

© М. А. Тарасова, Л. В. Барабанова,
Т. М. Лекарева, Е. В. Мишарина,
В. В. Потин

НИИ акушерства и гинекологии
им. Д. О. Отта СЗО РАМН

ПРИМЕНЕНИЕ АНОРЕКСИГЕННОГО ПРЕПАРАТА ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ В СОЧЕТАНИИ С ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕННЫМ КОНТРАЦЕПТИВОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН

УДК: 618.17-008.8:613.25

■ Целью работы явилось изучение влияния низкодозированного эстроген-гестагенного контрацептивного препарата на эффективность лечения ожирения с помощью сибутрамина в сочетании с субкалорийной диетой. Обследовано 38 женщин с ожирением и нарушением менструального цикла. Первая группа больных (20) получала сибутрамин в дозе 10 мг/сутки в сочетании с субкалорийной диетой. Вторая группа больных (18) дополнительно принимали низкодозированный эстроген-гестагенный контрацептивный препарат. Обследование включало антропометрию, определение композиционного состава тела с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии, определение уровня гонадотропинов и прогестерона в крови, определение липидного спектра крови, ультразвуковое исследование органов малого таза. Шестимесячный курс терапии привел к существенному снижению массы тела в обеих исследуемых группах преимущественно за счет уменьшения объема жировой ткани, достоверному улучшению показателей липидного спектра крови и восстановлению регулярного менструального цикла (у 15 из 20 больных первой группы и у 10 из 18 больных второй группы). Результаты работы позволяют утверждать, что низкодозированный контрацептивный препарат (линдинет 20) не снижает эффективности лечения ожирения анорексигенными и диетическими средствами.

■ **Ключевые слова:** ожирение; гормональная недостаточность яичников; субкалорийная диета; сибутрамин; гормональная контрацепция.

В последние годы отмечается стремительный и неуклонный рост заболеваемости ожирением во всем мире. Ожирением в Европе страдают 10–30% населения, в США — 30–40% [14, 21]. В России избыточную массу тела имеют около 50% населения, ожирением страдают 30–40% женщин, в том числе 25% из них находятся в репродуктивном возрасте. По прогнозам экспертов ВОЗ [20] при сохранении существующих темпов роста заболеваемости в 2025 году в мире будет насчитываться более 300 млн больных ожирением [15, 18].

Ожирение не только ухудшает течение таких заболеваний, как атеросклероз, сахарный диабет II типа, гипертоническая болезнь, онкологические заболевания, холецистит, но и является одной из серьезных причин ухудшения репродуктивного здоровья. Наличие ожирения у женщин увеличивает риск развития рака молочных желез и эндометрия [2, 4, 5, 13].

У большинства женщин с избыточной массой тела возникают гормональные расстройства, проявляющиеся овариальной недостаточностью, нарушением менструального цикла [6, 7, 9, 10] и значительным увеличением частоты эндокринного бесплодия [12, 17]. В развитии нормогонадотропной овариальной недостаточности при ожирении существенную роль играет инсулинорезистентность, связанная с гиперлипидемией и ответная гиперинсулинемия. Повышенный уровень инсулина в крови увеличивает чувствительность яичников к гонадотропной стимуляции. Другим фактором, нарушающим процессы фолликулогенеза и стероидогенеза в яичниках, является усиленная конверсия андрогенов в эстрогены в жировой ткани под влиянием фермента ароматазы. Гиперэстрогемия сенсibiliзирует гонадотрофы гипофиза к гонадотропин-релизинг гормону гипоталамуса и снижает пороговый уровень овариального эстрадиола, необходимый для начала овуляторного подъема ЛГ. Гиперстимуляция незрелых фолликулов, вероятно, лежит в основе их кистозного перерождения [8]. Роль ожирения в патогенезе нарушений функции репродуктивной системы подтверждается восстановлением овуляторного менструального цикла после нормализации массы тела [7, 8, 10, 11]. Ожирение осложняет течение беременности: увеличивает частоту невынашивания беременности, способствует развитию гестоза, гестационного диабета. По данным ряда авторов [1, 3], у женщин с ожирением чаще наблюдается несвоевременное излитие околоплодных вод и слабость родовой деятельности. Гестоз, крупные размеры плода, аномалии родовой деятельности — все это способствует увеличению частоты асфиксии плода и но-

ворожденного, родового травматизма матери и новорожденного.

