



## ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОЛИПАРАМЕТРИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ЦЕЛОСТНОГО ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА, РАБОТАЮЩЕГО СО СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖЬЮ

Ю.И. Журавлев<sup>1</sup>  
П.А. Шептун<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Белгородский  
государственный  
университет*

<sup>2</sup> *МУЗ «Корожанская ЦРБ»  
Белгородской области*

*e-mail: sheptundoc@mail.ru*

В статье рассматриваются проблемы преодоления недостатков медицинского обслуживания студенческой молодежи, связанных с узкой специализацией, утратой преемственности, технизацией медицины, повышением комплаенса врачей к параклиническим методам обследования и медикализации, в ущерб классическому опросу, физикальному обследованию и немедикаментозной терапии. Задаются вопросы информатизации первичного звена здравоохранения. Дается оценка особенностям студента как пациента. Обсуждаются перспективы использования полипараметрической технологии для комплексной оценки здоровья студенческой молодежи, предполагающей изучение его физического, психологического и социального кластеров. Разработка методов формирования целостного представления о здоровье студента, по мнению авторов, позволит реализовать на практике принципы персонализированной медицины.

Ключевые слова: здоровье студенческой молодежи, факторы риска, качество жизни, комплексный анализ, первичная медико-санитарная помощь, информатизация здравоохранения.

Врач и медицинская сестра, работающие в учебном заведении, выступают в роли специалистов первичного контакта, а такие специалисты оказались в настоящее время в сложной ситуации, связанной с необходимостью интеграции больших объемов информации о пациенте. С одной стороны на этих специалистов возлагается высокая ответственность за качественную лечебно-диагностическую и профилактическую помощь, а с другой стороны – у них отсутствуют возможности для выполнения этой работы. Проблемы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) широко обсуждаются в печати. Как правило, они возникают из-за несоответствия нормативов рабочего времени и численности персонала объемам работы. Это приводит к перераспределению большей части рабочего времени на ведение многочисленной учетно-отчетной документации в ущерб непосредственно клинической работе.

В последние десятилетия развитие ПМСП шло по пути узкой специализации при оказании амбулаторной помощи. Многие лечебно-профилактические функции и врачебные манипуляции, составляющие базовую подготовку участкового врача-терапевта, были переданы другим врачам амбулаторно-поликлинического звена. Это привело к потере преемственности в работе участкового врача-терапевта и других специалистов при определении индивидуальной тактики сохранения здоровья пациента. К тому же в работе участкового терапевта не прослеживается семейная ориентация [4].

В то же время высокоспециализированные «узкие» специалисты уводят врачей первичного контакта в интимные стороны частных проблем и вопросов, не находя (или не имея) возможности целостно изучить пациента и его проблемы [19]. Между тем как врачи из сектора ПМСП, так и «узкие» специалисты не должны забывать о самом понятии «здоровье» в определении ВОЗ.

Реальность сегодняшнего дня не только требует коренных перемен в подходах врача к сбору информации, переработке и использованию информации о пациенте в клинических целях, но и предлагает для этого возможности. Эти возможности в реальной практике используются в крайне низкой степени. Суть этих перемен заключается в создании технологий, базирующихся на полипараметрическом (мультифакториальном) анализе и позволяющих врачу создавать о пациенте целостное представление.

<sup>1</sup> Здоровье – состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов (Устав ВОЗ, 1946).



Суть возможностей – наличие для этого современных компьютерных систем, доступных даже для сельской амбулатории. Задача заключается в разработке программных продуктов, способных осуществлять интегративные оценки большого количества, как индивидуальных характеристик пациента, так и среды его обитания.

История создания учения о комплексном исследовании пациента уходит корнями в глубокое прошлое: от Гиппократа и Авиценны до видных представителей отечественной терапевтической школы М.Я. Мудрова, Захарьина Г.А., Боткина С.П., Остроумова А.А., Кончаловского М.П., Ланга Г. Ф., Образцова В.П., Стражеско Н.Д. и других. Они заложили основы стройной системы клинического исследования пациента: опроса и физикального осмотра, преследующего единственную цель – получение исчерпывающей информации, которая ляжет в основу дифференциально-диагностического процесса и лечебно-профилактической программы. Многие поколения врачей развивали идеи интегративной природы клинической работы и понимание комплексного содержания лечебно-диагностического процесса.

