

УДК 81'42:61:355

DOI <https://doi.org/10.32689/maup.philol.2026.1.7>

Юлія ДЕМ'ЯНЧУК

кандидат економічних наук,

асистент кафедри перекладознавства та контрастивної лінгвістики імені Григорія Кочура,
Львівський національний університет імені Івана Франка

ORCID: 0000-0001-8722-5568

КОГНІТИВНО-ДИСКУРСИВНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ВОЄННОЇ СЕМАНТИКИ В ТЕРМІНОСИСТЕМІ КРИЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

“... навіть наймудріші не можуть передбачити всього”
Джон Рональд Руел Толкін “The Lord of the Rings”

У статті запропоновано когнітивно-дискурсивну модель системи воєнної семантики в терміносистемі кризової медицини. Окреслено два взаємопов'язані, але семантично різні вектори воєнної семантики – інституційно-організаційний та антропологічно-екзистенційний, що зумовлюють формування військово-медичної та воєнно-медичної макрогруп. Розглянуто їхню внутрішню фреймову організацію з поділом на макро- й мікрогрупи відповідно до фреймово-функціонального принципу структурування матеріалу. Головну увагу зосереджено на зіставному аналізі особливостей уживання термінології кризової медицини в офіційно-діловому, публіцистичному та художньому стилях. Аналіз показав, що військово-медична макрогрупа репрезентує інституційно-процедурний порядок медичного забезпечення, натомість воєнно-медична макрогрупа фокусує увагу на медичних наслідках збройного протистояння. Для пояснення структурної організації терміносистеми використано фреймовий підхід – когнітивний інструмент моделювання знань, що забезпечив її опис як цілісної структурно-функціональної моделі. Простежений матеріал засвідчує поліфункційність термінології кризової медицини та варіативність її реалізації залежно від стилю. Отримані результати є підтвердженням того, що тільки комплексний аналіз із поєднанням когнітивно-дискурсивного, функціонально-стильового і лінгвополітичного підходів дозволяє адекватно пояснити закономірності організації воєнної семантики в терміносистемі кризової медицини.

Ключові слова: терміносистема кризової медицини, воєнна семантика, термінологія кризової медицини, мова війни, когнітивно-дискурсивна модель, фрейм.

Yulia Demyanchuk. COGNITIVE-DISCURSIVE MODELLING OF WARTIME SEMANTICS IN THE TERMINOLOGY SYSTEM OF CRISIS MEDICINE

The article proposes a cognitive–discursive model of the system of wartime semantics within the terminology system of crisis medicine. Two interrelated yet semantically distinct vectors of wartime semantics are outlined – the institutional–organizational and the anthropological–existential, which determine the formation of the military–medical and the wartime–medical macrogroups. Their internal frame–based organization is examined, with a division into macro– and microgroups in accordance with the frame–functional principle of structuring the material. The main focus is placed on a comparative analysis of how terminology of crisis medicine functions in the official–business, publicistic, and literary styles. The analysis has shown that the military–medical macrogroup represents the institutional and procedural order of medical support, whereas the wartime–medical macrogroup focuses on the medical consequences of armed confrontation. To obtain the results, a frame–based approach was employed as a cognitive tool for knowledge modelling, which made it possible to describe the terminological system as an integral structural–functional model. The analysed material attests to the polyfunctionality of terminology of crisis medicine and its dependence on the stylistic mode of functioning. The findings confirm that only a comprehensive analysis combining cognitive–discursive, functional–stylistic, and linguopolitical approaches makes it possible to adequately explain the patterns of the organization of wartime semantics within the terminology system of crisis medicine.

Key words: terminology system of crisis medicine, wartime semantics, terminology of crisis medicine, war language, cognitive–discursive model, frame.

Постановка проблеми. Медична термінологія, що функціонує в умовах війни, становить складний і багатовимірний сегмент спеціалізованої лексики, у якому поєднуються уявлення про медичну діяльність, воєнний досвід, ба більше – соціально-інституційні механізми організації допомоги. Недарма медичну термінологію воєнного часу розглядають як систему, що виникає на перетині кількох галузей – вій-

ськової медицини, тактичної медицини та медицини катастроф. Ці галузі являють собою складні комплекси, які, з одного боку, постають як відносно впорядковані системи професійної номінації, що забезпечують точність фахової комунікації, а з іншого – репрезентують досвід війни як граничної ситуації людського існування, у якій медична допомога пов'язана з виживанням і тілесною вразливістю людини.



У цьому сенсі терміносистема кризової медицини є нічим іншим, як своєрідним гештальтом, що поєднує різнорівневі елементи медичного і воєнного знання. Такий гештальт може бути представлений у вигляді інституційно-процедурної моделі організації медичного забезпечення або ж у вигляді антропологічної моделі осмислення тілесної травми та досвіду виживання у війні. Власне ця подвійність зумовлює існування двох взаємопов'язаних, але семантично відмінних вимірів воєнної семантики – інституційно-організаційного і антропологічно-екзистенційного. Тому в когнітивному підході до вивчення мовних фактів, процесів і явищ акцент робиться передусім на їхньому зв'язку з людською свідомістю та на когнітивній репрезентації досвіду [1]. Описати терміносистему кризової медицини з когнітивної точки зору означає охарактеризувати її роль у концептуалізації воєнної реальності, у фіксації в нашій свідомості структур знання і колективного досвіду, у процесах сприйняття та осмислення всього того, з чим людина стикається в умовах війни.

Разом із тим проблема мовної організації терміносистеми кризової медицини залишається недостатньо розробленою. Питання про те, яким чином воєнна семантика структурує терміносистему кризової медицини, які когнітивні моделі лежать в основі її організації та як ця термінологія функціонує в різних стилістичних реєстрах, досі не отримало системного лінгвістичного пояснення. Саме тому постає потреба у комплексному дослідженні, яке поєднає когнітивно-дискурсивний, функціонально-стильовий і лінгвополітичний підходи та дасть змогу змоделювати структурну організацію воєнної семантики в терміносистемі кризової медицини.

Аналіз останніх досліджень. Огляд сучасних досліджень, присвячених вивченню медичної термінології та когнітивних механізмів репрезентації медичних знань, засвідчує багатовекторність підходів до інтерпретації структури й функціонування спеціальної медичної лексики. У сучасному мовознавстві медична термінологія дедалі частіше постає як сукупність номінативних одиниць і водночас як складна когнітивно-дискурсивна система, що відображає процеси концептуалізації медичного досвіду.

Особливу увагу привертають праці, що висвітлюють когнітивні аспекти медичної термінології. Передусім, М. Р. Дам аналізує динамічні варіації значення в англійській медичній термінології з позицій соціокогнітивного підходу, що уможливує

простежити взаємодію мовних, когнітивних і соціальних чинників у формуванні спеціальної лексики [21]. Дж. Чіміно, З. Лі та Ч. Венг зосереджують увагу на дослідженні термінології клінічного мислення й клінічного міркування, розглядаючи її як важливий інструмент структуризації медичних знань і професійної комунікації [17].

Когнітивні механізми прийняття медичних рішень розглядають В. Бай, Ц. Чжан та І. Чжай, які пропонують розширену багатогранулярну ймовірнісну модель аналізу медичних даних на основі методу MULTIMOORA та доказового міркування [15]. Разом із тим І. Х. Ісраїлова досліджує роль метафоричних і фреймових моделей у когнітивній репрезентації медичних знань у процесі викладання медичної англійської мови, підкреслюючи значення когнітивних структур у засвоєнні спеціалізованої лексики [29]. Вагомий внесок у дослідження когнітивної обробки медичної інформації здійснили М. Р. Огеля та Л. Огеля, які аналізують можливості застосування когнітивних інформаційних систем у семантичному аналізі медичних зображень, що свідчить про інтеграцію лінгвістичних і комп'ютерних підходів у сучасному вивченні медичних знань [36].

У вітчизняному мовознавстві когнітивні аспекти медичної термінології висвітлено у працях Т. А. Єщенко, де розглянуто роль концептуальної метафори в утворенні медичних термінів [13], а ще у дослідженнях Л. В. Застріжної, Г. М. Царик та О. Й. Снітовської, які пропонують моделі когнітивного структурування англійськомовної медичної термінології [14]. Попри значну кількість досліджень, присвячених когнітивному аналізу медичної термінології, проблема функціонування медичної терміносистеми в умовах війни залишається недостатньо опрацьованою. Особливо це стосується взаємодії трьох взаємопов'язаних сфер медичного забезпечення – військової медицини, тактичної медицини та медицини катастроф, які в умовах сучасних воєнних конфліктів формують новий комплекс спеціалізованої лексики, пов'язаної з кризовим медичним реагуванням.

Вихід на дослідження терміносистеми кризової медицини є результатом попереднього аналізу феномену лінгвополітичної синергетики мови війни, що дає змогу розглядати мовні процеси у сфері воєнної комунікації як складну багаторівневу систему взаємодії політичних, соціальних і когнітивних чинників. У такій дослідницькій пара-

дигмі запропоновано новий напрям студій – лінгвістика кризової медицини, яка постає як один із концептуальних сегментів лінгвополітичної синергетики та репрезентує мовні механізми осмислення медичного досвіду війни (див. праці Ю. Дем'янчук “Лінгвістика кризової медицини як напрям лінгвополітичної синергетики” та “До питання сутності терміносистеми кризової медицини”).

Метатеоретичні засади такого підходу сформульовано у низці праць Ю. Дем'янчук, присвячених становленню лінгвополітичної синергетики, концептуалізації мови війни, дослідженню воєнно-політичної лексики, метафор війни, фразеології воєнного дискурсу та особливостей воєнної комунікації в різних стилістичних регістрах [2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 11; 12]. У цих працях окреслено теоретичні засади аналізу мовних процесів у воєнному дискурсі та обґрунтовано можливість застосування синергетичного підходу до дослідження терміносистем, що формуються під впливом воєнних подій. Отже, наші попередні дослідження створюють теоретичне підґрунтя для аналізу воєнної семантики в терміносистемі кризової медицини, проте когнітивно-дискурсивне моделювання її структурної організації та стилістичної варіативності досі не стало предметом системного лінгвістичного аналізу, що й зумовлює актуальність запропонованої студії.

Мета статті – змодельовати когнітивно-дискурсивну систему воєнної семантики в терміносистемі кризової медицини та на основі когнітивно-дискурсивного, функціонально-стильового і лінгвополітичного підходів визначити її семантичні вектори, фреймову організацію і закономірності функціонування відповідної термінології в різних стилістичних регістрах.

Виклад основного матеріалу дослідження. У лінгвістиці кризової медицини медична термінологія постає інструментом концептуалізації війни. Воєнна семантика задає смислові параметри її функціонування в різних дискурсивних режимах і актуалізує два виміри війни – інституційно-організаційний та антропологічно-екзистенційний. Відповідно виокремлюємо дві макрогрупи медичних термінів – військово-медичну та воєнно-медичну, що репрезентують відмінні дискурсивні вектори воєнної семантики в текстах офіційно-ділового, публіцистичного й художнього стилів. Військово-медична макрогрупа пов'язана з інституційно-процедурною організацією медичного забезпечення війська: нормативним регламентуванням допомоги, логісти-

кою евакуації, стандартизацією протоколів, підготовкою персоналу, а також із ієрархічною побудовою військово-медичної системи (командно-управлінською вертикаллю медичної служби, розмежуванням компетенцій, рівнями медичної допомоги, маршрутизацією пацієнтів). Воєнно-медична макрогрупа фокусується на медичних наслідках війни як події – травми, втраті працездатності, документуванні злочинів, переживанні болю і фізичної крихкості. Методологічною основою структурування макрогруп слугує фреймовий підхід: фрейм розуміємо як когнітивну модель організації знань, що впорядковує типові сценарії, ролі, процеси й оцінні параметри певної ситуації. Саме фрейм визначає внутрішню структуру макрогруп і зумовлює виокремлення мікрогруп термінів.

Аналіз функціонування зазначених макрогруп розпочинаємо з офіційно-ділового стилю, послідовно дотримуючись обраної методології.

Дослідження термінів офіційно-ділового стилю спирається на нормативно-регламентний критерій, адже в цьому функціональному різновиді мови медична термінологія використовується як засіб правового визначення, процедурного унормування, ба більше, адміністративного управління. У цій площині термінологія кризової медицини виконує передусім: регулятивно-нормативну і класифікаційно-експертну функції.

ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНА МАКРОГРУПА ТЕКСТІВ ОФІЦІЙНО-ДІЛОВОГО СТИЛЮ становить термінологічну систему, за допомогою якої кодифікується порядок функціонування військово-медичного забезпечення. Вона не відтворює досвід лікування, а структурує алгоритм організації медичної служби, охоплює питання підпорядкування, розмежування компетенцій, маршрутизації пацієнтів, ведення документації, стандарти надання допомоги, механізми міжінституційної взаємодії. Її внутрішня організація ґрунтується на доктринально-процедурних фреймах, зокрема: CHAIN OF MEDICAL COMMAND, PATIENT ROUTING SYSTEM, MEDICAL RECORD REGULATION, LEVELS OF CARE, MEDICAL EDUCATION STANDARDIZATION. Це зумовлює виокремлення таких мікрогруп: адміністративно-облікові номінації військово-медичного забезпечення; інфраструктурно-організаційні номінації військово-медичної служби; статистично-звітні номінації медичних втрат і госпіталізації; нормативно-правові номінації медичної допомоги спеціаль-

ним категоріям осіб; номінації нормативного забезпечення військово-медичної освіти.

Адміністративно-облікові номінації військово-медичного забезпечення: wounded / поранені; dressing stations / перев'язувальні пункти; station for slightly wounded / пункт для легко поранених; surgeons / хірурги; field hospital / польовий госпіталь; definitive treatment / остаточне лікування; division surgeon / дивізійний хірург; patients / пацієнти; line of communications / лінія комунікацій (тилова зона забезпечення).

