

А.В. Нагорная

COVID-19 И ЭПОНИМИЧЕСКАЯ КОНТРОВЕРЗА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Анализируется текущая номинативная политика Всемирной организации здравоохранения, связанная с отказом от использования традиционных для медицины эпонимов при регистрации новых заболеваний. Проблема де-эпонимизации рассматривается в контексте актуальных дискурсивных и социокультурных практик. Обсуждаются требования научной обоснованности и социальной приемлемости терминологии. Рассматриваются этические и сугубо лингвистические факторы, обуславливающие порочность эпонимической практики.

Ключевые слова: лингвистическая дискурсология; социокультурная практика; дискурсивная практика; медицинский дискурс; медицинская терминология; эпонимия.

Начавшаяся в декабре 2019 г. эпидемия коронавируса привлекла внимание общественности к важному аспекту деятельности, связанной с регистрацией нового заболевания, – присвоению ему официального названия. Выбор названия представляет собой задачу чрезвычайной сложности, решение которой требует учета не только узкопрофессиональных дискурсивных потребностей специалистов медицинской сферы, но и особенностей актуальных социокультурных практик [1].

Среди последних наиболее релевантной представляется активная популяризация некогда узкокорпоративного медицинского знания. Эксплицитная установка на равноправный диалог с пациентом, продвижение идеи ответственного и осознанного отношения к собственному здоровью, доступность информации медицинского толка и ее повышенная востребованность создали ситуацию, при которой терминотворческая работа перестала быть «частным делом» врачебного сообщества, превратившись в социально значимую проблему.

В 2015 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выпустила официальные рекомендации по наименованию впервые выявленных инфекционных заболеваний [2]. Изложенные в документе принципы новой терминологической политики, как и лежащая в их основе логика, представляют значительный интерес для лингвистической дискурсологии.

Особый дискурсологический интерес вызывают два требования. Согласно первому из них, название болезни должно быть коротким и легко произносимым, причем это требование распространяется и на популярные в медицинской терминологии акронимы [2]. Совершенно очевидно, что данная рекомендация связана с размытостью границ между профессионально-медицинским и обиходно-разговорным дискурсом, когда медицинские термины имеют широкое «хождение в народе».

Второе требование, наиболее компактно сформулированное в пресс-релизе, заключается в том, что названия заболеваний должны быть не только «научно обоснованными», но и «социально приемлемыми» [3]. Необходимость учета социального измерения бытования медицинского термина обусловлена тем, что, циркулируя в обиходно-разговорных дискурсах, он не только именуется болезнью, но и потенциально способен

формировать определенное отношение как к ней самой, так и к ее носителям.

В рекомендациях прописан запрет на использование географических названий, личных имен, названий видов или классов животных, профессий, а также слов, потенциально способных «вызывать необоснованных страх» (например, *unknown, death, fatal, epidemic*) [2. С. 3].

Текущая эпидемия коронавируса, по сути, стала площадкой для апробации описанного в рекомендациях подхода, будучи первым событием столь глобального масштаба со времен принятия документа.

Как известно, новому заболеванию было присвоено название *COVID-19*, официально объявленное 11 февраля 2020 г. главой ВОЗ Т. А. Гебрейесусом. Название представляет собой акроним, образованный от словосочетания *Coronavirus Disease, a 19* указывает на год, когда были впервые зарегистрированы случаи заболевания. Название обладает компактностью и удобопроизносимостью и легко запоминается. Оперативность, с которой был создан термин, объясняется не только желанием как можно быстрее зарегистрировать новую нозологическую единицу, но и необходимостью противостоять попыткам средств массовой информации ввести в обиход географически ассоциированное название – «Уханьский коронавирус» (*Wuhan coronavirus*). Это словосочетание активно использовалось в англоязычной прессе в январе-феврале 2020 г. Весьма показательны в этом отношении заголовки статей из газеты *New York Times: A Scramble to Retrace the Steps of the First Wuhan Coronavirus Case in the U.S.* (22.01.2020); *W.H.O. Declares Global Emergency as Wuhan Coronavirus Spreads* (30.01.2020); *Wuhan Coronavirus Looks Increasingly Like a Pandemic, Experts Say* (02.02.2020) и т.п.

Номинативная стратегия, к которой прибегли журналисты, представляет собой весьма типичный для медицины случай эпонимии, когда заболеванию присваивается название места, где оно впервые было зарегистрировано. Приведем лишь несколько наиболее актуальных, хотя и вполне типичных, примеров. *Лихорадка Зика* получила название в честь леса в Уганде, где впервые был выявлен вызывающий ее вирус. Еще один угандийский эпоним – *лихорадка Оропуш*, названная по имени реки. Более известная *Эбола* получила название от реки в Конго. *Лихорадка*

Рифт-Валли была названа в честь долины в Африке. Словосочетание *Уханьский коронавирус* лишь продолжило бы эту старую терминологическую традицию и имело высокие шансы закрепиться в дискурсивных практиках, однако ВОЗ заняла принципиальную позицию и настойчиво рекомендовала СМИ воздержаться от его употребления.

