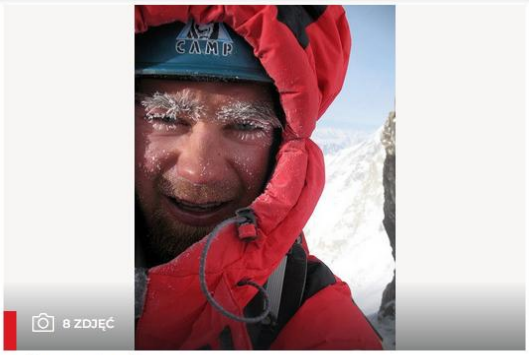
REKLAMA

Lekarz wyprawy Polaków: może się okazać, że atak szczytowy na K2 będzie bardzo podobny do ataku Mackiewicza i Revol

K2 03.03.2018, 07:15

Ilona Godlewska



Robert Szymczak (Arch. pryw.)

W wysokich górach człowiek uświadamia sobie, co mu naprawdę potrzeba do życia - mówi Robert Szymczak, lekarz polskiej wyprawy zimowej na K2.

Robert Szymczak – specjalista medycyny ratunkowej. Zdobywca trzech ośmiotysięczników (Dhaulagiri, Nanga Parbat, Mount Everest). W 2006 r. razem z Tomaszem Wawrzyniakiem i Tomaszem Słodnikiem dokonał pierwszego polskiego wejścia na szczyt Hiriz w Karakorum. Pracownik Katedry i Kliniki Medycyny Ratunkowej na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Zabezpieczył ponad 10 wypraw wysokogórskich.

Ilona Godlewska: Co robi lekarz przy takich wyprawach jak ta na K2?

Robert Szymczak: Przed wyprawą trzeba indywidualnie, dokładnie sprawdzić organizm każdego himalaisty pod względem zdrowotnym, wydolnościowym i żywieniowym. Przed wyprawą wykonuje się badania laboratoryjne krwi, badania obrazowe takie jak RTG czy USG, próbę wydolnościową oraz analizę składu ciała. Sprawdzamy, czy himalaiści nie mają choroby, którą można wyleczyć na poziomie „0", po to, by nie odezwała się później na wysokości i nie spowodowała, że ktoś będzie musiał zjechać w dół. Sprawdzamy też, czy nie mają kłopotu medycznego, np. choroby serca czy niedokrwistości które spowodowałby, że aklimatyzacja na wysokości okazałaby się utrudniona. Jeśli badania krwi ujawnią niedobory, to dzięki odpowiedniej diecie i suplementacji je korygujemy. Pracujemy nad wydolnością, by na wyprawie była maksymalna z możliwych. Na to potrzeba czasu.

Co robi lekarz przy takich wyprawach jak ta na K2?

Robert Szymczak*:

Przed wyprawą trzeba indywidualnie, dokładnie sprawdzić organizm każdego himalaisty pod względem zdrowotnym, wydolnościowym i żywieniowym. Ekipa na K2 jest pod opieką lekarza (www.medeverest.com), trenera i dietetyka z zespołu FormaNaSzczyt. Przed wyprawą wykonuje się badania laboratoryjne krwi, badania obrazowe takie jak RTG czy USG, próbę wydolnościową oraz analizę składu ciała. Sprawdzamy, czy himalaiści nie mają choroby, którą można wyleczyć na poziomie „0", po to, by nie odezwała się później na wysokości i nie spowodowała, że himalaista będzie musiał zjechać w dół. Sprawdzamy też, czy nie mają kłopotu medycznego, np. choroby serca czy niedokrwistości które spowodowałby, że aklimatyzacja na wysokości okazałaby się utrudniona. Jeśli badania krwi ujawnią niedobory, to dzięki odpowiedniej diecie i suplementacji je korygujemy. Pracujemy nad wydolnością, by na wyprawie była maksymalna z możliwych. Na to potrzeba czasu. Takie przygotowania trwają około pół roku. Przed wyprawą ustalamy też schemat aklimatyzacji. Czyli to, jak długo i jakimi etapami himalaiści będą wchodzili do bazy wyprawy. Tworzymy też kilka wariatów przystosowania organizmu powyżej bazy. Opracowujmy logistykę ataku szczytu wraz z odpowiednim zabezpieczeniem, tak, by była szansa, kiedy np. ktoś złamie nogę, by móc go ściągnąć na dół.

