

Lekarz w strefie śmierci

Robert Szymczak o zabezpieczeniu medycznym wyprawy na K2

Usłyszałem kiedyś od kolegi, że lekarz na wyprawie musi być jak szaman. Poczaruje, da cudowną tabletkę i odeśle pacjenta do namiotu. Nie zgadzam się z tym. Wolę, kiedy wspinacze są świadomi zagrożeń i objawów wysokogórskich przypadłości, potrafią sobie nawzajem pomóc i wiedzą, jak skorzystać z dostępnych środków medycznych i leków. Jeśli będą polegać wyłącznie na pomocy medyka, mogą jej nie doczekać.

Najpierw była Annapurna.

Tym zdaniem, zgodnie zresztą z prawdą, można by rozpocząć tekst o historii pierwszych wejść na ośmiotysięczniki. Annapurna, która do miana himalajskich herosów wywindowała 3 czerwca 1950 roku Francuzów Maurice'a Herzoga i Louisa Lachenala, od lat inspirowała kolejne pokolenia wspinaczy i podróżników. Także Roberta Szymczaka.

W 1998 roku, jako 21-letni student Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, wyjechał za namową z jedną z akademickich organizacji międzynarodowych na praktyki lekarskie do Nepalu. Na miejscu kupił pierwszą książkę o chorobach wysokościowych i wybrał się na trekking wokół Annapurny.

- Fajnie by było pojechać kiedyś na taką wyprawę! - pomyślał zadzierając wysoko głowę.

W ciągu kolejnych kilku lat zdobył dyplom, nabrał doświadczenia w bliższych i dalszych górskich ekspedycjach i postanowił wrócić do marzeń o ośmiotysięcznikach. W internecie znalazł adres mailowy Krzysztofa Wielickiego. Nie zastanawiając się długo napisał kilka zdań o podobnym przesłaniu:

“Jestem lekarzem, byłem na kilku wyprawach, nie mam kasy, ale mam czas. Gdyby potrzebował pan lekarza - jestem do dyspozycji”.

Nie robił sobie nadmiernych nadziei. Tym milej zaskoczyła go odpowiedź.

- O dziwo, Krzysiek się odezwał. Pracował akurat przy *Zdobywcach*, telewizyjnym programie podróżniczym, gdzie nagrodą dla zwycięzców był wyjazd na trekking w Himalaje. Szukał medyków i zaproponował mi wyjazd. Oczywiście błyskawicznie się zgodziłem. To był bez wątpienia moment przełomowy. W kolejnych latach współpracowaliśmy regularnie - wspomina Robert Szymczak.

Pierwszą poważną wyprawą lekarza w góry wysokie była zimowa ekspedycja na Nanga Parbat na przełomie 2006 i 2007 roku. Ekipą kierował Krzysztof Wielicki, a w jej składzie znaleźli się m.in. Jacek Berbeka, Dariusz Załuski czy Artur Hajzer. Z tym ostatnim nadawali na wspólnych falach jeśli chodzi o zaplecze medyczne wyjazdów wysokogórskich, wkrótce zaczęli jeździć razem w Himalaje i Karakorum.

Jeszcze wcześniej, przy kręceniu *Zdobyców*, dostał przed wyjazdem do Nepalu radę od drugiego lekarza programu:

“Słuchaj, jak ktoś będzie chciał jakiś lek, to - najważniejsza rzecz - nigdy nie mówimy, co dajemy. Lekarz na wyprawie musi być jak szaman. Przychodzi do niego pacjent, on robi czary-mary, daje cudowną tabletkę i mówi, co się stanie w organizmie”.

Przyjął radę, ale nigdy z niej nie skorzystał.

- Moja rola polega nie tylko na zabezpieczeniu medycznym wyprawy, skonsultowaniu wszystkich jej uczestników, żebym wiedział, jakie mają dolegliwości zdrowotne, ale też na przeszkoleniu ich w zakresie zagadnień medycyny wysokogórskiej i pierwszej pomocy w górach wysokich. Robię to po to, żeby oni byli świadomi objawów, mogli samodzielnie na nie zareagować i wiedzieli, jak skorzystać z posiadanych lekarstw. Ja również mogę uciec w trakcie wyprawy, i mogę potrzebować pomocy - podkreśla Robert Szymczak.