ВОЗ фактически призвала к отказу от многовековой эпонимической традиции с целью «минимизации негативного воздействия на нации, экономики и народы» [3]. Эта номинативная практика была признана стигматизирующей, поскольку она способствует формированию стойкой ассоциативной связи между заболеванием и определенной географической областью, а через нее – с людьми, населяющими данную область. Люди начинают восприниматься как носители болезни и источник эпидемиологической опасности, что ведет к обострению межэтнических конфликтов и усилению ксенофобных реакций.

Эпидемия коронавируса в полной мере продемонстрировала реальность этой концептуальной связи. Журналисты отмечают резкое увеличение количества расистских выпадов в адрес выходцев из Китая в Австралии, США, Великобритании и других странах. Весьма показателен тот факт, что в Австралии вирус часто называют «китайским» [4]. Газеты пестрят сенсационными ксенофобными заголовками типа *Yellow peril*, *Chinese virus panda-monium*, *China kids stay home* [5]. СМИ сообщают о растущей синофобии в самых «цивилизованных», этнически толерантных странах, описывая случаи, когда местное население отказывает азиатам в посещениях публичных мест, в том числе больниц, оскорбляет и унижает их, демонстративно избегает каких бы то ни было контактов с ними и т.п. [5].

Поведенческие реакции подобного рода хорошо известны антропологам и культурологам и обычно описываются в терминах «отчуждения», «остранения» болезни. По мнению С. Зонтаг, людям свойственно ассоциировать болезнь с «чужим», приписывая ей иностранное, инородное происхождение. Возможно, эта связь основывается на понятии «неправильного», которое исторически идентично понятию инаковости, всему тому, что не относится к нам и конституирует полюс «чужой» [6. С. 48].

Этнические предрассудки, брезгливость в отношении инородцев, неприятие их привычек и образа жизни зачастую приводят к появлению шовинистских по своей сути эпонимов, некоторые из которых на какое-то время закрепляются в официальных нозологических классификациях. Так, в разных европейских медицинских школах тиф именовался *Morbus Hungaricus* или *Pestis Britannica*, в зависимости от того, какая из культур вызывала наибольшие антитипии [7. С. 153]. Сифилис был представлен множеством географически ассоциированных терминов: англичане называли его «французской ветрянкой», французы – «германской хворью», неаполитанцы – «флорентийским недугом», китайцы – «японской болезнью», испанцы – «болезнью Эспаньолы» (острова в Карибском море, в настоящее время известном как Гаити) [8. С. 42].

Подобные номинативные практики отражают не только неприятие чужой культуры, но и желание возложить на кого-то ответственность за распространение заболевания. Особенно удачным для описания данного феномена представляется термин «география вины», предложенный П. Фармером [9].

Эта география, однако, имеет ярко выраженный «культурный привкус», поскольку для закрепления эпонима в дискурсивных практиках важно неприятие образа жизни народа, проживающего на определенной территории. Чем более экзотическими представляются его культурные традиции, тем выше вероятность появления соответствующего эпонима. Так, в ассоциации Гаити со СПИДом немаловажную роль сыграл практикуемый там культ вуду и некогда бытовавшая на территории острова практика каннибализма [7. С. 154]. В случае с текущей эпидемией коронавируса принципиальное значение имеют непривычные для представителей западной культуры пищевые традиции и кулинарные практики китайцев. По первоначальным сведениям, эпицентром новой эпидемии стал рынок в Ухане, на котором продается множество видов мяса, считающихся несъедобными за пределами Китая. Эпидемия вновь актуализировала давние споры о приемлемости поедания мяса собак, кошек и ряда диких животных, причем эти споры вышли за пределы этической и экологической полемики в гигиеническую плоскость. Широкое обсуждение этих «кулинарных» вопросов усугубляет синофобные настроения, увеличивая дистанцию между правильностью «своего» поведения и девиантностью «чужого». Предложенный ВОЗ географически нейтральный термин COVID-19 нейтрализует остроту этой полемики, «депроблематизирует» географию заболевания, фокусируясь на его природе.

В своих рекомендациях ВОЗ отмечает важность экономического аспекта проблемы. Традиционная эпонимическая практика наносит значительный урон бурно развивающейся туристической индустрии, становящейся все более важным источником дохода для многих стран мира. Большой интерес в этой связи представляет скандал вокруг так называемой *металло-бета-лактамазы из Нью-Дели* – бактериального фермента, впервые описанного в 2009 г. и названного в честь индийского города. Вышедшая в медицинском журнале статья вызвала широкий общественный резонанс, и один из индийских политиков эксплицитно обвинил исследователей в наличии «коварного плана» (*sinister design*) по подрыву медицинского туризма в стране [10]. Уместно вспомнить здесь и об эпониме *болезнь Шмалленберга*, который, начиная с 2011 г., используется в ветеринарии для обозначения вирусного заболевания крупного рогатого скота и образован от названия небольшого города в Германии. Мэр Шмалленберга выразил обеспокоенность в связи с тем, что название города стало ассоциироваться не с местом для отдыха, а с опасной болезнью, и назвал это «большим невезением» [10]. Действительно, поисковый интернет-запрос по ключевому слову «Шмалленберг» в первую очередь выдает информацию о заболевании, что никак не может способствовать хорошей туристической репутации этого места.

Напомним, что принятые ВОЗ рекомендации не ограничиваются сферой географически ассоциированных названий. ВОЗ призывает отказаться и от многовековой традиции эпонимизации врачей и исследователей, открывших или впервые описавших соответствующее заболевание.

