

Нормальная – замедление ЧСС на 4-12 уд/мин.	13	14	13	15	18
Резко положительная – замедление ЧСС более 10 уд/мин.	1	3	1	2	3
Отрицательная – изменения ЧСС нет.	–	–	–	–	–
Извращенная – учащение ЧСС на 2-4 уд/мин.	–	–	1	1	1
Спустя 15 минут					
Нормальная – замедление ЧСС на 4-12 уд/мин.	14	16	13	17	21
Резко положительная – замедление ЧСС более 10 уд/мин.	–	1	1	1	1
Отрицательная – изменения ЧСС нет.	–	–	–	–	–
Извращенная – учащение ЧСС на 2-4 уд/мин.	–	–	–	–	–

Ваготонический тип глазо-сердечного рефлекса, при котором замедление пульса было более чем на 10 уд/мин выявлен у 10 (11,6%) мальчиков. Симпатикотонический тип глазо-сердечного рефлекса, при котором учащение пульса имело место на 2-4 удара диагностирован у 3 мальчиков (3,5%), причем начиная с возраста 10 лет.

Спустя 15 минут после прекращения давления на глазное яблоко у мальчиков 8 лет диагностирован положительный тип глазо-сердечного рефлекса. В то же время настораживает то обстоятельство, что у 4 мальчиков 9, 10, 11 и 12 лет продолжала сохраняться резко положительная реакция, при которой замедление ЧСС было более 10 уд/мин.

#### Выводы:

1. У 84,9% мальчиков периода второго детства, страдающих аллергическим ринитом, непосредственно после прекращения давления на глазное яблоко выявляется положительный (нормальный) тип глаза-сердечного рефлекса. Ваготонический и симпатикотонический типы глазо-сердечного рефлекса встречаются значительно реже.
2. Судить о превалировании возбудимости симпатического или парасимпатического отдела вегетативной нервной системы только по одному глазо-сердечному рефлексу нельзя. Следует учитывать, что в механизме его происхождения определенную роль играет и возбудимость тройничного нерва.
3. Изучение рефлексов вегетативной нервной системы при аллергических ринитах позволяет ЛОР врачу более адекватно подходить к диагностике и лечению больных с данной патологией.

#### Литература

1. Балаболкин И. И. Аллергические риниты у детей /И.И. Балаболкин. //Аллергология. 2000. – № 3. – С. 34-38.
2. Гаращенко Т.И. Аллергические риниты: проблемы медикаментозного лечения / Т.И. Гаращенко. – Consilium medicum, 2000, Экстра выпуск. – С. 12–13.
3. Детская аллергология / Под ред. А.А. Баранова, И.И. Балаболкина. – М.: Геотар–Медиа, 2006.
4. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология /Г.Н. Дранник. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 604 с.
5. Елкина Т. Н. Клинико-эпидемиологическая характеристика аллергозов верхних дыхательных путей у школьников города Новосибирска: автореферат дис. ... докт. мед. наук / Т. Н. Елкина. – Новосибирск, 2000.
6. Ильина Н.И. Эпидемиология аллергического ринита /Н.И. Ильина. //Российская ринология, 1999. – №1. – С. 23-25.
7. Льерль М. Аллергические заболевания носа и уха. В кн.: Клиническая иммунология и аллергология. /Г. Лорор, Т. Фишер, Д. Адельман (ред.). Пер. с англ. – М.: Практика, 2000.
8. Ревякина В.А. Современные аспекты диагностики и лечения аллергического ринита / В.А. Ревякина, Л.Л. Виленчик, О.Ф. Лукина, Т.А. Филатова. //Российский аллергологический журнал, 2007. – №5. – С. 36-46.
9. Ревякина В.А. Современный взгляд на проблему аллергических ринитов у детей /В.А. Ревякина. //Лечащий врач. – 2001. – №3. – С. 22-27.
10. Bender B. G. Differential impacts of allergic rhinitis and allergy medications on childhood learning / B. G. Bender, T. J. Fisher. // Pediatr Asthma Allergy Immunol. – 1998. – Vol. 12. – P. 1-13.
11. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis and atopic eczema: ISAAC //Lancet. – 1998. – Vol. 351. – P. 1225-1232.
12. Kay G. G. The effects of antihistamines on cognition and performance /G. G. Kay. // J. Allergy Clin. Immunol. – 2000. – Vol. 105. – P. 622-627.
13. Landback B. Epidemiology of rhinitis and asthma / B. Landback. // Clin. Exp. Allergy. – 1998. – Vol. 28 (Suppl. 2). – P. 3-10.
14. Richards W. Preventing behavior problems in asthma and allergies / W. Richards. // Clin. Pediatr. – 1994. – Vol. 33. – P. 617-624.
15. Ross R. N. The costs of allergic rhinitis / R. N. Ross. // Am. J. Managed. Care. 1996. – Vol. 2. – P. 285-290.
16. Schenkel E. J. Absence of growth retardation in children with perennial allergic rhinitis after one year of treatment with mometasone furoate aqueous nasal spray / E. J. Schenkel, D. P. Skoner, E. A. Bronsky. // Pediatrics. – 2000. – Vol. 105. – P. 22.
17. Settipane R. A. Complication of allergic rhinitis / R. A. Settipane. // Allergy Asthma Proc. – 1999. – Vol. 20. – P. 209-213.
18. Vignola A. M. Efficacy and tolerability of anti immunoglobulin E therapy with omalizumab in patients with concomitant allergic asthma and persistent allergic rhinitis: SOLAR / A. M. Vignola, M. Humbert, J. Bousquet. // Allergy. – 2004. – Vol. 59. – P. 709-717.