Однако с того времени условия работы врача, особенно врача, занятого в системе ПМСП, резко изменились. Существенно возросло количество информации, которую ему необходимо усваивать, обрабатывать и хранить. Причин для этого несколько: ускорение темпов развития фундаментальных и прикладных наук, расширение спектра медикаментозных и немедикаментозных методов лечения, нарастающий поток документов, связанных с диспансеризацией, экспертизой нетрудоспособности, лекарственным обеспечением и т.д. Немаловажным представляется и увеличение числа факторов риска, определяющих многофакторность диагностики, лечения профилактики [19] во много крат повышающих требования к уровню синтетического мышления врача.

В настоящее время в изучении человека наблюдается усиление тенденции к объединению возможностей медицины и смежных наук. Все большую роль играют при этом информационные технологии. В здравоохранении они достаточно широко используются для получения и обработки изображений, контроля за потоками медицинских услуг и потребителей (медицинская логистика) и др. Внедряются информационные услуги и в сферу ПМСП. Используются программы для учета посещаемости, нетрудоспособности, лекарственного обеспечения. Имеются электронные истории болезни. Внедрение этих технологий позволило в некоторой степени облегчить рутинные процессы документооборота в ЛПУ. Однако внедрению и эффективному использованию информационных технологий препятствуют недостаточный уровень компьютерной грамотности специалистов [8] и отсутствие информационных технологий для интегративной динамичной оценки здоровья пациента и его микросоциального окружения (семьи), адаптированных к условиям ПМСП.

У врача первичного контакта остается все меньше времени на полноценный опрос и физикальный осмотр пациента – источники незаменимой клинической информации. Врач современной генерации уже не рассматривает эти приемы как основные, а приоритетное место в диагностике отводит параклиническим методам, основанным, нередко, на дорогостоящих высоких технологиях. Однако игнорирование полноценного первичного осмотра больного лишает врача ряда важных сведений, снижает клиническую настороженность, препятствует формированию или способствует утрате синтетического клинического мышления. Все это негативно отражается на процессе дифференциальной диагностики и нередко становится причиной диагностических и тактических ошибок [7]. Кроме того, сложившиеся стереотипы работы врачей ПМСП препятствуют реализации принципа индивидуализации медицинской помощи, придавая лечебно-профилактическим мероприятиям шаблонный характер. Все это, на фоне не здорового образа жизни населения, нередко препятствует ранней диагностике заболеваний, приводя к феномену «технизации» медицины – использованию высокотехнологичных методов лечения в далеко зашедших случаях (аорто-коронарное шунтирование, стентирование, трансплантация и др.).

В настоящее время отсутствует также системный подход врача ПМСП к изучению роли семьи в сохранении здоровья. Очевидно, одним из факторов, тормозящих активную деятельность по изучению пациентов в контексте семьи, является отсутствие мето-



дической базы. За рубежом, в частности в Германии, в работе врачей общей практики такие методики существуют несколько десятилетий (Haupt и Garcia-Shelton и др.) [22, 23]. В нашей стране подобные технологии только начинают создаваться [5, 9, 11, 12, 20] и до настоящего времени не получили широкого практического распространения.

Между тем, именно в семейном окружении, формируется тот, или иной, образ жизни индивида и происходит ухудшение здоровья [17].

Таким образом, врач ПМСП оказался в сложной профессиональной ситуации: помимо прочих видов деятельности, он стоит перед необходимостью обработки все возрастающего объема достаточно разнородной информации, не располагая при этом достаточными временными, материальными и человеческими ресурсами. Это приводит к парадоксальной ситуации: интенсификация труда увеличивается, а его производительность и качество снижается. Все это негативно сказывается на пациенте: сокращается время его общения с врачом, усугубляется приверженность к параклиническим методам обследования и медикализации. Очевидно, что в обозримом будущем условия работы врачей первичного контакта не изменятся, на опрос и осмотр пациента останется 12 мин, а число помощников не превысит одной-двух единиц. В связи с этим решение проблемы видится в разработке способов оптимизации механизмов сбора и управления потоками информации о пациенте.

Описанные проблемы типичны и для медицинского персонала, занятого в учреждениях ПМСП, обслуживающих студенческую молодежь. Студента следует отнести к категории особых пациентов. Для этого имеется, как минимум, три основания: стресс, вызванный отрывом от дома, проживанием в общежитии и необходимостью адаптации к условиям обучения в ВУЗЕ; высокий риск начала курения, употребления алкоголя, наркотиков, развития венерических заболеваний; низкий индекс здоровья к моменту поступления на учебу [16], а порой – и инвалидность. К этому необходимо добавить недостаточную осведомленность студентов в вопросах сохранения и укрепления здоровья, как правило, низкий уровень мотивации к здоровьесберегающему поведению [13] и неадекватную оценку состояния своего здоровья [10].

