



## К ВОПРОСУ О ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО И ПЕРВОГО ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА С УЧЕТОМ ИХ СОМАТОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК

УДК 612:616-058-071.3-053.7/8

Таранцова А.В., аспирант кафедры ФК, ЛФК и спортивной медицины, врач-терапевт Центра здоровья

ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития», МЛПУЗ «Городская поликлиника № 10», г. Ростов-на-Дону

**Введение.** Современное российское практическое здравоохранение ориентировано на сохранение здоровья здорового человека путем ранней (донозологической) диагностики состояния уровня здоровья, оценки адаптационных возможностей организма и своевременной коррекции выявленных функциональных нарушений [1].

Донозологическая диагностика – это обследование и оценка функционального состояния организма и его адаптационных возможностей у практически здоровых лиц (при отсутствии явных признаков болезни) с целью выявления факторов риска, латентных и нераспознанных случаев заболеваний, так называемых «донозологических состояний», пограничных между нормой и патологией, соответствующих различным стадиям адаптированности организма к условиям среды, предшествующих срыву адаптации (для профилактики развития болезней). Термин «донозологические состояния» (преморбидные состояния, субклинические формы болезней, латентные стадии заболевания) был впервые предложен Р.М. Баевским и В.П. Казначеевым в 1980 г. и связан был с космической медициной, где оценивались возможности организма космонавтов адаптироваться к новым, необычным условиям окружающей среды [2].

Адаптация (от лат. *adapto* – приспособляю) – приспособление строения и функций организма, его органов и клеток к условиям среды с целью сохранения гомеостаза. Решающую роль в успешности адаптации к экстремальным условиям играют процессы тренировки, функциональное, психическое и моральное состояние индивида [3, 4].

Традиционная нозологическая диагностика связана, как правило, с определением локализации патологического процесса в организме, нозологический диагноз – анатомо-морфологический (указывает какие именно органы и ткани поражены). Донозологическая диагностика же основана на определении степени напряжения регуляторных систем организма (симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, подкорковых вегетативных центров, коры головного мозга); оценке функционально-адаптационных резервов организма [5, 6, 7] и его конституционально-типологических особенностей [8]. Здоровье (с позиций «адаптационной медицины») – способность организма сохранять необходимые компенсаторные и защитные свойства, оптимальная способность *адаптироваться* к условиям внешней и внутренней среды [9]. Болезнь – это крайняя степень развития дезадаптационного синдрома, проявляющаяся развитием патологических изменений.

Любой адаптационный процесс требует не только мобилизации функциональных резервов, но и определенно-го напряжения регуляторных систем. Выделяют следующие стадии перехода от состояния здоровья к состоянию болезни [3, 5, 9]:

1. Состояние удовлетворительной адаптации (норма) – состояние полной уравновешенности организма

с внешней средой, свойственно здоровым людям. Гомеостаз поддерживается минимальным напряжением регуляторных систем. ПАРС 0-3. ИФИ – до 2,59.

2. Напряжение механизмов адаптации (умеренное функциональное напряжение, адаптационная перестройка, донозологическое состояние) – первичная оперативная реакция организма на стрессорное воздействие. Возникает после работы или к концу рабочего дня, как результат высокой умственной или физической активности человека. ПАРС 4-5. ИФИ 2,60-3,09.

3. Неудовлетворительная адаптация (выраженное и резко выраженное напряжение, адаптационная перестройка с явлениями интеграции, преморбидное состояние). Возникает в период декомпенсации различных заболеваний; у здоровых людей – в момент выполнения больших нагрузок или ответственных заданий; указывает на ускоренное расходование жизненных резервов и возможность развития заболевания. ПАРС 6-7. ИФИ 3,10-3,49.

4. Срыв адаптации (дезинтеграция, астенизация, истощение) – неспособность организма поддерживать равновесие с окружающей средой, требует лечения в условиях клиники. Состояние срыва адаптации включает в себя все многообразие заболеваний в стадии субкомпенсации и декомпенсации. ПАРС 8-10. ИФИ 3,50 и выше.

