

ЗАЧЕМ И КАКИЕ ИНОСТРАННЫЕ ЯЗЫКИ НУЖНЫ АНЕСТЕЗИОЛОГУ- РЕАНИМАТОЛОГУ?

К.М. Лебединский

*ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный
медицинский университет им. И.И. Мечникова»
МЗ РФ, Санкт-Петербург*

Для корреспонденции: Лебединский Константин Михайлович — д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии им. В.Л. Ваневского ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург; e-mail: mail@lebedinski.com

Для цитирования: Лебединский К.М. Зачем и какие иностранные языки нужны анестезиологу-реаниматологу? Вестник интенсивной терапии имени А.И. Салтанова. 2018;4:5–7.

WHY AND WHAT FOREIGN LANGUAGES NEEDS ANESTHESIOLOGIST- REANIMATOLOGIST?

K.M. Lebedinskii

*North-Western State Medical University named after
I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg*

For correspondence: Konstantin Lebedinskii — Dr. Med. Sci., professor, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg; e-mail: mail@lebedinski.com

For citation: Lebedinskii K.M. Why and what foreign languages needs anesthesiologist-reanimatologist? Alexander Saltanov Intensive Care Herald. 2018;4:5–7.

DOI: 10.21320/1818-474X-2018-4-5-7



К.А. Токмаков, В.И. Горбачев и соавторы статьи «Английский язык для врача анестезиолога-реаниматолога: дань моде или необходимость?» [1] сформулировали и убедительно решили четкую задачу — дали отрицательный ответ на вопрос, может ли русскоязычный врач без знания английского практиковать в соответствии с принципами Evidence Based Medicine (EBM). Действительно, растущий с каждым днем объем релевантной (!) информации по каждой нозологической форме, клинической ситуации и методу лечения делает невозможным строгое следование принципам EBM даже для англоязычного специалиста с неограниченным корпоративным доступом ко всем современным источникам информации [2]. Что уж говорить о российском анестезиологе-реаниматологе, выживающем, как замечательно выразились авторы [1], «в борьбе с неизбежной бытовой и правовой непосильностью»!

Комментарий Анатолия Петровича Зильбера (как и предполагается редакционному комментарию!) поставил вопрос намного шире — в том числе и в аспекте гуманитарной культуры. На мой взгляд, в этом аспекте стоит сожалеть скорее о безвозвратной утрате гимназических греческого и латыни; а вот с точки зрения профессионализма в медицине критических состояний и общемедицинского кругозора врача хочу обратить внимание читателя все-таки на живые европейские языки.

Да, в силу известных геополитических и исторических причин английский (в версии Basic English, вызывающей ужас у филологов Оксфорда и Кембриджа!) стал безусловным всемирным языком профессионального

общения, в частности, и в нашей специальности. (Среди причин этого назову, между прочим, упущенный нашей страной на рубеже 1950–1970-х гг. вполне реальный исторический шанс на технологическое и интеллектуальное лидерство в мире — шанс, основанный на экспоненциальном развитии образования, науки и культуры.) И факт этот выходит далеко за рамки текущих задач научно-доказательной медицины, методологическая ограниченность и скорая смена которой в роли научной парадигмы сегодня очевидны уже не только Патриции Гринхальх [3] и Жану-Луи Венсану [4]. В послевоенном мире международные позиции английского укреплялись год от года, а это создавало и создает существенную проблему публикации в журналах с высоким рейтингом, например, для франко-, испано- и португалоязычных авторов. Негодование Сантьяго Рамона-и-Кахала по поводу незнания испанского иностранными учеными находит горячее сочувствие у многих собеседников автора в Испании второго десятилетия XXI века.

Интересно, что в образованной части старого сословного русского общества английский язык был известен немногим: круг так называемых англоманов был очень узок, а из профессиональных групп только моряки знали его на том или ином уровне. Французский оставался сословным языком дворян и офицерства, что в значительной мере способствовало тесному политическому, военному и финансовому союзу России и Франции (1891 г.). Но языком подавляющего большинства профессионалов высшей квалификации — инженеров, врачей, ученых-естественников — был, безусловно, немецкий, чему в значитель-