Lekarza może też zabraknąć przy poszkodowanym lub ciężko chorym wspinaczu. Spore odległości między obozami sprawiają, że medyk na miejsce może dotrzeć nawet po kilkudziesięciu godzinach, albo wcale, kiedy załamanie pogody uniemożliwi wychylenie nosa z namiotu. Oczywiście są możliwe łączenia przez telefon satelitarny, o czym jeszcze powiemy, konsultacje na odległość, lecz w dużej mierze zdrowie himalaisty zależy od niego samego.

- Idea jest taka, żeby oni mieli na tyle wiedzy i umiejętności, żeby - instruowani przez radiotelefon, lub na podstawie doświadczeń wyniesionych ze szkoleń - byli w stanie zaaplikować sobie odpowiednie środki i mogli przetrwać do dotarcia pomocy. Od wyprawy na Nanga Parbat miałem przygotowane apteczki dla każdego uczestnika. Z czasem system zabezpieczenia medycznego wyprawy wyewoluował. I zmienia się do dziś - dodaje.

Przyjrzyjmy się zatem, jak wygląda obecnie.

W grudniu 2017 roku do Pakistanu poleciała Narodowa Zimowa Wyprawa na K2, najgroźniejsza, obok zakończonego tragedią zimowego Broad Peak, polska wysokogórska ekspedycja ostatnich lat.

Zimowe K2 przez lata rozpalało wyobraźnię wielu polskich alpinistów, a zarazem było jednym z niewielu wysokogórskich przedsięwzięć (o ile nie jedynym), skupiających na sobie w tak wielkiej skali uwagę mediów, sponsorów i opinii społecznej. W lutym 1980 roku ekipa Andrzeja Zawady stopami Krzysztofa Wielickiego i Leszka Cichego zdobyła wierzchołek Everestu, inicjując zimowe wspinanie w Himalajach i Karakorum.

Pierwsze wejście o tej porze roku na drugi najwyższy szczyt świata miało dopełnić historię rozpoczętą przez Polaków cztery dekady wcześniej. Przygotowania do wyprawy rozpoczęto na wiele miesięcy przed wylotem do Pakistanu. Pieczę nad zabezpieczeniem medycznym przedsięwzięcia powierzono Robertowi Szymczakowi i Jarosławowi Botorowi, towarzyszącemu później (do pewnego momentu) zespołowi pod K2.

Przeglądam kwestionariusz medyczny opracowany przez dr Szymczaka.

Wypełnienie ankiety to warunek konieczny i punkt wyjścia do optymalnego, indywidualnego zabezpieczenia uczestników wyprawy. Oprócz pytań o stan zdrowia, wiedzę na temat pierwszej pomocy, doświadczeń górskich i chorób przebytych na wyprawach, wymagane są konkretne badania lekarskie i laboratoryjne, takie jak:

- USG jamy brzusznej, RTG klatki piersiowej, kardiologiczna próba wysiłkowa (dla himalaistów 40+), wynik testu wydolności, a do tego szczegółowe badania krwi, badanie moczu, wykaz szczepień i zabiegów chirurgicznych, posiadanych alergii, przyjmowanych leków i uzależnień, a nawet - wynik ostatniej (aktualnej) wizyty stomatologicznej. Ewentualne problemy z zębami trzeba zaleczyć przed wyjazdem.

W kwestionariuszu pada także pytanie fundamentalne: o śmierć na wyprawie.

Czy chcesz tam być pochowany? Czy ciało ma zostać przetransportowane do Polski, o ile oczywiście będzie to możliwe i operacja nie będzie zagrażała życiu osób za nią odpowiedzialnych? Pod spodem musi się podpisać wspinacz i osoba kontaktowa - żona/mąż, matka/ojciec, partner/partnerka, pełnoletnie dziecko.

Robert Szymczak:

- To ważny punkt kwestionariusza i samej świadomości podejmowanego ryzyka. Zmniejsza trudności z dotarciem z przykrą informacją o wypadku do bliskich, decyduje o tym, co zrobić z ciałem zmarłego, a przede wszystkim - sprawia, że uczestnik wyprawy i jego rodzina tę najtrudniejszą rozmowę mają już za sobą, bez względu na to, co się wydarzy później.