Основным способом лечения ожирения является ограничение калорийности пищи и увеличение физической активности. При недостаточной эффективности этих способов используют медикаментозные средства разных групп: препараты центрального действия, уменьшающие потребление пищи за счет снижения аппетита (аноректики) или ускоряющие насыщение при приеме пищи, препараты периферического действия, уменьшающие поступление энергии, снижающие всасывание питательных веществ в кишечнике, и препараты, усиливающие расход энергии за счет усиления термогенеза.

Широкое распространение в терапии ожирения получил анорексигенный препарат сибутрамин, который обладает двойным механизмом действия — способствует сокращению объема потребляемой пищи в результате быстрого насыщения и увеличивает термогенез и расход энергии [16].

При лечении ожирения сибутрамином необходима надежная контрацепция. К высокоэффективным контрацептивным средствам относятся эстроген-гестагенные контрацептивы. Комбинированные оральные контрацептивы содержат гестагены, обладающие побочным андрогенным эффектом, могут оказывать анаболическое действие, способствовать увеличению жировой ткани, развитию инсулинорезистентности и нарушению толерантности к глюкозе. На углеводный обмен оказывает влияние доза этинилэстрадиола, а также вид и доза гестагена, входящего в состав комбинированных оральных контрацептивов. Эти побочные эффекты имеют особое значение при назначении эстроген-гестагенных препаратов больным с ожирением. В то же время комбинированные эстроген-гестагенные препараты за счет антиатерогенного влияния этинилэстрадиола повышают содержание в крови липопротеинов высокой плотности, снижают липопротеины низкой плотности и тормозят процесс захвата холестерина эндотелием сосудов.

Многие лекарственные препараты, влияющие на активность ферментов печени, могут ослаблять эффективность оральных контрацептивов. В исследовании Вак D. J. и соавт. [19] было показано отсутствие влияния сибутрамина на контрацептивный эффект гестаген-эстрогенных препаратов.

Данные об эффективности лечения ожирения при сочетанном применении сибутрамина и комбинированных оральных контрацептивов в литературе отсутствуют.

Цель работы

Целью данной работы явилась оценка эффективности лечения ожирения с помощью анорексигенного препарата центрального действия в сочетании с применением комбинированного контрацептива.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены 38 женщин.

Критериями включения являлись:

- возраст 19–35 лет,
- отсутствие беременности,
- индекс массы тела более 30 кг/м²,
- нарушение менструального цикла.

Критериями исключения являлись:

- тяжелые экстрагенитальные заболевания,
- использование оральных контрацептивов в течение последних двух месяцев и инъекционных контрацептивов в течение последних 6 месяцев,
- нарушение толерантности к глюкозе,
- артериальная гипертензия,
- нарушения функции щитовидной железы,
- наличие противопоказаний для приема эстроген-гестагенных контрацептивов,
- прием психотропных препаратов.

Перед включением в исследование все больные прошли обследование и обучение в школе коррекции массы тела на базе отделения гинекологической эндокринологии НИИ АГ им. Д. О. Отта СЗО РАМН. Средний возраст обследованных больных составил $24,9 \pm 1,2$ года, средняя масса тела до начала лечения составляла $95,1 \pm 2,8$ кг, средний показатель ИМТ — $35,2 \pm 1,05$ кг/м². Ожирение I степени (ИМТ 30–35 кг/м²) выявлено у 16 больных (42%); ожирение II степени (ИМТ 35–40 кг/м²) у 14 больных (37%); ожирение III степени (ИМТ более 40 кг/м²) — у 8 больных (21%). Средний показатель окружности талии (ОТ) составил $101,2 \pm 1,6$ см, окружности бедер (ОБ) $118,4 \pm 1,8$ см. Соотношение окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ) составило в среднем $0,86 \pm 0,03$ см.

