



Сергей Евгеньевич Борисов – авторитетная личность в современной московской и российской фтизиатрии. Профессор. Заместитель директора по научно-клинической работе Московского городского научно-практического центра борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы, руководитель его Центральной врачебной комиссии. Член Высшей аттестационной комиссии при Министерстве образования и науки России. Член правления Московского общества фтизиатров, президиума Российского общества фтизиатров, Всемирной ассоциации по саркоидозу и гранулематозам, Европейского респираторного общества и редколлегий ведущих научных журналов. Врач-фтизиатр, пульмонолог, организатор здравоохранения и общественного здоровья. В чем рецепт его успеха?

СЕКРЕТ УСПЕХА ПРОФЕССОРА БОРИСОВА

Диалог ведет врач и журналист Татьяна Мохрякова

– *Сергей Евгеньевич, каково Ваше видение современной науки?*

– Могу сказать только про свою область – медицину. Бурно развиваются применяемые физические методы исследования больных, есть успехи в молекулярной биологии и генетике.

Фтизиатрия – наука не только о жизни биологической, но и социальной. Профессия привлекает определенный круг людей, но если принимает человека, то, как правило, навсегда.

К тому же в паспорте специальностей ВАК только фтизиатр должен владеть клиническими, эпидемиологическими и статистическими знаниями. Фтизиатр в своей работе одновременно обращается и к человеку, и к обществу.

Я бы выделил фтизиатра из всех врачебных специальностей. Фтизиатры лечат и наблюдают пациента долго. А очень трудно написать стандарты лечения на длительный срок. Поэтому сохранился индивидуальный подход к больному.

– *Сергей Евгеньевич, это здорово, что Вы выбрали фтизиатрию и как практику, и как науку.*

– Скорее, фтизиатрия выбрала меня много лет назад.

В начале 1980-х годов около 30 молодых специалистов поступили в распоряжение Московского НИИ туберкулеза*. Через 30 лет в институте нас осталось шестеро, включая меня и профессора Валентину Александровну Аксенову, которая сегодня главный детский фтизиатр России.

– *Как объяснить Вашу приверженность фтизиатрии?*

– Очевидно, ленью и нежеланием искать другое место. Если все получается в этой специальности, зачем что-то менять? (Улыбается.)

На мой взгляд, этот ответ Сергей Евгеньевича достаточно спорен. Убедитесь сами:

• 1981 год – диплом с отличием по окончании Московского медицинского стоматологического института по специальности «лечебное дело».

• 1987 год – защита кандидатской диссертации по дифференциальной диагностике диссеминированных поражений легких.

• 1995 год – защита докторской диссертации по эпидемиологии, диагностике, лечению и диспансерному наблюдению больных саркоидозом.

• Он – автор более 300 научных работ в отечественных и зарубежных изданиях.

• Профессор по специальности «фтизиатрия», профессор кафедры фтизиатрии РМАНПО.

• Под руководством С.Е. Борисова подготовлены и защищены 14 кандидатских диссертаций, подготовлены к защите две докторские диссертации.

Представляя портрет профессора Борисова, хочу поделиться с вами рассказами его коллег. Надеюсь, что Сергей

* Московский НИИ туберкулеза Минздрава РСФСР неоднократно с тех пор переименовывали:

1994 г. – Российский НИИ фтизиопульмонологии Минздрава России;

1998 г. – НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И.М. Сеченова;

2011 г. – НИИ фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО Первый Московский медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России;

2017 г. – Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний Минздрава России

Евгеньевич откроется своей многогранностью, любовью к жизни, профессии и всему, что он сделал и еще сделает для отечественной медицины. Слово руководителю отдела эпидемиологического мониторинга туберкулеза Московского городского научно-практического центра борьбы с туберкулезом ДЗМ Евгению Михайловичу Белиловскому.