Следует отметить, что борьба с эпонимами, произошедшими от личных имен, началась задолго до терминологических инициатив ВОЗ. Противники эпонимии приводят множество аргументов, значительная часть которых лежит в морально-этической плоскости.

Первый из них заключается в том, что эпонимы зачастую ошибочно приписывают научный приоритет ученым и практикам, не являющимся фактическими первооткрывателями той или иной болезни. Одним из наиболее ярких примеров является история исследования той формы системного васкулита, которая, начиная с 1937 г., известна как *болезнь Бехчета*. Если принять во внимание то обстоятельство, что она попала в поле зрения медиков еще во времена Гиппократов, и попытаться воздать должное всем, кто причастен к ее исследованию, более корректным был бы монструозный в своей громоздкости эпоним *болезнь Гиппократов – Жанина – Ньюманна – Рейса – Блюта – Гилберта – Планнера – Ременовского – Вива – Шигета – Пилса – Грютца – Кэррола – Райса – Самека – Фишера – Волтера – Романа – Кумера – Адамантиадеса – Даскалопулоса – Матраса – Уитвелла – Нишимуры – Блобнера – Уикерса – Регинстера – Кнаппа – Бехчета* [11. С. 120].

Нарушение принципа исторической справедливости можно увидеть и в том, что некоторые действительно выдающиеся ученые-медики, совершившие подлинно прорывные открытия в анатомии и физиологии, не оставили после себя никакого эпонимического наследия. К их числу, как это ни парадоксально, принадлежит великий У. Гарвей (1578–1657), который первым описал систему кровообращения человека.

Этически неоднозначная ситуация возникает и в тех случаях, когда болезнь впервые описывается несколькими исследователями в научной статье, а эпонимом становится имя первого соавтора. Далек от всегда он является руководителем научного коллектива; чаще его имя эпонимизируется на том простом основании, что начинается с более «ранней» буквы алфавита. Именно так в 1932 г. в мировые нозологические классификации попал эпоним *болезнь Крона*, в то время как статья была написана Б.Б. Кроном в соавторстве с Л. Гинзбургом и Г. Оппенгеймером [12]. Даже при сохранении полного авторства, последовательность имен в термине-эпониме способна стать предметом идеологических спекуляций и интриг, особенно в тех случаях, когда болезнь исследовалась представителями разных национальных школ.

Несовершенство эпонимической практики хлестко описал в 1979 г. М. Равич. В случае с любым эпонимом, пишет он, можно быть уверенным, что «(1) человек, от которого он произошел, не был первым, кто описал заболевание, либо (2) он неправильно понял ситуацию, либо (3) его неправильно цитируют, либо

(1), (2) и (3) одновременно верны» [13. С. 184]. Годом позже С. Стиглер сформулировал универсальный, общедисциплинарный закон об эпонимии, получивший известность как «закон Стиглера»: «Ни одно научное открытие не было названо в честь первооткрывателя» (*No scientific discovery is named after its original discoverer*).

Порочность эпонимической практики некоторые видят и в том, что она стигматизирует сотни простых обывателей, которые имеют несчастье быть однофамильцами врачей и исследователей, давших свои имена заболеваниям. Суть проблемы весьма доходчиво объяснил директор одного из департаментов ВОЗ доктор Казуаки Миягишима. По словам Миягишимы, он рад, что не носит фамилию Крейтцфельдт, поскольку в противном случае ему пришлось бы оправдываться, что ни он, ни члены его семьи не страдают болезнью Крейтцфельдта – Якоба (дегенеративным заболеванием головного мозга), и вы можете смело вступать с ним в брак, не рискуя столкнуться с этой неприятной проблемой [10].

Дополнительную остроту эпонимическая контроверза обрела в конце XX в. с появлением серии разоблачительных статей о врачах-нацистах, имена которых оказались увековеченными в классификациях болезней.

Чаще всего в работах медиков-антиэпонимистов упоминается термин *синдром Рейтера*. Ганс Конрад Рейтер был немецким врачом, который в 1916 г. описал сочетанное поражение урогенитального тракта, суставов и слизистой оболочки глаз, официально названное его именем в 1941 г. Заметим, что с самого начала правомерность такой эпонимической привилегии была сомнительной. Исследованная Рейтером патология была известна еще со времен Гиппократов. В 1818 г. она была с должной степенью детализации описана британским хирургом Б. Броуди в учебнике «Патологические и хирургические наблюдения о заболеваниях суставов» («*Pathological and Surgical Observations on Diseases of the Joints*»), причем Броуди рассмотрел пять клинических случаев, а не один, как Рейтер. Кроме того, в 1916 г. параллельно с Рейтером и независимо от него исследованием этого симптомокомплекса занимались также Т. Фиссанже и Н. Леруа [14]. Сам Рейтер, по свидетельствам современников, был крайне недоволен тем, что во Франции болезнь стала называться именами его научных конкурентов.