Большинство обследованных женщин (19) имели ожирение с детства, 12 больных отмечали значительное увеличение массы тела после беременности и родов, 7 больных связывали увеличение массы тела с перекармливанием. 28 больных указали, что ожирением страдают их ближайшие родственники.

Все женщины, включенные в исследование, имели нарушения менструального цикла: 33 больных — опсоменорею, 5 женщин — аменорею II. Средняя продолжительность нарушений менструального цикла составляла $8,3 \pm 1,2$ года. По результатам гормонального и ультразвуково-

Таблица 1

Побочные эффекты при монотерапии сибутрамином

Побочный эффект	n = 20	Выраженность побочного эффекта	
		незначительная	умеренная
Сухость во рту	10	6	4
Бессонница	3	2	1
Тошнота	1	–	1
Головная боль	1	–	1
Тахикардия	5	1	4
Эмоциональная лабильность	3	1	2
Повышение АД	2	2	–

го обследования малого таза у 34 женщин была ановуляция, у 4 больных — недостаточность яичников.

Всем больным была рекомендована индивидуальная субкалорийная диета с ограничением содержания в рационе быстроусвояемых углеводов и жиров (рекомендуемая калорийность составляла 1200–1400 ккал) и увеличение физической активности.

Перед назначением препаратов, а также после 6 месяцев лечения проводили комплексное обследование больных. Обследование включало сбор анамнеза, антропометрию, изучение композиционного состава тела с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии по программе «все тело», ультразвуковое исследование органов малого таза.

С помощью лабораторных методов изучали показатели функции печени (АЛТ, АСТ, билирубин); показатели гемокоагуляции (активированное парциальное тромбопластиновое время, протромбиновое время, протромбиновый индекс, тромбиновое время, содержание фибриногена); показатели липидного спектра крови: общий холестерин, триглицериды, липопротеины высокой плотности (ЛПВП), липопротеины низкой плотности (ЛПНП), липопротеины очень низкой плотности (ЛПОНП), коэффициент атерогенности (КА). С помощью иммуноферментного метода проводили гормональное обследование: на 5–8-й день менструального цикла определяли в крови уровень фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютеинизирующего (ЛГ) гормонов, на 21–23-й день менструального цикла — уровень прогестерона и пролактина.

После получения данных первичного обследования все женщины случайным образом были распределены на две группы. В первую группу больных включены больные, которые получали монотерапию сибутрамином (линдакса

«Zentiva», Чешская республика) в дозе 10 мг в сутки. Женщинам этой группы была рекомендована барьерная контрацепция (презерватив).

Во вторую группу включены больные, которые дополнительно получали низкодозированный комбинированный оральные контрацептив, содержащий 20 мкг этинилэстрадиола и 75 мкг гестодена (линдинет 20, Гедон Рихтер АО) в стандартном контрацептивном режиме.

В течение 6 месяцев терапии ежемесячно контролировали антропометрические параметры и оценивали переносимость лечения, отмечая побочные эффекты.

Обработку данных проводили с использованием общепринятых методов медицинской статистики с помощью программных систем Microsoft Excel и «Statistica 6.0». Для определения значимости (достоверности) различий сопоставляемых средних величин использовали критерий Стьюдента и непараметрические критерии Вилкоксона, Манна–Уитни для несвязанных совокупностей. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и обсуждение

Переносимость лечения как сибутрамином, так и сибутрамином в сочетании с линдинетом 20 была хорошей. На протяжении 6 месяцев лечения у больных обеих групп не наблюдалось ни одного серьезного побочного явления, требующего отмены препаратов (табл. 1).

