison K. The History of Melancholy]. Vestnik Rossiyskogo Universiteta Druzhby Narodov. Seriya: Sotsiologiya = RUDN Journal of Sociology. 2018;18;3:567-580 (In Russ.). Doi: 10.22363/2313-2272-2018-18-3-567-580.
9. Isayeva E.G., Lisenkova L.F. Transformation of the World in the Consciousness of a Neurotic Personality. Vestnik Moskovskogo Gosudarstvennogo Lingvisticheskogo Universiteta = Bulletin of the Moscow State Linguistic University. 2008;539:114-123 (In Russ.).
10. Ushakov G.K. Pogranichnyye Nervno-Psikhicheskiye Rasstroystva = Borderline Neuropsychiatric Disorders. Moscow, Ripol Klassik Publ., 1987. 304 p. (In Russ.).
11. Slavgorodskaya M.S., Kheygetyan A.F. Dynamics of Views on the Manifestations and Essence of Anxiety Disorders and Anxiety Paroxysms. Somatonevrologiya = Somatoneurology. Proceedings of International Scientific and Practical Conferences. Rostov-on-Don, November 12, 2022. Rostov-on-Don, Rostovskiy Gosudarstvennyy Meditsinskiy Universitet Publ., 2022. P. 125-136 (In Russ.).
12. Alokhin A.N., Pekker M.S. Raspoznavaniye Psikhicheskikh Rasstroystv v Psikhologicheskoy Praktike = Recognition of Mental Disorders in Psychological Practice. Moscow, Yurayt Publ., 2023. 188 p. (In Russ.).
13. Tochilov V.A. International Classification of Mental Disorders: Current State of the Issue. Psikhiatriya = Psychiatry (Moscow). 2009;1:7-17 (In Russ.).
14. Kos'kina M.N., Stromilo I.O., Sukhar'kova M.A., Shpakova A.A., et al. Microsurgical Removal of Lumbosacral Disc Herniation in Children Using Modern Technologies at the Tver Children's Regional Clinical Hospital (DRCH). Molodezh', Nauka, Meditsina = Youth, Science, Medicine: Proceedings of the 65th All-Russian Interuniversity Student Scientific Conference with International Participation. Tver, April 17-18, 2019. Tver, Tverskoy Gosudarstvennyy Meditsinskiy Universitet Publ., 2019. P. 533–538 (In Russ.). Doi: 10.33029/2303-9698-2025-13-1-109-113.
15. Kotova O.V., Vorob'yeva O.V. Osteochondrosis as a Cause of Dorsopathy. Consilium Medicum. 2012;8:80-83 (In Russ.).
16. Džuganová B. Medical Language-a Unique Linguistic Phenomenon. Jahr-European Journal of Bioethics. 2019;10;1:129-145. Doi: 10.21860/j.10.1.7.
17. Kistner U. Illness as Metaphor? The Role of Linguistic Categories in the History of Medicine. Studies in 20th & 21st Century Literature. 1998;22;1:11-31. Doi: 10.4148/2334-4415.1432.
18. Vetshev P.S., Vetshev F.P., Khoron'ko Yu.V., Orlov Yu.N. About Surgery in Their Own Words: Style and Terminology of a Scientific Article. Endoskopicheskaya Khirurgiya = Endoscopic Surgery. 2024;30;4:5-12 (In Russ.). Doi: 10.17116/endoskop2024300415.
19. Ovsyannikov D.Yu., Kuz'menko L.G., Alekseyeva O.V., et al. Viral and Recurrent Croup in Children. Meditsinskiy Sovet = Medical Council. 2019;2:100-105 (In Russ.). Doi: 10.21518/2079-701X-2019-2-100-105.
20. Butriy S.A. Zdorov'ye Rebenka: Sovremennyy Podkhod. Kak Nauchit'sya Spravlyat'sya s Boleznyami i Sobstvennoy Panikoy = Child's health: a Modern Approach. How to Learn to Cope with Illnesses and Your Own Panic. Moscow, Eksmo Publ., 2018. 240 p. (In Russ.).
21. Prokhorova V.N. Russkaya Terminologiya (Leksiko-Semanticheskoye Obrazovaniye) = Russian Terminology (Lexical and Semantic Formation). Moscow, Moskovskiy Gosudarstvennyy Universitet im. L.I. Lomonosova Publ., 1996. 125 p. (In Russ.).
22. Krechkivskaya I.V. Acute Stenosing Laryngotracheitis. Aktual'nyye Voprosy Otorinolaringologii = Current Issues in Otolaryngology. Proceedings of the Interregional Scientific and Practical Conference of Otolaryngologists of Siberia and the Far East. Blagoveshchensk, June 29-30, 2017. Blagoveshchensk, Amurskaya Gosudarstvennaya Meditsinskaya Akademiya, 2017. P. 99-102 (In Russ.).
23. Bennett J.R. True and False Croup. British Medical Journal. 1875;1;749:606-607. Doi: 10.1136/bmj.1.749.606-a.
24. Loving S. Something Concerning the Diagnosis and Treatment of False Croup. Journal of the American Medical Association. 1895;25;14:567-573. Doi:10.1001/jama.1895.02430400011001d.
25. Truelove S.A., Kegenden S.S., Boss Sonia, et al. Clinical and Epidemiological Aspects of Diphtheria: a Systematic Review and Pooled Analysis. Clinical Infectious Diseases. 2020;71;1:89-97. Doi: 10.1093/cid/ciz808.
26. Cormack J.R. History and Meaning of the Terms Diphtheria and Croup. British Medical Journal. 1875;1;747:551-554. Doi: 10.1136/bmj.1.747.544.