Військове міністерство США у Документі № 504 “Настанова для Медичного департаменту” (War department “Manual for the Medical Department”, 1917), підготовленому Управлінням Головного хірурга, у розділі “Records of Sick and Wounded” (параграф 572) нормативно регламентує процедури реєстрації, переведення і евакуації поранених. У тексті документа зазначено:

“572 (b) Those of wounded who are returned to their organizations direct from dressing stations (par. 682) or from the station for slightly wounded (par. 714a) will be removed upon their reporting for duty and be turned over to the surgeons of their several organizations, respectively.

(c) Those of wounded who are admitted to a field hospital and retained there for definitive treatment will be removed and forwarded to the division surgeon. If the patients are subsequently transferred to the line of communications, they will not be retagged, but will be accompanied by transfer lists in regular form (par. 583)” [44, с. 172] (переклад: (b) Поранені, яких повертають до своїх підрозділів безпосередньо з перев'язувальних пунктів (параграф 682) або з пункту для легко поранених (параграф 714а), знімаються з обліку після прибуття для подальшого проходження служби та передаються хірургам відповідних підрозділів. (c) Поранені, яких госпіталізовано до польового госпіталю й залишено там для остаточного лікування, знімаються з обліку та направляються до дивізійного хірурга. Якщо згодом пацієнтів переводять до тилової зони (лінії комунікацій), їх повторно не маркують, а надають списки переведення у звичайній формі (параграф 583).

Інфраструктурно-організаційні номінації військово-медичної служби: American hospital units / американські госпітальні підрозділи; Red Cross Base Hospitals / базові госпіталі Червоного Хреста; British General Hospitals / британські генеральні госпі-

талі; camp hospitals / табірні госпіталі; base hospitals / базові госпіталі.

У праці “Медичне забезпечення Американських експедиційних сил у Франції під час Першої світової війни” (J. H. Jaffin “Medical Support for the American Expeditionary Forces in France during the First World War”) майор Джонатан Г. Джаффі, спираючись на матеріали Чарльза Лінча, Джозефа Г. Форда та Френка В. Віда (Ch. Lynch, J. H. Ford, F. W. Weed “The Medical Department of the United States Army in the World War”), у розділі “Medical Operations” описує першу фазу організації медичного забезпечення Американських експедиційних сил у Франції (травень 1917 року – травень 1918 року). У цей період відбулося розгортання американських госпітальних підрозділів на французькому театрі воєнних дій, зокрема мобілізація базових госпіталів Червоного Хреста, їх інтеграція в британську госпітальну систему, а ще формування власної структури табірних і базових госпіталів для медичного забезпечення американських та союзницьких військ. Документ містить таке положення:

“The first phase began when American hospital units first arrived in France. These units were the Red Cross Base Hospitals, which the Army rapidly mobilized and sent overseas. The first six to arrive in France took over British General Hospitals and provided hospital level care for the British. Other American hospitals arriving later in the summer of 1917, remained assigned to the American forces. They provided care in the camp hospitals, which treated the arriving Americans, and in base hospitals, which cared for sick American and sick and wounded French soldiers” [30] (перекладач: “Перша фаза розпочалася тоді, коли американські госпітальні підрозділи вперше прибули до Франції. Це були базові госпіталі Червоного Хреста, які армія швидко мобілізувала та направила за кордон. Перші шість підрозділів, що прибули до Франції, перейняли функції британських генеральних госпіталів й забезпечували стаціонарну допомогу британським військовослужбовцям. Інші американські госпіталі, що прибули пізніше влітку 1917 року, залишалися підпорядкованими американським силам. Вони надавали медичну допомогу в табірних госпіталях, де лікували щойно прибулих американських військових, а також у базових госпіталях, які опікувалися хворими американськими військовослужбовцями та хворими й пораненими французькими солдатами”).

Статистично-звітні номінації медичних втрат і госпіталізації: total number of cases / загальна кількість випадків; hospital treatment / лікування в госпіталі; battle casualties / бойові втрати; disease / захворювання; troops / військовослужбовці; minor ailments / незначні недуги.

У книзі “Медичні служби” (Sir Andrew Macphail “The Medical Services”), що є частиною “Official History of the Canadian Forces in the Great War 1914–1919” (“Офіційна історія Канадських збройних сил у Великій війні 1914–1919 років”), виданої за дорученням Міністра національної оборони під керівництвом Генерального штабу, сер Ендрю Макфейл наголошує на тому, що під час підготовки праці мав повний доступ до архівів Департаменту національної оборони. Розділ XX “The Mortality of War and Strength of Services” містить узагальнені статистичні дані про госпіталізацію особового складу Канадських збройних сил протягом воєнного періоду:

“The total number of cases receiving hospital treatment up to August 31, 1919, was 539,690 of which 144,606 were battle casualties and 395,084 of disease. This gives a rate for all causes, 1290-96 per 1,000 troops; for disease 945 05; for battle casualties 345-90 per 1,000 troops. This number does not include soldiers treated for minor ailments, civilians of various kinds attached to the army, or the civil population in occupied areas” [41, с. 247] (переклад: Загальна кількість випадків, що отримали лікування в лікарнях станом на 31 серпня 1919 року становила 539 690, з яких 144 606 припадало на бойові втрати, а 395 084 – на захворювання. Це відповідає загальному показнику 1290,96 на 1000 військовослужбовців; для захворювань – 945,05; для бойових втрат – 345,90 на 1 000 військовослужбовців. До цієї кількості не включено військовослужбовців, які отримували лікування з приводу незначних недуг, цивільних осіб різних категорій, приписаних до армії, а також цивільне населення на окупованих територіях).

Нормативно-правові номінації медичної допомоги спеціальним категоріям осіб: medical care / медична допомога; persons deprived of their liberty by NATO forces / особи, позбавлені свободи силами НАТО; medical ethics and applicable law of the host nation / принципи медичної етики та чинне законодавство держави перебування; persons deprived of their liberty receive medical care / особи, позбавлені свободи, отримують медичну допомогу; to be treated, evacuated

and discharged / підлягати лікуванню, евакуації та виписці.

Доктринальний документ НАТО “АJP-4.10. Спільна об’єднана доктрина з медичного забезпечення” (North Atlantic Treaty Organization, “AJP-4.10 Allied Joint Doctrine for Medical Support”), розділ D “Medical Care for Persons Deprived of Their Liberty”, пункт 1.5.6, визначає принципи надання медичної допомоги особам, позбавленим свободи, під час операцій Альянсу. У ньому йдеться:

“Medical care to any persons deprived of their liberty by NATO forces should be consistent with medical ethics and applicable law of the host nation, the troop contributing nations and international agreements. International law requires that persons deprived of their liberty receive medical care and attention defined by their condition and that they are to be treated, evacuated and discharged from medical care using the same clinical criteria as applied to the capturing nation’s own personnel” [35, с. 17] (переклад: “Медична допомога будь-яким особам, позбавленим свободи силами НАТО, повинна надаватися відповідно до принципів медичної етики та чинного законодавства держави перебування, держав, що надають війська, а також міжнародних угод. Міжнародне право вимагає, щоб такі особи отримували медичну допомогу та догляд відповідно до стану їхнього здоров’я, а їх лікування, евакуація та виписка з-під медичного нагляду здійснювалися за тими самими клінічними критеріями, що застосовуються до власного особового складу держави, яка здійснила захоплення”).

Забезпечення доступу до екстреної і невідкладної медичної допомоги в умовах кризи: emergency medical teams (EMTs) / екстрені медичні бригади; EMT coordination cells (EMTCC) / координаційні осередки екстрених медичних бригад; to provide trauma and emergency services / надавати травматологічну та невідкладну допомогу; to improve the quality of care / підвищувати якість медичної допомоги; to optimize response times / оптимізувати час реагування.

Стратегічний план реагування, розроблений Всесвітньою організацією охорони здоров’я, спрямований на мінімізацію смертності та захворюваності серед усіх осіб, які постраждали від війни в Україні, незалежно від їхнього місця перебування – як на території держави, так і в країнах, що приймають біженців. У документі “Стратегічний план реагування на кризу в Україні (червень – грудень 2022 року)” (World Health Organization “Ukraine crisis strategic response plan for

June – December 2022”), у розділі “Ukraine response pillars”, підрозділі “Access to life-saving critical care and essential health services, and support for health system recovery”, у межах напряму Service delivery, наголошується на необхідності забезпечення безперервного доступу до невідкладної медичної допомоги, а ще посилення спроможності системи охорони здоров’я реагувати на кризові виклики. У документі зазначено:

“Deploy or strengthen emergency medical teams (EMTs) and relevant coordination structures, such as EMT coordination cells (EMTCC), to provide trauma and emergency services, to improve the quality of care, optimize response times and provide predictable and timely responses to affected populations through providing ongoing technical support, training and supplies” [47] (переклад: “Розгорнути або посилювати екстрені медичні бригади (Emergency Medical Teams, EMTs) та відповідні координаційні структури, зокрема координаційні осередки ЕМТ (EMT Coordination Cells, EMTCC), з метою надання травматологічної та невідкладної медичної допомоги, підвищення якості медичної допомоги, оптимізації часу реагування та забезпечення передбачуваного й своєчасного реагування для постраждалого населення шляхом надання постійної технічної підтримки, навчання та матеріально-технічних ресурсів”).

Номінації нормативного забезпечення військово-медичної освіти: state standards of medical education / державні стандарти медичної освіти; requirements of customer Medical Corps of the Ukrainian Armed Forces / вимоги Медичної служби Збройних Сил України; achieving NATO standards / досягнення відповідності стандартам НАТО; European military education facilities / європейські військові освітні установи.

Підпункт “UMMA Group of Organization & Support of Distributed Learning (DLO)” інформаційного документа “Підготовка та освіта під час війни: потреби військової медицини України (MILMED)” (“Training & Education in War: Ukrainian MILMED Requirements”), підготовленого Partnership for Peace Consortium спільно з ADL Working Group / George C. Marshall European Center for Security Studies, містить аналітичне обґрунтування досвіду та наявних прогалин військової медицини України (MILMED) у сфері підготовки та освіти в умовах війни. Документ визначає потреби та принципи вдосконалення координації навчання й освітньої співпраці у сфері безпеки

з метою забезпечення ефективного застосування сил, а також формулює рекомендації для НАТО, ЄС, ООН і окремих держав щодо реалізації національних і багатосторонніх заходів із посилення підтримки освітньої та навчальної діяльності MILMED України. Хоча рекомендації орієнтовані на український контекст, закладені в них принципи мають універсальний характер і повинні враховуватися союзниками та партнерами в процесі підвищення готовності шляхом розвитку систем розподіленого навчання у сфері підготовки та освіти військових сил. Визначено такі ключові вимоги до системи підготовки та атестації військово-медичного персоналу:

“1. Correspondence to state standards of medical education. 2. Correspondence to requirements of customer Medical Corps of the Ukrainian Armed Forces. 3. Achieving NATO standards. 4. Train-the-trainer courses for ADL. 5. The receipt of formal qualifications from NATO / Partner institutions and formal recognition of Ukrainian and European military education facilities. 6. Developing automated processes for use when staff is limited. 7. Interoperability, translation, and quality-assurance of learning content needs development. 8. Capture and incorporate both national and partnership lessons. 9. Economic efficiency” [37, с. 17] (переклад: “1. Відповідність державним стандартам медичної освіти. 2. Відповідність вимогам Медичної служби Збройних Сил України. 3. Досягнення відповідності стандартам НАТО. 4. Проведення курсів підготовки інструкторів для системи дистанційного навчання (Advanced Distributed Learning, ADL). 5. Отримання формальних кваліфікацій у навчальних закладах НАТО або держав-партнерів та офіційне визнання українських і європейських військових освітніх установ. 6. Розроблення автоматизованих процесів для застосування в умовах обмеженого кадрового ресурсу. 7. Розвиток сумісності, перекладу та системи забезпечення якості навчального контенту. 8. Узагальнення та впровадження як національного, так і партнерського досвіду. 9. Економічна ефективність”).

ВОЄННО-МЕДИЧНА МАКРОГРУПА ТЕКСТІВ ОФІЦІЙНО-ДІЛОВОГО СТИЛЮ є сукупністю термінологічних одиниць, що забезпечують нормативну класифікацію, експертну оцінку, правове визначення медичних наслідків війни. Ця макрогрупа слугує інструментом регламентованої категоризації ушкоджень, установлення причинно-наслідкових зв’язків і визначення

юридично значущого статусу випадку. Внутрішня організація макрогрупи спирається на доктринально-класифікаційні фрейми, як-от: CASUALTY CLASSIFICATION SYSTEM, WAR-RELATED PATHOLOGY ASSESSMENT FRAME, DISABILITY ASSESSMENT FRAME, MEDICAL-LEGAL STATUS DETERMINATION, TACTICAL-MEDICAL CORRELATION. Макрогрупа включає такі мікрогрупи: нормативно-класифікаційні номінації медичних випадків у воєнних умовах; експертно-оцінні та реєстраційні номінації воєнно зумовлених патологій; нормативно-кореляційні номінації взаємозалежності тактичних і медичних чинників; організаційно-процедурні номінації польового медичного забезпечення.

Нормативно-класифікаційні номінації медичних випадків у воєнних умовах: trench foot / траншейна стопа; sustained in battle / отримане в бойових діях; nonbattle injury / небойова травма; initial admission / первинна госпіталізація; battle wound / бойове поранення; disease / захворювання; injury / травма; battle casualty / бойова втрата.

