

KRAJ ROZMOWY

FOT. JULIITA SZEMCZYK



W medycynie cywilnej obowiązuje standard ABC, czyli najpierw udrożnienie dróg oddechowych, potem przywrócenie oddechu, następnie zaś krążenia. W medycynie pola walki – a pole walki to też np. sytuacja po zamachu terrorystycznym – takie postępowanie przyniosłoby fatalne skutki. Cywilni ratownicy będą to wiedzieć, gdy ich ktoś tego nauczy

# MEDYCZNE KNOW-HOW

Z gen. bryg. prof. **GRZEGORZEM GIELERAKIEM**, dyrektorem Wojskowego Instytutu Medycznego, rozmawia Łukasz Warzecha

**Czy medycyna wojskowa ma jakieś punkty styczne z cywilną?**

W obu przypadkach główny cel to przywrócenie zdrowia i ratowanie życia, ale medycyna wojskowa ma dwa dodatkowe priorytety: osiągnięcie celu misji oraz podejmowanie takich działań, aby poszkodowany jak najszybciej mógł powrócić do walki. Specyfiką medycyny wojskowej są rany postrzałowe, obrażenia wielonarządowe czy ośrodkowego układu nerwowego niemające bezpośredniego związku z postrzałami. Tu zaczynają się punkty styczne z medycyną cywilną. Wypadki komunikacyjne, katastrofy budowlane –

w takich sytuacjach charakter obrażeń może być podobny do tych z pola walki (nie wliczamy w to oczywiście ran postrzałowych). Do tego dochodzą działania przedszpitalne związane z selekcją czy transportem poszkodowanych, a potem oczywiście leczenie.

**Czy gdyby w akcji ratunkowej po katastrofie kolejowej pod Szczekocinami brali udział lekarze wojskowi, mogłaby ona przebiegać sprawniej i udałoby się uratować więcej osób?**

Nie chciałbym dokonywać takiej oceny. Mogę powiedzieć, że ich obecność na pewno by nie zaszkodziła. Przy okazji muszę dodać: wojskowa służba zdrowia to nie tylko lekarze. Mamy też pielęgniarki czy analityków medycznych z doświadczeniami z Afganistanu. No i oczywiście świetnych ratowników me-

dycznych, którzy na pewno byliby pomocni w każdej dużej akcji ratowniczej.

**Ale ich tam wtedy nie było. Nikt nie zwrócił się do wojska o pomoc. Czy jednak zdarzało się to w innych podobnych sytuacjach?**

Tak. Ostatni przykład to zamach w Tunezji. Logistycznie była to klasyczna misja wojskowa. Tam mieliśmy rannych z ranami postrzałowymi. Ważną rolę odegrała umiejętność dokonania triażu, czyli ustalenia priorytetów ewakuacji ofiar. Zajął się tym m.in. lekarz z Wojskowego Instytutu Medycznego (WIM), który ponad dwa lata spędził w Afganistanie. Zwrócił uwagę, że medykom zajmującym się Polakami brakowało ochrony sił specjalnych. Nikt przecież nie wiedział, czy atak się nie powtórzy. To pokazuje konieczność zbudowania systemu, który uwzględniłby

każdy aspekt takiej akcji. Potrzebny jest międzyresortowy zespół, który będzie gotowy do działania, także poza granicami kraju, a poza opieką medyczną zapewni zabezpieczenie przed atakiem, rozpoznanie i transport. W WIM przeanalizowaliśmy akcję w Tunisie, na roboczo rozmawialiśmy z niektórymi instytucjami mogącymi wejść do systemu i przekazaliśmy przelożonym propozycje rozwiązań.

### ***Czy jest możliwe powołanie systemu, który standardowo wprowadzałby wojsko do akcji w kraju, gdy jest wiele ofiar?***

To pytanie do decydentów. Ja mogę mówić tylko w imieniu WIM. Znając swoich ludzi oraz współpracujących z nami medyków z jednostek wojskowych, marzę, aby ich potencjał został w pełni wykorzystany. Polskie cywilne ratownictwo medyczne jest dobre, ale nie doskonałe. Owszem, cały kraj pokrywają ogniwa systemu ratownictwa medycznego, ale np. funkcjonujące w jego ramach centra urazowe nie są rozmieszczone równomiernie. Dlatego warto by było wykorzystać potencjał wojskowej medycyny. Niestety obecnie obowiązująca ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym, która ma zostać znowelizowana, lokuje wojskowych ratowników medycznych poza tym systemem, kwalifikując ich wyłącznie jako podmioty z nim współpracujące.

### ***Jakie są tego konsekwencje?***

Choćby takie, że jeśli ratownik wojskowy udzieli pomocy „cywilnemu” poszkodowanemu w „cywilnej” sytuacji, może się pojawić pytanie, czy był do tego uprawniony. W skrajnym przypadku może go to doprowadzić nawet przed prokuratora.