Е.М. Белиловский

С профессором Борисовым мы знакомы с 1981 года. Почти 40 лет назад пришли в Московский НИИ туберкулеза научными сотрудниками. Сергей Евгеньевич всегда работал на стыке между медициной, логикой и математикой. Его кандидатская и докторская диссертации были связаны с математической обработкой сложного материала. А я, как человек технический, был одним из тех, кто создавал математическую программную поддержку научных работ, в том числе и его.

На основе системы, которая была сделана тогда, спустя годы была создана универсальная программная структура. Для этого проделана колоссальная работа. Мы с ним объехали многие регионы России, где беседовали со специалистами, учили и учились. Сергей Евгеньевич был незаменим в этом процессе: он мог переводить терминологию фтизиатра на язык программиста.

Спустя годы наша идея воплотилась в Государственную систему мониторинга туберкулеза (был приказ Минздрава в 1997 году). В ее основе лежала программная система «Барклай», которую сегодня знают во многих территориях России. Мы с Сергеем Евгеньевичем дали ей имя известного полководца, потому что увлекались историей Отечественной войны 1812 года и нам был интересен образ Барклая де Толли – человека, который ковал победу, но остался в тени.



– Сергей Евгеньевич, ваш многолетний коллега Евгений Михайлович Белиловский рассказал, что Вы с ним разработали одну из ключевых программ мониторинга, которая и сегодня используется во фтизиатрии.

– Это была одна из наших научных идей: наблюдать за пациентами, получающими различные варианты лечения, на протяжении длительного времени. Потом оказалось, что воплощенная в программный продукт идея великолепно ложится на всю систему диспансерного наблюдения не только больных туберкулезом – всех. Мы много занимались программой, она широко использовалась. В настоящее время возобладали иные тенденции в создании подобных систем.

– Но ведь Вы философски относитесь к этому.

– Вовсе нет. От этого стонут наши организаторы, да, в общем, все страдают, просто боятся говорить.

– Когда Вы внедряли свою программу, была поддержка руководства?

– Да. Нас поддержал академик Михаил Израйлевич Перельман, тогда – директор НИИ фтизиопульмонологии. Я был его заместителем по научной работе десять лет. Он всегда говорил: «Вы сейчас работаете в счастливое время, когда за науку не платят и ею занимаются те, кому это нужно. Когда появятся деньги, вы вспомните это счастливое время». Несмотря на некоторое преувеличение, Михаил Израйлевич был, как всегда, прав.



С.Е. Борисов (справа) с коллегами из НИИ фтизиопульмонологии



Участники Первой глобальной конференции ВОЗ по туберкулезу: Р.Ш. Валиев, С.Е. Борисов, В.А. Аксенова, А.А. Трусов, Е.М. Белиловский. 16 ноября, 2017

– Кто был Вашим учителем в профессии?

– Профессор Валентин Николаевич Адамович. Он взял меня со студенческой скамьи в диагностическое отделение, которым заведовал, и был моим учителем. Прекрасный терапевт, диагност и настоящий профессор, каких сейчас мало. Я знаю, пожалуй, только Леонида Ивановича Дворецкого – известного московского терапевта, занимающегося геронтологией, терапией, сочетающего в себе широчайший кругозор, аналитические и медицинские способности, интерес к больному человеку.

Маяковский когда-то писал: «Социальный заказ определяет творчество». Социального заказа на таких людей сейчас нет.

– Вы – профессор, и у Вас есть ученики. Можете рассказать о них?

– Очевидно, я не очень хороший учитель... Сейчас под моим руководством выполняется несколько научных исследований. Надеюсь, что могу помочь людям, которые сознательно выбрали двойной груз: работают врачами и выполняют научную работу.

Думаю, что Сергей Евгеньевич поскромничал, отвечая на вопрос об учениках.

У него было 15 диссертантов, среди которых немало успешных фтизиатров, готовятся к защите несколько докторских диссертаций.

