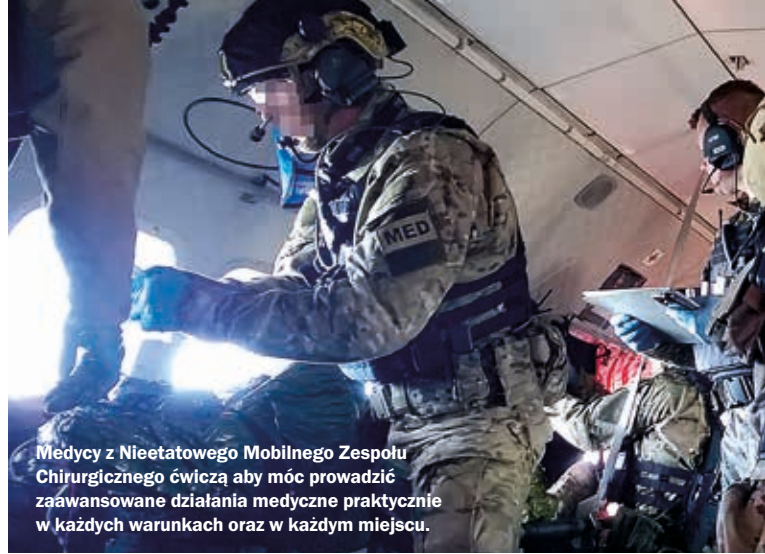


Zespół operujący żołnierza z ciężkimi obrażeniami postrzałowymi to zwykle sześć–osiem osób: chirurg ogólny, chirurg ortopeda, anestezjolog i ratownicy medyczni. Wszyscy mają na głowach operacyjne lampy czołowe lub latarki, bo wokół jest mrok. I bezprzewodowe zestawy słuchawkowe, gdyż ryk silników nie pozwala na swobodną rozmowę. Każdy z medyków ma przy sobie pistolet, a karabinki HK-416 leżą w skrzyni tuż obok pojemnika z kompletem zapasowych narzędzi chirurgicznych. Operacja odbywa się bowiem na wysokości kilku tysięcy metrów wewnątrz samolotu transportowego. Wystarczy kilkadziesiąt mi-



Medycy z Nietatowego Mobilnego Zespołu Chirurgicznego ćwiczą aby móc prowadzić zaawansowane działania medyczne praktycznie w każdych warunkach oraz w każdym miejscu.

JAROSŁAW RYBAK

## Skalpel do zadań specjalnych

Jeśli żołnierzy wojsk specjalnych, ze względu na precyzję działania, nazywamy chirurgami, to ta grupa jest skalpelem. Dosłownie i w przenośni.

nut, by taką salę operacyjną uruchomić na pokładzie śmigłowca, kutra, na ciężarówce czy w jakimkolwiek innym pomieszczeniu, w każdym zakątku świata. Siedzimy w samolocie, ściśnięci między noszami, na których leżą „ranni”. Scenariusz ćwiczeń zakładał lądowanie w terenie nieprzyjaznym, przejęcie poszkodowanych i jak najszybsze opuszczenie zagrożonej strefy. Obserwujemy pracę zespołu medyków, jakim może się pochwalić tylko kilka państw sojuszu północnoatlantyckiego.

### POMOC DLA CYWILÓW

Gdy żołnierz zostanie ranny na polu walki, błyskawicznie należy go przetransportować do szpitala polowego poziomu II. Tam przechodzi podstawowe zabiegi ratowania życia i po ustabilizowaniu funkcji życiowych jak najszybciej przetrzuca się go samolotami do szpitali znajdujących się poza strefą wojny, w których ranni i poszkodowani dochodzą do zdrowia.

W Iraku czy Afganistanie funkcjonowało wręcz modelowe rozwiązanie. Są jednak sytuacje, w których z ewakuacją nie można zwlekać. Dlatego przed kilkunastu laty Amerykanie opracowali koncepcję tworzenia mobilnych zespołów intensywnej terapii (Special Operations Critical Care Evacuation Team – SOCCET) oraz zespołów chirurgicznych poziomu II (Special Operations Surgical Team – SOST). I choć system był tworzony z myślą o żołnierzach sił specjalnych, to jest wykorzystywany do ratowania cywilów.

