

ЗАГАЛЬНЕ МОВОЗНАВСТВО

УДК 338.001.36

DOI <https://doi.org/10.32782/2710-4656/2026.1.1/35>

Дем'янчук Ю. І.

<https://orcid.org/0000-0001-8722-5568>

Львівський національний університет імені Івана Франка

ЛІНГВІСТИКА КРИЗОВОЇ МЕДИЦИНИ ЯК НАПРЯМ ЛІНГВОПОЛІТИЧНОЇ СИНЕРГЕТИКИ

Кожній дисципліні потрібна власна мова.

Тільки тоді можна буде ефективно спілкуватися науковим шляхом

М. Дебакер

У статті обґрунтовано генезу лінгвістики кризової медицини – нового міждисциплінарного напрямку лінгвополітичної синергетики, що розглядає мову кризової медицини як відносно автономну, відкриту й самоорганізовану систему, що перебуває у взаємодії з правовими, політичними, безпековими та гуманітарними надсистемами. Теоретико-концептуальну основу дослідження становить концептуалізація кризової медицини як надгалузевої категорії макрорівня, що інтегрує військову медицину (воєнний сегмент) і медицину катастроф (цивільний сегмент) та водночас виокремлює тактичну медицину (ТССС) як мікрорівневий операційно-доктринальний підрівень догоспітальної допомоги. Об'єктом дослідження визначено мову кризової медицини, а предметом – термінологію та дискурсивні форми кризового реагування (воєнно-медичний і військово-медичний дискурси як нормативно організовані моделі “мови в дії”), а також воєнно-медичну й військово-медичну комунікацію як процесуальну реалізацію цих моделей у відповідних інституційних контекстах. Доведено, що ключовою функцією системи мови кризової медицини є кодифікація клінічного знання та емпіричного досвіду (зокрема бойового) у регулятивні моделі дії – терміни, протоколи, доктринальні положення й освітні стандарти, які забезпечують координацію суб'єктів, уніфікацію практик, а ще керованість системи охорони здоров'я.

Методологічну основу становить триангуляція: (1) термінологічний аналіз (структурний, семантичний, прагматичний) для моделювання кризово-медичної терміносистеми (термінології кризової медицини); (2) когнітивний аналіз для реконструкції концептосфери, фреймів і сценаріїв кризового реагування, ба більше, метафоричних моделей травми, ризику, медичної дії та виживання; (3) синергетичне системне моделювання для опису нелінійної динаміки мовної системи, її стабілізаційних механізмів і точок біфуркації, що маркують перехід від хаотичного до стабільного стану. У підсумку окреслено п'ять векторів подальшого розвитку напрямку (метатеоретично-синергетичний, дискурсологічний, термінологічний, когнітивний, лінгвополітичний) та визначено перспективу студій у створенні репрезентативного корпусу текстів кризової медицини.

Ключові слова: лінгвістика кризової медицини, лінгвополітична синергетика, мова кризової медицини, термінологія кризової медицини, мова війни, кризова медицина, військова медицина, медицина катастроф, тактична медицина.

Постановка проблеми. Пріоритетом суспільства в різні історичні періоди – воєнні, міжвоєнні, повоєнні, зосібна в надзвичайних ситуаціях, що загрожують життю, є професійна мужність,

моральна стійкість і героїзм медичних працівників. Передусім гнітить думка про те, що їхня професійна діяльність у кризових умовах нерідко завершується самопожертвою.

© Дем'янчук Ю. І., 2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0



Історичні джерела засвідчують, що кризовий характер медичної діяльності у війні усвідомлювали вже на початку ХХ століття. Так, в архівному документі-звіті хірурга А. Фонтлероя “Report on the Medico-Military Aspects of the European War” у підрозділі “The Medico-Military Aspects of the European War from Observations Taken Behind the Lines of the Allied Armies in France” (1915) описано складність надання польової хірургічної допомоги. Автор зазначає, що постійний відступ військових підрозділів практично унеможливував створення польових шпиталів, евакуацію поранених і навіть поховання загиблих. Ледве вдавалося сформулювати тимчасові медичні осередки для надання допомоги, як надходив наказ про відступ, що змушувало медиків обмежуватися мінімальними перев’язками та залишати поранених на полі бою, де ті, хто вижив, часто потрапляли в полон [27, с. 3].

Феномен кризової медицини можна розглядати в багатьох аспектах – клінічному, організаційному, гуманітарному, військовому, правовому та політичному. Однак мовний вимір досі залишається концептуально маргіналізованим, хоча власне мова кризової медицини структурує знання про граничні стани життя і смерті, визначає логіку прийняття медичних рішень.

У теорії лінгвополітичної синергетики нами здійснено системний аналіз закономірностей лінгвополітичної синергії засобів мови війни в офіційно-ділових, публіцистичних і художніх текстах, а ще з’ясовано механізми переходу системи мови війни від хаотичного до стабільного стану у різні історичні періоди. Як вислід цього дослідження окреслено генезу лінгвістики кризової медицини – нового теоретико-методологічного напрямку лінгвополітичної синергетики, що репрезентує відносно автономну, самоорганізовану систему мови та дискурсу кризового медичного реагування. Власне цей напрям становить фокус пропонованої студії.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Міжнародне гуманітарне право (МГП), яке також називають “правом війни” або “правом збройних конфліктів”, встановлює правила, спрямовані на обмеження наслідків збройного конфлікту з гуманітарних міркувань. Воно захищає осіб, які не беруть або більше не беруть участі в бойових діях, а також встановлює обмеження щодо засобів і методів ведення війни [36]. У лінгвополітичному вимірі МГП функціонує як нормативний метадискурс, в структурі якого гуманітарні принципи кодифікуються спеціалізованою правово-

медичною термінологією, що формує глобальну нормативну модель медичної діяльності у війні. Відповідно до Женевських конвенцій і Додаткових протоколів, медичний персонал, призначений виключно для виконання медичних функцій, повинен за будь-яких обставин користуватися повагою та захистом, якщо він не вчиняє дій, що завдають шкоди противнику поза межами своєї гуманітарної функції (GC I, Art. 24; AP I, Art. 15; Rule 28 CIHL Study). Носіння та використання зброї для самозахисту або захисту поранених і хворих не позбавляє медичний персонал статусу захищених осіб (GC I, Art. 22(1); GC II, Art. 35(1); AP I, Art. 13(2)(a)). Водночас поранені та хворі, які перебувають під опікою медичного персоналу, залишаються захищеними навіть у випадку втрати медичним персоналом власного захисту [36, с. 2].

Мовна репрезентація норм міжнародного гуманітарного права формує правово-гуманітарний дискурс медицини війни, в якому юридичні категорії поєднуються з медичною та військовою термінологією, утворюють синергетичну терміносистему кризового медичного реагування. Мовні та дискурсивні засоби цього дискурсу трансформують міжнародно-правові норми у нормативні алгоритми військово-медичної практики, доктринальні положення і освітні стандарти підготовки медичного персоналу.

Одним із перших системну спробу окреслити значущість мови кризової медицини та медицини катастроф і систематизувати її термінологію здійснив В. Ганн, який уклав багатомовний словник “Multilingual Dictionary of Disaster Medicine and International Relief” (1990), зосереджений на терміносистемі, пов’язаній із природними й техногенними катастрофами [31]. Це видання стало першою спробою автора – одного з провідних експертів в галузі медицини катастроф і ліквідації наслідків масових уражень, системно впорядкувати міжнародну термінологію медицини катастроф. Праця заклала магістральну теоретичну основу для подальшого укладання глосарію нових концепцій “Glossary of New Concepts in Disaster Medicine” як доповнення до багатомовного словника Ганна, який було підготовлено М. Дебакером, Б. Домресом та Я. Буром [24]. Розширену версію праці було оприлюднено згодом під назвою “Dictionary of Disaster Medicine and Humanitarian Relief” [32]. Друге видання стало універсальним довідником для широкого кола фахівців, залучених до реагування на надзвичайні ситуації, зосібна рятувальників, парамедиків, лікарів, технічних спеціалістів, інженерів, метеорологів,

представників правоохоронних структур, організаторів державних і міжнародних служб, політиків, журналістів та посадовців урядових і неурядових організацій. Військова медицина закономірно залучає термінологічні напрацювання медицини катастроф, адже обидві сфери функціонують у режимі масових уражень, дефіциту ресурсів, потреби в чітких алгоритмах евакуації.

Взаємозв'язок системних елементів кризової медицини та медицини катастроф із військовою медициною зумовлений подібністю умов підвищеної небезпеки, уніфікованими алгоритмами реагування на масові ураження, а також спільністю протоколів надання допомоги. Разом з тим він залежить від характеру загроз і наявних можливостей медичного забезпечення у конкретний момент реагування. У статті “Military Medicine” Г. Сарла визначає військову медицину як спеціалізовану галузь, спрямовану на забезпечення потреб збройних сил. Автор зазначає, що під час бойових дій із застосуванням штурмової зброї військовослужбовці зазнають різних типів поранень і захворювань, зумовлених характером уражень та специфікою бойового середовища. Військова медицина, за словами автора, суттєво вплинула на становлення сучасної цивільної медицини: низка процедур, які нині вважаються рутинними, зокрема “відкладене первинне шовування” та “хірургія контролю пошкоджень”, походять власне з військово-медичної практики та увійшли до цивільної медицини як спеціалізовані клінічні терміни. Дослідник простежує історичну еволюцію військової медицини від ранніх цивілізацій до елліністичних і римських армій, в яких сформувалися впорядковані системи медичного супроводу бойових операцій за участю хірургів безпосередньо в зоні бойових дій. Подальший розвиток, за спостереженням автора, у середньовічний період був пов'язаний із появою шпиталів і запровадженням військової хірургічної підготовки, а в Новий час він продовжився завдяки інституціоналізації полкової медичної служби. Окремо підкреслюється роль Громадянської війни у США як етапу помітного вдосконалення амбулаторної допомоги пораненим солдатам [46, с. 95].

