

The background of the entire page is a photograph of a mountain landscape. At the top, a helicopter is seen from below, flying over a dark, rocky mountain peak. In the center, a person is rappelling down a steep, light-colored rock face. At the bottom, a range of jagged, snow-capped mountains stretches across the horizon under a clear blue sky.

Wojciech **FUSEK** • Jerzy **POREBSKI**

LEKARZE W GÓRACH

BOHATEROWIE DRUGIEGO PLANU

WIRTUALNY LEKARZ

– A ty znasz tych ludzi?

– Nie znam.

– A czy jedzie z nimi lekarz?²³⁸

Pytanie żony Macieja Berbeki zawisło w powietrzu.

Czy obecność lekarza mogłaby odwrócić losy zimowej wyprawy na Broad Peak w 2013 roku, z której doświadczony himalaista Maciej Berbeka i żółtodziób Tomek Kowalski nie powrócili, ginąc w nocy, podczas zejścia ze szczytu? Żadna interwencja medyczna nie była możliwa, ale jak staraliśmy się pokazać, rola lekarza na wyprawie nie sprowadza się do leczenia. Jest on też wsparciem, a czasem jedynym akceptowalnym adwersarzem kierownika. Gdyby pod Broad Peakiem ktoś z autorytetem wynikającym choćby z funkcji wspierał Krzysztofa Wielickiego, to kto wie, może przyjęto by inną taktykę²³⁹. Odpowiedzi nie poznamy, ważne, by z porażek i tragedii wyciągać wnioski²⁴⁰.

²³⁸ B. Sabała-Zielińska „Jak wysoko sięga miłość”, Pruszyński i S-ka, Warszawa 2016, s. 221

²³⁹ Totalnej krytyce poddał taktykę ekspedycji na Broad Peak Andrzej Machnik, taternik i himalaista. Przenosząc swoje wspinaczkowe ambicje na obszar pisania, postanowił oryginalność stylu wzmocnić krytycznym, nadzwyczaj kontrowersyjnym stosunkiem do środowiska wspinaczkowego, w którym zajmował pozycję gdzieś między enfant terrible i outsiderem. Jednak dla analizy taktyki i zmian trendów w treningu i przygotowaniach takie krytyczne spojrzenie warte jest poznania

²⁴⁰ A. Machnik „Górskie przygody i draki”, Mountain Quest, Ząbkowice Śląskie 2019, s. 420



Szczyt Everestu. Robert Szymczak wchodzi do ekskluzywnego grona lekarzy, którzy stanęli na szczycie najwyższej góry świata. Razem z Darkiem Załuskim wprowadzili tam Wojtka Kukuczkę, syna słynnego himalaisty.

Do chwili upowszechnienia się internetu miejsce dla lekarza na każdej większej wyprawie było niemal pewne. W złotych latach polskiego himalaizmu można wręcz było mówić o standardzie obecności. Ewentualny brak doktora był wyjątkiem.

Od lat jednak wspinanie w górach najwyższych idzie w kierunku małych wypraw w stylu alpejskim²⁴¹ czy wejść solo. Takie wyprawy są tańsze, łatwiejsze w organizacji, bardziej doceniane sportowo i szybsze, co ogranicza czas przebywania w strefie śmierci, ryzyko odmrożeń i deterioracji. Choć z drugiej strony

²⁴¹ Szybka wspinaczka bez rozpinania poręczówek, stawiania obozów, wahadłowego wnoszenia sprzętu

wspinaczka bez butli tlenowych redukuje margines błędu, wymaga wyśmienitej aklimatyzacji i sprinterskiego tempa. Prekursorami takiego stylu byli wybitni himalaiści Krzysztof Wielicki czy Erhard Loretan. Dziś po klasycznych drogach biegają nie wspinacze, ale skyrunnerzy – biegacze wysokogórscy²⁴².