В группе больных, получавших сибутрамин, в течение первой недели лечения 10 больных отмечали сухость во рту, 3 больных жаловались на бессонницу, 5 женщин жаловались на сердцебиение, 3 больных отмечали перепады настроения (табл. 1). У больных, которые получали сибутрамин в сочетании с линдинетом 20 в течение 6 месяцев, также наблюдались следующие побочные эффекты: 10 больных отмечали сухость во рту, две больные жаловались на бессонницу,

Таблица 2

Побочные эффекты при сочетанном применении сибутрамина и эстроген-гестагенного контрацептива

Побочный эффект	n = 18	Выраженность побочного эффекта	
		незначительная	умеренная
Сухость во рту	10	6	4
Бессонница	2	1	1
Тошнота	2	2	–
Головная боль	1	1	–
Эмоциональная лабильность	5	3	2
Повышение АД	3	3	–
Межменструальные кровянистые выделения	1	1	–
Масталгия	2	2	–
Тахикардия	5	1	4

Таблица 3

Динамика ИМТ, ОТ/ОБ у больных I и II групп

Параметры	I группа — монотерапия сибутрамином		II группа — сочетание сибутрамина и эстроген-гестагенного контрацептива	
	Исходно	Через 6 мес. терапии	Исходно	Через 6 мес. терапии
ИМТ (кг/м ²)	35,2±1,06	31,3±0,93*	34,6±1,03	30,9±1,23*
ОТ/ОБ	0,85±0,03	0,81±0,01*	0,85±0,03	0,79±0,01*

* — отличие от исходного показателя при $p < 0,05$.

две больные отмечали незначительную тошноту, четыре больные предъявляли жалобы на сердцебиение (табл. 2). Значимых подъемов систолического и диастолического артериального давления ни в одной группе отмечено не было. Все симптомы проходили самостоятельно в течение 1–2 недель.

После 6 месяцев лечения в первой группе больных, получавших сибутрамин, потеря массы тела составила $14,30 \pm 0,57$ кг, во второй группе больных, получавших сибутрамин в сочетании с линдинетом 20, снижение массы тела составило $14,70 \pm 0,58$ кг. После 6 месяцев лечения у больных первой группы потеря массы тела составила 15,1% от исходной. Во второй группе больных в результате лечения потеря массы тела была сравнимой и составила 15,5%. Наиболее интенсивное снижение массы тела наблюдалось в первые 3 месяца лечения. ИМТ в первой группе больных за время лечения снизился с $35,20 \pm 1,06$ кг/м² до $31,30 \pm 0,93$ кг/м² ($p < 0,05$), во второй группе ИМТ снизился с $34,60 \pm 1,03$ кг/м² до $30,90 \pm 1,23$ кг/м² ($p < 0,05$).

На фоне снижения массы тела наблюдалось уменьшение ОТ и ОБ. После 6 месяцев лечения в первой группе больных ОТ умень-

шилась на $14,60 \pm 0,60$ см, ОБ уменьшилась на $11,60 \pm 0,30$ см, а индекс ОТ/ОБ составил $0,81 \pm 0,01$ см ($p < 0,05$). Во второй группе больных ОТ уменьшилась на $13,90 \pm 0,50$ см, ОБ уменьшилась на $11,10 \pm 0,44$ см, индекс ОТ/ОБ составил $0,79 \pm 0,01$ см ($p < 0,05$).

Динамика ИМТ, ОТ/ОБ на фоне терапии в обеих группах больных представлены в таблице 3.

Улучшение антропометрических показателей сопровождалось изменением композиционного состава тела (табл. 4).

В первой группе больных содержание общей массы жировой ткани снизилось с $41,10 \pm 1,23$ кг до $32,20 \pm 1,30$ кг ($p < 0,05$), т. е. на 21,7%, тогда как масса нежировой ткани уменьшилась лишь на 5,9% (с $45,90 \pm 1,30$ кг до $43,20 \pm 1,12$ кг; $p < 0,05$). Во второй группе больных содержание жировой ткани уменьшилось с $42,21 \pm 1,27$ кг до $33,30 \pm 1,35$ кг ($p < 0,05$), что составило 21,1%, тогда как нежировая ткань уменьшилась на 5,1% (с $44,70 \pm 1,34$ кг до $42,40 \pm 1,28$ кг, $p < 0,05$). Таким образом, изменения изученных антропометрических данных в обеих группах были сопоставимы. У больных женщин обеих групп как при монотерапии сибутрамином, так и при лечении сибутрамином в сочетании с контрацептивным препаратом снижение массы тела было

Таблица 4

Динамика композиционного состава тела у больных I и II групп

Параметры	I группа — монотерапия сибутрамином		II группа — сочетание сибутрамина и эстроген-гестагенного контрацептива	
	Исходно	Через 6 мес. терапии	Исходно	Через 6 мес. терапии
Масса жировой ткани (кг)	41,10±1,23	32,20±1,30*	42,20±1,27	33,30±1,35*
Масса нежировой ткани (кг)	45,90±1,30	43,20±1,12*	44,70±1,34	42,40±1,28*

* — отличие от исходного показателя при $p < 0,05$.