У третьому томі офіційної серії “Медична служба Армії Сполучених Штатів. Профілактична медицина у Другій світовій війні” (“Medical Department, United States Army. Preventive medicine in World War II”) у книзі “Індивідуальні профілактичні заходи та імунізація” (J. B. Coates та E. C. Hoff “Personal Health Measures and Immunization”), у підрозділі “Classification of Army Casualties (Army Regulations)”, під редакцією головного редактора полковника Джона Бойда Коутса-мол. та редактора розділу профілактичної медицини Еббе Кертіса Гоффа, виданій Office of the Surgeon General, Department of the Army, викладено нормативно регламентовану систему класифікації медичних випадків на бойові та небойові:

“The classification in most instances is obvious but in others is arbitrary. Trenchfoot, although sustained in battle, is classified as a nonbattle injury. Also, when an individual is admitted with both a disease and an injury, the classification is according to the more serious condition at time of initial admission. When an individual with battle wound and disease or injury is admitted, he is classed as battle casualty. The three major groups are well defined by regulations, but the subdivisions of nonbattle injury are not well distinguished” [19, с. 236] (переклад: “У більшості випадків класифікація є очевидною, проте в окремих випадках вона має умовний характер. Траншейна стопа, хоча й вини-

кає в умовах бойових дій, відноситься до категорії небойових ушкоджень. У випадку госпіталізації з поєднанням захворювання та травми класифікація визначається відповідно до більш тяжкого стану на момент первинного надходження. Якщо ж військовослужбовець госпіталізований із бойовим пораненням у поєднанні із захворюванням або іншою травмою, він класифікується як бойова втрата. Хоча три основні групи чітко регламентовані нормативними документами, підкатегорії небойових ушкоджень не мають достатньо чіткого розмежування”).

Експертно-оцінні та реєстраційні номінації воєнно зумовлених патологій: gas poisoning / газове ураження; «nil» / відсутність інвалідності; no disability / відсутність інвалідності; pensioners / особи, що отримували пенсійне забезпечення.

У другому томі видання “Медичні служби (Захворювання воєнного періоду)” (Sir W. G. Macpherson, Sir W. P. Herringham, T. R. Elliott та A. Balfour “Medical Services (Diseases of the War)”), який охоплює медичні аспекти авіації, газової війни та газових уражень у танках і шахтах, за редакцією генерал-майора сера Вільяма Гранта Макферсона, генерал-майора сера Вілмота Паркера Геррінгема, полковника Томаса Рентона Елліота та підполковника Артура Бальфура, у розділі XVII “Invalidism from Gas Poisoning” розглянуто проблему довготривалої втрати працездатності внаслідок газових уражень у Сполученому Королівстві. Тривалі наслідки газового отруєння оцінюються на підставі даних про інвалідність, що надавала право на пенсійне забезпечення. Разом із цим у реєстраційних матеріалах відсутня можливість точного розмежування виду газу, який спричинив кожне окреме ураження. Аналіз інформації, наданої Міністерством у справах пенсій, відображає загальний характер тривалих порушень здоров’я без диференціації за типом застосованої отруйної речовини. Документ містить таке положення:

“During the twelve months period, August 1919–1920, the resurvey boards made 26,156 examinations of cases of gas poisoning. Many of these men were examined more than once during that period, and the total number of individual cases examined is calculated to have been about 22,000. But of this number 3,136 were at once classed as “nil”, since they showed no disability, leaving the total number of pensioners as about 19,000” [42, с. 517] (переклад: “Протягом дванадцятимісячного періоду з серпня 1919 по серпень 1920 року, комісії повторного медичного огляду про-

вели 26 156 обстежень осіб, які зазнали газового ураження. Багатьох із цих військовослужбовців оглядали неодноразово протягом зазначеного періоду, і загальна кількість індивідуальних випадків, за оцінками, становила близько 22 000. З цієї кількості 3 136 осіб було одразу віднесено до категорії «nil» (відсутність інвалідності), оскільки у них не було встановлено втрати працездатності, що залишило загальну кількість пенсіонерів на рівні приблизно 19 000 осіб”).

Нормативно-кореляційні номінації взаємозалежності тактичних і медичних чинників: *medical problems* / медичні проблеми; *tactical problems* / тактичні проблеми; *hostile fire* / ворожий вогонь; *combat troops* / бойові підрозділи; *retards or prevents the movement of casualties* / уповільнює або унеможливує евакуацію поранених; *traverse* / долати; *to move wounded* / переміщувати поранених; *weather that embarrasses tactical operations* / погодні умови, що ускладнюють ведення тактичних операцій; *increases the number of sick to be evacuated* / збільшує кількість хворих, які підлягають евакуації.

У польовому медичному посібнику “FM 8-10. Польовий медичний посібник. Медичне забезпечення польових підрозділів” (War Department “FM 8-10 Medical Field Manual. Medical Service of Field Units”), виданому Військовим міністерством США 28 березня 1942 р., у розділі II “General Tactical Considerations”, пункті 13h, підкреслюється безпосередня залежність медичного забезпечення від тактичної обстановки. У документі зазначено:

“Medical problems are highly correlated with tactical problems. The same hostile fire that stops combat troops retards or prevents the movement of casualties. Terrain that is difficult for troops to traverse is even more difficult over which to move wounded. Weather that embarrasses tactical operations usually increases the number of sick to be evacuated” [45, с. 18] (переклад: “Медичні проблеми тісно пов’язані з тактичними. Той самий ворожий вогонь, що зупиняє бойові підрозділи, уповільнює або унеможливує евакуацію поранених. Місцевість, яку складно долати військам, є ще більш несприятливою для переміщення поранених. Погодні умови, що ускладнюють проведення тактичних операцій, зазвичай збільшують кількість хворих, які потребують евакуації”).

Організаційно-процедурні номінації польового медичного забезпечення: *company* / рота (у складі польової санітарної роти); *to provide stretcher squads for the*

clearance of casualties / формувати носильні групи для збору й евакуації поранених; *treatment and evacuation* / надання медичної допомоги та подальша евакуація; *to afford treatment of the most urgent kind* / надавати виключно невідкладну допомогу; *the arrest of haemorrhage* / зупинка кровотечі; *the treatment of shock* / лікування шоку (протишокова терапія); *the immobilisation of fractures* / іммобілізація переломів; *casualty collecting centre* / пункт збору поранених; *all cases should be evacuated as rapidly as circumstances permitted* / усі випадки підлягали якнайшвидшій евакуації залежно від обстановки; *headquarters of the field ambulance* / штаб польової санітарної роти; *designed to form a main dressing station* / призначений для розгортання головного перев’язочного пункту.

XIII розділ “Медичні служби в польових умовах” (A. E. Crew “The Medical Services in the Field”) першого тому “The Army Medical Services. Administration” (1953), що входить до серії “History of the Second World War. United Kingdom Medical Series”, розкриває, що на момент відправлення Британського експедиційного корпусу до Франції у вересні 1939 року організація медичних служб у польових умовах майже не відрізнялася від моделі, сформованої наприкінці Першої світової війни. Медичне забезпечення бойових частин (піхотних батальйонів, артилерійських полків) здійснювалося полковим лікарем із залученням санітарів-носіельників і медичних санітарів частини, які забезпечували збір поранених, надання першої допомоги і їх транспортування до полкового медичного пункту. Найближчим до лінії фронту дивізійним медичним підрозділом була польова санітарна рота, яка формувалася з розрахунку три на дивізію. Як зазначає автор:

“Each company was equipped and staffed to provide stretcher squads for the clearance of casualties from the R.A.P., and to establish an advanced dressing station to which these casualties were brought for treatment and evacuation. The A.D.S. was intended to afford treatment of the most urgent kind only, i.e. the arrest of haemorrhage, the treatment of shock and the immobilisation of fractures. It was not intended to retain patients but to function chiefly as a casualty collecting centre from which all cases should be evacuated as rapidly as circumstances permitted. The headquarters of the field ambulance held more elaborate equipment and was designed to form a main dressing station (M.D.S.) some few

miles behind the A.D.S.” [20, с. 458] (переклад: “Кожна рота була оснащена та укомплектована для формування носильних груп з метою збору та евакуації поранених із полкового медичного пункту (Regimental Aid Post (R.A.P.)), а також для розгортання передового перев’язочного пункту (Advanced Dressing Station (A.D.S.)), куди доставляли цих поранених для надання допомоги та подальшої евакуації. Передовий перев’язочний пункт (A.D.S.) призначався виключно для надання невідкладної допомоги, а саме: зупинки кровотечі, лікування шоку та іммобілізації переломів. Він не був розрахований на тривале перебування поранених, а функціонував переважно як пункт збору поранених, з якого всі випадки мали евакуйовуватися якнайшвидше залежно від обставин. Штаб польової санітарної роти мав більш розширене оснащення та призначався для розгортання головного перев’язочного пункту (Main Dressing Station (M.D.S.)), розташованого за кілька миль позаду A.D.S.”).

На наше глибоке переконання, військово-медична та воєнно-медична макрогрупи текстів офіційно-ділового стилю формують нормативно структуровану терміносистему, яка через доктринально окреслені мікрогрупи кодифікує алгоритми організації медичного забезпечення, класифікації втрат і юридичної кваліфікації наслідків війни. Натомість у публіцистичному стилі ці самі терміни набувають іншої функціональної ваги – виходять із площини регламенту й переходять у простір суспільного осмислення воєнно-медичної реальності.

Аналіз термінів публіцистичного стилю здійснюємо за функціонально-когнітивним принципом, який дає змогу виявити їхню роль у журналістській концептуалізації війни. У цьому дискурсивному середовищі термінологія кризової медицини реалізує дві домінуючі функції: інституційно-операційну та антропологічно-екзистенційну.

ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНА МАКРОГРУПА ТЕКСТІВ ПУБЛІЦИСТИЧНОГО СТИЛЮ містить лексичні одиниці, що позначають інституційно-операційний сегмент воєнного дискурсу та відображають моделі організації медичної допомоги, інфраструктурні рішення, протокольні дії й логістику порятунку в бойових умовах. Її внутрішня структура співвідноситься з фреймами **MEDICAL INFRASTRUCTURE, MEDICAL LOGISTICS, EMERGENCY PROCEDURE, OPERATIONAL SAFETY**, що зумовлює виокремлення таких мікрогруп: інституційно-інфраструктурний вимір військової

медицини; підземна інфраструктура тактичної медицини; клінічно-протокольні стратегії контролю крововтрати; безперервність хірургічного втручання в умовах повітряної загрози.

Інституційно-інфраструктурний вимір військової медицини: The Royal Victoria Military Hospital / Королівський військовий госпіталь Вікторії; largest palace of pain / “найбільший палац болю”; brick behemoth / масивна цегляна споруда; microcosm / мікрокосм (“малий світ”); field hospitals / польові госпіталі; mobile morgues / мобільні морги; Air Force Medical Reserve hospital units / резервні госпітальні підрозділи Медичної служби Повітряних сил; Air Force Hospital / госпіталь Повітряних сил; Air Reserve Center / центр резерву Повітряних сил; Air Force Reserve personnel / особовий склад Резерву Повітряних сил.

Інституційно-інфраструктурний вимір військової медицини набуває наочності в текстах публіцистичного стилю, де госпіталь нерідко постає і місцем лікування, і просторово-організаційною моделлю воєнного порядку. Знаковою у цьому контексті є стаття Філіпа Хора “Палац болю: Нетлі – госпіталь, збудований для імперії солдатів” (Ph. Hoare “Palace of pain: Netley, the hospital built for an empire of soldiers”) про військовий госпіталь Вікторії. У матеріалі йдеться, що він був розміром із невелике місто з власною газівнею, пекарнею, резервуаром для води, в’язницею. Проте навіть така масштабна інфраструктура виявилася неспроможною впоратися з розмахом бійні Першої світової війни:

“The Royal Victoria Military Hospital at Netley was not only England’s biggest building, but also its ‘largest palace of pain’, according to a 1900 report. Set on the shores of Southampton Water in Hampshire, it was created in response to the Crimean war, and designed to serve an empire. It would end up ministering to apocalypse. During the first world war, this sprawling brick behemoth – a quarter of a mile long – became a microcosm of what was happening across the English Channel” [28] (переклад: “Королівський військовий госпіталь Вікторії в Нетлі був не лише найбільшою будівлею Англії, а й, за звітом 1900 року, її ‘найбільшим палацом болю’. Розташований на узбережжі Саутгемптон-Вотер у графстві Гемпшир, він був створений у відповідь на Кримську війну та спроектований для потреб імперії. Зрештою йому судилося служити апокаліпсису. Під час Першої світової війни ця масивна цегляна споруда завдовжки чверть милі перетворилася

на мікрокосм подій, що розгорталися по той бік Ла-Маншу”).

Імперська архітектурна репрезентація госпіталю як символу військової могутності згодом поступається місцем іншій проблематиці – організаційній мобілізації та ефективності військово-медичних підрозділів у нових умовах тотальної війни. Зміна інституційно-інфраструктурної парадигми стає предметом осмислення в американській публіцистиці середини ХХ століття.