Ten nowy styl działania nie przewiduje miejsca dla lekarza. Tę lukę ma zastąpić coraz sprawniejszy sprzęt ratunkowy (helikoptery, drony), coraz lepszy sprzęt osobisty i czasem iluzoryczna – jak wykazaliśmy – pomoc online. Paradoksalnie jednak już niedługo dzięki internetowi decyzję o ataku szczytowym będzie można podejmować po konsultacji z lekarzem. Zminiaturyzowane urządzenia będą wysyłać dane dotyczące stanu organizmu: poziomu aklimatyzacji, zmęczenia mięśni, stanu psychicznego. Japończycy dokonali już pierwszych zdalnych badań elektroencefalografem w chwili, gdy wspinacz wszedł na ośmiotysięcznik.

I tak nowoczesna technologia sprawia, że aksjomat obecności lekarza zastępuje zasada, że medyk, tak jak przygotowujący prognozy online meteorolog, ma być z wyprawą w stałym kontakcie, ale może pozostawać fizycznie w domu.

Dla małych, dwu-, trzyosobowych zespołów takie rozwiązanie jest wsparciem. Kiedyś z kłopotami zdrowotnymi pozostawali sami, dziś mają diagnozę na odległość, niemal o każdej porze, z niemal każdego miejsca wspinaczkowej drogi.

– Nie chcę roli lekarza gloryfikować czy nadmiernie eksponować – mówi doktor Mazik. – Ani wzorem ludystów atakować internetu, który wypycha lekarzy z górskiego świata. Jednak naprawdę bywają takie sytuacje, gdy wiedza i doświadczenie przydają się na miejscu. A było parę wypraw, które do mnie przez telefon satelitarny dzwoniły do Polski: „Słuchaj, jesteśmy na

²⁴² 21 maja 2017 Hiszpan Kilian Jornet wbiegł na Everest od tybetańskiej strony w 26 godzin. Przeciętny wspinacz potrzebuje, oczywiście po zaaklimatyzowaniu, 4-5 dni

6000 i nie możemy się z jednym naszym porozumieć, bo mu krtań wyschła. Ma chyba zapalenie gardła, poradź, co robić”. I to mówi doświadczona himalaistka. Ja jestem tu, oni tam. Mogę na proste pytanie odpowiedzieć, ale jak mam podjąć ważną decyzję, gdy nawet nie mogę zadać choremu pytań, tak by mi choć odkiwnął głową?

Ja nie wiem, jakie mają leki, jak je przechowywali i jak one wyglądają. A wizualna ocena to według zaleceń medycznych UIAA pierwszy krok do sprawdzenia przydatności. Nie wiem też, czy już coś dali choremu, ile tego dali. Nawet trudno zadać dobre pytanie, a tym bardziej odpowiedzieć, stawiając diagnozę i ordynując leczenie.

Wiara w to, że wystarczy wyprawę wyposażyc w dobre środki łączności i w razie czego do doktora się zadzwoni, może być zawodna. Jak chcemy leczyć przez internet, to może zaczniemy się też wspinać online? – ironizuje Mazik.

– Podczas poważnej wyprawy, zimowej na przykład, obłęźniczej, była koncepcja, że idzie dwóch lekarzy i jeden jest w bazie, a drugi chodzi do góry albo się zmieniają. Jak odmrożenie stało się poważne, to już za wiele lekarz nie zawalczy, by jeszcze na wyprawie postawić chorego na nogi. To wymaga miesięcy skomplikowanych terapii. Ale na przykład jak ktoś ma odwodnienie czy biegunkę, to wiedza lekarza może skrócić czas przypadłości. Bo nie zawsze jest tak, że tabletką czerwoną jest na biegunkę i jak się ją zażyję, to będzie okej – tłumaczy Mazik.

Aby pokazać skalę problemu, podamy przykład tzw. efektu depot. Występuje on na przykład przy ekstremalnych temperaturach i powoduje wydłużenie czasu działania leku. Zmusza to lekarza do szacowania lub obliczenia według tabel, jeśli jest na to czas i możliwości, okresów dawkowania.