27. Anipchenko A.N., Allakhverdyan A.S., Allakhverdyan N.N. Descending Mediastinitis: Current State of the Problem. Moskovskiy Khirurgicheskiy Zhurnal = Moscow Surgical Journal. 2024;3:176-184 (In Russ.). Doi: 10.17238/2072-3180-2024-3-176-184.
28. Nikulin A.V., Bessonova S.A., Romanikhin A.I., Khorobrykh T.V. On the Issue of Acute Purulent Mediastinitis not Associated with Operations on the Esophagus. Klinicheskaya i Eksperimental'naya Khirurgiya. Zhurnal im. Akademika B.V. Petrovskogo = Clinical and Experimental Surgery. Petrovsky Journal. 2025;13;2:56-65 (In Russ.). Doi: 10.33029/2308-1198-2025-13-2-56-65.
29. Samokhvalov I.M. Review of the Manual for Doctors by M.M. Abakumova "Mediastinitis" (Moscow: MK, 2020. 296 p.). Vestnik Khirurgii im. I.I. Grekova = Grekov's Bulletin of Surgery. 2021;180;2:108-111 (In Russ.). Doi: 10.24884/0042-4625-2021-180-2-108-111.
30. Fedotov V.P. Pseudo-Skin Cancer (Clinical Lecture). Dermatovenerologiya. Kosmetologiya. Seksopatologiya = Dermatoveneology. Cosmetology. Sexopathology. 2015;1-2:45-57 (In Russ.).
31. Berman J.J., Albores-Saavedra J., Bostwick D.. Precancer: a Conceptual Working Definition - Results of a Consensus Conference. Cancer Detect Prev. 2006;30;5:387-394. Doi: 10.1016/j.cdp.2006.09.002.
32. Shabad L.M. Precancerous Morphologic Lesions. J Natl Cancer Inst. 1973;50;6:421-428. PMID: 4577779.
33. Gol'bert Z.V., Lavnikova G.A., Chaklin A.V. Critical Comments on the Article by L.M. Shabad "Experimental and Morphological Aspect of the Problem of Precancer". Arkhiv Patologii = Russian Journal of Archive of Pathology. 1974;36;6:56-60 (In Russ.). PMID: 4409081.
34. Stangis M.M., Chen Zhengyi, Min Jimin. The Hallmarks of Precancer. Cancer Discov. 2024;14;4:683-689. Doi: 10.1158/2159-8290.CD-23-1550.
35. Berman J.J., Moore G.W., Hutchins G.M. Classifying the Precancers: a Metadata Approach. BMC Cancer. 2003;3:13. Doi:10.1186/1471-2407-3-13
36. Curtius K., Wright N.A., Graham T.A. Evolution of Premalignant Disease. Cold Spring Harb Perspect Med. 2017;7;12:a026542. Doi: 10.1101/cshperspect.a026542.
37. Sarode S.C., Sarode G.S., Tupkari J.V. Oral Potentially Malignant Disorders: a Proposal for Terminology and Definition with Review of Literature. J Oral Maxillofac Pathol. 2014;18;1:S77-80. Doi: 10.4103/0973-029X.141322.
38. Kononov A.V., Rubtsov V.A., Parygina M.N. Precancerous Changes in the Gastric Mucosa: from Progenitor Cells and Microsatellite Instability to Clinical Interpretation of the Risk of Gastric Cancer. Rossiyskiy Zhurnal Gastroenterologii, Gepatologii, Koloproktologii = Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Proctology. 2024;34;4:50–63 (In Russ.).
39. Belyayeva A.M. Vegetovascular Dystonia as a "Soviet Disease": the History of the Diagnosis Invention. Meditsinskaya Antropologiya i Bioetika = Medical Anthropology and Bioethics. 2021;2;20:127-151 (In Russ.).
40. Kukhtevich I.I., Aleshina N.I. Vegetovascular Dystonia Syndrome as a Somatoform Disorder. Saratovskiy Nauchno-Meditsinskiy Zhurnal = Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2019;15;1:127-132 (In Russ.).
41. Bari A., Khan R.A., Rathore A.W. Medical Errors; Causes, Consequences, Emotional Response and Resulting Behavioral Change. Pak J Med Sci. 2016;32;3:523-528. Doi: 10.12669/pjms.323.9701.
42. Gushchina L.N., Chernyak A.S. Problems of Medical Terminography. Zhurnal Grodnenskogo Gosudarstvennogo Meditsinskogo Universiteta = Journal of Grodno State Medical University. 2007;4;20:174-176 (In Russ.).
43. Karaseva O.V., Kulakova Ye.V. Terminological Problems of Special Psychology and Special Pedagogy. Sibirskiy Pedagogicheskiy Zhurnal = Siberian Pedagogical Journal. 2010;7:205-214 (In Russ.).
44. Sobolev V.S. On Methodological Errors in Pedagogical Research. Izvestiya Yuzhnogo Federal'nogo Universiteta. Pedagogicheskiye Nauki = Proceedings of Southern Federal University. Pedagogical Sciences. 2011;10:15-22 (In Russ.).
45. Khan R.A., Bari A., Rathore A.W. Medical Errors; Causes, Consequences, Emotional Response and Behavior Change. Pakistan Journal of Medical Sciences. 2016;32;5:523-528. Doi: 10.12669/pjms.323.9701.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.
Участие авторов. Статья подготовлена с равным участием авторов.
Поступила: 03.04.2026. Принята к публикации: 06.06.2026.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.
Financing. The study had no sponsorship.
Contribution. Article was prepared with equal participation of the authors.
Article received: 03.04.2026. Accepted for publication: 06.06.2026.