Проблему організації військово-медичних підрозділів у період Другої світової війни висвітлено в статті Говарда А. Раска “Військово-медичні підрозділи” (Н. А. Rusk “Military Medical Units”, The New York Times). Значна частина критики стосувалася практики вилучення сформованих медичних частин із провідних лікарень країни та їхнього направлення до навчальних таборів, де вони нерідко місяцями, а іноді й понад рік, залишалися без належного оснащення або без визначеного театру воєнних дій. Особливо гостро реагували окремі громади, обурені тим, що деякі підрозділи поспіхом скеровували на різні фронти ще до розгортання госпіталів чи інших необхідних медичних об’єктів. Показовим є приклад відомого хірурга, який упродовж перших шести місяців служби в Тихоокеанському регіоні фактично виконував роботи з інженерного забезпечення, керуючи бульдозером. Керівництво військово-медичної служби тоді виправдовувало таку модель аргументом: “Краще мати десятьох людей на службі без роботи, ніж бракувати одного тоді, коли він справді потрібен” [39]. Проте після війни, в умовах визнаного дефіциту лікарів і медичного персоналу, стало очевидно, що система охорони здоров’я не може функціонувати за принципом надлишкового “резервування кадрів” без раціонального планування. У цьому контексті автор переходить до аналізу реорганізації резервної військово-медичної системи Повітряних сил, яка покликана усунути виявлені структурні дисфункції:

“In the Air Force this is being done through ten Air Force Medical Reserve hospital units that were established last April. The ten units vary from 250 to 1,000 beds, but their organization and function are the same. The 635th Air Force Hospital, which has its headquarters at the New York Air Reserve Center, 346 Broadway, is illustrative. This unit which has an authorized strength of 178 the officers and 559 airmen, is manned by Air Force Reserve personnel” [39] (переклад: “У Пові-

тряних силах це реалізується через створення десяти резервних госпітальних підрозділів Медичної служби Повітряних сил, заснованих у квітні минулого року. Кожен із десяти підрозділів розрахований на місткість від 250 до 1 000 ліжок, однак їхня організаційна структура та функціональне призначення є однаковими. Показовим прикладом є 635-й госпіталь Повітряних сил, штаб якого розташований у Нью-Йоркському центрі резерву Повітряних сил за адресою: 346 Broadway. Підрозділ має штатну чисельність 178 офіцерів і 559 військовослужбовців та укомплектований особовим складом Резерву Повітряних сил”).

У сучасних умовах війни інституційно-інфраструктурний вимір військової медицини набуває оперативного характеру. Якщо в імперську добу госпіталь слугував архітектурною структурою, своєрідним “мікрокосмом” воєнної системи, то нині медична інфраструктура стає складовою стратегічного планування ще до початку активної фази бойових дій. Як зазначає Боб Вудворд у книзі “Війна” (В. Woodward “War”), розвідувальні служби США доповідали Білому дому, що наказ Путіна про вторгнення в Україну може надійти протягом “тижнів, днів або годин”. Тим часом Росія превентивно розгортала систему медичного забезпечення війни, демонструючи підготовку військових і медично-логістичних структур до масштабних бойових дій. У матеріалі наголошується:

“Along Ukraine’s borders, Russian field hospitals were being visibly constructed, blood banks were transported in along with more military equipment and mobile morgues for expected dead” [46, с. 112] (переклад: “Уздовж кордонів України російські польові госпіталі почали зводити у відкритий спосіб; разом із додатковою військовою технікою доставляли банки крові та мобільні морги для очікуваних загиблих”).

Підземна інфраструктура тактичної медицини: Ukraine’s secret underground hospital / секретний підземний шпиталь України; frontline / лінія фронту; providing help to our injured soldiers / надання допомоги нашим пораненим військовим; it keeps medical personnel safe / це забезпечує безпеку медичного персоналу; clinic’s surgeon / хірург клініки.

Простір надання медичної допомоги в сучасному воєнному дискурсі поряд із лікувальною функцією виконує й безпекову. У статті Люка Гардінга “На глибині шести метрів: як працює таємний госпіталь, що рятує українських військових після

ударів російських дронів” (L. Harding “Six metres below ground: inside the secret hospital treating Ukrainian soldiers injured by Russian drones”) репрезентовано підземний шпиталь як приклад адаптації військово-медичної інфраструктури до новітніх загроз, насамперед атак дронів. Розташування закладу на глибині шести метрів під землею поєднує архітектурне рішення з практичним механізмом захисту поранених і медичного персоналу в умовах постійної небезпеки:

“Welcome to Ukraine’s secret underground hospital. The facility opened in August and is the second of its kind, located in eastern Ukraine not far from the frontline and the city of Pokrovsk, in Donetsk oblast. “We are 6 metres below the earth. It’s the safest way of providing help to our injured soldiers. And it keeps medical personnel safe,” said the clinic’s surgeon, Maj Oleksandr Holovashchenko” [25] (переклад: “Ласкаво просимо до секретного підземного шпиталю України. Заклад відкрився в серпні і став другим такого типу. Він розташований на сході України, неподалік від лінії фронту та міста Покровськ у Донецькій області. ‘Ми перебуваємо на глибині шести метрів під землею. Це найбезпечніший спосіб надавати допомогу нашим пораненим військовим і водночас захищати медичний персонал’, – зазначив хірург клініки майор Олександр Головащенко”).

Клінічно-протокольні стратегії контролю крововтрати: blood pressure / артеріальний тиск; trauma victims / травмовані пацієнти; dislodge clots / зміщення (відрив) тромбів.

Девід Браун у статті “Добре озброєний медик” (D. Brown “The well-armed medic”) акцентує, що кровотеча є основною причиною летальних наслідків бойових поранень, а її контроль – первинним завданням військового хірурга. Ще Амбруаз Паре у XVI столітті заклав підвалини гуманнішої та ефективнішої хірургічної практики, довівши перевагу перев’язування судин над припіканням. Цей принцип згодом став одним із базових у військовій медицині. За словами Брауна, у XX столітті проблема крововтрати набула системного характеру під час Першої та Другої світових воєн, коли масовість поранень змусила військову медицину шукати оптимальні шляхи збереження життя. Поступово стало очевидним, що зупинка кровотечі неможлива без регулювання гемодинаміки: рівень артеріального тиску безпосередньо впливає на ризик повторної крововтрати. У продовження цієї аргументації Браун наводить слова Джона Б. Голкомба, одного

із хірургів, що аналізував бойову медичну практику:

“The preference for keeping the blood pressure low in trauma victims – both because they can tolerate it and because raising it can dislodge clots and make matters worse – was well understood in World War I and World War II, according to Holcomb. But by the time of Vietnam, ‘it seems as if that concept was lost’, he said” [16] (переклад: “За словами Голкомба, принцип підтримання зниженого артеріального тиску у травмованих пацієнтів, як з огляду на їхню здатність переносити його, так і через те, що підвищення тиску може спричинити зміщення тромбів та погіршити стан, був добре усвідомлений ще під час Першої та Другої світових воєн. Проте до періоду війни у В’єтнамі, як він зазначає, ‘здається, це розуміння було втрачене”).

Безперервність хірургічного втручання в умовах повітряної загрози: pneumothorax / пневмоторакс; vascular surgeon / судинний хірург; to daub the chest with coppery betadine / обробити грудну клітку розчином бетадину; to prevent infection / запобігання інфекції; to take the scalpel at speed through skin, fascia and pleural membrane / швидко провести скальпелем по шкірі, фасції та плевральній оболонці; to insert a large-bore chest drain / вводити широкопросвітний грудний дренаж; blood and air start to bubble from the lung into a flask / кров і повітря починають виходити з легені в колбу; soldier’s oxygen saturations climb up / рівень насичення крові киснем у солдата підвищується.

Рейчел Кларк у статті “Коли лунають сирени, діє правило: розпочату операцію не переривають: доба з лікарями на українській лінії фронту” (R. Clarke “We have a rule when we hear the sirens: if you’ve started operating, you don’t stop: 24 hours with doctors on the Ukrainian frontline”), подорожуючи разом з Андрієм Мизаком, цивільним нейрохірургом із Києва, описує добу з лікарями на українській лінії фронту. Начальниця медичної служби бригади, 31-річна Вікторія Ковач – колишня лікарка-акушерка з Києва, дозволила А. Мизаку та Р. Кларк кілька днів попрацювати в польовому шпиталі. Їм також дозволили оглянути підземний тактичний командний центр, розташований ще ближче до лінії фронту. Усередині бетонного бункера з десятків військових схилилися над великою картою місцевості з позначеними чорним чорнилом лініями фронту. Влад, керівник розвідки, дерев’яною указкою показує найуразливіші ділянки. Як згодом згадує

журналістка Р. Кларк, це могло б нагадувати сцену з фільму про Другу світову війну, якби не ряди комп'ютерних екранів, що демонструють у реальному часі відео з дронів над російськими позиціями.

Попри те що технології ведення війни радикально просунулися вперед, солдати гинуть так само, як і століттями раніше. Вони стікають кров'ю, зазнають тяжких ушкоджень мозку, у них відмовляють органи. Влад розповідає, як його команда вдень намагалася скерувати бойових медиків до пораненого з травматичним пневмотораксом – проколом легені уламком, що застряг у грудній стінці солдата. Зокрема, у тексті йдеться:

“The patient with the pneumothorax has just arrived, caked in mud and blood. A vascular surgeon daubs his chest with coppery Betadine, to prevent infection. He takes his scalpel at speed through skin, fascia and pleural membrane... <...> Swiftly he inserts a large-bore chest drain – a plastic tube the diameter of a small hosepipe. Blood and air start to bubble from the lung into a flask on the ground beside the surgeon's blood-soaked clogs. The soldier's oxygen saturations climb up. He is going to live” [18] (переклад: “Пацієнта з пневмотораксом шойно доправили, він укритий шаром багнюки й крові. Судинний хірург обробляє його грудну клітку розчином бетадину, щоб запобігти інфекції. Він швидко проводить скальпелем по шкірі, фасції та плевральній оболонці <...> Оперативно вводить широкопросвітний грудний дренаж – пластикову трубку діаметром із невеликий шланг. Кров і повітря починають вирувати, виходячи з легені в колбу, що стоїть на підлозі біля закривавленого взуття хірурга. Рівень насичення крові киснем у солдата підвищується. Він житиме”).

ВОЄННО-МЕДИЧНА МАКРОГРУПА ТЕКСТІВ ПУБЛІЦИСТИЧНОГО СТИЛЮ об'єднує лексичні одиниці, що актуалізують антропологічно-екзистенційний вимір воєнної семантики та вербалізують повний цикл травматичного досвіду, який охоплює поранення, біль, незворотну втрату тілесної цілісності внаслідок ампутацій, документування злочину й боротьбу за виживання. Фреймова конфігурація макрогрупи структурована довкола доміант **TRAUMA, BODILY INTEGRITY LOSS, HUMAN VULNERABILITY, WAR CRIME EVIDENCE, SURVIVAL**, що детермінує виокремлення таких мікрогруп: медична документація війни як доказ злочину; стабілізація та реабілітація в умовах “війни дронів”.

Медична документація війни як доказ злочину: chlorine gas / хлор як бойова отруйна речовина; toxic and devastating chemical agents / токсичні та руйнівні хімічні агенти; the first chlorine attack / перша хлорна атака; the use of poison gas / застосування отруйних газів; medical museum / медичний музей; German doctors herded patients into rooms / німецькі лікарі заганяли пацієнтів до приміщень; were dying of typhoid and tuberculosis / помирили від тифу та туберкульозу; starved patients on a daily diet of flour made from ground wood pulp / морили пацієнтів, щоденно даючи їм борошно, виготовлене з перемеленої деревної маси; tortured and buried alive Red Army prisoners / катували й ховали живцем полонених червоноармійців; air was filled with the metallic smell of blood and the stench of rotting flesh / повітря було наповнене металевим запахом крові та смородом гниючої плоти; soldier was splashing soapy water onto a dozen bloodied stretchers / солдат поливав мильною водою з десятків закривавлених нош; hallway was filled with soldiers and civilians bandaged up and lying on the floors / коридор був заповнений солдатами й цивільними з перев'язаними ранами, які лежали просто на підлозі; inside the trauma ward, two soldiers were lying on operating tables / у травматологічному відділенні на операційних столах лежали двоє військових; one was naked and unconscious / один був оголений і непритомний; he had suffered severe wounds to his abdomen and extremities / він зазнав тяжких поранень живота й кінцівок; blood was dripping from the table / кров стікала зі столу; second man was awake and half-dressed and screaming in pain / другий чоловік був при тямі, напівроздягнений і кричав від болю; his back and right thigh, which had been torn apart and looked like minced meat / його спина та праве стегно були розірвані й виглядали наче перемелене м'ясо; doctor worked on him and wrapped the leg wound / лікар обробляв його рану та перев'язував ушкоджену ногу.

У цьому сегменті воєнно-медична номінація постає як інструмент фіксації злочину через опис симптомів, тілесних ушкоджень, умов утримання, причин смерті. Питання використання хлору як засобу воєнного злочину осмислює Кетрін Гаркеп у статті “Хлор: газ як інструмент воєнних злочинів” (К. Harkup “Chlorine: the Gas of War Crimes”). Авторка наголошує, що хлор має значно темнішу історію використання у збройних конфліктах, яка сягає часів Першої світової війни. Його використання під Іпром

22 квітня 1915 року ознаменувало новий етап ескалації хімічної війни. Потенційна загроза газових атак ще раніше зумовила підписання Гаазької декларації 1899 року про заборону задушливих газів. Однак формальне існування міжнародно-правової заборони не запобігло її фактичному обходу. Прагнучи не порушити буквального формулювання договору, хоча й суперечачи його духу, піонер хімічної війни Фріц Габер запровадив практику вивільнення хлору з балонів, уникаючи використання снарядів. Попередні спроби застосування газів уже мали місце: у 1914 році французька армія задіяла снаряди зі слезогінним газом проти німецьких позицій, однак їхньою метою була радше дезорганізація противника. Хлорні атаки 1915 року були спрямовані вже не на тактичне порушення бойового порядку, а на масове ураження. Як зазначає авторка:

“In the following months, the Allies also developed methods of deploying chlorine gas and both sides went on to develop even more toxic and devastating chemical agents to unleash on their enemies. Haber’s hopes for shortening the war were hopelessly off the mark. After the first chlorine attack at Ypres, the war would continue to grind on for another three and a half years, and estimates of over a million people are thought to have died as a result of the use of poison gas” [26] (переклад: “У наступні місяці союзники також розробили способи застосування хлорного газу, і обидві сторони продовжили створювати ще більш токсичні та нищівні хімічні агенти для використання проти своїх ворогів. Сподівання Габера скоротити тривалість війни виявилися цілковито хибними. Після першої хлорної атаки під Іпром війна тривала ще три з половиною роки, і, за оцінками, понад мільйон людей загинули внаслідок застосування отруйних газів”).