Таблица 5

Динамика изменения показателей липидного спектра крови

Параметры	Норма	I группа — монотерапия сибутрамином		II группа — сочетание сибутрамина и эстроген-гестагенного контрацептива	
		Исходно	Через 6 мес. терапии	Исходно	Через 6 мес. терапии
Холестерин	3,5–5,5	5,50±0,06*	4,50±0,05*	5,60±0,06*	4,80±0,05***
Триглицериды	0,4–1,54	1,67±0,01*	1,40±0,02*	1,70±0,02*	1,60±0,02***
ЛПВП	> 0,95	1,10±0,01*	1,40±0,02*	1,20±0,01*	1,35±0,01*
ЛПНП	< 3,38	3,71±0,03*	3,10±0,04*	3,71±0,04*	3,30±0,04*
КА	≤ 3	4,24±0,05*	3,80±0,04*	4,30±0,04*	3,90±0,05*

* — отличие от исходного уровня при $p < 0,05$; ** отличие от показателя в I группе при $p < 0,01$.

значительным, а динамика снижения — одинаковой. Анализ композиционного состава тела выявил значительную потерю жировой ткани в обеих группах больных. Преимущественное снижение массы тела за счет жировой ткани у больных ожирением в результате применения сибутрамина было ранее отмечено другими авторами [11].

При анализе показателей жирового обмена у всех больных, включенных в исследование, исходно выявлена дислипидемия с повышением уровня холестерина, триглицеридов, ЛПНП и коэффициента атерогенности (табл. 5).

Анализ липидного спектра крови показал улучшение изучаемых показателей на фоне лечения в обеих группах больных. Снижение уровня холестерина и триглицеридов в крови было менее выраженным в группе больных, получавших линдинет 20, однако достоверных отличий в динамике уровня ЛПВП, ЛПНП и коэффициента атерогенности в процессе лечения в сравниваемых группах не наблюдалось.

У всех обследованных больных исходные биохимические показатели в сыворотке крови, характеризующие функцию печени (АЛТ, АСТ, билирубин) были в пределах нормы. На фоне монотерапии сибутрамином и на фоне комбинированной терапии сибутрамином и контрацеп-

тивом линдинет 20 ухудшения этих показателей отмечено не было.

Нами не было найдено ухудшения показателей свертывающей системы крови в обеих группах больных до начала и на фоне лечения, что противоречит результатам более ранних исследований [15].

При ультразвуковом сканировании органов малого таза в обеих группах больных до и на фоне лечения выявлено уменьшение размеров яичников у всех больных. Снижение массы тела на фоне лечения сибутрамином в сочетании с субкалорийной диетой привело к восстановлению регулярного менструального цикла у 15 из 20 женщин. У шести из них восстановление полноценного овуляторного цикла было подтверждено с помощью определения прогестерона во вторую фазу менструального цикла и ультразвукового исследования яичников. У больных, получавших дополнительно линдинет 20, характер менструального цикла оценивали через 1 месяц после отмены контрацептивного препарата. После шестимесячного курса лечения регулярный менструальный цикл восстановился у 10 из 18 больных, у 6 из них полноценный овуляторный цикл был подтвержден результатами гормонального и ультразвукового обследования.

Выводы

1. Шестимесячный курс лечения анорексигенным препаратом сибутрамином в дозе 10 мг/сутки в сочетании с субкалорийной диетой приводит у женщин с ожирением к снижению массы тела и достоверному улучшению показателей липидного обмена и функции яичников.
2. Снижение массы тела под влиянием сибутрамина и субкалорийной диеты, по данным двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии по программе «все тело», происходит преимущественно за счет уменьшения объема жировой ткани.
3. Назначение низкодозированного контрацептивного препарата, содержащего 20 мкг этинилэстрадиола и 75 мкг гестодена, для предупреждения нежелательной беременности на фоне приема сибутрамина не снижает эффективности лечения ожирения анорексигенными и диетическими средствами.