В Московском центре борьбы с туберкулезом он руководит Центральной врачебной комиссией, где каждый его клинический разбор – это интереснейший и очень полезный урок любому практикующему фтизиатру. Уже на протяжении пяти лет на ежегодных конференциях московских фтизиатров проводится Школа профессора Борисова.

О своем отношении к Учителю рассказала директор Московского городского научно-практического центра борьбы с туберкулезом, главный внештатный специалист фтизиатр Департамента здравоохранения города Москвы Елена Михайловна Богородская.

Е.М. Богородская

Я пришла в диагностическое отделение, которое возглавлял Сергей Евгеньевич, на втором году ординатуры. Тогда он еще не был профессором, но был известен. Даже академик Перельман обращался к нему по вопросам диагностики: «Интересный случай! Давайте пригласим Борисова, посмотрим, что он нам скажет».

Наблюдая за тем, как он практикует, я сама стала врачом. Учусь у него до сих пор.

Профессор Борисов был одним из основных разработчиков программы модернизации противотуберкулезной помощи в столице. Он предложил объединить всю противотуберкулезную амбулаторно-поликлиническую сеть города Москвы, что было одобрено Департаментом здравоохранения г. Москвы и сыграло ключевую роль в полученных результатах.

Харизма Борисова покоряет многих. У него давно своя Школа: сначала, в НИИ фтизиопульмонологии, была диагностическая, теперь – клиническая: по лечению больных туберкулезом.

В Московском центре борьбы с туберкулезом есть Центральная врачебная комиссия (ЦВК), роль руководителя которой – Сергея Евгеньевича – невозможно переоценить. Могу сказать, что, если ЦВК по туберкулезу возглавляет профессор Борисов, можно быть полностью спокойными за всех больных.



– Сергей Евгеньевич, Вы 10 лет работали бок о бок с академиком Перельманом, который учил коллег профессиональному взаимодействию.

– Профессиональные связи в медицине чрезвычайно важны. Общась с коллегами, мы можем опустить много вводных, так называемых ритуальных, слов и действий и четко сказать, что нам нужно.

Перельман был гений житейской мудрости. Я с ним общался 10 лет по вопросам текущего управления, идеологии российской фтизиатрии, различным техническим вопросам.

Были времена, когда ВОЗ довлела над Россией, пытаясь внедрить свои программы и перестроить в буквальном смысле фтизиатрическую службу. Академик Перельман, будучи тогда главным фтизиатром Минздрава России, проявил мудрость, стойкость, упорство и сохранил все.

Он знал, как устроен мир, как надо действовать, говорить и уметь сохранять доброжелательное отношение и неподдельный интерес к миру, к людям.

– *Приведите пример.*

– Небольшой, но характерный: когда в 2003 году мы обсуждали будущие печатные материалы съезда фтизиатров, он сказал: «Набор надо делать обязательно в две колонки на странице. В ином формате это будет неуважением к читателю».

Спустя годы, выпуская журнал Московского общества фтизиатров «Туберкулез и социально значимые заболевания», мы придерживаемся этого принципа.

– *Как Вы пришли к идее создания журнала?*

– Была настоятельная потребность. У фтизиатров есть профессиональный журнал с 95-летней историей «Туберкулез и болезни легких», где я – член редакционной коллегии. Но тогда это был единственный фтизиатрический журнал на всю Россию. Опубликоваться в нем было сложно: 80 позиций за год – это немного на огромную страну.

Мы хотели дать трибуну более широкому кругу авторов, выпустить на обсуждение спорные работы, дать возможность высказаться молодым авторам. Мы нуждались в журнале, который объединит московских фтизиатров, будет знакомить их с хроникой событий.

Объединение московской фтизиатрии произошло не только среди врачей, но и медицинских сестер. Мы опубликовали, например, репортаж с конкурса медсестер филиала Московского центра борьбы с туберкулезом по Восточному административному округу столицы, и материал имел успех. Многим понравится увидеть свое фото в журнале. Это объединяет: делает наши отношения не только административно заданными, но и человеческими. Поэтому такие журналы нужны.