Доказовий потенціал медичної документації посилюється її візуальним виміром – фотографією як формою архівування тілесних наслідків війни. Нашу увагу привернула стаття Джона Келлі “Наказ армійському фотографу: зафіксувати на плівці медичну історію Другої світової війни” (J. Kelly “Army Photographer’s Orders: Capture the Medical Story of World War II on Film”), у якій висвітлено унікальну місію військового фотографа Мелвіна С. Шаффера, чия діяльність стала важливою складовою документування воєнної реальності та її медичних наслідків. У 1942 році армія США відправила Шаффера за океан, озброївши його не гвинтівкою, а фотоапаратом. Завдання фотографа було одним із найнезвичніших у кон-

тексті Другої світової війни: спершу він мав зафіксувати на плівці поїздки Вінстона Черчилля до Алжиру, однак згодом переважна більшість його світлин відобразила медичну історію війни – роботу польових шпиталів, хірургічні втручання, наслідки поранень, масштаби людських втрат. Біографія Шаффера значною мірою зумовила його психологічну стійкість. Ще у сімнадцятирічному віці він працював у лікарні в місті Філіппі (штат Західна Вірджинія), у якій фотографував розтини та операції. Окрім того, він мав підготовку санітара й за потреби допомагав медичному персоналу, передусім видаляти осколки з тіл поранених солдатів. Цей досвід дозволив йому зберігати самовладання під час роботи на фронті. Утім існували реалії, до яких не могла підготувати жодна попередня практика. Знімки, зроблені Шаффером у нацистському таборі смерті Дахау, згодом стали доказами на Нюрнберзькому процесі над воєнними злочинцями. Подальша доля його архіву також окреслена в публікації:

“In 1945, a Liberty ship carried Shaffer back to the United States. He spent a year in Washington cataloguing his and others’ photographs for the medical museum. Some are in the museum’s collection. Some are at SMU’s DeGolyer Library. Many, alas, are missing, possibly misfiled and sitting in a government warehouse” [31] (переклад: “У 1945 році транспортне судно типу Liberty доправило Шаффера назад до Сполучених Штатів. Протягом року у Вашингтоні він систематизував власні та чужі фотографії для медичного музею. Частина з них зберігається в колекції музею, деякі у бібліотеці ДеГольєра (SMU). Багато ж, на жаль, зникли – ймовірно, були неправильно класифіковані та нині припадають пилом у якомусь урядовому сховищі”).

Воєнні злочини періоду Другої світової війни знаходять відображення і в статті The New York Times “Перелік нових звірств” (The New York Times “More atrocities listed”). У ній оприлюднено повідомлення про злочини, скоєні в німецькому шпиталі в Славуті (Україна) під час нацистської окупації. Йдеться про масову загибель пацієнтів від голоду та навмисно поширених інфекцій, зокрема тифу й туберкульозу, а ще про катування і поховання живцем військовополонених:

“Soviet newspapers gave full-page display, with photographs, to accusations that German doctors herded patients into rooms where 1,800 were dying of typhoid and tuberculosis, starved patients on a daily diet of flour made

from ground wood pulp and tortured and buried alive Red Army prisoners” [43] (переклад: “Радянські газети розмістили на цілу сторінку матеріали з фотографіями, у яких стверджувалося, що німецькі лікарі загнали пацієнтів до приміщень, де 1 800 осіб помирали від тифу та туберкульозу, морили їх щоденно «іжею» з борошна, виготовленого з перемеленої деревної маси, а також катували й ховали живцем полонених червоноармійців”).

Як відомо, життя людини проходить у просторі, який формує її пам’ять і щоденну реальність. Війна руйнує цей простір, змінює його на наших очах і перетворює місця життя на місця втрати. Крістофер Міллер у книзі “Війна прийшла до нас: життя і смерть в Україні” (С. Miller “The War Came to Us: Life and Death in Ukraine”) згадує Бахмут до повномасштабного вторгнення і разом із тим засвідчує його руйнування. Перед від’їздом із міста він зайшов до лікарні за кілька кварталів від будинку, де мешкав під час своїх попередніх відряджень. Це була та сама лікарня, яку він неодноразово відвідував раніше, передусім у 2015 році, коли вона була головним медичним закладом для військових у Дебальцевому, і там він знайшов свого колишнього студента Богдана, який став військовим медиком. Спочатку солдати не дозволили йому зайти на територію. Але після розмови з капітаном військової медичної частини його впустили всередину, де панувала зовсім інша реальність:

“The air was filled with the metallic smell of blood and the stench of rotting flesh. A young soldier was splashing soapy water onto a dozen bloodied stretchers leaning up against a fence <...> The hallway was filled with soldiers and civilians bandaged up and lying on the floors. Several were wrapped in silver and gold space blankets. Inside the trauma ward, two soldiers were lying on operating tables. Groups of four or five doctors and nurses surrounded each of them. One was naked and unconscious and I could see that he had suffered severe wounds to his abdomen and extremities. Blood was dripping from the table onto the floor beneath him. The second man was awake and half-dressed and screaming in pain. There were injuries to his back and right thigh, which had been torn apart and looked like minced meat. Two nurses held him down as a doctor worked on him and wrapped the leg wound” [34, с. 290] (переклад: “Повітря було наповнене металевим запахом крові та смородом гниючої плоти. Молодий солдат поливав мильною водою з десяток закритих носів, що

були притулені до паркану <...> Коридор був заповнений солдатами й цивільними з перев’язаними ранами, які лежали просто на підлозі. Декількох із них було загорнуто в сріблясті та золотисті термоковдри. У травматологічному відділенні на операційних столах лежали двоє військових. Кожного з них оточували групи з чотирьох або п’яти лікарів і медсестер. Один був оголений і непритомний; було видно, що він зазнав тяжких поранень живота й кінцівок. Кров стікала зі столу на підлогу під ним. Другий чоловік був при тямі, напівроздягнений і кричав від болю. Його спина та праве стегно були розірвані – тканини виглядали наче перемелене м’ясо. Дві медсестри утримували його, поки лікар обробляв рану й перев’язував пошкоджену ногу”).

Стабілізація та реабілітація в умовах “війни дронів”: stabilisation point / стабілізаційний пункт; catastrophic leg injuries requiring amputations / катастрофічні травми ніг, що потребують ампутації; serious stomach wounds / тяжкі поранення живота; victims of Russian first-person view (FPV) drones / постраждали від російських FPV-дронів; bullet injuries / вогнепальні поранення; explosion / вибух; injury to his left leg / травма лівої ноги; stricken soldier / поранений військовий; turned my tourniquet / наклав джгут; choked off the blood / перекрив кровопостачання.

У статті Люка Гардінга “Шість метрів під землею: всередині таємного госпіталю, де лікують українських військових, поранених російськими дронами” (L. Harding “Six metres below ground: inside the secret hospital treating Ukrainian soldiers injured by Russian drones”) окреслено клінічний профіль поранених, що надходять до стабілізаційного пункту поблизу лінії фронту. Автор зазначає:

“The stabilisation point treats 30-40 patients a day. Their conditions vary. Some have catastrophic leg injuries requiring amputations, or serious stomach wounds. Others can walk. Almost all are the victims of Russian first-person view (FPV) drones, which drop grenades with lethal accuracy. “Ninety per cent of our cases are from FPVs. We see few bullet injuries. It’s an age of drones and a different kind of war,” the surgeon said” [25] (переклад: “Стабілізаційний пункт приймає 30–40 пацієнтів щодня. Їхній стан різниться. У деякого катастрофічні травми ніг, що потребують ампутації, або тяжкі поранення живота. Інші можуть пересуватися самостійно. Майже всі вони постраждали від російських FPV-дронів, які з високою точністю скидають гранати.

‘Дев’яносто відсотків наших випадків – це поранення від FPV. Вогнепальних поранень ми бачимо небагато. Це епоха дронів і зовсім інший тип війни’, – зазначив хірург”).

З огляду на те, що домінуючим типом ушкоджень стають вибухові травми кінцівок і черевної порожнини, а вогнепальні поранення відходять на другий план, змінюється сама етіологія бойової травми, формуючи нову клінічну картину сучасної війни. Відтак постає потреба не тільки у негайній стабілізації стану, але й у тривалому реабілітаційному супроводі поранених. У статті Дена Саббага “По-справжньому вражає: зсередини центру, де британські медики допомагають українським військовим з ампутаціями” (D. Sabbagh “Truly humbling: inside the centre where UK medics are helping Ukrainian amputees”) описано спеціалізований центр, у якому українські військові з ампутаціями проходять відновлення. Допомогу українському персоналу надає невелика група британських військових медиків – лікарі, фізіотерапевти та ерготерапевти зі Служби медичного забезпечення оборони Великої Британії в межах проекту Project Renovator. Журналісти The Guardian спостерігали, як британські фахівці обговорюють з українськими колегами використання тимчасових протезів, що свідчить про комплексний характер післяопераційної підтримки.

Одним із таких випадків є історія Владислава, який утратив ліву ногу внаслідок атаки дрона. Відео моменту ураження він згодом знайшов на російському каналі. Вибух відкинув його на землю, однак, залишаючись при свідомості, він одразу оцінив тяжкість травми. Після первинної самооцінки стану Владислав наклав джгут, перекривши кровопостачання ушкодженої кінцівки й у такий спосіб давши собі шанс на виживання:

“Vladislav was driving between positions somewhere near Lyman, in the north-east of Ukraine, on 21 August when his life changed for ever. An explosion «bam on the left ear» threw him and the driver to the ground. Still conscious, he could see the injury to his left leg was obviously very serious. But this was not his immediate priority. «To be honest, I checked my crotch, if everything’s in the right place», he says, grinning. The check was affirmative and so in that moment, the stricken soldier says, he reasoned life was worth still living. «Only after that, I turned my tourniquet». That choked off the blood supply to his left leg, giving himself a chance of survival” [40] (перекладач: “Владислав їхав між позиціями десь поблизу Лимана, на північному сході України,

21 серпня, коли його життя змінилося назавжди. Вибух ‘бах у ліве вухо’ відкинув його й водія на землю. Залишаючись притомним, він одразу зрозумів, що травма лівої ноги є надзвичайно серйозною. Однак це не було його першочерговим кроком. ‘Чесно кажучи, я перевіряв пах, чи все на місці’, каже він, усміхаючись. Переконавшись, що все ціле, поранений військовий, за його словами, вирішив, що життя варте того, щоб за нього боротися. ‘І лише після цього я наклав джгут’. Так він перекрив кровопостачання лівої ноги, давши собі шанс на виживання”).

Підсумовуючи сказане вище, зазначимо, що військово-медична та воєнно-медична макрогрупи публіцистичного стилю, крізь призму відповідних мікрогруп, перетворюють медичну термінологію воєнного часу з нормативної категорії на засіб суспільної рефлексії, “оголюючи” справжню ціну війни. Таке осмислення воєнно-медичної реальності закономірно зумовлює перехід до її екзистенційного виміру, що знаходить повноцінне втілення в художньому письмі.

Розподіл медичних номінацій у текстах художнього стилю здійснюємо за функціонально-когнітивним критерієм. При цьому лексика кризової медицини розгортається у двох взаємопов’язаних, але семантично різних площинах: як інституційно-процедурний компонент воєнної дійсності і як маркер антропологічної вразливості людського життя.

ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНА МАКРОГРУПА ТЕКСТІВ ХУДОЖНЬОГО СТИЛЮ охоплює одиниці, що репрезентують інституційно-процедурний сегмент воєнного дискурсу й відображають моделі лікування, просторової організації медичної допомоги, медичного сортування, логістики поранених. Її внутрішня структура співвідноситься з фреймами MEDICAL PROCEDURE, TRIAGE, EVACUATION, SURGICAL ACTION, MEDICAL ASSESSMENT, що зумовлює поділ на мікрогрупи: номінації медичного втручання; просторово-медичні номінації; медико-логістичні одиниці; медико-регулятивні номінації (придатність до служби, медичний огляд).

Номінації медичного втручання: splinters / уламки (осколки); anaesthetic / анестетик (знеболювальний засіб); probe / зонд; scalpel / скальпель; forceps / щипці (хірургічні); X-ray / рентген.

Головний герой роману Ернеста Гемінгвея “A Farewell to Arms” Фредерік Генрі, будучи пораненим, перебуває на лікуванні в госпіталі Ospedale Maggiore. Епізод медичного

огляду акцентує увагу на деталях лікарського втручання та мовні засоби їх вербалізації. Показовим є фрагмент, у якому лікуючий лікар, вилучаючи сторонні тіла, характеризує їх як огидні та неприродні:

“Nothing happened until afternoon. The doctor was a thin quiet little man who seemed disturbed by the war. He took out a number of small steel splinters from my thighs with delicate and refined distaste. He used a local anaesthetic called something or other ‘snow’, which froze the tissue and avoided the pain until the probe, the scalpel or the forceps got below the frozen portion. The anaesthetized area was clearly defined by the patient and after a time the doctor’s fragile delicacy was exhausted and he said it would be better to have an X-ray. Probing was unsatisfactory, he said” [27, с. 86] (переклад: “Нічого не відбувалося до обіду. Лікар був худорлявим, тихим невисоким чоловіком, який, здавалося, був пригнічений війною. Він витяг із моїх стегон кілька дрібних сталевих уламків із делікатною, майже витонченою відразою. Він застосував місцевий анестетик під назвою наче “сніг”, який заморожував тканину й усував біль доти, доки зонд, скальпель або щипці не проходили нижче замороженої ділянки. Межі знеболеної зони пацієнт чітко відчував, і згодом тендітна лікарська делікатність вичерпалася, тож він сказав, що краще зробити рентген. Обстеження зондом, за його словами, було незадовільним”).