Окрім клінічного аспекту, в сучасному науковому просторі формується лінгвістичний, пов'язаний зі стандартизацією та унормуванням спеціалізованої термінології в правових і доктринальних документах військової медицини. Цей аспект охоплює аналіз того, як військовий дискурс і нормативна мова війни впливають на формування військово-медичної терміносфери. Засадни-

чою працею слугує стаття “The Military Metaphors of Modern Medicine” А. Фукса, в якій автор переконливо доводить, що сучасна медицина глибоко пронизана військовими метафорами. Науковець звертає увагу на поширені риторичні формули як-от “війна з раком”, “чарівні кулі”, “срібні кулі”, “терапевтичне озброєння”, “збудники хвороб”, “захист організму” або “накази лікаря”, що закріпилися в професійній й публічній медичній сферах. Таке метафоричне мислення, сформоване військовим дискурсом, репрезентує пацієнта як поле бою, на якому лікар-комбатант протистоїть персоніфікованому ворогу – хворобі. За спостереженням Фукса, у межах мілітаризованої концептуалізації медицини фокус професійної уваги поступово зміщується на хворобу як центральний об'єкт аналізу, що призводить до витіснення пацієнта з позиції повноцінного співрозмовника у взаємодії “лікар – пацієнт”. Процес діагностики зосереджується на пошуку гіпотетичного агента захворювання, а лікування вибудовується за логікою “викорінення та перемоги” [28]. У підсумку Фукс висновок, що військові метафори пронизують медичний дискурс, формують специфічний тип професійного мислення й обмежують здатність лікарів і суспільства загалом адекватно реагувати на зростаючий тягар хронічних захворювань, для яких логіка “боротьби” та “перемоги” виявляється концептуально недостатньою.

Про роль термінологічного унормування як чинника перетворення медичного знання на керувану практику в період війни йдеться у статті В. Жаховського та В. Лівінського “Терміни та визначення: їхня роль і значення у військовій медицині”. У дослідженні проаналізовано процес упровадження військово-медичної термінології та окремих дефініцій у законодавчих і нормативно-правових актах, зокрема у доктринальних і керівних документах, що регламентують систему охорони здоров'я військовослужбовців і медичне забезпечення сил оборони. Автори виявляють суттєві розбіжності у формуванні й застосуванні відповідних термінів і переконливо доводять, що відсутність уніфікованої терміносфери унеможливує узгоджене розуміння сутності завдань, заходів, алгоритмів медичної дії. Натомість встановлення єдиних підходів до унормування військово-медичної термінології та її закріплення в нормативних і доктринальних джерелах стане основою ефективного управління медичним забезпеченням сил оборони й гарантією надання якісної медичної допомоги пораненим, травмованим і хворим військовослужбовцям [12].

Методологічним інструментом такого унормування виступають лінгвістичні дослідження військово-медичної терміносфери, що спираються на аналіз спеціалізованих корпусів і уможливають її системну класифікацію. Показовою у цьому сенсі є праця “Military Acronyms: Notion, Categorization and Classification” І. Блощинського, О. Лемешка, О. Глухманюка та інших, в якій здійснено комплексний огляд акронімів англійськомовної військової термінології на матеріалі правових документів, офіційних ресурсів Державної прикордонної служби України, фахових журналів і термінологічних словників [18]. Автори систематизували 718 найуживаніших акронімів і класифікували їх за сферами функціонування: управління, служби, військових операцій, озброєння і техніки, військової медицини, військового права, транспорту, ядерної галузі та організаційної структури Збройних сил.

Попри зростаючу увагу до термінологічного унормування, критика мілітаризації медичного дискурсу зміщує аналітичний фокус у бік осмислення ширших соціокультурних ефектів медикалізації війни, які в антропологічному вимірі досліджує О. Бехрузан у праці “Medicalization as a Way of Life (The Iran–Iraq War and Considerations for Psychiatry and Anthropology)”. Авторка зауважує, що більшість дебатів щодо післявоєнного психологічного здоров’я зосереджені на клінічній оцінці індивідуального досвіду ветеранів і цивільного населення, пов’язаного з “травмою” воєнного часу, а психологічне “потойбічне життя” війни та соціальні зрушення, які вона породжує, не можуть бути зведені до клінічного артефакту індивідуальної травми або відірвані від історичних і культурних значень, що цю травму супроводжують. Бехрузан наголошує, що покоління “дітей війни” продовжують пам’ятати, осмислювати й проживати культурні трансформації, які непомітно інтегрують воєнний досвід у повсякденне життя. Аналізуючи медикалізацію спогадів про ірано-іракську війну, дослідниця демонструє, як симптоми, подібні до посттравматичного стресового розладу (ПТСР), або діагностована депресія парадоксальним чином переосмислюють, здавалося б, десоціалізуючий акт медикалізації, перетворюючи його на інструмент ресоціалізації воєнного досвіду за допомогою “очищеної” мови біомедицини [16]. У підсумку підкреслено, що вихід за межі суто індивідуального й клінічного розуміння травми потребує інтеграції антропологічного бачення хвороби та її культурної зумовленості в систему медичної педагогіки.

Власне на перетині лінгвістичного, антропологічного та клінічного підходів простежено прикладний вимір військової медицини, пов’язаний із реагуванням на надзвичайні ситуації. Переконливим у цьому контексті є аналіз поняття “ситуації масових втрат” (mass casualty situation, MASCAL), запропонований Г. Демерсом і Дж. Вайтманом у розділі “Mass Casualty Preparedness and Response” книги “Fundamentals of Military Medicine”. Автори трактують MASCAL як термін, що фіксує кількісне зростання постраждалих або підвищення тяжкості травм і момент перевищення функціональних можливостей медичної системи, за якого стандартні протоколи надання допомоги виявляються непридатними. У такий спосіб MASCAL постає як системоутворювальний термін, який визначає принципи організації медичної допомоги, зумовлює переорієнтацію лікувальних пріоритетів і потребує застосування спеціальних стандартів дії [25]. У межах цієї ж аналітичної рамки Н. Струкс, Р. Сапп та М. Керролл наголошують, що формування культури інклюзивної мови в середовищі екстреної медицини є важливим чинником підвищення довіри пацієнтів і суттєвим елементом покращення якості медичного догляду [48].

З огляду на те, що військово-медична терміносистема постійно розширюється з кожним новим збройним конфліктом у світі, очевидним є її динамічний і відкритий характер. Разом з тим можна з упевненістю твердити, що ця терміносистема вирізняється високим рівнем спеціалізації та значним семантичним навантаженням. Адекватне відтворення її мовних засобів у перекладі вимагає від перекладача глибокого розуміння і медичної, і військової сфер. У цьому зв’язку фаховий медичний переклад у період війни набуває щораз більшого значення, адже точність термінології безпосередньо корелює з ефективністю медичної допомоги та безпекою пацієнтів. У статті “Місце медичного перекладу у військовий час” К. Байша та О. Байша окреслюють ключові завдання медичного перекладу, зосібна підготовки відповідних фахівців в умовах широкомасштабних воєнних дій. Автори переконливо обґрунтовують, що ефективна комунікація й переклад у сфері охорони здоров’я є визначальними чинниками якості медичної допомоги. З-поміж основних викликів воєнного часу, які змінюють роль і інструментарій професійного медичного перекладу, виокремлено вимушену міграцію населення, діяльність міжнародних військових підрозділів і гуманітарних місій, а ще надходження медичних засобів поза

процедурами національної сертифікації. Особливо наголошено на потребі адаптації міжнародних рекомендацій і впровадження цифрових інструментів для подолання мовного бар'єру, зокрема за умови збереження принципу орієнтації на користувача у практиці медичного перекладу [1].

По-різному науковці підходять до проблеми перекладу медичної термінології, залежно від типу тексту, сфери її функціонування та комунікативних завдань. Так, у статті “Challenges in Translating Medical Terminology: A Comprehensive Analysis of English–Ukrainian Pharmaceutical Texts” А. Бехдай та Н. Гудкова розглядають особливості перекладу медичних інструкцій з англійської мови на українську. Автори аналізують термінологію, що функціонує в інструкціях до лікарських засобів, і наголошують на необхідності ґрунтовних фахових знань перекладача в галузі медичних наук: фармакології, біохімії та фармацевтичної хімії [15]. Особливу увагу приділено чинникам, що ускладнюють досягнення термінологічної адекватності, насамперед труднощам відтворення скорочень, епонімів, синонімів, латинізмів і грецизмів.

Узагальнюючи, системний підхід до аналізу мови кризової медицини забезпечує холістичне розуміння її термінологічних засобів і створює підґрунтя для подолання комунікативних викликів, пов'язаних із використанням функціонально маркованої лексики.

Варто наголосити, що лінгвістика кризової медицини як міждисциплінарний напрям наразі не інституціоналізована, оскільки й сама кризова медицина не закріплена в медичній науці як окрема галузь. Відповідно, її понятійно-категоріальний апарат, що перебуває на стадії формування, досі не став об'єктом лінгвістичного аналізу, що й визначає наукову **актуальність** нашої праці. На актуальність студії вказує й необхідність чіткої демаркації понять *кризова медицина* і *тактична медицина*, адже в сучасному науковому дискурсі ці терміни нерідко помилково ототожнюють або вживають як квазісинонімічні, що ускладнює теоретичну систематизацію кризово-медичного знання.

Постулюванню теоретичних засад генези лінгвістики кризової медицини передував аналіз репрезентативного масиву джерел у межах лінгвополітичної синергетики. Аналітичну базу становлять: 1) **тексти офіційно-ділового стилю**, зокрема декларації і міжнародно-правові акти; документи Ліги Націй; Пакт Бріана-Келлога (Kellogg–Briand Pact); Сент-Джеймська угода (St.