– Z drugiej strony obecnie oczekiwanie jest takie, by lekarz w notesie miał zapisane telefony i mógł ściągnąć helikopter – wyzłośliwia się Mazik.

– Może taka jest przyszłość, ale mnie ten styl klasyczny i dawna rola bardziej

odpowiadały. Kilka lat nie byłem w górach najwyższych i już nie pojadę. Bola mnie stawy. Nie nadaję się już do spania na lodzie. Niech robią to inni.

Dlaczego więc na rezygnację z lekarza decydują się większe wyprawy? Biorąc pod uwagę fundusze, jakie w nie zainwestowano, trzeba taką decyzję uznać co najmniej za ekstrawagancję.

Pod Broad Peakiem nie było żadnej obstawy, a zimowa wyprawa na K2 miała wsparcie ratownika medycznego Jarosława Batora i dopiero po jego wycofaniu, pod koniec pobytu pojawił się Przemysław Guła. Bez doświadczenia wspinaczkowego w górach najwyższych, ale od lat związany z TOPR (ponad 130 wypraw), specjalista od medycyny ratunkowej. Uczestnik misji podczas trzęsień ziemi w Turcji, Pakistanie czy na Haiti. Pracował też podczas wojny w Afganistanie i Kosowie. Wykłada podczas szkoleń na całym świecie. Jest chirurgiem urazowym. Czemu od razu nie znalazł się w składzie?

Jednym z wytłumaczeń może być zakorzeniona w programie Polskiego Himalaizmu Zimowego niechęć jego twórcy – Artura Hajzera – do lekarzy w bazie. Z jednej strony wprowadził najbardziej rozbudowany i nowoczesny system szkoleń medycznych dla uczestników wypraw, przywiązywał wielką wagę do treningu opartego na naukowych podstawach medycyny sportowej, z drugiej – każdego doktora w bazie traktował z dystansem.

„Symulanctwo jest plagą wypraw nie tylko polskich. Ono zmusza do zabierania dużej liczby lekarstw i lekarza. Czasem trzeba to uczciwie przyznać: ktoś zachoruje poważnie. Wtedy jednak zamiast lekarza bardziej przydatny jest ratunkowy helikopter” – pisał w kultowej książce „Atak rozpaczy”²⁴³.

Inny powód to sygnalizowany w wielu rozmowach problem ze znalezieniem specjalisty, który zostawi pracę i wyjedzie na dwa, trzy miesiące.

²⁴³ A. Hajzer „Atak rozpaczy”, EXPL0, Gliwice 1994, s. 78

– Przyznaję, że szalenie trudno mi było pogodzić zainteresowanie medycyną wysokościową i przede wszystkim wyprawy w Himalaje z pracą zawodową, zwłaszcza klinicysty – wspominał po latach w rozmowie z „Pulsem”, miesięcznikiem Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, Jan Serafin. – Ale ze wspinaczek nie chciałem rezygnować i jakoś się dłuższy czas udawało – podsumował członek honorowy Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego, a także Polskiego Związku Alpinizmu.

Pamiętajmy jednak, że w dawnych czasach z wyjazdem było pod pewnymi względami łatwiej. Kierownictwo szpitala bywało dumne z tego, że ich etatowy pracownik jest członkiem sławnej ekspedycji. Wycinki z gazet wysiały w korytarzowych gablotach, a lekarz dyplomata nie zapominał pochwalić w artykule swojego przełożonego za to, że zgodził się na wyprawę. Czasem taki wyjazd pozwalał zdobyć trudne wtedy do nawiązania kontakty (z lekarzami z innych wypraw) czy podpatrzeć nowości.

Wszystko zmieniło się po 1989 roku. Lekarze zaczęli pracować na kontraktach i nie było ich stać na wyjazd.

– Na kontrakcie jak nie pracujesz, nie zarabiasz. Wyjazd to strata pieniędzy, bo tam nikt nie płaci, a jeszcze swoje musisz dołożyć – mówi urodzony w 1977 roku Robert Szymczak, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Medycyny i Ratownictwa Górskiego, lekarz, o którym Wielicki powiedział: „Był najlepiej wspinającym się doktorem z tych, z którymi byłem w zespole”.