Таким образом, цепочка перехода из состояния здоровья к болезни включает последовательные стадии дезадаптационного процесса: здоровье – снижение качества жизни – дезадаптационное состояние – донология – болезнь [9, 6]. Проявлению болезни, как результата срыва адаптации, предшествуют донозологические и преморбидные состояния.

Выделяют следующие современные методы донозологической оценки состояния уровня здоровья:

1. Исследование и оценка нейрогуморальной регуляции по варибельности сердечного ритма (ВРС) – основной метод оценки состояния здоровья человека, его функционального состояния, функционирования системы кровообращения и резервов адаптации по показателю активности регуляторных систем (ПАРС) и индексу функциональных изменений (ИФИ) методом математического анализа ритма сердца и вариационной пульсометрии (на аппаратно-программных комплексах типа ООО НПП «Монитор»). В настоящее время данная методика широко используется в 509 Центрах здоровья, открытых с 01.12.2009 г. по всей России и функционирующих в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» и программы по формированию здорового образа жизни, и позволяет при массовой профилактической скрининговой диагностике уровня здоровья населения определить адаптивные возможности организма обследуемых [10, 11, 12, 13, 14].

2. Антропометрия – метод количественной оценки физического статуса, определения массы тканевых компонентов, конституциональной диагностики. Уровень и гармоничность физического развития является одним из

важнейших показателей здоровья [15, 16]. Соматотип – это частная подсистема общей конституции, определенный тип структурно-физиологических особенностей организма, характеризующий долговременные функциональные резервы адаптационного процесса. Тип телосложения, соотношение отдельных тканевых компонентов (жирового, мышечного, костного) объективно связан с общим состоянием, физиологическими и метаболическими процессами в организме, его психикой, склонностью к конкретным заболеваниям и меняется под влиянием специфики питания, физической активности и социального статуса [15, 16]. Согласно сугубо метрической методике соматотипирования Дорохова Р.Н., Петрухина В.Г. (1989) по габаритному уровню варьирования (ГУВ) выделяют 5 основных соматотипов (наносомный – НаС, микросомный – МиС, мезосомный – МеС, макросомный – МаС, мегалосомный – МеГС) и 2 переходных соматотипа (мезомакросомный – МеМаС, микромеzosомный – Ми-МеС). Расчленение соматического типа на длину и массу тела используют в качестве генетических маркеров при профилактических мероприятиях, планировании тренировочных нагрузок, оценке физиологической и соматической зрелости, прогнозировании предрасположенности к заболеваниям.

Однако в настоящее время отсутствуют работы по донозологической оценке функционально-адаптационных резервов организма лиц юношеского и первого зрелого возраста и уровня здоровья с учетом особенностей соматотипа. Все это определяет актуальность исследования.

**Цель исследования.** Методами донозологической диагностики с учетом особенностей соматотипа оценить уровень здоровья лиц юношеского и первого зрелого возраста (18–30 лет), проживающих в Ростовской области, и определить их предрасположенность к социально значимым заболеваниям.

**Материал и методы исследования.** В 2010–2011 гг. были обследованы и проанализированы данные скрининг-оценки в Центре здоровья г. Ростова-на-Дону 509 лиц юношеского и первого зрелого возраста (18–30 лет), проживающих в Ростовской области, из них 118 мужчин (23,2%) и 391 женщина (76,8%). Методы исследования включали:

1. Скрининг-обследование в Центре здоровья на аппаратно-программном комплексе ООО НПП «Монитор» (программы «Stress-12-Cardio», «Cardio-скрининг», «ArMaSoft-6-Cardio») с определением антропометрических показателей (рост, вес, индекс массы тела, динамометрия кисти), клинико-функциональных показателей (уровня артериального давления – АД, жизненной емкости легких – ЖЕЛ); оценку вариабельности сердечного ритма, вегетативного гомеостаза и адаптивных возможностей организма (по Бавскому Р.М., Берсеновой А.П., 1997), регистрацию ЭКГ.

2. Лабораторный экспресс-анализ крови (общий холестерин, глюкоза).

3. Анкетный опрос (на предмет выявления факторов риска ХНИЗ – отягощенной наследственности, вредных привычек, питания и др.), анализ медицинской документации врачом-терапевтом.