### ***Czy ze strony wojskowej służby zdrowia nie było sugestii, żeby włączyć ratowników wojskowych do państwowego systemu?***

Były. Po stronie Ministerstwa Obrony Narodowej jest pełne przekonanie, że to bardzo potrzebne rozwiązanie. Być może nowelizacja ustawy będzie dobrą okazją, aby zmienić obecny stan rzeczy.

### ***Jaką wartość ma doświadczenie, które wojskowi medycy wynieśli z udziału w operacjach zbrojnych w Afganistanie i Iraku?***

Ogromną! Lekarze i ratownicy medyczni działają tam na co dzień w warunkach,

na które w kraju mogą się natknąć tylko absolutnie wyjątkowo. Pod Szczekocinami szczególnego rodzaju obrażenia dotyczyły garstki ludzi. W Afganistanie czy Iraku było to cztery czy pięć osób dziennie. Po zasadzce, w jaką wpadli żołnierze GROM służący w Afganistanie, lekarz z WIM musiał w środku nocy udzielać pomocy kilkunastu Polakom, którzy w jednej chwili znaleźli się w szpitalu. Zatem w ciągu sześciomiesięcznej misji udzielanie pomocy w takich wypadkach stało się rutyną. Przy czym mówiąc o medycynie taktycznej, nie rozmawiamy tylko o procedurach dotyczących samego zabiegu. To również wszystko, co się dzieje od momentu odniesienia obrażenia przez ofiarę: transport, organizacja leczenia. Gdy studiowałem na Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi, uczyliśmy się jeszcze taktyki Układu Warszawskiego, w której ramach czas ewakuacji ofiar był rozciągnięty od sześciu do aż 24 godzin. Tyle że jeśli poszkodowany miałby się dostać pod specjalistyczną opiekę medyczną najwcześniej po upływie 12 go-

## **Nasi medycy w Afganistanie pod koniec misji osiągnęli prawdziwe mistrzostwo. Takie były oceny Amerykanów**

dzin, jego szanse na przeżycie byłyby niewielkie. Po wejściu do NATO to się zasadniczo zmieniło: w ciągu 30 minut, a najdalej w ciągu godziny ranny ma się znaleźć w miejscu, w którym uzyska specjalistyczną pomoc.

### ***Co jeszcze się zmieniło?***

Liczy się także standaryzacja działań. Kiedy ciężko ranny żołnierz trafia na łóżko w szpitalu polowym, każdy medyk z zespołu dyżurnego wie, gdzie ma stanąć. Każdy wykonuje automatycznie przypisane mu czynności. U Amerykanów standaryzacja jest posunięta tak daleko, że gdziekolwiek na świecie powstaje ich szpital wojskowy, pomieszczenia, w których udziela się pomocy, wyglądają tak samo. Ta sama szafka z tą samą zawartością w tym samym miejscu, taki sam stojak na kroplówkę, takie samo oprzyrządowanie, identyczny stół operacyjny, a nad nim taka sama lampa. Dlatego lekarz przyjeżdżający na misję może

z marszu wejść na salę operacyjną i się nie pogubi. Jest również wiedza bardzo specyficzna dla pola walki, np. dotycząca tego, jak kamizelka kuloodporna zmienia charakter obrażeń. A zmienia bardzo: 65 proc. obrażeń to postrzały kończyn, a tylko 7-9 proc. z nich dotyczy klatki piersiowej. Trzeba też pamiętać, że skuteczność żołnierzy na polu walki zależy nie tylko od treningu strzeleckiego czy taktycznego, lecz także od umiejętności ratowania swoich kolegów.

### ***Jak pan ocenia te umiejętności wśród polskich służb mundurowych, nie tylko żołnierzy?***

Bywa różnie. Jakiś czas temu przedstawiciele WIM oceniali uczestników zawodów jednostek antyterrorystycznych. Na jednym z etapów sprawdzali prawidłowość założenia tzw. stazy taktycznej, czyli opaski uciskowej pozwalającej zatamować krwawienie. Taka opaska na polu walki jest jednym z najważniejszych środków ratowania życia. Okazało się, że aż 30 proc. biorących udział w za-

wodach założyły opaskę źle. A mówimy o elicie – antyterrorystach. Gdyby to się zdarzyło podczas akcji, ranni zapewne by nie przeżyli. Takie informacje doskonale weryfikują wiedzę, pozwalają skupić uwagę na działaniach, które umykają w codziennym szkoleniu, a mają krytyczne znaczenie dla powodzenia i bezpieczeństwa akcji.