Эти особенности студента, как пациента ПМСМ, определяют необходимость разработки адаптированных способов сбора специфической обширной и разнородной информации, которая послужила бы основой для оценки всех трех компонентов здоровья: физического, психологического и социального. Такой подход станет основой для внедрения в практику интегративной медицины – системы научных знаний и практической деятельности, целью которых является сохранение биологической целостности организма человека в процессе его жизнедеятельности [21].

Решение такой задачи требует структурного преобразования самих здравоохранительных подразделений ВУЗОВ. Например, в ГОУ ВПО «Белгородский государственный университет» еще в начале 90-х годов здравпункт, медработники которого состояли в штате одной из городских поликлиник, преобразован в «Центр семейной медицины БелГУ» (ЦСМ), а позже – в «Клинику лечебно-профилактической медицины» (КЛПМ) с собственной материально-технической базой и штатом специалистов. Кроме лечебно-профилактической деятельности, сотрудники КЛПМ активно включились в разработку научных подходов к сохранению здоровья студентов [1]. Высвобождение временных ресурсов для выполнения исследовательской работы специалистами КЛПМ достигнуто, в частности, за счет снижения нормативных показателей приема пациентов, а также введения в штат специалистов по общей практике, психологии, медицинскому менеджменту и т.д.

Между тем, представляется актуальной разработка информационно-диагностического инструмента, объединяющего в себе экспресс-методы изучения качества жизни студента, его индивидуального здоровья и факторов риска развития хронических социально обусловленных неинфекционных заболеваний. Одним из основных качеств такого инструмента должна быть возможность формирования разностороннего и целостного представления о студенте, как пациенте, в контексте семьи и связей с окружающим миром.



Специалистами в области системного анализа рассматриваются различные способы улучшения представлений врача об индивидуальных особенностях больного. Однако не решенной остается одна из основных задач системного анализа – определение характеристик, которые следует наблюдать и измерять [15].

В настоящее время существуют достаточно информативные, но изолированные друг от друга методы оценки физического (соматического), психологического и социального кластеров здоровья.

Специалистами НИИ нормальной физиологии им П.К. Анохина была предложена полипараметрическая технология доклинической диагностики состояния здоровья человека, основанная на изучении физиологических параметров и хорошо зарекомендовавшая себя при обследовании школьников и работников промышленного предприятия [6]. Одним из наиболее удачных способов оценки уровня индивидуального соматического здоровья, основанных на интегральной оценке ряда физических параметров, представляется предложенный Войтенко В.П. (1982) показатель биологического возраста [3].

Давая возможность достаточно точно изучать соматическое состояние пациента в конкретный момент времени и количественно характеризовать его здоровье, эти методы не позволяют исследовать психологическую и социальную компоненту здоровья.

Векмансуров Х.А., Бильданова В.Р. предложили рассматривать умственную работоспособность как интегративный тест паспорта здоровья школьников [2].

Широко используется в настоящее время в клинических исследованиях опросник для изучения качества жизни (КЖ) SF-36 [14, 18]. Опросник SF-36 предполагает дифференцированный подход к оценке составляющих КЖ в зависимости от пола и возраста.

Физическая функция определяет возможность выполнения различных физических нагрузок: от минимальной (возможность самообслуживания), до максимальной (свободное выполнение всех видов физической активности (длительная ходьба, бег, занятия спортом)) без ограничений.

Роль физического фактора определяет способность к исполнению типичной для специфического возраста, социальной принадлежности определенной работы (ходьба на работу, сама работа, домашнее хозяйство). Низкая физическая роль оценивается в случае возникновения проблем в работе или любой другой ежедневной привычной нагрузке из-за состояния здоровья. У лиц с высокой физической ролью проблем в выполнении ежедневной работы не возникает.

По опроснику SF-36 выясняется значение физической боли, которая может вызвать ограничение обычной активности больного (локализация боли значения не имеет и во внимание принимается как головная, так и зубная боль и боль любой другой локализации). Шкала физической боли предполагает возникновение очень сильного или продолжительного болевого синдрома, который не может не сказаться на качественной оценке жизни. Другим крайним вариантом оценки этой шкалы является полное отсутствие болей. Существуют также промежуточные состояния (непродолжительная боль, боль, которая не препятствует выполнению привычных действий, боль, которая мешает общению с друзьями и т.д.).