ной мере способствовала географическая близость Германии, изобилие там хороших университетов и наличие обширной «зоны взаимной диффузии» немецкой и русской культур в виде всех западных окраин Российской империи, от Балтики (чего стоил один только Дерптский университет!) до юго-восточных границ Австро-Венгрии. В российской медицинской терминологии эта статистика отметилась, прежде всего, традициями немецкого происхождения всех эпонимических терминов, хотя Шарко (Jean-Martin Charcot) и Курвуазье (Ludwig G. Courvoisier) повезло все-таки значительно больше, чем Гарвею (William Harvey) или Мак-Бурнею (Charles McBurney). Эта тенденция сохранилась в полной мере и после Октябрьской революции: несмотря на приход к власти Гитлера, в период образовательного взрыва 1930-х гг. в СССР переводили и массово издавали, с запаздыванием всего в 1–2 года, именно немецкие лучшие медицинские книги. Англо- и франкоязычные исключения — Холден и Пристли, Мондор, Кальметт и Вильсон — можно перечесать, пожалуй, по пальцам двух рук. И только после 1945 г. английский в полной мере становится доминирующим языком образованных советских профессионалов, включая медиков.

Итогом послевоенных десятилетий стало то, что сегодня мы переводим на русский и цитируем в своих работах почти исключительно англоязычную литературу, а чтение ее в оригинале привыкли считать необходимым и достаточным (с точки зрения языковой эрудиции!) условием высокого уровня специалиста. Что ж, эта литература действительно богата подлинными сокровищами, которые отчасти пока не переведены на другие языки и не имеют на них аналогов — как, например, замечательная книга *Anesthesiologist's Manual of Surgical Procedures* под редакцией Richard A. Jaffe, вышедшая уже пятым изданием [5], или исчерпывающее руководство по протезированию дыхательных путей Carin Hagberg и Jonathan Benumoff [6]. Но там, где необходима стереоскопическая полнота видения проблемы (например, при подготовке хорошего журнального обзора или первой главы докторской диссертации), знакомство *только* с англоязычными текстами приводит подчас к забавным обманам зрения. И уж конечно, совсем нелепо выглядит широко распространившийся сегодня своего рода «англоязычный снобизм»: коллега, активно пользующийся книгами, периодикой и Интернетом на английском, считает ниже своего достоинства читать профессиональные тексты на любом другом языке, включая родной.

Между тем в литературе на немецком (несмотря на изначально ведомую — по отношению к англосаксам — роль немцев в развитии анестезиологии и интенсивной терапии!) есть совершенно уникальные подходы и концепции. В качестве примера, поразившего меня несколько лет назад, назову центральный антихолинергический синдром (нем. ZAS) — концепцию отдельного осложнения общей анестезии с частотой около 10 % (!!!), присутствующую и притом общепринятую *исключительно* в германоязычной литературе. Она позволяет немецким коллегам эффективно купировать замедленное пробуждение, возбуждение и дрожь после общей анестезии одним препа-

ратом, центральным ингибитором ацетилхолинэстеразы, физостигмином [7]. У французского, российского или английского анестезиолога такое назначение, скорее всего, вызовет изумление [8], а названный синдром воспринимается ими как исключительно токсикологический термин. Вот вам и глобализация!..

Совсем свежий пример из предыдущего номера нашего журнала: оказавшись по воле главного редактора рецензентом отличного обзора Е.А. Леоновой, Г.Б. Мороза и соавт. «Интраоперационная гипотензия» [9], я удивился скромному списку препаратов, применяемых для коррекции интраоперационной гипотензии, — в него авторы поначалу включили только адреналин, норадреналин и вазопрессин. Между тем немецкие анестезиологи, как оказалось, не могут жить без акринора — смеси кафедрина и теодrenalина: попытка снять препарат с производства в 2005 г. привела к массовым протестам и повторной его регистрации в 2011! Это мы молча смирились с недоступностью эфедрина, вызванной, очевидно, заботой о нашем общественном здравомыслии...

А если говорить совсем уж честно, то, когда мне нужно узнать о чем-то малознакомом самое важное и притом очень быстро (пациент на столе, а коллега на телефоне!), я вместо смартфона возьму с полки немецкую, а не английскую книгу. Четко, сжато и по пунктам — точно как описывал Толстой в «Войне и мире»!

Несколько более узкий круг литературы на французском языке тем не менее тоже содержит целый ряд подлинных жемчужин. И хотя исследователи-франкофоны сегодня в полной мере прорвали языковую изоляцию англоязычных международных журналов первой линии (эта проблема существовала для них еще в 1970-е гг.), далеко не все плоды их профессионального творчества отражаются в публикациях на английском. В качестве примеров назову подлинную энциклопедию нехирургической интенсивной терапии — издание Национального совета по реанимации *Réanimation médicale* (2009) [10] и руководство Marc Léone по редким болезням в отделении реанимации и интенсивной терапии [11]. Еще один замечательный образец, популярный во всем франкоязычном мире, — карманный справочник *Protocoles d'Anesthésie-Réanimation MAPAR* (общественная организация *Mise Au Point en Anesthésie Réanimation*), вышедший в 2016 г. уже 14-м изданием [12]. Одно из предыдущих изданий несколько лет назад было переведено на русский язык доктором Л.С. Болонкиным из Минска — но кто, кроме сотрудников его отделения, знает об этом переводе?