Po sprawdzeniu kwestionariusza i załączonych wyników badań, lekarz zaprasza wspinaczy na dwuetapowe szkolenie: teorię - organizowaną obecnie przeważnie online w postaci webinaru, oraz praktykę.

W przypadku K2 na część pierwszą złożyło się omówienie specyfiki K2, składu apteczek, zagrożeń i chorób, sytuacji zdrowotnych znanych danym himalaistom z ich poprzednich górskich doświadczeń. Praktyka to zawsze przećwiczenie procedur medycznych: jak zrobić zastrzyk domięśniowy, jak zabezpieczyć ranę lub złamanie, jak skonstruować nosze z lin i karimat, jak obsługiwać butlę tlenową czy worek hiperbaryczny, przenośne urządzenie pozwalające zredukować objawy chorób wysokościowych.

Trzecim elementem procedury jest przygotowanie niemałej apteki wyprawy. W miejscu oddalonym od cywilizacji, takim jak lodowiec Baltoro, gdzie trekking do najbliższej osady zajmuje kilka dni, a lot śmigłowca ewakuacyjnego uzależniony jest nie tylko od siły przebiccia ubezpieczyciela, ale i łaskawości warunków atmosferycznych - samowystarczalność i przezorność grupy są pierwszym krokiem do bezpiecznej wyprawy. Krok, dodajmy, podejmowany jeszcze w Polsce. Szanse na to, że w Pakistanie sprawnie i bez problemu dostaniemy wszystkie niezbędne elementy składowe są znacznie mniejsze niż w Warszawie.

- Aptekę opracowaliśmy razem z Jarkiem Botorem. Mam w pliku excelowskim bazę wyjściową - zestawienia leków i sprzętu z poprzednich ekspedycji, na jej podstawie dopasowaliśmy optymalnie, co chcielibyśmy, żeby każdy uczestnik miał ze sobą, a także - co będzie czekać na nich w kolejnych obozach i bazie - tłumaczy Robert Szymczak.

Spróbujemy zaglądnąć do każdej z nich.

I tak w apteczkach indywidualnych, właściwie przenośnych osobistych zestawach ratunkowych, służących temu, by w razie wypadku, konieczności biwaku (spędzenia nocy poza obozem) wysoko w górze lub silnych objawów choroby wysokościowej wspinacz mógł doczekać nadejścia pomocy, powinny się znaleźć:

Lekarstwa - lek na wysokościowy obrzęk płuc (nifedypina lub sildenafil), lek na wysokościowy obrzęk mózgu (deksametazon), silny lek przeciwbólowy (ketoprofen), krople przeciw śnieżnej ślepotie, leki poprawiające właściwości reologiczne krwi i osłabiające agregację płytek (to na odmrożenia).

Zestaw urazowy - bandaż elastyczny, gaza metrowa - niezbędne minimum do zaopatrzenia rany lub złamania.

Sprzęt - lekki śpiwór ratunkowy, folia NRC, namiot przetrwania, płachta biwakowa - cokolwiek, co stworzy namiastkę schronienia i pozwoli na zwiększenie szans wspinacza w walce z wychłodzeniem organizmu.

- Idea tej apteczki indywidualnej jest taka, żeby ona była lekka, żeby stanowiła konieczne minimum do przetrwania doby w ekstremalnych warunkach. Zakładamy, że wspinacze wychodzą w górę dwójkami lub trójkami, jeśli coś się stanie, już będą mieli więcej leków i środków do zabezpieczenia poszkodowanego - wyjaśnia Robert Szymczak.

Oprócz zestawów indywidualnych w każdym obozie (zazwyczaj na ośmiotysięcznikach) zakłada się ich ok. 4-5) powinien czekać identyczny boks, wyposażony w precyzyjnie opisane numerami lekarstwa przeciwbólowe i przeciwdziałające objawom choroby wysokościowej, a także problemom żołądkowym, częstej przypadłości w górach wysokich.