Шкала общего здоровья оценивает субъективное восприятие предшествующего, настоящего состояния здоровья и позволяет определить его перспективы. Наименьшее значение шкалы соответствует либо оценке состояния здоровья, как «плохого», либо указывает на возможность того, что состояние здоровья ухудшится. Максимальное значение шкалы соответствует личному убеждению пациента о прекрасном состоянии здоровья.

Шкала жизнеспособности оценивает ощущение внутренней энергии, отсутствие усталости, желание энергичных действий. Ее значения колеблются от минимального, при ощущении утомляемости большую часть времени, ощущении снижения работоспособности, до максимального – при ощущении себя энергичным, жизнеспособным, полным сил в течение большей части времени.



Шкала социальной роли отражает способность развиваться, полноценно общаться с родственниками, с кругом друзей, семьей, возможность адекватного профессионального общения. По данной шкале можно определить как максимальное препятствие для нормальной социальной активности, обусловленное физическими или эмоциональными проблемами, так и максимальную социальную активность без физических или эмоциональных проблем.

Шкала эмоциональной роли отражает эмоциональный статус больного, влияние эмоций на повседневные занятия, поведение с окружающими. Оценивается наличие или отсутствие проблем с работой и другой, привычной активностью в результате эмоциональных проблем. Шкала психического здоровья отражает наличие невротизации, склонности к депрессивным состояниям, ощущение счастья, умиротворенности, душевного спокойствия.

Не смотря на то, что опросник SF-36 признан эффективным диагностическим инструментом качества жизни, он не дает возможности изучения и детализации ряда ценных параметров, таких, например, как модифицируемые факторы риска в т.ч. – микросоциальное окружение, питание и др., крайне необходимых врачу ПМСП для планирования и осуществления долгосрочной лечебно-профилактической помощи.

Одним из путей решения проблемы представляется использование полипараметрической технологии экспресс-анализа здоровья студента (ПТЭАЗ). Суть полипараметрического метода заключается в одновременной регистрации ряда физиологических, психологических и социальных параметров, позволяющей, после соответствующей обработки, комплексно оценивать уровень здоровья, факторы риска, определять проблемные зоны и реализовывать принципы персонифицированной медицины.

Для оценки физического кластера здоровья целесообразно использовать косвенный экспресс-метод оценки уровня соматического здоровья Апанасенко Г.Л., Науменко Р. Г. (2000), а также – метод оценки биологического возраста по Войтенко В.П. с соавт. (1984).

В качестве критериев психологического здоровья возможно использование госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) A. S. Zigmond и R.P. Snaith [24] с последующей детализацией состояния и отслеживанием динамики при помощи более чувствительных клинических шкал (например, шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS), шкалы Гамильтона для оценки тревоги (HARS), шкалы Монтоммери-Асберг для оценки депрессии (MADRS), шкалы депрессии Бека (BDI) и др.

Кроме того, ценную информацию для реализации принципов персонифицированной медицины, может дать изучение личностных психологических особенностей студента: типа темперамента (тест-опросник Айзенка Г.), доминирующего инстинкта (опросник Гарбузова В.И.), характерных механизмов защиты (опросник Келлермана-Плутчика) и др.

Изучение социального кластера здоровья возможно с использованием инструментов, предполагающих оценку удовлетворенности респондента уровнем доходов, жилищными условиями, положением в обществе его самого и родителей, а также – семейной жизнью, учебой (работой), досугом, поддержкой со стороны ВУЗА и др. К социальному блоку также должны быть отнесены опросники для изучения питания, вредных привычек и религиозности респондентов.

Одновременное изучение КЖ с помощью русскоязычной версии опросника SF-36 сделает возможным повышение валидности ПТЭАЗ, позволяя оценивать, в частности, ролевое (физическое) функционирование (RP), общее здоровье (GH), эмоциональное функционирование (RE) и психологическое здоровье (MH).

Для удобства последующей математической обработки и оценки полученных данных степень каждого признака целесообразно выражать в условных единицах – баллах. Баллы могут носить как положительные, так и отрицательные значения (в случаях описания факторов, негативно влияющих на здоровье). Суммирование или вычитание баллов позволит количественно описывать определенные характеристики и, в конечном результате, вычислять интегративный индекс здоровья студента (ИИЗС). Визуализации результатов может быть достигнута путем построения лепестковых диа-



грамм, отражающих как относительно благополучные сферы жизнедеятельности студента, так и проблемные.