4. Определение ГУВ (габаритного уровня варьирования) по методике соматотипирования Дорохова Р.Н., Петрухина В.Г. (1989) с учетом данных роста (длины тела), массы (веса тела) и коэффициентов (С и Д) в зависимости от возраста.

5. Оценку уровня физического состояния и физической работоспособности по Пироговой Е.А. (1989).

6. Определение роста-веса индекса (РВИ), жизненного индекса (ЖИ), силового индекса (СИ), «двойного произведения» (ДП) по методике Апанасенко Г.Л. (1994).

7. Математико-статистические методы обработки данных: пакет программ Statistica 6 for Windows XP; Microsoft Office Excel 2007. По каждому исследуемому признаку определяли следующие параметры: средняя арифметическая – М; ошибка средней арифметической – m.

## Результаты исследования и их обсуждение.

В ходе исследования среди обследованных 509 лиц юношеского и первого зрелого возраста (18–30 лет), проживающих в Ростовской области, было установлено преобладание трех соматотипов (по Дорохову Р.Н., Петрухину В.Г., 1989): МаС (макросомный соматотип) – 116 чел. (22,8%); МеМаС (мезомакросомный) – 114 чел. (22,4%); МеС (мезосомный) – 91 (17,9%). Среди женщин чаще встречается МаС соматотип (93 чел., 23,8%), среди мужчин – МеМаС (37 чел., 31,4%). Дадим характеристику выявленным соматотипам.

1. Представители макросомного (МаС) соматотипа имеют следующие клинико-функциональные и антропометрические особенности и показатели уровня здоровья:

- высокий рост (мужчины  $181,3 \pm 5,7$  см; женщины  $171,2 \pm 5,9$  см); повышенный вес (69,6% мужчин и 27,9% женщин);

- дисметаболические нарушения: гиперхолестеринемия – у 30,4% мужчин и 22,6% женщин; гипергликемия – у 17,4% мужчин и 5,4% женщин;

- «высокое нормальное» и повышенное АД систолическое (выше 130 мм рт. ст.) характерно для 30,4% мужчин МаС; склонность к гипотонии у женщин (среднее АД систолическое  $105,5 \pm 16,1$  мм рт.ст.);

- отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ) у 35% мужчин и 35,5% женщин; хронические соматические заболевания в анамнезе у 60,8% мужчин и 70,9% женщин; синдром вегетососудистой дистонии (ВСД) выявлен у 73,9% юношей и 89,2% девушек;

- курят 56,5% МаС-мужчин и 25,8% женщин; высококалорийно питаются 82,6% мужчин и 72% женщин; не занимаются физкультурой, спортом 47,8% МаС – мужчин и 63,4% женщин; спят менее 7 часов 30,4% обследуемых МаС мужчин и 20,4% женщин; факторы риска развития ХНИЗ выявлены у 87,1% женщин и практически 100% мужчин;

- у 48% МаС-мужчин снижен адаптационный потенциал («напряжение механизмов адаптации» – 30,4% мужчин; «неудовлетворительная адаптация» – 8,7% и «срыв адаптации» – 8,7% мужчин);

- УФС по Пироговой Е.А. «выше среднего» как у мужчин ( $0,708 \pm 0,2$ ), так и у женщин ( $0,745 \pm 0,1$ ); индексы по Апанасенко Г.Л. снижены: роста-веса – «ниже среднего» у мужчин ( $485,5 \pm 56,7$ ) и у женщин ( $404,9 \pm 61,3$ ); жизненный индекс – «ниже среднего» у мужчин ( $54,7 \pm 12,1$ ), «выше среднего» у женщин ( $51,7 \pm 11,8$ ); силового индекса «низкий» у мужчин ( $57,9 \pm 11,5$ ) и женщин ( $39,4 \pm 10,9$ ); двойное произведение «среднее» у мужчин ( $87,7 \pm 15,3$ ), «выше среднего» у женщин ( $76,7 \pm 16,2$ ). Нужно отметить, что чем ниже показатели РВИ, ЖИ, СИ, ДП, тем выше риск развития соответствующей соматической патологии.