„Od lat analizujemy i przygotowujemy wariantowe scenariusze działania. Čwierć wieku temu na Morzu Czerwonym wprowadzono polski statek, w 1994 roku w Angoli porwano polskich inżynierów. To samo spotkało naszych obywateli w 1988 roku w Czeczenii i rok później w Dagestanie. W 2003 roku, w czasie wojny w Iraku, wprowadzono dwóch polskich dziennikarzy. Przed kilkoma miesiącami ewakuowano dużą grupę ro-

daków z ogarniętego wojną Donbasu. Wszystkie te historie dobrze się skończyły, ale nie musiało tak być. W czasie rozwoju niekorzystnych scenariuszy Polska powinna mieć możliwość uratowania swoich obywateli, także ciężko poszkodowanych czy chorych”, przekonuje płk Piotr Gąstał, dowódca GROM-u.

Po zamachu w Tunezji była prowadzona akcja ratowania poszkodowanych. Wtedy, jak w soczewce, skupiły się problemy wynikające z niedoskonałości działania instytucji państwa w tej dziedzinie. „Znalazłem się w składzie zespołu, który przetrzucono do pomocy ofiarom zamachu w Tunisie. W jego efekcie śmierć poniosło trzech naszych rodaków, a dziesięcioro zostało rannych. Nikt nie wiedział, jak rozwinie się sytuacja, ale wysłano nas bez ochrony. Odpowiadałem za określanie stanu zdrowia rannych. Ośmiu poszkodowanych nadawano się do szybkiego przetrzutu do kraju. Nie mieliśmy jednak możliwości przetransportowania dwóch najczęściej rannych kobiet”, wspomina płk dr n. med. Robert Brzozowski, kierownik Zakładu Medycyny Pola Walki Wojskowego Instytutu Medycznego.

Problemy pojawiały się nawet w czasie międzyresortowych ustaleń, do których szpitali powinny trafić ofiary zamachowców. Wszyscy poszkodowani mieli rany postrzałowe z karabinków Kałasznikowa. „Mamy największe doświadczenie w kraju w leczeniu pacjentów z takimi obrażeniami”, mówi gen. bryg. prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gielera, dyrektor WIM-u. „Dlatego najczęściej poszkodowane osoby uzyskały pomoc w naszym szpitalu”.

### WNIOSKI Z TUNEZJI I DONBASU

„Analizując tamte wydarzenia, dowódca jednostki GROM powołał nietatowy mobilny zespół chirurgiczny. W efekcie powstała grupa o wysokim stopniu mobilności oraz autonomii. Zespół jest przygotowywany do prowadzenia zaawansowanych



JAROSŁAW RYBAK

# ŚWIADOMOŚĆ ŻOŁNIERZA, ŻE WOJSKO ZROBI WSZYSTKO, ABY GO ODZYSKAĆ, JEST BEZCENNA

działań medycznych w każdych warunkach i każdym miejscu”, ujawnia gen. dyw. Piotr Patalong, inspektor wojsk specjalnych.

Zespół to skomplikowana układanka. Trzon stanowią medycy GROM-u. Ci jednak nic by nie zrobili, gdyby nie lotnicy z sił powietrznych, zarówno z 7 Eskadry Działań Specjalnych, jak i lotnictwa transportowego. Niezbędne jest też uzupełnienie składu o medyków z WIM-u. „Koncepcja operacyjna zespołów chirurgicznych SOST, wypracowana kilkanaście lat temu w USA, jednoznacznie nakazuje oparcie kadry medycznej zespołu na osobach mających wysokie kwalifikacje i odbywających codzienną praktykę medyczną. Potrzebujemy specjalistów chirurgii ogólnej, anestezjologii, traumatologii i ortopedii oraz medycyny ratunkowej. Tylko laik może myśleć, że w wojskach specjalnych potrafilibyśmy samodzielnie stworzyć taki zespół. To byłoby absolutnie pozbawione sensu”, kontynuuje gen. Patalong. „W Polsce naszym naturalnym partnerem jest WIM. Tam powinni trafiać ewakuowani. Przy ulicy Szaserów w Warszawie w jednym miejscu zgromadzono specjalistów praktycznie ze wszystkich dziedzin medycyny. Do tego trzeba dodać możliwości skorzystania z telemedycyny. WIM ma sprawdzone w czasie misji w Iraku i Afganistanie systemy łączności, pozwalające na odległość dokonywać bardzo zaawansowanych konsultacji medycznych”.