Оценка ИИЗС конкретного пациента станет возможной после его сравнения с ИИЗС «идеального студента», в которой определена максимально возможная сумма баллов.

ПТЭАЗ должна отвечать ряду требований:

- высокая информативность за счет использования не только субъективных, но и объективных параметров;
- временная компактность;
- возможность использования в широкой сети образовательных учреждений для динамического долгосрочного наблюдения и оперативной оценки здоровья студентов;
- экономическая эффективность при массовых обследованиях студентов за счет последующей разработки и реализации индивидуальных медико-социальных коррекционных программ;
- персонифицированной направленностью.

Реализация полипараметрической модели оценки здоровья студента в современных условиях потребует разработки специальной компьютерной программы, позволяющей не только быстро обрабатывать информацию и вычислять индивидуальные индексы здоровья, но и осуществлять обобщенный анализ здоровья студенческой молодежи.

Использование ПТЭАЗ в практике врачей, практикующих в образовательных учреждениях, благодаря комплексному и динамичному изучению здоровья с позиций персонифицированной медицины, позволит существенно повысить качество медицинского обслуживания студенческой молодежи, в частности, – за счет улучшения способов воздействия на модифицируемые факторы риска.

#### Литература

1. Анализ здоровьесберегающего поведения студентов и их мнения о работе клиники лечебно-профилактической медицины БелГУ / Т. Н. Александрова, Ю. И. Журавлев // Актуальные вопросы современной клинической медицины : VII науч.-практ. конф. клин. ординаторов, интернов и молодых ученых, Белгород, 24 апр. 2009 г. : прогр. докл. и тез.- Белгород : Изд-во БелГУ. – С. 4-6.
2. Бекмансуров, Х. А. Умственная работоспособность как интегративный тест паспорта здоровья. Психолого-педагогическое сопровождение образовательного процесса: теория и практика [Электронный ресурс] / Х. А. Бекмансуров, В. Р. Бильданова ; Елабужский гос. пед. ун-т // Региональный сборник научных трудов. – 3 выпуск, 2006. – Режим доступа <http://www.egpu.ru/lib/elib/Data/Content/128253457301406250/Default.aspx>.
3. Войтенко, В. И. Биологический возраст [Текст] / В. И. Войтенко // Биология старения. – Л. : Наука, 1982. – С. 102-115.
4. Денисов, И. Н. Развитие семейной медицины – основа реорганизации первичной медико-санитарной помощи населению российской Федерации [Текст] / И. Н. Денисов // Альманах клинической медицины. – 2004. – №7. – С. 3-16.
5. Денисов, И. Н. Организационно-методические основы общей врачебной семейной практики [Текст] : учебно-методические рекомендации / Д. И. Кича, А. Р. Белявский и др. – Ханты-Мансийск : Полиграфист, 2008. – С. 4-5.
6. Дмитриева, Н. В. Полипараметрическая технология доклинической диагностики состояния здоровья человека [Текст] / Н. В. Дмитриева, О. С. Глазачев // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2001. – №6. – С. 41-45.
7. Журавлев, Ю. И. История болезни и пациент в терапевтической клинике [Текст] : учеб. пособие для студ. мед. вузов, колледжей и врачей-интернов / Ю. И. Журавлев ; БелГУ, Белгород : Изд-во БелГУ, 1999. – С. 3-6, 54-56.
8. Журавлев, Ю.И. Использование полипараметрических технологий для экспрессной оценки компьютерной грамотности специалистов здравоохранения [Текст] / Ю.И. Журавлев, Р.В. Никоненко, А. Ф. Стукалов // Международный журнал экспериментального образования. – 2009. – №6. – С. 22-23.
9. Журавлев, Ю. И. Полипараметрический метод сбора и оценки медико-социального анамнеза семьи в условиях первичной медико-санитарной помощи [Текст] / Ю. И. Журавлев,

И. А. Шептун, Н. П. Дорошкова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – Т. 9. – №1. – 2010. – С. 120-124.

10. Ирхин, В. Н. Сравнительный анализ субъективной и объективной оценок здоровья студентов в ходе реализации инновационной образовательной программы «Здоровьесбережение» [Текст] / В. Н. Ирхин, Ю. И. Журавлев, Н. И. Жернакова и др. // Вестник Тамбовского университета. – Вып. 6 (74). – 2009. – С. 149-154.