Рейтер, несомненно, был талантливым ученым, продемонстрировавшим впечатляющие исследовательские способности в разных отраслях медицины. Его заслуги признавались и за рубежом, о чем свидетельствует избрание его членом-корреспондентом Королевского общества медицины в Лондоне. Однако Рейтер дискредитировал себя активной поддержкой нацистского гитлеровского режима и непосредственным участием в нечеловеческих экспериментах над узниками Бухенвальда. Не делает чести Рейтеру как исследователю и разработка вопросов расовой гигиены, а также кураторство программ принудительной стерилизации «расово нечистых» заключенных. Разумеется, имя врача с подобным «послужным списком» должно быть вымарано из анналов медицинской ис-

тории. Однако длительность бытования термина в медицинском дискурсе препятствует его быстрому и безболезненному изъятию, несмотря на наличие этически нейтральных и научно более точных терминов *реактивный уроартрит* и *уретроокулосиновиальный синдром*.

Широко используются в медицинских кругах и эпонимы, связанные с другим нацистским преступником – Гансом Эппингером (*синдром Кошуа – Эппингера – Фругони, паукообразный невус Эппингера*). Существуют неопровержимые свидетельства того, что Эппингер проводил эксперименты над цыганами – узниками Дахау. Косвенным доказательством его преступлений служит и то, что он покончил жизнь самоубийством за месяц до предполагаемой дачи показаний на Нюрнбергском процессе. Однако активная деятельность по разоблачению Эппингера и лишению его эпонимических привилегий началась лишь в 70-х гг. XX в. и продолжается до сих пор. Несмотря на тяжесть содеянных им преступлений и их прямую связь с профессионально-медицинской деятельностью, некоторые склонны полагать, что неэтичность использованных методов и сомнительность личностных качеств врача не умаляют масштаба совершенных им научных открытий [15. С. 3]. Эпонимы с именем Эппингера до сих пор активно используются медиками в профессиональном общении [16].

Печальную известность приобрел и Джулиус Галлеворден – немецкий врач и нейробиолог, именем которого названо изученное им нейродегенеративное расстройство (*болезнь Галлевордена – Шпатца*). Доказано, что Галлеворден не только проводил свои исследования на мозге, изъятном у жертв программ эвтаназии, но и лично участвовал в заборе «биологического материала» [17. С. 208].

Дискредитировали себя участием в программах эвтаназии Мурад Юсуф Бей Ибрагим, профессор педиатрии, именем которого были названы клиника и кожное заболевание новорожденных (*синдром Бека – Ибрагима*); Гуго Шпатц, коллега и соавтор Галлевордена; Ганс Иоаким Шерер и ряд других видных ученых и практиков [17].

Один из самых «свежих» эпонимических скандалов связан с *болезнью Вегенера*. Фридрих Вегенер был видным немецким патологоанатомом, который одним из первых предложил системное описание гранулематоза. До самой своей смерти в 1990 г. он сохранял прекрасную профессиональную репутацию. Вегенер успешно занимался преподавательской деятельностью, получил признание академического сообщества и даже был премирован Американским институтом пульмонологии за открытие нового заболевания. Данные о его связях с нацистами впервые были получены и переданы огласке уже после его смерти. Работая над статьей о Вегенере для недавно созданного раздела «Эпонимы» авторитетного медицинского журнала «Лансет» (The Lancet), Э. Маттесон и А. Войводт случайно обнаружили архивные данные о его сотрудничестве с нацистским режимом. Оказалось, что он не только был ярким сторонником расовой гигиены, но и работал патологоанатомом неподалеку от Лодзевского гетто в Польше, где проводились

садистские эксперименты над узниками, связанные с внутривенным введением им кислорода. Маттесон обнаружил неоспоримые доказательства того, что Вегенер лично проводил вскрытия жертв таких экспериментов и, таким образом, как минимум *знал* о том, что происходит [18]. Скандал вокруг Вегенера вышел далеко за пределы медицинского сообщества, и многие пациенты, страдающие гранулематозом, протестуют против того, чтобы их заболевание называлось именем врача-нациста, предпочитая более общий и нейтральный термин «васкулит» [19].

Эпонимы, ассоциирующиеся с нацизмом, до сих пор являются предметом серьезных научных изысканий и объектом острой этико-медицинской полемики. Чаще высказывается мнение о том, что сохранение таких эпонимов в медицинской терминологии противоречит самым базовым представлениям о человеческой морали и должно рассматриваться как «вызов профессии» [20. С. 1225]. Противники терминологической пурификации считают, что, оставляя эти эпонимы в научном обиходе, мы сохраняем память о неэтичном профессиональном поведении, предостерегая будущие поколения студентов-медиков от ошибок в ситуациях нравственного выбора [21. С. 243].

Отдельного упоминания заслуживают врачи, которые придерживались принципов евгеники и активно пропагандировали их. Среди теоретиков человеческой селекции – Юджин Чарльз Аперт, Вильгельм Гис мл., Роберт Фостер Кеннеди, Мэдж Турлоу Маклин и др. Никто из них не принимал непосредственного участия в экспериментах над людьми, однако проповедуемые ими принципы очищения человеческой расы от больных и слабоумных противоречат гуманистическим постулатам медицины и представляют основательный теоретический базис для более «практико-ориентированных» последователей евгеники. Сохранение соответствующих имен в медицинских эпонимах, с точки зрения прогрессивно настроенных ученых, является недопустимым и ничем не оправданным [20. С. 1225]. Было высказано мнение о том, что «не существует никаких оснований для сохранения профессиональной памяти о Рейтере и ему подобных в нашей медицинской культуре, иначе как в качестве символа того, что наши социальные ценности обязуют нас отвергать» [22. С. 231].