U Szymczaka pasja górską zaczęła się podczas studiów na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym, od udziału w Grupie Ratownictwa Specjalnego PCK, a potem w Grupie Ratownictwa Wysokościowego, co wiązało się z wyjazdami w Jurę Krakowsko-Częstochowską i Tatry.

– Moim instruktorem był Artur Flawirski, szybko dzięki jego opowieściom zamarzyłem, by trafić w góry najwyższe. Byłem uczestnikiem trzech wypraw zimowych na Nanga Parbat i dwa razy na Broad Peak, zdobyłem Dhaulagiri (8167 m n.p.m.) i potem Nanga Parbat. Bo Everestem to się nie



Szykowanie butli w obozie szturmowym podczas ataku na Everest w 2012 roku.

ma co chwalić – dodaje. Wszedł na niego wraz z Darkiem Załuskim i Wojtkiem Kukuczką, starszym synem Jerzego.

To on opracował system standardowego zaopatrzenia wypraw w apteczki medyczne, wykorzystywany podczas projektu Polski Himalaizm Zimowy. – Jeśli lekarz ma rodzinę i kredyt, to musi mieć cholernie tolerancyjną, najlepiej dobrze zarabiającą żonę i być idealistą. Takich przypadków wielu nie ma – dodaje i przyznaje, że i on ograniczył wyjazdy. Dyrektorzy szpitali czy przychodni nie widzą korzyści z kogoś, kto na trzy miesiące znika z grafika dyżurów.

Większość pytanych przez nas specjalistów nie uważa tendencji do rezygnowania z opieki medycznej w górach za najszcześniejszą. Ale wszyscy przyznają, że w tę właśnie stronę zmierza nowoczesny himalaizm.

– Dobrze czy niedobrze, że lekarze są coraz rzadziej wykorzystywani na wyprawach, tego nie wiem. Ubezpieczenie opłacone, śmigło z Katmandu przyleci. To zmniejsza ryzyko. Choć go nie likwiduje, bo pogoda może być nielotna – mówi doktor Józef Janczy, gdy pytamy go o obecność lekarzy na wyprawach. – Myślę, że działanie szybkich, świetnie wyszkolonych zespołów nie zostawia przestrzeni dla pobytu lekarza na dużych wysokościach. Ale z pewnością bez niego nie da się dobrze zorganizować wyprawy, zarówno od strony przygotowania fizycznego, jak i od strony medycznej.

– Nie twierdzę, że zawsze musi być lekarz, że małe wyprawy nie mogą wyjechać bez niego. Kanony trzeba łamać, bez tego nie ma postępu – zapewnia Mazik. – Tylko nasuwa się pytanie, od jakiej liczby osób potrzebny jest lekarz? Jak jedzie pięć? Czy może dopiero 15?

Tęsknotę za lekarzami można wyczytać w książce „GórFanka” znanej i utytułowanej himalaistki Anny Czerwińskiej:

„... z uwagi na pewne medyczne doświadczenia [Anna Czerwińska jest dr. farmacji – przyp. aut.] zaczęłam wchodzić w rolę lekarza wyprawowego, bo zauważyłam, że zanika dobry zwyczaj zabierania ich na wyprawy. Ludzie jeżdżą na takiej zasadzie, że jak coś się komuś przytrafi albo któryś z uczestników zachoruje, to poratuje lekarz innej wyprawy. No i tworzy się błędne koło”.

– To pewne, że kiedyś konieczność uczestnictwa lekarza w wyprawie była bardziej ewidentna – stwierdza chirurg, ratownik TOPR Roman Mazik. – To wynikało między innymi z prymitywnych metod łączności, jakimi dysponowaliśmy. Człowiek targał ten wielki radiotelefon, a połączenie między bazą i obozami i tak zależało od szczęścia. Było, nie było. Ledwo co człowiek słyszał, trzaski, piski, urwane zdania. A żeby z krajem pogadać? Zapomnij! Prawie żadnych możliwości, no, chyba że tak jak chłopaki pod Everestem w 1980, przez krótkofalowca.