2. Характеристика представителей мезомакросомного (МеМаС) соматотипа (женщин и мужчин):

- женщины – среднего роста ( $165,6 \pm 3,3$  см); мужчины – выше среднего ( $179,5 \pm 4,2$  см);

- вес: женщины  $61,3 \pm 5,5$  кг; мужчины  $77,1 \pm 5,6$  кг; ИМТ – у большинства в пределах нормы:  $22,5 \pm 2,8$  кг/м<sup>2</sup> – женщины;  $24,1 \pm 2,8$  кг/м<sup>2</sup> – мужчины; показатели ЖЕЛ в норме:  $3333,1 \pm 532,5$  мл – женщины;  $4614,3 \pm 734,9$  мл – мужчины; хорошие показатели силы сжатия кисти:  $25,4 \pm 4,6$  кг – женщины;  $47,4 \pm 6,6$  кг – мужчины;

- УФС по Пироговой Е.А. «выше среднего»:  $0,716 \pm 0,2$  – у женщин;  $0,735 \pm 0,2$  – у мужчин; индексы соматического здоровья по Апанасенко Г.Л.: РВИ – «средние» у мужчин ( $405,7 \pm 48,8$ ) и женщин ( $350,6 \pm 42,1$ ); ЖИ – «выше среднего» у мужчин ( $61,8 \pm 12,9$ ) и женщин ( $55,5 \pm 10,4$ ); СИ – «ниже среднего» у мужчин ( $65,5 \pm 10,4$ ) и женщин ( $43,0 \pm 9,5$ ); ДП «среднее» у мужчин ( $88,6 \pm 15,1$ ) и «выше среднего» у женщин ( $72,3 \pm 15,1$ );

- уровень АД систолического: у женщин тенденция к гипотонии ( $103,8 \pm 9,9$  мм рт. ст.), у мужчин – в пределах нормы ( $117,4 \pm 11,8$  мм рт. ст.);

- синдром ВСД выявлен у 93,5% женщин (преобладание ПСНС у 19,5%) и у 89,2% мужчин (преобладание

ПНС – у 10,8%); вегетативный гомеостаз сохранен у 72,3% женщин и 89,2% мужчин;

- Уровень адаптационных резервов по Р.М. Баевскому, А.П. Берсеновой характеризуется как «удовлетворительная адаптация» у 72,7% женщин и 64,9% мужчин; «напряжение механизмов адаптации» – у 10,4% женщин и 18,9% мужчин; «неудовлетворительная адаптация» – у 12,9% женщин и 2,7% мужчин; «срыв адаптации» отмечен у 3,9% женщин и 13,5% мужчин МеМаС (причем большинство из них занимаются спортом – тяжелой атлетикой, борьбой и при этом курят).

У МеМаС-лиц выявлены следующие нарушения обмена веществ: гиперхолестеринемия – у 22,1% женщин и 18,9% мужчин; избыточный вес – у 15,6% женщин (у 1,3% – ожирение 1 степени) и 40,5% мужчин; дефицит веса – у 3,9% женщин и 2,7% мужчин; гипергликемия – у 2,6% женщин (у 1,3% – сахарный диабет I типа) и у 2,7% мужчин.

Курят – 14,3% МеМаС-женщин и 24,3% МеМаС-мужчин. Не занимаются физкультурой, спортом – 87,2% женщин и 40,5% мужчин. Высококалорийно питаются 79,2% женщин и 91,9% мужчин.

Отягощенный наследственный анамнез у мужчин: по ССЗ – у 18,9%, по сахарному диабету (СД) – у 24,3%, по онкологии у 8,1%; у женщин: по ССЗ – у 38,9%, по СД – у 19,5%, по онкологическим заболеваниям – у 28,9%.

Хронические заболевания в анамнезе имеются у 57,6% МеМаС-мужчин и у 72,9% МеМаС-женщин (так, например, у мужчин преобладают: ВСД (27%), сколиоз (16,2%), хронический гастрит (10,8%), миопия (8,1%), остеохондроз (5,4%), пролапс митрального клапана (5,4%), ЛОР-заболевания (2,7%).