В этом контексте требование ВОЗ о «социальной приемлемости» термина перестает быть простой терминологической инициативой, превращаясь в ответ на общественный запрос со стороны как профессионального медицинского сообщества, так и рядовых граждан – потенциальных носителей заболевания.

Заметим, что эпонимы обладают и рядом недостатков содержательного и специфически лингвистического плана, делающими их малопригодными для эффективной коммуникации.

Во-первых, они малоинформативны и не служат средством научной идентификации заболевания. Одним из наиболее известных противников увековечения имен исследователей в названиях болезней был великий Чарльз Дарвин, который назвал эпонимию «премией за поспешную работу». Его главный аргумент, остающийся актуальным и по сей день, заклю-

чался в том, что созданные таким образом термины «называют, а не описывают» [23], никак не отражая специфики патологии.

Более того, эпонимы могут затруднять профессиональное и обиходное общение, внося в него путаницу.

Во-первых, одно и то же имя иногда используется в названии разных болезней. Например, *Аддисонова болезнь* – это хроническая недостаточность коры надпочечников, а *Аддисонова анемия* – это заболевание, обусловленное нарушением кроветворения. *Болезнью де Кервина* называют как воспаление кисти, так и редкое заболевание щитовидной железы [24].

Во-вторых, для обозначения одной и той же нозологической единицы могут использоваться разные эпонимы. Например, для анкилозирующего спондилоартрита существуют такие названия, как *болезнь / синдром Бехтерева*, *болезнь Бехтерева – Штрюмпелля – Мари*, *болезнь Мари*, *артрит Мари – Штрюмпелля*, *болезнь Пьерра – Мари* и др. Железодефицитная анемия известна как *синдром Пламмера – Винсона* в США и как *синдром Паттерсона – Келли* в Великобритании.

Ситуация часто усугубляется различиями в написании имен на латинице. В Германии, например, вместо общепринятого *Bekhterev* используется *Bechterew* [25]. В настоящее время такой орфографический разрыв, помимо всего прочего, затрудняет поиск специальной литературы в электронных библиотеках.

Отдельного упоминания заслуживает практика апострофного оформления эпонимов в англоязычной терминологии. Среди наиболее известных – *Down's syndrome*, *Alzheimer's disease* и *Parkinson's disease*. Такое написание задает неправильный вектор интерпретации, формально устанавливая отношение посессивности и заставляя видеть в синдромах и болезнях патологии, которыми страдали сами ученые, описавшие их. Реальность и масштабность проблемы подтверждаются тем, что начиная с 1974 г. Национальный институт здоровья США и ВОЗ ведут активную, но не всегда результативную, борьбу с апострофным написанием эпонимов [26]. Рекомендуются использовать имена собственные в так называемом общем падеже, в изначальной их форме (например, *Alzheimer disease*, *Non-Hodgkin lymphoma*, *Grave disease* и т.д.). Заметим, что данная проблема релевантна и для русского языка: *синдром Дауна* может быть интерпретирован как синдром, который наблюдался у самого Джона Дауна, открывшего его в 1866 г., причем, в отличие от английского языка, русский оказывается не в состоянии решить эту проблему путем незначительных грамматических преобразований.

В-третьих, некоторые медицинские эпонимы совпадают по форме с нарицательными существительными, вызывая некорректные и нежелательные ассоциации. Так, в 1952 г. в медицинский обиход вошел термин *Christmas disease*, который в массовом сознании ассоциируется с Рождеством. На самом же деле своим названием заболевание обязано Стивену Кристмасу, у которого в пятилетнем возрасте была диагностирована гемофилия В – заболевание, связанное с нарушением свертывания крови. По иронии

судьбы, статья с описанием этой болезни вышла 27 декабря 1952 г. – через два дня после Рождества (Christmas).

Вводит в заблуждение и термин *Baker's cyst*. Наричательное существительное *baker* используется в английском языке для обозначения пекаря, в результате чего термин воспринимается как название профессиональной болезни. На самом же деле речь здесь идет о подколенной кисте, описанной в 1877 г. английским ученым Уильямом Моррантом Бейкером. Дополнительную сложность создает частое написание этого термина со строчной буквы (*baker's cyst*), навязывающее нарицательное трактование существительного.

Не менее проблематичны в семантическом отношении и географические эпонимы, которые часто вводят в заблуждение относительно ареала распространения соответствующего заболевания. Так, *лихорадка Западного Нила* встречается далеко за пределами Африки, в том числе и в России, где она впервые была официально диагностирована в 1999 г. *Ближневосточный респираторный синдром* встречается не только в Саудовской Аравии, Йемене и ОАЭ, но и в Германии, Италии, Греции, Малайзии, Таиланде и других странах, а одна из последних вспышек заболевания была зарегистрирована в 2015 г. в Южной Корее.