11. Кича, Д. И. Научное обоснование комплексной программы медико-социальной оценки здоровья и потребности семьи как пациента службы первичной медико-социальной помощи [Текст] : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Д. И. Кича. – М. : Рос. ун-т дружбы народов, 1995. – 37 с.

12. Косова, С. А. Роль семьи в реабилитации детей с хронической патологией [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук / С. А. Косова. – М. : Гос. учреждение «Научный центр здоровья детей РАМН», 2008. – 25 с.

13. Кушманова, В. П. Причины невнимания студентов к своему физическому состоянию [Текст] / В. П. Кушманова // Совершенствование педагогического процесса по дисциплине «Физическая культура» в условиях реформирования российского образования в высшей школе : сб. мат. Всерос. науч.-практ. конф. / под ред. В.Ф. Аникина. – Саратов, 2008. – С. 62-64.

14. Майко, О. Ю. Показатели качества жизни по опроснику SF-36 в оценке эффективности лечения остеоартроза разными методами [Текст] / О. Ю. Майко // Аспирантский вестник Поволжья. – 2008. – №3-4. – С. 112-120.

15. Новикова, Т. В., Системный анализ и информатика в работе врача [Текст] / Т. В. Новикова // Информатика и системы управления. – 2008. – №2 (16). – С. 38-41.

16. Положение молодежи в России [Текст] : аналитический доклад / М. Л. Агранович и др. – М., 2005.

17. Решетников, А. В. Социология медицины (введение в научную дисциплину) [Текст] : руководство / А. В. Решетников. – М. : Медицина, 2002. – С. 440.

18. Сердечная Е. В., Кульминская Л. А., Истомина Т. А. Оценка качества жизни с помощью опросника SF-36 у больных с нарушениями ритма сердца [Текст] / Е. В. Сердечная, Л. А. Кульминская, Т. А. Истомина // Экология человека. – 2007. – №2. – С. 36-39.

19. Трошин, В. Д. Проблемы интегративного врачевания [Текст] / В. Д. Трошин // Медицинский альманах. – 2009. – №2 (7). – С. 25-33.

20. Чуднов, В. П. Опыт применения медико-социального паспорта семьи в первичном звене здравоохранения [Текст] / В. П. Чуднов, Н. В. Купряшина // Главврач. – 2006. – №9. – С. 31-36.

21. Шифрин, А. Г. Научные основы интегративной медицины [Текст] / А. Г. Шифрин, Г. А. Шифрин. – Запорожье : «Дикое поле», 1999. – С. 3.

22. Hamm, H. Allgemeinmedizin. Ein kurzgefasstes Lehrbuch für Studium und Weiterbildung. 4 Aufl., Thieme, Stuttgart, New York. – 1988. – S. 284-285.

23. Moerchel J. Möglichkeiten einer Familienmedizin in der Praxis. In: König, B. (Hrsg.) Die Allgemeinmedizin. Bd. 1, Perimed, Erlangen. – 1988. – S. 310-345.

24. Zigmund, A. S. The Hospital Anxiety and Depression scale / A. S. Zigmund, R.P. Snaith // Acta Psychiatr. Scand. – 1983. – Vol. 67. – P. 361-370.

## PROSPECTS POLYPARAMETRICAL TECHNOLOGIES USING IN FORMATION OF COMPLETE REPRESENTATION ON THE PATIENT'S HEALTH IN PRACTICE OF THE DOCTOR WORKING WITH STUDENT'S YOUTH

The article analyses the problems of disadvantages overcoming in the student's youth health service connected with narrow specialization, continuity loss and technicalization in medicine, the increasing doctors' compliance to paraclinical methods of examination and medicalization to the detriment of usual interview, physical examination and non-medicamentous therapy. The information of a primary link of public health service problems is mentioned. There is given the estimation of features of the student as a patient. Prospects of polyparametrical technology using in complex estimation of health of the student's youth which assume the study the physical, psychological and social component are discussed. According to the authors the development of methods in formation of complete student health representation will allow to realize personified medicine principles in practice.

**Y.I. Zhuravlev<sup>1</sup>**  
**P.A. Sheptun<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Belgorod State University*

<sup>2</sup> *Korocha Central hospital*

*e-mail: sheptundoc@mail.ru*

**Key words:** health of student's youth, risk factors, life quality, complex analysis, primary medicosanitary care, public health services information.