Дзапарова Л.К.<sup>1</sup>, Букановская Т.И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Аспирант, <sup>2</sup>Профессор, доктор медицинских наук, Северо-Осетинская государственная медицинская академия (Владикавказ)

#### МОТИВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЙ ПАМЯТИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ: ОТСУТСТВИЕ МОТИВАЦИИ К ЗАПОМИНАНИЮ ИЛИ МОТИВАЦИЯ К ЗАБВЕНИЮ?

#### Аннотация

Исследована мотивационная составляющая начальных проявлений расстройств запоминания у больных с алкогольной зависимостью. Установлено значение мотивационного фактора в двух его проявлениях: 1) снижение мотивации к сохранению информации, обусловленное гипотимным аффектом и редукцией познавательных тенденций; 2) наличие мотивации на уровне потребности к забыванию, реализуемой в условиях «гипотимии» сознания в сочетании с гипертимным аффектом.

**Ключевые слова:** алкогольная зависимость, гипомнезия, мотивация.

Dzaparova L.K. <sup>1</sup>, Boukanovskaya T.I. <sup>2</sup>

<sup>1</sup>graduate student, <sup>2</sup>professor, doctor of medicine, the North Ossetian state medical academy (Vladikavkaz)

## MOTIVATIONAL ASPECTS OF MEMORY DISORDERS AT ALCOHOL DEPENDENCE: ABSENCE OF MOTIVATION TO REMEMBERING OR MOTIVATION TO CONDITION OF FORGETTING?

*Abstract*

*Motivational component of initial memory disorders in patients with alcohol dependence was investigated. Significance of motivational factor in two of its developments was established: 1) reducing of motivation to saving of information, caused by gipotymia and reduction of aspiration for knowledge; 2) motivation as the need to forget, realized in the state of consciousness "hypotonia" accompanied by gipertymia.*

**Keywords:** alcohol dependence, hypomnesia, motivation.

Исследование мотивационной сферы у больных с алкогольной зависимостью (АЗ) сосредоточивается, прежде всего, на вопросах мотивации к алкоголю и подходах к снижению зависимости [2, 6, 9], т.е. идет по пути изучения «продуктивной» аддиктивной симптоматики. Интеллектуальные расстройства, конкретно, нарушения памяти у лиц с длительным периодом злоупотребления алкоголем традиционно рассматриваются как результат алкогольной энцефалопатии, ярким примером которой является корсаковский синдром. Менее выраженные расстройства памяти, к примеру, алкогольные палимпсесты, также рассматриваются в рамках дефицитарного состояния, обусловленного токсическим фактором.