Da się znieść kogoś z wysokości 8 tys. metrów?

To ekstremalnie trudne, ale nie niemożliwe. Dlatego przygotowaliśmy też kilka wariantów akcji ratunkowej w strefie śmierci, by przygotować się na różne scenariusze.

Jakie warunki panują na takich wysokościach?

Im jesteśmy wyżej, tym jest mniej tlenu. Na szczycie K2 dostępność tlenu jest o 70% niższa niż na poziomie morza. Szybciej oddychamy, mamy szybszy puls, gorzej śpimy. Jeśli ktoś dostałby się helikopterem na wysokość 8 tys. metrów po trzech minutach traci przytomność, a potem umiera z powodu niedotlenienia mózgu. A my chcemy, żeby himalaiści weszli na szczyt K2 8611m. bez wspomaganie się tlenem. Można tego dokonać, ale organizm musi stopowo uruchomić mechanizmy wewnętrzne, które pozwolą z garstki dostępnego tlenu uzyskać tyle, by móc tam przeżyć. I to wymaga czasu i odpowiedniego treningu. Z każdym tysiącem metrów temperatura spada o kolejne 6,5 stopni - czyli jeśli w bazie na 5000m mamy -30, to na 8000 metrów jest już -50 plus czynnik wiatru obniżający temperaturę odczuwalną. A jeśli temperatura głęboka ciała spadanie poniżej 32 stopniu, zaczynają się zaburzenia świadomości. Do tego tam nie ma oczywiście bieżącej wody, pije się wodę ze stopionego śniegi i lodu. Jak się odwodnimy, to spada wydolność i jesteśmy bardziej narażeni na chorobę wysokościową. Do jedzenia jest tylko to, co wniesiemy. Dlatego ważne jest, by było zbilansowane i dostarczało nam energii. No i sen, który na wysokości jest płytki, co oznacza gorszą regenerację. W górach wysokich człowiek uświadamia sobie to, czego mu potrzeba naprawdę do życia, a czego permanentnie brakuje na wysokości. Himalaiści muszą mieć świadomość, że jeśli na wysokości cos się stanie, lekarz nie przybędzie szybko, nawet jeśli jest w bazie wyprawy, by dotrzeć do obozu trzeciego potrzeba trzech dni. Himalaiści muszą sobie przynajmniej na początku poradzić sami. - Dlatego szkolimy himalaistów, by byli w stanie rozpoznać symptomy choroby wysokościowej, obrzęku płuc czy mózgu. Uczyłem ich, jak leczyć wysokościowy obrzęk płuc i mózgu, wychłodzenie czy unieruchomić np. złamaną rękę. Stworzyliśmy indywidualne zestawy ratunkowe. Jest tam apteczka ratunkowa, w której jest zastrzyk z deksametazonem podawany się w sytuacji wysokościowego obrzęk mózgu.

Powtarza Pan, że najlepszym lekarzem w górach jest zaufany partner wspinaczkowy, który rozpozna i zareaguje na objawy choroby.

Samo leczenie chorób wysokościowych jest proste, bo „wystarczy" zacząć sprowadzać człowieka na dół. Ale już zauważenie objawów choroby, nie zbagatelizowanie ich i rozpoczęcie leczenia nie jest takie proste. Himalaista, który miał w planie zdobywanie szczytu, musi się zatrzymać i rozpocząć schodzenie z poszkodowanym partnerem. W takich sytuacjach działa wiele mechanizmów wyparcia problemu. Trzeba pamiętać, że im szybciej zareagujemy, tym szanse na udaną akcję ratunkową są większe. Łatwiej sprowadzać himalaistę, niż go znosić z wysokości, a to jest nieuniknione, gdy choroba wysokościowa się rozwinie.

W przypadku Revol i Mackiewicza nie było odpowiedniej współpracy?