Так же рассуждали питерские коллеги, которые сейчас издают журнал «Медицинский альянс», в котором вопросы фтизиатрии занимают большое место. Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза приступил в этом году к изданию своего журнала.

Все это не отменяет ведущей роли общероссийского журнала. Но на местном уровне мы можем позволить себе обсуждение более широкого круга вопросов. Естественно, мы сотрудничаем друг с другом. В нашем журнале охотно публикуются фтизиатры со всей России.

– *Журнал признан Высшей аттестационной комиссией.*

– Надеемся, что так будет и в будущем.

– *Наверное, Ваша ведущая роль в издании журнала Московского общества фтизиатров – это любовь не только к науке, но и к системному анализу?*

– Я с детства любил издательскую работу.

Мы издаем кроме журнала ежегодные аналитические обзоры. В Москве достигнуты серьезные успехи в противотуберкулезной работе. Как это происходит, мы показываем

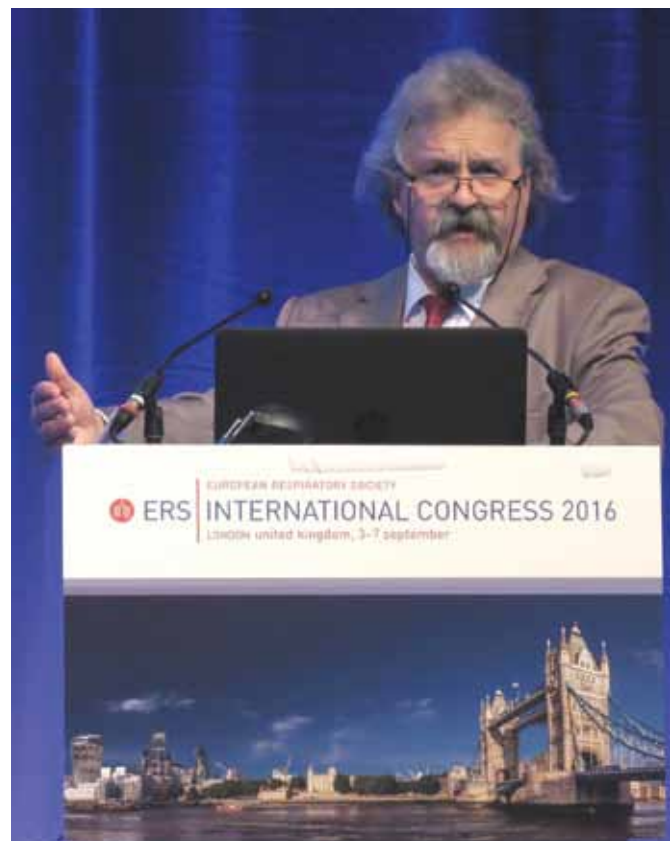
в 120-страничном сборнике, где множество цифр, диаграмм, статистической отчетности. Мы стремимся показать как прогрессивные, так и проблемные результаты работы. Ведь не все проблемы можно решить в рамках одного субъекта РФ, пусть даже самого успешного. В Москве, например, много мигрантов, которые затрудняют процессы эпидемического контроля. Приезжающие люди порой сами не знают, насколько долго они будут оставаться в мегаполисе.

В журнале мы стимулируем и поддерживаем интерес к определенным проблемам, пытаемся объединить наше фтизиатрическое сообщество. Это очень важно.

– *И, наверное, показать пример. Ведь Москва – лидер в лечении туберкулеза в стране.*

– В какой-то степени да. Напомню, что по официальной российской статистике лидеры в лечении туберкулеза – Ямало-Ненецкий округ, Чеченская Республика, Белгородская область. По общим показателям мы занимаем 4-е место.