Trzon zespołu ma się opierać na służbie zdrowia jednostki GROM, i – odpowiednio do pojawiających się potrzeb – być wzmacniany przez medyków, którzy na co dzień pracują w szpitalu, ale pozostają w zespołach dyżurnych, więc błyskawicznie będą w stanie ruszyć do akcji. Nie muszą być jed-

nak superkomandosami. „Sprzęt, o którym rozmawiamy, może być desantowany z sekcjami spadochronowymi, tak aby zaawansowanej pomocy można było udzielać już w sytuacji, w której nie ma możliwości zorganizować ewakuacji. Po to wymyślono spadochrony tandemowe, żeby skoczek przetransportował w odpowiednie miejsce specjalistę, który stanie przy mobilnym stole operacyjnym”, podkreśla gen. Patalong.

„Takie rozwiązania sprawdzono w USA czy Wielkiej Brytanii. Dla naszego szpitala oznacza to dodatkowy wysiłek. Ale podejmując się wyzwania, wykonujemy zadania, do których w wiodących państwach NATO służą najważniejsze szpitale wojskowe. Chcemy zaproponować budowę sprawnego systemu, który polegał będzie nie tylko na sprawnej ewakuacji, ale też zaoferuje poszkodowanym najlepsze możliwe metody powrotu do zdrowia. Ta koncepcja wynika z analizy wniosków z leczenia żołnierzy rannych w Iraku i Afganistanie czy cywili poszkodowanych w zamachu w Tunezji”, dodaje gen. Gielerak.

Inspektor wojsk specjalnych zwraca uwagę na to, że sojusznicy racjonalnie gospodarują budżetem. Dlatego Wielka Brytania stworzyła tylko jeden taki zespół. W Stanach Zjednoczonych jest ich kilka, ale dyżur także pełni tylko jeden. Większość pozostałych państw NATO nie pokusiła się o powołanie podobnych grup. „Udział w ćwiczeniach i szkoleniach międzynarodowych pokazuje, że jesteśmy w czołówce krajów rozwijających tę zdolność”, uważa gen. Patalong. „W ramach sojuszu północnoatlantyckiego rozwijamy deficytowe umiejętności. To może być jedna z kart przetargowych przy politycznych decyzjach dotyczących zaangażowania Sił Zbrojnych RP w operacje sojusznicze”.

## POTYCZKI KADROWE

Jesteśmy na dobrej drodze, mamy sprzęt i specjalistów. Zespół intensywnie ćwiczy i zgrywa się z lotnictwem, szpitalem na Szaserów i innymi podmiotami. Diabeł tkwi w szczegółach. „Trzeba spać w jeden systemy działania różnych rodzajów wojsk i służb w ramach Ministerstwa Obrony Narodowej. Należy wypracować zasady współpracy pomiędzy MON-em a MSZ-etem i innymi instytucjami. Brakuje także formalnych podstaw do uruchamiania środków na systematyczne szkolenia medyków z siłami specjalnymi w formule mieszanych zespołów zadaniowych czy ich okresowe szczepienia przeciw chorobom, z którymi mogą się zetknąć w czasie misji medycznej. Jako dyrektor publicznego szpitala muszę też zadbać o to, żeby wyznaczenie osób do nieetatowego zespołu ratownictwa bojowego nie wpłynęło na pogorszenie jakości pracy szpitala. To jednak problemy do pokonania. Ale do ich przezwyciężenia potrzebujemy sojuszników”, mówi dyrektor WIM-u.

A dodatkowe pieniądze? „Wykorzystanie medyków z zewnątrz jest zdecydowanie tańsze i przede wszystkim gwarantuje skuteczniejszą pomoc, niż zatrudnianie dodatkowych osób i tworzenie osobnych struktur w ramach wojsk specjalnych”, mówi gen. Piotr Patalong.

Dyrektor WIM-u gen. Gielerak przypomina operację ratowania kpt. Scotta O’Grady’ego, pilota US Air Force zestrzelonego w czerwcu 1995 roku na Bałkanach. Brało w niej udział ponad 40 samolotów, śmigłowców, satelity oraz kilka tysięcy amerykańskich żołnierzy. „Nikt nawet wtedy nie wspominał o kosztach. Świadomość żołnierza, że wojsko zrobi wszystko, aby go odzyskać, jest bezcenna. My też chcemy dać Polakom większe poczucie bezpieczeństwa”, kończy dyrektor WIM. ■