Teraz są telefony satelitarne, a w bazach internet, zadzwonisz z każdego miejsca. Ale trzeba pamiętać, że porada to jedno, a transport to co innego.

Na przykład wyprawa na K2 od strony pakistańskiej to są warunki odmienne od tych po stronie chińskiej, gdzie na wsparcie w transporcie nie ma co liczyć – wyjaśnia Mazik.

– Inwestujemy w lekarzy w bazie – apeluje Robert Szymczak.

Być może trzeba szukać innego, bardziej efektywnego modelu niż jeden lekarz – jedna wyprawa. Na przykład wymusić na agencjach opłacanie lekarza dla kilku wypraw działających w pobliżu. Czy wzorem BC pod Everestem powołać stałe dyżury w kluczowych dolinach.

Nie wolno też spowalniać prac nad coraz lepszym sprzętem ratunkowym – helikopterem, dronem (z czasem będą gotowe do transportu rannego). Nie do przecenienia są też profilaktyka i coraz lepsze rozumienie ludzkiego organizmu.

Być może jednak apele, by nie rezygnować z opieki medycznej, odniosą skutek i część wspinaczy będzie gotowa odżałować kilka tysięcy dolarów na medyczne wsparcie na miejscu. Pomogłaby w tym decyzja władz Nepalu czy Pakistanu zwalniająca lekarza z opłat za jakiegokolwiek wejścia na teren wysokogórski. Miałyby w tym przecież swój własny interes, w systemie zdrowotnym obu państw.

Jesteśmy pewni, że mimo zmian w stylu wspinania i postępu techniki medycznej oraz łączności lekarz pozostanie często anonimowym bohaterem, bez którego nie byłoby zwycięstwa, a czasem nie byłoby zdobywców. Nie wolno tego nie doceniać. Nie wolno zapominać.



Prawie wszyscy w Polsce znają nazwiska Adama Bieleckiego i Denisa Urubki. Pod koniec stycznia 2018 roku ruszyli oni spod K2 na pomoc polsko-francuskiej dwójce schodzącej drogą Kinshofera po zdobyciu Nanga Parbat – Tomkowi Mackiewiczowi i Eli Revol. Z pomocą ruszyła też kolejna dwójka: Jarosław Botor i Piotr Tomala. Oni uratowali Revol. Niestety, dla

pozostawionego wyżej, wycieńczonego i chorego na chorobę wysokościową Mackiewicza ratunku nie było.

Nazwiska czwórki wspinaczy znalazły się na czołówkach gazet i programów informacyjnych na całym świecie. W narodowe święto Francji za ten czyn nagrodzono ich Legią Honorową. Mało kto natomiast wie, kim jest Robert Szymczak. A to on tworzy standardy medyczne dla wypraw, szkoli i przygotowywał medyczne wyposażenie ekspedycji na K2. A przede wszystkim dzień i noc z Gdańska doradzał ekipie ratunkowej i konsultował kolejne kroki z lekarzami we Francji, Pakistanie i Krzysztofem Wielickim, szefem zimowej narodowej wyprawy na K2. Tak działa od lat, jeśli sam nie jest na wyprawie.

Jednak nawet znający się na rzeczy American Alpine Club, który wyróżnił czwórkę wspinaczy nagrodą w 2018 roku, nie wspomniał o Szymczaku, cichym bohaterze tej akcji. Podobnie podczas prestiżowej Gali Mistrzów Sportu „Przeglądu Sportowego” – czwórka spod Nangi otrzymała nagrodę za wyczyn roku 2018. „Oni wygrali nasze serca” – padło ze sceny. O Szymczaku nie wspomniał ani prowadzący galę Michał Pol, ani redaktor naczelny „Przeglądu”, którym był wtedy Przemysław Rudzki.