Специальность «фтизиатрия» объединяет людей. На московские конференции приезжают со всей России, и мы встречаемся как старые добрые друзья. Говорить, что кто-то лучший, значит, подразумевать, что остальные хуже. Приведу такой пример. Японцы после Второй мировой войны награждали только погибших. Наградить кого-то из живых



Профессор С.Е. Борисов выступает на Международном конгрессе Европейского респираторного общества. Сентябрь, 2016

считалось укором тем, кто рядом воюет или воевал: значит, они недостойны?

С редакцией «лучшие из лучших» могу согласиться.

– **Назовите одно из значимых достижений московских фтизиатров последних лет.**

– Конечно, то, что сейчас все фтизиатры Москвы – в единой системе.

Объединение позволило унифицировать все клинические процессы. Я не касаюсь административных сложностей, которые, естественно, тоже возросли.

Хочу подчеркнуть, что объединение облегчило нам проведение научных исследований. Потому что первое, что необходимо в научной деятельности, – грамотнейший анализ и системный подход. Далее синтез, осмысление результатов, составление следующих планов. Мы пока на стадии анализа. Фтизиатры должны смотреть отдаленные результаты исследований, поэтому клинические обобщения проводимых исследований пока преждевременны.

– **Расскажите об интересном и актуальном научном исследовании, проходящем в Центре.**

– Для меня они все в той или иной степени интересны. И все же хочу выделить создание новых режимов лечения туберкулеза.

Наша задача такова: как можно скорее излечить несколько сотен пациентов, которые представляют опасность для окружающих. То есть взять новые препараты и, составив «букет» из них (режим), провести лечение.

Наши пациенты не блещут здоровьем. Имеют вреднейшие привычки: злоупотребляют алкоголем, применяют внутривенные наркотики, имеют особенности поведения, некоторые – ВИЧ-инфекцию и прочее. Как у этих пациентов, сохраняя гуманистические принципы и ставя личность на первый план, добиться излечения, принеся как можно меньше вреда человеку и как можно больше обезопасить все остальное население? Очень рад, что у нас есть мощная биохимическая лаборатория, квалифицированные врачи и психологи. Коллективно мы можем уловить нюансы лечения и не просто помочь, но и предотвратить неблагоприятные побочные реакции проводимой терапии. Это сложная задача, поскольку индивидуальная непереносимость лекарственных препаратов, а тем более комбинация из 3–4-х лекарств не может быть смоделирована на бумаге. Закономерности их взаимодействия мы рассматриваем во времени, что требует знаний и опыта.

– **Успех такого мегаполиса, как Москва, – это, на Ваш взгляд, достижения науки, практики или хорошей организации?**

– В первую очередь это достижение Правительства Москвы, которое более 20 лет назад создало в столице Научно-прак-

тический центр борьбы с туберкулезом, по потребностям финансирует нашу службу, обеспечивает политическую поддержку и ставит в приоритет противотуберкулезные мероприятия. Далеко не везде в России это так.

Работая в федеральном институте, я побывал в 50 регионах страны: курировал их и знаю, как складываются отношения власти с фтизиатрической службой.

Успех Москвы – это в первую очередь политическая и ресурсная поддержка. Контроль каждого больного, его окружения, контроль превентивных мероприятий столица России сохранила в полной мере.

– **Сегодня московской фтизиатрией руководит Елена Богородская – Ваша ученица. Что бы Вы сказали о ее личности и стиле руководства?**

– Елена Михайловна была студенткой ММА им. Сеченова: училась на кафедре Перельмана. После окончания института пришла работать к нам в диагностическое отделение, которое я возглавил после В.Н. Адамовича, защитила кандидатскую диссертацию. Исходно она была клиницистом. Это до сих пор в ней иногда сказывается. Она не может забыть те счастливые годы, когда занималась только больными. Поэтому и сейчас сама смотрит, например, всех пациентов – медицинских работников, делает регулярные обходы. Все-таки тяжело расстаться с клиническими навыками, знаниями, желанием лечить конкретных людей.

Потом большее внимание она уделяла организационной деятельности, ее докторская диссертация тоже была посвящена вопросам лечения больных туберкулезом с точки зрения их социальной поддержки, мотивации к лечению. Там она рассуждала уже как организатор здравоохранения.