### ***Ilu medyków w polskiej armii ma doświadczenia z prawdziwych konfliktów?***

Dziś to ok. 40 lekarzy i kilka razy więcej ratowników medycznych. Niektórzy spędzili po dwa, nawet trzy lata w szpitalu wojskowym w Afganistanie. Tego doświadczenia nic nie jest w stanie przebić. Pamiętajmy jednak, że z czasem to doświadczenie blaknie, a przecież w Iraku i Afganistanie już nas nie ma. Poza tym technologie walki zmieniają się cały czas, z nimi zaś zmieniają się potencjalne obrażenia, z którymi trzeba sobie radzić. Natomiast nasi medycy ■



■ w Afganistanie pod koniec misji osiągnęli prawdziwe mistrzostwo. Takie były oceny Amerykanów. Wymienialiśmy się z nimi personelem przy udzielaniu pomocy w krytycznych sytuacjach, bo szpitale polski i amerykański były w Ghazni położone blisko siebie, a umiejętności Polaków budziły autentyczny szacunek.

#### **Czy te doświadczenia można by przenieść do medycyny cywilnej?**

Z pewnością łatwiej by było, gdyby wszystkie polskie karetki były identycznie wyposażone lub gdyby wszystkie izby przyjęć wyglądały identycznie. Można by do polskiego systemu ratownictwa medycznego przenieść istniejący w amerykańskiej armii rejestr obrażeń. Wprowadzane do niego na bieżąco informacje służą zbudowaniu statystyk pozwalających ocenić skuteczność ratownictwa i szukać lepszych rozwiązań. My takiego narzędzia nie mamy. Może się też okazać – choć nikt by sobie tego nie życzył – że wiedza wojskowych medyków przydaje się nie tylko w razie katastrof, lecz także wówczas, gdyby miało u nas dojść do zamachu terrorystycznego. A przecież w takich przypadkach zwykle mamy do czynienia ze znaczną liczbą rannych.

#### **I cywilni lekarze nie mogliby się nimi należeć zająć?**

W medycynie cywilnej obowiązuje standard ABC, czyli najpierw udrożnienie dróg oddechowych, potem przywrócenie oddechu, następnie zaś krążenia.

W medycynie pola walki – a pole walki to też np. sytuacja po zamachu terrorystycznym – takie postępowanie przyniosłoby fatalne skutki. W przypadku ran postrzałowych, lecz również podobnych, wysokoenergetycznych obrażeń, najważniejsze jest opanowanie krwawienia. W przypadku masywnego krwotoku człowiek wykrwawi się w ciągu dwóch, trzech minut! Potem dopiero zajmujemy się utrzymaniem oddechu.

#### **Przecież cywilni ratownicy powinni to wiedzieć!**

I będą to wiedzieć, pod warunkiem że ktoś ich tego nauczy. Oni mają swoje nawyki nabyte podczas studiów i szkoleń. Nie mogą ich zmienić tylko dlatego, że ktoś im powie, iż w pewnych okolicznościach ważne jest coś innego. Ale zintegrowanego systemu przekazywania takiej wiedzy cywilom przez wojsko nie mamy.

#### **Czy istnieje zainteresowanie tym medycznym know-how ze strony cywilów, czyli Ministerstwa Zdrowia?**

Oficjalnie – w dalece ograniczonym zakresie. Tymczasem np. w Norwegii studenci medycyny mają obowiązkowe zajęcia z medycyny wojskowej. Natomiast zainteresowanie środowiska cywilnego tym, co udało nam się wypracować, jest olbrzymie.

#### **Ale warszawski szpital przy ul. Szasearów to nie tylko pomoc w sytuacjach wojennych.**

To wycinek działalności WIM. Nasi medycy w mundurach odznaczają się unikatowymi umiejętnościami, prowadzimy badania naukowe. Wystarczy wspomnieć o opracowanych przez naszych chirurgów plastycznych patentach dotyczących nowoczesnych opatrunków do zastosowania na polu walki czy w rejonach katastrof. Nasi okuliści pracują nad systemami sterowania bronią, wykorzystując wiedzę z zakresu anatomii i funkcji gałki ocznej.

#### **Brzmi jak z filmu science fiction.**

Bo rzeczywiście takie rzeczy dotychczas mogliśmy tylko w nich oglądać. Ortopedi i rehabilitanci są mistrzami w przywracaniu do zdrowia osób, które jeszcze przed dwiema dekadami byłyby skazane na wózek inwalidzki. Poszliśmy w tym kierunku, bo wojsko inwestuje olbrzymie pieniądze w wyszkolenie żołnierzy. Im sprawniej udzielimy im pomocy, tym szybciej wrócą do służby. To sposób na racjonalne gospodarowanie środkami budżetowymi. Lepiej wydać pieniądze na profilaktykę i nowoczesne leczenie niż na świadczenia rentowe. Dzięki misjom w Iraku i Afganistanie zmienił się WIM, a na zmianach korzystają także cywile. Chorzy w mundurach to w ciągu roku tylko kilka procent pacjentów WIM. Jakościowy skok w wojskowej służbie zdrowia, z której mogą korzystać wszyscy Polacy, to jeden z pozytywnych efektów naszego zaangażowania w Irak i Afganistanie. ■