James Agreement); офіційне інтернет-представництво Президента України; резолюції Ради Безпеки ООН; документи НАТО, Парламентської асамблеї Ради Європи, Конгресу США; “Memorandum for the Record” (1941); “Treaty of Peace between Poland, Russia and the Ukraine” (1921); матеріали Нюрнберзького трибуналу; заяви Йосипа Сталіна (Генерального секретаря ЦК ВКП(б)); звіт “Report on the Medico-Military Aspects of the European War” (1915); лист “The Aims of the War: Letter of Lord Lansdowne to the London Daily Telegraph” (1918); офіційні заяви прем'єр-міністра Великої Британії Вінстона Черчилля; дипломатичні документи від Версальського до Ризького мирних договорів (1919–1921); матеріали Генеральної прокуратури України; заяви Посольства США в Україні (U.S. Embassy in Ukraine), Міністерства оборони Великої Британії (UK Ministry of Defence), Міжнародного суду ООН (International Court of Justice); комюніке Ялтинської конференції (1945); документи, що формували політику американських експедиційних сил (1917–1919), а також національні архівні документи із права, історії та дипломатії США; офіційні заяви президентів Вудро Вільсона, Франкліна Рузвельта, Адольфа Гітлера, Володимира Путіна, Володимира Зеленського, Дональда Трампа, Джо Байдена, Анджее Дуди; заяви Пентагону; телеграми кайзера Вільгельма II та царя Миколи II. Корпус охоплює часовий проміжок від 1914 до 2025 року, що забезпечує репрезентативність матеріалу для міждискурсивного, ба більше, діахронного аналізу стилістичних особливостей мови війни; 2) **тексти публіцистичного стилю**, репрезентовані матеріалами The Washington Post, The New York Times і The Guardian у діахронному зрізі – від архівних публікацій періоду Першої світової війни, міжвоєн'я та Другої світової війни до сучасного корпусу текстів, присвячених російсько-українській війні, з окремим акцентом на публіцистичних книгах Крістофера Міллера “The War Came to Us: Life and Death in Ukraine” та Боба Вудворда “WAR”; 3) **тексти художнього стилю** репрезентовані творами Ернеста Гемінґвея “A Farewell to Arms” (1929), Еріха Марії Ремарка “All Quiet on the Western Front” (1929), Прімо Леві “If This Is a Man” (1958), Анни Франк “The Diary of a Young Girl” (1952), Метта Галлахера “Day Break” (2024) та Артура Дражека “Bridge in the Darkness” (2023). До корпусу дослідження також залучено твір Дж. Р. Р. Толкіна “The Lord of the Rings” (1954), який, попри жанрову належність до фентезі, висвітлює поетико-міфологічну модель війни за владу. Його мовні образи та метафорика,

зокрема мотиви боротьби світла й темряви, дедалі частіше залучаються політиками й журналістами як інтертекстуальні паралелі у висвітленні російсько-української війни.

На евристичний потенціал виокремлення лінгвістики кризової медицини вказує серія наукових праць авторки, в яких послідовно вибудовується теоретико-методологічне підґрунтя для її введення до наукового розгляду. Зокрема, у статтях Ю. Дем'янчук: “Лінгвополітична синергетика: становлення та перспективи дослідження” [2]; “Лінгвістика війни: виникнення, концептуалізація та вектори подальшого розвитку” [3]; “Генеза становлення мови війни в історико-політичному та історико-художньому контексті (український досвід)” [4]; “Метафори війни в експериментальній лінгвополітичній синергетиці: дисонанс між офіційною риторикою та емпіричною реальністю війни” [5]; “Міжнародний суд ООН у системі воєнної конфліктології: від юрисдикції до політичного впливу” [6]; Лінгвополітична синергія засобів мови війни в текстах офіційно-ділового, публіцистичного та художнього стилів [7]; “Воєнно-політична та військово-політична лексика у фокусі теоретичної лінгвополітичної синергетики” [8]; “Від колоніальності до неоімперського ревізюнізму: мова війни у воєнній конфліктології” [10]; “Словосполуки з компонентом «війна» у макролінгвополітичній синергетиці воєнної комунікації” [9]; “Військова vs воєнна фразеологія в системі мови війни в рамках мікролінгвополітичної синергетики” [11] окреслено еволюцію мови війни як наддискурсивного феномена, що закономірно виводить дослідження до проблематики медичної комунікації в умовах війни, катастроф і кризового реагування. Запропонована стаття є логічним етапом узагальнення та концептуального розширення цих напрацювань.

Додатковим аргументом на користь виокремлення лінгвістики кризової медицини є безпосередня взаємодія авторки з бойовими медиками та діючими офіцерами Збройних сил України, а також із профільними оперативно-навчальними підрозділами Львівського державного університету безпеки життєдіяльності, що забезпечує емпіричну верифікованість і прикладну валідність дослідження.

Виклад основного матеріалу. Усвідомлення вирішальної ролі медицини у сфері людського буття, особливо в умовах криз, катастроф і збройних конфліктів, у сучасних міжнародних підходах головню згуртоване довкола первинної медико-санітарної допомоги як базового рівня системи

охорони здоров'я. У документі Всесвітньої організації охорони здоров'я “Primary Health Care and Health Emergencies”, підготовленому як частина серії з первинної медико-санітарної допомоги з нагоди Глобальної конференції з ПМСД під керівництвом Координаційної групи, очолюваної Едом Келлі (штаб-квартира ВООЗ), Гансом Клюге (Європейське регіональне бюро ВООЗ) та Відх'єю Ганеш (ЮНІСЕФ), акцентовано ключове значення первинної медико-санітарної допомоги в системі реагування на надзвичайні ситуації [53]. Окремо підкреслено важливість залучення місцевих громад, що підвищує рівень довіри до медичних послуг.

Первинна медико-санітарна допомога в цій системі виконує функцію інфраструктурної ланки кризового реагування та одночасно є чинником формування індивідуальної й колективної стійкості в період воєнних і гуманітарних викликів. Такий підхід концептуально корелює з історико-медичними дослідженнями війни та здоров'я.

Разом з тим формування стійкості є комунікативно опосередкованим процесом, в якому мова функціонує як інструмент смислового осмислення кризового досвіду. Так, у книзі “The First World War and Health: Rethinking Resilience” її редактори наголошують, що поняття стійкості тривалий час залишалось поза фокусом історичного аналізу. Запропоноване дослідження розширює аналітичні рамки осмислення стійкості та переосмислює взаємозв'язок війни й медицини, який раніше зводився переважно до практики допомоги пораненим і хворим солдатам. Центральною проблематикою книги є способи, в які стійкість проявлялася під час і після війни, а також соціальні, медичні й військові контексти, в яких вона формувалася. Аналіз охоплює досвід життя в умовах постійної присутності смерті й руйнувань – в окопах і шпиталях, а ще усвідомлення неминучості поранення або загибелі [52]. Автори книги переконливо демонструють, що формування стійкості відбувалося на перетині військового, медичного й соціального “світів”, кожен із яких володіє власною формою стійкості, залежною від гуманного контексту їх існування.

Щобільше, прикладна реалізація окреслених положень знаходить відображення у військово-медичних дослідженнях. Зокрема, полковник Рус Зайчук (Армія США) у книзі “Conventional Warfare: Ballistic, Blast and Burn Injuries” наголошує, що впродовж тисячоліть людської історії мало хто був вільний від війни, а технології виробництва зброї ніколи не демонстрували

регресу. Автор зауважує, що життєзберезувальні уроки війни часто втрачаються між конфліктами: медичні інновації у лікуванні травм, логістиці евакуації та функціонуванні віддалених медичних закладів нерідко відходять на другий план після завершення бойових дій. Проте потреба у фаховому корпусі військово-медичних текстів, а також у спеціалізованих довідниках, адаптованих до умов бойових дій і постконфліктного періоду, залишається актуальною. Як зазначає Р. Зайчук, цивільні хірургічні посібники не забезпечують вичерпних практичних рекомендацій для бойових умов [54]. Відповідно, мова формує мовну пам'ять військово-медичного дискурсу як механізм акумуляції та передавання клінічного досвіду війни. Упорядкування такого досвіду відображено й у структурі тому, що репрезентує принцип систематизації матеріалу: послідовно розглянуто типи озброєння та їхню ефективність, еволюцію й фізико-біофізичні засади ранової балістики, механізми первинної вибухової травми, принципи ведення балістичних і вибухових уражень, патофізіологію опіків.

Цікаво, що подальший розвиток цієї концепції простежується у формуванні інституційних та освітніх засад військової медицини. Так, Річард В. Томас, президент Університету медичних наук для військовослужбовців, та Артур Л. Келлерманн, декан Медичної школи імені Ф. Едварда Ебера, у передмові до підручника "Fundamentals of Military Medicine" пов'язують модернізацію військової медицини зі змінами, започаткованими наприкінці війни у В'єтнамі. Перехід США до повністю добровільної армії, як зазначають автори, зумовив перегляд підготовки кадрів і стимулював створення освітніх програм та інституцій, орієнтованих на формування професійного медично-військового персоналу. Університет медичних наук для військовослужбовців слугує центром підготовки військових медиків до лідерства та кар'єри національної служби. З початком XXI століття зростання обсягу медичних знань і зміна характеру воєнних операцій, за словами науковців, спричинили оновлення навчальної парадигми: військово-медична освіта ґрунтується на самостійному навчанні, роботі в малих групах і регулярному оновленні змісту з урахуванням досвіду бойових дій та операцій за кордоном. Окрім того, термінологічна система військово-медичного дискурсу виконує синергетичну функцію інституціоналізації знання у військово-медичній практиці. У навчальній програмі виокремлено чотири ключові напрями: професіоналізм і лідер-

ство; медичне забезпечення в умовах розгортання конфлікту; захист фізичного й психосоціального здоров'я військовослужбовців; передова медична допомога [44]. Дослідники стверджують, що підручник є першим за понад століття англійськомовним вступним корпусом знань, який маркує фундаментальні принципи військово-медичної практики та підкреслює історичну тяглість військової медицини. Частина викладених у книзі концепцій сягає напрацювань, закладених майором Джонатаном Летгерманом у період Громадянської війни в США, інша – спирається на значно давніші уявлення про забезпечення медичної допомоги.

Інституціоналізація військової медицини як освітньої та практичної галузі корелює з міжнародно-правовою гуманітарною доктриною, сформованою Міжнародним комітетом Червоного Хреста. У документі "Respecting and Protecting Health Care in Armed Conflicts and in Situations Not Covered by International Humanitarian Law" у розділі "International and non-international armed conflict" наголошено, що поранених та хворих потрібно поважати за будь-яких обставин, а замах на їхнє життя та насильство над їхньою особистістю суворо заборонені; умисне вбивство або заподіяння тяжких страждань чи серйозних травм кваліфікується як воєнний злочин відповідно до Женевських конвенцій (GC I, Art. 50; GC II, Art. 51). За певних обставин відмова в медичній допомозі може розглядатися як жорстоке або нелюдське поводження, образа людської гідності або навіть катування [36].