Nie chciałbym analizować tej konkretnej sytuacji. Im wyżej jesteśmy, tym procesy myślowe są bardziej zaburzone z powodu niedotlenienia, wychłodzenia, odwodnienia, wyczerpania energetycznego i deprywacji snu. Najtrudniejszy jest dzień ataku szczytowego kiedy te wszystkie deficyty się kumulują. Najniebezpieczniejszym dniem wyprawy jest właśnie dzień ataku szczytowego, wtedy dochodzi do 40% wszystkich zgonów, z tego większości podczas zejścia ze szczytu. Trudno więc od wyniszczonego partnera wspinaczkowego wymagać, by szybko reagował. Nie można też go winić, że czegoś nie zauważył, on sam walczy o przetrwanie. To kierownik wyprawy, który jest z himalaistami w kontakcie radiowym kontroluje tempo wspinaczki, słyszy ich wypowiedzi, szybkość oddechu, powinien kontrolować sytuację i reagować gdy robi się niebezpiecznie. To on powinien pomagać w decyzji o zakończeniu ataku szczytowego, a czasem wręcz rozkazać odwrót. Sami wspinacze nie są w stanie sami często ocenić obiektywnie swoich możliwości.

Jest Pan w stałym kontakcie z Krzysztof Wielicki, kierownikiem wyprawy, ale też Adamem Bieleckim. Dzięki temu i możliwości udzielenia pomocy, doradzenia są większe.

Mamy lepsze możliwości komunikacyjne z Polski niż w przeszłości ludzie, którzy byli w bazie wyprawy. Podczas akcji ratunkowej na Nanga Parbat, dzięki komunikacji satelitarnej było bardzo blisko zespołu. Co więcej, kiedy ostatnio jeden z Pakistańskich wspinaczy pomagających polskiej ekipie, a osobiście mój przyjaciel z poprzednich moich wypraw zimowych miał pewien trudny problem medyczny konsultowałem się w jego sprawie poprzez newsletter Międzynarodowego Towarzystwa Medycyny Górskiej zrzeszającego specjalistów medycyny wysokościowej i w ciągu kilku godzin dostałem kilka bardzo wartościowych podpowiedzi, które przekazałem do bazy wyprawy. Dobra komunikacja i możliwości telemedycznych konsultacji zwiększa bezpieczeństwo i komfort wyprawy.

Sam zdobył Pan 3 ośmiotysięczników.

Wiem, jak to działa, wiem, co czują. Dobry lekarz, to taki który ma doświadczenie. Nie jestem oderwany od rzeczywistości w ocenie możliwości działania na takiej wysokości. Myślę, że dzięki temu oni mi też bardziej ufają, bo nie teoretyzuję. A zaufanie jest bardzo ważne. Bez tego trudno byłoby mi przekonać zespół do wyniesienie sporej ilości ratunkowych butli tlenowych w celu zabezpieczenia ataku szczytowego czy noszenie zawsze przy sobie osobistego zestawu ratunkowego. Jasne, można powiedzieć: „podejdźcie jeszcze 500 metrów do góry", ale ja wiem, ile te 500 metrów tam na górze potrafi kosztować. To ogromny wysiłek. Ktoś kto tam nie był, tego nie zrozumie.

Czyli Pan rozumie to, dlaczego Polacy uratowali Revol, a Mackiewicza nie? Przez kilka dni cała Polska żyje sprawą uwięzionego na Nanga Parbat Polaka i wielu teoretyków uważało, że skoro ratownicy już weszli tak wysoko, to powinni też spróbować dotrzeć do Mackiewicza.

Byłem jednym z tych, który decyzję o tym, by zakończyć misję ratunkową, podjęli. To nie są łatwe decyzje, wymagają głębokiego przeanalizowania sytuacji. W tej konkretnej sytuacji kontynuowanie akcji przy załamującej się pogodzie na wysokości ponad 7000 metrów, groziło śmiercią ratowników i miało bliskie zeru szanse na powodzenie. Nie można ryzykować życia czwórki ludzi, żeby sprawdzić, czy jedna jeszcze żyje, kiedy szanse na jej przeżycie są bliskie zeru. Nie zapominajmy też, że trzeba było sprowadzić Revol, kontynuowanie akcji po Tomka skazywałoby ją na śmierć.

Nie wahał się Pan?

Pomogły doświadczenia z pracy w Lotniczym Pogotowiu Ratowniczym. Zdarza się, że kiedy przylatuję do wypadku, widzę ciężko ranne cztery osoby. Nie jestem w stanie pomóc wszystkim jednocześnie. Muszę wybrać tę, która ma największe szansę na przeżycie. To trudne decyzje.

*** Robert Szymczak – lekarz, dr n med., specjalista medycyny ratunkowej. Zdobywca trzech ośmiotysięczników. Asystent w Katedrze Medycyny Ratunkowej na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym, lekarz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Jest lekarzem i szkoleniowcem polskiej wyprawy zimowej na K2.**