Dobłą praktyką, bez względu na charakter wyprawy (te sportowe unikają dodatkowego wsparcia tlenem), jest umieszczanie, zwłaszcza w obozach bliższych granicy ośmiu tysięcy metrów i wyżej, butli z tlenem medycznym, nieodzownych w razie akcji ratunkowej lub zaawansowanego stadium choroby wysokościowej.

Ostatnim elementem zaplecza wyprawy jest apteka bazowa. Magazyn lekarstw transportowanych sukcesywnie w górę, a także zestaw medykamentów na inne, lżejsze dolegliwości, które mogą spotkać uczestników ekspedycji, a wśród nich: środki na objawy grypy i przeziębienia, tabletki do ssania, leki nasenne, elektrolity czy maść na hemoroidy.

Przydaje się też nie chirurgiczna i spirytus medyczny. Ten drugi do znieczulenia pacjenta i kolegi, kiedy przyjdzie mu wcielić się w rolę paramedyka.

Tak jak w bazie pod K2.

W wypadkach w górach życie od śmierci nieraz dzieli centymetry.

Adam Bielecki miał szczęście po swojej stronie. Podczas podchodzenia do obozu pierwszego, na wysokości 5800 metrów, strącony samoistnie, być może podmuchem powietrza, kamień huknął go z całym impetem w głowę. Kask uchronił himalaistę przed zgonem. Skończyło się na strachu, obrażeniach czoła i nosa, a także sześciu szwach założonych przez partnerów. W bazie nie było już wtedy Jarosława Batora. Medyk wrócił do kraju z powodów rodzinnych.

- Przedstawiłem im alternatywę - mówi doktor. - Albo zdezynfekujecie i opatrzycie ranę, ale Adam będzie wyłączony z operacji górskiej przez miesiąc, bo ona się musi zagoić samoistnie, albo zbliżycie brzegi rany i zszyjecie je ze sobą.

Wygrała opcja numer dwa,

Sześć szwów na nosie Bieleckiego założyli Piotr Tomala i Marek Chmielarski. Zabieg uchwyciła kamera Dariusza Załuskiego, himalaisty i filmowca, autora *Ostatniej góry*, świetnego dokumentu przedstawiającego kulisy wyprawy. Na twarzach bohaterów scenki maluje się skupienie, przez telefon Robert Szymczak instruuje ich krok po kroku, a w tle słychać głos: Nie takie rzeczy robiliśmy ze szwagrem w garażu!

- Za parę dni powinienem być w pełni formy - cieszył się na Facebooku Adam, a szycie ran trafiło na listę procedur medycznych, ćwiczonych przez wspinaczy przed wyjazdami w góry.

Szczęścia w nieszczęściu nie miał za to Rafał Fronia. On również oberwał kamieniem. Nie w głowę, tylko w rękę. Diagnoza postawiona na miejscu brzmiała krótko: złamanie. Konieczna była ewakuacja i szybszy powrót do cywilizacji. Partnerzy pod K2 mogli jedynie usztywnić ramię i wezwać śmigło.

Robert Szymczak:

- Im człowiek jest bardziej świadomy, tym mniej się boi. Szkolenia dają im pewien poziom odwagi medycznej, znika lęk, że wykonując zastrzyk domięśniowy, podając lek na wysokościowy obrzęk mózgu lub zabezpieczając ranę, mogą drugiej osobie wyrządzić krzywdę. Ważne jest nie tylko przekazanie wiedzy, ale też budowanie wzajemnego zaufania, traktowanie himalaistów na szkoleniach po partnersku, to pomaga w sytuacjach trudnych, kiedy muszą być samowystarczalni, bazując na posiadanym sprzęcie i instrukcjach przekazywanych na odległość.

Nim Adam Bielecki rozbił nos, a Jarosław Botor wrócił do Polski, obydwaj - wraz z Denisem Urubko i Piotrem Tomalą wzięli udział w głośnej akcji ratunkowej na Nanga Parbat, po uwiecznionych wysoko w górze Elisabeth Revol i Tomasza Mackiewicza.