Создавая свою концепцию памяти как активной деятельности, помогающей человеку не просто хранить, но активно использовать хранящийся материал, соотнося его с целями деятельности, потребностями и интересами человека, А.А. Смирнов [11], исследуя произвольное и непроизвольное запоминание, пришел к выводу, что, важнейшим условием, определяющим запоминание, является мотивационная направленность индивида. Общеизвестный факт «забычивости» пьющих субъектов, носящей избирательный характер, когда забывается должное и не забывается желаемое, вполне объясним отсутствием мотивации к запоминанию.

Как известно, активному запоминанию сопутствует забывание – процесс, характеризующийся невозможностью воспроизвести то, что было ранее усвоено [1]. Забывание нельзя противопоставлять запоминанию. Это вполне целесообразный процесс, помогающий разгрузить память от неактуальных в данный момент деталей; говоря медицинским языком, забывание есть «выделение» памяти. Процесс забывания, присущий здоровым лицам, у пьющих людей имеет иное качество, к которому лучше всего подходит термин «забвение». Согласно Ефремовой Т.Ф. [5], под «забвением» следует понимать ряд состояний: 1) утрата воспоминаний; 2) пренебрежение чем-либо, невнимание; 3) состояние забывшегося, забытье. Вполне вероятно, что начальные проявления забычивости у больных с АЗ исходят из желания «забыться» и «забыть», и алкоголь является средством, помогающим ограничить себя от груза фрустрирующих «памяток» и проблем. Наличием неосознанного желания к отрешению собственной памяти можно объяснить тот факт, что больные с АЗ, в отличие от больных с мнестическими расстройствами, обусловленными другими причинами (к примеру, атеросклероз), редко жалуются на то, что у них ослабла память.

Запоминание по своей организации делится на произвольное и непроизвольное запоминание или, в терминологии зарубежных психологов, на эпизодическую и семантическую память. Запоминание с последующим воспроизведением при эпизодической памяти обозначается как *воспоминание*, при семантической памяти – как *узнавание*. Воспоминания в жизни отдельного индивида имеют более важное значение, чем узнавания, поскольку именно из цепочки воспоминаний складывается субъектно-историческая память, или история жизни отдельной личности. По мнению, А.М. Иваницкого, «Я» – это, по существу, память о своей жизни, о своих поступках в прошлом, иначе, «автобиографическое» Я [7].

Экспериментальные исследования по разграничению двух видов памяти в разное время проводились разными авторами – Е. Стронгом, Дж. Мандлером [4], Э. Тулвингом [13], последний разработал методическую процедуру разграничения двух состояний сознания, сопровождающихся обращением к памяти – воспоминание (remembering) и знание (knowing), первое отражает работу эпизодической памяти (ЭП), второе – памяти семантической (СП). Последующие испытания валидности данной методики подтвердили не только самостоятельность существования двух видов памяти [12, 14], но также выявили факторы, влияющие на объем того или иного вида памяти (возраст, нозология, чувствительность к психоактивным веществам). В частности, было установлено, что алкоголь существенно сокращает объем эпизодической памяти при относительной сохранности семантической памяти [12]. В наших исследованиях [3] также было доказано, что у больных с АЗ, в отличие от здоровых лиц, отмечается значительное снижение объема ЭП при сохранности объема СП, при этом отмечалась факторная зависимость объема ЭП от возраста и, предположительно, от стажа алкоголизации.