Операційно-практичний рівень інституціоналізації військово-медичного знання репрезентують публікації з тактичної допомоги пораненим на полі бою (Tactical Combat Casualty Care, TCCC), в яких поряд із описом типів уражень та підходів до їх лікування ключового значення набуває стандартизація догоспітальної допомоги. Мовне оформлення протоколів TCCC формує операційний дискурс догоспітальної допомоги, що трансформує клінічні рішення у нормативно регламентовані алгоритми дії. Йдеться передусім про роботи, в яких Дж. Б. Холкомб, С. Д. Гібнер, Н. Е. МакСвейн та Дж. Беріан у статті "Tactical Combat Casualty Care 2007: Evolving Concepts and Battlefield Experience" (журнал *Military Medicine*) окреслюють розвиток проєкту TCCC, ініційованого Командуванням спеціальних операцій ВМС США. Автори зазначають, що рекомендації TCCC, уперше опубліковані у 1996 році, відтоді системно оновлювалися під керівництвом Комі-

тету ТССС при Інституті оперативної медицини ВМС і поступово інтегрувалися в практику Міністерства оборони США. Підкреслено, що фахова медична література та польові звіти рятувальників документують ефективність ТССС у зниженні смертності та підвищенні операційної спроможності підрозділів. Разом з тим серед ключових викликів названо оперативне впровадження нових методик у бойових підрозділах, поширення підготовки на всі категорії комбатантів і належне фінансування Комітету ТССС [19].

Важливим узагальнювальним етапом систематизації накопиченого бойового та догоспітального медичного досвіду впровадження ТССС є стаття Ф. К. Батлера “Two Decades of Saving Lives on the Battlefield: Tactical Combat Casualty Care Turns 20”. В ній автор підсумовує двадцятирічний досвід функціонування ТССС як системи найкращих практик догоспітальної травматологічної допомоги, адаптованої до умов поля бою. Спираючись на розширену доказову базу та зворотний зв’язок від бойових медиків, санітарів і парарятувальників, науковець демонструє, що безперервна еволюція ТССС забезпечила впровадження низки критично важливих інновацій, як-от посиленого контролю зовнішньої кровотечі, удосконалених підходів до інфузійної реанімації при геморагічному шоку, ефективнішого знеболення та узгодження медичних протоколів із тактикою малих підрозділів [20]. У результаті ТССС було визнано стандартом допомоги при бойових травмах у Збройних силах США та арміях союзних держав, а також підґрунтям для впровадження напрацьованих військової догоспітальної травматології в цивільну медичну практику.

Витоки та концептуальні засади цієї системи Ф. К. Батлер розкриває у студії “Tactical Combat Casualty Care: Beginnings”, опублікованій у 2017 році. У ній ТССС визначено як сукупність науково обґрунтованих рекомендацій з догоспітальної травматологічної допомоги, спеціально адаптованих для застосування на полі бою. Автор наголошує на нетрадиційному характері походження цієї системи: програма ТССС постала як біомедичне дослідження ВМС США після усвідомлення того, що масивна кровотеча з кінцівок – основна причина потенційно запобіжних смертей на полі бою, упродовж тривалого часу не коригувалася простим, доступним і високоефективним засобом, а саме джгутом. Власне це усвідомлення стало імпульсом для комплексної переоцінки всіх аспектів допомоги пораненим у бойових умовах, яку в 1993–1996 роках спільно здійснили медичні

фахівці підрозділів спеціальних операцій та Університет медичних наук Збройних сил США [21]. Підсумком трирічного дослідницького проекту стало формування ТССС – першого системно оформленого набору рекомендацій, спеціально розроблених для поєднання принципів належної, доказово обґрунтованої медицини з тактикою малих підрозділів. На цьому синергетичному рівні мовна формалізація рекомендацій ТССС перетворює клінічні спостереження та емпіричні висновки на нормативний дискурс дії.

Закріплені в ТССС принципи доказово обґрунтованої догоспітальної допомоги знаходять своє крайнє втілення в дослідженнях з надання невідкладної медичної допомоги поза полем бою, передусім в умовах катастроф. Це переконливо засвідчує стаття В. Орлик “Emergency Medical Care for Victims with Crush Syndrome at the Pre-Hospital Stage”, в якій висвітлено актуальну і для воєнного, і для мирного часу проблему надання адекватної медичної допомоги постраждалим із синдромом здавлення залежно від тяжкості їхнього стану та тактичної ситуації на всіх етапах медичної евакуації. Особливу увагу в дослідженні приділено організації невідкладної допомоги відповідно до сучасних протоколів (PDF, CABDE, MARCH), а ще необхідності чіткого, скоординованого алгоритму дій, узгодженого із зонами евакуації – на місці події, у червоній, жовтій та зеленій зонах та під час транспортування й госпіталізації [45]. Авторка підкреслює, що коректне застосування сучасних методів інфузійно-трансфузійної терапії має вирішальне значення для допомоги постраждалим із синдромом здавлення на догоспітальному етапі, зокріпна в умовах бойових дій.

Застосування стандартів ТССС у медицині катастроф і військовій медицині створює аналітичне підґрунтя для інтерпретації емпіричних даних, що засвідчують релевантність і ефективність цих рекомендацій у сучасних збройних конфліктах. Такими емпіричними свідченнями слугують матеріали, присвячені російсько-українській війні. Як висвітлено у звіті “Ukraine Medical Lessons Learned Report”, опублікованому в журналі *The Pulse of Army Medicine* (березень 2025 року), український досвід тривалих бойових дій осмислюється з погляду підготовки військової медицини США до широкомасштабних бойових операцій. Автори наголошують, що затяжний характер війни, масове застосування артилерії та безпілотних систем, систематичні атаки на медичну інфраструктуру суттєво ускладнюють евакуацію поранених і зумовлюють потребу

в перегляді стандартних алгоритмів догоспітальної допомоги. У дискурсивному вимірі ці зміни супроводжуються лінгвістичною кодифікацією клінічного досвіду у бойових умовах, завдяки якій емпіричні медичні практики інституціоналізуються у вигляді нормативних доктрин і протоколів.

Аналіз українського досвіду виявляє низку критичних викликів, пов'язаних із реалізацією принципів тактичної допомоги пораненим: необхідність тривалого догляду за пораненими внаслідок збільшення часу евакуації; переоцінка практик накладання джгутів і контролю масивної кровотечі; організація мобільних банків крові; зростання кількості ампутацій та ускладнень; посилення ролі польової санітарії та психосоціальної підтримки особового складу. Окремо підкреслено вплив небойових захворювань і хронічних станів серед військовослужбовців, що додатково навантажує систему медичного забезпечення [51]. З огляду на ці спостереження, уроки російсько-української війни розглядаються у звіті як орієнтири для подальшого розвитку ТССС, а ще як імпульс для підвищення готовності та стійкості армійської медицини США до майбутніх воєнних і гуманітарних викликів.

На відміну від аналітичних звітів, що виконують функцію метадискурсивної рефлексії бойового медичного досвіду, міжнародні дослідження й симпозиуми репрезентують механізми передачі знань, їх інституціоналізації та легітимації в глобальних військово-медичних практиках. Збагачує цей процес мовний чинник, який у межах лінгвополітичної синергетики виступає синергетичним медіатором міжнародного обміну бойовим медичним досвідом і механізмом його дискурсивної інституціоналізації. З-поміж досліджень особливу увагу привертає праця Дж. Холкомба, Т. Рауха і Ш. Дітлінгера “Assessment and Training of Ukrainian Trauma and Combat Casualty Care via International Symposia”. У ній зазначено, що повномасштабне вторгнення Російської Федерації в Україну у 2022 році створило унікальне підґрунтя для аналізу того, як широкомасштабні бойові операції навантажують і дестабілізують інфраструктуру охорони здоров'я та системи травматологічної допомоги. З метою обміну клінічними й догоспітальними знаннями, здобутими в умовах бойових дій, та увиразнення українського досвіду впродовж червня 2023 – червня 2024 року було проведено дев'ять міжнародних симпозиумів за участі ключових лідерів і медичного персоналу України. Автори підкреслюють,

що цю ініціативу підтримано програмами Міністерства оборони США відповідно до рішень Конгресу США щодо розвитку військово-медичного партнерства з Україною, що зафіксовано в законах про національні оборонні повноваження на 2023 і 2024 роки. Тематичний фокус симпозиумів охоплював системи й реєстри травм, гемостатичну реанімацію, евакуацію, телемедицину, “здоров'я мозку”, застосування джгутів, реабілітацію, дослідницькі й логістичні потреби [35]. За висновком учасників, отримані під час дискусій дані та зворотний зв'язок сприяли вдосконаленню доказових підходів до допомоги при травмах у США та країнах НАТО і підтримали українських фахівців у розвитку спроможностей бойової травматології.

Окремий блок сучасних досліджень формують праці, зосереджені на практичній імplementації стандартів ТССС у Збройних Силах України. На прицільну увагу заслуговує студія С. Каратеєвої, О. Слободяна, Л. Лаврива, К. Слободяна та Н. Музики “Universally Applicable Approaches to the Tactical Level of Aid and Medical Support for the Personnel of the Armed Forces of Ukraine”, в якій обґрунтовано універсальні методичні підходи до вдосконалення тактичного рівня медичного забезпечення особового складу на основі стандартів ТССС. У дослідженні запропоновано алгоритм трифазної підготовки військовослужбовців з основ тактичної медицини, розширення мережі сертифікованих навчальних центрів, а також уніфікований підхід до комплектування індивідуальних тактичних аптечок за принципом BRIG 4×4, що уможливорює оптимізувати використання медичних засобів і скоротити час надання домедичної допомоги [37]. Автори доходять висновку, що напрацювання фахівців з України не тільки відповідають міжнародним стандартам, але й доповнюють глобальний досвід бойового медичного забезпечення.