- Zaczęło się od tego, że dostałem informację od Jacka Czecha, że przy schodzeniu ze szczytu zaczęło dziać się coś niedobrego z Tomkiem. U chłopaków pod K2 była noc. Napisałem więc

maila, że Mackiewicz i Revol potrzebują pomocy i czekałem. W żaden sposób nie naciskałem, łatwo z Polski za nich podejmować decyzje, a to oni mieli podjąć ryzyko, nikt inny. Gdy tylko przeczytali wiadomość, odpowiedzieli, że są gotowi - mówi dr Szymczak, mianowany przez Krzysztofa Wielickiego koordynatorem medycznym całego przedsięwzięcia.

Na WhatsAppie szybko założyli grupę roboczą dla wąskiego grona rodziny i przyjaciół Tomka Mackiewicza i Elisabeth Revol z Polski, Włoch i Francji. Główną rolę odgrywały pieniądze i czas. Im szybciej udałooby się zorganizować helikopter dla ratowników spod K2 na Nanga Parbat, tym większa szansa, że akcja się powiedzie.

Doktor pamięta trudną rozmowę z partnerką Mackiewicza na drugi dzień. Zaproponował, żeby sprzedała mieszkanie lub zorganizowała zbiórkę, a nuż się okaże, że ludzie wpłacą sto tysięcy, bo bez tego nikt tam nie polecą. Udało się w dużej mierze dzięki wsparciu Ambasady RP w Islamabadzie, która poręczyła konieczne środki. Pamięta też ciężkie chwile, kiedy był na łączach z Jarosławem Botor, stojącym u podnóża ściany na Nanga Parbat. Wysoko nad jego głową Adam Bielecki i Denis Urubko, z Eli Revol u boku, czekali na kluczową decyzję.

Botor: - Bielecki się pyta, co teraz? Mają schodzić z Revol czy iść po Mackiewicza?

- Chcieli konkretnie. Twardej, męskiej odpowiedzi. Nie chciałem sam decydować. Chciałem skonsultować się z Krzyśkiem Wielickim, ale nie mogłem dodzwonić się do bazy. Miałem natomiast kontakt z Januszem Majerem, ówczesnym szefem Polskiego Himalaizmu Zimowego. Mając na uwadze czas, wysokość, stan Mackiewicza według relacji Revol i fakt, że chłopaki działają wyłącznie we dwóch, wybraliśmy uratowanie jednej osoby kosztem marzenia o ocaleniu dwóch - opowiada doktor.

Gdy akcja ratunkowa dobiegła szczęśliwego końca, a Elisabeth Revol została przewieziona helikopterem do szpitala w Islamabadzie, otwarte pozostawało pytanie, jak poważne poniesie straty zdrowotne. Szczęśliwym trafem przy kompletowaniu apteki wyprawy na K2, Robert Szymczak korzystał m.in. z opracowań Emmanuela Cauchy'ego, medyka i przewodnika górskiego z Chamonix, specjalisty w dziedzinie leczenia odmrożeń. Dzięki temu Polacy mogli dostarczyć pakistańskim lekarzom niedostępne tam specyfiki, a ci - za namową Szymczaka i Cauchy'ego - zaaplikowali je Revol.

Francuzka wyszła z poważnych tarapatów bez trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Za udział w akcji ratunkowej i uratowanie życia Elisabeth Revol czwórka spod Nanga Parbat - Adam Bielecki, Denis Urubko, Piotr Tomala i Jarosław Botor - otrzymali od francuskich władz Legię Honorową - najwyższe państwowe odznaczenie nad Sekwaną.

W związku z pandemią koronawirusa telemedycyna, wcześniej nieśmiało wchodzące w nasze życie, rozgościła się w nim na dobre. W górach wysokich pomoc lekarska na odległość nie jest niczym niezwykłym. Dr Szymczak ma w niej sporą praktykę.

Inaki Ochoa de Olza w maju 2008 roku znalazł się w katastrofalnym położeniu. Baskijski wspinacz, uwięziony w obozie czwartym na Annapurnie na wysokości 7400 metrów, prawdopodobnie doznał obrzęku mózgu.