**Цель** исследования – изучение эмоциональных и мотивационных факторов, влияющих на функцию запоминания у больных с АЗ.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 58 человек (все мужчины), находившихся на стационарном лечении с диагнозом «алкогольная зависимость средней степени, алкогольный абстинентный синдром». При установлении диагноза использовались критерии А.Г. Гофмана, И.Н. Пятницкой, [2, 9] Диагноз заболевания обследованных больных соответствовал шифрам по МКБ-10 – F 10.24 (синдром активной зависимости – употребление в настоящее время); F 10.30 (синдром отмены). Средний возраст больных –  $37,1 \pm 7,9$  лет (от 21 до 55 лет); длительность периода алкоголизации не могла быть точно оценена в силу субъективизма больных в оценке своей зависимости от алкоголя. Из исследования исключались лица, страдающие алкоголизмом, сочетающимся с другими психическими заболеваниями (шизофрения, биполярное аффективное расстройство, эпилепсия, тяжелые органические поражения головного мозга, тяжелые расстройства личности с частыми декомпенсациями), больные алкоголизмом 3 стадии (включая больных с алкогольной деменцией), пациенты, у которых злоупотребление алкоголем сочеталось с систематическим приемом других психоактивных веществ.

Исследование проводилось на 3-4 день от момента госпитализации после снятия острых явлений абстиненции. Для оценки объема и качества запоминания использовалась методика Э. Тулвинга по дифференциации двух видов памяти, при этом оценивались объемы эпизодической (ЭП) и семантической памяти (СП), а также число ошибочных ответов (Ош) – воспроизведение слов, которых не было в списке для заучивания, представлявших собой, по сути, парамнезии.

Для установления значения эмоционально-мотивационного фактора для процесса запоминания производилась оценка эмоционального состояния с использованием стандартизированной методики «САН», позволяющей дать количественную оценку самочувствия, активности и настроения в баллах от 1 до 7. Значение мотивационного фактора оценивалось по результатам исследования ценностных ориентаций (ЦО) по методике М. Рокича [10] в авторской модификации [8], при этом производилась количественная оценка следующих базисных ценностей: перфекционные (ПФ), коммуникативные (КМ), статусные (СТ), гедонистические (ГД), ценности самореализации (СМ), познавательные (ПЗ), эстетические (ЭС) и альтруистические (АЛ). Полученные данные (по тесту ЦО) сравнивались с аналогичными результатами исследования ЦО у 42 здоровых мужчин (средний возраст –  $31,2 \pm 9,4$  лет); при этом анализировались два показателя – частота выбора каждой ЦО и ее оценка.

При статистическом анализе использовались критерий Стьюдента (t) для сопоставления распределений признака в разных группах, метод ранговой корреляции Спирмена (r), однофакторный дисперсионный анализ ANOVA (F).

### **Результаты и обсуждение.**

При проведении факторного анализа между показателями САН и показателями объема памяти была установлена положительная факторная связь между самооценками самочувствия и настроения и показателями объема памяти (табл. 1).

Факторная связь между показателями самооценки активности и настроения и показателями ЭП и СП отдельно носила слабый характер, но отмечалась существенная тенденция – при низких оценках САН на фоне снижения общего объема памяти отмечался более высокий удельный вес объема ЭП по отношению к объему СП, близкий к соотношению ЭП/СП у здоровых лиц; при высоких показателях самооценки активности и настроения отмечалось значительное снижение удельного веса объема ЭП (рис. 1, 2).

Таблица 1. Число воспроизведенных слов в зависимости от самооценки самочувствия и настроения

Число воспроизведенных слов	Оценка самочувствия в бал (от 1 до 7)		
	1,5 – 4,0 (ср.=3,0 ± 0,88) n=16	4,1 – 6,6 (ср.=5,4 ± 0,70) n=42	
Объем памяти общий	7,1 ± 4,5	10,4 ± 5,2	F=4,8*, p=0,0330
Объем СП	1,2 ± 1,5	3,5 ± 4,0	F=4,8*, p=0,0330
Объем ЭП	5,9 ± 4,7	6,7 ± 5,1	F=0,3, p=0,5800
Число Ош	3,6 ± 5,1	3,5 ± 3,9	F=0,1, p=0,9800

Настроение, бал	Оценка настроения в бал (от 1 до 7)		
	1,2 – 3,9 (ср.=2,9 ± 0,84) n=14	4,0 – 7,0 (ср.=5,6 ± 0,79) n=44	
Объем памяти общий	6,8 ± 5,3	10,4 ± 5,0	F=5,4*, p=0,0240
Объем СП	1,7 ± 1,8	3,3 ± 4,0	F=2,0, p=0,1600
Объем ЭП	5,1 ± 5,5	7,1 ± 4,8	F=1,8, p=0,1800
Ошибки	4,0 ± 1,1	6,2 ± 0,42	F=1,7, p=0,2000

\* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$

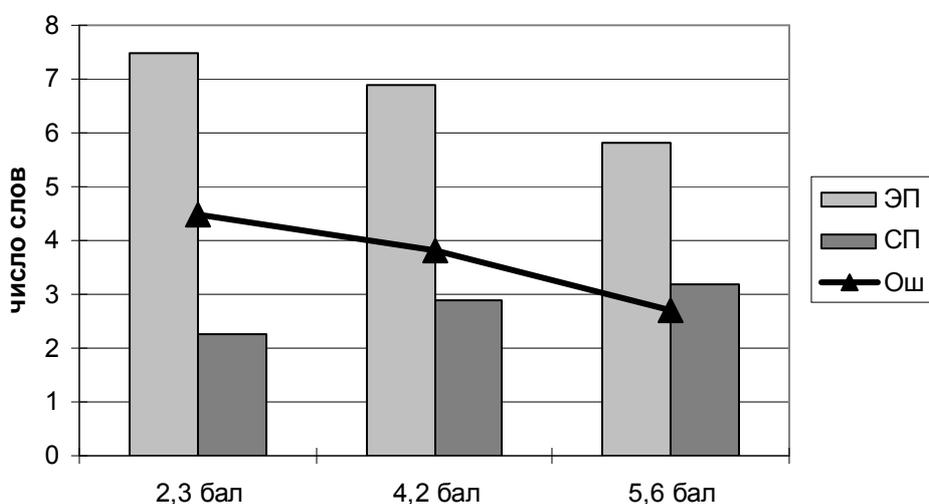


Рис. 1. Число воспроизведенных слов при разных показателях самооценки активности

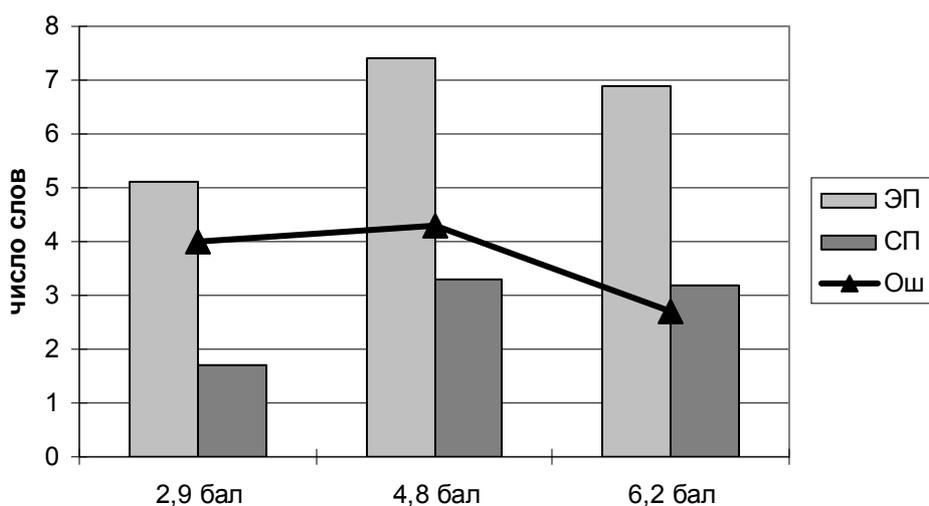


Рис. 2. Число воспроизведенных слов при разных показателях самооценки настроения

Можно понять, когда плохое самочувствие и пониженное настроение сопровождаются низким уровнем запоминания – подобную связь следует рассматривать как снижение мотивационной составляющей процесса запоминания (табл. 2).