Литература

1. Атласов В. О., Гайдукович С. Н., Прохорович Т. И. Современные направления совершенствования перинатальной помощи у женщин с ожирением // Ж. акуш. и жен. болезн. — 2007. — № 4. — С. 46–51.
2. Бутрова С. А. Ожирение // Болезни органов эндокринной системы / ред. И. И. Дедов. — М.: Медицина, 2000. — С. 543–555.
3. Гестоз как причина материнской смертности / Н. А. Никитина [и др.] // Материалы VII Российского форума «Мать и Дитя». — М.: Меди Экспо, 2005. — С. 633–634.
4. Дедов И. И., Мельниченко Г. А. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты. — М.: МИА, 2004. — 449 с.
5. Метаболический синдром, взаимосвязь с процессами канцерогенеза эндометрия / А. Л. Чернышова [и др.] // Сибирский онкологический журнал. — 2008. — № 5. — С. 68–74.
6. Мишарина Е. В., Потин В. В., Тиселько А. В. Лечение недостаточности яичников у больных с ожирением // Signatura. — 2007. — № 2. — С. 46–51.
7. Ожирение и гормональная функция яичников / Мишарина Е. В. [и др.] // Эфферентная терапия. — 2007. — Т. 13, № 1. — С. 42–45.
8. Ожирение и репродуктивная система женщины: пособие для врачей / Е. В. Мишарина [и др.]; ред. Э. К. Айламазян. — СПб.: Изд-во Н-Л, 2010. — 68 с.
9. Тиканова В. В. Дифференцированное лечение больных с нарушениями менструального цикла на фоне ожирения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2005. — 25 с.
10. Тиканова В. В., Кузнецова И. В. Взаимосвязь и коррекция обменно-эндокринных расстройств у женщин с нарушениями менструального цикла на фоне ожирения // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2006. — Т. 6, № 3. — С. 12–17.
11. Чернуха Г. Е., Сметник В. П., Мовсисян Л. И. Коррекция метаболических нарушений сибутрамином как способ восстановления эндокринной функции репродуктивной системы у женщин с ожирением // Гинекология. — 2004. — № 6. — С. 18–23.
12. Adolescent body mass index and infertility caused by ovulatory disorder / Rich Edwards J. W. [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1994. — Vol. 171. — P. 171–177.
13. Bray G. A. Health hazards associated with overweight // Contemporary diagnosis and management of obesity / ed. Bray G. A. — N.Y., 1998. — P. 68–103.
14. Bray G. A. Obesity: a time bomb to be defused // Lancet. — 1998. — Vol. 18. — P. 160–161.
15. Comp P. C. Should coagulation tests be used to determine which oral contraceptive users have an increased risk of thrombophlebitis? // Contraception. — 2006. — Vol. 73, N 1. — P. 4–5.
16. Effect of sibutramine on weight maintenance after weight loss: a randomised trial / James W. P. [et al.] // Lancet. — 2000. — Vol. 356. — P. 2119–2125.
17. Grodstein F., Goldman M. B., Cramer D. W. Body mass and ovulatory infertility // Epidemiology. — 1994. — Vol. 5. — P. 247–250.
18. Kopelman P. G. Neuroendocrine function in obesity // Clin. Endocrinol. — 1998. — Vol. 28. — P. 675–690.
19. Lack of effect of sibutramine on the efficacy of oral contraceptive steroids in healthy women / D. J. Back [et al.] // International journal of pharmaceutical medicine. — 1997. — Vol. 11. — P. 71–76.
20. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. — Geneva: WHO, 1997.
21. Seidell J. S. The worldwide epidemic of obesity // Progress in obesity research: abstr. 8th International congress on obesity. — N.Y., 1999. — P. 661–668.