W akcję ratunkową zaangażowali się himalaiści wielu narodowości. Jednym z nich był Robert Szymczak, który dopiero co wrócił z wyprawy na Dhaulagiri. Kiedy w Katmandu spotkał brata Inakiego, ten zapytał go, czy byłby skłonny pomóc. Odpowiedział bez chwili zawahania. Mężczyźni nie udało się uratować, ale bezinteresowne poświęcenie ratowników doceniły władze hiszpańskiej Nawarry, a poruszony Pablo Ochoa de Olza, brat Inakiego, wysłał do Polski list otwarty, w którym podziękował lekarzowi za wsparcie.

To wtedy dr Szymczak przekonał się, jak skutecznie można pomagać również na odległość.

- Oprócz działań w Katmandu, czyli organizacji grupy ratunkowej, załatwienia helikoptera, wielką rolę odegrała grupa wsparcia utworzona w Pampelunie. Ludzie zbierali fundusze, siedzieli w domach, więc mieli dostęp do telefonów, internetu, mogli utrzymywać stały kontakt z agencją, ubezpieczycielem, dzielić się informacjami. Uznałem, że to bardzo dobra rzecz i wprowadziliśmy to do procedur PHZ-u z Arturem Hajzerem i Jurkiem Natkańskim. Pomoc na odległość przydała się dwa lata później na Makalu - przyznaje.

Wsparcie online zaowocowało tym, że na lotnisku w Warszawie czekały lekarstwa dla odmrożonych wspinaczy, a także ustalona z wyprzedzeniem dalsza opieka medyczna u specjalisty - dr Adama Domanasiewicza, prezesa Polskiego Towarzystwa Medycyny i Ratownictwa Górskiego.

Są też historie bez happy endu. Jak ta, kiedy nasłuchiwali z Polski wieści o wypadku Artura Hajzera na Gasherbrumie w 2013 roku. Chociaż grupa była gotowa do działania, himalaista zginął na miejscu. Nikt nie mógł mu pomóc.

Robert Szymczak zabezpiecza medycznie nie tylko wyprawy profesjonalistów.

Służy radą i doświadczeniem również amatorom i klientom, których chęć realizacji marzeń i pasji pcha w wyższe i niższe góry w różnych zakątkach świata. Nie tylko pomaga w skompletowaniu apteczek i opracowaniu planu aklimatyzacji, ale też pozostaje w kontakcie satelitarnym, gdyby na miejscu wydarzyło się coś niepokojącego.

- Miałem parę mrozących krew w żyłach rozmów - wspomina. - Raz połączył się ze mną ze Stanów Zjednoczonych wspinacz, który dopiero co był świadkiem, jak na jego obóz posypały się wielkie odłamki skalne. Partner zginął, on był poturbowany. Wokół były inne osoby, dzięki ich wsparciu ustaliłem, jakie ma tętno, jak szybko oddycha i w jakim jest stanie. Powiadomiłem też o zajściu jego rodzinę.

Innym razem numer doktora wykręcił mężczyzna, którego partner umierał na obrzęk mózgu. Chociaż dzieliły ich tysiące kilometrów, miał możliwość rozmowy z kimś, kto pozwolił mu zapanować nad nerwami, tak jakby rozmawiał z lekarzem znajdującym się w bazie.

- Telemedycyna jest błogosławieństwem i przekleństwem wyprawy. Z jednej strony medyk może udzielić pomocy nawet wtedy, jeśli jest daleko, z drugiej natomiast stwarza to pokusę dla kierowników ekspedycji, by zrezygnowali z dokooptowania do składu lekarza wyprawowego. Uważam, że przy dużych wyjazdach, lekarz powinien być na miejscu, dla dobra wspinaczy - podkreśla Robert Szymczak.

Na potwierdzenie tych słów przywołuje zimową wyprawę na Broad Peak z 2011 roku.

Arkadiusz Grządziel miał w duszności i cechy zakrzepicy żył głębokich jednej z kończyn. Nie było wiadomo dokładnie, co mu jest, trzeba było założyć najgorsze: zatorowość płucna. Konieczna była decyzja o natychmiastowym zakończeniu wyprawy przez wspinacza i niezwłocznej ewakuacji do szpitala.