Таблица 2. Корреляция между показателями отдельных шкал САН и числом воспроизведенных слов (СП и ЭП)

Шкалы САН	СП, положительная корреляция (r)	ЭП, положительная корреляция (r)	ЭП, отрицательная корреляция (r)
«Я деятельный»	0,25*		- 0,25*
«Я активный»	0,24		

«Я увлеченный»	0,24	0,25*	- 0,26*
«Самочувствие хорошее»			
«Я жизнерадостный»			
«Я отдохнувший»			
«Я полный надежд»			
«Я расслабленный»	0,23	- 0,46**	

\* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$

Но в тех случаях, когда субъективное ощущение высокой активности и приподнятого настроения сопровождается изменением структуры процесса запоминания в сторону преобладания произвольного запоминания с одновременным снижением произвольного запоминания, мы можем думать о качественном изменении мотивационных компонентов памяти, при котором информационный отбор запоминаемого «доверяется» неосознаваемым структурам психики при оттеснении роли сознания. Очевидно, что подобная переструктуризация процесса запоминания сопровождается приятным эмоциональным самовосприятием, характерным для гипомании – «деятельный», «полный надежд» и одновременно «расслабленный» (табл. 2). Следует подчеркнуть, что речь идет не о состоянии алкогольного опьянения, но имеется в виду некое гипертимное состояние, способное индуцировать тягу к спиртному для усиления или поддержания данного состояния.

При исследовании ценностных ориентаций (ЦО), конкретно, при выборе наиболее значимых ЦО больные с АЗ достоверно чаще, чем здоровые лица, предпочитали перфекционные ценности (ПФ), при этом выбор коммуникативных (КМ), гедонистических (ГД) и социально-статусных (СТ) ЦО был существенно ниже (табл. 3), что само по себе интересно и заслуживает специального рассмотрения. Оценка ПФ-ЦО у больных с АЗ также была существенно выше, чем у здоровых лиц (3,2 бал против 2,3 бал;  $t=5,00$ ,  $p < 0,001$ ), а оценка ГД-ЦО и ПЗ-ЦО – ниже, чем у здоровых (для ГД – 2,4 бал против 3,7 бал;  $t=5,20$ ,  $p < 0,001$ ; для ПЗ – 2,0 бал против 2,4 бал;  $t=1,90$ ,  $p < 0,05$ ). Последние различия представляются важными, поскольку показатели именно по данным ЦО были связанным количественными отношениями с показателями объема памяти, к примеру, частота выбора перфекционных ЦО факторно прямо была связана с показателями объема памяти, преимущественно ЭП (табл. 4). Повышение оценок познавательных ЦО сопровождалось увеличением объема ЭП, и повышение оценок гедонистических ЦО, наоборот, снижением объема ЭП (рис. 3, 4).

Таблица 3 Частота выбора ЦО больными с АЗ в сравнении со здоровыми (в виде удельного веса по отношению к 1,0)

ЦО	ПФ	СТ	СМ	КМ	ГД	ПЗ	ЭС	АЛ
АЗ	0,95	0,94	0,87	1,34	0,97	0,97	0,93	1,09
Здоровые	0,67	1,09	0,69	1,57	1,59	1,09	0,53	0,70
t	$p < 0,001$	$p < 0,05$	-	$p < 0,01$	$p < 0,001$	-	-	-

Таблица 4 Показатели объема памяти у больных с АЗ в зависимости от частоты выбора ПФ-ценностей

Частота выбора ПФ-ценностей (уд. вес)	0,30 – 1,00 n=45	1,01 – 1,77 n=15	
Объем памяти общий (число слов)	8,2 ± 4,8	12,5 ± 4,8	F=6,8*, p=0,0120
Объем ЭП (число слов)	5,8 ± 5,0	8,7 ± 4,8	F=3,0, p=0,0870
Объем СП (число слов)	2,4 ± 2,4	2,6 ± 3,1	F=0,8, p=0,3900

\* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$

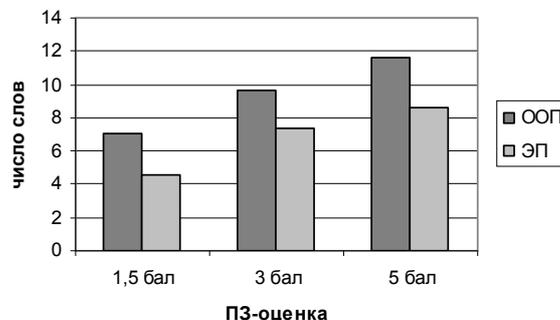


Рис.3. Общий объем памяти (ООП) и объем ЭП в зависимости от оценки познавательных ЦО