Внесок у стандартизацію та систематизацію догоспітальної допомоги в умовах війни в Україні репрезентує навчальне видання “Тактична допомога пораненим на полі бою. Курс бойового медика”. У виданні протоколи ТССС подано як цілісну систему підготовки військовослужбовців і медичних працівників з урахуванням їхньої ролі та рівня медичної компетентності. У цьому підході послідовно розмежовано три рівні підготовки: ТССС-ASM (All Service Members / усі військовослужбовці), ТССС-CLS (Combat Lifesaver / підготовлений військовослужбовець з домедичної допомоги, бойовий санітар) та ТССС-MP (Medical Personnel / медичний персонал). Згідно типології

рівень TCCC-CLS зорієнтований на військовослужбовців, які пройшли спеціальну підготовку з надання домедичної допомоги безпосередньо на полі бою. До ключових здобутків курсу бойового медика належить й чітка поетапна організація надання допомоги, узгоджена з рівнем тактичної загрози та умовними зонами безпеки. Етап Care Under Fire (допомога в умовах безпосередньої вогневої загрози, CUF) відповідає “червоній зоні”. Tactical Field Care (тактична допомога в польових умовах, TFC) реалізується в “жовтій зоні”. На цьому етапі застосовують алгоритм MARCH (Massive bleeding / масивна кровотеча; Airway management / управління дихальними шляхами; Respiration / дихання; Circulation / циркуляція; Hypothermia / гіпотермія), який має динамічний характер. У разі відновлення кровотоку медик повертається до пріоритету М. Останній етап Tactical Evacuation Care (TACEVAC) відповідає “зеленій зоні”. Він охоплює медичний супровід під час евакуації та підготовку пораненого до передачі на вищій рівень медичної допомоги [13].

Отож, догоспітальна допомога репрезентує надсистемний рівень кризово-медичної практики, а тактична медицина постає її операційно-доктринальним підрівнем, пов’язаним із бойовими умовами та алгоритмами надання допомоги.

З початком повномасштабної агресії Росії проти України безпекове середовище зазнало докорінних трансформацій, що зумовило зростання значущості рекомендацій тактичної медицини і для цивільного населення. Масовані комбіновані удари ракетними засобами та безпілотними літальними апаратами спричиняють масштабні руйнування житлової забудови, господарських споруд, підприємств, транспортних засобів і об’єктів критичної інфраструктури. Унаслідок таких атак фіксуються численні загиблі та поранені: постраждали зазнають осколкових і вогнепальних поранень, баротравм, опіків, ушкоджень органів зору й дихальних шляхів, отруень, гіпотермії та травм унаслідок обвалів будівель, що часто ускладнюються синдромом здавлення. Хоча найбільша кількість жертв припадає на прифронтові території, подібні ураження спостерігаються і в регіонах, що перебувають під контролем України. За таких умов протоколи тактичної медицини набувають практичної цінності, адже сучасна війна нівелює чітке розмежування між тилом і зоною безпосередньої небезпеки, а момент, коли відповідні знання та навички можуть стати вирішальними для збереження життя, є невідомим.

Проведений аналіз корпусу праць з медицини катастроф, військової та тактичної медицини дає підстави твердити, що ці напрями перебувають у тісному взаємозв’язку та можуть бути осмислені як взаємодоповнювальні складові кризової медицини. Попри відсутність усталеного визначення цієї галузі в науковому обігу, її концептуалізація є теоретично виправданою та соціально детермінованою в умовах сучасних воєнних і гуманітарних викликів. У зв’язку з цим доцільно окреслити коло наукових і освітніх ініціатив, що визначили формування кризової медицини та її теоретико-прикладні засади.

Одним із показових прикладів інституціоналізації кризової медицини є проєкт CRISIS MEDICINE – серія курсів із кризової та тактичної медицини, розроблена й викладена лікарем Майком Шерцем, доктором медичних наук та одним із засновників Комітету з розробки настанов TCCC. У цьому підході кризова медицина слугує системою підготовки, що зорієнтована на швидке розпізнавання й медичне реагування на стани, які безпосередньо загрожують життю, у середовищі підвищеного ризику. Навчальні програми інтегрують рекомендації TCCC та Tactical Emergency Casualty Care (тактична невідкладна допомога пораненим, ТЕСС) [47]. Хоча сам термін *кризова медицина* (crisis medicine) не має усталеного статусу в медичній номенклатурі, у працях і навчальних програмах, розроблених під керівництвом М. Шерца, він набуває концептуального оформлення.

Водночас в науковій літературі словосполучення *кризова медицина* та *медицина під час кризи* (medicine in crisis) до середини 2000-х років траплялися спорадично й функціонували переважно як описові номінації, пов’язані з кризовими станами системи охорони здоров’я або сферою невідкладної допомоги. Передусім, М. Голдінг порушує проблему балансу між профілактичною та лікувальною медициною в умовах обмежених ресурсів [30]. К. Марвік, аналізуючи наслідки техногенної катастрофи в Бхопалі, зосереджується на реакції медичної системи після подолання гострої фази кризи [40]. У праці Е. Кука “Medicine in Crisis: A Christian Response” поняття “кризова медицина” розглядається переважно в етичному та соціальному вимірах [22]. Дж. Лейман аналізує перехід від моделі громадської системи охорони здоров’я (community health care) до кризово орієнтованих форм медичної допомоги, пов’язаних із реагуванням на надзвичайні ситуації [38]. Подібні підходи виявлено і в працях Ш. Гібсон, де меди-

цина виступає системою, що функціонує в умовах постійної інституційної напруги [29].

Ще одним вагомим внеском у соціально-медичне осмислення кризового характеру трансформацій системи охорони здоров'я є праця Д. Макбрайд "Black America: From Community Health Care to Crisis Medicine". У дослідженні простежено ключові зміни в політиці медичного обслуговування, що вплинули на афроамериканське населення як соціально вразливу групу, а також реакцію медичного керівництва цієї спільноти на трансформацію системи охорони здоров'я. Починаючи з періоду після Другої світової війни, авторка виокремлює три основні фази розвитку відповідної політики. Перша фаза (залучення, охоплює середину 1960-х – середину 1970-х років) – характеризується домінуванням моделі *community health care* / *громадської системи охорони здоров'я*, коли федеральний уряд активно спрямовував ресурси на програми медичної допомоги для афроамериканців та інших малозабезпечених груп населення. Друга фаза (занурення, кінець 1970-х – середина 1980-х років) – позначена зростанням участі афроамериканських медичних фахівців у політичних дебатах щодо реформ охорони здоров'я та водночас суттєвим скороченням державного фінансування медичних програм для бідного міського населення. Третя фаза (усвідомлення кризи) – засвідчує формування мережі прихильників громадського здоров'я, спрямованої на переорієнтацію медичної системи відповідно до потреб, так би мовити, "нових гетто" урбанізованих американців [41]. Власне на цьому етапі поняття "кризова медицина" набуває соціального наповнення.

Подальший етап розвитку цього концепту пов'язаний із нормативною інституціоналізацією кризового медичного реагування, що знайшло відображення у звіті Інституту медицини США "Crisis Standards of Care: A Systems Framework for Catastrophic Disaster Response", підготовленому на запит Управління помічника міністра з питань готовності та реагування Міністерства охорони здоров'я і соціальних служб США. У документі вперше на національному рівні сформульовано стандарти кризової медичної допомоги для надзвичайних ситуацій і зафіксовано нормативно закріплену переорієнтацію підходу до надання медичної допомоги, спрямовану на максимальне збереження життя на рівні всієї громади [33, с. 3]. Звернімо увагу, що у трактуванні Д. Макбрайд кризова медицина розглядається як наслідок соціально-політичної деградації системи медич-

ної допомоги на рівні громади, натомість у звіті Інституту медицини США вона набуває статусу нормативно регламентованої форми медичної дії в умовах катастроф, що засвідчує перехід від описового соціального феномена до інституціоналізованої нормативної моделі медичного реагування.

Існує низка досліджень, зосереджених на прикладному застосуванні стандартів реагування в кризових ситуаціях. Перспективи їх упровадження в лікарнях, а також труднощі, з якими стикаються служби екстреної медичної допомоги, проаналізували Дж. Хік, Д. Ханфлінг, М. Вінія та Е. Тонер. Автори наголошують, що планування та реагування служб екстреної медичної допомоги й амбулаторного сектору мають вибудовуватися як взаємопов'язані процеси, що забезпечує узгодженість очікувань і ефективний розподіл та перерозподіл пацієнтів у кризових умовах [34]. Інші дослідження акцентують на тому, що стратегічне інвестування в масштабовану інфраструктуру, зміцнення кадрового потенціалу, підтримка безперервних досліджень та інновацій, забезпечення рівного доступу до медичних послуг за допомогою ресурсів громади й ефективних систем їх надання істотно підвищують здатність системи охорони здоров'я протистояти майбутнім надзвичайним ситуаціям і адаптуватися до них [43]. У сукупності ці чинники формують організаційну спроможність системи охорони здоров'я та опосередковано визначають ефективність кризової медичної комунікації.

Мабуть, одним із найяскравіших проявів ефективності комунікації є те, що мова кризової медичної комунікації функціонує як системоутворювальний метарегулятор, який структурує інформаційні потоки, координує діяльність суб'єктів медичної системи та водночас виступає механізмом упорядкування комунікативних процесів в умовах високої невизначеності, коли ціна помилки вимірюється життям.

Комунікативний вимір цієї проблематики окремо аналізують І. Біошич та М. Барич у дослідженні "Crisis Communication in Emergency Medicine". Автори наголошують, що сучасна система охорони здоров'я стикається з комплексом комунікативних викликів, серед яких ключове місце посідає кризова комунікація: будь-яка невідкладна ситуація для медичної команди фактично є кризовою, а відтак спосіб отримання, структурування та передавання інформації набуває вирішального значення. Недооцінка комунікативних навичок і делегування відповідальності за комунікацію виключно на розсуд медичних працівників

нерідко призводять до порушень взаємодії у триаді “лікар – пацієнт – система охорони здоров’я” [17].

У цій студії ми розглянули низку напрямів, пов’язаних із наданням допомоги в умовах війни та надзвичайних ситуаціях (військова медицина, тактична медицина, медицина катастроф), які по-різному враховують мовно-дискурсивний феномен – через протоколи, алгоритми, стандарти, класифікації та регламентовані комунікативні моделі. Проте ці підходи досі не поєднані спільною надкатегорією, яка дала б змогу описати їх як цілісну систему та вивести універсальні принципи мовної організації кризового медичного реагування. З огляду на це, аби обґрунтувати виокремлення напряму *лінгвістика кризової медицини*, ми спершу вводимо узагальнювальний термін *кризова медицина* як надгалузеву концептуальну категорію макрорівня, що інтегрує військову медицину, медицину катастроф і тактичну медицину та слугує теоретичною основою для формування напряму *лінгвістика кризової медицини*.