Просторово-медичні номінації: *field hospital* / польовий госпіталь; *hospital* / лікарня; *dressing station(s)* / перев’язувальний пункт; *ward* / палата (лікарняна); *delivery room* / пологова зала; *Ka-Be (Krankenbau)* / лазарет (у концентраційному таборі); *clinic* / клініка.

Просторові маркери медичного забезпечення війни: польові госпіталі, перев’язувальні пункти, лікарняні палати чи пологові зали формують простір медичної взаємодії, у якому розгортається особистий досвід пораненого. У романі Е. Гемінгвея “*A Farewell to Arms*” Фредерік Генрі, потрапивши до перев’язувального пункту на передовій унаслідок поранення, утрачає свій оберіг:

“After I was wounded I never found him. Some one probably got it at one of the dressing stations” [27, с. 41] (переклад: “Після того як мене поранили, я його більше не знайшов. Мабуть, хтось узяв його на одному з перев’язувальних пунктів”).

Подібна смислова модель поєднання тілесного болю з побутовою втратою про-

стежується і в романі “*All Quiet on the Western Front*” Е. М. Ремарк, де простір перев’язувального пункту постає місцем лікування і осередком особистих утрат. До пораненого Франца Кеммеріха приходять його шкільні товариші Мюллер, Кропп і Боймер, колишні учні одного класу, які разом опинилися на війні. Радіючи їхній появі, Кеммеріх водночас гостро переживає зникнення значущої для нього речі:

“Someone has stolen my watch, and I have such a pain in my foot” [38, с. 7] (переклад: “Хтось украв мій годинник, і в мене так сильно болить нога”).

Важливу роль у польовому госпіталі відігравали всі медичні працівники. Санітари забезпечували щоденний догляд за пораненими, виконуючи навіть дрібні, на перший погляд, побутові дії, зокрема відганяли мух від пацієнтів. Коли день був спекотний і в палаті роїлося багато комарів, санітар нарізав папір на смужки й прив’язував їх до палиці, утворюючи імпровізовану щітку, якою постійно відмахувався від мух над ліжком пораненого. Ранковий час мав чітко регламентований характер: до кожного ліжка по черзі підходили троє санітарів і лікар, піднімали поранених із постелі та переносили їх до перев’язувальної кімнати, щоб можна було перестелити ліжка, поки тривала обробка ран. Така повторюваність процедур формувала відчуття рутини й підкреслювала залежність пацієнтів від медичного персоналу. Своєрідною “подією” для поранених ставали відвідини, особливо тоді, коли заздалегідь не повідомлялося, хто саме прийде. Вагомим у цьому сенсі є фрагмент з роману Е. Гемінгвея “*A Farewell to Arms*”:

“In the ward at the field hospital they told me a visitor was coming to see me in the afternoon” [27, с. 58] (переклад: “У палаті польового госпіталю мені сказали, що після обіду до мене прийде відвідувач”).

Однак значно страшнішим для Фредеріка Генрі виявилось не власне поранення, а тяжкий стан коханої під час пологів, що зміщує акцент з воєнної травми на особисту втрату:

“We had gone to the hospital about three o’clock in the morning. At noon Catherine was still in the delivery room. The pains had slackened again. She looked very tired and worn now but she was still cheerful” [27, с. 280] (переклад: “Ми приїхали до лікарні близько третьої години ночі. Опівдні Кетрін усе ще була в пологовій залі. Перейми знову послабшали. Вона виглядала дуже втомленою й виснаженою, але все ще залишалася бадьорою”).

Разючий контраст із медичними закладами Західного фронту простежується у зображенні лазарету концентраційного табору. Описуючи його у творі “If This Is a Man”, Прімо Леві підкреслює подвійний, майже парадоксальний статус цієї інституції – місця, яке формально призначене для лікування, однак фактично функціонує як механізм медичного відбору та визначення подальшої долі в’язнів. Ка-Ве (скорочення від *Krankenbau* / лазарет) складається з восьми бараків, зовні нічим не відмінних від інших табірних споруд, проте ізольованих дротяною огорожею. У них постійно перебуває близько десятої частини в’язнів, але затримуються там ненадовго: більшість не довше двох тижнів, ніхто понад два місяці. У цих часових межах люди або одужують, або помирають; тих, у кого помітні ознаки поліпшення, залишають лікувати, а тих, чий стан погіршується, відправляють до газових камер. Така логіка “медичного відбору” зумовлена утилітарним принципом табірної системи – виживають лише ті, кого вважають “економічно корисними”. Цю дегуманізовану медичну реальність поглиблює особисте сприйняття оповідача, для якого перший візит до Ка-Ве стає досвідом зіткнення з інституцією, де клінічні процедури поєднані з відчуттям невідворотності втрати людської гідності:

“I have never been to Ka-Be nor to the clinic, and it is all new to me. There are two clinics, medical and surgical. In front of the door, exposed to the night and the wind, there are two long shadows. Some only have need of a bandage or a pill, others ask to be examined; some show death in their faces. Those at the front of both rows are already barefoot and ready to enter” [32, с. 54] (переклад: “Я ніколи раніше не був у Ка-Бе чи в клініці, і для мене це все нове. Клінік дві – терапевтична й хірургічна. Перед дверима, відкритими нічному вітрові, тягнуться дві довгі черги-тіні. Декому потрібна лише пов’язка чи пігулка, інші просять огляду; на обличчях деяких уже видно смерть. Ті, хто стоїть на початку обох черг, уже босі й готові увійти”).

Медико-логістичні номінації: *wounded and sick were sorted by their papers* / поранених і хворих розподіляли за їхніми документами, *Red Cross* / Червоний Хрест; *stretcher* / ноші; *dressing-station* / перев’язувальний пункт.

Фредерік Генрі (Е. Гемінгвей “*A Farewell to Arms*”), перебуваючи за кермом “*Fiata*”, опиняється в системі медико-логістичного забезпечення війни. Тут визначальну роль відіграють процеси сортування та обліку

поранених. Зупинивши автомобіль біля сортувального пункту, він спостерігає рух військового підрозділу “*Базиліката*”, водій у цей час передає документи про поранених для подальшого розподілу між госпіталями:

“I came back the next afternoon from our first mountain post and stopped the car at the “*smistimento*” where the wounded and sick were sorted by their papers and the papers marked for the different hospitals” [27, с. 32] (переклад: “Я повернувся наступного дня по обіді з нашого першого гірського поста й зупинив машину біля сортувального пункту, де поранених і хворих розподіляли за їхніми документами, а самі документи позначали для різних госпіталів”).

Робота на санітарному автомобілі для Фредеріка Генрі не тривала довго, оскільки він теж зазнає поранення і згодом його переводять із польового госпіталю до американського шпиталю в Мілані. Передбачалося, що туди прибудуть кілька американських санітарних підрозділів, а сам заклад опікуватиметься ними та іншими громадянами США, які перебували на службі в Італії. Значну частину цього персоналу становили представники Червоного Хреста. Разом із тим у військовому середовищі та з-поміж санітарів активно обговорювали політичні події, як-от оголошення Сполученими Штатами війни Німеччині та ймовірність аналогічного кроку щодо Австрії:

“The Italians were sure America would declare war on Austria too and they were very excited about any Americans coming down, even the Red Cross” [27, с. 70] (перекласти: “Італійці були певні, що Америка також оголосить війну Австрії, і вони дуже раділи приїзду будь-яких американців, навіть представників Червоного Хреста”).

Під час бойових дій логістика медичної допомоги нерідко виявляється зоною дефіциту, де затримка евакуації, нестача транспорту чи медичного персоналу можуть визначати межу між життям і смертю. Власне цю зворотну сторону медико-логістичного порядку виразно демонструє роман Е. М. Ремарка “*All Quiet on the Western Front*”, у якому Поль Боймер усвідомлює, що очікування нош може стати фатальним, і тому самотужки доправляє пораненого товариша до перев’язувального пункту:

“*Kat’s leg dripped blood to the ground. I dared not wait for a stretcher. I staggered on, doggedly and pitilessly, and at last reached the dressing-station*” [38, с. 42] (переклад: “Нога Ката стікала кров’ю на землю. Я не наважився чекати нош. Я йшов далі, похитуючись,

уперто й безжально, і зрештою дістався перев'язувального пункту”).

Медико-регулятивні номінації (придатність до служби, медичний огляд): *apply for the military* / подати заяву до війська; *medical officer* / медичний офіцер; *I wasn't fit to serve* / я непридатний до служби.

У романі А. Дражека “*Bridge in the Darkness*” мотив медико-експертного визначення придатності до служби набуває індивідуально-екзистенційного виміру. Алекс народжується з вадою серця, яка з роками дедалі більше впливає на його спосіб життя. Коли ж постає питання служіння батьківщині, він усвідомлює, що не зможе воювати – не через страх, а через стан здоров'я. Медичний висновок про непридатність до служби сприймається ним як особиста поразка, як втрата можливості виконати свій громадянський обов'язок. Попри це, він намагається змінити ситуацію:

“Of course, that didn't stop me as I tried to apply for the military, but the medical officer simply looked at me and told me I had to go back home as I wasn't fit to serve” [22, с. 17] (переклад: “Звісно, це мене не зупинило: я намагався подати заяву до війська, але медичний офіцер лише глянув на мене й сказав повертатися додому, бо я непридатний до служби”).

ВОЄННО-МЕДИЧНА МАКРОГРУПА ТЕКСТІВ ХУДОЖНЬОГО СТИЛЮ охоплює одиниці, що репрезентують антропологічно-екзистенційний вектор воєнної семантики та вербалізують досвід тілесного страждання, фізичної крихкості й втрати тілесної цілісності в умовах війни. Внутрішня структура цієї макрогрупи співвідноситься з фреймами **TRAUMA, BODILY INTEGRITY LOSS, HUMAN VULNERABILITY, WAR AS EXISTENTIAL DAMAGE**, що зумовлює її поділ на такі мікрогрупи: номінації тілесної вразливості та хвороби; номінації тілесної відчуженості після медичного втручання (тіло як чужість після втручання); афективно-соматичні маркери війни.

Тілесна вразливість і хвороба: *frostbites* / обмороження; *chilblains* / відмороження; *jaundice* / жовтяниця; *gonorrhea* / гонорея; *self-inflicted wounds* / самоушкодження; *pneumonia* / пневмонія; *hard and soft chancres* / твердий і м'який шанкри; *real wounded* / тяжко (справді) поранені; *malaria* / малярія; *high temperature* / висока температура; *covered with spots* / укритий плямами; *measles* / кір; *bruised rib* / забій ребра; *gastro-intestinal haemorrhaging* / шлунково-кишкова кровотеча; *flu* / грип; *ulcer* /

виразка; *typhus epidemic* / епідемія тифу; *muscles contracted* / м'язи зведені судомою; *wounded foot* / поранена нога; *blind with pain* / осліплений болем; *the piece of iron had cut across the back of my foot* / край залізяки розсік мені підйом стопи.

Коли Фредерік Генрі (Е. Гемінгвей “*A Farewell to Arms*”) повертається на фронт, військові та медики все ще мешкають у тому самому містечку, однак довколишній простір уже змінився – гармат стало значно більше. Він пригадує кімнату, яку ділив із лейтенантом Рінальді, і його тішить думка про те, що про нього не забули, на що вказують застелене ліжко та речі на стіні: проти-газ у довгастій бляшанці, сталевий шолом на гачку, пласка скриня біля ніг ліжка й начищені зимові чоботи. Над двома ліжками висить австрійська снайперська гвинтівка з вороненим восьмигранним стволом, а телескопічний приціл, як він згадує, замкнений у скрині. Ця впорядкованість лише підкреслює безперервність війни та її невідворотний вплив на емоційний стан військових:

“Since you are gone we have nothing but frostbites, chil-blains, jaundice, gonorrhoea, self-inflicted wounds, pneumonia and hard and soft chancres. Every week some one gets wounded by rock fragments. There are a few real wounded” [27, с. 11–12] (переклад: “Відколи тебе немає, у нас нічого, крім обморожень, відморожень, жовтяниці, гонореї, самоушкодження, пневмонії та твердих і м'яких шанкрів. Щотижня хтось дістає поранення уламками каміння. Є кілька справді поранених”).

Подальший розвиток цього мотиву засвідчує, що тілесна вразливість у воєнних умовах набуває характеру щоденної норми, поєднуючи бойові травми з інфекційними захворюваннями та наслідками необережного поводження зі зброєю:

“There were three other patients in the hospital now, a thin boy in the Red Cross from Georgia with malaria, a nice boy, also thin, from New York, with malaria and jaundice, and a fine boy who had tried to unscrew the fuse-cap from a combination shrapnel and high explosive shell for a souvenir. This was a shrapnel shell used by the Austrians in the mountains with a nose-cap which went on after the burst and exploded on contact” [27, с. 97] (переклад: “У госпіталі тепер було ще троє пацієнтів: худорлявий хлопець із Червоного Хреста з Джорджії з малярією; приємний юнак, теж худий, із Нью-Йорка – з малярією та жовтяницею; і ще один гарний хлопець, який намагався відкрити ковпачок запалу від комбінованого

снаряда з осколкової та вибухової речовини на сувенір. Це був осколковий снаряд, який австрійці використовували в горах: він мав носовий ковпачок, що відкривався після розриву й вибухав при контакті”).