Статья представлена М. И. Ярмолинской,
НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН,
Санкт-Петербург

COMBINED USE OF ANORECTIC DRUG OF CENTRAL ACTION AND ESTROGEN-GESTAGENIC CONTRACEPTIVE PREPARATION FOR THE TREATMENT OF OBESITY IN WOMEN

Tarasova M. A., Barabanova L. V., Lekareva T. M., Misharina E. V., Potin V. V.

■ **Summary:** Aim of the study was the influence of estrogen-gestagenic contraceptive preparation in low doses on the effectiveness of obesity treatment with the use of sibutramine combined with low-calorie diet. 38 patients with obesity and menstrual cycle disorders were examined. The first group of patients (20) was given sibutramine in a dose of 10 mg a day combined with low-calorie diet. The second group of patients

(18) additionally received low doses of estrogen-gestagenic contraceptive preparation. The study included anthropometry, determination of a composite body structure by means of double-energy roentgen absorptiometry, gonadotropin and progesterone blood levels, blood lipid spectrum, ultrasonic examination of the small pelvis organs. A six-month course of treatment resulted in essential loss of body mass in both groups of patients mainly due to a decrease of adipose tissue, reliable improvement of blood lipid spectrum indices and recovery of regular menstrual cycle (in 15 from 20 patients of the first group and in 10 from 18 patients of the second group). Results of the work allow to insist that low-dose contraceptive preparation Lindynette 20 does not reduce the efficiency of adiposity treatment with anorectic and dietary means.

■ **Key words:** obesity; ovarian hormonal insufficiency; hormonal contraception; Sub calorie diet; sibutramine.

■ **Адреса авторов для переписки**

Тарасова Марина Анатольевна — д. м. н., профессор.
НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН.
199034, Россия, Санкт-Петербург, Менделеевская линия, д. 3.
E-mail: tarasova@ott.ru

Барабанова Любовь Владимировна — аспирант НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН. 199034, Россия, Санкт-Петербург, Менделеевская линия, д. 3. E-mail: iagmail@ott.ru.

Лекарева Татьяна Михайловна — к. м. н., врач акушер-гинеколог отделения гинекологической эндокринологии НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН. 199034, Россия, Санкт-Петербург, Менделеевская линия, д. 3. E-mail: iagmail@ott.ru.

Мишарина Елена Владимировна — к. м. н., ст. науч. сотр. отделения гинекологической эндокринологии НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН. 199034, Россия, Санкт-Петербург, Менделеевская линия, д. 3. E-mail: iagmail@ott.ru.

Потин Владимир Всеволодович — д. м. н., профессор, зав. отделом эндокринологии и репродукции НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН. 199034, Россия, Санкт-Петербург, Менделеевская линия, д. 3.
E-mail: doclena@inbox.ru

Tarasova Marina Anatol'evna — MD, PhD, specialist, professor.
D. O. Ott Research Institute of Obstetrics and Gynecology, RAMS.
199034 Russia, St. Petersburg, Mendeleevskaya Line, 3.
E-mail: tarasova@ott.ru

Barabanova Ljubov Vladimirovna — the post-graduate student, D.O.Ott Research Institute of Obstetrics and Gynecology. 199034 Russia, St. Petersburg, Mendeleevskaya Line, 3. E-mail: iagmail@ott.ru.

Lekareva Tatyana Mihajlovna — gynecologist of the department of gynecological endocrinology D.O.Ott Research Institute of Obstetrics and Gynecology. 199034 Russia, St. Petersburg, Mendeleevskaya Line, 3. E-mail: iagmail@ott.ru.

Misharina Elena Vladimirovna — Senior researcher of the department of gynecological endocrinology D.O.Ott Research Institute of Obstetrics and Gynecology. 199034 Russia, St. Petersburg, Mendeleevskaya Line, 3. E-mail: iagmail@ott.ru.

Potin Vladimir Vsevolodovich — MD, PhD, specialist, professor.
D. O. Ott Research Institute of Obstetrics and Gynecology, RAMS, Reproductive Endocrinology Department.
199034 Russia, St. Petersburg, Mendeleevskaya Line, 3.
E-mail: doclena@inbox.ru