Кризова медицина – це системоутворювальна надсистема медичної діяльності, що функціонує в умовах війни та надзвичайних ситуацій і охоплює воєнний і цивільний сегменти медичного реагування. Вона забезпечує операціоналізацію клінічного знання в алгоритми дій і стандартизовані практики збереження життя, зокрема евакуацію та догоспітальну допомогу.

Воєнна підсистема кризової медицини охоплює військову медицину та тактичну медицину. У її структурі військова медицина репрезентує мезорівень спеціалізованої медичної допомоги в бойових умовах, натомість тактична медицина постає мікрорівневим операційним модусом кризового медичного реагування, зорієнтованим на догоспітальну допомогу безпосередньо на полі бою. Цивільна підсистема охоплює медицину

катастроф, яка також репрезентує мезорівень і функціонує за аналогічними алгоритмами дій та стандартами професійної комунікації. Отже, медицина катастроф репрезентує цивільний модус кризової медицини, а військова медицина та її мікрорівень – тактична медицина, формують її воєнний модус (див. Рис. 1).

Відповідна ієрархія кризової медицини корелює з формуванням нелінійної системи – мови кризової медицини, мовні засоби якої кодують клінічне знання, регулюють процеси прийняття медичних рішень і здатні стабілізувати воєнно-медичну та військово-медичну комунікацію. У зв’язку з цим постає необхідність теоретичного осмислення цієї мовної системи в межах окремого міждисциплінарного напряму – *лінгвістики кризової медицини*.

Лінгвістика кризової медицини – міждисциплінарний напрям лінгвополітичної синергетики, що досліджує систему мови кризової медицини та механізми мовної кодифікації клінічного знання й медичних рішень у нормативні дискурсивні структури кризового реагування, які забезпечують координацію дій медичних працівників і керованість системи охорони здоров’я в умовах війни та надзвичайних ситуацій.

Об’єктом дослідження є мова кризової медицини, що охоплює воєнний і цивільний сегменти кризово-медичного реагування.

Предмет дослідження становить: 1) структурно-теоретичний рівень – термінологія кризової медицини та її дискурсивні форми, зокрема воєнно-медичний і військово-медичний дискурси як нормативно організовані дискурсивні моделі “мови кризової медицини в дії”; 2) процесуально-функціональний рівень – воєнно-медична та військово-медична комунікація як динаміка взаємодії учасників кризового медичного реагування, що актуалізує дискурсивні моделі в конкретних ситуаціях.

МАКРОРІВЕНЬ

└─ КРИЗОВА МЕДИЦИНА (надсистема)

МЕЗОРІВЕНЬ

└─ Воєнна підсистема

└─ Військова медицина

└─ **МІКРОРІВЕНЬ:** Тактична медицина (ТССС)

└─ Цивільна підсистема

└─ Медицина катастроф

Рис. 1. Структурно-ієрархічна модель кризової медицини

У межах лінгвістики кризової медицини, осмисленої крізь призму лінгвополітичної синергетики, воєнно-медичний і військово-медичний дискурси постають надстильовими дискурсивними режимами, що маніфестуються в текстах кризової медицини, військової медицини, медицини катастроф і тактичної медицини.

Історичні передумови формування воєнно-медичного та військово-медичного дискурсів засвідчує низка дисертацій і монографій, що репрезентують розвиток медико-військової комунікації у діахронії. Зокрема, у дисертації Р. Левандоскі "The Medical Discourse on Military Psychiatry and the Psychological Trauma of War: World War I to DSM-III" показано, що дискурс психологічної травми війни поступово формувався у професійній психіатричній спільноті протягом ХХ століття. Під час Першої світової війни військові психіатри поєднували лікування та профілактику воєнних неврозів, а в період Другої світової війни та після неї професійний дискурс набув більшої концептуальної диференційованості в процесі осмислення хронічної природи травматичних станів. Дисертація завершує цей аналіз розглядом публічних і професійних дебатів щодо психологічної травми війни у період війни у В'єтнамі, які призвели до інституціоналізації посттравматичного стресового розладу як офіційної діагностичної категорії у 1980 році [39]. Хоча окремі дослідники трактують ПТСР як соціальну конструкцію поств'єтнамської епохи, авторка демонструє, що дискурсивна легітимація цього діагнозу відбувалася задовго до його формальної діагностичної кодифікації, ще до активної участі США у війні в В'єтнамі. З іншого боку, в монографії І. Драгомир "The Ideology of Power in NATO Military Discourse (A Proposed Analytical Framework)" запропоновано аналітичні рамки критичного дослідження ідеології влади, лінгвістично репрезентованої у військовому дискурсі Організації Північноатлантичного договору. Спираючись на методологію критичного дискурс-аналізу, авторка поєднує аналіз дискурсивних практик із дослідженням ідеологічних цінностей та демонструє тристоронній зв'язок між мовою, ідеологією та владою [26].

У запропонованій концепції лінгвістики кризової медицини **воєнно-медичний дискурс** слугує макрорівнем концептуалізації та нормативної інтерпретації війни, в якому медичні практики війни осмислюються як антропологічний, гуманітарний і політичний феномен. На цьому рівні дискурс репрезентований міжна-

родно-правовими актами, гуманітарними доктринами та політичними заявами міжнародних організацій, як-от Міжнародний Комітет Червоного Хреста (International Committee of the Red Cross, ICRC), Організація Об'єднаних Націй (United Nations, UN), Всесвітня організація охорони здоров'я (World Health Organization, WHO), Організація Північноатлантичного договору (North Atlantic Treaty Organization, NATO), Управління ООН з координації гуманітарних питань (UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, OCHA), Міжнародна організація з міграції (International Organization for Migration, IOM), що формують глобальні нормативні уявлення про медицину війни.

Військово-медичний дискурс є інституційною формою воєнної комунікації, що на доктринальному рівні формує концептуальні засади медичного забезпечення збройних сил, а на нормативному рівні кодифікує стандарти, протоколи та алгоритми медичної дії. На мезорівні військово-медичний дискурс репрезентований доктринальними й стратегічними документами військово-медичного забезпечення, зокрема стандартами та доктринами НАТО (наприклад, NATO STANDARD AJP-4.10 Allied Joint Doctrine for Medical Support), які визначають організацію, управління та логістику медичної підтримки військових операцій. На мікрорівні він реалізується в протоколах і корпусах текстів, як-от керівництвах Tactical Combat Casualty Care (TCCC), що кодифікують алгоритми догоспітальної допомоги та тактичного медичного реагування безпосередньо в зоні бойових дій.

У цьому дослідженні запропоновано розглядати взаємозв'язок між дискурсом і комунікацією як закономірну структурно-процесуальну дихотомію: дискурс слугує моделлю мовної репрезентації соціальної практики, а комунікація постає її процесуальною реалізацією у конкретних соціальних та інституційних контекстах. Емпіричні дослідження медичної комунікації підтверджують дискурсивну детермінованість комунікативної поведінки медичних суб'єктів. Як засвідчує контент-аналіз медичних діалогів, здійснений Н. Стучинською, Н. Литвиненко та іншими авторами, було виявлено специфічні гендерні мовленнєві патерни, що безпосередньо впливають на ефективність медичної допомоги в умовах війни. Дослідження підтверджує наявність гендерно-орієнтованих моделей медичної комунікації, які посилюються в кризових умовах, а отримані результати можуть бути інтегровані в освітні про-

грами підготовки медичних фахівців і в розробленні клінічних протоколів [49].

Про розвиток теорії лінгвістики кризової медицини свідчить демаркація понять *військово-медична* і *воєнно-медична комунікація*.

Воєнно-медична комунікація – це метакомунікативний рівень воєнної взаємодії, на якому медичні практики війни осмислюються, легітимуються та регулюються в гуманітарному, політичному й міжнародно-правовому вимірах. Цей тип комунікації функціонує як глобальний механізм формування нормативних моделей кризового медичного реагування в період війни.

Військово-медична комунікація – це інституційно-професійний процес мовної та позамовної взаємодії суб'єктів військової медицини, спрямований на планування, управління та операціоналізацію медичних рішень і практик медичного забезпечення збройних сил шляхом кодифікації доктрин, стандартів, протоколів і алгоритмів медичної дії та тактичного реагування.

Залежно від об'єкта й предмета дослідження у лінгвістиці кризової медицини виокремлюємо основні методи дослідження: метод термінологічного аналізу, метод когнітивного аналізу і метод синергетичного системного моделювання.

Значний внесок у дослідження медичної термінології в сучасній лінгвістичній науці зроблено у праці І. Заліпської “Contemporary Medical Terminology: The Problem of Thematic Classification”, в якій наголошено на моносемантичній природі терміна. Авторка розглядає медичну термінологію як системно організований корпус лексичних одиниць, що зберігає загальні мовні ознаки природної мови та репрезентує колективне знання конвенційної й комплементарної медицини [55].

Функціональний аспект англійськомовної медичної термінології досліджено Н. Тхор у статті “Англomовна медична термінологія: функціональний аспект”, де матеріал проаналізовано з позицій системно-функціонального підходу, що передбачає розгляд мови загалом і мови наукового стилю зокрема як складної системи взаємопов'язаних елементів і відношень між ними [14]. Авторка виокремлює основні способи формування медичних термінів: 1) морфологічний словотвір (словоскладання, аббревіація); 2) синтаксичний спосіб шляхом утворення словосполучень; 3) семантичний спосіб (звуження значення, метафоричний і метонімічний перенос); 4) запозичення з інших мов. Найбільш продуктивним механізмом терміноутворення визнано деривацію.

Хоча медична термінологія у сфері військо-

вої медицини та суміжних галузях тісно корелює з військовою термінологією, у лінгвістичних дослідженнях ці системи переважно розглядаються автономно. Як зауважує І. Метаа у праці “Military Terminology – Meanings and Grammar Approach”, військова термінологія функціонує як спеціалізована закодована мова, що забезпечує точність інтерпретації оперативних наказів і координацію дій у бойових умовах. Стандартизація термінологічних форматів, на думку дослідника, є критично необхідною для мінімізації інтерпретаційних ризиків і підвищення ефективності виконання місії [42].