3. Лица мезосомного (МеС) соматотипа имеют следующие характеристики:

- средний рост: женщины  $163,1 \pm 3,4$  см; мужчины  $174,7 \pm 4,7$  см; средний вес: женщины  $57,1 \pm 5,7$  кг; мужчины  $70,8 \pm 6,4$  кг; ИМТ – у большинства в пределах нормы:  $21,5 \pm 3,2$  кг/м<sup>2</sup> – женщины;  $23,4 \pm 3,4$  кг/м<sup>2</sup> – мужчины; ЖЕЛ в норме:  $3158,5 \pm 554,6$  мл – женщины;  $4457,0 \pm 832,0$  мл – мужчины; хорошие показатели динамометрии кисти:  $24,3 \pm 5,4$  кг – женщины;  $45,3 \pm 7,1$  кг – мужчины;

- УФС по Пироговой Е.А. «выше среднего» у женщин ( $0,779 \pm 0,2$ ) и мужчин ( $0,647 \pm 0,1$ );

- индексы по Апанасенко Г.Л.: РВИ – «средний» у мужчин ( $405,7 \pm 48,8$ ) и женщин ( $350,6 \pm 42,1$ ); ЖИ – «выше среднего» у мужчин ( $61,8 \pm 12,9$ ) и женщин ( $55,5 \pm 10,4$ ); СИ – «ниже среднего» у мужчин ( $65,5 \pm 10,9$ ) и женщин ( $43,0 \pm 9,5$ ); ДП – «среднее» у мужчин ( $88,6 \pm 15,1$ ) и «выше среднего» у женщин ( $72,3 \pm 15,1$ ).

- систолическое АД: у женщин – в норме ( $123,8 \pm 7,5$  мм рт. ст.), у мужчин – тенденция к гипотонии ( $104,1 \pm 12,7$  мм рт. ст.);

- синдром ВСД выявлен у 93% женщин (преобладание ПНС у 25%) и у 75% мужчин (преобладание ПНС – у 25%, преобладание СНС – у 5%); вегетативный гомеостаз сохранен у 75% женщин и 70% мужчин.

- уровень адаптационных резервов по Р.М. Баевскому, А.П. Берсеновой характеризуется как «удовлетворительная адаптация» у 75% женщин и 55% мужчин; «напряжение механизмов адаптации» – у 20% мужчин; «неудовлетворительная адаптация» – у 20% мужчин; «срыв адаптации» отмечен у 25% женщин и 5% мужчин МеС – соматотипа.

Выявленные нарушения обмена веществ у МеС-лиц: гиперхолестеринемия – у 20,8% женщин и 20% мужчин; избыточный вес – у 11,1% женщин и 20% мужчин; дефицит веса – у 13,9% женщин; гипергликемия – у 5,5% женщин (сахарный диабет I-го типа – 18%).

Курят – 12,5% МеС-женщин и 20% МеС-мужчин. Не занимаются физкультурой, спортом – 50% женщин и 45% мужчин. Высококалорийно питаются 47,2% женщин и 75% мужчин. Отягощенный наследственный анамнез у женщин: по ССЗ – у 16,7%, по онкологии – у 16,7%; у мужчин: по ССЗ у 20%; по сахарному диабету у 10%; по онкологии у 5%.

Хронические заболевания в анамнезе имеются у 61% МеС-женщин и 50% мужчин; травмы в анамнезе у 16,7% женщин и 25% мужчин; операции – у 27,7% женщин и 15% мужчин.

**Выводы.** В ходе исследования установлено, что лица юношеского и первого зрелого возраста, проживающие в Ростовской области, имеют следующие конституционально-типологические особенности, функционально-адаптационные резервы и уровень здоровья:

1. Преобладают представители макросомного – МаС (22,8%), мезомакросомного – МеМаС (22,4%) и мезосомного – МеС (17,9%) соматотипов (по Дорохову Р.Н., Петрухину В.Г., 1989). МеМаС-соматотип встречается также часто, как и МаС-соматотип. Среди женщин чаще встречается МаС соматотип (23,8%), среди мужчин – МеМаС (31,4%).