Она была объединителем Московского центра борьбы с туберкулезом в единое учреждение. Елене Михайловне удалось реализовать свои таланты: она твердой рукой держит пульс московской фтизиатрии, пользуется авторитетом в России, имеет международную известность. Думаю, в отношении организации здравоохранения у нее большое будущее. Хотя, на мой взгляд, фтизиатрия оптимальна для человека, желающего сочетать клиническую и организационную деятельность.

– **Научную работу московской фтизиатрии возглавляет академик Виталий Ильич Литвинов.**

– Это замечательный человек. Иммунолог. Специалист лабораторной диагностики. Он понимал, что нельзя браться за клинические нововведения, не создав лабораторную базу. Взял на себя подготовительный труд, потратил десяток лет своей жизни на создание централизованной лаборатории, условий для работы коллег. Он понимает, что лабораторная диагностика – это только инструмент. Бывает, что иммунологи «заигрываются» в своих исследованиях: могут проникнуть

очень глубоко, видеть популяции и субпопуляции лимфоцитов, определять принципы взаимодействия клеток. А клиницистам не понятно, как выйти из этих дебрей.

Виталий Ильич понимает, что ценность любого метода определяется пользой для пациентов. Большие усилия были приложены им для диагностики нетуберкулезных микобактериозов. За несколько лет мы получили отработанную лабораторную методику.

Благодаря Виталию Ильичу микробиологическая диагностика туберкулеза в Москве находится на уровне лучших мировых стандартов. Люди, ранее лишенные адекватной помощи, сегодня могут ее получить.

И как человек он обаятелен. Интеллектуал, легкий в общении. Легкость души и глубина научных знаний в нем прекрасно сочетаются.

– Сергей Евгеньевич, назовите имена наиболее значимых для московской фтизиатрии ученых и практических врачей.

– У всех на устах фамилия Эйниса, который работал здесь, на Стромьнке, 10. Еще перед Первой мировой войной он проходил стажировку в альпийском санатории: приехал в Россию из Давоса. Он работал в Москве с начала 1920-х и до 1970-х годов. Разрабатывал основы диспансерной, клинической и педагогической работы. Профессор Рабухин был всю жизнь его коллегой-оппонентом.

Кстати, многие российские фтизиатры XX века учились в Германии: у нас немецкая школа. Поэтому порой существует недопонимание с ВОЗ: у них англо-саксонская медицинская школа.

Вообще, фтизиатрия сильна коллективом и хороша тем, что каждый найдет в ней себе применение.

Если говорить о ком-то из современников, то хочу отметить наших участковых врачей-фтизиатров. Каждый из них ведет участок из 40–70 тысяч человек: за него отвечает, занимаясь рутинной работой. Он готов принять любого пациента. Участковые терапевты тоже выполняют большую работу, но особая ориентация на социально дезадаптированные группы населения есть только у фтизиатров. Они знают, что защищают не пациентов – общество!

– Видимо, смысл работы фтизиатров более глобален, чем мы думаем?

– Фтизиатрия существует не для того, чтобы лечить больных, а для того, чтобы здоровые не заболели. Для этого фтизиатрам приходится выявлять, лечить, проводить профилактические мероприятия не только в очагах и среди контактных лиц, но и, например, в детских коллективах.

Очень важно, что в нашем современном, достаточно жестком обществе есть фтизиатрия, которая беспокоится обо всех людях, не различая их по социальному статусу и интеллектуальному уровню. Мы сохранили этот подход, разработали особые принципы работы с обществом в целом. Если наши ученики будут придерживаться их и далее, это будет полезно и медицине, и обществу.

Уважаемый Сергей Евгеньевич!

**Редакция журнала поздравляет Вас с юбилеем от имени всех врачей Москвы и России!
Здоровья Вам, радости жизни, новых открытий, успешных учеников!**