- Byliśmy akurat w bazie. Wieczór, atmosfera relaksu, zespół oglądał jakiś film. W pewnym momencie, widząc, że Arek ma problem z oddychaniem, a ja do końca nie wiem, co mu dolega, zarządziłem alarm: chłopaki, koniec seansu, dzwonimy do ubezpieczyciela i organizujemy helikopter! - relacjonuje. Dwa dni później himalaista był w szpitalu w Skardu.

Decyzja o zakończeniu wyprawy dla któregoś z jej uczestników nigdy nie jest dla lekarza łatwa. W namiocie pod wielką górą, chociażby zabrał ze sobą tonę sprzętu, i tak ma ograniczone możliwości diagnostyczne. Ale zawsze lepiej wycofać kogoś pochopnie, niż czekać, aż stan jego zdrowia gwałtownie się pogorszy, bo ze względu na odległości, na pomoc może być za późno.

Wspinacze i kierownicy wypraw na ogół to rozumieją, a decydujący głos, nie tylko w niepisanym górskim kodeksie, ale też według wytycznych Międzynarodowej Federacji Związków Alpinistycznych (UIAA) ma lekarz.

Zdarza się jednak, że trudną decyzję o wycofaniu alpinistów trzeba podjąć, gdy ci są wysoko w górze. A wtedy o kontakt może być zdecydowanie trudniej.

- Himalaista podczas ataku szczytowego na ośmiotysięcznik może nie być w pełni świadomy swoich decyzji, ma ograniczone myślenie krytyczne czy funkcje poznawcze. Niedotlenienie wysokościowe i wycieńczenie organizmu sprawiają, że jego reakcje są obciążone dużym błędem. Powtarzanie tego na szkoleniach nie musi sprawić, że ten wspinacz posłucha pod wierzchołkiem lekarza czy kierownika, ale jestem zdania, że kropla draży skalę. Warto powtarzać procedury bezpieczeństwa, aż u kogoś zagrają automatycznie - uważa dr Szymczak.

Równie ważna, poza umiejętnością oceny zagrożeń zdrowotnych, jest kontrola czasu. Kierownik powinien wyznaczyć godzinę zero, po której - bez względu na wszystko - następuje odwrót do obozu. Kto nie posłucha, proponuje doktor, powinien liczyć się z konsekwencjami, np. brakiem miejsca w składzie kolejnej wyprawy. Ale szantaż to ostateczność.

Lepiej sprawdza się zaufanie.

- Im relacja himalaisty z lekarzem jest bliższa, tym lepiej. Jeśli wspinacz jest przekonany, że drugiej stronie od samego początku przygotowań zależy nie tylko na jego zdrowiu, ale też na

tym, by bezpiecznie zdobył szczyt i z niego wrócił, to tym większa szansa, że w sytuacji zagrożenia zaufa jego decyzji i zdecyduje się na odwrót. Dla mnie, jako lekarza, takie podejście jest równoznaczne z czystym sumieniem - dodaje Robert Szymczak, zdobywca trzech ośmiotysięczników (Dhaulagiri, Nanga Parbat, Mount Everest).

Zabezpieczenie ataku szczytowego to cała logistyka. Zazwyczaj - spychana na margines. Przy okazji zimowej wyprawy na K2 doktor wraz z Jarosławem Botorem pochyłili się nad czarnymi scenariuszami, o które w górach wysokich nietrudno. Głównie chodziło o wyobrażenie sobie sytuacji, że w trakcie ataku szczytowego - na wysokości 8500 m - ktoś traci przytomność lub łamie nogę.

Kto ma to tę osobę znieść?
Ilu ratowników jest potrzebnych?
Czy mają zabezpieczony tlen?

- Nasze pytanie brzmiało: czy my w ogóle przygotowujemy się na taką ewentualność? Jeśli nie przygotowujemy zaplecza, to himalaista od początku będzie wiedział, że szanse na ratunek są nikłe, w związku z czym inaczej będzie kalkulował ryzyko. Zrobiliśmy z Jarkiem symulację, rozpisaliśmy, ile butli tlenowych musi znaleźć się w każdym obozie i wysłaliśmy nasze przemyślenia Krzyśkowi. Nie było entuzjazmu ekipy - mówi dr Szymczak.