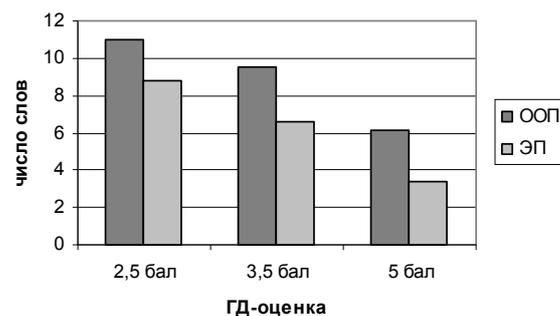


Рис.4. Общий объем памяти (ООП) и объем ЭП в зависимости от оценки гедонистических ЦО

Таким образом, начальные проявления расстройств запоминания у больных с алкогольной зависимостью в значительной мере определены мотивационным фактором в двух его проявлениях: 1) снижение мотивации к сохранению информации, обусловленное

гипотимным аффектом и редукцией познавательных тенденций; 2) наличие мотивации на уровне потребности к забыванию, реализуемой в условиях «гипотонии» сознания в сочетании с гипертимным аффектом. Исходя из этого, представляется важным включение в комплексную терапию алкогольной зависимости препаратов, обладающих нормотимическим и активирующим (психостимулирующим) эффектом. В этой связи наиболее перспективными видится назначение препаратов класса СИОЗСН – селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина, антидепрессантов с так называемым сбалансированным действием, обладающих широким спектром терапевтической активности (антидепрессивный, анксиолитический, активирующий и нормотимический эффект).

#### Литература

1. Головин С.Ю. Словарь практического психолога. Мн.: Харвест, 1998. –800 с.
2. Гофман А.Г. Клиническая наркология. М.: Изд-во МИКЛОШ, 2003. –215 с.
3. Дзапарова Л.К. Роль гликемического фактора при нарушении процессов запоминания у больных с алкогольной зависимостью //Владикав. мед.-биол. вест. – 2012, Т. 14, Вып. 22. – С. 103-108.
4. Еременко В.И. Воспоминание и знание как функционально независимые мнемические явления // Вопросы психологии. – 2006, № 6. – С.64-73.
5. Ефремова Т.Ф. Современный толковый словарь русского языка. В 3-х томах. Том I (А-Л). Изд-во: Харвест, 2006. – 1168 с.
6. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Винникова М.А. Наркология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
7. Иваницкий А.М. Наука о мозге на пути решения проблемы сознания // Вестн. РАН. – 2010. № 5-6. – С. 448-449.
8. Пат. на изобрет. 2452379 РФ.
9. Букановская Т.И., Дзапарова Л.К., Юханов В.Н. Способ оценки мотивационной направленности личности – № 2011103556/14; заявл. 01.02.2011; опубл. 10.06.2012, Бюл. № 16. – 2 с.
10. Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2008. – 640 с.
11. Рокич М. Методика «Ценностные ориентации». /Большая энциклопедия психологических тестов. М.: ЭКСМО, 2009. – С. 26.
12. Смирнов А.А. Проблемы психологии памяти. М.: Просвещение, 1966. –422 с.
13. Garginer J.M., Ramponi C., Richardson-Klavehn A. Response deadline and subjective awareness in recognition memory // Consciousness and Cognit. –1999, № 8. – P. 484-496.
14. Tulving E. Memory and consciousness //Canad. Psychology – 1985, № 26. – P. 1-12
15. Wheeler M.E., Buckner R.L. Functional-anatomic correlates of remembering and knowing // Neuro-Image. – 2004. №. 21. – P. 1337-1349.