Некоторые географически ассоциированные эпонимы поражают своей парадоксальностью. Ярким примером здесь служит *конго-крымская геморрагическая лихорадка*, в названии которой объединены имена далеко отстоящих друг от друга территорий. С медицинской точки зрения, противоречие отсутствует, поскольку и в Конго, и в Крыму заболевание вызывается одним и тем же вирусом. Однако лингвистически название нельзя признать удачным, поскольку подобные синтаксические образования традиционно используются для обозначения объединенной, общей территории. Так, *австро-венгерский* трактуется как расположенный на территории двух сопредельных европейских государств, граница между которыми теряет релевантность. *Евро-азиатский* объединяет два континента в единое, глобальное пространство, огромный географический континуум. Уместна здесь будет аналогия с названиями цветового спектра. Так, *сине-зеленый* или *красно-коричневый* – это не два соседствующих цвета, а один, сложный оттенок. Ментальная привычка «объединяюще» интерпретировать подобные наименования заставляет видеть конго-крымскую лихорадку как заболевание, охватывающее огромный регион – от Центральной Африки до северного побережья Черного моря, что не соответствует действительности.

Таким образом, эпонимическая практика оказывается не только уязвимой в социокультурном плане, но и отчасти лингвистически несостоятельной, способствуя формированию некорректной семантической перспективы.

Тем не менее эта практика до сих пор находит поддержку со стороны медицинского сообщества. Сторонники эпонимического подхода отмечают, что эпонимы запоминаются гораздо легче, чем громоздкие латинские терминообозначения соответствующего

щей патологии (ср.: *болезнь Бехтерева vs анкилозирующий спондилоартрит*). Им свойственна удобная компактность, обеспечивающая существенную экономию когнитивных и речевых усилий (ср.: *болезнь Форестье vs анкилозирующий диффузный идиопатический скелетный гиперостоз*). Этот фактор важен как для врачей, так и для пациентов, облегчая коммуникацию между ними.

Удобство эпонимов заключается и в том, что они позволяют вводить в номенклатуру заболеваний новые единицы в ситуациях, когда особенности болезни изучены не полностью, что дает медикам некоторое пространство для исследовательского маневра. Весьма показательна в этом отношении судьба эпонима *синдром Гурлер (the Hurler syndrome)*. Природа этого тяжелого наследственного заболевания со временем была переосмыслена, что потребовало терминологической переквалификации (с липохондродистрофии на мукополисахаридоз). При этом обиходное эпонимическое название осталось прежним, благодаря чему была обеспечена преемственность в изучении заболевания [23].

Сторонники эпонимии приводят еще один весомый аргумент. Увековечивая открытия выдающихся врачей и ученых, эпонимы способствуют интересу к

истории медицины, превращая ее в науку «с человеческим лицом» [27. С. 295]. При ближайшем рассмотрении, однако, это лицо порой оказывается маской, как в случае в разоблаченными врачами-нацистами. В случае же с географически ассоциированными эпонимами метонимическая связь между местностью и населяющими ее людьми способствует разжиганию ксенофобии и часто наносит непоправимый ущерб культурной репутации страны и ее экономике.