Залежність від медичної допомоги виявляється не тільки на фронті, але й у відносному тилу. Хвороби супроводжують і тих, хто змушений переховуватися від переслідувань, де відсутність можливості звернутися до лікаря перетворює навіть звичайне захворювання на потенційну загрозу життю. Це виразно простежується у щоденниковому записі Анни Франк від четверга, 29 жовтня 1942 року:

“I’m very worried. Father’s ill. He’s covered with spots and has a high temperature. It looks like measles. Just think, we can’t even call a doctor! Mother is making him perspire in hopes of sweating out the fever” [23, с. 58] (переклад: “Я дуже хвилююся. Тато захворів. Він увесь укритий плямами й має високу температуру. Схоже на кір. Тільки уяви, ми навіть не можемо викликати лікаря! Мама змушує його пітніти в надії, що гарячка мине з потом”).

Ті, хто переховувався від нацистів, часто були змушені самотійно давати собі раду навіть у ситуаціях, коли медична допомога була вкрай необхідною. У записі Анни Франк від вівторка, 22 грудня 1942 року, йдеться про стан пані ван Даан, яка через забите ребро змушена лежати в ліжку. Анна зауважує, що чекатиме моменту, коли вона знову зможе стати на ноги й самотійно поратися по господарству, адже зазвичай пані ван Даан вирізняється працьовитістю та охайністю і, перебуваючи в доброму фізичному й психічному стані, лишається життєрадісною:

“Mrs van Daan is lying in bed nursing her bruised rib. She complains all day long, constantly demands that the bandages be changed and is generally dissatisfied with everything” [23, с. 81] (переклад: “Пані ван Даан лежить у ліжку, оговтуючись від забою ребра. Вона цілими днями скаржиться, постійно вимагає, щоб їй міняли пов’язки, і загалом незадоволена всім довкола”).

Нарешті, у записі від четверга, 1 квітня 1943 року тілесна вразливість постає вже як низка подій, що накопичуються й формують відчуття невпинності нещастя. Не випадково Анна зауважує: “Біда не приходить одна” [23, с. 97]. Цю думку вона розвиває далі, перелічуючи низку хвороб і станів, що одночасно спіткали людей з її найближчого оточення:

“First, Mr Kleiman, our merry ray of sunshine, had another bout of gastro-intestinal

haemorrhaging yesterday and will have to stay in bed for at least three weeks. I should tell you that his stomach has been bothering him quite a bit, and there’s no cure. Second, Bep has flu. Third, Mr Voskuijl has to go into hospital next week. He probably has an ulcer and will have to undergo surgery” [23, с. 98] (переклад: “По-перше, пан Клейман, наш веселий промінчик сонця, учора знову пережив напад шлунково-кишкової кровотечі й муситиме пролежати в ліжку щонайменше три тижні. Слід сказати, що шлунок його турбує вже доволі давно, і вилікувати це поки що неможливо. По-друге, Беп захворіла на грип. По-третє, пан Воскейл наступного тижня має лягти до лікарні. Імовірно, у нього виразка, тож доведеться робити операцію”).

Завершення історії дівчинки, яка прагнула жити, ходити до школи й мати звичайне дитинство, відбулося у концентраційному таборі, де її життя обірвала хвороба. Марго та Анну Франк наприкінці жовтня перевезли з Аушвіца до Берген-Бельзена – концентраційного табору поблизу Ганновера (Німеччина). Епідемія тифу, що спалахнула взимку 1944–1945 років унаслідок жахливих санітарних умов, забрала життя тисяч в’язнів, зокрема Марго, а за кілька днів і Анни. Імовірно, Анна померла наприкінці лютого або на початку березня. Тіла обох дівчат, найвірогідніше, були скинуті до масових поховань у Берген-Бельзені. Табір був звільнений британськими військами 12 квітня 1945 року:

“The typhus epidemic that broke out in the winter of 1944-5, as a result of the horrendous hygiene conditions, killed thousands of prisoners, including Margot and, a few days later, Anne. She must have died in late February or early March. The bodies of both girls were probably dumped in Bergen-Belsen’s mass graves” [23, с. 338–339] (переклад: “Епідемія тифу, що спалахнула взимку 1944–1945 років унаслідок жахливих санітарних умов, забрала життя тисяч в’язнів, зокрема Марго, а за кілька днів і Анни”).

Виснажливу повсякденність виживання в концентраційному таборі Прімо Леві змальовує у творі “If This Is a Man”, акцентуючи на фізичній праці, і на внутрішньому усвідомленні табірної ієрархії. Оповідач з гнівом спостерігає, як у межах “нормального порядку речей” привілейовані пригноблюють непривілейованих, адже саме на цьому негласному людському законі тримається соціальна структура табору. Чергова робота з перенесення важкої опори перетворюється на досвід тілесного виснаження й болю: коротка, але надзвичайно важка конструкція

тисне на плечі, кроки збиваються, вантаж зісковзує, а фізичні сили швидко вичерпуються. Кульмінацією стає мить падіння опори, яка завдає тілесної травми:

“If I had still had my agility of earlier days I could have jumped back: instead, here I am on the ground, with all my muscles contracted, the wounded foot tight between my hands, blind with pain. The corner of the piece of iron had cut across the back of my foot” [32, с. 53] (переклад: “Якби я ще мав колишню спритність, то відскочив би; натомість я вже на землі, усі м’язи зведені судомою, поранену ногу стискаю руками, осліплений болем. Край залізяки розсік мені підйом стопи”).

Тіло як чужість після втручання: stomach / живіт; head / голова; arms / руки; knee / коліно; body / тіло; amputated leg / ампутована нога; artificial limbs / протези; condition / стан; to deal with this for the rest of my life / мені доведеться жити з цим усе життя.

Під час відступу Фредерік Генрі (Е. Гемінгвей “A Farewell to Arms”) перетинає Венеціанську рівнину – низовинну місцевість, яка під дощем видається безкраєю. Ближче до моря простягаються солончаки, доріг майже немає, і щоб рухатися вперед, доводиться йти вузькими стежками вздовж каналів. Пересування стає особливо виснажливим з огляду на коліно, проопероване раніше, тож кожен крок дається йому важко. Відчуття холоду, голоду й тілесної скруті передає такий фрагмент:

“Lying on the floor of the flat-car with the guns beside me under the canvas I was wet, cold and very hungry. Finally I rolled over and lay flat on my stomach with my head on my arms. My knee was stiff, but it had been very satisfactory. Valentini had done a fine job. I had done half the retreat on foot and swum part of the Tagliamento with his knee. It was his knee all right. The other knee was mine. Doctors did things to you and then it was not your body any more” [27, с. 205] (переклад: “Лежачи на підлозі платформи поруч із гарматами під брезентом, я був мокрий, змерзлий і дуже голодний. Зрештою я перевернувся на інший бік і ліг на живіт, поклавши голову на руки. Моє коліно заніміло, але його стан був цілком задовільний. Валентині чудово впорався. Половину відступу я пройшов пішки й частину Тальяменто переплив із його коліном. То було справді його коліно. Інше коліно було моє. Лікарі щось із тобою робили, і тоді це вже було не твоє тіло”).

Мотив відчуття “не-свого” тіла тісно переплітається з епізодами роману Е. М. Ремарка

“All Quiet on the Western Front”, де тілесна травма вказує на незворотні процеси в організмі. Пауль Боймер поступово одужує після поранень, натомість його товариш Альберт утрачає ногу по саме стегно, що радикально змінює його подальше життя:

“What is an amputated leg, Albert? They do fine things with artificial limbs” [38, с. 37] (переклад: “Що таке ампутована нога, Альберте? З протезами зараз роблять дивовижні речі”).

Ще одна форма тілесної вразливості постає у романі А. Дражека “Bridges in the Darkness”. На відміну від фронтового поранення чи ампутації, тут ідеться про хронічний стан – ваду серця, яка не пов’язана безпосередньо з бойовими діями, однак визначає життєву траєкторію героя, адже він прагнув вступити до лав Збройних сил України. Алекс не любить говорити про свій діагноз, бо згадка про нього породжує жалість – почуття, які він свідомо відкидає. Усвідомлення неможливості “позбутися” цієї частини себе формує відчуття залежності від власного тіла:

“The fact that I had a nurse for a mother truly did help my condition, but I knew without a doubt that I would have to deal with this for the rest of my life” [22, с. 56] (переклад: “Те, що моя мати була медсестрою, справді допомагало підтримувати мій стан, але я без жодних сумнівів знав: мені доведеться жити з цим усе життя”).

Афективно-соматичні маркери війни: sharp and hot swelled in Pax’s chest / у грудях Пакса щось гостре й гаряче раптом спалахнуло; stressful event / виснажливе випробування.

У романі М. Галлахера “Daybreak” емоційна напруга героя набуває тілесного виміру ще до моменту бойового контакту. Простір руху – автобус, що прямує до кордону, зимова темрява, колона військової техніки формує атмосферу переходу в інший екзистенційний стан. Внутрішня мобілізація героя вербалізується через соматичний імпульс:

“Something sharp and hot swelled in Pax’s chest. Haven’t felt like this in a long time, he thought. It was thrill. It was fear. More than anything, Pax felt like someone again” [24, с. 6] (переклад: “У грудях Пакса щось гостре й гаряче раптом спалахнуло. Давно я такого не відчував, – подумав він. Це було хвилювання. Це був страх. Але понад усе Пакс знову відчув себе кимось”).

Натомість у романі А. Дражека “Bridges in the Darkness” афективно-соматичний компонент війни проявляється в іншій конфігу-

рації – як поєднання внутрішньої напруги та соціального осуду. Перебування поза фронтом, вимушена еміграція, проходження імміграційних процедур формують відчуття екзистенційної невідповідності: герой стикається з фізичною виснаженістю, а ще із моральним тиском суспільних очікувань:

“Sorting through immigration, the long queues, and everything had been a rather stressful event, and that was not the only thing” [22, с. 16] (переклад: “Оформлення імміграційних документів, довгі черги – усе це стало доволі виснажливим випробуванням, і це була не єдина проблема”).

Сказане вище цілком і повністю засвідчує, що в текстах художнього стилю військово-медична та воєнно-медична макрогрупи, у взаємодії відповідних мікрогруп перео-

смилюють медичну номінацію як засіб всебічного розкриття антропологічної вразливості, тілесної крихкості, граничних станів людського життя в умовах війни.

Узагальнення результатів подаємо у вигляді схеми (див. рис. 1), що візуалізує фреймову організацію військово-медичної та воєнно-медичної макрогруп і відповідних мікрогруп в офіційно-діловому, публіцистичному та художньому стилях, які по-різному актуалізують інституційно-організаційний і антропологічно-екзистенційний вектори воєнної семантики та визначають специфіку їхньої термінологічної реалізації.

Аналіз засвідчує, що система мови війни й терміносистема кризової медицини утворюють цілісну лінгвополітичну модель, яка різною мірою репрезентує інституційні, нор-

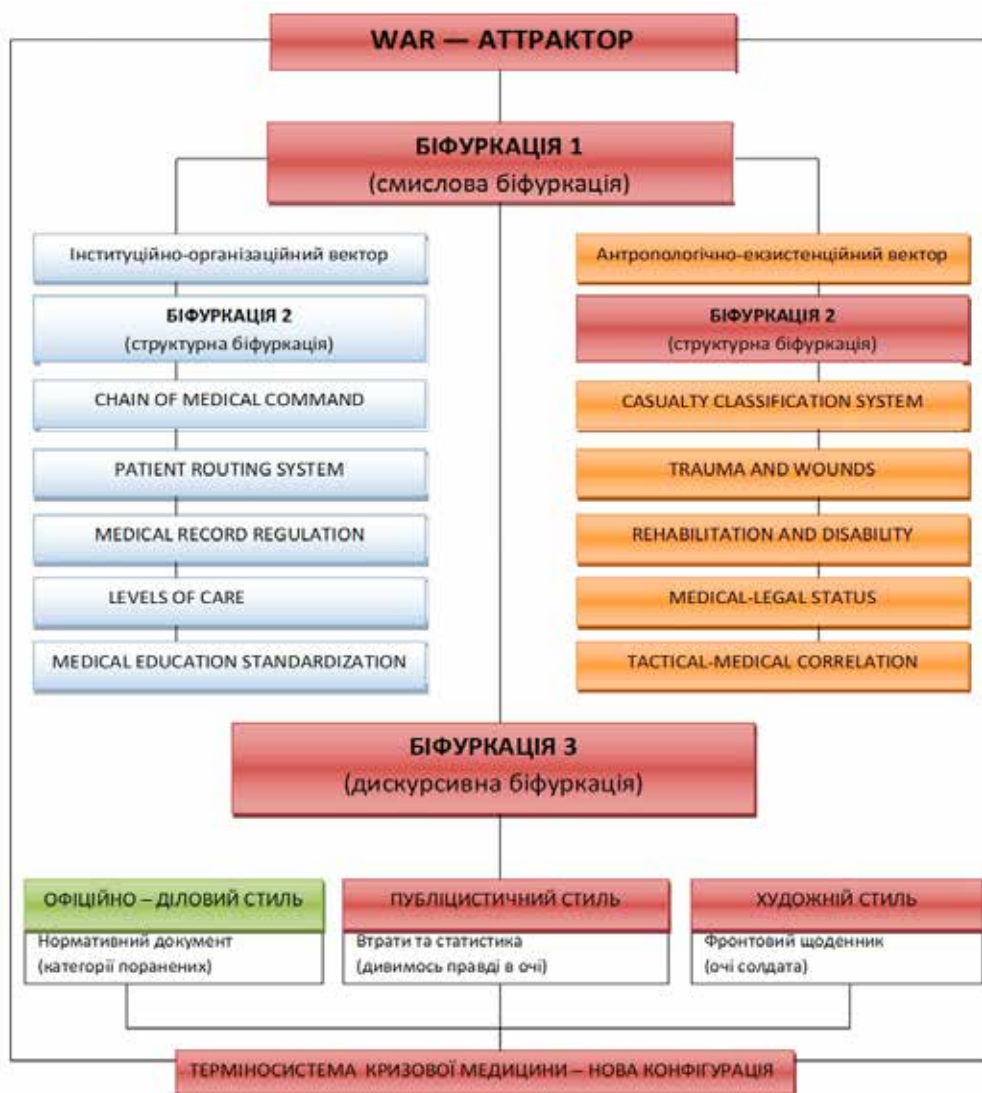


Рис. 1. Фреймова конфігурація військово-медичної та воєнно-медичної макрогруп у терміносистемі кризової медицини

мативні й антропологічні параметри цього соціально-історичного явища, а отже виявляє тісний зв'язок мовного структурування війни з її політико-правовим унормуванням, у якому медична номінація постає системо-організувальним чинником.