**Воропаева Л.А.<sup>1</sup>, Протоиерей Михаил (Иванов)<sup>2</sup>, Архимандрит Василий (Паскье)<sup>3</sup>, Игумен Тихон (Першев)<sup>4</sup>,  
Игнатъева А.В.<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Доктор медицинских наук, заведующая кафедрой управления и экономики здравоохранения медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»; <sup>2</sup>кандидат богословских наук, ректор Чебоксарского Епархиального Православного Духовного Училища; <sup>3</sup>наместник Чебоксарского Свято-Троицкого мужского монастыря Чебоксарско-Чувашской епархии; <sup>4</sup>преподаватель Чебоксарского Епархиального Православного Духовного училища; <sup>5</sup>юрисконсульт БУ ЧР «Городская клиническая больница №1» МЗ и СР ЧР.

#### **ВЛИЯНИЕ ХРИСТИАНСКОЙ ЭТИКИ НА ФОРМИРОВАНИЕ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ**

*Аннотация*

*Результаты исследования апробировались на научно-практической конференции «Влияние христианской этики на формирование современной медицинской деонтологии» (Городская клиническая больница №1, г. Чебоксары, 2013г.).*

**Ключевые слова:** православно-богословское осмысление проблем биоэтики, современная медицинская деонтология, медико-этические стандарты.

**Voropaeva L.A.<sup>1</sup>, Archpriest Mihail Ivanov<sup>2</sup>, Archimandrite Vasily (Pasquier)<sup>3</sup>, Hegumen Tikhon (Pershev)<sup>4</sup>, Ignatieva A.V.<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>doctor of medical Sciences, head of the Department of health management and Economics, medical faculty, FSEI HPE «the Chuvash state University endowment. I.N. Ulyanova»; <sup>2</sup>candidate of theological Sciences, rector of the Cheboksary The Diocesan Orthodox Theological College; <sup>3</sup>vicar of the monastery of the Holy Trinity Чебоксарско-Чуваш eparchy; <sup>4</sup>teacher Cheboksary Diocesan Orthodox theological College; <sup>5</sup>counsel BU CR «City clinical hospital №1» of Ministry of health of the CR and SR.

#### **THE INFLUENCE OF CHRISTIAN ETHICS ON MODERN DEONTOLOGY**

*Abstract*

*Results of the study were tested at the scientific conference "Influence of Christian Ethics on the formation of modern medical ethics tion" (City Clinical Hospital № 1, Cheboksary, 2013).*

**Keywords:** the Orthodox theological understanding of the problems of bioethics, medical ethics, medical and ethical standards.

**Актуальность темы исследования** определяется высокой степенью ее теоретической значимости как нового перспективного направления, ориентированного на решение целого комплекса этических проблем современной биомедицинской этики, в том числе:

- этические проблемы, связанные с созданием новых биомедицинских технологий и их применением; малая изученность данных технологий, применение их вне рамок правового регулирования в современной медико-этической теории и практике на фоне возрастающего снижения этического сознания врачей, медицинских ученых, медицинского персонала (бездуховность, атеистическая ориентация современной медицины);
- изменение на сегодняшний день основного направления традиционной медицины, некогда основанного на началах нравственности;
- нравственная девиация и коммерциализация современной медицины и биомедицинского знания;
- этические проблемы современных взаимоотношений врач-пациент;
- обоснование необходимости формирования дисциплины *биоэтики* как области знаний, координирующей решение вышеуказанного комплекса этических проблем;
- потеря, обесценивание достоинства личности человека (в частности, при использовании новых биомедицинских технологий) - необходимость на современном этапе вновь осветить данный вопрос с позиций Христианской антропологии, Христианской персонологии, Православного догматического и нравственного богословия; в этой связи обоснование необходимости развития биоэтики на началах христианской этики, формирования биоэтики как богословской науки.

Таким образом, ввиду нерешенности всего комплекса этических проблем видится необходимым сегодня, как никогда, формирование биоэтического знания на основах христианской этики. Данная наука призвана будет решать не только этические проблемы современной медицины, но и выступать в защиту сохранения достоинства человеческой личности (от момента зачатия и до смерти), а также возможности стяжания человеком, как богоподобной личности, истинного блага (и земного, и небесного), которое есть богообщение, наследие жизни вечной.