Dlaczego? Raz, że medycy uświadomili zespołowi zagrożenia, a dwa - pokazali, że bez ciężkiego sprzętu wytarganego do ostatniego obozu, możliwości zespołu ratunkowego będą ograniczone. Tlen ostatecznie dotarł z wyprawą pod K2, ale nie w ilości, jaką rekomendowali Robert Szymczak i Jarosław Botor.

Niesienie pomocy w górach ułatwia rozwój technologii.

Kiedyś mogło paść radio, a lekarz znajdujący się kilka obozów niżej nie miał żadnych możliwości wsparcia potrzebujących wspinaczy. Ba, nawet nie wiedział o ich trudnym położeniu. Obecnie możliwe jest nawet wykorzystanie drona - jak w przypadku Ricka Allena, namierzonego z powietrza na Broad Peak przez Bartka Bargiela latem 2018 roku.

Lekarz dzisiaj ma nie tylko większe szanse na nawiązanie łączności z poszkodowanym, nawet jeśli ten jest kilka tysięcy kilometrów od niego, ale może też skonsultować się (w razie wątpliwości) z innymi specjalistami medycyny wysokogórskiej. Dr Szymczak kilka razy korzystał z wiedzy kolegów, zrzeszonych w ISMM¹. Tworzą je lekarze i ratownicy, którzy chętnie konsultują - via SMS lub e-mail - górskie dolegliwości.

Kilkadziesiąt minut i na skrzynce czekają wskazówki.

¹ *International Society for Mountain Medicine* - Międzynarodowe Towarzystwo Medycyny Górskiej.

Boom na góry wysokie i potrzebę ekstremalnych przeżyć sprawia, że chętnych na wyjazdy w Himalaje, Karakorum czy Andy przybywa. Zwiększa się także dostęp do wiedzy na temat chorób wysokościowych, konieczności aklimatyzacji i przypadłości, jakie mogą spotkać nieświadomego podróżnika, gdy wyrwany z własnej woli z miejskiego życia wybierze się z agencją turystyczną na Kilimandżaro lub inny wysoki, choć łatwy technicznie szczyt.

- Świadomość podróżujących w góry również rośnie, ale wciąż jest niewystarczająca. Analizując przypadki moich klientów dochodzę do wniosku, że nadal spora część turystów dopiero na miejscu, kiedy zdarza się problem, interesuje się medycyną górską - mówi dr Szymczak.

A zagrożenia są niemałe. Nie tylko himalaistów na ośmiotysięcznikach mogą spotkać takie przypadłości jak: ostra choroba górską, wysokościowy obrzęk płuc, wysokościowy obrzęk mózgu, hipotermia, odmrożenia czy poważne odwodnienie organizmu. Objawy ostrej choroby górskiej (ból głowy, bezsenność, nudności, utrata apetytu) mogą wystąpić już na wysokości 2500-3500 metrów. Często przyczyną dolegliwości jest brak aklimatyzacji.

- Już rzut oka na schematy aklimatyzacji wystarczy, by ocenić, czy ktoś nie wchodził za szybko. Z jednej strony to wina samych podróżników, z drugiej - organizatorów wyjazdów. Im krótszy wyjazd, tym tańszy i można zrobić ich w sezonie więcej. Dobrym przykładem łamania zasad aklimatyzacji jest Kilimandżaro. To nagminny problem, ogólnoswiatowy. Zamiast wymarzonej podróży i pięknego zdjęcia ze szczytu mamy nieraz wymioty, silny ból głowy i rezygnację. Chyba nie o taki obrazek z urlopu chodzi - podkreśla Robert Szymczak.

Przed wyjazdem warto zadać organizatorowi kilka pytań:

Jak wygląda plan aklimatyzacji?

Kto i w jaki sposób zabezpiecza medycznie wyprawę?

Co się stanie, jeśli złamię w jej trakcie nogę?

Im większa będzie świadomość turystów, podróżników, wspinaczy zawodowych i komercyjnych, tym większy będzie poziom bezpieczeństwa górskich ekspedycji.

Nie tylko na K2.