2. УФС по Пироговой Е.А. (1989) у представительниц МаС, МеМаС и МеС-соматотипов «выше среднего», что свидетельствует о хорошем функционировании сердечно-сосудистой системы.

3. Лучшие показатели роста-весового индекса («средний»), жизненного индекса («выше среднего»), силового индекса («ниже среднего») отмечены у МеМаС и МеС-соматотипов; индекс «двойное произведение» «средний» у мужчин и «выше среднего» у женщин отмечен у всех трех преобладающих соматотипов.

4. Хронические заболевания в анамнезе преобладают у представительниц МеМаС соматотипа: у 57,6% мужчин и 72,9% женщин.

5. Большее количество модифицируемых и немодифицируемых факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) отмечено у представительниц МаС (87,1% женщин и практически 100% мужчин) и МеМаС-соматотипов (85,7% женщин и 83,7% мужчин).

6. Отягощенная наследственность (как немодифицируемый фактор риска ХНИЗ) по ССЗ характерна для представительниц МаС (35% обследуемых молодых мужчин и 35,5% женщин) и МеМаС-соматотипов (38,9% женщин); по сахарному диабету – представители МеМаС-соматотипа (24,3% мужчин и 19,5% женщин); по онкозаболеваниям – МеМаС (у 29,8% женщин и 8,1% мужчин).

7. Лучшие функционально-адаптационные резервы организма (по Баевскому Р.М., Берсеновой А.П., 1997) отмечены у молодых лиц МеМаС и МеС-соматотипов («удовлетворительная адаптация» у 72,7% МеМаС-женщин и 64,9% МеМаС-мужчин; 75% МеС-женщин и 55% МеС-мужчин).

8. Таким образом, лица преобладающего макросомного (МаС)-соматотипа в большей степени предрасположены к наличию метаболического синдрома (повышенный вес, гиперхолестеринемия, гипергликемия, «высокое нормальное» и повышенное АД, систолическое у мужчин); вредным привычкам; малоподвижному образу жизни; отягощенной по ССЗ наследственности; у них снижены индексы физического развития по Апанасенко Г. Л. и уровень функционально-адаптационных резервов (у МаС-мужчин). Выявленные особенности представительниц макросомного (МаС) соматотипа в большей степени определяют предрасположенность к развитию у них хронических неинфекционных заболеваний (гипертонии, сахарного диабета, атеросклероза).

9. Комплексная донозологическая диагностика уровня здоровья у лиц юношеского и первого зрелого возраста с учетом конституционально-типологических особенностей и образа жизни позволяет выявить функциональные возможности адаптационных резервов изучаемого контингента, генетическую предрасположенность к определенным заболеваниям и своевременно профилактировать ухудшение уровня здоровья в дальнейшем.