Работа по изъятию скомпрометированных эпонимов из медицинского и бытового общения чрезвычайно сложна вследствие общеизвестного консерватизма дискурсивных практик. Предложенная ВОЗ реформа снимает остроту проблемы, избавляя медицинское сообщество от возможных политических ошибок, связанных с увековечением имен недостойных врачей и стигматизацией этнических сообществ. Выбранная ВОЗ стратегия в полной мере соответствует текущим социокультурным практикам, базирующимся на принципах толерантности и социальной инклюзии, и способствует их дальнейшему закреплению. Решительность и оперативность, с которой действовала ВОЗ в ситуации с текущей эпидемией COVID-19, свидетельствует о твердом намерении следовать намеченному пять лет назад курсу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Fairclough N. Media Discourse. New York : Bloomsbury, 1995. 224 p.
2. World Health Organization Best Practices for the Naming of New Human Infectious Diseases. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/163636/WHO_HSE_FOS_15.1_eng.pdf.
3. WHO issues best practices for naming new human infectious diseases. URL: <https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2015/naming-new-diseases/en/>.
4. Kwai I. An Outbreak of Racist Sentiment as Coronavirus Reaches Australia // New York Times. 31.01.2020. URL: <https://www.nytimes.com/2020/01/31/world/australia/coronavirus-racism-chinese.html?searchResultPosition=3>.
5. Wong T. Sinophobia: How a virus reveals the many ways China is feared // BBC News. 20.02.2020. URL: <https://www.bbc.com/news/world-asia-51456056>.
6. Sontag S. AIDS and Its Metaphors. New York : Farrar, Straus and Giroux, 1989. 96 p.
7. Johnson N. Britain and the 1918-19 Influenza Pandemic: A Dark Epilogue. New York : Routledge, 2006. 288 p.
8. Sabatier R. AIDS and the Third World. Canada : New Society Pub., 1988. 198 p.
9. Farmer P. AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame. Berkeley : University of California Press, 1992. 338 p.
10. Gee A.A. Modern Guide to Naming Diseases // The New Yorker. 02.07.2015. URL: <https://www.newyorker.com/tech/annals-of-technology/a-modern-guide-to-naming-diseases>.
11. Evereklioglu C. Regarding the Naming Dilemma of Behçet Disease in the 21st Century // Oral Diseases. 2007. № 13 (1). P. 117–121.
12. Chin T.Sh. Diseases and Their Names // The Star. 29.01.2012. URL: <https://www.thestar.com.my/lifestyle/health/2012/01/29/diseases-and-their-names>.
13. Ravitch M.M. Dupuytren's Invention of the Mikulicz Enterotome // Perspectives in Biology and Medicine. 1979. № 22. P. 170–184.
14. Ходош Э.М., Крутько В.С. От нацизма и науки – к экспериментальному врачеванию и преступлению // Новости медицины и фармации. 2017. № 8 (619). URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/44872>
15. Levine C. What's in a name? The Eppinger Prize and Nazi experiments // Hastings Center Report. 1984. № 14. P. 3–4.
16. Spiro H.M. Eppinger of Vienna: Scientist and Villain // Journal of Clinical Gastroenterology. 1984. № 6. P. 493–497.
17. Strous R.D., Edelman M.C. Eponyms and the Nazi Era: Time to Remember and Time for Change // Israel Medical Association Journal. 2007. Vol. 9. P. 207–214.
18. Woywodt A., Matteson E.L. Wegener's Granulomatosis – Probing the Untold Past of the Man behind the Eponym // Rheumatology. 2006. Vol. 45, is. 10. P. 1303–1306.
19. Feder B.J. A Nazi Past Casts a Pall on Name of a Disease // New York Times. 22.01.2008. URL: <https://www.nytimes.com/2008/01/22/health/22dise.html>.
20. Harper P.S. Naming of Syndromes and Unethical Activities: The Case of Hallervorden and Spatz // Lancet. 1996. Is. 348. P. 1224–1225.
21. Gross H.S. Changing the Name of Reiter's Syndrome: A Psychiatric Perspective // Seminars in Arthritis and Rheumatism. 2003. Is. 32. P. 242–243.
22. Panush R.S., Paraschiv D., Dorff R.E. The Tainted Legacy of Hans Reiter // Seminars in Arthritis and Rheumatism. 2003. Is. 32. P. 231–236.
23. Duque-Parra J.E., Llano-Idárraga O., Duque-Parra C.A. Reflections on Eponyms in Neuroscience Terminology // The Anatomical Record. 2006. Vol. 289B, is. 6. P. 219–224.
24. Woywodt A., Matteson E.L. Should Eponyms Be Abandoned? Yes // BMJ. 2007. Is. 335 (7617). P. 424.
25. Matteson E.L., Woywodt A. Eponymophilia in Rheumatology // Rheumatology. 2006. Vol. 45, Is. 11. P. 1328–1330.
26. Ayesu K., Nguyen B., Harris S., Carlan S. The Case for Consistent Use of Medical Eponyms by Eliminating Possessive Forms // Journal of the Medical Library Association. 2018. Is. 106 (1). P. 127–129.
27. Thomas P.B.M. Are medical eponyms really dying out? A study of their usage in the historical biomedical literature // Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh. 2016. Is. 46. P. 295–299.

Статья представлена научной редакцией «Филология» 22 марта 2020 г.

COVID-19 and the Eponymic Controversy in Contemporary Medical Terminology

Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta – Tomsk State University Journal, 2020, 455, 25–31.

DOI: 10.17223/15617793/455/4

Alexandra V. Nagornaya, Higher School of Economics (Moscow, Russian Federation). E-mail: anagornaya@hse.ru

Keywords: discourse studies; sociocultural practices; discourse practices; medical discourse; medical terminology; eponymy.

The article looks into the current terminological policies proposed by the World Health Organization and successfully implemented in the current epidemiological crisis caused by COVID-19. According to the WHO recommendations issued in 2015, the newly coined terms are supposed to be “scientifically sound” and “socially acceptable”. The article primarily focuses on the latter requirement linking it to the dramatic changes in the sociocultural practices. Within these practices, medical knowledge has ceased to be the province of the professional medical community. It is becoming increasingly available to the general public due to the culturally licensed shift towards democratization of medicine assisted by the development of communication technologies. In this newly emerging context, medical terminology acquires a distinct social dimension. Circulating in lay discourses, a term does not only name a disease, but is potentially capable of shaping a certain attitude to it, as well as to those afflicted by it. Among others, WHO explicitly prohibits the use of geographic names and people’s names, thus putting an end to the time-honored eponymic tradition. The article considers two groups of factors that make eponymy an inadequate means of naming. The first one is of an ethical character. Eponymy is described as a stigmatizing practice which can have pronounced negative effects on nations, economies, and people. Thus, as the current coronavirus epidemic clearly shows, association of a disease with a particular place can ignite xenophobia and cause societal tension. In line with its current policies, WHO made a commendable effort to ban the use of the term *Wuhan virus* coined by journalists and offer a geographically neutral substitute *COVID-19* in record time. The use of personal names has also proved to be a highly controversial practice, as it often attributes scientific priority to the wrong person, may cause confusion, stigmatizes people who bear the same last name as the eponymized doctors, and sometimes commemorates medical professionals who discredited themselves by resorting to unethical research methods. The second group of factors is of a purely linguistic character. The article lists such inconsistencies as orthographic variation (*Bekhterev/Bechterew disease*), the use or the omission of the apostrophe (*Down’s/Down syndrome*), the use of proper nouns that coincide with common nouns (*Christmas disease, Baker’s cyst*), the use of composite terms (*Crimean-Congo hemorrhagic fever*), which impede professional communication and mislead lay people. Once an eponym is introduced, it is extremely difficult to eliminate its use due to the conservative nature of professional and lay discourses. The terminological initiative of WHO spares the medical community the embarrassment of commemorating unworthy researchers and stigmatizing ethnic communities. This strategy fully corresponds to the current sociocultural practices based on tolerance and social inclusion.