З огляду на це медичну й військову термінологію доцільно розглядати як регулятивні терміносистеми, що функціонують у режимі підвищеної відповідальності, високого ризику та необхідності максимальної точності мовної кодифікації професійних дій. У цьому дослідженні **метод термінологічного аналізу** слугує для комплексного вивчення термінології кризової медицини, що охоплює воєнну та цивільну підсистеми медичного реагування. Аналіз здійснюється у трьох взаємопов'язаних площинах: 1) структурному – для опису формально-словотвірної організації кризово-медичної терміносистеми; 2) семантичному – для встановлення семантичної структури термінів кризової медицини; 3) прагматичному – для дослідження функціонування термінів у дискурсивних і комунікативних контекстах кризового реагування, зокрема із залученням інструментарію критичного дискурс-аналізу.

Термінологія кризової медицини виступає багаторівневою синергетичною системою, в якій терміносистеми військової медицини та медицини катастроф репрезентують мезорівень, а терміносистема тактичної медицини – мікрорівень мовної організації кризового медичного реагування. У лінгвістиці кризової медицини термін розглядається і як номінативна одиниця, і як прагматично навантажений регулятивний знак, що кодифікує клінічні рішення, уніфікує професійні дії, а ще вербалізує керованість кризового медичного реагування.

Когнітивний вимір дослідження термінології увиразнює соціально-когнітивний підхід до терміна. Думку про те, що медичні терміни демонструють динамічну множинність значень і що їхнє розуміння детермінується культурними, лінгвістичними та знаннєвими фонами комунікантів, у праці “A Socio-Cognitive Investigation of English Medical Terminology” обґрунтовує М. Дам. Авторка підкреслює, що варіативність інтерпретації термі-

нів у комунікації лікар–пацієнт може впливати на клінічні результати, що проблематизує класичний ідеал моносемантичності терміна в умовах глобалізованого багатомовного світу [23].

Пропонована концепція лінгвістики кризової медицини передбачає використання **методу когнітивного аналізу** для реконструкції концептосфери кризової медицини, виявлення когнітивних моделей, фреймів і сценаріїв кризового медичного реагування, а також метафоричних і концептуальних моделей осмислення травми, ризику, медичної дії та виживання.

Реконструкція когнітивних фреймів і сценаріїв кризового медичного реагування потребує перевірки того, як саме ці смислові моделі закріплюються в текстах і функціонують в системі мови кризової медицини, що зумовлює залучення синергетичного підходу.

Метод синергетичного системного моделювання використовується для опису мови кризової медицини як нелінійної відкритої самоорганізованої системи, що перебуває у стані постійної взаємодії з правовими, політичними, безпековими й гуманітарними надсистемами. У межах цього методу досліджуються механізми переходу системи від хаотичного до стабільного стану, виявляються точки біфуркації, а ще механізми зворотної комунікації, за допомогою яких бойовий досвід інституціоналізується у формі текстів оновлених стандартів.

Із огляду на викладене вище у межах лінгвістики кризової медицини виокремлюємо п'ять основних напрямів наукового пошуку: 1) *метатеоретично-синергетичний*, спрямований на моделювання системи мови кризової медицини та опис її взаємодії з політичними, правовими й безпековими надсистемами; 2) *дискурсологічний*, що передбачає аналіз воєнно-медичного та військово-медичного дискурсів як надстильових дискурсивних режимів мовної репрезентації кризово-медичних практик із залученням методології критичного дискурс-аналізу для реконструкції ідеологічних, владних і нормативно-регулятивних параметрів кризово-медичної комунікації; 3) *термінологічний*, зорієнтований на системний опис і моделювання кризово-медичної терміносистеми; 4) *когнітивний*, спрямований на реконструкцію концептосфери кризової медицини, когнітивних фреймів, сценаріїв і метафоричних моделей осмислення травми, ризику, медичної дії та виживання; 5) *лінгвополітичний*, що досліджує мовні механізми нормативної уніфікації кризово-медичних практик у міжнародному гуманітарному та безпековому дискурсі.

Висновки. Підсумовуючи, зазначимо, що лінгвістика кризової медицини, осмислена як напрям лінгвополітичної синергетики, дає змогу описати мову кризової медицини як відносно автономну, відкриту й самоорганізовану систему, що функціонує у воєнному та цивільному сегментах і взаємодіє з правовими, політичними та безпековими надсистемами. Проведений аналіз показав, що кризова медицина концептуально постає інтегративною надкатегорією макрорівня, яка охоплює військову медицину і її мікрорівень – тактичну медицину, а також медицину катастроф як цивільний модус кризового реагування. Головним питанням лінгвістичної теорії кризової медицини є встановлення механізмів, за допомогою яких знання та емпіричний досвід мовно кодифікуються в регулятивні моделі дії – терміни, протоколи, алгоритми, доктринальні положення й освітні стандарти, що забезпечують керованість системи реагування в умовах високої невизначеності.

Методологічний каркас студії, репрезентований термінологічним, когнітивним і синергетичним системним моделюванням (із прагматично-дискурсивною верифікацією – інструментарієм КДА), корелює з п'ятьма векторами наукового пошуку – метатеоретично-синергетичним, дискурсологічним, термінологічним, когнітивним і лінгвополітичним. У цьому зв'язку завдання лінгвістики кризової медицини визначаються як намагання з'ясувати таке коло питань: Які мовні засоби синергетичної дії забезпечують стабілізацію кризово-медичної терміносистеми і дискурсивних моделей? Як когнітивні фрейми кризового медичного реагування корелюють із нормативними та інституційними дискурсивними структурами? Яку роль мова відіграє в перетворенні емпіричного бойового медичного досвіду на нормативні алгоритми дій? Як концептуалізуються травма, ризик, виживання в кризовій концептосфері? Якою є структура універсальних і культурно-специфічних концептів кризової медицини? Як взаємодіють наукові та професійні епістемні модуси кризової медицини у мовному просторі воєнної комунікації? Перспективу прийдешньої студії вбачаємо у поглибленні термінологічного виміру лінгвістики кризової медицини, завдяки створенню репрезентативного корпусу кризово-медичних текстів і моделювання кризово-медичної терміносистеми. Центральним методологічним інструментом стане метод термінологічного аналізу, зорієнтований на структурне, семантичне і прагматичне вивчення термінів та їх унормування.

Список літератури:

1. Байша К. М., Байша О. М. Місце медичного перекладу у військовий час. 2023. Вип. 57. Т. 1. С. 46–50. URL: http://www.innovpedagogy.od.ua/archives/2023/57/part_1/8.pdf (дата звернення: 12.10.2025).
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. Словосполучки з компонентом «війна» у макролінгвополітичній синергетиці воєнної комунікації. Академічні студії. Серія «ГУМАНІТАРНІ НАУКИ», 2025. Вип. (3), С. 21–38. URL: <https://doi.org/10.52726/as.humanities/2025.3.3>
10. Дем'янчук Ю. І. Від колоніальності до неоімперського ревізіонізму: 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. Жаховський В., Лівінський В. Терміни та визначення: їхня роль і значення у військовій медицині. Наука і оборона. 2025. С. 27–35. DOI: 10.33099/2618-1614-2025-30-3-27-35.
13. Тактична допомога пораненим на полі бою. Курс бойового медика. TCCC (Tactical Combat Casualty Care). CMC (Combat Medic/Corpsman). — Київ: Вид. «КНТ», 2023. 112 с. URL: https://jurkniga.ua/contents/taktichna-dopomoga-poranenim-na-poli-boyu-kurs-boyoovogo-medika.pdf?srsltid=AfmBOopSYgLQQ7ofyT5Dxzwy_x2LBPWlyY6WPI5C1jLPoua7G1H8C_P (дата звернення: 17.11.2025).
14. Тхор Н. Англomовна медична термінологія: функціональний аспект. *Writings in Romance-Germanic Philology*, 2022. С. 136–140. DOI: 10.18524/2307-4604.2021.2(47).245950.
15. Behdai A., Gudkova N. Challenges in translating medical terminology: a comprehensive analysis of English-Ukrainian pharmaceutical texts. *Grail of Science*, 2024. (37), P. 278–282. URL: <https://doi.org/10.36074/grail-of-science.15.03.2024.041> (дата звернення: 20.11.2025).
16. Behrouzan O. Medicalization as a way of life (The Iran-Iraq War and considerations for psychiatry and anthropology). *Medicine Anthropology Theory* 2, 2015. No. 3. P. 40–60. URL: <https://doi.org/10.17157/mat.2.3.199>. (дата звернення: 17.11.2025).
17. Biošić I., Barić M. *Crisis Communication in Emergency Medicine*. 2018.
18. Bloschynskiy I., Lemeshko O., Hlukhmaniuk O., et al. Military Acronyms: Notion, Categorization and Classification. *Forum for Linguistic Studies*, 2025. Vol. 7(7). P. 335–351. DOI: <https://doi.org/10.30564/fls.v7i8.9347>
19. Butler F., Holcomb J., Giebner S., McSwain N., Bagian J. *Tactical Combat Casualty Care 2007: Evolving Concepts and Battlefield Experience*. *Military medicine*. 2007. URL: https://www.researchgate.net/publication/5695391_Tactical_Combat_Casualty_Care_2007_Evolving_Concepts_and_Battlefield_Experience (дата звернення: 14.12.2025).
20. Butler F. Two Decades of Saving Lives on the Battlefield: Tactical Combat Casualty Care Turns 20, *Military Medicine*, 2017. Vol. 182, Iss. 3–4. P. 1563–1568. URL: <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-16-00214> (дата звернення: 18.12.2025).
21. Butler F. *Tactical Combat Casualty Care: Beginnings*. *Wilderness & Environmental Medicine*. 2017. Vol. 28(2_suppl). P. 12–17. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1016/j.wem.2016.12.004> (дата звернення: 25.12.2025).
22. Cook E. D. (1990). *Book Review : Medicine in Crisis: a Christian Response*, edited by Ian Brown and Nigel de S. Cameron. Edinburgh, Rutherford House, 1990. 128 p. URL: <https://doi.org/10.1177/095394689000300110>
23. Dahm M. *A socio-cognitive investigation of English medical terminology*. 2018. Vol. 4, N. 1. URL: <https://doi.org/10.1007/s40607-018-0039-9> (дата звернення: 28.12.2025).