10. Определение макросомного (МаС) соматотипа (по Дорохову Р.Н., Петрухину В.Г., 1989) может служить маркером развития метаболического синдрома и связанных с ним хронических неинфекционных заболеваний в дальнейшем.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Таранцова А.В. Результаты интегральной скрининг-оценки уровня здоровья молодежи (на примере Ростовской области) // Материалы XI Международного конгресса «Здоровье и образование в XXI веке», 8-12 декабря 2010 г., г. Москва, РУДН, с. 577–578.
2. Казначеев В.П., Баевский Р.М., Берсенева А.П. Донозологическая диагностика в практике массовых обследований населения. – Л.: Медицина, 1980. – 280 с.
3. Медведев А.С. Основы медицинской реабилитологии / А.С. Медведев. – Минск: Беларус.навука, 2010. – 435 с.
4. Учебник по восстановительной медицине / Под ред. А.Н. Разумова, И.П. Бобровниченко, А.Н. Василенко. – М.: «Восстановительная медицина», 2009. – 648 с.
5. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболевания. – М.: Медицина, 1997. – 235 с.
6. Апансенко Г.Л. О необходимости санологической стратегии в здравоохранении // Теория и практика оздоровления населения России // Материалы III национальной научно-практической конференции с международным участием. Кисловодск. 16-20 мая. 2006.
7. Руненко С.Д., Таламбум Е.А., Ачкасов Е.Е. Исследование и оценка функционального состояния спортсменов: Учебное пособие для студентов лечебных и педиатрических факультетов медицинских вузов / С.Д. Руненко, Е.А. Таламбум, Е.Е. Ачкасов. – М: Профиль -2С, 2010. – 72 с.
8. Харламов Е.В., Попова Н.М. Типовые и адаптивные кардиогемодинамические реакции у студентов // Сборник тезисов I конференции «Актуальные вопросы функциональной диагностики», г. Ростов-на-Дону, 2006. Вып. 60, с. 127–128.
9. Ушаков И.Б., Сорокин О.Г. Адаптационный потенциал человека // Вестник Российской академии медицинских наук. – №3. – 2004. – с. 8–13.
10. Приказ МЗРФ от 19 августа 2009 г. № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака».
11. Таранцова А.В. Центры здоровья – новые диагностико – профилактические стратегии восстановительной медицины // Материалы VII международного конгресса «Восстановительная медицина и реабилитация 2010», 28–29 сентября 2010 года, г. Москва, с. 120–121.
12. Таранцова А.В. Оценка функционально-адаптационных резервов организма с позиций восстановительной медицины // Материалы X межвузовской биохимической научно-практической конференции с международным участием «Обмен веществ при адаптации и повреждении», 20–21 мая 2011 г., с. 157.
13. Таранцова А.В. Принципы восстановительного лечения больных с вегето-сосудистой дистонией и метаболическим синдромом в условиях Центра здоровья // Материалы VII международного конгресса «Восстановительная медицина и реабилитация 2010», 28–29 сентября 2010 года, г. Москва, с. 119–120.
14. Таранцова А.В. Факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний и актуальность проведения скрининговой диагностики у лиц юношеского и первого зрелого возраста (на примере Центра здоровья г. Ростова-на-Дону) // Материалы VI научно-практической конференции молодых ученых с международным участием «Завадские чтения», 26 марта 2011 г., г. Ростов-на-Дону: ГОУ ВПО РостГМУ, с. 141–142.
15. Дорохов Р.Н., Губа В.П. Спортивная морфология: Учебное пособие для высших и средних специальных заведений физической культуры. – М.: СпортАкадемПресс, 2000. – 236 с.
16. Методические рекомендации по теме «Определение физического развития и соматотипирование» для студентов 6 курса / Составители: Харламов Е.В., Орлова С.В. г. Ростов-на-Дону. ГОУ ВПО РостГМУ, 2009. – 25 с.

## РЕЗЮМЕ

В статье освещаются современные принципы донозологической диагностики. В рамках настоящего исследования изучены уровень здоровья, показатели функционально-адаптационных резервов, физического развития, образ жизни и принадлежность к определенному соматотипу (макросомному – MaC, мезомакросомному – MeMaC, мезосомному – MeC) 509 лиц юношеского и первого зрелого возраста, обследованных в Центре здоровья г. Ростова-на-Дону в 2010–2011 гг. Комплексная донозологическая диагностика с определением соматотипа может служить маркером развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ).

**Ключевые слова:** донозологическая диагностика, донозологические состояния, функциональные возможности, адаптационный потенциал, профилактика, соматотип, уровень здоровья.

## ABSTRACT

In the article report modern principles prenosological diagnostics. Within the framework of the present research the level of health, parameters of functional – adaptable reserves, physical development, lifestyle and a belonging to certain somatotype (macrosomatic – MaC, meso macrosomatic – MeMaC, mesosomatic – MeC) 509 persons of youthful and first mature age surveyed in the Center of health of Rostov-on-Don in 2010–2011. Complex prenosological diagnostics with definition somatotype can serve as a marker of development of chronic noninfectious diseases (CNID).

**Key words:** prenosological diagnostics, donozological conditions, functionalities, adaptable potential, prophylaxis, somatotype, health level.

## Контакты

**Таранцова Александра Владимировна.** 344022, г. Ростов–на-Дону, пер. Нахичеванский, 29;  
e-mail: alexandrina25@rambler.ru. Тел.: 8-905-45-76-719.