В общем, составляя перспективный план переводов для нашей Федерации анестезиологов и реаниматологов (ФАР), мы ни в коем случае не должны фокусироваться исключительно на англоязычной литературе. Хотя, конечно, найти команду переводчиков для нее намного проще, чем для хороших (подчас уникальных!) немецких или французских книг... Кстати, а не хотели бы уважаемые читатели поделиться с редакцией идеями — какие книги ФАР стоит рекомендовать для перевода на русский язык?

Итак, практический вывод: английский для врача (в том числе и анестезиолога-реаниматолога) — безус-

ловная «базисная» необходимость, но отнюдь не основание считать себя человеком, широко эрудированным в медицине (!) и своей специальности. Такое основание может создать, на мой взгляд, только равномерное знакомство и с другими многовековыми и продолжающимися развиваться «континентами» мировой медицинской культуры — прежде всего, германским и романским. А поскольку в объеме рабочего языка (читаю, говорю, пишу и иногда думаю) автор этих строк, увы, владеет только английским, а немецкую, французскую, испанскую и даже португальскую литературу только читает для исправления однобокости собственного восприятия медицины, всем нам есть куда развиваться, и это самое главное!

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Вклад автора. Лебединский К.М. — написание статьи.

ORCID автора

Лебединский К.М. — 0000-0002-5752-4812

Литература/References

1. Токмаков К.А., Горбачев В.И., Унжаков В.В., Горбачева С.М. Английский язык для врача анестезиолога-реаниматолога: дань моде или необходимость? Вестник интенсивной терапии имени А.И. Салтанова. 2018; 3: 22–29. [Tokmakov K.A., Gorbachev V.I., Unzhakov V.V., Gorbacheva S.M. English for anesthesiologist: fashion or necessity? Alexander Saltanov Intensive Care Herald. 2018; 3: 22–29 (In Russ)]. DOI: 10.21320/1818–474X-2018-3-22-29.
2. Allen D., Harkins K. Too much guidance? Lancet 2005; 365: 1768.
3. Greenhalgh T., Howick J., Maskrey N. Evidence based medicine: a movement in crisis? Br. Med. J. 2014; 348: g3725. DOI: 10.1136/bmj.g3725.
4. Vincent J.-L. We should abandon randomized controlled trials in the intensive care unit // Crit. Care Med. 2010; 38(10 Suppl): S534– S538.
5. Anesthesiologist's Manual of Surgical Procedures. Ed. by R.A. Jaffe. 5th ed. Lippincott Williams and Wilkins, 2014.
6. Hagberg and Benumof's Airway Management. Ed. by Hagberg C.A., Artimo C.A., Aziz M.F. 4th ed. Elsevier, 2017.
7. Данилов М.С., Лебединский К.М. Возможность использования галантамина в лечении центрального антихолинэргического синдрома после общей анестезии. Вестник интенсивной терапии. 2016; прил. № 2: 17–18.
8. Cook B., Spence A.A. Post-operative central anticholinergic syndrome. Eur. J. Anaesth. 1997; 14(1): 1–2.
9. Леонова Е.А., Мороз Г.Б., Шмырев В.А., Ломиворотов В.В. Интраоперационная гипотензия. Вестник интенсивной терапии имени А.И. Салтанова. 2018; 3: 87–96. [Leonova E.A., Moroz G.B., Shmyrev V.A., Lomivorotov V.V. Intraoperative hypotension. Alexander Saltanov Intensive Care Herald. 2018; 3: 87–96. (In Russ)]. DOI: 10.21320/1818–474X-2018-3-87-96.
10. Réanimation médicale. Par J.-M. Boles, P.-E. Bollaert, A. Jaeger, G. Offenstadt, F. Saulnier, M. Wolff, F. Zéni. 2e édition. Elsevier-Masson, 2009.
11. Léone M. Maladies rares en réanimation. Springer Editions, 2010.
12. Protocoles d'Anesthésie-Réanimation MAPAR. 14ème éd. MAPAR-Bicetre, 2016.

Поступила 09.10.2018