Висновки. Послідовне вивчення цілісної наповнюваності терміносистеми кризової медицини в офіційно-діловому, публіцистичному та художньому стилях дозволило виокремити два взаємопов'язані, але семантично різні вектори воєнної семантики – інституційно-організаційний та антропологічно-екзистенційний, що зумовлюють формування військово-медичної та воєнно-медичної макрогруп. Дібраний матеріал структуровано за фреймово-функціональним принципом із поділом на макро- й мікрогрупи, що уможливило описати їхню внутрішню організацію як когнітивно-дискурсивну модель. Військово-медична макрогрупа репрезентує інституційно-процедурний порядок – регламентацію допомоги, логістику евакуації, стандартизацію протоколів і підготовку персоналу; воєнно-медична макрогрупа фокусує увагу на наслідках збройного протистояння – травмі, доказовій фіксації злочинів, болю, тілесній крихкості.

Результати дослідження підтвердили поліфункційність термінології кризової медицини: в офіційно-діловому стилі вона виконує регулятивно-класифікаційну функцію; у публіцистичному – забезпечує суспільну концептуалізацію воєнно-медичного

досвіду; у художньому – стає засобом антропологічного осмислення граничних станів людського життя. Найбільш наповненою, за результатами аналізу, виявилася офіційно-ділова площина функціонування терміносистеми кризової медицини. Її визначальною ознакою є домінування доктринально-процедурних і доктринально-класифікаційних фреймів, що структурують термінологічну організацію – вертикаль медичного командування, систему переміщення пацієнтів, класифікацію втрат, оцінювання патологій і встановлення медико-правового статусу випадку.

Застосування фреймового підходу як когнітивного інструменту моделювання знань засвідчило його методологічну продуктивність для пояснення того, яким чином воєнна семантика визначає функціональну спрямованість терміносистеми кризової медицини – кодифікацію алгоритмів медичного забезпечення, вербалізацію травматичного досвіду, фіксацію тілесної вразливості. У результаті встановлено, що структурна організація цієї терміносистеми відтворює дві домінуючі логіки воєнної семантики – інституційно-організаційну та антропологічно-екзистенційну, які формують когнітивно-дискурсивну модель функціонування терміносистеми кризової медицини. Перспективу прийдешніх студій пов'язуємо з поглибленням когнітивного моделювання воєнної семантики та уточненням її ролі у формуванні й розвитку терміносистеми кризової медицини.

Література:

1. Венжинович Н. Ф. Фраземіка української літературної мови в контексті когнітології та лінгвокультурології. Ужгород : ФОП Сабов А. М., 2018. 463 с.
2. Дем'янчук Ю. Лінгвополітична синергетика: становлення та перспективи дослідження. *Вісник КНЛУ. Серія Філологія*, 2024. Том 27. № 2. С. 75–102.
3. Дем'янчук Ю. Лінгвістика війни: виникнення, концептуалізація та вектори подальшого розвитку. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Філологія. Журналістика*, 2025. С. 220–233.
4. Дем'янчук Ю. Генеза становлення мови війни в історико-політичному та історико-художньому контексті (український досвід). *Закарпатські філологічні студії*, 2025. Вип. 39. С. 171–192.
5. Дем'янчук Ю. Метафори війни в експериментальній лінгвополітичній синергетиці: дисонанс між офіційною риторикою та емпіричною реальністю війни. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Сер.: Філологія*, 2025. № 73. С. 39–50.
6. Дем'янчук Ю. Міжнародний суд ООН в системі воєнної конфліктології: від юрисдикції до політичного впливу. *Судова експертиза: перспективи розвитку та окремі вектори змін : V Всеукраїнський форум судових експертів (м. Львів, 6 червня 2025 р.)*. Одеса : Видавництво «Юридика», 2025. 572 с.
7. Дем'янчук Ю. І. Лінгвополітична синергія засобів мови війни в текстах офіційно-ділового, публіцистичного та художнього стилів. *Записки з українського мовознавства*, 2025. Вип. 32. С. 170–204.
8. Дем'янчук Ю. І. Воєнно-політична та військово-політична лексика у фокусі теоретичної лінгвополітичної синергетики. *Закарпатські філологічні студії*, 2025. Вип. 41. Том 1. С. 292–316.
9. Дем'янчук Ю. І. Словосполуки з компонентом «війна» у макролінгвополітичній синергетиці воєнної комунікації. *Академічні студії. Серія «ГУМАНІТАРНІ НАУКИ»*, 2025. Вип. (3), С. 21–38.
10. Дем'янчук Ю. І. Від колоніальності до неоімперського ревізйонізму: мова війни у воєнній конфліктології. *Закарпатські філологічні студії*, 2025. Вип. 42. Том 2. С. 182–207.

11. Дем'янчук Ю. І. Військова vs воєнна фразеологія в системі мови війни в рамках мікролінгвополітичної синергетики. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Філологія*, 2025. С. 63–81.
12. Дем'янчук Ю. Лінгвополітична синергетика мови війни : монографія / Юлія Дем'янчук. Львів : Львівський національний університет імені Івана Франка, 2026. 532 с.
13. Єщенко Т. А. Когнітивні механізми утворення медичних термінів: концептуальна метафора. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Філологія. Журналістика*, 2025. Том 36 (75). № 4. Частина 1. С. 37–44.
14. Застріжна Л. В., Царик Г. М., Снітовська О. Й. Когнітивне моделювання англомовної медичної термінології. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»: серія «Філологія»*. Острогоз : Вид-во НаУОА, 2023. Вип. 19(87). С. 8–11.
15. Bai W., Zhang C., Zhai Y. et al. Cognitive Analysis of Medical Decision-Making: An Extended MULTIMOORA-Based Multigranulation Probabilistic Model with Evidential Reasoning. *Cogn Comput* 16, 2024. P. 3149–3167. URL: <https://doi.org/10.1007/s12559-024-10340-x> (дата звернення: 10. 12. 2025).
16. Brown D. The well-armed medic. 2010. URL: <https://www.washingtonpost.com/archive/health/2010/11/02/the-well-armed-medic/554cd362-e606-11df-be4a-ab850a8c60f2/> (дата звернення: 04. 01. 2026).
17. Cimino J. J., Li Z., Weng C. An Exploration of the Terminology of Clinical Cognition and Reasoning. *AMIA Symposium*, 2018. P. 321–329.
18. Clarke R. We have a rule when we hear the sirens: if you've started operating, you don't stop': 24 hours with doctors on the Ukrainian frontline. 2025. URL: <https://www.theguardian.com/world/2025/feb/22/we-have-a-rule-when-we-hear-the-sirens-if-youve-started-operating-you-dont-stop-24-hours-with-doctors-on-the-ukrainian-frontline> (дата звернення: 14. 02. 2026).
19. Coates J. B. (Editor in Chief), Hoff E. C. (Editor for Preventive Medicine). Personal health measures and immunization. Medical Department, United States Army Preventive medicine in World War II. Office of the Surgeon Department of The Army Washington, D.C., 1955. Vol. III. 394 p.
20. Crew A. E. The Army Medical Services. History of the Second World War. United Kingdom Medical Series (Editor- in - Chief Sir Arthur S. Mac Nalty). Her Majesty's Stationery Office. London. *Administration*. Volume I. 1953. 530 p.
21. Dahm M. R. A socio-cognitive investigation of English medical terminology: dynamic varieties of meaning. *Lexicography*, 2018. 4(1), P. 81–103. URL: <https://doi.org/10.1007/s40607-018-0039-9> (дата звернення: 22. 01. 2026).
22. Drazek A. Bridge in the Darkness. 2023. 203 p.
23. Frank A. Diary of a young girl. (first published in 1952, 285 p.). Penguin Classics (reissued in 2019). 2019. 339 p.
24. Gallagher M. Day Break. Atria Books. 2024. 256 p.
25. Harding L. Six metres below ground: inside the secret hospital treating Ukrainian soldiers injured by Russian drones. 2025. URL: <https://www.theguardian.com/world/2025/oct/25/underground-hospital-ukrainian-soldiers-injured-by-russian-drones> (дата звернення: 17. 02. 2026).
26. Harkup K. Chlorine: the gas of war crimes. 2016. URL: <https://www.theguardian.com/science/blog/2016/sep/16/chlorine-the-gas-of-war-crimes> (дата звернення: 28. 02. 2026).
27. Hemingway E. A Farewell to Arms. (first published in 1929). Penguin Books. 2023. 293 p.
28. Hoare Ph. Palace of pain: Netley, the hospital built for an empire of soldiers. 2014. URL: <https://www.theguardian.com/artanddesign/2014/aug/21/royal-victoria-hospital-netley-ww1-first-world-war-photographs-documentary-philip-hoare> (дата звернення: 05. 01. 2026).
29. Israilova I. Kh. Metaphorical And Frame Models as Means of Cognitive Representation of Medical Knowledge in Teaching Medical English. *American Journal of Philological Sciences*, 2025. 5(10), P. 217–222. URL: <https://doi.org/10.37547/ajps/Volume05Issue10-57> (дата звернення: 09. 02. 2026).
30. Jaffin J. H. Medical support for the american expeditionary forces in france during The First World War. AMEDD Center of History & Heritage. Fort Leavenworth, Kansas. 1990. URL: <https://achh.army.mil/history/book-wwi-jaffin-default> (дата звернення: 10. 01. 2026).
31. Kelly J. Army photographer's orders: Capture the medical story of World War II on film. 2020. URL: https://www.washingtonpost.com/local/army-photographers-orders-capture-the-medical-story-of-world-war-ii-on-film/2020/07/13/d0121626-c520-11ea-8ffe-372be8d82298_story.html (дата звернення: 25. 01. 2026).
32. Levi P. If this is a man. ("Se questo e un uomo", first published in 1958). Introduction copyright. David Baddiel. 2023. 457 p.
33. Lynch Ch., Ford J. H., Weed F. W. The Medical Department of the United States Army in the World War, Volume VIII, Field Operations, (Washington, D.C.: Government Printing Office, 1925). 1925. P. 84–86
34. Miller C. The War Came to Us: Life and Death in Ukraine. Bloomsbury. 2023. 293 p.
35. North Atlantic Treaty Organization. NATO STANDARD AJP-4.10 Allied Joint Doctrine for Medical Support. Edition C. Version 1. Published by the NATO STANDARDIZATION OFFICE (NSO). 2019. 124 p.
36. Ogiela M. R., Ogiela L. Application of Cognitive Information Systems in Medical Image Semantic Analysis. *Electronics*, 2024. 13(2), 325 p. URL: <https://doi.org/10.3390/electronics13020325> (дата звернення: 27. 12. 2025).

37. Partnership for Peace Consortium, ADL Working Group / George C. Marshall European Center for Security Studies. Training & Education in War: Ukrainian MILMED Requirements. Information paper on Ukraine Military Medical Training & Education Requirements. 2023. 19 p.
38. Remarque E. M. Westen nichts Neues. Propyläen-Verlag. Berlin. 1929. All Quiet on the Western Front Written by: Erich Maria Remarque Translated by: Katharina Rout, 2024. 348 p.
39. Rusk H. A. Military Medical Units. 1957. URL: <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1957/09/01/90838468.html?pageNumber=26> (дата звернення: 10. 02. 2026).
40. Sabbagh D. Truly humbling: inside the centre where UK medics are helping Ukrainian amputees. 2026. URL: <https://www.theguardian.com/world/2026/jan/02/uk-medics-helping-ukrainian-amputees-rehabilitation-centre> (дата звернення: 09. 01. 2026).
41. Sir Macphail A. The medical services. Official history of the Canadian forces in the Great War 1914–19. Published by Authority of the Minister of National Defence, under direction of the General Staff. 1925. 428 p.
42. Sir Macpherson W. G., Sir Herringham W. P., Elliott T. R., Balfour A. (editors) Medical services (Diseases of the War). History of the Great war based on official documents. Vol. II Including the Medical Aspects of Aviation and Gas Warfare, and Gas Poisoning in Tanks and Mines. London. Printed & published by his Majesty's stationery office. 1923. 621 p.
43. The New York Times. MORE ATROCITIES LISTED. 1944. P. 5 URL: <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1944/08/04/87460577.html?pageNumber=5> (дата звернення: 18. 02. 2026).
44. War Department. Document No. 504 (Office of the Surgeon General). Manual for the Medical Department. United states Army. 1916. CORRECTED TO APRIL 15, 1917 (Changes, Nos. 1 and 2). Washington Government printing office. 1917. 395 p.
45. War Department. Medical Field Manual (Medical Service of Field Units). Reference FM 8-10. United States, Government Printing Office, Washington. March 28, 1942. 285 p.
46. Woodward B. War. Simon & Schuster. 2024. 435 p.
47. World Health Organization. Ukraine crisis strategic response plan for June – December 2022. 2022. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/173b3186-7560-45e3-ba3a-a2db53842047/content> (дата звернення: 10. 12. 2025).
48. Zhang J., Representations of health concepts: a cognitive perspective, *Journal of Biomedical Informatics*, 2002. Vol. 35, Iss. 1, P. 17–24.

Дата першого надходження статті до видання: 20.03.2026

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 20.04.2026

Дата публікації (оприлюднення) статті: 29.05.2026