24. Debacker M., Domres B., Boer J. Glossary of New Concepts in Disaster Medicine: A Supplement to Gunn's Multilingual Dictionary of Disaster Medicine. *Prehospital and disaster medicine*. 1999. Vol. 14. P. 146–149. DOI: 10.1017/S1049023X00027485.
25. Demers G., Wightman J. Mass casualty preparedness and response. *Fundamentals of Military Medicine*. 2022. Chapt. 34. P. 503–530. URL: <https://medcoeckapwstorprd01.blob.core.usgovcloudapi.net/pfw-images/dbimages/Fund%20ch%2034.pdf> (дата звернення: 28.12.2025).
26. Dragomir I. *The Ideology of Power in NATO Military Discourse. A Proposed Analytical Framework*. Berlin, Germany: Peter Lang Verlag. 2023.
27. Fauntleroy A. M. Report on the medico-military aspects of the European war. 1915. URL: <https://archive.org/details/reportonmedicomi00usmeuoft/page/n5/mode/2up> (дата звернення: 28.12.2025).
28. Fuks A. *The Military Metaphors of Modern Medicine*. 2010. URL: https://www.researchgate.net/publication/341206524_The_Military_Metaphors_of_Modern_Medicine (дата звернення: 27.12.2025).
29. Gibson Sh. *A Medicine in Crisis: A Doctor's Concerns. D-Zine*. 2006. 42 p.
30. Golding M. Preventive vs. curative medicine: perspectives of the Jewish legal tradition. *J Med Philos*. 1983. Vol. 8(3). P. 269–286. DOI: 10.1093/jmp/8.3.269. PMID: 6631280.
31. Gunn S. W. *Multilingual dictionary of disaster medicine and international relief*. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic, 1990.
32. Gunn S.W. *Dictionary of Disaster Medicine and Humanitarian Relief*. New York: Springer New York, 2013.
33. Hanfling D., Altevogt B., Viswanathan K. (Editors). *Crisis Standards of Care: A Systems Framework for Catastrophic Disaster Response*. Committee on Guidance for Establishing Crisis Standards of Care for Use in Disaster Situations; Institute of Medicine. 2012. URL: https://commed.vcu.edu/IntroPH/2012/crisisManagement_IOM.pdf (дата звернення: 20.12.2025).
34. Hick J., Hanfling D., Wynia M., Toner E. *Crisis Standards of Care and COVID-19: What Did We Learn? How Do We Ensure Equity? What Should We Do?*. 2021. URL: <https://nam.edu/perspectives/crisis-standards-of-care-and-covid-19-what-did-we-learn-how-do-we-ensure-equity-what-should-we-do/> (дата звернення: 01.01.2026).
35. Holcomb J., Rauch T., Dittlinger Sh., Dorlac W., Hamm T., Rauch T., West Th., et al. Assessment and training of Ukrainian trauma and combat casualty care via international symposia. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 2025. Vol. 99(3S). P. 150–156. DOI: 10.1097/TA.0000000000004722
36. International Committee of the Red Cross. *Respecting and protecting health care in armed conflicts and in situations not covered by International humanitarian law*. 2021. URL: https://www.icrc.org/sites/default/files/document/file_list/dp_consult_31_hcid_web.pdf (дата звернення: 13.01.2026).
37. Karamyshev D., Zhdan V., Dvornyk V., Hordiienko L., Kundii Zh. Universally applicable approaches to the tactical level of aid and medical support for the personnel of the armed forces of Ukraine. *Світ медицини та біології*, 2022. № 4 (82). P. 74–79.
38. Leiman J. From community health care to crisis medicine: have we learned the right lessons? *J Health Polit Policy Law*, 1993. DOI: 10.1215/03616878-18-3-741. PMID: 8282998.
39. Levandoski R. *The medical discourse on military psychiatry and the psychological trauma of war: World War I to DSM-III*. 2010. URL: <https://doi.org/10.17615/db20-x406> (дата звернення: 14.01.2026).
40. Marwick C. After coping with crisis, medicine ponders sequelae. *JAMA*. 1985. Vol. 253(14). P. 2003–2013. DOI: 10.1001/jama.1985.03350380019003
41. McBride D. *Black America: from community health care to crisis medicine*. *J Health Polit Policy Law*. 1993. Vol. 18(2). P. 319–337. DOI: 10.1215/03616878-18-2-319. PMID: 8360452.
42. Metea I. *Military Terminology – Meanings and Grammar Approach*. International conference KNOWLEDGE-BASED ORGANIZATION. 2017. Vol. 23. DOI: 10.1515/kbo-2017-0032.
43. Mohanty N. *Resilience Lessons from COVID-19: Strengthening Critical Care Infrastructure and Workforce Capacity*. *Medical Research Archives*, 2025. Vol. 13(8). URL: <https://doi.org/10.18103/mra.v13i8.6760> (дата звернення: 15.01.2026).
44. O'Connor F., Schoomaker E., Smith D. (Editors). *Fundamentals of military medicine*. Office of The Surgeon General, Borden Institute, US Army Medical Department Center and School Health Readiness Center of Excellence Fort Sam Houston, Texas. 2019.
45. Orlyk V. *Emergency Medical Care for Victims with Crush Syndrome at the Pre-Hospital Stage*. *Lviv Clinical Bulletin*, 2025. Vol. 49. P. 50–57. URL: <https://doi.org/10.25040/lkv2025.01.050> (дата звернення: 09.01.2026).
46. Sarla G. *MILITARY MEDICINE*. *Narayana Medical Journal*. 2019. URL: https://www.researchgate.net/publication/338552563_MILITARY_MEDICINE (дата звернення: 02.01.2026).
47. Shertz M. *CRISIS MEDICINE*. 2026. URL: <https://www.crisis-medicine.com/about-crisis-medicine/> (дата звернення: 03.01.2026).

48. Strokes N., Sapp R., Carroll M., Hovis E., McLean M., Markus S., Hammond A., Diaz R., Tsuchida R. et al. Words matter: Destigmatizing the language of medicine through research, training, and future directions for emergency medicine. *AEM Educ Train*. 2025. P. 101–107. DOI: 10.1002/aet2.70022.
49. Stuchynska N., Lytvynenko N., Saveliuk N., Chernenko N., Sadovnycha O., Kaminska I., Kikinezhdi O. Professional medical communication in war conditions: Gender aspect. *Wiad Lek*. 2025. Vol. 78(6). P. 1091–1097. DOI: 10.36740/WLek/207370. PMID: 40699083.
50. TACMED. Тактична допомога для цивільних. 2024. URL: https://tacmed.ua/post/taktychna-medycyna-dlya-tsyvilnykh?srsId=AfmBOopti4fNOFU_FIv7ZQczDTc3DEvpQ80tL3VLDzCp7XxlySiNC7IJ#all-service-members-asm (дата звернення: 06.01.2026).
51. The Pulse of Army Medicine. UKRAINE MEDICAL LESSONS LEARNED REPORT. 2025. URL: <https://www.lineofdeparture.army.mil/Journals/Pulse-of-Army-Medicine/Archive/June-2025/UKRAINE-MEDICAL-LESSONS/> (дата звернення: 07.01.2026).
52. van Bergen L., Vermetten E. (Eds.). *The First World War and health: Rethinking resilience*. Brill. 2020. URL: <https://doi.org/10.1163/9789004428744> (дата звернення: 01.01.2026).
53. World Health Organization. *Primary health care and health emergencies*. Technical series on primary health care. 2018. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/b08fb013-08d4-4a43-b9b2-20829f13aeaa/content> (дата звернення: 01.01.2026).
54. Zajtchuk R. (Editor). *Conventional Warfare: Ballistic, Blast and Burn Injuries*. Borden Institute. An official website of the United States government. Office of the Surgery General Department of the Army, United States of America. 1990. URL: <https://medcoe.army.mil/borden-tb-conventional-warfare-ballistic-blast> (дата звернення: 09.01.2026).
55. Zalipska I. Contemporary medical terminology: the problem of the thematic classification. *Studia Linguistica*, 2020. Vol. 17, P. 61–74. URL: <https://doi.org/10.17721/studling2020.17.61-74> (дата звернення: 10.01.2026).

Demyanchuk Yu. I. CRISIS MEDICINE LINGUISTICS AS A BRANCH OF LINGUOPOLITICAL SYNERGETICS

The article explores the genesis of crisis medicine linguistics as a new interdisciplinary branch of linguopolitical synergetics that conceptualizes crisis medicine language response as a relatively autonomous, open, and self-organizing system and interacts with legal, political, security, and humanitarian supersystems. The conceptual framework of the study is based on introducing crisis medicine as a macro-level superdisciplinary category that integrates military medicine (wartime mode) and disaster medicine (civilian mode), while also distinguishing tactical medicine (TCCC) as a micro-level operational-doctrinal sublayer of prehospital care. The object of the study is defined as crisis medicine language; the subject comprises the terminology and discursive forms of crisis response (wartime-medical and military-medical discourses as normatively organized models of “language in action”), as well as wartime-medical and military-medical communication as the procedural implementation of these models within relevant institutional contexts. It is demonstrated that the key function of the crisis-medical language system is the codification of clinical knowledge and empirical (including combat) experience into regulatory models of action – terms, definitions, protocols, algorithms, doctrinal provisions, and educational standards that ensure the coordination of entities, the unification of practices, and the governability of the healthcare system under conditions of high uncertainty.

The methodological framework is based on triangulation: (1) terminological analysis (structural, semantic, and pragmatic dimensions) to model the crisis-medical terminological system; (2) cognitive analysis to reconstruct the conceptual sphere, frames, and scenarios of crisis response, as well as metaphorical models of trauma, risk, medical action, and survival; (3) synergetic systems modeling to describe the nonlinear dynamics of the linguistic system, its stabilization mechanisms and transition points from chaotic to stable state. As a result, five vectors for the further development of the field are outlined (metatheoretical-synergetic, discourse-analytic, terminological, cognitive, and linguopolitical), and the prospects for studies are defined in the creation of a representative corpus of crisis-medical texts.

Keywords: crisis medicine linguistics, linguopolitical synergetics, crisis medicine language, crisis medicine terminology, war language, crisis medicine, military medicine, disaster medicine, tactical medicine.

Дата першого надходження статті до видання: 22.01.2026

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 23.02.2026

Дата публікації (оприлюднення) статті: 24.04.2026