REFERENCES

1. Fairclough, N. (1995) *Media Discourse*. New York: Bloomsbury.
2. World Health Organization. (2015) *World Health Organization Best Practices for the Naming of New Human Infectious Diseases*. [Online] Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/163636/WHO_HSE_FOS_15.1_eng.pdf.
3. World Health Organization. (2015) *WHO issues best practices for naming new human infectious diseases*. [Online] Available from: <https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2015/naming-new-diseases/en/>.
4. Kwai, I. (2020) An Outbreak of Racist Sentiment as Coronavirus Reaches Australia. *New York Times*. 31 January. [Online] Available from: <https://www.nytimes.com/2020/01/31/world/australia/coronavirus-racism-chinese.html?searchResultPosition=3>.
5. Wong, T. (2020) Sinophobia: How a virus reveals the many ways China is feared. *BBC News*. 20 February. [Online] Available from: <https://www.bbc.com/news/world-asia-51456056>.
6. Sontag, S. (1989) *AIDS and Its Metaphors*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
7. Johnson, N. (2006) *Britain and the 1918-19 Influenza Pandemic: A Dark Epilogue*. New York: Routledge.
8. Sabatier, R. (1988) *AIDS and the Third World*. Canada: New Society Pub.
9. Farmer, P. (1992) *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley: University of California Press.
10. Gee, A.A. (2015) Modern Guide to Naming Diseases. *The New Yorker*. 02 July. [Online] Available from: <https://www.newyorker.com/tech/annals-of-technology/a-modern-guide-to-naming-diseases>.
11. Evereklioglu, C. (2007) Regarding the Naming Dilemma of Behçet Disease in the 21st Century. *Oral Diseases*. 13 (1). pp. 117–121.
12. Chin, T.Sh. (2012) Diseases and Their Names. *The Star*. 29 January. [Online] Available from: <https://www.thestar.com.my/lifestyle/health/2012/01/29/diseases-and-their-names>.
13. Ravitch, M.M. (1979) Dupuytren’s Invention of the Mikulicz Enterotome. *Perspectives in Biology and Medicine*. 22. pp. 170–184.
14. Khodosh, E.M. & Krut’ko, V.S. (2017) Ot natsizma i nauki – k eksperimental’nomu vrachevaniyu i prestupleniyu [From Nazism and Science to Experimental Healing and Crime]. *Novosti meditsiny i farmatsii*. 8 (619). [Online] Available from: <http://www.mif-ua.com/archive/article/44872>.
15. Levine, C. (1984) What’s in a name? The Eppinger Prize and Nazi experiments. *Hastings Center Report*. 14. pp. 3–4.
16. Spiro, H.M. (1984) Eppinger of Vienna: Scientist and Villain? *Journal of Clinical Gastroenterology*. 6. pp. 493–497.
17. Strous, R.D. & Edelman, MC. (2007) Eponyms and the Nazi Era: Time to Remember and Time for Change. *Israel Medical Association Journal*. 9. pp. 207–214.
18. Woywodt, A. & Matteson, E.L. (2006) Wegener’s Granulomatosis – Probing the Untold Past of the Man behind the Eponym. *Rheumatology*. 45 (10). pp. 1303–1306.
19. Feder, B.J. (2008) A Nazi Past Casts a Pall on Name of a Disease. *New York Times*. 22 January. [Online] Available from: <https://www.nytimes.com/2008/01/22/health/22dise.html>.
20. Harper, P.S. (1996) Naming of Syndromes and Unethical Activities: The Case of Hallervorden and Spatz. *Lancet*. 348. pp. 1224–1225.
21. Gross, H.S. (2003) Changing the Name of Reiter’s Syndrome: A Psychiatric Perspective. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 32. pp. 242–243.
22. Panush, R.S., Parashiv, D. & Dorff, R.E. (2003) The Tainted Legacy of Hans Reiter. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. Is. 32. P. 231–236.
23. Duque-Parra, J.E., Llano-Idárraga, O. & Duque-Parra, C.A. (2006) Reflections on Eponyms in Neuroscience Terminology. *The Anatomical Record*. 289B (6). pp. 219–224.
24. Woywodt, A. & Matteson, E.L. (2007) Should Eponyms Be Abandoned? Yes. *BMJ*. 335 (7617). p. 424.
25. Matteson, E.L. & Woywodt, A. (2006) Eponymophilia in Rheumatology. *Rheumatology*. 45 (11). pp. 1328–1330.
26. Ayesu, K., Nguyen, B., Harris, S. & Carlan, S. (2018) The Case for Consistent Use of Medical Eponyms by Eliminating Possessive Forms. *Journal of the Medical Library Association*. 106 (1). pp. 127–129.
27. Thomas, P.B.M. (2016) Are medical eponyms really dying out? A study of their usage in the historical biomedical literature. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*. 46. pp. 295–299.

Received: 22 March 2020